

การพัฒนาตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย

A structural equation model development of variables that effect to depression among pregnancy of Thai adolescent

สมศรี นวรัตน์¹ ดร. วรณโณ พงสุวรรณ² ดร. บัณฑิต พังนรินทร์³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ 1) เพื่อพัฒนาตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของ ตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย 2) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 3) เพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรง ทางอ้อมและอิทธิพลโดยรวมของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า รูปแบบการวิจัยเป็นแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 418 คน และงานวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญหรือแม่วัยรุ่นที่พบสิ่งที่มีปัญหาหรือพบข้อน่าสังเกต จำนวน 25 คน โดยศึกษากับ 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) การสนับสนุนสุขภาพทางร่างกายและทางการแพทย์ 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) ความเครียด และ 5) ภาวะซึมเศร้า การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS และ LISREL ผลการวิจัยพบว่า 1) ตัวแบบในการดูแลแม่วัยรุ่นซึ่งมีองค์ประกอบ “1D4S” (Depression, Somatic and Medicine support, Social support, Self-esteem, and Stress) 2) สมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ 3) การรับรู้ข้อมูลการสนับสนุนสุขภาพทางร่างกายและทางการแพทย์มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกและอิทธิพลทางอ้อมเชิงลบต่อตัวแปรภาวะซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.16 และ -0.14 ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงลบและมีอิทธิพลโดยรวมเชิงลบต่อตัวแปรภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล -0.31 และ -0.47 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงลบและอิทธิพลโดยรวมเชิงลบต่อตัวแปรภาวะซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล -0.30 และ -0.27 และตัวแปรความเครียดมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวก และมีอิทธิพลโดยรวมเชิงบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.84 และ 0.84 แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนา ตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้น ภาวะซึมเศร้า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

¹ นักศึกษาระดับปริญญาเอก สาขาวิชาานวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ปรึกษาคณะผู้บริหาร

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประธานโครงการปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาานวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา อาจารย์ที่ปรึกษาคณะผู้บริหาร

Abstract

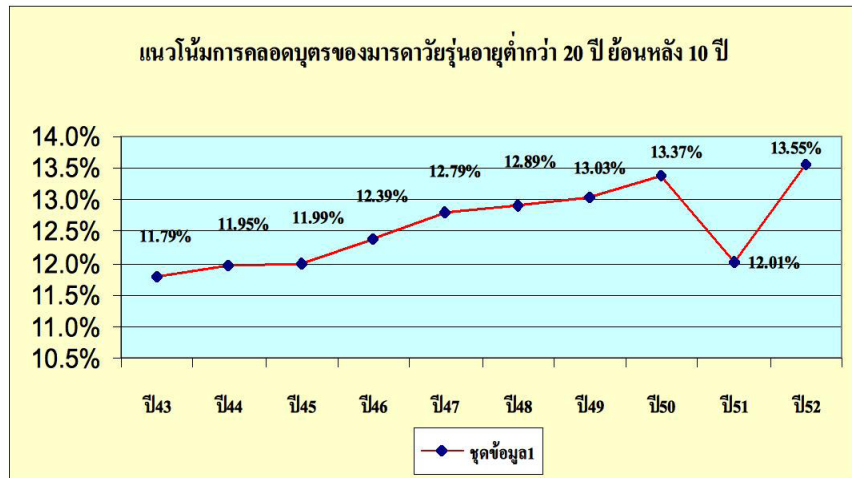
The three objectives of this study were: 1) to develop the structural equation model of variables that affected on the depression in the pregnant duration of Thai adolescents; 2) to examine the t of the developed model and empirical data; and 3) to investigate the direct, indirect, and total effects of variables that influenced to the depression. Both of mixed quantitative and qualitative approaches were conducted. A set of 418 Thai pregnant adolescents, from 8 hospitals in Phetchaburi province, were used in quantitative research. In addition, 25 crucial informants with in-depth interviewing technique were used in qualitative research. Five variables were employed in this study, namely 1) Somatic and medical supporting, 2) Self-esteem, 3) Social supporting, 4) Stress, and 5) Depression. Both programs of SPSS and LISREL were used for data analysis. Research findings were as follows: 1) The "Teen Moms Care" model consisted of "1D4S" (Depression, Somatic and medical supporting, Social supporting, Self-esteem, and Stress); 2) The structural equation model affecting depression during the pregnancy of the respondents t with the empirical data; and 3) The perception of information about somatic and medical supporting had positive direct effect with coefficient of 0.16, and negative indirect effect with coefficient of 0.14 on the depressions. Moreover, self-esteem had both negative indirect and negative total effects on the depression with the coefficients of 0.31 and -0.47 as well as social support had negative indirect effect and negative total effect on the depression with the coefficients of -0.30 and -0.27. In the nal, stress had positive direct effect and positive total effect towards the depression with the coefficient of 0.84 and 0.84 and at the .05 level of significance.

Keywords: Development Sstructural Equation Model Depression Adolescent Pregnancy

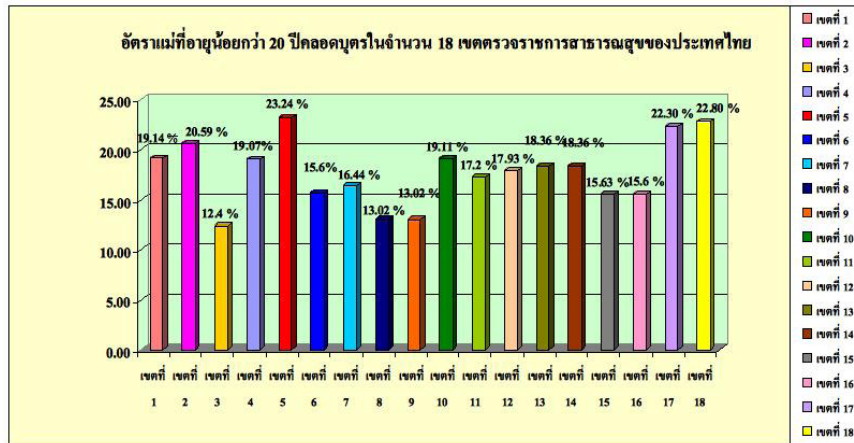
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร และประชุมวิชาการในหัวข้อเรื่องวัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนดปัญหาที่ทำทาสังคมไทย ประกอบกับกระแสการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมไทย โดยในเดือนตุลาคม ปี 2553 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดทำร่างยุทธศาสตร์ เพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ร่วมกับภาครัฐและเอกชนให้เป็นวาระแห่งชาติ ได้ขอความเห็นชอบในร่างยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนไทย ได้ประกาศปัญหานี้เป็นวาระ

แห่งชาติ และจากเกณฑ์อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2004) ได้กำหนดเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี บริบูรณ์ที่ตั้งครรภ์ต่อหญิงทุกกลุ่มอายุที่ตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 10 (WHO, 2004) จากสถิติข้อมูลจากรายงานเฉพาะกิจของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวใน 10 ปี ย้อนหลัง พบอัตราการคลอดของแม่ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง โดยในปี 2543 อัตราแม่อายุน้อยกว่า 20 ปี พบร้อยละ 11.79 จากนั้นมาอีก 10 ปี คือ ปี 2553 เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.5 (สำนักทะเบียนกรมการปกครอง, 2554) ภาพ 1 และภาพ 2

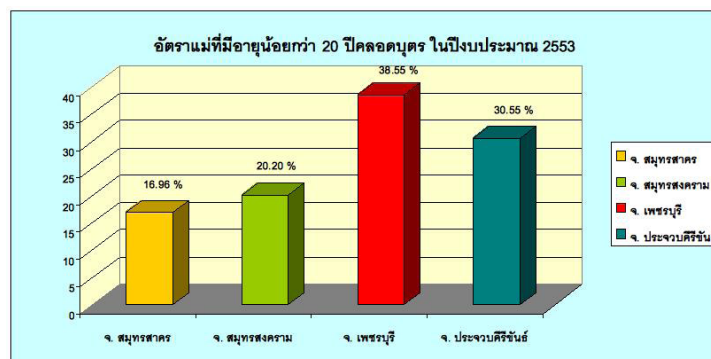


ภาพ 1 อัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีย้อนหลัง 10 ปี



ภาพ 2 อัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีใน 18 เขต

ข้อมูลจากเขตตรวจราชการสาธารณสุขจำนวน 18 เขตพื้นที่ของประเทศไทยพบว่าเขตตรวจราชการสาธารณสุขเขต 5 มีอัตราสูงถึงร้อยละ 28.24 (รายงานเฉพาะกิจ รพ.สลายใยรักแห่งครอบครัวปี 2553) มีอัตราสูงที่สุด เป็นอันดับหนึ่งในประเทศไทยในปัจจุบันประมาณ 2553



ภาพ 3 อัตราแม่อายุต่ำกว่า 20 ปีคลอดบุตรเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

เมื่อวิเคราะห์ที่ลดลงในเขตตรวจราชการ สาธารณสุขพื้นที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด พบว่าจังหวัดเพชรบุรีมีอัตราแม่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีอัตราสูงที่สุดร้อยละ 38.55 เป็นอันดับหนึ่งในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 และเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย จากความชุกของปัญหา และความสำคัญของปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเลือกจังหวัดเพชรบุรีเป็นตัวแทนของเพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในภาพ 3

จากการศึกษาของ สุวชัย อินทรประเสริฐ และ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล (2539) พบว่าวัยรุ่นในระหว่างตั้งครรภ์มีปัญหาทุกด้านโดยเฉพาะด้านจิตใจ เนื่องจากวุฒิภาวะ ยังไม่มีความเป็นผู้ใหญ่เพียงพอ มีจิตใจและอารมณ์ที่ไม่มั่นคง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ยังไม่มีความพร้อมที่จะเป็นแม่ มีปัญหาการหย่าร้าง มีบุตรที่ไม่มีบิดา ทารกที่เกิดมา เป็นบุตรที่ไม่ปรารถนา ถูกทอดทิ้ง ถูกทารุณกรรม เมื่อโตขึ้นมีโอกาสมีนิสัยก้าวร้าว เกรและมีปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการคลอดบุตรในจำนวนที่สูงมาก ทารกที่คลอดจากแม่วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่ามาตรฐาน ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 1-3 เดือน จึงเสียค่าใช้จ่ายสูงเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่เหมาะสมคืออายุระหว่าง 20 - 35 ปี เสียค่าใช้จ่ายเพียงร้อยละ 5,000 บาท (อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2553) จากข้อมูลของ ธรานิป โคละทัต (2551) ได้แสดงถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดและเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากมารดาวัยรุ่น ค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลทั่วไปของประเทศไทยในเวลา 1 ปี พบว่าเสียค่าใช้จ่ายเป็นเงินจำนวน 1,992,025,000 บาท ซึ่งเป็นเงินจำนวนมากมายนับมหาศาล ถ้าทำให้แม่วัยรุ่นมีสุขภาพดีในขณะตั้งครรภ์จะเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง ส่งผลให้เกิดการประหยัดค่าใช้จ่ายของภาครัฐซึ่งจะส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมากด้วย

การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นเป็นความเสี่ยงทั้งร่างกายที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ และปัญหาจิตใจทั้งของต้นและคนในครอบครัว ที่สำคัญคือของมารดาวัยรุ่นไม่มีความพร้อมต่อการตั้งครรภ์ ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดตามมาตลอดการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความคับข้องใจไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ได้ เกิดความเครียดสูง จากความรู้สึกผิด รู้สึกเสียใจ รู้สึกโกรธและรู้สึกตนเองไร้คุณค่า วิดกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าตามมาภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ตั้งครรภ์ทำให้เกิดปัญหาต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมระบบเศรษฐกิจทั้งระดับครอบครัวถึงระดับชาติ (Warren, 2008) จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง ตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย เนื่องจากแม่วัยรุ่นและบุตรเป็นทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource) สมควรได้รับการเอาใจใส่ และสนใจเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยมีลักษณะอย่างไรและมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่
2. ตัวแปรใดบ้างที่มีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลโดยรวมต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย และตรวจสอบความสอดคล้องของตัวแบบที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลโดยรวมของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย

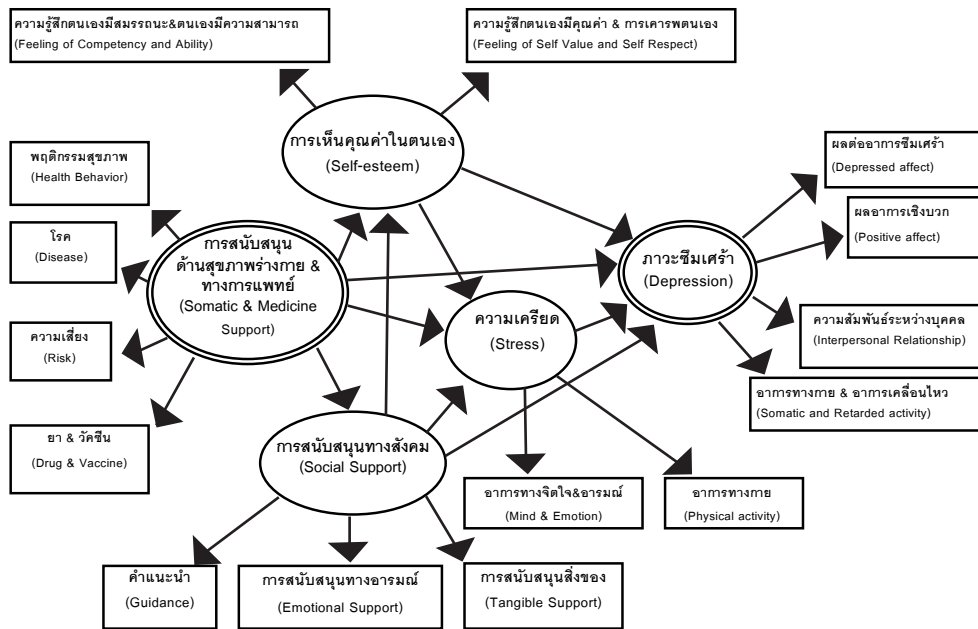
สมมติฐานการวิจัย

1. ตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. ตัวแปรที่นำมาศึกษาวิจัย มีอิทธิพลทางตรง มีอิทธิพลทางอ้อมและมีอิทธิพลโดยรวมต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาจากกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ 5 ตัวแปร ได้แก่

การสนับสนุนสุขภาพทางร่างกายและทางการแพทย์ (Somatic and Medicine Support) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ความเครียด (Stress) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ทฤษฎีส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender แนวคิดการส่งเสริมของพฤติกรรมแบบองค์รวม (Holistic Health Care) แนวคิดนโยบายโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวและงานอนามัยแม่และเด็ก ได้ทำการสังเคราะห์กรอบแนวคิดและงานวิจัยจากนักวิชาการหลายๆ ท่าน การพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ 4



ภาพ 4 กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย (Conceptual Framework of the Study) ดัดแปลงตัวแบบมาจาก Nirat-tharadorn (2005), Srisaeng (2003), Boland-Prom, (2004), Dormire (1992), Spears (2007), Ruppel (2001), Smith, (2007), Cristry , (2011)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีระหว่างงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method Research) ประชากรหรือหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) คือ วัยรุ่นไทยในระหว่างที่ตั้งครรภ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) การสุ่มตัวอย่าง

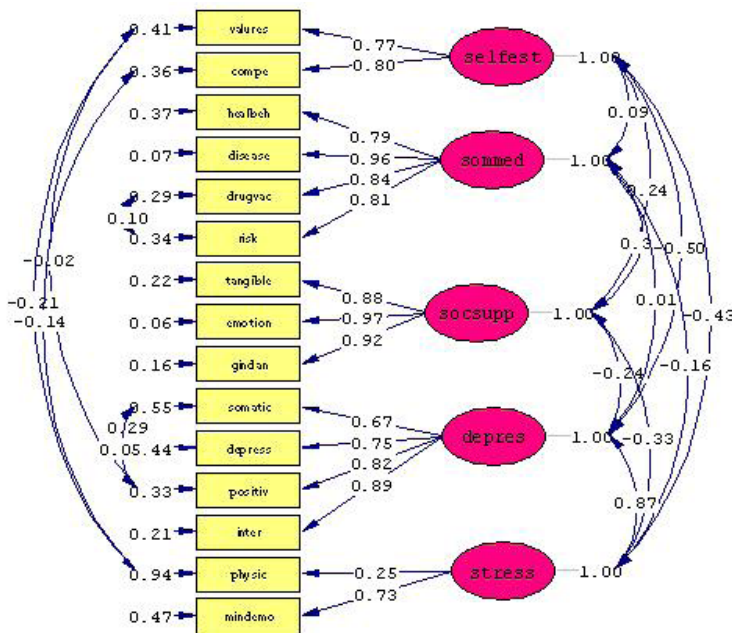
ใช้วิธีแบบง่าย (Simple random sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยเชิงปริมาณใช้แนวคิดของ Fan (2001) ที่เสนอแนะว่าการวิเคราะห์ห้วิธีการ SEM ขนาดของตัวอย่างที่เหมาะสมไม่ควรต่ำกว่า 400 คน มีความเหมาะสมในการทำวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม LISREL ขนาดของตัวอย่างในการวิจัย

ครั้งนี้มีจำนวน 420 ฉบับ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ 418 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างเก็บจากโรงพยาบาล 8 แห่งในจังหวัดเพชรบุรี ช่วง มกราคม 2554 – ธันวาคม 2554 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key informant) เพื่อมาสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 25 คน ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ สามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการตีความข้อมูล และหาความหมายที่แท้จริงชั้นลึกของพฤติกรรม รวมทั้งหาความหมายจากข้อมูลที่บอกร่วมกันกับการสังเกตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่นในระหว่างที่ตั้งครรภ์ เครื่องมืองานวิจัยเชิงปริมาณคือ แบบสอบถาม

ซึ่งมีทั้งหมด จำนวน 6 ตอน ตอนแรกเป็นข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ถึงตอนที่ 6 เป็นแบบมาตราส่วนระดับหรือระดับคะแนน (Rating Scale) เครื่องมือในงานวิจัยเชิงคุณภาพคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบมีโครงสร้างของข้อคำถามจากทั้ง 5 ตัวแปร

ผลการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้ได้ค้นพบตัวแบบ เรียกว่า ตัวแบบการดูแลแม่วัยรุ่น หรือ Teen moms care model ซึ่งมีองค์ประกอบคือ “1D4S” ได้แก่ Depression, Somatic and Medicine Support, Social Support, Self-esteem และ Stress ดังภาพ 5



Chi - Square = 119.70, df = 74, P - Value = 0.00061, RMSEA = 0.038

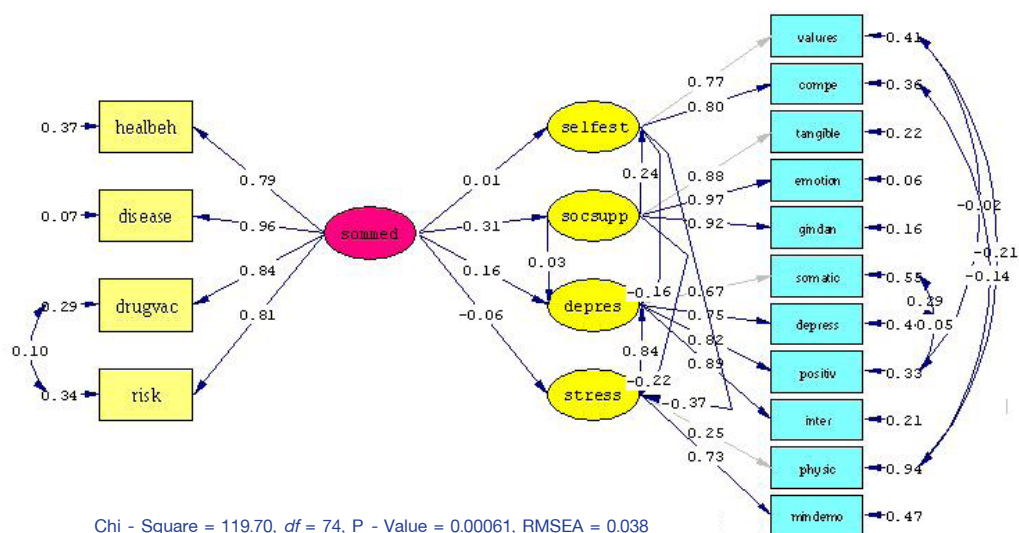
ภาพ 5 การแสดงองค์ประกอบของ Teen Moms Care Model

2. พบว่าตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย ตามข้อสมมติฐานหรือตามกรอบแนวคิดของการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการปรับโมเดล (Adjust Model) จำนวน 6 ครั้ง ผลของค่าสถิติทดสอบของแบบจำลอง

สมการโครงสร้างเชิงเส้นปรับแก้กับเกณฑ์มาตรฐานตามข้อเสนอแนะของ Joreskog & Sorbom(1996) พบค่าสถิติของแบบจำลองผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ทั้งหมดคือ ได้ค่า Relative χ^2 (χ^2 / df) = 1.61, Goodness of fit index (GFI) = 0.96, Adjusted goodness of fit index

(AGFI) = 0.94, Root Mean Squared Residuals (RMR) = 0.023, Standardized root mean squared residual (SRMR) = 0.042 Root mean squared error of approximation (RMSEA) = 0.038, p -value for test of close $t = 0.94$, Normed t index (NFI) = 0.98, Incremental t index (IFI) = 0.99, Comparative t index (CFI) = 0.99, Critical N (CN) = 295.80 อย่างไรก็ตามพบว่าค่า Likelihood Ratio Chi-Square Statistic (χ^2) ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากค่าสถิติดังกล่าว

มีความอ่อนไหวต่อการแจกแจงปกติพหุของตัวแปร (Multivariate normality) ถ้าขนาดของกลุ่มตัวอย่างเล็กการแจกแจงของสถิติทดสอบก็มักจะไม่ใช่ใกล้เคียงกับการกระจายของสถิติ χ^2 ที่เป็นมาตรฐาน ในทางตรงกันข้ามถ้าขนาดของตัวอย่างใหญ่มากเกินไปแบบจำลองที่มีความเป็นอิสระมาก (df) มักจะถูกปฏิเสธเสมอ ดังนั้นสถิติทดสอบ Likelihood Ratio Chi-Square Statistic (χ^2) จึงมีปัญหา การประเมินแบบจำลองในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ค่า Relative χ^2 (χ^2/df) ทดแทน ดังภาพ 6



ภาพ 6 แสดงแบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้นปรับโมเดล (Adjust Model)

1. ผลการศึกษาอิทธิพลทางตรง (Direct effect) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) และอิทธิพลโดยรวม (Total effect) ของตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย จำนวน 418 คน พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนสุขภาพทางร่างกายและการแพทย์ มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกและมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงลบต่อตัวแปรภาวะซึมเศร้าที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.16, -0.14 แต่ไม่มีอิทธิพลโดยรวม ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองไม่มีอิทธิพลทางตรงแต่มีอิทธิพลทางอ้อมเชิง

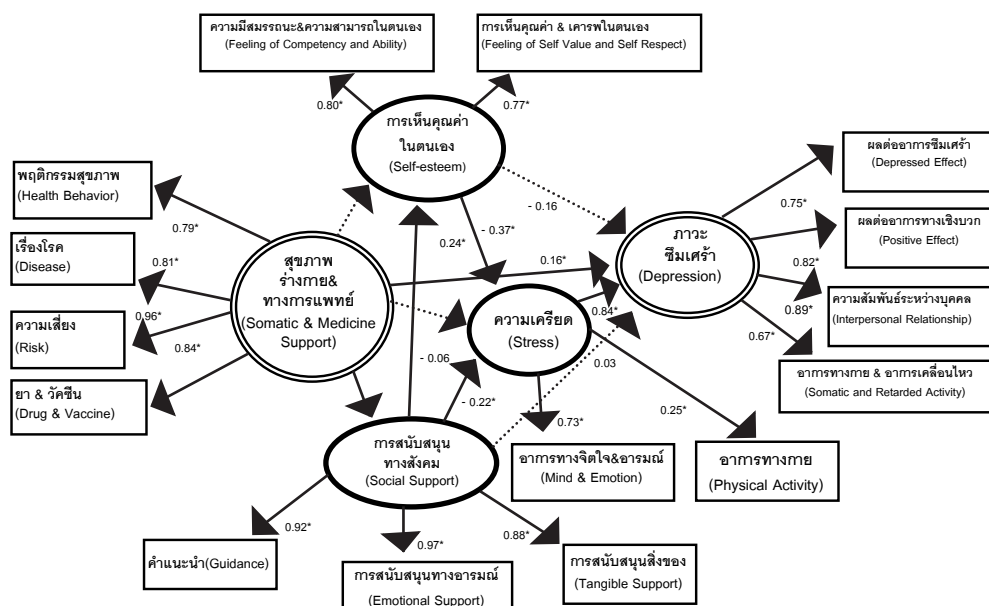
ลบและมีอิทธิพลโดยรวมเชิงลบต่อตัวแปรภาวะซึมเศร้าที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล -0.31, -0.47 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงลบและมีอิทธิพลโดยรวมเชิงลบต่อตัวแปรภาวะซึมเศร้าที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล -0.30, -0.27 แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรงและตัวแปรความเครียดมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกและมีอิทธิพลโดยรวมเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้าที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.84, และ 0.84 ตามลำดับ แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังภาพ 7 และตาราง 3

ตาราง 3

การวิเคราะห์ค่าพารามิเตอร์ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม

ตัวแปรตาม (Dependent variables)	R ²	อิทธิพล	ตัวแปรอิสระ (Independent variables)			
			ความเครียด (Stress)	สนับสนุนทาง สังคม	การเห็นคุณค่าใน ตนเอง	การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนสุขภาพทาง ร่างกายและทางการ แพทย์
ภาวะซึมเศร้า (Depression)	0.80	ทางตรง	0.84*	0.03	-0.16	0.16*
		ทางอ้อม	-	-0.30*	-0.31*	-0.14*
		โดยรวม	0.84*	-0.27*	-0.47*	0.01
ความเครียด (Stress)	0.24	ทางตรง	-	-0.22*	-0.37*	0.06
		ทางอ้อม	-	-0.09*	-	-0.10*
		โดยรวม	-	-0.31*	-0.37*	-0.16*
การเห็นคุณค่าใน ตนเอง (Self-esteem)	0.06	ทางตรง	-	0.24*	-	0.01
		ทางอ้อม	-	-	-	0.07*
		โดยรวม	-	0.24*	-	0.09
การสนับสนุนทาง สังคม (Social Support)	0.10	ทางตรง	-	-	-	0.31*
		ทางอ้อม	-	-	-	-
		โดยรวม	-	-	-	0.31*

* หมายถึงค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (Signicant)



* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพ 7 แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการปรับโมเดลแล้ว (Adjust Model)

จากภาพ 7 ตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยในจังหวัดเพชรบุรี ทำให้ค้นพบตัวแบบ “การดูแลแม่วัยรุ่น” หรือ Teen Moms Care Model ซึ่งมีองค์ประกอบ “1D4S” (Depression, Somatic and Medicine support, Social support, Self-esteem, Stress) ขณะเดียวกันผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกในงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าตัวแปรด้านการสนับสนุนสุขภาพทางร่างกายและทางการแพทย์ พบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่ถูกวิธี ไม่มีคุณภาพถูกต้องตามหลักโภชนาการ แต่บริโภคอาหาร ตามความต้องการของตนเอง เช่นไม่ชอบดื่มนม แต่ชอบดื่มน้ำอัดลมมากกว่าน้ำเปล่า ชอบผักและผลไม้หมักดองมากกว่าผลไม้สด ผักสด ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อน้ำหนักตัวไม่ขึ้นตามเกณฑ์ของอายุครรภ์ มีภาวะซีด การดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีพอ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เรื่องการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาเสริมไอโอดีน ไม่ชอบรับประทานอาหารที่เพิ่มความเข้มข้นของเลือด ไม่ชอบอาหารทะเลที่เพิ่มสารไอโอดีน ทำให้ขาดสารไอโอดีน ขาดการป้องกันโรค และยังมีปัญหาเรื่องหมู่เลือดRh ลบจำนวน 2 คน ซึ่งคนไทยส่วนใหญ่ 99% เป็นหมู่ Rh บวก การตั้งครรภ์แฝด จำนวน 2 คน แม่วัยรุ่นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีส่วนสูงไม่ถึง 150 จำนวน 3 คนแสดงถึงร่างกายยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ พบแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด คืออายุ 12 ปี ในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ รู้สึกตัวว่าทำ ความผิด รู้ว่าตนมีพฤติกรรมไม่ดีเพราะตั้งครรภ์ขณะอยู่ในวัยเรียน โดยพบจำนวนเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเปิดเผยว่ากำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ความภาคภูมิใจในตัวเองอยู่ในระดับต่ำลง ต้องออกจากโรงเรียน เรียนไม่สำเร็จ รู้สึกตัวว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความอายต่อเพื่อน ต่อคุณครู ต่อชาวบ้าน มองตนเองในแง่ลบ ไม่มี ความพึงพอใจต่อตนเองที่ตั้งครรภ์ ทำให้พ่อแม่เสียใจ อับอายขายหน้า ขาดการยอมรับจากสังคม ต้องเปลี่ยน

บทบาทตนเองจากเด็กนักเรียนกลายเป็นแม่วัยใสที่ตนไม่พึงประสงค์ มองตนเองในด้านลบ พบว่าสามีของแม่วัยรุ่นไม่ยอมรับทารกในครรภ์ว่าเป็นลูก พบจำนวน 8 คน แม่วัยรุ่นบางคนตกเป็นภรรยาที่ 2 ที่ 3 โดยไม่ทราบมาก่อนจำนวน 11 คน แม่วัยรุ่นบางคนคิดทำแท้ง บางคนลงมือทำแท้งด้วยวิธีกินยาขับฉี่ยาขับประจำเดือน เมื่อประจำเดือนไม่มาจึงแน่ใจว่าตั้งครรภ์ ทำให้มีความเครียดสูงมาก ฝ่ายชายไม่ให้การดูแลช่วยเหลือ ไม่ให้เงินค่าเลี้ยงดู ไม่ถามทุกข์สุข ไม่ให้กำลังใจ ส่วนใหญ่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความช่วยเหลือมากที่สุดจากแม่และยายช่วยเหลือในเรื่องที่อยู่อาศัย และการปลอบใจ ความห่วงใยให้การดูแล พามาตรวจที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด

ความเครียด (Stress) พบว่าเมื่อวัยรุ่นรู้ว่าท้องจะมีความเครียดสูงมาก นอนไม่หลับ วิตกกังวล ไม่มีความสุข กลัวความผิด ไม่กล้าบอกใคร กลุ่มใจมาก และอยากตาย ยิ่งรู้ว่าตนเองเป็นภรรยาที่ 2 ที่ 3 ไม่มีสมาธิ บางคนหนีออกจากบ้าน โรงเรียน ปวดศีรษะ บางคนสามารถปิดบังการตั้งครรภ์ได้ถึง 5 เดือน ยังสามีไม่ยอมรับเป็นพ่อของเด็กทารกในครรภ์ ทำให้มีความทุกข์มากต้องหลบซ่อน ปิดบัง พ่อ แม่ และโรงเรียน เพื่อนๆ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Depression) เมื่อรู้ว่าท้องไม่ยอมพูดกับใคร เบื่อหน่ายในชีวิต ท้อแท้ ชีวิตมีแต่ความทุกข์ อ้างว่าง โดดเดี่ยว ร้องไห้ทุกคืน นอนไม่หลับ นอนผวา ผันรำย อยากรู้คนเดียว ไม่อยากพบใคร ไม่อยากออกนอกบ้าน กลัวคนนินทา กลัวการคลอด มีความคิดอยากตาย เคยคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากความเครียดสะสม แก้ปัญหาไม่ได้ หาทางออกไม่ได้ จึงมีความทุกข์ทั้งทางร่างกายจิตใจ กลัวสังคม ไม่กล้าสู้หน้าคนในสังคม ไม่มีเงิน ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง สามีก็อยู่ในวัยเรียนเช่นกัน ต้องขอเงินจากพ่อแม่ทั้งสองฝ่าย ดังนั้นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จึงมีปัญหามากมายทั้งทางพฤติกรรมสุขภาพร่างกายและทางการแพทย์ (Somatic and Medicine support) คุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การช่วยเหลือจากสังคม(Social support) นำไปสู่ความเครียด (Stress) และภาวะซึมเศร้า (Depression)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการค้นพบตัวแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยในจังหวัดเพชรบุรี ทำให้ค้นพบตัวแบบที่เรียกว่า Teen Moms Care Model หรือ ตัวแบบในการดูแลแม่วัยรุ่นซึ่งมีองค์ประกอบ “1D4S” ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนสุขภาพทางร่างกายและทางการแพทย์ (Somatic and Medicine Support) มีปัจจัยประกอบไปด้วยพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ความเสี่ยง (Risk) โรค (Disease) ยาและวัคซีน (Drug and Vaccine) พบว่างานวิจัยมีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยของนักวิจัยหลายๆ ท่านในเรื่องความเสี่ยง (Risk) ในขณะตั้งครรภ์ของวัยรุ่น มีภาวะโลหิตจาง ขาดสารอาหาร ทูพโรซนาการ มีอายุน้อยกว่า 17 ปี การมาฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ โรคทางเดินปัสสาวะ ทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน มีภาวะแท้งซึ่งเกิดจากการทำแท้งด้วยตนเอง (อุกฤษฏ์ อุซุภาพ, 2553; บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์, 2550) เรื่องความสูง น้ำหนักตัวไม่ขึ้นตามเกณฑ์การตั้งครรภ์ มีการแท้ง การใช้ชีวิตที่ไม่ดี สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด เป็นโรคทางเดินปัสสาวะ เป็นโรคไทรอยด์เป็นพิษ มีปัญหาโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง ตั้งครรภ์แฝด มีพฤติกรรมไม่ฝากครรภ์ มีอายุ ระหว่าง 13 -17 ปี ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดการตั้งครรภ์ของWHO ไม่มีการวางแผนครอบครัว เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ เป็นการตั้งครรภ์ไม่มีความพร้อม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด มีประวัติการทำแท้ง ไม่มีพิธีแต่งงาน การถูกระทำความรุนแรง การถูกทารุณทางร่างกาย เป็นการกระทำรุนแรงทางกายภาพ ทางเพศ ถูกข่มเหงจากสามีพบมากที่สุด มีรายได้ต่ำ แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ (White, 2004; วสันต์ เวทย์วัฒน์ชัย, 2550; สุรเดช บุญเวทย์, จิราพร มงคลประเสริฐ และรัตนางามบุญรักษ์, 2550; Lapvongwatana, 2000)

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) พบว่าการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับนักวิจัยหลายๆ ท่าน พบวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่มีพิธีแต่งงาน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นวัฒนธรรมที่ไม่ดี การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการถูกลดคุณค่าตนเองและเป็นการสิ้นสุดชีวิตวัยรุ่น ต้องออกจากโรงเรียน เรียนไม่จบ ทำให้ไม่มีงานทำ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตที่เข้าสู่การใช้สารเสพติด และการนับถือตนเองที่ต่ำ (Nirattharadorn, 2005; Srisaeng, 2003; Spears, 2007) พบว่าปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดมโนทัศน์ต่อตนเอง (Self-concepts) ไม่มีพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ดี มีความยากจน การขาดการศึกษา ไม่ได้กลับไปเรียนหนังสือ ขาดแรงบันดาลใจ ขาดการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ในการเป็นแม่ การเผชิญปัญหาทางสังคม การสื่อสารที่ไม่ดี การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำส่งผลต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ (Neamsakul, 2008; Byrn, 2011)

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานของผู้วิจัยหลายๆ ท่านได้แก่ แม่วัยรุ่นมีการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย พบปฏิภริยาเชิงลบจากครอบครัว พบคำพูดเสียดลิมองด้วยสายตาแปลกๆ ถูกนินทาลับหลัง เปลี่ยนบทบาทจากนักเรียนไปเป็นมารดา เกิดความอับอายขายหน้า เปลี่ยนจากการเป็นลูกสาวไปเป็นแม่วัยรุ่น จากสาวโรงงานไปเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ว่างงาน มีปัญหาเจตคติต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต มีปัญหาทางเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ ไม่ได้ความช่วยเหลือจากสามี ครอบครัว ถูกทำร้ายอย่างรุนแรง ต้องการตักงาน การเป็นแม่มือใหม่ที่ไม่มีความรู้เรื่องดูแลทารกและดูแลตนเอง ถูกล่วงละเมิดทางเพศจนเกิดการตั้งครรภ์ ถูกสามีทอดทิ้ง สามีไม่ยอมรับการเป็นพ่อของทารก การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ มีพฤติกรรมเชิงลบโดยการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นหญิงที่ไร้บ้านขาดที่พักอาศัย ถูกให้ออกจากบ้าน ต้องออกจากโรงเรียน ขาดอาหาร ขาดเงินทองของใช้ การเข้าสู่กิจกรรมทำ

ผิดกฎหมาย ก่ออาชญากรรม (Kohorn, 2011; Neamsakul, 2008; Ruppel, 2001; Rebekah, 2008) พบวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องออกไปอยู่ลำพังกับสามี การขาดสารอาหาร ขาดเงินทอง ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีภาวะซึมเศร้า ถูกกระทำทารุณแรงในชีวิต การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ถูกผู้ชายทอดทิ้ง มีทัศนคติไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี การศึกษาต่ำ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลสูงต่อการเกิดตั้งครรภ์ ความยากจน ไม่มีความมั่นคงทางอาหาร มีเหตุการณ์เชิงลบในชีวิต ถูกกระทำทารุณทางร่างกาย ถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีปัญหาการเงิน ถูกเป็นที่รองรับอารมณ์ มีคุณภาพชีวิตต่ำ ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเป็นแม่ ขาดการสนับสนุนจากสามี จากครอบครัว จากกลุ่มเพื่อน ขาดข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ ขาดการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ปัจจุบันเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของแม่วัยรุ่นทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และภายหลังคลอดบุตร แม่วัยรุ่นขาดความตระหนักในเรื่องคุณค่าทางโภชนาการ การบริโภค สารอาหาร พฤติกรรมนิสัยการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องทั้งรูปแบบของมื้ออาหาร คุณภาพและปริมาณของอาหาร ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดการอำนวยความสะดวก มีปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัวของแม่วัยรุ่น สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ (Kimberly, 2009; Vo, 2008; Clutter, 2009; Chrzan, 2008; Hagelskamp, 2011)

ความเครียด (Stress) การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับนักวิจัยหลายๆ ท่านโดยพบว่า ตัวแปรความเครียดของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เกิดจาก การเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นแม่วัยรุ่นทำให้ไม่สามารถยอมรับความจริงได้ ได้รับความอับอาย ต้องออกจากโรงเรียน ได้รับผลกระทบจากสังคม รวมทั้งพบว่าแม่วัยรุ่นกลัวการคลอด กลัวพ่อ แม่ดูต่ำ และการตั้งครรภ์ในวัยเรียนส่งผลให้ไม่มีเงิน ไม่มีงานทำ มีผลให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ทุกขี้ใจมีความเครียดสูง มีอายุน้อยระหว่าง

15 -19 ปี ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกได้ดี มีอารมณ์เชิงลบ อารมณ์ในแง่ร้าย การถูกตำหนิของพ่อแม่ ส่งผลต่อความเครียดสูง สุขภาพจิตไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่น (Boland-Prom, Kimberly Wynn, 2004) ขณะเดียวกันยังพบอีกว่าความเครียด (Stress) การจัดการความเครียด (Coping) การปรับตัวในระหว่างตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นไม่ดี การเป็นแม่โดยไม่ตั้งใจ ทำให้เกิดความทุกข์จากการตั้งครรภ์ เกิดรอยมลทิน การปรับตัวไม่ได้ บางคนใช้กลยุทธ์ในเชิงลบโดยการถอยตัวหนีออกจากสังคม การกินอาหารมาก การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีความเหงา ระดับสูง (Loneliness) เศรษฐฐานะทางสังคมต่ำ มีความทุกข์ยากลำบาก ส่งผลต่อความเครียดของวัยรุ่นตลอดการตั้งครรภ์ (Borcherding, 2005; Golden, 2006; Smith, 2007)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) การวิจัยครั้งนี้ความสอดคล้องกับนักวิจัยหลายๆ ท่าน โดยพบปัจจัยจากวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Depression) เกิดความเครียด มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด มีความขัดแย้งในครอบครัว เกิดเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต มีปัญหาสถานะภาพสมรส เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ อายุที่น้อยและอยู่ในวัยเรียน ระดับการศึกษาต่ำ ถูกกระทำทารุณจากครอบครัว มีปฏิกริยาจากคู่นอนและครอบครัว มีพฤติกรรมเชิงลบจากสังคม เปลี่ยนบทบาทหน้าที่ พบว่าครอบครัวสามารถช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใน 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่องอนาคตของชีวิต เรื่องการไม่ใช้สารเสพติด เรื่องการช่วยเหลือให้สามารถเผชิญปัญหาในขณะที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จะส่งผลให้มีการลดภาวะซึมเศร้า ลดความเครียด ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งลดปัญหาทางเศรษฐกิจ ทางสังคม อาชีพ รายได้ของแม่วัยรุ่น (Hanson, 2001; Lapvongwatana, 2000; Creelman, 2002; Jean, 2005; Goddin, 2010; Gavin, 2004; Meighan, 2006) พบวัยรุ่น ที่ตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงของ

อารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจทางสังคม สุขภาพร่างกาย จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การทำงาน พฤติกรรมเสี่ยง การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การดื่มสุรา รายได้ ความยากจน สถานะทางสังคมที่ตั้งครรภ์ขณะอยู่ในวัยเรียน สถานะทางการเงิน เกรดเฉลี่ย ระดับการศึกษา การใช้ชีวิต ความกลัวการคลอด การเกิดรอยมลทิน การสูบบุหรี่ การใช้กัญชา การบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณภาพ เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผน การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง ปฏิกริยาเชิงลบจากคุณอนันและครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ การพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่น (Feltes, 2007; Sountorp. 2007; Warren, 2008; Gosdin, 2010; วรรณภา คงสุริยะนาวิณ, เบนจวรรณ คุณรัต นามารณ์ และ กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2553; Byrn, 2011; Meighan, 2006; Shelton, 2011; Angela, & Ekwoyie 2011)

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านการบริหาร ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับควรกำหนดนโยบาย(Policies) งานอนามัยแม่และเด็กให้ชัดเจน เป็นรูปธรรม มีกลยุทธ์ (Strategic) มีแผนงาน (Plans) และมีโครงการ (Projects) ที่เกี่ยวกับวัยรุ่นในระหว่างตั้งครรภ์ และสามารถนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติได้จริง (Policies Implementation) ในการดูแลแม่วัยรุ่นในระหว่างที่ตั้งครรภ์ ให้ได้รับการบริการที่ดี มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลซึ่งจะนำไปสู่การลดปัญหา ลดความเสี่ยง

ความเครียด ลดภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น

2.ด้านบริการ หน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ ไปทำโครงการหรือกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือ เยียวยาสำหรับแม่วัยรุ่นซึ่งมีปัญหา มีความเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพร่างกายและทางการแพทย์ (Somatic and Medicine support) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ความเครียด (Stress) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งการช่วยเหลือตามตัวแปรดังกล่าวจะส่งผลให้สุขภาพของแม่วัยรุ่นและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี แข็งแรงสมบูรณ์ ลดความเสี่ยง ลดโรคและมีความปลอดภัยทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังคลอด

3.ด้านวิชาการ การวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ โดยเฉพาะด้านสังคมศาสตร์ การแพทย์ โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่วัยรุ่นและทารกในครรภ์

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาวิจัยในแม่วัยรุ่นหรือวัยรุ่นระหว่างตั้งครรภ์ในตัวแปรอื่นๆ เช่น ตัวแปรความเหงา

2.ควรมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นๆ ที่แตกต่างไปจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยไปแล้ว

3.ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้า ความเครียด ของแม่วัยรุ่นหรือหญิงตั้งครรภ์ในสถานพินิจเด็กและเยาวชนและในเรือนจำในจังหวัดต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. (2554). รายงานเฉพาะกิจ รพ.สายใยรักแห่งครอบครัวปี (2553). ค้นเมื่อ 5 มกราคม 2554,

จากhttp://www.saiyairakhospital.com/newdemo/admin/user__report.html

ธราธิป โคละทัต. (2551). ผลกระทบต่อการคลอดก่อนกำหนด.การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารก.โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก เพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทย ครั้งที่ 1/2551. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลิขิตวงศ์. (2550). อายุมารดากับผลการคลอด. *ศรีนครินทร์ เวชสาร*, 22(4), 401 – 406.
- วรรณภา คงสุริยะนาวิณ เบญจวรรณ คุณรัตน์นาภรณ์ และ กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 88-99.
- วสันต์ เวทย์วัฒน์ชัย. (2550). การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น : กรณีศึกษา พ.ศ. 2546 – 2549 โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(1) (ม.ค.-มี.ค. 2551). (ฉบับเสริม4), 972-977
- สำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง. (2554). *สภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย*. ค้นเมื่อ 6 มกราคม, 2554, จาก http://www.m-society.go.th/document/statistic/statistic__5614.doc
- สุรเดช บุญยเวทย์ จิราพร มงคลประเสริฐ และรัตนา งามบุญรักษ์. (2550). วิทยาการระบาดและการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(2). (ฉบับเสริม 5), 1231-1241
- สุวชัย อินทรประเสริฐ และสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล.(2539).วัยรุ่นกับการตั้งครรภ์. *นิตยสารดวงใจพ่อแม่*, 1 (6), 25 – 27.
- อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ. (2553). *คำปาฐกถาเกียรติยศ เรื่อง วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อน ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น*. ค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.eppo.go.th/admin/cab/sp-2553>
- อุกฤษฏ์ อุสุภาพ. (2553). ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารแพทย์เขต 4 และเขต 5*, 29(2), 175-186.
- Angela, S. R. & Ekwonye U. (2011). *Adolescent Depression and social support, religiosity and spirituality in a faith-based high school*. Seton Hall University.
- Boland-Prom, K. (2004). *Control and social support variables during pregnancy and the development of depressive symptoms during the postpartum period*. (Doctoral dissertation, Portland State University
- Borcherding, K. E. (2005). *Coping in healthy pregnant women*. Saint Louis University.
- Byrn, M. A. (2011). *Gestational diabetes, Depression, and the impact on maternal child health outcomes*. Layola University Chicaco.
- Chrzan, J. A. “Social support and nutrition during adolescent pregnancy: Effects on health outcomes of baby and mother” (January 1, 2008). Dissertations available from Pro Quest. Paper AAI3309411.
- Creelman R..(Britton 2002). *Exposure to community violence and ten pregnancy risk: Toward establishing a model of their relationship*. Depaul University, Chicago, Illinois.
- Cristy L. Cahoon. (2011). *Attribution and Teenage Pregnancy: Inuence of Race on Blame and Policy Support*. University of Nevada.

- Dormire L. Sharon, (1992) *Adolescent Motherhood: The Human agency perspective*. University of Florida
- Fan, Y.W. (2001). Comparison of the ML and TSLS estimators for the Kenny-Judd model. In R.Cudeck, S. Du Toit & D. Sorbom (Eds.), *Structural equation modeling: Present and future* (pp. 425-442). Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Feltes A. Kathleen. (2007). *Depression, Anger, Anxiety and Smoking in Pregnant Adolescents*. The Degree of Doctor of Philosophy. Faculty of Nursing. University of Pittsburgh.
- Gavin R Amelia. (2004). *Depressive symptoms and birth outcomes in African American women: A socioeconomic position life course perspective*. University of Michigan.
- Golden Christine. (2006). *Mothers' parenting stress and its relationship to their help-seeking behavior*. Kent State University.
- Gosdin, M. (2010). *Postpartum Depression: A sociocultural Quantitative and Qualitative Analysis of Adolescent and Adult Hispanic Mothers*, University of North Texas. p.104.
- Hagelskamp Carolin Imtrud Adelheid. (2011). *Work-to-Family Linkages and Adolescent Parenting in Ethnically Diverse, Urban Families*. New York University.
- Hanson Shannon Green, (2001). *The Effects of Maternal Exercise, Depression and Stress on Preterm Birth in Low income, African American Women*. The Johns Hopkins University, Baltimore Maryland.
- Jean Morriss Susan. (2005). *Maternal smoking, depression, and adolescent smoking: Independent and additive effects*. Ph.D., University of Illinois at Chicago.
- Joreskog K.G.; & Sorbom, D. (1996). *LISREL 8: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International
- Kimberly Wynn. (2004). *Control and social support variables during pregnancy and the development of depressive symptoms during the postpartum period*. Portland State University.
- Kimberly Becknel Brodie. (2009). *Intrapersonal and Community-Related Influences of Rural Adolescent Pregnancy: A Mixed-Method Approach*. Walden University.
- Kohorn Isabelle Von. (2011). *Why Do Women Return to Smoking After Pregnancy? : An Application of the Theory of Planned Behavior*. Yale University
- Lapvongwatana Punyarat (2000). *Prenatal Risk Assessment for Low birth weight in Thai Mothers: Using the Neuman systems model*. University of Pennsylvania.
- Lynn, B. C. (2009). *Adolescent birth mothers after unintended pregnancy and infant open adaptation*. Indiana University
- Meighan Peter Conklin. (2006). *The Antithetical Effects of Matrix Metalloproteinase inhibition on hippocampal Plasticity Between Young-Adult and Aged-Adult Rodent*. The degree of Doctor. Washington State University College of Veterinary Medicine

- Neamsakul Wanwadee. (2008). *Unintended Thai Adolescent Pregnancy: A grounded Theory Study. The degree of Doctor of Philosophy in Nursing* .The University of California, SanFrancisco. p. 122,129, 135.
- Nirattharadorn Mayuree. (2005). *Self-Esteem, Social Support, and Depression in Thai Adolescent Mothers*. Mahidol University. p. 4, 6.
- Rebekah Smith, Hilary. (2008). *On her own: Young women's pathways to homelessness*. Arizona State University.
- Ruppel J. Kelly. (2001). *Health behavior of pregnant adolescent*. University of Missouri – St.Louis. p.6.
- Shelton Melissa Molinari.(2011). *The relationship of Mid-Pregnancy Levels of Cytokines, Stress, and Depression with Gestation Age at Delivery*.University of South Florida.
- Smith J. E. (2007). *Prenatal maternal stress and coping among vulnerable rural young women*. University of South Carolina.
- Sontrop J. M. (2007). *Prenatal and Postnatal Depressive symptoms in Relation to sh consumption and intake of Omega-3 Fatty Acids*. The university of Western Ontario London, Ontario , Canada.
- Spears Gwendolyn Verdelle.(2007). *An Examination of Psychosocial,Behavioral and Sociodemographic Factors Associated with Substance Use Among Pregnant Adolescents*. The degree of doctor of Philosophy, Philosophy in Nursing. University of California. Los Angeles.
- Srisaeng Pakvilai. (2003). *Self-esteem, Stressful Life Events, Social Support, and Postpartum Depression in Adolescent Mothers in Thailand*. The degree of Philosophy. Frances Payne Bolton School of Nursing. Case Western Reserve University.
- Vo Cindy Ngoc.(2008). *Pregnant and parenting teens' attitudes toward pregnancy and mother hood and their perceptions of social support*. Iowa State University.
- Jocelyn, T. W. (2008). *The Relationship between abortion and depression: Evidence from the National Longitudinal study of Adolescent Health*. Oregon State University.
- White Deborah Elizabeth. (2004). *Direct and Indirect Determinants of Low Birth Weight in a Large Canadian Urban Health Region*. The degree of doctor of Philosophy ,Faculty of nursing. University of Alberta. Edmonton Alberta.
- World Health Organization (2004). *Definitions;Adolescent Pregnancy*. Department of Reproductive Health and Research.