



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นและประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศบนฐานการพัฒนาระบบ
การคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

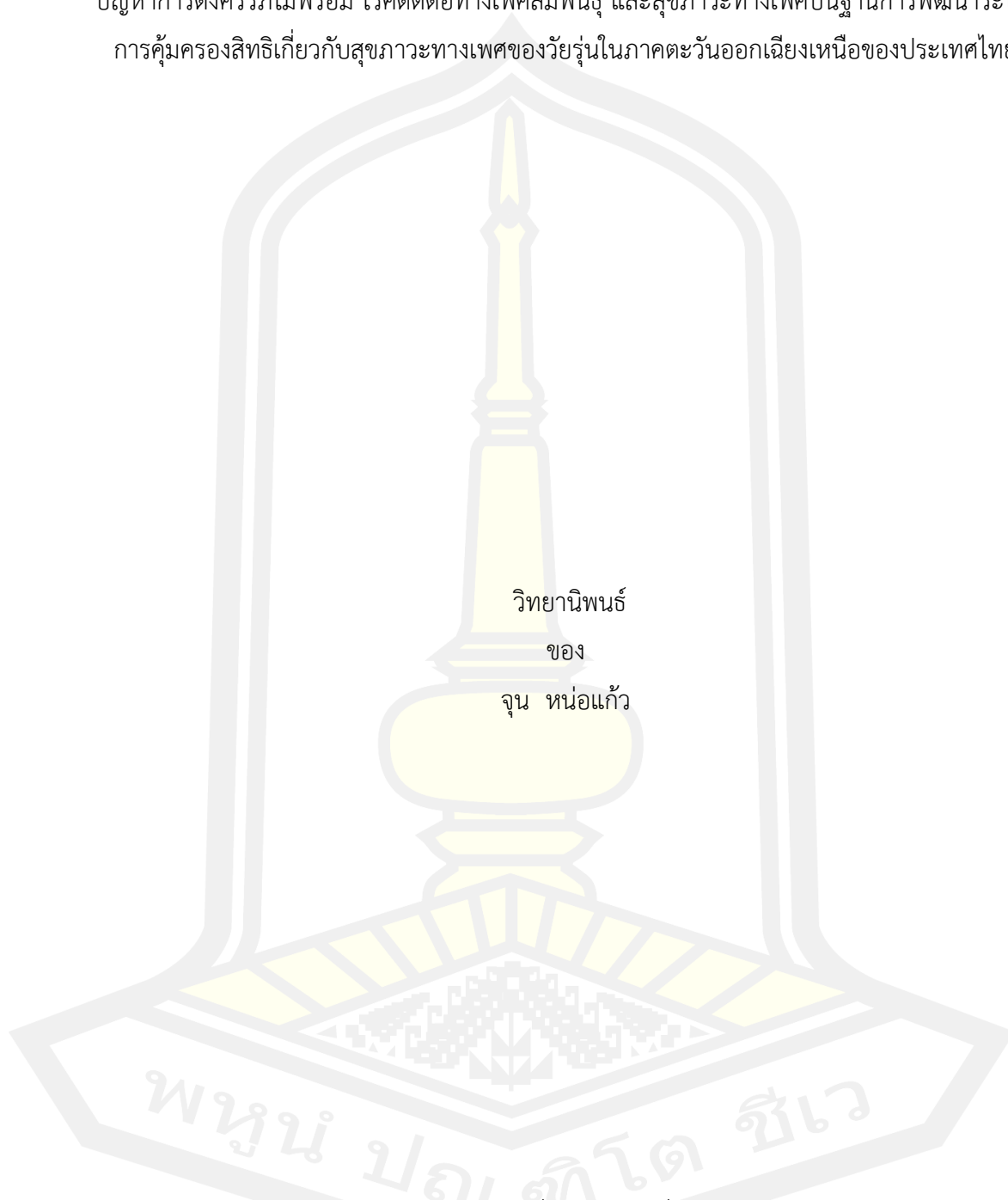
วิทยานิพนธ์
ของ
จุน หน่อแก้ว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สิงหาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นและประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาวะทางเพศบนฐานการพัฒนากระบวนการ
การคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

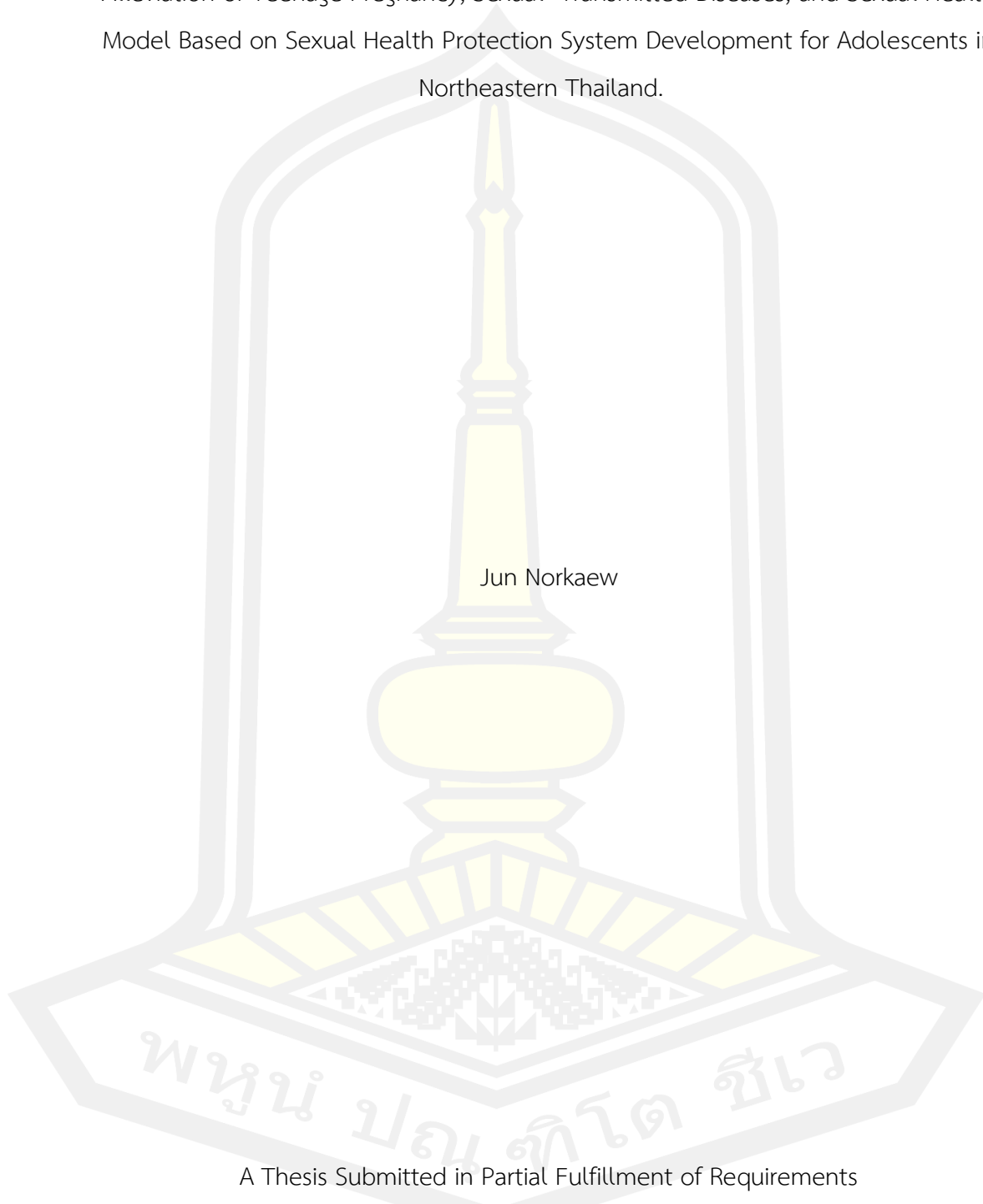
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สิงหาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Factors affecting teenage pregnancy and effectiveness of the Prevention and Alleviation of Teenage Pregnancy, Sexual Transmitted Diseases, and Sexual Health Model Based on Sexual Health Protection System Development for Adolescents in Northeastern Thailand.

Jun Norkaew



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Health Sciences)

August 2022

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายจุน หน่อแก้ว แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. พิศมัย หอมจำปา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. ราณี วงศ์คงเดช)

..... กรรมการ

(ผศ. ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล)

..... กรรมการ

(ผศ. ดร. รติกร ซาติชนะยืนยง)

..... กรรมการ

(รศ. ดร. นิรันดร์ อินทร์รัตน์)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. นพ. เทพลักษ์ ศิริชนะวุฒิชัย)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นและประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศบนฐานการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย		
ผู้วิจัย	จุน หน่อแก้ว		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศมัย หอมจำปา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ราณี วงศ์คงเดช		
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2565

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น 2) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา 3) พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นบนฐานการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในสถานศึกษาก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยผสมวิธีแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะศึกษาปัญหาใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ประชากร คือ วัยรุ่นหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 324 ราย ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถาม การพัฒนารูปแบบใช้โปรแกรม เซสโมเดล (SESS Model) สถิติที่ใช้ในการวิจัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา Conditional logistic Regression adjust OR 95% CI of OR Analysis of Covariance หรือ ANCOVA รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน สิงหาคม 2564 – 31 พฤษภาคม 2565

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (*Bivariate analysis*) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับชั้นของการศึกษา การมีแฟนคู่นอน หรือคู่อุปการะ ผลการเรียน ความพึงพอใจกับผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน การปฏิบัติตัวกับคู่อุปการะ เมื่อเริ่มออกเดท ปัจจัยด้านครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ความ

เพียงพอของรายได้ครอบครัว และ ระดับความคาดหวังในการป้องกัน มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความสัมพันธ์ครวละหลายปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (Multivariable analysis) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression พบว่า การมีแฟนคู่นอนหรือคูรั้ง ความพึงพอใจกับผลการเรียน อายุเมื่อเริ่มออกเดท ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยด้านปัจจัยส่วนบุคคล ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ และ กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ทั้งสองกลุ่ม ปัจจัยด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 62.1 และ 52.3 ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 71.3 และ 80.6 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 77.8 และ 81.0 ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และ กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.8 ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และ กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.4

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ด้านการรับรู้ และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value .000 ส่วนด้านเจตคติไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าเกิดจากประสิทธิผลของของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้คะแนนการรับรู้ด้านสุขภาวะทางเพศ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น; การพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

TITLE	Factors affecting teenage pregnancy and effectiveness of the Prevention and Alleviation of Teenage Pregnancy, Sexual Transmitted Diseases, and Sexual Health Model Based on Sexual Health Protection System Development for Adolescents in Northeastern Thailand.		
AUTHOR	Jun Norkaew		
ADVISORS	Assistant Professor Pissamai Homchampa , Ph.D. Assistant Professor Ranee Wongkongdech , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Health Sciences
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2022

ABSTRACT

Factors affecting teenage pregnancy and effectiveness of the Prevention and Alleviation of Teenage Pregnancy, Sexual Transmitted Diseases, and Sexual Health Model Based on Sexual Health Protection System Development for Adolescents in Northeastern Thailand. The results revealed that the factors associated with unplanned pregnancies among adolescents aged 15-19 years. The relationship of each factor to pregnancy (Bivariate analysis). level of education having a girlfriend, partner or partner, academic performance, satisfaction with academic performance monthly expenses behavior with couples Age at the start of dating family factor parent's education level parents' occupation the adequacy of family income and the level of protection expectations There is a relationship with adolescent pregnancies. statistically significant at the 0.05 level . Multifactorial relationship to pregnancy (Multivariable analysis) by analyzing Conditional logistic regression found that having a boyfriend, partner or partner satisfaction with academic performance Age when starting dating family income adequacy and the level of social support There is a relationship with adolescent pregnancies. statistically significant at the 0.05 level. When comparing the mean score difference between the experimental group and the comparison group, it was found that the perception aspect and the practice of preventing sexually transmitted diseases

Pregnancy is not ready in adolescence. and sexual health of youth aged 15-19 years in educational institutions before and after the model development There was a statistically significant difference at P-value 0.05 while the attitude aspect was not different. It was shown that this was due to the effectiveness of the model development program in the behavior modification that the researcher created. making the perceived score on sexual health And the practice to prevent pregnancy and STDs in the experimental group was clearly better than the comparison group.

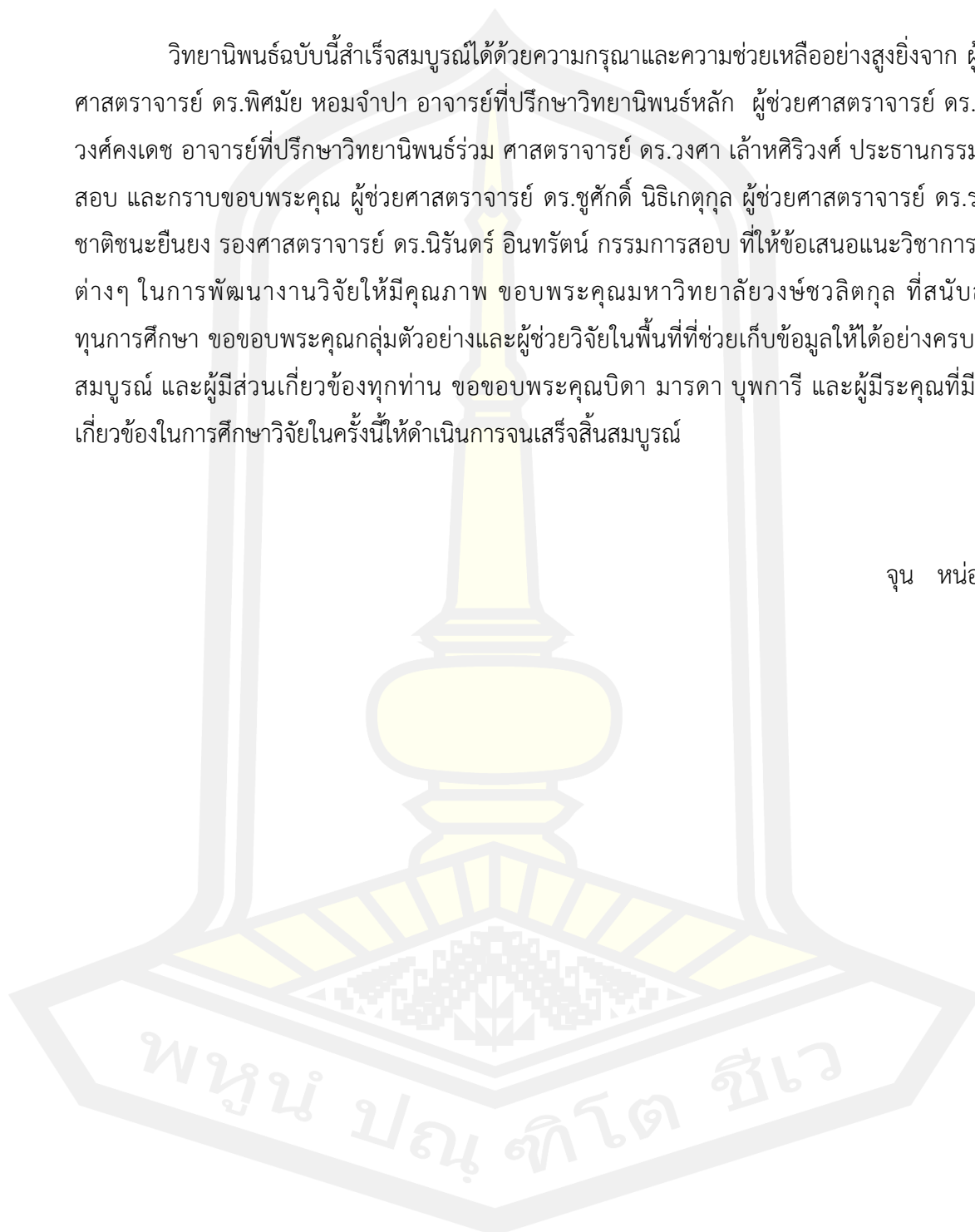
Keyword : Adolescent Pregnancy; Adolescent Sexually Transmitted Diseases;
Developing a Model for the Prevention of Teen Pregnancy



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ราณี วงศ์คงเดช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ ประธานกรรมการสอบ และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รติกรชาติชนะยืนยง รองศาสตราจารย์ ดร.นิรันดร์ อินทร์ตัน กรรมการสอบ ที่ให้ข้อเสนอแนะวิชาการด้านต่างๆ ในการพัฒนางานวิจัยให้มีคุณภาพ ขอบพระคุณมหาวิทยาลัวยวงษ์ชวลิตกุล ที่สนับสนุนทุนการศึกษา ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ที่ช่วยเก็บข้อมูลให้ได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ขอขอบพระคุณบิดา มารดา บุพการี และผู้มีระคุณที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้ดำเนินการจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

จุน หน่อแก้ว



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
1.4 สมมติฐานการวิจัย	8
1.5 ความสำคัญของการวิจัย.....	8
1.6 ขอบเขตของการวิจัย.....	9
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	10
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล	14
2.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น	14
2.2 แนวคิดและองค์ประกอบการดูแลสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นและการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้อง	23
2.3 การตั้งครรภ์และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น	31
2.4 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	41
2.5 ทฤษฎีการจัดระบบ (System approach Theory).....	46

2.6 ทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment Theory).....	52
2.7 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support Theory).....	68
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	71
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	76
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	78
3.1 รูปแบบการวิจัย	78
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	79
3.3 ตัวแปรของการวิจัย.....	84
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	85
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	89
3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	104
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	105
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	106
บทที่ 4 ผลการวิจัย	108
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ.....	165
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	165
5.2 สรุปผลจากถอดบทเรียนการดำเนินกิจกรรม.....	171
5.3 อภิปรายผล.....	171
5.4 ข้อเสนอแนะ	174
บรรณานุกรม.....	176
ประวัติผู้เขียน.....	181

สารบัญตาราง

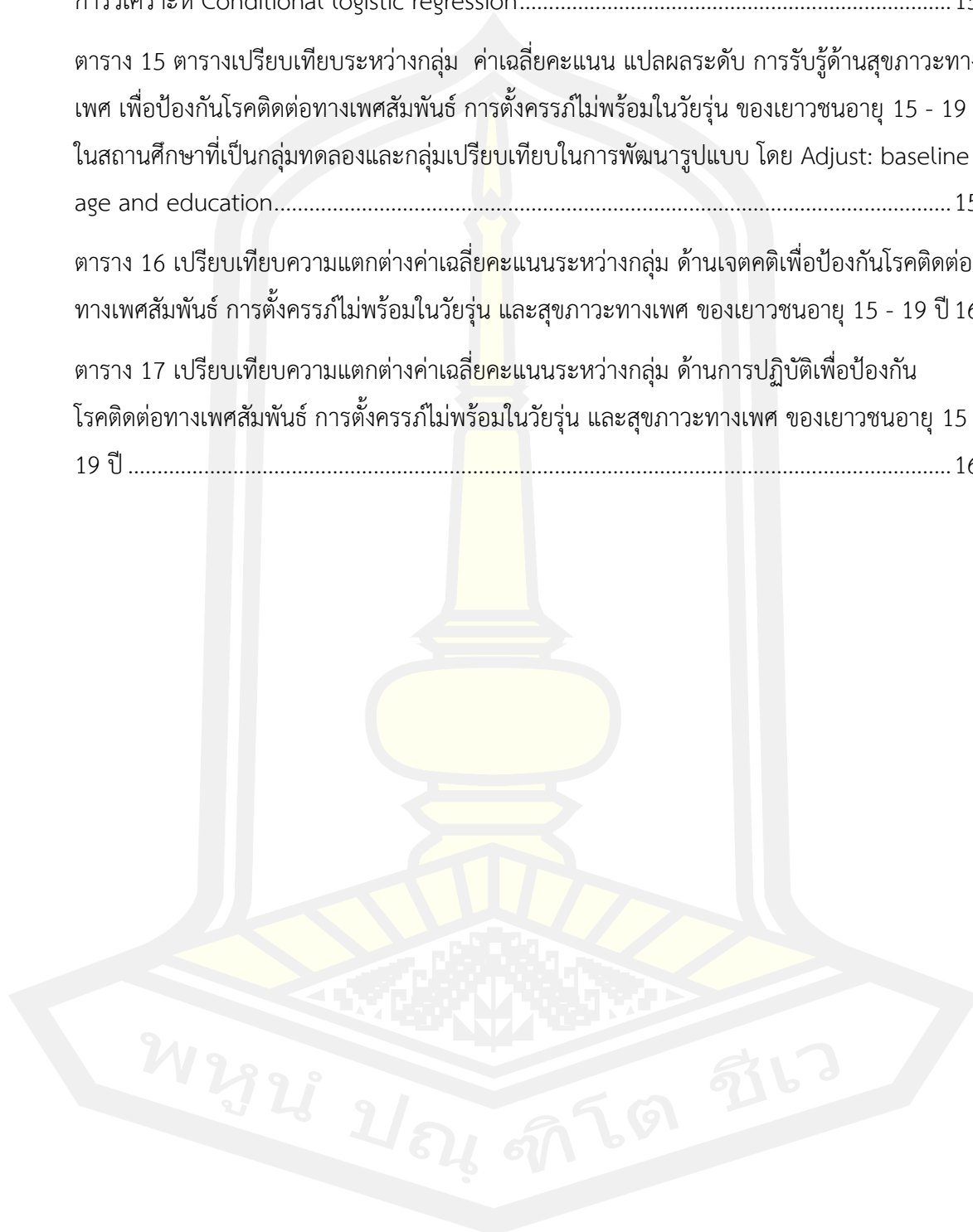
	หน้า
ตาราง 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์.....	109
ตาราง 2 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่ม ตั้งครรภ์ และ กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์.....	121
ตาราง 3 ปัจจัยด้านครอบครัว ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์.....	121
ตาราง 4 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ในกลุ่ม ตั้งครรภ์ และ กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์.....	129
ตาราง 5 ข้อมูลด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์.....	129
ตาราง 6 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่ม ตั้งครรภ์ และ กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์.....	136
ตาราง 7 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์.....	137
ตาราง 8 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่ม ตั้งครรภ์ และ กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์.....	142
ตาราง 9 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์.....	143
ตาราง 10 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่มตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ Control.....	147
ตาราง 11 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์.....	148
ตาราง 12 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่มตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ Control.....	153
ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (<i>Bivariate analysis</i>) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression.....	153

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์คร่าวหลายปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (Multivariable analysis) โดย
การวิเคราะห์ Conditional logistic regression..... 157

ตาราง 15 ตารางเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนน แปลผลระดับ การรับรู้ด้านสุขภาวะทาง
เพศ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี
ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการพัฒนารูปแบบ โดย Adjust: baseline
age and education..... 159

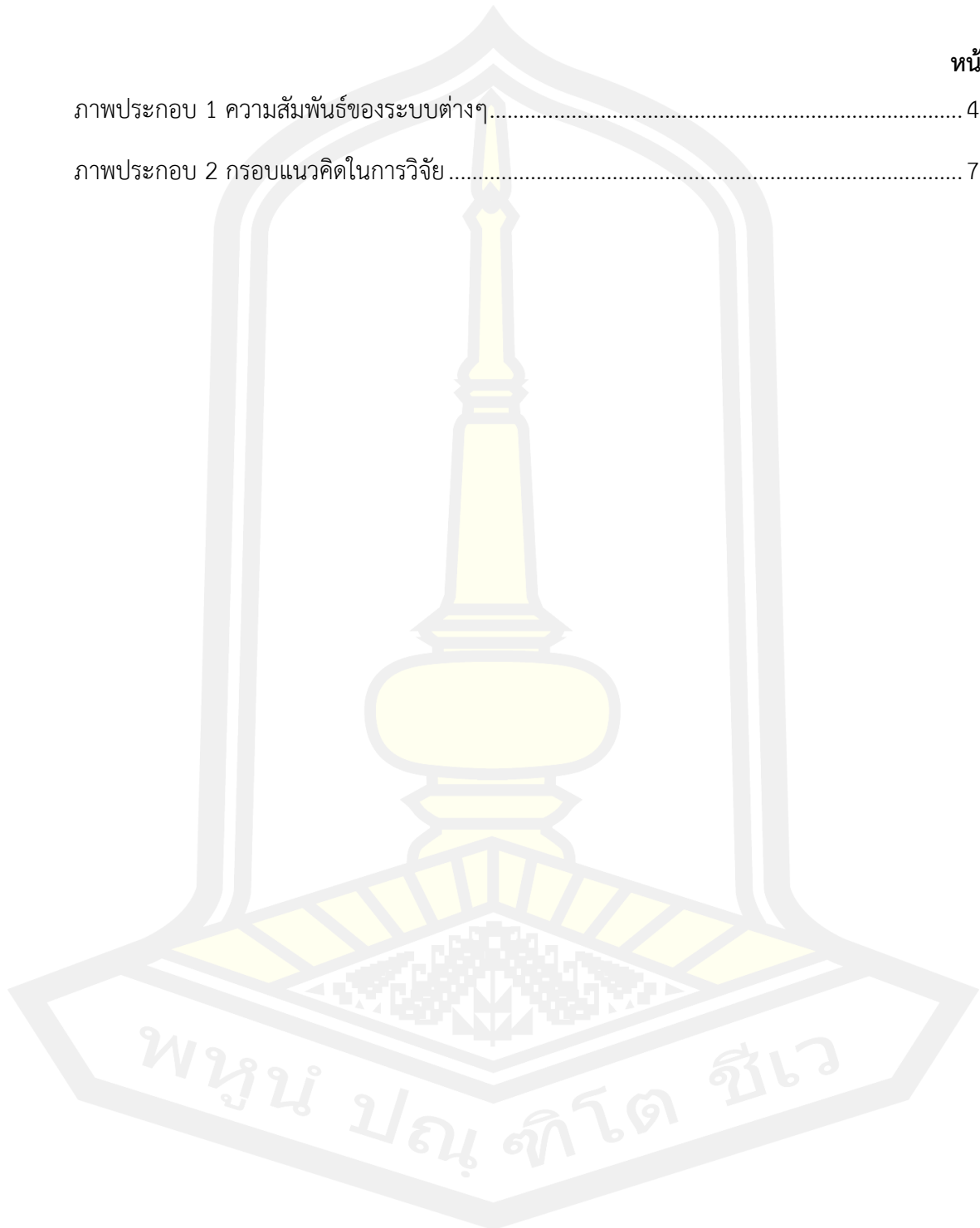
ตาราง 16 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม ด้านเจตคติเพื่อป้องกันโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี 160

ตาราง 17 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 -
19 ปี 160



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ.....	47
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	77



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเยาวชนทั้งระยะสั้นและระยะยาว และยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นและเยาวชนเกือบทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากประชากรอายุน้อยเหล่านี้เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ และการมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์เป็นประสบการณ์หนึ่งในหลายประสบการณ์ที่เริ่มต้นขึ้นในช่วงวัยนี้ ในปัจจุบันปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ (United Nation: UN) คาดประมาณว่าประชากรโลกมีจำนวนราว ๆ 7,300 ล้านคน (อ้างอิงใน WHO, 2020) ประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ทั่วโลกมีประมาณ 1,200 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 17.1 ของประชากรทั้งหมด องค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในยุคที่แอปพลิเคชันหาคู่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย โดยจากรายงานล่าสุด ในปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งโรคติดต่อเชื้อคลาไมเดีย โรคหนองใน โรคติดต่อเชื้อทริโคโมแนส รวมทั้งโรคซิฟิลิสสายใหม่สูงขึ้นถึง 376 ล้านคนทั่วโลกหรือคิดเป็นร้อยละ 5.2 ของประชากรทั้งหมด โดยที่ในแต่ละวันจะพบผู้ป่วยรายใหม่ราว 1 ล้านคน (WHO, 2019) นอกจากนี้จากสถิติขององค์การอนามัยโลกยังพบว่า มีสตรีตั้งครรรภ์โดยขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้องถึง 33 ล้านคน ทั่วโลก หรือคิดเป็นประมาณ 45.0 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 2019) ส่วนในประเทศไทย พบว่ามีการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดในช่วงอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.9 และจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มนักเรียนนักศึกษา พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นจากเดิมที่พบในวัยรุ่นที่มีอายุเฉลี่ย 13.3 ปี มาเป็น 13.1 ปี และมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรรภ์ในเรื่องไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกประมาณร้อยละ 30.0 ส่วนข้อมูลพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในวัยที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง พบร้อยละ 76.9 และ 66.7 ส่วนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งชายและหญิง พบร้อยละ 74.1 และ 76.9 ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง พบร้อยละ 69.5 และ 74.6 ตามลำดับ (สุวรรณชัย วัฒนาวิทย์เจริญชัย, 2562) เมื่อวิเคราะห์ตามรายภาคพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหนองในพบมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการป่วย 68.0 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือพบอัตราการป่วย 62.2 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางพบอัตรา การป่วย 58.6 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้พบอัตราการป่วย 15.20 ต่อประชากร

แสนคน (กองนวัตกรรมการและวิจัย, 2562, น.31-33) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงโดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ซึ่งทำให้วัยรุ่นติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เอชไอวี (HIV) และการท้องไม่พร้อมตามมา สำหรับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน พบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นในปี 2561 เท่ากับ 1.20 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และ 35.00 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ตามลำดับซึ่งเป็นอัตราที่ลดลงจาก ปี 2560 ทั้งในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 15-19 ปี แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปี มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา 80.80 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 189.50 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ในปี 2561 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562, น. 30-31) นอกจากนี้ปัญหาอัตราการเกิดของประชากรในประเทศไทยลดน้อยลงแล้ว ยังพบปัญหาการเกิดที่ด้อยคุณภาพอีกด้วย โดยเฉพาะที่เกิดจากพ่อแม่วัยรุ่น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2561)

องค์การอนามัยโลกได้มีแผนงานการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในวัยรุ่นและเยาวชน โดยเน้นการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาศักยภาพวัยรุ่นได้แก่ การลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการป้องกันการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560 – 2564, 2560, น. 33) โดยองค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาทั้งในอดีตต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) กำหนดให้การลดอัตรา คลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปีเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุ เป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดี ของคนทุกเพศทุกวัย ที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ ภายในปี พ.ศ. 2573 (WHO, 2017) สำหรับประเทศไทยมีระดับนโยบายโดยสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้ออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยอยู่ภายใต้ 23 มาตรา และได้บรรจุเรื่องการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนและการเข้าถึงการจัดบริการที่มีคุณภาพไว้ด้วย (The Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development, 2016) และในระดับปฏิบัติการมีการดำเนินโครงการโดยใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เป็นกลไกการขับเคลื่อนให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562 พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน ลดลงเป็น 29.08 และอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นหญิงอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ลดลงเป็น 0.79 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2562, น. 16-18) และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาว่า

พบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ มีช่องว่างระหว่างส่วนกลางและจังหวัดในเรื่องความชัดเจนในทางปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฯ และบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามกฎกระทรวง เกี่ยวกับสิทธิการตัดสินใจของวัยรุ่นในการรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ในพื้นที่ระดับจังหวัด จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตแก่วัยรุ่น มีแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มีการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีการกำหนดสิทธิตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และมีการสร้างระบบการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2562) นอกจากนี้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับการมีสุขภาวะทางเพศ (Sexual well being) ทั้งระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคม สุขภาวะทางเพศทั้งสองระดับสะท้อนความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันของแนวคิดเพศภาวะ เพศวิถี และสิทธิ (Genders, sexualities, rights based approach) ซึ่งมีนัยยะว่า การสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศต้องคำนึงถึง ความหลากหลายของวิถีทางเพศของคนในสังคม ต้องคำนึงว่าชีวิตทางเพศของคนในสังคมเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลจากระบบความเชื่อและคุณค่าหลายระบบ และมีอิทธิพลมากคือระบบความเชื่อและคุณค่าที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะความเป็นผู้หญิง ความเป็นผู้ชาย ต้องคำนึงว่าความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งผิดปกติ และเป็นสิ่งที่สามารถแปรเปลี่ยนตามกาลเวลาและประสบการณ์ในชีวิต และต้องคำนึงว่า เพศเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการใช้ชีวิต การเคารพสิทธิทางเพศของตนเองและผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นความจำเป็นสำหรับคนทุกเพศทุกวัยที่จะทำให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพดี (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554) ส่วนความคิดเห็นของเยาวชนเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษาและสัมพันธภาพในโรงเรียน จากผลงานวิจัยในต่างประเทศที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพที่สะท้อนมุมมองและประสบการณ์ของเยาวชนในเรื่องดังกล่าว บนฐานการศึกษาวิจัยจำนวน 48 ชิ้นใน 10 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักร ไอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ แคนาดา ญี่ปุ่น อิหร่าน บราซิล และสวีเดน ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 14 -19 ปีที่กำลังศึกษาในโรงเรียน เยาวชนอายุต่ำกว่า 19 ปี ทั้งที่เรียนและไม่ได้เรียนหนังสือในระบบ รวมทั้งเยาวชนอายุ 25 ปีที่จำได้ว่าเคยเรียนวิชาเพศและสัมพันธภาพเมื่อครั้งเป็นนักเรียน ผลการศึกษาระบุว่าวิชา เพศศึกษา ในโรงเรียนทั่วโลก ขาดข้อมูลที่ตรงประเด็นกับประสบการณ์ของนักเรียนในระดับมาก ผู้เรียนคิดว่าเนื้อหาไม่ถูกจุด และไม่ตรงกับความต้องการ จึงไม่สนใจที่จะเรียน ผลการวิจัยพบความสอดคล้องในเรื่องมุมมองของวัยรุ่นต่อวิชาเพศศึกษาจากนักเรียนทั้ง 10 ประเทศ โดยนักเรียนจำนวนมากเห็นว่าบทเรียนเรื่องเพศและสัมพันธภาพมีแต่แง่ลบ เน้นศีลธรรมและเป็นวิทยาศาสตร์จนเข้าใจยากเกินกว่าจะช่วยให้ตนเองรับมือกับความรู้สึกและสถานการณ์เมื่อเผชิญในชีวิตจริง เน้น

เนื้อหาเพื่อให้นักเรียนรักนวลสงวนตัว ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงๆ (Guardian, 2016) นอกจากนี้ จากรายงานประจำปี 2556 เรื่องเพศศึกษาโดยสำนักงานมาตรฐานการศึกษา บริการและทักษะสำหรับเด็ก ซึ่งเป็นหน่วยงานผู้ตรวจการโรงเรียนในประเทศสหราชอาณาจักร ที่สะท้อนความคิดเห็นของเยาวชนเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษาและสัมพันธภาพในโรงเรียน พบว่ามีนักเรียนกลุ่มอายุ 18 ปี ร้อยละ 19.0 เท่านั้นที่เชื่อว่าวิชาเพศศึกษาและสัมพันธภาพควรสอน โดยครูจากโรงเรียนของตัวเอง ฝ่ายครูเองก็ยอมรับว่า รู้สึกไม่สะดวกใจ ที่ต้องสอนวิชาเพศศึกษาและสัมพันธภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่า 1 ใน 3 ของโรงเรียนในอังกฤษจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาและสัมพันธภาพอย่างได้คุณภาพย่ำแย่ โรงเรียนต้องตระหนักถึงความสำคัญของหลักสูตรเพศศึกษาว่าเป็นวิชาที่ทำหาย ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมทั้งต้องให้ข้อมูลและกิจกรรมสอดคล้องกับวัยของผู้เรียนซึ่งมีหลายระดับ รายงานให้ข้อเสนอแนะว่า โรงเรียนต่างๆ สามารถรับมือกับปัญหานี้ได้ แทนที่จะจัดการเรียนการสอนแบบเดิมๆ ควรจัดชั้นเรียนเพศศึกษาและสัมพันธภาพแบบขั้นเดียว ขอความร่วมมือจากนักวิชาการด้านเพศศึกษายกย่องให้เข้ามาจัดการเรียนการสอนให้ในโรงเรียน และโรงเรียนควรมีทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศมากขึ้น เปิดใจยอมรับ ตรงไปตรงมา และคิดแง่บวกต่อเรื่องเพศ คัดค้านทัศนคติเชิงลบของสังคมต่อเรื่องเพศ การศึกษาวิจัยที่สนับสนุนงบประมาณโดยสถาบันเพื่อการวิจัยด้านสุขภาพแห่งชาติยังพบว่าหลักสูตรเพศศึกษาและสัมพันธภาพมักไม่ให้นักเรียนได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น จะทำอย่างไรถ้าตั้งครรภ์ ข้อดีข้อเสียของการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ งานวิจัยยังพบว่ามีจัดการเรียนการสอนวิชาเพศศึกษาซ้ำเกินไปสำหรับนักเรียนบางกลุ่ม หลักฐานจากนานาชาติประเทศแสดงให้เห็นชัดเจนว่าหลักสูตรเพศศึกษาและสัมพันธภาพแบบรอบด้านที่สอนตั้งแต่เด็กยังเล็กและสอนโดยผู้ที่ผ่านการอบรมมาอย่างดีส่งผลต่อการยกระดับสุขภาพทางเพศของเยาวชน ความรุนแรงทางเพศก็ลดลง แต่ ยังมีหลายประเทศไม่ตอบสนองหรือลงมือดำเนินการใดๆ เพื่อจัดให้เด็กและเยาวชนได้รับการศึกษาตามที่เด็กต้องการและสมควรได้รับอย่างยิ่ง (Guardian, 2016) และจากการศึกษาการวิจัยเพื่อทบทวนการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษา (Sexuality education) ในสถานศึกษาไทย(พิมพ์วัลย์ บุญมงคล,2559) งานวิจัยพบว่า สถานศึกษา ทั้งในระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาเกือบทั้งหมดมีการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาทั้งในรูปแบบของการบรรจุเพศวิถีศึกษาเป็นสาระการเรียนรู้สำคัญในวิชาอื่น และการจัดให้เป็นวิชาแยก หรือมีการจัดการสอนทั้งสองรูปแบบแม้หัวข้อที่สอนจะหลากหลาย แต่พบว่าสถานศึกษาหลายแห่งเน้นสอนเรื่องเพศวิถีจากมุมมองผลกระทบด้านลบของเพศสัมพันธ์มากกว่าการพูดถึงมุมมองด้านบวก และขาดการคิดวิเคราะห์เชิงทัศนคติเกี่ยวกับเพศวิถี กล่าวคือ หัวข้อเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ สรีรวิทยาและพัฒนาการทางเพศได้รับการเน้นย้ำมากที่สุด ในขณะที่ด้านเพศภาวะ สิทธิทางเพศและความเป็นพลเมือง ความหลากหลายทางเพศ ความไม่เท่าเทียมทางเพศ การทำแท้งที่ปลอดภัย การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยระหว่างคู่ที่เป็นเพศเดียวกัน การ

รังแกและกลั่นแกล้งบุคคลอื่น ได้รับการสอนน้อยกว่าหัวข้ออื่นๆ ในด้านความรู้ความเข้าใจของผู้เรียน
 ยังพบว่านักเรียนมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ สำหรับครูผู้สอนในโรงเรียนของ
 วัยรุ่นและเยาวชน พบว่าครูมีทัศนคติที่เห็นด้วยกับความเท่าเทียมทางเพศและปฏิเสธการใช้ความ
 รุนแรงมากกว่านักเรียน แต่ครูส่วนใหญ่ยังมีความคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของนักเรียนเป็น
 เรื่องที่ยอมรับไม่ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีครูจำนวนหนึ่งปฏิเสธสิทธิทางเพศของนักเรียนในบาง
 ประเด็น สำหรับวิธีการสอนพบว่าครูส่วนใหญ่ใช้วิธีการสอนแบบการบรรยายซึ่งอาจไม่เปิดโอกาสให้
 ผู้เรียนได้คิด วิเคราะห์ และตั้งคำถาม มีครูเพียงส่วนน้อยที่ใช้รูปแบบการเรียนการสอน (Pedagogy)
 ผ่านกิจกรรม และพบว่ามีครูที่สอนในระดับมัธยมศึกษาครึ่งหนึ่ง และครูที่สอนในระดับอาชีวศึกษา
 มากกว่าครึ่งที่ระบุว่า ไม่ได้รับการอบรมการสอนเพศวิถีศึกษา กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายให้มีการ
 เรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษา โดยบรรจุไว้ทั้งในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานในกลุ่มสาระ
 การเรียนรู้วิชาสุขศึกษาและพลศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา และบรรจุเป็นวิชาเพศวิถี
 ศึกษาในสถานศึกษาอาชีวศึกษา ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง
 ของมนุษย์มีส่วนร่วมสนับสนุนและให้ความสำคัญต่อเรื่องเพศวิถีศึกษา โดยระบุถึงบทบาทของ
 สถานศึกษาในการสอนเพศวิถีศึกษา เพื่อเป็นยุทธวิธีป้องกันการระบาดของเอดส์และการตั้งครรภ์ใน
 วัยรุ่น อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ สถานศึกษายังต้องการการสนับสนุนเชิงกลไกและทรัพยากรเพื่อให้
 สามารถจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาได้อย่างเป็นระบบ ตลอดจนต้องมีกลไกติดตาม
 และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2559) จากการทบทวนรูปแบบแนวทางการ
 แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่นจากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่
 ได้ผลดี พบว่ามีการดำเนินการครอบคลุมเกี่ยวกับ การสร้างการรับรู้ในเรื่องสิทธิของเด็กและเยาวชน
 ในเรื่องสัมพันธ์ภาพและเพศศึกษา สิทธิที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน
 ดังเช่น ผลการศึกษาการรายงานแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศอังกฤษ สามารถลดอัตรา
 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลงร้อยละ 50.0 ในช่วงเวลา 12 ปี พบว่า ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ สองประการ
 ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสิทธิของเด็กและเยาวชน ประการที่หนึ่งคือ สิทธิที่จะได้เรียนรู้เรื่อง
 สัมพันธ์ภาพและเพศศึกษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่วัยเด็กเล็กในครอบครัว จนถึงในสถานศึกษา ประการ
 ที่สองคือ สิทธิการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ง่าย ซึ่งทั้งสองปัจจัยดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้เมื่อ
 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีนโยบายชัดเจน และมีการฝึกอบรมปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ปฏิบัติงานทุกภาค
 ส่วน ทุกระดับ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับปัญหานี้ รวมถึงตัวนักเรียน ครู ผู้ปกครองด้วย ให้เข้าใจเรื่องสุข
 ภาวะทางเพศและมีทักษะการสื่อสารทางบวกกับวัยรุ่นในเรื่องเพศ ทั้งนี้ ผลงานวิจัยทั้งในอังกฤษและ
 หลายประเทศ ยืนยันว่า การได้เรียนรู้เรื่องเพศ และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ไม่ได้เป็นตัวกระตุ้นให้
 วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น ในทางตรงข้าม วัยรุ่นที่เข้าถึงสิทธิ์ดังกล่าวกลับมีแนวโน้มลดการมี
 เพศสัมพันธ์ลงด้วย (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย, 2557) นอกจากนี้ พบว่าการ

แก้ไขปัญหามีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นโดยการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) ให้แก่วัยรุ่นในการมีสุขภาวะทางเพศที่พึงประสงค์ บนฐานความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประเด็นด้านเพศภาวะ สิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพยังเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะต้องพัฒนาควบคู่กันไปกับการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หลายระดับที่แวดล้อมวัยรุ่น ทั้งในระดับกลุ่มเพื่อน และเครือข่ายครอบครัว โรงเรียน และชุมชน (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย, 2557)

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศค้นพบจุดที่ควรพัฒนาที่สำคัญที่จะต้องพัฒนาและหาแนวทางแก้ไขซึ่งสรุปได้เป็น 3 ประเด็น คือ **ประเด็นที่หนึ่ง** คือ ระบบการบริหารจัดการภายในสถานศึกษาในการจัดระบบการสอนเพศศึกษารอบด้านรวมทั้งการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเข้าถึงได้ง่ายการจัดระบบยังเป็นจุดอ่อนที่จะต้องหาแนวทางแก้ไข **ประเด็นที่สอง** คือ วัยรุ่นในสถานศึกษายังขาดพลังอำนาจและศักยภาพของตนเอง หรือขาดแกนนำนักเรียนนักศึกษาในการเป็นผู้นำสร้างพลังให้เพื่อนวัยรุ่นในสถานศึกษา ร่วมมือกับครู และร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อช่วยเหลือเพื่อนวัยรุ่นนักเรียนนักศึกษาด้วยกัน ให้มีพลังที่จะลุกขึ้นมาพิทักษ์สิทธิของตนเองตามสิทธิมนุษยชนและสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 การรับรู้สิทธิของตนเองเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศยังไม่ครอบคลุมขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในหลายๆด้าน และ **ประเด็นที่สาม** คือ เด็กและเยาวชนยังขาดการสนับสนุนทางสังคมที่หลากหลายรอบด้านและไม่ต่อเนื่องเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษารอบด้าน รวมถึงการแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ถ้ามีการผสมผสานการประยุกต์รูปแบบเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เหมาะสมโดยใช้ประโยชน์จากความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารให้กับวัยรุ่นได้อย่างรวดเร็ว เพราะในปัจจุบันเด็กหรือวัยรุ่นเข้าไปเกี่ยวข้องกับสื่อทางเพศด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์จนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเรื่องเพศกับวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ณรงค์กร มโนจันทร์เพ็ญ, 2561) แต่ในทางตรงกันข้ามถ้านักเรียนและเยาวชนรู้จักใช้ข้อมูลสารสนเทศจากแหล่งที่เชื่อถือได้และมีผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำที่ถูกต้องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่างๆเป็นแนวทางขับเคลื่อน ในเรื่องเพศภาวะวิถีเพศ การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และมีความยืดหยุ่นที่จะช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ง่ายและไว้วางใจ การสอนเพศศึกษาที่สร้างความเข้าใจในเรื่องเพศภาวะ วิถีเพศ ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบันเสริมแรงผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ จะส่งผลช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างได้ผลตามมา รวมถึงการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะการเคารพสิทธิของแต่ละบุคคลเพื่อการมีสุขภาวะทางเพศที่มีความสุขและปลอดภัยจะช่วยส่งผลต่อการป้องกันการล้อเลียน

กลั่นแกล้งด้วยวาจา ตลอดจนการทำร้ายร่างกายในโรงเรียนและสถานศึกษา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อีกด้วย

จากการสรุปข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาทำให้ผู้วิจัยเกิดแนวคิดในการพัฒนารูปที่ใช้แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในสถานศึกษา โดยการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ ครอบคลุมการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นกลุ่มที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และปัจจัยปกป้องไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ ทำการศึกษาข้อมูลในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมในทุกๆด้าน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการสร้างการรับรู้ให้วัยรุ่นมีสุขภาวะทางเพศ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแนวคิดทฤษฎีระบบ (System approach) แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment concept) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) และการสร้างเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network online) เลือกทำการศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเนื่องจากเป็นภาคที่มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับทุกภูมิภาค และมีอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคหนองในมากที่สุดของประเทศ ในศึกษานี้หลังจากได้ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วผู้วิจัยมุ่งดำเนินการบนฐานการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศและการสร้างพลังอำนาจให้แก่วัยรุ่นในสถานศึกษา ครอบคลุมการสร้างศักยภาพวัยรุ่นและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น พัฒนาระบบเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ และการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้วัยรุ่นอยู่ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เข้าใจวัยรุ่นแบบรอบด้าน ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้วัยรุ่น เป็นบุคคลที่มีสุขภาวะทางเพศและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข

1.2 คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดที่ส่งผลต่อการการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นบนฐานการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของของวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นบนฐานการพัฒนากระบวนการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศในสถานศึกษาก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับการทดลองรูปแบบฯ กลุ่มที่ได้รับการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5 ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นข้อมูลนำเข้าสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สถาบันวิชาการอื่นๆ หรือในหน่วยงานระดับพื้นที่ ไปพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้มแข็งของระบบครอบครัว ระบบสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น
2. เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ/ โปรแกรมที่สร้างขึ้น ว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด สามารถนำไปใช้ในพื้นที่วิจัยหรือพื้นที่อื่นที่คล้ายคลึงกันได้หรือไม่ มีปัจจัยใดที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จหรือเป็นอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางการปรับปรุงให้มีประสิทธิผลมากขึ้นต่อไป
3. ช่วยสร้างเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่ ทั้งในรูปแบบเครือข่ายการดำเนินงานในสถานศึกษาในโลกแห่งความจริง และรูปแบบเครือข่ายสังคมออนไลน์ในโลกเสมือนอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้นักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาวะทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว ทันเวลา เกิดประโยชน์ต่อระบบการช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือส่งต่อเกี่ยวกับการบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นได้ทันสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยครอบคลุมขอบเขตด้านเนื้อหา ขอบเขตด้านพื้นที่ ขอบเขตด้านประชากร และขอบเขตด้านระยะเวลา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา พื้นที่ และประชากร

1.1 ด้านเนื้อหาและกระบวนการ การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สุขภาวะทางเพศ รวมทั้งประเด็นด้านการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นตอนกลางถึงวัยรุ่นตอนปลาย โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบศึกษาย้อนหลัง (Case-control study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศ รวมถึงพฤติกรรมด้าน การรับรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา ระยะเวลาที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Model development and testing) ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) โดยประยุกต์ใช้ 1) แนวคิดทฤษฎีระบบ (System approach) ประกอบด้วย 4 ส่วนที่เกี่ยวข้องกันคือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการแปรสภาพในการจัดการ (Transformation Process) ผลผลิต (Product) และการป้อนกลับ (Feedback) ร่วมกับ 2) แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment concept) ที่เน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องที่อยู่ในวิถีชีวิตของวัยรุ่นอย่างแท้จริง 3) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) และการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network online) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการกระตุ้น ให้การช่วยเหลือและส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายจนมีสุขภาวะทางเพศที่พึงประสงค์ ซึ่งในการศึกษานี้ครอบคลุมการสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์และกำลังใจ การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน และ/หรืองบประมาณ และการสนับสนุนด้านการประเมินผล 4) แนวคิดสุขภาวะทางเพศ (Sexual health theoretical concept) ที่ครอบคลุม ความเข้าใจเกี่ยวกับของแนวคิดเพศภาวะ เพศวิถี ของคนทุกเพศภาวะ (Gender) และ 5) แนวคิดการดำเนินงานบนฐานสิทธิมนุษยชน (Human right-based approach) ที่เน้นความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวมในด้านสิทธิและหน้าที่ของวัยรุ่นต่อตนเองและผู้อื่น โดยเฉพาะสิทธิด้านสุขภาวะทางเพศ มาเป็นฐานในการพัฒนา

1.2 ด้านพื้นที่ และ ประชากร การศึกษานี้เน้นกลุ่มวัยรุ่นในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ประกอบด้วย 20 จังหวัดโดยแบ่งเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการประกอบด้วย สพม.19 – สพม.23 (พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ (ฉบับที่ 2), 2553) ในปัจจุบันมีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 674,016 คน (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2562)

2. ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษานี้ครอบคลุมระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน คือระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 – 31 พฤษภาคม 2565 โดยแบ่งการศึกษา ออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะศึกษาปัญหา (Problem identification phase) ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Model development and testing)

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. รูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ **บนฐานการพัฒนากระบวนการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น** หมายถึง กลุ่มกิจกรรมการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษาที่เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยมุ่งแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และสุขภาวะทางเพศทุกเพศสภาวะ การพัฒนาศักยภาพวัยรุ่นโดยวิธีการสร้างพลังแกนนำ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาวะทางเพศและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของวัยรุ่น การสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสร้างระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา มีคณะทำงานที่ชัดเจน เกิดศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เกิดเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อนช่วยเพื่อนและให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับสภาพปัญหาสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. **วัยรุ่น** หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษา หรืออยู่ในช่วงลาพักการศึกษาของสถานศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

2.1 **วัยรุ่นกลุ่มที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์** หมายถึง วัยรุ่นที่มีประวัติการตั้งครรภ์หรือกำลังตั้งครรภ์ระหว่างปี 2562-2564

2.2 **วัยรุ่นกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์**หมายถึง วัยรุ่นที่ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์หรือกำลังตั้งครรภ์ระหว่างปี 2562-2564

2.3 **วัยรุ่นที่ได้รับรูปแบบและไม่ได้รับรูปแบบ** หมายถึง วัยรุ่นในสถานศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บนฐาน

การพัฒนาาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น และวัยรุ่นในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เครือข่ายทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคล ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น ครูอาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม รวมถึงองค์กรเพื่อสาธารณะที่มาร่วมตัวกันโดยมีความสัมพันธ์ในการประสานความร่วมมือวางแผนกิจกรรม แลกเปลี่ยนข้อมูลและช่วยเหลือเกื้อกูลวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศ

4. เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ หมายถึง กลุ่มเครือข่ายสังคมออนไลน์ของแกนนำนักเรียน แต่ละห้องที่คอยประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพและครูอนามัยโรงเรียนที่คอยสอดส่องช่วย ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันท่วงที ในการช่วยเหลือนักเรียนที่เกิดปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และภัยสุขภาพ และการรับบริการเกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์

5. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลทั่วไปหรือลักษณะทางประชากรของวัยรุ่น ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ของครอบครัว สถานภาพ การพักอาศัย และข้อมูลพฤติกรรมส่วนบุคคลของวัยรุ่น

6. ปัจจัยด้านครอบครัว หมายถึง สถานภาพครอบครัวของวัยรุ่น การพักอาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรสของผู้ปกครองหลัก รวมถึงลักษณะของที่อยู่อาศัย จำนวนพี่น้องและสมาชิกในครอบครัว การกำกับดูแลเอาใจใส่ในตัววัยรุ่นของผู้ปกครอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและการมีปฏิสัมพันธ์กันของผู้ปกครองและสมาชิกครอบครัวกับตัววัยรุ่น

7. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม หมายถึง ทั้งที่เป็นบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่วัยรุ่นอยู่อาศัย ได้แก่ การคบเพื่อน การมีเพื่อนสนิท หรือคลุกคลีกับบุคคลในสังคมทั้งที่เป็นญาติ หรือคนใกล้ชิด รวมถึงสภาพแวดล้อมสังคมในโรงเรียนที่มีการรณรงค์ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น หรือสภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีสถานบันเทิงที่ให้วัยรุ่นเข้าไปใช้บริการได้ หรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบกับตัวของวัยรุ่น

8. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การปฏิบัติของวัยรุ่นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ได้แก่ การไม่มีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การกินยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด การฝังยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย การนับวันปลอดภัย รวมไปถึงการมีเพศสัมพันธ์ภายนอกที่ไม่มีการสอดใส่อวัยวะเพศระหว่างเพศชายกับเพศหญิง การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การไม่มีเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงการขอรับบริการกั้นยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนหรือหลังการมีเพศสัมพันธ์

9. พฤติกรรมการดูแลสุขภาวะทางเพศ หมายถึง การปฏิบัติของวัยรุ่นเกี่ยวกับการมีสุขภาวะทางเพศให้ครบรอบด้าน ด้านกาย คือมีการใช้ชีวิตที่ปลอดภัย ด้านจิตใจ คือความคิดที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ และด้านสังคม คือเคารพความแตกต่างทางเพศ โดยแยกเป็นการปฏิบัติของวัยรุ่นเกี่ยวกับ ความเสมอภาคและเคารพซึ่งกันและกัน ความสามารถในการต่อรองกับคู่หรือคนที่ตนเองมีความสัมพันธ์ด้วยเพื่อมั่นใจว่าเซ็กส์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความต้องการของตนเองจริงๆ การป้องกันตนเองและป้องกันผู้อื่นด้วย การป้องกันตนเองและผู้อื่นจากการติดเชื้อโรคติดต่อที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม การตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นทั้งทางอารมณ์และจิตใจ เท่าทันอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ถูกกดดันให้มิเซ็ก หรือเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเรื่องเซ็กส์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกอึดอัดใจ เข้าใจและยอมรับในความแตกต่างหลากหลาย

10. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่วัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสื่ออุปกรณ์ สิ่งของ รางวัล หรืองบประมาณ เพื่อให้เกิดความรอบรู้และการตัดสินใจปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการมีสุขภาวะทางเพศ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากบุคคลหรือกลุ่มคน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพวัยรุ่นให้พิทักษ์สิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังรวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้าน เงิน วัสดุสิ่งของเท่านั้นยังรวมถึงด้านจิตใจ ความมั่นคง ทางอารมณ์ และการที่วัยรุ่นรู้สึกกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

11. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศ หมายถึง พฤติกรรมด้านลบที่อาจนำไปสู่การตั้งครรรภ์ไม่พร้อมและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การขาดเรียน ติดเกม ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย เที่ยวกลางคืน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบหรือสูบบุหรี่หรือสารเสพติด นัดเดทและมีเพศสัมพันธ์กันทางออนไลน์ การไปนอนค้างนอกบ้านหอเพื่อน หรือการไปอยู่สองต่อสองในห้องหรือที่ลับตาคน เป็นต้น

12. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่วัยรุ่นเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถเพียงพอที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กับตัวของเขาเองได้

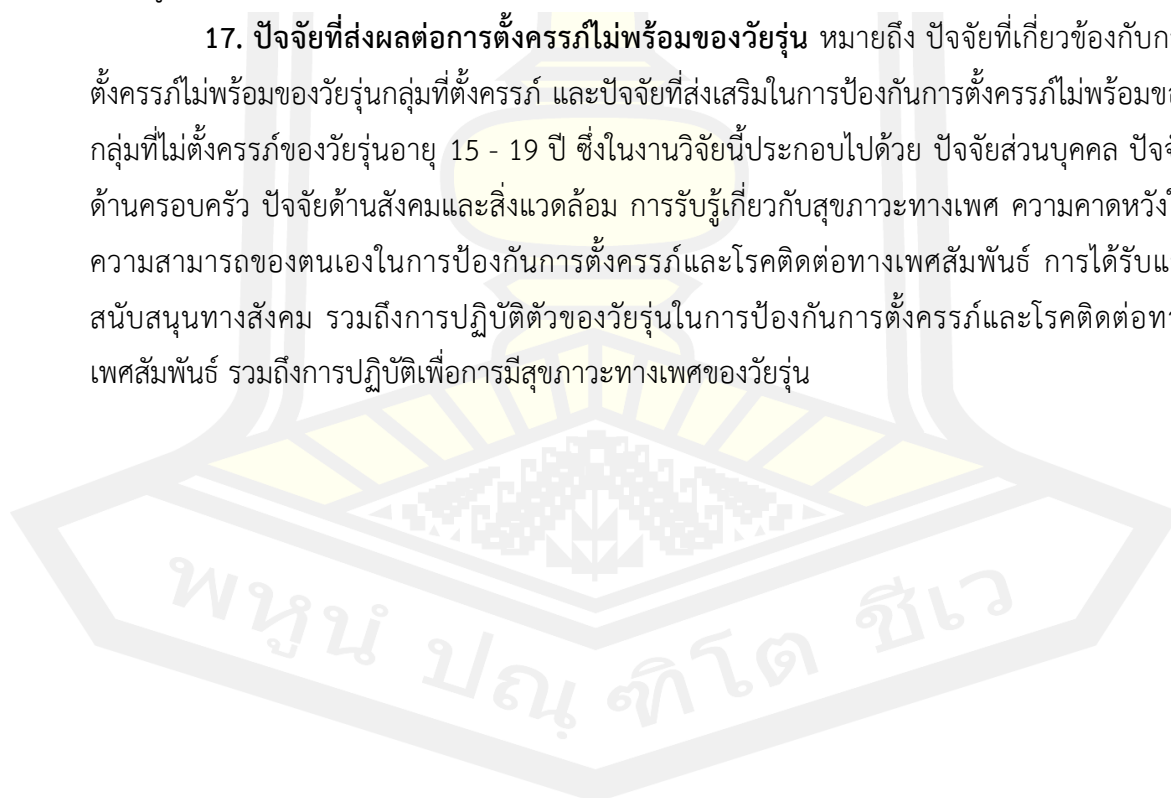
13. สุขภาวะทางเพศ หมายถึง การมีร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่สมบูรณ์ ดังนั้น การมีสุขภาวะทางเพศจึงหมายถึงการที่เราสามารถหลีกเลี่ยงจากการติดเชื้อโรค การเจ็บป่วย และรับผิดชอบได้อย่างมั่นใจว่าเราสามารถปกป้องทั้งตัวเองและผู้อื่นได้ทั้งทางร่างกายและอารมณ์

14. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ หมายถึง การที่วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจ รับทราบ และตระหนักถึงผลดีของการมีสุขภาวะทางเพศของแต่ละบุคคล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของตนเองในสถานศึกษาเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในบริบทของสถานศึกษาอย่างเป็นระบบ

15. เจตคติ หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยม เกี่ยวกับการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการคุมครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น

16. การรับรู้สิทธิทางเพศ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 หมายถึง วัยรุ่นในสถานศึกษา รับทราบว่า มีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 รับทราบและมีความเข้าใจสิทธิทางเพศของตนเอง ตาม พรบ. ตลอดจนสามารถเข้าถึง สิทธิที่ตนเองควรมีควรได้รับ โดยเฉพาะในมาตราที่ 5 ของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ สิทธิที่วัยรุ่นเยาวชนมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ตาม พ.ร.บ. นี้ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

17. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นกลุ่มที่ตั้งครรรภ์ และปัจจัยที่ส่งเสริมในการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมของกลุ่มที่ไม่ตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งในงานวิจัยนี้ประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการปฏิบัติตัวของวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของวัยรุ่นกลุ่มที่ตั้งครรภ์และปัจจัยที่ส่งเสริมในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นบนฐานการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยบูรณาการเข้ากับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การสร้างพลังแก่นักเรียน และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ครอบคลุมเนื้อหา

- 2.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น
- 2.2 แนวคิดและองค์ประกอบการดูแลสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นและการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้อง
- 2.3 การตั้งครรภ์และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น
- 2.4 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น
- 2.5 ทฤษฎีระบบ และ วิธีการเชิงระบบ (System Theory and System Approach)
- 2.6 ทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment Theory)
- 2.7 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงรอยต่อจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้าน โดยมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายสูงที่สุด (Growth spurt) เป็นอันดับที่สองรองจากวัยเด็ก ในส่วนนี้มีเนื้อหาครอบคลุมถึงนิยามของวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาในวัยรุ่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 นิยามของวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นช่วงทศวรรษที่ 2 ของชีวิต ซึ่งอยู่ในช่วง อายุ 10-19 ปี (World Health Organization, 2011) วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่ยาวและมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น อย่างรวดเร็วเพื่อเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่การเป็นผู้ใหญ่ การแบ่งช่วงของวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่จะแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย (สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) วัยรุ่นตอนต้นอายุ 10-14 ปี วัยรุ่นตอนกลางอายุ 15-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลายอายุ 17-19 ปี (สัญญา ภัทรราชย์, 2553)

จากการรวบรวมผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของความหมายของคำว่าวัยรุ่น พบว่า มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้ คำว่า “วัยรุ่น” พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542: 1, 062) ได้ให้ความหมายคำว่า วัยรุ่น หมายถึง วัยที่อายุประมาณ 13-19 ปี องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน บุญมา วรธนะวลัญช์, 2541: 15) ได้ให้คำจำกัดความ ของวัยรุ่นว่า เป็นบุคคลที่มีลักษณะดังนี้

1. เป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้
2. เป็นระยะที่มีการพัฒนาทางด้านจิตใจ จากเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่
3. เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจ ไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง

เฮอร์ลอค (Hurlock, 1973: 391, อ้างถึงใน ภัทรินาฏ บุญชู, 2543: 10) คำว่า “วัยรุ่น” ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Adolescence” มาจากภาษาลาตินว่า “Adolescer” หมายความว่า “To Grow in to Maturity” แปลว่า การเจริญเติบโตสู่วุฒิภาวะหรือเป็น วัยที่พัฒนามาจากสภาวะ ความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545: 329) ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่มีพัฒนาการลักษณะเด่นในด้านต่าง ๆ ทุกด้าน เช่น ทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมาก และเห็นได้ชัดเจน วัยรุ่นมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงมากในทุกด้านของพัฒนาการ

นภาพร สังข์กระแสน (2546: 8) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่ วัยผู้ใหญ่มีพัฒนาการเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการทางเพศ เด็กหญิงตั้งแต่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกและเด็กชายเมื่อเริ่มมีการผลิตเซลล์สเปิร์ม

ในการศึกษานี้ครอบคลุมการศึกษาวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 10-19 ปี ตามนิยามที่องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขของไทยกำหนด และคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นว่ามีเป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของคนในวัย

นี้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาเช่นระบบสืบพันธุ์ ทางจิตวิทยาและทางสังคม การสิ้นสุดของการเป็นวัยรุ่นและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ค่อนข้างมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศหรือตามกลุ่มสังคม ซึ่งจะเห็นได้จากการที่บุคคลนั้นได้รับความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจให้ทำหน้าที่หรืองานต่าง ๆ เช่น การขับขี่ยานพาหนะการมีความสัมพันธ์ทางเพศ การเป็นทหารการเลือกตั้งหรือการแต่งงาน เป็นต้น การเป็นวัยรุ่นมักจะสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของเสรีภาพที่ได้รับจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง หรือสิทธิตามกฎหมาย หรือความสามารถในการตัดสินใจในบางเรื่องโดยไม่ต้องขอความยินยอม

สรุป วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ลักษณะของวัยรุ่นทั้ง 3 ช่วงนี้เป็นช่วงวัยที่กำลังพัฒนาทางด้านต่าง ๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ มีการเจริญเติบโตทางด้านความสูงและน้ำหนัก มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศโดยจะมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์และพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ (WHO, 1999) ด้านสติปัญญา คือ มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่มีความคิดในเชิงนามธรรมมากขึ้น ส่วนด้านสังคมและอารมณ์ คือ ต้องมีการพึ่งพาตนเองมากขึ้น ทำตัวให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนและบุคคลในสังคม (Santrock, 2001) ช่วงนี้จึงเป็นช่วงสำคัญของชีวิต เนื่องจากวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551) วัยรุ่นบางส่วนไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาของตนเองได้ จึงมักจะแสวงหาทางออกด้วยการกระทำที่อาจนำความเดือดร้อนมาสู่ตนเอง ครอบครัวและ สังคม (วินิตดา ปิยะศิลป์, 2546) หรืออาจจะถูกชักจูงไปในทางที่ไม่ดีได้ง่ายจากการศึกษาของอุม่าพร ตรังคสมบัติและคณะ (อ้างถึงใน สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม เสี่ยงของวัยรุ่น คือปัญหาด้านการเรียนและความสัมพันธ์ที่ไม่ดีของมารดาของเด็ก และพบว่าปัญหา ด้านการเรียนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีอัตราการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นสูงที่สุด และจากการศึกษาของ สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ (2547) สามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจาก ตัววัยรุ่นเอง จะพบว่าเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงในทุกพฤติกรรมเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ การติดเกมคอมพิวเตอร์ปัจจัยเสี่ยงทางด้านครอบครัว จะพบในวัยรุ่นที่ครอบครัวแตกแยก ฐานะยากจน ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ไม่ดี พ่อแม่มีประวัติติดสารเสพติด ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะแวดล้อมและสังคม ได้แก่ การคบเพื่อนที่มีปัญหา การไม่มีที่ปรึกษาเมื่อมีความรู้สึกเป็นทุกข์ จากการศึกษาของ สราวุธ สอนสนาม (2548)

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยรุ่น (Pubertal change)

ช่วงเวลาการเข้าสู่วัยรุ่น (adolescent) ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เป็นสัญญาณที่มองเห็นได้และมีความสำคัญ บางครั้งอาจเรียกว่าเป็นช่วงวัยเจริญพันธุ์หรือวัยหนุ่มสาว (puberty) ทั้งนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจนว่าอะไรเป็นตัวกระตุ้นทำให้เข้าสู่วัยรุ่น โดยทั่วไปเด็กหญิงจะเริ่มเข้าสู่วัยสาวเร็วกว่าเด็กชายเข้าสู่วัยหนุ่ม ปัจจุบันพบว่าเด็กหญิงเริ่มมีการพัฒนาเข้าสู่ช่วงนี้ตั้งแต่อายุเฉลี่ย

9.3-9.9 ปี และเพศชายเริ่มเมื่ออายุเฉลี่ย 10.6-10.8 ปี โดยการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ Puberty ที่สังเกตเห็นได้ ดังนี้ (ศุภกร ศรีแผ้ว, 2017)

2.1.2.1 การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย (physical growth and development)

ในช่วงวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตทางร่างกายอันเป็นผลจากฮอร์โมนต่างๆ โดยช่วง growth spurt พบว่าเป็นช่วงที่วัยรุ่นมีการเพิ่มของส่วนสูงมากที่สุดในช่วงชีวิต โดยพบว่าความสูงที่เพิ่มในช่วงนี้คิดเป็นร้อยละ 20 -25 ในส่วนสูงในช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยเพศหญิงเริ่มที่อายุ 9 ปี และเพศชายที่อายุ 11 ปีโดยประมาณ สุดท้ายเพศชายจะสูงกว่าหญิงโดยประมาณ 12-13 เซนติเมตร เนื่องจากการปิดของกระดูกช้ากว่าเพศหญิง 2 ปี อันเป็นผลจากฮอร์โมนเพศ (sex steroids) รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ของร่างกาย เช่น สัดส่วนของร่างกายซึ่งมีมวลกล้ามเนื้อ (lean mass) ในสัดส่วนที่มากขึ้นในเพศชายและลดลงในเพศหญิง การเพิ่มขึ้นของมวลรวมถึงการเจริญของกระดูกซึ่งทำให้ไหล่กว้างขึ้นในเพศชายหรือสะโพกผายเด่นขึ้นในเพศหญิง เป็นต้น

2.1.2.2 การพัฒนาด้านเพศ (sexual development)

พัฒนาการทางเพศทุติยภูมิที่ปกติ ควรเป็นตามระยะของ Tanner staging หรือ sexual maturity rating (SMR) ซึ่งภายหลังการเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว ในเพศหญิงและเพศชายจะมีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางเพศเข้าสู่ Tanner stage II ในช่วงวัยรุ่นโดยสังเขปมีดังนี้

2.1.2.2.1 เพศหญิง เริ่มคลำได้ก้อนเต้านมใต้ลานนม (thelarche) มีขนหัวหน่าวที่สั้นและบางในระยะ Tanner stage II (pubarche) และมีการพัฒนาจนคล้ายคลึงกับวัยผู้ใหญ่ โดยมีเต้านมเจริญเต็มที่ รูปร่างหน้าอกเหมือนกับผู้ใหญ่ และมีขนหัวหน่าวกระจายตัวเป็นรูปสามเหลี่ยมคว่ำ (Tanner stage V) และเริ่มมีประจำเดือนเฉลี่ยอายุ 11.2 – 12.4 ปี โดยการตั้งครรภ์มักเกิดขึ้นในช่วง 1-2 ปีหลังมีประจำเดือน เนื่องจากในช่วงแรกยังไม่มีการตกไข่

2.1.2.2.2 เพศชาย สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงทางเพศโดยอาศัยลักษณะอวัยวะเพศ (genital Tanner staging) โดยเริ่มมีการเพิ่มปริมาตรของอวัยวะโดยมีปริมาตรตั้งแต่ 4 มิลลิลิตรขึ้นไปและถุงอัณฑะมีลักษณะบางลง รอยย่นชัดเจนขึ้นในระยะ Tanner stage II จนกระทั่งมีการพัฒนาขนาดและรูปร่างของ glans penis และ pubic hair ที่มีความหยิกเหมือนลักษณะในผู้ใหญ่เพศชาย (Tanner stage V)

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมวิทยา (Psychological Development)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแล้ว วัยรุ่นยังมีพัฒนาการด้าน การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์และการรับรู้ แต่การเปลี่ยนแปลงนี้อาจมีลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วทางด้านร่างกาย โดยการเข้าสู่วัยรุ่นในปัจจุบันเร็วกว่าในอดีต การพัฒนาทางด้านร่างกายเทียบเท่ากับวัยผู้ใหญ่จึงมีความสมบูรณ์เร็วขึ้น หากแต่การพัฒนาด้านความคิด และเหตุผลยังต้องใช้

เวลาซึ่งมักจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ หรือในวัยรุ่นช่วยปลาย (อายุ 18-21 ปี) ทำให้เกิดความสับสน ขาดความเชื่อมั่น และขาดประสบการณ์ ส่งผลให้การกระทำหรือพฤติกรรมของวัยรุ่นมีลักษณะไม่เหมาะสมได้บ่อย ช่วงวัยรุ่นจึงเป็นช่วงวัยสำคัญที่อาจเกิดปัญหาในด้านจิตสังคมได้มากกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยทฤษฎีทางจิตวิทยาที่อธิบายในช่วงวัยรุ่นมีความหลากหลาย ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงเพียง 3 ทฤษฎี

2.1.3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic หรือ Psychosexual theory)

Freud ได้อธิบายพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่เด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ว่ามีอิทธิพลสำคัญจากปัจจัยภายในตัวบุคคล หรือแรงขับทางเพศ (libido) โดยในช่วงก่อนวัยรุ่นเป็นช่วงของการสำรวจลักษณะทางเพศของตนเอง (phallic stage) ทำให้เริ่มสนใจและเปรียบเทียบกับเพศตรงข้าม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของในตัวบิดาหรือมารดาหรือปมออดิปัส (Oedipus complex) จากนั้นในระยะถัดมา Freud พบการแสดงออกของ ปมออดิปัส ลดลง เด็กเริ่มให้ความสนใจกับกิจกรรมต่างๆ และการผูกมิตรกับเพื่อน (Latency stage) หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ระยะที่มีการกระตุ้นทฤษฎีทางเพศ (genital stage) โดยมีแรงกระตุ้นทางเพศจากอิทธิพลของบุคคลอื่นร่วมกับการเจริญของลักษณะทฤษฎีทางเพศของตนเอง

2.1.3.2 ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial theory)

ทฤษฎีนี้ได้ถูกอธิบายโดย Erikson ซึ่งมีการให้ความสำคัญของปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในการพัฒนาทางด้านจิตใจ ซึ่งในวัยรุ่นตอนต้นจะมีลักษณะเป็นการเริ่มต้นความรู้สึกแข่งขันและแสวงหาความมั่นใจในกิจกรรมต่างๆ (sense of industry) โดยเด็กอาจพบปัญหาความรู้สึกด้อยค่า สู้ผู้อื่นไม่ได้ (sense of inferiority) ในระยะนี้จากการที่ผู้ปกครองหรือคนรอบข้างไม่ได้สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ มีการตำหนิหรือลงโทษ หลังจากนั้นวัยรุ่นจึงแสวงหาสิ่งที่บ่งบอกความเป็นตนเองหรือการแสวงหาอัตลักษณ์ในวัยรุ่นตอนกลาง (sense of identity) และการเริ่มสร้างความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งมากขึ้นและมีการสร้างความสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม (intimacy)

2.1.3.2 ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา (Cognitive theory)

นอกจากทฤษฎีทางจิตวิทยาดังกล่าวข้างต้นแล้ว Piaget ได้อธิบายในแง่ของการพัฒนาด้านสติปัญญาในช่วงวัยรุ่นว่าอยู่ในระยะที่เริ่มมีการเข้าใจถึงสิ่งที่เป็นนามธรรมมากขึ้น (formal operational stage) จากเดิมที่เข้าใจเพียงระดับรูปธรรมในวัยเด็ก (concrete operational stage) กล่าวคือ วัยรุ่นจะเริ่มเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึก ความดีงาม หรือจริยธรรมมากขึ้น ซึ่งในบางครั้งทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสน เนื่องจากการตีความถึงความรู้สึกของคนรอบข้างที่มากเกินไป ทำให้คิดว่าเขาเหล่านั้นมีความสนใจ หรือจ้องมองตัววัยรุ่นอยู่เสมอ ในทางคลินิกอาจพบว่าวัยรุ่นบางคนอาจไม่ยอมมาพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากกังวลว่าคนรอบข้างจะรู้ว่าตนป่วยเป็นอะไร

สรุป วัยรุ่นตอนต้นเป็นช่วงที่วัยรุ่นให้ความสนใจหรือหมกมุ่นเรื่องเพศมากขึ้น โดยวัยรุ่นมักเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนเองกับเพื่อนในวัยเดียวกัน รวมถึงการมีจินตนาการเรื่องความรักและการร่วมเพศ ในเพศชายอาจเริ่มมีการฝันเปียก โดยเหตุการณ์ดังกล่าวอาจทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง เริ่มมีความสนใจเพศตรงข้ามแบบผิวเผิน เช่น การพูดคุยกันทางโทรศัพท์ เป็นต้น ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางความสัมพันธ์ดังกล่าวจะมีความซับซ้อนมากขึ้น อาจเริ่มมีแฟนหรือเริ่มทำกิจกรรมร่วมกัน หากแต่พฤติกรรมทางเพศส่วนใหญ่มักมีลักษณะที่เกิดจากความสนใจเพศตรงข้าม มากกว่าที่จะเป็นความรู้สึกที่ลึกซึ้งและการมีเพศสัมพันธ์ ในช่วงวัยนี้วัยรุ่นจะเริ่มทำความเข้าใจรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) ของตนเอง โดยวัยรุ่นบางกลุ่มอาจมีความสับสนและยังไม่ตัดสินใจ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย วัยรุ่นจะเริ่มมีเอกลักษณ์หรืออัตลักษณ์ของตนเอง (self-identity) เริ่มมั่นคงกับการเปลี่ยนแปลงทางเพศมากขึ้น เริ่มคบกับเพื่อนต่างเพศอย่างชัดเจนขึ้น รู้สึกถึงความผูกพันและความรักเชิงลึกซึ้งมากขึ้น อย่างไรก็ตามวัยรุ่นในช่วงนี้ยังมีเหมือนวัยผู้ใหญ่ การให้คำแนะนำจากผู้ใหญ่หรือแพทย์ในช่วงวัยนี้ยังมีความสำคัญต่อวัยรุ่นเพื่อให้ผ่านช่วงวัยรุ่นไปอย่างเหมาะสม

2.1.4 ปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่น ปัญหาที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น มีดังนี้

2.1.4.1 ปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ วัยนี้จะแสดงพฤติกรรมที่แสดงความเป็นตัวของตัวเองค่อนข้างมาก การพูดจาไม่ค่อยเรียบร้อย อารมณ์แปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย ความรับผิดชอบขึ้นๆลงๆ เอาแต่ใจตัวเอง ทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือครูอาจารย์หงุดหงิดไม่พอใจได้มากมาย ถ้าใช้วิธีการจัดการไม่ถูกต้อง เช่น ใช้วิธีดุด่าว่ากล่าว ตำหนิหรือลงโทษรุนแรง จะเกิดปฏิกิริยาต่อต้าน เป็นอารมณ์ต่อกัน ไม่ได้ช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมวัยรุ่น วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ เริ่มต้นจากการทำความเข้าใจความต้องการของวัยรุ่น มีการตอบสนองโดยประนีประนอมยืดหยุ่น แต่ก็ยังคงมีขอบเขตพอสมควร พยายามมุ่งใจให้ร่วมมือมากกว่าการบังคับกันตรงๆ หรือรุนแรง สร้างความสัมพันธ์ที่ดีไว้ก่อน อย่าหงุดหงิดกับพฤติกรรมเล็กๆน้อยๆ (พนม เกตุมาน, 2551)

2.1.4.2 ปัญหาการใช้สารเสพติด (substance use disorders) ตามธรรมชาติของวัยรุ่นจะมีความอยากรู้อยากเห็นอยากลองมาก ถ้าขาดการยับยั้งชั่งใจด้วย การที่อยู่ในกลุ่มที่ใช้สารเสพติด หรือเพื่อนใช้สารเสพติด จะมีการชักชวนให้ใช้ร่วมกัน บางคนไม่กล้าปฏิเสธเพื่อน บางคนใช้เพื่อให้เหมือนเพื่อนๆ เมื่อลองแล้วเกิดความพอใจก็จะติดได้ง่าย

2.1.4.3 ปัญหาทางเพศ (Sexual Problems)

2.1.4.3.1 พฤติกรรมรักร่วมเพศ (homosexuality) เป็นพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดปัญหาตามมาได้มาก แต่ในปัจจุบันนี้สังคมเริ่มมีการยอมรับมากขึ้นจากการรณรงค์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการมีสุขภาวะทางเพศ จะต้องเรียนรู้เคารพสิทธิผู้อื่นและยอมรับในความแตกต่างในวิถีเพศสภาวะของแต่ละคน ซึ่งต่างจากสมัยก่อนคนที่เป็นรักร่วมเพศมักจะเจอปัญหาในการดำเนินชีวิตได้

มากกว่าคนทั่วไป ในบางสังคมมีการต่อต้านพฤติกรรมรักร่วมเพศ มีการรังเกียจ ล้อเลียน ไม่ยอมรับ บางประเทศมีกฎหมายลงโทษการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพศเดียวกันเอง รักร่วมเพศ คือพฤติกรรมที่พึงพอใจทางเพศกับเพศเดียวกัน อาจมีการแสดงออกภายนอกให้เห็นชัดเจนหรือไม่ก็ได้ การรักษาผู้ที่เป็นรักร่วมเพศ มักไม่ได้ผล เนื่องจากผู้ที่เป็นรักร่วมเพศมักจะพอใจในลักษณะแบบนี้อยู่แล้ว การช่วยเหลือทำได้โดยการให้คำปรึกษาผู้ที่เป็นพ่อแม่ เข้าใจและยอมรับให้กำลังใจ เพื่อให้ปรับตัวได้ ไม่รังเกียจลูกที่เป็นแบบนี้ แนะนำการแสดงออกเหมาะสมกับเวลาและสถานที่ ไม่มากเกินไปจนมีการรังเกียจต่อต้านจากคนใกล้ชิด การป้องกันภาวะรักร่วมเพศอาจทำได้โดยการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่เพศเดียวกับเด็ก เพื่อให้มีการถ่ายทอดแบบอย่างทางเพศจากพ่อหรือแม่เพศเดียวกับเด็ก (พนม เกตุมาน , 2551)

2.1.4.3.2 การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) ในวัยรุ่นความสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมปกติ ไม่มีอันตราย ไม่มีผลเสียต่อร่างกายหรือจิตใจ การทำไม่ควรมหกมุ่นมากจนเป็นปัญหาต่อการใช้เวลาที่ควรทำ หรือทำให้ขาดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์อื่นๆ

2.1.4.3.3 การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น (Sexual relationship) มักเกิดจากวัยรุ่นที่ขาดการยับยั้งชั่งใจหรือมีปัญหาทางอารมณ์ และใช้เพศสัมพันธ์เป็นการทดแทน เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมักไม่ได้ยั้งคิดให้รอบคอบ ขาดการไตร่ตรอง ทำตามอารมณ์เพศหรืออยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสารเสพติด ทำให้เกิดปัญหาการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรรภ์ การทำแท้ง การเลี้ยงลูกที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาครอบครัวและกลายเป็นปัญหาสังคมในที่สุด

2.1.4.4 ปัญหาบุคลิกภาพ (Personality problems) วัยรุ่นจะเป็นวัยที่มีพัฒนาการของบุคลิกภาพอย่างชัดเจน ทั้งนิสัยใจคอ การคิด การกระทำ จะเป็นรูปแบบที่สม่ำเสมอ จนสามารถคาดการณ์ได้ว่าในเหตุการณ์แบบนี้ เขาจะแสดงออกอย่างไร ถ้าการเรียนรู้ที่ผ่านมาดี วัยรุ่นจะมีบุคลิกภาพดีด้วย แต่ในทางตรงข้าม ถ้ามีปัญหาในชีวิต หรือเรียนรู้แบบผิดๆ จะกลายเป็นบุคลิกภาพที่เป็นปัญหา ปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้น้อย เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง และจะติดตัวไปตลอดชีวิต ถ้าเป็นปัญหามากๆ เรียกว่า บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorders)

2.1.4.5 ความประพฤตินิสัย (Conduct disorder) คือ โรคที่มีปัญหาพฤติกรรมกลุ่มที่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน โดยตนเองพอใจ ได้แก่ การละเมิดสิทธิผู้อื่น การขโมย ฉ้อโกง ตีชิงวิ่งราว ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ เกเร หรือละเมิดกฎเกณฑ์ของหมู่คณะหรือสังคม การหนีเรียน ไม่กลับบ้าน หนีเที่ยว โกหก หลอกหลวง ล่วงเกินทางเพศ การใช้สารเสพติด อาการดังกล่าวนี้มักจะเกิดขึ้นต่อเนื่องมานานพอสมควร สัมพันธ์กับปัญหาในครอบครัว การเลี้ยงดู ปัญหาอารมณ์ การรักษาควรรีบทำทันที เพราะการปล่อยไว้นาน จะยิ่งเรื้อรังรักษายาก และกลายเป็นบุคลิกภาพแบบอันธพาล (antisocial personality disorder) (พนม เกตุมาน, 2551)

2.1.5 ปัญหาของวัยรุ่นในสังคมไทย

ปัจจุบันปัญหาของวัยรุ่นในสังคมไทยรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านกายภาพ เศรษฐกิจและสังคมเมือง ประกอบกับวัยรุ่นเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเจริญเติบโตมีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ทำให้วัยรุ่นประสบปัญหามากมาย เช่น ปัญหาเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาการทำแท้ง ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาความรุนแรง เป็นต้น ทั้งนี้ปัญหาที่สำคัญของวัยรุ่นในปัจจุบัน ได้แก่ ปัญหายาเสพติด ปัญหาที่เกิดจากการขาดความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและปัญหาความรุนแรง ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากปัญหาครอบครัว สภาพแวดล้อมใกล้ตัวที่ชักจูงไปในทางไม่ดี และการใช้ความรุนแรงในสังคม ดังนั้น ทุกคนในกลุ่มจึงคิดทำรายงานเกี่ยวกับปัญหาของวัยรุ่น ที่เป็นปัญหา ทำให้เกิดความสับสน วุ่นวาย มีผลกระทบต่อตัวของวัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ซึ่งปัญหานี้ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ การศึกษาเรียนรู้ และหาแนวทางการในการแก้ปัญหาต่อไป (ลักษณะ พงษ์ภุมม , 2560)

2.1.5.1 ผลกระทบของปัญหาที่ศึกษาต่อสังคม

2.1.5.1.1 ปัญหาเรื่องของการต่อต้านผู้ใหญ่ อันนี้เป็นเรื่องตามวัยวัยรุ่นด้วย ไม่ค่อยเชื่อฟังในสิ่งที่ผู้ปกครองบอก ส่วนใหญ่จะเชื่อเพื่อนและไปตามเพื่อน อารมณ์ความรุนแรงของวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบและปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย

2.1.5.1.2 ปัญหาทางการเรียน การใช้สมอง สติ ปัญญา ในการเรียนจะลดน้อยลง เนื่องจากเด็กวัยรุ่นบางคนเที่ยวกลางคืน และไม่มีเวลาสำหรับพักผ่อน ความคิดก็ไม่ไปกับสิ่งที่กำลังเรียนอยู่ ทำให้จิตใจเหม่อลอย ไม่มีสติในการเรียน ทำให้มีผลกระทบต่ออนาคตของวัยรุ่น

2.1.5.1.3 การมีรักในวัยเรียนของวัยรุ่น วัยรุ่นบางคนมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การทำแท้ง การติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์

2.1.5.1.4 ปัญหาการติดยาเสพติด การเริ่มเข้าไปใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นยังเป็นเรื่องของความ”อยากลอง” ความเป็นวัยรุ่นของเขาทำให้เขาอยากลองในสิ่งแปลกใหม่ ร่วมกับอีกปัญหาหนึ่งคือการ “ตามเพื่อน” ปัจจุบันมีเด็กบางคนหันเข้าไปหายาเสพติด เพียงเพราะรู้สึกว่ามีใครๆ เขาก็ทำกัน เป็นเรื่องธรรมดา ไม่เห็นจะแปลกอะไร ทำให้ตัดสินใจผิดพลาด กลายเป็นเหยื่อของสารเสพติด และเป็นปัญหาของสังคมที่ยังแก้ไม่หาย

2.1.6 พฤติกรรมวัยรุ่น

2.1.6.1 พฤติกรรมวัยรุ่น มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม สาเหตุอาจเกิดจากการร้องไห้เพื่อต้องการเรียกร้องความสนใจจากพ่อแม่ หรือเพื่อน หรือเพื่อทดสอบว่า พ่อแม่หรือเพื่อนรักเราจริงไหม รักเท่าคนอื่นไหม หรือเรียนรู้อันตั้งแต่เด็กว่าใครขัดใจก็จะร้องไห้จนติดเป็นนิสัย วิธีการช่วยเหลือ กรณีติดเป็นนิสัยจะต้องใช้เวลานานในการรักษา

2.1.6.2 รู้สึกเหงา เป็นเรื่องธรรมดาที่ในแต่ละช่วงเวลาที่เราอยู่คนเดียวในบางขณะ บาง บรรยากาศ หรือสถานการณ์ เราจะเกิดความรู้สึกเหงาขึ้นมา เช่น บางครั้ง ที่เราฟังเพลงเศร้า ๆ หรือถูก ปล่อยให้อยู่ตามลำพังนาน ๆ โดยมิได้ติดต่อกับใคร ในช่วงที่เราห่างไกลเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง หรือคนใกล้ชิด

2.1.6.3 วยรุ่นกับความเหงา คุณเป็นวัยรุ่นที่กำลังเหงาอยู่หรือเปล่าคะ อย่าเพิ่งตกใจ ไปนะคะ ความเหงาเป็น เรื่องธรรมดาสำหรับวัยรุ่น และสำหรับคนทั่วไปด้วย บางครั้งคนเราก็จะรู้สึก เหงา ขึ้นมาเฉย ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบรรยากาศเป็นใจ เช่น บรรยากาศตอนใกล้ค่ำ หรือช่วงที่ต้อง อยู่คนเดียว ห่างไกลผู้คน

2.1.6.4 วยรุ่นชอบโกหก วยรุ่นโกหกเก่ง โกหกบ่อย หรือไม่พูดความจริงหรือพูดกำกวม จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง มักมีสาเหตุ อย่างน้อย ๆ 3 อย่างด้วยกัน คือ 1. จงใจที่จะไม่พูดความจริงปิดบัง อำพรางความเป็นส่วนตัวของเขา ไม่ต้องการให้ใครรู้ 2. ไม่กล้าพูดความจริง เพราะกลัวจะถูกตำหนิติเตียน

2.1.6.5 วยรุ่นชอบขโมยของ การลักขโมยของวัยรุ่นมักมีสาเหตุสำคัญ ๆ อย่างน้อย 3 อย่างคือ 1. เพราะขาดการอบรมบ่มนิสัยหรือจริยธรรม 2. เพราะขาดแคลนในสิ่งที่ต้องการปรารถนา 3. เพราะต้องการแก้แค้นพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู-อาจารย์ หรือองค์กร ที่ตนสังกัด 4. เพราะมีปัญหาทาง จิตใจ

2.1.6.6 วยรุ่นที่มีนิสัยเกียจคร้าน หากวัยรุ่นเกียจคร้าน สบาย ๆ ไม่อยากทำอะไร / นอนทั้งวัน ก่อนอื่นใด พ่อแม่หรือผู้ใหญ่ จะต้องไม่ด่วนตกใจหรือตำหนิติเตียนให้เขารู้สึกเจ็บช้ำ น้ำใจ จึงเข้าใจว่านั่นเป็นความประพฤติ ที่อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวชั่วคราวช่วยช่วยยาม เท่านั้น แต่ถ้า พฤติกรรมเกียจคร้าน

2.1.6.7 วยรุ่นที่ใช้เงินเปลือง ปัญหาการใช้จ่ายฟุ่มเฟือยของวัยรุ่น เช่น ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย เกินตัวขอบซื้อของที่จำเป็น แรก ๆ ที่ซื้อมาก็อาจจะเห่อ พอนานเข้าก็เบื่อแล้ว เลิกสนใจไปเลย หรือไม่ก็ซื้อ เพราะอยากมีเหมือนเพื่อน ๆ ถ้าเป็นเช่นนี้คุณควร ฝึกให้ลูกรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

2.1.6.8 วยรุ่นชอบคิดมาก ปัญหาหนึ่งที่มักพบได้บ่อยในหมู่วัยรุ่น ก็คือเรื่องของการ เป็นคนชอบคิดมากคะคือจะชอบวิตกกังวลกับเรื่องที่ผ่านมาแล้วในอดีต และบางคนจะเป็นห่วงถึง เรื่อง ในอนาคตที่ยังมาไม่ถึง เป็นความคิดที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ เป็นทุกข์ แต่ก็ไม่สามารถหยุด คิดได้

2.1.6.9 เมื่อวัยรุ่นน้อยใจ พ่อแม่อาจไม่รู้ว่สิ่งที่ทำให้ลูกรู้สึกเจ็บปวดและน้อยอก น้อยใจคือการกระทำที่ทำให้เขารู้สึกว่าพ่อแม่ลำเอียงรักลูกไม่เท่ากัน ทั้ง ๆ ที่พ่อแม่'อาจไม่ได้ตั้งใจ หรือคิดไปไม่ถึงเสียด้วยซ้ำ เช่น ชอบบพุด

2.1.6.10 วัยรุ่นที่ชอบน้อยใจ สิ่งที่ทำให้ลูกวัยรุ่นรู้สึกเจ็บปวดและน้อยใจ น้อยใจมาก ก็คือ การที่คุณทำให้เขารู้สึกว่าคุณลำเอียง รักลูกไม่เท่ากัน ทั้ง ๆ ที่คุณเองก็อาจจะไม่ได้ตั้งใจ หรือคิดไปไม่ถึงด้วยซ้ำแต่การที่คุณชอบเอาลูก คนหนึ่งไปเปรียบเทียบกับว่าดีกว่าลูกอีกคนหนึ่ง

2.1.6.11 วัยรุ่นอารมณ์รุนแรง โดยทั่วไป วัยรุ่นมีอารมณ์รุนแรงเป็นธรรมชาติ ตั้งแต่ รุนแรงเพียงเล็กน้อย เช่น หงุดหงิด ตำหนิคนอื่น คิดเร็วทำเร็ว จนถึงอารมณ์รุนแรงมาก ๆ เช่น ก้าวร้าว ตีตึง ต่ำทอ ขวนทะเลาะต่าง ๆ และที่ออกจะรุนแรงมากเป็นพิเศษก็คือ ยกพวกตีกัน ก่อความไม่สงบในชุมชนและสังคม

2.1.6.12 วัยรุ่นกับเกมกด (วิดีโอเกม) วัยรุ่นสมัยนี้ มักมีปัญหาเกี่ยวกับการติดเล่นเกม ต่างๆ จนมากเกินไป อาจเล่นจนติดนานจนไม่มีเวลาไปทำสิ่งที่เป็นประโยชน์มากกว่า อาทิเช่น ทบทวนบทเรียน, ทำการบ้าน, อ่านหนังสือ เป็นต้น ดังนั้นวิธีทางแก้ไขที่ดีที่สุดคือ ผู้ปกครองควรคอยสอดส่องดูแล อบรมสั่งสอนลูกไม่ให้ใช้เวลากับการเล่นเกมมากเกินไป แต่สิ่งที่สำคัญคือ พ่อแม่ไม่ควรใช้กล่าวว่กล่าวตักเตือนที่รุนแรงเพราะจะยิ่งเป็นการกระตุ้นให้ลูกไม่เชื่อฟัง และยิ่งเล่นเกมมากขึ้นไปอีก (ลักษณะ พงษ์ภุมมา , 2017)

สรุป สิ่งที่คุณพ่อคุณแม่ผู้ปกครองต้องปรับตัวให้เข้ากับวัยรุ่นเพื่อการสร้างความสัมพันธ์อันดีของครอบครัวและคอยเป็นที่ปรึกษา ชี้แนะแนวทาง และคอยให้กำลังใจ จะต้องวางตัวให้วัยรุ่นรู้สึกว่าท่านเป็นคนน่ารัก อบอุ่น และให้ความไว้วางใจ จะต้องมีการสื่อสารที่ดีต่อกัน ต่างคนต่างไว้วางใจปรึกษาหารือ หรือเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบมาให้ฟัง มีการยอมรับฟังความคิด สามารถที่ทั้งพ่อแม่และลูกจะแสดงความคิดเห็นคล้อยตามหรือขัดแย้งกันได้ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง มั่นคง มีหลักการ มีเหตุผล มีความยืดหยุ่น ที่สำคัญพ่อแม่ผู้ปกครองจะต้องควบคุมตัวเองได้ดี ทั้งอารมณ์และพฤติกรรม แสดงความต้องการที่จะให้บุตรหลานเติบโตสมวัยทั้งร่างกายจิตใจในทุกช่วงอายุและที่สำคัญจะต้องเข้าใจวัยรุ่นในแต่ละช่วงวัย

2.2 แนวคิดและองค์ประกอบการดูแลสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นและการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพทางเพศ (Sexual health) เมื่อพูดถึงการมีสุขภาพดี เราหมายถึงการมีร่างกายจิตใจ อารมณ์ที่สมบูรณ์ ดังนั้น การมีสุขภาพทางเพศจึงหมายถึงการที่เราสามารถหลีกเลี่ยงจากการติดเชื้อโรค การเจ็บป่วย และรับผิดชอบได้อย่างมั่นใจว่าเราสามารถปกป้องทั้งตัวเองและผู้อื่นได้ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ สุขภาพทางเพศจึงเป็นส่วนสำคัญและมีผลต่อร่างกายของเราทั้งหมด เมื่อมีสุขภาพทางเพศ เราย่อมตัดสินใจได้ดีที่สุดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เรามีความสัมพันธ์ด้วย สำหรับคนที่เลือกมีเซ็กส์ สามารถทำให้เรื่องนี้เป็นเรื่องสนุก ปลอดภัย และตั้งอยู่บนฐานของการเคารพและเห็นชอบร่วมกัน เมื่อพูดถึงสุขภาพทางเพศสำหรับเยาวชน เรากำลังพูดถึงทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเซ็กส์และ

สัมพันธ์ภาพของเยาวชน รวมทั้งวิธีที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยเยาวชนทุกคนมีสิทธิ ที่จะมีความสุขภาพแข็งแรง ที่จะปลอดภัย ที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและแนวคิดทุกด้านทุกแบบ ที่ จะได้รับการเคารพและรักษาความลับในชีวิตส่วนตัว ใช้บริการสุขภาพเฉพาะด้านเพื่อช่วยให้มีความสุขภาพแข็งแรง และมีสิทธิที่จะพูดหากผู้ทำงานด้านวิชาชีพตัดสินใจในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อพวกเขา

สรุป สุขภาพเป็นสิ่งที่มีมนุษย์ทุกคนต้องการ ไม่เคยถูกจำกัดด้วยเพศ วัย ชนชาติ "สุขภาวะทางเพศ" ก็เป็นเรื่องที่ทุกคนล้วนต้องการเช่นกัน เรื่องเพศไม่ใช่แค่เรื่องของเนื้อตัวร่างกาย แต่ยังหมายถึงความรับผิดชอบ การดูแลสุขภาพร่างกาย การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน การเคารพสิทธิกันและกัน และความเท่าเทียม เพราะสังคมนั้นมีความหลากหลายทางเพศมากกว่าแค่หญิงหรือชาย ผู้ที่มีสุขภาพทางเพศที่ดีก็จะปฏิบัติต่อคนที่มีวิถีทางเพศแตกต่างจากตัวเองด้วยความเคารพ ไม่ว่าจะ เป็นสาวประเภทสอง หญิงรักหญิง ชายรักชาย หรือผู้ที่รักสองเพศ และยังปฏิบัติกับเพื่อนคู่รักหรือชาย ที่สำคัญคือ มีความรับผิดชอบต่อสังคมและตนเอง ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย สังคมจำเป็นต้องลบความคิดทางลบว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องสกปรก อันตรายที่ต้องหลีกเลี่ยง แต่ความจริงเราจำเป็นต้องศึกษา เรียนรู้ให้เข้าใจ เพราะเรื่องเพศเป็นสิ่งที่สามารถแสดงออกอย่างอิสระ มีความสุขบนพื้นฐานของความปลอดภัย เพื่อดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข

องค์ประกอบ การมีสุขภาวะทางเพศต้องมีให้ครบรอบด้าน ด้านกาย คือมีการใช้ชีวิตที่ปลอดภัย ด้านจิตใจ คือความคิดที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ และด้านสังคม คือเคารพความแตกต่างทางเพศ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) นิยามสุขภาวะทางเพศว่าประกอบด้วย (WHO, 2015)

1. ความเสมอภาคและเคารพซึ่งกันและกัน
2. ความสามารถในการต่อรองกับคู่หรือคนที่ตนเองมีความสัมพันธ์ด้วย เพื่อมั่นใจว่า เช็กล์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความต้องการของตนเองจริงๆ
3. การป้องกันตนเองและป้องกันผู้อื่นด้วย
4. การป้องกันตนเองและผู้อื่นจากการติดเชื้อโรคติดต่อที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
5. การตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นทั้งทางอารมณ์และจิตใจ
6. เท่าทันอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ ถูกกดดันให้มีเช็กล์ หรือเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเรื่องเช็กล์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกอึดอัดใจ
7. เข้าใจและยอมรับในความแตกต่างหลากหลาย

แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ได้จัดทำความรู้สุขภาวะทางเพศในแต่ละช่วงวัยไว้ เพราะแต่ละช่วงวัยก็จะมี ความสนใจและความต้องการต่างกัน ในวัยเด็กเป็นช่วงแห่งการสร้างพื้นฐาน สุขภาวะทางเพศที่ดีได้ เด็กเล็ก อายุ 5 - 8 ปี เริ่มรับรู้ได้ถึงบทบาททางเพศว่าสังคมสร้างให้หญิงชายมี

ความแตกต่างกัน ด้วยกิจกรรม ด้วยการกำหนดกรอบ กฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ชายทำได้ หญิงทำไม่ได้ หญิงทำได้ ชายทำไม่ได้ ซึ่งขัดขวางพัฒนาการและสร้างความเข้าใจผิดๆ ให้เด็ก หากลูกกฎเกณฑ์ทั้ง สอง ให้เด็กหญิงได้ปั่นป่าย เล่นชน ร่างกายทุกส่วนก็ได้รับการพัฒนา แถมยังสร้างความมั่นใจและความกล้าได้ ลองให้เด็กชายได้เรียนรู้ที่ละเอียดอ่อนบ้าง เช่น ธรรมชาติ ไม่ใช่เล่นแต่สิ่งที่รุนแรงอย่างปืนหรือดาบ ก็พัฒนาจิตใจที่ละเอียดอ่อนขึ้นได้ ที่สำคัญไม่ว่าเด็กชายหรือหญิง ก็ต้องถูกสอนเรื่องความรับผิดชอบเหมือนกัน เช่น การเก็บข้าวของส่วนตัว ช่วยเหลืองานบ้านตามวัย รวมทั้งสอนให้เด็กได้รู้ว่าเขาเป็นเจ้าของร่างกายตนเอง มีสิทธิที่จะปฏิเสธการจับต้องเนื้อตัวร่างกาย หรืออวัยวะเพศได้ เลิกกดดันเด็กอย่างผิดๆ เช่น ผู้ชายร้องไห้ไม่ได้ผล คือ เด็กเข้มแข็งแต่ภายนอก แต่จิตใจเปราะบาง เรียนรู้ผิดๆ ว่าต้องใช้ความก้าวร้าวถึงจะเป็นผู้ชายเต็มตัว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

วัยแรกเริ่ม อายุ 9 - 12 เป็นช่วงวัยที่ต้องเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งช่วงนี้เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและพร้อมใช้ จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกันที่จะเข้าสู่วัยรุ่นได้อย่างสวยงาม จำเป็นต้องเข้าใจและอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงนั้นและเปิดโอกาสให้เด็กรับผิดชอบในครอบครัว ให้เด็กได้ตัดสินใจด้วยตัวเองและรับผิดชอบต่อผลที่จะตามมา ไม่ใช่ตัดสินใจแทนทุกอย่าง เด็กวัยนี้เริ่มที่จะมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และความรู้สึกทางเพศ ไม่ใช่เรื่องผิดแต่การให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็น การตอบคำถามแบบตรงไปตรงมา เปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ในสิ่งที่เหมาะสมที่ควรเป็นเรื่องที่เหมาะสมส่งเสริม เมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่น ช่วงอายุ 13 - 18 ปี ช่วงแห่งการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้าน จำเป็นที่ต้องได้รับข้อมูลเรื่องเพศอย่างถูกต้องและรอบด้าน เพื่อให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของตัวเอง ทั้งด้านกาย ใจ และอารมณ์ จำเป็นต้องสร้างทักษะของเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยพร้อมกับความรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถแยกแยะได้ว่าเซ็กส์ไม่ใช่แค่เรื่องสนุก แต่มีผลที่จะตามมาอีกมากมาย การให้ความรู้โดยตรงไปตรงมา ไม่ทำให้เรื่องเซ็กส์เป็นความผิด ละอาย ทำให้เกิดเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและมีความรับผิดชอบขึ้นได้ ผู้ใหญ่จำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์ ว่าต้องใช้เวลาในการสั่งสมความรู้ ประสบการณ์ความภาคภูมิใจในตัวเอง จึงสามารถมีเพศสัมพันธ์ที่มีความปลอดภัยและเป็นสุขได้ การให้ข้อมูลไม่ได้เป็นการชี้โพรงให้กระรอก แต่เป็นการสร้างความเข้าใจและทักษะในชีวิตให้เด็กสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เข้าใจและมีความรับผิดชอบได้ (กันทิมา ลีจันทิก, 2552)

สุขภาวะทางเพศระดับบุคคล การจะมีสุขภาวะทางเพศที่ดีนั้นต้องเริ่มต้นที่ตนเอง จากนั้นจึงจะพัฒนาความสัมพันธ์ไปสู่คู่ครองและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในสังคมและประสานสัมพันธ์เพื่อให้ก่อประโยชน์แก่การอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และมีความสุขในมิติต่างๆ ทางสังคมอย่างกลมกลืน สุขภาพทางเพศระดับบุคคลนั้นมีลักษณะที่สำคัญประกอบไปด้วย การที่สามารถแสดงออกทางเพศและตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระโดยไม่มีการบังคับทั้งทางกายและวาจาจากผู้หนึ่ง

ผู้ใดนอกจากนี้การแสดงออกทางเพศนั้นจะต้องไม่ไปรบกวนหรือละเมิดผู้อื่น มีความเป็นส่วนตัวและเคารพต่อวิถีทางเพศที่ต่างจากตนเอง มีสัมพันธภาพทางเพศที่เกื้อกูลและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่มีการบังคับให้ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ รวมทั้งไม่ใช้ความรุนแรงในเรื่องของสัมพันธภาพและการแสดงออกทางเพศและมีความคิดในด้านบวกต่อสัมพันธภาพและการแสดงออกทางเพศ เมื่อได้พัฒนาสุขภาวะทางเพศของตนเองเป็นอย่างดีแล้วก็นำความสงบสุขมาสู่สังคมแห่งการปรองดองและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ในระดับอื่นๆ ต่อไป (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

สุขภาวะทางเพศระดับสังคม สังคมจะสามารถดำรงคงอยู่อย่างมีความสุขได้นั้น รัฐบาลจะต้องยอมรับในเรื่องของสุขภาวะทางเพศรวมทั้งสิทธิทางเพศอันเป็นหนึ่งในสิทธิมนุษยชนขั้นมูลฐานในอันที่จะใช้ปัญญานำทางในการส่งเสริมสัมพันธภาพทางเพศและการพัฒนาการทางสุขภาวะทางเพศของแต่ละบุคคล จะต้องมีการรับรองสิทธิทางเพศที่เป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชน มีกระบวนการทางสังคมและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม มีการให้ความรู้ทางเพศ (เพศศึกษา) ที่ถูกต้องและเหมาะสม มีโครงสร้างทางสังคมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์อันได้แก่ การให้คำปรึกษาก่อนสมรส การวางแผนครอบครัว การเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ และการมีบุตร การคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่สภาพของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีการให้บริการรักษาภาวะ การมีบุตรยากอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีระบบการป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ มีหน่วยงานที่ให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศรวมทั้งมีสายด่วนรับปรึกษาเบื้องต้นหรือในรายที่ไม่ต้องการเปิดเผยตน

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางเพศ

1. บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล
2. ความเชื่อทางศาสนา สังคมและวัฒนธรรม
3. สุขภาพภายในช่วงวัยต่างๆ ตั้งแต่เริ่มวัยรุ่น วัยทำงาน วัยกลางคน และวัยชรา
4. สุขภาพจิตและความเครียดในชีวิตประจำวัน
5. สัมพันธภาพกับคู่ครองและครอบครัว
6. สุขภาพของคู่ครอง
7. วิถีชีวิตและความเป็นอยู่
8. การเจ็บป่วยและการรักษา

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สามารถที่จะป้องกันและแก้ไขได้ในหลายปัจจัยทั้งการดูแลรักษาแบบชะลอวัยและฟื้นฟูสภาพ การรักษาโรคให้อยู่ในสภาวะที่ควบคุมได้ การปรับสมดุลของฮอร์โมนเพศและฮอร์โมนอื่นๆ เพื่อการชะลอวัย การใช้ยาที่ส่งเสริมการทำงานของอวัยวะเพศให้สามารถทำงานได้เป็นปกติหรือดีขึ้น การให้คำปรึกษาปัญหาครอบครัวและสุขภาพจิต ฯลฯ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

สิทธิทางเพศ เป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ชนและได้รับการรับรองจากองค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก สิทธิทางเพศได้รับการประกาศครั้งแรกที่กรุงวาเลนเซีย ประเทศสเปนในปี พ.ศ. 2527 เนื้อหาของสิทธิทางเพศนี้ครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ วิธีทางเพศ และการมีความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่จะได้รับโดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่มีการบังคับและไม่มีการใช้ความรุนแรงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางเพศมีรายละเอียดแบบย่อต่อไปนี้ (WHO, 2015)

1. การได้รับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างมีมาตรฐาน
2. การได้รับความรู้จากการเรียนเพศศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม
3. การได้รับข้อมูลที่ต้องการในวิธีทางเพศและการได้รับการศึกษาที่ต้องการในวิธีทางเพศ
4. การเลือกคู่ครอง
5. การเลือกที่จะมีหรือไม่มีเพศสัมพันธ์
6. การสมัครใจที่จะแต่งงาน
7. การสมัครใจที่จะมีความสัมพันธ์ทางเพศ
8. การตัดสินใจในเรื่องของการมีบุตรว่าจะมีหรือไม่มีอย่างไร
9. การแสดงความเห็นทางเพศอย่างเป็นอิสระแต่ไม่กระทบต่อศีลธรรมและวัฒนธรรม
10. สามารถมีชีวิตทางเพศอย่างเป็นส่วนตัว
11. การมีชีวิตทางเพศที่พึงพอใจและปลอดภัย

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (reproductive rights) คือสิทธิที่ถูกระบุไว้แล้วในกฎหมายและข้อตกลงต่างๆทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ เป็นสิทธิพื้นฐานของบุคคลและของคู่สมรส ประกอบด้วยสิทธิมนุษยชน 12 ประการคือ

1. สิทธิในชีวิต
2. สิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล
3. สิทธิในความเสมอภาคและความเป็นอิสระจากการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ
4. สิทธิในความเป็นส่วนตัวสิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด
5. สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษา
6. สิทธิในการเลือกว่าจะสมรสหรือไม่
7. สิทธิในการวางรากฐานและการวางแผนครอบครัว
8. สิทธิในการตัดสินใจว่าจะมีบุตรหรือไม่และจะมีเมื่อใด
9. สิทธิในการดูแลและป้องกันสุขภาพ
10. สิทธิในการได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์

11. สิทธิในเสรีภาพในการชุมนุมและการมีส่วนร่วมทางการเมือง
12. สิทธิในการปลอดจากการถูกทารุณกรรมและการปฏิบัติมิชอบ

กติกาสหประชาชาติที่ให้ความคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ตามที่รัฐบาลไทยได้ลง

นามรับรองประกอบด้วย

1. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (Universal Declaration of Human Rights-UDHR, 1948)
2. กติกาสากลว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights-ICCPR, 1966)
3. แผนปฏิบัติการประชากรและการพัฒนา พ.ศ. 2537 (Program of Action of the International Conference on Population and Development-ICPD, 1994)
4. แผนปฏิบัติการเพื่อความก้าวหน้าของสตรี จากการประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องผู้หญิงที่กรุงปักกิ่ง ปี 2538 (Beijing Platform for Action-BPFA, 1995)
5. อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ หรือ อนุสัญญาผู้หญิง (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women-CEDAW, 1979)
6. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights-ICESCR, 1966)
7. ปฏิญญาและแผนปฏิบัติการเวียนนา (Vienna Declaration and Program of Action, 1993)

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยั่งยืน ด้วยยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2560-2569 แม้ พ.ร.บ.ดังกล่าวจะคลอดออกมาหลายปีแล้ว แต่หากลองสำรวจลงลึกในพื้นที่อย่างจริงจัง เราอาจพบว่า **จะมีวัยรุ่นไทยร้อยละเท่าไรของจำนวนวัยรุ่นทั้งหมดที่รับรู้ถึงการมีอยู่ของ พ.ร.บ.2559 ฉบับนี้** สิ่งที่สำคัญในปัจจุบันนี้ จึงเป็นเรื่องของการทำให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง นั่นคือ เด็กและเยาวชนไทยได้รู้จัก เข้าใจ พ.ร.บ. ที่ว่าตลอดจนสามารถเข้าถึง “สิทธิ” ที่ตนเองควรมีควรได้รับ โดยเฉพาะในมาตราที่ 5 ของ พ.ร.บ.ฉบับนี้ มีการกล่าวถึงสิทธิที่ “วัยรุ่นเยาวชนมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ตาม พ.ร.บ.นี้ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ” เพื่อเป็นการติดอาวุธให้ทุกภาคส่วน มีทิศทางในการจัดการปัญหาทิศทางเดียวกัน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิรักษ์ไทย รวมถึง

เครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงได้จับมือกันจัดตั้ง โครงการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนบทบาทเยาวชนเพื่อติดตามยุทธศาสตร์ภายใต้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ด้วยการหนุนเสริมศักยภาพเยาวชนรุ่นใหม่ ยกกระดับสู่การเป็น “เยาวชนผู้พิทักษ์สิทธิทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์” ตามมาตรา 5 ของ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุภในวัยรุ่น พ.ศ.2559 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

สรุป บทคุ้มครองสิทธิทางเพศ และการอนามัยเจริญพันธุ์ มาตรา 5 บุคคลย่อมมีสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิทางเพศ มีสิทธิเข้าถึง และได้รับข้อมูลข่าวสาร รับการปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากสถานบริการ สาธารณสุขอย่างเหมาะสมมีคุณภาพและได้มาตรฐานตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 5 เป็นเรื่องหลักการใหญ่ของกฎหมายฉบับนี้ ที่จะรับรองสิทธิทางอนามัยเจริญพันธุ์และสิทธิทางเพศของบุคคลทุกคน ไว้อย่างเป็นรูปธรรม มาตรานี้จึงมีความสำคัญมาก

สิทธิมนุษยชน คือ สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นของพวกเราทุกคน ไม่ว่าเราจะเป็นใคร หรืออยู่ที่ไหนบนโลกใบนี้ ไม่ว่าคุณจะมีเชื้ออะไร หรือใช้ชีวิตแบบไหนก็ตาม สิทธิมนุษยชนไม่สามารถถูกพรากไปได้ แต่บางครั้งสิทธิมนุษยชนอาจถูกจำกัด เช่น ถ้าคุณทำผิดกฎหมาย หรือกระทำการที่อาจเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของชาติ ทั้งนี้ สิทธิมนุษยชนนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความเป็นมนุษย์ เช่น ความมีศักดิ์ศรี ความยุติธรรม ความเท่าเทียม ความเคารพ และความเป็นอิสระ นอกจากนี้สิทธิมนุษยชนนั้นไม่ได้เป็นเพียงแค่แนวคิดที่เป็นนามธรรมเท่านั้น เพราะสิทธิมนุษยชนคือแนวคิดที่ได้รับการนิยาม และได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย (แอมเนสตี้ อินเตอร์เนชั่นแนล , 2561)

สิทธิมนุษยชนมีคุณลักษณะเฉพาะ ซึ่งได้รับการยอมรับโดยประชาคมโลก ดังนี้

สิทธิมนุษยชนเป็นของมนุษย์ทุกคน สิทธิมนุษยชนไม่สามารถถูกพรากไปจากเราได้ รัฐบาลไม่สามารถเลือกที่จะเคารพสิทธิใดสิทธิหนึ่งได้ สิทธิทุกสิทธิต้องได้รับการเคารพอย่างเท่าเทียมกัน สิทธิมนุษยชนไม่ได้เป็นเพียงแค่มโนธรรม แต่สิทธิมนุษยชนคือการตัดสินใจ และสิ่งที่เราประสบพบเจอในแต่ละวัน ถ้าเรารู้สึกไม่พอใจในสิ่งที่รัฐบาลทำ ส่วนใหญ่แล้วพวกเขาคงไม่รีรอที่จะเอาไปพูดกับเพื่อนไม่ว่าจะในอินเทอร์เน็ต หรือในร้านเหล้า การกระทำนี้อาจดูไม่มีความหมาย แต่มันคือสิทธิมนุษยชน คือ สิทธิและเสรีภาพในการแสดงออก โดยส่วนใหญ่แล้วคนจะไม่ให้ความสำคัญเมื่อมีการเคารพสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้น เด็กๆ หลายคนไม่ยอมตื่นนอนไปโรงเรียนต่างๆ ที่พวกเขาได้รับสิทธิในการศึกษา แต่เด็กๆ ที่ต้องอพยพออกจากประเทศตัวเอง และถูกปฏิเสธไม่ให้ได้รับการศึกษาคงมีความสุขที่ได้ไปโรงเรียนทุกวัน และประเทศไทยเป็นภาคีสถิติสัญญาาระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนแล้ว จำนวน 7 ฉบับ จากทั้งหมด 9 ฉบับ ทำให้ประเทศไทยมีพันธผูกพันในการปฏิบัติตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และสนธิสัญญาาระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทย

เป็นภาคี รวมไปถึงข้อตกลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการประชุมระดับโลก โดยองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่หลักในการทำงานเพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย คือ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. 2560) ได้ระบุถึงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไว้หลายมาตราด้วยกัน เช่น ในมาตรา 4 นั้นระบุว่า "ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง" และ ในหมวดที่ 3 ซึ่งเป็นหมวดสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตราที่ 25 ถึง 49 ยังได้บรรยายขอบเขตของสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้ในหลายด้านด้วยกัน เช่น ความยุติธรรมทางอาญา การศึกษา การไม่เลือกปฏิบัติ เสรีภาพในการแสดงออก การไม่ก้าวก่ายชีวิตส่วนตัว และข่าวของเครื่องใช้ส่วนตัว เป็นต้น (แอมเนสตี้ อินเตอร์เนชั่นแนล, 2561)

สรุป คนส่วนมากอาจจะเลยการให้ความสำคัญของสิทธิมนุษยชน เพราะสิทธิมนุษยชนเป็นแนวคิดที่อยู่บนพื้นฐานของหลักการเรื่องความมีศักดิ์ศรี ความยุติธรรม ความเท่าเทียม ความเคารพ และความเป็นอิสระ หลายครั้งเราจะลุกขึ้นมาต่อสู้และให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนก็ต่อเมื่อสิทธิของเราถูกละเมิด ในความเป็นจริง สิทธิมนุษยชนนั้นถูกละเมิดตลอดเวลา ยังมีคนนับพันทั่วโลกที่ไม่ได้รับการพิจารณาอย่างเป็นธรรม และถูกจำคุกเพียงเพราะความคิดหรือความเชื่อบางอย่างของพวกเขา อีกทั้ง พลเมืองยังตกเป็นเป้าโจมตีในสงคราม เด็กๆ ถูกบังคับให้ออกไปรบ การข่มขืนถูกใช้เป็นเครื่องมือในการทำร้ายคน นี่คือเหตุผลว่าทำไมเราจึงไม่ควรละเลยความสำคัญของสิทธิมนุษยชน และทำไมสิทธิมนุษยชนจึงควรถูกคุ้มครองตามกฎหมาย เพื่อที่เราจะได้เอาผิดและดำรงความยุติธรรมเมื่อรัฐหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งละเมิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งสิทธิทางเพศและการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นจึงควรให้ความสำคัญโดยการสร้างการรับรู้ให้เด็กและเยาวชนเข้าใจและเข้าถึงบริการด้านต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศที่เด็กและเยาวชนควรได้รับ

สุขภาพทางเพศ

การมีสุขภาพทางเพศที่ดีย่อมนำไปสู่การมีสุขภาวะทางเพศที่สมบูรณ์สุขภาพทางเพศหมายถึงความรู้สึกนึกคิดและการปฏิบัติในทางที่ถูกต้องทั้งในด้านเพศสภาพ การทำงานของร่างกาย และอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทางเพศ รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่ดีงามและวิถีทางในการปฏิบัติตน ซึ่งจะนำไปสู่การทำงานของระบบที่เกี่ยวข้องทางเพศอย่างเป็นปกติ การปฏิบัติทางเพศที่สมบูรณ์นั้นระบบต่างๆ จะต้องสามารถที่จะทำงานได้เป็นปกติได้แก่ ระบบประสาทและสมอง ระบบเส้นเลือดและการไหลเวียนของเลือด ระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รวมทั้งสภาพของจิตใจ ระบบต่างๆ เหล่านี้จะถูกกระทบโดย สภาพของจิตใจ ความเป็นอยู่ในครอบครัว สัมพันธ์ภาพกับคู่ครอง ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ความสมดุลของชีวิตและการทำงาน สภาพความเครียดในชีวิตประจำวัน ความเป็นอยู่สุขภาพและจิตใจของคู่ครอง ปัจจัยส่วนตัวไม่ว่าจะเป็นลักษณะนิสัยใจคอ ความประพฤติดีปฏิบัติที่เคยชิน ความเชื่อมั่นใน

ตนเอง ประสบการณ์ในชีวิตตั้งแต่อดีต การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับรวมทั้งอุบัติเหตุต่างๆ ที่มีผลต่อการทำงานของระบบการเจริญพันธุ์และการเสื่อมชราตามวัย การดูแลรักษาเพื่อให้เกิดสุขภาพทางเพศนั้นสามารถแบ่งแยกออกได้เป็น (**พันธ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์, 2562**)

การรักษาทางยา พยายามลดการใช้ยาที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดและการปฏิบัติทางเพศลงหรือถ้าจำเป็นจะต้องใช้ควรเปลี่ยนเป็นยาที่ไม่มีผลกระทบ มีการปรับความสมดุลของฮอร์โมนด้วยการใช้ Bioidentical Hormones Therapy : BHRT ซึ่งจะช่วยให้ปรับเสริมสภาพของฮอร์โมนที่ป้องกันการแก่ชราที่ช่วยในการเสริมการปฏิบัติทางเพศให้ดีขึ้นตามกลไกที่ได้รับการศึกษาวิจัยแล้วว่าได้ผลและไม่มีอาการข้างเคียง

การปรับสภาพของจิตใจ ด้วยการให้การปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพจิตทั่วไปและปัญหาครอบครัวที่อาจจะมี รวมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนกับคู่ครองทั้งในด้านการแสดงความรักและความสัมพันธ์ทั้งทางเพศและอื่นๆ ไปเพื่อส่งเสริมความเข้าใจในกันและกัน

การปรับอาหารและสารอาหาร ควรมีการแนะนำให้งดการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยเฉพาะไม่ควรมิกิจกรรมทางเพศ หลังการอิมจากการรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ภายใน 2 ชั่วโมงเพราะอาจมีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศได้ นอกจากนี้เริ่มมีการศึกษาวิจัยที่พบว่าสารอาหารและสมุนไพรบางชนิดอาจช่วยเสริมสมรรถภาพทางเพศได้บ้างในบางบุคคลเช่น โสม Tonkat Ali (ปลาไหลเผือก) ถั่งเช่า ฯลฯ

การปรับสภาพแวดล้อม ปรับสภาพการเป็นอยู่ให้มีความเป็นส่วนตัว ส่งเสริมความโรแมนติก ปรับอุณหภูมิให้เหมาะสม หรืออาจจะมีการปรับสภาพให้เอื้ออำนวยต่อความรู้สึกที่ดีและผ่อนคลาย การใช้น้ำมันหอมระเหย การนวดสัมผัส ฯลฯ

การให้ความรู้ทางเพศที่ถูกต้อง ได้แก่ การสอนให้เรียนรู้ที่จะปรับตัวกับความต้องการของคู่ครอง การตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศในรูปแบบที่พึงพอใจ รูปแบบของสัมพันธ์ทางเพศที่มากกว่าการร่วมเพศ รวมทั้งการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมความพึงพอใจทางเพศของกันและกันโดยความตกลงร่วมกันและไม่มีการบังคับใจ (**ผศ.นพ. พันธ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์, โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 27 พ.ค. 2562**)

2.3 การตั้งครรภ์และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดมาตรฐานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งถ้าดูตัวเลขในไทยจากปี 2533 การคลอดที่เกิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด งานศึกษาเรื่อง “การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิงในจังหวัดนครพนม” จากวารสารการบริหารปกครอง ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน

2562) ระบุว่า ในปี 2555 มีจำนวนการคลอดทั้งหมด 801,737 ราย จากวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 129,451 ราย ส่วนในปี 2558 พบอัตราคลอด 44.80 ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขการคลอดของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศใกล้เคียง พบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปีอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับญี่ปุ่น เกาหลี จีน และสิงคโปร์ที่มีเพียง 2-6 รายต่อ 1,000 คน ส่วนตัวเลขจากเอกสารยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ระบุว่า มีการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจาก 95,000 คน ในปี 2546 เป็นประมาณ 104,300 คนในปี 2558 ขณะที่การคลอดบุตรโดยวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีมีประมาณปีละ 3,000 คน วัยรุ่นอายุ 10-19 ปีที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปมี 12,700 คน หรือร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีทั้งหมด ผู้คนในสังคมรับรู้ดีพอสมควรว่า วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ต้องเผชิญ ‘ปัญหา’ อะไรบ้าง ซึ่ง การ ‘เผชิญปัญหา’ กับการ ‘เป็นปัญหา’ มีความหมายต่างกัน ประเด็นคือผู้หลักผู้ใหญ่ในสังคมอาจสับสนระหว่าง 2 คำนี้ โดยมองว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นปัญหา ดังนั้น จึงต้องมีกฎหมายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น พ.ศ. 2559 (วารสารการบริหารปกครอง, 2562)

ปัจจุบันวัฒนธรรม ค่านิยมแบบสังคมตะวันตกเริ่มเข้ามาในประเทศไทยทำให้คนมีเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุน้อยลง สภาวะเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้จำเป็นต้องมีการวางแผนครอบครัวเพื่อกำหนดจำนวนบุตร และระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อที่คู่สมรสจะได้มีเวลาสร้างฐานะ และปรับตัว การคุมกำเนิดที่มีให้เห็นอยู่ทั่วไปเช่น การรับประทานยาคุมกำเนิดซึ่งสามารถวางขายตามร้านขายยาสามารถซื้อหามารับประทานได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ แต่ยาคุมกำเนิดก็มีผลเสีย หากใช้ไม่ระวังก็สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงของยา นอกจากเหตุผลดังกล่าวปัญหายังมี เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยจึงต้องเรียนรู้ เลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมีวิธีการต่างๆ หลายวิธี เช่น การใช้ยาคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งปัจจุบันมีทั้งของเพศชายและเพศหญิง การใช้หมวกครอบปากมดลูก การใช้ฟองน้ำ การใช้สารฆ่าเชื้ออสุจิ การใช้ฮอร์โมนแท่งฝังใต้ผิวหนัง หรือการคุมกำเนิดโดยวิธีธรรมชาติคือการนับวัน และการหลั่งน้ำอสุจินอกช่องคลอด ซึ่งวิธีการเหล่านี้ถือเป็น การคุมกำเนิดชั่วคราว คือถ้าหยุดคุมกำเนิดก็จะกลับมาตั้งครรภ์ได้ และอีกวิธีหนึ่งที่เรียกว่าการทำหมัน ถือเป็น การคุมกำเนิดแบบถาวร โดยการผ่าตัดท่อนำไข่ให้ขาดจากกัน หรือการทำให้ท่อนำไข่อุดตัน หรือการการทำหมันถาวรในชายโดยการตัดผูกท่อนำอสุจิ แต่ถ้าเลือกใช้ถุงยางอนามัยจะสามารถคุมกำเนิดและป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย และการกินยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยงหรือหลังการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มั่นใจและไม่ปลอดภัยก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

การเลือกวิธีคุมกำเนิด

1. การเลือกวิธีคุมกำเนิดขึ้นกับปัจจัยหลายๆ อย่างเช่น สุขภาพ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนของคู่นอน ความต้องการมีบุตรในอนาคต
2. วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการตั้งครรภ์ และปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือการไม่มีเพศสัมพันธ์
3. ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอควรจะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีด ใส่ห่วง
4. ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อย ให้ใช้ ถุงยางอนามัย
5. ผู้ที่มีคู่นอนหลายคนหรือต้องการป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ใช้ถุงยางอนามัย
6. ถ้าไม่แน่ใจว่าแฟนมีโรคติดต่อหรือไม่ควรที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย
7. ผู้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการวางแผนเช่น ถูกข่มขืนควรใช้ยาคุมชนิดหลังร่วมเพศ นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้วยังต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดด้วยตารางแสดงประสิทธิภาพของการคุมกำเนิด

เมื่อคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 1 ปี ในสตรี 100 คน จะพบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ดังนี้ **ตั้งครรรภ์น้อยกว่า ร้อยละ 1.00** ได้แก่ การฝังยา, การใส่ห่วงอนามัย, การทำหมันหญิง **ตั้งครรรภ์ร้อยละ 6 ถึงร้อยละ 12** ได้แก่ การฉีดยาคุมกำเนิด, การใช้ยากินคุมกำเนิด, แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด, ห่วงวงแหวนใส่ช่องคลอด, หมวกครอบปากมดลูก **ตั้งครรรภ์ มากกว่าร้อยละ 18.00** ได้แก่ ถุงยางอนามัย, สารเคมีฆ่าตัวสุจิ, การนับวันปลอดภัย (วรจุมิ เจริญศิริ, 2553)

วิธีการคุมกำเนิดโดยการนับวันที่ปลอดภัย

1. การนับวันที่ปลอดภัย หรือที่คนทั่วไปเรียกว่า "ก่อน 7 หลัง 7" ซึ่งหมายถึงนับจากวันที่มีประจำเดือนคราวที่แล้ว โดยคาดการณ์ว่าประจำเดือนจะมาอีกครั้งเป็นวันที่เท่าไร โดยช่วงก่อนประจำเดือนรอบใหม่มา 7 วัน และนับจากที่มีประจำเดือนมา ต่อไปอีก 7 วัน เบ็ดเสร็จรวม 14 วัน นับเป็นช่วงที่ปลอดภัย
2. เป็นวิธีการควบคุมกำเนิดแบบวิถีธรรมชาติ ทั้งนี้ในการนับจะได้ผลดีเมื่อมีรอบเดือนสม่ำเสมอ เป็นรอบที่แน่นอน แต่ก็เสี่ยงต่อการจำวันผิดพลาด ถ้าไม่ได้มีการจดบันทึก
3. อีกประการหนึ่งคือ ช่วงที่มีประจำเดือนปากมดลูกจะเปิดเพื่อให้ขับเลือดออก ถ้ามีเพศสัมพันธ์ช่วงนั้นมีโอกาสที่จะติดเชื้อทำให้มดลูกอักเสบ มีมากกว่าช่วงปกติ เพราะเชื้ออสุจิจะนำเอาเชื้อโรคนอก เข้าสู่โพรงมดลูกที่มีการลอกหลุดทำให้เกิดปัญหาได้

วิธีการคุมกำเนิดหลังมีเพศสัมพันธ์

1. การนำวิธีคุมกำเนิด มาใช้หลังจากมีเพศสัมพันธ์แล้ว พบได้มากในสังคมปัจจุบัน เพราะมีอิสระในการหาซื้อยา และมีอิสระในเรื่องเพศ

2. วิธีการคุมกำเนิดหลังมีเพศสัมพันธ์มีหลายวิธี เช่น การรับประทานยาคุมกำเนิดที่มีปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง เพื่อป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อน โดยเพิ่มการเคลื่อนไหว ปีบตัวของมดลูกและท่อนำไข่ ทำให้การผสมกันระหว่างไข่ และเชื้อสperm เป็นไปได้ยาก ยากลุ่มนี้ชื่อ ออพรอล (Ovral) โดยรับประทานครั้งเดียว 4 เม็ด หลังร่วมเพศ พบว่า มีผลคุมกำเนิดหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ อากาการข้างเคียงจากยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน พบได้บ่อย ปัจจุบันจึงไม่ค่อยนิยมใช้กัน

3. ยาอีกชนิดที่นำมาใช้คือ โปสทินอร์ (Postinor) ซึ่งมีปริมาณโปรเจสตินสูง เป็นยาที่นิยมใช้เพื่อคุมกำเนิดฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์อย่างแพร่หลาย แต่ความเป็นจริงแล้ว ไม่ควรรับประทานมากกว่า 4 เม็ดต่อเดือน และควรใช้หลังร่วมเพศภายใน 3 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง แต่อาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

4. การใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิดหลังมีเพศสัมพันธ์ก็มีการนำมาใช้ โดยใส่ห่วงอนามัยภายใน 5 วันหลังมีเพศสัมพันธ์ นับว่าป้องกันการตั้งครรภ์ก็ได้ผลดี

ยาเม็ดคุมกำเนิด

1. ปัจจุบันวิธีคุมกำเนิดที่ได้รับความนิยมสูงสุด และใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกคือ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน มีสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงาน ปัจจุบันยาเม็ดคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพสูงมากในการป้องกันการตั้งครรภ์ และมีอาการข้างเคียงรวมทั้งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอาหารของร่างกายน้อย นอกจากนี้ยาเม็ดคุมกำเนิดยังมีประโยชน์ในการลดโอกาสเกิดโรคต่างๆ ทางนรีเวช เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะน้ำรังไข่ และการอักเสบในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

2. ยาเม็ดคุมกำเนิดที่ใช้กันโดยทั่วไปเป็นชนิดฮอร์โมนรวม ซึ่งหมายถึง ฮอร์โมนสังเคราะห์เอสโตรเจนและโปรเจสติน ฮอร์โมนทั้งสองชนิดมีหน้าที่หลักในการระงับการตกไข่ และทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะสมกับการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว นอกจากนี้โปรเจสตินยังทำให้ปากมดลูกเหนียวขึ้น ทำให้อสุจิผ่านได้ยาก และมีผลโดยตรงต่อตัวอสุจิทำให้ไม่สามารถผสมกับไข่ได้

3. การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ควรเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแรกในวันที่ 5 วันแรกของรอบเดือนและควรรับประทานหลังอาหารในเวลาเดียวกันทุกวัน สำหรับยาคุมชนิด 28 เม็ด ให้รับประทานเรียงตามลูกศรติดต่อกันทุกวัน เมื่อหมดแผงแล้วให้เริ่มแผงใหม่ในรุ่งขึ้น

4. ยาคุมกำเนิดชนิด 28 เม็ด มีฮอร์โมนจริงๆ 21 เม็ด ส่วนอีก 7 เม็ดเป็นวิตามินไม่มีฮอร์โมน เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแผงใหม่ สำหรับยาคุมกำเนิดชนิด 21 เม็ด เป็นฮอร์โมนทั้ง 21 เม็ด เมื่อรับประทานหมดแผงแล้ว 7 วัน แล้วจึงเริ่มยาแผงใหม่

5. หากลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด 1 เม็ด ให้รับประทานเม็ดนั้นทันทีที่นึกได้ และรับประทานเม็ดที่เหลือต่อไปตามเวลาจนหมดแผง ถ้าลืมรับประทาน 2 เม็ดให้รับประทานวันละสองเม็ดสองวัน โดยรับประทานเพิ่มหนึ่งเม็ดหลังอาหารเช้าสองวัน และมื่อเย็น หรือก่อนนอน รับประทาน

เหมือนเดิม ถ้าลืมใน 1-7 เม็ดแรก ต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่นร่วมด้วยเช่น การใช้ถุงยางอนามัย ถ้าลืมรับประทาน 3 เม็ด ให้หยุดยาเพื่อรอให้ประจำเดือนมา โดยระหว่างรอประจำเดือนมาให้ใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นเช่น ถุงยางอนามัย เมื่อประจำเดือนมาแล้วให้เริ่มรับประทานแผงใหม่ภายใน 5 วันแรกของประจำเดือน แต่ถ้ายาเม็ดที่ลืมรับประทาน เป็นเม็ดที่ 15-21 ของแผงซึ่งเป็นฮอร์โมน เมื่อรับประทานยาจนหมดไม่ต้องเว้นระยะ 7 วัน และควรใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่นร่วมด้วยเช่น การใช้ถุงยางอนามัย

6. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดไมโครโดส เป็นชนิดที่ประกอบด้วยโปรเจสตินขนาดต่ำ ข้อดีของยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้คือ ไม่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนอยู่ จึงไม่มีผลต่อปริมาณและคุณภาพของน้ำนมขณะให้นมบุตร และไม่มีอาการข้างเคียงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ค่อนข้างต่ำ และมักทำให้มีเลือดออกกะปริดกะปรอยด้วย

ยาฉีดคุมกำเนิด

1. ฮอร์โมนที่ใช้ในยาฉีดคุมกำเนิดมักเป็นฮอร์โมนสังเคราะห์ชนิดโปรเจสติน การคุมกำเนิดชนิดนี้มีประสิทธิภาพสูง ออกฤทธิ์ป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน และอาการข้างเคียงต่ำ องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาอนุมัติและจดทะเบียนให้ฮอร์โมนชนิด Depot Medroxy Progesterone Acetate (DMPA) ปัจจุบันยาฉีดคุมกำเนิดเป็นที่นิยม และมีแนวโน้มจะใช้เพิ่มขึ้นทั่วโลก

2. กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA มีฤทธิ์ระงับการตกไข่ ทำให้เมื่อกที่ปากมดลูกเหนียวข้น เซ็่อสุจิจึงผ่านเข้าไปได้ยาก และยังทำให้สภาพของเยื่อโพรงมดลูกไม่เหมาะสมกับการฝังตัวของตัวอ่อน โดยทำให้เยื่อโพรงมดลูกมีลักษณะบางหรือฝ่อ นอกจากนี้ยังทำให้หลอดมดลูกบีบตัวน้อยลงทำให้ไข่เดินทางไม่เป็นไปตามปกติ และลดความสามารถของอสุจิที่ผสมกับไข่ด้วย

3. การฉีดยาคุมกำเนิด ควรเริ่มฉีดภายในวันที่ 1-5 ของรอบเดือน ถ้าเป็นการฉีดหลังคลอดบุตร ให้ฉีดยาฉีดคุมกำเนิดภายหลังคลอดบุตรเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ อาจฉีดทันทีหลังคลอด โดยพบว่ายาฉีด DMPA ไม่ทำให้ปริมาณน้ำนมลดลง และไม่มีผลต่อการพัฒนาการของทารก ภายหลังจากการฉีดเข็มแรกควรฉีดเข็มต่อไปทุก 12 สัปดาห์ หรือ 84 วัน

4. ยาฉีด DMPA ออกฤทธิ์นาน 3 เดือน ไม่จำเป็นต้องใช้ทุกวันเหมือนยาเม็ดคุมกำเนิด จึงไม่ต้องกลัวการหลงลืมเหมือนยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดยังมีประสิทธิภาพสูง มีอาการข้างเคียงน้อยทำให้เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่ารอบประจําปกติ

5. อาการข้างเคียงของยาฉีดคุมกำเนิด อาจทำให้เลือดออกกะปริดกะปรอย ซึ่งมักพบใน 3 เดือนแรกหลังฉีดยา หลังจากนั้นเลือดที่ออกจะน้อยลง เมื่อฉีดเข็มต่อไป อย่างไรก็ตามควร

ได้รับการตรวจหาสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้มีเลือดออกกระปริดกระปรอยด้วย นอกจากนี้การใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ไม่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกแต่อย่างใด

6. ยาฉีด DMPA ทำให้สตรีส่วนใหญ่มีน้ำหนักเพิ่ม 1-5 กิโลกรัมใน 1 ปี จึงควรรับประทานอาหารที่เหมาะสม และออกกำลังกายร่วมด้วย ถ้าน้ำหนักเพิ่มมากหรือรวดเร็ว โดยไม่มีสาเหตุอื่นอาจเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิด

ยาคุมกำเนิดชนิดฝัง (Norplant)

1. เป็นยาคุมที่ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสตินลักษณะเป็นหลอดซิลิโคน ใช้ฝังบริเวณต้นแขนด้านใน โดยฮอร์โมนจะค่อยๆ ถูกปลดปล่อยสู่ร่างกายช้าๆ
2. มีผลคุมกำเนิดนานประมาณ 5 ปี เหมาะสำหรับผู้มีบุตรเพียงพอแล้ว หรือต้องการเว้นระยะห่างของการมีบุตรนานๆ
3. ปัจจุบันสะดวกสามารถรับบริการได้ตามโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกทั่วไป

การใส่ห่วงอนามัย (IUD)

1. เป็นการคุมกำเนิดที่นิยมทำกันในสตรี ที่ต้องการคุมกำเนิดนานๆ อาจใส่หลังคลอดหรือช่วงประจำเดือนมา
2. ปัจจุบันมีห่วงที่นิยมใช้อยู่ 2 แบบ คือ คอปเปอร์ที (CU-T) และมัลติโหลด (Multiload) การใส่ห่วงอนามัยต้องอาศัยบุคลากร ที่ผ่านการอบรมด้านเทคนิคเพราะห่วงจะต้องใส่เข้าไปอยู่ในโพรงมดลูก
3. ห่วงสามารถคุมกำเนิดได้นานประมาณ 3 ปี หลังใส่อาจมีอาการปวดเกร็งท้องได้ ห่วงอนามัยไม่เหมาะกับ คนที่มีโอกาสติดเชื้อง่าย เช่น เป็นโรคเบาหวาน รับประทานยากดภูมิ เป็นมะเร็งหรือมีเพศสัมพันธ์แบบเปลี่ยนคู่อบ่อย เพราะที่บริเวณต่อจากห่วงจะมีเชือกต่อออกมาบริเวณปากมดลูก ใช้เป็นตัวตรวจสอบสอว่าห่วงยังอยู่ในตำแหน่งปกติหรือไม่ เชือกนี้จะป็นจุดที่เชื้อเข้าสู่มดลูกได้
4. นอกจากตรวจสอบดูเชือกแล้วต้องได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละครั้ง หรือเมื่อมีความปกติ เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้องเกร็ง หรือคลำเชือกไม่พบ

การสวมถุงยางอนามัยสตรี (Diaphragm)

1. เป็นถุงยางขนาดค่อนข้างใหญ่ให้ผู้หญิงสวมก่อนมีเพศสัมพันธ์มีมานานแล้ว แต่เพิ่งมาเพิ่มความนิยมช่วงที่มีการนำเอามาใช้ป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ เช่น เอดส์
2. ปัจจุบันออกแบบใช้สะดวกขึ้น ไม่รำคาญ ใช้ง่าย ใช้ครั้งเดียวทิ้ง เหมาะสำหรับ การคุมกำเนิด และป้องกันการติดเชื้อ กรณีผู้ชายปฏิเสธถุงยางอนามัยแบบผู้ชาย

การสวมถุงยางอนามัยผู้ชาย (Condom)

1. เป็นวิธีคุมกำเนิดที่ง่ายสะดวก และมีความปลอดภัย ในการป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เอดส์ หนองใน แผลริมอ่อน ซิฟิลิส แต่ไม่อาจป้องกันการติดเชื้อไวรัสหัดหรือไวรัสเริมปากมดลูกได้

2. เทคนิควิธีการใช้ก็เป็นสิ่งสำคัญ กล่าวคือ ต้องมีการพิจารณาถึงคุณภาพ และชนิดของถุงยาง โดยดูวันหมดอายุ การฉีกของต้องระวังถุงยางจะรั่วขาด การสวมต้องขณะอวัยวะเพศชายแข็งตัว โดยบีบที่ปลายถุง แล้วสวมเพื่อให้ส่วนปลายเป็นที่รองรับน้ำอสุจิที่จะหลั่งออกมา ห้ามใช้วาสลีนหรือน้ำมันเป็นสารหล่อลื่น แต่ให้ใช้เจลหรือน้ำแทน เมื่อใช้เสร็จการถอดต้องใช้กระดาษทิชชูพันรอบ แล้วดึงออกมาทิ้งในภาชนะที่จัดไว้ เป็นวิธีที่สะดวก ปลอดภัย ง่าย ราคาไม่แพง

การคุมกำเนิดแบบถาวร

1. ในผู้หญิงอาจทำหลังจากคลอดขณะอยู่โรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์แรก เรียกว่าหมันเปียก สะดวกสำหรับผู้ที่มิบุตรพอเพียง การผ่าตัดใช้เวลาไม่นาน โดยทำการผูก และตัดท่อนำไข่ การทำวิธีนี้อาจทำร่วมกับผ่าตัดช่องท้องอย่างอื่น หรือทำช่วงไหนก็ได้เรียกหมันแห้ง

2. การทำหมันถาวรในผู้ชายโดยการตัดท่อนำอสุจิ ทำเวลาไหนก็ได้ที่ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง แผลเล็กใช้เวลาสั้น ประมาณ 20 นาทีก็เสร็จ หลังจากทำแล้วต้องชี้แจงให้ทราบว่า ยังคงมีเชื้ออสุจิค้างอยู่ในท่อนำน้ำเชื้อ จึงต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างอื่น โดย รอจนนานกว่า 3 เดือน เพราะการสร้างเชื้ออสุจิใช้เวลาประมาณนั้น

การยุติการตั้งครรภ์

การแก้ปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สิ่งสำคัญที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น แต่หากมีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดขึ้น จะต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกอย่างครอบคลุมและรอบด้าน เนื่องจาก พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรา 5 ระบุให้วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ อีกทั้งประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา อนุญาตให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่ผิดกฎหมายหากเข้าเกณฑ์ตามข้อบังคับข้อใดข้อหนึ่งได้แก่ 1) การตั้งครรภ์นั้นส่งผลต่อสุขภาพกายของมารดา 2) ส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดา 3) ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการอย่างรุนแรงหรือเป็นโรคทางพันธุกรรมอย่างรุนแรง 4) การตั้งครรภ์นั้นเกิดจากการข่มขืน เกิดจากการล่อลวงบังคับ ข่มขู่ และการตั้งครรภ์ของเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี แม้ว่าเด็กจะสมยอมก็ตาม และอนุญาตให้ทำโดยแพทย์ในคลินิกได้กรณีที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ หากอายุครรภ์มากกว่านี้ต้องทำโดยแพทย์และภายในโรงพยาบาล (วิบูลพรรณ จิตะดิลก, 2562)

สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมมือกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านองค์ความรู้และการเสริมความเชื่อมโยงกันของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในและนอกเครือข่าย ให้กับทีมงานอาสา (Referral system for Safe Abortion : RSA) ซึ่งเป็นเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีจิตอาสาดูแลวัยรุ่นและผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อให้วัยรุ่นและผู้หญิงที่ประสบปัญหาได้มีทางเลือกที่ปลอดภัย นอกจากนี้ เพื่อเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สสส. ยังร่วมมือกับภาคีเครือข่าย รมรณรงค์ให้คนทุกเพศทุกวัยพกและใช้ถุงยางอนามัยอีกด้วย สำหรับผู้ที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อม สามารถติดต่อสายด่วน 1663 เพื่อขอรับคำปรึกษาและช่องทางการติดต่อเครือข่าย RSA ได้ทุกวัน ตั้งแต่เวลา 09.00-21.00 น. หรือติดต่อผ่านเฟซบุ๊ก หรือ 1663 สายด่วนปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อม ได้ตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, 2562)

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 305 (1) (2) และมาตรา 276, 277, 282, 283 และ 284 รวมทั้งข้อบังคับแพทยสภา พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้กำหนดให้ผู้หญิงสามารถยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์อย่างถูกต้องตาม กฎหมายได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) การตั้งครรภ์นั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพทางกายของผู้หญิง
- 2) การตั้งครรภ์นั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพทางใจของผู้หญิง
- 3) ทารกในครรภ์มีความพิการรุนแรง
- 4) การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการถูกข่มขืนกระทำชำเรา
- 5) การตั้งครรภ์ในเด็กหญิงที่อายุไม่เกิน 15 ปี (แม้ว่าเด็กหญิงจะไม่ได้ถูกล่วงหรือข่มขืนก็ตาม)

6) การตั้งครรภ์มาจากเหตุล่อลวง บังคับ หรือข่มขู่ เพื่อทำอนาจาร สนองความใคร่

การยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยา สำหรับหญิงที่เผชิญปัญหาท้องไม่พร้อมและตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ ทางเลือกหนึ่งที่สามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านแต่เพื่อความปลอดภัยของตัวเอง จึงต้องอยู่ในความดูแลของคณะแพทย์และพยาบาล นั่นคือ วิธีการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ ในอายุครรภ์น้อยกว่า 9 สัปดาห์ โดยยายุติการตั้งครรภ์ มีชื่อว่า ไมเฟพริสโตน (mifepristone) และไมโซพรอสทอล (misoprostol) ปัจจุบันมียารวมเม็ดเรียกว่า เมทตาบอล ซึ่งสูตรของยาดังกล่าวได้ขึ้นทะเบียนเป็นบัญชียาหลักขององค์การอนามัย (World Health Organization - WHO) สามารถใช้ในอายุครรภ์ น้อยกว่า 9 สัปดาห์ได้อย่างปลอดภัย สำหรับประเทศไทย สูตรยาดังกล่าวก็ได้ขึ้นทะเบียนยาสูตร MeFi-Miso เมื่อเดือนธันวาคม 2557 และล่าสุดเดือนมิถุนายน 2559 ที่ผ่านมา MeFi-Miso ได้ขึ้นบัญชียาหลัก จ (1) ซึ่งหมายความว่า คนทั่วไปสามารถเข้าถึงยา ไมเฟพริสโตน (mifepristone) ไมโซพรอสทอล (misoprostol) และเมทตาบอลได้ แต่ต้องอยู่ในโครงการพิเศษของ

กระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วย งานรัฐ ที่มีการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการปัจจุบันมี เครือข่าย โรงพยาบาลรัฐและเอกชน รวมถึงคลินิก จำนวน 85 แห่งทั่วประเทศไทย ที่หญิงที่ต้องการ ยุติการตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงได้ ซึ่ง โดยทั่วไปแล้ว ยาดังกล่าว ไม่มีการจำหน่ายตามร้านขายยา หรือ โรงพยาบาลและคลินิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้ 1663 คือ สายด่วนปรึกษาท้องไม่พร้อมและเอดส์แบบ นิรนาม ซึ่งจะเก็บข้อมูลของผู้มาติดต่อรับบริการขอคำปรึกษาเป็นความลับ ปัจจุบันแพทย์ไม่ได้ทำแท้ง ด้วยอุปกรณ์ดูดมดลูกแบบคลิพิวดีโอวิชาเพศศึกษาที่เราเคยดูสมัยมัธยมแล้ว แต่จะใช้เครื่อง MVA หรือ กระบอกสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ออกแบบมาเพื่อ การนี้ ซึ่งปลอดภัยกว่าการดูดมดลูกด้วยเครื่องมือโลหะ แต่หลังจากรักษาด้วยวิธี MVA แล้วคุณผู้หญิง จะต้องกินยาคุมกำเนิดทันที และควรกินยาปฏิชีวนะกลุ่ม doxycycline หรือ metronidazole ควบคุม การทำแท้งแบบ MVA การยุติการตั้งครรภ์ด้วยเครื่อง MVA มักใช้ในวัยอายุครรภ์ 12-14 สัปดาห์หรือตาม ความชำนาญของผู้รักษา ซึ่งถ้าอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ไปแล้วต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล เท่านั้น ปัจจุบันมีแพทย์ส่วนหนึ่งให้บริการทำแท้งด้วยการให้ยาไมเฟพริสโตน (mifepristone) และยา ไมโซพรอสทอล (misoprostol) มากกว่า เพราะสะดวกและปลอดภัย ไม่ส่งผลต่อการมีลูกในภายภาค หน้า นายแพทย์สัญญา ภัทรราชย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลรามธิบดี ให้ข้อมูลว่า ยาตัวนี้เป็นยากระตุ้นฮอร์โมนกลุ่มเดียวกับยาคุมกำเนิด มีอานุภาพระดับเดียวกัน มีชื่อเรียกอีกชื่อว่า เป็นยาปรับประจำเดือน เมื่อใช้แล้วในเดือนถัดไปผู้หญิงก็จะมีประจำเดือนได้ตามปกติ มีรายงานจาก ทั่วโลกว่ายาตัวนี้ปลอดภัยและอยู่ในบัญชียาหลักขององค์การอนามัยโลก มีการจดทะเบียนยาตัวนี้ใน ประเทศไทยเมื่อเดือนธันวาคม 2557 แต่ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีเงื่อนไข ว่าต้องให้กรมอนามัยควบคุมการแจกจ่ายยาและจัดให้ยานี้เป็นยาควบคุมพิเศษ คือไม่ปล่อยให้วาง จำหน่ายตามร้านขายยาทั่วไป หากมีผู้มาขอรับยานี้แพทย์ต้องเขียนรายงานการจ่ายยาส่งกรมอนามัย อย่างละเอียด นอกจากสามารถรับยานี้ได้จากการพบแพทย์ที่โรงพยาบาลรามธิบดี ผลข้างเคียงของ ยาการใช้ยาไมโซพรอสทอลด้วยวิธีอมจะมีผลข้างเคียงมากกว่าการใช้ยาแบบสอด โดยอาจทำให้เป็น ไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง อาเจียน และท้องเสีย แต่ไม่ได้มีอาการร้ายแรงถึงขนาดไม่สามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้ และไม่ควรรักษาใน คนที่เป็นต่อมหมวกไตวายเรื้อรัง แพ้ยาหรือไวต่อยา กลุ่ม mifepristone และ misoprostol แพ้ยาในกลุ่ม prostaglandins เป็นโรคหอบหืดอย่างรุนแรง เป็นโรค inherited porphyria และตั้งครรภ์นอกมดลูก

เมื่อพิจารณากฎหมายและเอกสารของกระทรวงสาธารณสุขจะพบว่า การยุติการ ตั้งครรภ์ในประเทศไทย เป็นเรื่องที่ทำได้ และทำได้มานานแล้ว เพียงแต่ไม่มีการส่งเสริมอย่าง ชัดเจนต่อหน้าสาธารณะ แต่กลับฉายเด่นอยู่ตามเอกสารทางกฎหมาย และแวดวงการแพทย์ที่ สนับสนุนการยุติการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีกฎหมายที่ระบุให้การยุติการตั้งครรภ์เป็น ความผิดร้ายแรงอยู่ ทำให้ภาวะการณโดยรวมดูเหมือนไม่ถึงกับเปิดไฟเขียวให้การทำแท้งเสียทีเดียว

กล่าวคือมีลูกทาง มีถ้อยคำอนุญาตที่ชัดเจนถูกระบุในกฎหมาย แต่ประชาชนต้องไปค้นพบเอาเอง กฎหมายอาญามาตรา 301-302 ระบุให้การยุติการตั้งครรภ์เป็นความผิดทางอาญา **มาตรา 301** หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูกหรือ ยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนแท้งลูก ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และ **มาตรา 302** ผู้ใดทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงนั้นยินยอมต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

แต่ก็มีประมวลกฎหมายอาญา 305 ที่ยกเว้นความผิดให้การยุติการตั้งครรภ์ และมีข้อบังคับแพทยสภา ที่อนุญาตให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่ผิดกฎหมาย หากครรภ์นั้นเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

1. การตั้งครรภ์นั้นส่งผลต่อสุขภาพของมารดา (สุขภาพ ในที่นี้หมายถึงสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ตามความหมายของแพทยสภา)
2. ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการอย่างรุนแรง หรือเป็นโรคทางพันธุกรรมอย่างรุนแรง
3. การตั้งครรภ์นั้นเกิดจากการข่มขืน เกิดจากการล่อลวงบังคับ ข่มขู่ และการตั้งครรภ์ของเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี แม้ว่าเด็กจะสมยอม และอนุญาตให้ทำโดยแพทย์ในคลินิกได้ กรณีที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ หากอายุครรภ์มากกว่านี้ ต้องทำโดยแพทย์และภายในโรงพยาบาล

นอกจากนั้น พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 มาตรา 5 ระบุให้วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง มีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ รับการบริการ อนามัยการเจริญพันธุ์ ไปจนถึงได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ตามมาด้วย กฎกระทรวง ที่กำหนดประเภทของสถานบริการและการดำเนินการของสถานบริการโดยมีสาระว่า สถานบริการทุกแห่งต้องให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ตามพ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สถานบริการต้องให้คำปรึกษาโดยรักษาความลับ และไม่โน้มน้าวในให้วัยรุ่นตัดสินใจตามความต้องการของผู้ให้คำปรึกษา โดยสถานบริการสาธารณะสุขมี 2 ประเภท คือ สถานบริการที่มีบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และ สถานบริการที่ไม่มีบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ สถานบริการที่มีบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จะต้องจัดให้มีการบริการพื้นฐานประกอบไปด้วย การคุมกำเนิด การทดสอบการตั้งครรภ์ การดูแลภาวะแท้งบุตร การรับฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรักษาและให้คำแนะนำผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงทางเพศ และ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ดังนั้น วัยรุ่นจึงสามารถตัดสินใจรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งหมดที่เข้ามาได้ด้วยตัวเอง ยกเว้นการยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยวัยรุ่นสามารถให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางวาจาได้ (TCU, 2563)

2.4 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นโรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่งผ่านการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก เช่น การให้เลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือ การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ เชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 4 ชนิด คือ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และพยาธิ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อย เช่น โรคเอดส์ เริ่มที่อวัยวะเพศ หูดข้าวสุก หูดหงอนไก่ เป็นโรคจากการติดเชื้อไวรัส หรือโรคหนองใน แผลริมอ่อน เป็นโรคจากการติดเชื้อแบคทีเรีย วิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง ไม่เปลี่ยนคู่นอน รักษาความสะอาดของร่างกาย และอวัยวะเพศอย่างสม่ำเสมอ ฉีดวัคซีนป้องกัน รับประทานยาป้องกันเชื้อ HIV ชนิดก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ และตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี เมื่อเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะต้องรีบไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ป้องกันไม่ให้เกิดอาการร้ายแรง และควบคุมไม่ให้แพร่เชื้อไปยังผู้อื่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่งผ่านการมีเพศสัมพันธ์ เดิมทีใช้คำว่า "กามโรค" สำหรับเรียกโรคในกลุ่มนี้ แต่ต่อมาใช้คำว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แทนเพราะมีความหมายที่กว้างกว่า โรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์อันตรายกว่าที่คิด ไม่เพียงแต่ส่งผลเสียต่อตนเองและคู่นอนเท่านั้น หากมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเพศสัมพันธ์กับหลายคนจะทำให้โรคต่าง ๆ แพร่ไปสู่บุคคลอื่นได้ ถ้าผู้ติดเชื้อรายใหม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก หรือกับคนอื่นๆ อีกก็จะทำให้เชื้อแพร่ระบาดออกไปไม่รู้จบ สุดท้ายก็กลายเป็นปัญหาระดับสังคมและเศรษฐกิจ

สาเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อ ไม่เพียงเท่านั้น การให้เลือด หรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ ก็มีส่วนทำให้ติดเชื้อได้ด้วยเพราะเชื้อโรคบางประเภทสามารถแพร่ระบาดผ่านวิธีเหล่านี้ได้โดยไม่จำเป็นต้องมีกิจกรรมทางเพศเสมอไป เช่น ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น **เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่**

เชื้อไวรัส ตัวการสำคัญคือ Human papillomavirus (HPV) ซึ่งเป็นเชื้อที่นำพาโรคมะเร็งปากมดลูกและหูด เชื้อเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี เริ่ม หูดหงอนไก่ เป็นต้น

เชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ กลุ่มโกโนเรีย ซิฟิลิส คลาไมเดีย (Chlamydia infection) เป็นที่มาของกลุ่มโรคหนองในทั้งหนองในแท้และหนองในเทียม

เชื้อรา เช่น เชื้อรา Candidiasis

พยาธิ เช่น พยาธิชนิดทริโคโมแนส (Trichomonas vaginalis)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Johnson,TC.WebMD,2017)

โรคเอดส์ (AIDS) โรคเอดส์เกิดจากการรับเชื้อ Human immunodeficiency virus หรือ HIV เข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ภูมิคุ้มกันโรคจึงลดน้อยลงไปเรื่อยๆ ทำให้เชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น มะเร็ง วัณโรค สาเหตุการเสียชีวิตก็มักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ที่จะทำให้มีอาการรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

โรคเริมที่อวัยวะเพศ (Genital Herpes Simplex Virus Infection) เกิดจากเชื้อไวรัส Herpes simplex virus อาการที่มักพบคือ ปวดแสบบริเวณขา ก้น หรืออวัยวะเพศ มีผื่นเป็นตุ่มน้ำใส แผลหายได้เองใน 23 สัปดาห์ แต่เชื้อไวรัส Herpes simplex virus จะสะสมในปมเส้นประสาท เมื่อมีปัจจัยมากระตุ้น เช่น ร่างกายอ่อนแอ พักผ่อนน้อย เครียดแสงแดดที่ร้อนมากๆ มีบาดแผลถลอก ฯลฯ เชื้อไวรัสนี้จะเคลื่อนจากปมประสาทมาตามเส้นประสาทจนถึงปลายประสาท และเกิดโรคเริมซ้ำบริเวณเดิมอีกครั้ง

โรคแผลริมอ่อน (Chancroid) เกิดจากเชื้อ Haemophilus ducreyi อาการที่พบคือ เกิดแผลบริเวณอวัยวะเพศ แผลมักมีลักษณะเฉพาะคือ แผลค่อนข้างเจ็บมาก มีหนองที่ก้นแผล มีเลือดออกง่าย มักมีหลายๆ แผลพร้อมกัน บางรายต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบจะบวมและเป็นฝี เมื่อฝีแตกจะเป็นแผล บางคนมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ หรือที่ขาบ้านเรียก ไซตันบวม หากไม่รักษาหนองจะแตกออกจาก

โรคหนองใน (Gonorrhoea) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ Neisseria gonorrhoea สำหรับโรคหนองใน สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เพศชาย มักจะพบอาการแสบเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะขัด มีหนองไหลออกมาจากท่อปัสสาวะ ในระยะแรกจะพบเป็นมูกใส ๆ แต่หลังจากนั้นจะเป็นหนองสีเหลืองข้น และมีอาการปวดและบวมที่อัณฑะ มีอาการอัณฑะอักเสบ สำหรับเพศหญิงจะพบอาการตกขาวผิดปกติ เช่น ตกขาวมาก มีหนองสีเหลือง มีกลิ่นเหม็น มีอาการขัดเบา และแสบเวลาปัสสาวะ ปวดท้องน้อย ปัสสาวะขุ่น มีเลือดออกกะปริบกะปรอยระหว่างมีรอบเดือน เป็นต้น

โรคหูดข้าวสุก (Molluscum contagiosum) เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่ม poxviridae การติดเชื้อจะเกิดขึ้นเฉพาะผิวหนังชั้นนอกด้วยการมีเพศสัมพันธ์ การสัมผัสทางผิวหนัง ไม่มีการเข้าสู่ร่างกายทางกระแสเลือด หรือระบบประสาท ส่วนใหญ่มักเป็นหูดข้าวสุกบริเวณอวัยวะเพศ หูดจะมีลักษณะเริ่มจากจุดสีแดงก่อนแล้วเป็นตุ่มเล็กๆ สีแดง อาจมีตุ่มคล้ายสารสีขาวอยู่ข้างในคล้ายเม็ดวิว อักเสบ หากบีบออกมาจะมีสารสีขาวข้นไหลออกมาคล้ายเม็ดข้าวสุกจึงเป็นที่มาของชื่อโรค

โรคหูดหงอนไก่ (Condyloma Acuminata) เกิดจากไวรัส Human papilloma virus (HPV) ชนิดความเสี่ยงต่ำซึ่งไม่ก่อให้เกิดมะเร็ง พบได้ทั้งชายและหญิงโดยหูดหงอนไ่มักจะขึ้นตามอวัยวะ เช่น บริเวณใต้หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย บางรายที่ติดเชื้ออาจไม่มีอาการแสดง หรือ

บางรายมีลักษณะเป็นติ่งเนื้ออ่อนๆ สีชมพูคล้ายหงอนไก่ บางรายก็ก้อนโตมากจนอุดกั้นช่องคลอด ท่อปัสสาวะ หรือทวารหนัก หรือบางรายมีเลือดออกก็มี การเป็นหูดหงอนไก่ระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้หูดโตเร็วกว่าปกติ ถ้าไม่รักษาหูดหงอนไก่อาจขัดขวางการคลอดได้จนต้องผ่าคลอด นอกจากนี้ทารกยังอาจติดเชื้อนี้ได้ระหว่างการคลอด เชื้อจะไปอยู่บริเวณคอหอยและหลอดลมส่งผลต่อการหายใจของทารกจนอาจเสียชีวิตได้

โรคหิด (Scabies) เกิดจากตัวไร *Sarcoptes scabiei* var *hominis* มีขนาดเล็กมากเพียง 0.4 มิลลิเมตร อาศัยอยู่บนผิวหนังชั้นกำพร้ารวมทั้งสี่บัพันธ์ วางไข่ หิดติดเชื้อโดยการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หิดมักพบตามง่ามนิ้วมือ ข้อศอก รักแร้ รอบหัวนม รอบสะดือ อวัยวะเพศ ข้อเท้า หลังเท้า และก้น จากนั้นผิวหนังจะกระจายตามร่างกายและคันมาก

โรคซิฟิลิส (Syphilis) เกิดจากการติดเชื้อ Spirochete ชื่อ *Treponema pallidum* การได้รับเชื้อครั้งแรกจะมีแผลที่บริเวณอวัยวะเพศโดยจะอยู่ในร่างกายผู้ป่วยแตกต่างจากแผลริมอ่อน แผลซิฟิลิสสามารถอยู่ในร่างกายได้นานหลายปี หากกำเริบอาจเป็นซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด ซิฟิลิสระบบประสาท ซิฟิลิสสมอง เป็นต้น นอกจากนี้หากมีเชื้อซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์ยังสามารถถ่ายทอดสู่ลูกได้ หรือที่เรียกว่า ซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis)

โรคไลน (Pediculosis Pubis) โรคนี้เกิดจากแมลงตัวเล็กๆ ขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตรที่เรียกว่า *Pediculosis pubis* มีรูปร่างคล้ายปู ชอบอาศัยและวางไข่บริเวณที่มีขนหนายาว เช่น อวัยวะเพศ รักแร้ ท้อง หน้าอก เครา ชอบดูดเลือดมนุษย์เป็นอาหาร การติดเชื้อไลนเกิดได้ง่ายจากการที่อยู่ใกล้ชิดกัน เช่น นอนบนเตียงเดียวกัน ใช้กางเกงในร่วมกัน หลังติดเชื้ออาการอาจไม่ปรากฏเด่นชัด นอกจากการสังเกตเห็นไข่ไลนตามขนของร่างกายจากนั้นจึงมีอาการคันอย่างรุนแรง

โรคพยาธิช่องคลอด (Vaginal Trichomoniasis) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโปรโตซัว *Trichomonas vaginalis* เกิดได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้หญิงเชื้อจะอาศัยอยู่ในช่องคลอด อวัยวะเพศ ท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีอาการตกขาวผิดปกติ มีสีเขียวขุ่นหรือเหลืองเข้ม มีฟองอากาศและมีกลิ่นเหม็น เกิดการระคายเคืองบริเวณอวัยวะเพศ เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ คันและแสบปากช่องคลอด ส่วนผู้ชาย เชื้อจะอาศัยอยู่ที่ท่อปัสสาวะและต่อมลูกหมากโดยทั่วไปมักไม่แสดงอาการ แต่อาจระคายเคืองที่อวัยวะเพศ หรือแสบขัด ในหญิงตั้งครรภ์ การติดเชื้อนี้อาจเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และเด็กที่เกิดอาจมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

การรักษา ขึ้นอยู่กับโรคและความรุนแรง แต่โดยทั่วไปเมื่อสงสัยว่า มีอาการ แนะนำให้รีบไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อรับการวินิจฉัย รักษา และควบคุม ไม่ให้แพร่เชื้อไปยังผู้อื่นอีก (Johnson,TC.WebMD, 2017)

วิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องนี้เป็นวงกว้าง ให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม ไม่ไปสัมผัสโรค ไม่มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนคือ การมีสามี หรือภรรยาคนเดียว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่าคิดว่าเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องไกลตัว หรือประมาท ควรเรียนรู้อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เอาไว้บ้าง ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะช่วยป้องกันการติดเชื้อได้มาก ใช้ถุงยางอนามัยให้ถูกวิธี หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือนเพราะจะทำให้เกิดโรคติดต่อได้ง่ายกว่าปกติ ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเร็วกว่าปกติ หากจำเป็นให้สวมถุงยางอนามัย มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการสอดใส่ สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง รักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะเพศอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ฉีดวัคซีนป้องกัน เช่น วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันไวรัส HPV การรับประทานยาป้องกันการติดเชื้อ HIV ชนิดก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ (กองบรรณธิการ honestdocs HD, 24 ก.พ. 2563)

พฤติกรรมเสี่ยง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ป้องกันเป็นโรคที่เราไว้วางใจไม่ได้ โรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ถือว่าเป็นโรคที่คุณไม่ควรมองข้าม และวันนี้เราจะพาคุณไปทำความรู้จักกับ 10 พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ พฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การมีคู่อหลายคน การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และอาจจะนำเชื้อสู่คนที่ท่านรักเนื่องจากโรคบางโรคไม่มีอาการเตือน ท่านอาจจะนำเชื้อสู่คนที่ท่านรักโดยไม่ตั้งใจ โรคหลายโรคสามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเรียนรู้ถึงพฤติกรรมเสี่ยง จะทำให้ท่านสามารถหลีกเลี่ยงจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สู่หมายถึงพฤติกรรมที่จะทำให้ท่านติดโรคทางเพศสัมพันธ์ได้แก่พฤติกรรมดังต่อไปนี้

1. มีการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน
2. เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น
3. คู่ครองเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. ร่วมเพศกับคนที่ไม่รู้จัก
5. ดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดก่อนร่วมเพศ เนื่องจากจะทำให้มีการร่วมเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรค
6. ร่วมเพศกับผู้ติดยาเสพติด
7. ร่วมเพศทางทวารหนัก
8. ไม่สวมถุงยางขณะร่วมเพศกับคนที่ไม่ใช่ภรรยา
9. ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ต้องสงสัยไม่ว่าจะเป็นสามีหรือคนอื่น
10. ให้มีคู่นอนเดียวโดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และหากจะมีคู่นอนใหม่จะต้องซักประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติคู่นอนคนก่อน ประวัติการใช้ยาเสพติด

ติด รวมทั้งสุขภาพปัจจุบันก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ ควรจะเจาะเลือดดูโรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์

วิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. ใส่ถุงยางอนามัย หากจะมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่แน่ใจว่ามีเชื้อหรือไม่
2. รักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะเพศอย่างสม่ำเสมอ
3. ไม่เปลี่ยนคู่นอน ให้มีสามี หรือภรรยาคนเดียว
4. ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วัยอายุน้อย เนื่องจากมีสถิติว่า ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยจะมีโอกาสติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง
5. ตรวจโรคเป็นประจำทุกปี เพื่อหาเชื้อโรค แม้จะไม่มีอาการใด ๆ โดยเฉพาะคู่อีกกำลังจะแต่งงาน
6. เรียนรู้ ศึกษาอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
7. ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน เพราะจะทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย
8. ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หากจำเป็นให้สวมถุงยางอนามัย
9. ไม่ควรสวนล้างช่องคลอด เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย
10. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่สามารถเป็นได้ทุกเพศ ทุกวัย แต่พบมากในหมู่วัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นในปัจจุบัน นิยมมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน โดยที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันตัวเอง รวมทั้ง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต่าง ๆ นอกจากนี้ในปัจจุบัน คู่แต่งงานมีอัตราการหย่าร้างสูงขึ้น ทำให้คนมีสามี หรือภรรยาหลายคน จึงเกิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากขึ้น สิ่งที่ยอันตรายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ เมื่อเป็นแล้วมักจะไม่เกิดอาการ บางคนจึงติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้วโดยไม่รู้ตัว และเป็นปัญหาในการจัดการทางระบบสาธารณสุข และที่สำคัญโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถติดต่อไปยังทารกในครรภ์ได้

อาการแบบใด สงสัยเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หากมีอาการเหล่านี้ สามารถสงสัยได้ว่าเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ชาย จะมีอาการปัสสาวะแสบขัด ขาหนีบบวม หรือเป็นฝี เจ็บปวดอวัยวะเพศ มีผื่น ตุ่ม แผล บริเวณอวัยวะเพศ มีเมือกใส หรือหนองไหลออกมา ในผู้หญิง จะรู้สึกเจ็บ เสียวท้องน้อย ขาหนีบบวม หรือเป็นฝี เจ็บปวด คันอวัยวะเพศ มีผื่น ตุ่ม แผล บริเวณอวัยวะเพศ มีตกขาวสีเหลือง มีกลิ่นเหม็น

สาเหตุของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1. เกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งบางชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ บางชนิดไม่มียารักษา และบางชนิดยังสามารถฝังตัวอยู่ และกลับมาเป็นซ้ำได้อีก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เกิดจากเชื้อไวรัส ได้แก่ เริมที่อวัยวะเพศ หูดหงอนไก่ ไวรัสตับอักเสบบี ฯลฯ
 2. เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม ท่อปัสสาวะอักเสบ ช่องคลอดอักเสบ ฯลฯ
 3. เกิดจากเชื้ออื่น ๆ เช่น พยาธิ สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะ
- วิธีปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์**

ต้องรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรค แจ้งคู่นอนให้ทราบว่า เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อจะได้ป้องกัน ไม่ให้เชื้อแพร่ไปสู่คนอื่น รักษาอาการ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการอักเสบลุกลาม งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของมีเมาทุกชนิด ไม่ควรซื้อยามารักษาเอง **ควรปรึกษาแพทย์** เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามควรมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะเป็นเรื่องใกล้ตัว ซึ่งการรักษาต้องใช้ระยะเวลานาน และยากต่อการรักษา เพื่อลดความเสี่ยงการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากท่านมีอาการผิดปกติ หรือรู้สึกกังวล **ควรรีบตรวจ** เพื่อเข้ารับการรักษาได้ทัน่วงที

2.5 ทฤษฎีการจัดการระบบ (System approach Theory)

ความเป็นมาของวิธีการเชิงระบบทฤษฎีระบบ (System Theory) เมื่อประมาณปีค.ศ. 1950 เริ่มจากนักชีววิทยาชาวออสเตรเลียนำมาใช้อธิบายความหมายของระบบต่างๆ ในระบบกายภาพชีวภาพและระบบสังคมเขามีความเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงได้เป็นระบบมีความเกี่ยวพันกันหลายด้านมีหลายระดับและได้ให้ทัศนะถึงระบบไว้ว่าระบบคือกลุ่มขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องดังนั้นระบบน่าจะหมายถึงส่วนต่างๆ ที่ต้องพึ่งพาอาศัยต่อกันกลุ่มหนึ่งซึ่งเมื่อรวมกันแล้วจะกระทำหน้าที่บางประการเพื่อให้ภารกิจนั้นบรรลุวัตถุประสงค์(วิเชียรวิทยาอุดม, 2548, หน้า 66-67)

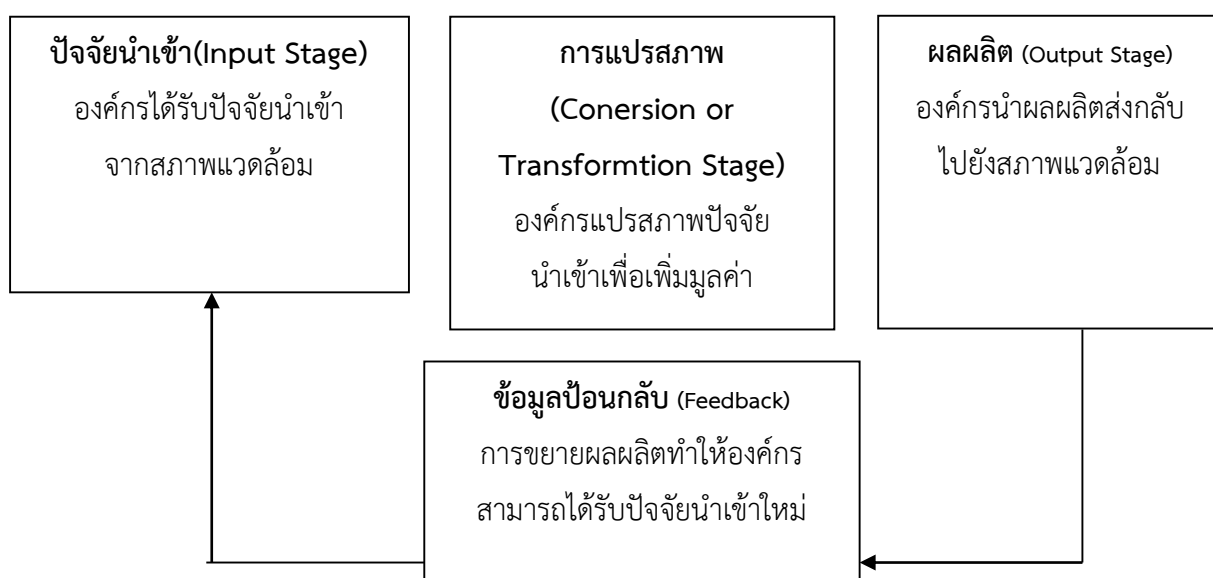
ต่อมาในทศวรรษที่ 1960 แดเนลแคทซ์ (Daniel Katz) โรเบิร์ตคานัน (Robert Kahn) และ เจมส์ทอมป์สัน (James Thomson) นักทฤษฎีเหล่านี้มีมุมมองเกี่ยวกับองค์กรเป็นระบบเปิด (Open System) ซึ่งเป็น “ระบบองค์กรที่ได้นำทรัพยากรจากสภาพแวดล้อมภายนอกมาแปรสภาพเป็นสินค้าและบริการเพื่อส่งกลับไปยังสภาพแวดล้อมในที่ตั้งสินค้าและบริการได้ขายให้กับลูกค้า”

นอกจากนั้นผู้นำทางทฤษฎีเชิงระบบเช่นฟรีเมอนท์คาสท์ (Fremont Kast) และเจมส์โรเซนซ์เวจ (James Rosenzweig) ผู้นำทางทฤษฎีเชิงระบบบริหารดจอห์นสัน (Richard Johnson) ได้ให้

ความหมายของระบบว่าเป็นการรวบรวมหรือการผสมกันของสิ่งหรือส่วนต่างๆที่ประกอบด้วย 2 ส่วนขึ้นไปที่ไม่สามารถแบ่งแยกกันได้อย่างสมบูรณ์

ทฤษฎีเชิงระบบ (System Theory) จึงเป็นวิธีการจัดการที่ผสมผสานหน้าที่การจัดการ กิจกรรมการจัดการและการวางแผนเชิงกลยุทธ์เข้าด้วยกันโดยพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมภายนอก

ดังภาพที่ 2-1 แสดงถึงระบบหนึ่งๆ ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Input Stage) ขั้นตอนการแปรสภาพ (Conersion or Transformtion Stage) และขั้นตอนผลผลิต (Output Stage) และมีข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) (อำนาจธีระวนิช, 2553, หน้า 93-94)



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ

David Easton และ Thomas R. Dye เป็นนักวิชาการที่มุ่งมององค์กรว่าเป็นองค์กรระบบเปิดที่ทำงานสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมระบบย่อยต่างๆจะต้องทำงานสัมพันธ์กันและเทคโนโลยีในการปฏิบัติงานขององค์กรจะต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมขององค์กร (วันชัยมีชาติ, 2550, หน้า 59)

Hicks (1972; Semprevivo, 1976; Kindred, 1980) กล่าวว่าระบบคือการรวมตัวของสิ่งหลายสิ่งเพื่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันโดยแต่ละสิ่งนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือขึ้นต่อกันและกันหรือมีผลกระทบต่อกันและกันเพื่อให้เกิดผลอย่างใดอย่างหนึ่ง

Robbins, Bergman, Stag, and Coulter (2006) ให้นิยามระบบคือสิ่งที่เกี่ยวพันและสัมพันธ์ซึ่งกันซึ่งกำหนดวิธีการปฏิบัติให้เป็นเอกภาพหรือบรรลุวัตถุประสงค์

Scott (1967) นำแนวคิดและทฤษฎีระบบเข้ามามีบทบาทกำหนดแนวคิดทฤษฎีหลักการและเทคนิคต่างๆ เกี่ยวกับองค์การและการบริหารโดยเน้นให้มององค์การในสภาพที่เป็นระบบ Chester Barnard ผู้เขียนหนังสือด้านการบริหารงานโดยใช้วิธีการเชิงระบบขณะเดียวกัน Herbert Simon ผู้ซึ่งมององค์การในสภาพที่เป็นระบบที่มีการตัดสินใจต่างๆ ความสับสนความซับซ้อนภายในเขาพยายามศึกษาค้นคว้าหาแนวทางนำความรู้ใหม่ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้เป็นรากฐานกำหนดทฤษฎีองค์การความรู้ใหม่ที่เขาสงสัยคือวิธีการเชิงระบบนั่นเองสำหรับ Churchman และคณะสนใจและสนับสนุนให้ใช้วิธีการเชิงระบบในการศึกษาวิเคราะห์ข้อแก้ปัญหาลักษณะการดำเนินงาน (Kast&Rosensweig, 1985) ซึ่งเขาเป็นคนแรกที่นำการวิจัยดำเนินงานมาใช้ในระยะแรก และได้ใช้วิธีทางคณิตศาสตร์มาวิเคราะห์องค์การทางการทหารในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 และในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็เริ่มใช้ในการปัญหาการดำเนินงานซึ่งจะเห็นว่าเป็นการใช้แนวทางวิธีการเชิงระบบนั่นเอง (Bowditch, 1973)

ความหมายของวิธีการเชิงระบบ

วิธีการเชิงระบบหรือเทคนิคเชิงระบบ (System Approach) หมายถึงวิธีการนำเอาความรู้เรื่องระบบเข้ามาเป็นกรอบช่วยในการค้นหาปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและใช้แนวทางการคิดเชิงระบบช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา

Schoderbek, Schoderbek and Kefalas (1990) เสนอว่าการแก้ปัญหาในปัจจุบันจำเป็นต้องมองที่ระบบมากกว่าพิจารณารายละเอียดของแต่ละปัญหาดังนั้นจึงมองปัญหาโดยรวมหรือที่เรียกว่า Systems view or Systems Approach และได้ขยายความว่าวิธีการเชิงระบบมีความแตกต่างกับวิธีการเชิงวิเคราะห์ (Analytical Approach) ตรงที่วิธีการเชิงระบบเป็นกระบวนการแยกแยะจากส่วนรวมทั้งหมดออกเป็นส่วนๆ ที่เล็กกว่าเพื่อให้เข้าใจการทำหน้าที่ของส่วนร่วมวิธีการเชิงระบบอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีระบบทั่วไปซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการรวมเอาแนวทางปฏิบัติต่างๆ มารวมกันเข้าเพื่อการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

จากความหมายของนักการศึกษาหลายท่านจึงอาจสรุปได้ว่าวิธีการเชิงระบบ (Systems Approach) หมายถึงวิธีการทางความคิดที่เป็นรูปแบบซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวมทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์สังเคราะห์และวางรูปแบบการดำเนินการโดยต้องเกี่ยวพันกับรูปแบบปฏิบัติทั้งภายในและภายนอกโดยใช้ระบบมาเป็นพื้นฐานความคิด

ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบ

ในการศึกษาพฤติกรรมองค์กรจะศึกษาแนวคิดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเพียงเท่านั้นอาจจะทำให้ไม่ครอบคลุมพฤติกรรมองค์กรทั้งระบบทฤษฎีระบบจะเอื้อต่อการอธิบายพฤติกรรมองค์กรทุกระดับทั้งบุคคลกลุ่มและองค์กรดังนั้นการนำเอาทฤษฎีระบบเข้ามาใช้ในการบริหารงานด้วยเหตุผล

ที่ว่าสิ่งแวดล้อมเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและรวดเร็วองค์กรมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงยากที่จะพิจารณาถึงพฤติกรรมองค์กรได้ทุกแง่มุม Bertalanfy (1969) นำระบบชีววิทยาซึ่งเป็นระบบเปิดมาเปรียบเทียบกับสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้แต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์กรสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดังนั้นคำว่า “ระบบ” Systems จึงเป็นกลุ่มองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน และมีความเกี่ยวข้องกันในลักษณะที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพื่อกระทำการกิจกรรมให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร (ธร สุนทรายุทธ, 2554)

ทัศนะเกี่ยวกับระบบได้ให้ข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนและคลุมเครือผู้บริหารไม่อาจจะควบคุมปัจจัยการผลิตทุกอย่างได้อย่างเต็มที่ตามข้อเสนอแนะของทฤษฎีสมัยเดิมจึงมีความสำคัญที่จะต้องรับรู้และกำหนดความสัมพันธ์ด้านสภาพแวดล้อมและการออกแบบระบบย่อยภายในหน้าที่หลักของผู้บริหารอย่างหนึ่งคือการพัฒนาความสอดคล้องระหว่างองค์กรและสภาพแวดล้อมขององค์กรและการออกแบบระบบย่อยภายในที่ทำให้เป้าหมายประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและให้ความพอใจกับพนักงานแนวความคิดระบบจะให้พื้นฐานที่สำคัญในการทำความเข้าใจองค์กรจะเป็นรากฐานแนวความคิดในขั้นตอนต่อไป (สมยศนาวิกการ, 2545)

ขั้นตอนของวิธีการเชิงระบบ

วิธีการเชิงระบบมีขั้นตอนที่สำคัญเพื่อในการศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับการบริหารและการแก้ปัญหาจึงขอนำขั้นตอนวิธีการเชิงระบบของนักการศึกษา 3 ท่านที่น่าสนใจคือโอเบียนอุทัยบุญประเสริฐและเฮนรีเลมานซึ่งมีขั้นตอนวิธีการเชิงระบบกล่าวคือโอเบียนจากมหาวิทยาลัยอีสเทอร์นอวซิงตันได้ระบุไว้ในหนังสือ Management Information Systems: A Managerial and User Perspective ถึงวิธีการเชิงระบบกับการแก้ปัญหาโดยมีกิจกรรมสำคัญ 7 ประการคือ

วิธีการเชิงระบบ

1. ทำความเข้าใจปัญหา
2. รวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายปัญหาและโอกาส
3. ระบุทางเลือก/ทางเลือกในการแก้ปัญหา
4. ประเมินในแต่ละทางเลือก
5. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด
6. ปฏิบัติการตามทางเลือกที่เลือกไว้
7. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือก

การแก้ปัญหาทั่วไป

1. ระบุปัญหา/โอกาสในเชิงบริบทของระบบ
2. พัฒนาทางเลือก
3. ปฏิบัติการแก้ปัญหา

วิธีการหรือเทคนิคเชิงระบบเป็นการทำงานจากสภาพที่เป็นอยู่ไปสู่สภาพที่ต้องการของงานนั้นทั้งระบบโดยขั้นตอนที่สำคัญๆในเทคนิคเชิงระบบได้แก่

1. กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและความต้องการในการพัฒนาของระบบให้ชัดเจน
2. การกำหนดวัตถุประสงค์ย่อยที่สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการในการพัฒนา และสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์รวมของระบบใหญ่ทั้งระบบเพื่อสร้างกรอบหรือขอบเขตในการทำงาน
3. ศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมหรือข้อจำกัดในการทำงานของระบบและทรัพยากรที่หา

ได้

4. สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือวิธีการในการพัฒนา
5. ตัดสินใจเลือกทางที่เหมาะสมด้วยวิธีการที่มีเหตุผลเป็นระบบเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

6. ทดลองปฏิบัติทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้
7. ประเมินผลการทดลองหรือผลการทดสอบ
8. เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงระบบนั้นให้เหมาะสม

ยิ่งขึ้น

9. ดำเนินการเป็นส่วนของระบบปกติ

จากแนวคิดจากการนำเสนอขั้นตอนวิธีการเชิงระบบของนักการศึกษาหลายๆท่านที่กล่าวมาข้างต้นนั้นพอจะสรุปเป็นขั้นตอนหลักๆ ได้ 5 ขั้นตอน คือ

1. ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข
2. ระบุทางแก้หรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหา
3. เลือกทางแก้ไข
4. ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้
5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไปปรับปรุง

วันทนีแสนภักดี, พรทิพย์วีระสวัสดิ์และธิดาพาหอม (2553) ได้กล่าวถึงขั้นตอนของการจัดระบบงานดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์
2. กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากร
3. การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ
 - 3.1 แผนภูมิต่างๆ
 - 3.2 แผนผังการจัดองค์การ
 - 3.3 คู่มือการปฏิบัติงาน
 - 3.4 เอกสารของกิจการ

3.5 การสังเกตงาน

3.6 จากการสนทนากับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

4. การวิเคราะห์จัดระบบและปรับปรุงงาน

การประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบ

การประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบในภาพรวมนั้นอุทัยบุญประเสริฐได้สรุปขั้นตอนสำคัญๆ ไว้ 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. จะต้องทราบปัญหาที่จะต้องแก้ไขให้แน่ชัดว่าเป็นปัญหาของระบบนั้นที่แท้จริง (Need Identification and Objective Setting)
2. คิดหาวิธีการหรือแนวทางเลือก (Alternative) ในการแก้ไขอันเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ระบบและทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของระบบตลอดจนข้อจำกัดต่างๆ ที่มีต่อการทำงานของระบบ
3. เลือกวิธีการใดวิธีหนึ่งที่พิจารณาว่าเหมาะสมที่สุดดีที่สุดและนำออกปฏิบัติ (Designing and Implementing)
4. ประเมินผลการปฏิบัติ (Evaluation) เพื่อทราบผลและเพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับ
5. รับข้อมูลป้อนกลับและปรับระบบต่อไป (Feedback and Modification)

วิธีการเชิงระบบนั้นหากพิจารณาในด้านประโยชน์ที่นำมาใช้งานด้านต่างๆ แล้วจะพบว่าเหมาะกับปัญหาที่มีความซับซ้อนและลึกซึ้งเพราะจะทำให้มองเห็นทั้งภาพรวมและส่วนปลีกย่อยอย่างทั่วถึงสัมพันธ์กันเราสามารถนำแนวคิดของวิธีการเชิงระบบไปประยุกต์กับการบริหารจัดการในองค์การประเภทต่างๆ ได้เป็นอย่างดีโดยยึดสาระสำคัญและขั้นตอนการดำเนินงานของวิธีการเชิงระบบเป็นสำคัญ

สรุปได้ว่าวิธีการเชิงระบบเป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการบริหารงานในองค์การประเภทต่างๆ โดยที่พิจารณาการบริหารในลักษณะองค์รวมที่มีเป้าหมายกระบวนการระบยย่อยและองค์ประกอบต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันมีการปฏิบัติงานแลกเปลี่ยนข่าวสารเพื่อบรรลุเป้าหมายทางการบริหารประโยชน์จากการใช้วิธีการเชิงระบบคือวิธีการนี้จะเป็นการประกันว่าการดำเนินงานจะดำเนินต่อไปตามขั้นตอนที่วางไว้โดยช่วยให้การทำงานตามระบบบรรลุตามเป้าหมายโดยใช้เวลาดำเนินการและบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากที่สุดแนวคิดวิธีการเชิงระบบเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะมีบทบาทในการสร้างสรรค์งานและแก้ปัญหาในองค์การได้เป็นอย่างดีทฤษฎีระบบ (System Theory) ประกอบด้วย 4 ส่วนที่เกี่ยวข้องกันคือ (วิทยาด้านธำรงกุล, 2546)

1. ปัจจัยนำเข้า (Input)
2. กระบวนการแปรสภาพในการจัดการ (Transformation Process)

3. ผลผลิต (Product)

4. การป้อนกลับ (Feedback)

Certo (2006) ได้กล่าวถึงระบบการบริหารงานคือผู้บริหารทำหน้าที่บริหารจัดการงาน และคนซึ่งจัดเป็น “สิ่งนำเข้า” (Input) โดยผ่าน “กระบวนการ” (Process) ในกิจกรรมการวางแผนการจัดองค์การ การนำสั่งการและการควบคุมให้สามารถประสานทำงานร่วมกันไปเพื่อให้ได้ “ผลลัพธ์” (Output) ซึ่งก็คือการบรรลุถึงเป้าหมายผลสำเร็จต่างๆ ทั้งทางด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผลคุณภาพและความพึงพอใจของลูกค้าโดยที่กระบวนการบริหารจัดการนี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตลอดเวลา (พีเพิลอินไซต์, ม.ป.ป.)

สมคิด บางโม (2553) เขียนในหนังสือองค์การและการจัดการได้ให้ความหมายคำว่า การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management: RBM) คือการบริหารที่มุ่งเน้นสัมฤทธิ์ผลขององค์การเป็นหลักทุกด้านการปฏิบัติงานขององค์กรมีผลสัมฤทธิ์เพียงใดพิจารณาได้จากผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงตามเป้าหมายที่กำหนด (ผลสัมฤทธิ์ = ผลผลิต + ผลลัพธ์) ผลผลิต (Output) หมายถึงงานหรือบริการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐส่งมอบให้ประชาชนผลผลิตเป็นผลงานที่เกิดขึ้นจากการทำงานของเจ้าหน้าที่หรือเกิดจากกิจกรรมของส่วนราชการโดยตรงเช่นการสร้างถนน 10 กิโลเมตร การทำบัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้นผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึงผลที่เกิดขึ้นจากผลผลิตซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับประชาชนผู้มารับบริการเช่นประชาชนได้รับความสะดวกในการเดินทางเป็นผลลัพธ์จากการสร้างถนน เป็นต้นกระบวนการจัดการเชิงระบบมีแนวคิดว่าการจัดการมีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องกันเป็นระบบและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระเบียบต่างมีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นๆตั้งแต่ขั้นตอนป้อนเข้า (Input) ผ่านกระบวนการบริหารจัดการ (Process) จนถึงขั้นสุดท้ายคือผลสำเร็จออกมา (Output)

2.6 ทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment Theory)

แนวคิดการศึกษาเพื่อการสร้างพลัง (Empowerment Education Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง (Active participation) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างผู้เรียนให้ผู้เรียนระบุปัญหาของตนเองวิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณการมองเห็นภาพสังคมที่ควรจะเป็นและการพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการการจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าว นอกจากจะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความนับถือตนเองมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้นและทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นในแต่ละบุคคลแล้วยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มในสังคมอีกด้วย (Wallerstein & Bernstein, 1988)

ความหมายของการสร้างพลัง

การสร้างพลังเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและกว้างขวางซึ่งพบว่ามีควมยากลำบากในการให้คำจำกัดความเนื่องจากความหมายของการสร้างพลังจะแตกต่างกันไปเมื่อนำไปใช้กับบุคคลและบริบท (context) ที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

ไซมอนส์และพาร์สัน (Simons and Parsons, 1983) ได้ให้ความหมายของการสร้างพลังเป็นกระบวนการของการทำให้บุคคลมีอำนาจเพื่อที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมและทำให้การกำหนดชีวิตตนเองได้สำเร็จมันอาจจะเกิดขึ้นผ่านการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคลการเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือการเปลี่ยนโครงสร้างสังคมซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคล

แรพพอร์ท (Rappaport, 1984) ได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลกลุ่มและชุมชนมีความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเอง (Empowerment as a process by which individual organization and communities gained mastery over their lives)

วอร์เลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำทางสังคม (Social action process) ที่ส่งเสริมให้บุคคลองค์กรและชุมชนสามารถควบคุมตนเองหรือมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตนเองชุมชนและสังคม

มินเลอร์ (Minkler, 1990) กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่บุคคลกลุ่มและชุมชนมีความสามารถในการควบคุมและร่วมมือกันกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ (Empowerment is the process by which individual and communities are able to take such power and act effectively in transforming their lives and their environment)

กิบสัน (Gibson, 1991) กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นกระบวนการช่วยบุคคลในการพัฒนาความสามารถใช้วิจารณ์ญาณให้เกิดการตระหนักรู้ถึงรากเหง้าของปัญหาของตนและจัดการกับปัญหาเหล่านั้นคือเป็นลักษณะของการปฏิรูป (revolution) มากกว่าจะเป็นการปรับปรุง (reform)

โดยสรุปการสร้างพลัง (Empowerment) เป็นกระบวนการกระทำทางสังคม (Social action process) ที่ส่งเสริมให้บุคคลองค์กรและชุมชนสามารถควบคุมตนเอง (Autonomy) หรือมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตนเองชุมชนและสังคมได้ดังนั้นคำว่า “การสร้างพลัง” จึงมิได้หมายถึงการมีพลังเพื่อไปครอบงำหรือบังคับผู้อื่นแต่เป็นพลังที่จะกระทำร่วมกับผู้อื่นในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Downie, et al. 1991; Wallerstein & Bernstein, 1988)

แนวคิดหลักการในการสร้างพลัง (Core ideas)

ฮ็อต (Hawks, 1992) ได้เสนอความคิดหลักของการสร้างพลังว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่วข้องกับการทำให้เกิดพลังคือ

1. การจัดสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่นเอื้ออาหาร (nurturing and caring) ซึ่งทำได้โดยการสร้างความเป็นกันเองความไว้วางใจเชื่อมั่นเปิดเผยซื่อสัตย์การติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผยทำให้เกิดทั้งความเชื่อมั่นและการสร้างพลังบุคคลทั้งสองฝ่ายคือผู้สร้างพลังและผู้รับการสร้างพลังจะต้องมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีทักษะระหว่างบุคคล (interpersonal skill) ในการสื่อสารมีการยอมรับความเป็นบุคคลตามที่เขาเป็นอยู่และให้คุณค่าแก่บุคคล สรุปได้ว่าการสร้างสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่นและเอื้ออาหารสามารถทำได้โดยการสร้าง

- ความเชื่อมั่น
- ความซื่อสัตย์และจริงใจต่อกัน
- เปิดเผยมีการติดต่อสื่อสารแบบเปิด (Open communication)
- เคารพซึ่งกันและกัน
- สุภาพอ่อนโยน
- ยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้อื่น

2. บุคคลทั้งสองฝ่ายจะต้องมีวิสัยทัศน์ (vision) หรือจุดมุ่งหมายร่วมกันจากตัวอย่างเช่นทั้งครูและนักเรียนมีจุดมุ่งหมายร่วมกันหรือเหมือนกันคือต้องการให้เกิดการเรียนรู้หรือการประเมินผลถึงจุดมุ่งหมายทั้งครูและนักเรียนก็จะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลด้วยกัน เพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้สร้างพลังกับผู้รับการสร้างพลัง (The empowerment Hawk) จึงย้ำว่าจะมุ่งเน้นที่การบรรลุเป้าหมายมากกว่าจะเน้นที่การควบคุมผู้อื่นหรือการปฏิบัติตามกฎระเบียบไม่ว่าจะเป็นในห้องเรียนในโรงพยาบาลหรือในชุมชนใดๆ ก็ตามการสนับสนุนให้เกิดพลังย่อมต้องมุ่งเน้นที่การกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจร่วมกัน (mutual goal-setting and decision making)

3. ข้อผูกพันระหว่างทั้งสองฝ่ายที่จะตกลงร่วมกันในการดำเนินกระบวนการผู้สร้างพลังต้องมีความปรารถนาในการหาทางเลือกหลายๆหนทางสำหรับผู้รับการสร้างพลังและทำการกระตุ้นให้กำลังใจในการมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจเป้าหมายของการสร้างพลังคือผู้รับการสร้างพลังจะมีความสามารถในการกำหนดและบรรลุเป้าหมายเพิ่มขึ้นซึ่งเป้าหมายนั้นอาจเป็นได้ทั้งของบุคคลและของสังคม

กระบวนการเกิดของการสร้างพลัง

คิบบเฟอร์ (Kieffer, 1984) ได้วิเคราะห์ขั้นตอนในกระบวนการเกิด Empowerment แล้วระบุว่าสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ

1. ระยะเริ่มแรก (Era to entry) เปรียบเทียบคล้ายระยะพัฒนาการของเด็กทารก (infant) ที่บุคคลยังเสาะแสวงหายังไม่เกิดความร่วมมือยังไม่เห็นทิศทางและยังไม่แน่ใจในระยะนี้โครงสร้างของอำนาจ (Authority) และพลังจะยังไม่ชัดเจน

2. ระยะเวลาของความก้าวหน้า (Era of advancement) เป็นระยะของการสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจและการได้รับการเกื้อหนุนจากกลุ่มเพื่อนเป็นระยะที่ให้โอกาสในการร่วมกันและช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันการแก้ปัญหาได้รับความช่วยเหลือจากผู้มีอำนาจอื่นๆ ระยะเวลาเปรียบเสมือนพัฒนาการของเด็กโต

3. ระยะเวลาการร่วมมือกัน (Era of incorporation) เป็นระยะที่แสดงการเผชิญหน้าและยืนยันในสภาพการที่ดำรงอยู่ระยะนี้จะมีการพัฒนาทักษะการบริหารจัดการองค์การความเป็นผู้นำและทักษะการอยู่รอดระยะนี้คล้ายพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นหรือหนุ่มสาว

4. ระยะเวลาได้ข้อตกลงร่วมกัน (Era of commitment) คล้ายระยะพัฒนาการวัยผู้ใหญ่คือระยะที่บุคคลผสมผสานความรู้และทักษะใหม่ๆ ของตนมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นโลกแห่งความเป็นจริงได้สำเร็จซึ่ง Kieffer กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่สำคัญมากและใช้ความอุตสาหะ (labour intensive process)

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง

การศึกษาเพื่อสร้างพลังมีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้ซึ่งประยุกต์ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการสร้างพลังในแกนนำนักเรียน (Bishop, et al. 1988; Arnold & Bruke 1983; Dusit Duongsaa and Usa Duongsaa 1994 cited in Nittaya Pensirinapa, 1995)

1. การเรียนการสอนที่เน้นการสร้างพลังให้แก่บุคคลโดยการสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมและเชื่อว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง ชุมชนและสังคมได้ การเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของผู้เรียนแล้วให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์โดยใช้วิจารณญาณเพื่อโยงปัญหาต่างๆ ของบุคคลเข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุการเกิดความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่หรือที่จะกระทำในอนาคตให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. การเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงโดยควรส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุกๆ ขั้นตอนตั้งแต่การเลือกประเด็นในการเรียนรู้ที่เป็นที่สนใจและมีความสำคัญต่อผู้เรียน การวางแผนกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการสนทนาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้การประเมินผลตนเอง ตลอดจนการประเมินผลโครงการ

3. การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม (Collective Learning) คือการที่ทุกคนสอนทุกคน เรียนโดยครูจะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้หรือประสานงานแทนการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามบทบาทเดิมการที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากจะทำให้แต่ละคนได้เกิดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้วยังช่วยให้รู้สึกการเป็นกลุ่มมีการคิดและกระทำร่วมกันซึ่งการรวมกลุ่มกันนั้นจะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่ามีพลังสนับสนุนมากพอที่จะทำการแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ

4. การเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโดยจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติ ความรู้สึกและทักษะซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

5. การเรียนรู้มีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียนเนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากประสบการณ์จริงและการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง

6. การเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่นโดยจะมีการปรับเนื้อหาวิธีการและสื่อการเรียนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เรียนและกลุ่มทำให้ผู้เรียนไม่รู้สึกว่าคุณบังคับใจให้เรียนรู้ในสิ่งที่ขาดความเกี่ยวข้องและสำคัญกับตนหรือถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ตนเองไม่มีความสามารถ

7. หลักสูตรการเรียนการสอนต้องมีการกำหนดเป้าประสงค์ที่ชัดเจนซึ่งจะช่วยให้สามารถเลือกใช้ขั้นตอนเทคนิคเครื่องมือและกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อจะทำให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้และบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว

8. การเรียนการสอนที่มีความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ

จากหลักการที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการศึกษาเพื่อสร้างพลังมิใช่เป็นเพียงเทคนิคการสอนที่จะต้องถูกเลือกมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ (เช่นเหมาะสมกับเนื้อหาวัตถุประสงค์จำนวนผู้เรียน ฯลฯ) และมีใช่เป็นการนำเอาเทคนิคการสอนหลายๆอย่างมารวมกันไว้แต่การศึกษาเพื่อสร้างพลังเป็นปรัชญาและทฤษฎีในการจัดการศึกษาให้แก่บุคคลเนื่องจากเทคนิคการสอนแบบต่างๆ (เช่น การแสดงบทบาทสมมติการอภิปรายกลุ่มย่อย) สามารถนำไปใช้กับการสอนตามแนวคิดใดๆ ก็ได้เช่น การใช้เทคนิคการสอนบางอย่างโดยครูที่มีแนวคิดการสอนแบบดั้งเดิมจะทำให้นักเรียนขาดความสนใจและเกิดการพึ่งพาหรือถูกกดพลังลงได้ดังนั้นการนำเทคนิคการสอนต่างๆ ไปใช้อาจทำให้ผู้เรียนรู้สึกมีพลังหรือไร้พลังได้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและความสามารถของผู้นำเทคนิคเหล่านั้นไปใช้และนำไปใช้กับใคร (Bishop et al., 1985; Shor & Freire, 1987)

องค์ประกอบการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

องค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้ในการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่เป็นวงจรต่อเนื่องดังกล่าวซึ่งประยุกต์มาจากโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสามารถแบ่งย่อยออกเป็น 5 ขั้นตอนคือ (Bishop, et al. 1988: cited in Nittaya pensirinapa,1995)

1. ประสบการณ์ (Experiencing) ประสบการณ์นับว่าเป็นแกนและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้โดยประสบการณ์ในที่นี้หมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่บุคคลเป็นอยู่กระทำรู้สึกมองเห็นหรือได้ยินเช่นในการฝึกอบรมแกนนำสามารถให้แกนนำเริ่มต้นการเรียนรู้จากการเล่าหรือเขียนเรื่องราวของบุคคลใกล้ชิดครอบครัวที่มีปัญหาการเป็นโรคมะเร็งไตไปไม้ดับ หรือโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือมะเร็งตับที่แกนนำพบเห็นจริงในชีวิตประจำวันหรือการพากลุ่มแกนนำไปศึกษาดูงานที่ครอบครัว

ตัวอย่างที่มีญาติป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อให้ได้เห็นหรือพูดคุยหรืออาจจำลองประสบการณ์จริงหรือความสำคัญต่อผู้เรียนออกมาในรูปภาพยนตร์การแสดงบทบาทสมมติภาพฉาย ฯลฯ มาใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่บุคคลมีอยู่แล้วให้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละคนจะนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มประสบการณ์ที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีจะต้องเป็นจริงและเป็นรูปธรรมมากที่สุด

2. ระบุประสบการณ์ (Naming experience) เป็นกระบวนการที่ให้ผู้เรียนระบุและพรรณนาประสบการณ์ (จากขั้นตอนที่ 1) ว่ามีอะไรเกิดขึ้นตัวเองพูดหรือทำอะไรและรู้สึกอย่างไรบ้างและคิดว่าผู้อื่นพูดหรือทำอะไรและรู้สึกอย่างไรประสบการณ์นี้มีความสำคัญอย่างไรเช่นภายหลังจากการชมวีดิทัศน์ของกลุ่มแกนนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้แกนนำเหล่านั้นพูดเล่าในกลุ่มถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อครอบครัวคนป่วยเหล่านั้นตลอดจนสิ่งที่แกนนำได้เรียนรู้จะสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างไรซึ่งการที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกค่านิยมที่มีต่อประสบการณ์ดังกล่าวร่วมกับผู้อื่นจะทำให้เกิดความเชื่อมโยงเรื่องนั้นๆ เข้ากับชีวิตของตนและของคนในหมู่บ้านมองเห็นว่าสิ่งที่เรียนมีความสำคัญต่อตนและชุมชนของตนเองซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

3. การวิเคราะห์ (Analysis) คือกระบวนการที่ผู้เรียนพยายามทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ระบุในขั้นที่ 2 ด้วยการคิดอย่างไตร่ตรองว่าใครคือผู้มีอิทธิพลในเหตุการณ์ดังกล่าวใครเป็นผู้ตัดสินใจและการตัดสินใจนั้นเกิดผลกระทบต่อใครบ้างผู้เรียนเคยมีประสบการณ์อะไรที่เกิดขึ้นในทำนองเดียวกันเช่นการที่ให้แกนนำคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้คนส่วนใหญ่ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดีตลอดจนการให้แกนนำเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิดของตนที่มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องหรือพฤติกรรมเสี่ยงเป็นต้นเป้าหมายของกระบวนการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้คือการช่วยให้แต่ละกลุ่มเกิดความเข้าใจและมีความกระจำจัดในอิทธิพลและความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้นๆ ได้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง

4. การวางแผน (Planning) คือเป็นขั้นตอนต่อมาที่ให้ผู้เรียนคิดหาวิธีการที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยเมื่อผู้เรียนเกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วจะไม่จบลงด้วยความรู้สึกไม่สามารถเข้าไปแก้ไขอะไรได้แต่ผู้เรียนจะต้องตั้งคำถามกับตนเองว่าต้องการจะทำอะไรและจะทำอย่างไรต่อสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ พร้อมทั้งกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อไปเช่นภายหลังจากการที่แกนนำได้เรียนรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและคิดว่าตนเองและกลุ่มในฐานะผู้นำของหมู่บ้านจะมีบทบาทอย่างไรในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาดังกล่าวตลอดจนมีการวางแผนการดำเนินการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนต่อไป

5. การปฏิบัติ (Doing) เป็นขั้นตอนของการกระทำซึ่งจะรวมถึงการทดสอบการ ค้นหาข้อเท็จจริงและการลงมือปฏิบัติสำหรับแกนนำที่ได้มีการกำหนดบทบาทและวางแผนกิจกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ตามแผนที่ได้วางไว้โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของแกนนำจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป

การวัดผลการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

เนื่องจากความหมายของการสร้างพลังมีหลายมิติตามที่ได้กล่าวมาแล้วทำให้เกิดความ สับสนในการวัดวอร์เลอร์สตี้น (Wallerstein, 1994) ได้เสนอแนะว่าการวัดการสร้างพลัง (measurement of empowerment) ควรวัดให้สอดคล้องกับแนวคิดของกระบวนการเปลี่ยนแปลง ของการศึกษาเพื่อสร้างพลังดังนี้

1. แนวคิดแรกคือการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในกิจกรรมการศึกษาหรือการกระทำ กิจกรรมร่วมกันในชุมชนจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ในคุณค่าและความสามารถของตนตลอดจนเกิด ความเชื่อว่าจะสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาที่ประสบอยู่ได้ซึ่งตัวแปรที่สามารถทำการ วัดได้คือการนับถือตนเอง (Self – esteem) ความเชื่อในความสามารถ (Self – efficacy) ที่จะ ควบคุมหรือเข้าร่วมในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2. แนวคิดที่สองคือผลพลอยได้ (Outcome related) ที่เกิดจากการที่บุคคลได้ รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมซึ่งอาจทำการวัดเครือข่ายทางสังคมแรงสนับสนุนทางสังคมหรือความพึงพอใจ ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์หรือรวมกลุ่มกันในชุมชน

3. แนวคิดที่สามคือผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมหรือสภาวะสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้ถูกนำเสนอโดยนักวิชาการหลายท่าน และส่วนมาก จะเป็นการนำเสนอกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่การเสริมสร้างพลังอำนาจของ คอนเจอร์ และ คาร์นุโก (Conger & Kanungo, 1988) และเทรซี (Tracy, 1994) ส่วนทฤษฎีการเสริมสร้างพลัง อำนาจที่ได้รับความนิยมและตีพิมพ์อย่างแพร่หลายคือแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเตอร์ (Kanter) ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Conger & Kanungo

คอนเจอร์ และ คาร์นุโก (Conger & Kanungo, 1988) กล่าวถึงการเสริมสร้าง พลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการสำหรับองค์กรที่ใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดย เชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ถ้าได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้บังคับบัญชาและเมื่อ บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ย่อมส่งผลถึงการปฏิบัติงานที่ดีและมีประสิทธิภาพ คอน เจอร์ และ คาร์นุโกได้เสนอกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ (Conditions leading to a psychological state of powerlessness) คอนเจอร์ และคาร์นุโกกล่าวไว้ว่า ภาวะไร้อำนาจของผู้ปฏิบัติงานสามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ คือ

1) ปัจจัยด้านองค์กร (Organizational factors) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบาย ระบบการบริหารงาน และการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการแข่งขัน

2) การนิเทศงาน (Supervision) เช่น การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างใกล้ชิด การลงโทษเกินกว่าเหตุ และการใช้อำนาจมากเกินไปในการดูแลผู้ปฏิบัติงาน

3) การระบบการให้รางวัล (Reward system) เช่น การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งตามความพอใจของผู้บริหาร การให้ค่าตอบแทนต่ำกว่าวิชาชีพอื่นๆ และ

4) ลักษณะงาน (Nature of job) เช่น บทบาทหน้าที่ในแต่ละงานไม่ชัดเจน ขาดอิสระในการปฏิบัติงาน และขาดทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกไร้อำนาจ หดพลังที่จะต่อสู้กับงานที่มีปริมาณมากและต้องใช้ความรับผิดชอบสูงในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อรักษาชีวิตของมนุษย์ แรงจูงใจในการทำงานลดลง ความพึงพอใจเริ่มน้อยลง ขาดความสนใจในงาน ลักษณะดังกล่าวส่งผลเสียต่อตัวผู้ปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพของหน่วยงาน และองค์กร

ขั้นที่ 2 การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ (The use of managerial strategies and techniques) ในขั้นตอนนี้เป็นการนำปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้อำนาจของผู้ปฏิบัติมาดำเนินการแก้ไข กลยุทธ์ที่คอนเจอร์ และคาร์นุโกเสนอไว้ คือ

1) การบริหารอย่างมีส่วนร่วม (Participative management) ซึ่งหมายถึงการที่ผู้บริหารสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการวางแผน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติหรือการแก้ปัญหาของหน่วยงาน

2) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ในการบริหารงาน แต่ละหน่วยงานจะมีการกำหนดเป้าหมายของตนเอง ถ้าผู้บริหารเป็นผู้กำหนดฝ่ายเดียวโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนร่วม พลังอำนาจในการปฏิบัติย่อมจะไม่เกิดขึ้น เมื่อหน่วยงานเป็นของทุกคนที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นทุกคนก็ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งเป็นการสร้างความสามัคคี และมีเป้าหมายเดียวกันในการทำงานเพื่อองค์กร

3) ระบบการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback system) ในการทำงานร่วมกัน เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นหรือมีการประเมินผลงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินเฉพาะบุคคล เฉพาะกลุ่มหรือทั้งหน่วยงาน ก็ควรมีการบอกผลให้ทุกคนได้รับทราบ จะได้มีการแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้น และถ้าเป็นผลในทางที่ดี ผู้ปฏิบัติก็จะรู้สึกดีใจที่ได้รับทราบและทำให้เกิดกำลังใจในการทำงานอย่างไร้

ตาม ผู้บริหารก็ควรให้ข้อมูลป้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่ายากจะปรับปรุงแก้ไข ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการให้ข้อมูลป้อนกลับด้วย

4) การเป็นตัวอย่างที่ดี (Modeling) ในการที่ผู้บริหารจะจงใจให้ผู้อื่นปฏิบัติงาน ผู้บริหารต้องปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกทุกคนในหน่วยงานก่อน เพราะการที่หัวหน้าเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกน้อง ลูกน้องจะไว้วางใจ ให้ความศรัทธาแก่หัวหน้า และเลียนแบบหรือปฏิบัติตามในที่สุด

5) การเสริมแรง (Contingent/competence-based reward) ในการปฏิบัติงาน บางครั้งการจงใจด้วยวัตถุประสงค์เดียว อาจไม่สามารถทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจได้ การเสริมแรงทางบวก โดยเฉพาะเรื่องที่มีผลต่อจิตใจ เช่น การยกย่องชมเชย ยอมรับในความสามารถของผู้ปฏิบัติ และการให้อิสระในการปฏิบัติงาน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงเสริมที่จะให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกเต็มใจ และภาคภูมิใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ และ

6) การเพิ่มคุณค่าในงาน (Job enrichment) เป็นการเพิ่มงานและความรับผิดชอบให้ผู้ปฏิบัติงานในการวางแผน ออกแบบงาน และประเมินผลงานด้วยตัวของผู้ปฏิบัติงานเอง แทนที่จะเป็นหน้าที่ของผู้บริหารและให้พนักงานปฏิบัติงานอย่างเดียว การเพิ่มคุณค่าในงานเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มแรงจูงใจในงาน

ขั้นที่ 3 การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (To provide self-efficacy information to subordinates) เป็นการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่ายากกว่าตนเอง มีศักยภาพเพียงพอต่อความรับผิดชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และสามารถทำงานนั้นได้สำเร็จ โดยอาศัย

1) การไปสู่เป้าหมาย (Enactive attainment) ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสได้รับรู้และทดสอบการมีทักษะและความสามารถในงานที่เพิ่มขึ้นของตนตามลำดับ

2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การสะสมประสบการณ์เป็นการนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติงานวิธีการหนึ่ง โดยศึกษาจากผู้มีประสบการณ์ เช่น การมีพยาบาลพี่เลี้ยงคอยอำนวยความสะดวก ชี้แนะ และให้คำปรึกษาการทำงาน ของน้องจบใหม่ เป็นต้น

3) การจูงใจด้วยวาจา (Verbal persuasion) เป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน เช่น การสอบถามปัญหาและอุปสรรคการทำงานที่ผู้บริหารพร้อมจะแก้ไขหรือให้การสนับสนุน การให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถเพียงพอที่จะทำงานได้สำเร็จและ

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) บางครั้งผู้ปฏิบัติงานอาจทำงานด้วยความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความเก้บกด ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่ายากกว่าตนเองมีความสามารถต่ำ ถ้าผู้บริหารสามารถลดความรู้สึกเหล่านี้ได้ ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึก

ว่าตนเองมีความ สามารถมากขึ้น ในขั้นตอนการเพิ่มการรับรู้ความสามารถนี้ ต้องดำเนินควบคู่กับการ ขจัดปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติไร้อำนาจที่กล่าวไว้แล้วในขั้นที่ 1

ขั้นที่ 4 ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Results in empowering experience of subordinates) เมื่อผู้บริหารสามารถขจัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจของผู้ปฏิบัติงานได้ โดยมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในงานและการช่วยให้ผู้ปฏิบัติรับรู้ถึงสมรรถนะในตน จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีความแข็งแกร่ง (Strengthening of effort) มีความคาดหวังในผลการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น (Performance expectancy) และ เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ (Belief in personal efficacy) ในการทำงานให้สำเร็จ

ขั้นที่ 5 พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Leading to behavioral effects) เมื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อให้เกิดพลังในตัวผู้ปฏิบัติแล้ว ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจยังทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน เช่น เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Initiative) และมีความอดทนต่อการทำงานที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมาย (Persistence of behavior to accomplish task objectives)

2. แนวคิดขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจของเทรซี

เทรซี (Tracy, 1990) ได้กำหนดขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ (Clearly define responsibilities) ของผู้ปฏิบัติงานและร่วมกันกำหนดเป้าหมายและภารกิจขององค์กร
2. มอบหมายอำนาจหน้าที่ (Delegate authority) ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามขอบเขตของงานที่ได้รับมอบหมาย
3. กำหนดมาตรฐานการทำงาน (Set standard of excellence) องค์กรต้องให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานไปถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้
4. มีการฝึกอบรมและการพัฒนา (Training and development) ให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเองและการทำงานตามความสนใจและความสามารถ
5. ให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide knowledge and information) เกี่ยวกับองค์กรที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน
6. ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Give feedback) เกี่ยวกับการทำงาน
7. ให้การยกย่องยอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน
8. ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ
9. ยอมรับข้อผิดพลาด (Permission to fail) ผู้บริหารพร้อมที่จะยอมรับความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น โดยร่วมรับผิดชอบกับผู้ปฏิบัติงาน

10. ให้เกียรติและเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน (Respect)

3. ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กร ของคานเตอร์

คานเตอร์ (Kanter, 1993 cited in Laschinger, et. al., 1999) เจ้าของทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กร (Kanter's Theory of Organization Empowerment) เสนอว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นข้อกำหนดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อพฤติกรรมขององค์กรและทัศนคติของบุคคล ซึ่งถูกหล่อหลอมขึ้นมาจากการที่บุคคลมีตำแหน่งสูงขึ้น ทำให้มีอำนาจที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารแหล่งสนับสนุน แหล่งประโยชน์ซึ่งจะทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไป อำนาจดังกล่าวจะได้รับมาจาก 2 แหล่งคือ

1. อำนาจที่เป็นทางการ (Formal power) เป็นอำนาจที่พบในการทำงานที่มีรูปแบบที่เห็นได้ชัดเจนในองค์กร คืองานที่มีความยืดหยุ่น งานที่เป็นที่ยอมรับ งานที่ตัดสินใจด้วยความรอบคอบ งานที่มีความคิดสร้างสรรค์และมีการพัฒนา มีความสัมพันธ์กับกระบวนการร่วมมือสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

2. อำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal power) เป็นอำนาจที่พัฒนามาจากความสัมพันธ์ของบุคลากรที่มีความสำคัญในองค์กร เป็นอำนาจที่แต่ละคนมีอยู่ในตำแหน่งต่างๆ ในองค์กร เช่น บุคคลที่เกี่ยวข้องทางการเมือง ผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นต้น

อำนาจทั้งสองส่วนนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การได้รับทรัพยากร หมายถึงความสามารถในการจัดหาสิ่งที่เป็นจำเป็นในการสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ดังนี้

1.1 ปัจจัยภายนอกประกอบด้วยวัสดุอุปกรณ์ (Material) เงินทุน (Fund) ขอบเขต (Space) และเวลา (Time) ซึ่งวัสดุอุปกรณ์ หมายถึง อาคารสถานที่ ที่ให้ความสะดวกหรือเอื้อต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย เงินทุน หมายถึง งบประมาณที่องค์กรจัดสรร เพื่อใช้ในกิจกรรมของแต่ละแผนก ขอบเขต หมายถึง การเปิดช่องว่างให้กว้าง เพื่อให้บุคคลได้ปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถส่วน เวลา หมายถึง การใช้เวลาที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

1.2 ปัจจัยภายในประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองด้านบวก ทักษะการรับรู้ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน สิ่งเหล่านี้ถือเป็นทรัพยากรภายในที่ผู้นำควรสนับสนุน ส่งเสริม ให้เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถนำทรัพยากรภายนอก ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย เป็นการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน เนื่องจากได้รับการตอบสนองความ

ต้องการในการปฏิบัติงาน มีความผูกพันในงาน และทุ่มเทให้กับงานอย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์ขององค์กร และมีความสุขในการทำงาน

2. ด้านการได้รับการสนับสนุน หมายถึง การที่ผู้บริหารสนับสนุนและส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้การยอมรับและเห็นชอบตามกฎหมาย ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและหมู่คณะเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และเป็นการสร้างเครือข่ายในการทำงาน รวมไปถึงการที่ผู้บริหารสนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (Porter-O'Grady, 1986) ได้แก่การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ให้โอกาสตัดสินใจแก้ปัญหาการปฏิบัติงานพัฒนางาน หรือปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน (feedback) การยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานการยอมรับในความผิดพลาดการแสดงความพึงพอใจในงานที่ทำสำเร็จการแสดงความห่วงใย รับฟัง และเข้าใจปัญหาทุกด้านของบุคลากรตลอดจนการแสดงไมตรีจิต ยิ้มแย้ม และให้ความเป็นกันเองกับบุคลากรการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา จะทำให้บุคลากรรู้สึกสุขใจ และมีคุณค่า มีการรับรู้ถึงการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานเป็นแรงจูงใจให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานแล้ว ย่อมมีขวัญและกำลังใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ มีความกระตือรือร้น ขยันหมั่นเพียรและยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

3. ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งได้แก่ ข้อมูลความรู้ทางเทคนิค ทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน และข่าวสารการเมือง ข้อมูลข่าวสารที่ผู้บริหารควรแบ่งปันให้ผู้ปฏิบัติ ควรเป็นข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจ และวางแผนในการดำเนินการและได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้การเคลื่อนไหวภายในองค์กร ทราบนโยบายและการตัดสินใจขององค์กร ข้อมูลข่าวสารที่ได้ ควรมีการสื่อสารแบบสองทาง ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน และทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิผลขององค์กรในทางตรงข้ามถ้าผู้ปฏิบัติไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพียงพอ และไม่ทราบว่ามิอะอะไรเกิดขึ้นบ้างในองค์กร (Gunden&Crissman, 1992) ผู้ปฏิบัติจะรู้สึกผิดหวัง ไม่พอใจกับการกระทำของผู้บังคับบัญชา ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานและประสิทธิผลขององค์กรต่ำลง

4. การได้รับโอกาส ผู้บริหารต้องตระหนักถึงการเติบโตและความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่และการทำงาน รวมทั้งโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้วยการได้รับโอกาสนี้คานเตอร์ (Kanter, 1977) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

4.1 การได้รับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) การส่งเสริมสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในการเลื่อนตำแหน่ง พิจารณาความดีความชอบ เลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งอย่างยุติธรรม ให้โอกาสก้าวหน้าในการปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้น

4.2 การได้รับความเพิ่มพูนทักษะความสามารถ (Competence and skill) การให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานในการไปอบรม เพิ่มพูนความรู้ในการประชุมวิชาการ การศึกษาดูงาน หรือลาศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

4.3 การได้รับการยกย่องชมเชยและการยอมรับ (Reward and recognition) การให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานดี โดยการกล่าวคำยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณ หรือให้รางวัล เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกตัวเองมีคุณค่า

ในระยะแรก คานเตอร์ (Kanter, 1993) ได้เน้นให้เห็นความสำคัญขององค์กรหรือระบบว่ามีส่วนสำคัญที่จะช่วยสร้างจิตสำนึกและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงมีการเสนอแนะให้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการ เนื่องจากปัญหาในหน่วยงานจะไม่สามารถแก้ไขได้ลำพังเพียงใครคนใดคนหนึ่งและต่อมากานเตอร์ได้เสนอโครงสร้างปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ทักษะ และประสิทธิผลของผู้ปฏิบัติว่าประกอบด้วยอำนาจและโอกาส อำนาจในที่นี้ ได้มาจากการได้รับการสนับสนุน การได้รับข่าวสาร การได้รับทรัพยากร และความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และสำหรับปัจจัยโอกาส ได้แก่ การได้รับความก้าวหน้า การได้รับเพิ่มพูนทักษะและความสามารถในการได้รับรางวัลและการยอมรับ ทั้งสองปัจจัยทำให้เกิดประสิทธิผลของงาน ซึ่งขึ้นอยู่กับการคงอยู่ หรือลาออกจากงานของลูกจ้าง

แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ

ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานนั้น ต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งด้านโครงสร้างและด้านจิตใจไปพร้อม ๆ กันโฮโนลด์ (Honold, 1997) และจากผลการวิจัยหลายเรื่องที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างเป็นส่วนที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ และ การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ จะส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในขณะที่บางงานวิจัยระบุว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างจะส่งผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจในงานเท่านั้น (Lashinger et al., 2004) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างพลังซึ่งเป็นแรงจูงใจภายในให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น การรับรู้ถึงความสามารถของตน การรับรู้ว่าคุณมีความสำคัญต่องาน และงานมีความหมายต่อตนเอง เป็นต้น

คอนเจอร์ และ คาร์นุโก (Conger & Kanungo, 1988) ได้กล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งด้านโครงสร้างและด้านจิตใจ โดยด้านโครงสร้างผู้บริหารจะเน้นการบริหารจัดการ ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ ซึ่งถือว่าเป็นด้านของจิตวิทยา จะเน้นการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความสำคัญของงานและของตนเองที่มีต่องานนอกจากแนวคิดของคอนเจอร์ และ คาร์นุโกแล้ว โทมัสและเวลเฮาส์ (Thomas & Velthouse, 1990) และสพริสเซอร์ (Spreitzer, 1995) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจเช่นกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของโทมัสและเวลเฮ้าส์

โทมัสและเวลเฮ้าส์ (Thomas & Velthouse, 1990) ได้เสนอรูปแบบการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในของบุคคล และผลของงานที่ได้จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในบทบาทของบุคคลนั้นๆ และเป็นการให้ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานในด้านการรับรู้ความหมายของงาน ความสามารถของตนเองในการทำงาน ซึ่ง โทมัสและเวลเฮ้าส์ได้เสนอแบบแผนการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Cognitive model of empowerment) ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นเหตุการณ์แวดล้อม (Environmental events) พฤติกรรม (Behavior) และ การวัดประเมินงาน (Task assessment)

ตามแนวคิดแบบแผนการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในส่วนของเหตุการณ์แวดล้อม (Environmental events) จะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งบุคคลแวดล้อมตัวเราด้วย เช่น หัวหน้างาน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อนสนิท การจัดฝึกอบรม เป็นต้น เหตุการณ์แวดล้อม จะส่งผลต่อการประเมินงาน ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบต่องาน (Impact) เป็นการประเมินระดับของพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำงาน เช่น ความตั้งใจในการทำงาน เป็นต้น 2) ความสามารถในงาน (Competence) เป็นการประเมินระดับความสามารถในการทำงานให้สำเร็จ 3) ความหมายของงาน (Meaningfulness) เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องานรวมถึงความใส่ใจต่องานที่ได้รับมอบหมาย และ 4) โอกาสทางเลือก (Choice) เป็นการประเมินความรับผิดชอบในการกระทำของแต่ละบุคคล การเลือกและคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน เมื่อได้รับการประเมินผลอย่างใดอย่างหนึ่ง จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการทำงานที่แตกต่างกัน เช่น มีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น (Activity) มีสมาธิมุ่งมั่นในการทำงาน (Concentration) การแสดงออกถึงความคิดริเริ่มใหม่ๆ (Initiative) ความสามารถในการเผชิญกับปัญหา (Resiliency) และการมีพฤติกรรมยืดหยุ่น (Flexibility) ปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน และพฤติกรรมเหล่านี้ก็สามารถส่งผลไปถึงเหตุการณ์แวดล้อมด้วย เช่น ถ้าได้รับการประเมินออกมาดี หัวหน้าจะให้ความไว้วางใจมากขึ้น แต่ถ้าผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ หัวหน้าต้องดูแลบุคคลนั้นอย่างเคร่งครัดมากขึ้น

2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของสพริสเซอร์ (Spreitzer)

สพริสเซอร์ Spreitzer (1995) ได้เสนอองค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ ซึ่งผ่านการทดสอบการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบยืนยัน (Confirmatory factor analysis) พบว่า มี 4 องค์ประกอบตรงตามที่โทมัสและเวลเฮ้าส์ (Thomas & Velthouse, 1990) ได้ระบุไว้ คือ การรับรู้ความหมายของงาน ความสามารถในการทำงาน การตัดสินใจด้วยตนเอง และผลกระทบต่อหน่วยงาน ซึ่งสพริสเซอร์ (Spreitzer, 1995) ให้ความหมายไว้ดังนี้

1. การรับรู้ความหมาย (Meaning) หมายถึง การให้คุณค่ากับเป้าหมายของงาน ความต้องการบทบาทในงานที่สอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าเป็นงานที่มีความสำคัญ และมีความหมายต่อตนเอง
2. ความสามารถในการทำงาน (Competence) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีทักษะ และสามารถทำงานได้ประสบความสำเร็จ
3. การตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการตัดสินใจ คิดริเริ่มสร้างสรรค์งานได้ และควบคุมการทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเอง
4. ผลกระทบต่อหน่วยงาน (Impact) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้บริหารในฐานะผู้นำ

สจิวต (Stewart (1994) กล่าวว่าในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทที่สำคัญที่ผู้บริหารต้องใช้ในการบริหารจัดการและการนำผู้ปฏิบัติงานมีดังนี้

1. การเสริมสร้าง (Enabling) ผู้บริหารต้องมีความสามารถในการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นและเพียงพอต่อการปฏิบัติของบุคลากร เช่น เวลา เงิน วัสดุ อุปกรณ์และบุคลากร นอกจากนี้ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้แสดงความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ มีความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการเตรียมผู้ปฏิบัติงานให้มีความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะ มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการทำงาน ตลอดจนได้รับการฝึกอบรม อีกทั้งโอกาสแสดงความสามารถ
2. การอำนวยความสะดวก (Facilitating) ผู้บริหารต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอในการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่มาขัดขวางการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ ตลอดจนจัดระบบภายในองค์กรที่ส่งเสริมความมีอิสระในการปฏิบัติงาน
3. การให้คำปรึกษา (Counseling) ผู้บริหารต้องสามารถให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน ให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
4. การให้ร่วมมือ (Collaborating) ผู้บริหารต้องไม่อาศัยอำนาจจากตำแหน่งหน้าที่สั่งการให้ผู้ปฏิบัติงานตามคำสั่ง แต่ควรใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและให้ความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ
5. การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) ระบบพี่เลี้ยง มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติ ทั้งในด้านความรู้และความชำนาญ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน สร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของงาน อีกทั้งยังเป็นความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

6. การสนับสนุน (Supporting) ผู้บริหารมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ให้มีความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกรณีทำงานไม่ประสบความสำเร็จหรือทำงานผิดพลาด

นอกจากนี้ กูเดนและคริสแมน (Gunden & Crissman, 1992) ได้กล่าวถึงทักษะของผู้นำ เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

1. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้นำต้องสร้างและคงไว้ซึ่งความไว้วางใจ โดยเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้จักกาลเทศะ มีความซื่อสัตย์ รักษาข้อผูกพันและสัญญา
2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ผู้นำจะต้องได้รับข้อมูลย้อนกลับว่ารูปแบบการทำงานเป็นอย่างไร มีข้อดี ข้อเสีย หรือมีสิ่งใดบ้างที่ต้องปรับปรุง
3. การสอนและการปฏิบัติเป็นแบบอย่าง (Teaching coaching and role modeling) ผู้นำสามารถสอนและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ปฏิบัติงาน
4. การติดต่อสื่อสาร (Communication) ผู้บริหารควรใช้การสื่อสารสองทาง โดยสื่อสารได้หลายรูปแบบ เช่น การประชุมย่อย การพบปะกันในแผนก การประชุมปรึกษา เพื่อให้ได้รับข่าวสารร่วมกัน
5. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ควรมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ทุกคนรู้สึกถึงการมีส่วนร่วม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของงาน ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า
6. การสนับสนุนในทางบวก (Positively support) ผู้นำจะต้องสร้างหรือให้คำแนะนำเชิงสร้างสรรค์ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติในการสร้างรูปแบบทางความคิด เพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงาน

สรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ เป็นการคำนึงถึงการเสริมแรงทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจนี้มีผู้เสนอแนวคิดไว้คล้ายคลึงกัน คือ แนวคิดของ โทมัส และ เวลเฮาส์ (Thomas & Velthouse, 1990) และ สปริตเซอร์ (Spreitzer, 1997) ที่ต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ความหมายของงาน รับรู้ความสามารถในการทำงานของตนเอง สามารถตัดสินใจเองได้ และ รับรู้ว่าตนเองมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้จักคุณค่าของตนเอง เพิ่มสมรรถนะของตน และเกิดความพึงพอใจในงานซึ่งในงานวิจัยนี้จะจัดโปรแกรมสร้างพลังแก่นักเรียน เพื่อให้เขาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและศักยภาพในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยเรียน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา

2.7 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support Theory)

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (House, 1985 อ้างใน สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำ สวัสดิ์, 2539)

1. ความหมาย แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แคพแพลน (Caplan, 1976) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการพิลิสุก (Pilisuk, 1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982) หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

3.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวังดี
ในสังคมอย่างจริงจัง

3.2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่ามีค่า และเป็นที่ยอมรับ
ในสังคม

3.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
และมีประโยชน์แก่สังคม

3.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ
สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม แฮาส์ (House อ้างใน Babara A. Israel ,
1985) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

4.1 Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความ
พอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้
ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการ
บอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การ
ให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4.4 Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ
เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

5. ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb,
1985) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

5.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วม
ร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความ
สมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ใน
สังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนา
หมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของ
เครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่ม

เพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

5.3 ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยาและสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

6. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัยพอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

6.1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme, 1979 อ้างใน Minkler, 1981) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจการศึกษาของ คอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976 and Cassel 1961 อ้างใน Berkman and Syme, 1979) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

6.1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ (Burgler อ้างใน Pilisuk, 1985 : 94) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคอบบี (Cobb, 1976) และแลงกลี (Langlie, 1977) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจ

สุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.2 ผลต่อสุขภาพจิตผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore, 1977 อ้างใน Minkler, 1981) ศึกษาในผู้ช่วยทำงาน จำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีอาการเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชลดา กิ่งมาลา (2558) ศึกษาศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงต่อความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิด Information Motivation Behavioral Skill (IMB model) กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 64 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $.001$ ตามลำดับ) ส่วนระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$, $.016$ และ $< .001$ ตามลำดับ) (1)

มนชนก พัฒน์คล้าย (2559) ประสพการณ์การตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ ทั้งแบบพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ที่มีการตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดจนมีการดำเนินชีวิตหลัง การคลอดในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปีจำนวน 12 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการตั้งครรภ์พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง คือ มีมุมมองว่าการมีเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องธรรมดา ขาดความรู้การคุมกำเนิด มีการอบรมเลี้ยงดูที่ให้อิสระ เพื่อนชักจูงดื่มแอลกอฮอล์และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ส่วนในขณะตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

หวาดกลัวและเป็นกังวล ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และหลายคนต้องออกจากงาน บางส่วนพยายามทำแท้ง แต่ก็ล้มเหลวจึงต้องตั้งครรรภ์ต่อ และในขณะที่คลอด เกิดความรู้ สึกหวาดกลัวความเจ็บปวด มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ไม่มีเงินหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลักษณะของการเลี้ยงดูบุตรนั้น หลังคลอดและช่วงเลี้ยงดูวัยรุ่นนำมาดูย้อนหลังด้วยตนเองและความช่วยเหลือจากบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสุราษฎร์ธานี อาศัยความเข้าใจของครอบครัวเป็นกำลังใจ และมีการวางแผนอนาคต โดยตั้งใจจะกลับไปเรียนหรือกลับไปอยู่กับครอบครัวภายหลังคลอด และส่วนใหญ่ยกลูกให้มูลนิธิ สรุปผลการศึกษา พบว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นนั้น ควรบูรณาการด้วยการประสานงานและร่วมแรงร่วมใจกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ ครอบครัว ศาสนา ชุมชนท้องถิ่น สถานศึกษา และควรพัฒนาข้อมูลการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร เพื่อสะท้อนปัญหาสังคมในปัจจุบันให้เด่นชัด เพื่อสร้างความตระหนักปัญหาของการ มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยเน้นกระบวนการสื่อสารอย่างทันสมัยเหมาะสมกับวัยรุ่น และ สอดคล้องต่อการวางแผนและบริหารจัดการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นระบบ (2)

ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ (2560) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างคือสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดพัทลุง จำนวน 241 คน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านค่านิยมทางเพศ และผลของการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณผลการศึกษา พบว่า ผลของการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($X = 3.99$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ด้านครอบครัว ($X = 4.14$) รองลงมาได้แก่ ด้านร่างกาย ($X = 4.08$) และด้านจิตใจ ($X = 3.77$) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรจากปัจจัยทั้งหมด พบว่า มีเพียง 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ได้แก่ ค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพในครอบครัว และสาเหตุการมีเพศสัมพันธ์ โดยปัจจัยทั้งหมดร่วมกัน อธิบายความผันแปรของคะแนนการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร ได้ร้อยละ 54.3 ($R^2 = .543$) นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ การป้องกันการตั้งครรรภ์ สาเหตุการมีเพศสัมพันธ์ ค่านิยมทางเพศ และสัมพันธภาพในครอบครัว

อรพรรณ สร้อยประเสริฐ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นกรณีศึกษา นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดสมุทรปราการเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่มีอายุ ระหว่าง 16-18 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 84 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้าง ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านพุทฺธิสสัย จิตพิสสัย และทักษะพิสสัย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิต ด้านพุทฺธิสสัย จิตพิสสัย และทักษะพิสสัย สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3)

แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตด้านสุขภาพทางเพศต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตด้านสุขภาพทางเพศต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จาก 2 โรงเรียนในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิต จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามหลักสูตรการสอนปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ที่ปลอดภัย หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 (Mean = 49.48, S.D. = 10.69) และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 (Mean = 49.48, S.D. = 9.45) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 40.22, S.D. = 8.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 (Mean = 31.43, S.D. = 8.80) และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 (Mean = 33.00, S.D. = 8.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) (4)

เปรมวดี คฤหเดช (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การคุมกำเนิดต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือวัยรุ่นหญิงเสี่ยงทางเพศ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 246 คนเครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ และการให้บริการคำปรึกษาปัญหาทางเพศด้วยโทรศัพท์ และการสื่อสารทางไลน์ ผลการวิจัย พบว่า วัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศ ฯ มีความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการคุมกำเนิด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง ($x = 9.46$, S.D = 2.01) หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการคุมกำเนิด อยู่ในระดับดี ($x = 11.14$, S.D = 1.85) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (5)

พชันิยา เชียงตา (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนเขตเทศบาลเมืองสระบุรี รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียว วัดซ้ำ 4 ครั้ง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้มาแบบเจาะจง ประกอบด้วยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 79 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับดีมากคะแนนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการติดตามในระยะ 1 เดือน และ 2 เดือน พบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (6)

ประไพวรรณ ต่านประดิษฐ์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศที่ค้นหาด้วยแบบสัมภาษณ์ จำนวน 306 คน เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับการให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศด้วยเครือข่ายออนไลน์ทางโทรศัพท์และแบบประเมินความมั่นใจการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (7)

จิราวรรณ พักน้อย (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน เป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนขยายโอกาสสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระแก้ว เขต 2 คัดเลือกโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้นักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาพัฒนาทักษะชีวิต ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.6, p < .001$ และ $t = 3.4, p < .001$ ตามลำดับ) 2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.4, p < .001$, และ $t = 5.4, p < .001$ ตามลำดับ) (8)

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2562) ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันกำรตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 400 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความถี่และ ความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การเข้าถึงและการรู้เท่าทัน สารสนเทศสุขภาพทางเพศ ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และความรู้ความเข้าใจในการ ป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .88, .75, .86, .88, .87 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ บรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยเชิงพหุผลการวิจัยสรุป ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อยู่ในระดับดี ($M = 3.55, SD = .99$) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ เจตคติต่อ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศ การเข้าถึงและรู้เท่าทันสารสนเทศสุขภาพทาง เพศ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์และความถี่ในการสื่อสารเรื่องเพศ ($r = .426, .267, .197, .190, .163, p < .05$) 3) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ได้ร้อยละ 26.50 ได้แก่ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศ การเข้าถึง และการรู้เท่าทันสารสนเทศสุขภาพทางเพศและความเสี่ยงทางเพศ ($Beta = .375, .194, .158, -.144, p < .05$) จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนที่ครอบคลุมปัจจัยทำนายดังกล่าว โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน



2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

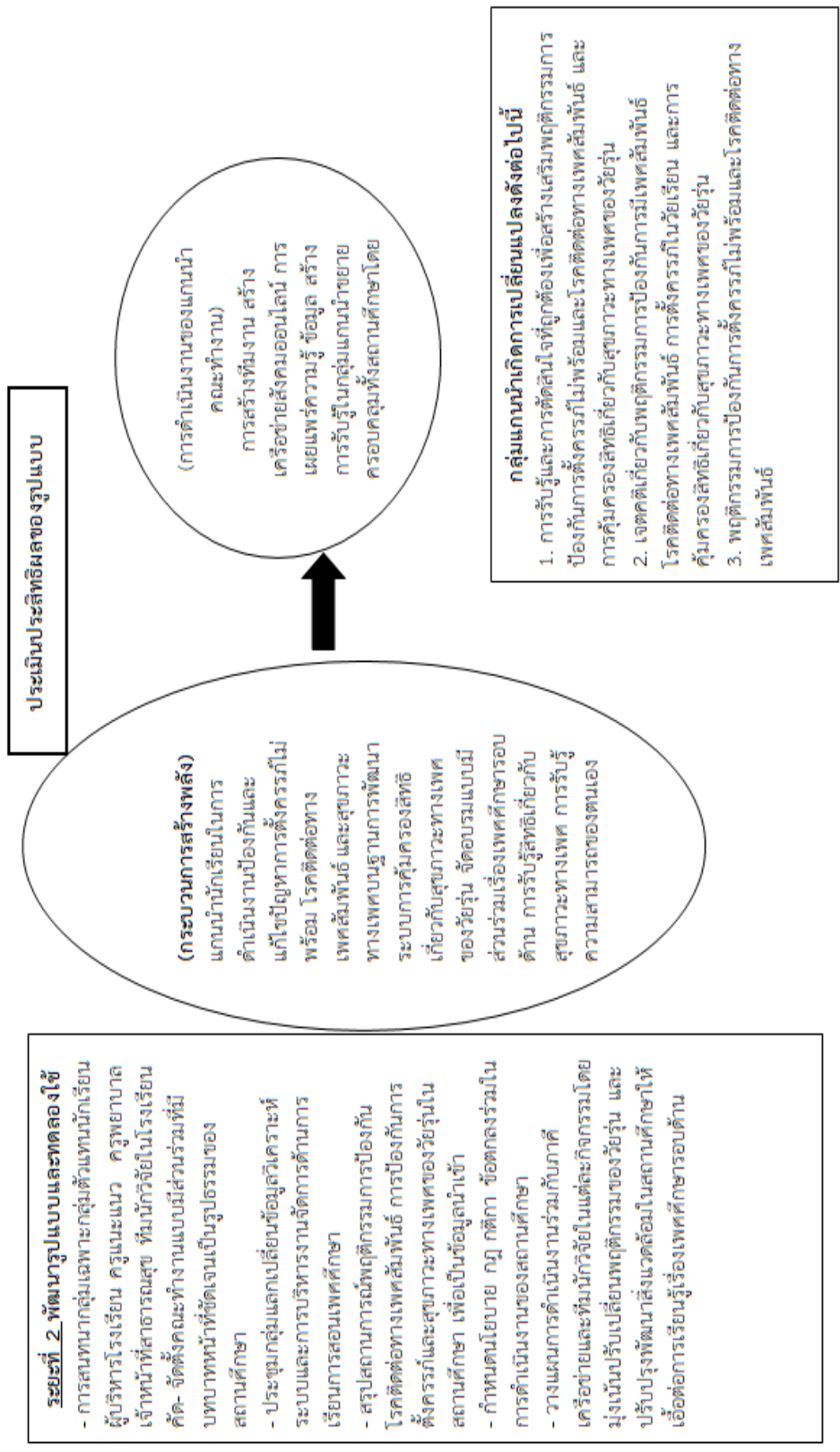
ระยะที่ 1 ระยะศึกษาปัญหา

1. ระยะศึกษาปัญหา (Problem identification phase) ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบศึกษาย้อนหลัง case-control study ใช้เวลาในการดำเนินงาน 8 สัปดาห์ ครอบคลุมการวิจัยปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสำรวจข้อมูลของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา ครอบคลุมทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล
2. ปัจจัยด้านครอบครัว
3. ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม
4. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ
5. คาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
6. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตั้งครรภ์

ไม่ตั้งครรภ์



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในกลุ่มที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และปัจจัยที่ส่งเสริมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นบนฐานการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยบูรณาการเข้ากับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับ สุขภาวะทางเพศ การสร้างพลังแกนนำนักเรียน และการสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 ตัวแปรของการวิจัย
- 3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และควบคุมคุณภาพงานวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยผสมวิธีแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage mixed method research) ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาระยะปัญหา (Problem identification phase) ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบศึกษาย้อนหลัง case-control study ใช้เวลาในการดำเนินงาน 12 สัปดาห์ ครอบคลุมการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสำรวจข้อมูลของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในกลุ่มที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยปกป้องวัยรุ่นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ส่งเสริมในการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Model development and testing) ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 16 สัปดาห์

ประกอบด้วย การดำเนินงาน 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ การจัดระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องในสถานศึกษา การสนทนากลุ่มเฉพาะกลุ่มตัวแทนนักเรียน ผู้บริหารโรงเรียน ครูแนะแนว ครูพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายทางสังคมในโรงเรียนคัสตรร และการสร้างพลังแก่นำนักเรียนในการดำเนินงานในสถานศึกษาร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้วัยรุ่นมีสุขภาพทางเพศ มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้สิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 2 คือการติดตามประเมินผลของรูปแบบโปรแกรม สุขศึกษาที่ได้ปรับปรุงพัฒนาแล้วใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสนทนากลุ่ม ถอดบทเรียน และสรุปผล

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research)

ประชากร คือ วัยรุ่นหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 – 31 ตุลาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มศึกษา (Case group) คือวัยรุ่นกลุ่มที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ คือ วัยรุ่นหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน ระหว่าง ปี 2562 ถึง ปี 2564

2. กลุ่มควบคุม (Control group) คือ วัยรุ่นกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ วัยรุ่นหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ไม่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน ระหว่าง ปี 2562 ถึง ปี 2564 มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มที่ตั้งครรภ์ โดยจับคู่ตัวแปร 3 ตัวแปรได้แก่ อายุเท่ากัน หรือห่างกันมากน้อยไม่เกิน 2 ปี เคยเรียนอยู่ระดับชั้นและโรงเรียนเดียวกัน อยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากรูปแบบ การศึกษา Matched case-control study โดยใช้สูตร ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$m = \frac{[Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}\sqrt{P(1-P)}]^2}{(P\frac{1}{2})^2}$$

กำหนดให้ $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ คือ ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติ มาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบเป็นร้อยละ 95 ดังนั้น ($Z_{\frac{\alpha}{2}} = 0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.96

Z_{β} คือ ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบเป็น ร้อยละ 90 ดังนั้น ($\beta = 0.10$) มีค่าเท่ากับ 1.28

M, m คือ จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมที่มีประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยงการตั้งครรภ์

P คือ $\Psi / 1 + \Psi$ เมื่อ Ψ หมายถึงค่า Odds ratio (OR) เมื่อกำหนดค่า OR เท่ากับ 4.88 ดังนั้น P มีค่าเท่ากับ 0.80 (อ้างอิงงานวิจัยของ Yohannes Ayanaw Habitu, Anteneh Yalew, and Telake Azale Bisetegn³ (2017) Prevalence and Factors Associated with Teenage Pregnancy, Northeast Ethiopia, 2017: A Cross-Sectional Study. Hindawi Journal of Pregnancy Volume 2018, Article ID 1714527, 7 pages)

เมื่อแทนค่าตามสูตรจะได้ จำนวนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่า 55 คน จากนั้นทำการปรับค่าขนาดตัวอย่างตามการ วิเคราะห์ด้วย Multiple conditional logistic regression โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho^2 1.2.3 \dots \rho}$$

โดยที่ ρ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (Multiple correlation) ระหว่างตัวแปรต้นที่สนใจกับ ตัวแปรต้นอื่นๆ ที่เหลือ ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์กับตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่ศึกษาทั้งหมด

n คือขนาดตัวอย่างขั้นต้นที่ได้จากการประมาณ ในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

n_p คือขนาดตัวอย่างที่มีการปรับค่า ρ

เมื่อมีการแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ ระหว่างตัวแปรวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ กับตัวแปรต้นอื่นๆ ที่ต้องการ ศึกษาทั้งหมด ด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง โดยคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยกันเองที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปและความเป็นไปได้ของการทำ

วิจัยให้ประสบความสำเร็จ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.7 ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) จำนวน 108 คน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มวัยรุ่นที่มี อายุ 15-19 ปี ในการศึกษาครั้งนี้ มีขนาดตัวอย่างกลุ่มศึกษาคือกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ จำนวน 108 คน กลุ่มควบคุมคือกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ จำนวน 216 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 324 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ขั้นตอนแรกเลือกพื้นที่ แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่ามีการรายงานอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2561 มีอัตราการคลอดอยู่ที่ 25.0-40.0 ต่อประชากรวัยรุ่นแสนคน ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดจากทุกภาค และทำการคัดเลือกจังหวัดที่ศึกษาโดยคัดเลือกจังหวัดที่มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี จากเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการประกอบด้วย

สพม.19 – สพม.23 จำนวนทั้งหมด 3 จังหวัด โดยเลือกจังหวัดที่มีอัตราการคลอดสูงสุด คือ จังหวัดบึงกาฬ มีจำนวนประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 13,921 ราย จำนวนหญิงวัยรุ่นคลอด 481 ราย คิดเป็นอัตราการคลอด 34.60/ประชากร 1,000 คน จังหวัดที่มีอัตราการคลอดต่ำสุด คือจังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 30,866 ราย จำนวนหญิงวัยรุ่นคลอด 650 ราย คิดเป็นอัตราการคลอด 21.21/ประชากร 1,000 คน และจังหวัดที่มีอัตราการคลอดปานกลาง มีจำนวนหลายจังหวัด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกจังหวัดที่มีจำนวนประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี ที่มีจำนวนมากที่สุด คือจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวน 78,738 ราย จำนวนหญิงวัยรุ่นคลอด 2,539 ราย คิดเป็นอัตราการคลอด 32.20/ประชากร 1,000 คน (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2562) หลังจากคัดเลือกจังหวัดได้แล้วทำการคำนวณสัดส่วนเพื่อเก็บข้อมูลในแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนจำนวนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ทำการสุ่มแบบง่ายในการเลือกอำเภอที่จะเก็บข้อมูลโดยวิธีการจับฉลาก เลือกอำเภอที่มีการรายงานว่า มีหญิงคลอดอายุ 15 -19 ปี ในเขตพื้นที่ของแต่ละอำเภอโดยตามสัดส่วนตามจำนวนข้อมูลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เก็บข้อมูลให้กระจายครอบคลุมพื้นที่ในแต่ละตำบลให้มากที่สุดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม รายละเอียดดังแสดงใน แผนภูมิรูปภาพที่ 1

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Model development and testing)

ส่วนเครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วยผู้บริหารโรงเรียน ตัวแทนอาจารย์อาจจะเป็นครูพยาบาลหรือครูแนะแนว ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบในพื้นที่ของสถานศึกษาตั้งอยู่ กรรมการสถานศึกษาหรือผู้ปกครอง และตัวแทนนักเรียน ในสถานศึกษาคัดสรร โดยเลือกสถานศึกษา

จาก 1 ใน 3 จังหวัดที่เป็นตัวแทนในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของวัยรุ่น ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลือกจังหวัด เลือกอำเภอ และเลือกสถานศึกษาที่ยินดีเข้าร่วม โปรแกรมในการศึกษาวิจัย โดยภาคีเครือข่ายครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มจำนวนตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปแต่ไม่เกิน 20 คน สุ่มได้จังหวัดนครราชสีมา

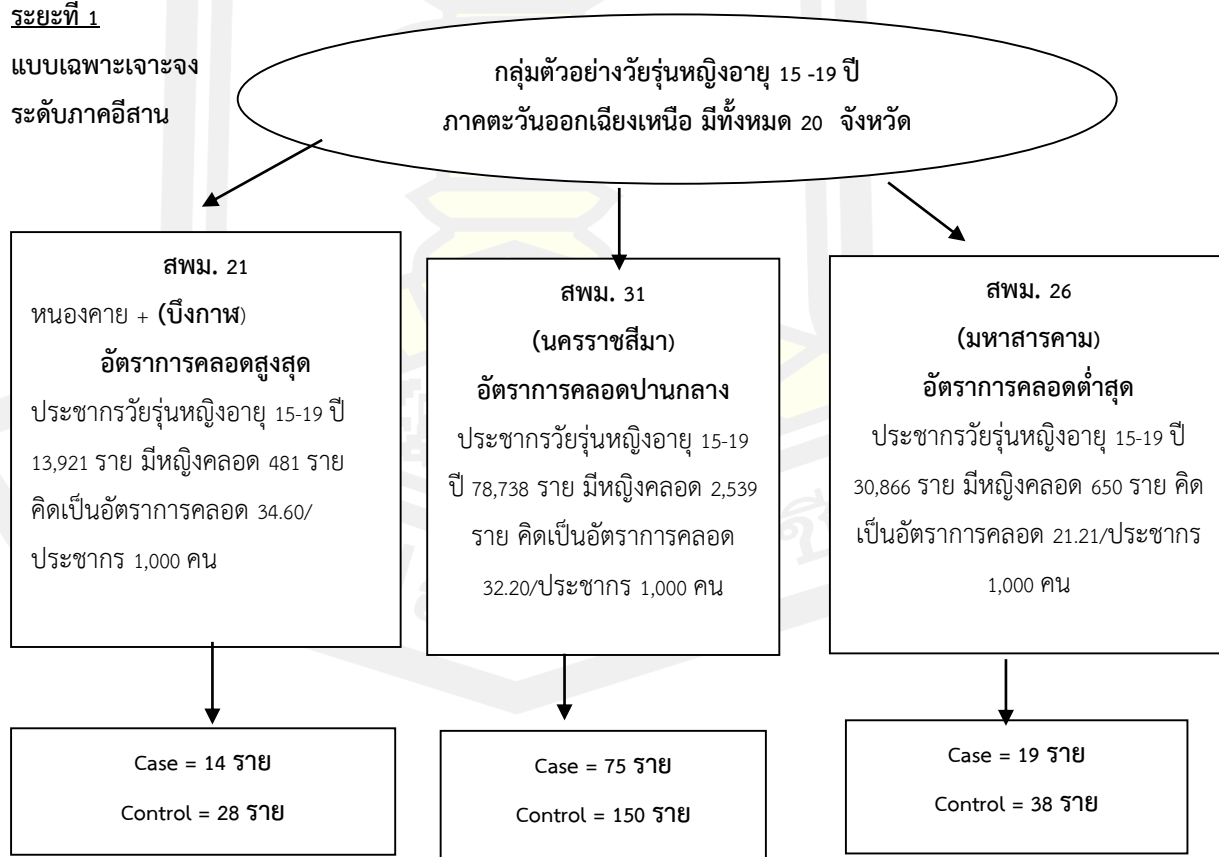
ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำวัยรุ่นในสถานศึกษา ที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการ พัฒนารูปแบบ เพื่อพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการสร้างพลังโดยเลือกจาก กรรมการสถานักเรียน และตัวแทนของนักเรียนแต่ละระดับชั้น ของระดับมัธยมศึกษาในสถานศึกษาคัดสรร ที่เป็นกลุ่ม ทดลอง จำนวน 120 คน

การติดตามประเมินผลของรูปแบบโปรแกรมสุขศึกษา สรุปลงการวิจัย โดยการเก็บ ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภาคี เครือข่ายของกลุ่มที่ทดลองโปรแกรมแกนนำคณะทำงานจำนวน 10-20 คน และสรุปผลจากการ สสำรวจพฤติกรรมโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างแกนนำวัยรุ่นทั้งชายและหญิงอายุ 15-19 ปี ของ สถานศึกษาคัดสรรในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม

แผนภูมิรูปภาพที่ 1 : ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

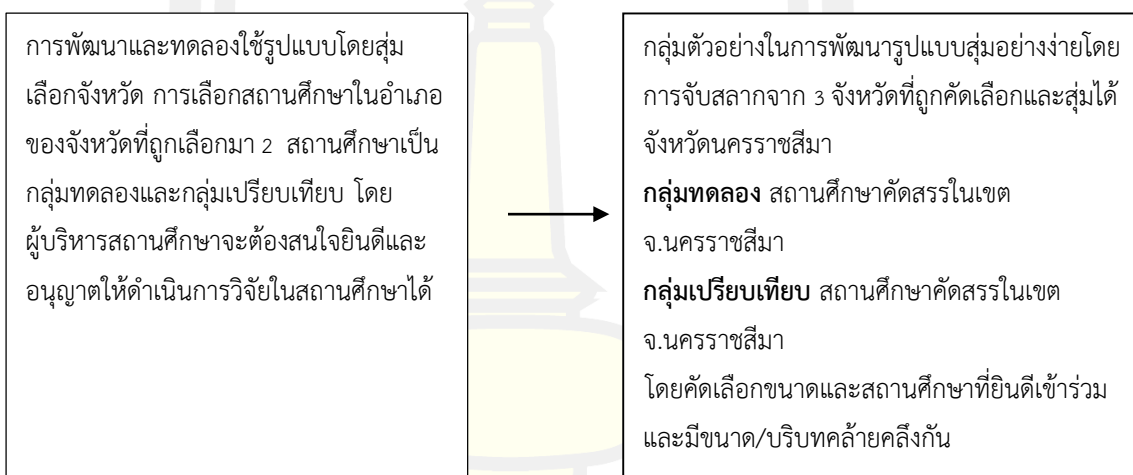
ระยะที่ 1

แบบเฉพาะเจาะจง
ระดับภาคอีสาน



จังหวัด	จำนวนวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปีที่ตั้งครรภ์ทั้งหมด (N) (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2562)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) แบ่งตามสัดส่วน
บึงกาฬ	481	14.15 (14)
นครราชสีมา	2,539	74.71 (75)
มหาสารคาม	650	19
รวม	3,670	108

ระยะที่ 2



เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือผู้ให้ข้อมูลเรื่องการรับรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ จากการตอบแบบสอบถาม (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 15 -19 ปี เป็นผู้สื่อสารได้ และสามารถตอบแบบสอบถามได้และยินดีให้ข้อมูล
2. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาหรือเคยศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ในกรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วม หากอายุมากกว่า 18 กลุ่มตัวอย่างมีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

4. กลุ่ม Case ในการศึกษาในระยะที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะต้องเป็นเพศหญิงมีอายุตั้งแต่ 15 -19 ปี ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 และยินดีให้ข้อมูล

5. กลุ่ม Control ในการศึกษาในระยะที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะต้องเป็นเพศหญิงมีอายุตั้งแต่ 15 -19 ปี ที่ไม่ตั้งครรภ์ เรียนโรงเรียนเดียวกัน ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 หรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชน หมู่บ้านหรือตำบล อำเภอเดียวกัน และอายุเท่ากับ Case ที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียนหรือห่างกันไม่เกิน 2 ปี และยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย หรือคัดแบบสอบถามที่เก็บมาออก (Exclusion criteria)

1. ตอบข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบหรือไม่ครอบคลุม
2. หลังจากร่วมโครงการพัฒนาทดลองรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ตลอดการดำเนินการวิจัย หรือผู้ปกครองไม่ยินยอมให้ร่วมโครงการต่อ
3. มีการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะร่วมวิจัย

3.3 ตัวแปรของการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาระยะปัญหา (Problem identification phase) ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบศึกษาย้อนหลัง case-control study

3.3.1 ตัวแปรอิสระ ของการวิจัยระยะนี้ คือ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยปกป้องของวัยรุ่นกลุ่มที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการมีสุขภาวะทางเพศ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

3.3.2 ตัวแปรตาม คือ การตั้งครรภ์ ในกลุ่มที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ ในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Model development and testing) ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs)

3.3.1 ตัวแปรอิสระ ของการวิจัยระยะนี้ คือ โปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการมีสุขภาวะทางเพศ บนฐานการพัฒนากระบวนการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในบริบทของสถานศึกษาในพื้นที่ภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ โดยประยุกต์ใช้ 1) แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment concept) ที่เน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องที่อยู่ในวิถีชีวิตของวัยรุ่นอย่างแท้จริง ร่วมกับ 2) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการกระตุ้น ให้การช่วยเหลือและส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายจนมีสุขภาพทางเพศที่พึงประสงค์ 3) แนวคิดเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network online) สร้างกลุ่มเครือข่ายสังคมออนไลน์ ผ่านทางกลุ่มเฟสบุ๊ค กลุ่มไลน์ หรือเว็บบอร์ด ในการให้ข้อมูลรอบด้าน ทันเวลา และเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้จากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับครูที่เกี่ยวข้องเป็นที่ปรึกษาให้ข้อมูลครอบคลุมการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ สุขภาพทางเพศของวัยรุ่น 4) แนวคิดสุขภาพทางเพศ (Sexual health theoretical concept) และ 5) แนวคิดการดำเนินงานบนฐานสิทธิมนุษยชน (Human right-based approach) ที่เน้นความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวมในด้านสิทธิและหน้าที่ของวัยรุ่นต่อตนเองและผู้อื่น โดยเฉพาะสิทธิด้านสุขภาพทางเพศ มาเป็นฐานในการพัฒนา

3.3.2 ตัวแปรตาม ประสิทธิผลของรูปแบบที่ทำให้วัยรุ่นที่ได้รับรูปแบบเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังได้รับรูปแบบ ในเรื่องเพศศึกษารอบด้าน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา เกิดเครือข่ายทางสังคมในการดำเนินงานในสถานศึกษา ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นลดลง

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะศึกษาปัญหา (Problem identification phase) และระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Model development and testing) ซึ่งแบ่งเป็นขั้นเตรียมการและขั้นดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.4.1 ขั้นเตรียมการ

1. การประสานงาน และประชุมชี้แจงวางแผนเครือข่ายคณะกรรมการผู้ช่วยวิจัยในแต่ละจังหวัด
2. การประสานงานกับ โรงเรียนและสถานศึกษาคัดสรรที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
3. ศึกษาข้อมูลบริบทของสถานศึกษาในพื้นที่ รวบรวมข้อมูลจำนวนวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของสถานศึกษาแต่ละจังหวัด เพื่อวางแผนรูปแบบการดำเนินงานเก็บข้อมูล

3. ประสานงานกับสถานศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษาและ ครูผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและจัดกิจกรรม
4. ประสานงานกับแหล่งทุนวิจัยเพื่อเตรียมการด้านวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณในการดำเนินงาน
5. ประชุมทีมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำความเข้าใจในการเตรียมการในแต่ละระยะ

3.4.2 ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระบุปัญหา (Problem identification phase)

ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบศึกษาย้อนหลัง case-control study ใช้เวลาในการดำเนินงาน 12 สัปดาห์ ครอบคลุมการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสำรวจข้อมูลของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของวัยรุ่นกลุ่มที่ตั้งครรภ์ และปัจจัยที่ส่งเสริมในการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งดำเนินการพร้อมกันกับระยะศึกษาปัญหา ได้แก่ การสนทนากลุ่มเฉพาะกลุ่มตัวแทนนักเรียน ผู้บริหารโรงเรียน หรือ ครูแนะแนว ครูพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมนักวิจัยในโรงเรียนคัดสรร มีการสำรวจก่อนการทดลอง ในด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้สิทธิทางเพศ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ร่วมกับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาคัดสรรซึ่งเป็นกลุ่มทดลองโปรแกรม และสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากแกนนำสถานักเรียนและตัวแทนแต่ละระดับชั้นทั้งชายและหญิงอายุ 15-19 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยของสถานศึกษาคัดสรร ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Model development and testing) ใช้

รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 16 สัปดาห์ ประกอบด้วยการทำงาน 2 ส่วนคือ การวิเคราะห์ปัญหาและระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องในสถานศึกษา การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม และการสร้างพลังแกนนำนักเรียนในการดำเนินงานในสถานศึกษาร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้วัยรุ่นมีสุขภาวะทางเพศ มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้สิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.

2559 โดยมีการวัดพฤติกรรมของแกนนำนักเรียนก่อนและหลังโปรแกรมการสร้างพลังด้วยแบบสอบถาม ระเบียบนี้ครอบคลุมการดำเนินงานโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ในการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องในการสอนเพศศึกษาของสถานศึกษา และพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมและการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุมเครือข่าย 2 ประเภท คือ เครือข่ายทางสังคมของสถานศึกษาของกลุ่มทดลอง และเครือข่ายทางสังคมกลุ่มควบคุม และเครือข่ายสังคมออนไลน์สถานศึกษากลุ่มทดลอง และเครือข่ายสังคมออนไลน์สถานศึกษาในกลุ่มควบคุมที่เป็น Waitlist group การดำเนินงานโดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการประชุมกลุ่มนักเรียน และ ครูแนะแนวหรือครูพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารสถานศึกษา ร่วมกับทีมนักวิจัยในโรงเรียนคัดสรรที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คนขึ้นไป ($n \leq 20$ คน) เพื่อการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม สำหรับวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative method) เป็นการนำโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการสร้างพลังให้วัยรุ่นในสถานศึกษากลุ่มทดลองในโรงเรียนคัดสรร ($n_{exp} \leq 120$ คน) และให้มีกลุ่มควบคุมเป็น Waitlist group ($n_c \leq 120$ คน) ทั้งนี้เพื่อให้วัยรุ่นมีการดูแลสุขภาพทางเพศและมีการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม

1. การจัดระบบการทำงานของเครือข่ายทางสังคมและการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Social networking and social support system) ประกอบด้วยการทำงาน 2 ส่วน ดังนี้

1.1 การจัดระบบการทำงานของเครือข่ายทางสังคม

เป็นการผสมผสานการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บนฐานการสร้างพลังและการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพทางเพศอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบ (System approach) เครือข่ายทางสังคมของโรงเรียน สถานศึกษา จำนวน 10-20 คน (เครือข่ายทางสังคมกลุ่มทดลอง 1 เครือข่าย)

1.2 การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม

เป็นการพัฒนาเครือข่ายสังคมออนไลน์ของโรงเรียนในกลุ่มทดลอง 1 เครือข่าย โดยมีระยะเวลาดำเนินการควบคุมไปกับการดำเนินงานในขั้นตอนการทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษา อาจมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่หลากหลายที่เกิดจากการคิดร่วมกันมีขั้นตอนนี้ ดังนี้

1) ผลักดันให้โรงเรียน แกนนำวัยรุ่นและเครือข่ายสังคมในการสร้างทีมงานหรือเครือข่ายสังคมออนไลน์

2) วางแผนการดำเนินงานของเครือข่ายสังคมออนไลน์ในการสร้างเนื้อหาและทำการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล สร้างการรับรู้เกี่ยวกับเพศศึกษารอบด้าน สุขภาพทางเพศ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับ

สุขภาพทางเพศ ครอบคลุมทั้งสถานศึกษา โดยมีทีมนักวิจัย ครูและภาคีเครือข่ายทางสังคมให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ องค์ความรู้ ทักษะ วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ กำลังใจ และอื่นๆ

3) ประชุมสรุปรายงานผลการดำเนินงานของเครือข่ายสังคมออนไลน์ร่วมกับทีมนักวิจัย ครูและภาคีเครือข่ายทางสังคมให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เป็นระยะๆ

2. การสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการผสมผสานการดำเนินงานโดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยการดำเนินงาน 2 ส่วน คือ

2.1 การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา โปรแกรมการสร้างพลังแกนนำในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

ในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative method) โดยการประชุมกลุ่มนักเรียน และ ครูแนะแนว ครูพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารสถานศึกษาร่วมกับทีมนักวิจัยในโรงเรียนคัดสรรที่เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มๆ ละ 10 คนขึ้นไป ($n \leq 20$ คน) เพื่อการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาใช้เวลา 4 สัปดาห์

2.2 การทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษา โปรแกรมการสร้างพลังร่วมกับการจัดระบบและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นระยะที่กลุ่มแกนนำนักเรียนและตัวแทนนักเรียน นักศึกษา ในโรงเรียน/สถานศึกษาคัดสรรที่เป็นกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโครงการเป็นกระบวนการสร้างการรับรู้และกระบวนการสร้างพลัง ให้ได้เรียนรู้ทุกกระบวนการอย่างมีส่วนร่วมจำนวน 120 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 120 คน จะไม่ได้รับโปรแกรม กิจกรรมการสร้างพลังแกนนำนักเรียน โดยเน้นการระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา สะท้อนความรู้สึก สาธิตฝึกปฏิบัติ ละครคน อภิปรายกลุ่ม แสดงความรู้สึก และเสริมสร้างพลังให้แกนนำ หรือตัวแทนนักเรียน นักศึกษา ผู้เข้าอบรมเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษากระบวนการสร้างพลังเน้นเสริมศักยภาพ แกนนำนักเรียน ในประเด็นหลักคือ เพศศึกษารอบด้าน สุขภาพทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับรู้สิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศตาม พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ในระยะนี้ใช้เวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลลัพธ์เป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เจตคติ และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ การวัดผลหลังการ

การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมพัฒนารูปแบบหลังการดำเนินโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถาม การถอดบทเรียน และสรุปผลการวิจัย ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.5.1 เครื่องมือโปรแกรมที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ มีขั้นตอนและรายละเอียดดังต่อไปนี้



รูปแบบการพัฒนาโปรแกรม SESS Model

กิจกรรมที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
1. จัดตั้งคณะทำงาน	เกิดคณะทำงานที่เข้มแข็ง -นักเรียนแกนนำ (60-120 คน) -คณะทำงานเรื่องเพศศึกษา (ตัวแทนจากครู ผู้ปกครอง นักเรียนแกนนำ ภาควิชาเครือข่าย จำนวน 10-20 คน) - วิเคราะห์ระบบการดำเนินงาน เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของ สถานศึกษา	1 สัปดาห์	ห้องประชุม สถานที่พูดคุย เครื่องฉาย โปรเจคเตอร์ หรือ กระดาษ พรีปรินท์ ปากกาเมจิก (ตามที่สะดวก)	ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.1 คณะทำงานมีองค์ประกอบ ด้วย นักเรียน ครู ผู้ปกครอง มีความเข้าใจการ ดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ชัดเจน ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.2 มีข้อมูลและแผนปฏิบัติการใน การดำเนินงานเรื่องเพศศึกษารอบด้าน สุขภาวะ ทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.3 เกิดกติกา แนวปฏิบัติใน โรงเรียนเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานด้านเพศศึกษา รอบด้านและสุขภาพทางเพศของนักเรียน ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.4 มีการประชุมเพื่อติดตาม ประเมินผลเป็นระยะทุก 1-3 เดือน ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.5 ประสานงานกับภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพทางเพศและการแนะนำส่ง ต่อเพื่อขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของ วัยรุ่นในสถานศึกษาได้

กิจกรรมที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
2. จัดอบรมให้ความรู้และทักษะเพื่อป้องกัน การตั้งครุภัณฑ์พร้อมในวัยรุ่น ณ โรงเรียน 120 คน	- เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำตัวแทนนักเรียน 120 คน - วัตถุประสงค์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1 สัปดาห์ (1-3 วัน)	- อุปกรณ์ตามกิจกรรม - แบบทดสอบกรณีศึกษา	- ประเมินความพึงพอใจ
2.1 กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ	2.1 เพื่อเตรียมความพร้อมให้เกิด การตื่นตัว มีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรม	30 นาที	2.1 ห้องประชุม ห้องโถง กว้างโล่ง	- สรุปคะแนนในการทำแบบสอบถาม
- กิจกรรมมิโมโอลิมปิก				2.1 สังเกตการร่วมกิจกรรม
- แนะนำตนเอง ลักษณะเด่นความสามารถพิเศษ				
ความภาคภูมิใจ บทบาทหน้าที่ของแกนนำนักเรียน				
2.2 ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับเพศศึกษา เพศวิถี การดูแลและคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.2 ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์	30 นาที	2.2 ห้องประชุม ห้องโถง กว้างโล่ง / สื่อวีดิทัศน์ คลิปวิดีโอความรู้	2.2 สอบถามความเข้าใจ ถามตอบ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

กิจกรรมที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
2.3 ใ้งานที่ 1 ระดมสมอง มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ การป้องกันการค้าประเวณีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน	2.3 วิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกรณีศึกษาที่ค้นพบ ทบทวนองค์ความรู้ ฝึกทักษะการสื่อสาร	1 ชั่วโมง 30 นาที	2.3 ห้องประชุม แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 15-30 คน ตามจำนวนวิทยากรประจำกลุ่ม/พรีป ชาร์ท ปากกาเมจิก	2.3 สังเกตการร่วมกิจกรรม การนำเสนอกิจกรรมจากกลุ่มประชุมกลุ่ม
2.4 ใ้งานที่ 2 ละครคน ในหัวข้อที่ผ่านมาจาก ใ้งานที่ 1 โรงเรียน หรือสถานศึกษาของเรา มีการดำเนินการอะไรบ้าง เกี่ยวข้องกับการดูแลและคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.4 วิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์ระบบและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงที่ผ่านมา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือจากประสบการณ์ที่เคยรับรู้หรือที่ทราบได้เ็นได้ฟังมา	1 ชั่วโมง	2.4 ห้องประชุม แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 15-30 คน ตามจำนวนวิทยากรประจำกลุ่ม/พรีป ชาร์ท ปากกาเมจิก	2.4 สังเกตการร่วมกิจกรรม การนำเสนอกิจกรรมจากกลุ่มประชุมกลุ่ม

กิจกรรมที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
2.5 อภิปราย แลกเปลี่ยน ในประเด็น การดำเนินงานที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลและคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชน เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การเฝ้าระวังแก้ไขปัญหา เกี่ยวกับการป้องกันการค้ามนุษย์และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ เกิดปัญหาอุปสรรคอะไรไหม และคิดว่าใครบ้างควรจะมีบทบาทและส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่อง นี้	2.5 วิเคราะห์ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์จาก ทบทวน สถานการณ์จริง และการทำ กิจกรรมกลุ่ม ใบงานที่ 1 และ 2	1 ชั่วโมง	2.5 ห้องประชุม ใหญ่	2.5 สังเกตการร่วม กิจกรรม การเสนอ ประเด็นต่างๆ การ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การถามตอบ

กิจกรรมที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
2.6 ศึกษาตามฐาน พร้อมฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฐาน 20-30 นาที	2.6 ฝึกทักษะ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์	1.30-2 ชั่วโมง	2.6 ห้องประชุมใหญ่ วัสดุอุปกรณ์ ในการ ป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	2.6 สังเกตการร่วมกิจกรรม การเสนอ ประเด็นต่างๆ การแลกเปลี่ยนความ คิดเห็น การถามตอบ และประเมินทักษะ
ฐานที่ 1 สุขภาวะทางเพศ เพศสภาวะวิถีเพศ การดูแลและคุ้มครองสิทธิเด็ก และเยาวชนเกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ	จาก ทบทวน สถานการณ์			การปฏิบัติ
ฐานที่ 2 การนับวันปลอดภัย และการใช้ ถุงยางอนามัยของผู้ชายและผู้หญิง ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด แผ่นแปะ ใส่ห่วง ทำหมันฯ	จริง			
ฐานที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การยุติการตั้งครรภ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในขณะที่ มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยและการขอรับบริการ กินยาต้านไวรัสป้องกันโรคติดเชื้อ HIV ในวัยรุ่น				

กิจกรรมที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
2.7 การสร้างระบบและเครื่องมือช่วยในการดำเนินงานเกี่ยวกับเพศศึกษา การดูแลและคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่งไร	2.7 เพื่อให้เกิดแผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ชัดเจน แก่นนำนักเรียน	30 นาที	2.7 ห้องประชุม ใหญ่	2.7 สังเกตการร่วมกิจกรรม เกิดแผนกดำเนินงานที่ชัดเจนตลอดระยะเวลาภาค ดำเนินโปรแกรม
<ul style="list-style-type: none"> - นัดหมายส่งแผนงานกิจกรรมแก่นำของแต่ละระดับชั้นของโรงเรียน - นัดหมายในการจัดเวทีกิจกรรมสร้างการรับรู้ - นัดหมายการจัดกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการพัฒนารูปแบบ 				

กิจกรรมที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
<p>3. อบรมสร้างการรับรู้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559</p> <p>- เกิดกติกา หรือนโยบายของโรงเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานเรื่องเพศศึกษา การมีสุขภาวะทางเพศ โดยกรมศึกษาธิการมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็นของนักเรียนในโรงเรียน สร้างการรับรู้และนำไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>- แกมนำนักเรียนที่ผ่านการอบรมแผนการดำเนินงานเพื่อจัดกิจกรรม: การรับรู้ ให้กับ นักเรียน ครู และผู้ปกครองนักเรียน ผ่านสื่อช่องทาง</p>	<p>3. สร้างสภาพแวดล้อมในโรงเรียน ที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา รอบด้าน สุขภาวะทางเพศ การป้องกันการค้ามนุษย์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p>	14 สัปดาห์	<p>วัสดุอุปกรณ์ที่ได้ให้เหมาะสมแต่ละกิจกรรม</p>	<p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.1 เกิดกติกา หรือนโยบายของโรงเรียนเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ การป้องกันการค้ามนุษย์ในวัยรุ่น</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.2 มีศูนย์ให้คำปรึกษาและบริการด้าน สุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เข้าถึงง่ายและสบายใจ (Condom Coffee)</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.3 มีเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพื่อช่วยเหลือเพื่อนในระดับโรงเรียนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา สุขภาวะทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.4 จำนวนนักเรียนเข้าใช้บริการศูนย์ฯ ผ่านช่องทางต่างๆ</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.5 มีระบบการช่วยเหลือ ส่งต่อการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เข้าถึงง่าย สบายใจ</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.6 มีสื่อบุคคลเป็นแกนนำ ต้นแบบ และคอยประสานงานช่วยเหลือ</p>

กิจกรรมที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	สื่อที่ใช้	การประเมินผล
4. เวทีกิจกรรมรณรงค์ ผ่านสื่อดนตรี กิจกรรมโต้ว่าที่ รายการเสียงตามสาย กิจกรรมหน้าเสาธง ป้ายนิเทศ สื่อ สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ คลิปวีดีโอ กลุ่มไลน์ กลุ่มเฟซบุ๊ก หรือเว็บไซต์ของโรงเรียน หรือช่องทางอื่นๆ	4.ลดการตั้งครรภ์และ พฤติกรรมการเสี่ยงในวัย			ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 4.1 จำนวนการตั้งครรภ์ ในวัยเรียนลดลงจากรอบปีที่ผ่านมา (ก่อน 2 คน)
- รณรงค์ผ่านเครือข่ายกลุ่มสังคมออนไลน์เพื่อให้ออมูล เกี่ยวกับ เพศศึกษาอบด้าน การมีสุขภาพทางเพศ การ เข้าถึงการบริการเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น				ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 4.2 จากการสอบถามหลัง ดำเนินการ นักเรียนร้อยละ 80 มีการ รับรู้ มีเจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และมี สุขภาพทางเพศ
- คณะทำงานผู้ระวังและเป็นต้นแบบการปฏิบัติตาม กติกา หรือนโยบายของโรงเรียน				ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 4.3 นักเรียนร้อยละ 80 รู้จัก ปฏิเสธในการที่จะไปอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยง ต่อการมีเพศสัมพันธ์ และถ้าคิดจะมีเพศสัมพันธ์ จะมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย แบบสอบถามในการสำรวจข้อมูลวัยรุ่นอายุ 15-9 ปี ใน 3 จังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามแก่นำนักเรียนก่อนและหลังจัดโปรแกรมพัฒนารูปแบบ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเฉพาะ มีรายละเอียดดังนี้

3.5.3 แบบสอบถามในการสำรวจข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ด้านได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น

แบบสอบถามในการสำรวจข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของวัยรุ่นในการศึกษาระยะที่ 1 ในกลุ่ม Case และ กลุ่ม Control แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน 46 ข้อ
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล แบบสอบถามในการสำรวจข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในการศึกษาระยะที่ 1 ในกลุ่ม Case และ กลุ่ม Control

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อคำถาม จำนวน 46 ข้อ แบบให้เลือกตอบ และเลือกเติม วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนคำถามข้อที่ 25-46 เป็นคำถามพฤติกรรมส่วนบุคคลการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศ มีจำนวน 22 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

พฤติกรรมปฏิบัติตัว	คะแนน พฤติกรรมเชิงบวก	คะแนน พฤติกรรมเชิงลบ
บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	5	1
บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	4	2
น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	3	3
นานๆครั้ง (นานเป็นปีแล้ว)	2	4
ไม่เคย	1	5

การแปลผลระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว โดยคิดค่าคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (ของ Best อ้างถึง ยุพิน นามปัญญา, 2551) สรุปผลเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{110 - 22}{3} = 29.33 \end{aligned}$$

ระดับสูง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	80.68 – 110.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	51.34 – 80.67
ระดับต่ำ	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	22.00 – 51.33

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว มีข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ ข้อที่ 1-10 จะเป็นการแปลผลข้อมูลในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ส่วนคำถามข้อที่ 11-25 (เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ยกเว้น ข้อ 19* เป็นข้อคำถามเชิงลบ) เป็นคำถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องของคนในครอบครัว โดยการแปลผลระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องของคนในครอบครัว โดยคิดค่าคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (ของ Best อ้างถึง ยุพิน นามปัญญา, 2551) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{75 - 15}{3} = 20.00 \end{aligned}$$

ระดับสูง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	57.00 – 75.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	36.00 – 56.00
ระดับต่ำ	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	15.00 – 35.00

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ปัจจัยด้านครอบครัว	คะแนน พฤติกรรมเชิงบวก	คะแนน พฤติกรรมเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ข้อที่ 1-4 จะเป็นการแปลผลข้อมูลในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ส่วนคำถามข้อที่ 5-15 (ข้อ 6,7 เป็นข้อคำถามเชิงบวก ข้อ 5, ข้อ 8-12* เป็นข้อคำถามเชิงลบ) เป็นคำถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องของคนในครอบครัว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ เหมือน ตอนที่ 2 โดยการแปลผลระดับพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม โดยคิดค่าคะแนน = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (ของ Best อ้างถึง ยุพิน นามปัญญา, 2551) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{55 - 51}{3} = 14.66 \end{aligned}$$

ระดับสูง	หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนน	40.34 – 55.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนน	25.67 – 40.33
ระดับต่ำ	หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนน	11.00 – 25.66

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ มีข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ รับรู้เข้าใจ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ (Bloom, 1968)

ตอบรับรู้เข้าใจ ให้ 1 คะแนน

ตอบไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80- 100 (24-30 คะแนน)

ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60 -79 (18-23 คะแนน)

ระดับต่ำ ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-17 คะแนน)

หมายเหตุ : ถ้า ≥ 0.5 ให้ปัดขึ้นเป็นตัวเต็ม

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อความ จำนวน 20 ข้อ และ

ส่วนที่ 6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีข้อความ จำนวน 20 ข้อ เหมือนกัน มีเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ เหมือน ตอนที่ 2 โดยการแปลผลระดับพฤติกรรมทั้งสองตอนนี้อย่างเดียวกัน โดยคิดค่าคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น (ของ Best อ้างถึง ยุพิน นามปัญญา, 2551) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{100 - 20}{3} = 26.66 \end{aligned}$$

ระดับสูง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	73.34 – 100.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	46.67 – 73.33
ระดับต่ำ	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	20.00 – 46.66

3.5.2 แบบสอบถามแก่นำนักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยข้อความ 3 ด้านได้แก่ ด้านการรับรู้และการตัดสินใจที่ถูกต้องเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา ด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น และ ด้านพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบในโรงเรียนคัดสรร ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ และการตัดสินใจที่ถูกต้องเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการคุมครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ในวัยเรียน และการคุมครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 17 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบ และเลือกเติมวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ และการตัดสินใจที่ถูกต้องเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการคุมครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น มีข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ (Bloom, 1968)

คำถามเชิงบวก	คำตอบ	คำถามเชิงลบ	คำตอบ
ตอบ ใช่	ให้ 1 คะแนน	ตอบ ใช่ ไม่ทราบ	ให้ 0 คะแนน
ตอบ ไม่ใช่ ไม่ทราบ	ให้ 0 คะแนน	ตอบ ไม่ใช่	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนน	ร้อยละ 80- 100 (32-40 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนน	ร้อยละ 60 -79 (24-31 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-23 คะแนน)

หมายเหตุ : ถ้า ≥ 0.5 ให้ปัดขึ้นเป็นตัวเต็ม

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ในวัยเรียน และการคุมครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น มีข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ ใช้มาตราวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ปรับจากแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert

scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คำถามจะมีความหมายทางบวก (Positive) และทางลบ (Negative) มีรายละเอียดดังนี้

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

เจตคติ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยมาก	1	5

การแปลผลระดับเจตคติ โดยคิดค่าคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (ของ Best อ้างถึง ยุพิน นามปัญญา, 2551) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{150 - 30}{3} = 14.66 \end{aligned}$$

ระดับสูง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	111.00 - 150.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	71.00 - 110.00
ระดับต่ำ	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	30.00 - 70.00

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ใช้มาตราวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ปรับจากแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คำถามจะมีความหมายทางบวก (Positive) และทางลบ (Negative) มีรายละเอียดดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ (ปฏิบัติมากกว่า 6-7 ครั้ง/สัปดาห์)

บ่อยครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นบ่อยบางครั้ง (ปฏิบัติตั้งแต่ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์)

บางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติตั้งแต่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์)

นานๆ ครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง (ปฏิบัติตั้งแต่ 1-3 ครั้ง/เดือน)

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเป็นเลย (ไม่เคยปฏิบัติเลย)

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

การปฏิบัติ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ทุกครั้ง	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆ ครั้ง	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5

การแปลผลระดับการปฏิบัติ โดยคิดค่าคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น(ของ Bestอ้างอิง ยูพิน นามปัญญา, 2551) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{85 - 17}{3} = 22.66 \end{aligned}$$

ระดับสูง	หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนน	62.34 – 85.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนน	39.67 – 62.33
ระดับไม่ดี	หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนน	17.00 – 39.66

3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามมี 2 ฉบับ ใช้เก็บข้อมูลในระยะที่ 1 คือ ระยะศึกษาปัญหา (Problem identification phase) และ ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Model development and testing) มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ประกอบด้วย

- 1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มะลิ โพธิพิมพ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.วงษ์ชวลิตกุล
- 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตานีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ

ม.ขอนแก่น

- 3) ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- 4) ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

2. นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหา (Index of Congruence: IOC) ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าคำถามนั้นสามารถวัดได้

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าคำถามนั้นสามารถวัดได้

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าคำถามนั้นไม่สามารถวัดได้

โดยแบบสอบถามฉบับที่ 1 ที่จะใช้เก็บข้อมูลในระยะที่ 1 มีค่า IOC เท่ากับ 0.72 และแบบสอบถามชุดที่ 2 ที่จะใช้เก็บข้อมูลในระยะที่ 2 มีค่า IOC เท่ากับ 0.82 ซึ่งมีความตรงต่อการนำไปใช้

3. นำแบบสอบถามฉบับร่างมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะต่างๆ จากผลการตอบของผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม และวางแผนเพื่อเสนอขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

4. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่างๆ ของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีวิธีการนำแบบสอบถามมาปรับข้อความให้ตรงและควบคุมเนื้อหาตามที่ต้องการวัดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยปรับข้อคำถามแบบสอบถามให้ครบตามข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการใช้ภาษา

5. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในโรงเรียนสุรธรรมพิทักษ์ โรงเรียนขนาดใหญ่ในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งไม่ใช่สถานศึกษาที่ใช้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

5.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Coefficient Alpha) ของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) แบบสอบถามชุดที่ 1 เท่ากับ 0.74 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 2 โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดการรับรู้ เท่ากับ 0.96 เจตคติ เท่ากับ 0.79 และพฤติกรรมการปฏิบัติ เท่ากับ 0.64

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.7.1 ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือประสานภาคีเครือข่ายเพื่อขอความอนุเคราะห์เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ในการช่วยเก็บข้อมูล ส่วนสถานศึกษาโรงเรียนที่จะพัฒนาโปรแกรมจะทำการประสานงานกับผู้บริหารสถานศึกษาโดยตรง เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการและการเก็บข้อมูลให้กับอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องทราบ

3.7.2 ประชุมทีมงานผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ครู โดยจัดประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการ ดำเนินการศึกษาร่วมกันเพื่อวางแผนการใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลและการใช้โปรแกรม รวมถึงวิธีการ ที่จะเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมในสถานศึกษา

3.7.3 ถามเก็บข้อมูลในกลุ่มวัยรุ่นที่ร่วมโครงการวิจัย โดยใช้รูปแบบการตอบแบบสอบถาม

3.7.4 ทำการสนทนากลุ่มสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ปกครองหรือกรรมการ สถานศึกษา ตัวแทนนักเรียนตลอดจนการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมในแต่ละระยะเพื่อจัดบันทึกเก็บ ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

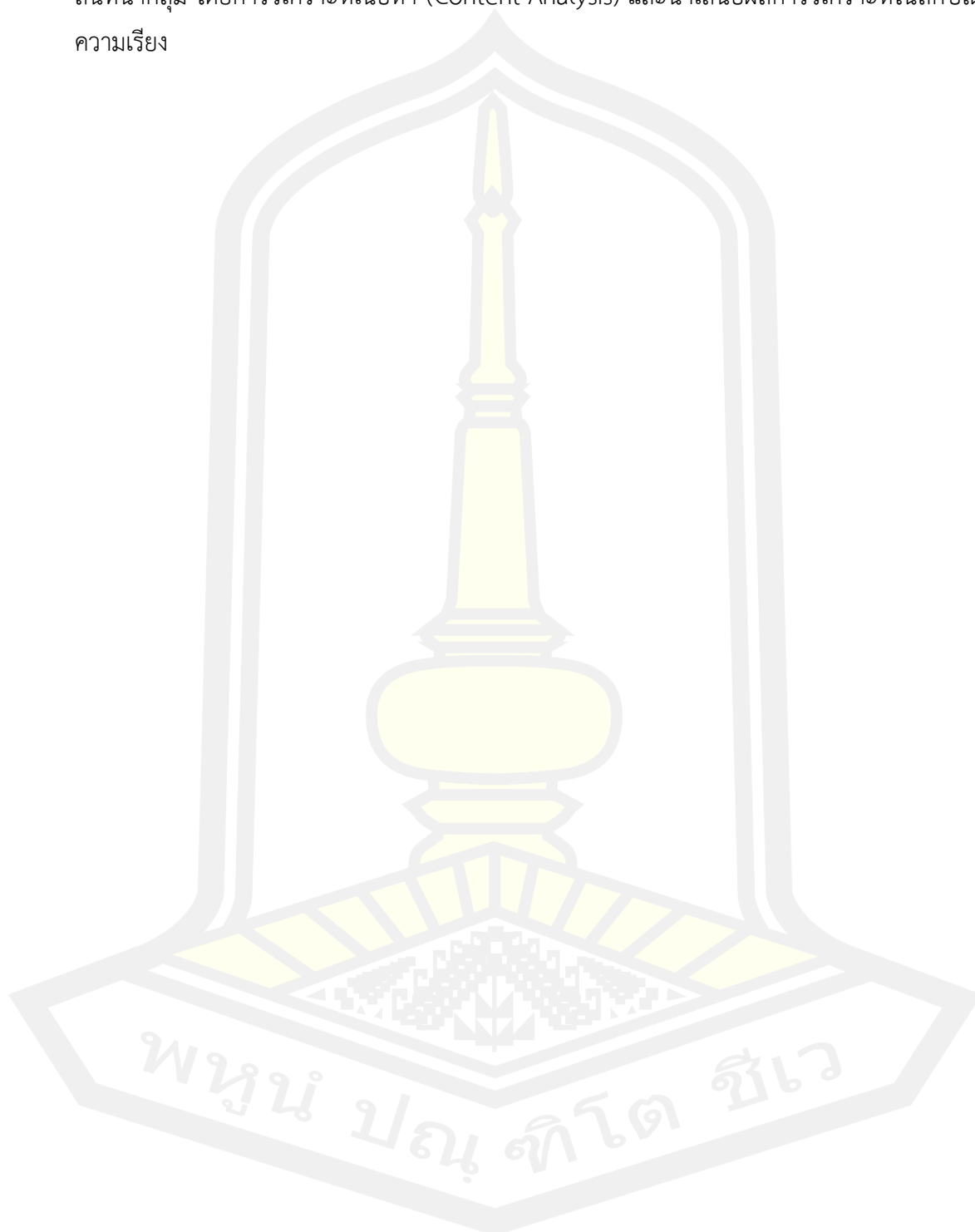
การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยมีลำดับ ขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากการตอบทางสื่อออนไลน์
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสนทนาให้ข้อมูลทางสังคมออนไลน์ หรือ จากการจัดบันทึกจากการสังเกตการร่วมกิจกรรมในแต่ละระยะ สรุปแปลผลข้อมูลเป็นแบบ Content Analysis

สถิติใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะทางประชากร ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเสนอในรูปแบบตาราง
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประกอบด้วยปัจจัยด้าน ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัว สังคมสิ่งแวดล้อม การรับรู้สิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการได้รับแรง สนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ *Multinomial Logistic Regression* adjust OR 95% CI of OR
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว ก่อนและหลัง การทดลองในกลุ่มเดียวกัน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ *Analysis of Covariance* หรือ ANCOVA มีการประเมิน ระยะก่อน หลังการพัฒนารูปแบบ และ ติดตามผล

4. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบเอกสารและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานการ
สนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะ
ความเรียง



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในกลุ่มที่ตั้งครรภ์และปัจจัยที่ส่งเสริมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยบูรณาการเข้ากับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การสร้างพลังแก่นักเรียน และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีการนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แปรผลระดับพฤติกรรมด้าน การรับรู้ด้านสุขภาพทางเพศ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการพัฒนารูปแบบ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สุขภาพทางเพศ เจตคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการพัฒนารูปแบบ

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบเอกสารและถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน การสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะความเรียง

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์

ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ				
15 ปี	4	3.7	9	4.2
16 ปี	17	15.7	35	16.2
17 ปี	18	16.7	24	11.1
18 ปี	21	19.5	58	26.8
19 ปี	48	44.4	90	41.7
	$\bar{X} = 17.85$	Max= 19 Min= 15 SD= 1.25	กลุ่ม case (n=108)	
	$\bar{X} = 17.85$	Max= 19 Min= 15 SD= 1.23	กลุ่ม control (n=216)	
2. ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	8	7.4	26	12.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	21.3	175	80.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	67	62.1	17	7.9
อนุปริญญา/ ปวส.	9	8.3	0	0.0
อยู่ระหว่างพักการศึกษาวคราว	1	0.9	0	0.0
3. ศาสนา				
พุทธ	108	100.0	216	100.0
4. ภูมิลำเนา				
จังหวัดมหาสารคาม	19	17.6	38	17.6
จังหวัดนครราชสีมา	75	69.4	150	69.4
จังหวัดบึงกาฬ	14	13.0	28	13.0
5. ปัจจุบันประกอบอาชีพ				
นักเรียน/นักศึกษา	46	42.6	190	88.0
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	10	9.3	10	4.6
พนักงานบริษัท/ห้าง/ร้าน	7	6.5	3	1.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทำนา ทำไร่ /เกษตรกรรม	19	17.6	6	2.8
ของรัฐ/รัฐวิสาหกิจพนักงาน	1	0.9	1	0.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	3.7	4	1.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	16.7	2	0.9
อื่นๆ (เลี้ยงลูกอย่างเดียว)	3	2.8	0	0.0
6. มีแฟน คู่นอน หรือคู่รัก				
ไม่มีเลย	15	13.9	119	55.1
มี	45	41.7	71	32.9
มีและแต่งงานกันแล้ว	48	44.4	6	2.8
เคยมีแต่เลิกแล้ว	0	0.0	19	9.2
7. ผลการเรียนล่าสุดหรือที่ผ่านมา (ในระยะเวลา 1-2 ปี)				
ดีมาก	7	6.5	36	16.7
ดี	69	63.9	136	63.0
พอใช้	32	29.6	44	20.4
8. พอใจกับผลการเรียน				
พอใจมากที่สุด	7	6.5	34	15.0
พอใจมาก	68	63.0	140	65.0
เฉย ๆ	30	27.8	41	20.0
ไม่พอใจมาก	3	2.8	1	0.0
9. มีเป้าหมายในชีวิตอะไรบ้าง				
สอบเข้ามหาวิทยาลัยคณะที่ชอบให้ได้	3	2.8	33	15.2
เรียนจบมัธยมไม่เรียนต่อออกมาทำงาน	13	12.0	11	5.1
ไม่มี ยังไม่ได้คิดไว้	55	50.9	85	39.4
เรียนต่อให้จบและทำงานเลี้ยงดูครอบครัว	30	27.8	85	39.4
เรียนให้จบหาแฟนรวยๆแต่งงาน	1	0.9	2	0.9

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ	6	5.6	0	0.0
10. มีเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ หรือเครียด				
มี	21	19.4	36	16.7
ไม่มี	87	80.6	180	83.3
11. ทำอย่างไรเมื่อไม่สบายใจหรือเครียดเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ				
อยู่เงียบๆคนเดียว	7	6.5	32	14.8
ปรึกษาคนที่ไว้ใจ	19	17.6	32	14.8
ฟังเพลง	10	9.3	32	14.8
ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	0	0.0	3	1.4
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2	1.9	4	1.9
อื่นๆ ไม่ตอบข้อมูล	70	64.7	113	52.3
12. มีเรื่องไม่สบายใจปรึกษาใครมากที่สุด				
บิดามารดา/ผู้ปกครอง	19	17.6	41	19.0
พี่น้อง	5	4.6	2	0.9
ครูที่โรงเรียน	0	0.0	1	0.5
เพื่อนสนิท	15	13.9	39	18.1
อื่นๆ(บิดามารดาผู้ปกครอง/เพื่อนสนิท/พี่น้อง)	69	63.9	133	62.5
13. งานอดิเรก				
ดูหนัง/ ฟังเพลง	30	27.8	51	23.5
ข้อปั้งตามห้างสรรพสินค้า	0	0.0	2	0.9
อ่านหนังสือ	3	2.8	1	0.5
เล่นกีฬา	1	0.9	1	0.5
เล่นเกมส์	1	0.9	5	2.3
เล่นอินเทอร์เน็ต	3	2.8	12	5.6
เป็นอาสาสมัคร (อสม.)	3	2.8	0	0.0
อื่นๆ (ไม่มีงานอดิเรก)	67	62.0	144	66.7

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14. ค่าใช้จ่ายต่อเดือน				
น้อยกว่า 3,000 บาท	44	40.8	109	50.5
3,001–5,000 บาท	28	25.9	83	38.4
5,001 บาท ขึ้นไป	36	33.3	24	1.1
15. ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอหรือไม่				
เพียงพอ	79	73.1	185	85.2
ไม่เพียงพอ (ขอพ่อแม่/ขอแฟนและพ่อแม่แฟน/ทำงาน/ยืมเพื่อน)	29	26.9	31	14.8
16. ได้รับค่าใช้จ่ายรายเดือนจากที่ใด				
พ่อแม่และแม่ของตนเอง	29	26.9	184	85.2
ปู่ ย่า/ ตา ยาย	7	6.5	15	6.9
แฟน	13	12.0	7	3.2
ญาติ	2	1.9	3	1.4
พ่อแม่และแม่ของแฟน	2	1.9	4	1.9
อื่นๆ	11	10.2	3	1.4
ทั้งพ่อแม่/บ้านแฟน/ทำงานเอง	44	40.7	0	0.0
17. ประเภทการใช้จ่ายต่อเดือน				
อาหารและเครื่องดื่ม	13	12.0	46	15.0
ยานพาหนะ	1	0.9	0	65.0
ความบันเทิง (ดูหนัง ฟังเพลงฯ)	0	0.0	1	20.0
ใช้จ่ายในการศึกษา	0	0.0	2	0.0
ของใช้ภายในบ้าน	4	3.7	5	0.0
เครื่องสำอาง/ความงาม	1	0.9	0	15.0
ยา/ รักษาพยาบาล	0	0.0	0	65.0
เสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย	0	0.0	2	15.0
ขนมขบเคี้ยว	2	1.9	6	65.0
ทั้งอาหาร/การศึกษา/ของใช้	0	0.0	154	71.3
อื่นๆ (การเลี้ยงดูลูก)	87	80.6	0	0.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
18. วัตถุประสงค์การใช้โทรศัพท์มือถือ				
ดูคลิปวิดีโอ	0	0.0	7	3.2
พูดคุยผ่านไลน์	1	0.9	0	0.0
ดูหนัง/ ฟังเพลง	3	2.8	14	6.5
เฟสบุ๊ก	7	6.5	10	4.6
เล่นเกมส์	0	0.0	2	0.9
ค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต	1	0.9	1	0.5
อื่นๆ (ไม่ตอบข้อมูล)	96	88.9	182	84.3
19. ยานพาหนะที่ท่านใช้เดินทาง				
ไม่มียานพาหนะใช้ (เดิน)	50	56.3	4	1.9
รถยนต์	2	1.9	13	6.0
รถจักรยาน	6	5.6	8	3.7
รถมอเตอร์ไซด์	44	40.6	138	63.9
อื่นๆ (โดยสาร/รับจ้าง)	6	5.6	53	24.5
20. การปฏิบัติกับคู่รัก แฟน คู่นอน หรือเพื่อนต่างเพศ				
จับมือถือแขนกัน	23	21.2	63	29.2
กอดกันบางครั้ง	6	5.6	8	3.7
กอดจูบกันในบางโอกาส	1	0.9	2	0.9
มีเพศสัมพันธ์กันบ้างในบางโอกาส	10	9.3	19	8.8
ไม่เคยสัมผัสเนื้อตัวกันเลย	0	0.0	68	31.4
อื่นๆ (ไม่ตอบข้อมูล)	68	63.0	54	25.0
21. การจัดการเมื่อมีอารมณ์ทางเพศ				
เล่นกีฬา	1	0.9	10	4.6
ทำสมาธิ	0	0.0	5	2.3
สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง	0	0.0	12	5.6
อ่านหนังสือ	0	0.0	2	0.9
ฟังเพลงร้องเพลง	14	13.0	18	8.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คูหนัง ละคร ชาว	10	9.3	20	9.3
มีเพศสัมพันธ์	12	11.1	5	2.3
อื่นๆ	4	3.7	6	2.8
ไม่ตอบข้อมูล	67	62.0	138	63.9
22. อายุในการออกเดทครั้งแรก				
น้อยกว่า 15 ปี	8	7.4	5	2.3
15 ปี	20	18.5	31	14.4
16 ปี	23	21.3	35	16.2
17 ปี	19	17.6	27	12.5
18 ปี	27	25.0	19	8.8
ยังไม่เคย/หรือไม่ได้ออกเดท	11	10.2	99	45.8
23. ประวัติการมีเพศสัมพันธ์				
ไม่เคย	0	0.0	160	74.1
เคย	108	100.0	56	25.9
23.1 เคยครั้งแรกตอนอายุ 14 ปี	18	16.7	3	5.4
เคยครั้งแรกตอนอายุ 15 ปี	25	23.1	10	17.8
เคยครั้งแรกตอนอายุ 16 ปี	23	21.3	17	30.4
เคยครั้งแรกตอนอายุ 17 ปี	19	17.6	15	26.8
เคยครั้งแรกตอนอายุ 18 ปี	20	18.5	9	16.1
เคยครั้งแรกตอนอายุ 19 ปี	3	2.8	2	3.5
24. ข้อมูลการตั้งครรภ์				
ไม่เคยตั้งครรภ์	0	0.0	216	100.0
เคยตั้งครรภ์แต่ไปแท้ง	16	14.8	0	0.0
เคยตั้งครรภ์ แต่แท้งเองธรรมชาติ	15	13.9	0	0.0
เคยตั้งครรภ์ และได้ก็มีชีวิต	77	71.3	0	0.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
25. การขาดเรียน				
ไม่เคย	11	10.2	67	31.0
เคย นานเป็นปีแล้ว	41	38.0	71	32.9
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	46	42.6	58	26.8
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	7	6.5	17	7.9
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	3	2.8	3	1.4
26. การติดเกม				
ไม่เคย	82	75.9	148	68.6
เคย นานเป็นปีแล้ว	12	11.1	32	14.8
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	5	4.6	18	8.3
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	6	5.6	8	3.7
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	3	2.8	10	4.6
27. การบริโภคสินค้าและบริการที่ราคาแพง				
ไม่เคย	89	82.3	167	77.3
เคย นานเป็นปีแล้ว	13	12.0	17	7.9
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	2	1.9	31	14.4
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	2	1.9	1	0.5
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	2	1.9	0	0.0
28. มีเพื่อนชายที่มาพักอาศัยอยู่ด้วยกันสองต่อสอง				
ไม่เคย	72	66.7	187	86.5
เคย นานเป็นปีแล้ว	13	12.0	8	3.7
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	22	20.4	5	2.3
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	1	0.9	12	5.6
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	0	0.0	4	1.9

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
29. อยู่ใกล้ชิดกับเพื่อน/คนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ				
ไม่เคย	73	67.6	163	75.4
เคย นานเป็นปีแล้ว	22	20.4	30	13.9
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	11	10.2	12	5.6
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	1	0.9	9	4.2
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	1	0.9	2	0.9
30. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่เคย	46	42.6	78	36.1
เคย นานเป็นปีแล้ว	43	39.8	66	30.6
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	16	14.8	43	19.9
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	1	0.9	23	10.6
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	2	1.9	6	2.8
31. การสูบบุหรี่				
ไม่เคย	102	94.4	205	94.9
เคย นานเป็นปีแล้ว	4	3.7	3	1.4
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	0	0.0	2	0.9
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	2	1.9	6	2.8
32. การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ				
ไม่เคย	101	93.5	211	97.7
เคย นานเป็นปีแล้ว	3	2.8	1	0.5
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	4	3.7	4	1.9
33. การเที่ยวกลางคืน				
ไม่เคย	65	60.2	120	55.6
เคย นานเป็นปีแล้ว	31	28.7	47	21.7
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	6	5.6	34	15.7
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	5	4.6	11	5.1
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	1	0.9	4	1.9

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
34. การดูวิดีโอ/วีซีดี/คลิปหนังไป				
ไม่เคย	78	72.2	133	61.5
เคย นานเป็นปีแล้ว	18	16.7	39	18.1
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	7	6.5	20	9.3
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	4	3.7	19	8.8
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	1	0.9	5	2.3
35. การออกเดท หรือไปเที่ยวกับรุ่นพี่ ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ				
ไม่เคย	64	59.2	141	65.3
เคย นานเป็นปีแล้ว	35	32.4	39	18.1
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	3	2.8	24	11.1
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	6	5.6	10	4.6
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	0	0.0	2	0.9
36. การออกเดท หรือไปเที่ยวกับรุ่นน้อง หรือผู้ที่ มีอายุน้อยกว่า				
ไม่เคย	65	60.2	169	78.3
เคย นานเป็นปีแล้ว	34	31.5	37	17.1
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	4	3.7	7	3.2
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	5	4.6	3	1.4
37. การนัดพบ หรือนัดเดท กับคนที่คุยกันทาง สังคมออนไลน์				
ไม่เคย	87	80.5	195	90.2
เคย นานเป็นปีแล้ว	16	14.8	12	5.6
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	2	1.9	8	3.7
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	2	1.9	1	0.5
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	1	0.9	0	0.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Case (n=108)		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
38. การนัดพบ หรือนัดเดท กับคนที่คุยกันทาง สังคมออนไลน์ และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์				
ไม่เคย	98	90.7	207	95.8
เคย นานเป็นปีแล้ว	8	7.4	6	2.8
เคยบางครั้ง (1-2ครั้ง/สัปดาห์)	2	1.9	3	1.4
39. การหนีออกจากบ้าน (ตอบเคยส่วนใหญ่ตอนอายุ 13-15ปี)				
ไม่เคย	97	89.8	197	91.2
เคย นานเป็นปีแล้ว	10	9.3	13	6.0
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	0	0.0	5	2.3
เคยบางครั้ง (1-2ครั้ง/สัปดาห์)	1	0.9	0	0.0
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	0	0.0	1	0.5
40. การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ (ตอบเคยส่วนใหญ่ตอนอายุ 15-16ปี)				
ไม่เคย	107	98.1	215	99.5
เคย นานเป็นปีแล้ว	1	0.9	0	0.0
เคยบางครั้ง (1-2ครั้ง/สัปดาห์)	0	0.0	1	0.5
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	0	0.0	1	0.5
41. การถูกทำร้ายร่างกาย (ตอบเคยส่วนใหญ่ตอนอายุ 15-16ปี)				
ไม่เคย	103	95.4	213	98.6
เคย นานเป็นปีแล้ว	5	4.6	3	1.4
42. การถูกข่มขืนมีเพศสัมพันธ์ (ตอบเคยส่วนใหญ่ตอนอายุ 14-18ปี)				
ไม่เคย	83	76.9	191	88.4
เคย นานเป็นปีแล้ว	9	8.3	9	4.2
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	12	11.1	10	4.6
เคยบางครั้ง (1-2ครั้ง/สัปดาห์)	4	3.7	8	2.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม (n=108) Case		กลุ่ม Control (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
43. การถูกใช้ถ้อยคำรุนแรงทางเพศ (ตอบเคยส่วนใหญ่ตอนอายุ 13-18ปี)				
ไม่เคย	102	99.4	185	88.6
เคย นานเป็นปีแล้ว	6	5.6	12	5.6
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	0	0.0	15	6.9
เคย บางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	0	0.0	3	1.4
เคย บ่อยครั้ง (≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	0	0.0	0.0 1	0.5 1
44. การถูกลวนลามทางร่างกาย (ตอบเคยส่วนใหญ่ตอนอายุ 12-18ปี)				
ไม่เคย	97	89.8	207	95.8
เคย นานเป็นปีแล้ว	6	5.6	6	2.8
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	5	4.6	3	1.4
45. การมีคู่นอนที่ทำร้ายทางร่างกาย/ จิตใจ (ตอบเคยส่วนใหญ่ตอนอายุ 15-16ปี)				
ไม่เคย	105	97.2	212	98.1
เคย นานเป็นปีแล้ว	1	0.9	1	0.5
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	2	1.9	3	1.4
46. ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ตอบเคยส่วนใหญ่ตอนอายุ 16ปี)				
ไม่เคย	107	99.1	215	99.5
เคย นานเป็นปีแล้ว	1	0.9	0	0.0
เคย น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)	0	0.0	1	0.5

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Control ซึ่งการนำเสนอผล จะนำเสนอกลุ่ม Case ก่อน และ ตามด้วยกลุ่ม Control ตามลำดับในแต่ละหัวข้อ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนมากทั้งสองกลุ่ม อายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 และ 41.7 อายุเฉลี่ยเท่ากันทั้งสองกลุ่มคือ 17.85 ส่วนมากจบการศึกษาหรือกำลังเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอน

ปลาย/ปวช. ร้อยละ 62.1 และ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 80.1 ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ภูมิลำเนาจากจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 69.4 มหาสารคาม ร้อยละ 17.6 บึงกาฬ ร้อยละ 13.0 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนมากเป็นนักเรียน/นักศึกษาทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 42.6 และ 88.0 กลุ่ม Case จะมีแฟนและแต่งงานแล้ว ร้อยละ 86.1 และกลุ่ม Control ไม่มีแฟน ร้อยละ 55.1 ทั้งสองกลุ่มพอใจในผลการเรียนของตนเอง ซึ่งมีผลการเรียนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.9 และ 63.0 กลุ่ม Case ส่วนมากเป้าหมายในชีวิต ไม่มีไม่ได้คิดไว้ ร้อยละ 50.9 และกลุ่ม Control เรียนให้จบและเลี้ยงดูครอบครัว จำนวนเท่ากับ ไม่มีไม่ได้คิดไว้ ร้อยละ 39.4 ทั้งสองกลุ่มส่วนมากไม่มีเรื่องเครียดและไม่มีเรื่องทำให้ไม่สบายใจ ร้อยละ 80.6 และ 83.3 แต่ถ้าหากมีเรื่องไม่สบายใจ กลุ่ม Case บางคนจะเลือกปรึกษาคนที่ไว้ใจได้ ร้อยละ 17.6 และกลุ่ม Control จะเลือกอยู่เงียบๆคนเดียว/ฟังเพลง ร้อยละ 14.8 ส่วนมากทั้งสองกลุ่มจะไม่มียานอติเรก ร้อยละ 62.0 และ ร้อยละ 66.7 ค่าใช้จ่ายประจำเดือนทั้งสองกลุ่มน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 40.8 และ 50.5 แต่ก็เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 73.1 และ 85.2 ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนมากกลุ่ม Case จะได้จาก ทั้งพ่อแม่ตนเอง พ่อแม่แฟนและทำงานเอง ร้อยละ 40.7 และกลุ่ม Control ได้จากพ่อแม่ตนเอง ร้อยละ 85.2 ส่วนมากกลุ่ม Case จะใช้จ่ายไปกับการเลี้ยงลูก ร้อยละ 80.6 และกลุ่ม Control จะใช้เกี่ยวกับซื้ออาหาร ของใช้ และการเรียน ร้อยละ 71.3 ทั้งสองกลุ่มจะไม่ตอบข้อมูลการใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 88.9 และ 84.3 การใช้พาหนะในการเดินทางกลุ่ม Case จะใช้การเดิน ร้อยละ 56.3 และกลุ่ม Control จะใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 63.9 การใกล้ชิดปฏิบัติกับคนรักส่วนมาก กลุ่ม Case จะไม่ตอบข้อมูล ร้อยละ 63.0 และกลุ่ม Control จะไม่เคยสัมผัสถูกเนื้อต้องตัวกันเลย ร้อยละ 31.4 คำถามเกี่ยวกับเมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศจะทำอย่างไร ส่วนมากทั้งสองกลุ่มจะไม่ตอบข้อมูล ร้อยละ 62.0 และ 63.9 เคยออกเดท กับคู่อริ หรือไปเที่ยวกับแฟนครั้งแรกของ กลุ่ม Case ส่วนมากตั้งแต่อายุ 18 ปี ร้อยละ 25.0 และกลุ่ม control ส่วนมากยังไม่เคยออกเดทเลย ร้อยละ 45.8 และกลุ่ม Control ส่วนมากยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย ร้อยละ 74.1 กลุ่ม Case ส่วนมากจะเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุ 15 ปี ร้อยละ 23.1 และกลุ่ม Control ตอนอายุ 16 ปี ร้อยละ 30.4 กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนมากคลอดบุตรและเด็กยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 71.3 ส่วนข้อคำถามพฤติกรรมส่วนบุคคลข้อ 25-46 ส่วนมากทั้งสองกลุ่มจะไม่เคย มีพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น ประมาณร้อยละ 70 ขึ้นไป รองลงมาจะมี เคยนานเป็นปีแล้ว

ตาราง 2 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่ม ตั้งครรภ์ และ กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่วนบุคคล	กลุ่มตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 80.68 – 110.00)	108	100.0	216	100.0

จากตาราง 2 พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่วนบุคคล ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ Control มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ทั้งสองกลุ่ม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์

ดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยด้านครอบครัว ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์

สรุปข้อมูลส่วนใหญ่	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานภาพของครอบครัว				
พ่อ-แม่อยู่ด้วยกัน	84	77.8	173	80.0
พ่อ-แม่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	24	22.2	41	19.0
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	0	0.0	1	0.5
พ่อ-แม่เสียชีวิตทั้งคู่	0	0.0	1	0.5
2. ท่านพักอาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่				
ใช่	84	77.8	156	72.2
ไม่ใช่ (ส่วนมากอยู่กับปู่ย่าตายาย)	24	22.2	60	27.8
3. สถานภาพสมรสของผู้ปกครองหลัก				
ในกรณีไม่ได้อยู่กับพ่อแม่				
โสด	3	2.8	7	3.2
แต่งงาน และอาศัยอยู่ด้วยกัน	47	43.5	62	28.7

ตาราง 3 (ต่อ)

สรุปข้อมูลส่วนใหญ่	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หย่า/แยกกันอยู่	17	15.7	12	5.6
หม้าย	1	0.9	20	9.3
แต่งงานแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	6	5.6	5	2.3
อื่น ๆ (ไม่บอกสถานะ)	34	31.5	110	50.9
4. การศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองหลัก				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.7	9	4.2
ประถมศึกษา	76	70.4	104	48.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	11.1	33	15.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	15	13.9	55	25.5
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.0	5	2.3
ปริญญาตรี	1	0.9	9	4.2
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0	1	0.5
5. อาชีพของผู้ปกครองหลัก				
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	76	70.4	130	60.2
รับจ้างทั่วไป	23	21.3	43	19.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	1.3	13	6.0
ทำงานโรงงาน	4	3.7	9	4.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	2.8	21	9.7
6. รายได้ของครอบครัว				
พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอควร	31	28.7	78	36.1
พอเพียงแต่แทบไม่มีเงินเหลือเก็บ	55	50.9	83	38.4
ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง	14	13.0	47	21.8
ไม่พอเพียงและมีปัญหาภาระหนี้สิน อยู่มาก	8	7.4	8	3.7

ตาราง 3 (ต่อ)

สรุปข้อมูลส่วนใหญ่	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ลักษณะที่อยู่อาศัยของครอบครัว				
บ้าน	102	94.4	200	92.6
อพาร์ทเมนท์	2	1.9	0	0.0
บ้านญาติ	4	3.7	10	4.6
ห้องเช่า/ บ้านเช่า	0	0.0	4	2.8
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
1 คน	0	0.0	1	0.5
2-3 คน	18	16.7	52	24.1
4-5 คน	49	45.3	127	58.8
มากกว่า 5 คน ขึ้นไป	41	38.0	36	16.6
9. มีพี่น้องพ่อหรือแม่เดียวกันทั้งหมด				
ไม่มี เป็นลูกคนเดียว	20	18.5	60	27.8
มีพี่น้องพ่อหรือแม่เดียวกัน	88	81.5	156	72.2
10. ท่านเป็นลูกลำดับคนที่				
คนแรก	58	53.7	156	72.2
คนที่ 2	34	31.5	40	18.5
คนที่ 3	12	11.1	17	7.9
คนที่ 4	3	2.8	2	0.9
คนที่ 5	1	0.9	1	0.5
11. การกำกับดูแลเวลาท่านจะไปไหน ไป กับเพื่อน หรือ ไปเที่ยว จะต้องขออนุญาต จากพ่อแม่ผู้ปกครองก่อนทุกครั้ง				
ไม่มีเลย	4	3.7	10	4.6
น้อย	9	8.3	14	6.5
ปานกลาง	36	33.3	64	29.6
มาก	28	25.9	42	19.4

ตาราง 3 (ต่อ)

สรุปข้อมูลส่วนใหญ่	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	31	28.8	86	39.8
12. ผู้ปกครองของท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญหรือมีความหมายในชีวิต				
ไม่มีเลย	2	1.9	2	0.9
น้อย	1	0.9	4	1.9
ปานกลาง	15	13.9	36	16.6
มาก	42	38.9	38	17.6
มากที่สุด	48	44.4	136	63.0
13. ความสัมพันธ์ที่ดี ในครอบครัวระหว่างท่านกับพ่อแม่พี่น้องหรือผู้ปกครอง				
ไม่มีเลย	1	0.9	3	1.4
น้อย	7	6.5	11	5.1
ปานกลาง	34	31.5	52	24.1
มาก	38	35.2	75	34.7
มากที่สุด	28	25.9	75	34.7
14. พ่อแม่หรือผู้ปกครองมีการพูดคุยสื่อสารแลกเปลี่ยน ขอคำปรึกษา				
ไม่มีเลย	1	0.9	2	0.9
น้อย	15	13.9	37	17.1
ปานกลาง	44	40.7	80	37.0
มาก	31	28.8	58	26.9
15. พ่อแม่ ผู้ปกครองแสดงความดีใจและชื่นชมเมื่อท่านทำสิ่งใดได้สำเร็จ				
ไม่มีเลย	1	0.9	2	0.9
น้อย	18	16.7	45	20.8

ตาราง 3 (ต่อ)

สรุปข้อมูลส่วนใหญ่	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	36	33.3	63	29.2
มาก	38	35.2	63	29.2
มากที่สุด	15	13.9	43	19.9
16. พ่อแม่ ผู้ปกครอง เอาใจใส่เรื่องการเรียน และเรื่องเกี่ยวกับท่าน				
ไม่มีเลย	1	0.9	4	1.9
น้อย	14	13.0	23	10.5
ปานกลาง	23	21.3	47	21.8
มาก	59	54.6	95	44.0
มากที่สุด	11	10.2	47	21.8
17. ท่านและพ่อแม่ ผู้ปกครอง เอาใจใส่กันและกันอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจกัน				
ไม่มีเลย	6	5.6	5	2.3
น้อย	14	13.0	37	17.1
ปานกลาง	27	25.0	42	19.4
มาก	45	41.6	83	38.4
มากที่สุด	16	14.8	49	22.8
18. พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้ความสนใจในสิ่งที่ท่านชอบและให้การสนับสนุน				
ไม่มีเลย	5	4.6	2	2.3
น้อย	12	11.1	26	12.0
ปานกลาง	39	36.1	59	27.3
มาก	35	32.4	70	32.4
มากที่สุด	17	15.7	56	25.9

ตาราง 3 (ต่อ)

สรุปข้อมูลส่วนใหญ่	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
19. รู้สึกอึดอัดที่ต้องเผชิญหน้า กับ พ่อแม่ หรือ ผู้ปกครอง				
ไม่มีเลย	6	5.6	8	3.7
น้อย	8	7.4	21	9.7
ปานกลาง	19	17.6	51	23.6
มาก	35	32.4	73	33.8
มากที่สุด	40	37.0	63	29.2
20. พ่อแม่ ผู้ปกครองให้โอกาสท่าน ตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนของตนเอง				
ไม่มีเลย	6	5.6	4	1.9
น้อย	9	8.3	14	6.5
ปานกลาง	26	24.1	50	23.1
มาก	44	40.7	82	38.0
มากที่สุด	23	21.3	66	30.6
21. ผู้ปกครองให้โอกาสท่านชี้แจงเหตุผล				
ไม่มีเลย	6	5.6	6	2.8
น้อย	4	3.7	17	7.9
ปานกลาง	42	38.9	81	37.4
มาก	34	31.5	76	35.2
มากที่สุด	22	20.3	36	16.7
22. ท่านและ พ่อแม่ ผู้ปกครองร่วมกันใช้ เหตุผลแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งที่มีต่อกัน				
ไม่มีเลย	1	0.9	5	2.3
น้อย	16	14.8	28	13.0
ปานกลาง	32	29.6	70	32.4
มาก	42	38.9	61	28.2

ตาราง 3 (ต่อ)

สรุปข้อมูลส่วนใหญ่	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	17	15.7	52	24.1
23. พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้ท่านมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ เสมอ				
ไม่มีเลย	11	10.2	8	3.7
น้อย	5	4.6	12	5.6
ปานกลาง	26	24.1	76	35.2
มาก	54	50.0	79	36.5
มากที่สุด	12	11.1	41	19.0
24. ท่านและ พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้เวลา ร่วมกันในการทำกิจกรรมต่างๆ งาน อดิเรก เช่น ดูหนัง ฟังเพลง งานบ้าน				
ไม่มีเลย	6	5.6	8	3.7
น้อย	25	23.1	39	18.1
ปานกลาง	34	31.5	79	36.5
มาก	30	27.8	62	28.7
มากที่สุด	13	12.0	28	13.0
25. ฟังพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่				
ไม่มีเลย	4	3.7	3	1.4
น้อย	8	7.4	11	5.1
ปานกลาง	33	30.6	66	30.6
มาก	35	32.4	66	30.6
มากที่สุด	28	25.9	70	32.4

จากตาราง 3 ข้อมูลด้านครอบครัว ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ หรือ กลุ่ม Case และ กลุ่ม Control พบว่า ส่วนมากสถานภาพของครอบครัว พ่อ-แม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.8 และ 80.0 รองลงมาจะเป็น พ่อ-แม่หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 22.2 และ 19.0

ส่วนมากพักอาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ ร้อยละ 77.8 และ 72.2 สถานภาพของผู้ปกครองหลัก ส่วนมากแต่งงาน และอาศัยอยู่ด้วยกันในกลุ่ม Case ร้อยละ 43.5 และ ไม่ตอบสถานภาพในกลุ่ม Control ร้อยละ 50.9 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง ส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.4 และ 48.1 อาชีพผู้ปกครองหลัก ส่วนมาก ทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 70.4 และ 60.2 รายได้ของครอบครัวส่วนมาก พอเพียงแต่แทบไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 50.9 และ 38.4 ลักษณะที่อยู่อาศัยของครอบครัวส่วนมาก เป็นบ้าน ร้อยละ 94.4 และ 92.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ส่วนมาก จำนวน 4-5 คน ร้อยละ 45.3 และ 58.0 ส่วนมากมีพี่น้องพ่อหรือแม่เดียวกัน ร้อยละ 81.5 และ 72.2 ส่วนมากเป็นลูกคนแรก ร้อยละ 53.7 และ 72.2 การกำกับดูแลเวลาจะไปไหน ไปกับเพื่อน หรือ ไปเที่ยว จะต้องขออนุญาตจากพ่อแม่ผู้ปกครองก่อน เป็นบางครั้ง ในกลุ่ม Case ร้อยละ 33.3 และ กลุ่ม Control ส่วนมากจะขออนุญาต ทุกครั้ง ร้อยละ 39.8 ผู้ปกครองเป็นบุคคลที่มีความสำคัญหรือมีความหมายในชีวิตของท่าน มากที่สุด ร้อยละ 44.4 และ 63.0 ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว กับพ่อแม่พี่น้องหรือผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ที่ดีในระดับมากในกลุ่ม Case ร้อยละ 35.2 และ มากที่สุดในกลุ่ม Control ร้อยละ 34.7 พ่อแม่หรือผู้ปกครองมีการพูดคุยสื่อสารแลกเปลี่ยนขอคำปรึกษาในเรื่องต่างๆเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.7 และ 37.0 พ่อแม่ผู้ปกครองแสดงความดีใจและชื่นชมเมื่อท่านทำสิ่งใดได้สำเร็จบ่อยครั้ง ร้อยละ 35.2 และ 29.2 พ่อแม่ ผู้ปกครองเอาใจใส่เรื่องการเรียน และเรื่องเกี่ยวกับท่าน เช่น การคบเพื่อน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.6 และ 44.0 ท่านและพ่อแม่ ผู้ปกครอง เอาใจใส่กันและกันอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจกันเสมออยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.6 และ 38.4 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้ความสนใจในสิ่งที่ท่านชอบและให้การสนับสนุนให้ท่านทำในสิ่งที่ท่านชอบ อยู่ในระดับปานกลางในกลุ่ม Case ร้อยละ 36.1 และ ระดับมาก ในกลุ่ม Control ร้อยละ 32.4 ท่านรู้สึกอึดอัดที่ต้องเผชิญหน้า กับ พ่อแม่ หรือ ผู้ปกครองอยู่ในระดับมากที่สุดในกลุ่ม Case ร้อยละ 37.0 และ ระดับมาก ในกลุ่ม Control ร้อยละ 33.8 พ่อแม่ ผู้ปกครองให้โอกาสท่านตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนของตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.7 และ 38.0 พ่อแม่ ผู้ปกครองให้โอกาสท่านชี้แจงเหตุผลเสมออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.9 และ 37.4 ท่านและพ่อแม่ ผู้ปกครองร่วมกันใช้เหตุผลแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งที่มีต่อกันบ่อยครั้ง ในกลุ่ม Case ร้อยละ 38.9 และ บางครั้ง ในกลุ่ม Control ร้อยละ 32.4 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 และ 36.5 ท่านและ พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้เวลา ร่วมกันในการทำกิจกรรมต่างๆ งานอดิเรก เช่น ดูหนัง ฟังเพลง งานบ้าน เป็นบางครั้ง ร้อยละ 31.5 และ 36.5 ท่านพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ของท่านในปัจจุบันนี้มากในกลุ่ม Case ร้อยละ 32.4 และ ระดับมากที่สุด ในกลุ่ม Control ร้อยละ 32.4

ตาราง 4 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น
ในกลุ่ม ตั้งครรภ์ และ กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว	ตั้งครรภ์ (n=108)		ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 57.00 – 75.00)	40	37.0	101	46.8
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 36.00 – 56.00)	67	62.1	113	52.3
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยคะแนน 15.00 – 35.00)	1	0.9	2	0.9

จากตาราง 4 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ Control มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 62.1 และ 52.3

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ ดังตาราง 6

ตาราง 5 ข้อมูลด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีเพื่อนสนิทหรือไม่ จำนวนกี่คน				
ไม่มี	7	6.5	15	6.9
มี	101	93.5	201	93.1
จำนวน 1 คน	6	5.9	11	5.4
จำนวน 2 คน	17	16.9	27	13.4
จำนวน 3 คน	21	20.7	20	9.9
จำนวน 4 คน	18	17.8	42	20.8
จำนวน 5 คน	15	14.9	49	23.4
จำนวน 6 คนขึ้นไป	16	15.8	33	16.4
ไม่ตอบข้อมูล	8	7.9	19	9.4

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. มีบุคคลใกล้ชิดกับตัวท่านที่มีประวัติ ตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี หรือไม่				
มี	59	54.8	82	38.0
ไม่มี	49	45.2	134	62.0
3. บุคคลใกล้ชิดกับตัวท่านที่มีประวัติ ตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี				
ยาย/ย่า	0	0.0	2	0.9
แม่	2	1.9	4	1.9
น้ำ/อา	2	1.9	0	0.0
เพื่อนสนิท	3	2.8	21	9.7
พี่น้อง	4	3.7	7	3.2
ญาติ	7	6.5	8	3.7
เพื่อน หรือ คนรู้จัก	41	38.0	38	17.6
ไม่มี	49	45.3	14	6.5
อื่นๆ (เพื่อนสนิท/คนรู้จัก/ญาติ)	0	0.0	122	56.5
4. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อนสนิท เพื่อน ในกลุ่มที่รู้จักกันเคยมีพฤติกรรมเหล่านี้				
4.1 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	27	25.0	47	21.8
4.2 การอยู่กับเพื่อนต่างเพศ แพน คูรัก สองต่อสองในที่ลับตา	1	0.9	1	0.5
4.3 การดูวิดีโอ คลิปวิดีโอ ที่มีเนื้อหา ภาพเสียงที่ขี้ขลาดทางเพศ	0	0.0	1	0.5
4.4 การมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรง ข้าม หรือเพศเดียวกัน	0	0.0	1	0.5
4.5 มีการตั้งครรภ์ หรือทำให้ผู้หญิง ตั้งครรภ์	4	3.7	2	0.9

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4.6 ทั้งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ สัมผัสกอด จูบ เพื่อนต่างเพศ	1	0.9	1	0.5
4.7 ทั้งการอยู่กับเพื่อนต่างเพศในที่ ลับตา/สัมผัสกอด จูบ/คลิปวิดีโอ ที่มี เนื้อหาภาพเสียงที่ยั่ววยทางเพศ	3	2.8	1	0.5
4.8 ทั้งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ สัมผัสกอด จูบ เพื่อนต่างเพศ/อ่านหนังสือ และคลิปวิดีโอ ภาพเสียงที่ยั่ววยทางเพศ	3	2.8	17	7.8
4.9 ไม่มี 10 ข้อที่สอบถามมา	27	25.0	78	36.1
4.10 อื่นๆ ไม่ตอบข้อมูล	42	38.9	66	31.5
5. มี เพื่อน เพื่อนสนิทหรือญาติ ที่มีการ นัดพบกับคนที่คุยกันทางสังคมออนไลน์ และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์				
ไม่มีเลย	0	0.0	1	0.5
น้อย	1	0.9	5	2.3
ปานกลาง	25	23.1	31	14.4
มาก	27	25.0	37	17.1
มากที่สุด	55	51.0	142	65.7
6. สถานศึกษาที่เรียนอยู่หรือที่เคยเรียนมี การสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้านในช่วงที่ ท่านศึกษาอยู่				
ไม่มีเลย	7	6.5	27	12.5
น้อย	9	8.3	23	10.6
ปานกลาง	53	49.1	92	42.6
มาก	31	28.7	58	25.9
มากที่สุด	8	7.8	16	7.4

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. สถานศึกษาที่เคยเรียนมีการรณรงค์ เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วงระหว่าง ที่เรียนหรือศึกษาอยู่				
ไม่มีเลย	2	1.9	14	6.5
น้อย	1	0.9	33	15.3
ปานกลาง	54	50.0	79	36.6
มาก	36	33.3	60	27.8
มากที่สุด	15	13.9	30	13.8
8. สามารถพบเห็นร้านบาร์เบียร์ ผับ ร้าน คาราโอเกะที่อยู่ในชุมชน แถวละแวกบ้าน หรือระหว่างทางจากบ้านถึงโรงเรียน				
ไม่มีเลย	1	0.9	16	7.4
น้อย	11	10.2	15	6.9
ปานกลาง	23	21.3	34	15.8
มาก	28	25.9	49	22.7
มากที่สุด	45	41.7	102	47.2
9. ชุมชนที่อาศัยหรือเคยอยู่อาศัยผู้มี สถานบันเทิงที่กลุ่มวัยรุ่นสามารถเข้าไป เที่ยวพบปะหรือเที่ยวกลางคืนได้				
ไม่มีเลย	2	1.9	4	1.9
น้อย	9	8.3	11	5.1
ปานกลาง	13	12.0	38	17.5
มาก	24	22.2	27	12.5
มากที่สุด	60	55.6	136	63.0

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. มีเพื่อน หรือพี่ หรือมีคนที่สามารถ สนับสนุนเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้า ไปใช้บริการเที่ยวสถานบันเทิง ร้านอาหาร เบียร์ ร้านคาราโอเกะ ที่อยู่ในชุมชน ละแวกบ้าน หรือที่อยู่ในเมืองได้				
ไม่มีเลย	0	15.0	2	0.9
น้อย	4	3.7	4	1.9
ปานกลาง	18	16.7	27	12.5
มาก	30	27.8	36	16.6
มากที่สุด	56	51.9	147	68.1
11. เวลาเห็นเพื่อน หรือรุ่นพี่ มีความสุขที่ มีแฟนออกเดท และมีเพศสัมพันธ์จึงทำให้ คิดอยากที่จะมีแฟนแบบนั้นบ้าง				
ไม่มีเลย	0	0.0	2	0.9
น้อย	1	0.9	6	2.8
ปานกลาง	23	21.3	33	15.3
มาก	51	47.2	77	35.6
มากที่สุด	33	30.6	98	45.4
12. มีกลุ่มเพื่อนสนิท หรือเพื่อนที่รู้จักกัน ที่คิดว่าเรื่องการคบแฟน คู่รัก สามารถอยู่ ห้องพักด้วยกันในระหว่างที่มาเรียน หนังสือเป็นเรื่องปกติไม่เสียหายอะไร				
ไม่มีเลย	10	9.2	30	13.9
น้อย	2	1.9	10	4.6
ปานกลาง	35	32.4	39	18.1
มาก	19	17.6	46	21.3

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	42	38.9	91	42.1
13. ถ้าไม่มีแฟน ไม่มีคนมาชอบ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ท่านรู้สึกอายเพื่อนในกลุ่มที่เขามีแฟน เขามีคนมาชอบ และเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว				
ไม่มีเลย	0	0.0	2	0.9
น้อย	4	3.7	4	1.9
ปานกลาง	22	20.4	24	11.1
มาก	14	13.0	26	12.0
มากที่สุด	68	62.9	160	71.1
14. สังคมญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีค่านิยมชื่นชมผู้หญิงที่ได้ แฟน หรือสามีรวย โดยไม่ต้องเรียนให้จบ				
ไม่มีเลย	3	2.8	5	2.3
น้อย	9	8.3	17	7.9
ปานกลาง	24	22.2	32	14.8
มาก	19	17.6	65	30.1
มากที่สุด	53	49.1	97	44.9
15. สังคมญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีค่านิยมเรื่องการคบแฟน คู่รักอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงานในระหว่างเรียนเป็นเรื่องปกติไม่เสียหายอะไร				
ไม่มีเลย	0	0.0	9	4.2
น้อย	22	20.4	12	5.6

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	24	22.2	40	18.4
มาก	24	22.2	63	29.2
มากที่สุด	38	35.2	92	42.6

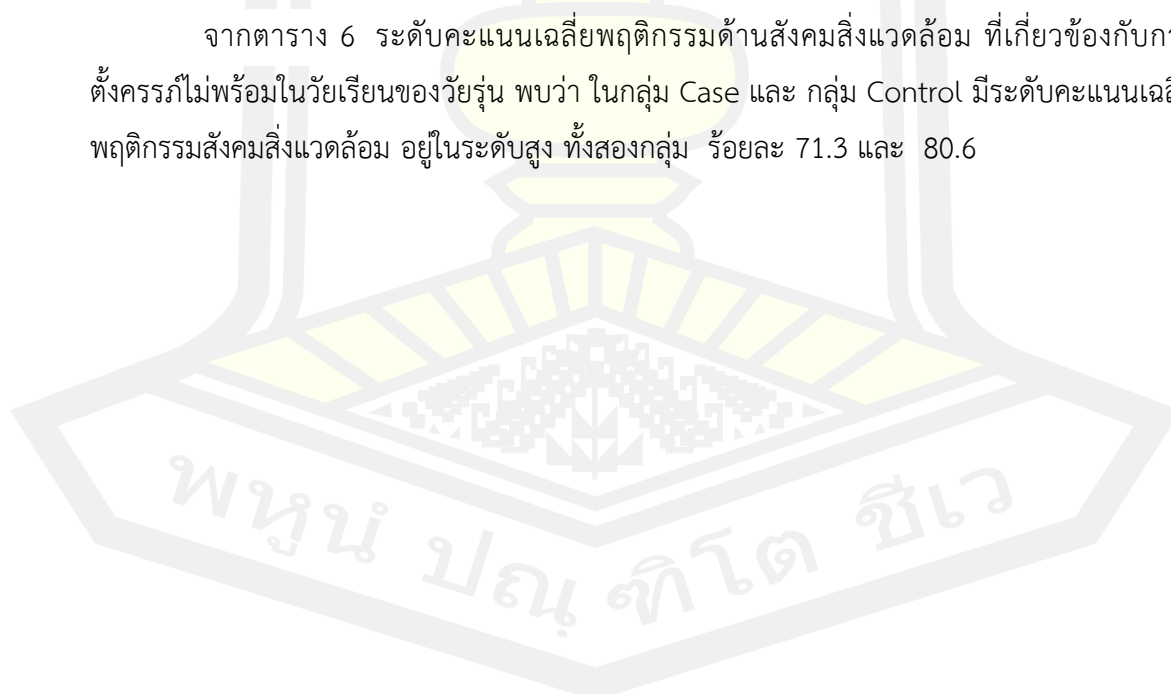
จากตาราง 5 ข้อมูลด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีเพื่อนสนิท ร้อยละ 93.5 และ 93.1 ส่วนมากในกลุ่ม Case ร้อยละ 54.8 จะมีบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี และ กลุ่ม Control ส่วนมากไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ ร้อยละ 62.0 บุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี กลุ่ม Case ส่วนมากจะเป็นเพื่อน หรือคนรู้จัก ร้อยละ 38.0 และ กลุ่ม Control จะเป็นเพื่อนสนิท คนรู้จัก และญาติ ร้อยละ 56.5 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อนสนิท และเพื่อนในกลุ่มที่รู้จักกันเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ส่วนมากไม่ตอบข้อมูล ร้อยละ 38.9 และ ร้อยละ 31.5 พฤติกรรมที่ตอบจะเป็นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.0 และ 21.8 ส่วนมากจะมีเพื่อน เพื่อนสนิท หรือญาติ ที่มีการนัดพบกับคนที่คุยกันทางสังคมออนไลน์และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 51.0 และ 65.7 สถานศึกษาที่เรียนอยู่หรือที่เคยเรียนส่วนมากมีการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1 และ 42.6 สถานศึกษาที่เคยเรียน ส่วนมากจะมีการรณรงค์เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และ 36.6 สามารถพบเห็นร้านอาหารเบียร์ ผับ ร้านอาหารไอเกะที่อยู่ในชุมชน แถวละแวกบ้าน หรือระหว่างทางจากบ้านถึงโรงเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.7 และ 47.2 ชุมชนที่ทานอาศัยหรือเคยอยู่อาศัยมีสถานบันเทิงที่กลุ่มวัยรุ่นสามารถเข้าไปเที่ยวพบปะหรือเที่ยวกลางคืนได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 55.6 และ 63.0 ส่วนมากจะมีเพื่อน หรือพี่ หรือมีคนที่สามารถสนับสนุนเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าไปใช้บริการเที่ยวสถานบันเทิง ร้านอาหารเบียร์ ร้านอาหารไอเกะ ที่อยู่ในชุมชน ละแวกบ้าน หรือที่อยู่ในเมืองได้ ร้อยละ 51.9 และ 58.1 เวลาทานเห็นเพื่อน หรือรุ่นพี่ มีความสุขที่มีแฟนออกเดท และมีเพศสัมพันธ์จึงทำให้ท่านคิดอยากที่จะมีแฟนแบบนั้นบ้าง กลุ่ม Case อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.2 และ กลุ่ม Control อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.4 ส่วนมากมีกลุ่มเพื่อนสนิท หรือเพื่อนที่รู้จักกันที่คิดว่าเรื่องการคบแฟน คู่รัก สามารถอยู่ห้องพักด้วยกันในระหว่างที่มาเรียนหนังสือเป็นเรื่องปกติไม่เสียหายอะไร อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 38.9 และ 42.1

ส่วนมากจะคิดว่าถ้าไม่มีแฟน ไม่มีคนมาชอบ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ท่านรู้สึกอายเพื่อนในกลุ่มที่เขามีแฟน เขามีคนมาชอบ และเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.9 และ 71.1 ส่วนมากสังคมน่าดีพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือชุมชนที่อาศัยอยู่มีค่านิยมชื่นชมผู้หญิงที่ได้ แฟน หรือสามี รวย โดยไม่ต้องเรียนให้จบ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 49.1 และ 44.9 ส่วนมากสังคมน่าดีพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือชุมชนที่อาศัยอยู่มีค่านิยมเรื่องการคบแฟน คู่รักอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงานในระหว่างเรียน เป็นเรื่องปกติไม่เสียหายอะไร อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.2 และ 42.69

ตาราง 6 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมใน วัยเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่ม ตั้งครรภ์ และ กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมสิ่งแวดล้อม	ตั้งครรภ์ (n=108)		ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 40.34 – 55.00)	77	71.3	174	80.6
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 25.67 – 40.33)	31	28.7	40	18.5
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยคะแนน 11.00 – 25.66)	0	0.0	2	0.9

จากตาราง 6 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่ม Case และ กลุ่ม Control มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสังคมสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 71.3 และ 80.6



ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ ดังตาราง 7

ตาราง 7 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์

ข้อมูลด้านการมีสุขภาวะทางเพศ	ตั้งครรภ์ (n=108)		ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)		รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทุกคนจะต้องมั่นใจในรูปร่างหน้าตาและสีผิวของตนเอง	93 (15)	86.1 (13.9)	201 (15)	91.1 (6.9)
2. ต้องใส่ใจดูแลอวัยวะเพศของท่านเหมือนดูแลใบหน้า	95 (13)	88.0 (12.0)	206 (10)	95.4 (4.6)
3. เมื่อเกิดข้อสงสัยท่านบอกเล่าซักถามเรื่องเพศโดยไม่เขินอาย หรือรังเกียจ	85 (23)	78.7 (21.3)	165 (51)	76.4 (23.6)
4. ตระหนักอยู่เสมอในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ว่าจะต้องพร้อม ต้องเต็มใจ ต้องปลอดภัย	101 (7)	93.5 (6.5)	203 (13)	94.0 (6.0)
5. ต้องเคารพสิทธิเพศที่สามกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ	101 (7)	93.5 (6.5)	209 (7)	96.8 (3.2)
6. ต้องปฏิบัติตัวกับคนรอบข้างด้วยความเท่าเทียมไม่แบ่งแยกเพศท่านต้องปฏิบัติตัวกับคนรอบข้างด้วยความเท่าเทียมไม่แบ่งแยกเพศ	102 (6)	94.4 (5.6)	208 (8)	96.3 (3.7)
7. สถานศึกษาที่ท่านเคยเรียนมีการรณรงค์เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วงระหว่างที่ท่านเรียนหรือศึกษาอยู่	103 (5)	95.4 (4.6)	209 (7)	96.8 (3.2)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลด้านการมีสุขภาพทางเพศ	ตั้งครรภ์ (n=108)		ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)		รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. ต้องมองรอบด้าน หากผลได้ผลเสียของ การมีเพศสัมพันธ์	106 (2)	98.1 (1.9)	207 (9)	95.8 (4.2)
9. ต้องรักตัวเองให้เป็น ไม่พยายามทำทุก อย่างเพื่อรังสรรค์จนเกินไป	101 (7)	93.5 (6.5)	200 (16)	92.6 (7.4)
10. ท่าน คู่รัก หรือแฟนของท่านรับรู้และ เข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์/โรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ถุงยางอนามัย	103 (5)	95.4 (4.6)	207 (9)	95.8 (4.2)
11. ท่าน คู่รัก หรือแฟนของท่านรับรู้และ เข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้วิธี นับวันปลอดภัยหน้า 7 หลัง 7	90 (18)	83.3 (16.7)	179 (37)	82.9 (17.1)
12. ท่าน คู่รัก หรือแฟนของท่านรับรู้และ เข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้วิธีการ หลังข้างนอก	95 (13)	88.0 (12.0)	189 (27)	87.5 (12.5)
13. เข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้ ยาคุมฉุกเฉิน	97 (11)	89.8 (10.2)	186 (30)	86.1 (13.9)
14. เข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดกินทุกวัน	98 (10)	90.7 (9.3)	172 (44)	79.6 (20.4)
15. เข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ คุมกำเนิดแบบชนิดฝังยาที่ใต้ท้องแขน	100 (8)	92.6 (7.4)	173 (43)	80.1 (19.9)
16. เข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้ แผ่นแปะคุมกำเนิด	92 (16)	85.2 (14.8)	155 (61)	71.8 (28.2)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลด้านการมีสุขภาวะทางเพศ	ตั้งครรภ์ (n=108)		ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)		รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17. ท่าน คู่รัก หรือแฟนของท่านรับรู้และ เข้าใจวิธีการไปขอรับบริการในการ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วย การกินยาป้องกันการติดเชื้อ HIV	96 (12)	88.9 (11.1)	154 (62)	71.3 (28.7)
18. ทุกคนมีสิทธิที่จะไม่ตกอยู่ในอันตราย จากการตั้งครรภ์	87 (21)	80.6 (19.4)	178 (38)	82.4 (17.6)
19. ทุกคนมีสิทธิที่จะไม่ตกอยู่ในอันตราย จากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย	92 (16)	85.2 (14.8)	179 (37)	82.9 (17.1)
20. ทุกคนมีสิทธิที่จะไม่ตกอยู่ในอันตราย เพราะขาดการให้บริการสุขภาพที่ ปลอดภัย ขาดบริการให้คำปรึกษา ให้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพทางเพศและ อนามัยเจริญพันธุ์	97 (11)	89.8 (10.2)	186 (30)	86.1 (13.9)
21. ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความพึงพอใจ มีเสรีภาพที่จะเลือกวิถีชีวิตทางเพศและ การเจริญพันธุ์ของตนเองได้	96 (12)	88.9 (11.1)	191 (25)	88.4 (11.6)
22. ทุกคนมีสิทธิที่จะไม่ถูกการแพทย์เข้า แทรกแซงเว้นแต่จะยินยอมโดยอิสระและ เต็มใจบนฐานการรับรู้ข้อมูลทุกด้าน	92 (16)	85.2 (14.8)	194 (22)	89.8 (10.2)
23. ทุกคนมีสิทธิที่จะไม่ถูกคุกคามทำร้าย ทางเพศ ไม่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ไม่ ถูกบังคับให้ตั้งครรภ์ ทำหมัน หรือทำแท้ง	93 (15)	86.1 (13.9)	196 (20)	90.7 (9.3)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลด้านการมีสุขภาวะทางเพศ	ตั้งครรภ์ (n=108)		ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)		รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
24. การให้บริการด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ทุกรูปแบบต้องเป็น การบริการโดยเคารพความเป็นส่วนตัว และยึดการตัดสินใจของผู้รับบริการเป็น หลัก การรักษาความลับของผู้รับบริการ ถือเป็นหลักการสำคัญอย่างยิ่ง	99 (9)	91.7 (8.3)	202 (14)	93.5 (6.5)
25. ทุกคนมีสิทธิที่จะตัดสินใจในเรื่องการ สมรสหรือการมีคู่ได้โดยอิสระไม่ถูกบังคับ ไม่ว่าจะเป็นคู่เพศเดียวกันหรือต่างเพศ	100 (8)	92.6 (7.4)	212 (4)	98.1 (1.9)
26. ผู้หญิงมีสิทธิที่จะตัดสินใจอย่างเสรี และมีความรับผิดชอบว่าจะมีบุตรหรือไม่ และเมื่อใด โดยต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร ครบถ้วนและรอบด้าน	102 (6)	94.4 (5.6)	206 (10)	95.4 (4.6)
27. พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2559 ให้สิทธิวัยรุ่น สามารถใช้บริการคลินิกสุขภาพทางเพศ ได้และสามารถตัดสินใจทางเพศเองได้โดย ไม่ต้องพึ่งผู้ปกครอง	96 (12)	88.9 (11.1)	179 (37)	82.9 (7.1)
28. พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2559 ให้สิทธิวัยรุ่นที่ เป็นพ่อแม่ได้รับการสนับสนุนให้สามารถ เลี้ยงดูลูกได้อย่างมีคุณภาพ	87 (21)	80.6 (19.4)	185 (31)	85.6 (14.4)

ตาราง 7 (ต่อ)

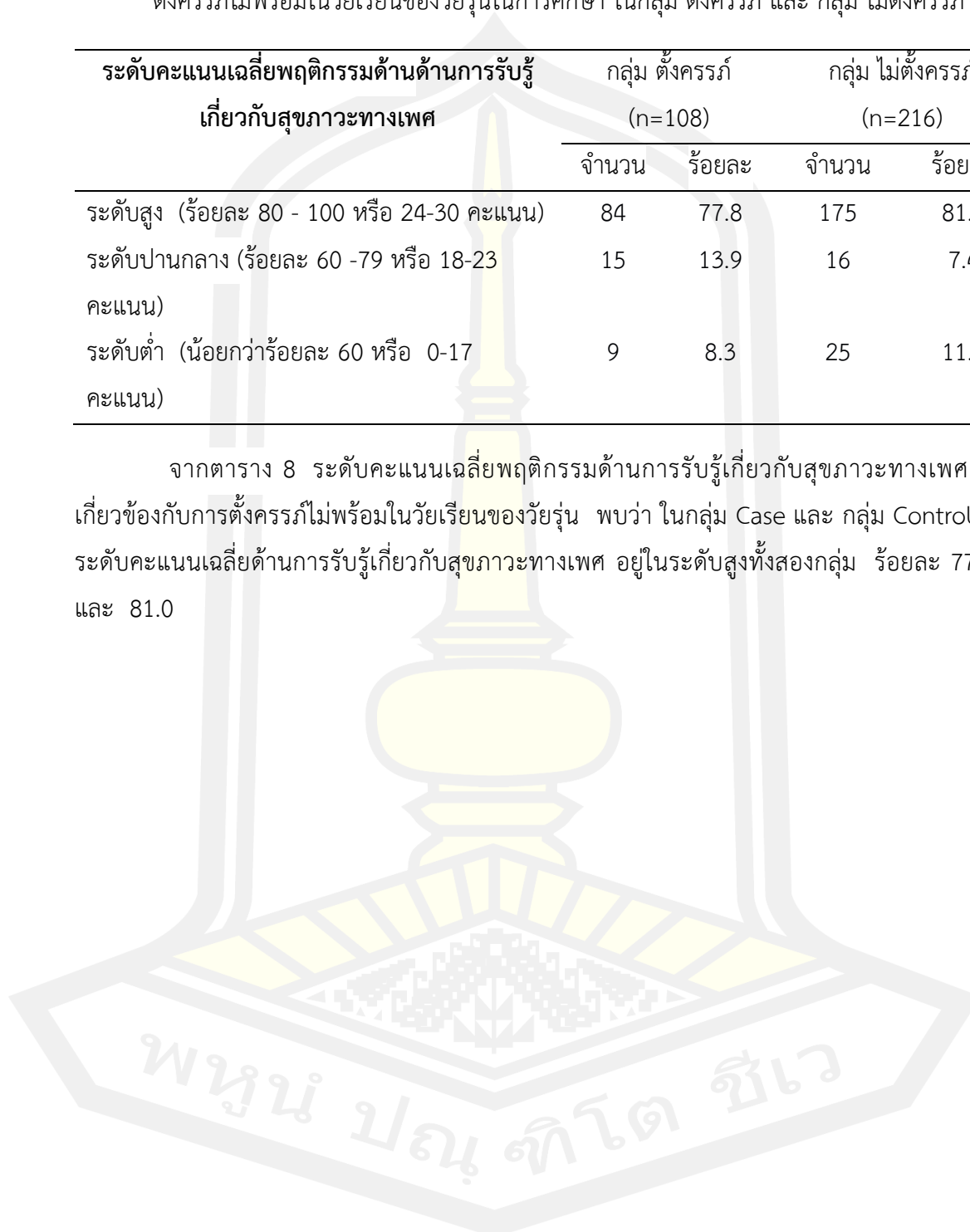
ข้อมูลด้านการมีสุขภาวะทางเพศ	ตั้งครรภ์ (n=108)		ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)		รับรู้เข้าใจ (ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
29. พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น 2559 ให้สิทธิวัยรุ่นได้สิทธิช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาจากการตั้งครรรภ์เพื่อให้ตัวเองปลอดภัย	91 (17)	84.3 (15.7)	184 (32)	85.2 (14.8)
30. พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น 2559 ให้สิทธิวัยรุ่นที่ตั้งท้องสามารถเรียนต่อจนจบได้โดยไม่ต้องพักการเรียนหรือถูกบังคับให้ย้ายไปเรียนที่อื่น	86 (22)	79.6 (20.4)	192 (24)	88.9 (11.1)

จากตาราง 7 ข้อมูลด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ Case และกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Contro พบว่า ส่วนมากมีการรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ร้อยละ 80 ขึ้นไปในทุกหัวข้อ ยกเว้น ข้อ 3 เมื่อเกิดข้อสงสัยท่านบอกเล่าซักถามเรื่องเพศโดยไม่เงินอายุ หรือรังเกียจ กลุ่ม Case และ กลุ่ม Control ร้อยละ 78.7 และ 76.4 และมีเฉพาะกลุ่ม Control ที่มีการรับรู้เข้าใจน้อยกว่า ร้อยละ 80 คือ ข้อ 14 ท่านรับรู้และเข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรรภ์ โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดกินทุกวัน ร้อยละ 79.6 ข้อ 16 ท่านรับรู้และเข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรรภ์ โดยใช้แผ่นแปะคุมกำเนิด ร้อยละ 71.8 และ ข้อ 17 ท่าน คู่รัก หรือแฟนของท่านรับรู้และเข้าใจวิธีการไปขอรับบริการในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยการกินยาป้องกันการติดเชื้อ HIV ร้อยละ 73.1

ตาราง 8 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ที่เกี่ยวข้องกับการ
ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่ม ตั้งครรภ์ และ กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ 80 - 100 หรือ 24-30 คะแนน)	84	77.8	175	81.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 -79 หรือ 18-23 คะแนน)	15	13.9	16	7.4
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ 0-17 คะแนน)	9	8.3	25	11.6

จากตาราง 8 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่ม Case และ กลุ่ม Control มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 77.8 และ 81.0



ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ ดังตาราง 9

ตาราง 9 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์

ความคาดหวังฯ	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ป้องกันก่อนมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง	3.2	2.8	22.2	44.4	26.9	1.4	5.1	7.9	25.9	59.7
2. มองรอบด้าน หาผลได้ผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งก่อนคิดที่จะมีเพศสัมพันธ์	2.8	9.3	14.8	45.4	27.8	4.6	1.4	11.1	29.2	53.7
3. ป้องกันการตั้งครรภ์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างถูกวิธี	0.9	0.0	16.7	58.3	24.1	1.9	2.3	8.3	28.2	59.3
4. ป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้วิธีนับวันปลอดภัยหน้า 7 หลัง 7 ได้อย่างถูกต้อง	3.7	7.4	30.6	36.1	22.2	4.2	7.4	19.9	23.6	44.9
5. ป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้วิธีการหลังข้างนอกได้อย่างถูกวิธี	9.3	10.2	25.0	36.1	19.4	4.6	9.3	19.9	23.1	43.1

ตาราง 9 (ต่อ)

ความคาดหวังฯ	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
6. ป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้ยาคุมฉุกเฉินได้ อย่างถูกวิธี	6.5	6.5	23.1	41.7	22.2	3.2	8.3	18.1	30.1	40.3
7. ป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดกินทุกวัน ได้อย่าง ถูกวิธี	6.5	5.6	16.7	50.0	21.2	5.1	7.9	16.7	26.8	43.5
8. ใช้บริการป้องกันการ ตั้งครรภ์ คุมกำเนิดแบบ ชนิดฝังยาที่ได้ห้องแขน ได้ที่สถานบริการ สาธารณสุขตาม สวัสดิการสิทธิบัตร	10.2	3.7	40.7	19.4	25.9	6.9	4.6	21.3	24.5	42.6
9. ป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้แผ่นแปะ คุมกำเนิดได้อย่างถูกวิธี	13.9	4.6	34.3	19.4	27.8	14.8	9.7	27.3	15.7	32.4
10. เข้าถึงบริการ หรือ หาอุปกรณ์ป้องกัน ตนเองจากการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ได้	1.9	0.0	20.0	15.0	65.0	3.2	3.2	23.7	21.8	48.1
11. ไปขอรับบริการด้วย การกินยาป้องกันการ ติดเชื้อ HIV ได้ที่สถาน บริการสาธารณสุขตาม สวัสดิการสิทธิบัตร หลัง มีปัจจัยเสี่ยง	6.5	10.2	20.4	43.5	19.4	7.9	5.1	27.7	21.3	38.8

ตาราง 9 (ต่อ)

ความคาดหวังฯ	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
12. ไม่ตกอยู่ในอันตรายจากการตั้งครรภ์	9.3	1.9	21.2	35.2	32.4	2.3	2.3	8.8	26.9	59.7
13. ไม่ตกอยู่ในอันตรายจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย	12.0	2.8	13.0	40.7	31.5	5.1	0.9	9.7	20.4	63.9
14. ดูแลตัวเองที่จะได้รับการให้บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้รับการบริการให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล ข่าวสารในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ข้อมูลครบถ้วนรอบด้าน	8.3	2.8	22.2	38.9	27.8	5.6	0.0	13.8	30.1	50.5
15. มีเสรีภาพที่จะเลือกวิถีชีวิตทางเพศ/การเจริญพันธุ์ของตนเองได้	1.9	5.6	25.9	36.1	3.2	30.5	1.4	12.0	28.2	55.2
16. ดูแลตนเองที่จะไม่ถูกคุกคามทำร้ายทางเพศ ไม่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ไม่ถูกบังคับให้ตั้งครรภ์ ทำหมันหรือทำแท้ง	2.8	0.0	18.5	47.2	31.5	3.2	1.4	12.0	28.2	55.2

ตาราง 9 (ต่อ)

ความคาดหวังฯ	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
17. ตัดสินใจในเรื่องการสมรสหรือการมีคู่ได้โดยอิสระไม่ถูกบังคับไม่ว่าจะเป็นคู่เพศเดียวกันหรือต่างเพศ	3.7	0.0	23.1	4.4	28.7	0.0	4.2	9.7	32.9	53.2
18. ใช้บริการคลินิกสุขภาพทางเพศได้และสามารถตัดสินใจทางเพศเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้ปกครอง	7.4	1.9	18.5	50.0	22.2	6.0	1.9	17.1	28.2	46.8
19. ใช้ความรู้จากการเรียนเพศศึกษาที่สอดคล้องกับวัยและนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	4.6	0.9	21.2	48.3	25.0	4.2	3.7	11.1	33.8	47.2
20. เข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้จากทางอินเทอร์เน็ตในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.8	3.7	14.8	54.6	24.1	5.1	0.5	12.5	32.8	49.1

จากตาราง 9 ข้อมูลด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Control พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ Case มีคะแนนด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก อยู่ระหว่าง ร้อยละ 32.2 – 58.3 ยกเว้น ข้อ 8 ฉะนั้นสามารถไปใช้บริการป้องกันการตั้งครรภ์ คุมกำเนิดแบบชนิดฝังยาที่ได้

ห้องแขนได้ที่สถานบริการสาธารณสุขตามสวัสดิการสิทธิบัตร ร้อยละ 40.7 ข้อ 9 ฉันทสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้แผ่นแปะคุมกำเนิดได้อย่างถูกวิธี ร้อยละ 34.3 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Control ในทุกข้อ จะมีคะแนน ในระดับมากที่สุด อยู่ระหว่าง ร้อยละ 32.4 – 63.9

ตาราง 10 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่มตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ Control

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	กลุ่มตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 73.34 – 100.00)	43	39.8	170	78.7
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 46.67 – 73.33)	59	54.6	39	18.1
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยคะแนน 20.00 – 46.66)	6	5.6	7	3.2

จากตาราง 10 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ในกลุ่มตั้งครรภ์ Case มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และ กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ Control มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.7

ส่วนที่ 6 ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ ดังตาราง 11

ตาราง 11 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. มีคนที่คอยอยู่ข้างๆฉันคอยห่วงใยความรู้สึกของฉันเสมอเมื่อฉันมีความจำเป็น	7.4	2.8	23.1	45.4	21.3	4.6	3.2	28.7	20.8	42.7
2. มีเพื่อนที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันเมื่อฉันเกิดปัญหา	10.2	2.8	27.8	36.1	23.1	5.6	4.2	25.0	32.4	32.8
3. เพื่อนของฉันพยายามช่วยเหลือฉันอย่างจริงจังในทุกๆเรื่อง	10.2	3.7	22.2	45.4	18.5	4.2	2.8	25.0	35.2	32.8
4. สามารถพึ่งพาเพื่อนของฉันได้ในเวลาที่ฉันมีปัญหา	10.2	3.7	26.9	48.1	11.1	4.2	4.2	29.6	26.4	35.6
5. ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวของฉันเวลาที่ฉันมีเรื่องเดือดร้อนหรือเกิดปัญหา	0.9	9.3	35.2	43.5	11.1	2.8	9.3	28.7	33.7	25.5
6. มีคนที่คอยให้ความอบอุ่นและความรู้สึกสบายใจแก่ฉัน	0.0	7.4	31.5	42.6	18.6	2.3	6.0	27.8	25.0	38.9

ตาราง 11 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
7. ครอบคลุมของฉัน พยายามที่จะช่วยเหลือฉัน ในทุกๆเรื่อง	0.9	8.4	25.9	39.8	25.0	2.3	11.1	22.7	38.9	25.0
8. สามารถเล่าปัญหา ของฉันให้ครอบครัวของ ฉันฟังได้	4.6	10.2	26.8	41.7	16.7	6.5	15.7	20.8	32.9	24.1
9. สามารถเล่าปัญหา ของฉันให้ครูที่โรงเรียน หรือสถานศึกษาฟังได้	13.0	12.0	36.1	25.9	13.0	17.1	12.5	28.2	23.6	18.6
10. ครอบคลุมของฉัน เต็มใจที่จะช่วยฉันในการ ตัดสินใจในทุกเรื่อง	2.8	14.8	31.5	27.8	23.1	4.2	12.2	21.7	27.8	34.3
11. ได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่จำเป็นเกี่ยวกับการ ป้องกันการตั้งครรภ์และ โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์จากกิจกรรม ที่โรงเรียนจัดขึ้น	1.9	15.7	32.4	38.9	11.1	3.2	6.5	26.9	33.8	29.6
12. ครูที่โรงเรียนให้ คำปรึกษาที่จำเป็นแก่ฉัน เกี่ยวกับการป้องกันการ ตั้งครรภ์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	2.8	9.3	29.6	45.4	13.0	3.7	8.8	26.4	29.6	31.5

ตาราง 11 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
13. ครูที่โรงเรียนให้ ข้อมูลกับฉันครบถ้วน รอบด้านในการที่จะไป ขอรับบริการอนามัย เจริญพันธ์สำหรับวัยรุ่น	0.0	14.8	28.7	44.5	12.0	4.6	9.7	25.0	26.9	33.8
14. เจ้าหน้าที่บุคลากร ทางด้านสาธารณสุขให้ ข้อมูลกับฉันครบถ้วน รอบด้านในการ ให้บริการอนามัยเจริญ พันธ์สำหรับวัยรุ่น	9.3	7.4	23.1	45.4	14.8	2.8	12.5	24.1	27.8	32.8
15. สามารถเข้าถึงและ ได้รับการสนับสนุน อุปกรณ์ที่จำเป็นเกี่ยวกับ การป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์จากโรงเรียน หรือสถานศึกษาที่ฉัน เรียน	6.5	3.7	41.7	27.8	20.3	3.2	7.9	28.2	32.9	27.8

ตาราง 11 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
16. สามารถเข้าถึงและ ได้รับการสนับสนุน อุปกรณ์ที่จำเป็นเกี่ยวกับ การป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์จากโรงเรียน หรือสถานศึกษาที่ฉัน เรียน	7.4	3.7	31.5	33.3	24.1	5.1	7.9	26.4	33.8	26.9
17. สามารถที่จะ ตัดสินใจในเรื่องการ สมรสหรือการมีคู่ได้โดย อิสระไม่ถูกบังคับไม่ว่า จะเป็นคู่เพศเดียวกัน หรือต่างเพศ	4.6	0.9	32.5	37.0	25.0	7.4	2.3	25.0	32.4	32.9
18. สามารถใช้บริการ คลินิกสุขภาพทางเพศได้ และสามารถตัดสินใจ ทางเพศเองได้โดยไม่ต้อง พึ่งผู้ปกครอง	4.6	11.1	33.3	35.3	15.7	5.6	4.2	33.3	21.7	35.2
19. สามารถใช้ความรู้ จากการเรียนเพศศึกษา ที่สอดคล้องกับวัยและ นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	1.9	2.8	29.6	45.4	20.3	6.5	3.7	25.9	30.1	33.8

ตาราง 11 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มที่ตั้งครรภ์ (n=108)					กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
20. สามารถเข้าถึงข้อมูล ที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ จากทางอินเทอร์เน็ตใน การป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	2.8	2.8	34.3	39.8	20.3	5.6	3.7	22.2	32.9	35.6

จากตาราง 11 ข้อมูลด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Control พบว่า ส่วนมากในกลุ่ม Case จะมีคะแนน เห็นด้วยมาก เกือบทุกข้อ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 33.3 – 48.1 ยกเว้น ข้อ 9 ฉันทสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครูที่โรงเรียนหรือสถานศึกษาฟังได้ ร้อยละ 36.1 ข้อ 10 ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจในทุกเรื่อง ร้อยละ 31.5 และ ข้อ 15 ฉันทสามารถเข้าถึงและได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากโรงเรียนหรือสถานศึกษาที่ฉันเรียน ร้อยละ 41.7 จะเห็นด้วยปานกลาง และ กลุ่ม Control พบว่า ส่วนมากจะเห็นด้วยมากที่สุด อยู่ระหว่าง ร้อยละ 31.5 – 42.7 รองลงมาจะเห็นด้วยมาก อยู่ระหว่าง ร้อยละ 32.9 – 38.9 ยกเว้น ข้อ 9 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.2

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตาราง 12 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเรียนของวัยรุ่นในการศึกษา ในกลุ่มตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ Control

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่ม ตั้งครรภ์ (n=108)		กลุ่ม ไม่ตั้งครรภ์ (n=216)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 73.34 – 100.00)	43	39.8	111	51.4
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 46.67 – 73.33)	59	54.6	97	44.9
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยคะแนน 20.00 – 46.66)	6	5.6	8	3.7

จากตาราง 12 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ในกลุ่ม Case มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และ กลุ่ม Control มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.4

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (Bivariate analysis) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มตั้งครรภ์ (Case n=108)		กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ (Control n=216)		Bivariate analysis		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR	(95% CI)	p-value
ระดับการศึกษา							
1.อนุปริญญา/ปวส	10	9.2	17	7.9	1	1	<0.001
2.ม.ปลาย/ปวช.	67	62.1	173	80.1	0.70	0.303- 1.632	
3.ม.ต้นหรือต่ำกว่า	31	28.7	26	12.0	2.62	0.954- 7.213	
การมีแฟนหรือคู่รัก							
1.ไม่มี/เคยมีแต่เลิกไป	15	13.9	133	61.6	1	1	<0.001
2.มี	45	41.7	71	32.9	5.52	2.851- 10.697	
3.มีและแต่งงานกัน	48	44.4	12	5.5	39.18	16.540- 92.806	

ตาราง 13 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มตั้งครรภ์ (Case n=108)		กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ (Control n=216)		Bivariate analysis		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR	(95% CI)	p-value
ผลการเรียน							
1.ดีมาก	7	6.5	36	16.7	1	1	<0.01
2.ดี	69	63.9	136	62.9	2.38	1.006-5.640	
3.พอใช้	32	29.6	44	20.4	3.83	1.512-9.710	
ความพอใจในผลการเรียน							
1.พอใจมากที่สุด	7	6.5	34	15.7	1	1	<0.01
2.พอใจมาก	68	63.0	140	64.8	2.31	0.968-5.510	
3.เฉยๆ/ไม่พอใจ	33	30.5	42	19.5	3.88	1.513-9.937	
มีเรื่องไม่สบายใจในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา							
1.ไม่มี	87	80.6	180	83.3	1	1	0.446
2.มี	21	19.4	36	16.7	1.267	0.692-2.320	
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท)							
1.<3,000	44	40.8	109	50.5	1	1	<0.01
2. 3,000-5,000	28	25.9	83	38.4	0.84	0.480-1.475	
3. >5,000	36	33.3	24	11.1	4.04	2.075-7.863	
การปฏิบัติต่อคู่รัก							
1.ไม่สัมผัส/ไม่มีแฟน	24	60.0	158	84.5	1	1	<0.05
2.กอด/จูบกันบางครั้ง	6	15.0	10	5.3	3.97	1.298-12.146	
3.มีเพศสัมพันธ์	6	25.0	19	10.2	4.39	1.746-11.043	
อายุเมื่อเริ่มออกเดท (ปี)							
1.ไม่เคยออกเดท	19	17.6	104	48.2	1	1	<0.001
2. ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	20	18.5	31	14.3	3.18	1.504-6.726	
3. 16	23	21.3	35	16.2	3.91	1.874-8.156	
4. 17	19	17.6	27	12.5	4.60	2.078-10.197	
5. 18 หรือมากกว่า	27	25.0	19	8.8	9.00	3.977-20.376	
สถานภาพครอบครัว							
1.พ่อแม่อยู่ด้วยกัน	84	77.8	173	80.1	1	1	0.630
2.พ่อแม่แยกกัน/เสียชีวิต	24	22.2	43	19.9	1.15	0.653- 2.025	

ตาราง 13 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มตั้งครรภ์ (Case n=108)		กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ (Control n=216)		Bivariate analysis		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR	(95% CI)	p-value
อาศัยอยู่กับพ่อและแม่							
1.ไม่ใช่	24	22.2	61	28.2	1	1	0.298
2.ใช่	84	77.8	155	71.8	1.33	0.772-2.298	
การศึกษาของผู้ปกครอง							
1.ม.ปลาย หรือสูงกว่า	16	14.8	70	32.4	1	1	<0.001
2.ม.ต้น	22	11.1	33	15.3	1.65	0.699-3.901	
3.ประถมศึกษา	76	70.4	104	48.1	3.57	1.874-6.786	
4.ไม่ได้ศึกษา	4	3.7	9	4.2	1.92	0.513-7.218	
อาชีพผู้ปกครอง							
1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	2.8	21	9.7	1	1	<0.05
2.ค้าขาย/ธุรกิจ	2	1.8	13	6.0	1.14	0.168-7.795	
3.ทำงานโรงงาน	4	3.7	9	4.1	3.17	0.587-17.107	
4.รับจ้างทั่วไป	23	21.3	43	19.9	4.36	1.162-16.339	
5.ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	76	70.4	130	60.2	4.37	1.257-15.174	
ความเพียงพอของรายได้							
1.ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน	14	13.0	47	21.7	1	1	<0.05
2.เพียงพอ มีเหลือเก็บ	31	28.7	78	36.1	1.47	0.706-3.065	
3.เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	55	50.9	82	38.0	2.45	1.217-4.918	
4.ไม่เพียงพอ หนี้สินมาก	8	7.4	9	4.2	2.79	0.892-8.701	
ลักษณะที่อยู่อาศัย							
1.ห้องเช่า/บ้านเช่า	2	1.9	6	2.8	1	1	0.798
2.บ้านญาติ	4	3.7	10	4.6	1.23	0.168-9.028	
3.บ้านตนเอง	102	94.4	200	92.6	1.56	0.309-7.929	
ระดับการรับรู้ของครอบครัว							
1.สูง	40	37.1	102	47.2	1	1	0.302
2.ปานกลาง	67	62.0	112	51.9	1.46	0.899-2.363	
3.ต่ำ	1	0.9	2	0.9	1.07	0.091-12.637	

ตาราง 13 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มตั้งครรภ์ (Case n=108)		กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ (Control n=216)		Bivariate analysis		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR	(95% CI)	p-value
ระดับการรับรู้ด้านสังคม							
สิ่งแวดล้อม							
1.สูง	31	28.7	42	19.4	1	1	0.070
2.ปานกลาง	77	71.3	174	80.6	0.61	0.353- 1.039	
ระดับความคาดหวังใน							
ความสามารถการป้องกัน							
1.ต่ำ	2	1.8	7	3.2	1	1	<0.05
2.ปานกลาง	38	35.2	39	18.1	2.87	0.559-14.734	
3.สูง	68	63.0	170	78.7	1.12	0.225-5.613	
ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทาง							
สังคม							
1.สูง	43	39.8	111	51.4	1	1	0.137
2.ปานกลาง	59	54.6	97	44.9	1.56	0.957-2.543	
3.ต่ำ	6	5.6	8	3.7	2.08	0.678-6.402	

*Matched Case-Control Study; อายุ

จากตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (Bivariate analysis) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับชั้นของการศึกษา การมีแฟนคู่นอนหรือคู่อุปถัมภ์ ผลการเรียน ความพึงพอใจกับผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน การปฏิบัติตัวกับคู่อุปถัมภ์ อายุเมื่อเริ่มออกเดท มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และ ระดับความคาดหวังในการป้องกัน มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ส่วนปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ระดับการรับรู้ของครอบครัว ระดับการรับรู้ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์คร่าวหลายปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (Multivariable analysis) โดย
การวิเคราะห์ Conditional logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มตั้งครรภ์ (Case n=108)		กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ (Control n=216)		Bivariate analysis		Multivariable analysis
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	Adj. OR (95% CI)	p-value
การมีแฟนหรือคู่รัก							
1. ไม่มี/เคยมีแต่เลิกไป	15	13.9	133	61.6	1	1	<0.001
2. มี	45	41.7	71	32.9	5.52 (2.851- 10.697)	4.55 (2.039- 10.171)	
3. มีและแต่งงานกัน	48	44.4	12	5.5	39.18 (16.540-92.806)	49.25 (16.875- 143.759)	
ความพอใจผลการเรียน							
1. พอใจมากที่สุด	7	6.5	34	15.7	1	1	<0.05
2. พอใจมาก	68	63.0	140	64.8	2.31 (0.968-5.510)	1.59 (0.527-4.814)	
3. เฉยๆ/ไม่พอใจ	33	30.5	42	19.5	3.88 (1.513-9.937)	5.93 (0.953- 17.027)	
อายุเมื่อเริ่มออกเดท							
1. ไม่เคยออกเดท	19	17.6	104	48.2	1	1	<0.001
2. ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	20	18.5	31	14.3	3.18 (1.504-6.726)	3.29 (1.222-8.856)	
3. 16 ปี	23	21.3	35	16.2	3.91 (1.874-8.156)	7.14 (2.532- 20.122)	
4. 17 ปี	19	17.6	27	12.5	4.60 (2.078-10.197)	12.18 (3.735- 39.700)	
5. 18 ปีหรือมากกว่า	27	25.0	19	8.8	9.00 (3.977-20.376)	8.61 (2.590- 28.647)	

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มตั้งครรภ์ (Case n=108)		กลุ่มไม่ตั้งครรภ์ (Control n=216)		Bivariate analysis		Multivariable analysis
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	Adj. OR (95% CI)	p-value
ความเพียงพอของรายได้							
ครอบครัว							
1.ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน	14	13.0	47	21.7	1	1	<0.05
2.เพียงพอ มีเหลือเก็บ	31	28.7	78	36.1	1.47 (0.706-3.065)	2.82 (0.926-8.587)	
3.เพียงพอไม่เหลือเก็บ	55	50.9	82	38.0	2.45 (1.217-4.918)	3.10 (1.132-8.491)	
4.ไม่เพียงพอ หนี้สินมาก	8	7.4	9	4.2	2.79 (0.892-8.701)	5.10 (1.031- 25.262)	
ระดับการได้รับแรงสนับสนุน							
ทางสังคม							
1.สูง	43	39.8	111	51.4	1	1	<0.05
2.ปานกลาง	59	54.6	97	44.9	1.56 (0.957-2.543)	2.75 (1.283-5.876)	
3.ต่ำ	6	5.6	8	3.7	2.08 (0.678-6.402)	4.03 (0.953- 17.027)	

*Matched Case-Control Study; อายุ

จากตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์คร่าวๆหลายปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (Multivariable analysis) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression พบว่า การมีแฟนคู่นอนหรือคู่รัก ความพึงพอใจกับผลการเรียน อายุเมื่อเริ่มออกเดท ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ แผลผล ระดับการรับรู้ด้านสุขภาวะทางเพศ เจตคติและการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการพัฒนารูปแบบ

ตาราง 15 ตารางเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนน แผลผลระดับ การรับรู้ด้านสุขภาวะทางเพศ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการพัฒนารูปแบบ โดย Adjust: baseline age and education

กลุ่มตัวอย่าง	N	\bar{X}	SD	95%CI	mean diff	T	p-value
การรับรู้							
ก่อนการทดลอง	120	27.33	7.688	2.53-	3.82	5.82	.000
กลุ่มทดลอง				5.11			
กลุ่มเปรียบเทียบ	120	17.80	9.671		-15.07	3.40	.001
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	120	32.0	6.188				
กลุ่มเปรียบเทียบ	120	18.26	9.836				

จากตาราง 15 พบว่า ด้านการรับรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value .000

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 16 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม ด้านเจตคติเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาพทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี

กลุ่มตัวอย่าง	N	\bar{X}	SD	95%CI	mean diff	T	p-value
ด้านเจตคติ							
ก่อนการทดลอง	120	111.89	12.319	-2.47-	-0.75	0.86	.390
กลุ่มทดลอง				0.97			
กลุ่มเปรียบเทียบ	120	94.25	5.517				
หลังการทดลอง					13.98	2.10	.037
กลุ่มทดลอง	120	113.53	11.829				
กลุ่มเปรียบเทียบ	120	94.58	5.669				

จากตาราง 16 พบว่า ด้านเจตคติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาพทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 17 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาพทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี

กลุ่มตัวอย่าง	N	\bar{X}	SD	95%CI	mean diff	T	p-value
ด้านการปฏิบัติ							
ก่อนการทดลอง	120	64.58	7.770	3.89-	5.14	8.11	.000
กลุ่มทดลอง				6.40			
กลุ่มเปรียบเทียบ	120	63.01	8.163				
หลังการทดลอง					-0.824	-0.14	.886
กลุ่มทดลอง	120	71.03	7.036				
กลุ่มเปรียบเทียบ	120	63.25	8.225				

จากตาราง 17 พบว่า ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครภไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาพทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนาแบบไม่แตกต่างกัน และหลังในการพัฒนาแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value .000

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบเอกสารและถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน การสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะความเรียง

แนวคิดหลักในการจัดโปรแกรมพัฒนารูปแบบ

ในงานวิจัยนี้เป็นกิจกรรมเพื่อจัดบริการให้ความรู้และทักษะเพื่อป้องกันการตั้งครภไม่พร้อมในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของเด็กและเยาวชนในโรงเรียนคัดสรรที่ใช้เป็นกลุ่มทดลองโดยสรุปร่วมกับครูนามัยและผู้บริหารโรงเรียนเพื่อคัดเลือกแกนนำนักเรียนเข้าร่วมโครงการ สรุปคือแกนนำประกอบคณะกรรมการสถานักเรียนทั้งหมดร่วมกับตัวแทนแต่ละระดับชั้นรวมแล้วจำนวนทั้งหมด 120 คน รูปแบบในการพัฒนาโปรแกรมอบรมแกนนำรวมถึงการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยโดยการประยุกต์หลักแนวคิดการดำเนินกิจกรรมบางส่วนจากแนวคิดทฤษฎีดังนี้

ผู้วิจัยขอเรียกแนวคิดนี้ว่า SESS model ซึ่งเป็นการผสมผสานแนวคิดหลักของสองทฤษฎีเข้าด้วยกัน คือ แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network online) มาเป็นรากฐานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครภไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา

แนวคิดทฤษฎีระบบ (System approach) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแนวคิดทฤษฎีระบบ (System approach)วิธีการเชิงระบบ (Systems Approach) หมายถึงวิธีการทางความคิดที่เป็นรูปแบบซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบโดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวมทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์สังเคราะห์และวางรูปแบบการดำเนินการโดยต้องเกี่ยวพันกับรูปแบบปฏิบัติทั้งภายในและภายนอกโดยใช้ระบบมาเป็นพื้นฐานความคิด

แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มอย่างแท้จริง (Active participation) (Kieffer, 1984) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกที่เข้ากลุ่มหรืออบรมระบุปัญหาของตน วิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณ

การมองเห็นภาพสังคมที่ควรจะเป็นและการพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งการจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าวนอกจากจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความนับถือตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้นและทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นในแต่ละบุคคลแล้วยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มในสังคมอีกด้วย ซึ่งจำเป็นอย่างมากในการกระตุ้นศักยภาพของแกนนำนักเรียนที่เป็นคณะกรรมการสถานักเรียน หรือภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการลุกขึ้นมาดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ในชุมชนให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน (Bishop, et al. 1988: cited in Nittaya pensirinapa, 1995) ในงานวิจัยนี้คือการแก้ไขปัญห การตั้งครรภในวัยเรียน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการรับรู้และคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่น

แนวคิดแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) หมายถึงสิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีความรอบรู้ มีเจตคติและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา นอกจากการสนับสนุนองค์ความรู้รอบด้านและการฝึกทักษะการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยในแต่ละด้านจากทีมวิทยากรแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน นักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Caplan, 1976) ซึ่งอาจหมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ (Pilisuk, 1982) แรงสนับสนุนทางสังคม ยังรวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าจะตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network online) สร้างกลุ่มเครือข่ายสังคมออนไลน์ผ่านทางกลุ่มเฟซบุ๊ก กลุ่มไลน์ในการให้ข้อมูลรอบด้าน ทันทเวลา และเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้จากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับครูที่เกี่ยวข้อง เป็นที่ปรึกษาให้ข้อมูลครอบคลุมการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ สุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษา

สรุปผลจากถอดบทเรียนการดำเนินงานกิจกรรมของแกนนำ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ระดับ	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์
1	เกิดคณะทำงานที่เข้มแข็ง -นักเรียนแกนนำ (60-120 คน) -คณะทำงานเรื่องเพศศึกษา (ตัวแทนจากครู ผู้ปกครอง นักเรียนแกนนำ ภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 10-20 คน)	<p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.1 คณะทำงานมีองค์ประกอบด้วยนักเรียน ครู ผู้ปกครอง มีความเข้าใจการดำเนินงานและแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.2 มีข้อมูลและแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานเรื่องเพศศึกษารอบด้าน สุขภาวะทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.3 เกิดกติกา แนวปฏิบัติในโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานด้านเพศศึกษารอบด้านและสุขภาวะทางเพศของนักเรียน</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.4 มีการประชุมเพื่อติดตามประเมินผลเป็นระยะทุก 1-3 เดือน</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1.5 ประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาวะทางเพศและการแนะนำส่งต่อเพื่อขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษาได้</p>
2	เกิดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษารอบด้าน สุขภาวะทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2.1 เกิดกติกา หรือนโยบายของโรงเรียนเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2.2 มีศูนย์ให้คำปรึกษาและบริการด้านสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นเข้าถึงง่ายและสบายใจ (Condom Coffee)</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2.3 มีเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพื่อนช่วยเหลือเพื่อนในระดับโรงเรียนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา สุขภาวะทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2.4 จำนวนนักเรียนเข้าใช้บริการศูนย์ฯ ผ่านช่องทางต่างๆ</p>

ระดับ	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์
		<p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2.5 มีระบบการช่วยเหลือ ส่งต่อการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เข้าถึงง่าย สบายใจ</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2.6 มีสื่อบุคคลเป็นแกนนำ ต้นแบบ และคอยประสานงานช่วยเหลือ</p>
3	ลดการตั้งครรภ์และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น	<p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.1 จำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงจากรอบปีที่ผ่านมา (ก่อน 2 คน)</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.2 จากการสอบถามหลังดำเนินโครงการนักเรียนร้อยละ 80 มีการรับรู้ มีเจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และมีสุขภาพทางเพศ</p> <p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3.3 นักเรียนร้อยละ 80 รู้จักปฏิเสธในการที่จะไปอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และถ้าคิดจะมีเพศสัมพันธ์จะมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง</p>



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ และการไม่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของวัยรุ่นในกลุ่มที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยบูรณาการเข้ากับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การสร้างพลังแก่นักเรียน และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีการนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ หรือกลุ่ม Case และกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์หรือ กลุ่ม Control ซึ่งการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอกลุ่ม Case ก่อน และตามด้วยกลุ่ม Control ตามลำดับในแต่ละหัวข้อ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนมากทั้งสองกลุ่ม อายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 และ 41.7 อายุเฉลี่ยเท่ากันทั้งสองกลุ่มคือ 17.85 ส่วนมากจบการศึกษาหรือกำลังเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 62.1 และ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 80.1 ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ภูมิลำเนาจากจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 69.4 มหาสารคาม ร้อยละ 17.6 บึงกาฬ ร้อยละ 13.0 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนมากเป็นนักเรียน/นักศึกษาทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 42.6 และ 88.0 กลุ่ม Case จะมีแฟนและแต่งงานแล้ว ร้อยละ 86.1 และกลุ่ม Control ไม่มีแฟน ร้อยละ 55.1 ทั้งสองกลุ่มพอใจในผลการเรียนของตนเอง ซึ่งมีผลการเรียนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.9 และ 63.0 กลุ่ม Case ส่วนมากเป้าหมายในชีวิต ไม่มีไม่ได้คิดไว้ ร้อยละ 50.9 และกลุ่ม Control เรียนให้จบและเลี้ยงดูครอบครัว จำนวนเท่ากับ ไม่มีไม่ได้คิดไว้ ร้อยละ 39.4 ทั้งสองกลุ่มส่วนมากไม่มีเรื่องเครียดและไม่มีเรื่องทำให้ไม่สบายใจ ร้อยละ 80.6 และ 83.3 แต่ถ้าหากมีเรื่องไม่สบายใจ กลุ่ม Case บางคนจะเลือกปรึกษาคนที่ไว้ใจได้ ร้อยละ 17.6 และกลุ่ม Control จะเลือกอยู่เฉยๆ คนเดียว/ฟังเพลง ร้อยละ 14.8 ส่วนมากทั้งสองกลุ่มจะไม่มีงานอดิเรก ร้อยละ 62.0 และ ร้อยละ 66.7 ค่าใช้จ่ายประจำเดือนทั้งสองกลุ่มน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 40.8 และ 50.5 แต่ก็เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 73.1 และ 85.2 ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนมากกลุ่ม Case จะได้จาก ทั้งพ่อแม่ตนเอง พ่อแม่แฟนและทำงานเอง ร้อยละ 40.7 และกลุ่ม Control ได้จากพ่อแม่ตนเอง ร้อยละ 85.2 ส่วนมากกลุ่ม Case จะใช้จ่ายไปกับการเลี้ยงลูก ร้อยละ 80.6 และกลุ่ม Control จะใช้เกี่ยวกับซื้ออาหาร ของใช้ และการเรียน ร้อยละ 71.3 ทั้งสองกลุ่มจะไม่ตอบข้อมูลการใช้

โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 88.9 และ 84.3 การใช้พาหนะในการเดินทางกลุ่ม Case จะใช้การเดินทาง ร้อยละ 56.3 และกลุ่ม Control จะใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 63.9 การใกล้ชิดปฏิบัติกับคนรัก ส่วนมาก กลุ่ม Case จะไม่ตอบข้อมูล ร้อยละ 63.0 และกลุ่ม Control จะไม่เคยสัมผัสถูกเนื้อต้องตัว กันเลย ร้อยละ 31.4 คำถามเกี่ยวกับเมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศจะทำอย่างไร ส่วนมากทั้งสองกลุ่มจะไม่ตอบข้อมูล ร้อยละ 62.0 และ 63.9 เคยออกเดท กับคู่รัก หรือไปเที่ยวกับแฟนครั้งแรกของ กลุ่ม Case ส่วนมากตั้งแต่อายุ 18 ปี ร้อยละ 25.0 และกลุ่ม Control ส่วนมากยังไม่เคยออกเดทเลย ร้อยละ 45.8 และกลุ่ม Control ส่วนมากยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย ร้อยละ 74.1 กลุ่ม Case ส่วนมากจะเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุ 15 ปี ร้อยละ 23.1 และกลุ่ม Control ตอนอายุ 16 ปี ร้อยละ 30.4 กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนมากคลอดบุตรและเด็กยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 71.3 ส่วนข้อความ พฤติกรรมส่วนบุคคลข้อ 25-46 ส่วนมากทั้งสองกลุ่มจะไม่เคย มีพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น ประมาณร้อยละ 70 ขึ้นไป รองลงมาจะมี เคยนานเป็นปีแล้ว ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่วนบุคคล ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ Control มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ทั้งสองกลุ่ม

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านครอบครัว ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนมากสถานภาพของครอบครัว พ่อแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.8 และ 80.0 รองลงมาจะเป็น พ่อแม่หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 22.2 และ 19.0 ส่วนมากพักอาศัยอยู่กับพ่อ หรือแม่ ร้อยละ 77.8 และ 72.2 สถานภาพของผู้ปกครองหลัก ส่วนมาก แต่งงาน และอาศัยอยู่ด้วยกันในกลุ่ม Case ร้อยละ 43.5 และ ไม่ตอบสถานภาพ ในกลุ่ม Control ร้อยละ 50.9 ระดับ การศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง ส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.4 และ 48.1 อาชีพผู้ปกครองหลัก ส่วนมาก ทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 70.4 และ 60.2 รายได้ของครอบครัวส่วนมาก พอเพียง แต่แทบไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 50.9 และ 38.4 ลักษณะที่อยู่อาศัยของครอบครัวส่วนมาก เป็น บ้าน ร้อยละ 94.4 และ 92.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ส่วนมาก จำนวน 4-5 คน ร้อยละ 45.3 และ 58.0 ส่วนมากมีพี่น้องพ่อหรือแม่เดียวกัน ร้อยละ 81.5 และ 72.2 ส่วนมากเป็นลูกคนแรก ร้อยละ 53.7 และ 72.2 การกำกับดูแลเวลาจะไปไหน ไปกับเพื่อน หรือ ไปเที่ยว จะต้องขอ อนุญาตจากพ่อแม่ผู้ปกครองก่อน เป็นบางครั้ง ในกลุ่ม Case ร้อยละ 33.3 และ กลุ่ม Control ส่วนมากจะขออนุญาต ทุกครั้ง ร้อยละ 39.8 ผู้ปกครองเป็นบุคคลที่มีความ สำคัญหรือมีความหมาย ในชีวิตของท่าน มากที่สุด ร้อยละ 44.4 และ 63.0 ความสัมพันธ์ที่ดี ในครอบครัว กับพ่อแม่พี่น้อง หรือผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ที่ดีในระดับมากในกลุ่ม Case ร้อยละ 35.2 และ มากที่สุดในกลุ่ม Control ร้อยละ 34.7 พ่อแม่หรือผู้ปกครองมีการพูดคุยสื่อสารแลกเปลี่ยนขอคำปรึกษาในเรื่องต่างๆ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.7 และ 37.0 พ่อแม่ผู้ปกครองแสดงความดีใจและชื่นชมเมื่อท่านทำสิ่งใดได้ สำเร็จบ่อยครั้ง ร้อยละ 35.2 และ 29.2 พ่อแม่ ผู้ปกครอง เอาใจใส่เรื่องการเรียน และเรื่องเกี่ยวกับ

ท่าน เช่น การคบเพื่อน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.6 และ 44.0 ท่านและพ่อแม่ ผู้ปกครอง เอาใจใส่กันและกันอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจกันเสมออยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.6 และ 38.4 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้ความสนใจในสิ่งที่ท่านชอบและให้การสนับสนุนให้ท่านทำในสิ่งที่ท่านชอบ อยู่ในระดับปานกลางในกลุ่ม Case ร้อยละ 36.1 และ ระดับมาก ในกลุ่ม Control ร้อยละ 32.4 ท่านรู้สึกอึดอัดที่ต้องเผชิญหน้า กับ พ่อแม่ หรือ ผู้ปกครองอยู่ในระดับมากที่สุดในกลุ่ม Case ร้อยละ 37.0 และ ระดับมาก ในกลุ่ม Control ร้อยละ 33.8 พ่อแม่ ผู้ปกครองให้โอกาสท่านตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนของตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.7 และ 38.0 พ่อแม่ ผู้ปกครองให้โอกาสท่านชี้แจงเหตุผลเสมออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.9 และ 37.4 ท่านและ พ่อแม่ ผู้ปกครองร่วมกันใช้เหตุผลแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งที่มีต่อกันบ่อยครั้ง ในกลุ่ม Case ร้อยละ 38.9 และ บางครั้ง ในกลุ่ม Control ร้อยละ 32.4 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 และ 36.5 ท่านและ พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้เวลาร่วมกันในการทำกิจกรรมต่างๆ งานอดิเรก เช่น ดูหนัง ฟังเพลง งานบ้าน เป็นบางครั้ง ร้อยละ 31.5 และ 36.5 ท่านพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ของท่านในปัจจุบันนี้มากในกลุ่ม Case ร้อยละ 32.4 และ ระดับมากที่สุด ในกลุ่ม Control ร้อยละ 32.4 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ Control มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 62.1 และ 52.3

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีเพื่อนสนิท ร้อยละ 93.5 และ 93.1 ส่วนมากในกลุ่ม Case ร้อยละ 54.8 จะมีบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี และ กลุ่ม Control ส่วนมากไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ฯ ร้อยละ 62.0 บุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี กลุ่ม Case ส่วนมากจะเป็นเพื่อน หรือคนรู้จัก ร้อยละ 38.0 และ กลุ่ม Control จะเป็นเพื่อนสนิท คนรู้จัก และญาติ ร้อยละ 56.5 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อนสนิท และเพื่อนในกลุ่มที่รู้จักกันเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ส่วนมากไม่ตอบข้อมูล ร้อยละ 38.9 และ ร้อยละ 31.5 พฤติกรรมที่ตอบจะเป็นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.0 และ 21.8 ส่วนมากจะมีเพื่อน เพื่อนสนิท หรือญาติ ที่มีการนัดพบกับคนที่คุยกันทางสังคมออนไลน์และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 51.0 และ 65.7 สถานศึกษาที่เรียนอยู่หรือที่เคยเรียนส่วนมากมีการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1 และ 42.6 สถานศึกษาที่เคยเรียน ส่วนมากจะมีการรณรงค์เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และ 36.6 สามารถพบเห็นร้านบาร์เบียร์ ผับ ร้านคาราโอเกะที่อยู่ในชุมชน แถวละแวกบ้านหรือระหว่างทางจากบ้านถึงโรงเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.7 และ 47.2 ชุมชนที่ท่านอาศัยหรือเคยอยู่อาศัยมีสถานบันเทิงที่กลุ่มวัยรุ่นสามารถเข้าไปเที่ยวพบปะหรือเที่ยวกลางคืนได้ อยู่ใน

ระดับมากที่สุด ร้อยละ 55.6 และ 63.0 ส่วนมากจะมีเพื่อน หรือพี่ หรือมีคนที่สามารถสนับสนุนเงิน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าไปใช้บริการเที่ยวสถานบันเทิง ร้านอาหารเบียร์ ร้านคาราโอเกะ ที่อยู่ใน ชุมชน ละแวกบ้าน หรือที่อยู่ในเมืองได้ ร้อยละ 51.9 และ 58.1 เวลาท่านเห็นเพื่อน หรือรุ่นพี่ มีความสุขที่มีแฟนออกเดท และมีเพศสัมพันธ์จึงทำให้ท่านคิดอยากที่จะมีแฟนแบบนั้นบ้าง กลุ่ม Case อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.2 และ กลุ่ม Control อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.4 ส่วนมากมีกลุ่ม เพื่อนสนิท หรือเพื่อนที่รู้จักกันที่คิดว่าเรื่องการคบแฟน คู่รัก สามารถอยู่ห้องพักด้วยกันในระหว่าง ที่มาเรียนหนังสือเป็นเรื่องปกติไม่เสียหายอะไร อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 38.9 และ 42.1 ส่วนมากจะคิดว่าถ้าไม่มีแฟน ไม่มีคนมาชอบ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ท่านรู้สึกอายเพื่อนในกลุ่ม ที่เขามีแฟน เขามีคนมาชอบ และเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.9 และ 71.1 ส่วนมากสังคมน่าดีพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือชุมชนที่อาศัยอยู่มีค่านิยมชื่นชมผู้หญิงที่ได้ แฟน หรือสามี รวย โดยไม่ต้องเรียนให้จบ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 49.1 และ 44.9 ส่วนมากสังคมน่าดีพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือชุมชนที่อาศัยอยู่มีค่านิยมเรื่องการคบแฟน คู่รักอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงานในระหว่างเรียน เป็นเรื่องปกติไม่เสียหายอะไร อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.2 และ 42.69 ระดับคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น พบว่า ใน กลุ่ม Case และ กลุ่ม Control มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสังคมสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 71.3 และ 80.6

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Control พบว่า ส่วนมากมีการรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะทาง เพศ ร้อยละ 80 ขึ้นไปในทุกหัวข้อ ยกเว้น ข้อ 3 เมื่อเกิดข้อสงสัยท่านบอกเล่าซักถามเรื่องเพศโดยไม่ เขินอาย หรือรังเกียจ กลุ่ม Case และ กลุ่ม Control ร้อยละ 78.7 และ 76.4 และมีเฉพาะกลุ่ม control ที่มีกรรับรู้เข้าใจน้อยกว่า ร้อยละ 80 คือ ข้อ 14 ท่านรับรู้และเข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดกินทุกวัน ร้อยละ 79.6 ข้อ 16 ท่านรับรู้และเข้าใจวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้แผ่นแปะคุมกำเนิด ร้อยละ 71.8 และ ข้อ 17 ท่าน คู่รัก หรือแฟนของท่านรับรู้และเข้าใจ วิธีการไปขอรับบริการในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยการกินยาป้องกันการติดเชื้อ HIV ร้อยละ 73.1 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ที่เกี่ยวข้องกับการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่ม Case และ กลุ่ม Control มีระดับคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 77.8 และ 81.0

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการ ตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Control พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ Case มีคะแนนด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองใน การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก อยู่ระหว่าง ร้อยละ

32.2 – 58.3 ยกเว้น ข้อ 8 ฉันสามารถไปใช้บริการป้องกันการตั้งครรภ์ คุณกำเนิดแบบชนิดฝังยาที่ ใต้ท้องแขนได้ที่สถานบริการสาธารณสุขตามสวัสดิการสิทธิบัตร ร้อยละ 40.7 ข้อ 9 ฉันสามารถ ป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้แผ่นแปะคุมกำเนิดได้อย่างถูกวิธี ร้อยละ 34.3 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Control ในทุกข้อ จะมีคะแนน ในระดับมากที่สุด อยู่ระหว่าง ร้อยละ 32.4 – 63.9 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการ ป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ในกลุ่ม Case มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และ กลุ่ม Control มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.8

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มวัยรุ่นที่ ตั้งครรภ์ Case และ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์ Control พบว่า ส่วนมากในกลุ่ม Case จะมีคะแนน เห็น ด้วยมาก เกือบทุกข้อ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 33.3 – 48.1 ยกเว้น ข้อ 9 ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ ครูที่โรงเรียนหรือสถานศึกษาฟังได้ ร้อยละ 36.1 ข้อ 10 ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการ ตัดสินใจในทุกเรื่อง ร้อยละ 31.5 และ ข้อ 15 ฉันสามารถเข้าถึงและได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่ จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากโรงเรียนหรือสถานศึกษาที่ ฉันเรียน ร้อยละ 41.7 จะเห็นด้วยปานกลาง และ กลุ่ม Control พบว่า ส่วนมากจะเห็นด้วยมากที่สุด อยู่ระหว่าง ร้อยละ 31.5 – 42.7 รองลงมาจะเห็นด้วยมาก อยู่ระหว่าง ร้อยละ 32.9 – 38.9 ยกเว้น ข้อ 9 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม พบว่า ในกลุ่ม Case มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และ กลุ่ม Control มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.4

7. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (*Bivariate analysis*) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับชั้นของการศึกษา การมีแฟน คู่นอนหรือคู่อีก ผลการเรียน ความพึงพอใจกับผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน การปฏิบัติตัวกับคู่อีก อายุเมื่อเริ่มออกเดท มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ความ เพียงพอของรายได้ครอบครัว และ ระดับความคาดหวังในการป้องกัน มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ระดับ การรับรู้ของครอบครัว ระดับการรับรู้ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

แสดงความสัมพันธ์คร่าวหลายปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (Multivariable analysis) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression พบว่า การมีแฟนคู่นอนหรือคูรั๊ก ความพึงพอใจกับผลการเรียน อายุเมื่อเริ่มออกเดท ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

9. ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยคะแนน แพลผลระดับ เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ เจตคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการพัฒนารูปแบบ พบว่า ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลอง ก่อนการพัฒนาโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} 27.3, SD 7.68) ด้านเจตคติ อยู่ในระดับสูง (\bar{X} 111.8, SD 12.31) และการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง (\bar{X} 64.5, SD 7.77) หลังการพัฒนาโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ (\bar{X} 32.0, SD 6.18) ด้านเจตคติ (\bar{X} 113.5, SD 11.82) และการปฏิบัติ (\bar{X} 71.0, SD 7.03) อยู่ในระดับสูงเหมือนกัน และในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ อยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} 17.8, SD 9.67) และ (\bar{X} 18.2, SD 9.83) ตามลำดับ ด้านเจตคติ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} 94.2, SD 5.51) และ (\bar{X} 94.5, SD 5.66) ตามลำดับ ด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง (\bar{X} 63.0, SD 8.16) และ (\bar{X} 63.2, SD 8.22) ตามลำดับ

10. ผลการวิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม ด้านการรับรู้ ด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบ โดย Adjust: baseline age and education พบว่า

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value .000

ด้านเจตคติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบ ไม่แตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนารูปแบบไม่แตกต่างกัน และหลังในการพัฒนารูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value .000

5.2 สรุปผลจากถอดบทเรียนการดำเนินงานกิจกรรม

สรุปแนวคิดหลักที่ได้ในการจัดโปรแกรมพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยขอเรียกแนวคิดนี้ว่า SESS model ซึ่งเป็นการผสมผสานแนวคิดหลักของหลายทฤษฎีเข้าด้วยกัน คือ วิธีการเชิงระบบ (Systems Approach) หมายถึงวิธีการทางความคิดที่เป็นรูปแบบซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวมทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์สังเคราะห์และวางรูปแบบการดำเนินการโดยต้องเกี่ยวพันกับรูปแบบปฏิบัติทั้งภายในและภายนอกโดยใช้ระบบมาเป็นพื้นฐานความคิด แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network online) มาเป็นรากฐานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา การดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 3 ชั้นชั้นได้

ชั้นที่ 1 วัตถุประสงค์ คือเกิดคณะทำงานที่เข้มแข็ง นักเรียนแกนนำ คณะทำงานเรื่องเพศศึกษา ตัวแทนจากครู ผู้ปกครอง นักเรียนแกนนำ ภาควิชาเครือข่ายฯ จำนวน 10-20 คน โดยมีผลลัพธ์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน วัดได้ รายละเอียดตามตารางในบทที่ 4

ชั้นที่ 2 วัตถุประสงค์ คือเกิดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษารอบด้าน สุขภาวะทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีผลลัพธ์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน วัดได้ รายละเอียดตามตารางในบทที่ 4

ชั้นที่ 3 วัตถุประสงค์ ลดการตั้งครรภ์และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยเรียน โดยมีผลลัพธ์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน วัดได้ รายละเอียดตามตารางในบทที่ 4

5.3 อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น และการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา โดยบูรณาการเข้ากับการพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ การสร้างพลังแก่นักเรียน และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยอภิปรายผลในประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้

จากการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่วนบุคคล ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ทั้งสองกลุ่มแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมส่วน

บุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะมีการปฏิบัติตัวดีแสดงให้เห็นว่ามีการรักตัวเองและไม่ยุ่งเกี่ยวกับอบายมุขการตั้งใจเป็นคนดีได้ด้วยตนเองสามารถพัฒนาอบรมให้เป็นคนดีของสังคมได้

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 62.1 และ 52.3 แสดงให้เห็นว่าครอบครัวยังต้องมีความเข้าใจวัยรุ่นให้มากขึ้น ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพวัยรุ่นหรืออนามัยครอบครัวจะต้องกลับมาทบทวนแนวกลยุทธ์การดำเนินงานให้วัยรุ่นอยู่ร่วมกันกับคนในครอบครัวให้มีความสุขอบอุ่น

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ และ กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 71.3 และ 80.6 บ่งบอกถึงการได้รับการปลูกฝังจากสังคมแวดล้อมและครูอาจารย์ในสถานศึกษาให้อยู่ในกรอบจริยธรรมอันดี

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียนของวัยรุ่น พบว่า มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 77.8 และ 81.0 แสดงว่าเป็นผลการการรณรงค์ในโรงเรียนและสถานศึกษาเกี่ยวกับเพศศึกษารอบด้านให้คนรุ่นใหม่เข้าใจเกี่ยวกับการมีสุขภาวะทางเพศมากขึ้น ส่งผลให้ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.8 ในกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ แต่กลุ่มที่ตั้งครรภ์พบว่า มีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 แสดงว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำงานด้านเด็กและวัยรุ่นรวมถึงครูในโรงเรียนจะต้องให้ความสำคัญหรือจัดกิจกรรมให้วัยรุ่นในสถานศึกษามีความรักและภาคภูมิใจในตัวเอง รู้จักคุณค่าและความสามารถของตนเองในการทำสิ่งต่างๆ ที่ดีและสร้างสรรค์ได้อีกมากมายในสังคมปัจจุบัน

การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญมากสำหรับวัยรุ่น ซึ่งเขามีความต้องการในทุกด้าน โดยเฉพาะความรักความเอาใจใส่ หรือข้อมูลที่เป็นรอบด้าน เกี่ยวกับการมีสุขภาวะที่ดีเพราะระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มไม่ตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.4

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (*Bivariate analysis*) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับชั้นของการศึกษา การมีแฟน คู่นอนหรือคูรััก ผลการเรียน ความพึงพอใจกับผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน การปฏิบัติตัวกับคูรััก อายุเมื่อเริ่มออกเดท มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ความ

เพียงพอของรายได้ครอบครัว และ ระดับความคาดหวังในการป้องกัน มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ระดับการรับรู้ของครอบครัว ระดับการรับรู้ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แสดงความสัมพันธ์คร่าวหลายปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ (Multivariable analysis) โดยการวิเคราะห์ Conditional logistic regression พบว่าการมีแฟนคู่นอนหรือคูรั๊ก ความพึงพอใจกับผลการเรียน อายุเมื่อเริ่มออกเดท ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความสำคัญในการวางแผนทางรูปแบบในการเฝ้าระวังให้ประสานสอดคล้องกันอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรจงกล ตูลยนิษกะ (2560) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่นใน จังหวัดพัทลุง และสอดคล้องกับ จิราวรรณ พักน้อย (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และสอดคล้องกับ พัทนียา เชียงตา (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตเทศบาลเมืองสระบุรีพัทลุง เชียงตา (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตเทศบาลเมืองสระบุรี

จากผลการวิเคราะห์ แผลผล ระดับการรับรู้ด้านสุขภาวะทางเพศ เจตคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ภายในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการพัฒนารูปแบบ พบว่า ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลอง ก่อนการพัฒนาโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านเจตคติ และการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง หลังการพัฒนาโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ ด้านเจตคติ และการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูงเหมือนกัน และในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ อยู่ในระดับต่ำ ด้านเจตคติ อยู่ในระดับปานกลาง และ ด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าสถานศึกษาที่คัดเลือกให้เป็นกลุ่มทดลองนักเรียนจะมีองค์ความรู้และมีความรอบรู้ด้านวิชาการมากกว่าสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม พบว่า ด้านการรับรู้ และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และสุขภาวะทางเพศ ของเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในสถานศึกษา ก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value 0.05 ส่วนด้านเจตคติไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าเกิดจากประสิทธิผลของของโปรแกรมการพัฒนารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้าง

ขึ้น ทำให้คะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมวดี คฤหเดช (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การคุมกำเนิดต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศ และ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตด้านสุขภาพทางเพศ ส่วนด้านเจตคติที่ไม่มี ความแตกต่างกันอาจเนื่องจากวัยรุ่นในสังคมปัจจุบันมีความเป็นตัวของตัวเองสูงมีความคิดความเชื่อมั่นในตนเองซึ่งระยะเวลาที่อบรมจัดโปรแกรมไม่มากพออาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มวัยรุ่นได้

5.4 ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 จากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับชั้นของการศึกษา การมีแฟน คู่นอนหรือคูรััก ผลการเรียน ความพึงพอใจกับผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน การปฏิบัติตัวกับคูรััก อายุเมื่อเริ่มออกเดท มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานในเรื่องนี้จะต้องตระหนักว่านักเรียนหรือวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์จะอยู่ที่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยเฉพาะคนที่มีแฟนหรือมีคูรััก นอกจากนี้ ผลการเรียนก็ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ได้ครูในโรงเรียนและผู้ปกครองควรเฝ้าระวังหมั่นกำกับดูแลใส่ใจเรื่องผลการเรียนของวัยรุ่นว่าลดลงจากเดิมไหมและจะต้องให้เขาเห็นความสำคัญและภาคภูมิใจกับการทำผลการเรียนให้ดีขึ้นในทุกภาคเรียน ค่าใช้จ่ายของวัยรุ่นผู้ปกครองต้องคอยกำกับดูแลแนะนำให้รู้จักประหยัดอย่าใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ควรหันมาสอนเรื่องการรักนวลสงวนตัวหรือการวางตัวให้เหมาะสมเวลาอยู่กับคูรัักหรือแฟน นอกจากนี้ควรจะให้ความรู้เปิดอกคุยเรื่องให้มีความสำคัญกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เวลาออกเดทหรือไปเที่ยวกับแฟน

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และ ระดับความคาดหวังในการป้องกัน มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ปกครองเองต้องหันมาใส่ใจหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวที่เป็นวัยรุ่น เปิดอกคุยเรื่องการคบแฟน การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือครูในโรงเรียนก็ต้องช่วยอีกแรงในกรณีนักเรียนที่ปรึกษาามีผู้ปกครองที่หาเข้ากินค่า อาจไม่ค่อยมีเวลาอบรมให้ข้อมูลครบถ้วนรอบด้านซึ่งวัยรุ่นจะต้องได้รับเพิ่มเติมจากครูที่ปรึกษาของทางโรงเรียนอย่างใกล้ชิดอบอุ่น นอกจากนี้ทางโรงเรียนควรจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ในหลายๆรูปแบบเป็นระยะ น่าสนใจและเข้าใจง่ายเพราะจะช่วยให้วัยรุ่นเชื่อมั่นเกิดทักษะและคาดหวังว่าในอนาคตตนเองสามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ และที่สำคัญผลการศึกษา

พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ซึ่งเป็นสิ่งที่ยืนยันว่า วัยรุ่นจะต้องได้รับการสนับสนุนในทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสารรอบด้านในการตัดสินใจ กำลังใจจากเพื่อนที่ได้นำพาไปทำกิจกรรมสิ่งดีๆ แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนที่มีพฤติกรรมไม่ดีก็อาจจะนำพาไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ การสนับสนุนจากครอบครัว ครูอาจารย์ หรือกิจกรรมทักษะในการป้องกันจากสถานศึกษา รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ระดับการรับรู้ของครอบครัว ระดับการรับรู้ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แต่ก็ไม่ควรละเลยที่จะให้ความสำคัญพยายามไม่ให้วัยรุ่นไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สุ่มเสี่ยงเรื่องอบายมุข แต่อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับความสามารถของตัววัยรุ่นเองในการดูแลตัวเองรักตัวเอง มีความรู้รอบด้านจึงจะทำให้วัยรุ่นตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง จึงเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ทำงานด้านนี้ และครูอาจารย์ในสถานศึกษา ตลอดจนพ่อแม่ผู้ปกครอง รวมถึงภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาคราชการ เอกชน และชุมชน จะต้องร่วมมือกันดำเนินงานเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วนตรงจุดสอดคล้องกับการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ และการดำเนินงานต้องให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการเปลี่ยนแปลงในยุคในสังคมปัจจุบันและการดำเนินชีวิตในวิถีใหม่ของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

1.2 จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม ด้านการรับรู้ ด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ด้านการรับรู้ด้านการปฏิบัติ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนบ่งบอกถึงประสิทธิผลของโปรแกรม SESS Model ควรจะนำไปเผยแพร่และขยายต่อในสถานศึกษาอื่นๆ เพื่อพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการดำเนินงานด้านสุขภาวะทางเพศในสถานศึกษาเป็นระบบ ชัดเจน และเข้มแข็งยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยโดยใช้สถิติที่สูงขึ้นในการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเจาะลึกเฉพาะในแต่ละประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่สำคัญให้ชัดเจน

2.2 ควรทำงานศึกษารูปแบบกิจกรรมออนไลน์ การวัดและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

2.3 ควรประยุกต์รูปแบบทฤษฎีด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทฤษฎีอื่นๆ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียนของวัยรุ่น

บรรณานุกรม



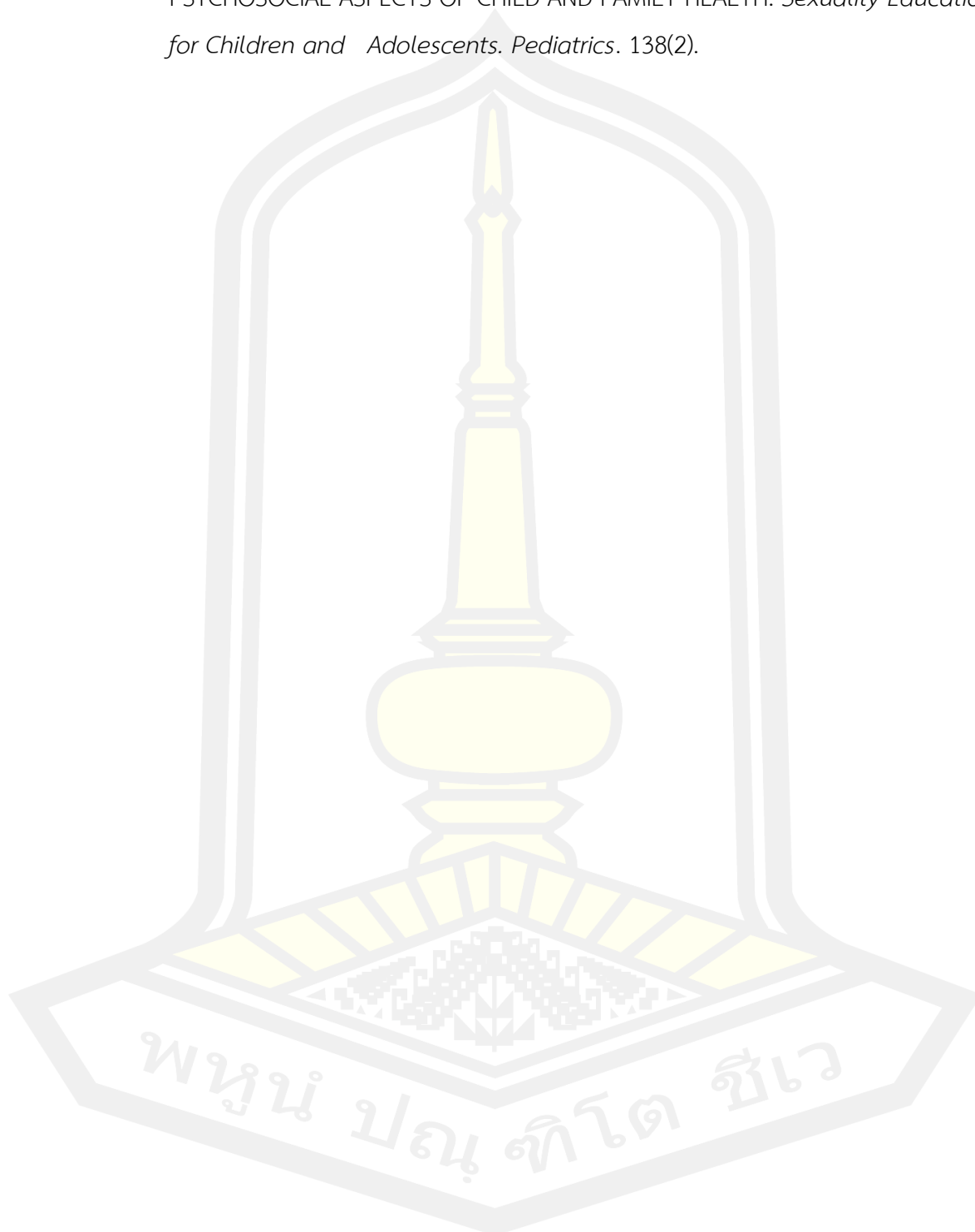
บรรณานุกรม

- โกวิทย์ พวงงาม. (2545). *การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน*. ม.ป.ท. สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 ธันวาคม 2553
- ชิต นิลพานิช และกุลธนา ธนาพงศธร. (2532). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ชนบท*. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้ทั่วไปสำหรับการพัฒนาระดับตำบล หมู่บ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน่วยที่ 8).นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชัชชัย ตียะไธธาตา และพรรณณี บัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ ทัศนศึกษาเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 146-154
- ณิภารัตน์ บุญกุล และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทัศนศึกษา เพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 366-372.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). *การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง*. กรุงเทพมหานคร: 598 Print. สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 ธันวาคม 2562
- นรินทร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรี บุญวรรณ และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน. *ศรีนครินทร์ เวชสาร*, 2554, 17 – 24.
- ยุพาพร รุ่งงาม. (2545). *การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานงบประมาณ ในการปฏิรูป ระบบราชการ*. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- รัตนภรณ์ ศิริเกตุม และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรค. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 299 – 304.
- วราภรณ์ เหลาหอม และจุฬารัตน์ โสตะ. (2555). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทัศนศึกษา เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 373 – 378.
- ศิริพร สนิทนิทย์ และพรรณณี บัญชรหัตถกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมโดยการ ประยุกต์ใช้ทัศนศึกษาความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม. *ศรีนครินทร์เวช สาร*, 304 – 310.
- สมพงษ์ หาญวงศ์ และพรรณณี บัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ ทัศนศึกษาความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 451 – 460.

- सानิตย์ บุญชู. (2527). *การพัฒนาชุมชน: การมีส่วนร่วมของประชาชน*. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 ธันวาคม 2553
- สุชาติ โสมประยูร. (2542). *การสอนสุขศึกษาทฤษฎีและการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร:
เอมีเทรตติ้ง.
- อคิน รพีพัฒน์. (2527). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคม และ
วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภากการพิมพ์. สืบค้นเมื่อ วันที่ 7 ธันวาคม 2553
- อภิญา อุตรระชัย และพรณี บัญชรหัตถกิต. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค
อาหารและการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรง
สนับสนุนทางสังคม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 469 – 476.
- Bloom, Benjamin S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation
of Student Learning*. New York4 : McGraw-Hill.
- Ernest R. (1962). *Hilgard, Introduction to Psychology*, Harcourt, New York, Brace
and World Inc.
- WHO. (2011). *Unsafe Abortion—Global and Regional Estimates of the Incidence of
Unsafe Abortion and Associated Mortality*
- สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2562). *รายงานสุขภาพคนไทย 2562*, น. 30-31, กรมควบคุมโรค,
กรุงเทพฯ : สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org>
- Ministry of Public Health.(2013). *Management of Thailand’s Family Planning Service
System Research Project*, The Department of Health.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์การป้องกันและการแก้ไขปัญหาการ
ตั้งครรภ์วัยรุ่น 2560-256* , น.1
- Guardian. (2016) *Sex education is not relevant to pupils’ lives, says report, the* สืบค้น
จาก <http://3c4teen.org>
- ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิด. (2016). *รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอน
เพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย 2560, 2559*, กรุงเทพฯ
- โรเจอร์ อิงแฮม. (2557). *ศูนย์วิจัยด้านสุขภาพทางเพศ มหาวิทยาลัยเซาท์แธมป์ตัน ประเทศอังกฤษ,*
สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/25665>

- ชลดา กิ่งมาลาม, (2558). ศึกษาศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง ต่อ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น, *Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok)*, 31(3). Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/56407>
- พัทธนียา เชียงตา. (2561). ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นเขตเทศบาลเมืองสระบุรี, วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, ปีที่ 34, ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561.
- อรพรรณ สร้อยประเสริฐ. (2560). ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกรณีศึกษา นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดสมุทรปราการ, *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(1), 118-129. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/95249>
- แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล. (2560). ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตด้านสุขภาพทางเพศ ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น, *J Royal Thai Army Nurses [Internet]*. 1 [cited 2020Mar.25];18(2):119-28. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/96853>
- ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์. (2561) .ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ ตนเองและการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และ การป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศ, *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(1), 11-22
- จิราวรรณ พักน้อย. (2561). ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน หญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น, *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), กรกฎาคม - กันยายน.
- เปรมวดี คฤหเดช. (2560). ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การคุมกำเนิดต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศ, *วารสารเกื้อการุณย์* ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560
- Maravilla JC, Betts KS, Abajobir AA, Couto E Cruz C, Alati R. (2016). The Role of Community Health Workers in Preventing Adolescent Repeat Pregnancies and Births. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2016, 59(4), 378–90.

Breuner CC, Mattson G, (2016). COMMITTEE ON ADOLESCENCE, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. *Sexuality Education for Children and Adolescents. Pediatrics.* 138(2).



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายจุน หน่อแก้ว
วันเกิด	วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 899/6 ซอย 3 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 84 หมู่ 4 ถนนมิตรภาพ ตำบลบ้านเกาะ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2565 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2547 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี พ.ศ. 2538 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

พูน ปลูก ทัต ชีเว