

ประสบการณ์การจัดการตนเอง ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ในการดูแลสุขภาพ: การศึกษาเชิงคุณภาพ

สุทธารัตน์ ชูรส, พย.ม.¹

ปรีดาวรรณ กะสินัง, พย.ม.^{1*}

จัญพันธ์ ศรีพุ่ม, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 6 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 9 มกราคม 2569; วันที่ตอบรับ: 22 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารก ขณะเดียวกันวัยรุ่นมักเผชิญข้อจำกัดด้านความรู้ การสนับสนุน และการเข้าถึงบริการ ส่งผลให้การจัดการตนเองด้านสุขภาพมีความสำคัญ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ การจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพ รวมถึงปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุ 14-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในจังหวัดชัยนาท เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพตามแนวทางของ Graneheim และ Lundman ผลการวิจัยจากผู้ให้ข้อมูล 16 คน สามารถสังเคราะห์ได้เป็น 5 ประเด็นแก่นสาระ ได้แก่ (1) จากข้อกู่การรับบทแม่ (2) ทำสุขภาพให้พอประคองได้ภายใต้ข้อจำกัดชีวิตจริง (3) กล้าไป กล้าถาม กล้ากลับมา (4) พยายามหรือเพิ่มแรงกดดัน และ (5) ดิจิทัลเป็นทั้งทางลัดและกับดัก โดยภาพรวมผลการวิจัยสะท้อนกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทแม่ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และการต่อรองกับครอบครัว/คู่ครองและบริบทสังคม โดยบริการฝากครรภ์ ครอบครัว/คู่ครอง และเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นทั้งแรงสนับสนุนและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่กำกับการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นควรพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่น เพิ่มพื้นที่ปรึกษาที่เป็นความลับ และเสริมทักษะรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพ/ดิจิทัล เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องในการรับบริการและผลลัพธ์สุขภาพของมารดาและทารกที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: วัยรุ่นตั้งครรภ์, การจัดการตนเอง, ประสบการณ์, ปัจจัยสนับสนุน, อุปสรรค

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บรรณาธิกร: ปรีดาวรรณ กะสินัง, อีเมล: preedawan@bcnchainat.ac.th

Self-management Experiences, Facilitators, and Barriers of Pregnant Adolescents in Health Care: A Qualitative Study

Sutharat Churos, MNS¹

Preedawan Kasinang, MNS^{1*}

Jatuphat Sriphum, MNS¹

(Received: June 6th, 2025; Revised: January 9th, 2026; Accepted: February 22nd, 2026)

Abstract

Adolescent pregnancy is associated with increased health risks for both mothers and infants. At the same time, pregnant adolescents often face limited health knowledge, inadequate support, and barriers to accessing services making health self-management essential. This descriptive qualitative study aimed to explore pregnant adolescents' experiences with health self-management, including key facilitating factors and barriers. Purposive sampling was used to recruit pregnant adolescents aged 14–19 years who attended antenatal care clinics in Chainat Province, Thailand. Data were collected using a demographic information form, semi-structured in-depth interviews, and field notes. Data were analyzed using qualitative content analysis following Graneheim and Lundman's approach. Sixteen participants were interviewed. Five themes emerged: (1) From shock to embracing the maternal role, (2) Keeping health manageable amid real-life constraints, (3) Dare to go, dare to ask, dare to return, (4) Emotional support or added pressure, and (5) Digital as both a shortcut and a trap. Overall, the findings reflect a transition toward motherhood, regulation of health behaviors, and negotiation within family/partner relationships and the broader social context. Antenatal care services, family/partners, and digital technologies are all facilitators and risk factors shaping health decision-making and behaviors. Adolescent-friendly antenatal care should be strengthened by ensuring confidential counseling spaces and enhancing health and digital information literacy to support continuity of care and improve maternal and infant health outcomes.

Keywords: pregnant adolescents, self-management, experiences, facilitators, barriers

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Chainat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute

* Corresponding author: Preedawan Kasinang, Email: preedawan@bcnchainat.ac.th

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นสุขภาพที่พบได้ทั่วโลก และยังส่งผลกระทบต่อทั้งมารดา ทารก และระบบบริการสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า มารดาวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ เชื้อบูโพรพมดลูกอักเสบหลังคลอด และการติดเชื้อในร่ากาย เป็นต้น ขณะที่ทารกมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย และภาวะเจ็บป่วยรุนแรงในระยะแรกเกิด (World Health Organization [WHO], 2024)

ในประเทศไทย แม้อัตราการคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงแต่ยังเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างละเอียดอ่อนและต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2567 ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นต่อประชากรวัยรุ่น 1,000 คน เท่ากับ 33.55 (Ministry of Public Health [MOPH], 2024) และในเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วยจังหวัดอุทัยธานี พิจิตร นครสวรรค์ กำแพงเพชร และชัยนาท พบอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นเท่ากับ 23.87, 20.05, 18.88, 16.45 และ 13.05 ต่อ 1,000 คน ตามลำดับ (MOPH, 2024) ซึ่งสะท้อนความแตกต่างภายในเขตสุขภาพเดียวกัน โดยความแตกต่างดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าบริบทพื้นที่/การเข้าถึงบริการ/แรงสนับสนุนทางสังคม อาจมีบทบาทต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน

วัยรุ่นตั้งครรภ์มักเผชิญอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและการมารับบริการฝากครรภ์ เช่น ความกลัวการถูกตีตรา การขาดสถานที่ปรึกษาที่เป็นความลับ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร รวมถึงรูปแบบการสื่อสารที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถูกตัดสิน ส่งผลให้เริ่มฝากครรภ์ล่าช้าหรือมารับบริการไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ได้ (Wong Shee et al., 2021) ในบริบทนี้ แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ช่วยอธิบายกระบวนการที่บุคคลใช้ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรในการกำกับพฤติกรรมสุขภาพ จัดการอารมณ์ และประสานการดูแลกับเครือข่ายสนับสนุน เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน (Lorig & Holman, 2003) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในไทยส่วนหนึ่งยังเน้นปัจจัยเสี่ยงหรือผลลัพธ์เชิงปริมาณ ขณะที่ประสบการณ์และความหมายของกระบวนการจัดการตนเองในชีวิตจริงของวัยรุ่นตั้งครรภ์ยังมีรายงานเชิงคุณภาพจำกัด โดยเฉพาะในบริบทต่างจังหวัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในจังหวัดชัยนาท เพื่อเป็นฐานในการออกแบบบริการฝากครรภ์ที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นและสนับสนุนผลลัพธ์สุขภาพของมารดาและทารกให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพ
2. เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์

คำถามวิจัย

1. ประสบการณ์การจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (qualitative descriptive) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุ 14-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลชัชนาทเรนทร

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุ 14-19 ปี มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลชัชนาทเรนทร คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชัชนาทหรือจังหวัดใกล้เคียง (2) มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (3) ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือเสี่ยงสูง (4) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ (5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือให้ข้อมูล ไม่ครบถ้วนจากภาวะเจ็บป่วย/ภาวะทางจิตใจ จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 ราย ซึ่งได้ภายหลังจากการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัชนาทเรนทร เอกสารเลขที่ 08/2568 วันที่อนุมัติ 8 พฤษภาคม 2568 วันหมดอายุ 7 พฤษภาคม 2569 การพิทักษ์สิทธิยึดหลัก Belmont Report ได้แก่ ความเคารพในบุคคล ความเอื้อประโยชน์/ไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยจัดสถานที่สัมภาษณ์ที่เป็นส่วนตัวและปลอดภัย เน้นความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือตอบบางคำถามและถอนตัวได้โดยไม่กระทบสิทธิการรักษา ผู้ให้ข้อมูลอายุ 18 ปีขึ้นไป ลงนามหนังสือยินยอม (consent) ส่วนผู้ให้ข้อมูลอายุต่ำกว่า 18 ปีลงนามหนังสือยินยอมแบบ assent และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง/ผู้แทน โดยชอบธรรมตามข้อกำหนดจริยธรรม ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ไร้รหัส แทนชื่อ เก็บไฟล์เสียงในอุปกรณ์ที่มีรหัสผ่าน และทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาล มารดาทารกและการผดุงครรภ์ มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพมารดา ทารก และผ่านการอบรมทักษะการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การจดบันทึกสะท้อนคิด (reflexive notes) ตลอดกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล และปรึกษาทีมวิจัย/ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer debriefing) เพื่อช่วยตรวจสอบการตีความและลดอคติของผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (2) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง และ (3) แบบบันทึกภาคสนาม และ (4) เครื่องบันทึกเสียง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ/สถานะการเรียน ข้อมูลครอบครัว/รายได้ และประวัติการตั้งครรภ์ /การฝากครรภ์ /ภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามหลัก 3 หมวด ได้แก่ (1) ประสบการณ์การดูแลสุขภาพและการจัดการตนเอง (2) ปัจจัยสนับสนุน (3) อุปสรรค/ความท้าทาย และใช้คำถามเจาะลึก (probe) เพื่อขยายความตามบริบทของผู้ให้ข้อมูล

ตัวอย่างคำถามสัมภาษณ์หลัก

(1) เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ คุณรู้สึกอย่างไร

(2) คุณดูแลสุขภาพตัวเองอย่างไรในชีวิตประจำวัน (อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย/กิจกรรม) (3) สิ่งช่วยให้คุณดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ได้ดีคืออะไร

(4) อุปสรรคที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลสุขภาพคืออะไร

3. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) ใช้บันทึกบริบทสถานที่ บรรยากาศระหว่างสัมภาษณ์ พฤติกรรมไม่ใช้คำพูด น้ำเสียง กิริยาท่าทาง และเหตุการณ์สำคัญที่ช่วยตีความข้อมูล

4. เครื่องบันทึกเสียง ใช้เพื่อบันทึกการสัมภาษณ์อย่างครบถ้วน โดยผู้วิจัยทดสอบ ความชัดเจนของเสียง และแบตเตอรี่ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ทุกครั้ง และมีการสำรองไฟล์เสียงทันทีหลังการเก็บข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามสัมภาษณ์ และแบบบันทึกภาคสนาม ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้เชี่ยวชาญการดูแล วัยรุ่นตั้งครรภ์ และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ จากนั้นผู้วิจัยปรับถ้อยคำและลำดับ คำถามให้เหมาะสมและเข้าใจง่าย และทดลองใช้แนวคำถามในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงเพื่อทดสอบความ ชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 13 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 23 พฤษภาคม 2568 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานหน่วยบริการเพื่อขอ อนุญาตและเตรียมพื้นที่สัมภาษณ์ที่เป็นส่วนตัว โดยเริ่มจากการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากแฟ้มรายชื่อผู้รับบริการในแผนกฝากครรภ์ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ เพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สิทธิที่จะปฏิเสธหรือ

ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การเสนอผลการศึกษาทำในภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว สัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต บันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) และบันทึกเสียงการสนทนา ครั้งละ 30-50 นาที คนละ 1-2 ครั้ง ขึ้นกับข้อมูลที่ได้และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งจะนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูล และเมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้มายังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะขออนุญาตเพื่อทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมที่บ้านหรือทางโทรศัพท์ ตามความสะดวก และความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวและผู้วิจัยไม่เกิดประเด็นคำถามอื่น ๆ รวมทั้งผู้วิจัยเกิดความเข้าใจประสบการณ์การจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพที่ชัดเจนและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลตามแนวทางการตรวจสอบข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1. Credibility (ความน่าเชื่อถือ) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและใช้เวลาเก็บข้อมูลอย่างเพียงพอ (prolonged engagement) สังเกตและจดบันทึกอย่างต่อเนื่อง (persistent observation) ใช้คำถามเจาะลึก เพื่อยืนยันความหมายของคำตอบ และปรึกษาทีมวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญเพื่อทบทวนการตีความ (peer debriefing) รวมถึงตรวจสอบความ สอดคล้องระหว่างคำให้สัมภาษณ์และบันทึกภาคสนาม (method triangulation)

2. Dependability (ความไว้วางใจได้) ผู้วิจัยจัดทำบันทึกร่องรอยการวิจัย (audit trail) ครอบคลุมขั้นตอนการเก็บข้อมูล การถอดเทป การกำหนดรหัส และการสังเคราะห์หมวดหมู่/ประเด็นแก่นสาระ พร้อมทบทวน ขั้นตอนร่วมกับทีมวิจัยเป็นระยะเพื่อให้กระบวนการมีความคงเส้นคงวา

3. Confirmability และ Transferability ผู้วิจัยใช้การจดบันทึกสะท้อนคิด (reflexivity) เพื่อตระหนักและจัดการอคติ ทบทวนการตีความย้อนกลับกับข้อมูลดิบ และรายงานบริบทและลักษณะผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด (thick description) เพื่อให้ผู้อ่านพิจารณาความสามารถ ในการถ่ายโอนผลไปยังบริบทที่ ใกล้เคียงได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และช่วงของตัวแปรเชิงต่อเนื่อง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (qualitative content analysis) เพื่อจัดระบบข้อมูลจากข้อความดิบไปสู่รหัสหมวดหมู่ ประเด็นแก่นสาระ ตามแนวทางของ Graneheim and Lundman (2004) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ถอดเทปคำสัมภาษณ์คำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องกับไฟล์เสียง และอ่านซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม
- 2) แบ่งข้อความเป็นหน่วยความหมาย (meaning units) ที่สัมพันธ์กับคำถามวิจัย แล้วสรุปความ แบบย่อ (condensation) โดยคงสาระสำคัญ
- 3) กำหนดรหัส (codes) ให้กับหน่วยความหมาย จากนั้นจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงเป็นหมวดหมู่ (categories)
- 4) สังเคราะห์หมวดหมู่ให้เป็นประเด็นแก่นสาระ (themes) ที่สะท้อนความหมายเชิงตีความของประสบการณ์การจัดการตนเอง
- 5) ตรวจสอบความสอดคล้องของรหัส หมวดหมู่ ประเด็นแก่นสาระโดยทบทวนย้อนกลับกับข้อมูลดิบ และปริกษาทิมวิจัยเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอ 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตั้งครรภ์ และประสบการณ์การจัดการตนเอง ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งสังเคราะห์เป็นประเด็นแก่นสาระและประเด็นย่อย พร้อมคำกล่าวอ้างอิงจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสะท้อนความหมายของประสบการณ์

ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตั้งครรภ์

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูล คือ วัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวน 16 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 16.5 ปี (ช่วงอายุ 14-19 ปี) ประกอบอาชีพ นักเรียน/นักศึกษา 12 คน พนักงานร้านสะดวกซื้อ/ขายของ 3 คน และไม่มีอาชีพ 1 คน ระดับการศึกษา ได้แก่ กำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมปลาย 7 คน กำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมต้น 5 คน การศึกษาระดับปวช./ปวส. 2 คน และหยุดเรียนเนื่องจากการตั้งครรภ์ 2 คน นับถือศาสนา ได้แก่ ศาสนาพุทธ 13 คน ศาสนาอิสลาม 2 คน และศาสนาคริสต์ 1 คน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนมาก 5,001-10,000 บาท เพียงพอ 7 คน และไม่เพียงพอ 9 คน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ตั้งครรภ์ครั้งแรก 14 คน และตั้งครรภ์ครั้งที่สอง 2 คน คลอดปกติทางช่องคลอด 1 คน ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 1 คน ประวัติการฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ 9 คน และ ≥ 12 สัปดาห์ 7 คน มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คือ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2 คน ภาวะโลหิตจาง 4 คน และภาวะน้ำหนักตัวเกินระหว่างตั้งครรภ์ 3 คน

ประสบการณ์การจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง

การวิจัยในครั้งนี้สังเคราะห์ข้อมูลเป็น 5 ประเด็นแก่นสาระของประสบการณ์การจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้แก่ (1) จากข้อกู่การรับบทแม่ (2) ทำสุขภาพให้พอประคองได้ภายใต้ข้อจำกัดชีวิตจริง (3) กล้าไป กล้าถาม กล้ากลับมา (4) พยายามหรือเพิ่มแรงกดดัน และ (5) ดิจิทัลเป็นทั้งทางลัดและกับดัก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. จากข้อสู่การรับบทแม่: การสร้างความหมายและการรับผิดชอบต่อสุขภาพ

สาระสำคัญของประเด็นนี้สะท้อนจุดเริ่มต้นของกระบวนการจัดการตนเอง เมื่อวัยรุ่นนทราบข่าวการตั้งครรภ์และต้องเปลี่ยนผ่านจากภาวะไม่รู้ ความกลัว และความสับสน ไปสู่การยอมรับสถานการณ์และเริ่มดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) ช่องว่างความรู้และการตระหนักรู้ด้านสุขภาพในระยะแรก (2) การจัดการอารมณ์เมื่อทราบการตั้งครรภ์ และ (3) การเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 ช่องว่างความรู้และการตระหนักรู้ต่อสุขภาพในระยะแรก

วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์มาก่อน และต้องเรียนรู้จากประสบการณ์จริง แหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ ได้แก่ โซเชียลมีเดีย บุคลากรทางการแพทย์ และคำแนะนำจากครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ตอนแรกไม่รู้เลยว่าต้องไปฝากครรภ์ตอนไหน คิดว่าไปตอนใกล้คลอดก็ได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5)

"คิดว่าการตั้งครรภ์ก็เหมือนปกติ ไม่ต้องดูแลตัวเองอะไรมาก จนแม่บอกว่าต้องไปหาหมอถึงจะเริ่มเข้าใจ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 14)

"รู้แค่ว่าต้องกินอาหารดี ๆ แต่ไม่รู้ว่าต้องกินอะไรเป็นพิเศษ หรือว่ามีอาหารอะไรที่ต้องเลี่ยง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

"ดูจาก YouTube ว่าคนอื่นเขาดูแลตัวเองยังไง ก็ลองทำตาม แต่บางอย่างก็ไม่แน่ใจว่าจริงไหม" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

1.2 การจัดการอารมณ์เมื่อทราบการตั้งครรภ์

วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ รู้สึกตกใจและวิตกกังวล เมื่อตรวจพบว่าตั้งครรภ์ และต้องเผชิญกับความกดดันทางสังคม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ตอนรู้ว่าท้อง ช็อกมาก นั่งร้องไห้เป็นชั่วโมง ไม่รู้จะทำยังไงต่อ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

"กลัวพ่อแม่จะโกรธ เลยไม่กล้าบอกจนท้องเริ่มโต" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

"ที่โรงเรียนก็มีคนซุบซิบ รู้สึกอายมากจนไม่อยากไปเรียนต่อ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 12)

"ตอนแรกคิดจะเอาออก แต่แฟนกับครอบครัวบอกให้เก็บไว้ สุดท้ายก็ตัดสินใจเลี้ยงลูกเอง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

1.3 การเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม

วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่สามารถจัดการตนเองได้ดีมักใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลายและนำความรู้ไปปรับใช้จริง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"แม่เป็นคนสอนว่าเราต้องกินอะไร ห้ามกินอะไร ก็เลยพอรู้วิธีดูแลตัวเอง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

"โหลดแอป Pregnancy+ มันช่วยบอกว่าต้องดูแลตัวเองยังไงในแต่ละสัปดาห์" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 14)

"เวลาไม่แน่ใจเรื่องอาหารก็ดูรีวิวนใน TikTok ว่าควรกินอะไรบ้าง บางอย่างก็ดูเชื่อถือได้ แต่บางอย่างก็ยังไม่แน่ใจ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

"พอฝากครรภ์แล้วหมอให้คำแนะนำดีมาก เลยเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

ข้อค้นพบสะท้อนว่า ช่วงเริ่มต้นของการตั้งครรภ์เป็นจุดเปลี่ยนตัวคนที่วัยรุ่นต้องสร้างความหมายใหม่ ให้กับบทบาทตนเองจากความไม่แน่ใจและกลัวการถูกตัดสิน ไปสู่การรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน และทารก การมีแหล่งข้อมูลที่ เข้าใจง่ายและการได้รับการยืนยันจากบุคลากรสุขภาพช่วยให้การยอมรับ และการเริ่มดูแลตนเอง เกิดขึ้นได้เร็ว ขึ้น

2. ทำสุขภาพให้พอประคองได้ภายใต้ข้อจำกัดชีวิตจริง: การต่อรงเรื่องโภชนาการ การเคลื่อนไหว และการดูแลจิตใจท่ามกลางข้อจำกัด

ประเด็นนี้สะท้อนการแปลงความตั้งใจไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา รายได้ ความเหนื่อยล้า และบริบทครอบครัว/การทำงาน โดยพบรูปแบบการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย และการดูแลสุขภาพจิต

2.1 โภชนาการ: ปรับ ลด เลือก และต่อรงกับบริบท

วัยรุ่นตั้งครรภ์บางคนพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน ขณะที่บางคนยังคงรับประทานอาหารตามความเคยชิน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เริ่มกินผักเยอะขึ้น กินไข่ทุกวันเพราะหมอบอกว่าดี" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 16)

"ยังกินเผ็ด กินมาว่าเหมือนเดิม เพราะเป็นของที่ชอบกินง่ายและถูก" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

"อยากกินของดี ๆ แต่ไม่มีเงินซื้อ เลยกินเหมือนเดิม" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 16)

2.2 กิจกรรมทางกาย: เดิน ยืดเหยียด และข้อจำกัดเรื่องเวลา/ความเหนื่อย

วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเพราะกลัวเป็นอันตรายต่อทารก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เดินเล่นบ้าง แต่ไม่กล้าขยับของหนัก กลัวลูกเป็นอะไร" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

"ไม่ออกกำลังกายเลย กลัวแท้ง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 16)

"หมอบอกให้ออกกำลังกายเบา ๆ แต่ก็ไม่แน่ใจว่าควรทำแค่ไหน เลยไม่ทำเลย" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 13)

2.3 การดูแลสุขภาพจิต: กลไกเผชิญปัญหาและการขอความช่วยเหลือ

วัยรุ่นตั้งครรภ์หลายคนเผชิญกับความเครียดจากครอบครัวและสังคม โดยบางคนสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีผ่านการพูดคุยกับคนใกล้ชิด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ตอนแรกเครียดมาก แต่แฟนให้กำลังใจเยอะ เลยโอเคขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1)

"เวลาเครียดก็ดูซีรีส์ ไม่อยากคิดมาก" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4)

"บางทีก็ร้องไห้ เพราะรู้สึกที่ชีวิตเปลี่ยนไปหมด" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 15)

"กลัวอนาคตว่าจะดูแลลูกได้ดีไหม แต่แม่บอกว่าเดี๋ยวก็ปรับตัวได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

ข้อค้นพบสะท้อนว่า การดูแลตนเองของวัยรุ่นไม่ได้เป็นการทำตามคำแนะนำอย่างเส้นตรง แต่เป็นการต่อรองอย่างต่อเนื่อง กับเวลา เงิน ความเหนื่อย และอารมณ์ จึงเกิดพฤติกรรมแบบทำได้บางส่วน หยุดบางส่วน การสนับสนุนที่ทำให้วัยรุ่นรู้สึกทำได้จริงในชีวิตประจำวันมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการ ดูแลตนเอง

3. กล้าไป กล้าถาม กล้ากลับมา: สัมพันธภาพกับบริการฝากครรภ์ที่กำหนดความต่อเนื่อง

ประเด็นนี้สะท้อนการเชื่อมต่อกับระบบบริการฝากครรภ์และประสบการณ์ในการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อความมั่นใจและความต่อเนื่องของการดูแลตนเอง

วัยรุ่นตั้งครรภ์ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลก่อนคลอด 2 ประการคือ การเริ่มฝากครรภ์และการเชื่อมต่อบริการ และอุปสรรคและการต่อรอง

3.1 การเริ่มฝากครรภ์และการเชื่อมต่อบริการ

วัยรุ่นตั้งครรภ์บางคน ฝากครรภ์ช้าเพราะกลัวการถูกตัดสินจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ไปฝากครรภ์ช้าเพราะกลัวหมอดุ กลัวคนมองไม่ดี" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 13)

"ตอนแรกคิดว่าฝากครรภ์ต้องเสียเงินเยอะ เลยไม่กล้าไป" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

"หมอพูดดีมาก อธิบายละเอียด ก็เลยกล้าไปฝากครรภ์บ่อยๆ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5)

3.2 อุปสรรคและการต่อรอง: เวลา ค่าใช้จ่าย ความกลัว และการถูกตีตรา

ค่าใช้จ่ายและการเดินทางเป็นอุปสรรคสำคัญของบางคน ทักษะคิดของบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อความเต็มใจในการเข้ารับบริการ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ไม่มีเงินนั่งรถไปฝากครรภ์บ่อยๆ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 15)

"บางคนที่โรงพยาบาลพูดเหมือนดูถูกเรา ก็เลยไม่อยากไป" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 13)

"หมอให้คำแนะนำดี แต่บางครั้งรู้สึกว่าพยาบาลมองเราไม่ดี" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

ข้อค้นพบสะท้อนว่า การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ขึ้นกับความรู้สึกลดภัยทางอารมณ์และสังคม (ไม่ถูกตำหนิ/ไม่ถูกตีตรา) มากพอ ๆ กับปัจจัยด้านเวลาและค่าใช้จ่าย สัมพันธภาพแบบเคารพ และสื่อสารชัดเจนทำให้วัยรุ่นกล้าถาม และ กลับมาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการติดตามสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์

4. พยายามหรือเพิ่มแรงกดดัน: เครือข่ายครอบครัว/คู่ครองกับอำนาจการตัดสินใจด้านสุขภาพ

ประเด็นนี้สะท้อนปัจจัยแวดล้อมที่เสริมแรงหรือบั่นทอนการจัดการตนเอง ทั้งจากครอบครัว/คู่ครอง ทักษะคิดของสังคม และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ

วัยรุ่นตั้งครรภ์ มีปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง 2 ประการคือ

4.1 แรงสนับสนุน: คนใกล้ชิดที่ช่วยให้ก้าวต่อไปได้

วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีมักได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คู่ครอง บุคลากรทางการแพทย์ หรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการ เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"แม่ช่วยดูแลทุกอย่าง ทำให้รู้สึกว่าตัวเองไม่ได้อยู่คนเดียว เวลาไม่รู้จะทำอะไร ก็มาถามแม่" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1)

"แฟนช่วยหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่คนท้องควรกิน เราก็ลองทำตามแล้วรู้สึกดีขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5)

"หมอที่โรงพยาบาลให้คำแนะนำดีมาก เลยทำให้มั่นใจว่าเราสามารถดูแลตัวเองได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

"พอได้เข้ากลุ่มแม่และเด็กใน Facebook ก็รู้สึกว่าเราไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว เห็นคนอื่นแชร์ประสบการณ์ แล้วก็ได้ความรู้ใหม่ ๆ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 12)

4.2 อุปสรรค: การถูกตีตรา ความขัดแย้ง และข้อจำกัดทรัพยากร

วัยรุ่นตั้งครรภ์หลายคนเผชิญกับอุปสรรคที่ทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นไปได้ยาก เช่น ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือการถูกตีตราทางสังคม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ไม่มีเงินพอจะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ ก็กินแค่ของที่หาง่ายและถูกที่สุด" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

"อยากไปฝากครรภ์บ่อย ๆ แต่ไม่มีค่ารถ เลยไปเฉพาะเวลาที่จำเป็นจริง ๆ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

"กลัวคนมองไม่ดีเวลาไปโรงพยาบาล รู้สึกเหมือนโดนตำหนิจากสาขาคคนรอบข้าง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 14)

"บางครั้งไม่แน่ใจว่าควรดูแลตัวเองยังงัย เพราะข้อมูลที่หาในอินเทอร์เน็ตก็มีหลายอย่างที่ขัดแย้งกัน" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 15)

ข้อค้นพบสะท้อนว่า เครือข่ายคนใกล้ชิดเป็นทั้งแรงสนับสนุนและข้อจำกัดในเวลาเดียวกัน วัยรุ่นจำนวนมากพึ่งพา ครอบครัว/ คู่ครอง ทั้งด้านทรัพยากรและการตัดสินใจ ส่งผลให้การจัดการตนเอง มีลักษณะสนับสนุนโดยคนอื่นมากกว่าพึ่งตนเองเพียงอย่างเดียว เมื่อการสนับสนุนมาพร้อมการควบคุม หรือการตัดสินใจจะบั่นทอนความมั่นใจและทำให้หลีกเลี่ยงบริการหรือปิดบังความต้องการของตนเอง

5. ดิจิทัลเป็นทั้งทางลัดและกับดัก: การเรียนรู้สุขภาพผ่านมือถือที่ต้องคัดกรองความน่าเชื่อถือและความเสี่ยงของข้อมูล

วัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวนมากใช้สื่อออนไลน์และแอปพลิเคชันเป็นแหล่งค้นหาความรู้และติดตามการตั้งครรภ์ ขณะเดียวกันก็เผชิญความเสี่ยงจากข้อมูลที่คลาดเคลื่อนหรือทำให้กังวลมากขึ้น

วัยรุ่นตั้งครรภ์ ใช้บทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ 2 ประการคือ

5.1 การใช้ดิจิทัลเพื่อเรียนรู้และติดตามสุขภาพ

วัยรุ่นตั้งครรภ์ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น Pregnancy+ และ Mom Diary เป็นแหล่งข้อมูลหลัก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ในแอปมันมีเดือนว่าต้องไปฝากครรภ์ ก็เลยง่ายขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5)

"ดูข้อมูลจาก Facebook กับแอปสุขภาพ เวลาที่มีข้อสงสัย" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 14)

"อยากให้มีแอปที่สามารถคุยกับหมอได้โดยตรง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

"ดูคลิปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ใน YouTube แล้วรู้สึกว่ามันช่วยให้เข้าใจมากขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

5.2 ดิจิทัลกับผลกระทบ: เพิ่มพลังหรือเพิ่มความกังวล

วัยรุ่นตั้งครรภ์ เห็นว่าเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ โซเชียลมีเดีย และเว็บไซต์ ข้อมูลทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้วัยรุ่นตั้งครรภ์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางรายพบว่า ข้อมูลในแพลตฟอร์มดิจิทัลมีความขัดแย้งกัน ทำให้เกิดความสับสน หรือบางครั้งข้อมูลอาจไม่น่าเชื่อถือ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"แอป Pregnancy+ ช่วยให้เราต้องทำอะไรในแต่ละสัปดาห์ของการตั้งครรภ์ มันช่วยให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้นว่ากำลังทำสิ่งที่ถูกต้อง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

"เวลาไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการผิดปกติ เราก็ลองเสิร์ชใน Google ก่อน แต่บางครั้งก็เจอข้อมูลที่น่ากลัวเกินไป ทำให้เครียดกว่าเดิม" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

"ในกลุ่มแม่และเด็กของ Facebook มีคนแชร์ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตอนตั้งครรภ์ มันช่วยให้รู้สึกว่าเราไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว และได้ไอเดียใหม่ ๆ ในการดูแลตัวเอง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

"บางครั้งข้อมูลที่หาได้ในอินเทอร์เน็ตก็ขัดแย้งกัน เช่น บางทีบอกว่าคนท้องกินทุเรียนได้ บางทีบอกว่าห้ามกิน มันทำให้ไม่แน่ใจว่าจะเชื่ออะไรดี" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 14)

"ถ้ามีแอปที่สามารถคุยกับหมอได้โดยตรงก็คงดี เพราะตอนนี้เวลาที่มีข้อสงสัยก็ต้องไปถามในกลุ่มไลน์ ซึ่งบางทีก็ได้คำตอบที่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

ข้อค้นพบสะท้อนว่า สื่อดิจิทัลทำหน้าที่เป็นพื้นที่เรียนรู้ทดแทน เมื่อวัยรุ่นไม่กล้าถามบุคลากรรอบตัว หรือเข้าถึงบริการได้จำกัด และเป็นพื้นที่พึ่งพาทางอารมณ์ผ่านชุมชนออนไลน์ อย่างไรก็ตาม หากขาดทักษะการคัดกรองข้อมูล สื่อดิจิทัลอาจกลายเป็นก้นดักของข้อมูลที่ขัดแย้งกันและการรับรู้ความเสี่ยงเกินจริง นำไปสู่ความกังวลและการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ไม่มั่นคง

อภิปรายผล

การศึกษานี้สำรวจประสบการณ์การจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวน 16 ราย ในจังหวัดชัยนาท โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ พบประเด็นแก่นสาระ 5 ประเด็น ซึ่งสะท้อนว่า self-management เป็นกระบวนการพลวัตที่เชื่อมการสร้างความหมาย การกำกับพฤติกรรม การจัดการอารมณ์ การประสานการดูแลกับผู้อื่นและระบบบริการ มากกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำเพียง อย่าง

เดียว (Lorig & Holman, 2003) และเพื่อหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำผลการวิจัย การอภิปรายผลต่อไปจะมุ่งตีความความหมายและกลไก ที่ทำให้วัยรุ่นสามารถ/ไม่สามารถจัดการตนเองได้ในแต่ละช่วงของการตั้งครรภ์ โดยพิจารณาบทบาทของครอบครัว ระบบบริการ และสื่อดิจิทัลภายใต้เงื่อนไขเชิงสังคมวัฒนธรรมของไทย ผ่าน 5 ประเด็นแกนสาระที่ค้นพบ ดังต่อไปนี้

1. ประเด็นจากข้อกู่การรับบทแม่

ผลการวิจัยผลสะท้อนว่า การจัดการตนเองเริ่มจากการยอมรับและให้ ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้วัยรุ่นยอมรับดูแลสุขภาพ และตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการ ฝากครรภ์ ความรู้สึกช็อก กลัว และความกังวลต่อการถูกตีตรา ทำให้บางรายเลื่อนการมารับบริการหรือ หลีกเลี่ยง การเปิดเผยต่อคนรอบข้าง สอดคล้องกับภาพรวมสถานการณ์ในไทยที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังสัมพันธ์กับ แรงกดดันและการตีตราทางสังคม (UNICEF Thailand, 2023) รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่า การถูกตีตรา และประสบการณ์เชิงลบกับระบบบริการเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการฝากครรภ์และการดูแล ในกลุ่มวัยรุ่น (Erasmus et al., 2020) ในด้านการสนับสนุน การมีผู้ใหญ่/ครอบครัวที่ให้การดูแลเชิงเมตตา และช่วยพาวัยรุ่นเข้าสู่บริการ สะท้อนบทบาทการดูแลเชิงครอบครัว ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านและการจัดการตนเอง (Khamsawarde et al., 2022) และสอดคล้องกับงานวิจัยในเชิงบริบทที่พบว่า การสนับสนุนด้านจิตสังคมมีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาวะของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในชุมชน (Nasongo et al., 2024)

2. ประเด็นทำสุขภาพให้พอประคองได้ภายใต้ข้อจำกัดชีวิตจริง

ผลการวิจัยสะท้อนการกำกับพฤติกรรมภายใต้ข้อจำกัด วัยรุ่นต้องต่อรองเรื่องโภชนาการ การพักผ่อน และการเคลื่อนไหว กับบริบทของการเรียน อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์ กลไกของพฤติกรรมที่ดูทำได้บ้าง ทำไม่ได้บ้าง จึงมิได้เกิดจากแรงจูงใจเพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับทรัพยากรที่เข้าถึงได้และการสนับสนุนจากครอบครัว แนวทางสนับสนุน self-management จึงควรเปลี่ยนคำแนะนำให้เป็นทางเลือกที่ทำได้จริง (doable actions) พร้อมทักษะการแก้ปัญหาและติดตามตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองที่พบว่า การให้คำปรึกษาด้านการดูแลตนเองช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (Rezaie et al., 2021)

3. ประเด็น กล้าไป กล้าถาม กล้ากลับมา

ผลการวิจัยสะท้อนว่า การเน้นบทบาทสัมพันธ์ภาพกับบริการฝากครรภ์ต่อความต่อเนื่องของการดูแล เมื่อวัยรุ่นรู้สึกว่าได้รับการรับฟัง ไม่ถูกตัดสิน และได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่าย จะเพิ่มความมั่นใจ และการกลับมาใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตรงกันข้ามประสบการณ์การสื่อสารเชิงอำนาจ เช่น ถูกดุ ถูกตำหนิ จะลดความกล้าถาม และผลักให้วัยรุ่นหันไปพึ่งข้อมูลออนไลน์มากขึ้น กลไกนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า คุณภาพปฏิสัมพันธ์กับบริการและความ เป็นมิตรของระบบบริการเป็นตัวกำหนด การเข้าถึงและความต่อเนื่องของการฝากครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น (Erasmus et al., 2020) และสอดคล้องกับการศึกษาด้านการเข้าถึง

บริการอนามัย การเจริญพันธุ์ ที่พบว่าข้อจำกัดด้านความเป็นส่วนตัวและประสบการณ์การถูกตัดสินเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรับบริการอย่างต่อเนื่อง (Suwan-ampa & Purksametanan, 2024)

4. ประเด็นพุงใจหรือเพิ่มแรงกดดัน

ผลการวิจัยสะท้อนว่า self-management ของวัยรุ่นเป็นการจัดการตนเองร่วมกับผู้อื่น (co-management) มากกว่าการพึ่งตนเองแบบเดี่ยว ครอบครัว/ผู้ครอง สามารถเป็นแรงสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ทรัพยากร และการพามารับบริการ แต่บางกรณีความสัมพันธ์เชิงอำนาจหรือการควบคุม ทำให้วัยรุ่นขาดอิสระในการตัดสินใจด้านสุขภาพ งานวิจัยคลาสสิกชี้ว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Turner et al., 1990) และงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น (Sangsawang & Sangsawang, 2025) ในบริบทไทย การดูแลของพ่อแม่ต่อบุตรสาวที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ยังเกี่ยวข้องกับทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ และการกำกับควบคุม ซึ่งส่งผลต่อความมั่นใจและการเปิดเผยปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น (Khamsawarde et al., 2022)

5. ประเด็นดิจิทัลเป็นทั้งทางลัดและกับดัก

ผลการวิจัยชี้ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลทำหน้าที่เป็นพื้นที่ที่เรียนรู้ และขอความช่วยเหลือแบบไม่ต้องเปิดเผยตัวตน โดยเฉพาะเมื่อไม่กล้าถามคนรอบตัวหรือเข้าถึงบริการได้จำกัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่อธิบายว่า หญิงตั้งครรภ์ใช้สื่อดิจิทัลเพื่อแสวงหาข้อมูลและความมั่นใจ (Lupton, 2017) และงานวิจัยที่พบว่าการค้นหา/แบ่งปันข้อมูลการตั้งครรภ์ผ่านโซเชียลมีเดียเป็นพฤติกรรมปกติในยุคปัจจุบัน (Zhu et al., 2019) อย่างไรก็ตาม เมื่อขาดทักษะคัดกรองข้อมูล ข้อมูลที่ขัดแย้งหรือบิดเบือนอาจเพิ่มความกังวล และทำให้การตัดสินใจด้านสุขภาพไม่มั่นคง ดังนั้น digital health literacy จึงเป็นทักษะสำคัญควบคู่กับ self-management ในอีกด้านหนึ่ง งานวิจัยเชิงสังเคราะห์ชี้ว่าเทคโนโลยีสามารถเป็นเครื่องมือ สนับสนุนในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนได้ หากออกแบบให้เหมาะกับผู้ใช้ (Widman et al., 2018) สำหรับกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ งานวิจัยในประเทศไทยเริ่มชี้ศักยภาพของโปรแกรม e-health บนมือถือที่ ผสานครอบครัวในการเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง (Choakprasanchai et al., 2024)

เมื่อวัยรุ่นได้รับข้อมูลที่เชื่อถือได้ มีทักษะคัดกรองข้อมูล เข้าถึงบริการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะเอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพที่สม่ำเสมอ เช่น โภชนาการที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การติดตามอาการ และการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดว่าการจัดการตนเองมีผลต่อทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต (Lorig & Holman, 2003) และสอดคล้องกับข้อเสนอของ WHO ที่เน้นระบบบริการที่เข้าถึงได้ เป็นมิตร และคุ้มครองสิทธิ เพื่อสนับสนุนผลลัพธ์สุขภาพมารดา และทารก (WHO, 2024) ดังนั้น การพัฒนาระบบสนับสนุน self-management ควรบูรณาการทั้งการให้คำปรึกษาที่เป็นความลับ บริการที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่น การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ผู้ครอง อย่างเหมาะสม และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเชิงคุณภาพ (quality digital support) เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า (1) ประสิทธิภาพการจัดการตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นกระบวนการที่เริ่มจากการยอมรับและสร้างความหมายต่อบทบาทแม่ไปสู่การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และการประสานการดูแล กับเครือข่าย/บริการ (2) ปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ สัมพันธภาพที่เป็นมิตรกับบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว/ผู้ครอง และการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสม และ (3) อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความกลัว การถูกตีตรา ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และข้อมูลออนไลน์ที่ไม่น่าเชื่อถือ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้โดย (1) พยาบาลและหน่วยบริการฝากครรภ์ ควรจัดบริการที่เป็นมิตร ต่อวัยรุ่น เช่น การให้คำปรึกษาแบบเป็นความลับ การสื่อสารที่ไม่ตัดสิน และการนัดหมายที่ยืดหยุ่น พร้อม จัดกิจกรรมเสริมทักษะ self-management (2) ควรพัฒนาแนวทาง/สื่อดิจิทัลคุณภาพ เพื่อให้วัยรุ่นสอบถาม ได้อย่างปลอดภัยและลดการพึ่งข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ (3) ส่งเสริมบทบาทครอบครัว/ผู้ครอง ในฐานะ ผู้สนับสนุน โดยให้ความรู้และทักษะการสื่อสารที่เคารพการตัดสินใจของวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยต่อยอดโดย (1) พัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริม self-management สำหรับวัยรุ่น ตั้งครรภ์ที่สถานบริการฝากครรภ์และเทคโนโลยีดิจิทัล (2) ศึกษาเชิงลึกในกลุ่มย่อยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือผู้ที่เริ่มฝากครรภ์ล่าช้า และ (3) ศึกษามุมมองของครอบครัว/ผู้ครอง และบุคลากร สุขภาพเพื่อออกแบบระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม

คำแถลงการณ์ใช้ปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มิได้ประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดัดแปลง ปรับปรุง หรือแก้ไข ในกระบวนการใด ๆ ตลอดจนการจัดทำ

เอกสารอ้างอิง

Choakprasanchai, T., Phumonsakul, S., Sumdeangrit, B., & Piaseu, N. (2024). The effectiveness of the mobile e-health individual and family self-management program for primiparous pregnant adolescents: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 28(3), 479-495. <https://doi.org/10.60099/prijnr.2024.266689>

- Erasmus, M. O., Knight, L., & Dutton, J. (2020). Barriers to accessing maternal health care amongst pregnant adolescents in South Africa: A qualitative study. *International Journal of Public Health*, 65(4), 469–476. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01374-7>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Khamsawarde, N., Chunuan, S., & Suttharangsee, W. (2022). Parental care for unplanned pregnant adolescent daughters: A qualitative descriptive study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(3), 501–516.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lupton, D. (2017). ‘It just gives me a bit of peace of mind’: Australian women’s use of digital media for pregnancy and early motherhood. *Societies*, 7(3), Article 25. <https://doi.org/10.3390/soc7030025>
- Ministry of Public Health (Thailand). (2024). *Health KPI dashboard: Indicator 2094 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (ปีงบประมาณ 2567)* [Data set], https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=2094&kpi_year=2567&lv=1&z=10
- Nasongo, J., Wamocha, L., Khasakhala, E., Poipoi, M., Musera, G., Ali, U., & Kemei, J. (2024). The psychosocial support offered to pregnant teenage girls and teenage mothers in Bungoma County, 2019–2021. *Athens Journal of Psychology*, 1, 1-12.
- Rezaie, R., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Nemati, F., & Mirghafourvand, M. (2021). The effect of self-care counseling on health practices of adolescent pregnant women: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, Article 726. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04203-8>
- Sangsawang, B., & Sangsawang, N. (2025). Postpartum depression, social support and quality of life between adolescent and adult mothers in six months postpartum in the COVID-19 pandemic: Longitudinal comparative study. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication.
- Suwan-ampa, T., & Purksametanan, T. (2024). The accessibility to reproductive healthcare services for teenagers in Bangkok’s urban community. *Thai Journal of Public Health*, 54(2), 860-873. https://www.ph.mahidol.ac.th/thjph/journal/54_2/02.pdf

- Turner, R. J., Grindstaff, C. F., & Phillips, N. (1990). Social support and outcome in teenage pregnancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1), 43-57.
- UNICEF Thailand. (2023, July 10). *National survey shows progress in breastfeeding, adolescent births and violence worrying*. <https://www.unicef.org/thailand/press-releases/national-survey-shows-progress-breastfeeding-adolescent-births-and-violence-worrying>
- Widman, L., Nesi, J., Kamke, K., Choukas-Bradley, S., & Stewart, J. L. (2018). Technology-based interventions to reduce sexually transmitted infections and unintended pregnancy among youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 62(6), 651-660.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.021>
- Wong Shee, A., Frawley, N., Robertson, C., McKenzie, A., Lodge, J., Versace, V., & Nagle, C. (2021). Accessing and engaging with antenatal care: An interview study of teenage women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), Article 693. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04137-1>
- Zhu, C., Zeng, R., Zhang, W., Evans, R., & He, R. (2019). Pregnancy-related information seeking and sharing in the social media era among expectant mothers: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(12), e13694. <https://www.jmir.org/2019/12/e13694/>