

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่ 1 / 2564

เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2564



ลงชื่อประธาน/กรรมการ

นางสาวดวงพร โต๊ะนาค

ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวอัจฉรา วรชิตาภรณ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11436)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11436)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวอঞ্জรา วรชิราภรณ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11436)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11436)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ส่งผลกระทบทั้งต่อมารดาวัยรุ่น ทารก ครอบครัวยุทธศาสตร์ สังคม และประเทศชาติ การป้องกันและการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำควรมีการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง ตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำ สามารถคุมกำเนิดได้นาน 3 - 5 ปี คือการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ทั้งนี้ผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมหายาธาธา 8D คณะแพทยศาสตราจารย์พยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธาธา มีขอบเขตการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลมารดาพักฟื้นหลังคลอด รวมถึงการให้คำแนะนำในการคุมกำเนิดภายหลังคลอด จึงได้พัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นต่อไป

ในโอกาสนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าสาขาการพยาบาลสูติ นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตราจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธาธา ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือ ที่ได้อนุเคราะห์ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี รวมทั้งบุคลากรหอผู้ป่วยมหายาธาธา 8D ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือจนทำให้การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งนี้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

นางสาวอจนา วรธาธาธา

มิถุนายน 2565

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
ขอบเขตการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามคำศัพท์	5
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	7
การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น	11
นโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น	13
การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น	15
แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
กรอบแนวคิดในการศึกษา	33
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงาน	
วิเคราะห์ปัญหา	35
การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	38
การดำเนินการ	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการศึกษา	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผล	49
อภิปรายผล	50
ข้อเสนอแนะ	53
บรรณานุกรม	54
ภาคผนวก	62
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	63
ภาคผนวก ข แบบประเมินผลการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดา วัยรุ่นนหลังคลอด	69
ภาคผนวก ค แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด	75
ภาคผนวก ง สื่อการสอน	78
	- วัสดุทัศนถ่ายทอดประกอบภาระณของมารดาวัยรุ่นน ในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิด
	- วัสดุทัศนสาธิตวิธีการฝึงยาคุมกำเนิด
ประวัติผู้ศึกษา	80

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	27
แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Bandura, 1977)	
ภาพที่ 2	28
แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977)	

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	44
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด จำแนกตามคะแนนและระดับ	45
ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด	46
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด	46
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด	48
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดที่ตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด	48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือการตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุระหว่าง 10-19 ปี (World Health Organization, 2020) เป็นการตั้งครรภ์ในช่วงวัยที่ไม่เหมาะสม และมีสถิติที่อยู่ในระดับสูง โดยสถิติการตั้งครรภ์วัยรุ่นในภาพรวมทั่วโลกประมาณร้อยละ 11.6 จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2561 พบว่าในประเทศกำลังพัฒนามีอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นประมาณ 12 ล้านคน และประมาณ 777,000 คน ตั้งครรภ์ในช่วงอายุน้อยกว่า 15 ปี แต่สถิติยังมีความแตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 เกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางซึ่งสถิติสูงกว่าในประเทศที่มีรายได้สูงประมาณ 2 - 5 เท่า สถิติสูงสุดพบที่กลุ่มประเทศแอฟริกาใต้สะฮารา (World Health Organization, 2020)

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ปัจจุบันกรมอนามัยใช้ข้อมูลที่สำคัญ 3 ตัวชี้วัด คืออัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปี อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (ฐานทะเบียนราษฎร์) ซึ่งนับว่ามีความถูกต้องแม่นยำมากที่สุด ข้อมูลอัตราการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎร์ปีล่าสุดที่ได้รับจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือข้อมูลการคลอด พ.ศ. 2562 ส่วนร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำนั้น ใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) โดยข้อมูลสถานการณ์ล่าสุดใน พ.ศ. 2562 มีดังนี้ 1) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 1.1 ต่อพัน 2) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 31.3 ต่อพัน 3) ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 14 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สำหรับในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุระหว่าง 13 - 19 ปี ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 269 ราย จากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 1,980 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.58 ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 287 ราย จากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 2,070 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.86 และในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 217 ราย จากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 1,886 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.37 และยังพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุระหว่าง 13 - 19 ปี ในปี พ.ศ. 2561 - 2563 จำนวน 53 ราย 49 ราย และ 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.70, 17.07 และ 17.97 ตามลำดับ (งานเวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2561-2563) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า สาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการ

คุมกำเนิด ขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ และการไม่ได้รับการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อในหลายมิติ ทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเอง ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น ครอบครัวและสังคม ผลกระทบทางตรงต่อร่างกายของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จากการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งแบบไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) ถึง 2,548 คน (Yokoe et al., 2019) สอดคล้องกับรายงานจากองค์การอนามัยโลก ที่พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกว่า 3.9 ล้านคน ที่ทำแท้งด้วยวิธีที่ไม่ปลอดภัย และยังมีผลกระทบจากการทำแท้งและความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนตามมาอีกด้วย อีกทั้งการตั้งครรภ์ยังเป็นสาเหตุหนึ่งในการเสียชีวิตของสตรีช่วงอายุ 15 - 19 ปี ทั่วโลก (World Health Organization, 2020)

นอกจากนั้นแล้วการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) ภาวะโลหิตจาง และการติดเชื้อหลังคลอด รวมถึงการขาดโอกาสทางการศึกษา (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และทางด้านจิตใจ ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดตราบาปในจิตใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ถูกตัดขาดจากครอบครัว เพื่อน และสังคม เพิ่มโอกาสในการถูกทำร้ายร่างกายจากคู่สมรส (World Health Organization, 2020) การตั้งครรภ์วัยรุ่นนอกจากส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเองแล้ว ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่น ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด (preterm) น้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นด้วย (Brannstrom, Vinnerljung & Hjern, 2016)

สาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเกิดจากการขาดความรู้ที่ถูกต้องในการคุมกำเนิด ขาดความตระหนักในการป้องกันคุมกำเนิด (เกตุยัสี ศรีวิไล, 2559) การไม่ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ และการไม่ได้รับการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ (ฤดี ปุณงบางกะดี และ เอมพร รัตนธ, 2557) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วภายใน 1 ปีหลังคลอดคือปัญหาจากการใช้ชีวิตคุมกำเนิด ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพ (มณิสรา ห่วงทอง, วรณี เดียววิเศษ และวรรณทนา สุภสีมานนท์, 2560) การคุมกำเนิดเป็นวิธีสำคัญในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะการส่งเสริมวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง ไม่มีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายวัยรุ่นและไม่กระทบต่อการตั้งครรภ์ในอนาคต การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรที่ออกฤทธิ์ได้นาน 3-5 ปี มีความต่อเนื่องในการคุมกำเนิด ป้องกันการล้มเหลวคุมกำเนิดและลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ การฝังยาคุมกำเนิดเป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร จึงเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ได้รับการบรรจุเป็นแผนงานระดับประเทศ (สุนีย์ จุ่มกลาง,

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) แต่จากสถิติพบว่าอัตราการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงจาก 44,154 รายในปี 2562 เหลือ 22,302 รายในปี 2563 และ 30,016 รายในปี 2564 ในขณะที่การยุติการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 13.76 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 22.60 ในปี 2564 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดและการสนับสนุนจากครอบครัว ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริยา สมรูป, วรณิ เดียวอิสเรศ และวรรณทนา ศุภสีมานนท์ (2562) ที่พบว่า การที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดมักจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นถึง 1.11 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของวินัส วัฒนธารงค์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองของมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 โดยกำหนดเป้าหมายร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยพบว่าสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปีหลังคลอดหรือหลังแท้งเลือกคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 69.53 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 80 และพบว่ามีความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำถึงร้อยละ 48.8 (เจนจิรา จิตจง, 2561)

การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ควรส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม นั่นคือวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นาน (long acting reversible contraception) ตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำ ซึ่งได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัย รวมทั้งการคุมกำเนิดชนิดยาฉีดคุมกำเนิด ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยในรายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นทางเลือกลำดับต้นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น (กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย โค้ววิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์ และจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, 2558) และเนื่องจากยาฝังคุมกำเนิดเป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่สามารถคุมกำเนิดได้เป็นระยะเวลานาน 3 - 5 ปี จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับมารดาวัยรุ่น สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มีความคุ้มค่าและเหมาะสมตามนโยบายการฝังยาคุมกำเนิดฟรีในสตรีวัยรุ่น (พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, 2559; สำนักข่าวอิศรา, 2563)

การส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิดนั้น จะต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดและภาวะแทรกซ้อนเมื่อใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างครบถ้วน (สุกัญญา ปวงนิม และวันเพ็ญ แก้วปาน, 2561) นอกจากนั้นการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากครอบครัวในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด มีความสำคัญต่อการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นอย่างมาก (สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) โดยมีการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำด้วยวิธีปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มาริยา สุทธินนท์, ชุตติกาญจน์ แซ่ตัน และศศิธร คำพันธ์, 2564) อีกทั้งการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ยังส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นในระยะ 12 สัปดาห์หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย (นิภาพร คนเขียว, มยุรี นิรัตธราคร, ณัฐพัชร บัวบุญ และ ณัฏฐนันท์พร สงวนกลิ่น, 2561) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับที่สูงขึ้นจะสัมพันธ์กับการใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น (Tingey et al., 2021) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่บุคคลคาดหวังไว้ (Bandura, 1997) ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่น สามารถเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพได้

ผู้ศึกษาจึงสนใจวิเคราะห์หาสาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นและนำมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแล ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
3. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
4. เพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) 2) การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) 4) การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จในอดีตของตนเอง (enactive mastery experience) โดยทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุ 10 - 19 ปี ภายหลังจากคลอดบุตรจนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่เข้ารับการพักฟื้นที่แผนกหลังคลอด หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 34 คน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2565

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างเป็นระบบ
2. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดที่ถูกต้อง
3. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดมากขึ้น

นิยามคำศัพท์

มารดาวัยรุ่นหลังคลอด หมายถึง สตรีหลังคลอดที่มีอายุ 10-19 ปี ภายหลังจากคลอดบุตรจนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่เข้ารับการพักฟื้นที่แผนกหลังคลอด หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนและดูแลตนเองในขณะที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดได้อย่างถูกต้อง

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) โดยทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความพร้อมทางด้าน

ร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ ความอ่อนเพลีย ก่อนทำการศึกษา และจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัว
บรรยากาศผ่อนคลาย

2. การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ถ่ายทอดประสบการณ์มารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่ประสบความสำเร็จ
ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

3. การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) ซึ่งในขั้นนี้จะประกอบด้วย
2 กิจกรรม ดังนี้

3.1 ผู้ศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยใช้สื่อ Power point และคลิปวีดิทัศน์
สาธิตวิธีการฝังยาคุมกำเนิด แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
อาจจะเป็นบิดา มารดา สามี หรือบุคคลอื่น โดยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเป็นคนเลือกซึ่งสามารถ
เลือกได้มากกว่า 1 คน

3.2 ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
ได้พูดคุยเกี่ยวกับแง่คิดต่อการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิด วางแผนร่วมกันและมีโอกาสปรึกษา
ซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ศึกษาคอยตอบคำถามหากมีข้อสงสัย

4. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) โดยการ
จัดกิจกรรมให้เห็นอุปสรรคของจริงในการฝังยาคุมกำเนิด และเน้นย้ำในเรื่องประโยชน์และความสำคัญ
ของการฝังยาคุมกำเนิดที่มีต่อมารดาวัยรุ่น ผู้ศึกษาชักชวนให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดวางแผน
การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยวิธีการฝังยาคุมกำเนิด และบันทึกการตัดสินใจการเลือกใช้
ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด หมายถึง
การยอมรับและความเชื่อของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิด
ว่าตนเองจะสามารถใช้ยาฝังคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สังเกตอาการข้างเคียง
และดูแลตนเองในขณะที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดได้อย่างถูกต้อง

การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หมายถึง มารดาวัยรุ่นหลังคลอดยอมรับและเข้าใจ
การคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ และตัดสินใจคุมกำเนิดโดยวิธีใช้ยาฝังคุมกำเนิด

ผลของการใช้แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด
ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หมายถึง ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มีต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยา
ฝังคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และฐานข้อมูลทางวิชาการ โดยมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
3. นโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
4. การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น
5. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุระหว่าง 10-19 ปี โดยนับอายุในเวลาที่คลอดบุตร ซึ่งแบ่งได้เป็น younger adolescents คือช่วงอายุ 10-14 ปี และ adolescents คือช่วงอายุ 15-19 ปี (World Health Organization, 2020) ส่วนองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือยูนิเซฟ ได้ให้นิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่าหมายถึง การตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี (UNICEF, 2016) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก โดยจากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีประชากรเพศหญิงตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 15-19 ปี ประมาณ 16 ล้านคน (World Health Organization, 2020)

อุบัติการณ์

จากสถิติสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ปี 2562 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ดังนี้

- 1 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 1.1 ต่อพัน
- 2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 31.3 ต่อพัน

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีหลายประการ ดังนี้

1. ความเชื่อและทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งวัยรุ่นเชื่อว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่วัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก จากทัศนคติดังกล่าวทำให้การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นมีสถิติสูงขึ้น โดยสถิติปี พ.ศ. 2562 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เพศชาย เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 24.40 เพศหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 16.20 และนักเรียนปวช.ชั้นปีที่ 2 เพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 41.60 เพศหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 39.20 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) นอกจากความเชื่อและทัศนคติแล้วยังพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการสำรวจในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2548-2549 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้หญิงอายุ 15-49 ปี จาก 43,470 คราวเรือนทั่วประเทศ พบว่ามีหญิงไทยที่แต่งงานหรืออยู่กินกับชายก่อนอายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.70 และร้อยละ 60.00 ของคนกลุ่มนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ศรีเพ็ญ ดันติเวช และคณะ, 2556) ซึ่งปัจจัยทางด้านการศึกษาและความรู้นั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ

2. การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด วัยรุ่นยังขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด มีการปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการขาดความรู้และการได้รับข้อมูลผิด ๆ เกี่ยวกับเพศอนามัยการเจริญพันธุ์และวิธีการคุมกำเนิด การได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการคุมกำเนิด การขาดความเข้าใจและไม่มีการสื่อสารเรื่องเพศ อีกทั้งไม่กล้าขอรับคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ กลัวผู้ปกครองต่อว่าและไม่รับฟัง (นิตยาเพ็ญศิริรักษา, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในรัฐเคนทักกี ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าวัยรุ่นขาดความรู้ในการคุมกำเนิด โดยพบว่าร้อยละ 33 ของวัยรุ่นหญิงอายุ 13-19 ปี ไม่ได้คุมกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์แม้ไม่ต้องการตั้งครรภ์ (Kumar, 2018)

3. การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด จากการศึกษาพบว่าเมื่อวัยรุ่นมีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด จะเพิ่มโอกาสในการมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้มีการป้องกันการตั้งครรภ์ (Kumar, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเพ็ญ ดันติเวชและคณะ (2556) ที่พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีส่วนหนึ่งที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ซึ่งการที่วัยรุ่นเสพยาเสพติดมีโอกาที่จะตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากทำให้เกิดอาการมึนเมา หรือขาดสติ จึงไม่ใช้การคุมกำเนิดหรือไม่สามารถป้องกันตัวเองได้ (ศรีเพ็ญ ดันติเวช และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นมีการใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.5 โดยร้อยละ 66.60 เป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.00 เป็นกัญชาและยาบ้า ร้อยละ 8.60 (วีระชัย สิทธิปิยะสกุล และคณะ, 2556)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และ เศรษฐกิจโดยตรงต่อตัวมารดาวัยรุ่นเองและทารก (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1. ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พบได้โดยตรง คือผลกระทบต่อร่างกายของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเอง เช่น ผลกระทบจากการทำแท้ง โดยการศึกษา ในประเทศสโลวาเกีย พบว่าสัดส่วนของการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สิ้นสุดด้วยการทำแท้งมี ร้อยละ 17.00 และในประเทศสวีเดนสูงถึงร้อยละ 69.00 (Sedgh, Finer, Bankole, Eilers & Singh, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 18.00 ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตัดสินใจทำแท้ง มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของบิดามารดาของวัยรุ่น โดยพบว่าวัยรุ่นที่บิดามารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีการตัดสินใจให้วัยรุ่นทำแท้งมากกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญ (Madkour, Xie & Harville, 2013) สถิติปี 2554 จากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบสถิติการทำแท้งทั้งหมดมีประมาณ 300,000 รายต่อปี และร้อยละ 30.10 เป็นการทำแท้งในสตรีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี (บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, 2555) นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังพบว่าการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อจิตใจของมารดาวัยรุ่นด้วยเช่นกัน

1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วย โดยจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 67.10 ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเคยมีอาการเศร้าและหดหู่ ร้อยละ 56.20 รู้สึกผิด และร้อยละ 15.10 เคยคิดอยากตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญหรือดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ความขัดแย้งระหว่างบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาในขณะที่ยังเป็นวัยรุ่น และจากการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดกว่าร้อยละ 49.60 มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Ayuyuen, Deoisres & Tachasuksri, 2020)

1.3 ผลกระทบด้านจิตสังคม การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลให้พ่อแม่และครอบครัวของวัยรุ่นรู้สึกผิดหวัง เสียใจและอับอาย ซึ่งหากการตั้งครรภ์นั้นไม่เป็นที่ยอมรับของบิดามารดาของฝ่ายชาย จะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจทำแท้งตามมา หรือหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องแต่งงานและย้ายเข้าไปอยู่ที่บ้านของฝ่ายชายจะก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ และจากภาระค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูทารกเพิ่มขึ้นหากเศรษฐกิจในครอบครัวไม่ดี อาจจะทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวตามมาได้ และจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาแสดงให้เห็นว่า

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติ โดยพบว่าพ่อแม่วัยรุ่นจะมีความสามารถในการเสียภาษีลดลงตลอดช่วงชีวิต เมื่อเทียบกับคู่แต่งงานที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีสวัสดิการทางสังคมบางประการที่รัฐต้องจัดให้เป็นพิเศษแก่มารดาวัยรุ่น รวมไปถึงต้นทุนทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากการที่รัฐต้องจัดบริการให้กับเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น ในปี พ.ศ. 2549 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดกับรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นของสหรัฐอเมริกา มีมูลค่ากว่า 11.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ทั้งนี้ต้นทุนทางสังคมของการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในกรณีที่แม่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี มีมูลค่าสูงกว่าในกรณีที่มารดามีอายุ 18-19 ปี อย่างชัดเจน กล่าวคือ ผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยเฉลี่ยของการมีลูกของมารดาที่อายุน้อยกว่า 17 ปี คิดเป็น 4,080 เหรียญสหรัฐต่อทารกหนึ่งคน และในกรณีที่มารดามีอายุ 18-19 ปี คิดเป็น 104 เหรียญสหรัฐต่อทารกหนึ่งคน จากการคำนวณถึงต้นทุนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นน่าจะก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อสังคมไทยประมาณ 3,088 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2554 (ศรีเพ็ญ ดันติเวส และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤดี ปุ่บงกะดี และเอมพร รตินธร (2557) ที่ทำการศึกษาในสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำและมีบุตรคนก่อนอายุน้อยกว่า 24 เดือน จำนวน 30 ราย พบว่าผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำสามารถสรุปได้ 3 ประเด็นคือ 1) ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 2) ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของมารดาได้อย่างเต็มที่ 3) ไม่มีแรงจูงใจในการศึกษาต่อ (ฤดี ปุ่บงกะดี และเอมพร รตินธร, 2557)

นอกจากนั้นยังมีผลกระทบต่อเนื่องไปถึงการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้ต้องออกจากโรงเรียน ขาดโอกาสในการเลือกงาน ขาดรายได้หรือต้องทำงานที่มีรายได้ต่ำ ทำให้เศรษฐกิจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ดี และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักถูกทอดทิ้งจากสังคมและกลุ่มเพื่อน (ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555) ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ระบุว่าระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 มีนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1-6 ลาออกจากโรงเรียนกลางคันรวม 135,342 คน ในจำนวนนี้มีสาเหตุจากการสมรส 19,178 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.00 ของจำนวนนักเรียนที่ลาออกจากโรงเรียนกลางคันทั้งหมด (ศรีเพ็ญ ดันติเวส และคณะ, 2556)

2. ผลกระทบต่อทารก การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Daranee & Peninnah, 2019) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด การเกิดภาวะทารกแรกคลอดขาดออกซิเจน และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์อื่น ๆ มากกว่ามารดาที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Sharma, D., Ghimire, S., Meena, J., & Baral, G., 2020)

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์ที่ 2 หรือมากกว่าในช่วงอายุที่น้อยกว่า 20 ปี โดยนับอายุในเวลาที่คลอดบุตร (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) หรือการที่มารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ใหม่ ภายใน 24 เดือนหลังจากคลอดบุตรคนก่อน (Albuquerque, Pitangui, Rodrigues & Araujo, 2017)

อุปสรรค

จากรายงานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ปี 2562 พบว่าร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 14.9 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 18.0 ในปี พ.ศ. 2559 อย่างไรก็ตามยังสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 14.5 ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นอย่างจริงจัง

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีหลายประการ ดังนี้

1. ระดับการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการสำรวจในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2548-2549 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้หญิงอายุ 15-49 ปี จาก 43,470 ครรภ์ทั่วประเทศ พบว่ามีหญิงไทยที่แต่งงานหรืออยู่กินกับชายก่อนอายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.70 และร้อยละ 60.00 ของคนกลุ่มนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ศรีเพ็ญ ดันติเวส และคณะ, 2556)

2. การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำแบบไม่ได้ตั้งใจ มีสาเหตุสำคัญมาจากการขาดความรู้และความตระหนักในการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง (สุภาพร มะรังษี, 2561) โดยมารดาวัยรุ่นไม่ได้วางแผนคุมกำเนิดภายหลังคลอดบุตรคนก่อนหรือใช้ยาคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง ซึ่งมารดาวัยรุ่นมักเลือกคุมกำเนิดโดยการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแต่รับประทานยาไม่ถูกต้อง นอกจากนั้นมารดาวัยรุ่นยังเลือกใช้การคุมกำเนิดประสิทธิภาพต่ำ เช่น การหลั่งนอก ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ (ฤดี ปุ้งบางกะดี และ เอมพร รตินธร, 2014) อีกทั้งมารดาวัยรุ่นยังไม่คุมกำเนิดด้วยการใส่ถุงยางอนามัย เนื่องจากคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยที่ไม่ใส่ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องที่ปกติ (ปาริฉัตร อารยะจารุ, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ และจิราภรณ์ อนุช, 2562)

3. การขาดความตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำนั้น เกิดจากการไม่ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำและผลกระทบที่จะตามมา รวมถึงการไม่ได้รับบริการหรือคำแนะนำในการคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤดี ปุ้งบางกะดี และ เอมพร รตินธร (2557) ที่ทำการศึกษาในสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ

และมีบุตรคนก่อนอายุน้อยกว่า 24 เดือน จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ คือ การไม่ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ และการไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ (ฤดี ปุงบางกะดี และ เอมพร รตินธร, 2557) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วภายใน 1 ปีหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการคิดว่าตนเองจะไม่สามารถตั้งครรภ์ซ้ำได้จึงไม่ได้วางแผนคุมกำเนิดแบบมีประสิทธิภาพ (มณิสรา ห่วงทอง, วรณิ เตียวิเศษ และวรรณทนา ศุภสีมานนท์, 2560)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

1. ผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่นด้านเศรษฐกิจ การมีบุตรหลายคนทำให้มารดาวัยรุ่นต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ขาดโอกาสในการทำงานส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินธร, 2557) และเสียโอกาสที่มารดาวัยรุ่นจะมีความสามารถในการจ่ายภาษีอากรให้กับประเทศชาติ ร่วมกับต้นทุนที่รัฐต้องจัดสวัสดิการทางสังคมให้กับมารดาวัยรุ่น และผลกระทบที่เกิดกับเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ต้นทุนที่รัฐต้องจัดสวัสดิการทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดบริการทางสังคมและการศึกษาพิเศษให้กับเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น ต้นทุนของการบังคับใช้กฎหมายกับเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นที่ก่อปัญหาสังคมเมื่อโตขึ้น (กองทุนประชากร แห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2558)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำจะมีความยากลำบากในการปรับบทบาทการเป็นมารดาจึงไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของมารดาได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ปาริฉัตร อารยะจารุ, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ และจิราภรณ์ อนุช, 2562) ไม่สามารถปรับตัวในการเลี้ยงดูบุตรได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดที่มากขึ้น (Norton, Chandra-Mouli & Lane, 2017)

3. ผลกระทบด้านจิตสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำไม่มีแรงจูงใจในการศึกษาต่อจึงมีการกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาน้อยลง ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา เรียนไม่จบ ไม่มีงานทำและขาดรายได้ ส่งผลให้ต้องพึ่งองค์กรช่วยเหลือหรือเงินจากรัฐบาลเพิ่มมากขึ้น (ปาริฉัตร อารยะจารุ, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ และจิราภรณ์ อนุช, 2562)

นโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ปัญหาการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่พบได้ทั่วโลกไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับสถานการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือท้องไม่พร้อมในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นปัญหาที่น่าวิตกและจำเป็นต้องมีการณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้เกิดการวางแผนครอบครัวอย่างยั่งยืน โดยมีองค์กรต่าง ๆ เข้าร่วมกำหนดนโยบายไว้ ดังนี้

1. นโยบายองค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาไว้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

- 1.1 ลดการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปี
- 1.2 สร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้ลดการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี
- 1.3 เพิ่มการคุมกำเนิดในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 1.4 ลดการละเมิดทางเพศในวัยรุ่น
- 1.5 ลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น
- 1.6 เพิ่มการเข้ารับการดูแลระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดจากบุคลากรที่มีความชำนาญ

2. นโยบายกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการมียุทธศาสตร์ในการดำเนินการเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สำคัญ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

- 2.1 สร้างความตระหนักรู้ไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น
- 2.2 ดูแลความปลอดภัยวัยรุ่นที่อาจจะนำไปสู่การตั้งครรภ์วัยรุ่น พร้อมทั้งจัดหลักสูตรเพศศึกษาให้ความรู้ ตลอดจนการปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์
- 2.3 ส่งเสริมความประพฤตินักเรียน นักศึกษา ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก เพื่อเสริมสร้างความรู้แก่วัยรุ่นในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการคุมกำเนิดให้แก่วัยรุ่นในสถานศึกษา

นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการยังมีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดโครงการ เช่น โครงการ Up to me ซึ่งมีสาระสำคัญในการพัฒนาทักษะชีวิตให้เกิดความเข้าใจในเรื่องเพศของวัยรุ่น และพัฒนาแนวทางป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งดำเนินโครงการในเขตพื้นที่การศึกษา 242 แห่ง และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะมุ่งเน้นเรื่องการเยียวยา และช่วยเหลือเฉพาะหน้า เช่น การดำเนินการบ้านพักเด็กและครอบครัว ที่ให้บริการบ้านพักชั่วคราว และหลังคลอด ซึ่งบ้านพักเด็กและครอบครัวจะมีให้บริการในทุกจังหวัด ผู้ที่จะรับการช่วยเหลือสามารถติดต่อได้ที่บ้านพักเด็กและครอบครัวโดยตรง หรือติดต่อที่ศูนย์ประชาบดี

หมายเลขโทรศัพท์ 1300 นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการศูนย์ช่วยเหลือสังคม OSCC ที่ให้การช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอีกด้วย

3. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการหลายโครงการเพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น บริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly services : YFHS) ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทยโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 จนในปี 2562 ได้คาดหวังให้กลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นและเยาวชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความเป็นมิตรซึ่งจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ (UNICEF, 2019) โครงการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นอำเภอที่ดำเนินงานเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน โดยบูรณาการและเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรพื้นที่ในงานอนามัยวัยรุ่นและเยาวชน ทั้งสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัวและชุมชน มีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องและมีเอกภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอย่างครอบคลุม ลดปัญหาและผลกระทบต่อวัยรุ่นและสังคม

4. แนวปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย ได้ให้คำแนะนำทางเลือกลำดับแรกสำหรับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอด ว่าควรเป็นวิธีคุมกำเนิดชนิดแบบกึ่งถาวร ได้แก่ การใส่ยาฝังคุมกำเนิด และการใส่ห่วงอนามัย เนื่องจากมีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยสามารถ คุมกำเนิดได้ในระยะเวลานานสูงสุดถึง 3 ปี หรือ 5 ปี และสามารถกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วภายหลังหยุดใช้ จึงมีความเหมาะสมสำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2559; Espey & Hofler, 2017) ทั้งนี้ การใส่ห่วงอนามัยอาจไม่เหมาะสม ตามบริบทของวัยรุ่นหลังคลอด เนื่องจากจะสามารถใส่ห่วงอนามัยได้เมื่อวัยรุ่นมาตรวจหลังคลอดตามนัด (6 สัปดาห์หลังคลอด) ซึ่งมีโอกาสที่วัยรุ่นจะไม่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยการใส่ห่วงอนามัยเพราะวัยรุ่นบางส่วนไม่กลับมาตรวจหลังคลอด (ฤดี ปุณฺณภักดิ์ และเอมพร รตินธร, 2557) เพื่อส่งเสริมการใส่ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมมือกับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย เพื่อกำหนดนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น โดยการกำหนดให้สตรีที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถรับบริการคุมกำเนิด ด้วยยาฝังคุมกำเนิดได้ฟรีทุกสิทธิการรักษาเพื่อส่งเสริมให้มีความสะดวกในการเข้ารับบริการ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น

การคุมกำเนิดเป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งช่วยในการวางแผนครอบครัวเกี่ยวกับการมีบุตรว่าจะมีบุตรกี่คน จะมีบุตรเมื่อใด ซึ่งช่วยให้กำหนดระยะเวลาความถี่ของการมีบุตร เพื่อให้คู่สมรสมีความพร้อมที่จะสามารถดูแลบุตรที่จะเกิดมาได้เหมาะสม (เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557) โดยการคุมกำเนิดนั้นจะป้องกันและขัดขวางไม่ให้อสุจิของเพศชายมีโอกาสเข้าไปผสมกับไข่ของฝ่ายหญิงภายในปีกมดลูกและป้องกันไม่ให้ไข่ที่ผสมแล้วมาฝังตัวที่เยื่อโพรงมดลูก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

วิธีการคุมกำเนิดแบ่งเป็นแบบชั่วคราว (Temporary contraception) แบบถาวร (Permanent contraception) และแบบกึ่งถาวร (Semi-permanent contraception) (ธิดากาญจน์ เลิศหิรัญวงศ์ และสายพิน พงษ์ธา, 2556)

1. วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว (Temporary contraception) คือการคุมกำเนิดในระยะสั้นที่เมื่อเลิกใช้แล้วสามารถกลับมามีบุตรได้เลย ได้แก่ การใส่ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด แผ่นแปะคุมกำเนิด หมวกยางครอบปากมดลูก การนับระยะปลอดภัย (เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557)

2. วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร (Permanent contraception) ได้แก่ การทำหมันหญิง และการทำหมันชาย เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีบุตรเพียงพอแล้ว

2.1 การทำหมันหญิง (Female sterilization) เป็นการผูกและตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้างเพื่อไม่ให้อสุจิของเพศชายเข้าไปผสมกับไข่ของเพศหญิงได้ มีประสิทธิภาพสูงและมีอัตราการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 0.5-0.7 เป็นวิธีที่ไม่ใช้ฮอร์โมน ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำหมันหญิงมี 2 ระยะ คือ การทำหมันเย็บซึ่งทำในระยะหลังคลอด (Postpartum tubal resection) และการทำหมันแห้งซึ่งทำในระยะปกติ (Interval tubal resection) (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2560)

2.2 การทำหมันชาย (Vasectomy) เป็นการตัดและผูกท่อนำอสุจิในถุงอัณฑะของเพศชาย มีผลให้ตัวอสุจิไม่สามารถไปผสมกับไข่ในเพศหญิงได้ ซึ่งการทำหมันชายต้องรอเวลาประมาณ 3 เดือนหรือจนตรวจไม่พบอสุจิในน้ำอสุจิก่อน จึงจะสามารถคุมกำเนิดได้ เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายกว่าการทำหมันหญิง อัตราการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 0.1-0.15 (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

3. วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (Semi-permanent contraception) เป็นการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวที่มีประสิทธิภาพสูง แบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การใส่ห่วงอนามัย (Intrauterine device) และการใส่ยาฝังคุมกำเนิด (Implants device)

3.1 การใส่ห่วงอนามัย (Intrauterine device) เป็นการสอดใส่ห่วงที่ทำจาก Stainless steel เข้าไปในโพรงมดลูก เมื่อห่วงที่เป็นสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่โพรงมดลูกจะมีการกระตุ้นการหลั่งสาร Prostaglandins ที่มดลูกและท่อหน้าไข่ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของไข่ช้าลงทำให้เกิดการขัดขวาง ขบวนการปฏิสนธิระหว่างอสุจิกับไข่ อาการข้างเคียงที่อาจพบได้จากการใส่ห่วงอนามัย ได้แก่ เป็นลม เวียนศีรษะ ห่วงหลุด ปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด และมีตกขาว (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2560b) ซึ่งห่วงอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ถึงร้อยละ 99

3.2 ยาฝังคุมกำเนิด (Implants device) (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560; ลีนินาฏ หงษ์ระนัย, 2563; ชัยวุฒิ ศรีสุโข, 2566) ยาฝังคุมกำเนิด เป็นฮอร์โมนชนิดเดียวกันกับฮอร์โมนฉีดคุมกำเนิด คือเป็นฮอร์โมนโปรเจสตินสังเคราะห์ ซึ่งนำมาใช้ในลักษณะเป็นผงบรรจุอยู่ในหลอดพลาสติกขนาดเล็ก แล้วนำมาฝังใต้ผิวหนังบริเวณด้านในใต้ท้องแขนส่วนบน ซึ่งต้องทำโดยแพทย์ที่มีทักษะความชำนาญ เพื่อคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ตัวยาฮอร์โมนโปรเจสตินสังเคราะห์จะถูกปลดปล่อยออกมาทีละน้อยเข้าสู่กระแสเลือดด้วยอัตราสม่ำเสมอเป็นเวลานาน 3-7 ปี ขึ้นกับชนิดของฮอร์โมนโปรเจสตินและจำนวนแคลปซูลหรือหลอดที่ใช้ฝังของแต่ละผลิตภัณฑ์

ยาฝังคุมกำเนิด (Implants device) เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่นเป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นาน (long acting reversible contraception) เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการตั้งครรภ์ สามารถคุมกำเนิดได้เป็นระยะเวลา 3-5 ปี ไม่มีผลต่อการมีบุตรในอนาคต เมื่อถอดออกจะสามารถกลับมามีบุตรได้เร็วกว่าการฉีดยาคุมกำเนิด เนื่องจากฮอร์โมนกระจายออกในปริมาณน้อยและไม่มีการสะสมในร่างกาย (นาวัน ศักดาเดช และทวิวัน พันธศรี, 2563)

ประเภทของยาฝังคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิดแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ตามชนิดของแคลปซูลหรือหลอดที่ใช้ฝัง คือ (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560; ลีนินาฏ หงษ์ระนัย, 2563)

1. ชนิดแคลปซูลหรือหลอดที่ใช้ฝังสลายตัวได้ (biodegradable implants) ชนิดนี้แคลปซูลที่ใช้บรรจุฮอร์โมนเป็นสารพอลิ polycaprolactone polymers ซึ่งสลายตัวได้ เมื่อตัวยาแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดแล้ว หลอดที่ฝังจะค่อย ๆ สลายตัวไปโดยไม่ต้องผ่าตัดเอาออก แต่มีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ใช้ต้องการถอดหลอดที่ฝังอยู่ออกก่อนกำหนด จะทำได้ยากเนื่องจากมีการสลายตัวของหลอดไปบางส่วน ปัจจุบันระบบนี้ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

2. ชนิดแคลปซูลหรือหลอดที่ใช้ฝังไม่สลายตัว (non-biodegradable implants) ชนิดนี้แคลปซูลที่ใช้บรรจุฮอร์โมนทำเป็นหลอดมาจากสารพอลิ polydimethyl siloxane หรือ silastic (สำหรับ Norplant® และ Jadelle®) หรือ ethylene vinyl acetate copolymer (สำหรับ Implanon®)

และ Implanon NXT®) ซึ่งไม่สลายตัวและสามารถควบคุมตัวยาให้แพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดในอัตราสม่ำเสมอ ดังนั้นเมื่อครบกำหนดอายุการใช้งานจะต้องผ่าตัดเอาออก สาร silastic (สำหรับ Norplant® และ Jadelle®) นี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาว่ามีความปลอดภัยต่อการใช้และไม่พบรายงานการก่อมะเร็งในคน ส่วนสารพวก ethylene vinyl acetate copolymer ซึ่งใช้ใน Implanon® และ Implanon NXT® ก็พบว่ามีความปลอดภัยในการใช้เช่นกัน แต่ยังไม่มียข้อมูลความปลอดภัยทางคลินิกในระยะยาว ยาฝังคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพสูงมากในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ประมาณร้อยละ 99.7 ซึ่งถือว่ามียอัตรากล้มเหลวต่ำมาก เท่า ๆ กับการทำหมันหญิง

ปัจจุบันยาฝังคุมกำเนิดในระบบนี้ที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมี 3 ชนิด ได้แก่ (วรรณกุล เชื้อมณฑล, 2560; สีนินาฏ หงษ์ระนัย, 2563)

1. Norplant® (levonorgestrel 36 mg x 6's) เป็นแคปซูลพลาสติก 6 แท่ง มีขนาดเท่าไม้จิ้มไฟ โดยแต่ละแท่งมีความยาว 34 มิลลิเมตร เส้นผ่านศูนย์กลาง 2.4 มิลลิเมตร บรรจุตัวยา levonorgestrel ในรูป crystalline ปริมาณ 36 มิลลิกรัมต่อแท่ง ซึ่งจะได้ปริมาณตัวยารวมทั้งหมด 216 มิลลิกรัม มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้นานถึง 5 ปี บางการศึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้ถึง 7 ปี ลักษณะการปลดปล่อยตัวยา หลังฝัง Norplant® แล้วตัวยาจะถูกปลดปล่อยออกมาในอัตรา 85 ไมโครกรัมต่อวันในช่วงเดือนแรก และลดลงเหลือ 50 ไมโครกรัมต่อวัน ในเดือนที่ 9 และจะค่อย ๆ ลดลงเหลือ 30 ไมโครกรัมต่อวัน หลังจากนั้นตลอดจนครบ 5 ปี

2. Jadelle® (levonorgestrel 75 mg x 2's) เป็นแคปซูลพลาสติก 2 แท่ง โดยแต่ละแท่งมีความยาว 43 มิลลิเมตร และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตรบรรจุตัวยา levonorgestrel ในปริมาณ 75 มิลลิกรัมต่อแท่งซึ่งจะได้ปริมาณตัวยารวมทั้งหมด 150 มิลลิกรัม มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้นาน 5 ปี ลักษณะการปลดปล่อยตัวยาออกมา มีอัตราเดียวกับ Norplant® มีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงไม่ต่างจาก Norplant®

3. ImplanonNXT® (etonogestrel 68 mg x 1's) เป็นแคปซูลพลาสติกแท่งเดียว มีความยาว 40 มิลลิเมตร และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร หลอดแคปซูลเป็นสารพวก ethylene vinylacetate copolymer ซึ่งไม่สลายตัวและบรรจุตัวยา etonogestrel (3-ketodesogestrel) ซึ่งเป็น active metabolite ของ desogestrel ในปริมาณ 68 มิลลิกรัม มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้นาน 3 ปี มีการปลดปล่อยตัวยาในอัตรา 60-70 ไมโครกรัมต่อวัน ในสัปดาห์ที่ 5-6 และค่อย ๆ ลดลงเหลือ 35-45 ไมโครกรัมต่อวันเมื่อสิ้นสุดปีแรก และลดลงเหลือ 30-40 ไมโครกรัมต่อวัน เมื่อสิ้นสุดปีที่ 2 และเหลือ 25-30 ไมโครกรัมต่อวันเมื่อสิ้นสุดปีที่ 3 โดยตัวยาจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ภายในวันแรกที่ฝังไปตลอดจนครบ 3 ปี Implanon NXT® เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฝังหลอดยา (applicator) จาก Implanon® ที่มีลักษณะคล้าย syringe ทั่วไป

ให้มีรูปแบบใหม่ที่ใช้งานง่ายขึ้น โดยสามารถฝังหลอดยาได้ด้วยมือเดียวและช่วยอำนวยความสะดวกในการฝังยาฝังได้ผิวหนังได้อย่างถูกต้องมากขึ้น โดยใช้ตัวยาเดิมที่มีฤทธิ์และประสิทธิภาพเช่นเดิม

กลไกการออกฤทธิ์ของยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากยาฝังคุมกำเนิดเป็นฮอร์โมนโปรเจสติน เช่นเดียวกับฮอร์โมนชนิดคุมกำเนิด ดังนั้นกลไกการออกฤทธิ์คุมกำเนิดจึงมีกลไก เช่นเดียวกันกับฮอร์โมนชนิดคุมกำเนิด โดยออกฤทธิ์ป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยกลไกดังต่อไปนี้ (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560)

1. ออกฤทธิ์ยับยั้งการตกไข่ โดยมีผลยับยั้งการหลั่ง Luteinizing hormone (LH) ทำให้ไม่มีการตกไข่ ซึ่งสามารถยับยั้งการตกไข่ได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังฝังยา
2. ทำให้เกิดการหนืดข้นของมูกปากมดลูก (cervical mucus) ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนที่ของสเปิร์มที่จะเดินทางไปผสมกับไข่ ทำให้ขัดขวางการผสม หรือเกิดการผสมได้ยากขึ้น
3. ออกฤทธิ์ต่อเยื่อบุช่องคลอด ทำให้ผนังมดลูกบางลงไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของไข่ที่ได้รับการผสมแล้ว ซึ่งถ้าใช้นาน ๆ เยื่อบุโพรงมดลูกอาจฝ่อ (atrophic) ได้เช่นเดียวกับการใช้ฮอร์โมนชนิดคุมกำเนิด

กลไกหลักในการป้องกันการตั้งครรภ์ของ Norplant® และ Jadelle® มาจากฤทธิ์ที่ทำให้เกิดการหนืดข้นของมูกปากมดลูก ส่วนฤทธิ์ยับยั้งการตกไข่เป็นกลไกรองซึ่งยังไม่แน่นอน กลไกหลักในการป้องกันการตั้งครรภ์ของ Implanon® หรือ Implanon NXT® มาจากฤทธิ์ยับยั้งการตกไข่ เมื่อถอดยาฝังคุมกำเนิดออกแล้ว พบว่าการตกไข่จะกลับสู่ปกติได้อย่างรวดเร็ว ทำให้มีประจำเดือนปกติและสามารถตั้งครรภ์ได้ จากการศึกษาทางคลินิกพบว่าเมื่อถอด Implanon® ออกระดับยา etonogestrel ในเลือดจะลดลงภายใน 1 สัปดาห์หลังถอด ทำให้การตั้งครรภ์อาจเกิดขึ้นได้ภายใน 7-14 วันหลังถอด ดังนั้นควรคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นหรือฝังหลอดยาฝังคุมกำเนิดอันใหม่ทันทีถ้ายังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ Implanon® หรือ Implanon NXT® ยังมีผลป้องกันการตั้งครรภ์โดยกลไกทำให้เกิดการข้นหนืดของมูกปากมดลูก และมีผลต่อเยื่อบุช่องคลอดด้วยเช่นกัน (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560)

วิธีการฝังยาฝังคุมกำเนิด

วิธีการฝังยาฝังคุมกำเนิดต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น โดยให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิดในวันแรกของรอบเดือน หรือไม่เกินวันที่ 5 ของรอบเดือน (กรณี Implanon NXT®) หรือไม่เกินวันที่ 7 ของรอบเดือน (กรณี Norplant® และ Jadelle®) โดยไม่ต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่นร่วมด้วย ถ้าเริ่มช้ากว่านั้นจะต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่น เช่น ถุงยางอนามัยร่วมด้วย เป็นเวลา 7 วันหลังฝัง ในกรณีฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้ (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560; สตินาฏ หงษ์ระนัย, 2563)

1. กรณีไม่ได้ให้นมบุตร

1.1 หลังคลอดไม่เกิน 4 สัปดาห์ ให้ฝังฮอร์โมนได้ผิวหนังคุมกำเนิดได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธีอื่นคุมกำเนิด เช่น ถุงยางอนามัยร่วมด้วย

1.2 หลังคลอดเกิน 4 สัปดาห์ และรอบเดือนเริ่มมาให้ฝังยาคุมกำเนิดภายใน 7 วันแรกของการมีรอบเดือน (กรณี Norplant® และ Jadelle®) หรือภายใน 5 วันแรกของการมีรอบเดือน (กรณี Implanon NXT®)

1.3 หลังคลอดเกิน 4 สัปดาห์ และรอบเดือนยังไม่มาให้ฝังยาคุมกำเนิดได้เลย โดยใช้วิธีอื่นคุมกำเนิดร่วมด้วย เช่น ถุงยางอนามัย เป็นเวลา 7 วัน

2. กรณีให้นมบุตรเต็มที่ (Fully or nearly fully breastfeeding)

2.1 หลังคลอดไม่เกิน 6 เดือน เริ่มฝังยาคุมกำเนิดได้เมื่อครบ 6 สัปดาห์ หลังคลอดเป็นอย่างน้อย

2.2 หลังคลอดไม่เกิน 6 เดือน และรอบเดือนยังไม่มาให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิด ได้ระหว่าง 6 สัปดาห์ถึง 6 เดือนหลังคลอดโดยไม่ต้องใช้วิธีอื่นคุมกำเนิดร่วมด้วย

2.3 หลังคลอดไม่เกิน 6 เดือน และรอบเดือนเริ่มมาให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิด ภายใน 7 วันแรกของการมีรอบเดือน (กรณี Norplant® และ Jadelle®) หรือภายใน 5 วันแรกของการมีรอบเดือน (กรณี Implanon NXT®)

2.4 หลังคลอดเกิน 6 เดือนและรอบเดือนยังไม่มาให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิดได้เลย โดยใช้วิธีอื่นคุมกำเนิด เช่น ถุงยางอนามัย ร่วมด้วยเป็นเวลา 7 วัน

2.5 หลังคลอดเกิน 6 เดือนและรอบเดือนเริ่มมาให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิด ภายใน 7 วันแรกของการมีรอบเดือน (กรณี Norplant® และ Jadelle®) หรือภายใน 5 วันแรกของการมีรอบเดือน (กรณี Implanon NXT®)

3. กรณีให้นมบุตรบางส่วน (Partially breastfeeding)

3.1 หลังคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิดเมื่อครบ 6 สัปดาห์ หลังคลอดเป็นอย่างน้อย

3.2 หลังคลอดเกิน 6 สัปดาห์ และรอบเดือนยังไม่มาให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิด ได้เลย โดยใช้วิธีอื่นคุมกำเนิด เช่น ถุงยางอนามัย ร่วมด้วยเป็นเวลา 7 วัน

3.3 หลังคลอดเกิน 6 สัปดาห์ และรอบเดือนเริ่มมาให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิด ภายใน 7 วันแรกของการมีรอบเดือน (กรณี Norplant® และ Jadelle®) หรือภายใน 5 วันแรกของการมีรอบเดือน (กรณี Implanon NXT®)

4. กรณีหลังแท้ง หลังแท้งในระยะไตรมาสแรกหรือไตรมาสที่ 2 ของอายุครรภ์

4.1 กรณีใช้ Norplant® และ Jadelle® ให้ฝังยาคุมกำเนิดภายใน 7 วันหลังแท้ง โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธีอื่นคุมกำเนิดร่วมด้วย ถ้าเกินช่วงเวลาดังกล่าวให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่น เช่น ถุงยางอนามัยร่วมด้วยเป็นเวลา 7 วัน

4.2 กรณีใช้ Implanon NXT® ให้ฝังยาคุมกำเนิดภายใน 5 วันหลังแท้ง ในระยะไตรมาสแรกของอายุครรภ์ และภายในไม่เกิน 4 สัปดาห์หลังแท้งในระยะไตรมาสที่ 2 ของอายุครรภ์ ถ้าเกินระยะเวลาดังกล่าวให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น เช่น ถุงยางอนามัยร่วมด้วยเป็นเวลา 7 วัน

5. กรณีหลังใช้ยาคุมฉุกเฉิน ให้เริ่มฝังยาคุมกำเนิดภายใน 7 วันหลังเริ่มมีประจำเดือนในรอบเดือนถัดไป (กรณี Norplant® และ Jadelle®) หรือภายใน 5 วันหลังเริ่มมีประจำเดือนในรอบเดือนถัดไป (กรณี Implanon NXT®) ถ้าเกินช่วงเวลาดังกล่าว ให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น เช่น ถุงยางอนามัยร่วมด้วยเป็นเวลา 7 วัน

6. กรณีเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดจากรูปแบบอื่น

6.1 การเปลี่ยนจากยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมเป็นยาฝังคุมกำเนิด สามารถเริ่มยาฝังคุมกำเนิดได้ระหว่างที่ยังรับประทานยาเม็ดฮอร์โมน หรือไม่เกิน 7 วันหลังจากรับประทานยาเม็ดฮอร์โมนเม็ดสุดท้าย เปลี่ยนจากยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีเฉพาะโปรเจสตินเป็นยาฝังคุมกำเนิดให้เริ่มยาฝังคุมกำเนิดทันที หรือไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังหยุดยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีเฉพาะโปรเจสติน

6.2 การเปลี่ยนจากแผ่นฮอร์โมนติดผิวหนังคุมกำเนิดเป็นยาฝังคุมกำเนิด สามารถเริ่มยาฝังคุมกำเนิดได้ภายใน 7 วันหลังดึงแผ่นฮอร์โมนติดผิวหนังคุมกำเนิดที่ติดครบ 3 สัปดาห์ออก

6.3 การเปลี่ยนจากยาฉีดคุมกำเนิดเป็นยาฝังคุมกำเนิด ให้เริ่มยาฝังคุมกำเนิดได้ในวันที่ยังครบกำหนดฉีดยาเข็มต่อไป

6.4 การเปลี่ยนจากห่วงคุมกำเนิดชนิดมีฮอร์โมนเป็นยาฝังคุมกำเนิด ให้เริ่มยาฝังคุมกำเนิดในวันที่ถอดห่วงคุมกำเนิดชนิดมีฮอร์โมนออกไป เปลี่ยนจากวงแหวนสอดช่องคลอดคุมกำเนิดเป็นยาฝังคุมกำเนิด ให้เริ่มยาฝังคุมกำเนิดภายใน 7 วันหลังถอดวงแหวนสอดช่องคลอดคุมกำเนิดที่สอดครบ - สัปดาห์ออก

ขั้นตอนการฝังยาคุมกำเนิด

ขั้นตอนการฝังยาคุมกำเนิดชนิด Norplant® และ Jadelle® จะต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกฝนจนเกิดทักษะความชำนาญแล้ว ซึ่งจะใช้เวลาไม่นานนักในการฝังแต่ละครั้ง เช่น กรณีฝัง Norplant® ซึ่งมีหลอดแคปซูล 6 แท่งใช้เวลาประมาณ 7-10 นาที โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำความสะอาดบริเวณที่จะฝังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้ออย่างถูกต้อง
2. ผู้ที่ฝังยาคุมกำเนิดจะได้รับการฉีดยาชาใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขน ด้านในท่อนบนข้างที่ต้องการจะฝัง ซึ่งมักเลือกฝังในแขนข้างที่ไม่ถนัด เพื่อไม่ให้เกิดการเคลื่อนไหวมากเกินไป ป้องกันอาการเจ็บปวดขณะฝังยา
3. แพทย์จะใช้มีดผ่าตัดกรีดบนผิวหนังของแขนท่อนบนให้เป็นรอยเปิดเล็กน้อย ยาวประมาณ 0.5 เซนติเมตร พอสอดแท่งฮอร์โมนได้
4. แพทย์จะทำการสอดแท่งฮอร์โมนเข้าไปใต้ผิวหนังที่ละแท่งจนครบทุกแท่ง ผู้ที่ได้รับการฝังอาจรู้สึกตึง ๆ เล็กน้อย กรณีฝัง Norplant® ซึ่งมีหลอดแคปซูล 6 แท่งจะฝังให้หลอดฮอร์โมนแผ่กระจายใต้ผิวหนังเป็นรูปพัดคลี่ โดยมีส่วนโคนอยู่ใกล้รูที่กรีดผิวหนัง
5. หลังฝังฮอร์โมนเสร็จ ปิดบาดแผลด้วยพลาสติกปิดแผล แล้วปิดทับด้วยผ้าก๊อช จากนั้นพันทับรอบแขนด้วยผ้าก๊อชเพื่อห้ามเลือด ให้เฝ้าสังเกตความผิดปกติครึ่งชั่วโมง หากมีเลือดซึมออกให้ปิดแผลและพันผ้าก๊อชใหม่

ส่วนกรณี Implanon NXT® ไม่ต้องมีขั้นตอนการผ่าตัดใด ๆ ที่ยุ่งยากเนื่องจากจะมีอุปกรณ์ช่วยฝัง (applicator) ที่ทำขึ้นมาโดยเฉพาะช่วยในการฝังฮอร์โมนได้ง่ายและสะดวก

ขั้นตอนการถอดยาฝังคุมกำเนิด

ขั้นตอนการถอดยาฝังคุมกำเนิด มีดังนี้

1. ทำความสะอาดบริเวณที่จะถอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้ออย่างถูกต้อง
2. ผู้ที่ถอดยาฝังคุมกำเนิด จะได้รับการฉีดยาชาใต้ผิวหนัง บริเวณต้นแขนด้านในข้างที่ต้องการจะถอดยาฝังออก เพื่อป้องกันอาการเจ็บปวดระหว่างถอดยา
3. แพทย์ใช้มีดผ่าตัดกรีดบนผิวหนังใกล้กับตำแหน่งที่ฝังยาให้เป็นรอยเปิดขนาดเล็ก ยาวประมาณ 2-5 มิลลิเมตร ไม่ควรเปิดกว้างไปเพราะอาจต้องเย็บแผล และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย
4. แพทย์ใช้เครื่องมือสอดเข้าไปดึงหลอดยาฝังแต่ละแท่งออกมา ซึ่งอาจรู้สึกตึง ๆ และเจ็บปวดเล็กน้อยระหว่างขั้นตอนนี้และในอีก 2-3 วันหลังจากนั้น
5. ปิดบาดแผลด้วยพลาสติกปิดแผล แล้วปิดทับด้วยผ้าก๊อชอีกครั้งเป็นเวลา 2-3 วัน เพื่อลดอาการบวมบริเวณบาดแผล

ข้อแนะนำหลังได้รับการฝังยาคุมกำเนิดมีดังนี้ (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560; สินีนาฏ หงษ์ระนัย, 2563)

1. ปิดแผลไว้ 3-5 วันหลังฝังยาคุมกำเนิด ไม่ควรให้แผลเปียกน้ำและในบางรายที่มีการเย็บแผลที่บริเวณที่ฝังยา จะต้องมาตัดไหมเมื่อครบ 7 วันหลังฝังยาคุมกำเนิด
2. สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักด้วยแขนข้างที่ฝังยาคุมกำเนิดประมาณ 3-7 วัน และหลีกเลี่ยงการถูกระแทกอย่างรุนแรง
3. เมื่อครบ 7 วัน ควรกลับมาพบแพทย์เพื่อตรวจซ้ำดูลักษณะการเรียงตัวของหลอดยาและตรวจความผิดปกติอื่น ๆ เช่น การอักเสบ เจ็บปวด การเลื่อนหลุดของหลอดยา เป็นต้น
4. อาการข้างเคียงจากการฝังยาคุมกำเนิดที่พบบ่อยคือ การมีรอบเดือนผิดปกติ มีเลือดออกกะปริดกะปรอย หรือรอบเดือนไม่มา โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรก ซึ่งถือว่าเป็นอาการปกติ และอาจมีอาการปวดหัว ปวดท้อง คัดตึงเต้านมได้ แต่อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ ลดน้อยลงหรือหายไปหลังจาก 1 ปีแรกไปแล้ว
5. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น รอบเดือนขาด หรือมีอาการของการตั้งครรภ์ แผลมีเลือด หนองหรือน้ำเหลืองซึม บวม แดง หรือเห็นหลอดสีขาวโผล่ที่ปากแผล ให้รีบมาพบแพทย์ทันที
6. การคุมกำเนิดจะมีผลทันทีหลังฝังยา สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่ต้องใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย
7. รีบมาพบแพทย์ตามนัดเมื่อครบกำหนดเปลี่ยนยาฝังคุมกำเนิด หรือกรณีต้องการมีบุตรให้กลับมาพบแพทย์เพื่อถอดหลอดยาฝังออก อาจจัดทำบัตรประจำตัว หรือบัตรเตือนความจำให้ผู้ใช้เพื่อช่วยเตือนและนัดหมายวันที่ครบกำหนดมาพบแพทย์
8. ยาฝังคุมกำเนิดจะมีฤทธิ์ในการคุมกำเนิด หรือป้องกันการตั้งครรภ์ได้เท่านั้น ไม่มีฤทธิ์ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งโรคเอดส์ ดังนั้นถ้าไม่มั่นใจในความเสี่ยงของการติดเชื้อเหล่านี้ ควรใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย
9. นัดตรวจติดตามเพื่อตรวจสุขภาพทั่วไป ตรวจเซลล์มะเร็งเร็งปากมดลูกและตรวจเต้านมอย่างน้อยปีละครั้ง

ข้อดีและข้อเสียของยาฝังคุมกำเนิด (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560; สินีนาฏ หงษ์ระนัย, 2563)

1. ข้อดี ยาฝังคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรที่มีประสิทธิภาพสูง ได้ผลระยะยาวจากการใช้ครั้งเดียว สตรีวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่สามารถใช้ยาฝังคุมกำเนิดได้อย่างปลอดภัยเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีกลิ่นรับประทานยาโดยเฉพาะยาเม็ดคุมกำเนิดที่ต้องรับประทานทุกวัน หรือผู้ที่ต้องการคุมกำเนิดเป็นระยะยาว (3-5 ปี) มีประสิทธิภาพภายใน 24 ชั่วโมงหลังฝัง ระดับยาถูก

ปลดปล่อยออกมาอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา ไม่มีผลต่อความสามารถในการตั้งครรภ์ โดยสภาวะการเจริญพันธุ์สามารถกลับคืนสู่ปกติได้เร็วหากหยุดใช้ เนื่องจากมีการแพร่กระจายของฮอร์โมนออกมาที่น้อยและไม่มีการสะสมในร่างกาย การฝังยาคุมกำเนิดสามารถใช้ในสตรีให้นมบุตรได้ โดยไม่มีผลต่อการหลั่งของน้ำนมมารดา และไม่มีผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกาย และทางสมอง อัตราการป่วยและอัตราการตายของทารก จากการศึกษาในคนไทยโดย Reinprayoon และคณะ เพื่อเปรียบเทียบผลของ Implanon® กับ nonmedicated intrauterine device ในสตรีให้นมบุตร โดยติดตามเป็นเวลา 3 ปี พบว่า Implanon® ไม่มีผลต่อปริมาณและส่วนประกอบของน้ำนมในสตรีให้นมบุตร และไม่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กทารกเมื่อประเมินจากการวัดความยาวของลำตัว เส้นรอบวงศีรษะ และน้ำหนักตัว รวมทั้งพัฒนาการทางสมองของทารกด้วย

2. ข้อเสีย ยาฝังคุมกำเนิดเป็นวิธีที่ผู้ใช้ไม่สามารถเริ่มใช้ยาหรือหยุดยาได้เอง การฝังหรือเอาออกต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น และมีราคาแพงกว่าเมื่อเทียบกับวิธีคุมกำเนิดวิธีอื่น

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยคล้ายคลึงกับฮอร์โมนฉีดคุมกำเนิด เนื่องจากมีตัวยาเฉพาะโปรเจสตินเพียงอย่างเดียวไม่มีเอสโตรเจน จึงลดอาการไม่พึงประสงค์หลายอย่างที่เกิดจากเอสโตรเจนที่มีในยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมลงได้ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ มีเลือดประจำเดือนผิดปกติ (พบมากถึง 45%) บางรายอาจไม่มีเลือดประจำเดือนเลย หรือบางรายอาจมีเลือดประจำเดือนบ่อยหรือมากกว่าปกติ ซึ่งมักเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเลิกใช้ยามากที่สุด โดยเฉพาะภายใน 1 ปีแรก โดยอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ ปวดศีรษะ น้ำหนักเพิ่ม เป็นสิว เจ็บคัดตึงเต้านม และอาการผิดปกติบริเวณที่ฝังยาคุมกำเนิด เช่น ปวด อักเสบ บวม ฟกช้ำ การเลื่อนหลุด หรือคลำพบหลอดยาได้ผิวหนัง (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560; สินีนาฏ หงษ์ระนัย, 2563)

การจัดการและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฝังคุมกำเนิด มีวิธีการจัดการและแก้ไขอาการดังนี้ (วรรณกุล เชื้อมงคล, 2560; สินีนาฏ หงษ์ระนัย, 2563)

1. การมีเลือดประจำเดือนออกผิดปกติ (irregular bleeding) หมายถึงมีเลือดประจำเดือนมาในช่วงที่ไม่ใช่รอบประจำเดือนปกติ เป็นอาการที่พบบ่อยซึ่งไม่อันตราย อาการจะลดลงหรือหายไปได้หลังจาก 1 ปีแรกของการฝังยา สามารถบรรเทาอาการด้วย ibuprofen 800 มิลลิกรัม หรือ mefenamic acid 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้งหลังอาหารทันทีเป็นเวลา 5 วัน เมื่อเริ่มมีอาการเลือดประจำเดือนผิดปกติ ถ้ารับประทาน ibuprofen 800 มิลลิกรัม หรือ mefenamic acid 500 มิลลิกรัม แล้วอาการไม่ดีขึ้น อาจใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวมที่มี levonorgestrel อยู่ด้วย โดยรับประทานวันละ 1 เม็ดทุกวันเป็นเวลา 21 วัน หรือให้รับประทานฮอร์โมนเอสโตรเจนเสริม เช่น ethinyl estradiol

ขนาด 50 ไมโครกรัม วันละ 1 เม็ดเป็นเวลา 21 วัน เพื่อลดจำนวนวันที่มีเลือดออกหรือหยุดภาวะที่กำลังมีเลือดออก และช่วยให้รอบเดือนมาสม่ำเสมอขึ้นได้

2. การไม่มีเลือดประจำเดือน (no monthly bleeding) เป็นอาการที่พบได้ ในสตรีบางราย ซึ่งไม่อันตราย เป็นอาการลักษณะเดียวกันกับการไม่มีเลือดประจำเดือนในขณะตั้งครรภ์ แต่ไม่ใช่การเป็นหมัน สตรีบางรายจะรู้สึกชอบและมีความสุขที่ไม่ต้องมีเลือดประจำเดือนทุกเดือน

3. การมีเลือดประจำเดือนมากหรือนานกว่าปกติ (heavy or prolonged bleeding) การมีเลือดประจำเดือนมากกว่าปกติ หมายถึงมีเลือดประจำเดือนในปริมาณมากกว่าปกติ 2 เท่า การมีเลือดประจำเดือนนานกว่าปกติ หมายถึงมีเลือดประจำเดือนนานกว่า 8 วัน เป็นอาการที่พบได้ในสตรีบางราย ซึ่งไม่อันตราย และอาการอาจลดลงหรือหายไปได้ภายใน 2-3 เดือนหลังฝังยา สามารถบรรเทาอาการด้วย ibuprofen 800 มิลลิกรัม หรือ mefenamic acid 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันทีเป็นเวลา 5 วัน หรือยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวมที่มี ethinyl estradiol ขนาด 50 ไมโครกรัม แต่จากการศึกษาพบว่าการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวมที่มี ethinyl estradiol ขนาด 50 ไมโครกรัม จะให้ผลดีกว่าและสามารถป้องกันภาวะโลหิตจาง โดยให้ยาเม็ดเหล็ก และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงเช่น เนื้อสัตว์ ตับสัตว์ ปลา ผักใบเขียว และพืชตระกูลถั่วต่าง ๆ

4. ปวดศีรษะ (ordinary headache) อาจให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น Aspirin 325 - 650 มิลลิกรัม Ibuprofen 200-400 มิลลิกรัม Paracetamol 325-1,000 มิลลิกรัม เป็นต้น

5. ปวดท้องเล็กน้อย (mild abdominal pain) อาจให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น Aspirin 325-650 มิลลิกรัม Ibuprofen 200-400 มิลลิกรัม Paracetamol 325-1,000 มิลลิกรัม เป็นต้น

6. เป็นสิ่ว (acne) อาจพิจารณาเปลี่ยนจากยาฝังคุมกำเนิดเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม ซึ่งทำให้อาการดีขึ้นได้

7. เจ็บคัดตึงเต้านม (breast tenderness) แนะนำให้สวมชุดชั้นในที่เหมาะสม รวมทั้งในขณะนอนหลับ ประคบร้อนหรือเย็นเพื่อลดอาการปวด อาจให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น Aspirin 325-650 มิลลิกรัม Ibuprofen 200-400 มิลลิกรัม Paracetamol 325-1,000 มิลลิกรัม เป็นต้น

8. ปวดบริเวณที่ฝังฮอร์โมนหรือบริเวณที่ถอดหลอดยาฝึงออก (pain after insertion or removal) ถ้าปวดหลังจากฝังฮอร์โมนเสร็จ ให้ตรวจสอบผ้าก๊อชหรือผ้าปิดแผลว่าติดแน่นเกินไปหรือไม่ เปลี่ยนพลาสติกปิดแผลอันใหม่ และหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณบาดแผล 2-3 วัน อาจให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น Aspirin 325-650 มิลลิกรัม Ibuprofen 200-400 มิลลิกรัม Paracetamol 325-1,000 มิลลิกรัม เป็นต้น

9. การติดเชื้อบริเวณที่ฝังฮอร์โมน (infection at the insertion site) ซึ่งมักจะมีอาการปวด บวม แดง ร้อนและมีหนอง ไม่จำเป็นต้องถอดหลอดยาฝึงออก ให้ทำความสะอาดแผลบริเวณ

ที่ติดเชื้อด้วยสบู่น้ำหรือน้ำยาล้างแผลฆ่าเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน 7-10 วัน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหลังจากรับประทานยาปฏิชีวนะหมดแล้ว ให้กลับมาพบแพทย์ และถ้ายังไม่สามารถแก้ไขอาการติดเชื้อนี้ได้ ควรถอดหลอดยาฝั่งออก ถ้าพบการเลื่อนหลุดของหลอดยาฝั่ง ซึ่งมักพบหลังการติดเชื้อ ให้กลับมาพบแพทย์เพื่อถอดหลอดยาฝั่งออก ซึ่งจะพบได้น้อยมาก โดยอาจพบได้ในช่วง 2-3 เดือนแรกหลังฝั่งหลอดยา หรือหลังการติดเชื้อก็ได้ ถ้าเลื่อนหลุดโดยไม่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น อาจให้ใส่เข้าไปใหม่โดยเปลี่ยนตำแหน่งใหม่และควรให้อยู่ใกล้หลอดยาฝั่งแท่งอื่น กรณี เกิดฝีขึ้น ให้เปิดบาดแผลเพื่อระบายหนองออก รักษาบาดแผล ทำความสะอาดด้วยยาฆ่าเชื้อ และให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานนาน 7-10 วัน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้กลับมาพบแพทย์

ข้อพิจารณาและข้อควรระวังในการเลือกใช้ แม้ว่าจะยังไม่มีข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในยาฝั่งคุมกำเนิดโดยตรง แต่เนื่องจากเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีการปลดปล่อยฮอร์โมนโปรเจสตินคล้ายกับที่มีในฮอร์โมนฉีดคุมกำเนิด ดังนั้นข้อพิจารณาหรือข้อควรระวังในการใช้ จะยึดตามหลักเกณฑ์เดียวกับฮอร์โมนฉีดคุมกำเนิด ซึ่งควรระมัดระวังการใช้ในสภาวะต่างๆ ดังต่อไปนี้ และหากมีอาการใดอาการหนึ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกระหว่างใช้ ให้หยุดใช้ยาทันที

1. มีภาวะ undiagnosed vaginal bleeding ถ้ามีเลือดประจำเดือนออกผิดปกติ โดยหาสาเหตุไม่ได้ระหว่างฝั่งฮอร์โมนอยู่ อาจต้องถอดหลอดยาฝั่งออกเพื่อจะได้วินิจฉัยโรคหรือหาสาเหตุได้ง่ายขึ้น และให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่นแทน ที่ไม่ใช่ยาฉีดคุมกำเนิด และหวั่งคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมน แต่ถ้ามีเลือดออกจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือจากภาวะ pelvic inflammatory disease สามารถใช้ยาฝั่งคุมกำเนิดต่อไปได้ขณะรักษาภาวะดังกล่าว

2. สตรีมีครรภ์หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ ยังไม่พบข้อมูลว่ามีความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ แต่ถ้าต้องการมีบุตร ควรถอดหลอดยาฝั่งออกเพื่อป้องกันความผิดปกติของทารกในครรภ์

3. เป็นหรือมีประวัติมีะเร็งเต้านม เนื่องจากมีะเร็งเต้านมจะไวต่อการถูกกระตุ้นด้วยฮอร์โมน จึงไม่ควรใช้ยาฝั่งคุมกำเนิด

4. เป็นหรือมีประวัติ thromboembolic disorder ถ้ามีภาวะ thromboembolic disorder ขณะฝั่งยาให้ถอดหลอดยาฝั่งออก

5. เป็นหรือมีประวัติ ischemic heart disease หรือ stroke โดยปกติสตรีที่มี ischemic heart disease หรือ stroke สามารถใช้ยาฝั่งได้อย่างปลอดภัย แต่ถ้าเกิดภาวะ ischemic heart disease หรือ stroke ขึ้นขณะใช้ยาฝั่งก็แนะนำให้ถอดหลอดยาฝั่งออก และเลือกคุมกำเนิดวิธีอื่นที่ไม่มีฮอร์โมนแทน

6. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของตับ หรือเคยมีประวัติโรคตับ หรือมีประวัติเป็นเนื้องอกที่ตับ (ทั้งชนิดร้ายแรง และไม่ร้ายแรง)

7. มีประวัติไมเกรนชนิดที่มีอาการนำ (migraine headache with aura) ถ้าเป็นไมเกรนชนิดไม่มีอาการนำ สามารถใช้ยาฝังได้ แต่ถ้าเป็นไมเกรนชนิดมีอาการนำ จะต้องถอดหลอดยาฝังออกแล้วคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นที่ไม่มีฮอร์โมน

8. ผู้ที่เคยรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสติน แล้วทนอาการข้างเคียงจากโปรเจสตินไม่ได้

9. แพ้ยาหรือส่วนประกอบในยาฝังคุมกำเนิด

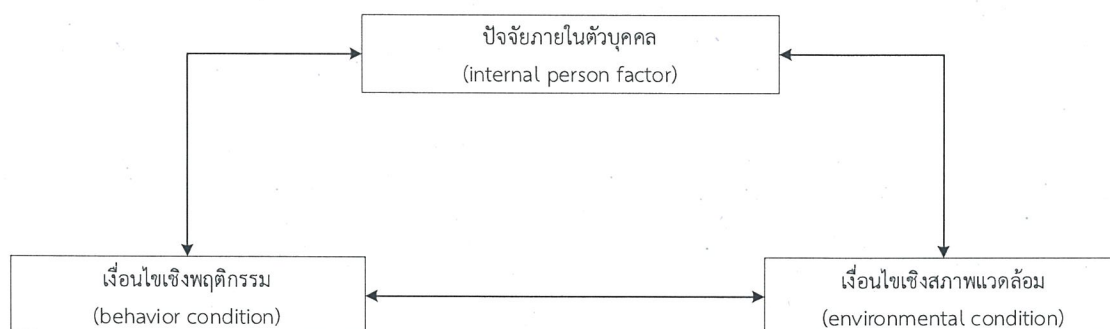
ยาฝังคุมกำเนิดเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่นเป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นาน (long acting reversible contraception) เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการตั้งครรภ์ สามารถคุมกำเนิดเป็นระยะเวลา 3-5 ปี ไม่มีผลต่อการมีบุตรในอนาคตเมื่อถอดออกจะสามารถกลับมามีบุตรได้เร็วกว่าการฉีดยาคุมกำเนิด เนื่องจากฮอร์โมนกระจายออกในปริมาณน้อยและไม่มีการสะสมในร่างกาย (ชิติกัญจน์ เลิศหิรัญวงศ์ และสายพิณ พงษธา, 2556)

แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของนักจิตวิทยาชาวอเมริกาชื่ออัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) โดยมีข้อสมมุติฐานว่ากระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive Process) เป็นตัวเชื่อมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นแต่กระบวนการทางปัญญานั้นจะถูกชี้นำหรือแปรเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็วมากโดยประสบการณ์แห่งความสำเร็จในการแสดงการกระทำของบุคคล ในระยะแรกได้เสนอแนวคิดของความคาดหวัง ในความสามารถตนเอง (efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) ต่อมาแบนดูรา (1986) ให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

แบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่ากระบวนการการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของมนุษย์จะมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) โดยความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal person factor) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (behavior condition) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ (interlocking system) โดยแต่ละองค์ประกอบ

ต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยอิทธิพลของแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Bandura, 1977)

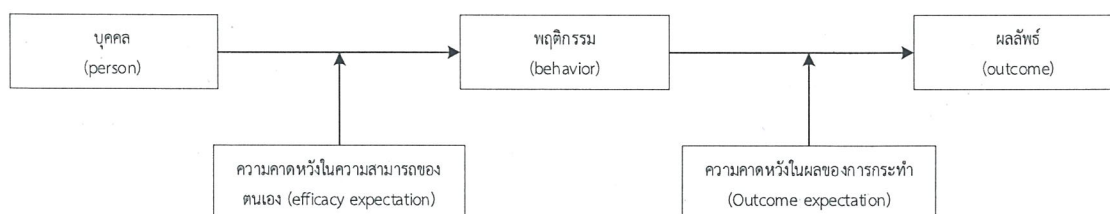
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ หากบุคคลอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองแตกต่างกัน ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน หากรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในแต่ละสภาวะการณ์แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน แบบดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาวะการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในสภาวะการณ์นั้น ๆ คือหากบุคคลมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน และเพียรพยายามจนประสบความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1977)

นอกจากนี้แบบดูรายังให้ความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) และความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) ไว้ดังนี้

1. ความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) หมายถึงความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่า ตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าตนเองจะสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จตามที่คาดหวัง

โดยความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) และความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) แสดงได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977)

แบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่าพฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง (Perceive self - efficacy) ยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่ยุ่งยากซับซ้อนว่าจะกระทำได้สำเร็จหรือไม่ เนื่องจากความมั่นใจว่าตนมีความสามารถเพียงใดจะเป็นตัวชี้ว่าบุคคลจะมีความพยายามทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ ก็จะทำให้เกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าสามารถจะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้จะไม่เกิดความกลัวหรือหวาดหวั่นล่วงหน้าก่อนที่จะแสดงพฤติกรรม และยังทำให้บุคคลเกิดความเพียรพยายามไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ยังมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมาก จะยังมีความพยายามและกระตือรือร้นในการกระทำกิจกรรมนั้นมากขึ้น การที่บุคคลพยายามกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้สำเร็จและได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทำให้ความกลัวและวิตกกังวลลดน้อยลง แต่ถ้าบุคคลเลิกการทำงานโดยง่าย หรือกระทำกิจกรรมไม่สำเร็จ จะทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนต่ำลง และทำให้เกิดความกลัวต่อการทำกิจกรรมนั้นๆ มากขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่บุคคลคาดหวังไว้โดย อัลเบิร์ต แบนดูรา กล่าวว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้นั้น

จะต้องมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ซึ่งบุคคลประเมินแล้วว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และผลลัพธ์ที่ได้เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการ (Bandura, 1986) ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น สามารถพัฒนาได้จากการเรียนรู้จาก 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) หมายถึงสภาวะทางร่างกายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความปวดจะทำให้บุคคลขาดการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองและมักตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์นั้น การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง การแก้ไขความรู้สึกหวาดหวั่น วิตกกังวลอาจแก้ไขโดยการสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์อื่นๆ มากขึ้นทีละน้อย

2. การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าตนก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าหากพยายามจริง และไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าบุคคลมีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวลงได้

3. การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำ ชักชวนหรือได้รับคำชื่นชมจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาสมรรถนะของตนเองทำให้มีความเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะทำให้สำเร็จได้ ซึ่งเป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้น ไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะ

เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้บุคคลนั้นใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

นอกจากนี้ แบนดูรา สรุปว่า การประสบผลสำเร็จของการกระทำ หรือการปฏิบัติที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลมากที่สุด ต่อการเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน มากกว่าการสังเกตแบบอย่างจากพฤติกรรมของบุคคลอื่น ส่วนแรงกระตุ้นจากภาวะอารมณ์หรือสภาวะของร่างกายน่าจะมีอิทธิพลน้อยกว่าการเคยกระทำกิจกรรมที่เคยประสบผลสำเร็จมาก่อนเช่นกัน ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญ ระหว่างความรู้กับการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนและจะมีอิทธิพลต่อการเลือกการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง (Bandura, 1977) รวมทั้งเกิดความพยายามและความมุ่งมั่นอดทนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะเริ่มมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และจะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะประเมินสุขภาพของตนได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงพบว่าจะมีการฟื้นหายจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บดีกว่า และเร็วกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2560) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในมารดาวัยรุ่น ทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี ที่รับบริการตรวจหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 171 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นมีการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดร้อยละ 56.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากครอบครัวในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

สุกัญญา ปวงนิม และวันเพ็ญ แก้วปาน (2561) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นที่จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 324 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากการป้องกันการตั้งครรภ์ภายหลังคลอดล้มเหลว เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด และภาวะแทรกซ้อนเมื่อใช้วิธีคุมกำเนิดส่งผลให้มารดาวัยรุ่นไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด จึงทำให้ตั้งครรภ์ซ้ำ

นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต (2557) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร อายุไม่เกิน 18 ปี จำนวน 259 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิด ค่านิยมของกลุ่มเพื่อนในการคุมกำเนิด การรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิด และการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

มาริยา สุทธินนท์, ชุตติกาญจน์ แซ่ตัน และศศิธร คำพันธ์ (2564) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่พักในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลตรัง ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำด้วยวิธีปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิภาพร คนเขียว, มยุรี นิรัตธราดร, ณัฐพัชร์ บัวบุญ และณัฐชนันท์พร สงวนกลิ่น (2561) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี เป็นคู่มารดาวัยรุ่นและสามี จำนวนทั้งหมด 52 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของสามีร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นในระยะ 12 สัปดาห์หลังคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชญารัตน์ จิวสิทธิประไพ, มยุรี นิรัตธราดร และคมสันต์ สุวรรณฤกษ์, (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอายุ 15 - 19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์คลอดบุตร และมารับบริการตรวจภายหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ พบว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดในระยะ 12 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กนกทอง จาตุรงค์โชค และวิธดา อรรถเมธากุล, (2561) ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พัชรารวรรณ เครื่องแก้ว, วรรณ พานูวัฒน์กร และฤดี ปุณบางกะดี (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายด้านความรู้ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกได้

สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรณา หอมสินธุ์, (2560) ศึกษาพบว่า การส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด มีความสำคัญต่อการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Tingey et al (2021) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการใช้ยาคุมกำเนิด โดยศึกษาในสตรีอายุ 18-40 ปี จำนวน 861 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระดับที่สูงสัมพันธ์กับการใช้ยาคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญ

Rizanda Machmud, Deswinda, Ahmad Syafruddin Indrapriyatna & Yusrawati (2019) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิต การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความเสี่ยงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยทำการศึกษาในวัยรุ่นหญิง อายุ 15-19 ปี จำนวน 126 คน ในประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.3 มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 52.45 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

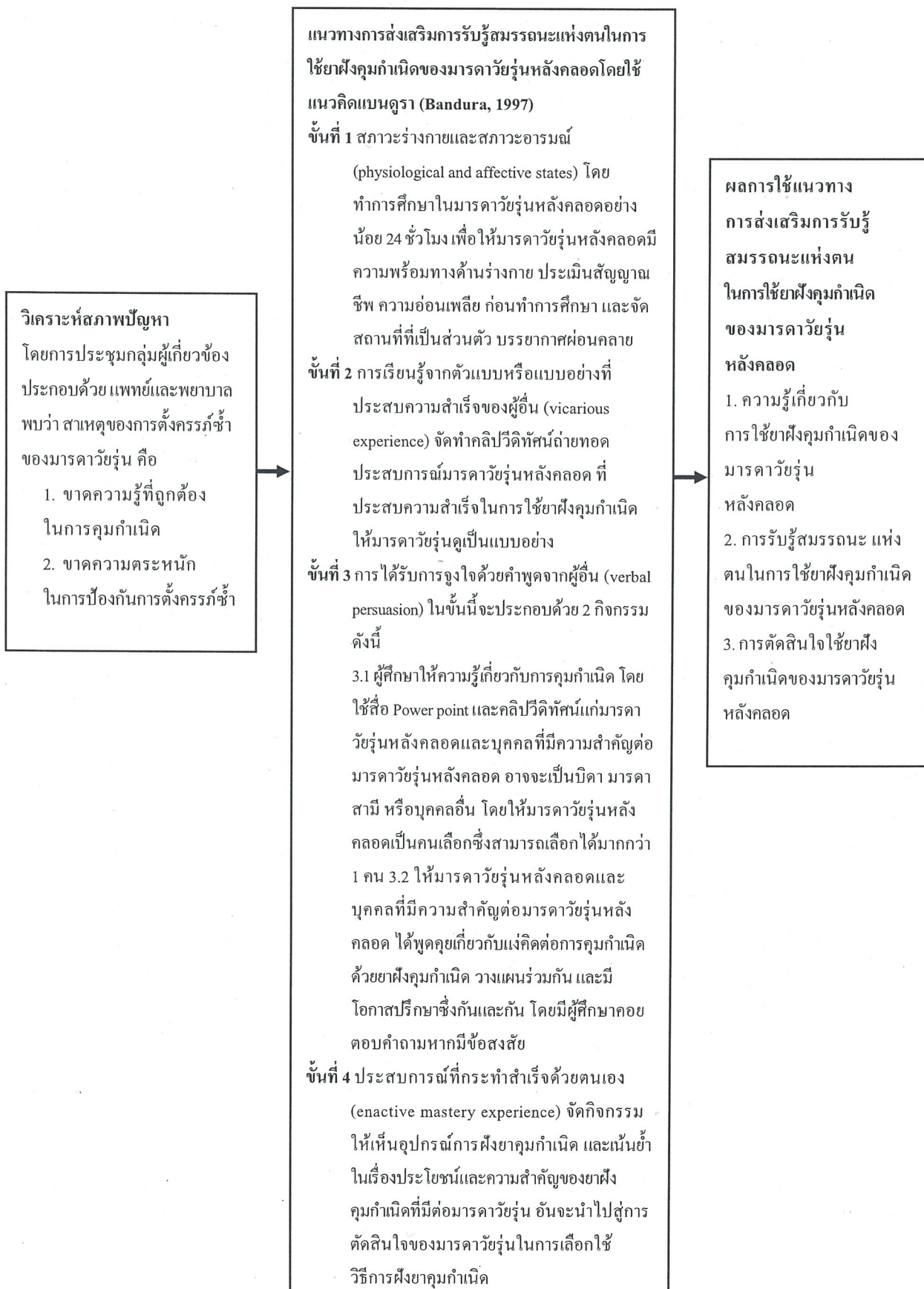
จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ปัจจัยที่รองลงมา คือความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากครอบครัวในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการเลือกคุมกำเนิดระยะยาว ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังให้ประสบความสำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นได้ตามที่คาดหวัง โดยการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นสามารถพัฒนาได้จากการเรียนรู้จากองค์ประกอบ 4 แหล่ง ดังนี้

1. สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) เป็นการที่บุคคลถูกกระตุ้นให้แสดงออกทางกายและอารมณ์ เพื่อให้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมบางอย่าง โดยการประเมินความพร้อมของร่างกาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเพื่อกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่น และทัศนคติที่ดี
2. การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) การที่บุคคลได้สังเกต ได้เรียนรู้ หรือได้เห็นแบบอย่างจากบุคคลอื่น หรือการประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่น และรับรู้สมรรถนะของตนเองจนเกิดความเชื่อมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้
3. การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับฟังแง่คิดจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคล รวมถึงการเรียนรู้ที่ได้มาจากการเข้ารับฟังคำแนะนำ พูดคุย และตอบข้อสงสัยจากบุคคลอื่นที่มีความรู้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และความเชื่อมั่นของบุคคล
4. การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้ประสบความสำเร็จในอดีตของตนเอง (enactive mastery experience) การที่บุคคลมีประสบการณ์ในการทำบางสิ่งบางอย่างแล้วประสบความสำเร็จ ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลนั้นได้ใช้ความพยายามและปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ด้วยตนเอง จะทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองและมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมครั้งต่อไป

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด
ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด สรุปได้ดังนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) แบนดูราเชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความมุ่งมั่น พยายามที่จะกระทำเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มาพัฒนาให้สอดคล้องกับ กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) โดยสอบถามปัญหาและอุปสรรคทางด้านร่างกายตลอดจนความเครียดและความวิตกกังวล และดำเนินการร่วมกับมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดในการขจัดปัญหาดังกล่าว

2. การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) ยกตัวอย่างมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดที่คุมกำเนิดด้วยวิธีฝังยาคุมกำเนิดและประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิด

3. การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) ให้ความรู้สร้างแรงจูงใจพูดโน้มน้าว ชักชวนให้มารดาวัยรุ่นนหลังคลอดมีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถคุมกำเนิดได้ด้วยวิธีฝังยาคุมกำเนิด และสามารถคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้ประสบความสำเร็จในอดีตของตนเอง (enactive mastery experience) มารดาวัยรุ่นนหลังคลอดสามารถตัดสินใจรับบริการฝังยาคุมกำเนิดด้วยความเต็มใจและนำมาทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดที่มาพักฟื้นในหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D โดยมีการดำเนินงานดังนี้

วิเคราะห์ปัญหา

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนจาก 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 จากสถิติการคลอดของมารดาวัยรุ่นนโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตรวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช ตั้งแต่ปี 2561-2563 ปี พ.ศ. 2561-2563 พบอัตราการคลอดในวัยรุ่นนอายุระหว่าง 13-19 ปี ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 269 ราย จากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 1,980 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.58 ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 287 ราย จากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 2,070 ราย

คิดเป็นร้อยละ 13.86 และในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 217 ราย จากจำนวน ผู้คลอดทั้งหมด 1,886 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.37 และยังพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-19 ปี ในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 53 ราย 49 ราย และ 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.70, 17.07 และ 17.97 ตามลำดับ (งานเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล , 2561-2563)

ประเด็นที่ 2 ศึกษาจากแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและการสอบถามพบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเกิดจากการขาดความรู้และการได้รับข้อมูลผิด ๆ เกี่ยวกับเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์และวิธีการคุมกำเนิด ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น สื่อออนไลน์ ประเภทต่าง ๆ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแต่งงานในวัยเยาว์ ความยากจน อายุที่กฎหมายได้กำหนดให้สมรสกันได้ การตีตราทางสังคมต่อการทำแท้ง เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ทางโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จะตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการอำนวยความสะดวกและให้บริการฝังยาคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมักไม่เลือกวิธีการฝังยาคุมกำเนิด เนื่องจากกังวลว่า จะมีภาวะแทรกซ้อน การมีเลือดออกบริเวณที่ฝังยา น้ำหนักขึ้น มีสิวหรือฝ้าบริเวณใบหน้า มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่คุมกำเนิดโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิด

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถตัดสินใจใช้วิธีการฝังยาคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

จากการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงจัดทำแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งได้ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) โดยสอบถามปัญหาและอุปสรรคทางด้านร่างกายและความเครียด ความวิตกกังวลของมารดาวัยรุ่น ร่วมกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการขจัดปัญหาดังกล่าว รวมถึงประเมินสัญญาณชีพ วัดระดับยอดมดลูก ประเมินปริมาณและลักษณะน้ำคาวปลา ประเมินภาวะซิด ประเมินความอ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวร่างกาย ความสะอาดร่างกาย ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะเต็มและการขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินแผลฝีเย็บ ประเมินความเจ็บปวด ประเมินภาวะด้านจิตใจ

การปรับตัวของมารดาเกี่ยวกับความพร้อมในการเป็นมารดา และประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำ

ขั้นตอนที่ 2 การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) ผู้ศึกษาได้นำตัวแบบมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่รับการฝังยาคุมกำเนิดและประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิดมาถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านคลิปวิดีโอ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเห็นถึงตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการฝังยาคุมกำเนิด ซึ่งเป็นผลทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นกัน ผู้ศึกษาได้สรุปผลความสำเร็จในการคุมกำเนิดโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิดอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) การโน้มน้าว ชักชวนให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความเชื่อมั่นว่า ตนมีความสามารถที่จะคุมกำเนิดได้ด้วยวิธีฝังยาคุมกำเนิด และสามารถคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

3.1 ผู้ศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยใช้สื่อ Power point เรื่องการวางแผนครอบครัวสำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และคลิปวิดีโอ เรื่องสาธิตการฝังยาคุมกำเนิด แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อาจจะเป็นบิดา มารดา สามี หรือบุคคลอื่น โดยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเป็นคนเลือกซึ่งสามารถเลือกได้มากกว่า 1 คน

3.2 ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้พูดคุยเกี่ยวกับแง่คิดต่อการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิด วางแผนร่วมกัน และมีโอกาสปรึกษาซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ศึกษาคอยตอบคำถามหากมีข้อสงสัย

ขั้นตอนที่ 4 ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) หลังจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับชมคลิปวิดีโอ สาธิตวิธีการฝังยาคุมกำเนิดจากคลิปวิดีโอมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ประสบความสำเร็จในการฝังยาคุมกำเนิด จัดกิจกรรมให้เห็นอุปกรณ์การฝังยาคุมกำเนิด และเน้นย้ำในเรื่องประโยชน์และความสำคัญของยาฝังคุมกำเนิดที่มีต่อมารดาวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การตัดสินใจของมารดาวัยรุ่นในการเลือกใช้วิธีการฝังยาคุมกำเนิด

ผู้ศึกษานำแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความเป็นไปได้ของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

เพื่อให้แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 25 คน วันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุระหว่าง 10-19 ปี ที่มาพักฟื้นหลังคลอด ที่หอผู้ป่วย มหาวชิราวุธ 8D โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 31 พฤษภาคม 2565 จำนวน 59 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (purposive sampling) คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุ 10-19 ปี ที่มาพักฟื้นหลังคลอดที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D ที่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในระยะเวลา 2-3 วัน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2565 จำนวน 34 คน พูดและฟังภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยใช้แนวคิดแบนดูรา (Bandura, 1997) 4 ขั้นตอน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการได้แก่ แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้แนวคิดแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (ภาคผนวก ค)

1.1 สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states)

1.2 การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience)

1.3 การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion)

1.4 ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้สร้างโดยกำหนด เนื้อหาและประเด็นหลัก ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์แล้วกำหนดเป็น แบบประเมินผลการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประวัติการคุมกำเนิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก ผิด ข้อละ 1 คะแนน หากตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

การแปลผล

การแปลผลมีดังนี้คือ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553)

คะแนน 1-8 หมายถึง มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในระดับน้อย

คะแนน 9-14 หมายถึง มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในระดับปานกลาง

คะแนน 15-20 หมายถึง มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดา วัยรุ่นหลังคลอด มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยมาก

การแปลผล

การแปลผลมีดังนี้คือ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553)

4.51-5.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก

2.51-3.50 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับน้อย

1.00-1.50 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการตัดสินใจเลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เป็นแบบประเมินที่คำตอบเป็นแบบตอบคำถามสั้น ๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ 1) ท่านมีความประสงค์ใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดหรือไม่ หากมารดาวัยรุ่นตอบว่า “ไม่” จึงตอบคำถามข้อที่ 2) คือ ท่านมีความประสงค์เลือกวิธีการคุมกำเนิดหลังคลอดอื่น ๆ คือวิธีใด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 2 ท่าน 2) อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ จากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และนำผลการพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity: CVI) ได้ค่า CVI 0.82 (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562) และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2.การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

นำแบบประเมินผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด ไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด โดยการหาค่า KR - 20 ได้เท่ากับ .83 และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 (จักรพงษ์ แผ่นทอง, 2019)

การดำเนินการ

การดำเนินการเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดورا 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) โดยผู้ศึกษาเยี่ยมมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดที่เตียงพักฟื้นกล่าวทักทาย แนะนำตัว สอบถามปัญหา อุปสรรคทางด้านร่างกายและความเครียด พร้อมทั้ง ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับยอดมดลูก ประเมินปริมาณและลักษณะน้ำคาวปลา ประเมินภาวะซีด ประเมินความอ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวร่างกาย ความสะอาดร่างกาย ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ประเมินการค้างค้ำของปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะเต็มและการขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินแผลฝีเย็บ ประเมินความเจ็บปวด และประเมินภาวะด้านจิตใจ การปรับตัวของมารดาเกี่ยวกับความพร้อมในการเป็นมารดา และประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยพูดคุย สอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพครอบครัวเพื่อค้นหาปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) ผู้ศึกษาได้นำตัวแบบมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่รับการฝึยกุมกำเนิดและประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิดมาถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านคลิปวิดีโอ ผู้ศึกษาได้สรุปผลความสำเร็จในการคุมกำเนิดโดยวิธีการฝึยกุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นอีกครั้งหนึ่ง และสอบถามมารดาวัยรุ่นหลังคลอดว่ามีความคิดเห็นอย่างไรหลังรับชมคลิปวิดีโอ

ขั้นตอนที่ 3 การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) ผู้ศึกษาชวนคุยและสอบถามเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและวิธีการคุมกำเนิด ด้วยวิธีการฝึยกุมกำเนิดโดยพูดโน้มน้าวให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเห็นถึงประโยชน์ การฝึยกุมกำเนิดแล้วสามารถคุมกำเนิดได้นาน 3-5 ปี และมีประสิทธิภาพดีมากเกิน 99 % ประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

3.1 ผู้ศึกษาแนะนำให้นางสาว บิศา มารดา หรือผู้ปกครองมาพบเพื่อให้ข้อมูล และปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น พร้อมระบุเวลานัดหมายให้ชัดเจน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดโดยใช้สื่อ Power point เรื่องการวางแผนครอบครัวสำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และคลิปวิดีโอประกอบการสอน เรื่อง วิธีการฝึยกุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเป็นคนเลือกซึ่งสามารถเลือกได้มากกว่า 1 คน

3.2 ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้พูดคุยเกี่ยวกับแนวคิดต่อการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิด วางแผนร่วมกัน และมีโอกาสปรึกษาซึ่งกันและกัน ให้นางสาว บิศา มารดา หรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมออกความคิดเห็น โดยมีผู้ศึกษาคอยให้คำปรึกษาและตอบคำถามหากมีข้อสงสัย

ขั้นตอนที่ 4 ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) หลังจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับชมคลิปวิดีโอ สาธิตวิธีการฝึยกุมกำเนิดและคลิปวิดีโอประสบการณ์มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ประสบความสำเร็จในการฝึยกุมกำเนิด จัดกิจกรรมให้เห็นอุปสรรคของจริงในการฝึยกุมกำเนิด เพื่อไม่ให้มารดาเกิดความกลัวหรือวิตกกังวล และเน้นย้ำในเรื่องประโยชน์และความสำคัญของการฝึยกุมกำเนิดที่มีต่อมารดาวัยรุ่น และชักชวนให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดวางแผนการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยวิธีการฝึยกุมกำเนิด และบันทึกการตัดสินใจการเลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ 4 โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกัน
2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ 4 โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกัน
3. แบบบันทึกการตัดสินใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดที่คุมกำเนิดโดยการใส่ยาฝังคุมกำเนิดระหว่างอยู่โรงพยาบาล และหลังกลับบ้านภายใน 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นข้อมูลในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) นำมาวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ
2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด นำมาวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
4. เปรียบเทียบความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05
5. การตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึقمกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 34 คน ที่มาพักฟื้นในหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D นำข้อมูลที่ได้มาบันทึกและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติซึ่งสามารถแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วนได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (ดังตารางที่ 4.1)
2. ความรู้ในการใช้ยาฝึقمกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการใช้ยาฝึقمกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึقمกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (ดังตารางที่ 4.2 และ 4.3)
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึقمกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึقمกำเนิดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึقمกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (ดังตารางที่ 4.4 และ 4.5)
4. จำนวนมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ตัดสินใจใช้ยาฝึقمกำเนิดระหว่างอยู่โรงพยาบาลและหลังกลับบ้านภายใน 6 สัปดาห์ (ดังตารางที่ 4.6)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 34)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
16	2	5.88
17	7	20.59
18	11	32.35
19	14	41.18
สถานภาพสมรส		
คู่	24	70.59
หย่า/แยกกันอยู่	10	29.41
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	70.59
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	17.65
ปวส.	4	11.76
อาชีพ		
รับจ้าง	18	53.00
ค้าขาย	9	26.50
นักเรียน นักศึกษา	5	14.50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	6.00
รายได้ครอบครัว		
5,000 – 10,000 บาท	11	32.35
10,001 – 20,000 บาท	15	44.12
20,001 – 30,000 บาท	6	17.65
30,001 – 40,000 บาท	2	5.88
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
ตั้งครรภ์ครั้งแรก	21	61.77
ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง	9	26.47
ตั้งครรภ์ครั้งที่สาม	4	11.76

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 34 คน ที่มาพักฟื้นหลังคลอดในหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.18 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 70.59 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 70.59 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 17.65 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 53.00 และกำลังเป็นนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพรายได้ส่วนใหญ่ของครอบครัว 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ส่วนน้อยที่ครอบครัวมีรายได้ 30,001-40,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 5.88 นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 61.77 รองลงมาเป็นตั้งครั้งแรกที่สอง คิดเป็นร้อยละ 26.47 และตั้งครั้งแรกที่สาม คิดเป็นร้อยละ 11.76

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำแนกตามคะแนนและระดับ (n=34)

คะแนน (ระดับ)	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ		หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน 1-8 ระดับน้อย	0	0	0	0
คะแนน 9-14 ระดับปานกลาง	8	23.53	0	0
คะแนน 15-20 ระดับสูง	26	76.47	34	100
$\bar{X}$ / SD	15.41/1.28		19.06/1.46	

จากตารางที่ 4.2 พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดมีคะแนนอยู่ในระดับดีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 76.47 รองลงมาคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53 หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (n=34)

ความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ	15.41	1.28	0.05	0.000*
หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ	19.06	1.46		

* p<.05)

จากตารางที่ 4.3 พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.05$ $p=0.00$) โดยหลังการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ ($\bar{X} = 19.06$ $SD = 1.46$ และ $\bar{X} = 15.41$ $SD = 1.28$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนและหลังร่วมกิจกรรมฯ (n = 34)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝัง คุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ			หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ฉันทนได้เมื่อนัดยาชา	3.32	0.58	ปานกลาง	3.76	0.88	มาก
2. ฉันสามารถทนต่ออาการปวดบริเวณที่ฝังยา คุมกำเนิดใน 2-3 วันแรกได้	3.55	0.66	มาก	4.08	0.79	มาก
3. ฉันสามารถตรวจสอบตำแหน่งของแท่งยา คุมกำเนิดโดยการคลำหาตำแหน่งหลอดยาได้	3.73	0.75	มาก	4.44	0.61	มาก
4. ฉันสามารถพันผ้ายางยืดที่แขนไว้ 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันเลือดออกได้	3.70	0.62	มาก	4.44	0.61	มาก

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ (n = 34) (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ			หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
5. ฉันสามารถปิดแผลไว้ประมาณ 3-5 วันโดยไม่ให้แผลถูกน้ำ	3.17	0.38	ปานกลาง	4.50	0.61	มาก
6. ฉันสามารถมาตรวจหลังจากการฝังยา 7 วันได้	3.17	0.38	ปานกลาง	4.44	0.56	มาก
7. ฉันไม่รู้สึกเงินอายหากมีคนเห็นรอยฝังยาคุมกำเนิด	3.088	0.28	ปานกลาง	4.50	0.56	มาก
8. ฉันสามารถอดทนได้ หากมีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด	3.67	0.47	มาก	4.50	0.61	มาก
9. ฉันสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	3.52	0.50	มาก	4.44	0.61	มาก
10. ฉันสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหากมีอาการปวดหรือเจ็บเต้านม	3.52	0.50	มาก	4.11	0.53	มาก
11. ฉันสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหากมีอารมณ์แปรปรวน	3.47	0.50	ปานกลาง	4.17	0.52	มาก
12. ฉันสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหากประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ	3.50	0.50	ปานกลาง	4.29	0.75	มาก
13. ฉันสามารถสังเกตอาการที่ต้องมาพบแพทย์ได้	3.50	0.51	ปานกลาง	4.14	0.60	มาก
14. ฉันสามารถฝังยาคุมกำเนิดอยู่จนครบกำหนดได้	3.50	0.51	ปานกลาง	4.32	0.68	มาก
15. ฉันสามารถมาเอาหลอดยาออกตามนัดได้	3.52	0.52	มาก	4.50	0.61	มาก
รวมเฉลี่ย	3.46	0.51	ปานกลาง	4.30	0.63	มาก

จากตารางที่ 4.4 พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46$ $SD = 0.51$) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$ $SD = 0.63$)

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (n = 34)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน การใช้ยาฝังคุมกำเนิด	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ	3.46	0.51	0.05	0.00*
หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ	4.30	0.63		

* p<.05)

จากตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.05$, $p=0.00$) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดนั้นมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนร่วมกิจกรรมฯ ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.63$ และ $\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.51$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด (n=34)

วิธีการคุมกำเนิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ฝังยาคุมกำเนิด	22	64.71
ฉีดยาคุมกำเนิด	6	17.65
กินยาเม็ดคุมกำเนิด	4	11.76
ใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด	2	5.88
รวม	34	100

จากตารางที่ 4.6 พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดใช้วิธีฝังยาคุมกำเนิดจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 64.71 ใช้การคุมกำเนิดโดยการฉีดยาคุมกำเนิด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 กินยาเม็ดคุมกำเนิด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 และใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิดจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด โดยใช้แนวคิด การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด อายุ 10-19 ปี พูดและฟังภาษาไทยได้ อยู่ระหว่างการพักฟื้นหลังคลอดที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D ในระยะเวลา 2-3 วันและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมฯ ด้วยความสมัครใจจำนวน 34 คน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด แบบบันทึกการตัดสินใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด ระหว่างอยู่โรงพยาบาลและหลังกลับบ้านภายใน 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าความถี่ และค่าร้อยละ วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด ด้วยสถิติ Paired t- test วิเคราะห์การตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดด้วยค่าร้อยละ และนำผลที่ได้มาสรุปการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด

สรุปผล

1. ความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด

1.1 ความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดมีคะแนนอยู่ในระดับดีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 76.47

รองลงมาคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53 หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.05$ $p=0.00$) โดยหลังการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ ($\bar{X} = 19.06$ $SD = 1.46$ และ $\bar{X} = 15.41$ $SD = 1.28$ ตามลำดับ)

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

2.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46$ $SD = 0.51$) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$ $SD = 0.63$)

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.05$, $p=0.00$) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดนั้นมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนร่วมกิจกรรมฯ ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.63$ และ $\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.51$ ตามลำดับ)

3. การตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดใช้วิธีฝังยาคุมกำเนิด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 64.71 ใช้การคุมกำเนิดโดยการฉีดยาคุมกำเนิด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 กินยาเม็ดคุมกำเนิด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 และใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ความรู้ในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectancy) และมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะสามารถเรียนรู้และแสวงหาความรู้และแนวทางในการปฏิบัติที่ดีขึ้นได้ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.47 ดังนั้นจึงอธิบายได้ว่าแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาความรู้ในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิดที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นคลอดบุตรคนแรก ที่แผนกหลังคลอดในโรงพยาบาล 4 แห่งของภาคเหนือ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 จำนวน 160 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 80 ราย และกลุ่มควบคุม 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้การคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ, 2564)

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดหลังพัฒนามากกว่าก่อนพัฒนาและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพราะมารดาวัยรุ่นมั่นใจว่า ตนเองสามารถเลือกวิธีฝึงยาคุมกำเนิดได้ ทั้งนี้การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการส่งเสริมการรับรู้ ทักษะและความสามารถในการกระทำได้อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอยากมีพฤติกรรมนั้น ซึ่งหมายถึงความอยากคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การส่งเสริมนี้เป็นการช่วยสร้างแรงขับให้กับตนเองทำให้เกิดความรู้สึกรับประกันว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นได้ตามแนวคิดของแบนดูราซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และ พรนภา หอมสินธุ์ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดและการสนับสนุนจากครอบครัวในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิด

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560 จำนวนทั้งหมด 52 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 คน ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ในระยะ 12 สัปดาห์ หลังคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.07, p < .05$) (นิภาพร คนเขียว, มยุรี นิรัทธราคร, ณัฐพัชร บัวบุญ และณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น, 2561) นอกจากนั้น ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอายุ 15 - 19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์คลอดบุตร และมารับบริการ ตรวจภายหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ที่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดในระยะ 12 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ชญญารัตน์ จิวสิทธิประไพ, มยุรี นิรัทธราคร และคมสันต์ สุวรรณฤกษ์, 2558)

ผลการศึกษาายังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาล บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ของ วิรดา อรรถเมธากุล (2561) ในมารดาวัยรุ่นอายุ 14-19 ปี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. การตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

จากผลการศึกษาที่พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดใช้วิธีฝังยาคุมกำเนิด เป็นจำนวนมากถึงจำนวน 22 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 64.71 สอดคล้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด สามารถส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่ทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่รับบริการตรวจหลังคลอดใน โรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 171 คน พบว่าการส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยา

ฝึงคุมกำเนิด มีความสำคัญต่อการตัดสินใจใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร อายุไม่เกิน 18 ปี จำนวน 259 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญในการเลือกใช้ยาฝึงคุมกำเนิดคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิด (นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557) และยังสอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกจำนวน 134 รายที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้การคุมกำเนิดระยะยาวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการใช้วิธีคุมกำเนิดได้ร้อยละ 19 (พัชรารวรรณ เครื่องแก้ว, วรรณภา พาหุวัฒนกร และฤดี ปุ้งบางกะดี, 2564)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลมารดาวัยรุ่น ควรนำแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กับมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่นที่ต้องการการคุมกำเนิดระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนครอบครัว
3. ควรมีการนำแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดไปใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมหายา 8D เพื่อส่งเสริมการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กนกทอง จาดรงค์โชค และวิธดา อรรถเมธากุล. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ
แห่งตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของ
มารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา,
11(4), 94-105.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์
แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2569) ฉบับที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อายุต่ำกว่า 20 ปี ผังยาคุมกำเนิด-ห่วงอนามัย ฟรี! ได้ทุกสิทธิ.
สืบค้น 4 ธันวาคม 2565 จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). อัตราการคลอดของสตรีวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำ. เข้าถึงได้จาก
ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ: <https://www.dga.or.th/document-sharing/infographic/36119/>
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2558). แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: แอดวานซ์ปรีนติ้ง.
- กองสุขภาพ. (2557). สารพัดวิธีการวางแผนครอบครัว. เข้าถึงได้จาก [http://www.hed.go.th/
frontend/theme/content_frame.php?ID_Info=20020300](http://www.hed.go.th/frontend/theme/content_frame.php?ID_Info=20020300)
- กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุจริตน์, เอกชัย โควาศารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์
และจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์. (2558). คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น.
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและ
สิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม
- เกตุยลศิริ ศรีวิไล. (2559). การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), 142-152.
- งานเวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2561-2563). สถิติผลการปฏิบัติงาน.
กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- จักรพงษ์ แผ่นทอง. (2019). การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม. เข้าถึงได้จาก
KRUIJAKKAPONG'BLOG: <https://krujakkrapong.com/>
- เจนจิรา จิตจง. (2561). สรุปสถานการณ์ปี 2561 “วัยรุ่น” เขตสุขภาพที่ 3. นครสวรรค์:
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ชัยญรัตน์ จิวสิทธิประไพ, มยุรี นิรัทธราคร และคมสันต์ สุวรรณฤกษ์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 98(5), 444-450.
- ธิดากาญจน์ เลิศหิรัญวงศ์ และสายพิน พงษ์ธา. (2556). วิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่น. ใน ชีระ ทองสง (บ.ก.), *สูติศาสตร์ล้านนา*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต. (2557). การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(2), 1 – 11.
- นาวัน ศักดาเดชและทวิวัน พันธศรี. (2563). ยาฝังคุมกำเนิด. ใน ชีระ ทองสง (บ.ก.), *สูติศาสตร์ล้านนา*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2564). ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(3). 1 – 16.
- นิภาพร คนเขียว, มยุรี นิรัทธราคร, ณัฐพัชร์ บัวบุญ และณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 326 - 335.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น พิมพ์ครั้งที่ 8*. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- บุญฤทธิ์ สุวรรณ์. (2555). *การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ปี 2556-2560*. สืบค้น 3 ธันวาคม 58 จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/download/.pdf>
- ปาริฉัตร อารยะจารุ วิราวรรณ คล้ายหิรัญ และจิราภรณ์ อนุช. (2562). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาวัยรุ่น: ความตั้งใจ/ไม่ตั้งใจ ในการตั้งครรภ์ซ้ำ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมการดูแลสุขภาพ*, 2(1). 177-185.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, ฤดี ปุณบางกะดี, จิราวรรณ ดีเหลือ, จิระศักดิ์ สารรัตน์, พัทธินา เชียงตา ชัชฎาพร, จันทรสข ลวitra เขียวคำและรุณราวรรณ แก้วบุญเรือ. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 48(1). 199 – 209.
- พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. (2559, 31 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา* (เล่ม ๑๓๓/ตอนที่ ๓๐ ก, น.๑). สืบค้น ธันวาคม 2563 จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%A1158/%A1158-20-2559-a0001.htm>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พัชรวพรรณ เครื่องแก้ว, วรรณภา พาทูวัฒนกร และฤดี ปุ่งบางกะดี. (2564). ปัจจัยทำนายด้านความรู้ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการใช้การคุมกำเนิดระยะยาวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(1), 64–76.
- มณีสรา ห่วงทอง, วรรณิ์ เดียววิเศษ และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 18(ฉบับพิเศษ), 102-111.
- มาริยา สุทธินนท์, ชุตติกาญจน์ แซ่ตัน และศศิธร คำพันธ์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการให้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 8(1), 96-109.
- มาลี สบายยิ่ง. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคมปัจจุบัน. *วารสารวิทยการ มหาวิทยาลัย*, 30(3), 121-127.
- ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล. (2560a). การทำหมันหญิง = *Female sterilization*. ขอนแก่น: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล. (2560b). การคุมกำเนิดเพื่อการวางแผนครอบครัว = *Contraception for family planing*. ขอนแก่น: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2559). *แนวปฏิบัติการคุมกำเนิดในสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี*. สืบค้น ธันวาคม 2563 จาก <https://www.rtcog.or.th/content/viewid/276>.
- เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์. (2557). การวางแผนครอบครัว. ใน สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิ, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขา, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อิศรประเสริฐ และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง (บรรณาธิการ), *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ฤดี ปุ่งบางกะดี และเอมพร รตินธร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 23-31.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วรรณกุล เชื้อมงคล. (2560). *ฮอว์โมนฝังใต้ผิวหนังคุมกำเนิด*. สืบค้น 1 มิถุนายน 2565 จาก
file:///C:/Users/piangkhuang/Downloads/implants_CPE%20submission.pdf
- วิธดา อรรถเมธากุล. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการวางแผน
ครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น. *วารสารการ
พยาบาลและการศึกษา*, 94-106.
- วินัส วัฒนธำรงค์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, สมบัติ อ่อนศิริ, ชาดิชา ยอมิตรพ่าย,
อัญญิระ เอนก, ภูเบศร์ นภัทรพิทยากร และกัลป์พฤกษ์ พลสร. (2560). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ.
วารสารพยาบาลทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ), 102-111.
- วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, พิชานัน หนูวงษ์, รัชณี ถักมิตานนท์ และเบญจา ยมสาร. (2556). สำรวจความ
คิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย. *วารสารวิชาการ
สาธารณสุข*, 22(6), 978-987.
- งานเวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2561-2563). *สถิติผลการปฏิบัติงาน*.
กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ. *สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย*. นนทบุรี :
กรมอนามัย; 2556.
- ศรุตยา ร่องเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร์ และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์
ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุน
ในการรักษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 3(2), 14-28.
- สินีนานู หงษ์ระนัย. (2563). *ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด การพยาบาล Antepartum,
intrapartum and postpartum: nursing care* บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.
สุกัญญา ปวงนิม และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2561). ความรู้ ความพึงพอใจ และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร ของมารดาวัยรุ่นในเขตจังหวัดจันทบุรี. *ราชวดีสาร*, 8(2). 58-67.
- สุกัญญา ปวงนิม และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น
จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(1), 30-41.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2562). *การพัฒนาเครื่องมือสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล*. เชียงใหม่:
สยามพิมพ์นานาชาติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์ และ พรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในมารดาวัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 31-42.
- สุภาพร มะรังสี. (2561). ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2). 84 - 89.
- สำนักข่าวอิสรา. (2563). กรมอนามัยเดินหน้าสร้างความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาแก่เยาวชนเปิดตัว *TEEN CLUB*. สืบค้น ธันวาคม 2563 จาก <https://www.isranews.org/article/isranews-pr-news/91832-teenclub.html>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน*. สืบค้น 31 ธันวาคม 2563 จาก http://rh.anamai.moph.go.th/yfsh_55.html
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560-2569). *ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ*. Retrieved from กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: https://datahpc9.anamai.moph.go.th/group_sr/allfile/1611217612.pdf.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติการตั้งครรภ์วัยรุ่น ปี 2562*. เข้าถึงได้จาก กรมอนามัย: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31119>.
- อารียา สมรูป, วรณี เดียววิเศษ และวรรณทนา สุภสีมานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอด ในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(3). 79-87.
- Albuquerque, A. P., Pitangui, A. C., Rodrigues, P. M., & Araujo, R. C. (2017). Prevalence of Rapid Repeat Pregnancy and Associated Factors in Adolescents in Caruaru, Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Matern Infant, Recife*, 17(2), 347-354.
DOI:10.1590/1806- 93042017000200008
- Ayuyuen, A., Deoisres, W., & Tachasuksri, T. (2020). Prevalence and Patterns of Maternity Blues in Postpartum Adolescent Mothers in Hospital. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(4), 1-11.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coeffects of perceived self-inefficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389–1391.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Brannstrom, L., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Child welfare clients have higher risks for teenage childbirths: which are the major confounders. *European Journal of Public Health*, 26(4), 592–597. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw057>
- Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., & Michaud, P.-A. (2013). WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 517-522. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.002>
- Daranee, M., & Peninnah, O. (2019). Comparison of Complications of Teenage pregnancy and Adult pregnancy at Sanpatong Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakornping Hospital*, 9(2), 41-53.
- Espey, E., & Hofler, L. (2017). Practice Bulletin No. 186: Long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstetrics and Gynecology*, 130(5), e251-e269.
- Kumar, S. (2018). Examining correlates of alcohol related condom-less sex among youth in Kampala, Uganda.
- Madkour, A. S., Xie, Y., & Harville, E. W. (2013). the association between prepregnancy parental support and control and adolescent girls' pregnancy resolution decisions. *Journal of Adolescent Health*, 53(3), 413-419. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.04.016>
- Mardi, A., Ebadi, A., Shahbazi, S., & Moghadam, Z. B. (2018). Factors influencing the use of contraceptives through the lens of teenage women: a qualitative study in Iran. *BMC public health*, 18(1), 1-8.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (Eds.). (2011). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Rizanda Machmud, Deswinda, Ahmad Syafruddin Indrapriyatna, & Yusrawati. (2019).
An Analysis of the Correlation between Life Skills and Self-Efficacy with the Risk of
Teenage Pregnancy. *Indian Journal of Public Health Research & Development*,
10(10), 638 – 642.
- Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and
abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*, 56(2),
223-234. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.007>
- Sharma, D., Ghimire, S., Meena, J., & Baral, G. (2020). Comparison of Outcome of Teenage Pregnancy
with Non- teenage pregnancy. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28-30.
- Tingey, L., Chambers, R., Patel, H., Littlepage, S., Lee, S., Lee, A., Susan, D., Melgar, L., Slimp,
A., & Rosenstock, S. (2021). Prevention of Sexually Transmitted Diseases and
Pregnancy Prevention Among Native American Youths: A Randomized Controlled
Trial. *American Journal of Public Health*, 111(10), 1874–1884.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2021.346447>
- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., ... & Goode,
C. J. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality
care. *Critical care nursing clinics of North America*, 13(4), 497-509.
- UNICEF. (2016). *Empowerment of Adolescent girls and preventing teenage pregnancies*.
Retrieved December, 2020, from
https://limun.org.uk/FCKfiles/File/2016_UNICEF_Guide.pdf
- UNICEF. (2019). *Improving Youth-Friendly Services (YFHS) in Thailand*.
Retrieved December, 2020, from [https://www.unicef.org/thailand/reports/improving-youth-friendly-services-yfhs-thailand#:~:text=These%20services%20target%20young%20people,health%20needs%20of%20young%20people.&text=\(YFHS\)%20in%20Thailand.](https://www.unicef.org/thailand/reports/improving-youth-friendly-services-yfhs-thailand#:~:text=These%20services%20target%20young%20people,health%20needs%20of%20young%20people.&text=(YFHS)%20in%20Thailand.)

บรรณานุกรม (ต่อ)

World Health Organization. (2020). *Adolescent pregnancy*. Retrieved 6 July, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Yokoe, R., Rowe, R., Choudhury, S. S., Rani, A., Zahir, F., & Nair, M. (2019). Unsafe abortion and abortion-related death among 1.8 million women in India. *BMJ global health*, 4(3), e001491.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.รอ.หญิง ชาดากานต์ ฝโลประการ
อาจารย์ประจำภาควิชาสถิติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. อาจารย์แพทย์หญิงศศิวรรณ สุทัศน์มาลี
อาจารย์ประจำภาควิชาสถิติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
3. รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช.๑๒/๒๑๑ วันที่ ๓๗/ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน หัวหน้าภาควิชาสัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา

ด้วย นางสาวอัจฉรา วรชราภรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๓๖) ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยมหายาธาต ๘D สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์-วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานวิชาการเชิงวิเคราะห์เรื่อง “การศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด” โดยมีคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นที่ปรึกษา

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์เรือเอกหญิงชานากานต์ ผโลประการ ตำแหน่งรองศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำภาควิชาสัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผลงานเชิงวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้


(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนนิษฐ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน...ฝ่ายการพยาบาล... (ด้านวิชาการ โทร. ๓๑๘๒)

ที่ พวช.๑๒/ ๖๑๐ วันที่ ๑๓/ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ...ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน หัวหน้าภาควิชาสัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา

ด้วย นางสาวอัจฉรา วชิราภรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๓๖) ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยมทวศิริราช ๘D สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์-วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานวิชาการเชิงวิเคราะห์เรื่อง “การศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด” โดยมีคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นที่ปรึกษา

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ อาจารย์แพทย์หญิงศศิวรรณ สุทัศน์มาลี ตำแหน่งอาจารย์ ประจำภาควิชาสัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผลงานเชิงวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒน์นิชัย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
เลขรับ 0390
วันที่ ๑๘ มี.ค. ๒๕๖๔

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (ฝ่ายการพยาบาล โทร. ๐๒-๒๕๔-๓๐๘๒)

ที่ นมร. ๐๓๑๒/๑๕๖๓ วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ด้วย นางสาวอัจฉรา วรชราภรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๓๖) ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยมหายาธาธา ๘D สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานวิชาการเชิงวิเคราะห์เรื่อง “การศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด” โดยมีคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นที่ปรึกษา

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ดร.สุภาพ ไทยแท้ ตำแหน่งรองศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผลงานเชิงวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เรียน คณบดี

- ☐ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☐ เก็บถาวรต่อไป

(นายไพรัตน์ พัดเย็น)
นายช่างเทคนิคชำนาญงาน
รักษาการแทนหัวหน้าสำนักงานคณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๑๘ มี.ค. ๒๕๖๔

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์)
รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดี
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย
เพื่อทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไพรัตน์ ชูชาญ)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริหารทางวิชาการ
คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
รักษาการแทนคณบดี
๑๘ มี.ค. ๒๕๖๔

เรียน ท่านนายก อบจ.มหาสารคาม/รศ.ดร.สุภากร ใจดี/
 ทบปช.สว.สว.มอ.สงข.

เพื่อขอใช้ที่ดินของ อบจ.มหาสารคาม เป็นพื้นที่ทำไร่

ผศ.ดร. รุ่ง,
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิศากร ชูชาญ)
 รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
 คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
 มหาวิทยาลัยวินนิเพก

18 ส.ค. 64

ภาคผนวก ข

**แบบประเมินผลการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด**

แบบประเมินผลการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด
ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

คำชี้แจง

1. แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
2. แบบประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วนประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 20 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 15 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการตัดสินใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ระหว่างอยู่โรงพยาบาลและหลังกลับบ้านภายใน 6 สัปดาห์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ ปี
2. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ครั้ง แท้งบุตร ครั้ง บุตรมีชีวิตอยู่ คน
3. ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์

☐ ประถมศึกษา	☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย	☐ อนุปริญญา หรือ ปวส.
☐ อื่น ๆ ระบุ	
4. สถานภาพสมรสปัจจุบัน

☐ ไม่มีคู่ / สามี
☐ มีคู่ / สามี
5. อาชีพขณะตั้งครรภ์

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	☐ นักเรียน / นักศึกษา
☐ รับจ้างทั่วไป	☐ พนักงานบริษัท / โรงงาน
☐ ค้าขาย	☐ อื่น ๆ ระบุ

6. รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน)

☐ ไม่มีรายได้

☐ 5,000 – 10,000 บาท

☐ มากกว่า 20,000 บาท

☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท

☐ 10,001 – 20,000 บาท

7. การคุมกำเนิดครั้งสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์

☐ ไม่ได้คุมกำเนิด

☐ คุมกำเนิด ระบุ.....

8. การวางแผนการมีบุตรคนต่อไป

☐ ยังไม่ต้องการมีบุตรคนต่อไป

☐ ต้องการมีบุตรคนต่อไป ภายใน ปี

9. บุคคลที่ให้คำแนะนำ / ปรึกษาในการเลือกวิธีการคุมกำเนิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนหลังคลอด

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้ ความเข้าใจของท่าน

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นน
หลังคลอด

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน	
		ถูก	ผิด
1.	การคุมกำเนิดช่วยให้เลือกมีบุตรได้ตามเวลาที่เหมาะสม		
2.	ยาฝังคุมกำเนิดเป็นฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน		
3.	ยาฝังคุมกำเนิดชนิดจาเซลล์สามารถคุมกำเนิดได้ 5 ปี		
4.	ยาฝังคุมกำเนิดจะออกฤทธิ์คุมกำเนิดได้ภายใน 24 ชั่วโมง		
5.	หากฝังยาคุมกำเนิดยังสามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ		
6.	หลังฝังยาคุมกำเนิด หากมีหนองบริเวณที่ฝังให้กลับมาปรึกษาแพทย์		
7.	ภายหลังฝังยาคุมกำเนิด จะสามารถล่าหลดขนาดยาบริเวณท้องแขนได้เล็กน้อย		
8.	ภายหลังฝังยาคุมกำเนิด หากมีอาการปวดแผล ให้รับประทานยาแก้ปวดได้		
9.	หลังจากนำยาฝังคุมกำเนิดออกจะสามารถกลับมาตั้งครรภ์ได้ภายใน 3 – 6 เดือน		
10.	ยาฝังคุมกำเนิดเหมาะแก่ผู้ที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรนานๆ 3 – 5 ปี		
11.	ยาฝังคุมกำเนิดเหมาะแก่ มารดาวัยรุ่น และผู้ที่มีบุตรเพียงพอแล้ว		
12.	หลังคลอดบุตรสามารถคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิดได้ทันที		
13.	หลังจากฝังยาคุมกำเนิด ต้องระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ 3 – 5 วัน		
14.	หลังฝังยาคุมกำเนิด ควรพันผ้าพันแผลรัดไว้ 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันรอยขีด		
15.	แขนข้างที่ฝังยาคุมกำเนิดควรหลีกเลี่ยงการใช้งานหนักประมาณ 3 – 7 วัน		
16.	การมีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด เป็นอาการปกติหลังจากฝังยาคุมกำเนิด		
17.	การมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น หลังจากฝังยาคุมกำเนิด เป็นภาวะปกติ		
18.	การที่ประจำเดือนไม่มา หลังจากฝังยาคุมกำเนิด เป็นภาวะปกติ		
19.	เมื่อยาฝังคุมกำเนิดหมดอายุ หรือต้องการมีบุตร ให้มาถอดยาฝังออกได้		
20.	ยาฝังคุมกำเนิดฟรีสำหรับคุณแม่วัยรุ่นที่เป็นคนไทย		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของในการใช้ยาฝักคุมกำเนิดมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องว่าง (□) ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด (5)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย น้อย (2)	เห็น ด้วย น้อย มาก (1)
1	ฉันทนได้เมื่อนัดยาชา					
2	ฉันสามารถอดทนต่ออาการปวดบริเวณที่ฝังยาคุมกำเนิด ใน 2-3 วันแรกได้					
3	ฉันสามารถตรวจสอบตำแหน่งของแท่งยาคุมกำเนิดโดยการคลำ หาตำแหน่งหลอดยาได้					
4	ฉันสามารถพันผ้าที่ยึดที่แขนไว้ 4 ชั่วโมงเพื่อป้องกันเลือดออกได้					
5	ฉันสามารถปิดแผลไว้ประมาณ 3-5 วัน โดยไม่ให้แผลถูกน้ำ					
6	ฉันสามารถมาตรวจหลังจากการฝังยา 7 วันได้					
7	ฉันไม่รู้สึกเงินอายหากมีคนเห็นรอยฝังยาคุมกำเนิด					
8	ฉันสามารถอดทนได้ หากมีเลือดออกกะปริดกะปรอย ทางช่องคลอด					
9	ฉันสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น					
10	ฉันสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหากมีอาการปวดหรือเจ็บเต้านม					
11	ฉันสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหากมีอารมณ์แปรปรวน					
12	ฉันสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหากประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ					
13	ฉันสามารถสังเกตอาการที่ต้องมาพบแพทย์ได้					
14	ฉันสามารถฝังยาคุมกำเนิดอยู่จนครบกำหนดได้					
15	ฉันสามารถมาเอาหลอดยาออกตามนัดได้					

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการตัดสินใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างอยู่
โรงพยาบาลและหลังกลับบ้านภายใน 6 สัปดาห์

ท่านตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดแบบยาฝังคุมกำเนิดหรือไม่

☐ เลือก โดยเลือกแบบ ☐ 3 ปี

☐ 5 ปี

☐ เลือกวิธีอื่น โปรดระบุ.....

ภาคผนวก ก

แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

แนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างเป็นระบบ
2. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดที่ถูกต้อง
3. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดมากขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย มารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ผู้ใช้แนวทาง พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

แนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดโดยใช้แนวคิดของแบนดูรา(Bandura, 1997) 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) โดยผู้ศึกษาเดินไปเยี่ยมมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เตียงพักฟื้นกล่าวทักทาย แนะนำตัว พร้อมทั้งประเมินสัญญาณชีพ, ระดับยอคมดลูก, ปริมาณและลักษณะน้ำคาวปลา, ประเมินภาวะช็อค ความอ่อนเพลีย, การเคลื่อนไหวร่างกาย ความสะอาดร่างกาย ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม, ประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะ, กระเพาะปัสสาวะเต็มและการจับถ่ายปัสสาวะ, ประเมินแผลฝีเย็บ, ประเมินความเจ็บปวดประเมินภาวะด้านจิตใจ การปรับตัวของมารดาและประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารกโดยพูดคุย สอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพครอบครัวเพื่อค้นหาปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การเรียนรู้จากตัวแบบหรือแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) ผู้ศึกษาได้นำตัวแบบมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดและประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิดมาถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านคลิปวิดีโอและสอบถามมารดาวัยรุ่นหลังคลอดว่ามีความคิดเห็นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) ผู้ศึกษาชวนคุยและสอบถามเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและวิธีการคุมกำเนิด โดยพูดโน้มน้าวให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเห็นถึงประโยชน์ของการฝังยาคุมกำเนิด คือสามารถคุมกำเนิดได้นาน 3-5 ปี และมีประสิทธิภาพดีมากเกิน 99 % ประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

3.1 ผู้ศึกษาแนะนำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดนำสามี บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง มาพบเพื่อให้ข้อมูล และปรึกษาเรื่องการวางแผนคุมกำเนิด พร้อมระบุเวลานัดหมายให้ชัดเจน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยใช้สื่อ Power point เรื่องการวางแผนครอบครัวสำหรับ มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และคลิปวิดีโอทัศนสาธิต วิธีการฝังยาคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเป็นคน เลือกซึ่งสามารถเลือกได้มากกว่า 1 คน

3.2 ให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้พูดคุยเกี่ยวกับแนวคิดต่อการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิด วางแผนร่วมกัน และมีโอกาสปรึกษา ชี้แนะและกัน ให้สามี บิดา มารดา หรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมออกความคิดเห็น โดยมีผู้ศึกษาคอยให้ คำปรึกษาและตอบคำถามหากมีข้อสงสัย

ขั้นตอนที่ 4 ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) หลังจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับชมคลิปวิดีโอทัศนสาธิตวิธีการฝังยาคุมกำเนิดและคลิปวิดีโอ ทัศนสาธิตประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ที่ประสบความสำเร็จในการ ฝังยาคุมกำเนิด จัดกิจกรรมให้เห็นอุปสรรคของจริงในการฝังยาคุมกำเนิด และเน้นย้ำในเรื่อง ประโยชน์และความสำคัญของการฝังยาคุมกำเนิดที่มีต่อวัยรุ่น ผู้ศึกษาชักชวนให้มารดาวัยรุ่น หลังคลอดวางแผนการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยวิธีการฝังยาคุมกำเนิด และบันทึก การตัดสินใจการเลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ภาคผนวก ง

สื่อการสอน

วิดิทัศน์ถ่ายทอดประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

วิดิทัศน์สารคดีวิธีการฝังยาคุมกำเนิด

สื่อการสอน

วีดิทัศน์ถ่ายทอดประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นในการใช้ยาฝิ่นกุ่มก่าเน็ด



วีดิทัศน์สารคดีวิธีการฝักยาคุมก่าเน็ด



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – สกุล	นางสาวอัจฉรา วรจิราภรณ์
วัน เดือน ปีเกิด	8 สิงหาคม 2511
อายุ	54 ปี 9 เดือน
ที่อยู่	1/620 ลุมพินีเพลส บรมราชชนนี-ปิ่นเกล้า แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170
วุฒิการศึกษา	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2534 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ได้รับการแต่งตั้งเมื่อ 15 สิงหาคม 2554)
สายงาน	พยาบาลวิชาชีพ

ตำแหน่งและประวัติการทำงาน

1 เมษายน 2534 - 6 มกราคม 2546	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) หอผู้ป่วยสูติกรรม 2
7 มกราคม 2546 - 16 ตุลาคม 2549	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) หอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช
1 ตุลาคม 2562 - ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) หัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8D (ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ตุลาคม 2565 – 30 เมษายน 2566)

