

การสำรวจการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ Survey of Husband Participation in Caring for Pregnant Muslim Teenagers

ฮัสนาฮ์ โต๊ะฮา^{1*}, เสาวคนธ์ ภัคดี², และ โสเพ็ญ ชุนวาล³
Hasna Tohpa^{1*}, Sowakon Pakdee², and Sopen Chunuan³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
¹Faculty of Nursing; Prince of Songkla University, Pattani Campus

²กลุ่มจัดการความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
²Public Health Technical Officer; Regional Health Promotion Center

³ภาควิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
³Department of Maternal-Infant Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing; Prince of Songkla University

ติดต่อผู้เขียน hasnatohpa@gmail.com

ส่งบทความ 27 ธันวาคม 2559 | แก้ไข 5 พฤษภาคม 2560 | ตอปรับ 11 พฤษภาคม 2560 | เผยแพร่ 29 มีนาคม 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ สามีของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปัตตานี จำนวน 306 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ 2) ด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ 3) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96 สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน (\bar{X} =3.01, S.D.=0.94) คือ ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ (\bar{X} =3.56, S.D.=0.63) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ (\bar{X} =2.94, S.D.=1.03) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง (\bar{X} =2.83, S.D.=1.06) และด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ (\bar{X} =2.73, S.D.=1.04) สำหรับขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทั้ง 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน (\bar{X} =3.09, S.D.=1.34; \bar{X} =2.96, S.D.=0.96; \bar{X} =2.98, S.D.=0.96 ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของสามี, การดูแล, สตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์

Abstract

This survey research aimed to explore level of husbands s' participation in care for teenage pregnant muslim women. Participants are 306 husbands having teenage pregnant muslim women were purposively selected. A set of two questionnaires, i.e., 1) Demographic Data form for teenage pregnant muslim women that include her health status during pregnancy 2) Husbands s' Participation in Care for Teenage Pregnant Muslim Women Questionnaire (HPCTPW) was developed. The HPCTPW consisted of 4 dimensions of care participation, i.e., 1) pregnancy acceptance, 2) nutritional behavior, 3) making relationship, and 4) complication prevention during pregnancy. All instruments were evaluated for their content validity by a panel of three experts. The reliability of the HPCTPW was tested yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that overall mean score of husbands s' participation in care for teenage pregnant muslim women were at a moderate level, (\bar{X} =3.01, S.D.=0.94) including pregnancy acceptance (\bar{X} =3.56, S.D.=0.63) and complication prevention during pregnancy (\bar{X} =2.94, S.D.=1.03) relationship (\bar{X} =2.83, S.D.=1.06) and nutritional behavior. (\bar{X} =2.73, S.D.=1.04) Considering all three phases of participation in care for teenage muslim women during pregnancy (planning, implementation, and evaluation), the results revealed that husband reported a moderate level

of all three phases of participation in care (\bar{X} =3.09, S.D.=1.34; \bar{X} =2.96, S.D.=0.96; \bar{X} =2.98, S.D.=0.96 respectively). The results can be used as baseline information for enhancing husbands' participation in care for teenage pregnant muslim women.

Keywords: husbands' participation, care, pregnant muslim teenagers

■ บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องสำคัญสำหรับทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย พบว่า ในปี 2556 มีเด็กวัยรุ่นคลอดบุตรในอัตราส่วน 54 คน ต่อ 1 แสนประชากรหรือเฉลี่ยอัตราการก่อนคลอดบุตรวันละ 365 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับที่สองของโลก และเป็นอันดับหนึ่งของทวีปเอเชีย (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2557) ถือเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และกรมอนามัยกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดปัตตานีก็มีแนวโน้มใกล้เคียงกับของประเทศไทยเช่นเดียวกัน คือ เพิ่มจากร้อยละ 12.6 เป็นร้อยละ 22.6 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2558) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในระยะคลอด พบว่า มีโอกาสเกิดการคลอดยากเนื่องจากศีรษะไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานของมารดา ทำให้อัตราการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องอยู่ในระดับสูง ระยะหลังคลอดอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอด (บรรพจน์ สุวรรณชาติ และ ประภัสสร เอื้อลิตชวงศ์, 2550; ยูซูป นิมะ และ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2550) นอกจากนี้ พบว่า มีผลกระทบด้านจิตใจ คือ การเกิดความเครียดสูง เนื่องจากการเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาที่ต้องดูแลตนเองและทารกในครรภ์ เกิดความขัดแย้งในใจระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ขาดการยอมรับจากครอบครัว และเกิดความทุกข์ที่ต้องแยกจากกลุ่มเพื่อน ส่วนด้านอารมณ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายทำให้อารมณ์แปรปรวนง่าย มีความรู้สึกกลัวต่อภาพลักษณ์ของตนเอง และซีเมเศร้า นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การถูกตำหนิจากสังคม การถูกพักการเรียน การถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน บางรายกลายเป็นมารดาเพียงลำพัง (เนตรชนก แก้วจันทา, 2555) การเปลี่ยนแปลงลักษณะการเป็นครอบครัวเดียวเป็นเหตุผล

สำคัญที่ทำให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ขาดความรู้ในการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด การเลี้ยงบุตรและขาดการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแล ส่งผลให้ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า ในปัจจุบัน พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้งานอนามัยแม่และเด็กพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดโดยเน้นให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามีซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้องเหมาะสม มีกำลังใจและมีความสุข ช่วยให้ผ่านพ้นวิกฤตและมองเห็นคุณค่าของการตั้งครรภ์ทำให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีการปรับตัวให้มีแบบแผนการดำรงชีวิตที่เหมาะสมเพื่อให้ตนเองและบุตรในครรภ์มีสุขภาพดี ดังนั้นสามีจึงถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะคอยช่วยเหลือและสนับสนุนให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ได้ดี แต่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์น้อยมาก นอกจากนี้พบว่าไม่ครอบคลุมประเด็นการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์

■ คำถามการวิจัย

การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ด้านการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับใด

■ วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม ซึ่งกล่าวไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีชีวิต สุขภาพดี ทั้งภาวะปกติและภาวะ

เจ็บป่วย (Orem, 2001) สำหรับการตั้งครรรภ์การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเป็นผลจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ต้องปรับให้เหมาะสม สอดคล้องกับระยะพัฒนาการ สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซึ่งยังไม่มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาความสามารถจากบุคคลอื่น สามีซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด เป็นบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจเมื่อมีการตั้งครรภ์ขึ้นสามีต้องมีส่วนร่วมในการดูแลโดยมีความตระหนักถึงการกระทำกิจกรรมร่วมกับสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์อย่างมีเป้าหมายและวางแผนในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ซึ่ง โอเร็ม เรียกว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยสามีจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลในการกระทำอย่างจริงจัง ซึ่งโครงสร้างความสามารถในการดูแลแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power component) และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติ (capabilities for self-care operation) ซึ่งมี 3 ระดับ ด้วยกัน คือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) ซึ่งความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ และ 3) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ การตั้งครรภ์ไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะสุขภาพและตามระยะพัฒนาการ คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ตามทฤษฎีของโอเร็มการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปและการดูแลตามระยะพัฒนาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ของชีวิตและพัฒนาเข้าสู่วุฒิภาวะของการเป็นมารดา เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการที่อาจเกิดในระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์จึงควรมีกิจกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการที่ถูกต้องดังนี้ คือ ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ ด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งได้ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม โดยเลือกใช้โครงสร้างความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เนื่องจากเห็นว่าความสามารถในระดับดังกล่าวเป็นความสามารถที่เฉพาะ

เจาะจง และการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้มีการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง โดยสามีต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ ครอบคลุมกิจกรรมการดูแล 4 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ 2) ด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ 3) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในขณะตั้งครรภ์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ เป็นการมีส่วนร่วมของสามีในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อสนับสนุนให้สตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการยอมรับการตั้งครรภ์ เช่น ยอมรับว่าตนเองตั้งครรภ์และบอกกล่าวผู้อื่นให้รู้ว่ากำลังตั้งครรภ์และเกิดความภาคภูมิใจว่ากำลังจะมีบุตร

2. ด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ เป็นการมีส่วนร่วมของสามีในการวางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผล ในการกำหนดกิจกรรมเพื่อการบริโภคของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้ได้รับสารอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มที่เหมาะสมเพียงพอต่อความต้องการในขณะตั้งครรภ์

3. ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง เป็นการมีส่วนร่วมของสามีในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อสนับสนุนให้สตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้พบปะกับญาติๆ และเพื่อนๆ ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้การช่วยเหลือถ่ายทอดความรู้ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์

4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในขณะตั้งครรภ์ เป็นการมีส่วนร่วมของสามีในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และประเมินผลเพื่อสนับสนุนให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในขณะตั้งครรภ์ เช่น การมีเลือดออกทางช่องคลอด อาการบวมที่มือและเท้า อาการตาพร่ามัว เป็นต้น

■ วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ประชากร คือ สามีของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี จำนวนทั้งสิ้น 1,304 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่งในจังหวัดปัตตานี จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 306 คน

ดังตารางที่ 1

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = สามีของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดปัตตานี
 มีจำนวนทั้งหมด 1,304 คน
 e = ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

แทนค่าได้ ดังนี้

$$n = \frac{1,304}{1+1,304(0.05)^2}$$

$$n = 306$$

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนสามีของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
เมือง	รุษะมิแล	460	108
โคกโพธิ์	บางโกระ	99	23
แม่ลาน	ป่าไร่	40	9
ไม้แก่น	ไม้แก่น	61	14
มายอ	สะก้ำ	75	18
กะพ้อ	ปล่องหอย	41	10
หนองจิก	ยาบี	71	17
ปะนาเระ	บ้านน้ำบ่อ	73	17
ยะหริ่ง	บางปู	104	25
สายบุรี	ตะบิ้ง	81	19
ยะรัง	ประจัน	117	27
ทุ่งยางแดง	พิเทน	82	19
	รวม	1,304	306

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำมีจำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 คือแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลภรรยาตั้งครรภ์วัยรุ่น ของ วรลักษณ์ คุณวุฒิ (2554) แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับวัดการมีส่วนร่วมของสามีในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้งหมด 54 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ 17 ข้อ 2) ด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ 15 ข้อ 3) ด้านสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง 12 ข้อ

และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 15 ข้อ ครอบคลุมการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ และ 3) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ คำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติมากที่สุด
- 4 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติมาก
- 3 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติปานกลาง
- 2 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติน้อย
- 1 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน

การแปลผลค่าคะแนนการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยรวมและรายด้าน ใช้เกณฑ์การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยมีคะแนนแบบสอบถามที่กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้น นำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งจำนวน 3 ระดับ ดังนี้

3.68–5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง

2.34–3.67 หมายถึง การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์อยู่ในระดับ ปานกลาง

1.00–2.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และการหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับสามีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.96 รายด้าน 4 ด้านอยู่ระหว่าง 0.82-0.95 โดยค่าความเที่ยงในแต่ละด้านมีความเที่ยง ดังนี้ 1) ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.82 2) ด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.92 3) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง เท่ากับ 0.87 และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการทดสอบมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยรวม และรายด้าน โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 16-20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 68.30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 81.70 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 75.49 มีรายได้ช่วง 3,000-6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 76.14 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 95.75 และไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล ร้อยละ 72.55 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=306)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
16-20	209	68.30
21-40	90	29.41
41-60	7	2.29
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	8.17
มัธยมศึกษาตอนต้น	250	81.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	1.96
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	25	8.17
อาชีพ		
รับราชการ	5	1.63
รับจ้าง	231	75.49
ค้าขาย	62	20.26
กำลังศึกษา	8	2.61
รายได้ (บาท)/เดือน		
<3,000	8	2.61
3,000-6,000	233	76.14
>6,000	65	21.24

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=306) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	13	4.25
ไม่เพียงพอ	293	95.75
สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล		
มี	84	27.45
ไม่มี	222	72.55

2. การมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ($\bar{X}=3.01$, S.D.=0.94) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมาชิกมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=3.56$, S.D.=0.63) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.94$, S.D.=1.03) ด้านการบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.73$, S.D.=1.04) และด้านการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ($\bar{X}=2.83$, S.D.=1.06) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของสมาชิกตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่า สมาชิกมีการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล และปรับเปลี่ยนการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ใน

ขั้นตอนการวางแผนอยู่ในระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=3.05$, S.D.=1.15) ส่วนด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.94$, S.D.=1.03) ด้านบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.82$, S.D.=1.03) และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ($\bar{X}=2.80$, S.D.=0.89) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติจำแนกตามรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=3.48$, S.D.=0.60) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.87$, S.D.=1.12) ด้านบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.70$, S.D.=1.06) และด้านการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ($\bar{X}=2.82$, S.D.=1.06) ดังแสดงในตารางที่ 3

ขั้นตอนการติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ในขั้นตอนการติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติจำแนกตามรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=3.48$, S.D.=0.72) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.91$, S.D.=0.84) ด้านบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.68$, S.D.=1.04) และด้านบริโภคที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ($\bar{X}=2.68$, S.D.=1.04) และด้านการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.88$, S.D.=1.24) ดังแสดงในตารางที่ 3

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ในขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีรายละเอียดดังนี้ การวางแผน ($\bar{X}=3.71$, S.D.=0.62) การลงมือปฏิบัติ ($\bar{X}=3.71$, S.D.=0.62) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ ($\bar{X}=3.70$, S.D.=0.63) ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้านจำแนกตามขั้นตอนการปฏิบัติ (n=306)

การมีส่วนร่วมของสมาชิก	\bar{X}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์	3.56	0.63	ปานกลาง
การวางแผน	3.72	0.57	สูง
การลงมือปฏิบัติ	3.48	0.60	ปานกลาง
การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ	3.48	0.72	ปานกลาง

2005) นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้สามีได้เข้ามาช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่สตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาและแนะนำสามีให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการดูแลทารกซึ่งเป็นการช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์และเป็นแรงเสริมทางบวกที่ส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาของสตรีวัยรุ่นได้ เนื่องจากสามีเป็นบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์เพราะการมีส่วนร่วมของสามีจะทำให้สตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับรู้ถึงความสนใจความเอาใจใส่ ความรักใคร่ผูกพันของสามีซึ่งช่วยลดความเครียดของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้

ดังนั้นคลินิกฝากครรภ์จึงควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลบุตรจะทำให้สตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดีและมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดโปรแกรมการสอนร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีซึ่งเป็นสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งแวดล้อมหนึ่งของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่จะส่งเสริมกระบวนการรับรู้ของสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

■ ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสุขภาพควรประเมินการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์เพื่อเป็นแนวทางในการกระตุ้นให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่
2. ควรส่งเสริมการบริการสุขภาพที่บ้านโดยเน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อให้สตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข
3. เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ควรหาแนวทางการเสริมพลังอำนาจให้สตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ชักชวนให้สามีเข้ามามีบทบาทในการดูแลขณะตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

■ เอกสารอ้างอิง

นูซรี อีมมาก, พักตร์พีไล ศรีแสง, และ สุวรรณีย์ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธ์กับทัศนคติระหว่างคู่สมรสการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(4), 55-63.

เนตรชนก แก้วจันทา. (2555). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ปัจจัยผลกระทบและการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 83-90.

บรรพจน์ สุวรรณชาติ, และ ประภัสสร เอื้อลิตขุวงศ์. (2550). อายุของมารดากับผลของการคลอด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 50(2), 4-47.

ยุชูป นิเมะ, และ สุภัทร อาสุวรรณกิจ. (2550). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วรัลภรณ์ คุณวุฒิ. (2554). *การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลภรรยาตั้งครรภ์วัยรุ่น* (สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2557, กุมภาพันธ์ 17). *ไทยแชมป์ท้องไม่พร้อม 'อันดับ 1 ในเอเชีย-ที่ 2 ของโลก*. *ไทยรัฐ*. น. 1.

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557, กรกฎาคม 4). *สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทยปี 2556*. สืบค้นจาก http://dcy.go.th2webnew/uploadchild/cld/download/file_th_20152002002459_1.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2558). *รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี*. ปัตตานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี.

Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2002). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.

Diemer, G. A. (1997). Expectant fathers: Influence of perinatal education on stress, coping, and spousal relations. *Research in Nursing & Health*, 20, 281-293.

Moore, M. L. (1983). *Realities in childbearing*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practices* (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

Pollock, M. A., Amankwaa, L. C., & Amankwaa, A. A. (2005). First-time fathers and stressors in the postpartum period. *The Journal of Perinatal Education*, 14(2), 19-25.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper & Row.