

ประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นที่ปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิด

กมลวิภา พางาม, พย.ม.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 11 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 23 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 26 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

มารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ แม้ว่าการใช้ยาฝังคุมกำเนิดจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังคงพบการปฏิเสธการใช้วิธีดังกล่าวในกลุ่มนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นที่ปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิด โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ มารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 12 ราย ที่ได้มาด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางโคไลซ์ซีด้วยการสกัดรหัสและประเด็นสำคัญเพื่อสร้างโครงสร้างของปรากฏการณ์ และนำผลการวิเคราะห์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นในการปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิดประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความเชื่อของครอบครัว (2) ข้อจำกัดของครอบครัว (3) ความกังวลเกี่ยวกับการถูกมองในแง่ลบ (4) ความรู้สึกถูกตัดสินจากสังคม (5) ประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตเกี่ยวกับการฝังยาคุม และ (6) การตัดสินใจบนพื้นฐานของความพร้อมในชีวิต ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเชิงสังคม วัฒนธรรม และส่วนบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของมารดาวัยรุ่น อันควรได้รับการพิจารณาอย่างรอบด้านในการพัฒนาระบบบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิและชุมชน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงและส่งเสริมทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่น, การฝังยาคุมกำเนิด, การปฏิเสธ, อนามัยการเจริญพันธุ์

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: กมลวิภา พางาม, อีเมล: kamonwipha@knc.ac.th

Experiences of Adolescent Mothers Who Refused Contraceptive Implant Insertion

Kamonwipha Phangam, MS.N.^{1}*

(Received: April 11th, 2024; Revised: August 13rd, 2025; Accepted: August 26th, 2025)

Abstract

Adolescent mothers are at high risk of repeated pregnancy. Although contraceptive implants are recognized as an effective method, refusal of this option remains common among this population. This qualitative study aimed to explore the lived experiences of adolescent mothers who refused contraceptive implants. A phenomenological approach was employed, involving 12 adolescent mothers aged 15–19 years who were purposively selected. Data were collected through in-depth individual interviews. Analysis followed Colaizzi's method, which involved extracting codes and significant themes to construct the phenomenon and verifying the findings with participants for accuracy. The results revealed six major themes within the adolescent mothers' experiences in refusing contraceptive implants: (1) family beliefs, (2) family constraints, (3) concerns about negative perceptions, (4) feelings of social judgment, (5) adverse past experiences with contraceptive implants, and (6) decision-making based on life readiness. These findings highlight the interplay of social, cultural, and personal factors influencing adolescents' decision-making. They underscore the need for comprehensive reproductive health services, particularly at the primary care and community levels, that are responsive to adolescents' real needs and sensitive to their contextual circumstances.

Keywords: adolescent mothers, contraceptive implants, refusal, reproductive health

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Kamonwipha phangam, E-mail: kamonwipha@knc.ac.th

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยประเทศไทยยังมีอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15–19 ปีสูงถึง 26.1 ต่อประชากรหญิงพันคนในปี 2023 (World Bank, 2023) ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งไว้ไม่เกิน 15 ต่อพันภายในปี 2027 (Phantra et al., 2025) นอกจากนี้ยังพบอัตราการคลอดซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี ถึงร้อยละ 7.2 (สำนักอนามัย การเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะและการเสียชีวิตในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี (United Nations Children’s Fund [UNICEF], 2023) สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาและยิ่งไปกว่านั้นปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อตรงต่อชีวิตของมารดาวัยรุ่นในหลายมิติ

มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก การคลอดก่อนกำหนด และครรภ์เป็นพิษ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ฝากครรภ์ช้าหรือไม่ต่อเนื่อง (Todhunter et al., 2022) ขณะเดียวกันทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมักเผชิญปัญหา การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และความผิดปกติแต่กำเนิด ซึ่งอาจต้องเข้ารับการรักษาใน หออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (Karaçam et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบประสบการณ์ด้านลบ เช่น ความรู้สึก ผิด กลัวการถูกลงโทษ การกังวลว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว (ลุนณี เทียงดาห์, 2566) รวมถึง ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การหยุดเรียนกลางคัน ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และทัศนคติเชิงลบจากผู้ ให้บริการสุขภาพ (Coast et al., 2021; Twagirayezu et al., 2024) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการทำ ความเข้าใจผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมของมารดาวัยรุ่น

จากสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวทางในการป้องกันการ ตั้งครรภ์ซ้ำโดยเฉพาะในช่วงระยะหลังคลอดถือเป็นมาตรการสำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างมี ประสิทธิภาพและต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2018) ได้แนะนำให้ ส่งเสริมการใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly effective contraception) ได้แก่ การฝังยาคุม การฉีด ยาคุม และการใส่ห่วงอนามัย (Intrauterine device: IUD) ควบคู่กับการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาแบบรอบด้าน และการพัฒนาทักษะชีวิตที่จำเป็น อาทิ การตัดสินใจ การปฏิเสธ และการวางเป้าหมายในชีวิต (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2018; WHO, 2018) ซึ่งจะช่วยให้ มารดาวัยรุ่นสามารถวางแผนครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำ และส่งเสริมสุข ภาวะทั้งของตนเองและบุตรในระยะยาว

ในบริบทของประเทศไทย รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันนโยบายส่งเสริมการ คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยเฉพาะการฝังยาคุมกำเนิด (Implantable contraceptive) ซึ่งมีข้อดีหลายประการ

ได้แก่ ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง มีความปลอดภัย อายุการใช้งานยาวนานระหว่าง 3–5 ปี และเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับมารดาวัยรุ่นที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรหลังคลอด (WHO, 2018) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ แต่ยังคงพบอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการใช้วิธีคุมกำเนิดดังกล่าว เช่น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองของมารดาวัยรุ่น (Intarached & Chunuan, 2023) และอิทธิพลจากบุคคลสำคัญรอบข้าง เช่น คู่ครองหรือสมาชิกในครอบครัว (อารียา สมรูป และคณะ, 2562) นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยยังเผชิญกับข้อจำกัดด้านอำนาจในการตัดสินใจ ความเปราะบางทางสังคม รวมถึงประสบการณ์ชีวิตที่ซับซ้อน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อทัศนคติและพฤติกรรมในการเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดที่แตกต่างไปจากกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป

แม้งานวิจัยเชิงปริมาณที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับหรือปฏิเสธการคุมกำเนิดแบบฝัง แต่ยังคงขาดความเข้าใจเชิงลึกถึงมุมมองและประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นที่เป็นผู้ตัดสินใจปฏิเสธโดยตรง โดยเฉพาะความคิด ความรู้สึก และบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจนั้น ดังนั้น การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่มุ่งสำรวจและทำความเข้าใจประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นที่ปฏิเสธการฝังยาคุมหลังคลอด จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีความละเอียดอ่อน ตอบสนองต่อความต้องการและสถานการณ์จริง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นที่ปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิดภายหลังคลอดบุตร เพื่อค้นหาแก่นสาระของประสบการณ์ที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลและสนับสนุนมารดาวัยรุ่นในระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นที่ปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological approach) ตามแนวคิดของฮัสเซอร์ล (Husserl, 1970) ที่มุ่งทำความเข้าใจแก่นแท้ของประสบการณ์ร่วมของกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่เผชิญสถานการณ์ โดยศึกษาผ่านมุมมองหรือคำบอกเล่าของกลุ่มมารดาวัยรุ่นผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์ เพื่อทำความเข้าใจว่าบุคคลรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ที่เผชิญอย่างไร รวมถึงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อบุคคลและเหตุการณ์แวดล้อมต่าง ๆ

(Neubauer et al., 2019) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเป็นมารดาวัยรุ่นอายุระหว่าง 15–19 ปี ที่เคยได้รับการเสนอให้ฝังยาคุมกำเนิดภายหลังการคลอด แต่ได้แสดงการปฏิเสธอย่างชัดเจน โดยการตัดสินใจไม่เข้ารับบริการฝังยาคุมกำเนิดและยืนยันต่อบุคลากรทางสุขภาพว่าตนไม่ประสงค์จะใช้วิธีดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลต้องสามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน มีความสามารถในการถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองได้ตรงไปตรงมา และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ความยินยอมและเต็มใจให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น พูดหรือฟังภาษาไทยไม่ชัดเจน หรืออยู่ในภาวะที่ไม่พร้อมทางอารมณ์ในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงผู้ที่ถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา ทั้งนี้จำนวนของผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยมีความอิ่มตัว (Data saturation) เมื่อมีผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 12 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีพื้นฐานความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กรอบคิดของ Husserl (1970) ผู้วิจัยตระหนักถึงความจำเป็นในการระบอบคติหรือความเชื่อเดิมของตน (bracketing/epoché) เพื่อไม่ให้ทัศนนะส่วนตัวมีอิทธิพลต่อการตีความข้อมูล การวางตนเช่นนี้ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างแท้จริง และทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและตีความแก่นแท้ของประสบการณ์ที่ปรากฏได้อย่างลึกซึ้งและสอดคล้องกับบริบทการศึกษา (Neubauer et al., 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของผู้ให้ข้อมูลหลักและสถานศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกัน อาชีพ และที่พักอาศัย ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด

2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด 3 ประเด็นเกี่ยวกับ ความรู้สึก/ประสบการณ์ เหตุผล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการฝังยาคุม เช่น “เมื่อคุณได้รับการเสนอให้ฝังยา

คุณกำเนิด คุณรู้สึกอย่างไร และมีประสบการณ์อะไรที่อยากเล่าให้ฟังบ้าง?” “เหตุผลสำคัญที่ทำให้คุณปฏิเสธการฝังยาคุณกำเนิดคืออะไร?” “ใครบ้างที่มีส่วนสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของคุณ?” นอกจากนี้ยังมีแนวคำถามเจาะลึกเพิ่มเติมตามผลการสัมภาษณ์ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้ได้มีการตรวจสอบความเหมาะสมของแนวทางสัมภาษณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบในมารดาวัยรุ่น จำนวน 2 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริง เพื่อปรับปรุงถ้อยคำและลำดับคำถามให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล ขณะเดียวกัน ผู้วิจัยยังคงความยืดหยุ่นในการปรับคำถามเพิ่มเติมตามบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในระหว่างการสัมภาษณ์

3. แบบบันทึกภาคสนาม (Field notes) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ ลักษณะเป็นการบันทึกบรรยากาศ การสังเกตพฤติกรรม และท่าทีของผู้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์

4. แบบฟอร์มการถอดเทป (Transcription form) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (Header) เพื่อระบุรายละเอียดของการสัมภาษณ์ ได้แก่ รหัสผู้ให้ข้อมูล วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์ เวลาเริ่ม-เวลาสิ้นสุด สถานที่สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ / ผู้ถอดเทป ส่วนที่ 2 เนื้อหาการสัมภาษณ์ (Transcript body) บันทึกคำพูดต่อคำ (verbatim) ของผู้ให้ข้อมูลและผู้สัมภาษณ์ โดยแยกเป็นคอลัมน์ ซึ่งกำหนดการบันทึกคำพูดแบบถอดตามจริง ไม่แก้ไขไวยากรณ์ และส่วนที่ 3 การบันทึกพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด (Non-verbal cues) เช่น น้ำเสียง ท่าทาง การหยุดนิ่งหรือช่วงเงียบ เป็นต้น

5. อุปกรณ์บันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก เพื่อบันทึกเสียงและข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (COA No. 41/2567) เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable group) ซึ่งในที่นี้คือมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ทั้งนี้ได้พิจารณาประเด็นสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1) กระบวนการขอความยินยอม (Consent/Assent Form) กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องมียัง assent form ของผู้ให้ข้อมูลเอง และ consent form จากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลตามกฎหมาย ส่วนผู้ที่มีอายุ 18-19 ปี สามารถลงนามใน informed consent form ได้ด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับคำอธิบายสิทธิอย่างละเอียดครบถ้วน 2) การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ไซ้รหัสแทนชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเสียงและข้อความที่ถอดความถูกเก็บในพื้นที่ปลอดภัย และเข้าถึงได้เฉพาะนักวิจัยเท่านั้น 3) การจัดการความเสี่ยงและการคุ้มครอง หากคำถามสัมภาษณ์ก่อให้เกิดความไม่สบายใจหรือกระทบต่ออารมณ์/ความทรงจำ ผู้วิจัย

จะหยุดการสัมภาษณ์ตามความประสงค์ของผู้ให้ข้อมูล และย้ำว่าจะไม่มีผลต่อสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือสิทธิอื่นใด 4) การคุ้มครองมารดาไว้รุ่นที่อยู่ระหว่างให้นมบุตร ผู้วิจัยได้จัดเวลาและสถานที่ที่ไม่รบกวนการให้นมบุตร พร้อมทั้งอธิบายว่าการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก จะไม่มีผลกระทบโดยตรงต่อทารก 5) หลักการไม่เอาเปรียบ (Non-exploitation) ผู้วิจัยได้ชี้แจงอย่างชัดเจนว่าการเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิ์ และ 6) การช่วยเหลือกรณีเกิดปัญหา หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดหรือปัญหาทางอารมณ์จากการรำลึกถึงประสบการณ์ ผู้วิจัยได้เตรียมช่องทางประสานงานกับนักจิตวิทยา พยาบาล หรือทีมสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัว ณ ห้องส่วนตัวในตึกมารดาหลังคลอด ตามเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก การสัมภาษณ์เริ่มด้วยการสนทนาเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย ก่อนนำเข้าสู่ประเด็นสำคัญ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนขั้นตอนและสิทธิของผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตปฏิกริยาอารมณ์และท่าทางของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45–60 นาที และอาจทำซ้ำ 1–2 ครั้งต่อราย ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูล จนกว่าข้อมูลจะ อิ่มตัว (Data saturation) ซึ่งหมายถึงได้ข้อมูลครบถ้วน เข้าใจเรื่องราวและไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้รับอนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม (field notes) เกี่ยวกับบรรยากาศ สิ่งที่เกิดขึ้นได้ และการสะท้อนคิดของผู้วิจัย หลังสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim transcription) เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2567

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลดำเนินการ โดย 1) การใช้เวลาร่วมกับผู้ให้ข้อมูลนานพอเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที และ 2) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องและสามารถปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซ์ซี่ 7 ขั้นตอน ได้แก่ การอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้ง ระบุประเด็นสำคัญ (Significant statements) สกัดความหมาย (Formulated meanings) จัดกลุ่มความหมายที่คล้ายคลึงกัน สร้างธีมหลัก (Themes) ตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลต้นฉบับ (Validation with original data) และสรุปและรายงานผล (Polit & Beck, 2021) โดยผู้วิจัยอ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอด คำแบบคำต่อคำหลายๆครั้ง เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้ แยกประโยคสำคัญออกมา ให้รหัสข้อมูลแยก ทำความเข้าใจ ความหมายของประโยค และแยก

ออกเป็นประจำเดือน บรรยายประเด็นที่ได้ให้ละเอียดมากที่สุด แล้วนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล เป็นการยืนยัน ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ และได้วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญอีก 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำผลการถอดความแบบคำต่อคำ การให้รหัส และการวิเคราะห์ไปตรวจสอบเป็นระยะๆ

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในมารดาวัยรุ่นอายุระหว่าง 15–19 ปี ที่เคยได้รับการเสนอให้ฝังยาคุมกำเนิดภายหลังการคลอด แต่ได้แสดงการปฏิเสธอย่างชัดเจน จำนวน 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซ์ซี่ ผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

มารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุเฉลี่ย 17.64 ปี (SD = 0.62) โดยคู่สมรสหรือบิดาของเด็กทั้งหมดเป็นวัยรุ่นหรือเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี และในปัจจุบันยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและให้การดูแลช่วยเหลือกันคิดเป็นร้อยละ 83.33 ก่อนการตั้งครรภ์ มารดาวัยรุ่นร้อยละ 41.67 กำลังศึกษาอยู่ในระบบการศึกษายกติ ส่วนผู้ที่ไม่ได้ศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำหน้าที่แม่บ้าน สำหรับที่พักอาศัย มารดาวัยรุ่นร้อยละ 66.67 อาศัยอยู่ร่วมกับสามีหรือครอบครัวของสามี มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 83.33 และทุกคนมีประสบการณ์การคุมกำเนิดด้วยการใช้ยากินคุมกำเนิด

2. หัวข้อหลักและหัวข้อย่อยที่ค้นพบ (Main themes and sub-themes)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา พบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการตัดสินใจ ไม่ฝังยาคุมกำเนิด ของมารดาวัยรุ่น ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 หัวข้อหลัก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หัวข้อหลักและหัวข้อย่อยที่ค้นพบ (Main themes and sub-themes)

หัวข้อหลัก (Main theme)	หัวข้อย่อย (Sub-theme)	ความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อ
1. ความเชื่อของครอบครัว (Family beliefs)	ครอบครัวเชื่อว่าการฝังยาคุมจะทำให้มีบุตรยากในอนาคต	ความเชื่อของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของมารดาวัยรุ่น
2. ข้อจำกัดของครอบครัว (Family constraints)	คู่สมรสห้ามไม่ให้ทำการฝังยาคุม เนื่องจากกังวลผลข้างเคียงและความเชื่อสัจย์	ข้อจำกัดของครอบครัวสัมพันธ์กับความเชื่อและความกังวลส่วนตัวของมารดาวัยรุ่น
3. ความกังวลเกี่ยวกับการถูกมองในแง่ลบ (Fear of negative perception)	กลัวถูกมองว่าไม่เชื่อสัจย์หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม	ความกังวลด้านสังคมและคู่สมรสทับซ้อนกัน
4. ความรู้สึกถูกตัดสินจากสังคม (Social judgment)	เกรงว่าจะถูกตัดสินจากเพื่อนบ้านหรือชุมชน	เสริมความกังวลเกี่ยวกับการถูกมองในแง่ลบ

หัวข้อหลัก (Main theme)	หัวข้อย่อย (Sub-theme)	ความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อ
5. ประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการพึ่งยาคุม (Negative experiences)	ผลข้างเคียงจากการพึ่งยาคุมในอดีตและคำบอกเล่าจากผู้อื่น	ประสบการณ์ส่วนตัวส่งผลต่อการประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจ
6. การตัดสินใจบนพื้นฐานของความพร้อมในชีวิต (Decision based on life readiness)	ประเมินความพร้อมด้านการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม และความมั่นคงทางจิตใจ	เป็นปัจจัยที่ช่วยตัดสินใจปฏิเสธการพึ่งยาคุมอย่างมีเหตุผล

3. การสนับสนุนด้วยข้อความจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Supporting quotes)

3.1 ความเชื่อของครอบครัว (Family beliefs)

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่าความเชื่อและคำแนะนำของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเรื่องการพึ่งยาคุมอย่างมาก ทั้งในแง่ของการให้เหตุผลและความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลหลักรายหนึ่ง (P8) กล่าวว่า “ตอนที่คุณแม่ถามว่าอยากพึ่งยาคุมมั๊ย ผิงฟรี ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เดี่ยวทำให้เลย ก็เลยโทรบอกแม่” หลังจากปรึกษาแม่ เธอกว่าต่อว่า “แม่บอกว่า ไม่ต้องทำ เดี่ยวมีลูกยาก คนแถวบ้านเค้าก็ไม่ได้ให้ทำ ถ้าอยากมีลูกอีกครั้ง ลูกจะติดยาก” คำบอกเล่า (Quotation) ทั้งสองข้างต้นสะท้อนถึงความเชื่อของครอบครัวและทัศนคติของชุมชนเกี่ยวกับผลกระทบต่อความสามารถในการมีบุตร ไม่เพียงแต่เป็นแนวทางตัดสินใจ แต่ยังสร้างแรงกดดันทางอารมณ์และความวิตกกังวลให้กับผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำให้เกิดความลังเลและความรู้สึกต้องปฏิบัติตามความคาดหวังของครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับความเห็นของผู้ใหญ่และครอบครัวสะท้อนถึงบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการกำหนดพฤติกรรมด้านการคุมกำเนิดของผู้หญิงในบริบทวัฒนธรรมไทย

3.2 ข้อจำกัดของครอบครัว (Family constraints)

การตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลหลักมักถูกจำกัดด้วยทัศนคติ ความเชื่อ และความกังวลของคู่ครอง ซึ่งมีอิทธิพลทั้งต่อการตัดสินใจและความรู้สึกปลอดภัยทางอารมณ์ของผู้หญิง ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลหลักรายหนึ่ง (P2) กล่าวว่า “หนูอยากทำ เพราะอยากกลับไปเรียนเหมือนกัน แต่แฟนบอกว่าไม่ให้ทำ เพราะได้ข่าวว่าคนที่ทำ มักไปมีอะไรกับคนอื่นแล้วไม่ท้อง จับไม่ได้” เธออธิบายต่อว่า “เขาเลยไม่อยากให้ทำ กลัวมีกิ๊ก (คนอื่น)” คำบอกเล่าเหล่านี้สะท้อนถึง ความไม่ไว้วางใจและความวิตกกังวลของคู่ครองกลายเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อสิทธิและการตัดสินใจของผู้หญิงในการเลือกวิธีคุมกำเนิด ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการกระทำ แต่ยังสร้างแรงกดดันทางจิตใจ ความรู้สึกต้องระมัดระวัง และความกังวลว่าการตัดสินใจของตนอาจนำไปสู่ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ ทั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงบทบาทของคู่ครองและความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของผู้หญิง

3.3 ความกังวลเกี่ยวกับการถูกมองในแง่ลบ (Fear of negative perception)

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่าการฝังยาคุมกำเนิดอาจนำไปสู่การถูกมองในแง่ลบจากสังคมและส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ส่วนตัว ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลหลักรายหนึ่ง (P5) กล่าวว่า “ไม่อย่างทำเลยคะ แถวบ้านเค้าพากันพูดว่า คนที่ฝังยาคุมกำเนิด มักจะมีอะไรกับคนอื่นได้ง่าย โดยไม่ต้อง” ความคิดเห็นเชิงลบเหล่านี้ไม่เพียงสร้างความกังวลต่อภาพลักษณ์ในสายตาคนรอบข้าง แต่ยังสะท้อนแรงกดดันทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิง การตีตราและการมองในแง่ลบเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการตนเองต้องปฏิบัติตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่สังคมกำหนดไว้ เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตัดสินหรือถูกวิพากษ์วิจารณ์ ยิ่งไปกว่านั้น ความกลัวต่อการถูกตีตรายังมีผลต่อความสัมพันธ์เชิงส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลรายนี้เล่าต่อว่า “ทีนี้แฟนก็จะมาระแวงกันเองว่าเราซื่อสัตย์มั้ย เลยไม่อยากทะเลาะกันเรื่องนี้คะ เคี้ยวกลับไปกินยาคุมเหมือนเดิม” คำบอกเล่านี้สะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้ของสังคมและความไว้วางใจในคู่รัก กล่าวคือ การตัดสินใจของเธอไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสะดวกสบายหรือความเหมาะสมทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังถูกกำหนดโดยความกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ การรักษาความสัมพันธ์ให้อยู่ในระดับที่มั่นคง และลดความขัดแย้งจึงกลายเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักมาก

3.4 ความรู้สึกถูกตัดสินจากสังคม (Social judgment)

ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจฝังยาคุมกำเนิดมักเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อความกังวลต่อการถูกมองในแง่ลบจากสังคมและการตีตราทางเพศของผู้หญิง ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลหลักรายหนึ่ง (P1) กล่าวว่า “หนูมีความรู้สึกถ้าฝังยาคุมกำเนิด เค้าจะมองว่าหนูชอบมีอะไรกับใคร มีไม่เลือก เพราะไม่ต้องง้อง่ายๆ” ข้อความนี้สะท้อนถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ส่วนบุคคล และการถูกตีตราความผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนว่าแรงกดดันจากความคิดเห็นของคนรอบข้างในชุมชนยังเพิ่มความรู้สึกถูกตัดสิน เช่น “เคยได้ยินแถวบ้านเค้าพูดกันว่า เนี่ยคนที่ไปฝังยาคุมนะ แสดงว่าต้องเคยโดน (มีเพศสัมพันธ์) มาก่อนแน่นอน ต่อไปจะไปมีอะไรกับใครก็ไม่ต้อง ไม่มีใครรู้ ช้าชองมากในเรื่องนี้” คำบอกเล่านี้สะท้อนถึงการตีตราเชิงสังคมที่เชื่อมโยงการใช้ยาคุมกำเนิดกับพฤติกรรมทางเพศ ทำให้ผู้หญิงวัยรุ่นต้องเผชิญกับความกังวลทั้งในด้านชื่อเสียงและการยอมรับจากคนรอบตัว จากกรณีดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดไม่ได้เกิดขึ้นเพียงจากการพิจารณาทางการแพทย์หรือความสะดวกสบาย แต่ยังถูกกำหนดโดยแรงกดดันทางสังคมและทัศนคติของชุมชน

3.5 ประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการฝังยาคุมกำเนิด (Negative experiences)

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนถึงประสบการณ์ตรงจากการฝังยาคุมที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและความรู้สึก หลังจากฝังยาคุม โดยผู้ให้ข้อมูลหลักรายหนึ่ง (P4) เธอมีผลข้างเคียงหลายอย่าง ทั้งน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เวียนศีรษะ ประจำเดือนขาด รวมถึงความเจ็บปวดและรอยช้ำบริเวณแขนที่ฝัง จนสามีแนะนำให้ยุติการฝัง และในที่สุดเธอตัดสินใจเอาออกและเปลี่ยนไปใช้การคุมกำเนิดแบบรับประทานแทน ดังคำบอกเล่า

“ตอนที่หนูฝังเมื่อ 2-3 ปีก่อนที่จะมีน้อง หนูอ้วนมากเลยนะ และเวียนหัวง่าย ประจำเดือนก็ไม่มาเลย ตอนหลังฝังยาคุมใหม่ๆ ก็เจ็บแผลที่แขนมาก ซ้ำตั้งหลายอาทิตย์ แพนเห็นก็สงสาร เลยบอกว่าถ้าไม่สบายก็ไม่ต้องฝังต่อ ผ่านไปประมาณ 2 เดือน หนูก็ไปให้หมอเอาออกให้ หลังคลอดน้องคนนี้หนูเลยขอไม่ฝังนะ เคียวกินยาคุมเอา” ในอีกมุมหนึ่งแม้จะไม่ได้มีประสบการณ์ตรง แต่ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ของเพื่อนที่เล่าถึงอาการข้างเคียง ดังผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่ง (P9) “หนูกลัวการฝังยาคุม เพื่อนหนูเล่าว่า เขาเคยฝัง แล้วไม่โอเคเลย อ้วนง่าย และช่องคลอดมันแสบและแห้งด้วยนะ หนูเลยไม่อยากฝังและกลัวจะเป็นแบบนี้แหละ ซึ่งหนูก็เชื่อนะคะว่า มันน่าจะเป็นแบบนี้” จากทั้งสองกรณีสะท้อนให้เห็นว่า ไม่เพียงแต่ประสบการณ์ตรงของตนเองเท่านั้นที่สร้างทัศนคติด้านลบต่อการฝังยาคุม แต่ประสบการณ์ทางอ้อมจากคนรอบข้างก็มีบทบาทสำคัญต่อความกลัว ความไม่มั่นใจ และการตัดสินใจปฏิเสธการใช้วิธีนี้เช่นกัน

3.6 การตัดสินใจบนพื้นฐานของความพร้อมในชีวิต (Decision based on life readiness)

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนถึงการตัดสินใจปฏิเสธการฝังยาคุมเกิดจากการพิจารณาความพร้อมในชีวิต ทั้งด้านส่วนตัวและครอบครัว หนึ่งในผู้ให้ข้อมูลหลักอีกรายหนึ่ง (P11) ให้เหตุผลว่า แม้ว่าการฝังยาคุมจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่เธอรูสึกว่าตนเองพร้อมสำหรับการมีบุตรอีกครั้ง เนื่องจากมีความสัมพันธ์ที่มั่นคง และมีครอบครัวเป็นหลักประกันชีวิต ดังคำกล่าวที่ว่า “หนูรู้ว่าการฝังยาคุมมันช่วยป้องกันไม่ให้ท้อง แต่หนูก็คิดว่าถ้าจะมีลูกอีก หนูก็พร้อม เพราะตอนนี้มีแฟน มีงานทำ มีบ้านอยู่ ไม่เหมือนเมื่อก่อน” ในทำนองเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลหลักอีกรายหนึ่ง (P6) กล่าวถึงบทบาทของครอบครัว โดยเฉพาะความเห็นของแม่ที่เน้นความพร้อมว่า “ถ้าคิดจะเป็นแม่ ก็ต้องพร้อมทุกอย่าง” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจของเธอได้รับอิทธิพลจากคำนิยามและคำแนะนำของผู้ใหญ่ แต่ท้ายที่สุดก็เป็นการเลือกด้วยตนเองและความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง จากทั้งสองคำบอกเล่าจะเห็นความเชื่อมโยงว่า การตัดสินใจปฏิเสธการฝังยาคุมไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เรื่องยาคุมเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการประเมินความพร้อมทางด้านชีวิต ความสัมพันธ์ และการยอมรับความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของตนเอง ทั้งนี้ยังสะท้อนถึงการผสมผสานระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและอิทธิพลจากครอบครัวในการตัดสินใจเรื่องการมีบุตร

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นในการปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิดประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความเชื่อของครอบครัว (2) ข้อจำกัดของครอบครัว (3) ความกังวลเกี่ยวกับการถูกมองในแง่ลบ (4) ความรู้สึกถูกตัดสินจากสังคม (5) ประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตเกี่ยวกับการฝังยาคุม และ (6) การตัดสินใจบนพื้นฐานของความพร้อมในชีวิต ประเด็นเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และจิตใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของวัยรุ่นไทย ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการศึกษาในแต่ละส่วน ดังนี้

ความเชื่อของครอบครัว

ความเชื่อของครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิเสธการฝังยาคุมของมารดาวัยรุ่น โดยครอบครัวมองว่าไม่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงอายุน้อยหรืออาจกระทบสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี การสร้างความรู้ด้วยตนเองเชิงสังคม (social constructionism) ที่ชี้ว่าความจริงทางสังคมถูกสร้างขึ้นผ่านการ เรียนรู้และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน (Berger & Luckmann, 1966) รวมถึงแนวคิดการดำรงอยู่ ร่วมกับผู้อื่น (Lived other) ของ Van Manen (1997) ที่มองว่าประสบการณ์มนุษย์เชื่อมโยงกับผู้อื่น ครอบครัว จึงเป็นบริบทสำคัญที่กำหนดการรับรู้และข้อจำกัดของวัยรุ่นในการเลือกคุมกำเนิด เมื่อเชื่อมโยงกับแนวคิด อำนาจในการตัดสินใจของปัจเจก (Agency) ของ Emirbayer and Mische (1998) จะเห็นว่าอำนาจการ ตัดสินใจของมารดาวัยรุ่นถูกจำกัดโดยโครงสร้างครอบครัว แม้บางรายต้องการคุมกำเนิดแต่ไม่สามารถ เลือกได้อย่างอิสระ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความเชื่อ ค่านิยม และการควบคุมจากครอบครัวส่งผลต่อ พฤติกรรมทางเพศและการคุมกำเนิดของวัยรุ่น (Yakubu & Salisu, 2018)

ข้อจำกัดของครอบครัว

ข้อจำกัดของครอบครัวโดยเฉพาะจากสามีหรือบุคคลในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของ มารดาวัยรุ่น เช่น สามีไม่เห็นด้วยเพราะกังวลต่อความสัมพันธ์ หรือผู้ปกครองห้ามเพื่อควบคุมพฤติกรรม ทางเพศ ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านอำนาจต่อรองของวัยรุ่นหญิงในสังคมไทย และทำให้การ ตัดสินใจใช้วิธีคุมกำเนิดมิได้ขึ้นอยู่กับความต้องการส่วนบุคคลเท่านั้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Richards et al. (2020) ที่พบว่า ความเห็นของครอบครัวและคู่ครองมีบทบาทสำคัญต่อการเลือกวิธีคุมกำเนิด โดยเฉพาะในบริบทที่วัยรุ่นขาดอำนาจตัดสินใจด้วยตนเอง ขณะที่การศึกษาของ จารุวรรณ ท่วม่วง (2563) พบว่า บุคคลรอบข้างมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจหลังคลอด และตอกย้ำความจำเป็นของการให้คำปรึกษาเชิงคู่ (Couple-centered counseling) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วมอย่างมีเหตุผลและเคารพซึ่งกันและกัน

ความกังวลเกี่ยวกับการถูกมองในแง่ลบ

ความกังวลเกี่ยวกับการถูกมองในแง่ลบเป็นอีกปัจจัยสำคัญ มารดาวัยรุ่นเกรงว่าการฝังยาคุมจะถูก ตีความว่าเป็นสัญลักษณ์ของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อภาพลักษณ์และความไว้วางใจใน คู่รัก การปฏิเสธวิธีนี้จึงสะท้อนแรงกดดันทางสังคมและความพยายามรักษาความสัมพันธ์ให้มั่นคง ซึ่ง สัมพันธ์กับบทบาทเพศและศีลธรรมทางวัฒนธรรม (Van Manen, 1997) ปรัชญาการณดังกล่าวอธิบายได้ ด้วยทฤษฎีตราบาปของ Goffman (1963) ที่ชี้ว่าบุคคลหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่างเพื่อป้องกันการถูกตีตรา และยังคงสอดคล้องกับแนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ที่มองว่าการ ใช้จ่ายฝังคุมกำเนิดถูกสร้างความหมายร่วม เป็นสัญลักษณ์ของความสำส่อนทางเพศ การศึกษาของ Hall et al. (2016) ก็พบเช่นกันว่า วัยรุ่นจำนวนมาก ปฏิเสธการคุมกำเนิดระยะยาวเพราะกังวลการถูกตัดสินทางสังคม และหันไปเลือกวิธีที่ไม่เด่นชัดต่อ

สาธารณะ เช่น ยาคุมกำเนิดแบบรับประทาน แสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นไม่ได้ขึ้นกับเหตุผลทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังถูกกำหนดด้วยแรงกดดันทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้ง

ความรู้สึกถูกตัดสินจากสังคม

ความรู้สึกถูกตัดสินจากสังคมจากผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกถูกตัดสินจากสังคม (Social Judgment) เป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงพลวัตทางวัฒนธรรมและโครงสร้างทางสังคมที่กดทับผู้หญิง โดยเฉพาะกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับการถูกตีตรา (Stigmatization) และแรงกดดันทางศีลธรรมที่สังคมกำหนด (Moral expectations) การที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกังวลว่าการเลือกใช้บริการฝังยาคุมกำเนิดอาจถูกเชื่อมโยงกับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม แสดงถึงการดำรงอยู่ของสายตาสังคม (The social gaze) ที่ทำให้ผู้หญิงต้องควบคุมการตัดสินใจของตนเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกมองในแง่ลบ (Goffman, 1963) นอกจากนี้ ความรู้สึกถูกตัดสินยังสัมพันธ์กับแนวคิดเรื่อง “การตีตราทางสังคม” (Social stigma) ซึ่งทำให้ผู้หญิงถูกจำกัดเสรีภาพในการเลือกทางสุขภาพการเจริญพันธุ์ของตนเอง โดยเฉพาะในสังคมที่ยังให้คุณค่ากับความบริสุทธิ์และบทบาทเพศที่เหมาะสมของผู้หญิง (Ouahid et al., 2023) ความวิตกกังวลต่อการถูกสังคมตัดสินจึงไม่ได้เป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคล แต่เป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติและความเชื่อที่ถูกสร้างซ้ำในสังคม และเป็นแรงกดดันสำคัญที่ทำให้มารดาวัยรุ่นเลือกปฏิเสธวิธีการคุมกำเนิดบางประเภทเพื่อปกป้องภาพลักษณ์และสถานะทางสังคมของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การตีตราทางเพศ (Sexual stigma) ส่งผลให้ผู้หญิงวัยรุ่นหลายคนตัดสินใจหลีกเลี่ยงวิธีคุมกำเนิดแบบถาวรหรือระยะยาว (Hall et al., 2016)

ประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตเกี่ยวกับการฝังยาคุม

ประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตเกี่ยวกับการฝังยาคุม ประสบการณ์ด้านลบจากการฝังยาคุม เช่น ประจำเดือนผิดปกติหรือความเจ็บปวด ทำให้มารดาวัยรุ่นบางรายเกิดความกลัวและหลีกเลี่ยงการฝังซ้ำ สอดคล้องกับ Hendrick et al. (2020) และ Bande et al. (2024) ที่พบว่าผู้หญิงที่เผชิญผลข้างเคียง เช่น เลือดออกผิดปกติ น้ำหนักเพิ่ม หรือปวดแผล มักเลิกใช้วิธีนี้ แม้รับรู้ถึงประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ก็ตาม นอกจากนี้ ความกลัวที่ถ่ายทอดจากผู้อื่น เช่น กลัวเข็ม เจ็บขณะฝัง น้ำหนักขึ้น หรือผลกระทบต่อกรเจริญพันธุ์ในอนาคต ก็มีอิทธิพลอย่างมาก (Jonas et al., 2022) แม้บางความเชื่อจะไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการก็ตาม ปรัชญาการณีนี้อธิบายได้ด้วยแนวคิด ร่างกายที่มีชีวิต/ร่างกายที่ประสบการณ์เอง (Lived Body) และการมีอยู่ร่วมกับผู้อื่น/การประสบการณ์ร่วมกับคนอื่น (Lived other) ของ Van Manen (1997) ที่ชี้ว่าประสบการณ์ทางกายสัมพันธ์กับความหมายทางสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การฝังยาจึงไม่ใช่เพียงหัตถการทางการแพทย์ แต่เชื่อมโยงกับความทรงจำ ความคาดหวัง และความสัมพันธ์รอบตัว ขณะเดียวกัน ข้อมูลด้านลบจากสื่อออนไลน์ เช่น เพจสุขภาพ (Health page) ยูทูป (YouTube) หรือกลุ่มออนไลน์ (Online community) ยิ่งสร้างความลังเลและไม่ไว้วางใจในบริการสุขภาพ แม้บางรายจะได้รับคำอธิบายจากบุคลากรแล้วก็ตาม

การตัดสินใจบนพื้นฐานของความพร้อมในชีวิต

การตัดสินใจบนพื้นฐานของความพร้อมในชีวิต การตัดสินใจบนพื้นฐานของความพร้อมในชีวิต สะท้อนมุมมองเชิงบวกของมารดาวัยรุ่นบางคนที่ไม่พึ่งยาคุมจากการประเมินความพร้อมและความมั่นใจในบทบาทความเป็นแม่ โดยมองว่าเป็นการตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบ ไม่ใช่การปฏิเสธความรู้หรือโอกาสทางสุขภาพ แนวคิดนี้เชื่อมโยงกับ agency หรือความสามารถในการควบคุมชีวิตและเลือกทางเลือกของตนเอง แม้อยู่ในสภาวะเปราะบาง (Willan et al., 2020) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่ามารดาวัยรุ่นบางคนไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดระยะยาวเพื่อปกป้องสิทธิการตัดสินใจในอนาคต และแสดงความรับผิดชอบต่อบทบาทความเป็นแม่ (Govender et al., 2020) ทั้งนี้ยังสะท้อนแนวคิดของ Van Manen (1997) เกี่ยวกับประสบการณ์มีชีวิตจริง (Lived experience) ที่ชี้ว่าปัจเจกบุคคลตีความและกำหนดความหมายของ “ความพร้อมในชีวิต” ได้ด้วยตนเอง

สรุปผลการวิจัย

การปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นเป็นกระบวนการตัดสินใจที่ซับซ้อน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยรอบคร้ว ความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรม รวมถึงแรงกดดันจากสังคมควบคู่กับการสร้างอำนาจในการตัดสินใจเพื่อควบคุมชีวิตและกำหนดเส้นทางของตนเอง ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ามารดาวัยรุ่นเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างความต้องการส่วนบุคคลกับความคาดหวังของครอบครัวและสังคม อีกทั้งประสบการณ์ในอดีตยังส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและการเลือกวิธีการคุมกำเนิดในปัจจุบัน ดังนั้นการสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล การให้คำปรึกษา และการเสริมพลังในการตัดสินใจ จึงเป็นกลไกสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

พยาบาลควรจัดบริการให้คำปรึกษาแบบเฉพาะบุคคลที่คำนึงถึงบริบทของครอบครัว วัฒนธรรม และความพร้อมในชีวิตของมารดาวัยรุ่น โดยส่งเสริมการตัดสินใจที่เคารพสิทธิ ความสามารถในการเลือก และความรับผิดชอบของมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาพยาบาล

ควรบูรณาการองค์ความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ และประสบการณ์ความเป็นมารดาวัยรุ่นเข้าไปในรายวิชา เช่น การพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก หรือการพยาบาล

ครอบครัว พร้อมทั้งจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาความเข้าใจเชิงลึกและทักษะการสื่อสารที่ไวต่อคุณค่า ความแตกต่างของปัจเจกบุคคล และมีจิตทางวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาต่อยอดเชิงลึกเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อการตัดสินใจของมารดาวัยรุ่น รวมถึงการพัฒนาและประเมินนวัตกรรมด้านการเสริมพลังการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของมารดาวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

- จารุวรรณ ท่วม่วง. (2563). การส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดโดยการสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(1), 167–177.
- ลุนณี เทียงดาห์. (2566). ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นในตำบลมิตรภาพอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(4), 596-605.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *สถิติการคลอดของมารดาวัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- อารีธา สมรูป, วรรณิ เดียวอิสเรศ, และวรรณทนา สุกสีมานนท. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(3), 79–87.
- Bande, A. D., Handiso, T. B., Hanjelo, H. W., & Jena, B. H. (2024). Early discontinuation of long-acting reversible contraceptives methods and its associated factors in Hosanna town, central Ethiopia: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 14(1), 11841. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-61648-5>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books.
- Coast, E., Mwali, M. M., Isimbi, R., Ngabonzima, E., Perezniето, P., Buzby, S., Dutton, R., & Baird, S. (2021). 'If she's pregnant, then that means that her dreams fade away': Exploring experiences of adolescent pregnancy and motherhood in Rwanda. *European Journal of Development Research*, 33, 1274–1302. <https://doi.org/10.1057/s41287-021-00438-5>
- Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What is agency? *American Journal of Sociology*, 103(4), 962–1023. <https://doi.org/10.1086/231294>

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020). I have to provide for another life emotionally, physically and financially: Understanding pregnancy, motherhood and the future aspirations of adolescent mothers in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 620. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03319-7>
- Hall, K. S., Ela, E., Zochowski, M. K., Caldwell, A., Moniz, M., McAndrew, L., Steel, M., Challa, S., Dalton, V. K., & Ernst, S. (2016). I don't know enough to feel comfortable using them: Women's knowledge of and perceived barriers to long-acting reversible contraceptives on a college campus. *Contraception*, 93(6), 556–564. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.02.007>
- Hendrick, C. E., Cone, J. N., Cirullo, J., & Maslowsky, J. (2020). Determinants of long-acting reversible contraception (LARC) initial and continued use among adolescents in the United States. *Adolescent Research Review*, 5(3), 243–279. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00126-w>
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy* (D. Carr, Trans.). Northwestern University Press. (Original work published 1936)
- Intarached, P., & Chunuan, S. (2023). Factors predicting intention to use contraceptive implants among pregnant adolescents in Lower Southern Thailand: A cross-sectional study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(1), 154–168.
- Jonas, K., Duby, Z., Maruping, K., Harries, J., & Mathews, C. (2022). Rumours, myths, and misperceptions as barriers to contraceptive use among adolescent girls and young women in South Africa. *Frontiers in Reproductive Health*, 4, 960089. <https://doi.org/10.3389/frph.2022.960089>
- Karaçam, Z., Kizilca Çakaloz, D., & Demir, R. (2021). The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(4), 102093. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102093>
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90–97. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>

- Phantra, T., Rattananupong, T., Saejeng, K., & Jiamjarasrangsi, W. (2025). Modeling and mapping of contextual factors associated with adolescent birth rates in Thailand between 2009 and 2018. *BMC Public Health*, 25(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22327-w>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Ouahid, H., Mansouri, A., Sebbani, M., Nouari, N., Khachay, F. E., Cherkaoui, M., Amine, M., & Adarmouch, L. (2023). Gender norms and access to sexual and reproductive health services among women in the Marrakech-Safi region of Morocco: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 407. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05724-0>
- Richards, M. J., Coleman-Minahan, K., & Sheeder, J. (2020). Long-acting reversible contraceptive attitudes and acceptability in adolescents and young adults: A key to patient-centered contraceptive counseling. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(6), 673–680.
- Todhunter, L., Hogan-Roy, M., & Pressman, E. K. (2022). Complications of pregnancy in adolescents. *Seminars in Reproductive Medicine*, 40(1–02), 98–106. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1734020>
- Twagirayezu, I., Rugema, J., Nkurunziza, A., Nyirazigama, A., Bagweneza, V., Nikuze, B., & Ndayisenga, J. P. (2024). My friends said they should no longer be with a b*tch like me...: A qualitative study to explore the consequences of adolescent childbearing among teen mothers in Gatsibo district, Rwanda. *PLOS Global Public Health*, 4(9), e0003716. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003716>
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2023). *Early childbearing*. <https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>
- van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315421056>.
- Willan, S., Gibbs, A., Petersen, I., & Jewkes, R. (2020). Exploring young women's reproductive decision-making, agency and social norms in South African informal settlements. *PLOS ONE*, 15(4), e0231181. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231181>
- World Bank. (2023). *Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15–19) – Thailand*. The World Bank Group. <https://fred.stlouisfed.org/series/SPADOTFRTTHA>

World Health Organization. (2018). *Family planning: A global handbook for providers (2018 update)*.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156>

Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: A

systematic review. *Reproductive Health*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>