

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรม
ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กรกฎาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรม
ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย



ภัทธีรา สุริยการกุล

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กรกฎาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษาและคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ได้พิจารณาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยพะเยา

.....
(ดร.น้ำเงิน จันทรมณี)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....
(ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

กรกฎาคม 2560



กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ดร.น้ำเงิน จันทรมณี อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษา ค้นคว้า ด้วยตนเอง ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา และตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ เป็นอย่างยิ่ง จนการศึกษา ค้นคว้า ด้วยตนเอง สำเร็จ สมบูรณ์ ด้วยดี ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ ในด้านวิชาการ รวมถึงกลุ่มเป้าหมายนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ให้ความช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ที่มีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามได้ทั้งหมด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ภัทธีรา สุริยการกุล



ชื่อเรื่อง: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ผู้ศึกษาค้นคว้า: ภัทธีรา สุริยการกุล การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2560

อาจารย์ที่ปรึกษา: ดร.น้ำเงิน จันทรมณี

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาเชิงวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 73 คน เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึง เมษายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบไปด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน และความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบจำแนกทางเดียว One-Way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.70, $\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.50 และ $\bar{X} = 2.98$, S.D. = 0.61 ตามลำดับ) และมีความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.59$, S.D. = 0.40) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ได้แก่ ระดับการศึกษา และนักเรียนได้เงินไปโรงเรียนต่อเดือน มีความแตกต่างกัน การรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้แก่ นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองต่อวัน และต่อเดือน มีความแตกต่างกัน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ได้แก่ เพศ มีความแตกต่างกัน และความตั้งใจการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ระดับการศึกษา และนักเรียนมีคนที่ทำงานแล้ว มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ให้ดียิ่งขึ้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต่อไป

Title: HEALTH BELIEF MODEL AND INTENTION ON PREVENTION OF UNDESIRABLE SEXUAL BEHAVIORS
AMONG SECONDARY SCHOOL IN PASANG SUB-DISTRICT, WIANG CHIANG RUNG DISTRICT,
CHIANG RAI PROVINCE

Author: Pathira Suriyakankun, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2017

Advisor: Dr. Namngern Chantaramanee

Keywords: Health belief model, Undesirable sexual behaviors

ABSTRACT

This research is aimed at studying the health belief model and intention to prevent unwanted sexual behavior of students in junior high school. The sample study were 73 junior high school students of KayaiOhkat School in PaSang Sub-district, Wiang Chiang Rung District, Chiang Rai Province using simple random questionnaires and the general data was analyzed using descriptive statistics and One-Way ANOVA statistic.

The results showed that the sample had a medium level of knowledge of risks, knowledge of severity of diseases, knowledge of the benefits and drawbacks of self-control, towards prevention of unwanted sexual behaviors ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.70, $\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.50 and $\bar{X} = 2.98$, S.D. = 0.61, respectively) and intention to prevent unwanted sexual behavior was low ($\bar{X} = 1.59$, S.D. = 0.40). The relationship between personal data and perceived risk-perception was the differences in student's level of education and the amount of money students take to school each month. The knowledge of the severity of diseases was different in students that received money daily or monthly to bring to school. The differences in the knowledge of the benefits and drawbacks of self-control were gender. The differences in intention to prevent unwanted sexual behavior were educational, and students that had a lover who had a job had a statistically significant difference (P-value = 0.05). The results of this study can be used to promote health information and prevent unwanted sexually transmitted diseases even better for students in junior high school.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ระบอบวิทยาของการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้งในวัยรุ่น	8
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	11
ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	16
นโยบายและมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	17
พัฒนาการของวัยรุ่น (Teenage).....	31
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	54
แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	58
การประยุกต์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย	64
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	66
กรอบแนวคิดในการวิจัย	71
3 วิธีดำเนินการวิจัย	72
รูปแบบการศึกษา.....	72
ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง	72
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	75
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	80
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	80

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	81
จริยธรรมการวิจัย	81
4 ผลการวิจัย	83
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	83
ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึง ประสงค์	88
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ พึงประสงค์	89
ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกัน พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์	91
ส่วนที่ 5 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์	93
5 บทสรุป	107
สรุปผลการวิจัย	110
อภิปรายผลการวิจัย	110
ข้อเสนอแนะ	112
บรรณานุกรม	115
ภาคผนวก	124
ภาคผนวก ก เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์	125
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	127
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า	139

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	63
2	แสดงการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	64
3	แสดงแผนการดำเนินงานตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนเมษายน 2560.....	82
4	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	85
5	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกัน พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์.....	88
6	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์	89
7	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์	92
8	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรม ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์.....	93
9	แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	94
10	แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	97
11	แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการปฏิบัติตน	101
12	แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ต่อความตั้งใจการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์.....	104

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	61
2 แสดงแบบการเชื่อมโยงของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	64
3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	71
4 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	75



อักษรย่อ

อสม. = อสาศาสตร์สาธาณสุขประจำหมู่บ้าน



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ในปี พ.ศ. 2551 ระบุว่า การคลอดบุตรของผู้หญิงในช่วงอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดบุตรทั่วโลก ร้อยละ 95 ของการคลอดบุตรจากแม่ในช่วงอายุนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำตามเกณฑ์ของธนาคารโลก โดยการคลอดบุตรจากแม่วัยรุ่นในประเทศดังกล่าวมีอัตราที่สูงกว่าการคลอดบุตรจากแม่วัยรุ่นในประเทศที่มีรายได้สูงประมาณ 2-5 เท่า (WHO, 2008)

สำหรับในประเทศไทยมักจะมีการรายงานผ่านสื่อมวลชนอยู่บ่อยครั้งว่า มีปัญหาที่รุนแรงกว่าประเทศอื่น ๆ เช่น เว็บไซต์ของหนังสือพิมพ์มติชนออนไลน์และไทยรัฐออนไลน์ ระบุว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยสูงเป็นอันดับที่หนึ่งของทวีปเอเชียและเป็นอันดับที่สองของโลก เป็นรองเพียงประเทศในแอฟริกา เป็นต้น ตามตัวชี้วัดที่ใช้ในรายงานข้างต้นเป็นการแสดงสัดส่วนการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรของแม่วัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถสะท้อนขนาดของปัญหาหรือใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันได้เหมาะสม ทั้งนี้ เพราะสัดส่วนดังกล่าวขึ้นกับจำนวนการตั้งครรภ์และคลอดบุตรของผู้หญิงในวัยอื่น ๆ ด้วย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559)

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังขาดความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ วุฒิภาวะ ทำให้เกิดผลกระทบตามมาหลายด้าน เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การแท้งและภาวะแทรกซ้อน การออกจากโรงเรียนกลางคัน การทอดทิ้งเด็ก เป็นต้น จากรายงานสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย พบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 90,000 คน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 104,289 คน ในปี พ.ศ. 2558 ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตร โดยวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2,988 คน นอกจากนั้น วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่สองขึ้นไป มีมากถึง 12,702 คน หรือเท่ากับร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ทั้งหมด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559)

พฤติกรรมทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพทั้งหมดของมนุษย์ แต่หากแสดงพฤติกรรมทางเพศอย่างไม่เหมาะสม สามารถก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ติดตามมาได้ โดยเฉพาะวัยรุ่นยุคปัจจุบันที่ดำรงชีวิตท่ามกลางสิ่งกระตุ้นทางเพศ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันสร้างความใกล้ชิดระหว่างชายและหญิง บทบาทการควบคุมพฤติกรรมวัยรุ่นของครอบครัวลดลงท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมและเศรษฐกิจ การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเพศในร่างกาย ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความอยากรู้อยากลองเรื่องเพศ การมีเจตคติเห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดา ปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ มีผลให้ปรากฏการณ์การมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่นทั้งชายและหญิงที่ยังอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนมีเพิ่มมากขึ้นพบได้จากการสำรวจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์วัยรุ่นเรียนของนักเรียน และนักศึกษาทั่วประเทศของสถาบันเอแบคโพล ร่วมกับมูลนิธิผู้หญิง ซึ่งได้ศึกษาเฉพาะนักศึกษาชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว 4,789 คน เป็นเด็กอายุ 18-20 ปี จำนวน 2,428 คน (50.7) อายุไม่เกิน 17 ปี จำนวน 929 คน (ร้อยละ 19.4) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น ปวช.-ปวส. จำนวน 1,935 คน (ร้อยละ 40.4) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,543 คน (ร้อยละ 73.98) มีเจตคติเห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปถัมภ์ไม่แต่งงาน และผู้ให้ข้อมูลการสำรวจจำนวน 2,150 คน (ร้อยละ 44.9) เห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมสถาบัน (จอมขวัญ อร่ามกชกร, 2544)

สถานการณ์ในปี พ.ศ. 2555 มีวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี คลอดบุตรรวม 133,176 คน คิดเป็นร้อยละ 17 ของหญิงคลอดทั้งหมดที่มี 801,737 คน แนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมีจำนวน 95,879 คน ยอดรวม 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2555 มีวัยรุ่นกลุ่มนี้คลอดบุตรรวม 1 ล้านกว่าคน ข้อมูลการคลอด ปี พ.ศ. 2557 พบวัยรุ่นหญิง 10-19 ปี คลอดบุตรรวม 115,490 คน มีจำนวนการคลอดบุตรซ้ำ 14,339 คน ร้อยละ 12.4 สถิติของการทำแท้งใน ปี พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 36.1 มีสถานภาพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 20 อายุต่ำกว่า 20 ปี และผู้ป่วยทำแท้งที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 88.7 ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดร้อยละ 45.6 และเป็นผู้ป่วยที่ทำแท้งซ้ำ ร้อยละ 10.9 (บุญฤทธิ สุขรัตน์, 2557) ข้อมูลการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ของจังหวัดเชียงราย พบการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงอายุ 10-18 ปี ดังนี้ ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 38 ราย ร้อยละ 50.67 ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 63 ราย ร้อยละ 70.79 และปีพ.ศ. 2559 จำนวน 61 ราย ร้อยละ 71.76 (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2559) อำเภอเวียงเชียงรุ้งเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ ที่พบปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น จากการเก็บข้อมูลการฝากครรภ์ครั้งแรกในงานฝากครรภ์ของอำเภอเวียงเชียงรุ้ง พบสถิติดังนี้ ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 38 ราย ร้อยละ 73.08 ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 45 ราย ร้อยละ 66.18 และปี พ.ศ. 2559 จำนวน 48 ราย ร้อยละ 76.19 (โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง, 2559)

ตำบลป่าซางเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ของอำเภอเวียงเชียงรุ้ง ที่พบปัญหาการตั้งครรภ์กลุ่มวัยรุ่น ดังนี้

ปี พ.ศ. 2557 พบการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 22.22 ปี พ.ศ. 2558 พบการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 87.50 และปี พ.ศ. 2559 พบการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 83.33 ตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นแนวโน้มความรุนแรงทางปัญหาการตั้งครรภ์ในพื้นที่ศึกษา และการให้บริการยังไม่มีแนวทางในการสร้างความรู้และความตระหนักที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมในการใช้ในการส่งเสริมและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเมื่อศึกษาหลักสูตรเพศศึกษาในโรงเรียน และในครอบครัวไทย ยังไม่มีความชัดเจนและยังไม่สามารถสร้างการรับรู้ และความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยให้กับวัยรุ่นได้

จากการศึกษาของเกษแก้ว เสียงเพราะ (2550) พบว่า สถานการณ์การเรียนการสอนเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันยังมีเนื้อหาในรูปแบบการสอนแบบเดิม ๆ ส่วนใหญ่การสอนเน้นรูปแบบการสอนแบบบรรยาย ทฤษฎี มากกว่าเน้นรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งปัญหาในการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษานั้น เกิดจากครูผู้สอนที่ยังมีค่านิยมว่าเพศศึกษาเป็นเรื่องที่ควรปกปิดและทัศนคติที่แตกต่างระหว่าง ครูผู้สอน และนักเรียน ส่วนแนวทางในการแก้ไขปัญหา เน้นการให้ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น มากกว่าการแก้ปัญหาเรื่อง การจัดการเรียนการสอน และพบว่า วัยรุ่นไทยขาดความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย รวมถึงการใช้วิธีคุมกำเนิดอื่น ๆ อย่างถูกต้อง การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบตามมามากมายทั้งกับตัวแม่วัยรุ่นเองที่ต้องมีโอกาสในการศึกษา และครอบครัวที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ส่วนการติดโรคเอดส์ในวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นต้องเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงเกิดการแพร่กระจายของโรคจากการขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคนั้น คือ องค์ประกอบส่วนบุคคล องค์ประกอบด้านโครงสร้าง การรับรู้ของบุคคล การรับโอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

จากปัญหาการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ของจังหวัดเชียงราย ในช่วงอายุ 10-18 ปี ยังคงเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง และยังมีทัศนคติ ส่งเสริมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง และในพื้นที่สนใจศึกษา ยังไม่มีการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ ดังนั้น จึงควรตระหนักเร่งหาแนวทางป้องกันแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยรุ่น

ตอนต้นที่ยังอยู่ในระหว่างศึกษา จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้วัยรุ่นเกิดความเข้มแข็ง สามารถเผชิญ และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับปัจจัยที่มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาดังกล่าว และสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยการใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผลของการศึกษาที่ได้จะใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานด้านป้องกัน และเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจจะส่งผลกระทบต่อกลุ่มวัยรุ่น อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ นำมา สร้างคุณประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สืบต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรม ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติตน และคะแนนความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรม ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานของการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล สัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อ การป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey-Research)
2. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 30 เมษายน 2560
3. ประชากรศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุระหว่าง 13-15 ปี) โรงเรียนขยายโอกาส ในเขตตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 73 คน
4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดในการวิจัย
5. ตัวแปรในการศึกษา
 - 5.1 ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น รายได้ ฐานะ ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดู การพักอาศัย คนรัก และเพื่อนสนิท
 - 5.2 ตัวแปรตาม ได้แก่
 - 5.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์
 - 5.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์
 - 5.2.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์
 - 5.2.4 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

นิยามศัพท์เฉพาะ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 อย่าง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ซึ่งมีความหมายดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง ความเชื่อของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศ จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีต่อความรุนแรงของโรคและความเจ็บป่วย จะรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมอนามัยจะไม่เกิดขึ้นจนกว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้น จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายตนเอง

3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง เมื่อนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น รับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ และรู้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้นมีความรุนแรงพอที่จะทำให้เกิดอันตรายหรือผลเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม แล้วนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะแสวงหาวิธีที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของนักเรียนในทางลบ ซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับการตรวจสุขภาพ ความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือ การตรวจพิเศษ อาจเกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย ซึ่งนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจ

5. ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง เจตนาหรือความมุ่งหมายที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

6. นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึง นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ประจำปีการศึกษา 2559 เป็นโรงเรียนขยายโอกาส จำนวน 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนบ้านห้วยหมากเหี้ยก และโรงเรียนบ้านป่าซาง ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

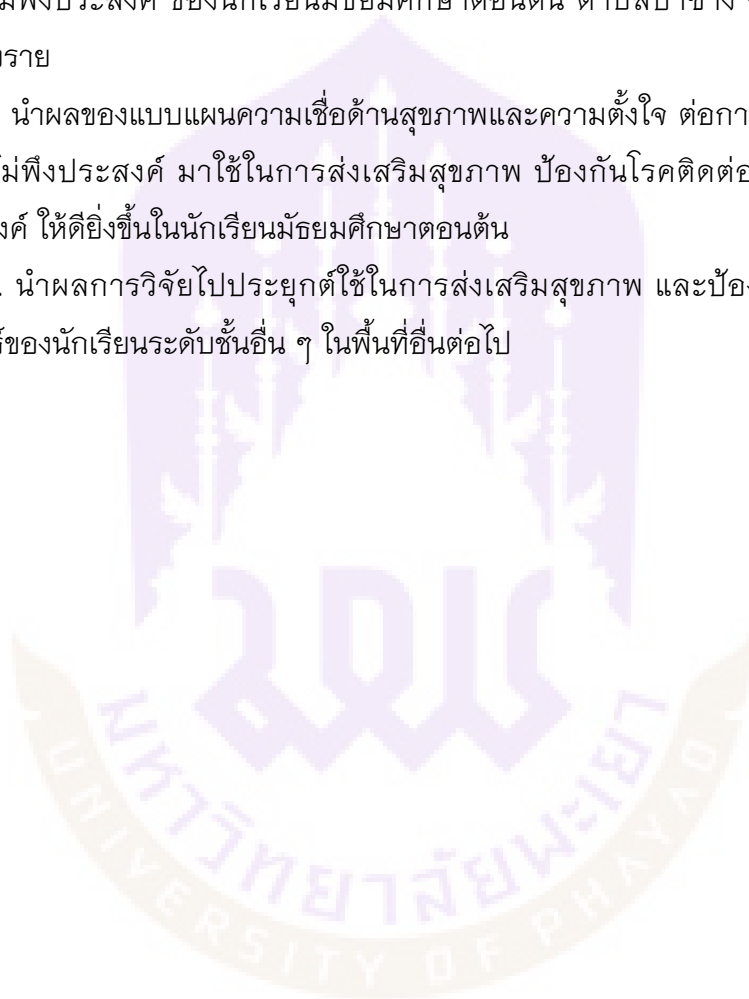
7. อายุ หมายถึง นักเรียนชายและหญิง ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี โรงเรียนขยายโอกาส ในเขตตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

8. พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันสร้างความใกล้ชิดระหว่างชายและหญิง บทบาทการควบคุมพฤติกรรมวัยรุ่นของครอบครัว ลดลงท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมและเศรษฐกิจ การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเพศ

ในร่างกาย ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความอยากรู้ อยากลองเรื่องเพศ การมีเจตคติเห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดา

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ได้ผลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย
2. นำผลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ให้ดียิ่งขึ้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
3. นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นอื่น ๆ ในพื้นที่อื่นต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้นำแนวความคิดและทฤษฎีมาเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. ระบาดวิทยาของการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้งในวัยรุ่น
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
4. นโยบายและมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
5. พัฒนาการของวัยรุ่น
6. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
7. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
8. การประยุกต์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ได้แก่ การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระบาดวิทยาของการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้งในวัยรุ่น

รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ในปี พ.ศ. 2551 ระบุว่า การคลอดบุตรของผู้หญิงในช่วงอายุ 15-19 ปี มีจำนวนประมาณ 16 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดบุตรทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) ของการคลอดบุตรจากแม่ในช่วงอายุนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำตามเกณฑ์ของธนาคารโลก โดยการคลอดบุตรจากแม่วัยรุ่นในประเทศดังกล่าว มีอัตราที่สูงกว่าการคลอดบุตรจากแม่วัยรุ่นในประเทศที่มีรายได้สูงประมาณ 2-5 เท่า (WHO, 2008) สำหรับในประเทศไทยมักจะมีการรายงานผ่านสื่อมวลชนอยู่บ่อยครั้งว่า มีปัญหาที่รุนแรงกว่าประเทศอื่น ๆ เช่น เว็บไซต์ของหนังสือพิมพ์มติชนออนไลน์และไทยรัฐออนไลน์ ระบุว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยสูงเป็นอันดับที่หนึ่งของทวีปเอเชียและเป็นอันดับที่สองของโลก เป็นรองเพียงประเทศในแอฟริกาเป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559) อย่างไรก็ตามตัวชี้วัดที่ใช้ในรายงานข้างต้น

เป็นการแสดงสัดส่วนการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรของแม่วัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถสะท้อนขนาดของปัญหาหรือใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ เพราะสัดส่วนดังกล่าวขึ้นกับจำนวนการตั้งครรภ์และคลอดบุตรของผู้หญิงในวัยอื่น ๆ ด้วย ตัวอย่างเช่น ประเทศหนึ่งอาจมีจำนวนการตั้งครรภ์และคลอดบุตรของผู้หญิงในวัยรุ่นต่ำกว่าอีกประเทศ แต่มีจำนวนการตั้งครรภ์และคลอดบุตรของผู้หญิงในวัยอื่นน้อยกว่ามาก จะทำให้การตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่นของประเทศแรกคิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าประเทศที่สอง (ศรีเพ็ญ ตันติเวส และคณะ, 2556)

ในปัจจุบันประเทศไทยไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะ สถานการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีการรายงานนั้นจึงเป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่งที่แตกต่างกัน เช่น ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฐานข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของสำนักบริหาร การทะเบียน กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ซึ่งแหล่งข้อมูลเหล่านี้มีข้อจำกัด เช่น ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ส่วนฐานข้อมูลผู้ป่วยฯ ที่แม่จะรายงานข้อมูลผู้ป่วยทั่วประเทศที่รวมทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน แต่ข้อมูลดังกล่าว ก็ยังมีค่าต่ำกว่าข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยในปี พ.ศ. 2553 ฐานข้อมูลผู้ป่วยฯ รายงานจำนวนการคลอดบุตรในวัยรุ่น ต่ำกว่าจำนวนการจดทะเบียนเกิดในวัยรุ่นประมาณ 1,600 คน อีกทั้งฐานข้อมูลผู้ป่วยฯ ยังมีการเก็บข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ซึ่งไม่เหมาะกับการนำมาใช้วิเคราะห์แนวโน้มระยะยาว ในส่วนของข้อมูลการจดทะเบียนเกิดเป็นข้อมูลจริงที่รวบรวมจากทะเบียนเกิดของประชากรสัญชาติไทย ซึ่งมีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังมีข้อสงสัยถึงความถูกต้องของข้อมูลดังกล่าว โดยผู้เชี่ยวชาญหลายท่านให้ข้อคิดเห็นว่า อาจมีการแจ้งเกิดโดยที่แม่ตามทะเบียนเกิดนั้นไม่ใช่ผู้คลอดบุตร (เช่น กรณีให้แม่ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จดทะเบียนเกิดเป็นแม่ของเด็กแทนตน เป็นต้น) นอกจากนี้ ข้อมูลที่กล่าวข้างต้นเกือบทั้งหมดสะท้อนการคลอดและการเกิดมีชีพ ถึงแม้บางฐานข้อมูลมีข้อมูลจำนวนการแท้ง แต่ก็ไม่สามารถระบุได้ว่ามีการทำแท้งที่ไม่ได้รวมอยู่ในฐานข้อมูลนี้คิดเป็นสัดส่วนมากน้อยเพียงใด เพราะการทำแท้งโดยไม่มีข้อบ่งชี้ด้านสุขภาพของแม่และทารก ไม่ได้เป็นการทำแท้งจากการถูกข่มขืน เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ทำให้ขาดข้อมูลที่เชื่อถือได้ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นข้อจำกัดด้านการมีอยู่และคุณภาพของข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมินสถานการณ์และติดตามผลการดำเนินมาตรการต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย (ศรีเพ็ญ ตันติเวส และคณะ, 2556)

ข้อมูลของสำนักเลขาธิการสภาการศึกษา ยังพบว่า อัตราการออกจากโรงเรียนกลางคัน ด้วยเหตุผลในในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ระหว่างปีการศึกษา 2548-2555 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.9 เป็น 2.7 โดยในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพิ่มจากร้อยละ 5.1 เป็น 6.2 และกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จากร้อยละ 4.2 เพิ่มเป็น 6.5 ซึ่งเด็กส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้งทำให้ในแต่ละปีสถานสงเคราะห์เด็ก ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ต้องอุปการะเด็กอ่อนมากถึงประมาณ 6,000 คนต่อปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559)

จากความซับซ้อนของปัญหา ทำให้ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เสนอให้ตรา พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขึ้น โดยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2559 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม ที่ผ่านมา ซึ่ง พ.ร.บ. นี้ มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ

- 1) ส่งเสริมค่านิยมการรักนวลสงวนตัว ไม่ชิงสุกก่อนห่าม ไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
- 2) ชะลอการมีเพศสัมพันธ์
- 3) หากต้องการมีเพศสัมพันธ์ ควรมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย
- 4) กรณีที่เกิดการตั้งครรภ์ จะต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559)

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 อย่างเป็นทางการเชิงบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อนำไปสู่การลดปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น ดังนี้ วัยรุ่น หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีอายุมากกว่า 10 ปี แต่มีอายุไม่ถึง 20 ปี โดยมีสิทธิ ดังนี้ 1. มีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง 2. มีสิทธิที่ได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ 3. ได้รับการจัดสวัสดิการทางสังคม 4. ได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาค 5. ได้รับการอนามัยการเจริญพันธุ์ และ 6. ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา โดยมีพัฒนาการทางร่างกาย โดยเฉพาะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศจนมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ มีพัฒนาการด้านจิตใจ ซึ่งเป็นระยะที่เปลี่ยนแปลงจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยเปลี่ยนจากการพึ่งพาครอบครัวมาเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพ และมีรายได้ของตนเอง ในด้านพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจพบว่า วัยรุ่นเป็นวัยอยากรู้ อยากเห็น และอยากทดลอง ต้องการการยอมรับจากเพื่อน วัยรุ่นเป็นวัยที่อาจถูกชักจูงได้ง่าย ขาดความนับถือตนเอง รวมถึงขาดทักษะชีวิต ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงในด้านต่าง ๆ เช่น ขับรถประมาท ยกพวกตีกัน ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ระวัง ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ทั้งนี้ พฤติกรรมเสี่ยง

ดังกล่าว เป็นสาเหตุการตายของวัยรุ่น โดยเฉพาะเพศหญิง ได้แก่ การทำแท้ง การคลอด การติดเชื้อ HIV ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์รวมทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเชิงสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมหลายปัจจัยตามที่ระบบในงานวิจัยที่สนับสนุนโดย WHO เมื่อปี พ.ศ. 2547 ปัจจัยป้องกัน (protective factors) ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ระดับการศึกษาที่สูง การได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียน ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย และการที่วัยรุ่นอยู่กับครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ ในขณะที่การคบเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยง (Blum and Mmari, 2004) นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายหน่วยงานที่กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น ตามรายงานของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ วัฒนธรรมที่นิยมแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย (โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา) การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด ความยากจน การขาดโอกาสด้านการศึกษา การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดโอกาสในการเข้าถึงมาตรการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากรอบข้างให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ การล่วงละเมิดทางเพศ รวมทั้งการข่มขืน ความรุนแรงในครอบครัว ความทะเยอทะยานและเป้าหมายในเรื่องการศึกษาต่ำ และการเห็นคุณค่าของตนเองต่ำ จะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือเชื่อมโยงกันเป็น ลูกโซ่ เช่น การแต่งงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะในสังคมที่ผู้หญิงมีโอกาสทางการศึกษาน้อย หรือมีวัฒนธรรมให้วัยรุ่นชายและหญิงแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย หรือฐานะความเป็นอยู่ที่ยากจนเป็นเหตุให้วัยรุ่นหญิงต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ขาดความรู้และศักยภาพที่จะป้องกันตัวจากการล่วงละเมิดทางเพศ ไม่ทราบวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย รายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ในปี พ.ศ. 2554 ชี้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การสอนเพศศึกษาแบบรอบด้าน (comprehensive sexuality education) ที่ไม่ครอบคลุมโรงเรียนทุกแห่งมีปัจจัยกระตุ้นหรือยั่วยุพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สถานบันเทิง สื่อต่าง ๆ รวมทั้งภาพยนตร์ ละครโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการอาศัยอยู่ในหอพักที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ประกอบกับการที่วัยรุ่นไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันตัว หรือคุมกำเนิด และขาดทักษะการเจรจาต่อรอง

(คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554) ในขณะเดียวกัน รายงานของหลายหน่วยงานระบุว่า การสอนเพศศึกษาที่ไม่มีประสิทธิผล มีการสอนเกี่ยวกับทักษะชีวิตอย่างจำกัด รวมทั้งขาดบริการให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่น อิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมทางสังคมในปัจจุบันที่ส่งผลให้เกิดความต้องการทดลองมีเพศสัมพันธ์เป็นสาเหตุหลักของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย (UNICEF 2010; UNFPA Thailand, 2011)

จากการสืบค้นคลังข้อมูลงานวิจัยไทย (Thailand National Research Repository, TNRR) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมงานวิจัยจากทุกหน่วยงานในประเทศไทย และ Google Scholar พบรายงานการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยเพียง 7 เรื่อง ซึ่งนับว่ามีจำนวนน้อยมาก และการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในพื้นที่จำกัด (เช่น 1-2 โรงเรียน หรือ 1-2 จังหวัด) ครอบคลุมขนาดตัวอย่างไม่มากนัก อีกทั้งยังมีข้อสงสัยในประเด็นคุณภาพของการศึกษาบางเรื่อง

จากการศึกษาที่นำมาทบทวนทั้งหมด ปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยอาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านครอบครัวของวัยรุ่น และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ และความภาคภูมิใจในตนเอง โดยแต่ละปัจจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ระดับการศึกษามีผลต่อความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย ส่วนหนึ่งมีการแต่งงานเข้ามาเกี่ยวข้อง วัยรุ่นที่แต่งงานก่อนวัยมักจะเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย หรือออกจากโรงเรียนโดยไม่ทำงาน (Jahan, 2008) จากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Surveys, MICS) พ.ศ. 2548-2549 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้หญิงอายุ 15-49 ปี จาก 43,470 ครอบครัวทั่วประเทศ พบว่า มีหญิงไทยที่แต่งงานหรืออยู่กินกับชายก่อน อายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.7 และร้อยละ 60 ของคนกลุ่มนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือไม่มีการศึกษาเลย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดเชียงราย น่าน สงขลา และเพชรบูรณ์ ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อยมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า (สมรรัฐ ศรีตระกูล, 2550)

นอกจากนี้ ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและวิธีการคุมกำเนิดมีอิทธิพลต่อการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กิตติพงษ์ อุบลสะอาด, 2552) จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ที่ได้เก็บข้อมูลสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์และการเข้าถึงบริการด้านอนามัยของประชากรจำนวน 30,000 คริวเรือน และสัมภาษณ์หญิงอายุ 15-59 ปี จำนวน 37,511 คน ร้อยละ 84 ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ได้รับการสอนเรื่องเพศศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น แม้ว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในภาพรวม มีการคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 15 แต่อัตราการคุมกำเนิดในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 80 สำหรับวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่เคยสมรส เกือบร้อยละ 70 ใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยร้อยละ 44 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 22 ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด และมีเพียงร้อยละ 0.7 ที่ใช้ถุงยางอนามัย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

จากการสำรวจในกลุ่มวัยรุ่นทั่วประเทศไทย 1,000 คน โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่เห็นว่าการขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ, 2556) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการคุมกำเนิด พบว่า วัยรุ่นที่มีการศึกษาสูงมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยคิดเป็นอัตราที่สูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Haque and Soonthornthada, 2009) แม้ว่าข้อมูลในระดับ ประเทศจะแสดงให้เห็นถึงการคุมกำเนิดอย่างแพร่หลายในคนกลุ่มนี้ แต่รายงานวิจัยที่ทำในระดับอำเภอชี้ว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์บางรายขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด และแม้ว่า บางรายจะมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและตระหนักถึงโอกาสที่จะตั้งครรภ์และติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ แต่ก็ไม่สามารถโน้มน้าวหรือต้อรองให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยได้ และมีบางรายที่ตั้งใจไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเพราะต้องการตั้งครรภ์ (สมรัฐ ศรีตระกูล, 2550; ศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ, 2555)

1.2 การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

แม้จะไม่มีหลักฐานที่แสดงว่า การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย แต่ก็พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจเป็นเพราะอาการมึนเมา หรือขาดสติ จึงไม่ใช้การคุมกำเนิด หรือไม่สามารถป้องกันตัวเองได้ เช่น การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ในนักเรียนอาชีวศึกษาอายุ 15-21 ปี ในจังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2542 แสดงให้เห็นว่า นอกจากอายุและระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์แล้ว กลุ่มที่ใช้สารเสพติด ได้แก่ นักเรียนหญิงที่เสพยาบ้า และนักเรียนชายที่สูบบุหรี่ มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้

สารเสพติดประมาณ 2-3 เท่า (Manopaiboon, et al., 2003) เช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งพบการใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552) นอกจากนี้ มีการศึกษาอื่น ๆ ที่ชี้ว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (อนงค์ ประสานนวกิจ และคณะ, 2552) และเป็นสาเหตุสำคัญต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กิตติพงษ์ อุบลสะอาด, 2552) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Manopaiboon, et al., 2003; สมรัฐ ศรีตระกูล, 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชาย มีโอกาสทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้สูงกว่าเพศชาย ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 20

1.3 การเห็นคุณค่าของตนเอง

การศึกษาอิทธิพลของความภาคภูมิใจในตนเองและการเห็นคุณค่าของตนเองที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นไทย 2,180 คน แสดงให้เห็นว่า การที่วัยรุ่นมีความภาคภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองสูง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Podhisita, et al., 2004) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาผลของความภาคภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ผลจากการที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ลดลง ก็จะช่วยลดการตั้งครรภ์ในคนกลุ่มนี้ได้

2. ปัจจัยด้านครอบครัวของวัยรุ่น

ลักษณะครอบครัวที่เลี้ยงดูมา มีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น เช่น การเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อวิถีเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ปลูกฝังค่านิยม และการให้โอกาสทางการศึกษากับลูกหลาน นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับคนในครอบครัวก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน โดยสถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชี้ว่า ปัจจัยครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปิงปอนด์ รักอำนวนวกิจ และคณะ, 2556) ทั้งนี้ ในครอบครัวที่มีความอบอุ่น วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครองและสมาชิกอื่น ๆ มีปฏิสัมพันธ์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเข้มงวดในครอบครัว และการอบรมสั่งสอนให้รักนวลสงวนตัว วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์น้อยกว่าวัยรุ่นที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีลักษณะตรงกันข้าม

ความคิดเห็นข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่า การที่วัยรุ่นอาศัยอยู่กับครอบครัวขยาย (extended family) ทำให้มีคู่ครองช้าลง เนื่องจากมีญาติคอยดูแลไม่ให้ประพฤติ

นอกกลุ่มนอกทาง (Jahan, 2008) และกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักถูกเลี้ยงดูแบบไม่ใช้เหตุผล ผู้ปกครองมีอาชีพไม่มั่นคง มีการศึกษาและรายได้ต่ำ และมีการหย่าร้างในครอบครัวสูงกว่า กลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้ รายได้รวมของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา รูปแบบ การเลี้ยงดู ประวัติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของมารดาและญาติ ความสัมพันธ์กับพี่น้องของวัยรุ่น ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์และไม่ได้ตั้งครรภ์มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552)

3. ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมหลายปัจจัย มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552) การคบเพื่อนที่ชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่วยุ (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ, 2556) การมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง ซึ่งมีประเพณีและความเชื่อของคนในท้องถิ่น เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันวาเลนไทน์ เทศกาลแข่งเรือ สลากภัทร หรือวันปีใหม่) (สุรเดช บุญยเวทย์ และคณะ, 2551) นอกจากนี้ บางการศึกษาพบว่า ความรุนแรง การถูกบังคับขืนใจ (sexual coercion) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยเช่นเดียวกัน (Manopai boon, et al., 2003; อนงค์ ประสารนันทกิจ และคณะ, 2552) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมยังมีส่วนกำหนดให้มีการแต่งงานในเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุน้อย ดังจะเห็นได้จากการที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของหญิงที่แต่งงานหรืออยู่กินกับชายก่อนอายุ 18 ปี สูงกว่าภาคอื่น ๆ (ร้อยละ 23.5 และ 23.8 ตามลำดับ) และเกือบร้อยละ 30 ของหญิงที่แต่งงานก่อนอายุ 18 ปี อยู่ในครัวเรือนที่พูดภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

แม้ว่ามีการวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ก็พบว่ามีข้อจำกัดในด้านจำนวนและคุณภาพ งานวิจัยที่นำมาทบทวนนี้ส่วนหนึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยหรือการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเขตตำบล/อำเภอ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ซึ่งหากเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมและดำเนินการวิจัยอย่างมีคุณภาพก็อาจเป็นประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ สำหรับการศึกษาระดับประเทศอย่างเป็นระบบนั้น ส่วนหนึ่งเป็นการสำรวจความคิดเห็นของคนกลุ่มต่าง ๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้น การศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าวควรได้รับการพัฒนาต่อไปในอนาคต เพื่อให้มีข้อมูลที่จำเป็นในการกำหนดนโยบาย เพื่อจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การที่วัยรุ่นคนหนึ่งตั้งครรภ์นั้น จะทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยรวมผลเสียบางอย่างมีความสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ เช่น การลาออกจากโรงเรียนกลางคัน เป็นเหตุให้วัยรุ่นขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการประกอบอาชีพ ที่ทำให้เกิดรายได้เพียงพอในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ผลผลิตทางเศรษฐกิจรวมทั้งมูลค่าภาษีที่แม่วัยรุ่นจะพึงจ่ายให้รัฐ เพื่อนำไปพัฒนาประเทศก็ย่อมจะลดน้อยลงกว่าที่ควร นอกจากนี้ ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นบางรายถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ ขาดความอบอุ่นและความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เมื่อทารกเติบโตขึ้นอาจทำให้เป็นเด็กมีปัญหา ก่อความเดือดร้อนให้กับสังคม ซึ่งสะท้อนว่าผลกระทบจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม อาจมีการถ่ายทอดไปยังคนอีกรุ่นหนึ่ง บทนี้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทางด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ผลกระทบด้านสุขภาพ

การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เกิดขึ้นกับทั้งแม่และทารกอย่างปราศจากอคตินั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะไม่สามารถออกแบบการศึกษาในลักษณะการทดลองแบบสุ่มไปข้างหน้าได้ (prospective randomized control trial) ด้วยข้อจำกัด ด้านจริยธรรม และอื่น ๆ ดังนั้น การศึกษาในปัจจุบันส่วนใหญ่จึงเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง และไม่สามารถหลีกเลี่ยงอคติจากตัวแปรอื่นต่าง ๆ เช่น ระดับการศึกษาหรือเศรษฐกิจฐานะของแม่วัยรุ่น ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการดูแลตนเองก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และภายหลังการตั้งครรภ์ ที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของแม่และทารก ในขณะเดียวกันปัจจัยเหล่านี้ก็มีความสัมพันธ์กับโอกาสการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วย (Isaranurug, et al., 2006; Wanakosit, 2012; ชวม์ย สืบบุญการณ, 2544; วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555)

สำหรับผลกระทบด้านสุขภาพที่มีหลักฐานค่อนข้างชัดเจนว่า เกิดจากปัจจัยทางชีววิทยาของการมีลูกตั้งแต่อายุน้อยของแม่ (biological effect of young age) พอสรุปได้ว่าการตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุน้อยกว่า 17 ปี ก่อให้เกิดผลเสียแก่ทารกโดยเพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และการเสียชีวิตของทารกประมาณ 1.2–2.7 เท่า เมื่อเทียบกับแม่ที่มีอายุมากกว่า 20–24 ปี (Cunnington, 2001) สำหรับ ผลกระทบด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น ภาวะเลือดจางในแม่ การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือการคลอดทารกแฝด ยังไม่มีหลักฐานที่สามารถให้ข้อสรุปที่ชัดเจนได้ นอกจากนี้การศึกษาหลายชิ้นยังระบุถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เชซไอ์วี หนองใน ซิฟิลิส

ร่วมกับการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในวัยอื่น ๆ (Meade and Ickovics, 2005)

นอกเหนือจากปัจจัยด้านชีววิทยาของผู้เป็นแม่ พบว่า แม่วัยรุ่นมักไม่ได้รับการดูแลฝากครรภ์ที่เหมาะสม มีโอกาสสูงในการผ่าตัดคลอดหรือคลอดด้วยหัตถการต่าง ๆ รวมทั้งการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการคลอด (postnatal depression) (Thaithae and Thato, 2011; Kaewjanta, 2012) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทางสรีรวิทยาของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ แต่เกิดจากปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น การศึกษาหรือเศรษฐกิจระดับที่ได้กล่าวไปแล้ว สำหรับ กรณีที่วัยรุ่นตั้งครรภ์และตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งนั้น ในประเทศที่การทำแท้ง เป็นเรื่องผิดกฎหมาย เช่น ประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดปัญหาแทรกซ้อน ซึ่งนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าประเทศที่การทำแท้งเป็นเรื่องถูกกฎหมายอย่างชัดเจน (Jones, et al., 1985; Miller, 2000) แต่ไม่มีหลักฐานยืนยันได้ว่าการทำแท้งในวัยรุ่นจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการทำแท้งในหญิงที่มีอายุมากกว่า อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวนั้นประเมินผลกระทบด้านชีววิทยาและสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงไม่สามารถสรุปเชื่อมโยงไปถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น การเข้าไม่ถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่วัยรุ่น

สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นในระยะกลางและระยะยาว พบว่า เด็กเหล่านี้มีโอกาสได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม ทั้งด้านโภชนาการและการกระตุ้นพัฒนาการ ส่งผลให้มีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ที่ด้อยกว่าเด็กที่เกิดจากแม่วัยอื่น (Jones, et al., 1985) ประกอบกับมีรายงานว่า แม่วัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากกว่าแม่ที่มีอายุมากกว่า ซึ่งสามารถส่งผลด้านสุขภาพทั้งทางตรง เช่น ทารกในครรภ์ได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ หรือได้รับควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของแม่ หรือผลกระทบต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น ถูกทอดทิ้งหรือถูกทำร้ายร่างกาย เมื่อแม่มีอาการมีเมามาตสติ เป็นต้น (Corcoran, 1998; Kearney and Levine, 2012)

นโยบายและมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

หน่วยงานระดับชาติและองค์ระหว่งประเทศได้พยายามแสวงหามาตรการที่มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนรายงานวิจัยและเอกสารอื่น ๆ พบว่า หลายมาตรการที่ดำเนินการกันอยู่ในปัจจุบัน ขาดหลักฐานที่เชื่อถือได้ที่ชี้ว่าเป็นมาตรการที่มีประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้จริง มีเพียงบางประเทศที่มีการวิเคราะห์

ประเมินผลนโยบายและโครงการที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง ซึ่งทำให้ทราบประสิทธิผลและองค์ประกอบ กิจกรรมที่ควรได้รับการปรับปรุงงานวิจัยที่มีการนำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา เพื่อประเมินผลโครงการที่ใช้มาตรการที่ซับซ้อนหรือใช้หลายมาตรการร่วมกัน (multi-faceted interventions) รวมทั้งทำการศึกษามาตรการหนึ่ง ๆ ในหน่วยงานหรือสถานที่ที่แตกต่างกัน ทำให้หาข้อสรุปได้ยากกว่า มาตรการใดบ้างที่มีประสิทธิผล และปัจจัยใดที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์และแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่ทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งนักวิจัยผู้ทบทวนการศึกษาเหล่านั้นให้ความเห็นว่าเป็นการยากที่จะนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้กับประเทศอื่น ๆ แม้จะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยกันก็ตาม (Trivedi, et al., 2007)

การทบทวนมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยหน่วยงานระดับนานาชาติ

The Cochrane Collaboration เป็นองค์การความร่วมมือทางวิชาการระหว่างหน่วยงานวิจัยและสถาบันการศึกษาหลายพันแห่งทั่วโลก ที่จัดให้มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ของรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับมาตรการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารนานาชาติที่เชื่อถือได้ โดยใช้วิธี (methodology) ที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ในปี พ.ศ. 2553 The Cochrane Collaboration ได้ทบทวนการศึกษาแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (randomised controlled trials, RCT) ของมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจในวัยรุ่น รวม 41 การศึกษา (Oringanje, et al., 2010) ประกอบด้วย มาตรการที่มุ่งเพิ่มความรู้และทักษะของวัยรุ่นเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ โดยไม่ได้ตั้งใจ การชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ส่งเสริมให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอ และลดการตั้งครรภ์ โดยไม่ได้ตั้งใจ การทบทวนนี้ พบว่าการให้สุขศึกษา การให้การศึกษากับการคุมกำเนิด การส่งเสริมการคุมกำเนิด และการให้การศึกษากับการคุมกำเนิดร่วมกับส่งเสริมการคุมกำเนิด สามารถลดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจลงได้ แต่ไม่มีนัยสำคัญอย่างชัดเจน ข้อจำกัดของการทบทวนนี้ ได้แก่ การที่การศึกษาที่นำมาทบทวนขึ้นอยู่กับการรายงาน พฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการ และจุดอ่อนด้านวิธีวิจัย หากจะนำผลการทบทวนนี้มาใช้ในประเทศไทย ประเด็นที่ควรพิจารณานอกเหนือจากข้อจำกัดที่นักวิจัยได้ระบุไว้แล้ว ได้แก่ การที่ The Cochrane Collaboration เลือกทบทวนเฉพาะการศึกษาแบบ RCT ทำให้ไม่ครอบคลุมการศึกษาในสาขาสังคมศาสตร์ ซึ่งอาจชี้ให้เห็นประสิทธิผลของมาตรการบางชนิดที่ไม่สามารถใช้การศึกษาแบบ RCT ได้ นอกจากนี้ การศึกษาที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่ทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีจำนวนน้อยมากที่เป็นการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา

ในปี พ.ศ. 2554 WHO ได้จัดทำ Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries (WHO, 2011) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อระบุแนวทางที่มีประสิทธิผลในการลดการแต่งงานในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ลดการตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ลดการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากการถูกบังคับ และลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งการเพิ่มการเข้าถึงมาตรการคุมกำเนิดและบริการดูแล ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอดที่มีคุณภาพในกลุ่มวัยรุ่นในประเทศกำลังพัฒนา โดยการทบทวนรายงานการวิจัยอย่างเป็นระบบ และคำนึงถึงคุณภาพของหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ แม้ว่าจะยังมีข้อจำกัดของเอกสารหลักฐานสนับสนุนการดำเนินมาตรการ ตามแนวทางดังกล่าวในบางประเด็น แต่คณะผู้เชี่ยวชาญที่พัฒนาแนวทางนี้ได้พิจารณาหลักฐานทางวิชาการร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ และตัดสินใจให้คำแนะนำบนคุณภาพของหลักฐาน การเปรียบเทียบประโยชน์กับอันตรายต่อสุขภาพ ค่านิยม ความชอบ (preferences) และต้นทุนสำหรับการดำเนินมาตรการนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม คำแนะนำตามเอกสารนี้ส่วนใหญ่เป็นแนวทางกว้าง ๆ โดยไม่ชี้ชัดว่าควรดำเนินการอย่างไร เช่น คำแนะนำให้ใช้มาตรการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของครอบครัวและชุมชนในการชะลอการแต่งงานของวัยรุ่นหญิงออกไปจนกว่าจะมีอายุ 18 ปี และการเพิ่มความพยายามที่จะให้วัยรุ่นหญิงคงอยู่ในโรงเรียนทั้งระดับประถมและมัธยมศึกษา เป็นต้น

The State of World Population Report 2013 ที่จัดทำโดย UNFPA ได้ให้คำแนะนำดังต่อไปนี้แก่รัฐบาล ผู้กำหนดนโยบาย สมาชิกวุฒิสภา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่น ๆ เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงทั้งระยะสั้นและระยะยาว ผ่านปฏิบัติการที่อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน และสร้างความเข้มแข็งให้กับเด็กผู้หญิง และช่วยให้คนกลุ่มนี้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง

1. ลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ในการศึกษาของวัยรุ่นหญิง เนื่องจากมีหลักฐานว่าการศึกษาคือจะช่วยชะลอการแต่งงานและการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ อาจดำเนินการโดยยกเว้นการเก็บค่าเล่าเรียน สนับสนุนเครื่องแบบนักเรียนและหนังสือเรียน ให้อาหารกลางวันฟรีและให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียน ที่มีฐานะยากจน เป็นต้น สำหรับนักเรียนที่ตั้งครรภ์ สนับสนุนให้กลับมาเรียนต่อจนจบการศึกษา หรือให้การศึกษาทงเลือกหรือให้การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะด้านต่าง ๆ ให้บริการดูแลทารก สนับสนุนด้านการเงิน และให้คำปรึกษา

2. ใช้กลวิธีต่าง ๆ ที่อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน และเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เช่น การจัดให้มีกลไกสำหรับการรายงานการสอบสวนและฟ้องร้องในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งพัฒนาระบบที่มีประสิทธิผล และมีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการมีอยู่ และการทำงานของระบบดังกล่าวให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้

ทราบ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยลดสาเหตุต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและการแต่งงานในเด็ก

3. ขยายการเข้าถึงเพศศึกษาอย่างรอบด้าน (comprehensive sexuality education) ซึ่งรวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุ พัฒนาบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นให้สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น ด้วยการฝึกอบรมบุคลากรผู้ให้บริการให้สามารถทำงานกับวัยรุ่น รักษาความลับ และให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพให้กับวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยบริการฝากครรภ์ ผู้ให้บริการทำคลอดที่มีทักษะและบริการภายหลังการทำแท้ง

4. ป้องกันการแต่งงานในเด็ก การเกิดความรุนแรงทางเพศ และการบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยการดำเนินมาตรการต่าง ๆ ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย การให้บริการสุขภาพและบริการสังคม การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาและทักษะชีวิต

5. สนับสนุนโครงการที่มีหลากหลายมิติ (multidimensional programs) ซึ่งมุ่งจัดการกับทุกสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กผู้หญิงอย่างรอบด้าน เช่น ด้านสุขภาพ การศึกษา และความเป็นอยู่ ทั้งที่เป็นการดำเนินโครงการเพื่อเสริมสร้างสถานภาพของคนกลุ่มนี้ที่เปราะบางในครอบครัว ในชุมชน และในส่วนของที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างช่วงอายุ รายได้ ถิ่นที่อยู่อาศัย และปัจจัยอื่น ๆ ทั้งนี้ ต้องบูรณาการการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้สนับสนุนซึ่งกันและกันจนเกิดประสิทธิผลสูงสุด

โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในต่างประเทศ: กรณีศึกษา Teenage Pregnancy Strategy ประเทศอังกฤษ

ในช่วงทศวรรษ 1970 ถึง 1980 ประเทศอังกฤษมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในยุโรป รัฐบาลในขณะนั้นจึงมอบให้ Social Exclusion Unit (SEU) ศึกษาปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบ (Social Exclusion Unit, 1999) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายที่เหมาะสม โดยดำเนินการในระยะเวลา 10 ปี มีเป้าหมายที่จะลดจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลง ร้อยละ 50 และขยายจำนวนพ่อ-แม่ วัยรุ่นที่ได้รับการศึกษาและได้รับการจ้างงานเป็นร้อยละ 60 ภายในปี ค.ศ. 2010 ผลการศึกษานำมาซึ่งการพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น “Teenage Pregnancy Strategy 1999” ซึ่งเน้นการทำงาน 4 ด้าน คือ การรณรงค์ในระดับประเทศ (national campaign) การทำงานโดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (joint-up action) ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (better prevention) และการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์หรือพ่อ-แม่วัยรุ่น (better support)

การประเมินผลภายหลังจากดำเนินโครงการมา 4 ปี พบว่า แม้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีลดลง แต่จำนวนการตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศอังกฤษยังนับว่าสูงอยู่เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในยุโรป และไม่พบว่าการลดลงของอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรมในโครงการในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเกิดจากความผิดพลาดของการวัดและประเมินผล หรืออาจเป็นเพราะช่วงเวลาที่ทำการประเมินสั้นเกินไป (Teenage Pregnancy Strategy Evaluation research team, 2005) จากผลการประเมินในช่วงต้นของโครงการได้นำไปสู่การพัฒนาและปรับเปลี่ยนการดำเนินโครงการในแต่ละยุทธศาสตร์ การประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Hadley, 2012) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้โครงการนี้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายประกอบด้วย

1. มียุทธศาสตร์ในการดำเนินการที่เหมาะสม เช่น มีผู้สนับสนุนหลักต้นระดับอาวุโส (senior champions) ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
2. มีข้อมูลในพื้นที่ที่ถูกต้องชัดเจน รวมทั้งข้อมูลการรับรู้ปัญหาของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการดำเนินงานในโครงการ และติดตามประเมินผลการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
3. จัดให้มีการสอนเพศศึกษาที่มีเนื้อหาชัดเจน ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในการสอนวิชาด้าน Personal, social, health and economic (PSHE) ของทุกโรงเรียน
4. สนับสนุนให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง พูดคุยแลกเปลี่ยนกับลูกในเรื่องเพศและความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงอย่างเหมาะสม
5. เน้นการใช้มาตรการคุมกำเนิดและการให้บริการสุขภาพทางเพศ โดยเป็นบริการที่ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากกลุ่มวัยรุ่น และเป็นที่ยอมรับของบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับวัยรุ่น การดำเนินการในรูปแบบดังกล่าวเกิดจากการทำงานร่วมกับกลุ่มวัยรุ่น และผู้เกี่ยวข้อง
6. ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กในสถานสงเคราะห์ เด็กในสถานพินิจ เด็กเร่ร่อน เด็กที่พึ่งพิงสวัสดิการรัฐ กลุ่มพ่อแม่วัยรุ่น เป็นต้น
7. จัดอบรมการให้คำปรึกษาเรื่องเพศและความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นเยาวชน เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ในโครงการที่เกี่ยวข้อง
8. สนับสนุนทรัพยากรอย่างเป็นระบบและได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานอาสาสมัครที่ทำงานด้านวัยรุ่น การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงงานด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคม

9. จัดโครงการสร้างแรงบันดาลใจให้กับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยการนำเสนอแรงจูงใจ และทางเลือกในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

10. ดำเนินการสื่อสารด้วยเนื้อหาชัดเจน กระชับ รัดกุม กับเยาวชน พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสื่อในพื้นที่

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความแตกต่างกันไปตามบริบท ดังนั้น การศึกษาวิจัยและการมีข้อมูลในเชิงลึกของพื้นที่นั้น ๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง สิ่งที่ประเทศไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ คือ ขั้นตอนและกรอบการดำเนินการ ซึ่งประเทศอังกฤษให้ความสำคัญเรื่องการทบทวนความรู้ที่มีอยู่เดิม ก่อนที่จะพัฒนานโยบายและแผนงานในระดับประเทศอันตั้งอยู่บนหลักฐานที่น่าเชื่อถือ รวมทั้งการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย และที่สำคัญ คือ การวางแผนการติดตามและประเมินผลโครงการไปพร้อมกับการดำเนินโครงการ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญและเป็นรูปแบบการทำงานที่ประเทศไทยอาจจะนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินนโยบายแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาตรการต่าง ๆ นั้น ประเทศไทยอาจไม่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งหมดในทันที เพราะมาตรการของอังกฤษพัฒนาขึ้นจากการวิจัยเก็บข้อมูลขนาดของปัญหาและความซับซ้อนของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภายในประเทศ สำหรับประเทศไทยควรดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานที่ชัดเจนสำหรับประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเมินมาตรการเพื่อประกอบการพัฒนานโยบายและแผนงานก่อนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่ชุมชนและกลุ่มประชากร

นโยบายและมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

ในช่วงระยะเวลา 5-6 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งผลกระทบที่จะตามมา จึงพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการกำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ และติดตามเร่งรัดให้มีการบังคับใช้นอกจากนี้ ประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังถูกนำเข้าสู่การพิจารณาในการประชุมและเวทีอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระดับชาติ เช่น การประชุมที่จัดโดยคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ในปัจจุบัน ประเด็นเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ถูกระบุไว้ในนโยบายและยุทธศาสตร์หลายฉบับ อาทิ

1. นโยบายและยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในการพัฒนางานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น คือ การส่งเสริมเจตคติที่เหมาะสมเรื่องการสร้างครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ รวมทั้งยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรสาธารณสุข การศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ เจตคติและความสามารถในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ตามมาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

2. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม พ.ศ. 2553

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้พัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อเป็นกรอบในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกลุ่มเป้าหมายของยุทธศาสตร์นี้ คือ เด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 20 ปี โดยมีกลุ่มเสี่ยงที่ระบุไว้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนต้น เด็กและเยาวชนในชุมชนแออัด เด็กและเยาวชนที่พักอยู่ในหอพัก โดยเฉพาะหอพักที่ไม่ได้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติหอพัก พ.ศ. 2507 เด็กและเยาวชนที่ทำงานในโรงงาน และเด็กเร่ร่อน ในยุทธศาสตร์นี้ได้ระบุมাত্রการในการให้ความรู้และสร้างความตระหนัก เพื่อป้องกันส่งเสริมบทบาทครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การควบคุมและขจัดสิ่งยั่วยุ การเสริมสร้างบทบาทและองค์ความรู้แก่ผู้นำทางความคิดของเด็กและเยาวชน กรณีที่เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมจะมีมาตรการให้ความช่วยเหลือระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และมาตรการช่วยเหลือให้กลับไปศึกษาต่อหรือทำงานหลังคลอด

3. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ถูกเสนอเข้าพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 เรื่อง สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และ เอ็ดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 เรื่อง การแก้ปัญหา วัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบมติสมัชชาฯ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการร่วมกับการแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัย การเจริญพันธุ์แห่งชาติและยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหา

เด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปสู่การปฏิบัติ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2554) โดยเน้นการพัฒนาการเรียนการสอนเพศศึกษา จริยธรรม และศีลธรรมให้นักเรียน เสริมสร้างทัศนคติทางเพศที่ดีให้แก่ครูผู้สอน และนักเรียน และการจัดระบบรองรับ ด้านการศึกษาให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ และส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดตั้งกลไกร่วมในการดำเนินการ แลกเปลี่ยนนโยบายระดับประเทศไปเป็น แผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกระดับ รวมทั้งจัดทำมาตรการเร่งด่วนในการจัดการ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการภายในปี พ.ศ. 2554

จากการทบทวนเอกสารในข้อ 6.3.1, 6.3.2 และ 6.3.3 พบว่า ประเทศไทยมีนโยบาย และยุทธศาสตร์สำหรับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่รอบด้านครอบคลุมมาตรการ ที่จำเพาะเจาะจงไปที่สาเหตุอันเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของวัยรุ่น รวมทั้งมาตรการ จัดการปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม การลดการใช้ความรุนแรงและการบังคับให้มี เพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ ยังมีมาตรการดูแลสุขภาพและมาตรการเชิงสังคม เพื่อลดผลกระทบ จากการตั้งครรภ์ที่จะเกิดกับวัยรุ่นที่เป็นแม่และทารก การให้คำปรึกษาและบริการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำตลอดจนมีมาตรการด้านการศึกษาแก่แม่วัยรุ่นและสนับสนุน การเลี้ยงดูทารก ซึ่งทั้งหมดนี้สอดคล้องกับคำแนะนำจากหน่วยงานระดับนานาชาติ เช่น WHO และ UNFPA ที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น อีกทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์เหล่านี้ได้ถูกแปลงสู่การปฏิบัติ ผ่านโครงการต่าง ๆ ที่ดำเนินการโดยหน่วยราชการและองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น

3.1 ศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 (One Stop Crisis Center: OSCC) เป็นโครงการ ตามนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2556 เพื่อให้ความช่วยเหลือประชาชนใน 4 ปัญหาหลัก ได้แก่ การกระทำความรุนแรงต่อเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส การกระทำความรุนแรงทางเพศ ปัญหาท้องไม่พร้อมและคุณแม่วัยใส การใช้แรงงานเด็ก และการค้ามนุษย์ โดยดำเนินการให้มี จุดรับแจ้งเหตุที่เข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมทุกพื้นที่ ผ่านการแจ้งโดยตรงต่อหน่วยงานราชการ เลขหมาย 1300 และเว็บไซต์ www.osccthailand.go.th ศูนย์ช่วยเหลือสังคมนี้ เป็นการดำเนินการ บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน มูลนิธิและเครือข่าย ภาคประชาชน

3.2 โครงการ “Up to me” (พ.ศ. 2554) โดยกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์การแพธ (PATH) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ทักษะชีวิตของวัยรุ่นให้เกิดความเข้าใจในเรื่องเพศ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ ทำแบบทดสอบสมภาพยนตร์ ตลอดจนทำกิจกรรมสร้างเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์และ ตัดสินใจในสถานการณ์จำลอง โครงการนี้ได้ดำเนินการในเขตพื้นที่การศึกษา 242 แห่ง ใน 22 จังหวัด

และกำลังอยู่ระหว่างการขยายผลไปสู่สถาบันการศึกษาอื่น ๆ ทั่วประเทศ (บัลลังก์ โรหิตเสถียร และนางศิรินี โมสิกะ, 2554)

3.3 โครงการ “แม่วัยใส” โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกอบด้วยศูนย์ 3 วัยสานสายใยแห่งครอบครัว (กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กวัยแรงงาน และ ผู้สูงอายุมี 42 ศูนย์ ใน 40 จังหวัด) โครงการคาราวานเสริมสร้างเด็กช่วงอายุ 0-18 ปี และ โครงการเด็กไทยรู้รักษ์ห่วงใยตนเอง (กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กเยาวชนในสถานศึกษา)

3.4 โครงการ “อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์” (ตุลาคม พ.ศ. 2555) โดยสำนักอนามัย การเจริญพันธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและบูรณาการงานด้าน การอนามัยเจริญพันธุ์ระหว่างครอบครัว สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอ และ สถานบริการสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยเหลือการมีเพศสัมพันธ์มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ ยังมีระบบช่วยเหลือดูแลหากเกิดการตั้งครรภ์ที่ผ่านมามี 12 อำเภอ ผ่านการคัดเลือกเป็นอำเภอ อนามัยการเจริญพันธุ์ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2555)

3.5 การรณรงค์เรื่องเพศเชิงบวกในชุมชน โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ และศูนย์สื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สสส. มีกิจกรรมเปิดประเด็นพูดคุยเรื่องเพศในชุมชนและ การผลิตสื่อการเรียนรู้เพื่อปรับทัศนคติเรื่องเพศในสังคมไทยจากที่มองเรื่องเพศเป็นเรื่อง สกปรก อันตราย ไม่ควรเรียนรู้ ให้เป็นทัศนคติเชิงบวก

3.6 โครงการ “รักเป็น ปลอดภัย” (Young Love) โดย PATH มูลนิธิสร้างความสำเร็จ เรื่องสุขภาพผู้หญิง สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สถานีโทรทัศน์ช่อง 3 และ UNFPA ดำเนินการ ใน 12 จังหวัด (UNFPA Thailand, 2013)

4. ประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในประเทศไทย

แม้จะมีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นอย่างรอบด้าน แต่การที่ปัญหาดังกล่าวยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้ เห็นว่า การปฏิบัติตามนโยบายเหล่านี้ไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรค หลายประการ ในการขับเคลื่อนให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำงานที่ไม่เป็นระบบ ขาดกลไกการบูรณาการระหว่างกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ขาดความร่วมมือประสานงาน ระหว่างหน่วยงานต่างกระทรวง และระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ระดับจังหวัดกับระดับท้องถิ่น ตลอดจนการที่ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างจริงจัง (กฤติยา อาชวนิชกุล, 2551; เบญจพร ปัญญาขง, 2553; คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554) แม้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องการแก้ปัญหารู้อายุวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์

ที่ไม่พร้อมจะเป็นฉันทามติของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้าร่วมในสมัชชาฯ และต่อมาได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี แต่การปฏิบัติตามมติก็ประสบกับปัญหาเช่นเดียวกับนโยบายอื่น ๆ ส่วนหนึ่งเกิดจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของมติ จึงไม่ได้มีความพยายามดำเนินการอย่างจริงจัง (คิตาพร ยังกง และคณะ, 2556) สำหรับโครงการหลากหลายประเภทและขนาด เช่น โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ต่าง ๆ ที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งโครงการวิจัยโดยนักวิชาการในสถาบันการศึกษาเพื่อทดลองพัฒนามาตรการใหม่ ๆ และโครงการวิจัยเพื่อประเมินมาตรการที่ภาครัฐทำอยู่นั้น ไม่พบว่ามีการวิเคราะห์บททวนหลักฐานทางวิชาการ อย่างเป็นระบบเพื่อชี้ว่ามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาตรการใดบ้าง มีประสิทธิผลในบริบทของสังคมไทย ดังเช่นการทบทวนโดย The Cochrane Collaboration และ WHO ที่กล่าวข้างต้น

4.1 การสอนเพศศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการและองค์กรพัฒนาเอกชนได้ร่วมมือกันพัฒนาหลักสูตรและวิธีการสอนเพศศึกษามาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ซึ่งทำให้มีผู้เห็นความสำคัญและได้รับการยอมรับมากขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาอุปสรรคที่ทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สอดคล้องกับมาตรฐานระดับนานาชาติ มีการนำไปใช้ในโรงเรียนเพียงบางแห่ง มีการเรียนการสอนที่ไม่สม่ำเสมอ เน้นแต่การควบคุมพฤติกรรมทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเท่านั้น โดยไม่ครอบคลุมประเด็นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์บางประเด็น เช่น โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การเตรียมตัวก่อนมีประจำเดือน และการสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศ เป็นต้น ซึ่งทำให้การสอนเพศศึกษา ไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร (Thaweessit and Boonmongkon, 2009) แม้ในปัจจุบันจะมีช่องทางสำหรับการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่การสอนเพศศึกษาอย่างจริงจังก็ยังไม่ครอบคลุมวัยรุ่นที่สำเร็จการศึกษาภาคบังคับและออกไปประกอบอาชีพ ทั้งที่เป็นแรงงานอิสระและผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการ รวมทั้งวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง เช่น ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น สำหรับกลุ่มที่อยู่ในสถานประกอบการ อาจจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์บ้างเพียงบางประเด็น โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการป้องกันโรคเอดส์ การแก้ไขปัญหายาเสพติด การป้องกันการค้าบริการทางเพศ และการป้องกันอาชญากรรมทางเพศ

การศึกษาของ Vuttanont, et al., (2006) พบว่า หลักสูตรและวิธีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนในประเทศไทยแต่ละแห่งแตกต่างกันมาก โดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านชีววิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง มากกว่าการให้ความรู้ที่จำเป็นในทางปฏิบัติ เช่น วิธีใช้ถุงยางอนามัยอีกทั้งแทบจะไม่

มีการสอนเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความรัก ความสัมพันธ์ และทักษะ การต่อรอง ข้อมูลที่อยู่ในสื่อการสอนไม่ครอบคลุมประเด็นที่นักเรียนต้องการทราบ แม้บุคลากรสาธารณสุขจะสนับสนุนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน แต่ก็เป็นการสนับสนุนในหลักการและมีเพียงส่วนน้อย ที่ทำงานร่วมกับโรงเรียนหรือให้คำปรึกษาแนะนำต่อโรงเรียนอย่างจริงจัง

นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากครูผู้สอนเพศศึกษา เช่น ครูบางท่าน มีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะสอนวิชานี้ รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนหลักสูตรด้วยตนเองในหลายประเด็น และบางประเด็นได้ถูกตัดออกไป ซึ่งการตัดสินใจกระทำเช่นนั้นเป็นผลมาจากค่านิยมส่วนตัว (เป็นการผิดศีลธรรมที่จะกล่าวถึงเรื่องเพศ) ความเชื่อ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อที่ว่า การสอนเพศศึกษาจะกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์) และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของ ครูผู้สอนเอง (Vuttanont, et al., 2006)

4.2 บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

การศึกษาของ Anusornteerakul, et al., (2008) แสดงให้เห็นข้อจำกัดของ บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในมุมมองของนักเรียนอาชีวศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้เวลานานในการรอรับบริการ ระยะเวลาให้บริการสั้นเกินไป มีบริการที่ไม่ครบถ้วน ไม่มีกิจกรรมที่จะช่วยให้คลายจากความวิตกกังวล การให้บริการโดยบุคลากร เพศชาย และความไม่รู้สึกคุ้นเคยกับบุคลากรที่ให้บริการ เป็นต้น สถานการณ์เช่นนี้ อาจเพิ่ม ความเสี่ยงที่วัยรุ่นจะหาวิธีทำแท้งด้วยตนเองหรือไปรับบริการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย (UNICEF, 2010) แม้จะมีการผลักดันให้มีข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยหลักเกณฑ์ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติ การตั้งครรภ์ ทางการแพทย์ พ.ศ. 2548 และเงื่อนไขตามที่ระบุในข้อบังคับฉบับนี้เอื้อให้การแก้ไข ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับหนึ่ง แต่ก็ถูกวิจารณ์ว่าไม่สามารถลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากหญิงที่ต้องการทำแท้งมีข้อจำกัด ในการเข้าถึงบริการที่ให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ จึงไปใช้บริการทำแท้งเถื่อนและได้รับ อันตรายเป็นจำนวนมาก (ณัฐยา บุญภักดี, 2551)

ในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ แม้ว่าจะตระหนักถึงการเพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นและปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อื่น ๆ ในคนกลุ่มนี้ แต่ก็ยังคงมีอุปสรรคในการให้ ข้อมูล และบริการที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับ ผู้รับบริการ ทำให้ไม่สามารถให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ โดยที่ไม่ได้แต่งงาน (Tangmunkongvorakul, et al., 2006) นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคอื่น ๆ ทั้งในระดับสถานบริการ และระดับนโยบาย เช่น การขาดความเป็นส่วนตัวในสถานบริการ ระยะเวลารอรับบริการ และเวลาเปิดให้บริการที่ไม่เหมาะสม ทักษะการสื่อสารที่ไม่ดีของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์

ก่อนแต่งงาน อีกทั้งบุคลากรบางคนไม่เข้าใจต่อความยากลำบากในการบอกเล่าประวัติการ มีเพศสัมพันธ์ ความต้องการเก็บรักษาความลับ และการที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการของวัยรุ่นเหล่านี้ สำหรับอุปสรรค ระดับนโยบายนั้นประกอบด้วยกรณีที่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนว่าสามารถให้บริการ ยาเม็ดคุมกำเนิด แก่หญิงที่ไม่ได้แต่งงานได้หรือไม่ การทำรายงานที่ต้องการรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการ เช่น ชื่อ ที่อยู่ และใช้เวลามากเกินไปในการทำรายงาน ระบบส่งต่อที่ไม่มีคุณภาพ ขาดการประสานงานที่ีระหว่งแผนกภายในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลกับ โครงการที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก

4.3 ประเด็นอื่น ๆ

นอกจากการสอนเพศศึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว การให้โอกาสนักเรียนที่ตั้งครรภ์ได้เรียนต่อไปในระบบโรงเรียนก็ยังพบช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ แม้กระทรวงศึกษาธิการจะมีนโยบายให้โรงเรียนอนุญาตให้นักเรียนกลับมาเรียนได้ หรือให้เรียนที่บ้านด้วยตนเอง โดยมีครูแนะแนวติดตามสนับสนุนให้กลับมาสอบจนจบการศึกษาภาคบังคับ แต่ก็เป็นการสั่งการในการประชุมผู้บริหาร โดยไม่มีลายลักษณ์อักษร ทำให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปด้วย (คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงเรียน ครู และสมาคมผู้ปกครอง

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาและพัฒนาโครงการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยนำหลายมาตรการมาใช้ร่วมกัน เช่น การพัฒนาตัวแบบในโรงเรียนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น (Chaikoolvatana, et al., 2013) การบูรณาการกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นเข้าสู่เครือข่ายที่มีอยู่แล้วในชุมชน (ศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ, 2554) ซึ่งหากจะนำมาเป็นตัวแบบเพื่อขยายไปดำเนินการในพื้นที่อื่น ๆ ก็จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม รวมทั้งติดตามผลในระยะยาว

4.4 การปฏิบัติตามนโยบายแก้ไขปัญหากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด:

กรณีศึกษาศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี เป็น 1 ใน 5 โรงพยาบาลนำร่องในโครงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญ คือ เมื่อจัดตั้งทีมงานซึ่งประกอบด้วยประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และนักสังคมสงเคราะห์แล้ว โรงพยาบาลดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และจัดการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์บริการ เพื่อให้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง เข้าใจระบบ ขั้นตอน และเงื่อนไขการส่งต่อการช่วยเหลือ ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี มีจุดเด่นที่บุคลากรของ

โรงพยาบาลมีความเข้าใจและทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง มีการประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในเครือข่ายตามแนวทางการป้องกัน การช่วยเหลือ การแก้ไข และการบำบัดฟื้นฟู สามารถจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาท้องไม่พร้อมได้อย่างครบวงจร นอกจากนี้ ยังให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมและกฎหมายจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์สามารถแก้ปัญหาและกลับเข้าสู่สังคมปกติ จุดเด่นอีกประการหนึ่ง คือ การให้บริการให้คำปรึกษา ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ และญาติเข้าใจและสามารถเผชิญกับปัญหา โดยมีข้อมูลทางเลือกที่หลากหลายและถูกต้องเพียงพอต่อการตัดสินใจ แล้ววัยรุ่นหญิงเป็นผู้ตัดสินใจเองด้วยความรู้สึกพร้อมและรับทราบผลที่ตามมา เมื่อวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มาขอรับบริการที่โรงพยาบาล พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจะคัดกรองการตั้งครรภ์ เพื่อตรวจสอบอายุครรภ์และความพร้อม หากพบว่าไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ จะส่งตัวไปยังศูนย์พึ่งได้ หากเป็นกรณีที่ตั้งครรภ์จากการละเมิดทางเพศ หรือการใช้ความรุนแรง หน่วยงานที่รับผิดชอบก็จะส่งต่อมาที่ศูนย์พึ่งได้โดยตรง หลังจากให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ในกรณีใด หากวัยรุ่นตัดสินใจจะตั้งครรภ์ต่อเจ้าหน้าที่จะนำวัยรุ่นเข้าสู่บริการฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งการวางแผนครอบครัว เมื่อคลอดแล้วหากแม่วัยรุ่นไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูลูก ก็ส่งไปรับบริการจากหน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงมนุษย์ เช่น บ้านพักที่อยู่ในเครือข่ายของจังหวัด หากวัยรุ่นตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่จะนำวัยรุ่นเข้าสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งมีทั้งบริการของโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน ปัญหาและอุปสรรคของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่พบที่ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี ได้แก่

4.4.1 การจัดบริการศูนย์พึ่งได้เป็นบริการพิเศษที่ผนวกเข้ากับบริการปกติของโรงพยาบาลเป็นการเพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษา ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากการยอมรับว่าไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ อาจเกิดขึ้นได้ในทุกระยะการเข้ารับบริการตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์หลังคลอดและฟื้นฟู นอกจากนี้ ผู้รับบริการบางรายต้องใช้เวลาให้คำปรึกษามากและใช้การประสานงานไปที่หลาย หน่วยงาน

4.4.2 ขาดการทำงานเชิงรุก เนื่องจากกำลังเจ้าหน้าที่และงบประมาณไม่เพียงพอในการทำงานป้องกัน และขาดเทคโนโลยีในการยุติการตั้งครรภ์

4.4.3 มีปัญหาการบริหารจัดการระหว่างเครือข่าย และการประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน แม้ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี จะมี

เครือข่ายที่เข้มแข็ง แต่ยังมีระบบการทำงานที่ไม่สอดคล้องกัน เช่น การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

4.4.4 ระเบียบกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ไม่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น “ระบบบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ไม่สอดคล้องกับความต้องการรับบริการการคุมกำเนิด การดูแลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการขอยุติการตั้งครรภ์อย่างไม่เปิดเผยวัยรุ่น จึงไปขอรับบริการจากโรงพยาบาลที่อยู่นอกพื้นที่ที่ตนมีสิทธิประโยชน์ ทำให้วัยรุ่นหรือครอบครัว ต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย

4.4.5 การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จากการใช้ความรุนแรง ค่าใช้จ่ายสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีนี้ จะเป็นความรับผิดชอบของผู้กระทำผิด ซึ่งในความเป็นจริงอาจไม่สามารถเรียกร้องได้ เนื่องจากตามจับผู้กระทำผิดไม่ได้ หรือผู้กระทำผิดมีฐานะยากจน หรือผู้กระทำผิดเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น เป็นบิดาของแม่วัยรุ่น เป็นต้น วิธีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า คือ การตั้งกองทุนช่วยเหลือระหว่างสมาชิกเครือข่าย แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ผลการทบทวนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการสำหรับการแก้ปัญหาและลดผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งกรณีศึกษาตามที่นำเสนอในบทนี้ชี้ว่า การกำหนดนโยบายที่ประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ อย่างรอบด้านไม่ว่าจะเป็นมาตรการที่แนะนำโดยองค์การระหว่างประเทศ และ/หรือได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิผลในประเทศอื่น ๆ ไม่สามารถประกันความสำเร็จในการป้องกันปัญหาและจัดการบรรเทาผลกระทบ สิ่งที่ควรพิจารณาก็คือ การประเมินมาตรการเหล่านั้นก่อนการตัดสินใจนำมาใช้ในระดับประเทศและท้องถิ่น เพื่อการกำหนดนโยบายได้อย่างเหมาะสมอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ นอกจากนี้ ยังพบว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในประเทศไทยเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบายที่ขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประสบกับปัญหาอุปสรรคมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขาดการกำกับติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง

พัฒนาการของวัยรุ่น (Teenage)

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายวัยรุ่นว่า เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจจากวัยเด็กเติบโตเป็นวัยผู้ใหญ่ เปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งผู้ใหญ่ในทางเศรษฐกิจไปสู่สภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งตนเอง มีการเจริญเติบโตของระบบสืบพันธุ์ที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ได้

Hurlock (1967) กล่าวถึง วัยรุ่นเป็นระยะที่สำคัญที่สุดเกี่ยวกับการพัฒนาในด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นช่วงเวลาของการเจริญงอกงามและการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน คือ ร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เป็นช่วงเวลาที่รับสิ่งใหม่ ๆ ทั้งทางด้านประสบการณ์ ความรับผิดชอบ ความสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ใหญ่ ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมักจะก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ในระยะแรก จึงดูเหมือนว่าปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นพร้อมกันในตัวเด็ก เด็กวัยรุ่นจึงไม่สามารถปรับตัวให้ทันต่อปัญหาเหล่านั้น

ดังนั้น สรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคม ไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ซึ่งควรจะมีการส่งเสริมอย่างถูกวิธี เพื่อใช้เป็นประสบการณ์และทักษะชีวิต เพื่อให้เป็นผู้ใหญ่ที่ดีมีอนาคต

พัฒนาการของวัยรุ่น (Development of adolescents)

พัฒนาการของวัยรุ่นแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ วัยแรกรุ่น (10-13 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี) ทั้งนี้ เพื่อจะชี้ให้เห็นถึงลักษณะที่เด่นเป็นพิเศษของวัยรุ่นแต่ละช่วง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในด้านความรู้สึกนึกคิด และความสัมพันธ์กับบิดามารดา โดยแบ่งดังนี้

1. วัยแรกรุ่น (10-13 ปี) เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกระบบ โดยจะมีความคิดหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบไปยังจิตใจ ทำให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย

2. วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี) เป็นช่วงที่วัยรุ่นจะยอมรับสภาพร่างกายที่มีการเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความรู้สึกแบบเด็ก ๆ ที่ผูกพันและอยากจะทำพ่อกับแม่

3. วัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี) เป็นเวลาของการฝึกฝนอาชีพ ตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสม และเป็นช่วงเวลาที่ จะมีความผูกพันแน่นแฟ้น (intimacy) กับเพื่อนต่างเพศสภาพทางร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตโดยสมบูรณ์เต็มที่ และบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

ลักษณะทั่วไปของวัยรุ่น (General characteristics of adolescents)

ลักษณะทั่วไปของวัยรุ่น คือ การที่เด็กผู้ชายผู้หญิงเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นเร็วช้าต่างกัน โดยที่เด็กผู้หญิงจะเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายก่อนเด็กผู้ชายประมาณ 2 ปี ซึ่งจะทำให้ในชั้นประถมศึกษาตอนปลายหรือชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะพบว่าวัยรุ่นหญิงจะมีร่างกายสูงใหญ่ เป็นสาวน้อยแรกรุ่น ในขณะที่เด็กผู้ชายยังคงเป็นเด็กชายตัวเล็ก ๆ ทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความสับสน

วิตกกังวลได้ เด็กผู้หญิงจะกังวลว่าตนเองไม่หยุดสูงเสียที ในขณะที่เด็กผู้ชายก็เกิดความกังวลว่าทำไมตนเองจึงไม่สูงใหญ่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1.1 ขนาดและความสูง ในวัยเด็กทั้งเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายจะมีความกว้างของไหล่และสะโพกใกล้เคียงกัน แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ผู้ชายจะมีอัตราเร็วในการเจริญเติบโตของไหล่มากที่สุด ทำให้วัยรุ่นผู้ชายจะมีไหล่กว้างกว่า ในขณะที่วัยรุ่นผู้หญิงมีอัตราการเจริญเติบโตของสะโพกมากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ การที่วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตสูงใหญ่ได้รวดเร็ว โดยเฉพาะที่คอแขน ขา มากกว่าที่ลำตัว จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกที่ตัวเองมีรูปร่างเก้งก้างน่ารำคาญ และการเจริญเติบโตหรือการขยายขนาดของร่างกายในแต่ละส่วน อาจเกิดขึ้นไม่พร้อมกันหรือไม่เป็นไปตามขั้นตอน เช่น ร่างกายซีกซ้ายและซีกขวาเจริญเติบโตมีขนาดไม่เท่ากันในระยะแรก ๆ ซึ่งเป็นเหตุทำให้เด็กตกอยู่ในความวิตกกังวลสูงได้ จึงควรให้ความมั่นใจกับวัยรุ่น

1.2 ไขมันและกล้ามเนื้อ เด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงมีความหนาของไขมันที่สะสมอยู่ใต้ผิวหนังใกล้เคียงกัน จนกระทั่งอายุประมาณ 8 ปี จะเริ่มมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นชายจะมีกำลังของกล้ามเนื้อมากกว่าวัยรุ่นหญิง พลังกำลังของกล้ามเนื้อจะแข็งแรงขึ้น หลังจากนั้นวัยรุ่นชายจะมีไขมันใต้ผิวหนังบางลงพร้อม ๆ กับมีกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นและแข็งแรงขึ้น ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นชายดูผอมลงโดยเฉพาะที่ขา น่อง และแขน สำหรับวัยรุ่นหญิงถึงแม้ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของกล้ามเนื้อ แต่ขณะเดียวกันจะมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นอีกโดยที่น้ำหนัก จะเพิ่มได้ถึงร้อยละ 25 ของน้ำหนักโดยเฉพาะไขมันที่สะสมที่เต้านมและสะโพก ประมาณร้อยละ 50 ของวัยรุ่นหญิงจะรู้สึกไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตน และมักคิดว่าตัวเอง “อ้วน” เกินไป มีวัยรุ่นหลายคนพยายามลดน้ำหนัก จนถึงขั้นที่มีรูปร่างผอมแห้ง

1.3 โครงสร้างใบหน้า ช่วงนี้กระดูกของจมูกจะโตขึ้น ทำให้ดั้งจมูกเป็นสันขึ้น กระดูกขากรรไกรบนและ ขากรรไกรล่างเติบโตเร็วมากในระยะนี้ เช่นเดียวกับกล่องเสียง ลำคอ และกระดูกอัยลอยด์ และพบว่าในวัยรุ่นชายจะเจริญเติบโตเร็วกว่าวัยรุ่นหญิงชัดเจนเป็นเหตุให้วัยรุ่นชายเสียงแตก

1.4 การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน ทั้งฮอร์โมนการเติบโต (growth hormone) และฮอร์โมนจากต่อมธัยรอยด์มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโต รวมทั้งฮอร์โมนทางเพศ นอกจากระดับฮอร์โมนจะมีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตทางร่างกาย และอวัยวะเพศในวัยรุ่นแล้ว ตัวของมันเองยังส่งผลถึงความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจ ปฏิบัติการการเรียนรู้ ฯลฯ ในวัยรุ่นอีกด้วย วัยรุ่นที่จะผ่านช่วงวิกฤตนี้ได้ นอกจากจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ยังต้องเข้าใจและควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่พุ่งพล่านขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของระดับ

ฮอร์โมนต่าง ๆ อีกด้วยโดยเฉพาะต่อมไขมันใต้ผิวหนัง และต่อมเหงื่อจะทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาเรื่อง “สิ่ว” และ “กลิ่นตัว” แต่เนื่องจากวัยนี้จะให้ความสนใจเกี่ยวกับร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีความระแวงระวังตัวเองมาก จึงทำให้วัยรุ่นพยายามที่จะรักษา “สิ่ว” อย่างเอาเป็นเอาตาย ทั้ง ๆ ที่ “สิ่ว” จะเป็นปัญหาในช่วงวัยนี้ แต่ระยะสั้น ๆ เท่านั้น

1.5 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ วัยรุ่นหญิงมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงระยะ 1 ปี ก่อนที่จะมีประจำเดือน โดยเฉพาะการเจริญเติบโตของเต้านม ซึ่งเริ่มมีการขยายในขนาด เมื่ออายุประมาณ 8-13 ปี และจะใช้เวลา 2-2 ปีครึ่ง จึงจะเจริญเติบโตเต็มที่ในช่วงอายุ 11-13 ปี วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) จะมีรูปร่างเป็นสาวเต็มตัว ดังนั้นในชั้นประถมตอนปลายหรือมัธยมต้น จะเห็นว่าวัยรุ่นสาวจะมีรูปร่างสูงใหญ่เป็นสาวน้อยแรกเริ่ม ในขณะที่พวกผู้ชายยังคงเป็นเด็กชายตัวเล็ก ๆ ทั้ง ๆ ที่เด็กผู้หญิงเคยตัวเล็กกว่าเด็กผู้ชายมาตลอด ทำให้เด็กกลับสนและเป็นกังวลกับสภาพร่างกายได้ การมีรอบเดือนครั้งแรก จะมีเมื่ออายุประมาณ 12-13 ปี การที่มีประจำเดือนแสดงให้เห็นว่า มดลูกและช่องคลอดได้เจริญเติบโตเต็มที่ แต่ในระยะ 1-2 ปี แรกของการมีประจำเดือน มักจะเป็นการมีประจำเดือน โดยไม่มีไข่ตก รอบเดือนในช่วงปีแรกจะมาไม่สม่ำเสมอ หรือขาดหายไปได้ และเมื่อมีประจำเดือนแล้ว พบว่าเด็กผู้หญิงยังสูงต่อไปอีกเล็กน้อยไปได้อีกระยะหนึ่ง และจะเติบโตเต็มที่เมื่อประมาณอายุ 15-17 ปี การมีรอบเดือนครั้งแรกอาจทำให้รู้สึกพอใจและภูมิใจที่เป็นผู้หญิงเต็มตัว หรืออาจจะรู้สึกในทางลบ คือ หงุดหงิด หวาดหวั่นหรือตกใจได้เช่นกัน โดยทั่วไปการมีรอบเดือนครั้งแรกจะเพิ่มความใกล้ชิดระหว่างวัยรุ่นหญิงกับมารดา ถ้าเคยไว้วางใจกันมาก่อน แต่วัยรุ่นหญิงบางคนจะปกปิดไม่กล้าบอกใคร เพราะเข้าใจไปว่าอวัยวะเพศผิดปกติ หรือเป็นผลจากการสำรวจตัวของวัยรุ่นเอง ในช่วงนี้วัยรุ่นจะกังวลหมกมุ่นกับรูปร่างหน้าตา และมักใช้เวลาอยู่หน้ากระจกนาน ๆ เพื่อสำรวจรูปร่าง ส่วนเว้าส่วนโค้งหรือใช้กระจกส่องดูบริเวณอวัยวะเพศด้วยความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งก็ไม่ใช้พฤติกรรมที่ผิดปกติแต่อย่างใด สำหรับวัยรุ่นชาย ซึ่งจะเริ่มมีการเจริญเติบโตของลูกอัณฑะ เมื่อเข้าสู่ช่วงอายุ 10-13 ปี ครึ่ง และจะใช้เวลานาน 2-4 ปี กว่าที่จะเติบโตและทำงานได้อย่างสมบูรณ์ ในขณะที่รูปร่างภายนอกจะมีการเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงช้ากว่าวัยรุ่นหญิงประมาณ 2 ปี คือ ประมาณอายุ 12-14 ปี ในขณะที่เพื่อนผู้หญิงที่เคยตัวเล็กกว่า กลับเจริญเติบโตแซงหน้า ทำให้วัยรุ่นชายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างความสูงได้มาก เมื่อเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลางช่วงวัย 14-16 ปี ลูกอัณฑะเจริญเติบโตและทำงานได้เต็มที่ จึงสามารถพบภาวะฝั้นเป็ยกได้ บางคนเข้าใจผิดคิดว่าฝั้นเป็ยกเกิดจากการสำรวจความใคร่ด้วยตัวเอง หรือเป็นความผิดปกติอย่างแรง หรือทำให้สภาพจิตผิดปกติ หรือบางรายวิตกกังวลไปกับจินตนาการหรือความฝั้น เพราะ

บางครั้งจะเป็นความคิด ความฝันเกี่ยวข้องกับคนในเพศเดียวกัน ซึ่งก็ไม่ถือว่าเป็นเรื่องที่ผิดปกติอย่างใด

2. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

สังคมผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจได้อย่างตรงไปตรงมา ทั้งความวิตกกังวล หงุดหงิด หมกมุ่น ไม่พอใจในรูปร่างที่เปลี่ยนไป

2.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง เด็กผู้ชายที่เข้าสู่วัยรุ่นชาย จะมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งอาจจะไม่มั่นใจในความเป็นชาย รู้สึกว่าตัวเองไม่สมบูรณ์มักถูกล้อเลียน กลั่นแกล้งจากเพื่อน ๆ ที่รูปร่างใหญ่โตกว่า มีความภาคภูมิใจในตนเองในระดับต่ำและรู้สึกว่าตัวเองมีปมด้อยฝังใจไปได้อีกนาน วัยรุ่นหญิงที่โตเร็วกว่าเพื่อนในวัยเดียวกัน (early mature) มักจะรู้สึกอึดอัดและรู้สึกเคอะเขิน ประหม่าอายุต่อสหายตา และคำพูดของเพศตรงข้ามในขณะที่สภาพอารมณ์ จิตใจยังเป็นเด็ก

2.2 ความวิตกกังวลกับอารมณ์เพศที่สูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนทางเพศ ซึ่งจะส่งผลทำให้วัยรุ่นเกิดอารมณ์เพศขึ้นมาได้บ่อย วัยรุ่นหลายคนที่มีกิจกรรมส่วนตัวที่เบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างดี โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ชอบเล่นกีฬา กลางแจ้งเป็นประจำวัยนี้ จะมีความสนใจ อยากรู้ อยากเห็น อยู่แล้วเป็นทุน และเมื่อมาผสมกับการที่มีระดับฮอร์โมนทางเพศเพิ่มสูงขึ้น จะทำให้เด็กเรียนรู้ที่จะหัดสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง อยากรู้ อยากเห็นกิจกรรมทางเพศ ผู้ใหญ่ควรเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดร่วมกับความอยากรู้ อยากเห็นของวัยรุ่น ควรให้ความรู้ในเรื่องเพศที่ถูกต้อง และถือว่าความรู้สึกในวัยนี้เป็นเรื่องธรรมดาเป็นธรรมชาติอย่างหนึ่ง การที่วัยรุ่นจะสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองนั้นไม่มีอันตรายต่อร่างกาย และไม่ถือว่าเป็นเรื่องที่ไม่ดีศีลธรรม ถ้ากระทำอย่างระมัดระวังเป็นส่วนตัว และไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เป็นต้น

2.3 ความวิตกกังวลกลัวการเป็นผู้ใหญ่ วัยนี้จะมีความคิดวิตกกังวลกลัว จะไม่เป็นที่ยอมรับจากคนรอบข้าง มักจะกลัวความรับผิดชอบ ซึ่งจะรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักหนาอยู่ยาก บางครั้งอยากจะเป็นเด็กอยากแสดงอารมณ์สนุกสนาน ร่าเริง เบิกบาน

2.4 ความวิตกกังวลในความมั่งคั่งทางร่างกาย ไม่ว่าจะวัยรุ่นหญิงหรือชายก็จะมี ความรู้สึกต้องการให้คนรอบข้างชื่นชมเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอกของตนสมเพศสมวัยนั้น เป็นเพราะว่าเด็กจะล้าหน้ากว่าความสวยงามทางกายเป็นแรงจูงใจทำให้คนยอมรับ ทำให้เพื่อนยอมรับเข้าไปในกลุ่มได้ง่าย เป็นวิถีทางหนึ่งที่จะเข้าสู่สังคมและเป็นที่ดึงดูดใจของเพศตรงข้าม ช่วงนี้จะเห็นว่าวัยรุ่นจะสนใจสนทนากัน พิถีพิถันในการเลือกเสื้อผ้า การหวีผม เอาใจใส่ต่อ

การออกกำลังกายสนใจคุณค่าทางอาหาร เครื่องประดับ สุขภาพอนามัย การวางตัวให้สมบทบาททางเพศ การวางตัวในสังคม และความสนใจในแต่ละเรื่องอาจอยู่ได้ไม่นาน

3. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3.1 ความรักและความห่วงใย ความรู้สึกอยากที่จะถูกรักและยังอยากได้รับความเอาใจใส่ ห่วงใยจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็ก แต่มักจะมีข้อแม้ว่าจะต้องไม่ใช่การแสดงออกของพ่อแม่ ที่ทำกับเขาราวกับเด็กเล็ก ๆ ไม่ต้องการความเจ้ากี้เจ้าการไม่ต้องการให้แสดงความห่วงใยอยู่ตลอดเวลา

3.2 เป็นอิสระอยากทำอะไรได้ด้วยตัวของตัวเอง อยากทำในสิ่งที่ตัวเองคิดแล้วว่าดีอยากมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยากที่จะทำตัวห่างจากพ่อแม่ ห่างจากคำสั่งการเจริญเติบโตในการทำงานของสมอง ทำให้เด็กวัยนี้เริ่มมีความคิดอ่านเป็นของตนเอง เริ่มมีความคิดแบบนามธรรม (abstract thinking) การแยกจากพ่อแม่ในเกือบทุกรูปแบบ บางครั้งอาจทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกสับสน สองจิตสองใจ และอาจมีความรู้สึก “สูญเสีย” ในความรัก ความเอาใจใส่จากพ่อแม่ แต่ถ้าพวกเขาขอรับการดูแลหรือยอมทำตามคำสั่งของพ่อแม่ ก็จะไปขัดกับความต้องการที่จะเป็นเด็กโต เป็นอิสระของตนเองที่ต้องการพึ่งพาตนเอง การให้การเลี้ยงดูจึงต้องอาศัยความเข้าใจและเคารพในสิทธิส่วนบุคคลด้วย

3.3 ต้องการเป็นตัวของตัวเอง ความต้องการที่ยอมรับในสิ่งที่มาจากตัวของตัวเขา ทำให้พวกเขามั่นใจในตัวเอง พ่อแม่คงต้องส่งเสริมให้เด็กได้ช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด เท่าที่จะทำได้ตามวัย เพราะในการฝึกเด็กนั้นนอกจากจะทำให้เด็กได้ใช้มือได้อย่างคล่องแคล่วแล้วยังช่วยทำให้เด็กได้หัดคิดหัดตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วย

3.4 อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง การลองผิดลองถูก และคอยสังเกตดูจากปฏิกิริยาของคนรอบข้าง เพื่อตัดสินใจว่าสิ่งที่ทำนั้น ดีเลวเป็นอย่างไรวัยที่โตขึ้น เมื่อความสามารถเพิ่มขึ้นร่างกายเจริญเติบโตขึ้นมา สิ่งรอบตัวต่าง ๆ ที่น่าสนใจ และท้าทายความสามารถก็จะเริ่มเข้ามาเพื่อทดลองการสนับสนุนส่งเสริมเด็กให้คงสภาพอยากรู้ อยากเห็น อยากลอง และได้มีโอกาสทดลองสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ในขอบเขตที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นตามวัย จะทำให้เด็กก้าวเข้าสู่วัยรุ่นด้วยความภาคภูมิใจที่ตนเองเคยมีประสบการณ์ต่าง ๆ มาบ้างสิ่งเหล่านี้จะมาเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้น จะเห็นว่าการฝึกสอนและให้โอกาสเด็กได้ทดลองทำในสิ่งที่ถูกต้อง ควรฝึกสอนมาตั้งแต่เด็ก และควรค่อย ๆ สอนถึงอันตรายในหลายสิ่งหลายอย่างที่มีอยู่ในสังคม และวิธีการแก้ไขเรียนรู้ทั้งสิ่งที่ดีและเลว การฝึกให้เด็กได้ลองในสิ่งที่น่าลอง แต่สอนให้หัดยังตัวเองในสิ่งที่อันตรายจึงเป็นวิธีที่สำคัญมาตั้งแต่วัยเรียน แต่ในทางตรงกันข้ามในกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยถูกฝึกให้ลองคิดลองทำก่อน จะเกิดความสับสนวุ่นวายใจ ขาดความรู้ ขาดทักษะ ขาดการฝึกฝน ขาดการลองทำผิด

ทำถูกมาก่อน จึงทำให้กลุ่มนี้ตกอยู่ในกลุ่มที่มีอันตรายสูง และในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่พ่อแม่ปล่อยปละละเลยหรือไม่เคยสอนให้ยับยั้งชั่งใจมาก่อน นึกอยากทำอะไรก็จะทำ ไม่เคยต้องผิดหวัง ไม่เคยสนใจว่าการกระทำของตัวจะส่งผลกระทบต่อผู้คนรอบข้างอย่างไร

3.5 ความถูกต้อง ยุติธรรม โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลาง มักจะถือว่าความยุติธรรมเป็นลักษณะหนึ่งของความเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงให้ความสำคัญอย่างจริงจังกับความถูกต้องยุติธรรมตามทัศนะของตนเป็นอย่างยิ่ง และอยากจะทำอะไรหลาย ๆ อย่างเพื่อเรียกร้องความยุติธรรม ทั้งในแง่บุคคลและสังคมส่วนรวม จึงมักจะเห็นภาพวัยรุ่นถกเถียงกันเรื่องของสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว

3.6 ความตื่นเต้น ทำทนาย ความต้องการหาประสบการณ์แปลก ๆ ใหม่ ๆ เกลี่ยดความจำเจซ้ำซาก วัยรุ่นกลุ่มนี้จะสร้างความตื่นเต้นทำทนายกับการที่กระทำผิดต่อกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของที่บ้านและกฎของสังคมนั้นเป็น เพราะว่าเป็นความตื่นเต้นและความรู้สึกที่ถูกทำทนาย แนวทางการเลี้ยงดูเด็กฝึกให้เด็กได้มีโอกาสทำงานที่ทำทนายความสามารถที่ละน้อยอยู่ตลอดเวลา จะส่งผลทำให้เด็กได้พัฒนาความเชี่ยวชาญขึ้นมาได้ แก้ปัญหาได้

3.7 ต้องการการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของบ้านของกลุ่มเพื่อนพื้นฐาน การเลี้ยงดูที่ยอมรับ และมีความรักความผูกพันระหว่างพ่อแม่เด็ก จะมีผลทำให้เด็กเกิดความรู้สึกดังที่กล่าวมานี้อย่างง่ายดาย จากการฝึกฝนให้โอกาสเด็กในการตัดสินใจลงมือกระทำหรือแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ และรับฟังพยายามทำความเข้าใจตาม ถ้าเบี่ยงเบนก็ช่วยแก้ไข ถ้าถูกต้องก็ชมเชยและชื่นชม สิ่งเหล่านี้จะไปกระตุ้นให้เด็กเกิดความรู้สึกเป็นที่ยอมรับจากบุคคลภายในบ้าน ซึ่งจะส่งผลทำให้เด็กอยากเป็นที่ยอมรับจากเพื่อน จากครูและจากคนอื่น ๆ ต่อ ๆ ไป จึงเป็นเหตุผลจูงใจกระทำความดีมากขึ้น ๆ แต่ในกรณีตรงกันข้าม ถ้าเด็กคนใดเกิดมาในครอบครัวที่ยุ่งเหยิง ทำให้พ่อแม่ไม่มีปัญหาพอที่จะดูแลเด็ก กลับจะต้องส่งเด็กมาฝากให้ญาติเลี้ยงเป็นภาระ ไม่มีใครเป็นธุระจัดการอะไรให้อย่างออกนอกหน้า ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ค่อยอยากจะรับรู้ รับฟังเรื่องของเด็ก ถึงเวลาจะนานก็ไม่รู้ว่าใครจะให้ความอบอุ่นเมตตาหรือรักได้ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่เป็นที่ต้องการของใครแม้แต่คนเดียวในบ้านไม่ว่าจะถูกหรือทำผิด ทำดีหรือทำชั่วก็ไม่มีใครเห็นคนทัก หากคนที่หวังดีจริงจังในการแนะนำตักเตือนอดทนช่วยฝึกสอนก็ไม่มีในลักษณะเช่นนี้เด็กจะมีชีวิตที่เลือนลอย ไม่รู้สึกว่าตัวเองเป็นสมาชิกภายในบ้าน เป็นคนหนึ่งในครอบครัว ไม่มีใครรับฟังปัญหา หรือไม่รู้ว่าจะไปปรึกษาใคร เมื่อเติบโตไปโรงเรียนก็มักจะพกพาเอาความรู้สึกโดดเดี่ยวว่าแหงนี้ไปที่โรงเรียน ความที่ทักชะไม่ได้ถูกฝึกสอนมาตั้งแต่ที่บ้าน จึงทำให้ผลการเรียนไม่ดี และมักจะแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน

ความต้องการของวัยรุ่น (The needs of adolescents)

1. ความต้องการด้านความรักของวัยรุ่นนั้นเป็นวัยที่ต้องการความรักจากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ครูและเพื่อนทั้งเพศเดียวกัน และต่างเพศ ซึ่งเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจที่ไม่มั่นคง ไม่มั่นใจในตนเอง จึงต้องการให้บุคคลอื่นรักและสนใจตัวเองมากขึ้น

2. ความต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น โดยวัยรุ่นต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง ในการตัดสินใจ วางแผนและวางโครงการของชีวิต รวมทั้งต้องการแสวงหาประสบการณ์ใหม่ ๆ เช่น ต้องการคบเพื่อนใหม่ และทดลองทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการค้นหาความเป็นตัวของตัวเอง

3. ความต้องการมีอนาคต ต้องการมีความสำเร็จ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มสนใจอาชีพต่าง ๆ ต้องการรับผิดชอบ ฟังตนเอง มีจุดมุ่งหมายในอนาคตและมีการวางแผน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะประกอบอาชีพอะไร

4. ความต้องการอยากรู้และอยากทดลองเกี่ยวกับเรื่องเพศ วัยรุ่นจะมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ และเพื่อนต่างเพศ และต้องการความรู้ความเข้าใจทางเพศอย่างถูกต้อง ถ้าถูกกีดกันจะแสดงออกทางอ้อมโดยการปิดบังหรือโดยการหาความรู้อย่างไม่ถูกวิธี นอกจากความสนใจแล้ว วัยรุ่นยังต้องการทดลองเกี่ยวกับเรื่องเพศด้วย เพราะเป็นวัยที่มีความสนใจเพื่อนต่างเพศมีความรักแบบหลงใหล ใฝ่ฝัน และเป็นความรักแบบรุนแรง ไม่ค่อยมีเหตุผล นอกจากนี้ความต้องการทางเพศที่เกิดขึ้นในระยะนี้ เกิดเนื่องจากต่อมต่าง ๆ ภายในร่างกายของวัยรุ่นกำลังทำงานอย่างเต็มที่โดยเฉพาะต่อมเพศที่ผลิตฮอร์โมนออกมา เพื่อควบคุมการเจริญถึงขั้นมีวุฒิภาวะทางเพศทำให้วัยรุ่นพยายามหาทางออก เพื่อผ่อนคลายอารมณ์ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ดังนั้น ผู้ใหญ่จึงควรที่จะอธิบายเรื่องเกี่ยวกับเพศตรงข้ามให้วัยรุ่นเข้าใจ เพราะการปิดบังอาจทำให้เด็กที่มีความอยากรู้อยากเห็น พยายามทดลองหาความจริงด้วยตนเองซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้

เพศสัมพันธ์กับวัยรุ่น (Sex with teens)

จากการสำรวจของกรมอนามัยเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 พบว่า วัยรุ่นชายร้อยละ 34 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 7.90 เห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นสิ่งจำเป็น โดยเหตุผลส่วนใหญ่ร้อยละ 55 คือ ต้องการทดลองใช้ชีวิตร่วมกันก่อนแต่งงาน เหตุผลรองลงมา คือ เพื่อเป็นการผูกมัดคู่รักร้อยละ 40 ร้อยละของการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า โดยเฉลี่ยมีการใช้ร้อยละ 46.70 ไม่ใช้อะไรเลยร้อยละ 34.90 ใช้ยาเม็ด

คุมกำเนิดฉุกเฉินร้อยละ 10.70 นับวันปลอดภัยร้อยละ 5.60 ซึ่งเป็นอัตราที่น้อย ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554)

1. สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นข้อมูลของกรมอนามัย พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นนั้นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ.2552 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยขณะนี้พบตั้งแต่อายุ 11 ปี จากการสำรวจเพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน โดยการติดตามนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 ทุกจังหวัดทั่วประเทศเป็นประจำทุกปี พบว่า ในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2552 นักเรียนทั้ง 3 กลุ่ม มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นทุกกลุ่ม

1.1 ปัจจัยที่ทำให้มีการรวมเพศในวัยรุ่น

ปัจจัยที่ทำให้มีการรวมเพศในวัยรุ่น สรุปได้ 7 ประการ ดังนี้

1.1.1 อายุที่เริ่มมีระดูลดลงและอายุแรกสมรสสูงขึ้นจากสถิติทั่วโลกและพบว่า อายุที่เริ่มมีระดูของเด็กและวัยรุ่นหญิงลดลงเรื่อย ๆ และสัมพันธ์กับการได้รับสารอาหารพวกโปรตีน มีการศึกษาในเด็กไทย พบว่า ช่วง พ.ศ. 2506-2507 อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีระดูเท่ากับ 13.6 ปี ต่อมา พ.ศ. 2518-2519 พบว่าลดลงเหลือ 12.7 ปี และใน พ.ศ. 2540 ลดลงเหลือ 12.3 ปี เมื่อเข้าสู่วัยมีระดูร่างกายผลิตฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดความรู้สึกทางเพศ และมีความต้องการทางเพศ แต่วัยรุ่นยังไม่มีความพร้อมของวุฒิภาวะทางความคิด อารมณ์ และการตัดสินใจ คือโตแต่ตัว แต่ใจยังเป็นเด็กขณะเดียวกันอายุแรกสมรสก็สูงขึ้น ช่วงตั้งแต่เข้าสู่วัยมีระดูจนกระทั่งแต่งงานก็ยาวขึ้นหรือห่างมากขึ้น

1.1.2 อยู่ในระบบการศึกษานานขึ้น ในสมัยก่อนและในสังคมเกษตรกรรม เด็กหรือวัยรุ่นอาจจะเรียนจบเพียงชั้นประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้นและออกมาทำงาน ซึ่งก็จะแต่งงานเร็ว แต่ในปัจจุบันวัยรุ่นและเยาวชนอยู่ในระบบการศึกษามากขึ้นและอยู่นานขึ้น จนจบมหาวิทยาลัยหรือเรียนต่อจนถึงปริญญาโท ปริญญาเอกโดยที่ยังไม่ได้แต่งงานความรู้สึกทางเพศและความต้องการทางเพศก็มีอยู่ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์

1.1.3 Electronic Sex ความก้าวหน้าในระบบสารสนเทศเทคโนโลยี ทำให้มีการพัฒนาอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ Web camera วีดีโอ วีซีดี สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีประโยชน์หลาย ๆ ด้าน แต่ก็มีความเสี่ยงที่ไม่เหมาะสมกับวัยรุ่นอยู่มากเช่นกัน โดยมีการนำเสนอเรื่องเพศมากขึ้น วัยรุ่นมีโอกาสได้เห็นและสัมผัสสื่อกระตุ้นเพศสัมพันธ์เหล่านี้มากขึ้น วัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตอาจจะได้รับการคุกคามทางเพศหรือการล่วงละเมิดล่วงเกินทางเพศ (Sexual harassment) ซึ่งอาจจะได้รับทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) และระหว่างการเล่น (Chat)

1.1.4 สื่อสิ่งพิมพ์และโฆษณา นิตยสารต่าง ๆ รวมทั้งหนังสือพิมพ์รายวัน บางฉบับ จะมีภาพนางแบบหรือดารา นักแสดงนุ่งน้อยห่มน้อย อดเรือนร่าง เน้นการกระตุ้นอารมณ์เพศของวัยรุ่นสื่อโฆษณาหลาย ๆ ชิ้นก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน เช่น การโฆษณาบัตรเครดิตชายนาฬิกา ครีมบำรุงผิว เครื่องสำอาง ซึ่งโชว์เรือนร่างของผู้หญิงออกมาอย่างเต็มที่ รายการโทรทัศน์บางส่วนมีการแสดงออกเรื่องเพศที่แฝงมาในภาพยนตร์ ละคร รายการเพลง ฯลฯ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการแสดงออกและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมาก

1.1.5 สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย มีการเพิ่มของสถานเริงรมย์และสิ่งบันเทิงต่าง ๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสหาทางออกทางเพศหรือมีกิจกรรมทางเพศมากขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้เกิดมีการร่วมเพศก่อนวัยอันควร

1.1.6 โอกาสใกล้ชิดระหว่างสองเพศ วัยรุ่นมีโอกาสใกล้ชิดกันมากขึ้น มีการรวมกลุ่มกับเพื่อนทั้งเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศ แรงผลักดันจากเพื่อน เช่น เพื่อนก็มีแฟนกัน การมีการร่วมเพศถือว่าเป็นเรื่องปกติในกลุ่มเพื่อนแรงกดดันทำทนายจากเพื่อนและอาจจะมีการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ทำให้เพิ่มโอกาสการร่วมเพศมากขึ้นวัยรุ่นที่เรียนในชั้นมัธยมปลายอุดมศึกษารวมทั้งวัยรุ่นโสดที่ทำงานแล้ว อาจจะเช่าหอพักหรือคอนโดมิเนียมอยู่กันเองใกล้สถานศึกษาหรือสถานประกอบการ โดยที่พ่อแม่ผู้ปกครองมิได้อยู่ด้วย ก็มีโอกาสอยู่กันเองสองต่อสองมากขึ้น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้หญิงไม่พร้อม ยังไม่มีการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างเต็มที่ ยังเรียนไม่จบ ไม่มีรายได้ เป็นของตนเองไม่มีความเป็นผู้ใหญ่พอ

สถานการณ์ สาเหตุการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากผลสำรวจอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรหญิงวัยเดียวกันในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณ 96:1,000 คน ประเทศเนเธอร์แลนด์ 7:1,000 คน แคนาดา 26:1,000 คน อังกฤษ 31:1,000 คน ประเทศจีน 4-5:1,000 คน ประเทศสิงคโปร์ 8:1,000 คน ประเทศกัมพูชา 15:1,000 คน และในประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเทียบกับจำนวนประชากรที่ตั้งครรภ์และคลอด 70:1,000 คน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก โดยในประเทศไทย มีอัตราเฉลี่ยการคลอดบุตรของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ สูงเป็นอันดับที่สองของโลก และเป็นอันดับหนึ่งของทวีปเอเชีย คือ ร้อยละ 13.55 ในปี พ.ศ. 2552

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่หลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยกำลังประสบอยู่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก เกิดปัญหาสังคมเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นการทำแท้ง ปัญหาเด็กกำพร้า ปัญหาครอบครัว ฯลฯ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะขยายจำนวนเพิ่มมากขึ้น (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบด้านพฤติกรรมและการเจริญพันธุ์ เพราะเป็นการตั้งครรภ์ที่มักจะไม่ได้อิงแผนหรือไม่ปรารถนา และส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพอนามัยและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554)

1.1 มีความเสี่ยงต่อสุขภาพมารดาและทารกทั้งในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ โลหิตจางในแม่ คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย แห้งเอง คลอดติดขัด เด็กตายคลอด

1.2 ส่งผลกระทบต่อจิตใจของแม่ ขณะตั้งครรภ์ถูกสังคมนินทาเกิดความอับอาย ต้องพักงานกระทบต่อการงานอาชีพรายได้ หลังคลอดมักมีอาการซึมเศร้า

1.3 ส่งผลต่ออนาคตของแม่วัยรุ่นที่ต้องการพักการเรียนหรือลาออกจากการเรียน เรียนไม่จบ เสียโอกาสในการศึกษา เสียอนาคต

1.4 มีการทำแท้งสูง ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ กองอนามัยเจริญพันธุ์ในปี พ.ศ. 2542 ได้ศึกษาการทำแท้งในวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 29.30 อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 24.70 มีสถานภาพเป็นนักเรียน นักศึกษา ทั้งนี้ พบว่า อัตราตายจากการทำแท้งสูงกว่าอัตราตายจากการตั้งครรภ์ปกติถึง 10 เท่า ความไม่ปลอดภัยจากการทำแท้งสูงถึงร้อยละ 29

1.5 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่พร้อมและไม่พึงประสงค์ จากการศึกษาของนาตยา บุญภักดี จากการศึกษาข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2530-2549 พบว่า ในบรรดาการตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว สัดส่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ประมาณร้อยละ 53

ผลกระทบต่อวัยรุ่น

1. การเจริญเติบโตของร่างกาย การตั้งครรภ์จะมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย เช่น ในเรื่องความสูง วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในระยะ 5 ปีแรก หลังจากเริ่มมีประจำเดือน จะมีความสูงของร่างกายน้อยกว่าคนอื่น ทั้งนี้ เนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์จะมีการหลั่งของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) มาก ทำให้มี Epiphysis ของกระดูกปิดเร็วขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะอนามัยเจริญพันธุ์

2. ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจะมากกว่าผู้ที่มีอายุเกินกว่า 20 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีฐานะยากจน ทุพโภชนาการ ไม่ได้ฝากครรภ์ หรืออายุน้อยกว่า 17 ปี ยิ่งอายุน้อยเท่าใด จะยิ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ทั้งในระหว่างการคลอดระยะคลอด และหลังคลอดได้มากขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่

2.1 อุบัติการณ์ของภาวะเลือดจางในระหว่างการตั้งครรภ์สูง

2.2 ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder of pregnancy) จะสูงขึ้น และมีอาการรุนแรงมากขึ้น มีอัตราการชัก (Eclampsia) สูงกว่าและมีอัตราการตายจากภาวะนี้มากเป็น 3.5 เท่าของมารดาที่มีอายุมากกว่า 20 ปี

2.3 ภาวะเจ็บครรภ์นาน (Prolong labour) การคลอดติดขัด (Obstructure labour) ซึ่งมักเกิดจากศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน (Cephalopelvic disproportion) เนื่องจากการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะในมารดาที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ถ้าไม่สามารถช่วยด้วยการผ่าตัดทำคลอด ก็จะทำให้เกิดมดลูกแตก มารดาและทารกอาจเสียชีวิต

2.4 มีภาวะคลอดก่อนกำหนดสูง

2.5 โรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ มารดาวัยรุ่นมีโรคทางอายุรกรรมต่างไปจากผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นระยะที่เปลี่ยนจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ จึงมักพบโรคที่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อต่าง ๆ เช่นเดียวกับวัยเด็ก เช่น หนองน้ำหนวก อีสุกอีใส คางทูม ไอกรน การอักเสบจากไวรัสชนิดต่าง ๆ นอกจากนี้ โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ เริมและโรคทางเพศสัมพันธ์ พบได้บ่อยกว่าผู้ใหญ่ที่ตั้งครรภ์

2.6 อัตราการตายของมารดาสูง มารดาที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และตั้งครรภ์ครั้งแรก จะมีอันตรายมากที่สุด เนื่องจากสรีระวิทยาของร่างกายยังไม่เจริญเต็มที่ มดลูกยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์การตั้งครรภ์ในระยะนี้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและตายจากภาวะแทรกซ้อน จากการตั้งครรภ์ และการคลอด และหลังคลอด จากการศึกษาทั่วโลก พบว่า สตรีตั้งครรภ์และคลอดก่อนอายุ 20 ปี หรือภายหลังอายุ 30 ปี ไปแล้ว โดยสาเหตุการตายที่สำคัญ คือ ครรภ์เป็นพิษและการตกเลือด ซึ่งในประเทศไทย สาเหตุการตายที่พบมากที่สุด คือ การตกเลือด

3. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง ในกรณีที่เป็นการทำแท้งที่ไม่พึงปรารถนา วัยรุ่นจะหาทางออกโดยการทำแท้ง ซึ่งจะเป็นทางออกให้ผู้หญิงลดความกดดันลง เพราะนอกจากจะปกป้องตนเองไม่ให้ถูกสังคมตีตราว่าละเมิดค่านิยม และบรรทัดฐานทางสังคม ยังเป็นการตัดปัญหาในอนาคตที่เกิดจากบุตรนอกสมรสหรือบุตรที่ไม่พึงปรารถนาอีกด้วย การทำแท้งในสังคมไทย ไม่เพียงแต่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ยังต้องเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพจากวิธีการทำ ที่อาจทำโดยบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์หรืออาจเป็นหมอเถื่อนก็ได้ หญิงที่เคยผ่านการทำแท้งล้วนมีปัญหา

ทางร่างกายจากภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพไม่มากนักน้อย ประการสำคัญ คือ การเกิดปัญหาทางจิตใจจากการได้รับแรงบีบคั้นจากจิตสำนึกภายในใจตนเอง จากการขัดเกลาทางวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อทางศาสนาและทางศีลธรรม ส่งผลให้หญิงเหล่านี้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด หดหู่ เศร้าหมอง รวมทั้งข้อแท้ผิดหวังกับชีวิต มารดาวัยรุ่นมักเกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากการพัฒนาทางด้านจิตใจยังไม่ดีพอ ยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นมารดาที่ดีได้ ไม่สามารถขบคิดปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี เมื่อตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจมาก เนื่องจากมีการไม่สมดุลในการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนมากขึ้น มีผลต่อการเกิดอารมณ์แปรปรวน จะทำให้ปรับตัวไม่ได้ ทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย มีการทำร้ายตนเอง นอกจากต้องเผชิญหน้ากับปัญหาภาวะเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายในการเลี้ยงดูและให้การศึกษาบุตรแล้ว สิ่งตามมาในหญิงตั้งครรภ์บางราย คือ ความอับอาย ความรู้สึกด้อยคุณค่าต้องลาออกจากการเรียนหรือที่ทำงาน นอกจากนี้ ความขัดแย้งทางอารมณ์ของมารดา (Emotion conflict) อาจนำไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับรู้และได้รับอิทธิพลความทุกข์ใจจากมารดา อาจทำให้ทารกเกิดการตอบสนองผิดปกติ ซึ่งต่อไปอาจกลายเป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมโรคจิตประสาทในเด็กได้ มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีความคับข้องใจระหว่างบทบาทการเป็นผู้เยาว์ และการเป็นมารดาในขณะเดียวกัน โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย จะมีปัญหาทางด้านจิตใจมากขึ้น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์ ภูมิหลังทางสังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี การยอมรับหรือการปฏิเสธการตั้งครรภ์ กล่าวได้ว่าอารมณ์และจิตใจของมารดามีอิทธิพลต่อทารกที่เกิดมา

ผลกระทบต่อทารก

ทารกที่เกิดจากมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ถือว่ามีภาวะเสี่ยงสูง เพราะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ มีผลต่อทารกทั้งในด้านอุปนิสัยการณที่สูงขึ้นและความรุนแรงมากขึ้น ทารกที่เกิดจากมารดาอายุน้อย จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (Low birth weight) เจ็บป่วยบ่อยและเสียชีวิตได้ง่าย จากการศึกษา พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ภายในระยะเวลา 2 ปี หลังจากเริ่มมีประจำเดือน จะมีอัตราการคลอดลูกที่มีน้ำหนักน้อยเป็น 2 เท่า ของผู้ที่ตั้งครรภ์ในระยะเวลาเกินกว่า 2 ปี หลังจากเริ่มมีประจำเดือน ทั้ง ๆ ที่อยู่ในวัยรุ่นเหมือนกัน ทารกน้ำหนักน้อยจะมีปัญหาเรื่องความผิดปกติในระบบประสาท เช่น ปัญญาอ่อน (Mental retardation) สมองพิการ (Cerebral palsy) ชัก หูหนวก ตาบอด และมีความพิการสูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม

ทารกที่มีน้ำหนักน้อยนับเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ บุตรที่เกิดจากมารดาอายุน้อย แม้เติบโตขึ้นมาก็จะมีอารมณ์ที่แปรปรวน สุขภาพจิตเสื่อม เนื่องจากบิดามารดาที่ยังเป็นวัยรุ่น จะยังไม่เข้าใจถึงธรรมชาติของเด็กว่าทำไมต้องร้องไห้ทำไม จึงต้องมีปฏิกิริยาต่าง ๆ ออกมา ยังไม่มีจิตใจและอารมณ์ที่มั่นคง ไม่เป็นผู้ใหญ่เพียงพอทำให้บุตรถูกทารุณกรรมต่าง ๆ ได้ แต่ถ้ามีญาติผู้ใหญ่ช่วยเหลือด้วยสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุตร ก็จะดีกว่ารวมทั้งสติปัญญา ก็จะดีกว่าบุตรที่มีแต่บิดามารดาวัยรุ่นเป็นผู้ดูแลเอง

แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง บุคลากรทางการศึกษา เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ชุมชนสังคม องค์กรทางศาสนา รัฐบาล รวมถึงตัววัยรุ่นเอง ล้วนมีบทบาทสำคัญ ซึ่งมีแนวทาง ดังนี้

1. แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหามากมาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตวิทยา ความสำคัญอยู่ที่การป้องกัน การดูแลของพ่อแม่ ผู้ใกล้ชิด อาจมีหลายแนวทาง โดย

1.1 ผู้ปกครอง พ่อแม่ต้องไม่สนับสนุนให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนระยะเวลาอันควร ซึ่งต้องเน้นให้ตระหนักในปัญหาที่ตามมาและเรียนรู้จักการดูแล และควบคุมตัวเอง

1.2 ให้มีการสอนเพศศึกษาอย่างถูกต้องตามวัย ให้รักษาลิขิตที่มีค่ามากที่สุดของผู้หญิง เพศชายก็ให้ระวังเรื่องโรคเอดส์ และโรคติดต่ออื่น ๆ รวมทั้งภาวะและปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องตามมาอาจจะเรียนไม่จบ อบรมสั่งสอนปลูกฝัง ตั้งแต่วัยยังเล็ก ๆ เช่น ประถมต้น หรือปลาย สำคัญที่สุด โดยที่พ่อแม่ผู้ปกครองต้องมีความรู้ในการสอนเช่นกัน

1.3 ให้มีการปรึกษาหารือระหว่างผู้ปกครอง ครู เด็ก อย่างเปิดเผยจริงใจ

1.3.1 ผู้ปกครองต้องทำตัวเสมือนเพื่อน ดูแลใกล้ชิด ไม่ให้ห่าง ให้อยู่ในสายตาเรา หรือให้รู้ว่าทำอะไร อยู่ที่ไหน และคอยสังเกตพฤติกรรม หรือ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ทำและการคบเพื่อนต่างเพศ เป็นใครมาจากไหน มีกิจกรรมทำอะไรกันบ้าง ควรรู้จักเพื่อนต่างเพศของลูกด้วย

1.3.2 คอยสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนเพศตรงข้าม และความคิดต่อพฤติกรรมทางเพศของบุตรหลาน เช่น คิดอย่างไรที่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน หากลูกตอบว่าเป็นเรื่องธรรมดาก็น่าเป็นห่วง แต่หากลูกตอบว่าไม่เห็นด้วยก็น่ายินดีแต่ต้องคอยบอกกล่าวว่าจะไม่เปิดโอกาสให้อยู่กับเพื่อนต่างเพศสองต่อสองในที่ลับ และให้ระวังถูกกระทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศหรือหลอกให้ดื่มเครื่องดื่มบางชนิดที่ผสมแอลกอฮอล์ และการควบคุมอารมณ์ไม่ให้ตกอยู่ในห้วงของอารมณ์ใคร่

1.3.3 แนะนำสอนและจัดหาเรื่องการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินแก่วัยรุ่นเป็นอันสุดท้าย

1.3.4 ให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ทุกชนิด เพราะจะทำให้ขาดสติทำอะไรไม่รู้ตัว

1.3.5 เวลาไปเที่ยวกับใครที่ไหนก็ควรไปเป็นกลุ่มเพื่อน ที่ไม่มีความเสี่ยงเพื่อที่จะไม่นำพาไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

1.4 ส่งเสริมการวางแผนครอบครัว ในการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ไม่เพียงแต่จะสอนถึงสิ่งที่ใช้คุมกำเนิด แต่ควรจะสอนวิธีการใช้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพด้วย

2. แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชดี และการแท้ง ในวัยรุ่นและเยาวชน ดังนี้

2.1 การสนับสนุนในเชิงนโยบาย รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนาปลอดภัย และมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมทุกเพศทุกวัยให้มีอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดี โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึงเพื่อเป็นพลังประชากร สร้างประเทศให้รุ่งเรือง มั่งคั่งและมั่นคงสืบไป โดยเน้นให้วัยรุ่นมีอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดี เพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชดี และการทำแท้งในวัยรุ่นและเยาวชน

2.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสถานบริการสาธารณสุข

2.2.1 การอบรมผู้ให้บริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการแนะนำให้คำปรึกษา

2.2.2 การอบรมผู้บริการเพื่อจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น โดยการจัดคลินิกวัยรุ่น เพื่อให้บริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีแก่วัยรุ่น

2.2.3 จัดบริการคุณภาพเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลหลังคลอด สำหรับแม่วัยรุ่น เพื่อให้แม่วัยรุ่นมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจในการดูแลลูก เพื่อให้ลูกได้รับความรักความอบอุ่น

2.3 การสอนให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกัน

2.3.1 การเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน เพื่อสอนให้วัยรุ่นที่ยังไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศไม่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น และกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์แล้วรู้จักการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากขึ้น ดังนั้นวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาจึงควรได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศอย่างเหมาะสม ตรงไปตรงมา ภายใต้อานัติของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง

2.3.2 สอนให้วัยรุ่นภาคภูมิใจในตนเอง

2.4 การพัฒนาบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของวัยรุ่น

2.4.1 การพัฒนาพ่อแม่ ผู้ปกครอง เพราะพ่อแม่ผู้ปกครองนับเป็นกลุ่มแรกที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของวัยรุ่น เป็นโรงเรียนแห่งแรกที่หล่อหลอมความคิดและวิธีใช้ชีวิต ให้เด็กเหล่านั้นเติบโตเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพ จึงต้องเรียนรู้เพื่อให้ความรักความอบอุ่น ความเข้าใจ และรู้วิธีสื่อสารกับวัยรุ่น

2.4.2 การพัฒนาแกนนำวัยรุ่น เมื่อเด็กเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นจะต้องการความเป็นส่วนตัวและให้ความสำคัญกับเพื่อนมากขึ้น การพัฒนาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ จึงต้องอาศัยแกนนำวัยรุ่นที่สามารถสื่อสารให้เข้าถึง เข้าใจ การใช้ภาษา และการรับรู้ปัญหาของเพื่อน นอกจากนี้แกนนำวัยรุ่นยังสามารถโน้มน้าว ให้คำแนะนำการปรึกษาที่ดีแก่เพื่อนได้ รวมทั้งการให้บริการรณรงค์อนามัยได้ด้วย

3. การคุมกำเนิดในวัยรุ่น (Contraception for Adolescent)

สถานการณ์วัยรุ่นไทยในปัจจุบัน พบว่า มีแนวโน้มในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเร็วขึ้น มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น การป้องกันการตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันปัญหาที่จะตามมา การงดร่วมเพศเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ปฏิบัติได้ยาก ดังนั้น การใช้วิธีคุมกำเนิดจึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ได้ดีที่สุด แต่พบว่าวัยรุ่นในประเทศไทย มีอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่น้อย จึงสมควรให้วัยรุ่นเหล่านี้ ได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบ ที่อาจจะตามมาจากการร่วมเพศ โดยการใช้วิธีคุมกำเนิดกันมากขึ้น วิธีคุมกำเนิดที่มีอยู่ก็มีให้วัยรุ่นเลือกได้หลายวิธี ในภาพรวมของการใช้วิธีคุมกำเนิดของวัยรุ่น มีการใช้ในสัดส่วนที่มากพอสมควร แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดของการใช้วิธีคุมกำเนิด พบว่า มีการใช้วิธีคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น และการใช้วิธีคุมกำเนิดทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่ต่ำ ปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้แก่ การติดเชื้อและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา ซึ่งจะตามมาด้วยการทำแท้งอีกด้วย ดังนั้น จึงควรให้ความรู้ ความเข้าใจและให้บริการเกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่น ความรู้ด้านเพศศึกษา เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์และการทำแท้งในวัยรุ่นลง มีดังต่อไปนี้

3.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral Contraceptive Pills)

ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ได้รับความนิยมสูงสุด และใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกมากกว่า 40 ปี สำหรับประเทศไทยผลการ

สำรวจภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุด ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่มีการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ในการคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ ปัจจุบันยาเม็ดคุมกำเนิดมีปริมาณของฮอร์โมนสังเคราะห์ลดต่ำลง ทำให้อาการข้างเคียงต่าง ๆ ลดน้อยลงแต่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

3.1.1 การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

โดยทั่วไปยาเม็ดคุมกำเนิดเริ่มต้นรับประทานระหว่างวันที่ 1-5 ของรอบ ระยะเวลา สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีปริมาณฮอร์โมนต่ำ ในแผงแรกให้เริ่มรับประทานในช่วงวันที่ 1-5 ของรอบระยะเช่นเดียวกัน แต่ควรรับประทานให้เป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เพื่อป้องกันการลืม ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิด 21 เม็ด ทุกเม็ดจะมีฮอร์โมน เมื่อรับประทานหมดแผงแล้วต้องงดเว้น การรับประทาน 7 วัน เพื่อให้มีระยะ แล้วจึงเริ่มรับประทานแผงใหม่ สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิด 28 เม็ดนั้น 21 เม็ดแรกเป็นฮอร์โมน ส่วนอีก 7 เม็ด เป็นยาหลอก ดังนั้น จึงรับประทานเริ่ม ยาที่เป็นฮอร์โมนวันละเม็ดได้ทุกวันไม่ต้องงด ซึ่งประจำเดือนจะมาในช่วงการรับประทาน ยาหลอก 7 เม็ดนั้น สตรีที่กำลังมีประจำเดือน เริ่มต้นรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดได้ภายใน 5 วัน หลังจากเริ่มมีประจำเดือน โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่นควบคู่ไปด้วย สตรีที่ยังไม่มี ประจำเดือนสามารถเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเมื่อใดก็ได้

3.1.2 การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเมื่อมีการลืม

- 1) ลืมรับประทานยาเม็ดฮอร์โมน 1 เม็ด รับประทานยาเม็ดที่ลืมทันที เมื่อนึกได้ และรับประทานยาเม็ดต่อไปตามเวลาปกติที่เคยรับประทาน
- 2) คุมกำเนิดเพิ่ม 1 เม็ดภายหลังจากอาหารเช้า 2 วัน และรับประทานยา เม็ดคุมกำเนิดในแผงตามเดิม
- 3) ลืมรับประทานยาเม็ดฮอร์โมน 3 เม็ด ให้หยุดรับประทานยาเม็ด คุมกำเนิดในรอบเดือนนั้น แล้วรอให้ระดูมาจึงเริ่มรับประทานตามวิธีที่กล่าวมาแล้ว
- 4) ลืมรับประทานยาหลอก ให้รับประทานยาไปตามปกติ

3.1.3 อาการที่ต้องพบแพทย์

กรณีที่ยินยาคุมกำเนิดมาระยะหนึ่งแล้วสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ ควรไปพบ แพทย์ หรือหากมีอาการต่อไปนี้ ควรปรึกษาแพทย์

- 1) ปวดศีรษะมาก รุนแรง ซึ่งอาจเป็นเรื่องความดันโลหิตสูงเส้นเลือด ในสมองแตกหรือไมเกรนก็ได้
- 2) ปวดท้องรุนแรง อาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดของลำไส้

3) ตาพร่า ตามัว เห็นภาพผิดปกติ อาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดในตา

4) เจ็บหน้าอกมาก อาจเกิดจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน

5) ปวดท้องอย่างรุนแรง เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณนั้น

6) อาการตาเหลือง เกิดจากตับอักเสบ

3.2 การใช้ถุงยางอนามัย (Condoms)

ถุงยางอนามัย เป็นอุปกรณ์การคุมกำเนิดที่ทุกคนรู้จักกันดี แต่กลับไม่ค่อยชอบใช้กันทั้ง ๆ ที่ถุงยางอนามัยนั้นทำมาจากยางธรรมชาติแท้ ๆ แม้แต่การพกและการซื้อถุงยางอนามัยก็ยังอาย อย่างไรก็ตาม พึงระลึกเสมอว่า “ผู้ใช้ถุงยางอนามัยนั้นเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ” ทั้งรับผิดชอบต่อตนเอง และรับผิดชอบต่อคู่ของตัวเอง การใช้ถุงยางอนามัยนั้นนอกจากเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ได้แล้ว สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย คือ ป้องกันตัวเองไม่ให้ติดโรค และไม่แพร่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปยังคู่ของตัวเอง ถุงยางอนามัยจัดเป็นเครื่องมือแพทย์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2535 เป็นอุปกรณ์ที่ทำจากยางธรรมชาติ และถุงยางอนามัยถูกเรียกในชื่อต่าง ๆ เช่น ปลอก เลือฝน เลือเกราะ มีชัย หมวก ฯลฯ

3.2.1 ชนิดของถุงยางอนามัย

1) ถุงยางอนามัยที่มีการผลิตจำหน่ายในปัจจุบัน มี 3 ชนิด คือ

1.1) ชนิดที่ผลิตจากเนื้อเยื่อธรรมชาติ (natural membrane condom) วัสดุที่ใช้ส่วนใหญ่มาจากลำไส้ใหญ่ของแกะส่วน caecum มีความหนาประมาณ 0.5 มิลลิเมตร ไม่สามารถยืดตัวได้แต่มีความอ่อนนุ่มสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว

1.2) ชนิดที่ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ (latex condom) ถุงยางอนามัยชนิดนี้ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ มีคุณภาพดี บางและเหนียว มีแบบต่าง ๆ เช่น ปลายเรียบมน ปลายเป็นกระเปาะ แบบมีสารหล่อลื่น และแบบที่เคลือบผิวถุงยางอนามัยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้ออสุจิ เป็นต้น สามารถป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

1.3) ชนิดที่เป็นพลาสติก (plastic condom) ถุงยางอนามัยชนิดนี้ผลิตจากสาร polyurethane ซึ่งเป็นถุงยางอนามัยชนิดใหม่ที่บางกว่าและแข็งแรงกว่าถุงยางอนามัยชนิดที่ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ สามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เช่นเดียวกับถุงยางอนามัยที่ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ

3.2.2 แบบของถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยชนิดที่ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติเข้มข้น ถูกผลิตขึ้นในแบบต่าง ๆ ทั้งนี้ เพื่อสนองความต้องการของผู้ใช้ และแบบต่าง ๆ เหล่านี้ เกี่ยวข้องกับลักษณะสำคัญ 5 หัวข้อ คือ

- 1) สารหล่อลื่น แบ่งเป็นแบบแห้งหรือไม่มีสารหล่อลื่น และแบบมีสารหล่อลื่น ในส่วนของมีสารหล่อลื่นยังแบ่งออกเป็นแบบที่ใช้สารหล่อลื่นธรรมดา และใช้สารหล่อลื่นที่มีตัวยาฆ่าเชื้อ เช่น nonoxynol-9 หรือ N-9 เป็นต้น
- 2) ลักษณะของก้นถุง แบ่งเป็น แบบก้นถุงมน (plain) และแบบก้นถุงเป็นกระเปาะยื่นออกไป (reservoir-ended or teat) เพื่อเป็นที่เก็บน้ำอสุจิ ซึ่งแบบนี้จะเป็นที่นิยมมากกว่า และวิธีการสวมใส่ก็แตกต่างกัน
- 3) รูปทรงของถุง แบ่งเป็น แบบทรงกระบอกตรง ๆ (straight) แบบเข้ารูปกับอวัยวะเพศ (shaped) และแบบลูกคลื่น (rippled)
- 4) ลักษณะผิว แบ่งเป็น แบบผิวเรียบ (smooth) และแบบผิวไม่เรียบ (textured)
- 5) สี มีทั้งแบบสีธรรมชาติของยาง และแบบใส่สีต่าง ๆ เช่น สี ตามวันแดง เหลือง ชมพู เป็นต้น ในปัจจุบันยังมีการผลิต กลิ่น และรสชาติของถุงยางอนามัยที่แตกต่างกันออกไปอีกด้วย เช่น กลิ่นผลไม้หลากชนิด

3.2.3 ขนาดของถุงยางอนามัย

คุณภาพมาตรฐานและข้อกำหนดของถุงยางอนามัย คมพ. 1-2535 ที่แบบทำยประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2535) กำหนดถุงยางอนามัยที่ทำจากยางธรรมชาติออกเป็น 13 ประเภท ตามขนาดความกว้าง คือ ตั้งแต่ ขนาด 44 มิลลิเมตร จนถึงขนาด 56 มิลลิเมตร และกำหนดความยาวของถุงยางอนามัย วัดจากปลายเปิดโดยไม่รวมกระเปาะไม่น้อยกว่า 160 มิลลิเมตร ความหนา 0.02-0.03 มิลลิเมตร ซึ่งใช้ตามมาตรฐานขององค์การกำหนดมาตรฐานระหว่างประเทศ (ISO) ปี ค.ศ. 1990 สำหรับประเทศไทยมีจำหน่ายอยู่ 2 ขนาด คือ

- 1) ขนาดเล็ก หรือ ขนาด 49 มิลลิเมตร มีขนาดความกว้างเมื่อวางถุงยางที่คลี่แล้วแบนราบกับพื้น วัดจากขอบหนึ่งถึงขอบหนึ่ง 49 มิลลิเมตร มีความยาวไม่น้อยกว่า 160 มิลลิเมตร
- 2) ขนาดใหญ่ หรือขนาด 52 มิลลิเมตร เมื่อวางแบนราบมีขนาดกว้างเท่ากับ 52 มิลลิเมตรและมีความยาวเท่ากับ 180 มิลลิเมตร

3.2.4 ขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัย

1) เตรียมถุงยางอนามัย

1.1) ตรวจสอบว่าซองที่บรรจุถุงยางอนามัย อยู่ในสภาพเรียบร้อย ไม่มีรอยร้าว หรือฉีกขาดและถุงยางอนามัยนั้นไม่หมดอายุ

1.2) ใช้มือฉีกถุงยางอนามัย ให้สังเกตว่าถุงยางอนามัยยังอยู่ในสภาพดี (โดยค้ำออกไม่เกิน 1 นิ้วฟุต)

2) การสวมถุงยางอนามัย

2.1) สวมถุงยางอนามัยเมื่ออวัยวะเพศแข็งตัวเต็มที่

2.2) จับถุงยางอนามัยด้านที่จะรัด (มีรอยม้วน) อยู่ด้านนอกโดยค้ำถุงยางอนามัยไม่เกิน 1 นิ้วฟุต

2.3) บีบกระเปาะถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลม และบีบไว้จนกระทั่งใส่ถุงยางอนามัยเสร็จ

2.4) ถ้าถุงยางอนามัยไม่มีกระเปาะที่ปลาย ให้บีบปลายถุงยางอนามัยไว้ประมาณ 1 นิ้วมือ (1.5 เซนติเมตร)

2.5) ใช้มืออีกข้างหนึ่งรัดค้ำถุงยางอนามัยออกจนสุดถึงโคนอวัยวะเพศ โดยต้องปล่อยให้ว่างสูญญากาศ ระหว่างปลายอวัยวะเพศกับกระเปาะถุงยางอนามัย (หรือปลายถุงยางชนิดที่ไม่มีกระเปาะ) ถ้าความหล่อลื่นไม่พออาจจะทาสารหล่อลื่นที่เป็นน้ำหรือ KY Jelly ก็ได้ ห้ามใช้สารหล่อลื่นที่เป็นปิโตรเลียม เพราะจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกหรือขาดเวลาที่มีการเสียดสี

3) การถอดถุงยางอนามัย

3.1) ภายหลังจากหลั่งอสุจิแล้วให้รีบถอนอวัยวะเพศออกจากช่องคลอดทันที โดยมีให้ถุงยางอนามัยหลุดตกค้างอยู่ในช่องคลอด

3.2) ใช้กระดาษทิชชูพันรอบโคนถุงยางอนามัย โดยไม่ให้สัมผัสกับน้ำจากช่องคลอดที่ด้านนอกถุงยางอนามัย (เพราะอาจติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากฝ่ายหญิงได้) แล้วรัดถุงยางอนามัยออกโดยอาจใช้นิ้วเกี่ยวด้านในของขอบถุงยางอนามัยก็ได้

3.3) ทิ้งถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วในที่ทิ้งขยะห้ามนำมาใช้ใหม่

3.2.5 ประสิทธิภาพของถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัย เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ดี มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้ถ้าใช้ถุงยางอนามัยที่ได้มาตรฐาน ไม่เสื่อม ไม่รั่ว ไม่ซึม ใช้อย่างถูกวิธี และใช้อย่างสม่ำเสมอ นอกจากคุมกำเนิดแล้วที่สำคัญยังป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้

3.2.6 สาเหตุของความล้มเหลวจากการใช้ถุงยางอนามัย

ความล้มเหลวจากการใช้ถุงยางอนามัย สามารถนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ หรือการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีสาเหตุสำคัญอย่างน้อย 4 ประการ คือ

1) การใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ นับเป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวของการใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิด การใช้ไม่สม่ำเสมอมีสาเหตุมาจากความไม่ร่วมมือของฝ่ายชายหรือใช้ถุงยางอนามัยสลับกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น

2) การใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี มีได้หลายอย่าง ได้แก่ การคลี่ถุงยางอนามัยออกทั้งอันก่อนสวมใส่ การสวมใส่แบบใส่ถุงเท้า การใส่ผิดด้าน การใส่ที่ไม่เว้นส่วนกระเปาะหรือส่วนปลาย เพื่อรองรับน้ำอสุจิ การใส่โดยไม่ไล่อากาศออกจากกระเปาะหรือส่วนปลายที่เว้นไว้เพื่อการเกี่ยวถูกลีบ หรือเครื่องประดับมีคม การนำกลับมาใช้ใหม่ การสวมถุงยางอนามัยภายหลังร่วมเพศไประยะหนึ่ง การไม่จับขอบของถุงยางอนามัยขณะถอนองคชาติหลังจากการหลั่งน้ำอสุจิ หรือการใช้สารหล่อลื่นที่ไม่เหมาะสม การใช้ที่ผิดเหล่านี้นำไปสู่การแตกของถุงยางอนามัย การเลื่อนหลุดของถุงยางอนามัยหรือการปนเปื้อนน้ำอสุจิบริเวณช่องคลอด ทั้งนี้มีสาเหตุส่วนหนึ่งจากความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ที่ถูกต้องยังไม่แพร่หลาย

3) การแตกของถุงยางอนามัย

4) การเลื่อนหลุดของถุงยางอนามัย

5) การเก็บถุงยางอนามัยที่ไม่ถูกวิธี เช่น ที่ร้อนจัด ทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ เป็นต้น

ดังนั้น ถุงยางอนามัย เป็นวิธีการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่บุรุษเป็นผู้ใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพไว้วางใจได้ถ้าใช้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและความตั้งใจในการปฏิบัติ ถ้าพิจารณาถึงประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดและประโยชน์ที่จะได้รับแล้ว ถุงยางอนามัยน่าจะเป็นวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราว ที่ควรได้รับการส่งเสริมให้ใช้อย่างแพร่หลาย ใช้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี และผู้ใช้ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ฮอร์โมนหรือสารอื่น

3.3 การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน (Emergency Contraception)

หญิงและชายที่มีครอบครัว มีเพศสัมพันธ์ แต่ยังไม่ต้องการตั้งครรภ์ จึงมักวางแผนด้วยการใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดใดชนิดหนึ่งตามความเหมาะสมของแต่ละฝ่าย แต่หากการมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นโดยบังเอิญ หรือมีการใช้วิธีคุมกำเนิดแต่เกิดความผิดพลาด หรือล้มเหลว ซึ่งเหตุการณ์ไม่คาดคิดนี้มักเกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นหรือหนุ่มสาวที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ และทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ได้ ดังนั้น วิธีคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง

ที่จะช่วยลดโอกาสของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ และไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เป็นยาที่ใช้รับประทานหลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินนี้บางครั้งเรียกว่า “ยาคุมกำเนิดหลังตื่นนอน” (morning after pill) หรือ “ยาคุมกำเนิดหลังร่วมเพศ” (post coital pill) ซึ่งเป็นการเรียกที่ไม่ถูกต้องและอาจทำให้เข้าใจผิดได้ตามความหมายที่เรียก และนำไปรับประทานเป็นการคุมกำเนิดตามปกติ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสตรีที่รับประทานยาได้ เนื่องจากยานี้ใช้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เฉพาะกรณีฉุกเฉินเท่านั้น ดังนั้น การเรียกว่า “ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน” จึงดูเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการใช้ ประกอบด้วยฮอร์โมน โปรเจสโตเจนปริมาณสูง ในรูปของ levonorgestrel 750 ไมโครกรัม (เช่น Postinor, Madonna R) เป็นต้น

3.3.1 วิธีใช้

รับประทานยาคูมกำเนิดครั้งแรก 1 เม็ดทันทีที่ได้ยา แต่ต้องไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ และอีก 12 ชั่วโมงต่อมาให้รับประทานซ้ำอีก 1 เม็ด ยาชนิดนี้ผลิตขึ้นมาเพื่อใช้เป็นยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน โดยเฉพาะหากเกิน 72 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 120 ชั่วโมง อาจจะใช้ได้ แต่อัตราการตั้งครรภ์จะสูงขึ้นอีกเล็กน้อย

3.3.2 กลไกป้องกันการตั้งครรภ์

กลไกป้องกันการตั้งครรภ์ของยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินสามารถยับยั้งหรือทำให้การตกไข่เลื่อนออกไป อย่างไรก็ตาม ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ทำให้ระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง อาจทำให้เยอบุโพรงมดลูกไม่เหมาะในการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว และอาจมีผลต่อการเดินทางของไข่ที่ถูกผสมแล้ว อย่างไรก็ตาม การรับประทานยานี้ภายหลังตั้งครรภ์แล้ว จะไม่มีผลให้การสิ้นสุดการตั้งครรภ์เกิดขึ้นหรือไม่เป็นผลให้เกิดการแท้ง

3.3.3 ข้อควรระวังในการรับประทานยา

- 1) การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินควรรับประทานทันที และคำนึงถึงความสะดวกที่จะรับประทานชุดที่สองด้วย ในอีก 12 ชั่วโมงต่อมา (เช่น รับประทานยาชุดแรก 20 นาฬิกา รับประทานยาชุดที่สอง 8 นาฬิกา เป็นต้น)
- 2) ถ้ารับประทานยาไปแล้วภายใน 2 ชั่วโมง มีการอาเจียน ให้รับประทานยาเพิ่มอีก 1 ชุดทันที
- 3) ต้องรับประทานยาตามจำนวนเม็ดที่แนะนำไว้ การรับประทานยามากเกินกว่าที่แนะนำไว้จะไม่ช่วยให้ประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์สูงขึ้น แต่จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน

4) ไม่ควรเลื่อนระยะเวลาการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ออกไปโดยไม่จำเป็น เพราะประสิทธิภาพของยาจะลดลงไปตามระยะเวลาการรับประทาน ที่เลื่อนออกไป

5) รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินพร้อมอาหารหรือนมก่อนนอน เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

6) ใช้ถุงยางอนามัยจนกว่าจะเริ่มมีประจำเดือนครั้งต่อไป

7) ถ้าประจำเดือนมาช้ากว่าปกติ 1 สัปดาห์ ควรทดสอบการตั้งครรภ์

3.3.4 ภาวะแทรกซ้อน

ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินใช้เฉพาะ “ภาวะฉุกเฉิน” การใช้ยาเวลาที่ สิ้น ภาวะแทรกซ้อนจึงไม่น่าจะเกิดขึ้นเหมือนการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบปกติ อาการข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ อาเจียนปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บเต้านม และเลือดออกทางช่องคลอด อาการเหล่านี้มักหายไปภายใน 24 ชั่วโมง ยกเว้นเลือดออก นอกจากนี้ ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบ ฉุกเฉิน ยังไม่ก่อให้เกิดความพิการในทารก หรือมีอาการแท้งเกิดขึ้นเมื่อรับประทานยาขณะ ตั้งครรภ์

3.3.5 ประสิทธิภาพ

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินอย่างถูกต้องภายหลังมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า มีอัตราการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้ร้อยละ 2 ผู้ที่ไม่ได้ รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินจะมีโอกาสตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 8 หรือกล่าวได้ว่ายาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน สามารถลดภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้เพียงร้อยละ 75 เท่านั้น

3.3.6 ข้อบ่งใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน

ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินเหมาะกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในภาวะต่อไปนี้

- 1) ภายหลังจากมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้มีการป้องกันการตั้งครรภ์
- 2) เมื่อสตรีถูกข่มขืน และสตรีนั้นไม่ได้มีการป้องกันการตั้งครรภ์
- 3) ใช้เป็นวิธีเสริม ถ้าใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง หรือไม่สม่ำเสมอหรือ บังเอิญวิธีคุมกำเนิดที่กำลังใช้อยู่เกิดผิดพลาดหรือล้มเหลว เช่น

3.1) ถุงยางอนามัยฉีกขาด หรือเลื่อนหลุด

3.2) เกิดการล้มเหลวในการหลั่งอสุจินอกช่องคลอดขณะร่วมเพศ (เช่น มีการหลั่งน้ำอสุจิในช่องคลอดไปก่อน หรือบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรี)

3.3) นับเวลาปลอดภัยสำหรับการร่วมเพศผิดพลาด โดยสรุปแล้ว ยาเม็ด

คุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน มีประสิทธิภาพต่ำกว่าวิธีคุมกำเนิดแบบปกติทั่ว ๆ ไป ทั้งนี้ เนื่องจากอัตราการตั้งครรภ์ในผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เริ่มต้นรับประทานยา และช่วงเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ว่าอยู่ในช่วงใดของรอบเดือน ดังนั้น ถ้านำเอายาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินมาใช้บ่อยครั้ง จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการล้มเหลวได้ จึงเป็นเหตุผลว่า ทำไมจึงไม่ควรจะนำเอายาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินมาใช้เพื่อคุมกำเนิดเป็นประจำ

3.4 วิธีหลังภายนอกของคลอด (Coitus interruptus)

การถอนอวัยวะเพศชายออกเพื่อหลั่งน้ำกามภายนอกของคลอด เป็นวิธีที่ใช้กันมานานแล้ว ปัจจุบันวิธีดังกล่าวยังคงใช้กันอยู่บ้าง ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดค่อนข้างต่ำ กล่าวโดยสรุป วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น คือ ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดควรเลือกชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ลิว ฝ้ารอย น้ำหนักตัวไม่เพิ่มหรือเพิ่มน้อย จะทำให้มีการยอมรับมากขึ้น แต่ถ้าไม่ได้ร่วมเพศเป็นประจำหรือคุมกำเนิดมาก่อนก็ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ซึ่งสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีถ้าใช้อย่างถูกต้องแต่ไม่เหมาะที่จะใช้เป็นประจำ ส่วนวิธีอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ก็สามารถเลือกนำมาใช้ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละคน ซึ่งวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีก็มีข้อดี ข้อเสีย สำหรับวัยรุ่นต่าง ๆ กันดังที่กล่าวมาแล้ว สิ่งที่สำคัญก็คือวัยรุ่นต้องการคำแนะนำปรึกษาเรื่องการใช่วิธีคุมกำเนิดต่าง ๆ อย่างถูกต้อง และเนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ได้มากการใช้วิธีคุมกำเนิด 2 วิธี (dual protection) คือ การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีอื่นอีก 1 วิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด ก็จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคกลุ่มนี้ในนามของกามโรค หรือในภาษาอังกฤษว่า venereal diseases¹ หรือ VD แต่ในปัจจุบันนี้ ได้มีการศึกษาค้นคว้า และวิจัยกันอย่างกว้างขวาง ทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้นว่า ยังมีโรคอื่นที่ติดต่อกันได้ โดยการร่วมเพศและโดยเพศสัมพันธ์ในลักษณะอื่น ๆ ดังนั้น เพื่อให้ครอบคลุมโรคต่าง ๆ ให้กว้างขวางออกไปอีก ชื่อที่ใช้เรียกกามโรคในภาษาอังกฤษจึงได้เปลี่ยนไปจาก “venereal diseases หรือ VD” เป็น “sexually transmitted diseases” หรือเรียกย่อ ๆ ว่า STD ฉะนั้น จึงขอเรียกชื่อโรคกลุ่มนี้ ในภาษาไทยว่า “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ ๆ บางโรค ซึ่งได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม และกลุ่มอาการภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (โรคเอดส์)

โรคซิฟิลิส เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงมาก และอันตรายสูงโรคหนึ่ง โรคซิฟิลิส เป็นได้ทุกแห่งของร่างกาย ไม่เฉพาะแต่ที่อวัยวะสืบพันธุ์เท่านั้น แม้แต่ตามลิ้น มือ แขน ขา รวมทั้งระบบประสาท หัวใจ เส้นเลือด ตา กระดูก ฯลฯ ในบางรายอาจไม่รู้สึกรู้ว่า มีอาการอย่างไรตั้งแต่แรก และกว่าจะรู้ว่ามียาอาการ โรคนี้ได้กำเริบมากแล้วก็ได้

เชื้อต้นเหตุ โรคซิฟิลิสเกิดจากแบคทีเรียที่มี ขนาดใหญ่ มีรูปร่างคล้ายกับเกลียวสว่าน ขอบเคลื่อน ไหวไปมา สามารถไชเนื้อส่วนที่อ่อน ๆ ได้ โดยเฉพาะ จะเข้าสู่ร่างกายตรงที่เป็นแผลถลอก แม้แต่เป็นแผล ถลอกเพียงเล็กน้อย เชื้อนี้มีชื่อว่า ทรีโพเนอมา พัลลิดุม (Treponema pallidum)

ระยะฟักตัว ประมาณ 10-20 วัน หรืออาจ นานถึง 3 เดือน

ลักษณะอาการ ในขั้นแรกตรงบริเวณที่ได้รับเชื้อ ซึ่งอาจจะเป็นที่อวัยวะสืบพันธุ์ หรือที่อื่น ๆ เช่น ในปาก จะมีตุ่มเล็ก ๆ ขนาดเท่าหัวเข็มหมุด หรือโตกว่านั้นเล็กน้อย ซึ่งต่อไป จะแตกกลายเป็นแผลกว้างออก ขอบแผลเรียบและแข็ง ในระยะนี้เรียกว่า “ซิฟิลิสระยะที่ 1” แผลจะไม่มีอาการคันหรือเจ็บแต่อย่างไร แม้ปล่อยให้ทิ้งไว้ โดยไม่รักษา แผลก็จะหายเองได้ แต่เชื้อซิฟิลิสนั้นยังคงอยู่ในร่างกาย ตั้งแต่เมื่อเริ่มเป็นแผล เชื้อจะเข้าไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณ ขาหนีบ แล้วต่อไปจะเข้าสู่กระแสเลือด และกระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ในบางราย จะปรากฏอาการผื่นขึ้นตามตัวที่เรียกกันว่า “ออกดอก” ซึ่งเป็น “ระยะที่ 2 ของซิฟิลิส” ผื่นนี้ มีลักษณะต่างกับผื่นลมพิษ หรือการแพ้สารต่าง ๆ ก็คือ ไม่มีอาการคัน และผื่นจะปรากฏที่ฝ่ามือด้วย แต่บางครั้งอาจจะมีผื่นเลยก็ได้ แต่จะเกิดอาการอย่างอื่น เช่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามข้อ ผม่วรง ฯลฯ

เมื่อโรคเข้าสู่ระยะที่ 2 การตรวจเลือดจะพบการเปลี่ยนแปลง ที่แสดงปฏิกิริยา ให้ผลบวกของน้ำเหลืองอย่างสูงมาก ถ้ายังปล่อยปละละเลยทิ้งไว้ ไม่ไปพบแพทย์ รับการรักษาอย่างถูกต้อง โรคจะสงบอยู่ระยะหนึ่ง ระยะนี้ เชื้อโรคจะหลบอยู่ตามอวัยวะต่าง ๆ แต่ก็ยังไม่ปรากฏอาการ จะทราบผลได้จากการตรวจเลือดเท่านั้น อาจกินเวลาหลายปี โรคจึงจะเข้าสู่ “ระยะที่ 3” อันเป็นระยะสุดท้ายของโรค บางครั้งเรียกว่า “ซิฟิลิสระยะหลัง” ในระยะนี้ผู้ป่วย ก็อาจจะต้องทุกข์ทรมาน ด้วยอาการของหลายระบบของร่างกาย เป็นต้นว่า บนผิวหนังจะมี ก้อนนูนแตกเป็นแผลเหวอะหวะ ซึ่งจะกลายเป็นแผลเป็น ทำให้เสียโฉม จมูกโท้ว กระดูกผุ อาจตาบอด หูหนวก สติปัญญาเสื่อม สมองพิการ จนถึงเป็นอัมพาต หรืออาจถึงกับเป็นบ้าก็ได้ ยิ่งกว่านั้น อาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ถ้าเกิดไปเป็นที่หัวใจ ทำให้ลิ้นหัวใจรั่ว หัวใจวาย เส้นเลือดใหญ่ ที่ออกจากหัวใจโป่งพอง และตายในที่สุด นอกจากนี้ ในสตรีที่ตั้งครรภ์ ถ้าเป็นซิฟิลิส เชื้อซิฟิลิส จะถ่ายทอดผ่านทางรก ทำให้ทารกป่วยด้วยโรคนี้ถึงตายในครรภ์ หรือถ้าคลอดออกมาแล้ว อาจจะมีการตลอดชีวิตก็ได้ เรียกว่า ซิฟิลิสแต่กำเนิด

การติดต่อ โรคนี้สามารถติดต่อได้โดยทางใดทางหนึ่ง คือ

1. โดยการร่วมประเวณีกับผู้ที่กำลังเป็น ซิฟิลิสระยะแพร่เชื้อ คือ ระยะที่ 1 สำหรับระยะที่ 2 ถ้าถูกต้องกับน้ำเหลืองที่ฝืนผิวหนัง (ออกดอก) ก็จะติด โรคได้เช่นกัน
2. เป็นมาแต่กำเนิด นั่นคือ เมื่อหญิง ที่กำลังตั้งครรภ์เป็นซิฟิลิส ก็สามารถแพร่เชื้อมาให้ทารก ในครรภ์โดยผ่านทางรก
3. โดยเหตุบังเอิญ เช่น สัมผัสกับแผล ซิฟิลิส

การป้องกันและควบคุมโรค

โรคนี้เกิดขึ้นจากการสำล่อนทางเพศ ในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่จะใช้ป้องกันโรค วิธีป้องกันที่ให้ผล ก็คือ ละเว้นพฤติกรรม สำล่อนทางเพศ นอกจากนี้จะต้องมีระบบติดตามนำผู้ป่วยทั้งที่เป็นหญิงโสเภณีและหญิงบริการรูปอื่น ๆ หรือ แม้แต่สามัญชน ซึ่งผู้ป่วยเป็นโรคนำมารักษาให้หายขาด ในกลุ่มชนที่มีความสำล่อนทางเพศ ควรจะต้อง ให้มีการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยเป็นเครื่องป้องกัน

โรคหนองใน บางที่เรียกกันว่า โคโนร์เรีย

เชื้อต้นเหตุ เป็นแบคทีเรีย มีชื่อว่า ไนซ์ซีเรีย โคโนร์เรีย (Neisseria gonorrhoea)

ระยะฟักตัว ใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน หรือ อาจยาวนานถึง 1-2 สัปดาห์ก็ได้

ลักษณะอาการ โรคนี้เป็นกับบุคคลทั้งสองเพศ แต่ลักษณะจะแตกต่างกันดังนี้

อาการในผู้ชาย จะมีอาการที่รุนแรง คือ เริ่มด้วยอาการขัดเบา เจ็บแสบท่อปัสสาวะ ทุกครั้งที่ถ่ายปัสสาวะ ที่ปลายอวัยวะเพศ ตรงปากท่อปัสสาวะจะอักเสบแดง และจะมีหนองไหลเยิ้ม บางครั้งจะมีหนองข้นจนคล้ายเส้นขนมจีน ร่ายที่เป็นมาก ๆ กางเกงในจะเปรอะเปื้อนไปด้วยหนอง หนองจะไหลอยู่ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้รับการรักษา หนองก็จะเริ่มลดน้อยลง แต่อาการอักเสบเวลาถ่ายปัสสาวะก็ยังคงอยู่ จะมีอาการคันภายในท่อปัสสาวะ ถ้าปล่อยให้โรคดำเนินอยู่ เช่นนี้จะกลายเป็นหนองในเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองจะบวมเจ็บ อาจมีอาการปวดตามข้อ บางรายจะมีฝื่นคันตามตัวด้วย โรคอาจลุกลามต่อไป ทำให้เกิดต่อมลูกหมากอักเสบ ท่อสุจิตีบตัน และทำให้เป็นหมันได้

อาการในผู้หญิง อาจจะไม่มีอาการอะไรเลย หรือมีแต่เพียงอาการแสบเวลาปัสสาวะ บางรายอาจจะมีหนองไหล ซึ่งผู้ป่วยมักจะให้ประวัติว่า ตกขาว บางรายจะไม่มีหนองปรากฏให้เห็นเลย บางรายอาการตกขาวมีมาก จนต้องใส่ผ้าอนามัยก็มี ส่วนใหญ่อาการในผู้หญิงจะน้อยกว่าในผู้ชายมาก จนทำให้บางคนสำคัญผิดว่า ไม่ได้เป็นโรค ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายในการแพร่เชื้อต่อไป โดยเฉพาะในหญิงบริการ เนื่องจากมีอาการน้อย จึงมักไม่ใคร่รักษา โรคจึงเรื้อรังลุกลามต่อไป ทำให้เกิดอาการอักเสบในอุ้งเชิงกราน ทำให้ปีกมดลูกอักเสบ มดลูกอักเสบ ปวด

มดลูก ช่องท้องอักเสบ รังไข่ อักเสบ ปวดเมื่อยหลัง ประจำเดือนมาไม่ปกติ มีไข้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไปอีก คือ ท่อรังไข่ตีบตัน เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือเป็นหมันในที่สุด ถ้าเกิดมีการอักเสบในอุ้งเชิงกราน จะมีการตกขาว ซึ่งมีกลิ่นเหม็นร่วมด้วย มีเลือดปน มีไข้ และมักจะมีอาการใกล้เคียง ๆ กับระยะมีประจำเดือน ชาวบ้านจึงเรียกกันว่า ไข้ทับระดู

โรคหนองในอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หลายประการ ได้แก่

1. โรคแพร่กระจายโดยตรงจากแหล่งที่เป็น โรคดังกล่าวไว้แล้ว คือ จากอวัยวะเพศไปทำให้ อุ้งเชิงกรานอักเสบ ปีกมดลูกอักเสบ ต่อมบาร์โทลินใน ช่องคลอดอักเสบ และท่อนำอสุจิอักเสบ

2. โรคแพร่ออกไปโดยทางอ้อม เช่น เอา มือเปื้อนหนองไปเช็ดตา หรือใช้ผ้าเช็ดตัวไปเช็ดตา ตนเอง ทำให้ตาอักเสบเป็นหนองได้

3. โรคแพร่กระจายไปตามกระแสเลือด ทำให้เกิดข้ออักเสบ มีผื่นตามผิวหนัง ลิ้นหัวใจอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และตับอักเสบ

4. โรคติดไปยังทารกในครรภ์ ติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ทำให้คลอดก่อนกำหนด บางครั้งจะ ติดโรคขณะคลอดผ่านช่องคลอดที่มีเชื้อโรค ทำให้ตาอักเสบเป็นหนอง

โรคหนองในในเด็กหญิง มักจะเกิดแก่เด็กหญิง วัยอนุบาล วัยเรียนชั้นประถม อายุประมาณ 3-5 ขวบ จะมีอาการหนองไหลออกมาจากช่องคลอด มี อาการคัน พ่อแม่จะสังเกตเห็นว่าเด็กคันอวัยวะเพศเสมอ ๆ ที่กางเกงในจะมีหนองติด เด็กพวกนี้มักติดเชื้อหนองจากผ้าเช็ดตัว ผ้าปูที่นอน โถส้วม หรือใช้มือที่เปื้อนเชื้อไปเกาอวัยวะเพศ ในต่างประเทศโดยเฉพาะพวกผิวขาว มักจะเกิดจากการร่วมเพศก่อนถึงวัยอันควร นอกจากโรคจะเกิดแก่อวัยวะเพศแล้ว ปัจจุบันพบว่า มีอาการคออักเสบ อันเกิดจากเชื้อหนองในบ่อยขึ้น เพราะมีเพศสัมพันธ์แบบใช้ปาก และบางรายมีอาการ อักเสบของทวารหนัก ซึ่งเป็นผลจากเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

การติดต่อที่สำคัญคือ การร่วมเพศโดยตรง และการกระทำเพศสัมพันธ์โดยวิธีอื่น ๆ การสัมผัสกับ เชื้อโรคโดยทางอ้อม ได้แก่ มือเปื้อนเชื้อ ใช้เสื้อผ้า ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกางเกงใน นั่งโถส้วมตาม หลังผู้ที่เป็นโรคเพิ่งใช้ส้วมไปใหม่ ๆ เหล่านี้เป็นต้น

การป้องกันและควบคุมโรค

รักษาอนามัยส่วนบุคคล ละเว้นการสำล่อนทางเพศ ใช้ถุงยางอนามัย ในการร่วมเพศกับหญิงบริการ ไม่กระทำเพศสัมพันธ์ที่ ผิดปกติ หากมีอาการอย่างหนึ่งอย่างใดที่สงสัย แม้แต่เพียงเล็กน้อย ให้รีบไปรับการตรวจวินิจฉัยโรคโดยด่วน

โรคหนองในเทียม

เชื้อต้นเหตุ เชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญบ่อยที่สุด คือ คลามีเดีย ทราโคมาทิส (Chlamydia trachomatis) นอกจากนี้ ยังมีเชื้อยูเรียพลาสมายูเรียไลติกุม (Urea-plasma urealyticum)

ระยะฟักตัว นานประมาณ 7-14 วัน

ลักษณะอาการ ผู้ป่วยมักจะมีอาการแสบหรือรู้สึกขัดเวลาถ่ายปัสสาวะ และมีหนองใส ๆ บางรายมีอาการคันในท่อปัสสาวะ หรือมีรอยแดง ๆ บริเวณปากท่อปัสสาวะ มักมีหนองไหลในตอนเช้า ๆ ในบางราย อาจมีเชื้ออยู่ โดยไม่มีอาการก็ได้ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อคลามีเดีย บางคนอาจมีอาการแทรกซ้อน เช่น เกิดการอักเสบลุกลามไปยังต่อมลูกหมาก ถุงอัณฑะ ทำให้เกิดเป็นหมันตามมา ในหญิงที่ติดเชื้อนี้มักไม่แสดงอาการชัดเจน บางรายจะมีตกขาวมาก ตรวจพบปากมดลูกอักเสบ เชื้ออาจลุกลามเข้าสู่อวัยวะภายใน เกิดการอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์ในช่องเชิงกราน ทำให้เกิดอาการไข้ ปวดท้องน้อย ท้องรังไข่อักเสบตีบตัน เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือเป็นหมัน นอกจากนี้ ถ้ามารดามีเชื้อที่บริเวณปากมดลูก ทารกที่คลอดผ่านออกมาจะได้รับเชื้อเข้าตา ทำให้เกิดตาอักเสบในระยะแรกคลอด และถ้าทารกที่ตาอักเสบนี้ ไม่ได้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเกิดโรคกับอวัยวะระบบอื่นได้ ที่สำคัญ คือ ปวดบวม

การติดต่อ ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจาก นั้น ทารกแรกเกิดอาจได้รับการติดเชื้อจากมารดาได้

การป้องกันและควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วย จำเป็นต้องให้ยารักษาจนครบกำหนด และแนะนำให้না คู่สมรสมาตรวจรักษาด้วย ในระยะที่มีอาการควรงดการร่วมเพศ ไม่ควรประพฤตีสื่อสัมพันธ์ทางเพศ และการใช้ ถุงยางอนามัยจะช่วยป้องกันโรคได้

กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) เป็นคำในภาษาอังกฤษซึ่งย่อ มาจาก acquired immunity deficiency syndrome หมายถึง กลุ่มอาการที่มีการเสื่อมลงของการตอบสนองของทางภูมิคุ้มกัน ที่มีได้เป็นโดยกำเนิด แต่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง อันเป็นเหตุให้ร่างกายติดเชื้อโรคต่าง ๆ ที่เป็นเชื้อจำพวกฉวยโอกาสได้ง่าย เป็นโรคติดเชื้อชนิดใหม่ ซึ่งเพิ่งมีรายงานเป็นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. 2524

เชื้อต้นเหตุ คือ เชื้อไวรัสที่เดิมเรียกว่า เฮชที-แอลวี 3 (HTLV III) มีชื่อเต็มว่า ฮิวแมน ที ลิมโฟทรอปิก ไวรัส 3 (human T lymphotropic virus III) เชื้อไวรัสนี้มีชื่อพ้องว่า ลิมฟาติโนพาที แอลโซซิเอเทด ไวรัส (lymphadenopathy associated virus หรือ LAV) เชื้อนี้จะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่มีชื่อว่า ทีลิมโฟไซด์ (T lymphocyte) และผลจากการที่ทีลิมโฟไซด์ของผู้ป่วย ถูกทำลาย ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันโรคชนิดหนึ่งที่อาศัยเซลล์ของร่างกายเสื่อมไป ปัจจุบันนี้

คณะกรรมการระหว่างชาติ ได้ตกลงเรียกชื่อ ไวรัสนี้ว่า เอชไอวี ซึ่งมีชื่อเต็มว่า ฮิวแมน อิมมูโน เดฟิเซียนซี ไวรัส (HIV; human immunodeficiency virus)

ระยะฟักตัว ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งยังไม่ทราบแน่นอน แต่อาจนานตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปี แล้วจึงเกิดอาการของโรค

ลักษณะอาการ เป็นอาการที่เกิดเนื่องจากมีเชื้อโรคอื่น ๆ ฉวยโอกาส ในเมื่อร่างกาย ของผู้นั้นมีภาวะภูมิคุ้มกันโรคลดต่ำลง อาการแสดงมีหลายรูปแบบ ด้วยกันคือ อาการทางเดิน หายใจ เช่น ปอดอักเสบ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระร่วงแบบเป็น ๆ หาย ๆ ติดต่อกัน อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง มีไข้ไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะมี น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ซุปผอม อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และอาจมีต่อมน้ำเหลืองโต หรือ ในบางรายอาจพบว่า มีมะเร็งบางชนิดเกิดขึ้นก็ได้ ส่วนมากผู้ป่วยด้วยโรคนี้นี้มักจะตายภายใน 1-2 ปี หลังจากเริ่มมีอาการ

การติดต่อ ตามปกติเชื้อไวรัสของโรคนี้นี้ จะอาศัยอยู่ในเลือด น้ำอสุจิ และน้ำลาย ของผู้ป่วย การติดต่อส่วนใหญ่ติดต่อกันโดยการร่วมเพศกับผู้ป่วย และพบมากในกลุ่มรักร่วมเพศ (homosexual) นอกจากนี้ อาจติดโรคได้จากการรับเลือดจากผู้ป่วย การใช้เข็ม ฉีดยาที่สกปรก ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ที่ฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด เชื้ออาจเข้าทาง แผลในปาก โดยการจูบกับผู้ป่วย และถ้ามารดาป่วย ก็สามารถถ่ายทอดเชื้อนี้ ไปสู่ทารก ในครรภ์ได้

การป้องกันและควบคุมโรค สำหรับประชาชนทั่วไป ควรถือปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. หลีกเลี่ยงการร่วมเพศกับผู้ป่วยหรือสงสัยว่าป่วยหรือที่อยู่ในแควดวงใกล้ชิดกับผู้ ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชายที่มีพฤติกรรม รักร่วมเพศ
2. หลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นร่วมกัน ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด
3. หลีกเลี่ยงการจูบปากกับผู้สงสัยว่าป่วย เป็นโรคเอดส์
4. ผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคเอดส์ ห้ามบริจาค หรือให้เลือดกับผู้อื่น

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

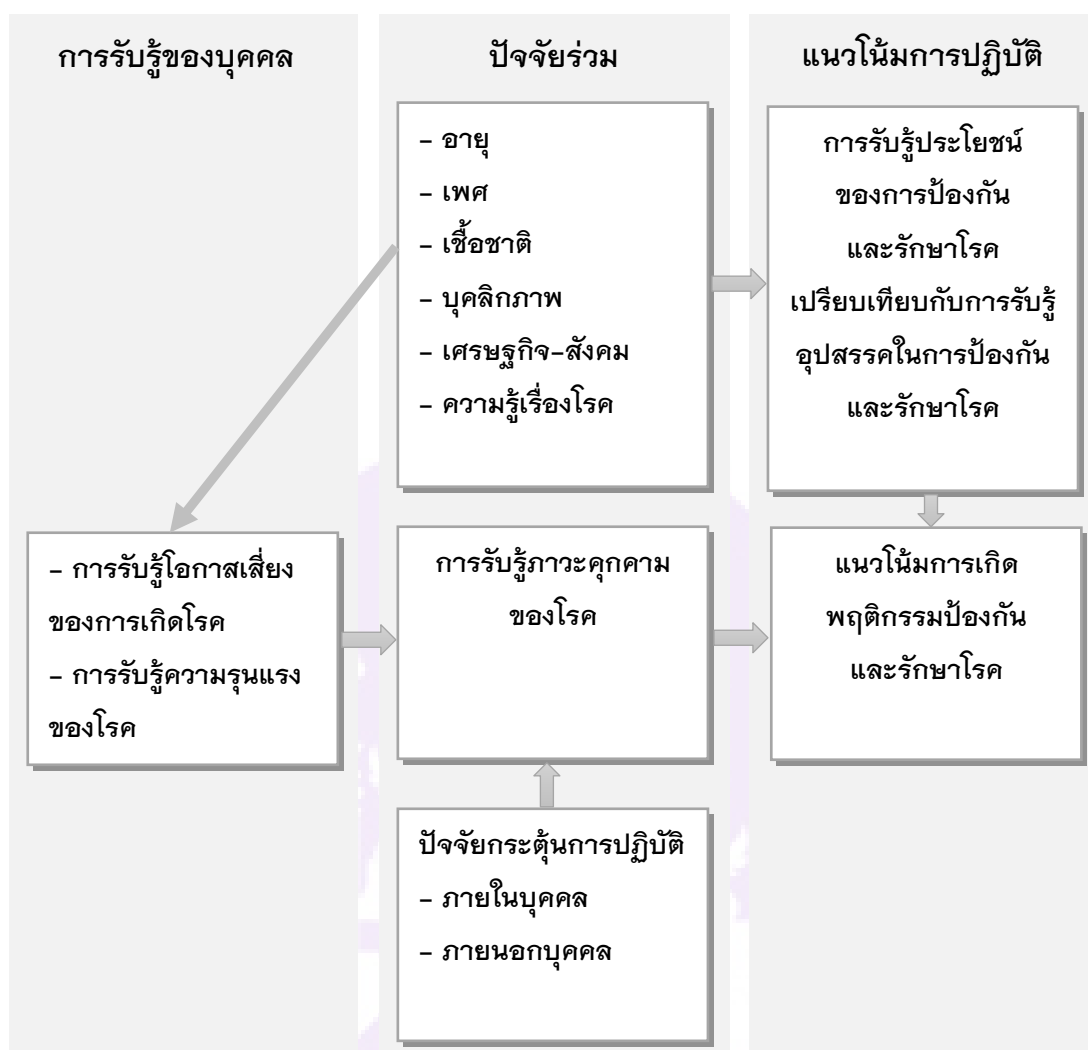
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยครั้งแรกได้เริ่มจากการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Prevention behavior) ต่อมาได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมผู้ป่วย (Sick role behavior) โดยใช้รูปแบบแนวคิดความเชื่อด้าน สุขภาพ ดังนี้

1. องค์ประกอบส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ศาสนา
 2. องค์ประกอบด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค นั้น ๆ วิธีการสัมผัสโรค ปัจจัยร่วมต่าง ๆ เหล่านี้จะก่อให้เกิดผลต่อการรับรู้ของบุคคล
 3. การรับรู้ของบุคคล ประกอบไปด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค
 4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่เจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 5. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคและความเจ็บป่วย บุคคลจะรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการเกิดโรค แต่พฤติกรรมอนามัยจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้น จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วยมาก เนื่องจากเมื่อบุคคลรู้สึกว่าไม่สบาย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพ
 6. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการเกิดโรค และรับรู้ว่าจะโรคนั้นมีความรุนแรงพอที่จะทำให้เกิดอันตรายหรือผลเสีย ด้านเศรษฐกิจและสังคมแล้วบุคคลจะแสวงหาวิธีที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค
- การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลา ในการมารับการตรวจสุขภาพ ความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ กิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ อาจเกิดความเจ็บปวดไม่สบาย หรือการมารับหรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัยซึ่งบุคคลจะต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจ
- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลอง หรือโมเดลทางจิตวิทยาที่พัฒนาขึ้น เมื่อ ค.ศ. 1958 โดยนักจิตวิทยาสังคมชื่อ Hochbaum, Rosenstock และเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากความล้มเหลวของโครงการคัดกรองวัณโรคของหน่วยงานบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ในขณะนั้น ต่อมาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก็ได้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่ออธิบาย และทำนายพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลด-เลิกบุหรี่ การใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งพฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทเมื่อเจ็บป่วย (Sick role

behavior) เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Compliance with recommended medical regimens) ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัย หรือตรวจพบโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคล เมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง ดังการศึกษาของฮอชบอม ที่พบว่า ร้อยละ 82 ของคนที่รับรู้ว่าตนเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคและเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์หากค้นพบโรคในระยะแรก ได้เข้ารับการเอ็กซเรย์ปอดโดยสมัครใจ แต่กลุ่มที่ไม่มีการรับรู้เช่นนั้น มีเพียงร้อยละ 21 เท่านั้นที่เข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด โรเซนสตัดด์ ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรค โดยบุคคลจะมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขาอย่างไร การปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นจะเกิดผลดีต่อเขา และลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของโรคอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่เขาคาดไว้ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความอาย ความเจ็บปวด (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556)

ต่อมา Becker and Maiman (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยร่วม และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเข้าไปเพราะถึงแม้ว่าจะเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือ การรับรู้ของบุคคลแต่ก็มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ซึ่งจะช่วยให้แบบจำลองนี้สามารถใช้ อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2559)



ภาพ 1 แสดงโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: ปรับปรุงโดย Becker and Maiman, 1975

ในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock, Drecher, และ Becker ได้เพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) เข้าไปในโครงสร้างทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้วยสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งรวมกับแนวคิดเดิมที่ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค (Champion and Skinner, 2008)

ในการติดตามทดสอบแนวคิดนี้เป็นเวลาหลายปี นักวิจัยได้ขยายขอบเขตทฤษฎีนี้ และได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สุขภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ 6 ปัจจัยหลัก โดยอธิบายว่า บุคคลจะมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง หรือ “ทำอะไรสักอย่าง” เพื่อแก้ปัญหสุขภาพถ้าบุคคลนั้น

1. เชื่อว่าตนเองมีโอกาสได้รับผลเสียหรือผลกระทบจากโรคหรือปัจจัยสุขภาพนั้น หรือมี **การรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้โอกาสได้รับผลกระทบ (Perceived susceptibility)**

2. เชื่อว่าโรคหรือปัญหสุขภาพ หากเกิดขึ้นจะมีความรุนแรงและอันตราย หรือมี **การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)**

3. เชื่อว่าการตาเนินการหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือปัญหสุขภาพ หรือมี **การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit)**

4. เชื่อว่าค่าใช้จ่ายและสิ่งที่ต้องลงทุนเมื่อตาเนินการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อคำนวณแล้วจะน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ หรือมี **การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers)**
ในระดับที่ควบคุมได้

5. ได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เช่น คู่มือโฆษณาโทรทัศน์ที่เตือนให้ตรวจสุขภาพ หรือมีแพทย์ให้ตรวจแมมโมแกรม) หรือมี **สิ่งเตือนให้ปฏิบัติ (Cues to action)**

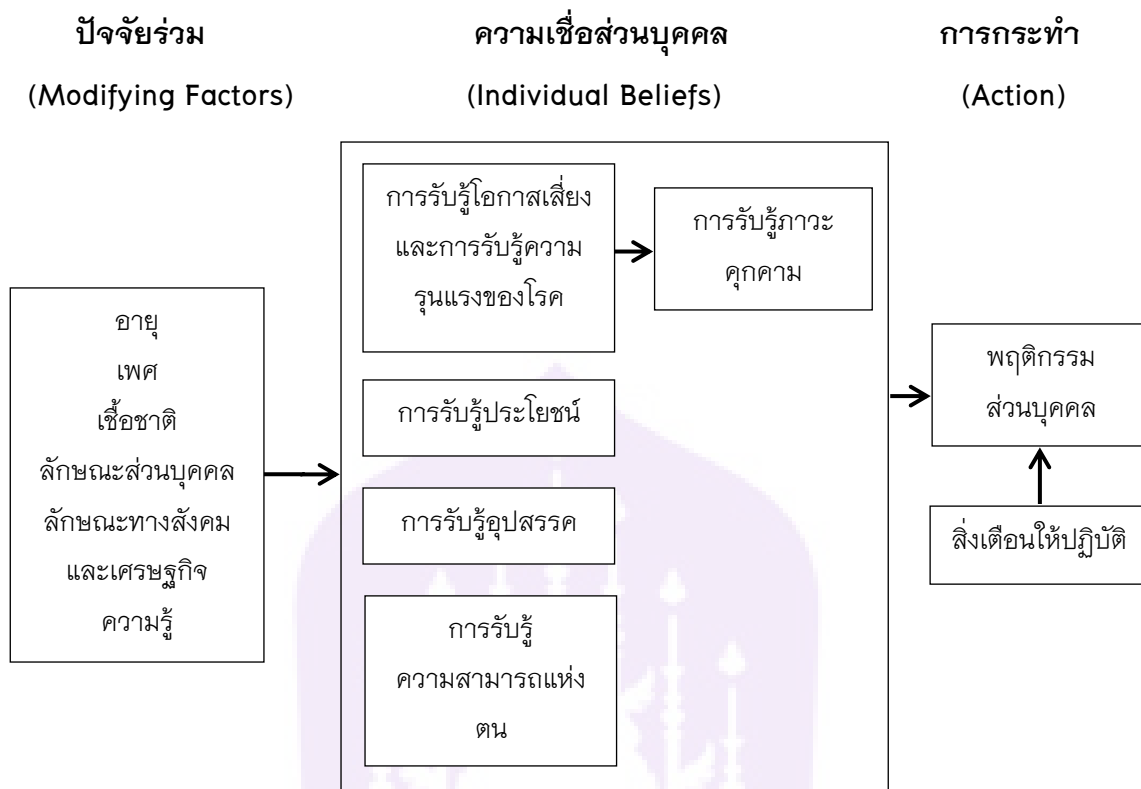
6. มีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ หรือมี **การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy)**

เนื่องจาก “แรงจูงใจด้านสุขภาพ” เป็นจุดเน้นสำคัญของทฤษฎีนี้ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพจึงเหมาะกับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือปัญหสุขภาพ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโอกาส โดยนำปัจจัยทั้ง 6 เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานในการออกแบบกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว (ดูรายละเอียดในตาราง 2) เมื่อนำทฤษฎีนี้ไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติต้องทำความเข้าใจในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเข้าใจให้ชัดเจนว่า บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับใด บุคคลรับรู้ว่ามีปัญหามีความรุนแรงหรือไม่ และบุคคลเชื่อหรือไม่ว่าการปฏิบัติหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดปัญหาได้ และด้วยการลงทุนที่เหมาะสม ซึ่งความสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันเหล่านี้ มั่นยากและสลับซับซ้อนมากกว่าที่เห็นอยู่มาก

ตาราง 1 แสดงแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิด	ความหมาย	กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลง
การรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้ โอกาสได้รับผลกระทบจาก ปัญหาสุขภาพ (Perceived susceptibility)	ความเชื่อว่าตนเองมีโอกาส มีโอกาสเจ็บป่วยเป็นโรค หรือมีปัญหาสุขภาพ	- ระบุกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง และระดับของความเสียหาย - ปรับข้อมูลความเสี่ยงให้เหมาะสมกับ การเรียนรู้ตามลักษณะส่วนบุคคล หรือพฤติกรรมของบุคคล - ช่วยปรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงหรือการรับรู้ โอกาสได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับบุคคล
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)	ความเชื่อที่ว่าโรคหรือ ปัญหาสุขภาพ รวมถึง ผลกระทบจากโรคหรือ ปัญหาสุขภาพอาจมี ความรุนแรง	- ระบุผลกระทบของโรคหรือปัญหา สุขภาพ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา

และยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ เป็นปัจจัยที่เกิดจากความหลากหลายด้านประชากร สังคม และโครงสร้าง ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการกระทำพฤติกรรมสุขภาพทางอ้อม ยกตัวอย่างเช่น ปัจจัยด้านสังคมประชากร โดยเฉพาะการศึกษา เชื่อว่าจะมีผลกระทบทางอ้อม ต่อการแสดงพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค (Champion and Skinner, 2008)



ภาพ 2 แสดงแบบการเชื่อมโยงของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การประยุกต์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

ได้แก่ การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

ตาราง 2 แสดงการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปร	การนำไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	<ul style="list-style-type: none"> • การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโอกาสการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม • การคัดกรองหรือประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค • จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น การสนทนากลุ่มระหว่างผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการให้ประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง • การยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case studies)

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	การนำไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
การรับรู้ ความรุนแรง ของโรค	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เช่น ระยะเวลาของอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่รอบด้าน ● การวิเคราะห์หรือประเมินผลเสียที่จะเกิดตามมาจากการป่วยเป็นโรคนั้น ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ● จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค เช่น การจัดสนทนากลุ่มระหว่างผู้เสี่ยงกับตัวแบบที่กำลังทนทุกข์ทรมาน หรือสูญเสียโอกาสด้านต่าง ๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วยเป็นโรคนั้น ๆ ● การยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case studies)
การรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกัน และรักษาโรค	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค ● การวิเคราะห์ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคนั้น ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ● จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค เช่น การใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเกิดผลกระทบทางบวก ● การประเมินเปรียบเทียบระหว่างผลดีและผลเสียของการพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ● การยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case studies)
การรับรู้อุปสรรค ในการป้องกัน และรักษาโรค	<ul style="list-style-type: none"> ● การวิเคราะห์อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ● การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ● วางแผนเพื่อขจัดหรือลดอุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เช่น จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	การนำไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
	<ul style="list-style-type: none"> ● การมีส่วนร่วมในการจัดและลดอุปสรรคของสมาชิกในครอบครัว เพื่อนที่ทำงาน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ● มีระบบการช่วยเหลือที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ● การประเมินผลการจัดหรือลดอุปสรรค ● การยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case studies)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรภัทร์ สุวรรณสม (2555) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการปรับตัวของครอบครัวที่มีมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ณ อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า ระดับค่าคะแนนการปรับตัวของครอบครัวก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 74.96 (S.D. = 4.17) หลังการทดลองมีระดับค่าคะแนน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 159.23 (S.D. = 4.25) ในมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับค่าคะแนนการปรับตัวก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 112.23 (S.D. = 6.04) หลังการทดลองระดับค่าคะแนนการปรับตัวอยู่ระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 222.76 (S.D. = 5.64) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของครอบครัวในกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ชญาดา คล่องการ (2556) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตในด้านความคิดสร้างสรรค์คิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้านความตระหนักรู้ในตนเองเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความภาคภูมิใจในตนเองความรับผิดชอบ ต่อสังคม ด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียด ด้านการตัดสินใจการแก้ปัญหา ด้านการสร้างสัมพันธภาพการสื่อสาร และแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

นันท์วิภา สิงห์ทอง และคณะ (2558) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โรงเรียนมัธยมศึกษา ตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา

พบว่า ด้านความรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านทัศนคติทางเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชั้นวัย ดิยะไทธาดา และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (2556) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ผลการศึกษา พบว่า ศึกษาตัวแปร 7 ตัว พบว่า ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน แรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนน ความรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พฤติกรรม การปฏิบัติตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการทดลอง ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

ศิริพร จิรวัดณ์กุล และคณะ (2554) ได้ศึกษา การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส) ผลการศึกษา พบว่า การวิจัยระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม พบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่พบในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แม่วัยใสอายุน้อยที่สุด 12 ปี มีสามีอายุ 15 ปี แม่วัยใสที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุด คือ 11 ปี และส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปี เด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุที่น้อยที่สุดพบที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนเด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุตั้งแต่ 13 ปี ลงมามากที่สุดคือภาคกลาง (ร้อยละ 4.4) รองลงมา คือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 4.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.5) และภาคใต้ (ร้อยละ 2.3) ทั้งนี้แม่วัยใสในภาคใต้ ไม่ได้คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 50.4) ส่วนแม่วัยใสในภาคอีสานใช้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 32.1) แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ทั้งนี้ แม่วัยรุ่นภาคอีสานตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ เพราะไม่มีทางเลือกมากที่สุด แม่วัยใสที่พยายามทำแท้งแต่ไม่สำเร็จพบมากที่สุดที่ภาคอีสาน น้อยที่สุดที่ภาคใต้ แม่วัยใสโดยส่วนใหญ่มีแฟนที่อายุมากกว่าตนเอง โดยพบว่ามีแฟนที่มีอายุในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 62.9

สถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้วัยรุ่นหญิงชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกให้ช้าลง ใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมทุกครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์ มีพลังอำนาจเพียงพอที่จะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ชี้ว่า การห้ามวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีไม่ให้มีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก เพราะการรับรู้ของเด็กเองที่เห็นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องธรรมดาที่ไม่ใช่ความผิด เพียงแต่ผู้ใหญ่ไม่ชอบ การลักลอบมีเพศสัมพันธ์ยังเป็นความท้าทาย ประกอบกับมีสิ่งกระตุ้นยั่วยักจากสื่อต่าง ๆ ของมีนเมา และสิ่งเสพติดที่มีอยู่ทั่วไปรอบ ๆ ตัวเด็ก ดังนั้นเด็กวัยรุ่นหญิงทุกคน ไม่ว่าจะ เป็น “เด็กเที่ยว” หรือ “เด็กเรียน” ต่างเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนกัน

ประเด็นเพศศึกษาซึ่งในที่นี้รวมทั้งเพศศึกษา (Sex education) และเพศวิถีศึกษา (Sexuality education) มีข้อค้นพบที่สอดคล้องกันทั้งจากการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ คือ แม้ว่าวัยรุ่นทั้งหญิงและชายต่างคาดหวังว่า พ่อ-แม่ และครูจะเป็นที่พึ่งเรื่องเพศสำหรับเขา/เธอได้ แต่ช่องว่างของการไม่เข้าใจกัน การรับรู้เรื่องเพศที่ต่างกันระหว่างผู้ใหญ่กับเด็ก ทำให้เด็กวัยรุ่นทั้งหญิงชายพึ่งเพื่อนเรื่องเพศมากที่สุด แต่ในที่สุดเมื่อเด็กวัยรุ่นตั้งครรภ์ ทั้งวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายต้องกลับมาพึ่งพ่อ-แม่

ประเด็นการคุมกำเนิดมีข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพสรุปได้ชัดเจนว่า เด็กวัยรุ่นที่ศึกษาทั้งหมดรู้ว่าการใส่ถุงยางอนามัยและการใช้ยาคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่ยอมใช้โดยมีเหตุผลด้านความรู้สึกและอารมณ์เป็นเรื่องหลัก

มีข้อสังเกตว่าแม้มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากจากการถอดบทเรียน พบว่า เพศภาวะมีส่วนอย่างสำคัญต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การคุมกำเนิด การสอนเพศศึกษาของครู การสื่อสารเรื่องเพศระหว่างเด็กชาย เด็กหญิงกับพ่อ-แม่-ครู การศึกษาของแม่วัยเยาว์หรือวัยใส การรับผิดชอบเรื่องเพศของผู้ชาย การให้บริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และการเลี้ยงดูลูก แต่มาตรการและยุทธศาสตร์ที่ปรากฏก็ยังมีลักษณะ Gender Blind

ผลการวิจัยในระยะที่ 2 และ 3 ได้สาธิตและประเมินให้เห็นว่า การบูรณาการเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่เน้นความเข้มแข็งของครอบครัว และชุมชน สามารถบูรณาการเข้าไปสู่งานประจำของเครือข่ายภาคีที่มีอยู่แล้วในชุมชนได้ การนำเรื่องเพศศึกษาขึ้นสู่เวทีสาธารณะ โดยให้เด็กวัยรุ่นเป็นตัวเดินเรื่องและออกแบบการนำเสนอ มีผู้ใหญ่เป็นตัวช่วยอย่างกัลยาณมิตร ทำให้เกิดขึ้นได้ในวิถีชีวิตวัยรุ่น วัยเรียน และสามารถสะท้อนความเป็นหญิงชายที่ทุกคนเข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้การใช้แนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะให้กับพยาบาลวิชาชีพโดยใช้วิธีการ

อบรมแบบการสะท้อนเชิงสังคมวัฒนธรรม (Socio-cultural Reflection Model or SRM) จะเป็นการช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นตั้งครรภ์ และหลังคลอดผ่านผู้ช่วยเหลือที่ให้คำปรึกษาอย่างมืออาชีพ และมีความจำเพาะเชิงเพศภาวะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะสำหรับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 รัฐบาลต้องทำให้พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เกิดขึ้นในเร็ววันให้มีการใช้ และมีหน่วยงานสหสาขาวิชาชีพกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง

1.2 สถาบันการศึกษาที่ผลิตครูทุกแห่งต้องทำให้บัณฑิตครูทุกคนสามารถเป็นครูเพศศึกษา มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และเป็นต้นแบบของการเป็นผู้ชาย ผู้หญิงที่มีความเข้มแข็ง เคารพในสิทธิมนุษยชน และไม่ทำให้เกิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เป็นธรรม และไม่เท่าเทียมระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ไม่ผลิตซ้ำความเป็นหญิง เป็นชายที่ทำให้เกิดการล่วงละเมิดทางเพศและพฤติกรรมรุนแรงต่าง ๆ

1.3 โรงเรียน และสถาบันการศึกษาทุกแห่งร่วมกับครอบครัวนักเรียน ต้องทำให้เพศศึกษาและเพศวิถีศึกษาเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเรียนรู้อย่างเปิดเผย และมีความรับผิดชอบทางสังคมต่อพฤติกรรมทางเพศของตนเอง ครู พ่อ-แม่ ผู้ปกครอง และนักเรียนร่วมกัน ทำให้เรื่องนี้เกิดขึ้นอย่างเป็นกัลยามิตร

1.4 กระทรวงศึกษาธิการควรทำให้เรื่องคุณภาพชีวิตทางเพศของนักเรียนและครูเป็นตัวชี้วัดของการประกันคุณภาพการศึกษาของทุกโรงเรียน

1.5 สนับสนุนให้มีองค์กรในชุมชนซึ่งอาจเป็นองค์กรที่มีอยู่เดิม หรือองค์กรใหม่ทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางเพศของวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบโรงเรียน เช่น ในโรงงาน ในสถานบันเทิง ในสถานกักกัน สถานสงเคราะห์ และสถานที่อื่น ๆ

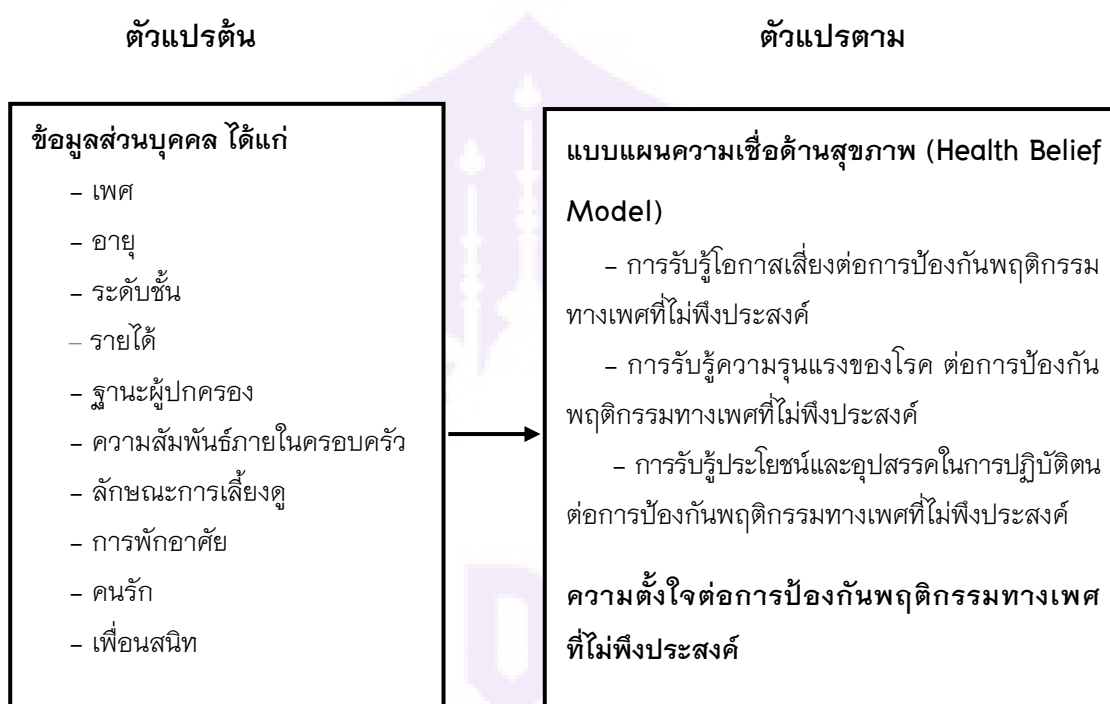
1.6 นโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหน่วยงาน ต้องเป็นนโยบายต่อเนื่อง มีทรัพยากรสนับสนุน และเน้นให้เป็นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยให้วัยรุ่นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานนี้ ตั้งแต่การกำหนดมาตรการ ยุทธศาสตร์ วิธีการ และประเมินผล

1.7 ใช้ทุกช่องทางสื่อสารให้เกิดค่านิยมวัยรุ่นหญิงชายดีไม่มีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมความเป็นธรรมเชิงเพศภาวะ (Gender equity) และความเท่าเทียมเชิงเพศภาวะ (Gender equality) ในสังคม

อัญชลี ภูมิจันทิก และรุจิรา ดวงสงค์ (2554) ได้ศึกษา ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา ในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัญหาเด็กวัยรุ่นมักพบปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นผลเสียต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคม การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ ความแตกต่างคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ความตั้งใจมีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมตามวัยสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นใจผู้อื่น การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม การสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.01$) การตัดสินใจและการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จุดเด่นคือ งานวิจัยนี้มีประสิทธิผลเพียงพอเหมาะสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ทำให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม มีทักษะชีวิต และมีความตั้งใจส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม มีกิจกรรมที่หลากหลาย น่าสนใจเหมาะสมตามวัยของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนให้ความสนใจอยากเรียนรู้ เกิดการรับรู้และเข้าใจในกิจกรรมได้เป็นอย่างดี จุดอ่อน คือ ไม่มีการจัดกิจกรรม การเรียนการสอนเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ ทักษะชีวิตการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทักษะชีวิตหรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของนักเรียนยังคงอยู่ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ตามวาระสำคัญ เช่น วันวาเลนไทน์ วันเอดส์โลก ฯลฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ดังภาพ ดังนี้



ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นรูปแบบการศึกษา วิจัยเชิงสำรวจ (Survey-Research) การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ประชากรศึกษาคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส ในเขตตำบลป่าซางจำนวน 73 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินที่สร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 30 เมษายน 2560 ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการศึกษา
2. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
7. จริยธรรมการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษา วิจัยเชิงสำรวจ (Survey-Research) การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ลักษณะประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ประจำปีการศึกษา 2559 เป็นโรงเรียนขยายโอกาส จำนวน 2 โรงเรียน ในเขตตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด 73 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คำนวณได้จากสูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อแทนค่าลงในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{73}{1 + (73)(0.05)^2} \\ &= \frac{73}{1.1825} \\ &= 61.73 \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะเท่ากับ 62 คน

แต่เพื่อป้องกันปัญหาผู้ตกสำรวจหรือผู้สูญหายจากการติดตาม เพื่อไม่ไหกลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อ Statistical precision power ในการสรุปผลการศึกษาคั้งนี้ จึงได้มีการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่สูญหายร้อยละ 20 เพื่อไหกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องศึกษาโดยไมต้องสูญหาย

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 62 คน + 20% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 73 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคั้งนี้ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ประจำปีการศึกษา 2559 เป็นโรงเรียนขยายโอกาส จำนวน 2 โรงเรียน ในเขตตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ซึ่งผู้วิจัยมีการคัดเลือกโดยการวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) คือ วิธีการจับฉลาก โรงเรียนเข้าศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นโรงเรียนที่มีภูมิศาสตร์ใกล้เคียงกัน
2. ผู้บริหาร และคณะครู ให้ความร่วมมือดี

3. สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของนักเรียน คล้ายกัน
โดยมีโรงเรียนที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนบ้านห้วยหมากเอียง และ
โรงเรียนบ้านป่าซาง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 13-15 ปี
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ป่าซางมากกว่า 5 ปี และมีรายชื่อในสำเนาทะเบียนบ้าน
3. ได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้ปกครอง
4. กลุ่มตัวอย่างอ่าน ออก เขียนภาษาไทยได้
5. กลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมตลอดการศึกษาโครงการวิจัย

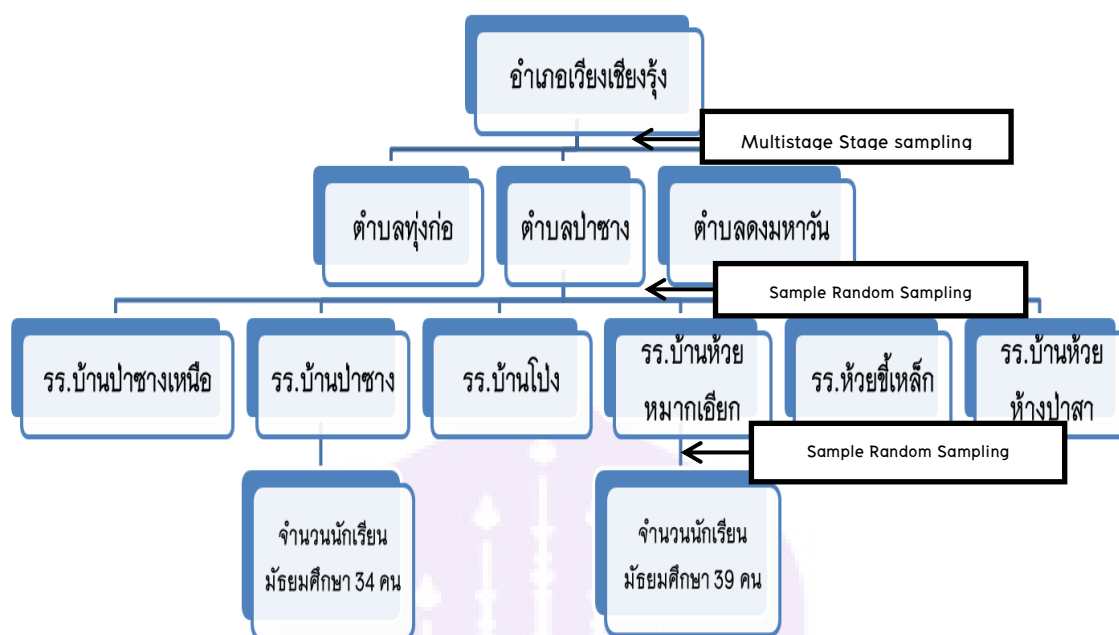
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมตลอดการศึกษาโครงการวิจัย
2. มีโรคประจำตัวที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่อาศัยในระยะที่ทำการศึกษาโครงการวิจัย

เกณฑ์การยุติโครงการวิจัย

1. เมื่อกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัยมากกว่าร้อยละ 50
2. เมื่องานวิจัยเสร็จสิ้น

ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stage sampling) และใช้วิธีการสุ่ม
อย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลาก เลือกตำบลที่จะทำการวิจัย และใช้
วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำรายชื่อของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งสอง
โรงเรียนมารวมกันด้วย แล้วจับฉลากอีกครั้ง ให้ได้จำนวนนักเรียนตามที่ต้องการกลุ่มตัวอย่าง
ที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ 73 คน



ภาพ 4 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งรายละเอียดของแบบประเมินออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เงินที่รับจากผู้ปกครอง อาชีพของบิดามารดาฐานะของผู้ปกครอง ที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู คนรัก เพื่อนสนิท มีจำนวนทั้งหมด 13 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะใช้ตัวเลือก (Check list)

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 8 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามรูปแบบของ Likert's Scale ใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนบางส่วน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

วิธีการแปลงผลแบบสอบถามสวนนี้โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ตามเกณฑ์คะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ระดับคะแนน ความหมาย

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์มาก

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์น้อย

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 20 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ เป็นคำถามแบบมาตราสวน

ประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามรูปแบบของ Likert's Scale ใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนบางส่วน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

วิธีการแปลงผลแบบสอบถามส่วนนี้โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ตามเกณฑ์คะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ระดับคะแนน ความหมาย

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ อยู่ในเกณฑ์มาก

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ อยู่ในเกณฑ์น้อย

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ อยู่ในเกณฑ์น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 12 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ เป็นคำถามแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามรูปแบบของ Likert's Scale ใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนบางส่วน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

วิธีการแปลผลแบบสอบถามชนิดไลเคิร์ต (Mean) ตามเกณฑ์คะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ระดับคะแนน ความหมาย

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์มาก

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์น้อย

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีจำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close ended Question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

บ่อย หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น ทุก ๆ อาทิตย์
 บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น ทุก ๆ สองสัปดาห์
 นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

บ่อย ให้ 4 คะแนน

บางครั้ง ให้ 3 คะแนน

นาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

$$\text{ช่วงกว้างของอันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ดังนี้

ระดับการปฏิบัติมาก คือ คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 ความตั้งใจต่อการป้องกัน
พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์มาก

ระดับการปฏิบัติปานกลาง คือ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ความตั้งใจต่อการป้องกัน
พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ปานกลาง

ระดับการปฏิบัติน้อย คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ความตั้งใจต่อการป้องกัน
พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์น้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนด
ขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหา ในการสร้างข้อคำถามสำหรับแบบสอบถาม
2. หาความตรง (Validity) โดยการนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา
(Content Validity) และนำเครื่องมือเสนอให้กับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ตรวจสอบ
ความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสม
ของภาษาที่ใช้ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม
3. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน จากนั้น
นำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbachs
alpha coefficient) และจะยอมรับที่ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพะเยา
2. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยติดต่อกับสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง
ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าซาง ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านห้วย-
หมากเอี้ยกและโรงเรียนบ้านป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เพื่อขอความร่วมมือ
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เตรียมแบบสอบถามสำหรับแจกให้กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงเรียน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการวิจัย ประโยชน์ของข้อมูลที่จะได้รับจากการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ และการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับความยินยอม จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนใช้ 1 คน อสม. 1 คน ซึ่งมีการทบทวนชี้แจงวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับของงานชิ้นนี้ ให้ไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นหลังการดำเนินการ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงเรียนทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนใช้ 1 คน อสม. 1 คน ซึ่งมีการทบทวนชี้แจงวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับของงานชิ้นนี้ ให้ไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม
3. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสแล้วประมวลผล โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อหาค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ในการอธิบายข้อมูลพื้นฐานลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น รายได้ สถานะผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดู การพักอาศัย คนรัก และเพื่อนสนิท
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบจำแนกทางเดียว (One-Way ANOVA)
3. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะไม่เสนอชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ตาราง 3 แสดงแผนการดำเนินงานตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนเมษายน 2560

ลำดับ	กิจกรรม	เดือน					
		พ.ย. 59	ธ.ค. 59	ม.ค. 60	ก.พ. 60	มี.ค. 60	เม.ย. 60
1	ศึกษาและค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	←→					
2	จัดทำโครงร่างวิจัย	←→					
3	สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	←→	←→				
4	ทดสอบใช้เครื่องมือและความเชื่อมั่น		←→				
5	เก็บข้อมูลตัวอย่าง			←→			
6	วิเคราะห์ข้อมูล				←→		
7	เขียนรายงานการวิจัย					←→	
8	จัดพิมพ์รายงานการวิจัย					←→	←→

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) จำนวนทั้งสิ้น 73 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเมษายน 2560 เป็นระยะเวลา 1 เดือน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) จากรายชื่อนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งสองโรงเรียนในเขตตำบลป่าซางมารวมกัน ด้วยวิธีจับฉลาก ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาข้อมูลทั่วไป ในครั้งนี้ประกอบด้วย

เพศ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน เป็นเพศชายจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 56.2 และเพศหญิงจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8

อายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน พบว่า อายุ 13 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 อายุ 14 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 และอายุ 15 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า ศึกษาอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 45.20 ศึกษาอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 และศึกษาอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 ตามลำดับ

นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับน้อยกว่า 50 บาท จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมาคือ ได้รับเงินจำนวน 50-100 บาท จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ได้รับเงินจำนวน 100-500 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 และได้รับเงินมากกว่า 500 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับเงินรายเดือน จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ ได้รับน้อยกว่าเงินจำนวน 2,001 บาท จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ได้รับเงินจำนวน 2,001-4,000 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 และได้รับเงินจำนวน 4,001-6,000 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

อาชีพหลักของบิดา/มารดาของนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ ลูกจ้างรายวัน/รับจ้าง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 แม่บ้าน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 อื่น ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

ฐานะเศรษฐกิจของผู้ปกครองนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีฐานะปานกลาง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 รองลงมาคือ ฐานะยากจน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ตามลำดับ

ขณะเรียนหนังสือนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร พบว่า ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับ บิดา มารดา จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ พักอาศัยอยู่กับ ตา ยาย/ญาติ พี่น้อง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 ตามลำดับ

บิดา/มารดาของนักเรียนอยู่ด้วยกันหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่บิดา/มารดาอยู่ด้วยกัน จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ บิดาหรือมารดา ไปทำงานต่างจังหวัดนาน ๆ กลับบ้านครั้ง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 บิดาหรือมารดาแยกกันอยู่ คนละบ้าน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 และอื่น ๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่อบอุ่น ทุกคนรักใคร่กัน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 75.3 รองลงมาคือ ไม่ค่อยอบอุ่น มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย ๆ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 และอื่น ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ

ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เหตุผล/ มีความเข้าใจอันดีต่อกัน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมาคือ เข้มงวดกวดขันมากเกินไป จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 และปล่อยปละละเลย ขึ้นอยู่กับอารมณ์เป็นใหญ่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 ตามลำดับ

ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีคนรัก จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 และมีคนรักแล้วเรียนอยู่คนละโรงเรียน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 12 คิดเป็นร้อยละ 16.4 มีคนรักเรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 11.0 และมีคนรักที่ทำงานแล้ว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ

นักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียน จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 และไม่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1) ชาย	41	56.2
2) หญิง	32	43.8
รวม	73	100.0
2. อายุ		
1) 13 ปี	30	41.1
2) 14 ปี	15	20.5
3) 15 ปี	28	38.4
รวม	73	100.0
3. ระดับการศึกษา		
1) มัธยมศึกษาปีที่ 1	33	45.2
2) มัธยมศึกษาปีที่ 2	12	16.4
3) มัธยมศึกษาปีที่ 3	28	38.4
รวม	73	100.0
4. นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน		
1) น้อยกว่า 50 บาท	57	78.1
2) 50-100 บาท	14	19.2
3) 100-500 บาท	1	1.4
4) มากกว่า 500 บาท	1	1.4
รวม	73	100.0

ตาราง 4 (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
5. นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน		
1) ไม่ได้รับเงินรายเดือน	48	65.8
2) น้อยกว่า 2,001 บาท	23	31.5
3) 2,001-4,000 บาท	1	1.4
4) 4,001-6,000 บาท	1	1.4
5) 6,001-8,000 บาท	0	0
6) มากกว่า 10,000 บาท	0	0
รวม	73	100.0
6. อาชีพหลักของบิดา/มารดา		
1) เกษตรกร	39	53.4
2) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	8.2
3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.4
4) ลูกจ้างรายวัน/รับจ้าง	23	31.5
5) แม่บ้าน	2	2.7
6) เสียชีวิต	0	0
7) อื่น ๆ	2	2.7
รวม	73	100.0
7. สถานะเศรษฐกิจของผู้ปกครองนักเรียน		
1) ยากจน	7	9.6
2) ปานกลาง	66	90.4
รวม	73	100.0
8. ขณะเรียนหนังสือนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร		
1) บิดา มารดา	42	57.5
2) ตา ยาย/ญาติพี่น้อง	31	42.5
3) เพื่อน	0	0
รวม	73	100.0

ตาราง 4 (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
9. บิดา/มารดาของนักเรียน อยู่ด้วยกันหรือไม่		
1) อยู่ด้วยกัน	39	53.4
2) บิดาหรือมารดา ไปทำงานต่างจังหวัด นาน ๆ กลับบ้านครั้ง	18	24.7
3) บิดาหรือมารดาแยกกันอยู่ คนละบ้าน	12	16.4
4) อื่น ๆ	4	5.5
รวม	73	100.0
10. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียน		
1) อบอุ่นดี ทุกคนรักใคร่กัน	55	75.3
2) ไม่ค่อยอบอุ่น มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย ๆ	16	21.9
3) อื่น ๆ	2	2.7
รวม	73	100.0
11. ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน		
1) ใช้เหตุผล/มีความเข้าใจอันดีต่อกัน	57	78.1
2) เข้มงวดกวดขันมากเกินไป	10	13.7
3) ปล่อยปะละเลย ขึ้นอยู่กับอารมณ์เป็นใหญ่	6	8.2
4) อื่น ๆ	0	0
รวม	73	100.0
12. ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่		
1) มี	1	1.4
1.1) เรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน	8	11.0
1.2) เรียนอยู่คนละโรงเรียน	12	16.4
1.3) ทำงานแล้ว	2	2.7
2) ไม่มี	50	68.5
รวม	73	100.0

ตาราง 4 (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
13. นักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่		
1) มี	71	97.3
2) ไม่มี	2	2.7
รวม	73	100.0

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.70) เมื่อจำแนกตามรายข้อเรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีนมามีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 1.01) การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.92) การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 1.29) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.29	1.10	ปานกลาง
2. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.78	0.92	มาก
3. การเที่ยวหญิงบริการที่ราคาแพงไม่มีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้	2.67	1.42	ปานกลาง
4. ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้	3.16	1.33	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
5. การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น มีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.45	1.29	มาก
6. การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีเมามา มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	4.00	1.01	มาก
7. การสักร่างกายมีโอกาสรุนแรงต่อการติดเชื้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.81	1.24	ปานกลาง
8. คนทั่วไปมีโอกาสติดเชื้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จากการใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น ไขมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ	2.93	1.23	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวม	3.26	0.70	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ผลการศึกษาค้นคว้านี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.50) เมื่อจำแนกตามรายข้อเรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยเองและครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = 1.05) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคร้ายแรง เป็นแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคเอดส์ โรคซิฟิลิส โรคปีกมดลูกอักเสบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$, S.D. = 1.13) การติดเชื้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.91) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคร้ายแรง เป็นแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคเอดส์ โรคซิฟิลิส โรคปีกมดลูกอักเสบ	3.59	1.13	มาก

ตาราง 6 (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
2. การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย	3.55	0.91	มาก
3. ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเป็นผู้ที่มีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ	3.42	0.99	มาก
4. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยเองและครอบครัว	3.63	1.05	มาก
5. เมื่อมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง	3.53	1.07	มาก
6. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ใช่โรคร้ายแรงสามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคหนองใน โรคหนองในเทียม	3.04	1.03	ปานกลาง
7. เมื่อป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก็สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ เพราะอาการไม่ได้แสดงออก	3.21	1.19	ปานกลาง
8. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็เหมือนโรคทั่วไป ไม่ต้องกินยา ก็สามารถหายได้เอง เมื่อร่างกายได้รับการพักผ่อนเพียงพอ	2.68	1.21	ปานกลาง
9. โรคหูดหงอนไก่ จะขึ้นเป็นติ่งเนื้อออกอ่อน ๆ มีสีชมพู ผิวขรุขระ ซึ่งจะเริ่มจากรอยโรคเล็ก ๆ แล้วขยายตัวลุกลามใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีลักษณะคล้ายหงอนไก่หรือดอกกะหล่ำ	3.14	0.99	ปานกลาง
10. เริ่มเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง อาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ติดเชื้อ อายุ ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดของเชื้อไวรัสเริ่ม	3.42	0.96	มาก
11. หิด เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะจะมีตุ่มน้ำใสและตุ่มหนองคันขึ้นกระจายทั้ง 2 ข้างของร่างกาย มักพบตามง่ามนิ้วมือ ข้อศอก รักแร้ รอบหัวนม รอบสะดือ อวัยวะสืบพันธุ์ ข้อเท้า หลังเท้า ก้น	3.48	0.80	มาก
12. โสณ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาศัยอยู่ที่ขนหัวเหน่าชอบใช้ตามรากขนอ่อน และดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะมีอาการคัน เมื่อเกาจะทำให้เจ้าตัวเชื้อแพร่ไปยังบริเวณอื่นได้	3.30	0.86	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
13. พยาธิช่องคลอด เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อากาศ ตกขาวผิดปกติ มีสีเขียวขุ่นหรือเหลืองเข้ม มีฟองอากาศ และมีกลิ่นเหม็น เกิดการระคายเคืองบริเวณอวัยวะเพศ เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ คันและแสบปากช่องคลอด	3.18	1.07	ปานกลาง
14. เชื้อราในช่องคลอด จะมีการตกขาวขุ่นจับเป็นก้อน อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัด เจ็บขณะร่วมเพศ	3.33	1.00	ปานกลาง
15. แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โดยจะมีแผลที่บริเวณอวัยวะเพศ ขาหนีบ ซอกขา หรือ บริเวณหน้า	3.26	0.93	ปานกลาง
16. โรคหูดหงอนไก่ ไม่ใช่โรคร้ายแรง ถ้าเป็นแล้ว ไม่รักษา ก็ได้ งดการมีเพศสัมพันธ์ ก็จะหายไปเอง	3.07	1.03	ปานกลาง
17. เริ่มส่วนใหญ่จะเป็นได้ในวัยผู้ใหญ่เท่านั้น จะเกิดกับ วัยรุ่นเป็นส่วนน้อย	3.18	1.03	ปานกลาง
18. โรคพยาธิช่องคลอด และโรคเชื้อราในช่องคลอด ไม่ใช่ โรคที่เกิดขึ้นง่าย ๆ มักจะเป็นในกลุ่มสตรีที่แต่งงาน แล้วเท่านั้น	3.03	1.11	ปานกลาง
19. โสณ และแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ เป็นโรคที่เกิด ขึ้นกับผู้ชายเท่านั้น เพราะมักจะเกิดขึ้นบนหัวเหน่าผู้ชาย ชอบใช้ตามรากขนอ่อน	3.14	0.90	ปานกลาง
20. แผลริมอ่อน เป็นโรคที่เกิดขึ้นง่ายมาก เกิดได้ทั้งผู้หญิง และผู้ชาย ส่วนใหญ่มักเป็นในวัยรุ่น	3.08	1.01	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงโดยรวม	3.26	0.50	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ผลการศึกษาคั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, S.D. = 0.61) เมื่อจำแนกตามรายข้อเรียงลำดับคะแนนจาก

มากไปหาน้อย การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทุกครั้งจะทำให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.49$, S.D. = 1.12) การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์หรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ เป็นการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = 1.02) การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.29$, S.D. = 0.99) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทุกครั้งจะทำให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.49	1.12	มาก
2. การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยุ่งยาก	2.37	1.23	น้อย
3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถเกิดได้กับหญิงบริการเท่านั้น	2.59	1.15	น้อย
4. การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์หรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ เป็นการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้	3.30	1.02	ปานกลาง
5. การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.29	0.99	ปานกลาง
6. การไม่ใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.15	1.01	ปานกลาง
7. การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง	2.79	1.20	ปานกลาง
8. การงดไปเที่ยวสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้เพราะเพื่อนชวน เกรงใจ ปฏิเสธเพื่อนไม่ได้	2.89	0.97	ปานกลาง
9. ถ้าไม่สามารถบังคับใจตนเองให้เลิกสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ทำให้ไม่สามารถเลิกเที่ยวหญิงบริการได้	3.07	1.10	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
10. การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน เป็นเรื่องที่ยากที่สุด	2.84	1.04	ปานกลาง
11. การคุมกำเนิดแบบหลังภายนอกช่องคลอด เป็นวิธีที่ประหยัดและไม่ยุ่งยาก	2.84	1.11	ปานกลาง
12. ถ้าเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินใด ๆ ขึ้นกับฉัน ฉันจะป้องกันตนเองด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด	3.16	1.08	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคโดยรวม	2.98	0.61	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ผลการศึกษาคั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.59$, S.D. = 0.40) เมื่อจำแนกตามรายชื่อเรื่องลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย เมื่อมีปัญหามักปรึกษาเพื่อนมากกว่าผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.30$, S.D. = 0.95) เมื่อมีเวลาว่าง มักจะชวนเพื่อน ๆ ออกกำลังกายหรือศึกษาหาความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.29$, S.D. = 0.98) เมื่อไม่สบาย หรือมีเรื่องสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศมักจะไปปรึกษาหมอ หรือตรวจสุขภาพ ที่สถานบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.97$, S.D. = 0.90) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สุรา เบียร์ หรือของมีนเมา	1.56	0.82	น้อย
2. การเสพยาเสพติด เช่น บุหรี่ กัญชา ยาบ้า ยาอี	1.11	0.43	น้อย
3. การอ่านหนังสือไป ยั่วอารมณ์ทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์	1.23	0.64	น้อย
4. การดูภาพยนตร์ สื่อ สังคมออนไลน์ หรือคลิปวิดีโอ ยั่วอารมณ์เพศและการมีเพศสัมพันธ์	1.38	0.74	น้อย

ตาราง 8 (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
5. การสัมผัสกับเพศตรงข้าม เช่น การจูบ โอบกอด ลูบ ไล่ตามร่างกาย เป็นต้น	1.23	0.57	น้อย
6. การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ งานเลี้ยง ผับ คาราโอเกะ หรือเที่ยวกลางคืน ตามลำพังกับเพศตรงข้าม	1.30	0.64	น้อย
7. การเปลี่ยนคนรักหรือแฟนบ่อย ๆ	1.41	0.70	น้อย
8. อยู่ตามลำพังสองต่อสอง ในที่ลับตาคน กับเพศตรง ข้าม	1.38	0.68	น้อย
9. พุดคุยเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อน ๆ บ่อย ๆ	1.71	0.89	น้อย
10. ไปนอนค้างคืนที่บ้านเพื่อนหรือหอพักของเพื่อน	1.56	0.75	น้อย
11. เมื่อมีเวลาว่าง มักจะชวนเพื่อน ๆ ออกกำลังกาย หรือศึกษาหาความรู้	2.29	0.98	ปานกลาง
12. เมื่อมีปัญหา มักปรึกษาเพื่อนมากกว่าผู้ปกครอง	2.30	0.95	ปานกลาง
13. เมื่อไปเที่ยว มักแต่งตัวตามแฟชั่น ทันสมัย เพื่อให้ สะดุดตากับเพศตรงข้าม	1.77	0.83	น้อย
14. เมื่อไม่สบาย หรือมีเรื่องสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรม ทางเพศมักจะไปปรึกษาหมอ หรือตรวจสุขภาพ ที่สถานบริการสาธารณสุข	1.97	0.90	น้อย
ความตั้งใจต่อการป้องกันโดยรวม	1.59	0.40	น้อย

ตาราง 9 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ต่อแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง

รายการ	คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\bar{X} \pm S.D.$)	p-value
1. เพศ		
1) ชาย	3.34 \pm 0.58	0.275
2) หญิง	3.16 \pm 0.83	

ตาราง 9 (ต่อ)

รายการ	คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
2. อายุ		
1) 13 ปี	3.15 \pm 0.72	0.223
2) 14 ปี	3.53 \pm 0.61	
3) 15 ปี	3.23 \pm 0.71	
3. ระดับการศึกษา		
1) มัธยมศึกษาปีที่ 1	3.10 \pm 0.72	0.022*
2) มัธยมศึกษาปีที่ 2	3.75 \pm 0.36	
3) มัธยมศึกษาปีที่ 3	3.23 \pm 0.71	
4. นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน		
1) น้อยกว่า 50 บาท	3.20 \pm 0.69	0.060
2) 50-100 บาท	3.34 \pm 0.60	
3) 100-500 บาท	3.75	
4) มากกว่า 500 บาท	5.00	
5. นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน		
1) ไม่ได้รับเงินรายเดือน	3.34 \pm 0.65	0.012*
2) น้อยกว่า 2,001 บาท	3.00 \pm 0.68	
3) 2,001-4,000 บาท	3.75	
4) 4,001-6,000 บาท	5.00	
6. อาชีพหลักของบิดา/มารดา		
1) เกษตรกร	3.35 \pm 0.66	0.762
2) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3.27 \pm 0.72	
3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3.50	
4) ลูกจ้างรายวัน/รับจ้าง	3.11 \pm 0.80	
5) แม่บ้าน	2.81 \pm 0.27	
6) เสียชีวิต	3.43 \pm 0.80	

ตาราง 9 (ต่อ)

รายการ	คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
7. ฐานะเศรษฐกิจของผู้ปกครองนักเรียน		
1) ยากจน	3.21 \pm 0.40	0.851
2) ปานกลาง	3.26 \pm 0.73	
8. ขณะเรียนหนังสือนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร		
1) บิดา มารดา	3.25 \pm 0.74	0.966
2) ตา ยาย/ญาติพี่น้อง	3.26 \pm 0.65	
9. บิดา/มารดาของนักเรียน อยู่ด้วยกันหรือไม่		
1) อยู่ด้วยกัน	3.17 \pm 0.70	0.439
2) บิดาหรือมารดา ไปทำงาน ต่างจังหวัด นาน ๆ กลับบ้านครั้ง	3.49 \pm 0.49	
3) บิดาหรือมารดาแยกกันอยู่ คนละ บ้าน	3.16 \pm 0.93	
4) อื่น ๆ	3.31 \pm 0.75	
10. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียน		
1) ออบอุ่นดี ทุกคนรักใคร่กัน	3.18 \pm 0.75	0.128
2) ไม่ค่อยออบอุ่น มีเรื่องทะเลาะเบาะ แว้งกันบ่อย ๆ	3.57 \pm 0.27	
3) อื่น ๆ	3.00 \pm 1.41	
11. ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน		
1) ใช้เหตุผล/มีความเข้าใจอันดีต่อกัน	3.17 \pm 0.72	0.165
2) เข้มงวดกดขี่มากเกินไป	3.57 \pm 0.67	
3) ปล่อยปะละเลย ขึ้นอยู่กับอารมณ์ เป็นใหญ่	3.52 \pm 0.30	
12. ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่		
1) มี	3.25	0.496
1.1) เรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน	3.25 \pm 0.48	

ตาราง 9 (ต่อ)

รายการ	คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
12. ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่ (ต่อ)		
1.2) เรียนอยู่คนละโรงเรียน	3.59 \pm 0.41	
1.3) ทำงานแล้ว	3.00 \pm 0.00	
2) ไม่มี	3.20 \pm 0.78	
13. นักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่		
1) มี	3.27 \pm 0.71	0.781
2) ไม่มี	3.13 \pm 0.18	

จากตาราง 9 การวิเคราะห์ที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า ตัวแปร ระดับการศึกษา และนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนจากผู้ปกครองต่อเดือน มีความแตกต่างของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุด และนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน 4,001-6,000 บาท มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุด ส่วนตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ อายุ นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองต่อวัน อาชีพของบิดา/มารดา สถานะเศรษฐกิจของผู้ปกครอง พักอาศัยอยู่กับ สถานะภาพของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่ และนักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่ ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 10 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค

รายการ	คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
1. เพศ		
1) ชาย	3.23 \pm 0.40	0.632
2) หญิง	3.29 \pm 0.61	

ตาราง 10 (ต่อ)

รายการ	คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
2. อายุ		
1) 13 ปี	3.18 \pm 0.48	0.426
2) 14 ปี	3.39 \pm 0.41	
3) 15 ปี	3.28 \pm 0.57	
3. ระดับการศึกษา		
1) มัธยมศึกษาปีที่ 1	3.18 \pm 0.45	0.268
2) มัธยมศึกษาปีที่ 2	3.45 \pm 0.44	
3) มัธยมศึกษาปีที่ 3	3.28 \pm 0.57	
4. นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน		
1) น้อยกว่า 50 บาท	3.22 \pm 0.48	0.014*
2) 50-100 บาท	3.26 \pm 0.45	
3) 100-500 บาท	3.80	
4) มากกว่า 500 บาท	4.75	
5. นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน		
1) ไม่ได้รับเงินรายเดือน	3.26 \pm 0.46	0.012*
2) น้อยกว่า 2,001 บาท	3.18 \pm 0.50	
3) 2,001-4,000 บาท	3.80	
4) 4,001-6,000 บาท	4.75	
6. อาชีพหลักของบิดา/มารดา		
1) เกษตรกร	3.29 \pm 0.49	0.989
2) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3.17 \pm 0.34	
3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3.15	
4) ลูกจ้างรายวัน/รับจ้าง	3.23 \pm 0.60	
5) แม่บ้าน	3.33 \pm 0.81	
6) เสียชีวิต	3.38 \pm 0.11	

ตาราง 10 (ต่อ)

รายการ	คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
7. ฐานะเศรษฐกิจของผู้ปกครองนักเรียน		
1) ยากจน	3.17 \pm 0.31	0.616
2) ปานกลาง	3.27 \pm 0.52	
8. ขณะเรียนหนังสือนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร		
1) บิดา มารดา	3.28 \pm 0.56	0.674
2) ตา ยาย/ญาติพี่น้อง	3.23 \pm 0.43	
9. บิดา/มารดาของนักเรียน อยู่ด้วยกันหรือไม่		
1) อยู่ด้วยกัน	3.25 \pm 0.50	0.972
2) บิดาหรือมารดา ไปทำงาน ต่างจังหวัด นาน ๆ กลับ บ้านครั้ง	3.27 \pm 0.39	
3) บิดาหรือมารดาแยกกันอยู่ คนละบ้าน	3.32 \pm 0.66	
4) อื่น ๆ	3.21 \pm 0.65	
10. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียน		
1) ออบอุ่นดี ทุกคนรักใคร่กัน	3.27 \pm 0.54	0.867
2) ไม่ค่อยออบอุ่น มีเรื่องทะเลาะ เบาะแว้งกันบ่อย ๆ	3.26 \pm 0.36	
3) อื่น ๆ	3.08 \pm 0.53	
11. ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน		
1) ใช้เหตุผล/มีความเข้าใจอันดี ต่อกัน	3.25 \pm 0.52	0.753
2) เข้มงวดกดขี่มากเกินไป	3.37 \pm 0.41	
3) ปล่อยปละละเลย ขึ้นอยู่กับ อารมณ์เป็นใหญ่	3.18 \pm 0.51	

ตาราง 10 (ต่อ)

รายการ	คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
12. ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่		
1) มี	2.90	0.205
1.1) เรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน	3.36 \pm 0.53	
1.2) เรียนอยู่คนละโรงเรียน	3.54 \pm 0.40	
1.3) ทำงานแล้ว	2.95 \pm 0.23	
2) ไม่มี	3.21 \pm 0.51	
13. นักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่		
1) มี	3.27 \pm 0.51	0.416
2) ไม่มี	2.98 \pm 0.32	

จากตาราง 10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ตัวแปร นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน และนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนจากผู้ปกครองต่อเดือน มีความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยนักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน มากกว่า 500 บาท มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากที่สุด และนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน 4,001–6,000 บาท มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุด ส่วนตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของบิดา/มารดา ฐานะเศรษฐกิจของผู้ปกครอง พักอาศัยอยู่กับ สถานะภาพของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่ และนักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่ ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 11 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน

รายการ	คะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการปฏิบัติตน ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
1. เพศ		
1) ชาย	3.12 \pm 0.48	0.023*
2) หญิง	2.80 \pm 0.71	
2. อายุ		
1) 13 ปี	3.06 \pm 0.61	0.552
2) 14 ปี	3.02 \pm 0.53	
3) 15 ปี	2.88 \pm 0.66	
3. ระดับการศึกษา		
1) มัธยมศึกษาปีที่ 1	3.01 \pm 0.63	0.485
2) มัธยมศึกษาปีที่ 2	3.13 \pm 0.39	
3) มัธยมศึกษาปีที่ 3	2.88 \pm 0.66	
4. นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน		
1) น้อยกว่า 50 บาท	2.92 \pm 0.63	0.454
2) 50-100 บาท	3.15 \pm 0.51	
3) 100-500 บาท	3.42	
4) มากกว่า 500 บาท	3.42	
5. นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน		
1) ไม่ได้รับเงินรายเดือน	3.03 \pm 0.62	0.485
2) น้อยกว่า 2,001 บาท	2.84 \pm 0.58	
3) 2,001-4,000 บาท	3.42	
4) 4,001-6,000 บาท	3.42	
6. อาชีพหลักของบิดา/มารดา		
1) เกษตรกร	2.96 \pm 0.69	0.301
2) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3.15 \pm 0.42	

ตาราง 11 (ต่อ)

รายการ	คะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการปฏิบัติตน ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
6. อาชีพหลักของบิดา/มารดา (ต่อ)		
3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3.92	
4) ลูกจ้างรายวัน/รับจ้าง	2.86 \pm 0.49	
5) แม่บ้าน	3.21 \pm 0.53	
6) เสียชีวิต	3.58 \pm 0.24	
7. สถานะเศรษฐกิจของผู้ปกครองนักเรียน		
1) ยากจน	3.12 \pm 0.44	0.534
2) ปานกลาง	2.97 \pm 0.63	
8. ขณะเรียนหนังสือนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร		
1) บิดา มารดา	2.91 \pm 0.70	0.262
2) ตา ยาย/ญาติพี่น้อง	3.08 \pm 0.46	
9. บิดา/มารดาของนักเรียน อยู่ด้วยกันหรือไม่		
1) อยู่ด้วยกัน	2.85 \pm 0.68	0.282
2) บิดาหรือมารดา ไปทำงานต่างจังหวัดนาน ๆ กลับบ้านครั้ง	3.12 \pm 0.45	
3) บิดาหรือมารดาแยกกันอยู่ คนละบ้าน	3.17 \pm 0.44	
4) อื่น ๆ	3.00 \pm 0.87	
10. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียน		
1) ออบอุ่นดี ทุกคนรักใคร่กัน	2.92 \pm 0.63	0.294
2) ไม่ค่อยออบอุ่น มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย ๆ	3.15 \pm 0.52	
3) อื่น ๆ	3.33 \pm 0.59	

ตาราง 11 (ต่อ)

รายการ	คะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการปฏิบัติตน ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
11. ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน		
1) ใช้เหตุผล/มีความเข้าใจ อันดีต่อกัน	2.93 \pm 0.64	0.224
2) เข้มงวดกวดขันมาก เกินไป	3.29 \pm 0.41	
3) ปล่อยปะละเลย ขึ้นอยู่ กับอารมณ์เป็นใหญ่	2.92 \pm 0.43	
12. ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่		
1) มี	3.00	0.636
1.1) เรียนอยู่โรงเรียน เดียวกัน	2.92 \pm 0.51	
1.2) เรียนอยู่คนละ โรงเรียน	3.20 \pm 0.49	
1.3) ทำงานแล้ว	2.58 \pm 0.35	
2) ไม่มี	2.96 \pm 0.66	
13. นักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่		
1) มี	2.98 \pm 0.62	0.813
2) ไม่มี	3.08 \pm 0.35	

จากตาราง 11 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน พบว่า ตัวแปร เพศ มีความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยเพศชาย มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนมากที่สุด ส่วนตัวแปรอื่น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อเดือน อาชีพของบิดา/มารดา ฐานะเศรษฐกิจ

ของผู้ปกครอง พักอาศัยอยู่กับ สถานะภาพของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่ และนักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่ ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 12 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ต่อความตั้งใจ การป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

รายการ	คะแนนความตั้งใจ ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
1. เพศ		
1) ชาย	1.59 ± 0.47	0.900
2) หญิง	1.58 ± 0.30	
2. อายุ		
1) 13 ปี	1.48 ± 0.41	0.148
2) 14 ปี	1.71 ± 0.48	
3) 15 ปี	1.63 ± 0.33	
3. ระดับการศึกษา		
1) มัธยมศึกษาปีที่ 1	1.46 ± 0.40	0.019*
2) มัธยมศึกษาปีที่ 2	1.83 ± 0.46	
3) มัธยมศึกษาปีที่ 3	1.63 ± 0.33	
4. นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน		
1) น้อยกว่า 50 บาท	1.57 ± 0.41	0.794
2) 50-100 บาท	1.66 ± 0.39	
3) 100-500 บาท	1.86	
4) มากกว่า 500 บาท	1.57	
5. นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน		
1) ไม่ได้รับเงินรายเดือน	1.55 ± 0.38	0.659
2) น้อยกว่า 2,001 บาท	1.66 ± 0.45	
3) 2,001-4,000 บาท	1.86	
4) 4,001-6,000 บาท	1.57	

ตาราง 12 (ต่อ)

รายการ	คะแนนความตั้งใจ ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
6. อาชีพหลักของบิดา/มารดา		
1) เกษตรกร	1.59 \pm 0.42	0.336
2) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1.62 \pm 0.33	
3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.00	
4) ลูกจ้างรายวัน/รับจ้าง	1.54 \pm 0.35	
5) แม่บ้าน	2.00 \pm 0.81	
6) เสียชีวิต	1.89 \pm 0.25	
7. สถานะเศรษฐกิจของผู้ปกครองนักเรียน		
1) ยากจน	1.72 \pm 0.57	0.345
2) ปานกลาง	1.57 \pm 0.38	
8. ขณะเรียนหนังสือนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร		
1) บิดา มารดา	1.65 \pm 0.44	0.103
2) ตา ยาย/ญาติพี่น้อง	1.50 \pm 0.33	
9. บิดา/มารดาของนักเรียน อยู่ด้วยกันหรือไม่		
1) อยู่ด้วยกัน	1.61 \pm 0.45	0.738
2) บิดาหรือมารดา ไปทำงานต่างจังหวัด นาน ๆ กลับบ้านครั้ง	1.56 \pm 0.34	
3) บิดาหรือมารดาแยกกันอยู่ คนละบ้าน	1.51 \pm 0.28	
4) อื่น ๆ	1.75 \pm 0.49	
10. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียน		
1) อบอุ่นดี ทุกคนรักใคร่กัน	1.59 \pm 0.41	0.642
2) ไม่ค่อยอบอุ่น มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกัน บ่อย ๆ	1.54 \pm 0.40	
3) อื่น ๆ	1.82 \pm 0.35	
11. ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน		
1) ใช้เหตุผล/มีความเข้าใจอันดีต่อกัน	1.60 \pm 0.42	0.465

ตาราง 12 (ต่อ)

รายการ	คะแนนความตั้งใจ ($\bar{x} \pm S.D.$)	p-value
11. ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน (ต่อ)		
2) เข้มงวดกวัดขั้นมากเกินไป	1.46 \pm 0.22	
3) ปปล่อยปะละเลย ขึ้นอยู่กับอารมณ์เป็นใหญ่	1.71 \pm 0.43	
4) อื่น ๆ		
12. ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่		
1) มี	1.43	0.036*
1.1) เรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน	1.88 \pm 0.23	
1.2) เรียนอยู่คนละโรงเรียน	1.68 \pm 0.47	
1.3) ทำงานแล้ว	2.04 \pm 0.76	
2) ไม่มี	1.50 \pm 0.37	
13. นักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่		
1) มี	1.58 \pm 0.38	0.482
2) ไม่มี	1.79 \pm 1.11	

จากตาราง 12 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อความตั้งใจ การป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า ตัวแปร ระดับการศึกษา และปัจจุบัน นักเรียนมีคนรักหรือไม่ มีความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีคะแนนความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์มากที่สุด และปัจจุบัน นักเรียนมีคนรัก ที่ทำงานแล้ว มากที่สุด ส่วนตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ อายุ นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อเดือน อาชีพของบิดา/มารดา ฐานะเศรษฐกิจของผู้ปกครอง พักอาศัยอยู่กับ สถานะสภาพของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน และนักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่ ไม่มีความแตกต่างกัน

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey-Research) โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ประชากรศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส ในเขตตำบลป่าซาง จำนวน 73 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้ขนาดตัวอย่าง 73 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) จากรายชื่อนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งสองโรงเรียนในเขตตำบลป่าซาง มารวมกัน ด้วย วิธีจับฉลาก แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นและได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา-รอนนาค (Cronbachs alpha coefficient) มีระดับความเชื่อมั่น ค่า Alpha = 0.859 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistic) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบจำแนกทางเดียว (One-Way ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน เป็นเพศชายจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 56.2 และเพศหญิงจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 อายุ พบว่า อายุ 13 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 อายุ 14 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 และอายุ 15 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 ตามลำดับ ระดับการศึกษา พบว่า ศึกษาอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 45.20 ศึกษาอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 และศึกษาอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 ตามลำดับ นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับน้อยกว่า 50 บาท จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมาคือ ได้รับเงินจำนวน 50-100 บาท จำนวน 14 คน

คิดเป็นร้อยละ 19.2 ได้รับเงินจำนวน 100–500 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 และได้รับเงินมากกว่า 500 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับเงินรายเดือน จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ ได้รับน้อยกว่าเงินจำนวน 2,001 บาท จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ได้รับเงินจำนวน 2,001–4,000 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 และได้รับเงินจำนวน 4,001–6,000 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

อาชีพหลักของบิดา/มารดาของนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ ลูกจ้างรายวัน/รับจ้าง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 แม่บ้าน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 อื่น ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ตามลำดับ สถานะเศรษฐกิจของผู้ปกครองนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีฐานะปานกลาง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 รองลงมาคือ ฐานะยากจน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ตามลำดับ ขณะเรียนหนังสือนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร พบว่า ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ พักอาศัยอยู่กับ ตา ยาย/ญาติพี่น้อง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 ตามลำดับ บิดา/มารดาของนักเรียน อยู่ด้วยกันหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่บิดา/มารดาอยู่ด้วยกัน จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ บิดาหรือมารดา ไปทำงานต่างจังหวัดนาน ๆ กลับบ้านครั้ง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 บิดาหรือมารดาแยกกันอยู่ คนละบ้าน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 และอื่น ๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่อบอุ่น ทุกคนรักใคร่กัน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 75.3 รองลงมาคือ ไม่ค่อยอบอุ่น มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย ๆ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 และอื่น ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เหตุผล/มีความเข้าใจอันดีต่อกัน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมาคือ เข้มงวด กวดขันมากเกินไป จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 และปล่อยปละละเลย ขึ้นอยู่กับอารมณ์ เป็นใหญ่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 ตามลำดับ

ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีคนรัก จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 และมีคนรักแล้วเรียนอยู่คนละโรงเรียน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 มีคนรักเรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 11.0 และมีคนรักที่ทำงานแล้ว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ นักเรียนมีเพื่อนสนิท

ในโรงเรียนหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียนจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 และไม่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.26$, S.D. = 0.70) ส่วนที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีแนวโน้มมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 1.01) ส่วนที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ การเที่ยวหญิงบริการที่ราคาแพง ไม่มีโอกาสติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ($\bar{x} = 2.67$, S.D. = 1.42)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.26$, S.D. = 0.50) ส่วนที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยเองและครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.63$, S.D. = 1.05) ส่วนที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็เหมือนโรคทั่วไป ไม่ต้องกินยาก็สามารถหายได้เอง เมื่อร่างกายได้รับการพักผ่อนเพียงพอ ($\bar{x} = 2.68$, S.D. = 1.21)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.98$, S.D. = 0.61) ส่วนที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทุกครั้งจะทำให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 1.12) ส่วนที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยุ่งยาก ($\bar{x} = 3.29$, S.D. = 0.99)

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.59$, S.D. = 0.40) ส่วนที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ เมื่อมีปัญหา มักปรึกษาเพื่อนมากกว่าผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.30$, S.D. = 0.95) ส่วนที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ การเสพยาเสพติด เช่น บุหรี่ กัญชา ยาบ้า ยาอี ($\bar{x} = 1.97$, S.D. = 0.90)

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า ตัวแปร ระดับการศึกษา และนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนจากผู้ปกครองต่อเดือน มีความแตกต่างของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุด และนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน 4,001-6,000 บาท มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ตัวแปร นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน และนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนจากผู้ปกครองต่อเดือน มีความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยนักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน มากกว่า 500 บาท มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากที่สุด และนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน 4,001-6,000 บาท มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน พบว่า ตัวแปร เพศ มีความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยเพศชายมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อความตั้งใจการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า ตัวแปร ระดับการศึกษา และปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่ มีความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีคะแนนความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์มากที่สุด และปัจจุบันนักเรียนมีคนรักที่ทำงานแล้วมากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย มีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษา นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนจากผู้ปกครองต่อเดือน นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน

เพศ และปัจจุบันนักเรียนมีคนรัก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาคั้งนี้
ในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกัน
พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ มัธยมศึกษาปีที่ 2 มีความสัมพันธ์
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.022 ($\bar{x} \pm S.D. = 3.75 \pm 0.36$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน
ที่ตั้งไว้อธิบายได้ว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในระดับชั้นปีที่ 2 จะสามารถป้องกัน
พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ได้ดีกว่าระดับชั้นอื่น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ
นันทิวา สิงห์ทอง และคณะ (2558) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโรงเรียน
มัธยมศึกษา ตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา พบว่า นักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี ภูมิจันทร์ และรุจิรา
ดวงสงค์ (2554) ทั้งนี้เพราะว่า กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย ศึกษาในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
ซึ่งศึกษาคนละช่วงระดับการศึกษา แต่อยู่ในช่วงระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน

2. นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนจากผู้ปกครองต่อเดือน ผลการศึกษา พบว่า
นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนจากผู้ปกครองต่อเดือน ที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันพฤติกรรม
ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ นักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือน
4,001-6,000 บาท มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.012 ($\bar{x} \pm S.D. = 5.00$)
ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพร จิรวัดณ์กุล
และคณะ (2554) ทั้งนี้ เพราะว่าเป็นเด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่ว่าจะเพศชายหรือเพศหญิง
เห็นพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงหรือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นเรื่องธรรมดา การ
ลักลอบมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องทำทนาย ประกอบกับมีสิ่งกระตุ้นยั่วจากสื่อต่าง ๆ ของมีนเมา
และสิ่งเสพติดที่มีอยู่ทั่วไปรอบ ๆ ตัวเด็ก ซึ่งการห้ามไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่เป็นไป
ได้ยาก ดังนั้นไม่ว่าเด็กวัยรุ่นจะได้รับเงินไปโรงเรียนต่อเดือนมากอย่างไรก็ตาม ต่างก็เป็นกลุ่มเสี่ยง
พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์เหมือนกัน

3. นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน ผลการศึกษา พบว่า
นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนต่อวัน ที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันพฤติกรรม
ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองไป
โรงเรียนต่อวัน มากกว่า 500 บาท มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.014
($\bar{x} \pm S.D. = 4.75$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ
ศิริพร จิรวัดณ์กุล และคณะ (2554) ทั้งนี้เพราะว่าเป็นเด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่ว่าจะเพศชาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลต้องทำให้พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เกิดขึ้นในเร็ววัน ให้มีการใช้ และมีหน่วยงานสหสาขาวิชาชีพกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง

2. สถาบันการศึกษาที่ผลิตครูทุกแห่ง ต้องทำให้บัณฑิตครูทุกคนสามารถเป็นครูเพศศึกษา มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และเป็นต้นแบบของการเป็นผู้ชาย ผู้หญิงที่มีความเข้มแข็ง เคารพในสิทธิมนุษยชน และไม่ทำให้เกิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เป็นธรรม และไม่เท่าเทียมระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ไม่ผลิตซ้ำความเป็นหญิง เป็นชาย ที่ทำให้เกิดการล่วงละเมิดทางเพศ และพฤติกรรมรุนแรงต่าง ๆ

3. โรงเรียนและสถาบันการศึกษาทุกแห่งร่วมกับครอบครัวนักเรียน ต้องทำให้เพศศึกษาและเพศวิถีศึกษาเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเรียนรู้อย่างเปิดเผย และมีความรับผิดชอบทางสังคมต่อพฤติกรรมทางเพศของตนเอง ครู พ่อ-แม่ ผู้ปกครอง และนักเรียนร่วมกัน ทำให้เรื่องนี้เกิดขึ้นอย่างเป็นกัลยามิตร

4. กระทรวงศึกษาธิการควรทำให้เรื่องคุณภาพชีวิตทางเพศของนักเรียนและครูเป็นตัวชี้วัดของการประกันคุณภาพการศึกษาของทุกโรงเรียน

5. สนับสนุนให้มีองค์กรในชุมชนซึ่งอาจเป็นองค์กรที่มีอยู่เดิม หรือองค์กรใหม่ทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางเพศของวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบโรงเรียน เช่น ในโรงงาน ในสถานบันเทิง ในสถานกักกัน สถานสงเคราะห์ และสถานที่อื่น ๆ

6. นโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหน่วยงาน ต้องเป็นนโยบายต่อเนื่อง มีทรัพยากรสนับสนุน และเน้นให้เป็นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยให้วัยรุ่นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานนี้ ตั้งแต่การกำหนดมาตรการ ยุทธศาสตร์ วิธีการ และประเมินผล

7. ใช้ทุกช่องทางสื่อสารให้เกิดค่านิยมวัยรุ่นหญิงชายดีไม่มีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมความเป็นธรรมเชิงเพศภาวะ (Gender equity) และความเท่าเทียมเชิงเพศภาวะ (Gender equality) ในสังคม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจ ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ให้ดียิ่งขึ้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

2. ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นอื่น ๆ ในพื้นที่อื่น
3. พัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ความรู้ สุขศึกษาเชิงรุกกับกลุ่มวัยรุ่นและวัยอื่น ๆ





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรภัทร์ สุวรรณสม. (2555). **ผลของการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการปรับตัวของครอบครัวที่มีมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์**
ณ อำเภอหาดฉาง จังหวัดมหาสารคาม. ปรินญา พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว),
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-257).** สืบค้นเมื่อ สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2559,
จาก http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/rh_policy.pdf.
- กฤติยา อาชนิชกุล, บรรณาธิการ. (2551). **ความก้าวหน้าในรอบหนึ่งปีของข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาพทางเพศ 3 ด้าน ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข ...**
ความรุนแรงทางเพศเอดส์ และท้องไม่พร้อม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร
และสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติพงษ์ อุบลสะอาด. (2552). **การพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว เยาวชน**
และโรงเรียนในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย
ของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. สืบค้นเมื่อ
20 พฤศจิกายน 2559, จาก http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/123456789/2603/3/6.PPT_Kittipong_Uboonsaart.pdf.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2550). **การวิจัยปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง**
เรื่องเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น จังหวัดร้อยเอ็ด.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). **รายงานการพิจารณาศึกษา**
เรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). **สรุปผลการสัมมนาเรื่อง เป้าหมาย**
การพัฒนาแห่งสหสวรรค์ด้านการส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศ
และด้านการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จอมขวัญ อร่ามกชกร. (2544). ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักเรียนหญิงวิทยาลัยอาชีวศึกษาเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบคิ้ว), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2559). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM). สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2559. จาก <https://www.gotoknow.org/posts/611058>
- ชัชชัย ดิยะไพฑาตา และพรรณี ปัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชญาดา คล่องการ. (2556). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชวมัช สืบบุญการณ. (2544). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 26(1), 124-138.
- ณัฐยา บุญภักดี. (2551). การตั้งท้องไม่พร้อมและข้อเสนอละขิงนโยบาย ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข...ความรุนแรงทางเพศเอ็ดส์ และท้องไม่พร้อม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทิวา สิงห์ทอง, วรวิมล ฤชา, ประมินทร์ จันทริมา, ทวีศักดิ์ ทวีชีพ, สุกัญญา เฟื่องนา, ศศิภานามนัย และคณะ. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โรงเรียนมัธยมศึกษา ตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครราชสีมา: อักษรกิจการการพิมพ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- บัลลังก์ โรหิตเสถียร, นงคิลินิ โมลิกะ. (2554). **Up to me ธรงค์ป้องกันการจัดสรรที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น**. สืบค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://www.moe.go.th/websm/2011/jan/027.html>
- เบญจพร ปัญญาฯ. (2553). **การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญฤทธิ์ สุวรรณ์. (2557). **การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล** (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). **แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- บึงปอนด์ รักอำนวนยกิจ และคณะ. (2556). **แม่วัยใส: สถานการณ์และบริบทในสังคมไทย. โครงการสำรวจและศึกษาเพื่อเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมรอบที่ 1 (มิถุนายน-สิงหาคม 2556)**. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2559). **สถิติข้อมูลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จังหวัดเชียงราย**. เชียงราย: กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว.
- โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง. (2559). **ข้อมูลการฝากครรภ์ของอำเภอเวียงเชียงรุ้ง**. เชียงราย: กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวชุมชน.
- วีรพล กิตติพิบูลย์. (2555). **ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์**, 27(1), 97-106.
- ศรีเพ็ญ ตันติเวศ, ทรงยศ พิลาลันต์, อินทิรา ยมาภัย, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ชลัญชร โยธาสมุทร, อภิญญา มัตเตช และคณะ. (2556). **สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย.
- จิตาพร ยังก และคณะ. (2556). **การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554**. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศิริพร จิรวัดมนกุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงวงเจริญ, สมพร วัฒนนกุลเกียรติ, โสมภักทร ตรีไชย, อิงคภา โคตนาธา และคณะ. (2554). **การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส)** (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ. (2555). สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น : การรับรู้ของวัยรุ่นใน 7 จังหวัดของประเทศไทย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 21, 865-877.
- ศิริวรรณ กำแพงพันธ์. (2552). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช. **จิตวิทยาคลินิกคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**, 96.
- สมรัฐ ศรีตระกูล. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 2, 1425-1431.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). **การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549**. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). **การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552**. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2555). **อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์**. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/drh.html>.
- สุรเดช บุญยเวทย์ และคณะ. (2551). วิทยาการระบาดและการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 2, 1231-1242.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). **เสริมทักษะ “วัยรุ่น” ท้องไม่พร้อม**. สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/32560-เสริมทักษะ”วัยรุ่น”ท้องไม่พร้อม.html>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2554). **มติคณะรัฐมนตรี เรื่องมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 8 การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม.** สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2559, จาก http://www.cabinet.soc.go.th/soc/Program2-3.jsp?top_serl=99227170&key_word=%B5%D1%E9%A7%A4%C3%C3%C0%C&owner_dep=&meet_date_dd=&meet_date_mm=&meet_date_yyyy=&doc_id1=&doc_id2=&meet_date_dd2=&meet_date_mm2=&meet_date_yyyy2=.
- อนงค์ ประสาทนวนกิจ และคณะ. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 27, 369-380.
- อัญชลี ภูมิจันทร์ และรุจิรา ดวงสงค์. (2554). **ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริม ทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.** ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Anusornteerakul, S., et al. (2008). The Influence Factors That Affect Thailand's Management of Youth Reproductive Health Service. **Journal of Diversity Management**, 3, 27-32.
- Becker and Maiman, (1975). health belief model. **Pacific Rim Int J Nurs Res**, 205, 652-660.
- Blum, R. and K. Mmari. (2004). **Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries : an analysis of adolescentsexual and reproductive health literature from around the world.** Geneva: WHO.
- Chaikoolvatana, C., et al. (2013). Development of a School-based Pregnancy Prevention Model for Early Adolescent Female Thais. **Pacific Rim Int J Nurs Res**, 17, 191-147.
- Champion, V. and Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model. Health behavior, health education, **Journal of Health, Population and Nutrition**, 27, 45-65.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Corcoran, J. (1998). Consequences of adolescent pregnancy/ parenting: a review of the literature. **Soc Work Health Care**, 27(2), 49–67.
- Cunnington, A. J. (2001). What's so bad about teenage pregnancy?. **J Fam Plann Reprod Health Care**, 27(1), 36–41.
- Hadley, A. (2012). **Teenage Pregnancy Strategy for England...lessons from the last 10 years**. London: Department of Education.
- Haque, M. and A. Soonthorndhada. (2009). Risk Perception and Condom-use among Thai Youths: Findings from Kanchanaburi Demographic Surveillance System Site in Thailand. *Journal of Health*. **Population and Nutrition**, 27, 772–783.
- Hurlock, E. B. (1967). Adolescent Development. **Pacific Rim Int J Nurs Res**, 17, 201–215.
- Isaranurug, S., et al. (2006). Differences in SocioEconomic Status, Service Utilization, and Pregnancy Outcomes between Teenage and Adult Mothers. **J Med Assoc Thai**, 89(2), 145–151.
- Jahan, N. (2008). Teenage Marriage and Educational Continuation in Thailand. **Journal of Population and Social Studies**, 17, 135–156.
- Jones, E. F., et al. (1985). Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. **Fam Plann Perspect**, 17(2), 53–63.
- Kaewjanta, N. (2012). Depression in Teenage Pregnancy: Factors, Affect and Prevention. **Journal of Nursing Science and Health**, 35(1), 83–90.
- Kearney, M. S. and Levine, P. B. (2012). Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter?. **J Econ Perspect**, 26(2), 141–166.
- Manopaiboon, C., et al. (2003). High rates of pregnancy among vocational school students: results of audio computer-assisted self-interview survey in Chiang Rai, Thailand. **J Adolesc**, 26, 517–530.
- Meade, C. S., and Ickovics, J. R. (2005). Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. **Soc Sci Med**, 60(4), 661–678.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Miller, F. C. (2000). Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, 13(1), 5–8.
- Oringanje, C., et al. (2010). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review), The Cochrane Collaboration. **CMU Journal**, 12, 782–792.
- Podhisita, C., et al. (2004). The risk of premarital sex among Thai youth: individual and family influences. **Journal of Population and Social Studies**, 12, 1–31.
- Social Exclusion Unit. (1999). **Teenage pregnancy : report by the Social Exclusion Unit presented to Parliament by the Prime Minister by command of Her Majesty, June 1999**. Retrieved 15th July, 2013, from <http://dera.ioe.ac.uk/15086/1/teenage-pregnancy.pdf>.
- Tangmunkongvorakul, A., et al. (2006). Providers' Perspectives in Addressing Adolescents' Sexual and Reproductive Health Needs in Northern Thailand. **CMU Journal**, 5, 103–119.
- Teenage Pregnancy Strategy Evaluation research team. (2005). **Final report synthesis**. Retrieved 10th July, 2013, from webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/RW38.pdf.
- Thaithae, S. and Thato, R. (2011). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, 24(6), 342–346.
- Thaweessit, S. and Boonmongkon, P. (2009). Sexuality Education and Sexual Harassment: Two Critical Issues on Sexual Reproductive Health and Rights in Thailand. Kuala Lumpur, The Asian–Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). **CMU Journal**, 35, 102–120.
- Trivedi, D., et al. (2007). Update on review of reviews on teenage pregnancy and parenthood. Hertfordshire, Centre for Research in Primary and Community Care, **University of Hertfordshire**. 12, 1205–1225.
- UNICEF. (2010). **Annual Report for Thailand**. Retrieved June 7, 2013, from http://www.unicef.org/about/annualreport/fles/Thailand_COAR_2010.pdf.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- UNFPA Thailand. (2011). Impact of demographic change in Thailand. G. Jones and W. Im-em. Bangkok. **CMU Journal**, 205, 526–535.
- UNFPA Thailand. (2013). Minutes of the Selected Stakeholder Consultation on the Issue of Adolescent Pregnancy in Thailand. Bangkok. **CMU Journal**, 7, 216–226.
- Vuttanont, U. T., et al. (2006). “Smart boys” and “sweet girls” –sex education needs in Thai teenagers: a mixed–method study. **Lancet**, 368, 2068–2080.
- Wanakosit, S. (2012). Pregnancy outcomes between teenage pregnancy and adult pregnancy at Lahansai Hospital. *J Prapokkklao Hosp Clin Med Educat Center*, 29(4), 283–292.
- WHO. (2008). **Adolescent pregnancy: fact sheet**. Retrieved 6 July, 2010, from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html.
- WHO. (2011). **Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries**. Geneva: n.p.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE

19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย
: Health belief model and intention on prevention of undesirable sexual behaviors among secondary school in Pasang Sub-District, Wiang Chiang Rung District, Chiang Rai Province

เลขที่โครงการวิจัย : 2/013/60

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวทศิรา สุริยการกุล

สังกัดหน่วยงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา : ดร.น้ำเงิน จันทรมณี

สังกัดหน่วยงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทมา หมั่นดี)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 20 เมษายน 2560

วันหมดอายุ : 20 เมษายน 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ภายในระยะเวลาที่กำหนด ในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. การรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการฯ มีกำหนด 1 ปี หลังจากวันที่คณะกรรมการมีมติให้การรับรอง ถ้าโครงการวิจัยยังไม่สิ้นสุด หรือดำเนินการไม่ทันตามกำหนด ผู้วิจัยสามารถเสนอขยายการรับรองโครงการวิจัยต่อไปได้ ตามแบบเสนอขอต่ออายุการรับรองโครงการที่ได้กำหนดไว้ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนวันหมดอายุตามที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรอง
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจงในการตอบคำถามในแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

2. ผู้ตอบแบบสอบถามคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุระหว่าง 13-15 ปี) โรงเรียนขยายโอกาส ในเขตตำบลป่าซาง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 73 คน

3. ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมในครั้งนี้ เพื่อนำผลวิจัยไปใช้และเป็นแนวทางการปฏิบัติงานด้านป้องกัน และเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจจะส่งผลกระทบต่อกลุ่มวัยรุ่น และจะถือเป็นความลับตามจรรยาบรรณการวิจัยโดยจะนำไปวิเคราะห์ เป็นภาพรวมและนำเสนอเป็นภาพรวมซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนักเรียน จึงขอความร่วมมือจากนักเรียนในการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและความรู้สึกที่แท้จริงมากที่สุด

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นางสาวภัทริรา สุริยการกุล

ผู้วิจัย

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกัน
พฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง
อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์
จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์
จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรม
ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแล้วให้ทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องว่าง () ให้ตรงกับความเป็นจริง
ของผู้เรียน

1. เพศ () 1) ชาย () 2) หญิง
2. ปัจจุบันนักเรียนอายุ () 1) อายุ 13 ปี () 2) อายุ 14 ปี
() 3) อายุ 15 ปี () 4) อื่น ๆ ระบุ.....
3. ปัจจุบันนักเรียนศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาใด
() 1) มัธยมศึกษาปีที่ 1 () 2) มัธยมศึกษาปีที่ 2
() 3) มัธยมศึกษาปีที่ 3 () 4) อื่น ๆ ระบุ.....
4. นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองเพื่อไปโรงเรียนวันละเท่าไร
() 1) น้อยกว่า 50 บาท () 2) 50-100 บาท
() 3) 100-500 บาท () 4) มากกว่า 500 บาท
5. นักเรียนได้รับเงินเป็นรายเดือน.....บาท/เดือน
6. บิดา/มารดา ของนักเรียนมีอาชีพอะไร (ตอบอาชีพหลัก)

บิดา	อาชีพ	มารดา
()	1. เกษตรกร	()
()	2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	()

- () 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ()
- () 4. ลูกจ้างรายวัน/รับจ้าง ()
- () 5. แม่บ้าน ()
- () 6. เสียชีวิตแล้ว ()
- () 7. อื่น ๆ ระบุ..... ()
7. สถานะเศรษฐกิจของผู้ปกครองนักเรียน
- () 1) ยากจน () 2) ปานกลาง () 3) ร่ำรวย
8. ขณะเรียนหนังสือนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร
- () 1) บิดา มารดา () 2) ตา ยาย/ญาติพี่น้อง () 3) เพื่อน
9. บิดา/มารดาของนักเรียน อยู่ด้วยกันหรือไม่
- () 1) อยู่ด้วยกัน
- () 2) บิดาหรือมารดา ไปทำงานต่างจังหวัด นาน ๆ กลับบ้านครั้ง
- () 3) บิดาหรือมารดาแยกกันอยู่ คนละบ้าน
- () 4) อื่น ๆ ระบุ.....
10. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียนเป็นอย่างไร
- () 1) อบอุ่นดี ทุกคนรักใคร่กัน
- () 2) ไม่ค่อยอบอุ่น มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย ๆ
- () 3) อื่น ๆ ระบุ.....
11. ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของนักเรียน
- () 1) ใช้เหตุผล/มีความเข้าใจอันดีต่อกัน
- () 2) เข้มงวดกวดขันมากเกินไป
- () 3) ปล่อยปะละเลย ขึ้นอยู่กับอารมณ์เป็นใหญ่
- () 4) อื่น ๆ ระบุ.....
12. ปัจจุบันนักเรียนมีคนรักหรือไม่
- () 1) มี (ถ้ามี คนรักของนักเรียนกำลังเรียนหนังสืออยู่หรือไม่)
- () 1.1) เรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน
- () 1.2) เรียนอยู่คนละโรงเรียน
- () 1.3) ทำงานแล้ว
- () 2) ไม่มี

13. นักเรียนมีเพื่อนสนิทในโรงเรียนหรือไม่

() 1) มี

() 2) ไม่มี

() 3) อื่น ๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2-4 ลักษณะของคำถามเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของนักเรียนเพียงช่องเดียว

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนบางส่วน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำของนักเรียนเลย

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
2. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
3. การเที่ยวหญิงบริการที่ราคาแพงไม่มีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้					
4. ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้					

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
5. การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับ ผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์					
6. การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีเมามี โอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ ปลอดภัย					
7. การสักร่างกาย บนวางกายมีโอกาสเสี่ยง ต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์					
8. คนทั่วไปมีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ได้จากการใช้ของมีคม ร่วมกับผู้อื่น เช่น ใบมีดโกน กรรไกรตัด เล็บ					

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึง
ประสงค์

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรค ร้ายแรงเป็นแล้วไม่มีทางรักษาให้ หายขาดได้ เช่น โรคเอดส์ โรคซิฟิลิส โรคปัสสาวะอักเสบ					
2. การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง					

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
และเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย					
3. ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเป็นผู้ที่มีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ					
4. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยเองและครอบครัว					
5. เมื่อมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง					
6. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ใช่โรคร้ายแรงสามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคหนองใน โรคหนองในเทียม					
7. เมื่อป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ เพราะอาการไม่ได้แสดงออก					
8. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็เหมือนโรคทั่วไป ไม่ต้องกินยา ก็สามารถหายได้เอง เมื่อร่างกายได้รับการพักผ่อนเพียงพอ					
9. โรคหูดหงอนไก่ จะขึ้นเป็นติ่งเนื้อออกอ่อน ๆ มีสีชมพู ผิวขรุขระ ซึ่งจะเริ่มจากรอยโรคเล็ก ๆ แล้วขยายตัวลุกลามใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีลักษณะคล้ายหงอนไก่หรือดอกกะหล่ำ					

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
10. เริ่มเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง อาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ติดเชื้อ อายุภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดของเชื้อไวรัสเริ่ม					
11. หิด เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะจะมีตุ่มน้ำใสและตุ่มหนองคันขึ้นกระจายทั่ว 2 ข้างของร่างกาย มักพบตามง่ามนิ้วมือ ข้อศอก รักแร้ รอบหัวนม รอบสะดือ อวัยวะสืบพันธุ์ ข้อเท้า หลังเท้า กัน					
12. โลม เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาศัยอยู่ที่ขนหัวเหมา ซอบไซตามรากขนอ่อน และตุดเลือดคนเป็นอาหาร จะมีอาการคัน เมื่อเกาจะทำให้เจ้าตัวเชื้อแพร่ไปยังบริเวณอื่นได้					
13. พยาธิช่องคลอด เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาการตกขาวผิดปกติ มีสีเขียวขุ่นหรือเหลืองเข้ม มีฟองอากาศ และมีกลิ่นเหม็น เกิดการระคายเคืองบริเวณอวัยวะเพศ เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ คันและแสบปากช่องคลอด					
14. เชื้อราในช่องคลอด จะมีการตกขาวขุ่นจับเป็นก้อน อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัด เจ็บขณะร่วมเพศ					

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
15. แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โดยจะมีแผลที่บริเวณอวัยวะเพศ ขาหนีบ ซอกขา หรือบริเวณหน้า					
16. โรคหูดหงอนไก่ ไม่ใช่โรคร้ายแรง ถ้าเป็นแล้ว ไม่รักษาก็ได้ งดการมีเพศสัมพันธ์ ก็หายไปเอง					
17. เริ่มส่วนใหญ่จะเป็นได้ในวัยผู้ใหญ่เท่านั้น จะเกิดกับวัยรุ่นเป็นส่วนน้อย					
18. โรคพยาธิช่องคลอด และโรคเชื้อราในช่องคลอด ไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นง่าย ๆ มักจะเป็นในกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วเท่านั้น					
19. โលน และแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ชายเท่านั้น เพราะมักจะเกิดขึ้นบนหัวเหน่าผู้ชาย ชอบใช้ตามรากขนอ่อน					
20. แผลริมอ่อน เป็นโรคที่เกิดขึ้นง่ายมาก เกิดได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ส่วนใหญ่มักเป็นในวัยรุ่น					

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ต่อการป้องกันพฤติกรรม
ทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ กับหญิงบริการทุกครั้งจะทำให้ ปลอดภัยจากโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์					
2. การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยุ่งยาก					
3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถเกิด ได้กับหญิงบริการเท่านั้น					
4. การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์หรือสาร คัดหลังอื่น ๆ เป็นการป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใน ครอบครัวได้					
5. การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกัน โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อ เพศสัมพันธ์					
6. การไม่ใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นสามารถ ป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อ เพศสัมพันธ์					
7. การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มี เพศสัมพันธ์ทำให้ความรู้สึกลงทางเพศ ลดลง					
8. การงดไปเที่ยวสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้เพราะเพื่อนชวน เกรงใจ ปฏิเสธเพื่อนไม่ได้					

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
9. ถ้าไม่สามารถบังคับจิตใจตนเองให้เลิก สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ ทำให้ไม่สามารถเลิกเที่ยวหญิงบริการ ได้					
10. การคุมกำเนิดแบบฉูกเงิน เป็นเรื่อง ง่ายที่สุด					
11. การคุมกำเนิดแบบหลังภายนอกช่อง คลอด เป็นวิธีที่ประหยัดและไม่ ยุ่งยาก					
12. ถ้าเกิดเหตุการณ์ฉูกเงินใดๆ ขึ้นกับ ฉัน ฉันจะป้องกันตนเองด้วยยาเม็ด คุมกำเนิด					

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึก
หรือความคิดเห็นของนักเรียนเพียงช่องเดียว

- บ่อย หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น ทุก ๆ อาทิตย์
บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น ทุก ๆ สองสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

ข้อความ	บ่อย	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ เคย
1. การดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สุรา เบียร์ หรือของ มีนเมา				
2. การเสพยาเสพติด เช่น บุหรี่ ฝิ่น ยาบ้า ยาอี				

ข้อความ	บ่อย	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
3. การอ่านหนังสือไป ย้วยุอารมณ์ทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์				
4. การดูภาพยนตร์ สื่อ สังคมออนไลน์ หรือคลิปวิดีโอ ย้วยุอารมณ์เพศและการมีเพศสัมพันธ์				
5. การสัมผัสกับเพศตรงข้าม เช่น การจูบ โอบกอด สบได้ ตามร่างกาย เป็นต้น				
6. การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ งานเลี้ยง ผับ คาราโอเกะ หรือเที่ยวกลางคืน ตามลำพังกับเพศตรงข้าม				
7. การเปลี่ยนคนรักหรือแฟนบ่อย ๆ				
8. อยู่ตามลำพังสองต่อสอง ในที่ลับตาคน กับเพศตรงข้าม				
9. พุดคุยเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อน ๆ บ่อย ๆ				
10. ไปนอนค้างคืนที่บ้านเพื่อนหรือห้องพักของเพื่อน				
11. เมื่อมีเวลาว่าง มักจะชวนเพื่อนๆ ออกกำลังกาย หรือศึกษาหาความรู้				
12. เมื่อมีปัญหา มักปรึกษาเพื่อนมากกว่าผู้ปกครอง				
13. เมื่อไปเที่ยว มักแต่งตัวตามแฟชั่น ทันสมัย เพื่อให้สะดุดตา กับเพศตรงข้าม				
14. เมื่อไม่สบาย หรือมีเรื่องสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศมักจะไปปรึกษาหมอ หรือตรวจสุขภาพ ที่สถานบริการสาธารณสุข				



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	ภัทธีรา สุริยการกุล
วัน เดือน ปี เกิด	31 กรกฎาคม 2530
ที่อยู่ปัจจุบัน	21/2 หมู่ 3 ตำบลศรีเมือง อำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี
ที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าซาง จังหวัดราชบุรี
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
ประสบการณ์การทำงาน	
พ.ศ. 2558	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สถานีอนามัยบ้านร่องบัวทอง จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2556	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน สถานีอนามัยบ้านร่องบัวทอง จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2551	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัยบ้านร่องบัวทอง จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2553	ส.บ., มหาวิทยาลัยรัตนนคร (วิทยาเขตสารสนเทศพะเยา), จังหวัดพะเยา
พ.ศ. 2551	ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน), วิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคเหนือ, จังหวัดพิษณุโลก

ผลงานตีพิมพ์

ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

ภัทธีรา สุริยการกุล (ผู้บรรยาย). (17 มิถุนายน 2560). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจต่อการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลป่าซาง อำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี. ใน รายงานสืบเนื่องจากการประชุมทางวิชาการบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 3 (หน้า 36-45). พะเยา: กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา.

ผลงานตีพิมพ์อื่น ๆ -