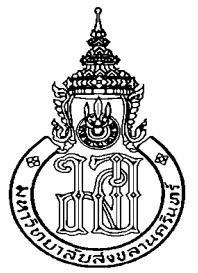


ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

Effect of Empowerment Program on Behaviors for Prevention of Repeated Pregnancy Among Postpartum Teenage Women

เกตย์สิรี ศรีวิไล

Katsiri Sivilai

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Advanced Midwifery)
Prince of Songkla University
2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ผู้เขียน นางเกตย์สิรี ศรีวิไล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จีรเนาว์ ทัศศรี)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

……...

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิกานต์ กาละ)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีรเนาว์ ทัศศรี)

……กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิกานต์ กาละ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ พญ. จิตเกษม สุวรรณรัฐ)

.....กรรมการ

(นายแพทย์ศรวัสย์ ศิลาลาย)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

.....

(ศาสตราจารย์ ดร. อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
ผู้เขียน นางเกตย์สิรี ศรีวิไล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)
ปีการศึกษา 2553

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ตึกหลังคลอดของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ตามลำดับ โดยเครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และทดสอบผลของโปรแกรมด้วยสถิติทีอิสระ และสถิติทีคู่ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้ 1) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 86.56$, $SD = 21.64$; $M = 85.96$, $SD = 19.41$; $t = 0.244$, $p > .05$ ตามลำดับ) 2) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 125.80$, $SD = 9.68$; $M = 87.96$, $SD = 21.13$; $t = 11.973$, $p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 125.80$, $SD = 9.68$; $M = 85.96$, $SD = 19.41$; $t = 9.183$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของกิบสันครั้งนี้สามารถช่วยทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมที่เป็นผลจากการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อทำให้มีการเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปได้อย่างเหมาะสม

Thesis Title	Effect of Empowerment Program on Behaviors for Prevention of Repeated Pregnancy Among Postpartum Teenage Women
Author	Katsiri Sivilai
Major Program	Nursing Science (Advanced Midwifery)
Academic Year	2010

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of an empowerment program on behaviors for prevention of repeated pregnancy among postpartum teenage women. The sample consisted of 50 postpartum teenage women admitted at postpartum units of a provincial hospital in southern Thailand. They were assigned into an experimental (n = 25) and a control group (n = 25). The experimental group received an individual empowerment program, based on Gibson' (1995) model, whereas the control group received usual care. The instruments for data collection consisted of three parts: the demographic data questionnaire, the condom use and pregnancy history questionnaire, and the behaviors for prevention of repeated pregnancy questionnaire. The content validity of the program and instruments was examined by three experts. The reliability of the behaviors for prevention in repeated pregnancy questionnaire yielded a Cronbach's alpha of .91. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation, chi-square, independent t-test and paired t-test. The results revealed that: 1) Subjects in the control group had a mean score on behaviors for prevention of repeated pregnancy after receiving usual care was not significantly different from that before (M = 85.96, SD = 19.41; M = 86.56, SD = 21.64; t = 0.244, p > .05, respectively); 2) Subjects in the experimental group had significantly higher mean score on behaviors for prevention of repeated pregnancy after intervention than before intervention (M = 125.80, SD = 9.68; M = 87.96, SD = 21.13; t = 11.973, p < .001, respectively); 3) Subjects in the experimental group had significantly higher score on behaviors for prevention of repeated pregnancy after receiving intervention than that of subjects in the control group (M = 125.80, SD = 9.68; M = 85.96, SD = 19.41; t = 11.973, p < .001, respectively).

The findings indicated that the empowerment program based on Gibson' framework can help postpartum teenage women prevent repeated pregnancy. Therefore, it is a valuable program that can be applied to extend the inter – pregnancy interval.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือรองศาสตราจารย์ ดร. จีรเนาว์ ทัศศรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิกานต์ กาละ ที่กรุณาให้คำปรึกษา เสนอข้อคิดเห็น ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องทุกขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณคณะอาจารย์ทุก ๆ ท่าน ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้วิชาการ อีกทั้งหลักในการดำเนินชีวิต ตลอดจนคำชี้แนะในกระบวนการวิจัย จนสามารถก้าวผ่านอุปสรรคไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทุกท่าน ที่ให้แนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนบางส่วนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล บุคลากรประจำตึกหลังคลอดทุกท่าน ที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทุกคนที่ไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาอันมีค่าในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดาผู้ที่ให้ชีวิต สามีและลูก ๆ ที่ให้กำลังใจ และกำลังทรัพย์ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนจนการศึกษาได้สำเร็จ คุณค่าหรือประโยชน์อื่นใด อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้เรียน รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

เกตย์สิรี ศรีวิไล

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ ..... (3)

ABSTRACT ..... (4)

กิตติกรรมประกาศ ..... (5)

สารบัญ ..... (6)

รายการตาราง ..... (9)

รายการภาพประกอบ ..... (10)

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

คำถามการวิจัย 4

กรอบแนวคิดการวิจัย 4

สมมติฐานการวิจัย 6

นิยามศัพท์ 7

ขอบเขตของการวิจัย 8

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 8

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง 9

การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น 10

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ 21

หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 25

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ
ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 31

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 36

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 36

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 37

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัย (ต่อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 38

วิธีการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล..... 39

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 44

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 44

บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... 45

ผลการวิจัย..... 45

อภิปรายผลการวิจัย..... 53

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... 66

สรุปผลการวิจัย..... 66

ข้อเสนอแนะ..... 67

บรรณานุกรม..... 71

ภาคผนวก..... 79

ก การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล..... 80

ข ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 81

ค เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล..... 82

ง แนวทางการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มารดาวัยรุ่นหลังคลอด..... 84

จ การทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ…..... 85

ฉ เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนการทดลอง..... 87

ช แผนการสอนโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ..... 88

ซ ภาพพลิกพลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้..... 92

ฌ คู่มือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น..... 94

ญ รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ..... 96

ประวัติผู้เขียน..... 97

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ตารางเปรียบเทียบค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ รายได้ครอบครัว และรายได้ตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ.....	46
2	จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์.....	47
3	จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์.....	49
4	เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีคู่.....	51
5	เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติทีคู่.....	52
6	เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ.....	53

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดของการวิจัย….....	6
2	ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	43

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนามีอัตราสูง ดังตัวอย่าง ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 11 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (Lowen, 2005) อีกทั้งยังพบว่ามีอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นมีสูงถึงร้อยละ 24 (Jayson, 2007) สำหรับประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน กล่าวคือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังตัวอย่างเช่น มีการตั้งครรภ์วัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 12.1 ในปี พ. ศ. 2545 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 14.7 ในปี พ. ศ. 2549 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนี้ยังพบวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงเวลา 2 ปีต่อมา มากกว่า ร้อยละ 25 และที่น่าวิตกและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยคือ พบว่า ยังไม่ถึง 1 ปี มีมารดาวัยรุ่นกลับมาคลอดใหม่ นั่นแสดงว่ามารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ตั้งแต่ยังไม่มาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ (จิราภรณ์, 2551)

จากสถานการณ์ของการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการกลับมาของการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงเวลาสั้น ๆ ดังกล่าว ย่อมส่งผลกระทบในทุก ๆ ด้าน เช่น ความไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ดังนั้นส่วนใหญ่เมื่อไม่พร้อมที่ตั้งครรภ์ดังกล่าว มักตัดสินใจทำแท้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำแท้งที่ผิดกฎหมายและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งตามมา ได้แก่ การติดเชื้อในโพรงมดลูก หรือหากแท้งไม่ครบต้องรักษาด้วยการขูดมดลูก และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาอาการติดเชื้อ เป็นเหตุให้ประเทศสูญเสียทางเศรษฐกิจมาก (จตุพร, 2548; นารายณ์, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นยังส่งผลให้มารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย ดังตัวอย่างเช่น ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (ถวัลย์วงค์ และชุติมา, 2547) ภาวะคลอดก่อนกำหนด (จีรเนาว์, 2543; Boardman, Allsworth, Phipps, & Lapane, 2006) เป็นต้น สำหรับในกรณีที่ทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง เนื่องจากต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงและมีภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย เช่นโรคจอตาในทารกคลอดก่อนกำหนดทำให้สูญเสียการมองเห็นหรือตาบอด (เพ็นนี, สุภาภรณ์, และประสิน, 2551; อุไร และศิราภรณ์, 2552) นอกจากนี้ทารกที่คลอดออกมาจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมักมีอัตราน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ (สุวิทย์, 2551) รวมทั้งยังมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ และที่สำคัญยังพบอัตราการเสียชีวิตของทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นสูงกว่ามารดาในกลุ่ม

ปกติทั่ว ๆ ไป (อุไร และศิราภรณ์, 2552) อนึ่งหากวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำจะพบปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ อีก เช่น การแยกกันอยู่กับสามี ก่อให้เกิดปัญหาเด็กขาดความอบอุ่นตามมา หรือการมีอาชีพไม่มั่นคง รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลทำให้การเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมาไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร (ศรีสมัย, 2550; อุไร และศิราภรณ์, 2552)

สำหรับสาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นมีหลายประการ เช่น เกิดจากขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการคุมกำเนิด (ศุภมาศ, ประไพพรรณ, และนิษณา ,2552; Omar, Fowle, & McClanahan, 2008) ขาดความตะหนักในการคุมกำเนิด (Boardman, Allsworth, Phipps, & Lapane, 2006; Omar et al., 2008) และขาดอำนาจต่อรองในการคุมกำเนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมไทยคาดหวังว่าสตรีวัยรุ่นว่านอนสอนง่าย (สิริวรรณ, 2548) อีกทั้งวัฒนธรรมไทยได้กำหนดให้ผู้ชายมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องเพศมากกว่าผู้หญิง (สุรีย์พร, 2546) นอกจากนี้มารดาหลังคลอดจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนมาตรวจหลังคลอด ร้อยละ 80 และประมาณร้อยละ 35 จะร่วมเพศตั้งแต่ 4 ครั้งหรือมากกว่าต่อสัปดาห์ (Toler & DiGrazia, 1976 อ้างตาม ประทักษ์, 2548) เนื่องจาก 3 - 4 สัปดาห์หลังคลอด มารดาสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้แล้ว (โกวิทย์, 2544) ประกอบด้วยมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดการวางแผนการมีบุตร (นัยนา, 2551; สิริประภา, 2550) ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อมารดา ทารก ครอบครัว และประเทศชาติดังกล่าวข้างต้น ฉะนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ที่ดีและเหมาะสม นั่นคือ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เข้ามาช่วยส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการกระทำที่แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์ที่ตนเองต้องเผชิญหากมีการตั้งครรภ์ซ้ำ การกระทำที่แสดงถึงความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และการกระทำที่แสดงถึงการมีอำนาจต่อรองกับสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด

อนึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้รับบริการให้ดีขึ้นในหลาย ๆ กรณี ตัวอย่างเช่น การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเมื่อได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวทำให้ช่วยเด็กวัยเรียนเหล่านั้นสามารถปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารดีขึ้น (วาณี และศรีสุดา, 2548) หรือการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (จุฬา, 2549) สำหรับการศึกษาด้านสูติกรรม มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี โดยพบว่า สตรีในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ รับรู้ว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิด

มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.629$, $p < .001$) (วรางคณา, 2546) หรือทำนองเดียวกัน ยังมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยส่งเสริมให้รับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552) รวมทั้งมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยบูรณาการการสนับสนุนของสามีมาช่วยทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดา และมีทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรดีขึ้นเช่นกัน (นุจเรจ, 2553)

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการกลุ่มต่าง ๆ ให้ดีขึ้น และยังสามารถปรับพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตรและดูแลสุขภาพของตนเองได้ แต่ยังไม่พบหลักฐานใด ๆ ที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาแก้ไขปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจ การขาดความตระหนัก และการขาดทักษะการต่อรองสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ด้วยเหตุผลดังกล่าว โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ในมารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อันประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจในผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อจะได้ตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่ต้องปฏิบัติตนไม่ให้เผชิญกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำอีก ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดพิจารณาอย่างรอบคอบ ถ้าหากตนเองมีการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงอายุวัยรุ่นอีกจะเผชิญกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำมากมาย ฉะนั้นส่งผลให้มีการพัฒนาตนเองเพื่อที่จะหาวิธีการป้องกันการตั้งครรรภ์ซ้ำ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดตัดสินใจเลือกวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มารดาวัยรุ่นยังไม่มารับบริการวางแผนครอบครัวแต่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ โดยสามารถใช้ทักษะการเจรจาต่อรองให้สามีใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และขั้นตอนที่ 4 เป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคงพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำไว้ ซึ่งเมื่อพบปัญหาในการใส่ถุงยางอนามัย สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้โดยมีการปรึกษาหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ดังนั้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน จึงน่าจะเหมาะสมในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดให้ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการลดอุบัติการณ์ การตั้งครรภ์ติด ๆ กันของวัยรุ่นตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำระหว่างมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

2. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจหรือไม่

3. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ศึกษาในมารดาผู้ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง (discovering reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) ตามลำดับ ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวของกิบสันนี้ ทำให้มารดาสามารถพัฒนาตนเองในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้ 4 ขั้นตอนดังกล่าวเข้ามาประยุกต์เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ กล่าวคือ ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้มีการกระทำต่าง ๆ 3 ประการ ได้แก่ การกระทำที่แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์ การกระทำที่แสดงถึงความตระหนัก และการกระทำที่แสดงถึงการมีอำนาจต่อรอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการลดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นตามมา อนึ่งรายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมีลักษณะเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะรายบุคคลดังต่อไปนี้ (ภาพ 1)

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง เป็นกิจกรรมที่พยายามทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อจะได้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำ มี 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยการพูดคุยแนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์ อันจะเป็นประโยชน์ในการให้ความร่วมมือและเต็มใจทำกิจกรรมในขั้นตอนต่อไปของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความเข้าใจในสภาพปัญหาของการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นโดยใช้ภาพพลิกเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกิจกรรมที่ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ทบทวนถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ซ้ำ และพัฒนาตนเองเพื่อที่จะหาวิธีการป้องกันการตั้งครรรภ์ซ้ำ ขั้นตอนนี้เป็นการกระทำที่ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์และแสดงถึงความตระหนักของผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ขั้นตอนนี้มี 1 กิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 3 กระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดทบทวนผลกระทบที่ต้องเผชิญ หากมีการตั้งครรภ์ซ้ำอีกในช่วงวัยรุ่น โดยให้ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบและวิธีป้องกันของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

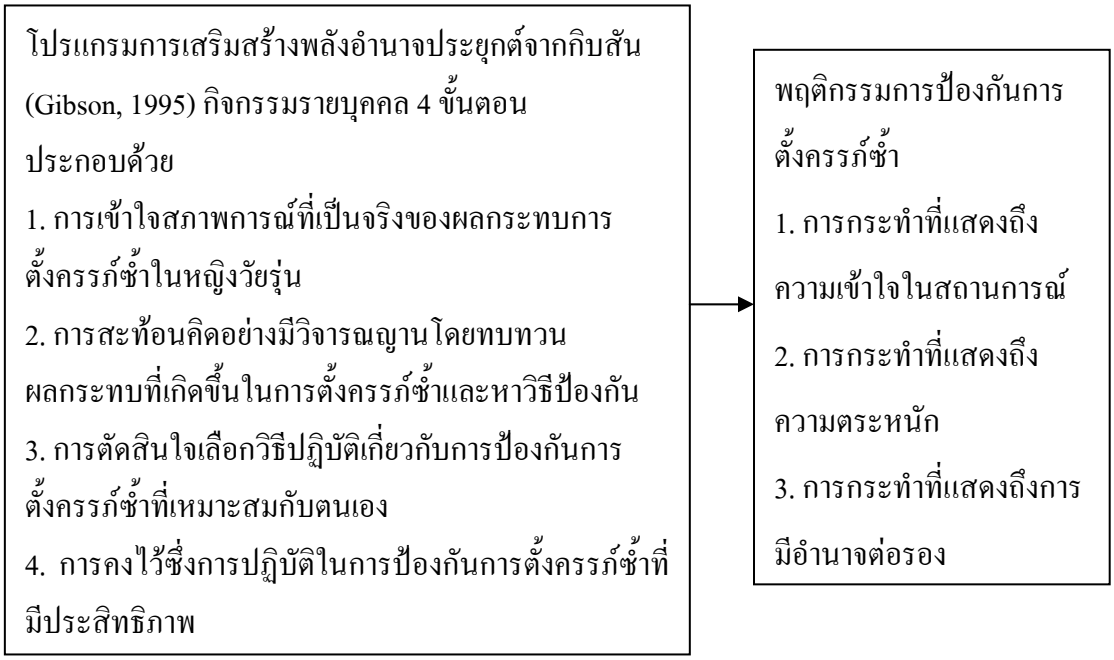
ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เป็นกิจกรรมที่ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดตัดสินใจเลือกวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่เหมาะสมกับตนเองในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งต้องมีการกระทำที่แสดงถึงการมีอำนาจต่อรองกับสามีให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหากมีเพศสัมพันธ์ โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสอนเทคนิคการเจรจาต่อรองให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อสามารถโน้มน้าวให้สามีใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับตนเอง อันเป็นวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ ขั้นตอนนี้มี 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 4 ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีวิธีการใช้คำพูดต่อรองให้สามีใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด และสาธิตพร้อมสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการใส่ถุงยางอนามัยโดยมีหุ่นจำลองอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายและถุงยางอนามัย

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ให้สามีใส่ถุงยางอนามัยหากมีเพศสัมพันธ์ และเมื่อพบปัญหาในการใส่ถุงยางอนามัย ทั้งผู้วิจัย

และมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคงพฤติกรรมที่ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ขั้นตอนนี้ มี 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 5 ให้คู่มือเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นไว้ทบทวนที่บ้าน เพื่อคงการกระทำในการพูดเจรจาต่อรองให้สามีใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เมื่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอดพบปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย สามารถปรึกษาผู้วิจัย และร่วมมือกันแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ผู้วิจัยติดตามและประเมินพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยการโทรศัพท์ติดตาม 15 วัน และ 30 วันหลังคลอด และให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไว้ หากมีปัญหาสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในการโทรศัพท์แต่ละครั้งใช้เวลา 5-10 นาที แล้วแต่สภาพปัญหาของกลุ่มทดลองแต่ละราย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

2. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามปกติร่วมกับกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ในการทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเข้าใจอย่างถ่องแท้และลึกซึ้งเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ และก่อให้เกิดความตระหนักในการพัฒนาตนเองที่จะแสวงหาวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และให้ข้อมูลที่แท้จริงเรื่องผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำในทุกมิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ในการทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ทบทวนถึงผลกระทบที่ตนเองต้องเผชิญหากมีการตั้งครรภ์ซ้ำ ประกอบด้วยการกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ในการทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเลือกวิธีต่อรองกับสามีในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ประกอบด้วยการฝึกมารดาวัยรุ่นพูดต่อรอง และสาธิตพร้อมสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการใส่ถุงยางอนามัย

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่คงไว้ซึ่งการทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดให้สามีใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยการติดตามพฤติกรรมและแก้ปัญหาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ หมายถึง การกระทำเพื่อเว้นช่วงการมีบุตรของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งวัดจากการกระทำ 3 ด้าน ได้แก่ การกระทำที่แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์ การกระทำที่แสดงถึงความตระหนัก และการกระทำที่แสดงถึงการมีอำนาจต่อรอง ตามลำดับ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทั้งในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย อันจะช่วยเว้นช่วงการมีบุตรให้เหมาะสมกับวัยและส่งผลให้ลดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นตามมา

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีการทบทวนวรรรคดีที่เกี่ยวข้องสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่ การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ตามลำดับดังนี้

1. การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น
   1.1 ความหมายของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น
   1.2 อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น
   1.3 สาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น
   1.4 ผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น
   1.5 การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น
   1.6 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น
2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
   2. 1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
   2. 2 กระบวนการเสริมสร้างสร้างพลังอำนาจ
   2. 3 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
   3. 1 พัฒนาการและปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่นสตรี
   3. 2 การเปลี่ยนแปลงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
   3. 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศไทยว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับอดีต (เบญจวรรณ, 2553; Schreiber, Ratcliffe, & Barnhart, 2010) และยังพบว่ามีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุน้อยลงเรื่อย ๆ (จิราภรณ์, 2551) นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมักไม่วางแผนการมีบุตร (นัยนา, 2551) จึงเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำตามมา เมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติทางด้านเศรษฐกิจ ฉะนั้นการทบทวนวรรณคดีในประเด็นการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นครั้งนี้จึงประกอบด้วย 5 หัวข้อ ได้แก่ ความหมายของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น สาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น ผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น ตามลำดับ

ความหมายของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น

จากการทบทวนความหมายของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศมีผู้ให้ความหมายที่เหมือนกัน โดยใช้อายุของมารดาขณะที่ตั้งครรภ์ซ้ำเป็นเกณฑ์ นั่นคือการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปในอายุของมารดาน้อยกว่า 20 ปี ทั้งนี้แม้การตั้งครรภ์ครั้งแรกจะเป็นการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนดหรือทารกเสียชีวิตก็ตาม (จิราภรณ์, 2551; ทศพร, 2548; Rosengard, 2009) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นทำนองเดียวกับที่กล่าวข้างต้นคือ การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นครั้งที่ 2 เป็นต้นไปในมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นของต่างประเทศมีร้อยละ 30 (Pfitzner, Hoff, & McElligott, 2003) สำหรับประเทศไทยพบว่ามารดาวัยรุ่นหลังจากคลอดบุตรคนแรกจะตั้งครรภ์ใหม่มากกว่าร้อยละ 25 ในช่วงเวลา 2 ปีต่อมา (จิราภรณ์, 2551) ดังตัวอย่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดสงขลา เช่น โรงพยาบาลสงขลามีอุบัติการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น

ปี 2551 และปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 15.25 และร้อยละ 14.8 ตามลำดับ และพบว่า ในการตั้งครรภ์วัยรุ่นนี้มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในปี 2551 และปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 22.96 และร้อยละ 17.52 ตามลำดับ (งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลสงขลา, 2552) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลหาดใหญ่มีอุบัติการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น ปี 2551 และปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 39.47 และร้อยละ 39.86 ตามลำดับ และพบว่าในการตั้งครรภ์วัยรุ่นนี้มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ในปี 2551 และปี 2552 คิดเป็น ร้อยละ 29.46 และร้อยละ 30.29 ตามลำดับ (งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2552) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยมีอัตราสูงมาก ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องรีบแก้

สาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีหลายประการ ดังตัวอย่างเช่น หญิงวัยรุ่นมีบุตรคนแรกที่อายุน้อยลงเรื่อย ๆ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นตามมาเป็นต้น เมื่อทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง แบ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดสาเหตุได้เป็น 2 ประเด็นคือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายในของหญิงวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ซ้ำที่มีปัจจัยมาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ที่อยู่ภายในตัวเอง มีทั้งสิ่งที่มองเห็นและมองไม่เห็นด้วยตา เมื่อทบทวนพบสาเหตุจากปัจจัยภายในของหญิงวัยรุ่นมีดังนี้

1.1 การมีบุตรคนแรกเร็ว ปัจจุบันจะพบหญิงวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วกว่าในอดีต ดังพบในการศึกษาของต่างประเทศว่า หญิงวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ผลจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันทำให้มีการตั้งครรภ์ตามมา เช่น มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 11 ปี ส่งผลให้มารดาเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วง เวลาที่ไม่เหมาะสม (Omar, Fowle, & McClanahan, 2008) สำหรับในประเทศไทยมีหลายการศึกษาที่พบว่า มารดาวัยรุ่นมีบุตรคนแรกที่อายุ 11 - 15 ปี ซึ่งเสี่ยงกับการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงอายุวัยรุ่นเช่นกัน (ชุลีพร, 2553; สิริประภา; 2550; สุพัตรา; 2543)

1.2 การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ หรือการคุมกำเนิด เนื่องจากยังไม่เข้าใจวิธีการใช้และผลข้างเคียงที่ถูกต้องของการคุมกำเนิดประเภทต่าง ๆ เช่น ยาคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย เป็นต้น (ศุภมาศ, ประไพพรรณ, และนิษฌา, 2552; Omar, Fowle, & McClanahan, 2008)

1.3 การขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ เพราะเมื่อมารดาวัยรุ่นอยู่ร่วมกับสามีหากมีความต้องการทางเพศก็มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้มีการป้องกันการตั้งครรภ์ (Boardman, Allsworth, Phipps, & Lapane, 2006)

1.4 การขาดอำนาจต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ เนื่องจากค่านิยมทางเพศของหญิงวัยรุ่น มักรู้สึกด้อยคุณค่ากว่าเพศชายและยอมให้เพศชายมีอำนาจมากกว่าตนเอง (วารุณี,นริสา, และสุมาลี, 2548) นอกจากนี้วัฒนธรรมของสังคมไทยได้กำหนดให้ผู้ชายมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องเพศมากกว่าผู้หญิง จึงส่งผลให้ผู้หญิงวัยรุ่นขาดอำนาจในการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ (สิริวรรณ, 2548; สุรีย์พร, 2546)

1.5 เชื้อชาติของหญิงวัยรุ่น ในการศึกษาของต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาจะพบการตั้งครรภ์ครั้งหลังของมารดาวัยรุ่นสูงในกลุ่มของชนผิวดำ เนื่องจากคนกลุ่มนี้การศึกษาค่อนข้างต่ำ ทำให้หญิงวัยรุ่นออกจากระบบการศึกษาเร็ว เป็นเหตุผลที่ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีครอบครัวเร็วขึ้น ส่งผลให้การตั้งครรภ์ทั้งครั้งแรกและครั้งต่อมายังอยู่ในช่วงอายุวัยรุ่นอีก (Bennett, Culhane, McCollum, & Elo, 2006)

1.6 ศาสนา มีการศึกษาของประเทศอเมริกาพบว่า ศาสนามีส่วนเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงวัยรุ่น เช่น กลุ่มที่นับถือศาสนายิวและโรมันคาธอลิกมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูง เนื่องจากศาสนาดังกล่าวมีข้อห้ามในการคุมกำเนิดเป็นต้น (Boardman, Allsworth, Phipps, & Lapane, 2006)

2. ปัจจัยภายนอกของหญิงวัยรุ่น หมายถึง องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมและสังคม เช่น สาเหตุจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และสื่อต่าง ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว เนื่องจากเมื่อหญิงวัยรุ่นคลอดบุตรคนแรก พ่อแม่ของหญิงวัยรุ่นจะรับภาระดูแลบุตรให้ ทำให้หญิงวัยรุ่นไม่ได้รับผลกระทบจากการเลี้ยงลูก จึงเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำตามมา (Kaplan et al, 2001)

2.2 กลุ่มเพื่อน จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมตั้งครรภ์ซ้ำที่สำคัญอีกประเด็นคือ กลุ่มเพื่อนที่มารดาวัยรุ่นคบอยู่ เมื่อเพื่อนมีพฤติกรรมการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงอายุวัยรุ่น ทุกคนในกลุ่มก็จะมีพฤติกรรมตั้งครรภ์ซ้ำเหมือนกัน (Rowlands, 2010)

2.3 สื่อต่าง ๆ ปัจจุบันมีสื่อต่าง ๆ มากมาย ซึ่งเป็นผลมาจากเจริญทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทุกประเภทง่ายมากขึ้น เช่น สื่อลามกอนาจาร หนังที่มีภาพการร่วมเพศ เมื่อหญิงวัยรุ่นและสามีดูสื่อเหล่านี้ทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศ ทำให้มีการร่วมเพศโดยไม่ได้ป้องกัน (Fagan, 2009)

สรุป การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นมีทั้งสาเหตุจากปัจจัยภายในตัวหญิงวัยรุ่นเองคือ หญิงวัยรุ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และขาดอำนาจการต่อรองผู้ชายในการมีเพศสัมพันธ์ การที่มีบุตรคนแรกเร็ว เชื้อชาติและศาสนาของหญิงวัยรุ่น ส่วนสาเหตุจากปัจจัยภายนอกคือ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว และกลุ่มเพื่อนมีส่วนส่งเสริมให้มีการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงวัยรุ่นเช่นกัน

ผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นมีผลกระทบต่อมารดาและทารกทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและประเทศชาติ โดยมีรายละเอียดของผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อมารดา เนื่องจากการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นมักเกิดจาการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน (นัยนา, 2551) จึงไม่มีการเตรียมพร้อมใด ๆ ทุกด้านในการตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ด้านร่างกาย ทำให้มีอัตราตาย และมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการตั้งครรภ์สูง เช่น ทำให้มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ มีอัตราตายของมารดาสูงขึ้น (Gold, Connell, Heagerty, Bezruchka, Davis, & Cawthon, 2004) นอกจากนั้นยังมีการแท้งบุตรและการทำแท้งสูง ดังเช่น การศึกษาของจตุพร (2548) พบการทำแท้งในครรภ์ที่ 2 เป็นต้นไปร้อยละ 18.8 อีกทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อีก เช่น มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูง (จีรเนาว์, 2543; พัชรีวรรณ และคณะ, 2546; Boardman, Allsworth, Phipps, & Lapane, 2006) และยังพบว่าในการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางสูง เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมักไม่ตระหนักในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และไม่รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (ถวัลย์วงค์ และชุติมา, 2547; บรรพจน์ และประภัสสร, 2550; ศรวัสย์, 2548; สุวิทย์, 2551)

1.2 ด้านจิตใจ มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำมักมีฐานะยากจน ส่วนใหญ่ยังไม่มีอาชีพ อาศัยอยู่กับพ่อแม่ รวมทั้งไม่มีรายได้ ส่งผลให้การตั้งครรภ์และมีบุตร ต้องเสียเงินจำนวนหนึ่ง และเมื่อมีบุตรหลายคน ทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสำหรับการเลี้ยงดูบุตรสูง จึงเกิดความเครียดตามมา (Gold, Connell, Heagerty, Bezruchka, Davis, & Cawthon, 2004)

2. ผลกระทบต่อทารก จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทารกที่คลอดจากการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นมีทั้งอัตราตายและมีภาวะแทรกซ้อนสูงดังตัวอย่าง เช่น มีการศึกษาพบอัตราการตายของทารกร้อยละ 8.97 (อุไร, 2553) ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทารกที่คลอดจากการตั้งครรภ์ซ้ำคือ ทารกมักมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ (Sangalang, Barth, & Painter, 2006) พบโรคจอตาในทารกคลอด

ก่อนกำหนด ซึ่งถ้าดูแลรักษาไม่เหมาะสมอาจส่งผลให้ทารกตาบอดได้ (เพ็นนี, สุภาภรณ์, และประสิน, 2551) และทารกมีพัฒนาการล่าช้า (ระพีพิชย์, 2549; อุไร และศิราภรณ์, 2552)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง ส่วนใหญ่ยังต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวของพ่อแม่ อาจจะเป็นพ่อแม่ของตนเองหรือพ่อแม่ของสามี เนื่องจากยังไม่มีรายได้หรือรายได้น้อย (ศรีสมัย, 2550) เมื่อมีผลกระทบจากการตั้งครรภ์ การคลอด การทำแท้ง และผลกระทบของทารก ผู้ที่ต้องคอยช่วยเหลือก็คือครอบครัว อีกทั้งจากการศึกษาของจตุพร (2548) พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ทำแท้งบิดา มารดา เป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมากที่สุด เป็นต้น

4. ผลกระทบต่อสังคม เมื่อมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ทำให้ต้องออกจากระบบการศึกษา และยิ่งมีบุตรหลายคน ทำให้มารดาวัยรุ่นต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงบุตร และงานที่มารดาวัยรุ่นสามารถทำได้รายได้จะค่อนข้างต่ำ เหตุจากมารดาวัยรุ่นมีการศึกษาน้อย ทำให้เศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี เมื่อเศรษฐกิจไม่ดีส่งผลให้ชีวิตครอบครัวไม่มีความสุข การหย่าร้างในครอบครัวก็จะสูงตามมาด้วย เมื่อมีการหย่าร้าง เด็กที่เกิดมาจะไม่เป็นที่ต้องการของบิดามารดา จึงมักถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมเพื่อเป็นที่ระบายอารมณ์ของบิดาหรือมารดา หรือบุคคลอื่นที่เลี้ยงดู เมื่อโตขึ้นเด็กเหล่านี้มักจะมีนิสัยก้าวร้าว เกเร อาจจะก่อปัญหาให้กับสังคมต่อไป (บุญยิ่ง, 2553; ศรีสมัย, 2550)

5. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุขแก่มารดาที่ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรกและตั้งครรภ์ครั้งหลัง ทั้งจากค่ารักษาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น จากการทำแท้ง การคลอดบุตร การรักษาภาวะแทรกซ้อนของบุตร เป็นผลจากมารดาวัยรุ่นและสามียังไม่มีรายได้ หรือมีรายได้น้อย (จตุพร, 2548; นารายณ์, 2547)

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นมีหลากหลายและรุนแรง ตั้งแต่ระดับบุคคล ได้แก่ หญิงวัยรุ่นและทารกในครรภ์ ซึ่งมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังตัวอย่างที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ฉะนั้นจึงควรหาวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นเพื่อมิให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมารดาและทารก หรือภาระต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น

เนื่องจากผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นมีมากมาย ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงวัยรุ่นซึ่งต่อไปจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติควรให้ความสำคัญในการ

ป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำตามมา ทั้งนี้จึงควรแก้ที่สาเหตุของการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเช่น

1. การให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดซึ่งมีทั้งการให้ความรู้เรื่องผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่น การเจริญพันธุ์แก่มารดาวัยรุ่น การคุมกำเนิดแก่มารดาหลังคลอด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงหรือผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่นแก่มารดาวัยรุ่น (Rowlands, 2010; Vorvick, 2009) เนื่องจากมารดาวัยรุ่นยังมีความรู้เรื่องความเสี่ยงของการตั้งครรภ์วัยรุ่นยังไม่ดี (วรวรรณ, 2551) การให้ความรู้เรื่องผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่นจะทำให้มารดาวัยรุ่นมองเห็นปัญหาที่จะเกิดขึ้น ถ้าหากเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำอีก

1.2 การให้ความรู้เรื่องการเจริญพันธุ์แก่มารดาวัยรุ่น เพื่อจะได้รู้เท่าทันอารมณ์ตัวเองและคู่นอนในการมีเพศสัมพันธ์ (Sangalang, Barth, & Painter, 2006) เนื่องจากการหายของแผลผ่าตัดหรือแผลฝีเย็บจากการคลอดจะหายดี น้ำคาวปลาจะหมดใน 3 สัปดาห์หลังคลอด (วิไลพรรณ, 2546) และร่างกายของมารดาวัยรุ่นก็มีความพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของฮอร์โมนที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง (สุชาดา, 2542) เมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน สิ่งที่ตามมาก็คือการตั้งครรภ์ซ้ำ

1.3 การให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด (ทศพร, 2548; ศุภมาศ, ประไพพรรณ, และนิษณา, 2552; Nunez, Hernandaez, Garcia, & Walker, 2003; Omar, Fowle, & McClanahan, 2008) ซึ่งในการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวเพื่อเว้นช่วงการตั้งครรภ์ที่เหมาะสำหรับมารดาวัยรุ่นมี 5 วิธี คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และถุงยางอนามัย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด (oral contraception) เป็นยาที่ใช้ฮอร์โมนสังเคราะห์ 2 ชนิด คือ เอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสโตเจน (progestogen) (ธัญญลักษณ์, 2549) ซึ่งมีฤทธิ์ในการยับยั้งการตกไข่ ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกมีลักษณะบาง ไม่เหมาะแก่การฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว และทำให้มูกปากมดลูกเหนียวข้นขึ้นซึ่งทำให้ตัวอสุจิไม่สามารถผ่านเข้าไปในโพรงมดลูกได้ยาก ข้อห้ามคือในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นเบาหวาน (ดำรง, 2543) ยาเม็ดคุมกำเนิดที่นิยมใช้ในปัจจุบันแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่คือ

1.3.1.1 ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (combined pills) คือยาเม็ดคุมกำเนิดที่ในยา 1 เม็ดประกอบด้วยเอสโตรเจน และโปรเจสโตเจนรวมกันในขนาดคงที่มีทั้งชนิด 21 เม็ด และ 28 เม็ด ซึ่ง 7 เม็ดหลังไม่มีฮอร์โมน แต่เป็นวิตามิน และธาตุเหล็ก โดยเริ่มยาเม็ดแรกภายใน 5 วันแรกของ

รอบระดู โดยนับวันแรกของรอบระดูเป็นวันที่ 1 ยาเม็ดคุมกำเนิดบางชนิดจะมีวันเตือนความจำกำกับอยู่ที่เม็ดยา เพื่อสะดวกในการรับประทาน พบว่าผู้หญิงที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้มีอัตราการตั้งครรภ์ต่ำกว่าร้อยละ 1 (ดำรง, 2543; ธัญญลักษณ์, 2549)

1.3.1.2 ยาเม็ดคุมกำนิดชนิดฮอร์โมนตัวเดียว (progestogen only pills) เป็นยาเม็ดชนิดฮอร์โมนต่ำ ประกอบด้วย โปรเจสโตเจนขนาดน้อย ๆ เท่ากันทุกเม็ด รับประทานวันละ 1 เม็ดทุกวัน มักใช้กับรายที่มีข้อห้ามของเอสโตรเจนและมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะประสิทธิภาพในการป้องกันการตกไข่ไม่แน่นอน อัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 1.2 (ดำรง, 2543; ธัญญลักษณ์, 2549)

1.3.1.3 ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนปริมาณสูงหรือใช้ภายหลังการร่วมเพศ (postcoital pills or morning after pills) เป็นยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน หรือโปรเจสโตเจนเพียงอย่างเดียวในปริมาณที่สูง หรือนำยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมมาใช้รับประทานเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์จากการร่วมเพศที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ หรือสตรีที่ถูกข่มขืน การใช้ยาคุมชนิดนี้มีประสิทธิภาพสูงเมื่อใช้ทันทีภายหลังการร่วมเพศไม่เกิน 72 ชั่วโมง (ดำรง, 2543; ธัญญลักษณ์, 2549) มีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าสตรีวัยรุ่นยังไม่รู้จักยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ไม่ทราบวิธีใช้ อาการข้างเคียง และต้องการคำอธิบายวิธีใช้ที่ถูกต้อง ก่อนที่จะตัดสินใจใช้ (ปัทมาภรณ์, เกสรา, และอรุณรัตน์, 2547)

1.3.2 ยาฉีดคุมกำเนิด (injectable contraception) เป็นฮอร์โมนสังเคราะห์โปรเจสโตเจนที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long acting progestogen) ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งการตกไข่ เปลี่ยนแปลงเยื่อบุโพรงมดลูกให้ฝ่อตัว (atrophic) ไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว เพิ่มจำนวนโปรตีนและกรด ในปากมดลูกทำให้มูกเหนียวข้นไม่เหมาะสมต่อการเคลื่อนไหวของตัวอสุจิ ท่อนำไข่เคลื่อนไหวและบีบตัวน้อยลง และตัวอสุจิไม่สามารถผสมกับไข่ได้ (sperm capacitation) ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูงมาก การคุมกำเนิดโดยวิธีนี้มีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 0.3 และไม่มีผลเสียต่อคุณภาพและปริมาณน้ำนมในมารดาที่ให้นมบุตร (ธัญญลักษณ์, 2549) เริ่มฉีดภายใน 1-5 วันของการมีประจำเดือน หลังแท้งบุตร หรือหลังคลอดบุตรทันทีหรือภายใน 4-6 สัปดาห์ ข้อห้ามคือผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก โรคกระดูกพรุน ผู้ป่วยเบาหวาน (ดำรง, 2543) มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดา

วัยรุ่นหลังคลอดพบว่าวิธีที่ได้ผลที่สุดคือการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด (Thurman, Hammond, Brown, & Roddy, 2007) และยาฉีดคุมกำเนิดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมี 2 ชนิดคือ

1.3.2.1 ดีพอร์ตเมดดรอกซี โปรเจสเตอร์โรนอซีเตต (Depot-medroxy-progesterone-acetate) (DMPA) เป็นสารสังเคราะห์มาจากโปรเจสโตเจนทำให้ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดช้า สามารถออกฤทธิ์ในร่างกายได้นาน ขนาดที่ใช้กันอยู่ทั่วไป คือ 150 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อลึกๆบริเวณสะโพกทุก 12 สัปดาห์ ระดับฮอร์โมนจะขึ้นสูงสุดภายใน 7 วันหลังฉีด หลังจากนั้นจะค่อยๆลดลง และยาจะอยู่ในกระแสเลือดได้นาน 6-8 เดือน หลังจากฉีดเข็มสุดท้าย (ดำรง, 2543; ธัญญลักษณ์, 2549)

1.3.2.2 นอร์ทีสเตอร์โรน อีนานเดท (Norethisterone enanthate) (Net-EN) เป็นสารสังเคราะห์ของ norethisterone ระดับฮอร์โมนจะสูงสุดภายใน 7 วัน และจะลดอย่างรวดเร็วและตรวจไม่พบยาใน 74 วันหลังฉีด ขนาดที่ใช้ 200 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 8 สัปห์ดา (ดำรง, 2543; ธัญญลักษณ์, 2549)

1.3.3 ยาฝังคุมกำเนิด (contraceptive implant) เป็นยาคุมกำเนิดที่บรรจุฮอร์โมนในแคปซูลที่ใช้ฝังใต้ผิวหนัง มีแบบ 1 หลอด 2 หลอด 6 หลอด ออกฤทธิ์ในการคุมกำเนิดโดยยับยั้งการตกไข่ ทำให้ปากมดลูกเหนียวข้นขึ้นตัวอสุจิจึงไม่สามารถผ่านเข้าโพรงมดลูกได้ และทำให้สภาพของมดลูกไม่เหมาะกับการฝังตัว ข้อดีคือสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ 5 ปี ประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 ในปีแรก และร้อยละ 1.5 ใน 5 ปี ส่วนในสตรีที่มีน้ำหนักมากกว่า 70 กิโลกรัมขึ้นไปพบอัตราการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.4 ใน 5 ปี ไม่มีปัญหาอาการข้างเคียง ข้อเสียคือปวดศีรษะ น้ำหนักอาจเพิ่ม มีแผลตรงตำแหน่งที่ฝังยา ระดูมาไม่ปกติและเวลาเอาออกต้องใช้ผู้ที่เชี่ยวชาญเฉพาะผู้รับบริการจึงค่อนข้างน้อย มีข้อห้ามในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในผู้รับบริการที่เป็นโรคตับ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ (ดำรง, 2543; ธัญญลักษณ์, 2549) มีการศึกษาในประเทศออสเตรเลียในการเว้นช่วงการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นพบว่าการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็นวิธีที่ดีที่สุด (Lewis, Doherty, Hickey, & Skinner, 2009)

1.3.4 ห่วงอนามัย (intrauterine contraceptive device : IUD) ที่นิยมใช้เป็นห่วงอนามัยที่ใส่สารทองแดง (Cu) ทำหน้าที่เป็นสิ่งแปลกปลอมในโพรงมดลูกทำให้เซลล์ในโพรงมดลูกเปลี่ยนแปลงเกิดเม็ดเลือดขาว macrophages และมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีและสรีรวิทยาของน้ำเมือกในโพรงมดลูกและท่อนำไข่ ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมในการผ่านของตัวอสุจิ

และทำให้ไข่ที่ผสมกับอสุจิแล้วไม่สามารถฝังตัวได้ ข้อดีคือมีประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรภ์สูง ใส่ครั้งเดียวอยู่ได้นาน ไม่มีผลเสียต่อร่างกาย แต่มีข้อเสียคือ ต้องใช้บุคลากรเฉพาะในการใส่ห่วงอนามัย ห่วงอนามัยอาจหลุด ปวดท้องหรือมีการอักเสบในอุ้งเชิงกราน และมีข้อห้ามคือการตั้งครรภ์ที่มีประวัติตั้งครรภ์นอกมดลูก เลือดออกผิดปกติ เนื้องอกมดลูก มดลูกพิการมาแต่กำเนิด และหญิงขายบริการเพราะทำให้ติดเชื้อง่าย (ดำรง, 2543; ธัญญลักษณ์, 2549)

1.3.5 ถุงยางอนามัย (condom) ซึ่งใช้ในการคุมกำเนิดโดยใส่คลุมองคชาติขณะร่วมเพศ เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำอสุจิสัมผัสช่องคลอดขณะผู้ชายหลั่งน้ำอสุจิ มี 2 แบบคือ

1.3.5.1 ถุงยางอนามัยที่ใช้กับเพศชาย (male condom) ใช้โดยสวมอวัยวะเพศชายขณะแข็งตัวก่อนที่จะมีการร่วมเพศ และถอดออกจากอวัยวะเพศหญิงก่อนที่จะอวัยวะเพศชายจะอ่อนตัว การคุมกำเนิดวิธีนี้พบอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 10-20 ใน 1 ปี (ธัญญลักษณ์, 2549)

1.3.5.2 ถุงยางอนามัยที่ใช้กับเพศหญิง (female condom) ใช้ใส่ในช่องคลอดของผู้หญิงก่อนการร่วมเพศและถอดออกหลังร่วมเพศ การคุมกำเนิดวิธีนี้ไม่มีรายงานประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อใช้วิธีนี้ในการคุมกำเนิด (ดำรง, 2543; ธัญญลักษณ์, 2549)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้เน้นเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในหลังคลอด 6 สัปดาห์ ก่อนที่จะมารับบริการตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว จึงเน้นการใช้ถุงยางอนามัยที่ใช้กับเพศชายหากมีเพศสัมพันธ์ ฉะนั้นมารดาวัยรุ่นจึงควรรู้วิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกวิธี (ดรุณี, มณฑิรา, วลัยพร, และเพชรไสว, 2542; สุภาวรรณ, 2553)) ดังต่อไปนี้

1) ใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

2) ฉีกมุมซองถุงยางอนามัย

3) บีบปลายถุงยางอนามัยที่เป็นกระเปาะเพื่อไล่อากาศออกเพื่อป้องกันถุงยางแตกขณะร่วมเพศ ซึ่งปลายถุงยางอนามัยมีกระเปาะเล็ก ๆ ไว้สำหรับรองรับน้ำอสุจิ

4) สวมถุงยางอนามัยเมื่ออวัยวะเพศชายแข็งตัว

5) หากถุงยางอนามัยไม่มีสารหล่อลื่น อาจใช้น้ำยาหล่อลื่นเพื่อป้องกันไม่ให้ระคายเคืองจากการเสียดสี สารหล่อลื่นที่ใช้น้ำเป็นตัวทำละลาย เช่น เควายเยลลี่ (K-Y jelly) ไม่ใช้ครีมทาผิว ครีมบำรุงผิว หรือน้ำมันพืช เพราะจะทำให้ถุงยางอนามัยฉีกขาดได้

6) เมื่อรู้ว่าถุงยางอนามัยขาดขณะร่วมเพศให้หยุดร่วมเพศ เอาถุงยางอนามัยที่ขาดออกและสวมถุงยางอนามัยใหม่ก่อนร่วมเพศต่อ

7) เมื่อหลั่งน้ำอสุจิแล้ว ให้ถอดถุงยางอนามัยออกขณะที่อวัยวะเพศยังแข็งตัวไม่ให้

สัมผัสกับช่องคลอด โดยสอดนิ้วเข้าไปบริเวณขอบถุงยางอนามัยด้านใน แล้วรูดออกก่อนที่อวัยวะเพศจะอ่อนตัว และห่อด้วยกระดาษชำระก่อนทิ้งถังขยะ

8) ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วห้ามนำมาใช้ซ้ำ

9) ถุงยางอนามัยต้องไม่หมดอายุ ไม่เก็บไว้ในที่มีความร้อนเช่น กระเป๋าเงิน ในที่อากาศไม่ถ่ายเท และควรมีถุงยางอนามัยไว้เตรียมพร้อมสำหรับการใช้ตลอดเวลา

2. การให้คำปรึกษาเรื่องวิธีคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร และระยะเวลาที่ควรมีบุตรคนต่อไป (ศุภมาศ, ประไพพรรณ, และนิษฌา, 2552; Key, Barbosa, & Owen, 2001; Omar, Fowle, & McClanahan, 2008) การให้คำปรึกษาจะเป็นการทำให้ผู้ที่มีปัญหาในเรื่องนั้น ๆ สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ โดยผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพร้อมในการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นปัญหาและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับปัญหา และให้ข้อมูลที่จำเป็นในการแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการยังไม่ทราบ (สุพร, 2542) อีกทั้งยังทำให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2546) อย่างเช่นกรณีมารดาวัยรุ่นหลังคลอดไม่ทราบวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ พยาบาลที่ให้คำปรึกษาจะต้องให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น การป้องกันการตั้งครรภ์ในช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยวิธีการใช้ถุงยางอนามัยหากมีเพศสัมพันธ์ การให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดใช้ทักษะเจรจาต่อรองให้สามีใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และคอยให้กำลังใจมารดาวัยรุ่นหลังคลอดว่าเขาสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้

3. การช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความตระหนักหรือเห็นความสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ (Russell & Lee, 2004) การที่จะมีความตระหนักได้ต้องทำให้วัยรุ่นสามารถค้นหาและเข้าใจตนเองและบุคคลอื่นทั้งด้านความเหมือนและความแตกต่าง อีกทั้งมีความภูมิใจในคุณค่าของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น รู้จักสิ่งที่ควรกระทำและไม่ควรกระทำ และรู้จักแก้ปัญหาเมื่อถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ โดยหาวิธีป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ (ตรีนุช, โสเพ็ญ, ชุติวรรณ, เพชรน้อย, และนิจฉรา, 2552) ซึ่งพบว่าเมื่อบุคคลผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วบุคคลจะเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น (Gibson, 1993) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาช่วยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

4. การช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีทักษะเจรจาต่อรองกับสามี เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิด (Vorvick, 2009) ซึ่งการเจราจาต่อรองหมายถึง กระบวนการที่คน 2 คน ซึ่งในการศึกษานี้ก็คือสามี มาร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาเพื่อบรรลุข้อตกลงร่วมกันในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยวิธีการใช้วิธีต่าง ๆ เพื่อคุมกำเนิด (นันทพร, เกสรา, และวรางคณา, 2547) การต่อรองเป็นสิ่งสำคัญในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะถ้าการต่อรองเป็นไปด้วยดีจะช่วยให้ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ดีขึ้น (สุวรรณา,

2549) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้มุ่งเน้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอด ใช้ทักษะการต่อรองกับสามีเพื่อให้สามีใช้ถุงยางอนามัยหากมีเพศสัมพันธ์

การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นมีวิธีป้องกัน สรุปได้ดังนี้คือ การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องผลกระทบและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ การทำให้สตรีวัยรุ่นเกิดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ และการทำให้สตรีวัยรุ่นมีทักษะการเจรจาต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ สำหรับการศึกษาครั้งนี้เน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ในช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ ขณะที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดยังไม่มารับบริการวางแผนครอบครัว ซึ่งถ้าหากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันอาจจะเสี่ยงกับการตั้งครรภ์ซ้ำได้ จึงควรใช้กลวิธีให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องผลกระทบในการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น การป้องกันการตั้งครรภ์คือการใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์นั่นเอง กลวิธีที่จะทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และการใช้ทักษะการเจรจาต่อรองกับสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์มาช่วยส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจุบันมีการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานสาธารณสุขอย่างแพร่หลาย ทั้งการดูแลสุขภาพของประชาชน การส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต อนึ่งการศึกษาครั้งนี้ก็ได้นำกรอบแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ จึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

มีผู้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือกระบวนการที่บุคคลช่วยให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเองโดยอิสระในการที่จะดูแลตนเอง (Rodwell, 1996) ส่วนกิบสัน (Gibson, 1991) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลมีความสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ทำให้บุคคลมีพลังและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ โดยช่วยให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งอาโนลด์ (Arnold, 1999) ยังกล่าวว่า

การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการช่วยให้บุคคลนำความสามารถไปใช้โดยมุ่งไปที่การดูแลตนเองและบุคคลใกล้ชิดที่มีปฏิสัมพันธ์กัน โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและ ผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เขาต้องการ เพื่อกำหนดการวางแผนการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้อาโนลด์ (Arnold, 1999) ยังพบอีกว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยมีการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน ผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพที่เหมาะสม และตามเป้าหมายสุขภาพที่กำหนด และบอกก์ (Boggs, 1999) ได้กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลมีอำนาจในการควบคุม โดยมีบุคคลอื่นคอยช่วยเหลือ สร้างความแข็งแรง ความเด็ดเดี่ยวมีอำนาจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ บอกก์ (Boggs, 1999) ยังพบอีกว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าตนเองมีอำนาจในการดูแลตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย สรุปได้ว่า คือการกระทำที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ มีความรู้สึกมีอำนาจในตนเอง มั่นใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถดูแลตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ เน้นของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งได้สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมารดาพบว่าในกระบวนการนี้ตนเองสามารถเปลี่ยนพฤติกรรม แสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาตนเองในการหาข้อมูลที่จะมาดูแลบุตรที่ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ การตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ และการตอบสนองด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจะ รู้สึกสับสน มึนงง ตกใจ กังวล กลัว โกรธ รู้สึกอิจฉาคนอื่นที่ไม่เผชิญชะตากรรมเหมือนตนเอง ซึ่งอาการทั้งหมดนี้บุคคลไม่สามารถยอมรับกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ แต่บุคคลจะดีขึ้นได้หากมีการเปลี่ยนความคิดใหม่โดยตั้งความหวังไว้ว่าตนเองอาจจะดีขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งบางครั้งต้องอาศัยบุคคลที่มีประสบการณ์ หรือมีความรู้ช่วย

การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลเสียความรู้สึก ความสามารถหรือความมั่นใจในการกระทำของตนเอง โดยบุคคลจะจะแสวงหาการช่วยเหลือจากรอบข้าง เช่น จากหนังสือ วารสาร แผ่นพับ หรือจากบุคคล ตัวอย่างเช่น บุคลากรสาธารณสุข และบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน บุคคลจะใช้ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดนี้มาใช้ประกอบในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา

การตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral responses) เกิดเมื่อบุคคลรับรู้ และตระหนักว่าเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองที่ต้องดูแลตนเอง ทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น จนรู้ว่าสิ่งที่ตนเองต้องการคืออะไร ตระหนักถึงความสามาถของตนเอง ใช้ประสบการณ์ และข้อมูลที่มีแก้ปัญหา เกิดการปรับตัวในแง่ดี

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม แสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาน เพื่อให้บุคคลได้พัฒนาตนเองช่วยให้กลับมามองปัญหาทุกแง่มุม และเข้าใจมากขึ้นในการแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยน แปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดพัฒนาความรู้สึกถึงพลังอำนาจในการควบคุมตนเองเกิดความรู้สึกว่าตนมีความสามารถ พัฒนาขึ้น เข้มแข็งขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองเมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยบุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งมีทางเลือกหลายวิธีอยู่ภายใต้เงื่อนไข 1)เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้กับตนเองได้ 2) สอดคล้องกับปัญหาของตน 3) ตอบสนองความต้องการของตัวเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและการยอมรับจากทีมสุขภาพ 5) เป็นวิธีที่เปิดกว้างและเป็นที่ยอมรับ

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่บุคคลได้เลือกแล้ว และถือเป็นข้อผูกพันระหว่างบุคคลและพยาบาลเมื่อพบปัญหาจะร่วมมือกันแก้ไข เมื่อฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบ

ความสำเร็จ จะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จะแก้ปัญหาที่ตนเองจะต้องเผชิญในวันข้างหน้าได้

จากการทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เมื่อทำครบขั้นตอนแล้วพบว่าในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถทำให้บุคคลเข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง และเกิดความตระหนักในการพัฒนาตนเองเพื่อจะแก้ปัญหาที่ตนเองเผชิญไม่ว่าจะเป็นด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ รักษาสุขภาพ หรือฟื้นฟูสุขภาพ โดยบุคคลจะเลือกวิธีปฏิบัติที่ที่เหมาะสมกับตนเอง และเมื่อการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพ ก็จะคงพฤติกรรมที่จะแก้ปัญหาของตนเองในวันหน้าได้โดยมีบุคคลกรสาธารณสุขร่วมปรึกษา

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

มีการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่าเมื่อบุคคลผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจมีมากมาย และเป็นประโยชน์กับบุคคลในการดูแลสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทำให้บุคคลมีทักษะในการต่อรองกับบุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ได้การกระทำที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ตัวอย่างเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีทักษะต่อรองกับบุคลากรสาธารณสุข และสามีในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง (นันทพร, เกสรา, และวรางคณา, 2547; วรางคณา, 2546)

2. ทำให้บุคคลมีความรับผิดชอบและตระหนักในสุขภาพของบุคคลใกล้ชิดที่มีสิทธิที่จะเลือกกระทำในสิ่งที่มีผลดีกับสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้สามีของสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความตระหนักในสิทธิของภรรยาในการเลือกการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตัวของภรรยาเอง (นันทพร, เกสรา, และวรางคณา, 2547)

3. ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพดีกว่าเดิม ตัวอย่างเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในการกินยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด (จุฬา, 2549)

4. ทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เด็กวัยเรียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายและบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง (วาณี และศรีสุดา, 2548)

5. ทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ตัวอย่างเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะหลังคลอด (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552)

6. ทำให้บุคคลรับรู้บทบาทที่เหมาะสมของตนเองที่พึงกระทำ ตัวอย่างเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้บทบาทของตนเองในการทำหน้าที่มารดาดูแลบุตรอย่างเหมาะสม (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552)

7. ทำให้บุคคลทราบสาเหตุของปัญหา และสามารถหาวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ ตัวอย่างเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค้นพบสาเหตุของปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาได้ ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ (Kang, Choi, & Ryu, 2008)

8. ทำให้บุคคลเกิด มีความรู้สึกร่วมในการค้นหาและแก้ปัญหาสุขภาพ มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีการพัฒนาตนเองในการหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพ มีอำนาจในการตัดสินใจในสิ่งที่สอดคล้องกับสิ่งที่ตนเองรับรู้ และมีการพัฒนาความมั่นใจที่จะปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อหาในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการดูแลตนเอง (Gibson, 1993)

สำหรับผลลัพธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประโยชน์มากมายในการทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งภายใน และพฤติกรรมภายนอกในการดูแลตนเองและผู้อื่น และยังทำให้เกิดความตระหนักในเรื่องสุขภาพทั้งของตนเอง และบุคคลอื่นด้วย จึงเหมาะกับการศึกษาครั้งนี้ ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของร่างกาย จึงทำให้หญิงวัยรุ่นปรับตัวไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง บางครั้งอาจรู้สึกสับสน และไม่ปลอดภัย อาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหลายอย่าง เช่น การตั้งครรภ์ซ้ำเป็นต้น ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางกาย โดยรู้จักอิทธิพลของฮอร์โมนที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่สัมพันธ์กับพัฒนาทางจิตและทางสังคมของหญิงวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง (กุญชรี, 2542) และจากการทบทวนวรรณคดีพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงน่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดให้มีพฤติกรรม

ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ จึงมีการทบทวนเรื่องพัฒนาการและปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่นสตรี การเปลี่ยนแปลงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

พัฒนาการและปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่นสตรี

วัยรุ่นสตรีมีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมาได้ ฉะนั้นการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องในประเด็นของพัฒนาการวัยรุ่นสตรี และปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่นสตรี มีดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการวัยรุ่นสตรี มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีทั้งพัฒนาการทางร่างกาย พัฒนาการด้านสติปัญญา พัฒนาทางด้านจิตใจ และพัฒนาการทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 พัฒนาการทางร่างกาย (physical development) จะเห็นการแปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนที่สุด ซึ่งก่อนที่จะเข้าสู่วัยรุ่น เด็กต้องผ่านวัยแตกเนื้อหนุ่มสาวก่อน ซึ่งหมายถึงช่วงที่อวัยวะสืบพันธุ์พร้อมที่จะทำงาน โดยเพศหญิงจะเริ่มต้นเมื่ออายุ 10-12 ปี และห่างออกมาอีก 2 ปี จึงบรรลุวุฒิภาวะทางเพศคือการมีประจำเดือนนั่นเอง (กุญชรี, 2542) จากนั้นเกิดการพัฒนาไปจนถึงอายุ 18 ปี จึงจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (พนม, 2550) นอกจากนี้ได้มีการแบ่งอายุวัยรุ่นเป็น 3 ช่วง คือ วัยรุ่นตอนต้นอายุ 11-13 ปี ตอนกลาง 14-16 ปี และตอนปลาย 17-19 ปี (เยาวลักษณ์, 2546) ซึ่งถ้าวัยรุ่นสตรีรู้ไม่เท่าทันพัฒนาการทางกาย ทำให้ไม่ระมัดระวังตนเอง อาจตกเป็นเหยื่อของเพศชายที่ไม่หวังดีได้ และส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อไป

1.2 พัฒนาการด้านสติปัญญา (intellectual development) วัยรุ่นจะมีการพัฒนาด้านสติปัญญาสูง มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และการสังเคราะห์ สิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น แต่ยังขาดความยับยั้งชั่งใจ มีความมุทะลุ หุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ต่อเมื่อพ้นวัยรุ่นจะมีความสามารถทางสติปัญญาได้เหมือนผู้ใหญ่ (พนม, 2550)

1.3 พัฒนาการด้านจิตใจ (psychological development) เพราะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเกิดขึ้นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายนั่นเอง อีกทั้งระบบฮอร์โมนยังทำให้จิตใจของวัยรุ่นมีการพัฒนา เช่น ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวเอง (self awareness) วัยรุ่นมีความสามารถในการรับรู้ตนเองด้านต่างๆ เช่น เอกลักษณ์ของตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ความ

ภาคภูมิใจในตนเอง การเป็นตัวของตัวเอง การควบคุมตนเอง อารมณ์ และจริยธรรม (พนม, 2550) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 เอกลักษณ์ (identity) วัยรุ่นจะแสดงถึงความเป็นตัวตนที่โดดเด่นของเขาออกมา ได้แก่ ถึงสิ่งที่ตนเองชอบ สิ่งที่ตนเองถนัด เช่น วิชาที่ชอบเรียน กีฬาที่ชอบเล่น งานอดิเรก การใช้เวลาให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนที่สนิทสนมด้วย ซึ่งในกลุ่มเพื่อนจะมีคนที่คล้ายคลึงกัน หรือเข้ากันได้ หรือการเอาแบบอย่างการแต่งกายจากดาราที่ชื่นชอบ ทั้งด้านการแต่งกาย คติประจำใจ เป้าหมายในชีวิต การเรียนรู้และถ่ายทอดแบบอย่าง ทั้งแนวคิด ค่านิยม และระบบจริยธรรม การแสดงออกและการแก้ปัญหาในชีวิต จนสิ่งเหล่านี้กลายเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง และกลายเป็นบุคลิกภาพของวัยรุ่นนั่นเอง นอกจากนี้ยังมีเอกลักษณ์ทางเพศรวมอยู่ด้วย (พนม, 2550)

1.3.2 ภาพลักษณ์ของตนเอง (self image) วัยรุ่นจะมองภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ ซึ่งมักให้ความสนใจและให้เวลาเกี่ยวกับข้อดีข้อด้อยทางร่างกายของตนเอง เช่น รูปร่าง ผิวพรรณ หน้าตา ความสวย และความพิการ ถ้ามีข้อด้อยมากกว่าคนอื่นก็จะเกิดความอับอาย (พนม, 2550)

1.3.3 การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (acceptance) วัยรุ่นต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนอย่างมาก ซึ่งเมื่อได้รับการยอมรับจะช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มั่นใจในตนเอง (พนม, 2550)

1.3.4 ความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เกิดจากการที่ตนเองเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนอื่น ๆ จึงทำให้รู้สึกตนเองมีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (พนม, 2550)

1.3.5 ความเป็นตัวของตัวเอง (independent) วัยรุ่นไม่ชอบอยู่ในกฎเกณฑ์หรือกติกาใด ๆ จะรักอิสระ เสรีภาพ มีปฏิกิริยาตอบโต้ถ้าหากถูกบังคับสูง เกิดความอยากรู้อยากทดลองสูง ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่าย เมื่อวัยรุ่นกระทำสิ่งใดที่สำเร็จด้วยตนเองจะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเอง (self confidence) (พนม, 2550)

1.3.6 การควบคุมตนเอง (self control) วัยรุ่นเรียนรู้ที่จะควบคุมความคิด การรู้จักยั้งคิด หรือมีการคิดเป็นระบบ เพื่อให้ความสามารถใช้ความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (พนม, 2550)

1.3.7 อารมณ์ (mood) วัยรุ่นอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงง่าย การควบคุมอารมณ์ยังไม่ดี ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมตามอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง เช่นโกรธง่าย เครียดง่าย ทำให้มีพฤติกรรมเกเร เป็นต้น มักมีอารมณ์ทางเพศมาก อันส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การควบคุมอารมณ์จะดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (พนม, 2550)

1.3.8 จริยธรรม (moral development) วัยรุ่นจะมีความคิดทางอุดมคติสูง (idealism) เพราะแยกแยะความรับผิดชอบชั่วดีได้แล้ว มีระบบมโนธรรมของตนเอง ต้องการความถูกต้องในสังคม จึงมักมีความคับข้องใจกับความรู้สึกไม่ถูกต้องในบ้านและในสังคมที่ตนเองอยู่ เช่นในโรงเรียน จึงเห็นได้ว่า วัยรุ่นมักวิพากษ์วิจารณ์พ่อแม่และครูอาจารย์ การประท้วงจึงเกิดได้บ่อยในวัยรุ่น (พนม, 2550)

1.4 พัฒนาการทางสังคม (social development) เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะมีส่วนทำให้พฤติกรรมของวัยรุ่นสตรีเปลี่ยนแปลง เมื่อทบทวนวรรณคดีพบว่า พัฒนาการทางสังคมที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องคือ พัฒนาการทางจิต-สังคม ความสัมพันธ์วัยรุ่นกับครอบครัว เพื่อน และการคบเพื่อนต่างเพศของวัยรุ่น

1.4.1 พัฒนาการทางจิต-สังคมของวัยรุ่น ตามทฤษฎีของอีริคสันกล่าวว่า มักมีความสับสนในบทบาท คือจะเลียนแบบค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตผู้อื่นโดยไม่คิดว่าเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ และยินยอมให้ผู้อื่นมีอิทธิพลเหนือความคิดของตน (กุญชรี, 2542)

1.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัว เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมักแยกตัวจากครอบครัว ขัดแย้งกับพ่อแม่บ่อยขึ้น เพราะต้องการเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง (กุญชรี, 2542)

1.4.3 เพื่อน จะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก โดยเฉพาะเพื่อนที่พูดเรื่องเดียวกัน มีความสนใจเหมือนกัน วัยรุ่นมักต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน และมักคล้อยตามกลุ่ม (กุญชรี, 2542)

1.4.4 การคบเพื่อนต่างเพศของวัยรุ่น การมีเพื่อนต่างเพศเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้นและกังวลไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงในช่วงเด็กตอนปลาย วัยรุ่นชายมีความรู้สึกทางเพศง่ายกว่า เพศหญิงเมื่ออยู่ใกล้ชิดกัน สัมผัสถูกเนื้อต้องตัวกัน ทำให้ผู้ชายอาจเกิดความรู้สึกทางเพศได้ เพราะฉะนั้น ผู้ปกครองควรสอนให้ลูกวัยรุ่นสตรีเข้าใจขอบเขตในการใกล้ชิดกันระหว่างหญิงชาย ไม่เล่นหัวถึงเนื้อตัวกันแบบเด็ก ๆ อีกต่อไป ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ชายได้สัมผัสทั้งทางร่างกายและสายตา อันจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ชายเกิดความรู้สึกทางเพศได้ (รุ่งโรจน์, 2553)

2. ปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่นสตรี เนื่องจากวัยรุ่นสตรีเป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา ส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรมมากมาย เช่น ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ วัยรุ่นสตรีจะแสดงความเป็นตัวของตัวเองค่อนข้างสูง การพูดไม่ค่อยเรียบร้อย อารมณ์แปรปรวนแปลี่ยนแปลงง่าย ความรับผิดชอบไม่สม่ำเสมอ เอาแต่ใจตนเอง ทำให้เป็นเหตุขัดแย้งกับพ่อแม่บ่อย (พนม, 2550)

2.2 การใช้สารเสพติด เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองทั้งเพศหญิงและชาย ถ้าขาดการยับยั้งชั่งใจ เมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด หรือเพื่อนให้ใช้สารเสพติด จะมีการชักชวนให้ใช้ร่วมกัน บางคนไม่กล้าปฏิเสธเพื่อน บางคนต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน จึงใช้ยาเสพติดให้เหมือนกับกลุ่มเพื่อน (พนม, 2550)

2.3 การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสตรี มักเกิดจากวัยรุ่นขาดการยับยั้งชั่งใจ ขาดการไตร่ตรองทำตามอารมณ์เพศ หรืออยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสารเสพติด หรือมีปัญหาทางอารมณ์เลยใช้เพศสัมพันธ์เป็นการทดแทนที่สุด (ฐิติพร, สุรีย์พร, กัญจนี, และญาวนี, 2550; พนม, 2550; อนงค์, ประณีต, และบุญวดี, 2552) จากผลของการมีเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน (นัยนา, 2551; ศิริประภา, 2550) การทำแท้ง การทอดทิ้งบุตร และการเลี้ยงลูกที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีปัญหาครอบครัวตามมา ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมในที่สุด (ศุภมาศ, ประไพพรรณ, และนิษณา ,2552)

พัฒนาการของวัยรุ่นสตรีพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และด้านสังคม ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการเกเรกับพ่อแม่ การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลสตรีวัยรุ่นจึงต้องเข้าใจ และนำกระบวนการต่าง ๆ ที่สามารถทำให้วัยรุ่นสตรีมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาแก้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เนื่องจากเปลี่ยนจากวัยรุ่นที่วุฒิภาวะทั้งทางด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ยังไม่พร้อม มาเป็นมารดาที่ต้องรับบทบาทมารดาที่ต้องเลี้ยงดูทารก จึงควรทบทวนความหมาย และการเปลี่ยนแปลงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ดังนี้

1. ความหมายของมารดาหลังคลอด หมายถึง สตรีที่ให้กำเนิดทารกทันทีจนถึง 6 สัปดาห์หลังลอด (ศรีนวล, 2544) เช่นเดียวกับในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หมายถึง สตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ให้กำเนิดทารกทันทีจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด เช่นกัน

2. การเปลี่ยนแปลงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบการเปลี่ยนแปลงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมี 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคม ด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ด้านร่างกาย พบว่าแผลฝีเย็บจะหายในวันที่ 8-14 หลังคลอด (ศรีนวล, 2544; Green & Winkinson, 2004) น้ำคาวปลาจะหมดใน 3 สัปดาห์หลังคลอด ส่วนการมีไข่ตกแล้วแต่พฤติกรรมของแต่ละบุคคล เช่น ใน 6-8 สัปดาห์ ถ้าไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดาหลังคลอดมีไข่ตก ร้อยละ 19.5 มารดาที่ให้นมผสมร่วมกับนมแม่มีไข่ตก ร้อยละ 6.7 และมีไข่ตก ร้อยละ 2.9 ในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (สมพล และคณะ, 2518 อ้างตาม ศรีนวล, 2544)

2.2 ด้านจิตใจอารมณ์ พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดมักมีความเครียด วิตกกังวลนอนไม่หลับ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร วิตกกังวลเกี่ยวกับด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น เพราะมีค่าใช้จ่ายของบุตรที่คลอดใหม่เพิ่มมาด้วย (ชุลีพร, 2553)

2.3 ด้านสังคม พบว่ามารดาวัยรุ่นมีปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางด้านสังคม โดยต้องการให้ให้บุคคลในครอบครัว เช่น สามี หรือมารดาคอยช่วยเหลือในระยะหลังคลอดเนื่องจากมารดาวัยรุ่นเหนื่อยล้าจากการให้นมบุตร (ชุลีพร, 2553)

2.4 ด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ยังไม่พบการศึกษาใด ๆ ที่ศึกษาเฉพาะการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดของมารดาวัยรุ่น แต่พบการศึกษาการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของมารดาหลังคลอดทั่วไปที่ไม่ได้แยกกลุ่มอายุ ดังตัวอย่างเช่น มารดาหลังคลอดมีเพศสัมพันธ์ก่อนมาตรวจหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 40 (สมพล, 2529 อ้างตาม ศรีนวล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาหลังคลอดร้อยละ 26.25 มีเพศสัมพันธ์ก่อนมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ซึ่งในจำนวนนี้เริ่มมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ร้อยละ 3.81 สัปดาห์ที่ 3 ร้อยละ 20 สัปดาห์ที่ 4 ร้อยละ 40 สัปดาห์ที่ 5 ร้อยละ 25 และสัปดาห์ที่ 6 ร้อยละ 12.38 ตามลำดับ (มณฑิรา, สุชาดา, สร้อย, และสุรัตยา, 2536)

2.5 ด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีพฤติกรรมต้องการความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการคุมกำเนิด เพื่อเว้นช่วงการตั้งครรภ์ออกไป (ศุภมาศ, ประไพพรรณ, และนิษณา, 2552; Sagalang, Barth, & Painter, 2006)

การเปลี่ยนแปลงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่าพฤติกรรมทางเพศของมารดาวัยรุ่นมักมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดความตระหนัก และขาดอำนาจต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ประกอบกับพฤติกรรมทางเพศของมารดาหลังคลอด มีเพศสัมพันธ์ก่อนที่จะมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่หลังคลอด 2 สัปดาห์ อีกทั้งทางด้านร่างกายของมารดาหลังคลอดมีการตกไข่แล้วภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเสี่ยงกับการตั้งครรภ์ซ้ำ แต่มารดา

วัยรุ่นหลังคลอดยังมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยต้องการความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการคุมกำเนิด เพื่อเว้นช่วงการตั้งครรภ์ออกไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

เนื่องจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดต้องรับบทบาทใหม่ในการทำหน้าที่มารดาที่ต้องเลี้ยงดูบุตร ทำหน้าที่ภรรยาที่ต้องดูแลความเรียบร้อยของบ้านและดูแลสามี แต่วุฒิภาวะของวัยรุ่นที่เป็นมารดาหลังคลอดยังไม่พร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดต้องมีการปรับตัวมาก ซึ่งมีการศึกษาพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552) เช่นเดียวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อความรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดาและทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่น พบว่าหลังจากผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดาและทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตร สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และพบว่าคะแนนการสนับสนุนของสามีสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นกัน (นุจเรศ, 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น เพราะพบว่ามารดาวัยรุ่นมักมีพฤติกรรมทางเพศที่มีเพศสัมพันธ์โดยขาดความตระหนัก ขาดความรู้ในเรื่องผลกระทบของการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และขาดอำนาจต่อรองสามีในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลให้มีการตั้งครรภ์ซ้ำตามมา ฉะนั้นการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดนับว่าเหมาะสม เพราะคาดว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาวัยรุ่นให้มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้เช่นกัน

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีผู้นำแนวคิดดังกล่าวไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังตัวอย่าง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอนของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบกับการใช้คู่มือปฏิบัติบัติตัวด้านสุขภาพ และการติดตามทางโทรศัพท์ควบคู่ไปด้วย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา สอน เอื้ออำนวยความสะดวก และเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (จุฬา, 2549) และการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดในประเทศเกาหลี โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของฟราย (Freire, 1983) มีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การฟังเพื่อให้เข้าใจปัญหา 2) การมีส่วนร่วมเพื่อแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหา และ 3) การทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก พบว่ามารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุม และมารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kang, Choi, & Ryu, 2008) รวมทั้งกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นรับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองหลังคลอดได้ดี (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552) และยังช่วยให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดา และมีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงดูบุตร โดยได้รับการสนับสนุนจากสามีได้ (นุจเรศ, 2553) ซึ่งกรอบแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้มารดาวัยรุ่นและสามีมีพฤติกรรมสุขภาพในการลี้ยงดูบุตรให้ดีขึ้นได้ ฉะนั้นเพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อันจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อมารดา ทารก ครอบครัว และประเทศชาติ จึงสมควรใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น สำหรับการทบทวนวรรณคดีในหัวข้อนี้ประกอบด้วย 2 ประเด็น ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และเครื่องมือที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามลำดับ

1.โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จากข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผู้ศึกษาไม่แพร่หลายเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามมีการศึกษาอยู่บ้าง ดังตัวอย่าง เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการรับรู้บทบาทการเป็นมารดา และ

ความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่ใช้การทำกิจกรรมรายบุคคลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ 4 ขั้นตอนของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้เทคนิคการกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดพูดระบายความรู้สึกต่อการคลอดและการเป็นมารดา 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาน โดยให้มารดาหลังคลอดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่ามีผลอะไรกับตัวเองและทารก จำเป็นต้องแก้ไขหรือไม่ 3) การเรียนรู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ในขั้นนี้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกับผู้วิจัยร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อเลือกแก้ปัญหา และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ในขั้นนี้ผู้วิจัยติดตามผลการปฏิบัติ กล่าวชมเชย ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจช่วยให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกมั่นใจในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งเมื่อผ่านกระบวนการนี้แล้วสามารถทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายมากกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552) หรืออีกการศึกษาหนึ่งที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอด แต่มีการให้สามีมีส่วนในการสนับสนุนด้วย ซึ่งโปรแกรมนี้ประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอนของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 1) การค้นพบความเป็นจริง โดยร่วมกันค้นหาและวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีความรู้สึกการมีคุณค่าในการเป็นมารดาน้อยกว่าปกติ ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับศักยภาพและความสามารถในตนเองที่มีในระยะหลังคลอด 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยมารดาหลังคลอดและสามีทำความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน วิเคราะห์หาแนวทางจัดการปัญหาตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ 3) มารดาวัยรุ่นและสามีร่วมตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยมารดาวัยรุ่นและสามีร่วมกันวิเคราะห์ในการพัฒนาตนเองให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ซึ่งเมื่อผ่านกระบวนการนี้แล้วทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดาและมีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงดูบุตร (นุจเรศ, 2553)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มต่าง ๆ แต่ละโปรแกรมมักมีเครื่องมือประกอบในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้การศึกษาได้ผลสัมฤทธิ์ มีเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการทบทวนวรรณคดีมีหลากหลาย ดังรายละอียดต่อไปนี้

2.1.1 คู่มือสำหรับให้ผู้รับบริการไว้ทบทวนที่บ้าน เช่น คู่มือการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ คู่มือการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตรของมารดาหลังคลอด คู่มือการสนับสนุนของสามีในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และคู่มือการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด (จุฬา, 2550; นุจเรศ, 2553; นงลักษณ์ และสร้อย, 2552)

2.1.2 นิทาน (วาณี และศรีสุดา, 2548)

2.1.3 การทำกิจกรรมกลุ่ม (จุฬา, 2550; นันทพร, เกสรา, และวรางคณา, 2547; วรางคณา, 2546; วาณี และศรีสุดา, 2548)

2.1.3 การทำกิจกรรมรายคู่ (นุจเรศ, 2553)

2.1.4 การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ (นุจเรศ, 2553) นอกจากในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ยังมีการศึกษาอื่นที่ใช้การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับมาใช้ เช่นในการทำความสะอาดแผลเจาะคอ การทำความสะอาดท่อเจาะคอโดยใช้หุ่นจำลองสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเจาะคอเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (รัญจวน, 2552)

2.1.5 แผนการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล ที่มีการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษารายบุคคลแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นที่ไม่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ได้ใช้วิธีการสอนและการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลสามารถทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้ความสามาถของตนเองว่าสามารถเลี้ยงดูบุตรได้ (สุหรี และกัญดา, 2550)

2.1.6 การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อติดตามการคงปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น (จุฬา, 2550; นุจเรศ, 2553) และยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นกรอบแนวคิด แต่สามารถนำโทรศัพท์มาเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ เช่น การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยกระดูกฟีเมอร์หัก (fracture of femure) ซึ่งมีการโทรศัพท์ให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 พบว่าสามารถทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น (นงเยาว์, วิลาวรรณ, และกาญจนา, 2550) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่นำโทรศัพท์มาใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในกลุ่มหญิงเบาหวานที่ตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้คำชี้แนะในการจัดการดูแลตนเอง ทำให้ผู้รับบริการทั้ง 2 กลุ่มสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (พิศมัย, 2551; Long, Gambling, Yong, Taylor, &Manson, 2005)

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบ 2 ประเด็น คือ เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม และเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินผลของโปรแกรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม มีดังนี้

2.2.1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (จุฬา, 2550)

2.2.1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร (วาณี และศรีสุดา, 2548)

2.2.2 เครื่องมือที่เป็นแบบประเมิน มีดังนี้

2.2.2.1 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552)

2.2.2.2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดา และแบบประเมินทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตร (นุจเรศ, 2553)

2.2.2.3 แบบประเมินการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดสตรี (วรางคณา, 2546)

2.2.2.4 แบบประเมินความตระหนักในสิทธิและความรับผิดชอบเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และแบบประเมินเทคนิคการเจรจาต่อรองของภรรยา (นันทพร, เกสรา, และวรางคณา, 2547)

ผลการทบทวนโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากวรรณคดีที่กี่ยวข้องสรุปได้ว่า มีการประยุกต์ใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอนของกิบสัน (Gibson,1993; Gibson, 1995) มาใช้ในการศึกษาหลายงานวิจัย อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้ทดลองในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วได้ผลดี คือ คู่มือที่ให้กลุ่มตัวอย่างไว้ศึกษาและทบทวน นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมกรรมกลุ่ม การจัดกิจกรรมรายคู่ และการจัดกิจกรรมรายบุคคลแล้วแต่ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนเครื่องมือที่ใช้เก็บรวมรวมข้อมูล มี 2 ประเภท คือ แบบสอบถามและแบบประเมิน ซึ่งแต่ละประเภทล้วนแล้วแต่ต้องการวัดพฤติกรรมของผู้รับบริการ เพราะเมื่อมีการทดลองการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว วัตถุประสงค์ของผู้วิจัยต้องการวัดการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วัลยา, 2543) ดังนั้นเมื่อต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ให้มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จึงน่าจะสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประยุกต์การสอนรายบุคคลด้วยภาพพลิก การฝึกทักษะการเจรจาต่อรอง การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ คู่มือ และการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งคาดว่าเมื่อนำไปทดลองใช้จะทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

สรุป

ปัจจุบันวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต ฉะนั้นจึงส่งผลให้มีโอกาสการตั้งครรภ์ซ้ำเมื่ออายุน้อยเช่นเดียวกัน ซึ่งการตั้งครรภซ้ำจะส่งผลกระทบตั้งแต่มารดาทารก ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการคลอดก่อนกำหนด หรือการทำแท้ง รวมทั้งส่งผลต่อสุขภาพของทารก เป็นต้น โดยสาเหตุของการของตั้งครรภ์ซ้ำมีทั้งสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวมารดาวัยรุ่น สำหรับการศึกษาครั้งนี้เน้นการแก้สาเหตุที่เกิดจากปัจจัยภายในของมารดาวัยรุ่นคือ การขาดความรู้ความเข้าใจ การขาดความตระหนัก และการขาดอำนาจต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาประยุกต์สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อประกอบกิจกรรมรายบุคคล ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจ มีความตระหนัก และมีอำนาจต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งส่งผลให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีพฤติกรรมโดยรวมในด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อจากกัน โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สำหรับวิธีดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิธีการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ มารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มีบุตรคนแรก

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มีบุตรคนแรก โดยผ่านการคลอดปกติหรือผิดปกติ ณ. ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2553 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 50 คนโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

1. มารดาหลังคลอด 1 - 3 วัน
2. ไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม เช่น ภาวะช็อค คลื่นไส้อาเจียน
3. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
4. อยู่ร่วมกับสามี

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัย โดยพบการศึกษาของวรางคณา (2546) เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี มีความใกล้เคียงกัน จึงเลือกมาใช้ในการคำนวณเพื่อ

หาค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล PASS (power analysis sample size) (บุญใจ, 2547) คำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 2.15 (ภาคผนวก ก) ซึ่งสูง (large effect size) แต่เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 และกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 พร้อมเปิดตารางขนาดตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Polit & Hungler, 1999 อ้างตาม บุญใจ, 2547) ได้กลุ่มตัวอย่างละ 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คนโดยกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลหลังคลอดตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองให้การพยาบาลหลังคลอดตามปกติและโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นเองมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่มารดารับรู้อำนาจของตนเองว่าสามารถให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ มาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อให้มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล โดยที่ผู้วิจัยแสดงบทบาทเป็นผู้สอน ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ประสานงาน ผู้พิทักษ์สิทธิ ซึ่งมีเครื่องมือ 5 ชนิด ดังนี้

1.1 แผนการสอนโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (ภาคผนวก ช)

1.2 ภาพพลิกเรื่องพลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นและวิธีป้องกัน (ภาคผนวก ซ)

1.3 หุ่นจำลองอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายและถุงยางอนามัย เพื่อสาธิตการใช้ถุงยางที่ถูกต้อง

1.4 คู่มือเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น มอบให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลับบ้าน เพื่อได้ทบทวน เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ผลกระทบในการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นและวิธีการป้องกัน (ภาคผนวก ฌ)

1.5 แนวทางการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มารดาวัยรุ่นหลังคลอด (ภาคผนวก ง)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ การจดทะเบียนสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตรที่ต้องการ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ การจดทะเบียนสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตรที่ต้องการ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ที่ช่วยเหลือหากมารดาวัยรุ่นไม่มีรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูลประวัติการใช้ถุงยางอนามัย ปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย และการวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงการกระทำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยแยกเป็นการกระทำ 3 ประเด็น คือ การกระทำที่แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์ การกระทำที่แสดงถึงความตระหนัก และการกระทำที่แสดงถึงการมีอำนาจต่อรอง ซึ่งแต่ละประเด็นมีจำนวนคำถาม ประเด็นละ 15 ข้อ และแบ่งการประเมินค่าเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่กระทำเป็นส่วนมาก (3 คะแนน)

ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่กระทำเป็นบางครั้ง (2 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับการกระทำเลย (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ผ่านการตรวจสอบ 2 วิธี คือ การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และการตรวจสอบโดยการทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองจริง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

1.1 การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการโดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) แผนการสอนโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ 2) ภาพพลิกเรื่อง พลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ 3) คู่มือเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น 4) แนวทางทางการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มารดาวัยรุ่น

หลังคลอด และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) อาจารย์พยาบาลที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก เป็นผู้ตรวจความตรงของเนื้อหา โดยการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และความชัดเจนของข้อความและภาษาที่ใช้

1.2 การตรวจสอบโดยการทดลองใช้ นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ภาพพลิกเรื่องพลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ และคู่มือเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 3 คน หลังการทดลองใช้ปรากฏว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ดังกล่าวเข้าใจง่าย ตัวหนังสือน่าอ่าน และมีสีสันสวยงาม

2. การตรวจหาความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ที่หอผู้ป่วยมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเครื่องมือครั้งนี้มีความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ผ่านเกณฑ์ของการตรวจความเที่ยงของเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ที่ต้องไม่น้อยกว่า 0.70 (บุญใจ, 2547)

วิธีการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยวางแผนดำเนินงานเป็นขั้นตอนโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการสอบแล้วโดยมีหนังสือรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แนบให้กรรมการประเมินงานด้านจริยธรรมโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

1.2 ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ แนะนำตัวกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยมารดาหลังคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดลองใช้เครื่องมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

1.3 ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการ

วิจัย ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งระยะเวลาที่เข้าร่วมในการศึกษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้ (ภาพ 2)

2.1 กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการตึกหลังคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1.1 หลังคลอดบุตรภายใน 1-3 วัน ให้กลุ่มควบคุมตอบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (pre-test) ใช้เวลา 10 - 15 นาที

2.1.2 เมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดซ้ำอีกครั้ง (post-test) ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ ทางไปรษณีย์ 18 ราย ที่คลินิกวางแผนครอบครัว 4 ราย ทางโทรศัพท์ 2 ราย และการเยี่ยมบ้าน 1 ราย

2.2 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการตึกหลังคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมตามข้อ 2.1.1 พร้อมทั้งเพิ่มการให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอีก 30 นาที โดยขั้นตอน และกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง เป็นกิจกรรมที่ใช้ในการทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจและยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อจะได้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดี และให้ข้อมูลที่แท้จริงเรื่องผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำจากการสอน ด้วยภาพพลิก

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองและแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยทำกิจกรรมในห้องให้คำปรึกษาของตึกหลังคลอด

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเข้าใจสภาพปัญหาของการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดด้วยวิธีการให้ความรู้โดยใช้ภาพพลิก เนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุและผลกระทบในการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นยกตัวอย่าง เช่น สาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นขาดความรู้ ขาดความตระหนัก และขาดอำนาจต่อรองสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดาเช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ การทำแท้งเพราะความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ซึ่งเสี่ยงกับการเสียชีวิตของมารดาเพราะอาจติดเชื้อได้ง่าย และผลกระทบกับทารกที่มีภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ความพิการและการเสียชีวิตสูง นอกจากนี้จะต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากตนเองยังไม่มีอาชีพที่มั่นคง ไม่มีรายได้ที่แน่นอนลูกที่เกิดมาใหม่ และลูกคนโตก็จะมีปัญหาไม่

สามารถเลี้ยงดูให้ดีได้ และสิ่งที่ตามมาคือการทะเลาะกันในครอบครัวในเรื่องปัญหาเศรษฐกิจ ในที่สุดปัญหาการหย่าร้างก็จะตามมา ลูกที่เกิดมาโตขึ้นก็จะมีปัญหาทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดปัญหาสังคมได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกิจกรรมที่ทำให้มารดาวัยรุ่นทบทวนสภาพความเป็นจริงอย่างรอบคอบ ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ซ้ำ และพัฒนาตนเองเพื่อหาวิธีการป้องกันการตั้งครรรภ์ซ้ำ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 กระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบที่ตนเองจะต้องเผชิญ หากมีการตั้งครรภ์ซ้ำอีกในช่วงวัยรุ่น พร้อมทั้งกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดแสดงความคิดเห็นในการหาทางออกเพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงอายุวัยรุ่นอีก

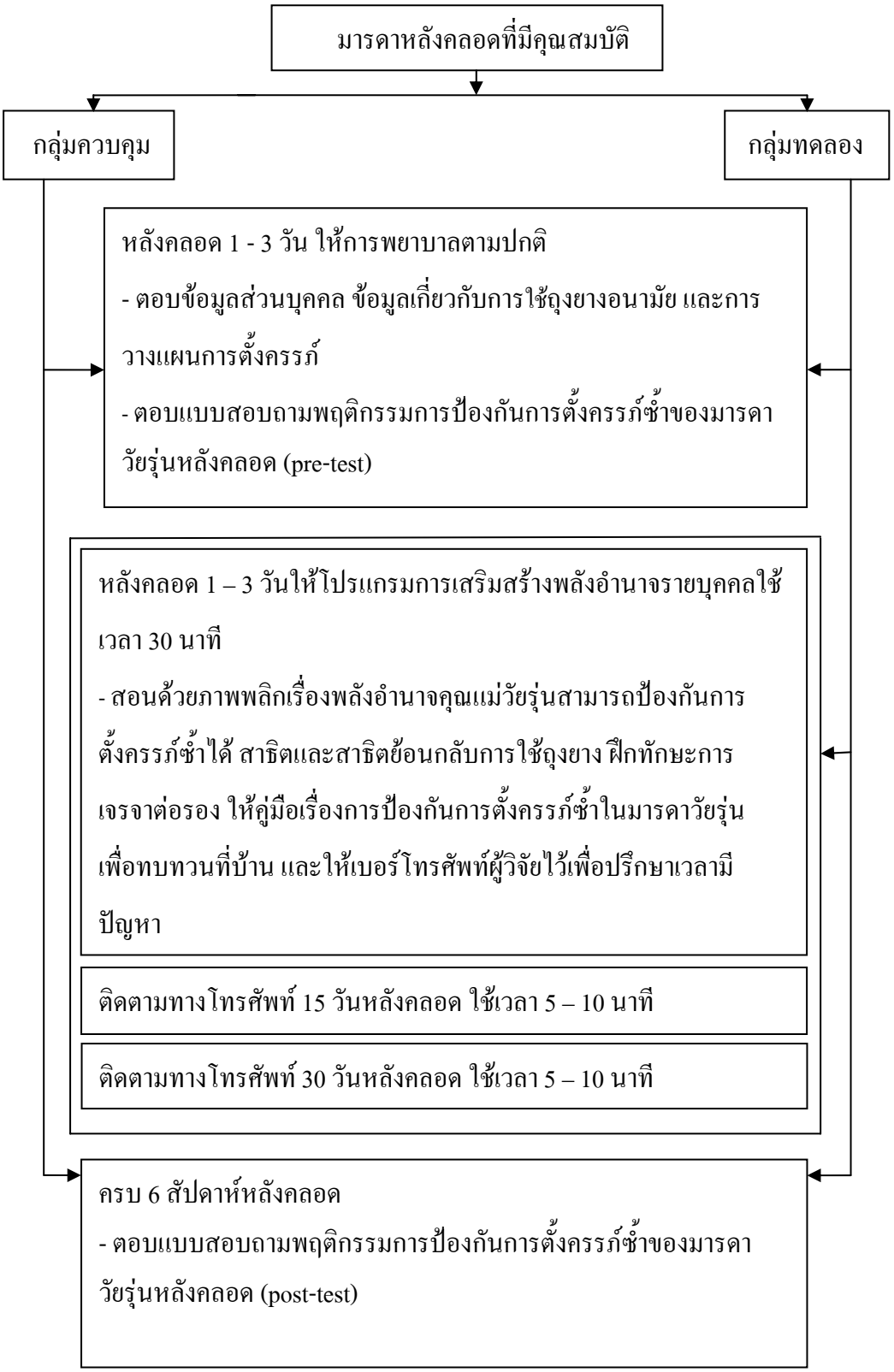
ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เป็นกิจกรรมที่ทำให้มารดาวัยรุ่นตัดสินใจเลือกวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่เหมาะสมกับตนเองในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเลือกวิธีปฏิบัติที่จะป้องกันผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อมูลการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดฝึกทักษะเจรจาต่อรองเพื่อโน้มน้าวให้สามีใส่ถุงยางอนามัยหากมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ก่อนที่จะมารับบริการวางแผนครอบครัว ทั้งนี้ผู้วิจัยแสดงบทบาทสมมุติเป็นสามี นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สาธิตการใช้ถุงยางอนามัย และให้มารดาวัยรุ่นสาธิตย้อนกลับการใส่ถุงยางอนามัยให้สามี โดยใช้หุ่นจำลองอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้เลือกวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ใน 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยให้สามีใส่ถุงยางอนามัยหากมีเพศสัมพันธ์ ในขั้นตอนนี้ได้มีข้อผูกพันในการปฏิบัติระหว่างผู้วิจัยกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด คือ หากพบปัญหาในการใส่ถุงยางอนามัย ทั้งผู้วิจัยและมารดาวัยรุ่นหลังคลอดต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหา เพื่อให้มีการคงปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคงพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำไว้ โดยผู้วิจัยให้คู่มือเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไว้ทบทวน เพื่อคงการกระทำในการพูดเจรจาต่อรองให้สามีใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และหากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดพบปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย มารดาวัยรุ่นจะปรึกษาผู้วิจัยผ่านช่องทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ของของตนเองกับมารดาวัยรุ่นไว้ติดต่อเพื่อร่วมมือกันแก้ไขปัญหา อีกทั้งผู้วิจัยได้ติดตามและประเมินการปฏิบัติตัวของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการ

ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยการติดตามเยี่ยมมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ใน 15 และ 30 วันหลังคลอด ซึ่งระยะเวลาการติดตามนี้จะสอดคล้องกับการโทรศัพท์ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว (กรมอนามัย, 2551) ที่โรงพยาบาลถือปฏิบัติ ทั้งนี้การโทรศัพท์แต่ละครั้งใช้เวลา 5-10 นาที แล้วแต่สภาพปัญหาของกลุ่มทดลองแต่ละราย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้สนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้ใช้ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ผู้ประสานงาน และเป็นผู้ให้โอกาส (Gibson, 1991) เมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อีกครั้ง ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ ทางไปรษณีย์ 19 ราย ที่คลินิกวางแผนครอบครัว 4 ราย ทางโทรศัพท์ 1 ราย และการเยี่ยมบ้าน 1 ราย



ภาพ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยอย่างเคร่งครัดไม่บิดเบือนความจริง ซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปกปิดข้อมูลและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง เสนอผลการวิจัยในภาพรวม และขั้นตอนการทดลองไม่เกิดอันตรายแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดโดยผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตัวต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่จะเข้าหรือไม่เข้าร่วมในการทำวิจัย หรือออกจากการวิจัยได้ตามต้องการ ทั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ แล้วจึงขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดลงนามในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ใช้แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้ค่าไคสแควร์

2. ทดสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูล (data distribution) ก่อนใช้สถิติทดสอบค่าทีโดยการทดสอบ test of normality - Kolmogoronov-Sminov-test

3.วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทีอิสระ (independent t - test) ในการวิเคราะห์

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติทีคู่ (paired t - test)

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทีคู่ (paired t - test)

6. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หากไม่พบความแตกต่างของคุณลักษณะทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติทีอิสระ (independent t - test) ในการวิเคราะห์

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน สำหรับผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยมีดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอในรูปการบรรยายและตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลอง พบว่า เป็นกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีอายุระหว่าง 15 -19 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย คืออายุ 17 - 19 ปี (ร้อยละ 72) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.28 ปี (SD = 1.40) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 8,128 บาท/เดือน (SD = 3,675.54) และมีรายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือน 1,480 บาท (SD = 2,651.57) (ตาราง 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 76) โดยเกือบทั้งหมดไม่จดทะเบียนสมรส คิดเป็นร้อยละ 96

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เรียนหนังสือ ไม่มีรายได้ และมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 76 ร้อยละ 72 และร้อยละ 60 ตามลำดับ) สำหรับบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อไม่มีรายได้ พร้อมทั้งให้ที่อยู่อาศัยแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคือ พ่อแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดหรือพ่อแม่ของสามี (ร้อยละ 88 และร้อยละ 64 ตามลำดับ) (ตาราง 2)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มควบคุม พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง กล่าวคือ เป็นกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 14 - 19 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นในช่วงอายุตอนปลาย คืออายุ 17 - 19 ปี (ร้อยละ 72) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.44 ปี (SD = 1.33) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 6,840 บาท/เดือน (SD = 3,382.80) และมีรายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือน 980 บาท (SD = 1,884.57) (ตาราง 1) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 64) ทั้งหมดไม่ได้จดทะเบียนสมรส ส่วนใหญ่ไม่เรียนหนังสือ ไม่มีรายได้ และมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 76 ร้อยละ72 และร้อยละ 60 ตามลำดับ) สำหรับบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อไม่มีรายได้ และให้ที่อยู่อาศัยแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคือพ่อแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดหรือพ่อแม่ของสามีเช่นกัน (ร้อยละ 84 และร้อยละ 80 ตามลำดับ) (ตาราง 2)

3. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยทดสอบไคสแควร์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ประเด็นได้แก่ อายุ สถานภาพสมรสคู่ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานะ รายได้ ความต้องการบุตรเพิ่ม บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อไม่มีรายได้ ($p > .05$) (ตาราง 1)

ตาราง 1

เปรียบเทียบค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ รายได้ครอบครัว รายได้ตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ(N = 50)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=25)				กลุ่มควบคุม (n=25)				t
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
อายุ (ปี)	15	19	17.28	1.40	14	19	17.44	1.33	.415^{ns}
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)	4,000	20,000	8,128	3,675.54	1,800	15,000	6,840	3,382.79	- 1.285^{ns}
รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)	0	10,000	14,80	2,651.57	0	6,000	980	1,884.59	- .769^{ns}

ns= nonsignificant

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		x^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					0.747[ns]
14-16 ปี	7	28	7	28	
17-19 ปี	18	72	18	72	
การจดทะเบียนสมรส*					1.00[ns]
จดทะเบียนสมรส	1	4	0	0	
ไม่จดทะเบียนสมรส	24	96	25	100	
ศาสนา					0.36[ns]
พุทธ	19	76	16	64	
ศาสนาอื่น	6	24	9	36	
ระดับการศึกษา					1.00[ns]
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ม. 3	15	60	15	60	
สูงกว่าหรือเท่ากับ ม.4	10	40	10	40	
สถานะ*					0.46[ns]
กำลังเรียนหนังสือ	3	12	6	24	
ไม่เรียนหนังสือ	22	88	19	76	
รายได้					1.00[ns]
มีรายได้	7	28	7	28	
ไม่มีรายได้	18	72	18	72	
ความต้องการบุตรเพิ่ม					0.09[ns]
ต้องการ	9	36	15	60	
ไม่ต้องการ	16	64	10	40	

ns = nonsignificant

* วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test

ตาราง 2 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		x^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย					0.21^{ns}
พ่อแม่ทั้ง 2 ฝ่าย	16	64	20	80	
บุคคลอื่น	9	36	5	20	
บุคคลที่ช่วยเหลือ*					0.67^{ns}
พ่อแม่ทั้ง 2 ฝ่าย	22	88	21	84	
บุคคลอื่น	3	12	4	16	

ns = nonsignificant

* วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เคยใช้ถุงยางอนามัยคิดเป็นร้อยละ 56 เพราะต้องการป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองมีปัญหาหลากหลาย ได้แก่ ขาดความรู้ สามีไม่ชอบใช้ และ ใช้ไม่เป็นและมีภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้ (เช่น มีอาการคัน) (คิดเป็นร้อยละ 44 ร้อยละ 28 และร้อยละ 28 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ (ตาราง 3)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง กล่าวคือพบว่า ส่วนใหญ่เคยใช้ถุงยางอนามัยคิดเป็นร้อยละ 68 เพราะต้องการป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมมีปัญหาหลากหลาย ได้แก่ ขาดความรู้ ใช้ไม่เป็นพร้อมมีภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้ (เช่น มีอาการคัน) และสามีไม่ชอบใช้ (คิดเป็นร้อยละ 56 ร้อยละ

24 และร้อยละ 20 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า มากกว่า ร้อยละ 50 ที่การตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ตาราง 3)

3. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยทดสอบไคสแควร์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ประเด็นได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย ปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย และการวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ($p > .05$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 50)

ข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัย และการตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		x^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการใช้ถุงยางอนามัย					0.087[ns]
เคยใช้	14	56	17	68	
ไม่เคยใช้	11	44	8	32	
ปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย					0.68[ns]
ขาดความรู้	11	44	14	56	
สามีไม่ชอบ	7	28	5	20	
ใช้ไม่เป็นและมีภาวะแทรกซ้อน	7	28	6	24	
การวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้					0.39[ns]
วางแผน	9	36	12	48	
ไม่ได้วางแผน	16	64	13	52	

ns = nonsignificant

อนึ่งก่อนนำคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำทดสอบทางสถิติที ได้นำคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนการทดลอง (คะแนน pre-test) ของกลุ่มตัวอย่างมาทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (test of normality-Kolmogoronov-Sminov-test) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลปกติ (ภาคผนวก จ) และเพื่อ

ทดสอบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดสอบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูความเท่าเทียมกันของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งรายด้านและโดยรวมไม่แตกต่างกัน โดยพบว่า พฤติกรรมด้านความเข้าใจในสถานการณ์มีคะแนนต่ำที่สุด (M = 27.68 – 28.48, SD = 7.10 – 6.44) และพฤติกรรมด้านการมีอำนาจต่อรองมีคะแนนสูงที่สุด (M = 30.08 – 30.32, SD = 8.37– 8.99) (ภาคผนวก ฉ) จากนั้นจึงดำเนินการนำคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำไปทดสอบทางสถิติที ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังผลการวิจัยส่วนที่ 4, 5, และ 6 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันทั้งรายด้านและโดยรวม จากผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยพบว่าพฤติกรรมด้านความเข้าใจในสถานการณ์มีคะแนนต่ำที่สุด (M = 26.60 – 27.68, SD = 6.68 – 7.10) และพฤติกรรมด้านการมีอำนาจต่อรองมีคะแนนสูงที่สุด (M = 28.44 – 30.08, SD = 7.25 – 8.37) (ตาราง 4)

ตาราง 4

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ สถิติทีคู่ (N = 25)

พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	M	SD	M	SD	t
คะแนนพฤติกรรมรายด้าน					
ความเข้าใจในสถานการณ์	27.68	7.10	26.60	6.68	1.151 ns
ความตระหนัก	28.80	7.63	27.08	7.53	1.612 ns
การมีอำนาจต่อรอง	30.08	8.37	28.44	7.25	1.450 ns
คะแนนพฤติกรรมโดยรวม	86.56	21.64	85.96	19.41	0.244 ns

ns = nonsignificant

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดหลังได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยพบว่า ก่อนการทดลองมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีคะแนนพฤติกรรมด้านความเข้าใจในสถานการณ์ต่ำที่สุด (M = 24.48, SD = 6.44) และมีคะแนนพฤติกรรม ด้านการมีอำนาจต่อรองสูงที่สุด (M = 30.32, SD = 8.99) หลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมรายด้าน สูงขึ้นทุกด้านเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (M = 40.88 – 41.60, SD = 4.07 – 3.30) (ตาราง 5)

ตาราง 5

เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติทีคู่ (N = 25)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t
	M	SD	M	SD	
คะแนนพฤติกรรมรายด้าน					
ความเข้าใจในสถานการณ์	24.48	6.44	40.88	4.07	11.631***
ความตระหนัก	27.32	6.88	40.52	3.50	11.652***
การมีอำนาจต่อรอง	30.32	8.99	41.60	3.30	7.568***
คะแนนพฤติกรรมโดยรวม	87.96	21.13	125.80	9.68	11.973***

***P < .001

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดยพบว่า หลังการทดลองมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมด้านความตระหนักต่ำที่สุด (M = 27.08 – 40.52, SD = 7.53 – 3.50) และมีคะแนนพฤติกรรมด้านการการมีอำนาจต่อรองสูงที่สุด (M = 28.44 – 41.60, SD = 7.25 – 3.30) (ตาราง 6)

ตาราง 6

เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 50)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	กลุ่มทดลอง (n =25)		กลุ่มควบคุม (n =25)		t
	M	SD	M	SD	
คะแนนพฤติกรรมรายด้าน					
ความเข้าใจในสถานการณ์	40.88	4.07	28.44	7.10	7.602***
ความตระหนัก	40.52	3.50	27.08	7.53	8.095***
การมีอำนาจต่อรอง	41.60	3.30	28.44	7.25	8.257***
คะแนนพฤติกรรมโดยรวม	125.80	9.68	85.96	19.41	9.183***

***P < .001

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด นำเสนอตามผลการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และส่วนที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังการอภิปรายผลต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทุกด้าน ทั้งด้านอายุที่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย กล่าวคือมีอายุระหว่าง 17-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 72 แต่อย่างไรก็ตามยังมีมารดาวัยรุ่นในการศึกษานี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีอายุอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนกลาง กล่าวคืออายุระหว่าง 14-16 ปี ถึงร้อยละ 28 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งของไทยและต่างประเทศที่พบว่า มารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ในอายุที่น้อยลง (ชุลีพร, 2553; สิริประภา; 2550; สุพัตรา; 2543; Omar et al, 2008) ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นตามมา นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความมั่นคงในชีวิตสมรส เนื่องจากเกือบทั้งหมดไม่จดทะเบียนสมรส เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องความเครียดหลังทำแท้งของสตรีวัยรุ่นที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 88 (จตุพร, 2548) แสดงให้เห็นว่าสตรีวัยรุ่นยังไม่ตั้งใจที่จะมีบุตรหรือมีครอบครัว เมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยการขาดความรู้ ขาดความตระหนัก และขาดอำนาจต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และพบว่าสาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดจากขาดความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ (ศุภมาศ และคณะ, 2552; Omar et al., 2008) ขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ (Boardman et al., 2006) และขาดอำนาจต่อรองเพศชายในการป้องกันการตั้งครรภ์ (สิริวรรณ, 2548; สุรีย์พร, 2546) สำหรับการศึกษาของมารดาหลังคลอดครั้งนี้อยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่าและมักออกจากระบบการศึกษาเมื่อตั้งครรภ์ จึงไม่มีอาชีพและไม่มีรายได้ ส่วนใหญ่ยังอาศัยกับพ่อแม่ของตนเองหรือพ่อแม่ของสามี และเมื่อไม่มีรายได้บุคคลที่คอยช่วยเหลือก็คือพ่อแม่ของตนเองและพ่อแม่ของสามี เช่นเดียวกันกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา มักอาศัยอยู่กับครอบครัวของพ่อแม่ซึ่งอาจจะเป็นพ่อแม่ของตนเองหรือพ่อแม่ของสามี เนื่องจากยังไม่มีรายได้หรือรายได้น้อย (ชุลีพร, 2553; จตุพร, 2548; ศรีสมัย, 2550; Kaplan et al, 2001)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์

จากการทดสอบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทุกด้าน ทั้งด้านประวัติการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่เคยใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 62 แต่พบว่ามี

ปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยคือขาดความรู้ร้อยละ 50 สามีไม่ชอบใช้ร้อยละ 24 และใช้ไม่เป็นและมีภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้ร้อยละ 26 สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ เพราะไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และฝ่ายชายรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติเวลามีเพศสัมพันธ์ (ฐิติพร และคณะ, 2550; สุภาวรรณ, 2553; ศุภมาศ และคณะ, 2552; สุรีย์พร, 2546; อนงค์ และคณะ, 2552) ส่วนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 58 เช่นเดียวกับการศึกษาของนัยนา (2551) และ ศิริประภา (2550) ที่ศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดพบว่าการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากการไม่วางแผนการตั้งครรภ์เช่นกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการป้องกันซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มควบคุมทั้งรายด้าน 3 ด้าน คือด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ด้านความตระหนัก และด้านการมีอำนาจต่อรอง และโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.151$, $p > .05$), ($t = 1.612$, $p > .05$), ($t = 1.450$, $p > .05$) และ ($t = 0.244$, $p > .05$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามสมมติฐานและการอภิปรายผลต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยสามารถอธิบายผลการศึกษาด้วยเหตุผลหลักสำคัญคือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียวไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่ประยุกต์จากกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เนื่องจากการได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียวมีกิจกรรมการพยาบาลเหมือนกับมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น ๆ ไม่มีกิจกรรมที่มาส่งเสริมเฉพาะกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีปัญหาที่มีความซับซ้อนและต้องการความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ จึงไม่สามารถทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์ ความตระหนัก และมีอำนาจต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดคือ ต้องการความรู้ความเข้าใจในการ

ป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง (ศุภมาศ และคณะ, 2552; Nunez et al., 2003; Omar et al., 2008) เมื่อไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มาส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้พฤติกรรมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติจึงไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่เปรียบเทียบการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งจะพบว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (นันทพร และคณะ, 2547; นุจเรศ, 2553; นงลักษณ์ และสร้อย, 2552; วรางคณา, 2546; วานี และศรีสุดา, 2548; Kang et al., 2008)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการป้องกันซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองทั้งรายด้าน 3 ด้าน คือด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ด้านความตระหนัก และด้านการมีอำนาจต่อรอง และโดยรวม สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.631$, $p < .001$), ($t = 11.652$, $p < .001$), ($t = 7.568$, $p < .001$) และ ($t = 11.973$, $p < .001$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามสมมติฐานและการอภิปรายผลต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 2. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากกลุ่มทดลองก่อนที่จะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่ำ โดยแบ่งเป็นด้านดังนี้ ด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนคือ กลุ่มทดลองยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 44 มีคะแนนด้านความตระหนักต่ำในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองครั้งนี้เกิดจากไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 64 และมีคะแนนด้านการมีอำนาจต่อรองต่ำ เพราะไม่สามารถต่อรองให้สามีใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ได้โดยมีข้อมูลสนับสนุนคือไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 44 และสามีไม่ชอบใช้ร้อยละ 28 หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงขึ้น โดยสามารถอธิบายผลการศึกษาด้วยเหตุผลหลักสำคัญ 6 ประการดังนี้

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่ประยุกต์จากกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ที่อาจช่วยส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กล่าวคือขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง อาจทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเข้าใจอย่างถ่องแท้และลึกซึ้งเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำทำให้เกิดพฤติกรรมด้านความเข้าใจในสถานการณ์ และเกิดพฤติกรรมด้านความตระหนักในการพัฒนาตนเองที่จะแสวงหาวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ อาจทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้มีเวลาไตร่ตรองและทบทวนถึงผลกระทบที่ตนเองต้องเผชิญ หากมีการตั้งครรภ์ซ้ำ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง อาจทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเลือกวิธีต่อรองกับสามีในการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมการมีอำนาจต่อรอง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อาจสามารถช่วยทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เช่นเดียวกับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มต่าง ๆให้ดีขึ้น เช่น ทำให้พฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้นในกลุ่มเด็กโภชนาการเกิน พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดเพื่อทำให้ภูมิต้านทานดีขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ การรับรู้อำนาจของตนเองในการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ และการทำให้มารดาหลังคลอดมีการปรับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นในประเทศเกาหลี (จุฬา, 2549; วรางคณา, 2546; วานี และศรีสุดา, 2548; Kang et al., 2008) นอกจากนี้ยังมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยเมื่อมารดาหลังคลอดวัยรุ่นได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีสุขภาพ และแสดงบทบาทของมารดาในการดูแลบุตรดีขึ้น อีกทั้งทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าความเป็นมารดาและมีทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (นุจเรศ, 2553; นงลักษณ์ และสร้อย, 2552)

2. การใช้วิธีการสอนรายบุคคลด้วยภาพพลิกในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพราะมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทั่วไปหรือก่อนการทดลองยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่ามารดาวัยรุ่นยังขาดความรู้เรื่องความเสี่ยงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น (วรวรรณ, 2551) และขาดความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (สุภมาศ และคณะ, 2552; Omar et al., 2008) เมื่อมีการสอนรายบุคคลด้วยภาพพลิก โดยเนื้อหาในภาพพลิกมีการกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นได้แสดง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำเช่นมารดาวัยรุ่นบางคนพูดว่า “หนูทราบว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงที่หนูยังไม่มีรายได้ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้น” และเมื่อใช้ภาพพลิกสอนให้มารดาวัยรุ่นทราบถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นจะยิ่งทำให้มารดาวัยรุ่นมองเห็นอนาคตของตนเองที่จะต้องเผชิญกับปัญหาหากตั้งครรภ์ซ้ำอีก อีกทั้งเนื้อหาในภาพพลิกมีข้อความที่ผู้วิจัยให้มารดาวัยรุ่นสะท้อนคิดความคิดเห็นของตนเองหลังจากให้ความรู้เรื่องผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นแล้ว ซึ่งมารดาวัยรุ่นสามารถสะท้อนคิดได้เช่น “ตอนตั้งครรภ์หนนี้หนูก็มีเลือดจางถ้าหนูตั้งครรภ์อีกหนูจะเลือดจางอีกใช่ไหมคะ” และ “ลูกหนูน้ำหนักน้อยนอนอยู่ตึกเด็กอ่อนเป็นผลมาจากหนูอายุยังไม่ถึง 20 ปีใช่ไหมคะ หนูไม่เคยทราบมาก่อนเลยว่าการตั้งครรภ์อายุน้อย ทำให้ลูกหนูน้ำหนักน้อยนอนในตู้อบ” และ “การคลอดครั้งนี้ลูกหนูหายใจไม่ดีต้องนอนอยู่ในตู้อบไม่มีใครบอกหนูเลยว่าเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ถ้าหนูตั้งครรภ์อีกลูกหนูจะเป็นอย่างนี้อีกไหมคะ” และ “หนูคลอดก่อนกำหนดค่ะ ลูกหนูนอนอยู่ในตู้อบค่ะ” และ “ลูกคนนี้หนูก็เคยกินยาขับเลือดเพื่อเอาออกแล้วแต่ไม่ออก” และ “พ่อแม่โกรธหนูมากไม่ยอมให้หนูเข้าบ้านตอนนี้หนูก็ต้องไปอยู่กับแม่แฟนซึ่งลำบาก” “พ่อกับแม่หนูแยกทางกันต่างก็ไปมีแม่ใหม่ พ่อใหม่ หนูเลยประชดนอนกับแฟนเลยตั้งท้องตอนนี้หนูกับแฟนก็ยังเรียนหนังสือทั้งคู่ ก็ต้องอาศัยแม่แฟนหนูก็เครียดเหมือนกัน จริงด้วยที่บอกว่าถ้าตั้งครรภ์ซ้ำจะเครียดมาก” จะเห็นได้ว่าการสอนรายบุคคล มีบรรยากาศในการสอนเป็นกันเอง ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเป็นตัวของตัวเองสามารถบอกปัญหาที่แท้จริงของตนเองแก่ผู้วิจัย เพราะรู้สึกอบอุ่นที่มีคนเข้าใจ ทำให้มีโอกาสซักถามข้อข้องใจและร่วมกันแก้ปัญหากับผู้วิจัยได้ตรงประเด็นทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจในผลกระทบและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นและมารดาวัยรุ่นที่ใช้วิธีการสอน และการสอนรายบุคคลแก้ปัญหาทั้งการป้องกันการตั้งครรภ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อีกทั้งทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (Rowlands, 2010; Vorvick, 2009; นงลักษณ์ และสร้อย, 2552)

3. การมีวิธีฝึกใช้เทคนิคการเจรจาต่อรองในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การศึกษาครั้งนี้มีการสมมุติสถานการณ์ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเจรจาต่อรองสามี เพื่อสามารถโน้มน้าวให้สามีใช้ถุงยางอนามัย โดยผู้วิจัยแสดงบทบาทสมมุติเป็นสามี เพราะการเจรจาต่อรองเป็นเรื่องที่ทำให้คนสองคนคือมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและสามีสามารถร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาร่วมกัน คือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยมารดาวัยรุ่นต้องเจรจาต่อรองให้สามีใส่ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด ก่อนที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดจะมารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว นอกจากนี้การพูดต่อรองยังเป็นวิธีการที่สำคัญในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะถ้าการต่อรองเป็นไปด้วยดีจะช่วยให้ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ดีขึ้นด้วย หลังจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ฝึกเทคนิคการเจรจาต่อรองทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมั่นใจที่จะใช้

คำพูดต่อรองสามีในการใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีพฤติกรรมการมีอำนาจต่อรองสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าในกลุ่มมารดาวัยรุ่นเมื่อได้รับการฝึกให้มีทักษะเจรจาต่อรองกับสามี สามารถประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิด (Vorvick, 2009) อีกทั้งในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการฝึกการเจรจาต่อรองสามี สามารถคุมกำเนิดได้ดีเช่นกัน (นันทพร และคณะ, 2547; วรางคณา, 2546)

4. การใช้วิธีสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการใส่ถุงยางอนามัยในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการใส่ถุงยางอนามัยโดยใช้หุ่นจำลองอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายและถุงยางอนามัย ทำให้มารดาวัยรุ่นรู้วิธีการที่ถูกต้องในการใช้ถุงยางอนามัย เพราะจากข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มทดลองพบว่ามารดาวัยรุ่นยังไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 44 และเมื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยพบว่าใช้ไม่เป็นและมีภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้ร้อยละ 28 อีกทั้งยังพบว่าสามีไม่ชอบใช้ร้อยละ 28 ซึ่งมารดาวัยรุ่นได้สะท้อนคำพูดดังนี้ “นี่ถ้าที่โรงเรียนสอนสุขศึกษาโดยให้หนูฝึกการใส่ถุงยางแบบนี้หนูคงไม่ท้อง” และ “หนูไม่ทราบว่าเขาใส่กันอย่างไรเพราะแฟนเป็นคนใส่เอง ไม่ทราบว่าบีบปลายถุงยางไล่ลมหรือเปล่า” และ “เวลาเขาถอดถุงยาง เขาถอดขณะเขาคร่อมอยู่บนหนู ไม่ทราบเหตุนี้หรือเปล่าที่ทำให้หนูท้อง” นั่นแสดงว่าการสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในด้านมีความเข้าใจในสถานการณ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การฝึกทักษะโดยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับในการเลี้ยงดูบุตรกับหุ่นจำลองทารกแรกเกิด สามารถทำให้มารดาวัยรุ่นและสามีเลี้ยงดูบุตรได้ดีเช่นกัน (นุจเรศ, 2553) เช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอก็พบว่าการสาธิตพร้อมสาธิตย้อนกลับในการทำความสะอาดแผลเจาะคอ การทำความสะอาดท่อเจาะคอ โดยใช้หุ่นจำลอง สามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเจาะคอเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (รัญจวน, 2552)

5. การให้คู่มือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในคู่มือมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของ ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไว้ทบทวนที่บ้าน ซึ่งเนื้อหาในคู่มืออ่านแล้วเข้าใจง่าย รูปแบบน่าอ่าน ไม่น่าเบื่อเพราะสีสันสวยงาม ตัวหนังสือที่พิมพ์เป็นรูปแบบตัวอักษรเหมือนการ์ตูนวัยรุ่น ภาษาที่ใช้ทำให้กลุ่มมารดาวัยรุ่นเข้าใจง่าย ทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถใช้ทบทวนการฝึกพูดเจรจาต่อรองกับสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยการใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ใน 6 สัปดาห์หลังคลอด ก่อนที่จะมารับบริการวางแผนครอบครัวที่คลินิกตรวจหลังคลอด และทำให้มารดาวัยรุ่นมีความเข้าใจในสถานการณ์เรื่องผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ ก่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้คู่มือที่ออกแบบให้เข้าใจง่าย สามารถเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ทำให้พัฒนาการเรียนรู้ได้ (รัญจวน, 2552)

อนึ่งคู่มือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นที่จัดทำขึ้นได้ออกแบบคล้ายหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่น เพื่อให้มารดาวัยรุ่นชอบอ่าน เช่นเดียวกันกับการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นชอบอ่านสื่อการ์ตูนญี่ปุ่น (ภัทรา และถนอม, 2548)และมีการศึกษาที่มีการให้คู่มือกลับไปทบทวนที่บ้านสามารถทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคงการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูบุตร การดูแลตนเองและการคุมกำเนิดได้ดีขึ้นเช่นกัน (นุจเรศ, 2553; นงลักษณ์ และสร้อย, 2552; ศุภมาศ และคณะ, 2552)

6. การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดคงการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำไว้ โดยผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อย่างต่อเนื่องเมื่อครบ 15 และ 30 วันหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่ เป็นผู้ช่วยเหลือ เมื่อมารดาหลังคลอดมีปัญหาในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและ เป็นผู้สนับสนุนเช่นให้คำปรึกษาเรื่องปัญหาพฤติกรรมการการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นพูดถึงปัญหาในการป้องกันการตั้งครรภ์ มารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะบอกว่า “ไม่มีปัญหาเพราะหนูพูดต่อรองสามีเป็นค่ะ และคู่มือที่ให้ไป หนูให้สามีอ่านด้วย เขาเข้าใจค่ะ” ดังนั้นจึงเห็นว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์สามารถทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในด้านมีความเข้าใจในสถานการณ์ ด้านมีความตระหนัก และด้านมีอำนาจต่อรองสูงขึ้นเช่นกัน เช่นเดียวกับผู้ป่วยกระดูกฟีเมอร์หัก (fracture of femur) ที่ใช้โทรศัพท์ให้ความรู้สัปดาห์ที่ 1และสัปดาห์ที่ 3 สามารถทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น (นงเยาว์ และคณะ, 2550) และการนำโทรศัพท์มาใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้คำชี้แนะในการจัดการดูแลตนเอง ทำให้ผู้รับบริการทั้ง 2 กลุ่มสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (พิศมัย, 2551; Long et al., 2005)

กล่าวโดยสรุป ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมดังกล่าว ซึ่งสามารถอธิบายด้วยเหตุผลหลายประการประกอบด้วย การใช้ 4 ขั้นตอนของกิบสัน (Gibson, 1995) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในโปรแกรมของการศึกษาครั้งนี้ยังมีวิธีการสอนรายบุคคลด้วยภาพพลิก การฝึกทักษะเจรจาต่อรอง การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การให้คู่มือไว้ทบทวน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตามลำดับ ซึ่งเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นอาจใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ด้านความตระหนัก และด้านการมีอำนาจต่อรองในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการป้องกันซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทุกด้าน ทั้งด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ด้านความตระหนัก และด้านการมีอำนาจต่อรอง ในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.602$, $p < .001$), ($t = 8.095$, $p < .001$), ($t = 8.257$, $p < .001$) และ ($t = 9.183$, $p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 ดังรายละเอียดตามสมมติฐานและการอภิปรายผลต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 3. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยสามารถอธิบายผลการศึกษาด้วยเหตุผลหลักสำคัญ 5 ประการดังนี้

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่ประยุกต์จากกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) โดยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน อาจทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองสามารถเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงของผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ และตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่ต้องปรับพฤติกรรม เพื่อหาวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงอายุวัยรุ่น หรือยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ออกไป ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงดังรายละเอียด คือการใช้กระบวนการสอนรายบุคคลด้วยภาพพลิก และมีการกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดกับตนเองหากตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงอายุวัยรุ่นอีกก่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์และเกิดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ส่วนในขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ทบทวนเหตุการณ์จริงที่เป็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองหากมีการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงอายุวัยรุ่นอีก โดยการพูดแสดงความคิดเห็น และพัฒนาตนเองโดยหาทางแก้ไข เข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งมารดาวัยรุ่นหลังคลอดตัดสินใจเลือกวิธีที่จะแก้ปัญหาของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยการผ่านการปรึกษาร่วมกับผู้วิจัย คือการใช้เทคนิคเจรจาต่อรองกับสามีในการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์หลังคลอด ก่อนที่จะมาตรวจหลังคลอดและรับบริการวางแผนครอบครัว และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถคงการ

ปฏิบัติไว้อย่างมีประสิทธิภาพจากการที่ผู้วิจัยให้คู่มือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นไว้ทบทวน และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอดซึ่งสามารถแก้ปัญหาในการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ ในขณะที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งไม่มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ที่ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเข้าใจผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ กระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นพูดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองหากตั้งครรภ์ซ้ำ พัฒนาตนเองเพื่อแสวงหาและเลือกวิธีที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และการคงการปฏิบัติที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมาเสริมในการพยาบาลตามปกติ จึงขาดพฤติกรรมในการมีความเข้าใจในสถานการณ์ในการตั้งครรภ์ซ้ำ ขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และขาดการมีอำนาจต่อรองกับสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถทำให้บุคคลปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (นุจเรศ, 2553; นงลักษณ์ และสร้อย, 2552; วรางคณา, 2546; วานี และศรีสุดา, 2548; Kang et al., 2008)

2. วิธีการสอนรายบุคคลในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้รับการสอนเป็นรายบุคคล ซึ่งการสอนรายบุคคลมีขั้นตอนการเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นได้เรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถแสดงความรู้สึกของตนเองต่อผลของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เน้นความแตกต่างของปัญหา ความต้องการของมารดาแต่ละบุคคล โดยการแก้ปัญหาของแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ส่งผลให้แก้ปัญหาได้ตรงจุด เพราะมีการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความเข้าใจในสถานการณ์ และมีความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองยังสามารถสอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยของตนเองได้เต็มที่ทำให้สามารถมีทักษะในการแก้ปัญหา (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552; สุหรี และกัญดา, 2550) ในขณะที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอาจขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผลผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ ขาดความตระหนักในการที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และขาดทักษะในการทำให้ตนเองมีอำนาจต่อรองกับสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพราะการพยาบาลตามปกติที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มควบคุมได้รับคือ การสอนสุขศึกษารายกลุ่มที่สอนมารดาหลังคลอดรวมทุกกลุ่มอายุ และเนื้อหาในการสอนประกอบด้วย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลี้ยงดูบุตร การดูแลตนเองหลังคลอด เช่น การดูแลแผลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา การไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนมาตรวจหลังคลอด ในประเด็นนี้การสอนสุขศึกษาหลังคลอดไม่ได้ให้ทางเลือกในการใช้ถุงยางอนามัยป้องกันการตั้งครรภ์ใน 6 สัปดาห์หลังคลอด ก่อนที่จะมารับบริการวางแผน

ครอบครัว รูปแบบการสอนส่วนมากจะเป็นการสื่อสารทางเดียว ไม่มีการสื่อสารจากมารดาหลังคลอด การสอนสุขศึกษามารดาหลังคลอดดังกล่าวไม่ได้เฉพาะเจาะจงในประเด็นผลกระทบของมารดาวัยรุ่นในตั้งครรภ์ซ้ำ ตลอดจนไม่ได้มีกระบวนการใดๆที่พัฒนากระบวนการคิดค้นหาสาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สามารถเลือกตัดสินใจการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งต่างกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)

3. การมีวิธีฝึกใช้เทคนิคการเจรจาต่อรองและการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการใส่ถุงยางอนามัยในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองได้รับการฝึกพูดเจรจาต่อรองกับสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการใส่ถุงยางอนามัยโดยใช้หุ่นจำลองอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายและถุงยางอนามัย ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองมั่นใจในการต่อรองให้สามีใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีเชิงประจักษ์ว่าการใช้ทักษะเจรจาต่อรองกับสามีสามารถทำให้สามีคุมกำเนิดได้ (นันทพร และคณะ, 2547; วรางคณา, 2546; Vorvick, 2009) ส่วนการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการใส่ถุงยางอนามัยโดยใช้หุ่นจำลองอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายและถุงยางอนามัยในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลอง มีความมั่นใจในการให้สามีใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยการแนะนำวิธีการที่ถูกต้องในการใส่ถุงยางอนามัยให้สามีทราบ และสามารถใส่ถุงยางอนามัยให้สามีได้ ซึ่งทำให้พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับในการเลี้ยงดูบุตรกับหุ่นจำลองทารกแรกเกิด เพื่อทำให้มารดาวัยรุ่นและสามีในกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรสามารถทำให้มารดาวัยรุ่นและสามีเลี้ยงดูบุตรได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน (นุจเรศ, 2553) และในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น มีการสาธิตพร้อมสาธิตย้อนกลับในการทำความสะอาดแผลเจาะคอ การทำความสะอาดท่อเจาะคอโดยใช้หุ่นจำลองสามารถ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเจาะคอในกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม (รัญจวน, 2552) ส่วนมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกการเจรจาต่อรองกับสามีในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และไม่ได้รับการสาธิตพร้อมสาธิตย้อนกลับในการใส่ถุงยางอนามัย ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง

4. การให้คู่มือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้รับคู่มือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดา

วัยรุ่นไว้ทบทวนที่บ้าน ซึ่งคู่มือที่ทำขึ้นเป็นคู่มือที่เฉพาะเจาะจงสำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่เนื้อหาเน้นเฉพาะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ รูปแบบของคู่มือสีสันสวยงาม ตัวหนังสือและภาพประกอบเหมาะกับกลุ่มวัยรุ่น จึงทำให้มารดาวัยรุ่นมีความสนใจที่จะอ่านเป็นการสร้างความตระหนักในการพัฒนาตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจใน การรับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มีการให้คู่มือการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองเพื่อทบทวนที่บ้าน คู่มือมีส่วนทำให้การรับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (นุจเรศ, 2553; นงลักษณ์ และสร้อย, 2552) และการให้คู่มือเรียนรู้ลูกรักเพื่อให้มารดาหลังคลอด นำกลับไปทบทวนที่บ้าน ส่งผลให้มารดาวัย รุ่นหลังคลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลอง เกิดความมั่นใจ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการกระทำพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร และเกิดพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องเหมาะสมสูงกว่ากลุ่มควบคุม (สุหรี และกัญดา, 2554) อีกทั้งยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยเจาะคอเพื่อให้ผู้ดูแลนำกลับไปทบทวน และไว้เป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ที่มีสีสันสวยงามน่าอ่าน เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ (รัญจวน, 2552) ต่างกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมไม่ได้รับคู่มือที่เฉพาะเจาะจงในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีเฉพาะสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสีชมพู ซึ่งเนื้อหาหลายเรื่องรวมกันจึงเป็นสื่อที่ไม่น่าสนใจเท่าที่ควร

5. การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่ เป็นผู้ช่วยเหลือเมื่อมารดาหลังคลอดมีปัญหาในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เป็นผู้สนับสนุนเช่นให้คำปรึกษาเรื่องการไปตรวจหลังคลอดที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เป็นผู้ให้ความรู้เช่นการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งวิธีที่เหมาะสมสำหรับมารดาวัยรุ่นที่ให้นมบุตรควรใช้ยาฉีดคุมกำเนิดเป็นต้น เป็นผู้ประสานงาน เช่น ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อจะได้ไปรับบริการได้ตรงวัน ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์สามารถทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในทุกด้าน ทั้งด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ด้านความตระหนัก และด้านการมีอำนาจต่อรองสูงขึ้นเช่นกัน เช่นเดียวกับการเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ ทั้งในกลุ่มหญิงเบาหวานที่ตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง เพื่อให้คำชี้แนะ และให้ความรู้ในการ

จัดการดูแลตนเอง ทำให้ผู้รับบริการทั้ง 2 กลุ่มสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (พิศมัย, 2551; Long et al., 2005) ส่วนในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุม ไม่มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ ให้ความรู้ ในเรื่องป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่ำกว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลอง

กล่าวโดยสรุป ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งอธิบายด้วยเหตุผลดังนี้ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับโปรแกรมที่มี 4 ขั้นตอนของกิบสัน (Gibson, 1995) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังอธิบายด้วยเหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ วิธีการสอนรายบุคคลด้วยภาพพลิก การฝึกทักษะเจรจาต่อรอง การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การให้คู่มือไว้ทบทวน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตามลำดับ ซึ่งเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นอาจทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ด้านความตระหนัก และด้านการมีอำนาจต่อรองในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนเสร็จสิ้น สรุปผลการวิจัยและมีข้อเสนอแนะดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาหลังคลอดที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และรับการรักษาที่ตึกหลังคลอดของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และมีความคล้ายคลึงกันทั้งสองกลุ่ม สำหรับการดำเนินการวิจัยอยู่ในระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้แก่ 1) แผนการสอนโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ 2) ภาพพลิกเรื่องพลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ 3) หุ่นจำลองอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายและถุงยางอนามัย 4) คู่มือเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น และ 5) แนวทางการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการวางแผนการตั้งครรภ์ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 3 คน เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเท่ากับ 0.91 ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ หรือการทดสอบ

ฟิชเชอร์ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยใช้สถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย

สรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน คือ มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M = 86.56, SD = 21.64; M = 85.96, SD = 19.41; t = 0.244, p > .05 ตามลำดับ)

2. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M = 125.80, SD = 9.68; M = 87.96, SD = 21.13; t = 11.973, p < .001 ตามลำดับ)

3. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M = 125.80, SD = 9.68; M = 85.96, SD = 19.41; t = 9.183, p < .001 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องผลของของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น ได้แก่ ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการวิจัยให้มีคุณภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ในการพยาบาลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อันเป็นประโยชน์ต่อการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น นอกจากนี้ผลการศึกษายังมี

ประโยชน์ด้านอื่น ๆ อีกได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่ดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการให้การพยาบาลมารดาวัยรุ่น เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่สามารถปฏิบัติได้จริง และสามารถใช้ดูแลมารดาวัยรุ่นได้อย่างต่อเนื่อง โดยอาจนำมาใช้ในลักษณะการสอดแทรกเพิ่มเติมหรือแทนที่การพยาบาลที่มีอยู่ เช่น การฝึกเจรจาต่อรองให้มารดาวัยรุ่น การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับด้วยหุ่นจำลอง ซึ่งทำให้มารดาวัยรุ่นเข้าใจง่ายขึ้น นอกจากนี้สามารถจัดทำคู่มือกลับไปทบทวนที่บ้านเพื่อช่วยเสริมให้มารดาวัยรุ่นได้ทบทวนและเพิ่มความตระหนักต่อการหาวิธีป้องกันการตั้งครรภ์การตั้งครรภ์ซ้ำ อันเป็นหนทางสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาบุคคลากร โดยการจัดอบรมพยาบาลที่ดูแลมารดาวัยรุ่นทุกแผนกให้มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลโดยประยุกต์แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และทำความเข้าใจลึกซึ้งในเรื่องมารดาวัยรุ่น เพื่อสามารถให้การดูแลที่เข้าถึงปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับมารดาวัยรุ่นในกลุ่มอื่น ๆ

2.2 ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมการนำผลการวิจัยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการวางแผนต่อการพยาบาลมารดาวัยรุ่น โดยอาจมีการปรับรูปแบบของระบบบริการที่แผนกฝากครรภ์ เกี่ยวกับ การประเมิน การคัดกรอง เพื่อแยกมารดาวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรรภ์ ให้ได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและมีระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อสามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของมารดาวัยรุ่นได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด

2.3 ผู้บริหารควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในด้านทรัพยากร ได้แก่ บุคคล สถานที่ และงบประมาณในการใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ควรจัดทำสื่อ วีดีโอ ในการสอนมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อสามารถสอนได้ง่ายขึ้น

3. ด้านการศึกษา

3.1 ภาคทฤษฎี ควรจัดระบบการเรียนการสอนให้มีเนื้อหาในส่วนของการพยาบาลที่เน้นประยุกต์แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอานาจใช้ในทางสูติศาสตร์ทุกหลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรปริญญาตรี และหลักสูตรปริญญาโท โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยรุ่นระยะหลังคลอด ซึ่งปัจจุบันมีอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ให้นักศึกษาเห็นความสาคัญและผลดีที่เกิดขึ้นในการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

3.2 ภาคปฏิบัติ ควรเน้นให้นักศึกษาสามารถประเมินปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดแต่ละราย เพื่อสามารถนำมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม

โดยผนวกแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการดูแลแต่ละราย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยบูรณาการแหล่งสนับสนุนทางสังคมเช่นสามี เนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำเป็นกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันทั้งสามีและภรรยา ถ้าสามีให้การสนับสนุน พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำคงได้ผลดียิ่งขึ้น

4.2 ควรมีการดำเนินการวิจัยลักษณะเดียวกันในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นมารดาวัยรุ่นกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากร สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง และเพิ่มความครอบคลุมในการนำผลการดำเนินการวิจัยไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่หย่าร้าง และในกลุ่มของวัยรุ่นที่ทำแท้ง เพื่อให้มารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันซ้ำได้เช่นกัน

4.3 ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาวและต่อเนื่อง โดยดำเนินการตั้งแต่ในระยะเริ่มตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด เพื่อจะได้วางแผนในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พร้อมทั้งศึกษาต่อเนื่อง โดยให้ความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดอื่น ๆ เช่น ยากินคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัย เพื่อให้มารดาวัยรุ่นเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง และติดตามมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีความสามารถคงพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ เพื่อเว้นช่วงการตั้งครรภ์ได้กี่ปี

4.4 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้ประเด็นต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น หรือหลักการใช้ชีวิตของวัยรุ่น หรือพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ทุกกลุ่ม เช่นวัยรุ่นทั่วไป หรือมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพราะยังมีผลการศึกษาในส่วนนี้ค่อนข้างน้อย เพื่อจะได้ศึกษาวิจัยวิธีป้องกันได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงการวิจัยให้มีคุณภาพ

การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมสำหรับนำไปปรับใช้ในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อย่างไรก็ตามเพื่อให้การวิจัยมีคุณภาพยิ่งขึ้นจึงควรมีการปรับปรุงเครื่องมือ หรือปรับปรุงวิธีการศึกษาตามที่เสนอแนะดังต่อไปนี้

1.ในการศึกษาครั้งนี้ควรทำเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยโดยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจหลังจากการจำหน่ายกลับบ้าน ในครั้งที่ 2 หลังคลอด 15 วัน และครั้งที่ 3 หลังคลอด 30 วัน ที่มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ อาจเปลี่ยนเป็นการส่งต่อให้โรงพยาบาล

ชุมชน หรือสถานีอนามัยใกล้บ้านติดตามเยี่ยมบ้านต่อ พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์เมื่อครบ 6 สัปดาห์ เพื่อการประเมินได้ครบครอบคลุมทุกราย

3. ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกิจกรรมสอนรายบุคคลด้วยภาพพลิก เนื้อหาในส่วนของผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ ควรมีการปรับเปลี่ยนเป็นภาพยนต์สั้นเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ อาจทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถเห็นภาพผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำได้ชัดเจนกว่า และน่าสนใจมากกว่า

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กุลชรี ค้าขาย. (2542). *จิตวิทยาแนะแนวเด็กวัยรุ่น*. คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา. กรุงเทพมหานคร.

โกวิทย์ คำพิทักษ์. (2544). เพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 16*, 197-199.

งานฝากครรภ์โรงพยาบาลสงขลา. *รายงานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2551-2552*. โรงพยาบาลสงขลา. สงขลา.

งานฝากครรภ์โรงพยาบาลหาดใหญ่. *รายงานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2551-2552*. โรงพยาบาลหาดใหญ่. สงขลา.

จตุพร ไชยสุวรรณ. (2548). ความเครียดและการเผชิญความเครียดหลังทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีวัยรุ่น. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 23*, 241-248.

จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์. (2551). *ตะลึงเด็ก 11 ขวบตั้งท้องตั้งแต่ไม่มีประจำเดือน. ผู้จัดการออนไลน์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2552, จาก http://www.childmedia.net

จีรเนาว์ ทัศศรี. (2543). *การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

จุฬา ช่วยเมือง. (2549). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ชุลีพร ตวนกู. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีทารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด: การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว*. รายการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ฐิติพร อิงถาวรวงศ์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนี พลอินทร์, และญาวนี จรูญศักดิ์. (2550). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอาชีวศึกษา. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 25*, 511-520.

ดรุณี รุจกรการต์, มณฑิรา เขียวยิ่ง, วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, และเพชรไสว ลิ้มตระกูล. (2542). *คู่มือ อบรมเยาวชนเพื่อรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ดำรง เหรียญประยูร. (2543). ยาเม็ดคุมกำเนิด. ในสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุตติศาสตน์, และอรรณพ ใจสำราญ (บรรณาธิการ), *การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด*, (หน้า 69-106). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซร์.

ดำรง เหรียญประยูร. (2543). ยาฉีดคุมกำเนิด. ในสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุตติศาสตน์, และอรรณพ ใจสำราญ (บรรณาธิการ), *การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด*, (หน้า 107-132). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซร์.

ดำรง เหรียญประยูร. (2543). ยาฝังคุมกำเนิด. ในสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุตติศาสตน์, และอรรณพ ใจสำราญ (บรรณาธิการ), *การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด*, (หน้า 133-160). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซร์.

ดำรง เหรียญประยูร. (2543). ห่วงอนามัย. ใน สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุตติศาสตน์, และอรรณพ ใจสำราญ (บรรณาธิการ), *การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด*, (หน้า 161-200). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซร์.

ตรีนุช พุ่มมณี, โสเพ็ญ ชูนวล, ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และนิจฉรา หัสมาน. (2552). *คู่มือแกนนำเยาวชนโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับเยาวชนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมในกลุ่มแกนนำเยาวชนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในภาคใต้*. โครงการอบรมการพัฒนาโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับเยาวชนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมในกลุ่มแกนนำเยาวชนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในภาคใต้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ถวัลย์วงค์ รัตนสิริ, และชุติมา เจริญสินทรัพย์. (2547). ความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 19*, 189-197.

ทศพร เรืองกฤษณ์. (2548). *รพ. เด็กใช้การจัดการเรียนรู้ลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*.สืบค้น เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2552, จาก http://www.ryt9.com/s/prg

ธัญญลักษณ์ ศิริชนะ. (2549). การวางแผนครอบครัว. ในวรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์* (เล่ม 1), (หน้า63-143). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์จำกัด.

นงลักษณ์ พลแสน, และสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2552). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *32*, 45-54.

นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล, วิลาวรรณ ทิพย์มงคล, และกาญจนา วงษ์เลี้ยง. (2550). ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟีเมอร์หักระยะพักฟื้น. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 25*, 19-27.

นันทพร แสนศิริพันธ์, เกสรา ศรีพิชญาการ, และวรางคณา ชัชเวช. (2547). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความตระหนักในสิทธิและความรับผิดชอบเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสามีและเทคนิคการเจรจาต่อรองของภรรยา*. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นัยนา ปารมี. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

นาราย สุธีรศักดิ์. (2547). ผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัตภูมิ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, *22*, 249-254.

นุจเรศ จันทบูลย์. (2553). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อความรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดาและทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่น.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

บรรพจน์ สุวรรณชาติ, และประภัสสร เอื้อลลิตชูวงศ์. (2550). อายุมารดากับผลของการคลอด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 22, สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2552, จาก http://www. Smj. Ejnal. com

บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์. (2553). การตั้งครรภ์วัยรุ่น: บทบาทของผู้ให้บริการทางสุขภาพ. ในวิทยา ถิฐาพันธ์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, และธราธิป โคละทัต. (บรรณาธิการ), *วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนดปัญหาที่ท้าทาย*, (หน้า 113 – 118). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งพับลิชชิ่ง.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูแอนไอ อินเตอร์มีเดีย.

เบญจวรรณ ปัจจักขะภัติ. (2553). คุณภาพการจัดการทางคลินิก clinical tracer: การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. ในวิทยา ถิฐาพันธ์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, และธราธิป โคละทัต. (บรรณาธิการ), *วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนดปัญหาที่ท้าทาย*, (หน้า 177 – 186). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งพับลิชชิ่ง.

ประทักษ์ โอประเสริฐสัสดิ์. (2548). เพศศาสตร์ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด. ในเอนก อารีพรรค (บรรณาธิการ), *เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา,* (หน้า 133-145). กรุงเทพมหานคร: โอลิสติกพับลิชชิ่ง.

ปัทมาภรณ์ คงขุนทด, เกสรา ศรีพิชญาการ, และอรุณรัตน์ ตั้งมั่นวรกุล. (2547). ความรู้ประสบการณ์และความคิดเห็นเกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิดสตรีวัยรุ่น. *พยาบาลสาร, 31*, 45-57.

พนม เกตุมาน. (2550, เมษายน 21). พัฒนาการวัยรุ่น. *บริษัทคลินิคจิต-ประสาท*, สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2553, จาก http://www.clin.co.th/new_pag_56.htm

พัชรีวรรณ วิสิทธิพานิช, สุภาพร พิพัฒนปัญญกูล, วรานาถ อดทน, ฉฎาพร ปรานมนตรี, นงนุช วิทย-โชคกิติคุณ, รุ่งนภา ศักดิ์ตระกูล, และคณะ. (2546). อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 8, 11*, 29-39.

พิสมัย มาภักดี. (2551). *ผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เพ็นนี สิงหะ, สุภาภรณ์ เต็งไตรสรณ์, และประสิน จันทร์วิทัน. (2551). อุบัติการณ์ของโรคจอตาในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักไม่เกิน 2,000 กรัม ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*, 377-383.

มณฑิรา เขียวยิ่ง, สุชาดา สุวรรณคำ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และสุรัตยา ตุ้ยสมบัติ. (2536). *เพศสัมพันธ์ของหญิงหลังคลอด*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.

เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2546). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเฉพาะ. การพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์*, นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ระพีพิชญ์ กาญจนาคม. (2549). *การศึกษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กวัย 1-2 ปี ที่คลอดจากมารดาวัยรุ่น ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า* [บทคัดย่อ]. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร.

รัญจวน สุพิทักษ์. (2552). *ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะและความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

รุ่งโรจน์ ตรีนิติ. (2553). *วัยรุ่น*. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2553, จาก http://www. Clinicrak.com

วรวรรณ คล้ายนาค. (2551). *การรับรู้ภาวะเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วรางคณา ชัชเวช. (2546). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วัลยา ตันตโยทัย. (2543). ทฤษฎีที่ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. ในสมจิต หนุเจริญกุล, วัลยา ตันตโยทัย, และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาพ,* (หน้า 29-46). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

วาณี โพธิ์นคร, และศรีสุดา เอกลัคนารัตน์. (2548). *ผลการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน*. ศูนย์ศึกษาเด็กเล็กวิทยาลัยบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์, นครสวรรค์.

วารุณี ฟองแก้ว, นริสา วงศ์พนารักษ์, กังวาฬ ฟองแก้ว, และสุมาลี เลิศมัลลิกาพร. (2548). *การศึกษาอัตลักษณ์ทางเพศของเด็กวัยรุ่น*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิช. (2546). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชลบุรี: โรงพิมพ์ศรีศิลปการพิมพ์.

ศรวัสย์ ศิลาลาย. (2548). ผลของการตั้งครรภ์และทารกแรกคลอดในมารดาที่มาคลอดครั้งแรกแต่ละกลุ่มอายุในโรงพยาบาลปัตตานี. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, *23,* 157-163.

ศรีนวล โอสถเสถียร. (2544). *มารดาหลังคลอดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วี เจ พริ้นติ้ง.

ศรีสมัย เชื้อชาติ. (2550). ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ การใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ของการมีครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นกับมารดาวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(ฉบับเสริม 2),* 497-504.

ศิริประภา พิมณุวงศ์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.

ศุภมาศ ไชยพรพัฒนา, ประไพพรรณ ด่านประดิษฐ์, และนิษณา สิงหาคำ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ในจังหวัดพิจิตร. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, *24*, 41-53.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กปี 2542- 2549*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2551). *มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สิริวรณ ธัญญผล. (2548). *ค่านิยมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุชาดา สุวรรณคำ. (2542). เพศสัมพันธ์วัยรุ่นอีสาน: ข้อค้นพบจากงานวิจัย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 22,* 20-26.

สุพร เกิดสว่าง. (2542). *การให้การปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์.

สุพัตรา การุญญเวทย์. (2543). *ผลของวิธีการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อการปฏิบัติพัฒนกิจการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุภาวรรณ จงธรรมรัตน์ (2553). *สาระกับ 20 ปีถุงยางอนามัย.* พิมครั้งที่ 2, นนทบุรี: เจเอสการพิมพ์.

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2549). Sexual behavior in thai teenagers: from risk factors to prevention. ใน สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, และพัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา (บรรณาธิการ), *รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่*, (177-184). กรุงเทพ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2546). *ความเป็นหญิงชายและมิติทางเพศ: สุขภาพการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

สุวิทย์ เด่นศิริอักษร. (2551). อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลหนองคาย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, *52*, 321-30.

สุหรี หนุ่งอาหลี, และกัญญดา ประจุศิลปะ. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก.*วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรมหาวิทยาลัย*, *19*, 72-85.

อุไรวรรณ โชติเกียรติ. (2553). ผลการรักษาทารกป่วยที่คลอดจากมารดาวัยรุ่น. ในวิทยา ถิฐาพันธ์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, และธราธิป โคละทัต. (บรรณาธิการ), *วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนดปัญหาที่ท้าทาย*, (หน้า127 - 129). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งพับลิชชิ่ง.

อุไรวรรณ โชติเกียรติ, และศิราภรณ์ สวัสดิวร. (2552). ผลการรักษาทารกที่ป่วยจากมารดาวัยรุ่น. *กุมารเวชสาร, 16*, 89-91.

อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา, และบุญวดี เพชรรัตน์. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 27*, 369-397.

Arnold, E. (1999). Health teaching in the nurse- client Relationship. In E. Arnold & K. U. Boggs (Eds.), *Interpersonal relationships professional communications Skill for Nurse* (3rd ed.), (pp. 368-392). Philadelphia: W. B. Saunders.

Arnold, E. (1999). Structuring the relationship. In E. Arnold & K. U. Boggs (Eds.), *Interpersonal relationships professional communication Skill for Nurse* (3rd ed.), (pp. 80-106). Philadelphia: W. B. Saunders.

Bennett, I. M., Culhane, J. F., McCollum, K. F., Elo, I. T. (2006). Unintended rapid repeat pregnancy and low education status: Any role for depression and contraceptive use?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 194*, 749–54.

Boardman, L. A., Allsworth, J., Phipps, M. G., & Lapane, K. L. (2006). Risk factors of unintended versusnintended rapid repeat pregnancies among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 39,* 597.e1-597.e8

Boggs, K. U. (1999). Bridges and barriers in the therapeutic relationship. In E. Arnold & K. U. Boggs (Eds.), *Interpersonal relationships professional communication skill for nurse* (3rd ed.),(pp.107-126). Philadelphia: W. B. Saunders.

Fagan, PF. (2009). The effect of pornography on individuals, marriage, family and community. *Research synthesis*. Retrieve September 10, 2010, from http://www. frc.org

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nuring,16,* 354-361.

Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mother of chronically ill children*. Unpublished doctoral Dissertation, Boston college, Boston.

Gibson, C. H. (1995). The Process of empowerment in mother of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing, 21*, 1201- 1210.

Gold, R., Connell, F. A., Heagerty, P., Bezruchka, S., Davis, R., & Cawthon, M. A. (2004). Incom inquality and pregnancy spacing. *Social Science & Medicine, 59*, 1117-1126.

Green, C. J., & Wilkinson, J. M. (2004). *Maternal newborn nursing care plans*. St. Louis: Mosby.

Jayson, S. (2007, October, 24). Repeat teen births highest in Texas at 24%. *Usatoday*. Retrieved.Fabuary 10, 2011, from http://usatoday. com

Kang, J. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. J. (2008). Effects of a breastfeeding empowerment program on korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *International journal of nursing studies, 45,* 14-23.

Kaplan, D. W., Feinstein, R. A., Fisher, Klein, J. D., Olmedo, L. F., Rome, ES., et al. (2001). Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics*, *107*, 429-434.

Key, J. D., Barbosa, G. A., & Owens, V. J. (2001). The second chance club: repeat adolescent pregnancy prevention with a school-based intervention. *Journal of Adolesc health*, *28*, 167-169.

Lewis, L. N., Dotherty. D. A., Hickey, M., & Skinner, S. H. (2010). Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: acceptability and repeat pregnancy. *Contraception*, *81,* 421-426.

Long, A. F., Gambling, T., Yong, R. J., Taylor, J., & Mason, J. M. (2005). Acceptability and satisfaction with a telecarer approach to the management of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, *28*, 283-289.

Lowen, L. (2006). Teen Pregnancy Statistics in the US. Retrieved.Fabuary 10, 2011, from http:// womensissues.about.com

Nunez, U. RM., Hernandaez, P. B., Garcia, B. C.,& Walker, D. (2003). Unwanted adolescent pregnancy and post-partum utilization of contraception. *Salud Pubblica de Mexico*, *45*, 92-102.

Omar, H. A., Fowler, A., & McHlanahan. K. K. (2008). Significant reduction of repeat teen pregnancy in a comprehensive young parent program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *16*, 77-81.

Pfitzner, M. A., Hoff, C., & McElligott, K. (2003). Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens . *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 21*, 283- 287.

Rodwell, R. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of advanced nursing. 23,* 305-313.

Rosengard, C. (2009). Confronting the intendeness of adolescent rapid repeat pregnancy. *Journal of adolescent health, 44,* 5-6.

Rowlands, S. (2010). Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focused strategies. *Best practice & research clinical obstetrics and gynaecology, 24,* 605 -616.

Russell, S. T., & Lee, F. C. H. (2004). Practitioners' perspectives on effective practices for hispanic teenage pregnancy prevention. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *36*, 142-149.

Sagalang, B. B., Barth R. P., & Painter, J. S. (2006). First-birth outcomes and timing of second births: A statewide case management program for adolescent mothers. *Health & Social Work*, *31*, 54- 63.

Schreiber, C. A., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2010). A randomized controlled trial of the effect advanced supply of emergency contraception in postpartum teens: a feasibility study. *Contraception*, *81*, 1-6

Thurman, A. R., Hammond, N., Brown, H. E., & Roddy, M. E. (2007). Prevention repeat teen pregnancy: postpartum depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptive pills, or the patch. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *20*, 61-65.

Vorvick, L. J. (2009). Adolescent pregnancy. *Medline plus medical encyclopedia*. Retrieved September 5, 2010, from http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001516.htm

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล

จากการทบทวนงานวิจัย ได้เลือกการศึกษาของวรางคณา (2546) เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี นำมาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ (ภาพ 3)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี (วรางคณา, 2546)

	M	SD
กลุ่มทดลองให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	89.3	14.2
กลุ่มควบคุมไม่ให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	62.6	20 .4

$$ES = \frac{\mu_{1} - \mu_{2}}{\sqrt{\frac{(SD1^2 + SD2^2)}{2}}}$$

$$ES = \frac{89.3 - 62.6}{\sqrt{\frac{(14.22 + 20.4^2)}{2}}} = 2.15$$

ภาพ 3 แสดงการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size)

ภาผนวก ข

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางเกตย์สิรี ศรีวิไล เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยา บาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และไม่มีอันตรายใดๆท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการพยาบาลมารดาหลังคลอด โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้กับท่านและขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือขณะที่ท่านพักฟื้นหลังคลอดและเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด หากท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลองท่านจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมด้วย โดยจะให้ท่านได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจขณะที่ท่านพักฟื้นหลังคลอด และจะโทรศัพท์ติด ตามเยี่ยมอีก 2 ครั้งคือ 15 วันหลังคลอดและ 30 วันหลังคลอด หากท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุมและมีความสนใจที่จะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดผู้วิจัยยินดีจะจัดให้ท่านในภายหลัง

นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ได้รับจากโรงพยาบาล สำหรับข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับท่านและมารดาวัยรุ่นหลังคลอดรายอื่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของหญิงวัยรุ่น ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดความสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลาจากตัวผู้วิจัยเอง โทรศัพท์ 089-1338925 หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย กรุณาลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือประสงค์จะไม่ลงนาม แล้วแต่ความสมัครใจ ดิฉันขอขอบพระคุณมากค่ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

....

(.....) นางเกตย์สิรี ศรีวิไล

ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัย

.....

พยาน

....

(วัน/เดือน/ปี) (วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ค

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> โปรดพิจารณาข้อความและเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างของตัวท่านที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. การจดทะเบียนสมรส [ ] จดทะเบียนสมรส [ ] ไม่จดทะเบียนสมรส

3. ศาสนา [ ] พุทธ [ ] คริสต์
[ ] อิสลาม [ ] อื่นๆ ระบุ……..

4. ระดับการศึกษา [ ] ไม่ได้เรียนหนังสือ [ ] ป.1- ป.6
[ ] ม.1- ม.3 [ ] ม.4- ม.6
[ ] อนุปริญญาหรือปวส. [ ]อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ [ ] แม่บ้าน [ ] เกษตรกรรม
[ ] รับจ้าง [ ] ค้าขาย
[ ] ว่างงาน [ ] อื่นๆระบุ.....
[ ] กำลังเรียนหนังสือระดับ.....

6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน .....บาท

7. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน .....บาท

8. จำนวนบุตรที่ต้องการ.....คน

9. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วยคือ.....จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ไม่นับทารกเกิดใหม่).....

10. หากไม่มีรายได้ ผู้ให้ความช่วยเหลือคือ.....

ส่วนที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และการวางแผนการตั้งครรภ์

1. ประวัติการใช้ถุงยางอนามัย [ ] ไม่เคยใช้ เพราะ..... [ ] เคยใช้เพราะ.....

2. ปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[ ]ไม่มีความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย..... [ ] อื่น ๆ.....

[ ] ใช้ถุงยางอนามัยไม่เป็นเพราะ.....

[ ] มีอาการผิดปกติจากการใช้ถุงยางอนามัย ระบุ.....

3. การวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ [ ] วางแผน [ ] ไม่ได้วางแผน เนื่องจาก.....

ส่วนที่ 3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงการกระทำของท่านในการป้องกันการตั้งครรภ์หลังคลอด 45 วัน (6 สัปดาห์) ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ หลังจากนั้นพิจารณาว่าข้อความต่อไปนี้ตรงกับการกระทำของท่านหรือไม่ มากน้อยเพียงใด จากนั้นให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการกระทำของท่านเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านพิจารณาแล้วว่าข้อความนั้น ตรงกับความเป็นจริงที่ท่าน **กระทำเป็นส่วนมาก** (3 คะแนน)

ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง ท่านพิจารณาแล้วว่าข้อความนั้น ตรงกับความเป็นจริงที่ท่าน **กระทำเป็นบางครั้ง** (2 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านพิจารณาแล้วว่าข้อความนั้น **ไม่ตรงกับการกระทำของท่านเลย** (1คะแนน)

พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ	กระทำเป็นประจำ (3)	กระทำบางครั้ง (2)	ไม่ได้กระทำ (1)
<u>การกระทำที่แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์</u> 1. ฉันพูดกับสามีถึงอันตรายของการตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี 2. ……. <u>การกระทำที่แสดงถึงความตระหนัก</u> 16. ฉันหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ 17. ……. <u>การกระทำที่แสดงถึงการมีอำนาจต่อรอง</u> 31. ฉันสามารถบอกสามีถึงความต้องการการเว้นช่วงการมีลูก 32. …….			

ภาคผนวก ง
แนวทางการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มารดาวัยรุ่นหลังคลอด

1. การเริ่มต้นสนทนา แนะนำตนเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ของการให้บริการ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ

2. สนทนา เพื่อเยี่ยมอาการของมารดาและทารกหลังคลอด และติดตามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

3. ให้ความรู้ คำปรึกษา สนับสนุน ช่วยเหลือ ใช้ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ประสานงาน ให้โอกาส และให้กำลังใจแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด

4. ก่อนสิ้นสุดการสนทนาในแต่ละครั้งจะมีการทบทวนกิจกรรมทั้งหมด เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

4.1 แนะนำตนเอง: สวัสดีค่ะ พี่ชื่อ นางเกตย์สิรี ศรีวิไล นักศึกษาปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง โทรมาเยี่ยมตามที่ได้นัดหมายกันไว้จำได้ไหมคะ

4.2 สอบถามปัญหาทั่วไป: ลูกเป็นอย่างไรบ้างคะ กินนมแม่ดีไหม สะดือหลุดแล้วยังร้องกวนไหมมีอะไรให้ช่วยก็บอกนะคะ ยินดีช่วยค่ะ

4.3 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตัวของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ: จากการที่เราคุยกันเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นตอนนี้ได้ปฏิบัติอย่างไรบ้างคะ สามีว่าอย่างไรบ้างคะ สามีขอมีเพศสัมพันธ์แล้วยังคะ ถ้ามีน้องสามารถต่อรองได้ไหมค่ะ

4.3.1 กรณีมารดาวัยรุ่นต่อรองได้กล่าวชื่นชม เช่น น้องเก่งมากเลยค่ะ ทำต่อไปนะคะ มีอะไรที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้คะ ยินดีให้คำปรึกษาและช่วยเหลือค่ะ

4.3.2 กรณีต่อรองไม่ได้ ให้กำลังใจว่าไม่เป็นไรค่ะ อย่าเพิ่งท้อให้ลองใหม่นะคะ และแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา เรื่องยาคุมกำเนิด มีอะไรที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้คะ ยินดีให้คำปรึกษาและช่วยเหลือค่ะ

4.4 ยุติการสนทนา: วันนี้ได้รับคำปรึกษาจากพี่รู้สึกดีขึ้นไหมคะ สามารถปฏิบัติได้ไหมคะ ถ้าไม่มีปัญหาอะไรพี่รบกวนเวลาน้องเท่านี้นะคะแล้วอีก 15 วันจะโทรมาเยี่ยมอีก ระหว่างนี้หากมีปัญหาอะไรสามารถโทรปรึกษาพี่ได้ตามเบอร์ที่ให้ไว้นะคะ สวัสดีค่ะ

ภาคผนวก จ

การทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที (t - test) ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (test of normality-Kolmogoronov-Sminov-test) ของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตาราง ก1 ก2 ก3 และ ก4

ตาราง ก 1

การแจกแจงคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
คะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	.170	25	.061	.949	25	.240

p > .05

ตาราง ก 2

การแจกแจงคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุมหลังทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
คะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	.091	25	.200	.968	25	.584

P > .05

ตาราง ก 3

การแจกแจงคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
คะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	.149	25	.158	.938	25	.134

P > .05

ตาราง ก 4

การแจกแจงคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองหลังทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
คะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	.148	25	.163	.903	25	.022

P > .05

ภาคผนวก ฉ

เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนการทดลอง

เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดสอบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ตาราง ข

เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 50)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	กลุ่มทดลอง (n =25)		กลุ่มควบคุม (n =25)		t
	M	SD	M	SD	
คะแนนพฤติกรรมรายด้าน					
ความเข้าใจในสถานการณ์	28.48	6.44	27.68	7.10	.417[ns]
ความตระหนัก	29.16	7.64	28.80	7.63	.167[ns]
การมีอำนาจต่อรอง	30.32	8.99	30.08	8.37	.098[ns]
คะแนนพฤติกรรมรวม	87.96	21.13	86.56	21.64	.231[ns]

ns = nonsignificant

ภาคผนวก ช

แผนการสอนโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งของประเทศไทยและทั่วโลก เพราะเกิดผลกระทบทุกด้าน ทั้งด้านตัวมารดา ทารก ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ปัญหาทุกอย่างก็ทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสังคม ซึ่งสาเหตุเกิดจากมารดาวัยรุ่นขาดความรู้ ขาดความตระหนักในการคุมกำเนิด ขาดอำนาจในการต่อรองสามี การที่มีบุตรคนแรกเร็ว ความเชื่อด้านเชื้อชาติ และศาสนาของมารดาวัยรุ่น ส่วนปัจจัยภายนอก คือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และสื่อต่างๆ มีส่วนส่งเสริมให้มีการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเช่นกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยมีพฤติกรรมดังนี้

1. การกระทำที่แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์
2. การกระทำที่แสดงถึงความตระหนัก
3. การกระทำที่แสดงถึงการมีอำนาจต่อรอง

กลุ่มเป้าหมาย

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ตึกหลังคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้

1. มารดาหลังคลอด 1 - 3 วัน

2. ……..

การจัดกิจกรรมและระยะเวลา และสถานที่

1. จัดกิจกรรมรายบุคคล หลังคลอด 1 – 3 วันใช้เวลาแต่ครั้งละประมาณ 30 นาที โดยจัดกิจกรรมที่ตึกหลังคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้

2. ……

สื่อที่ใช้ประกอบการทำกิจกรรม

1. ภาพพลิก เรื่อง พลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

2. …….

ผู้ดำเนินการ

นางเกตย์สิรี ศรีวิไล นักศึกษาปริญญาโท สาขาผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

1. รศ. ดร. จีรเนาว์ ทัศศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 2. ผศ. ดร. ศศิกานต์ กาละ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเนื้อหา

1. รศ. สุรีย์พร กฤษเจริญ 2. อาจารย์ ดร.วรางคณา ชัชเวช 3. คุณสุมณฑา กบิลพัตร

การประเมินผลแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หลังเสร็จสิ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยทำกิจกรรมที่คลินิกตรวจหลังคลอด เมื่อมารดามาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ตามนัด ที่คลินิกตรวจหลังคลอด เยี่ยมบ้านหรือทางไปรษณีย์ หรือทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	เกณฑ์การประเมิน
1. เพื่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 2.เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเข้าใจผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น (ขั้นตอนที่ 1 ของการเสริม สร้างพลังอำนาจคือการเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง)	1.การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อให้กิจกรรมที่ทำร่วมกันได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้คำถาม การให้ข้อมูล การอภิปรายร่วมกันการยอมรับในความเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศให้เหมาะสม 2.การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นจะต้องพบกับผลกระทบในการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นเช่นผลกระทบต่อมารดาเช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ การทำแท้งเพราะความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ซึ่งเสี่ยงกับการเสียชีวิตของมารดา……	1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย และแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ระยะเวลาของการทำกิจกรรมครั้งนี้ และหากมีข้อสงสัยให้ซักถามหรือแสดงความคิดเห็นได้ 2. ผู้วิจัยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ดังคำพูด 2.1 …… 2.2 ……	เวลา 3 นาที - เวลา 27 นาที - ภาพพลิกเรื่อง“พลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้” - ……... - ……	1.มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกล้าพูดคุย และกล้าแสดงความคิดเห็น 2.มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเข้าใจ …… …… …… ……

ภาคผนวก ซ

ภาพพลิก

เรื่องพลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

พลังอำนาจคุณแม่วัยรุ่น สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

จัดทำโดย
เกตย์สิรี ศรีวิไล
นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ฌ

คู่มือ

การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

คู่มือ
การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

จัดทำโดยนางเกตย์สิรี ศรีวิไล
นักศึกษาปริญญาโท สาขาผดุงครรภ์ขั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 089-1338925

ภาคผนวก ญ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร กฤษเจริญ

   ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์

   มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

2. อาจารย์ ดร.วรางคณา ชัชเวช

   ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์

   มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

3. คุณสุมณฑา กบิลพัฒน์

   แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสงขลา อ. เมือง จ. สงขลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางเกตย์สิรี ศรีวิไล

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5210420003

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
การพยาบาลและผดุงครรภ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	2526
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	2531

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	โรงพยาบาลสทิงพระ อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา