



ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในจังหวัดชลบุรี
Predictive Factors of Dual Contraceptive Protection among Female Vocational Students in Chon
Buri Province

ภัทราภรณ์ ปามุทา

มหาวิทยาลัยบูรพา

2563

ปัจจัยทำนaylorการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในจังหวัดชลบุรี



ภัทราภรณ์ ปามุทา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

Predictive Factors of Dual Contraceptive Protection among Female Vocational Students in Chon
Buri Province



PATTRAPORN PAMUTA

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2020

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ภัทรภรณ์ ปามุทา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยูวดี ลีลักษณ์วโร)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

()

วันที่ เดือน พ.ศ.

60920036: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: การคุมกำเนิด, การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, การ
 คุมกำเนิดแบบสองวิธี

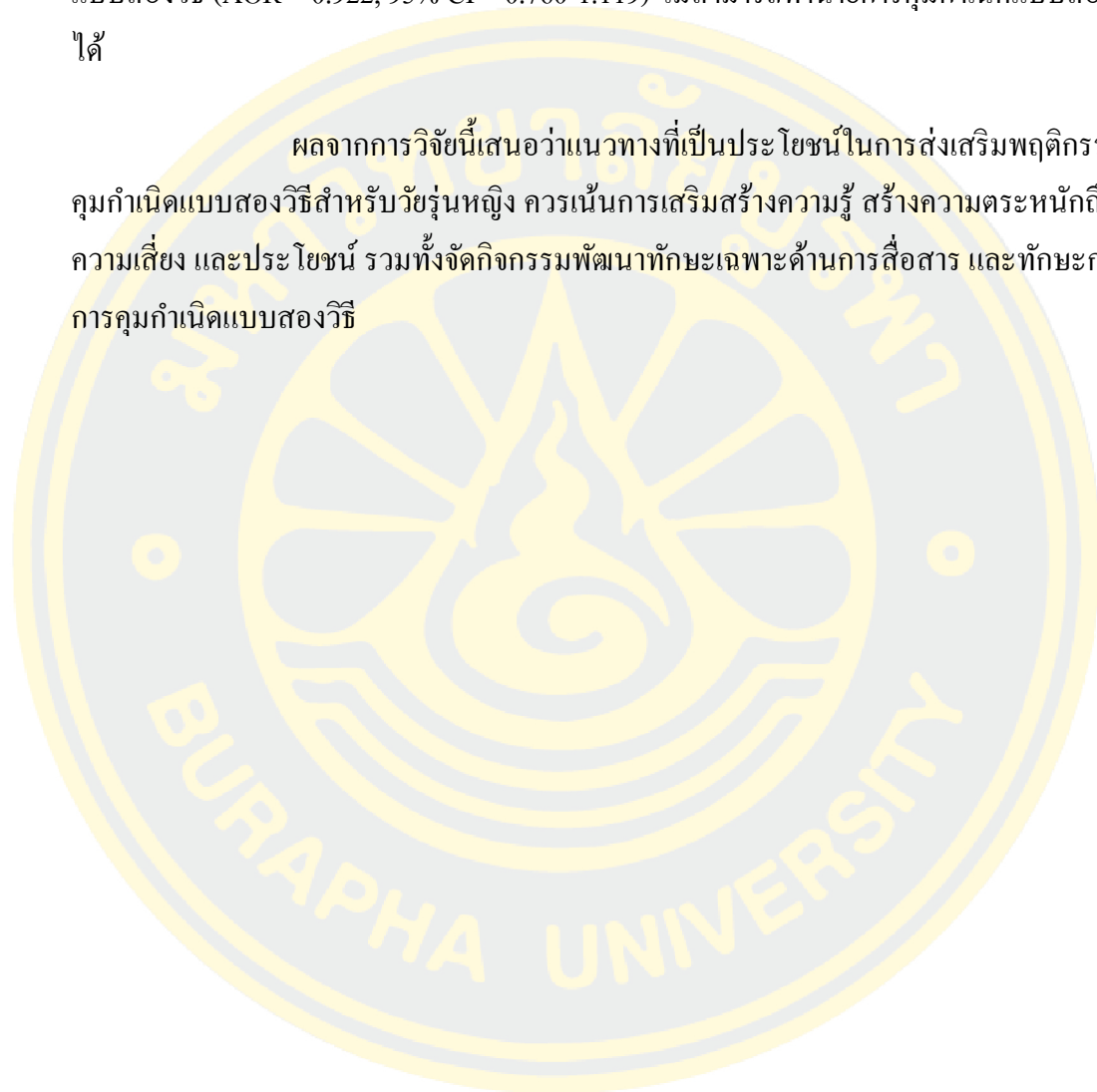
ภัทรภรณ์ ปามุทา : ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษา
 หญิง ในจังหวัดชลบุรี. (Predictive Factors of Dual Contraceptive Protection among Female
 Vocational Students in Chon Buri Province) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: รุ่งรัตน์ ศรีสุริย
 เวศน์, พรนภา หอมสินธุ์ ปี พ.ศ. 2563.

การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็น
 ปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากความล้มเหลวในการคุมกำเนิดของวัยรุ่น
 การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราของการคุมกำเนิดแบบสองวิธีและปัจจัยทำนายการ
 คุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการให้
 ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงวัยรุ่นอายุ
 18-24 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนอาชีวศึกษาของภาครัฐ ในเขตจังหวัดชลบุรี ที่ระบว่ามีเพศสัมพันธ์
 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 393 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งหลาย
 ขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองผ่านระบบ
 ออนไลน์ (e-questionnaire) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการ
 คุมกำเนิดแบบสองวิธี ความรู้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี การสนับสนุนจากคู่นอนในการคุมกำเนิด
 แบบสองวิธี การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน การรับรู้สมรรถนะของตนเอง
 ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติด
 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสอง
 วิธี โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0.852-0.969 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง
 พรรณนา และสถิติการถดถอยโลจิสติกส์

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีอัตราการใช้การคุมกำเนิดแบบ
 สองวิธีในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมาร้อยละ 64.6 ปัจจัยที่สามารถทำนายการ
 คุมกำเนิดแบบสองวิธี ได้แก่ ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Adjusted Odds Ratio (AOR) =
 1.082, 95% CI = 1.003-1.266) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การ
 ตั้งครรภ์ (AOR = 1.148, 95% CI = 1.003-1.313) และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิด
 แบบสองวิธี (AOR = 1.188, 95% CI = 1.005-1.405) การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

กับคู่มือ (AOR = 1.587, 95% CI = 1.275-1.976) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการ
คุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 4.172, 95% CI = 2.728-6.380) ในขณะที่ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด
แบบสองวิธี (AOR = 0.946, 95% CI = 0.827-1.083) และการสนับสนุนจากคู่มือในการคุมกำเนิด
แบบสองวิธี (AOR = 0.922, 95% CI = 0.760-1.119) ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี
ได้

ผลจากการวิจัยนี้เสนอว่าแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการ
คุมกำเนิดแบบสองวิธีสำหรับวัยรุ่นหญิง ควรเน้นการเสริมสร้างความรู้ สร้างความตระหนักถึง
ความเสี่ยง และประโยชน์ รวมทั้งจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะเฉพาะด้านการสื่อสาร และทักษะการใช้
การคุมกำเนิดแบบสองวิธี



60920036: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: Dual Protection, unwanted pregnancy, sexually transmitted disease

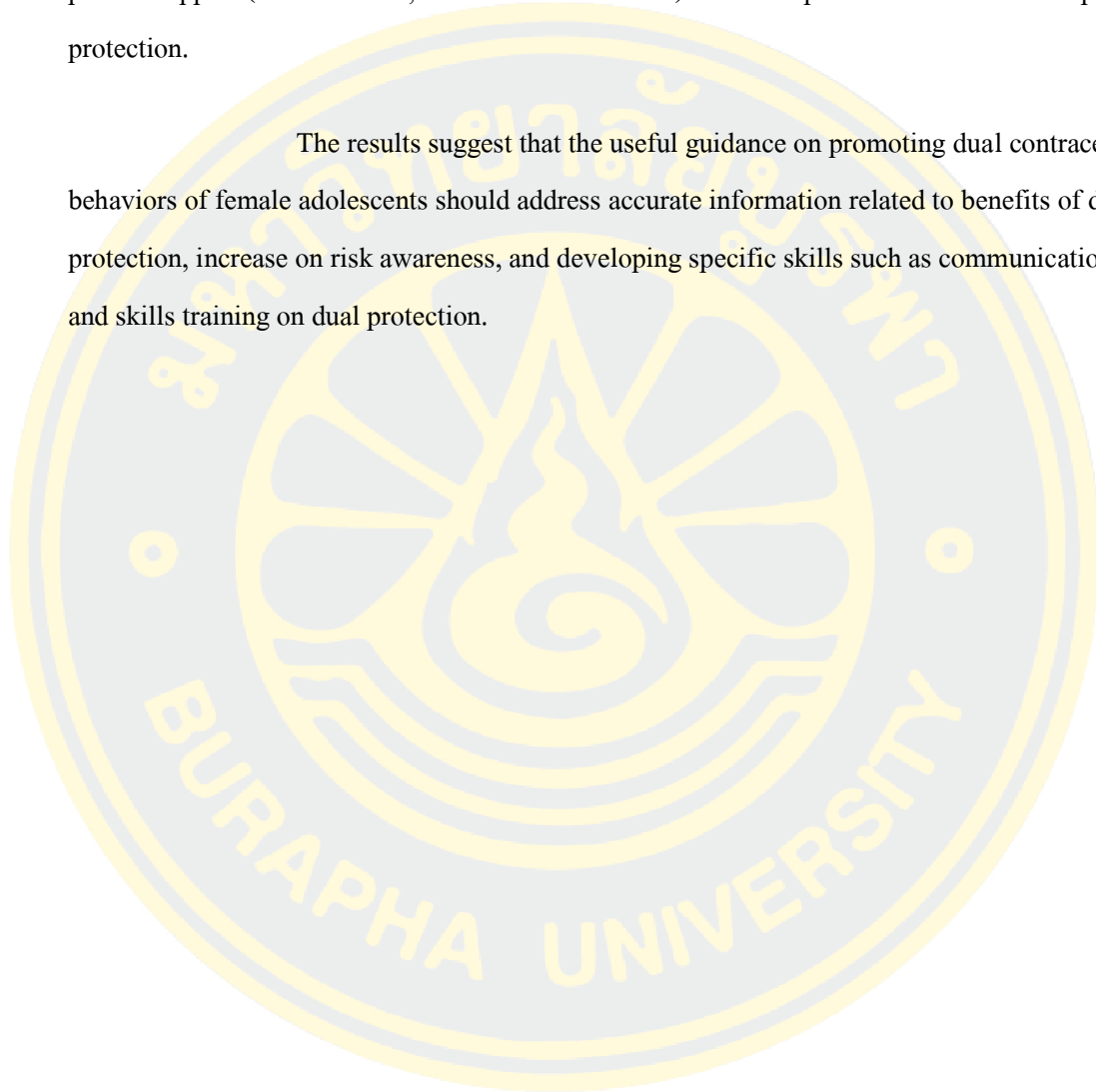
PATTRAPORN PAMUTA : PREDICTIVE FACTORS OF DUAL
CONTRACEPTIVE PROTECTION AMONG FEMALE VOCATIONAL STUDENTS IN
CHON BURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: RUNGRAT SRISURIYAWET, Ph.D.,
PORNNAPA HOMSIN, Ph.D. 2020.

Unwanted pregnancy and Sexually Transmitted Infections (STIs) tend to be the continuous problems of teenagers due to their ineffective contraception. This study aimed to determine the prevalence rate and predictor of dual contraceptive protection among female vocational students in Chon Buri province. The conceptual framework was based on the Information-Motivation-Behavioral skills [IMB] model. The samples of 393 female vocational students aged 18-24 years old studying in public vocational colleges in Chon Buri, who were sexually active within six months. The samples were recruited for the survey using multi-stage random sampling, and e-questionnaires were used to collect the data. Demographic data, sexual and dual contraceptive protection behaviors, knowledge of dual contraceptive protection, partner's support for dual contraceptive protection, communication about dual contraceptive protection with a partner, self-efficacy of dual contraceptive protection, attitudes toward dual contraceptive protection, perception about risk of sexually transmitted disease and unwanted pregnancy, and perception about benefits of dual contraception protection were collected by using self-administered e-questionnaires (The Reliability of questionnaires were 0.852-0.969). Descriptive statistics and Binary Logistic Regression were employed for data analysis.

The findings indicate that 64.6% of the female vocational students reported they have used the dual contraceptive protection. Predicting factors of dual contraceptive protection were knowledge of dual contraceptive protection (Adjusted Odds Ratio (AOR) = 1.082, 95% CI = 1.003-1.266) perception about risk of sexually transmitted disease and unwanted pregnancy (AOR = 1.148, 95% CI = 1.003-1.313) perception about benefits of dual contraception protection (AOR = 1.188, 95% CI = 1.005-1.405) communication about dual contraceptive

protection with partner (AOR = 1.587, 95% CI = 1.275-1.976) and self-efficacy of dual contraceptive protection (AOR = 4.172, 95% CI = 2.728-6.380). However, the attitude towards the dual contraceptive protection (AOR = 0.946, 95% CI = 0.827-1.083) and the contraception partner support (AOR = 0.922, 95% CI = 0.760-1.119) could not predict the dual contraceptive protection.

The results suggest that the useful guidance on promoting dual contraceptive behaviors of female adolescents should address accurate information related to benefits of dual protection, increase on risk awareness, and developing specific skills such as communication skill and skills training on dual protection.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ และเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุกติ ลีลักษณ์วีระ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข และวิจารณ์ผลงานทำให้งานวิจัย มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พิริยา ศุภศิริ รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอี่ยมฉีกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีชกมล รัชนกุล รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต และรองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นางสาวปรีชา มาตาพิทักษ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชลบุรี ที่สนับสนุน และให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ เพื่อนร่วมงานทุกท่านจากกลุ่มงานอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มงานอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 100 ปี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนิสิตพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่น 60 ผู้ช่วยเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทำให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเสก ทองฟัก คุณแม่ลัดดา ปามุทา นายตะวัน แสงทอง และขอบคุณครอบครัวญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้กำลังใจ สนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี บวรพาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ภัทรภรณ์ ปามุทา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ	ฌ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญภาพ	12
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
คำถามการวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
บทที่ 2.....	11
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	11
ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด	21
ความหมายของการคุมกำเนิด	21
แนวคิด The information motivation behavioral skills model (IMB).....	31

ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิด	35
บทที่ 3.....	42
วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	51
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	55
บทที่ 4.....	56
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	56
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ	58
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา	61
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี	64
บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	82
ภาคผนวก ก.....	83
ภาคผนวก ข	85
ภาคผนวก ค	87
ภาคผนวก ง.....	90
ภาคผนวก จ	103
ประวัติย่อของผู้วิจัย	106

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ตามสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม โรงเรียนอาชีวศึกษา.....	44
ตารางที่ 2 ค่าความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม.....	52
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	56
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ.....	58
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา.....	61
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีจำแนกตามระดับปัจจัยต่าง ๆ .	63
ตารางที่ 7 สัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกส์ ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของ.	66
ตารางที่ 8 คะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี จำแนกตามการตอบถูกและผิด	104

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดการวิจัย	9
ภาพที่ 2	แนวคิดการให้ข้อมูลความรู้ การเกิดแรงจูงใจ และการมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม.	35
ภาพที่ 3	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)	46



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญในทั่วทุกภูมิภาคของโลก โดยพบว่า วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีการตั้งครรภ์และให้กำเนิดปีละประมาณ 10 ล้านคน และมีการทำแท้งโดยประมาณ 5.6 ล้านครั้งที่เกิดขึ้นในแต่ละปี พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่า 3.9 ล้านคน มีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (World Health Organization [WHO], 2020) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีปัญหาสาธารณสุขดังกล่าวมากเช่นกัน จากสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการคลอดบุตรทั่วโลกที่รวบรวมโดยองค์การยูนิเซฟ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศไทยจัดเป็นอันดับ 2 ของเอเชียที่มีเยาวชนตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (UNICEF Thailand, 2016)

จากข้อมูลสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559-2561 พบว่า การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี มีจำนวนมากถึง 94,584, 84,578 และ 72,566 คนต่อการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 14.2, 12.9 และ 11.5 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักงานระบาดวิทยา, 2562) แม้สถิติในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมาการคลอดในวัยรุ่นเริ่มมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามปัญหาการคลอดซ้ำในวัยรุ่นยังคงมีปัญหามากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาเหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขที่รอบด้าน ข้อมูลจากการจดทะเบียนเกิดจากสำนักบริหารการทะเบียนกรมปกครอง พบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุ 19 ปี พ.ศ. 2561 เท่ากับร้อยละ 16.4 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 10 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการคลอดของหญิง อายุ 15-19 ปี ในประเทศไทย พบว่า มี 3 จังหวัดที่มีอัตราการคลอดสูงกว่า 50.0 ต่อพันประชากร เกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ อัตราการคลอดของหญิง อายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 50 ต่อพันประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จังหวัดชลบุรี เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการคลอดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย คือ มีจำนวนการคลอดเท่ากับ 2,253 คน คิดเป็น 50.1 ต่อพันประชากร (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนั้นวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

นอกจากนี้ยังพบผลกระทบที่สำคัญอื่น ได้แก่ อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของช่วงอายุ 15-24 ปี ใน พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2561 ต่อแสนประชากร เท่ากับ 143.9, 161.2 และ 189.5 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นคือ กลุ่ม โรคหนองในและโรคซิฟิลิสมี พบในช่วงอายุ 15-24 ปีมากที่สุด รองลงมาเป็นอายุ 25-34 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียนและวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้กำลังสะท้อนปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน หรือป้องกันไม่ถูกวิธี ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นตามมาด้วย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ, 2562)

ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นเกิดจากแนวโน้มภาวะเสี่ยงทางเพศในเด็กนักเรียนและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเนื่องจากอายุเฉลี่ยของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังเห็นได้จากสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี พ.ศ. 2561 พบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ยเพียง 15.2 ปีทั้งในเพศชายและหญิง นอกจากนี้การสำรวจพฤติกรรม การเคยมีเพศสัมพันธ์ในระดับชั้นต่าง ๆ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่า เพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 24.1 เพศหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 16.9 และในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 พบว่า เพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 39.9 เพศหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 41.6 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย จากการรวบรวมข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าในกลุ่มของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเป็นนักเรียนกลุ่มที่มีอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่านักเรียนมัธยมศึกษาอย่างมาก การมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรกของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ส่วนใหญ่มีการป้องกัน โดยการใช้ถุงยางอนามัยเพียง ร้อยละ 75.1 และพบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดน้อยลงอีกคือ ร้อยละ 67.1 นอกจากนี้มีเพียงร้อยละ 77.0 ของเพศหญิง ที่มีพฤติกรรมการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพ คือ การใช้ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน ในขณะที่เพศชายมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพคือ การใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 79.8 (กรมควบคุมโรค สำนักงานระบาดวิทยา, 2562) ดังนั้น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายสำคัญของการป้องกันผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

จากสภาพปัญหาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นชัดเจนถึงความล้มเหลวในการคุมกำเนิด ที่ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นลดลง การคุมกำเนิดที่น่าเชื่อถือได้ในปัจจุบันแต่ละวิธียังคงมีจุดด้อยที่แตกต่างกัน เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจำเป็นต้องรับประทานสม่ำเสมอและไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ การใช้ถุงยางอนามัยมีโอกาสฉีกขาดแตกได้ (สมศักดิ์ สุทธิสุวรรณ และคณะ,

2556) การคุมกำเนิดเหล่านี้สามารถช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ แต่มีวิธีเดียวที่จะช่วยป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ การใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection) ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้เน้นและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการคุมกำเนิดชนิดนี้ จะเห็นได้จากโครงการต่าง ๆ นั้นมักมุ่งเน้นไปที่วิธีคุมกำเนิดเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งเท่านั้น เช่น การแจกถุงยางอนามัย บริการฝังยาคุมแม่วัยรุ่น หลังคลอด ในช่วง 2-3 ปี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และการบริการยาฝังคุมกำเนิด พร้อมกับหญิงหลังคลอดวัยรุ่น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection) คือ การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดชนิดอื่น ๆ ในคราวเดียวกันของการมีเพศสัมพันธ์ โดยทั่วไปการคุมกำเนิดแบ่งออกเป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวและการคุมกำเนิดแบบถาวร วัยรุ่นมักใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวและกึ่งชั่วคราวซึ่งประกอบด้วย ยากินคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด การใส่ห่วงคุมกำเนิด และการฝังยาคุมกำเนิด ดร.ดัลโลโม สิบองกินี (Dr.Sibongiseni Dhlomo) แพทย์ผู้รับผิดชอบบริการสุขภาพ และสังคม ประเทศแอฟริกาใต้ ได้ริเริ่มโครงการการคุมกำเนิดแบบสองวิธีควบคู่กัน (Dual protection) จากปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นในทุกปี (Shabangu, 2015) โดยจากการสำรวจของ ดร.ดัลโล-โม ในจังหวัดต่าง ๆ ในเขตการพัฒนาทักษะด้านอาชีพ พบว่า ร้อยละ 8 ของการคลอดทารกในแต่ละปี เกิดมาจากรดาวัยรุ่น รวมถึงการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น โครงการนี้จึงเป็น โครงการที่ตอบสนองต่อปัญหาได้ดี สามารถช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (Sexually transmitted infections: STIs) การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection) เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมากและดีที่สุด สำหรับประเทศไทยยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection) ซึ่งการคุมกำเนิดแบบสองวิธีสามารถช่วยป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะแม้ว่านักเรียนจะรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด แต่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยก็จะช่วยป้องกันได้เพียงการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เท่านั้น ทำให้วัยรุ่นติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ หรือแม้ว่านักเรียนจะใช้ถุงยางอนามัย แต่ถ้าใช้ไม่ถูกวิธีก็อาจเกิดการแตกของถุงยางอนามัย ทั้งนี้ปัจจุบันวัยรุ่นมักไม่เลือกที่จะใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย จะมีผลทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ และอาจเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเห็นได้ว่าอย่างไรก็ตามการคุมกำเนิดแบบสองวิธีมีประโยชน์และให้ผลในการป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ดีกว่าวิธีการคุมกำเนิดหรือป้องกันโดยวิธีใดวิธีหนึ่งวิธีเดียว

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงวัยรุ่น ยังขาดความรู้ และทัศนคติในเรื่องของการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ส่วนหนึ่งเกิดจากมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วม

เพศ และการเลือกวิธีการคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ที่ยังไม่ปลอดภัยและยังไม่มีประสิทธิภาพ วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิดและเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับที่ต่ำมาก (พอเพ็ญ ไกรนรา, 2556; เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, สุทิน ชนะบุญ และคนธ์พงษ์ คนรู้ชินพงค์, 2557) วัยรุ่นใช้การคุมกำเนิดหลายวิธีร่วมกัน โดยใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับยาเม็ดคุมกำเนิด และยาเม็ดคุมกำเนิด ลูกฉินเพียงร้อยละ 16.98 รองลงมา ใช้วิธีหลังข้างนอก ใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด ลูกฉิน ร้อยละ 13.89 (เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556) รวมถึงการศึกษาของ MacPhail et al. (2007 อ้างถึงใน เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต, 2557) ในทวีปแอฟริกาใต้ โดยทำนายนการใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น พบว่า จากการรณรงค์การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ได้ผลในการติดเชื้อโรคเอดส์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มหญิงอายุ 15-24 ปี มีการใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี เพียงร้อยละ 7 นอกจากนี้จากการศึกษานำร่อง ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาโดยผู้วิจัย ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่รู้จักและเลือกใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีน้อยมาก เพราะวัยรุ่นยังเชื่อว่าการคุมกำเนิดในปัจจุบันที่ใช้อยู่ถือว่า มีประสิทธิภาพแล้ว และวิธีการรับประทานยาคุมกำเนิดมีข้อดีมากที่สุด ถ้าจะให้ให้นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงวัยรุ่นเลือกใช้การคุมกำเนิดจะใช้อย่างคุมกำเนิดหรือการสวมถุงยางอนามัย อย่างใดอย่างหนึ่ง เนื่องจากการคุมกำเนิดแบบสองวิธีควบคุมกันเป็นเรื่องยากในการปฏิบัติ สิ้นเปลือง ไม่จำเป็นในวัยรุ่น ซึ่งถ้าให้เลือก วัยรุ่นหญิงไม่เลือกใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีการที่จะมีพฤติกรรม การคุมกำเนิดที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพได้นั้น วัยรุ่นจำเป็นต้องได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะที่ดีต่อการคุมกำเนิด และทักษะการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

พฤติกรรมคุมกำเนิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ตามแนวคิดของ The information motivation behavioral skills model กล่าวว่่าปัจจัย อันดับแรกในการเกิดพฤติกรรมคือ การได้รับข้อมูลความรู้ (Prevention information) ข้อมูลความรู้มีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรมและนำไปสู่รูปแบบ การปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Prevention behavior) ประการที่สองต้องเกิดแรงจูงใจ ในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน (Prevention motivation) แรงจูงใจหรือทัศนคติ เป็นตัวผลักดันให้ บุคคลกระทำพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจระดับบุคคล คือ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อ การกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และแรงจูงใจระดับสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และประการสุดท้าย คือ ทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral skills) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ จำเป็นที่จะต้องมืทักษะที่จำเป็นในการกระทำ พฤติกรรม รวมไปถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วย

เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลความรู้และเกิดแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดทักษะในการกระทำพฤติกรรม โดยผลลัพธ์ของทั้ง 3 ปัจจัย ส่งผลให้เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

(Fisher & Fisher, 1992)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็น ได้ว่ามีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับพฤติกรรม การคุมกำเนิดของวัยรุ่น แต่เป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด หรือการใช้ถุงยางอนามัย อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น (นฤมล ทาทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557; พอเพ็ญ ไกรนรา, 2556; เพ็ญภา ศรีหรั่ง และคณะ, 2557) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection) ของวัยรุ่นหญิงยังมีอยู่จำกัด มีเพียงการศึกษาเดียว ในประเทศไทยที่ศึกษาพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในภาคใต้ตอนบน และพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่านิยมของกลุ่มเพื่อนผู้หญิง การรับรู้ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และทัศนคติ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตภาคใต้มีบริบทที่แตกต่างกัน รวมถึงวัฒนธรรม เช่น ประชากรของภาคใต้ ประกอบด้วย ประชากรไทยพุทธและไทยมุสลิม ชาวมุสลิมตามวัฒนธรรม การคุมกำเนิดขัดต่อศาสนา คำสอน เป็นต้น (เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต, 2557)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัยหรือการใส่ยา คุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยหรือ การใส่ยาคุมกำเนิดในวัยรุ่น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด (เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556; พอเพ็ญ ไกรนรา, 2556; พรทิพย์ มีชัย และคณะ, 2556; อุดมชัญญา อินทเรือง, เขมรดี มาสิงบุญ และจินตนา วัชรสินธุ์, 2558) ทักษะต่อการคุมกำเนิด (เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556; เพ็ญภา ศรีหรั่ง และคณะ, 2557; วินัส วัฒนธำรง และคณะ, 2560; บุญบา ทับทิมสวน และรัตนศิริ ทาโต, 2557; อภิเชษฐ จาเนียรสุข, รัตนารักษ์ อายา, พิษสุดา เดชบุญ และภูวสิทธิ์ ภูววรรณ, 2560) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครภ์ (นฤมล ทาทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557; Sieving, Bearinger, Resnick, Pettingell, & Skay, 2007) การรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิด (นฤมล ทาทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557) การสนับสนุนของ คู่่อนในการคุมกำเนิด (เพ็ญภา ศรีหรั่ง และคณะ, 2557; สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556; นฤมล ทาทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557; บุญบา ทับทิมสวน และรัตนศิริ ทาโต, 2557; สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ, 2560; วินัส วัฒนธำรง และคณะ, 2560; เพ็ญภา ศรีหรั่ง และคณะ, 2557; บุญบา ทับทิมสวน และรัตนศิริ ทาโต, 2557) และทักษะ

การสื่อสารเรื่องเพศ (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2557; ทิตติยา กาวีละ, นันทนา ชนาโนวรรณ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, พวงเพชร เกษรสมุทร, 2559) มีผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดด้วย

การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ The information motivation behavioral skills model (Fisher & Fisher, 1992; Fisher, Fisher, & Shuper, 2009) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) การได้รับข้อมูลในการคุมกำเนิด (Prevention information) ได้แก่ ความรู้ในการคุมกำเนิด 2) การเกิดแรงจูงใจในการคุมกำเนิด (Prevention motivation) ประกอบด้วยทัศนคติต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครภไม่พึงประสงค์ การรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การได้รับการสนับสนุนของกลุ่มคนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และ 3) การมีทักษะที่จำเป็นในการกระทำในการคุมกำเนิด (Prevention behavior skills) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่ครอง ผู้วิจัยจึงได้เลือกตัวแปรเหล่านี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี เพื่ออธิบายสถานการณ์ปัญหาการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัดในสังคมไทย ผลที่ได้จากการศึกษานี้พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครภไม่พึงประสงค์และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในวัยรุ่น และการป้องกันปัญหาการตั้งครภซ้ำ รวมถึงการลดอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราชุกของการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี จากปัจจัยด้านความรู้ แรงจูงใจ และทักษะในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี แรงจูงใจในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ซึ่งประกอบด้วย ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์การรับประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และปัจจัยด้านทักษะ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับเพื่อน ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี สามารถร่วมทำนุบายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

คำถามการวิจัย

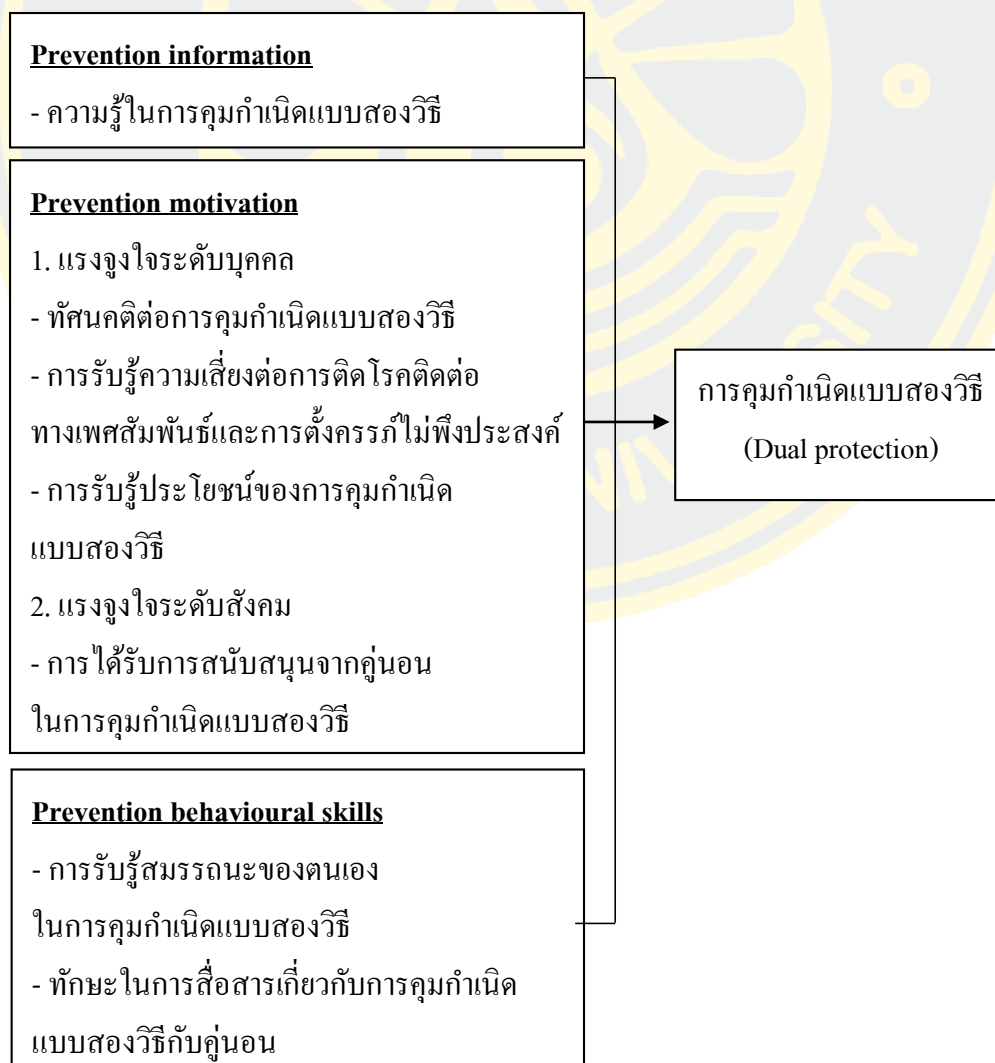
1. อัตราชุกของการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไร
2. ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี แรงจูงใจในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ซึ่งประกอบด้วย ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การรับประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และปัจจัยด้านทักษะ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับเพื่อน สามารถทำนุบายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรีหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

พฤติกรรมการคุมกำเนิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดของ The information motivation behavioural skills model (Fisher & Fisher, 1992) ที่กล่าวว่าปัจจัย 3 กลุ่มหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลความรู้ (Prevention information) ซึ่งข้อมูลความรู้มีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรมและนำไปสู่รูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Prevention behaviour) ประการที่สองต้องเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน (Prevention motivation) แรงจูงใจหรือทัศนคติ นั้น เป็นตัวผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจระดับบุคคล คือ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และแรงจูงใจระดับสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และประการสุดท้ายคือ ทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Behavioural skills) ซึ่งการที่บุคคล จะตั้งใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของ

ตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลความรู้และเกิด แรงจูงใจ ส่งผลให้เกิด ทักษะในการกระทำพฤติกรรม โดยผลลัพธ์ของทั้ง 3 ปัจจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ โดยในการศึกษานี้ได้ศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้

1) การได้รับข้อมูลในการคุมกำเนิด (Prevention information) ได้แก่ ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบ สองวิธี 2) การเกิดแรงจูงใจในการคุมกำเนิด (Prevention motivation) ประกอบด้วย ทักษะคิดต่อ การคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ ไม่พึงประสงค์การรับประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีได้รับการสนับสนุนจาก คู่่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และ 3) การมีทักษะที่จำเป็นในการกระทำในการคุมกำเนิด (Prevention behavioural skills) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่่อนสามารถร่วมทำนaylorการคุมกำเนิด แบบสองวิธี ดังกรอบแนวคิดที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย แบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้คุมกำเนิดแบบสองวิธี และทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอนในนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดชลบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่เรียนในระบบภาคปกติ เขตจังหวัดชลบุรี ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในหกเดือนก่อนการเก็บข้อมูล

ตัวแปรต้น คือ ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีควบคู่กัน ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธีควบคู่กัน การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์การรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การได้รับการสนับสนุนจากคู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีและการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน

ตัวแปรตาม คือ การคุมกำเนิดแบบสองวิธี

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง หมายถึง เพศหญิงวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่สถาบันอาชีวศึกษาของรัฐ ในจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2561 ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

2. ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง ความเข้าใจของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดชนิดอื่น เช่น การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด การรับประทานยาเม็ดฉุกเฉินคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย เป็นต้น ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

3. ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก ในลักษณะพอใจ ดี ขอมรับ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ซึ่งประเมินแบบสอบถามทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

4. การรับรู้ความเล็งเห็นต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงว่าตนเองจะมีโอกาสมากน้อยเพียงใดในการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และหรือติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเล็งเห็นต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

5. การรับประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับข้อดีของการใช้การป้องกันแบบสองวิธี ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันแบบสองวิธี ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย

6. การได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง การรับรู้ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงถึงพฤติกรรมความคิดของผู้อื่นที่มีต่อวิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้อื่นในการคุมกำเนิด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

7. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่มีต่อความสามารถหรือความมั่นใจของตนเองในการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีควบคู่กัน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของ เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต (2557)

8. การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับผู้อื่น หมายถึง ความสะดวกใจของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในการพูดคุยกับผู้อื่น หรือครุรัก พูดคุย สื่อสารถึงความรู้สึกและความต้องการทางเพศ การต่อรองเกี่ยวกับการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับผู้อื่น ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสื่อสารเรื่องเพศของ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2560)

9. การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง การใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากกรณีเพศสัมพันธ์ โดยใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่น เช่น การคุมกำเนิดแบบฮอร์โมนด้วยการรับประทานยาคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉีดยาคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระ เพื่อให้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 - 1.1 สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
 - 1.2 ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 - 1.3 ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด
 - 2.1 ความหมายของการคุมกำเนิด
 - 2.2 ประเภทของการคุมกำเนิด
 - 2.3 การคุมกำเนิดแบบสองวิธี
 - 2.4 การคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่น
3. แนวคิดทฤษฎี The Information Motivation Behavioral Skills Model (IMB)
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิด

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับประเทศไทย

สถานการณ์ของสุขภาพวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากจากอดีต จะเห็นได้จากแนวโน้มของการเข้าสู่วัยรุ่นนั้นเร็วขึ้น โดยเพศชายเริ่มมีพัฒนาการทางเพศตั้งแต่อายุประมาณ 9-10 ปี ส่วนเพศหญิง คือเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเร็วขึ้น เฉลี่ยอายุช่วง 12.1-12.5 ปี (Department of Health, 2013)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์ คือ พฤติกรรมที่นำมาหรือเป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตราย สูญเสียหน้าที่ ขาดโอกาสพัฒนาตามปกติ หรือเสียชีวิต วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก เนื่องจากจิตใจวัยนี้ต้องการความสนุกสนาน ตื่นเต้น ทำหาย ต้องการเป็นที่ยอมรับของคนอื่น อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง มีอารมณ์ทางเพศมากขึ้น แต่ยังขาด

การขี้คิด ไตร่ตรอง และการควบคุมตนเอง วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เด่นชัดเริ่มสนใจเพศตรงข้าม มีความอยากรู้อยากเห็นเรื่องราวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ประกอบกับอิทธิพลของสื่อรวมทั้งสถานเริงรมย์ต่างๆ เป็นสิ่งล่อใจให้วัยรุ่นหลงผิดเพี้ยน และอาจชักนำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (ยุพา พูนขำ, 2555)

วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้น เกิดจากอิทธิพลสองอิทธิพล ได้แก่ อิทธิพลทางชีวภาพ และอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งวัยรุ่นต้องปรับตัวกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป มีอารมณ์อ่อนไหวเปลี่ยนแปลงง่าย วัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง สับสนในบทบาทตัวเองระหว่างการเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ และเพื่อนมีอิทธิพลสูงต่อความคิด นอกจากนี้วัยรุ่นยังให้ความสนใจในเรื่องเพศเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์จากอิทธิพลการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ต่อมาใต้สมอง (Pituitary gland) และต่อมเพศ (Gonad) ทำให้ผู้หญิงมีลักษณะของความเป็นเพศหญิง และผู้ชายมีลักษณะของความเป็นเพศชาย ผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงทางเพศทำให้วัยรุ่นมีความเป็นหนุ่มสาว กล่าวคือ เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์โดยต่อมเพศจะมีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ซึ่งฮอร์โมนทั้งสองนี้ทำให้ร่างกายเข้าสู่วัยหนุ่มสาวและมีอิทธิพลเป็นแรงขับเคลื่อนทางเพศ (เกวลี อุณจักร, 2559) นอกจากนี้ ปัจจุบันวัยรุ่นมีภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัย (Precocious puberty) เป็นภาวะที่มีการพัฒนาลักษณะทางเพศทุติยภูมิ (Secondary sex characteristic) เร็วกว่าปกติเกิน 2.5 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) เทียบกับอายุ เพศ และเชื้อชาติเดียวกัน ได้แก่ การมีเต้านมโตก่อนอายุ 8 ปีในเด็กหญิง และการมีอวัยวะขนาดใหญ่ขึ้นก่อนอายุ 9 ปีในเด็กชาย ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุที่ใช้มานาน ในปัจจุบันเด็กรุ่นใหม่มีแนวโน้มเริ่มเป็นหนุ่มสาวเร็วขึ้นหรือที่อายุน้อยลง ซึ่งผลจากภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นและผลจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2540 พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีการพัฒนาเต้านมในเด็กผิวดำ คือ 9.96 และ 8.87 ปีตามลำดับ ซึ่งเร็วกว่าอดีต 1-2 ปี (Herman-Giddens et al., 1997) แต่อายุที่เริ่มมีประจำเดือนไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก คณะกรรมการของ Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society จึงลดเกณฑ์อายุในการวินิจฉัยภาวะเป็นสาวก่อนวัยคือก่อนอายุ 7 ปีในเด็กหญิงคอเคเซียน และก่อนอายุ 6 ปีในเด็กหญิงแอฟริกัน (Kaplowitz & Oberfield, 1999) สำหรับเด็กชายยังคงใช้เกณฑ์เดิม การศึกษาในเด็กไทยที่ภาคใต้ โดย Jaruratanasirikul, Chanpong, Tassanakijpanich, and Sriplung (2014) พบว่า อายุที่เริ่มเป็นหนุ่มสาวมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน อายุเฉลี่ยของการมีเต้านมลดลงจาก 9.9 เป็น 9.6 ปีในเด็กหญิง และอายุเฉลี่ยของการมีอวัยวะปริมาตร 4 มิลลิลิตร ลดลงจาก 10.8 เป็น 10.6 ปีในเด็กชายซึ่งจังหวัดและความเร็วช้า

ในการเข้าสู่ภาวะหนุ่มสาวนั้นถูกกำหนดโดยปัจจัยพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยพันธุกรรม ได้แก่ พ่อแม่ เชื้อชาติ และเพศ การศึกษาโดยวิธี Meta-analysis ซึ่งรวบรวมจาก 32 การศึกษาถึงยีนในประชากร 87,802 คน โดยวิธี Genome-wide association พบว่า มียีนที่มีผลต่ออายุที่ผู้หญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก (Menarche) มีมากกว่า 30 ตำแหน่ง (Elks et al., 2010)

อิทธิพลทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเข้าสู่ภาวะหนุ่มสาวเร็ว ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างอยู่ในครรภ์ ภาวะโภชนาการและความเครียด มีการตั้งข้อสังเกตว่า เด็กทั่วโลกในยุคใหม่มีการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้น (ฉันทสุดา พงศ์พันธุ์ผู้ภักดี และรศวันต์ อาริมิตร, 2559) รวมถึงการมีประจำเดือนครั้งแรกเป็นพัฒนาการที่มีความหมายต่อวัยรุ่นหญิงและครอบครัว เนื่องจากประจำเดือนเป็นสัญญาณที่บอกว่าร่างกายสมบูรณ์พร้อมที่จะเจริญพันธุ์ได้ ซึ่งในบางวัฒนธรรมถือเป็นเรื่องที่น่ายินดี แต่สำหรับวัยรุ่นและครอบครัวอาจกลับเป็นเรื่องที่น่ากังวล ปัจจุบันพบว่าเด็กยุคใหม่ทั่วโลกมีการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้น ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ปัจจัยที่ส่งผลต่ออายุที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกมีหลากหลายปัจจัย เช่น เชื้อชาติ ภาวะสังคมและเศรษฐกิจ โดยพบว่าอายุที่วัยรุ่นหญิงมีประจำเดือนครั้งแรกสัมพันธ์กับอายุที่มารดามีประจำเดือนครั้งแรก ทำให้เชื่อว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนในการกำหนดอายุของการมีประจำเดือนครั้งแรกของวัยรุ่นหญิง และยังมีปัจจัยเฉพาะอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว สิ่งแวดล้อม และความอ้วน นอกจากนี้ พบว่า อายุที่ผู้หญิงมีประจำเดือนลดลงกว่าในอดีต โดยเมื่อ 200 ปีก่อน อายุเฉลี่ยที่มีประจำเดือนครั้งแรกประมาณ 16-17 ปี และลดลงมาเรื่อย ๆ ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา อายุที่เริ่มมีประจำเดือนลดลงอย่างช้า ๆ การศึกษาในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือนที่อายุ 11.6-12.2 ปี เมื่อเทียบกับข้อมูลที่มีย้อนหลังถึงปี พ.ศ. 2515 พบว่าอายุที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก ลดลงประมาณ 0.12 ปี ต่อระยะเวลา 10 ปี ตามลำดับ (รศวันต์ อาริมิตร, 2559)

จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของวัยรุ่นในเรื่องเพศจึงทำให้วัยรุ่นเริ่มมีความต้องการทางเพศ สนใจเพศตรงข้ามและมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศ จากเหตุที่กล่าวมาถือเป็นจุดเริ่มต้นอันนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่เดียวกันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมที่เปิดรับค่านิยมจากวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาในชีวิตประจำวัน เช่น การแต่งกายที่ล่อแหลมมากขึ้น การยอมรับการทักทายแบบโอบกอด เป็นผลให้ค่านิยม การรักนวลสงวนตัวแบบวัฒนธรรมไทยลดลง ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศไทยยังก้าวสู่ยุคโลกาภิวัตน์ มีเทคโนโลยีทันสมัย เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ เกิดเป็นสังคมโลกออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์ ทำให้การสื่อสารมีความง่าย และสะดวกในการนัดพบ พุดคุยระหว่างวัยรุ่นด้วยกัน อีกทั้งอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่สำคัญคือ สื่อทางเพศต่าง ๆ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สามารถเข้าถึงง่าย และวัยนี้

มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ซึ่งมีการแสดงทางอารมณ์ที่หวั่นไหว แปรปรวน ภาวะขาดการยับยั้งทางความคิด การจัดการรับอารมณ์ทางเพศที่ผิดวิธี จึงขาดความเหมาะสม ยิ่งหากมีการพูดคุยกับวัยรุ่นที่ตนพอใจหรือมีการถูกเนื้อต้องตัวกัน สุดท้ายอาจถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นไทย ถือเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากวัยรุ่นเป็นอนาคตของชาติ หากเขาเหล่านั้นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรก็อาจเกิดผลกระทบตามมา เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Unwanted pregnancy) การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted diseases) ซึ่งล้วนเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของเยาวชนไทยและการพัฒนาประเทศในอนาคต การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรนับเป็นปัญหาที่รุนแรงมากสำหรับวัยรุ่นซึ่งทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมตามมา ผลจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการขาดความรู้ หรือมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์นานๆ ครั้งจะไม่ตั้งครรภ์ หรือกลัวบิดามารดาจะรู้ว่าใช้ยาคุมกำเนิด จึงอาจทำให้ตั้งครรภ์ได้ ซึ่งการตั้งครรภ์ ในระยะวัยรุ่นนั้นจะส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นและทารกในครรภ์ได้ เช่น วัยรุ่นจะมีปัญหาในเรื่องการเจริญเติบโต โดยเฉพาะส่วนสูง เกิดภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน มีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยวัยรุ่นเหล่านี้ไม่มีโอกาสกลับไปเรียนหนังสือบางที่ต้องออกจากงานทำให้ขาดรายได้ ชีวิตครอบครัวไม่ราบรื่น อัตราการหย่าร้างสูง (ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560)

จากสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562) พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนชาย ร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เพศชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 23.6, 25.9 และ 24.1 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เพศหญิง ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 18.7, 17.7 และ 16.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ นักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เพศชาย ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 43.2, 41.0 และ 39.9 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เพศหญิง ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 44.9, 43.6 และ 41.6 ตามลำดับ ซึ่งเห็นได้ว่า ประมาณ 1 ใน 4 และ 1 ใน 5 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ชายและหญิง มีเพศสัมพันธ์แล้ว และเกือบ 1 ใน 2 ของนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 มีเพศสัมพันธ์แล้ว ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์เร็วเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม หรืออาจเกิดการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของช่วงอายุ 15-24 ปี ในปี พ.ศ. 2559-2561 ต่อแสนประชากร เท่ากับ 143.9, 161.2 และ 189.5 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น คือ โรคหนองในและโรคซิฟิลิส ซึ่งมีมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 15-24 ปี รองลงมาเป็นอายุ 25-34 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ และจากสถานการณ์ดังกล่าวกำลังสะท้อนปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน หรือป้องกันไม่ถูกวิธี ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ตามมาด้วย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ, 2562)

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ความหมาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี หรือในวัยรุ่นหญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ (WHO, 2018)

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี หนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายในการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น ในแต่ละปีมีวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี คลอดบุตรสูงถึง 16 ล้านคนซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 95 ในประเทศที่กำลังพัฒนารวมถึงประเทศที่ยากจน นอกจากนี้ยังพบอีกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 2.5 ล้านคนมีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (WHO, 2018) สำหรับประเทศไทยพบว่า การคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ข้อมูลจากกรมอนามัย พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นปี พ.ศ. 2560 ลดลงจากปี พ.ศ. 2559 ทั้งในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เท่ากับ 1.3 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี จำนวน 1,000 คน และ 39.6 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน ตามลำดับ อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำแนกรายจังหวัด พ.ศ.2560 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการคลอดน้อยกว่า 25 มีจำนวน 3 จังหวัด อัตราการคลอด 25.0-40.0 มีจำนวน 35 จังหวัด อัตราการคลอด 40.1-50.0 มีจำนวน 33 จังหวัด และอัตราการคลอดมากกว่า 50.0 มีจำนวน 6 จังหวัด ซึ่งใน 6 จังหวัดนี้ ได้แก่ จังหวัดนครนายก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดตาก นอกจากนี้การคลอดซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ที่เพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2546-2560 เริ่มลดลงเท่ากับร้อยละ 12.2 และ 12.1 ในปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2560 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำมาซึ่งผลลัพธ์สองทาง คือ การเกิด (มีชีพและไม่มีชีพ) และการแท้ง (โดยธรรมชาติและการทำแท้ง) ซึ่งทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นของวัยรุ่นส่งผลให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา ประการแรก ภาวะเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พบมากในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอายุน้อย โดยในปี พ.ศ. 2558-2560 พบเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในมารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 15 ปี มากถึงร้อยละ 18.3 21.2 และ 20.3 ตามลำดับ และในมารดาอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 13.5 14.9 และ 15.1 ตามลำดับ ผลกระทบทางสุขภาพจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การเสียชีวิตของมารดา การเสียชีวิตของทารก เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต นอกจากนี้ ยังทำให้เสียโอกาสทางการศึกษาหน้าที่การงานรวมทั้งรายได้ในอนาคต การขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้ง หรือเติบโตมาอย่างไม่มีคุณภาพ (สุภาวดี เครือโชติกุล, 2554) จากการศึกษาของ จรรยา แก้วใจบุญ (2560) พบว่า วัยรุ่นมีทัศนคติต่อการดำรงการตั้งครรภ์ ร้อยละ 73.6 และมีทัศนคติต่อการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 26.4

วัยรุ่นตัดสินใจเลือกสิ้นสุดการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้ง (Abortion) หมายถึงการเอาทารกออกหรือการยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนดการคลอดของทารก (Web, 2016) ในทางกฎหมาย ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ (2560) กล่าวว่า การแท้งลูก หมายถึง การที่ลูกในครรภ์คลอดออกมาในลักษณะที่ไม่มีชีวิต โดยเฉพาะในประเทศที่มีข้อจำกัดทางด้านกฎหมายและการเข้าถึงบริการการทำแท้งที่ปลอดภัย โดยกฎหมายไม่อนุญาตให้มารดาที่ไม่พร้อมตั้งครรภ์สามารถรับบริการยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างถูกกฎหมายนั้นจะทำให้การเข้าถึงบริการทำได้ยาก ดังนั้น ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งจากสถานบริการที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่ปลอดภัยจึงมีมากขึ้น จากผลการสำรวจในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาให้ข้อมูลว่า แท้งเอง ร้อยละ 56.9 และทำแท้ง ร้อยละ 43.1 ผู้ป่วยทำแท้งมีสถานภาพ นักเรียน/ นักศึกษาถึงร้อยละ 28.6 โดยข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยทำแท้ง พบว่า ไม่ตั้งใจให้ตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 92.6 และไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ ร้อยละ 41.3 (สมคิด อนันต์ปฏิเวช, สุทธิ หนองอาหลี่, และปรียะดา ภัทรสัจจธรรม, 2561)

วัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ตั้งครรภ์มักยังไม่ได้แต่งงาน เมื่อเทียบกับบุคคลที่อยู่ในวัยทำงาน วัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มที่มีความต้องการยุติการตั้งครรภ์มากกว่า ถ้าหากวัยรุ่นทำแท้งหลังตั้งครรภ์ อาจส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยตรงกับตัววัยรุ่นเองการตัดสินใจทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยหวังว่าเมื่อยุติการตั้งครรภ์แล้วจะสามารถกลับมาศึกษาเล่าเรียนได้ตามปกติ ในปัจจุบันการทำแท้งเป็นเรื่องที่ผิดทั้งทางด้านศีลธรรมกฎหมาย และค่านิยมของสังคม และที่สำคัญการยุติการตั้งครรภ์ หรือ

ที่เรียกกันง่ายว่า “การทำแท้ง” คือ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในบางรายที่ทำแท้งโดยผู้ทำไม่ใช่แพทย์อาจเป็นอันตรายรุนแรงถึงชีวิตได้ เช่น ตกเลือดติดเชือย่างรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้ หรือบางรายอาจต้องผ่าตัด ตัดมดลูกทิ้ง ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีกเลยตลอดชีวิต (UNICEF Thailand, 2015) ในทางเดียวกันจากการสำรวจของกรมอนามัยสถิติการทำแท้งของวัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 พบจำนวน 2,489 ราย เป็นการแท้งเอง ร้อยละ 56.9 และทำแท้งโดยแพทย์ ร้อยละ 43.1 ถือว่าเป็นสถิติที่สูงมาก และนักเรียนหญิงที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนและมหาวิทยาลัย ร้อยละ 40 ขอให้ทำแท้ง โดยอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 29 และมีอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 60.5 นอกจากนี้เยาวชนหญิงที่ขอทำแท้งนั้นมิได้ต้องการตั้งครรภ์ ร้อยละ 67.5 และไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดแต่อย่างใด ร้อยละ 71.6 (กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, 2558) ภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง คือ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด ซ็อกจากการเสียเลือด ติดเชื้อบาดทะยัก ติดเชื้อในกระแสเลือด ซ็อกจากการติดเชื้อ ปากมดลูก นิ่วขาด มดลูกทะลุ ถ้าใส่นิ่วขาดหรือทะลุอุ้งเชิงกรานอักเสบ เยื่อผนังช่องท้องอักเสบ ไตวาย หัวใจวาย ตัดมดลูก และอื่น ๆ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

วัยรุ่นที่เลือกตั้งครรภ์ต่อไป ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมามากมาย คือ ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ผลกระทบด้านจิตใจ และผลกระทบด้านครอบครัว และสังคม

ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมารดาตั้งครรภ์ในขณะที่เป็นวัยรุ่นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งต่อสุขภาพมารดาและทารก ซึ่งวัยรุ่นที่อายุน้อยการตั้งครรภ์อาจพบปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยและอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อาจมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้สูง เช่น ติดเชื้อเอดส์ ซิฟิลิส หนองใน เป็นต้น (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทายประกายเพชร, 2559) มารดาวัยรุ่นในระหว่างการตั้งครรภ์มักมีโอกาสเกิดภาวะซีด หรือ โลหิตจาง (สมติ อนันต์ปฏิเวช และคณะ, 2561; Raj, Rabi, Amudha, Edwin, & Glyn, 2010) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะ โลหิตจางสูงกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ (กนกวรรณ ฉันทนะมงคล, 2559; สมติ อนันต์ปฏิเวช และคณะ, 2561; Thato, Rachul, & Sopajaree, 2007) อาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูง จนสามารถทำให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ (กนกวรรณ ฉันทนะมงคล, 2559; สุภาวดี เครือโชติกุล, 2554; Raj et al., 2010; Thato et al., 2007) นอกจากนี้น้ำหนักของมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่ามารดาอายุ 20-34 ปี (สุภาวดี เครือโชติกุล, 2554; Thaitae & Thato, 2010) เกิดการคลอดติดขัดหรือคลอดยาก (Raj et al., 2010) เนื่องจากอุ้งเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ติดเชื้อแผลฝีเย็บ เต้านมคัด และไข้สูง การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (สมติ อนันต์ปฏิเวช และคณะ, 2561; Thaitae & Thato, 2010)

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดผลกระทบต่อทารกมากมาย เช่น วัยรุ่นที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ในขณะที่ตั้งครรภ์ก็จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ทำให้เกิดมาไม่สมบูรณ์แข็งแรงหรือ ผิดปกติได้ (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทายประกายเพชร, 2559) ทารกเสียชีวิต หลังคลอดภายใน 7 วัน ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม และทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด (สมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2561) ทารกมีอัตราตายมากกว่า มารดาวัยผู้ใหญ่ ทารกที่คลอดจากแม่วัยรุ่นมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักแรกคลอดน้อย คือ มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าวัยผู้ใหญ่ มีค่าเฉลี่ยในการหาความรู้ช้ากว่า และมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด มากกว่าทารกที่เกิดจากแม่วัยผู้ใหญ่ (ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา, 2558; Raj et al., 2010; Russel, 2010) ทารกอาจเกิดภาวะอันตราย ขาดออกซิเจนขณะคลอด (Raj et al., 2010) พัฒนาการทางสมองหยุดชะงัก เด็กเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้า และความต้องการเลี้ยงดู ด้วยนมแม่ต่ำกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Russel, 2010)

ผลกระทบด้านจิตใจ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ภายหลังคลอดบุตรอาจเกิดภาวะซึมเศร้า อับอาย จากการมีบุตรในวัยเยาว์ ก็จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งในระยะสั้นและยาวได้ เพราะขาดการเลี้ยงดู ที่เหมาะสม ทั้งทางด้าน การกระตุ้นพัฒนาการ สติปัญญาและการเรียนรู้ อาจด้อยกว่าเด็กที่คลอด จากมารดาที่พร้อมทั้งทางด้าน วัสดุ และคุณภาพหรือสุดท้ายการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอาจทำให้วัยรุ่น คิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีความอับอายเพราะไม่รู้จะจัดการกับชีวิตอย่างไร ฝ่ายชายจะทอดทิ้งหรือไม่ พ่อแม่จะคิดอย่างไร (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทายประกายเพชร, 2559) นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้มารดาวัยรุ่นเครียด และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและทารก (Raj et al., 2010) โดยวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะประสบกับภาวะของความสับสน คับข้องใจ ความวิตกกังวล อย่างรุนแรง และเกิดซึมเศร้าเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่หญิงวัยรุ่น ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ อาจจะทำให้รู้สึกว่ามีมลทินเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งจากผล การศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติทางจิตทั้งหมด จะเริ่มปรากฏอาการเมื่ออายุ 14 ปี แต่บุคคลกลุ่มนี้ส่วนมากมักไม่ได้รับการตรวจวิเคราะห์และไม่ได้ รับการบำบัดรักษา (ลำเจียก กำธร, 2557; สมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2561)

ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อครอบครัว มากมาย สร้างความทุกข์ให้กับพ่อแม่ เนื่องจากพ่อแม่ทราบว่าลูกของตนมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย อันควร แต่มีพ่อแม่บางคนมีการยอมรับด้วยความสงสารลูก ซึ่งพ่อแม่จะต้องทุกข์ระทมใจกับ การกระทำที่ผิดพลาดของลูก เสื่อมเสียชื่อเสียงของวงศ์ตระกูลลูกสาว ถ้าได้รับความเสียหายทาง เพศเกิดขึ้น พ่อแม่เกิดความอับอาย เกิดความไม่เข้าใจกันของคนในครอบครัว และเกิดปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ เกิดปัญหาการหย่าร้างมากขึ้น (ลำเจียก

คำสร., 2557) นอกจากนี้การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นยังสูญเสียโอกาสทางการศึกษาและอาชีพ การตั้งครุภัณฑ์เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นที่เป็นนักเรียนต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียน แม้จะไม่มีข้อห้ามไม่ให้นักเรียนที่ตั้งครุภัณฑ์ไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน ผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขไทย เป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศในอันดับแรกของโลกที่มีวัยรุ่นตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมการตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นจำนวนมากเช่นนี้ อาจส่งผลให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในอนาคตได้ (สมดี อนันต์ปฏิเวช และคณะ, 2561)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นที่เกิดจากการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น มีมากมายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม การป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดจึงเป็นเรื่องสำคัญกับวัยรุ่นในปัจจุบัน

ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

ในปี พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ ในทั่วทุกภูมิภาครวมกันจำนวนประมาณ 357 ล้านคน โดยภูมิภาคที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงใน 3 อันดับแรก คือ Western Pacific Region, Region of the Americas และ African Region ส่วน South-East Asia Region ซึ่งประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งในภูมิภาคนี้มีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ประมาณ 39 ล้านคน (กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล, 2558)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือ กามโรค ชื่อที่ใช้เรียกกามโรคในภาษาอังกฤษจึงได้เปลี่ยนไปจาก “Venereal diseases หรือ VD” เป็น “Sexually transmitted diseases” หรือเรียกย่อ ๆ ว่า STD โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ กลุ่มโรคที่ติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ ติดต่อกันโดยการสัมผัส หรือการถ่ายทอดสู่ลูกขณะอยู่ในครรภ์ กลุ่มโรค ได้แก่ ซิฟิลิส แผลริมอ่อน เริมอวัยวะเพศ กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หรือฝีมะม่วง แผลริมอ่อน ที่มีภาวะแทรกซ้อน หนองใน หนองในเทียม หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก พยาธิช่องคลอด เชื้อราช่องคลอด ซึ่ง ในรอบ 10 ปี อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ (หนองใน, ซิฟิลิส, แผลริมอ่อน และหนองในเทียม) เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า (กรมควบคุมโรค สำนักงานระบาดวิทยา, 2562)

ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศส่งผลให้สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของช่วงอายุ 15-24 ปี ในปี พ.ศ. 2559 ถึง ปี พ.ศ. 2561 ต่อแสนประชากร เท่ากับ 143.9, 161.2 และ 189.5 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นคือ กลุ่มโรค

หนองในและโรคซิฟิลิสมี พบในช่วงอายุ 15-24 ปีมากที่สุด รองลงมาเป็นอายุ 25-34 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ และจากสถานการณ์ดังกล่าวกำลังสะท้อนปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน หรือป้องกันไม่ถูกวิธี ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นตามมาด้วย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ, 2562)

ตามยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 มีสาระสำคัญ คือ วิสัยทัศน์ ยุทธการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย เพื่อไม่ให้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ภายใน 15 ปี (พ.ศ. 2573) เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์เป้าประสงค์: ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายบริการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิผล และเป็นมิตร และใช้โครงสร้างหน่วยงานที่มีอยู่พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพและร่วมมือดำเนินงานกับภาคีภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเห็นผลสำเร็จได้เร็วและเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน

ตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์ คือ ภายใน 5 ปี (พ.ศ. 2564) อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย (ต่อประชากรแสนคน) ได้แก่ โรคซิฟิลิส ไม่เกิน 3.5 และ โรคหนองใน ไม่เกิน 8.0 ซึ่งทั้งสองโรคนี้มีเป็นความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะทำให้เกิดโรคเอดส์อีกด้วย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถเกิดได้ทุกเพศ ทุกวัย แต่พบมากในหมู่วัยรุ่น ช่วงอายุที่พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 10-24 ปี เนื่องจากวัยรุ่นในปัจจุบันนิยมมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน โดยที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันตัวเอง รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ โดยกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์เพศเดียวกัน คือ ระหว่างชายกับชาย ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ผู้ที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพสังคมในปัจจุบันคู่แข่งงานมีอัตราการหย่าร้างสูงขึ้น ทำให้คนมีสามีหรือภรรยาหลายคน จึงอาจเป็นการเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น (กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล, 2558)

การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีผลกระทบอย่างมากถึงคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพแรงงานของประเทศไทย เนื่องจากกลุ่มอายุที่เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเป็นกลุ่มแรงงาน และนักเรียน เมื่อประชาชนติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ต้องหยุดงาน รวมถึงสามารถทำให้เกิดการติดต่อซึ่งกันและกันได้ และยังส่งผลต่อศักยภาพในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย

ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ความหมายของการคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนครอบครัว ซึ่งการวางแผนครอบครัวเป็นการที่คู่สมรสวางแผนไว้ว่าจะมีบุตรกี่คน จะมีเมื่อใด ระยะเวลาถี่ของการมีบุตร โดยวัตถุประสงค์ของการวางแผนครอบครัว คือ เพื่อให้บุตรเกิดมาที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง คู่สมรสมีความสามารถที่จะเลี้ยงดูให้ความรักและความเอาใจใส่ ให้เติบโตมีการศึกษาที่เหมาะสมกับอาชีพ และเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีของสังคม (เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557) สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเล่มที่ 9 (2528) ให้ความหมายไว้ว่า การป้องกันการปฏิสนธิ (Conception) แต่อาจหมายความอย่างกว้าง ๆ ว่า การป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว (Temporary or reversible contraception) ได้แก่ วิธีที่มีผลเฉพาะขณะที่ใช้ เมื่อเลิกใช้แล้วผู้ใช้จะกลับตั้งครรภ์ได้ตามปกติ และการคุมกำเนิดแบบถาวร (Permanent contraception) ได้แก่ วิธีป้องกันการตั้งครรภ์แบบถาวรตลอดไป เช่น การทำหมันแบบต่าง ๆ (โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, 2558) ปัจจุบันการคุมกำเนิดหรือการป้องกันการตั้งครรภ์ มักจะใช้กันในความหมายที่กว้างมาก โดยถือเอาเวลาก่อนหรือหลังการตั้งครรภ์หรือการอยู่ร่วมกันเป็นเกณฑ์ ซึ่งอาจแบ่งได้ดังนี้ คือ

1. ก่อนการปฏิสนธิ
2. ก่อนการอยู่ร่วมกัน
3. หลังการอยู่ร่วมกัน หมายถึง ระยะเวลา ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก หลังการอยู่ร่วมกัน
4. ก่อนการขาดประจำเดือน หมายถึงระยะ เวลาหลังการอยู่ร่วมกัน แต่ก่อนที่จะถึงกำหนดที่ควรมีประจำเดือน
5. ภายใน 2 สัปดาห์แรกที่เริ่มขาดประจำเดือน ระยะนี้บางแห่งถือว่ายังไม่ทราบแน่ชัดว่าจะตั้งครรภ์หรือไม่ จึงอาจมีวิธีการบังคับให้ประจำเดือนมาได้ หรือ ที่ชาวบ้านเรียกกันว่า “การขับประจำเดือน” ซึ่งคล้ายคลึงกับ “การปรับประจำเดือน” (Menstrual regulation) ในปัจจุบัน
6. ระยะที่ทราบว่าตั้งครรภ์แน่นอนแล้ว หรือเมื่อขาดประจำเดือนเลย 2 สัปดาห์ ซึ่งการป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะนี้ ย่อมหมายถึง การทำแท้งนั่นเอง กฎหมายไทยในปัจจุบันอนุญาตให้ทำแท้งได้เมื่อการตั้งครรภ์นั้นจะมีผลร้ายต่อสุขภาพของหญิง หรือเป็นการตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืนเท่านั้น

Christina (2005) ได้ให้ความหมายว่าการคุมกำเนิดเป็นการใช้วิธีในการสังเคราะห์ เครื่องมือป้องกัน หรือวิธีทางธรรมชาติ เพื่อคุมกำเนิดและป้องกันการตั้งครรภ์ โดยสามารถใช้ได้

หลากหลายวิธี เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การรับประทานยาคุมกำเนิด ยาฉีด การทำหมัน การงควมมีเพศสัมพันธ์ การนับวันปลอดภัย

Jill and Cheryl (2014) ได้ให้ความหมายว่า การคุมกำเนิดเป็นความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยการใช้วัสดุอุปกรณ์ป้องกัน สารเคมี หรือแม้แต่การผ่าตัดมีได้หลายวิธีการพิจารณาการใช้วิธีการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับความสามารถ ความปลอดภัย ความเชื่อของผู้ใช้ต่อวิธีการคุมกำเนิด

Wilhelm (2008) ได้ให้ความหมายว่า การคุมกำเนิดเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิสนธิได้โดยการป้องกันอสุจิของฝ่ายชายไปปฏิสนธิกับไข่ของฝ่ายหญิง สามารถใช้ได้หลากหลายวิธีเช่น การใช้ฮอร์โมนในการป้องกันการตกไข่ ซึ่งวิธีการคุมกำเนิดนั้นขึ้นอยู่กับขนาดและความต้องการของผู้ใช้ต่อวิธีการคุมกำเนิด

เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์ (2557) ได้ให้ความหมายว่า วิธีการที่จะป้องกันการเกิดอย่างหนึ่งโดยป้องกันการปฏิสนธิ หรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้ว หรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้วและฝังตัวเข้าไปในเยื่อโพรงมดลูก

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้ให้ความหมายว่า การคุมกำเนิด (Contraception birth control) หมายถึง การป้องกัน/ ชัดขวางไม่ให้ตัวอสุจิในน้ำเชื้อของฝ่ายชายมีโอกาสเข้าไปผสมกับไข่ที่สุกของฝ่ายหญิงภายในปีกมดลูกและป้องกันไข่ที่ผสมแล้วมาฝังตัวที่เยื่อโพรงมดลูก วิธีการคุมกำเนิดมี 2 แบบ คือ แบบชั่วคราว และแบบถาวร วิธีการคุมกำเนิดสามารถเลือกให้เหมาะสมตามความต้องการของแต่ละคู่

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี (2562) ได้ให้ความหมายว่า การคุมกำเนิด (Birth control) คือ เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในการป้องกันการปฏิสนธิหรือขัดขวางการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดถูกใช้มาแต่โบราณ วิธีที่ปลอดภัยและได้ผลดีพืงมีในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 20 การวางแผนเตรียมการ และการใช้การคุมกำเนิดถูกเรียกว่าเป็นการวางแผนครอบครัว บางวัฒนธรรมไม่สนับสนุนและจำกัดการเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดเพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ไม่เป็นที่ต้องการทางศีลธรรม ศาสนา หรือการเมือง

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การคุมกำเนิด หมายถึง การป้องกันการปฏิสนธิ หรือการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยป้องกันไม่ให้อสุจิของฝ่ายชายเข้าไปผสมกับไข่ของฝ่ายหญิงหรือการทำลายอสุจิไม่ให้สามารถมาผสมกับไข่ได้

ประเภทของการคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด สามารถแบ่งประเภทได้หลากหลายแบบ เช่น แบ่งตามระยะเวลาในการคุมกำเนิด แบ่งตามประโยชน์และอันตรายจากการคุมกำเนิด แบ่งตามฝ่ายชายและฝ่ายหญิง เป็นต้น โดยในการศึกษาครั้งนี้แบ่งตามระยะเวลาการคุมกำเนิด สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท (กองสุขศึกษา, 2557) ได้แก่ การคุมกำเนิดแบบถาวร (Permanent contraceptive) การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (Semi-permanent contraception) และการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว (Temporary contraception)

1. วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร (Permanent contraception) ได้แก่ การทำหมันหญิง และทำหมันชาย การทำหมันเป็นวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเพียงพอแล้ว นอกจากช่วยลดอัตราเพิ่มของประชากรอย่างมาก และยังช่วยลดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว การทำหมันสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 99 ค่าใช้จ่ายประมาณ 13,000-14,000 บาท (มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง, 2558)

การทำหมันหญิง (Female sterilization) เป็นทำให้ท่อนำไข่อุดตัน เพื่อไม่ให้ไข่พบตัวสpermของเพศชาย โดยการทำให้ท่อนำไข่อุดตันทั้ง 2 ข้าง มีประสิทธิภาพสูงและมีอัตราตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 0.5-0.7 ประหยัด ปลอดภัย ไม่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมน ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำหมันหญิงมี 2 ระยะ คือ ระยะหลังคลอดใหม่ ๆ (Postpartum tubal resection) และการทำหมันในระยะปกติ (Interval tubal resection) (ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล, 2560 b)

การทำหมันชาย (Vasectomy) เป็นการทำให้ท่อนำอสุจิอุดตัน โดยการตัดและผูกหลอดน้ำเชื้ออสุจิในถุงอัณฑะของเพศชาย (อิสรินทร์ ธนบุญวัฒน์, 2550) มีผลให้ตัวสpermไม่สามารถไปผสมกับไข่ในเพศหญิงได้ การตั้งครรภ์จึงไม่เกิดขึ้น หมันชายทำแล้วไม่ได้เป็นหมันทันที ต้องรอเวลาประมาณ 3 เดือน หรือมีการหลั่งน้ำอสุจิ 12 ครั้ง แต่ถ้าจะให้เป็นการแน่นอนจะต้องตรวจไม่พบอสุจิในน้ำอสุจิ วิธีทำหมันชายผ่าตัด ง่าย ใช้เวลาน้อย และปลอดภัยกว่าการทำหมันหญิง ราคาถูกและมีประสิทธิภาพมากที่สุด มีอัตราการตั้งครรภ์ หลังผ่าตัดร้อยละ 0.1-0.15 (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

2. วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (Semi-permanent contraception) เป็นการคุมกำเนิดชั่วคราว ระยะเวลาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ทันทีหลังจากถอดอุปกรณ์คุมกำเนิดออก วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรมี 2 แบบ ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด (Implants) และห่วงอนามัย (Intrauterine device)

ยาฝังคุมกำเนิด (Implants) เป็นการคุมกำเนิดที่มีตัวยา โปรเจสโตเจนคล้ายกับยาฉีดคุมกำเนิด เป็นแผงบรรจุในหลอดซิลาสติค (Silastic®) นำมาฝังใต้ผิวหนังตัวยาค่อยๆซึมกระจายออกทีละน้อย แต่ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้ดี คุมได้นานหลายปี (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2550) ยาฝังคุมกำเนิดมี 3 ชนิด คือ ชนิด 6 หลอด (มีชื่อการค้าว่า Norplant®) ชนิด 2 หลอด (มีชื่อ

การคำว่า Jadelle®) และชนิด 1 หลอด (มีชื่อการค้าว่า Etoplan® หรือ Implant®) กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ คือ ป้องกันการตกไข่ สามารถระงับการตกไข่หลังการฝังยาภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้มูกปากมดลูกข้นขึ้น เชื้ออสุจิเข้าไปได้ยาก และทำให้เยื่อโพรงมดลูกบางไม่เหมาะที่ไข่ที่ถูกผสมแล้วมาฝังตัว โดยการฝังยาคุมกำเนิด จะฝังใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนด้านในกึ่งกลางระหว่างรักแร้ และรอยพับข้อศอกเป็นรอยพับ ถ้าผู้รับบริการนัดที่จะใช้มือข้างใดก็ให้ฝังยาคุมกำเนิดในแขนตรงข้ามที่ไม่ถนัดนั้น อาการข้างเคียงของผู้ที่ฝังยาคุมกำเนิด อาจจะมีเลือดออกทางช่องคลอด ได้แก่ อาการผิดปกติของประจำเดือน และอาการอื่น ๆ เช่น ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ มากหรือนานกว่าปกติ เลือดออกกะปริดกะปรอย และไม่มีประจำเดือน อาการอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ น้ำหนักตัวเพิ่ม มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และอาจเป็นสิวได้ร้อยละ 3-22 (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2560 a; เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557) ยาฝังคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 99 ค่าใช้จ่ายประมาณ 2,500 บาท (รับบริการจากโรงพยาบาลรัฐ) (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

ห่วงอนามัย (Intrauterine device) เป็นการสอดใส่ลักษณะเป็นขดงอ ทำด้วยสารสังเคราะห์ มีขนาดพอเหมาะสำหรับใส่ไว้ในโพรงมดลูก ทำด้วย Stainless steel กลไกในการคุมกำเนิด คือ ห่วงอนามัยเป็นสิ่งแปลกปลอมต่อร่างกาย เมื่อถูกนำเข้าสู่โพรงมดลูกย่อมจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ (Foreign body reaction) ที่ส่วนของเยื่อโพรงมดลูก การเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของน้ำหลังภายในโพรงมดลูกและภายในท่อน้ำไข อันได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาว ปริมาณสาร Prostaglandins และ Enzymes ต่าง ๆ เชื่อว่าจะยับยั้งการว่ายน้ำของอสุจิขึ้นไปสู่ส่วนบนของมดลูกและท่อน้ำไข เปลี่ยนแปลงขบวนการปฏิสนธิ หรือการผสมกันระหว่างตัวอสุจิกับไข่ และเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนตัวของไข่ อาการข้างเคียงแล้วจะหายภายใน 2-3 เดือน ที่อาจพบได้หลังจากใส่ห่วง คือ เป็นลม เวียนศีรษะ ห่วงหลุด ปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย มีเลือดกะปริดกะปรอย อาจมีอาการตกขาวมากกว่าปกติได้ในระยะ 2-3 เดือนแรก (มูลนิธิแพชทูเฮลท์, 2561; ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2560 a; เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557) ห่วงอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 99 ค่าใช้จ่ายประมาณ 6,000 บาท (แบบมีฮอร์โมน) และ 800 บาทขึ้นไป (แบบเคลือบสารทองแดง) (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

3. วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว (Temporary contraception) คือ การคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร เมื่อเลิกใช้สามารถมีบุตรได้ วิธีการคุมกำเนิดชั่วคราว ได้แก่ ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด หมวกยางครอบปากมดลูก การนับระยะปลอดภัย การหลั่งอสุจิกายนอกช่องคลอด (สุมาลี สวยศอาด, 2555)

ถุงยางอนามัย (Condom) เป็นถุงยางบาง ๆ สำหรับคลุมใส่องคชาติ (Penis) ขณะที่มีการแข็งตัว ก่อนที่จะสอดใส่องคชาติเข้าไปในช่องคลอด ถุงยางอนามัยนี้จะสามารถยืดขยายได้ตามอวัยวะเพศของเพศชาย โดยไม่ทำให้ความรู้สึกขณะร่วมหลับนอนเสียไป ปกติมีรูปร่างลักษณะเป็นถุงยางรูปทรงกระบอกปลายมนมี 2 แบบ คือ ก้นถุงมนธรรมดาและก้นถุงเป็นกระเปาะสำหรับเก็บน้ำอสุจิ ปากเปิดขอบถุงเป็นวงแหวนยางซึ่งพอเหมาะที่จะสวมเข้ากับองคชาติที่กำลังแข็งตัว (รัตนจินต์ สุดเสงี่ยม, 2536; สมบูรณ์ คุณาธิคม และคณะ, 2551 อ้างถึงใน เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556) ถุงยางอนามัยจะมีประสิทธิภาพสูง ถ้าเก็บในที่ที่ไม่ถูกแสงแดดส่องหรืออุณหภูมิสูง ไม่มีการรั่ว ยังไม่หมดอายุการใช้งาน ถ้าใช้อย่างถูกต้องและใช้ทุกครั้งที่มีการร่วมเพศ นอกจากป้องกันการตั้งครรภ์ได้แล้วยังป้องกันการแพร่ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์อีกด้วย และจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ถ้าใช้ร่วมกับยาฆ่าตัวอสุจิ (เรณู ชูนิล และสัจญญา ภัทรราชย์, 2557) ข้อเสียของการใช้ถุงยางอนามัย อาจเกิดอาการแพ้ คัน และผื่นแดงขึ้น มีอาการแพ้ได้ทั้งชายและหญิงแต่ไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด สามารถทานยาแก้แพ้หลังจากเสร็จสิ้นการมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่ทางที่ดีควรเปลี่ยนถุงยางอนามัยเป็นชนิดที่ไม่เกิดอาการแพ้ดีกว่า อย่างเช่น ถุงยางอนามัยที่ผลิตมาจากโพลียูรีเทนราคาแพงไปสักนิดแต่ก็ดีกว่ามานั่งทานยาแก้แพ้อยู่เรื่อย ๆ การสวมใส่ ถุงยางอนามัย ผิดวิธีหรือไม่ระวังมีโอกาสทำให้ลื่นหลุดหรือฉีกขาดทำให้การร่วมรักสะดุดไม่ต่อเนื่อง เมื่อหลังเชื้ออสุจิเรียบร้อยแล้ว ต้องรีบถอนออกมารถอด ถุงยางอนามัย ด้วยความระมัดระวัง การปล่อยแช่ทิ้งไว้ที่อวัยวะเพศหญิงอาจจะทำให้ถุงยางอนามัยหลุดออกค้างช่องคลอด (กรมอนามัย, 2554; มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง, 2558)

ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral contraception pill) เป็นยาเม็ดที่ฝ่ายหญิงใช้รับประทานทุกวัน การรับประทานยา ซึ่งประกอบด้วย ฮอร์โมน โพรเจสเตอโรนและเอสโตรเจน ซึ่งจะไปหยุดยั้งการตกของไข่ (Ovulation suppression) การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ควรรับประทานโดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจพบได้คือ คลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออกกะปริบกะปรอย น้ำหนักเพิ่ม ปวดศีรษะ ตึงคัดเต้านม ฯลฯ ซึ่งเมื่อเกิดมีอาการดังกล่าวขึ้น ควรได้ปรึกษาแพทย์สำหรับประสิทธิผลของยา (Effectiveness) เมื่อรับประทานถูกต้องให้ผลดีสามารถป้องกันการคุมกำเนิดได้ร้อยละ 100 (ทิพย์สิริ กาญจนวาลี, 2557; เรณู ชูนิล และสัจญญา ภัทรราชย์, 2557; สุมาลี สวยศอาด, 2555)

ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (Emergency contraceptive pill) หรือเรียกว่ายาคุมกำเนิดหลังเพศสัมพันธ์ (Postinor) มีตัวยา (d-Norgestral) ซึ่งป้องกันการสุกของไข่ เช่นเดียวกับฮอร์โมนพวก โพรเจสเตอโรน (Progesterone) แต่ออกฤทธิ์ได้ดีกว่าเมื่อไม่มีการสุกของไข่ก็ทำให้ไม่มีการปฏิสนธิ คือ ไม่ตั้งครรภ์ การใช้นี้จึงใช้ในกรณีที่มีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อยหรือเป็นครั้งเป็นคราว

เท่านั้น ข้อเสียคือ หากมีการร่วมเพศบ่อยครั้งควรใช้ยาคุมกำเนิดชนิดเป็นแผง 28 เม็ด ทั้งนี้เพราะ ยาเม็ดโพสทินเนอร์นี้ใช้ได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อหนึ่งเดือน การใช้ยานี้ ใช้รับประทานหลังร่วมเพศ ภายใน 1 ชั่วโมง ถ้าร่วมครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรกไม่เกิน 3 ชั่วโมง ไม่ต้องรับประทานยาซ้ำ แต่ถ้า เกิน 3 ชั่วโมง ต้องรับประทานครั้งละ 1 เม็ด ถึงอย่างไรก็ตามไม่ควรรับประทานเกิน 4 เม็ด ภายใน หนึ่งเดือน ทั้งนี้เพราะยา Postinor มีตัวยาออกฤทธิ์ไม่ให้มีการตกของไข่ พร้อมกันนี้จะมีผลข้างเคียง เกิดขึ้นด้วย เช่น มีเลือดออกกะปริบกะปรอย บางรายคล้ายมีประจำเดือน หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ (สุมาลี สวยศอาด, 2555; เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557; ทิพย์สิริ กาญจนวาลี, 2557)

ยาฉีดคุมกำเนิด (Injectable contraception) ยาฉีดคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบันเป็นพวก Long-acting progesterone estrogen combination หรือ Progesterone อย่างเดียว มีฤทธิ์ช่วยยับยั้ง การสุกของไข่ เป็นประเภทฉีดทุก 3 เดือน และชนิดที่ใช้มาก คือ Depo Medroxy Progesterone Acetate หรือชื่อย่อว่า DMPA ยาชนิดนี้ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด คือ ป้องกันไม่ให้ ไข่สุก ทำให้เยื่อเมดลูกบางไข่ไม่สามารถฝังตัวได้ และมูกที่ปากมดลูกไม่เหมาะที่จะให้เชื้อสุจิผ่าน เข้าไปในโพรงมดลูกได้ ฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจพบได้คือ อาจทำให้ไม่มีประจำเดือนมาเลย (Amenorrhea) หรือมีประจำเดือนมากะปริบกะปรอย อาการปวดศีรษะ น้ำหนักเพิ่ม เป็นฝ้า พบได้บ้าง ยานี้จะมีผลต่อเยื่อเมดลูกบางลง แต่เมื่อหยุดยา ก็จะกลับสู่สภาพปกติ (สุมาลี สวยศอาด, 2555; เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557; ทิพย์สิริ กาญจนวาลี, 2557)

ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด (Contraceptive patch) การใช้แผ่นแปะที่มีฮอร์โมน คุมกำเนิดอยู่ในแผ่นขนาดประมาณ 4 x 4 เซนติเมตร แปะที่บริเวณสะโพก ท้องน้อย ต้นแขน หรือ แผ่นหลังส่วนบน แต่ไม่ควรแปะบริเวณเด้านม โดยจะเปลี่ยนแผ่นทุกสัปดาห์เป็นเวลา 3 สัปดาห์ อีก 1 สัปดาห์ไม่ต้องแปะแผ่นยาเนื่องจากเป็นช่วงที่มีประจำเดือน ข้อดีคือ ประสิทธิภาพ การคุมกำเนิดค่อนข้างดี ไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน ไม่เจ็บตัวที่ต้องถูกฉีด ยา หรือ ใส่ห่วง คุมกำเนิด อาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน พบได้น้อย เลือดออกกะปริบกะปรอย บริเวณที่แปะ อาจมีอาการคัน รู้สึกไม่สบายตัว กังวลว่าจะหลุด คัดดึงเด้านมได้ ข้อเสียของการคุมกำเนิดวิธีนี้คือ ราคาค่อนข้างสูง (สุมาลี สวยศอาด, 2555; เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557; มุณนิษฐาสร้าง ความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

การนับระยะปลอดภัย (Safety period) คือ วิธีการคุมกำเนิดที่งดมีความสัมพันธ์ทางเพศ ร่วมกันในระยะที่มีไข่สุก โดยอาศัยหลักที่ว่าสตรีมีไข่สุกเดือนละหนึ่งครั้ง และการตั้งครรภ์จะเกิด ได้ก็ต่อเมื่อมีเพศสัมพันธ์กันในระยะที่มีไข่สุกเท่านั้น วิธีนี้ใช้ได้ผลดีสำหรับคนที่ประจำเดือนมา สม่าเสมอตรงเวลาเท่านั้น การคุมกำเนิดโดยนับระยะเวลาปลอดภัยนี้นับเป็นเวลาการวางแผน

ครอบครัวตามธรรมชาติแบบหนึ่ง ซึ่งเชื่อว่าปลอดภัยที่สุดไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงแก่ผู้ใช้ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือสารเคมีใด ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ในด้านประสิทธิภาพ พบว่า มีข้อจำกัดคือ วิธีนี้จะมีประสิทธิภาพสูง ถ้าคู่สมรสมีแรงจูงใจอย่างแรงกล้าที่จะหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ ดังนั้นความล้มเหลวที่พบมักจะเป็นความล้มเหลวของผู้ใช้มากกว่าความล้มเหลวของวิธี (สุมาลี สวยศอาด, 2555; เรณู ชุนิต และสัญญา ภัทรราชย์, 2557; ทิพย์สิริ กาญจนวาลี, 2557)

การหลั่งอสุจิภายนอกช่องคลอด (Withdrawal) คือ การที่ฝ่ายชายถอนอวัยวะเพศของตนออกจากช่องคลอดของฝ่ายหญิงก่อนที่จะมีการหลั่งของน้ำอสุจิหรือมีความรู้สึกจะถึงใกล้จุดสุดยอด เพื่อให้มีการหลั่งของน้ำอสุจิภายนอกช่องคลอด การที่ทำให้มีการหลั่งน้ำอสุจิภายนอกช่องคลอดจะต้องระมัดระวังไม่ให้น้ำอสุจิเปื้อนอวัยวะเพศหญิงภายนอก เพราะตัวอสุจิสามารถว่ายเข้าสู่ช่องคลอดได้ และหากบังเอิญตัวอสุจิแม้แต่เพียงตัวเดียวหลุดลอดเข้าไปผสมกับไข่ได้จะมีผลทำให้เกิดการตั้งครรภ์ขึ้น ดังนั้นจึงไม่นิยมใช้วิธีนี้แต่เพียงลำพัง อาจพิจารณาใช้ร่วมกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ (สุมาลี สวยศอาด, 2555; เรณู ชุนิต และสัญญา ภัทรราชย์, 2557; ทิพย์สิริ กาญจนวาลี, 2557)

การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection)

การใช้วิธีคุมกำเนิด 2 วิธี (Dual protection) คือ การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีอื่นอีก 1 วิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด ก็จะเพิ่มความมั่นใจในประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์

Bearinger and Resnick (2003) กล่าวว่า การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ร่วมกับการใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนวิธีอื่น ไปพร้อมกันกับการกินยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การฝังยาคุมกำเนิดใต้ผิวหนัง การฉีดยาคุมกำเนิด ไม่ว่าจะเป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว หรือเป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

Bailey, Fleming, Catalano, Haggerty, and Manhart (2012) กล่าวว่า การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง การคุมกำเนิดประเภทหนึ่งที่เป็นวิธีที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการตั้งครรภ์ควบคู่ไปกับการมุ่งเน้นการลดความเสี่ยงของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพที่สุด

Dhlomo (2015) กล่าวว่า การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง การใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีอยู่ปัจจุบันร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยในทุกครั้งของการมีเพศสัมพันธ์

Kottke et al. (2015) กล่าวว่า การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึงการใช้การคุมกำเนิด (เช่นถุงยางอนามัย ร่วมกับสอร์โอมคุมกำเนิดหรือห่วงคุมกำเนิด [IUD]) สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในเวลาเดียวกัน

Lemoine, Teal, Peters, and Guiahi (2017) กล่าวว่า การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึงการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดแบบชนิดอื่น ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Williams and Fortenberry (2013) กล่าวว่า การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึงการคุมกำเนิดที่มีความแตกต่างจากการคุมกำเนิดโดยทั่วไปที่ใช้แบบวิธีเดียว ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถช่วยป้องกันได้ทั้งสองทาง คือ จะช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปด้วยพร้อมกับการตั้งครรภ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยคู่กับวิธีการคุมกำเนิดที่เลือกใช้

การใช้ถุงยางอนามัยเป็นที่ยอมรับว่าเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ในบางกรณี เหตุจูงใจในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ มากกว่าเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆหากงานวางแผนครอบครัวได้มีการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ จะเป็นผลดีในการลดอคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยว่าใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น โดยทั่วไป ผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวจำนวนมากเชื่อว่าถุงยางอนามัยไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่กลับได้ผลในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอคติเช่นนี้มาจากความจริงที่ว่า การคุมกำเนิดบางชนิดเช่น การทำหมันหญิง การใส่ห่วงอนามัย การฉีดยาคุมกำเนิด การฝังยาคุม เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงมากกว่าการใช้ถุงยางอนามัยในแง่ของ “วิธีการที่ดีที่สุด” และ “ชนิดของการคุมกำเนิด” แต่หากใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและต่อเนื่องสม่ำเสมอร่วมกับการคุมกำเนิดชนิดอื่น ก็สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (UNFPA, 2009)

อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของการคุมกำเนิดแต่ละวิธีมีความแตกต่างกัน และมีข้อเสีย โดยถุงยางอนามัยสามารถช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 88-98 เนื่องจากถุงยางอนามัยยังคงมีข้อเสีย ส่วนยาเม็ดคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 91-99 ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอการออกฤทธิ์ของยาจึงจะมีประสิทธิภาพ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 75-85 การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้ประสิทธิภาพลดลง และอาจทำให้เกิดความผิดปกติที่รังไข่ เยื่อบุโพรงมดลูก ไม่ควรรับประทานเกิน 2 กล่องต่อเดือน ยาฝังคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์

ได้ถึงร้อยละ 99 และอายุการใช้งานนานถึง 3-5 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีอาการเจ็บหรือติดเชื้อบริเวณที่มีการฝังแท่งยาได้ ยาฉีดคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 91-99 ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 91-99 ห่วงอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 99 แต่การคุมกำเนิดเหล่านี้ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง, 2558)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การคุมกำเนิดแบบสองวิธีเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับ การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ในวัยรุ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังพบน้อยมาก โดยเฉพาะในประเทศไทย พบการศึกษาสองเรื่อง จากฐานข้อมูลที่เข้าถึงได้ (เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต, 2557; เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของวัยรุ่นยังต่ำมาก และขาดข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ทั้งที่เป็นการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงสาเหตุหรืออุปสรรคสำคัญของการคุมกำเนิดแบบสองวิธี จึงมีความจำเป็นสำคัญในการศึกษาวิจัย

สรุป การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection) ในการศึกษานี้หมายถึง การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีการคุมกำเนิดประเภทอื่น (ใช้สองวิธีร่วมกัน) ในการมีเพศสัมพันธ์ในครั้งเดียว **การคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่น**

การเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ก็ควรจะเลือกวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย ใช้ง่าย ราคาถูก เพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีรายได้ ถ้าไม่ต้องปรึกษาแพทย์ หรือไม่ต้องตรวจภายในก็จะดีมาก เพราะวัยรุ่นมักอาย มีวิธีคุมกำเนิดต่างๆหลายวิธีให้วัยรุ่นเลือกใช้ตามความเหมาะสม การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งย่อมดีกว่าไม่ใช้เลย แต่การใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีควบคู่กันจะเป็นการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ การคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่นมี 7 วิธี ได้แก่ ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด และห่วงอนามัย (เรณู ชูนิล และสัณญา ภัทราชัย, 2557)

1. ถุงยางอนามัย เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่นมากที่สุดเนื่องจากหาซื้อได้ง่ายสะดวก และผลข้างเคียงน้อย รวมถึงนอกจากจะป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีแล้ว ยังป้องกันการแพร่กระจายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งเอดส์ด้วย และยังเป็นวิธีที่แสดงถึงความรับผิดชอบของวัยรุ่นชายอีกด้วย ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 88-98 ค่าใช้จ่ายประมาณ 30-40 บาท/ ชิ้น (มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง, 2558)

2. ยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่นเช่นกัน แต่ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นการคุมกำเนิดที่วัยรุ่นจำเป็นต้องมีวินัยในตนเอง จำเป็นต้องรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดตรงเวลาและเป็นประจำทุกวัน หากลืมรับประทานยา ต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดรูปแบบอื่นร่วมด้วย

(เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557) และอาจมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อารมณ์แปรปรวน ประจำเดือนมาไม่ปกติ ความดันโลหิตสูง น้ำหนักขึ้น แม้มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก แต่อาจเสี่ยงเกิดลิ้มเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะหัวใจวาย โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่หรือมีอายุ 35 ปีขึ้นไป อาจเสี่ยงเกิดผลข้างเคียงได้มากขึ้น (สุมาลี สวรสอาด, 2555) รวมถึงผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน เมื่อต้องการมีบุตรวัยรุ่นจะต้องรอให้ตนมีประจำเดือนอย่างน้อย 3 เดือนจึงเริ่มมีบุตรได้ ยาคุมกำเนิดเป็นฮอร์โมน การรับฮอร์โมนเป็นระยะเวลานาน ๆ หรือทานฮอร์โมนขนาดสูงเกินไป อาจมีเนื้องอกที่เต้านมได้และสามารถพัฒนาไปเป็นมะเร็งเต้านมได้อีกด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 91-99 ค่าใช้จ่ายประมาณ 80-400 บาท (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

3. ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เหมาะสำหรับวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้เตรียมการคุมกำเนิดมาก่อน ถ้าเป็นไปได้ควรแนะนำให้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่างเดียวในขนาดที่สูง (Postinor[®] หรือ Madonna[®]) รับประทานครั้งเดียว 2 เม็ด ภายใน 72 ชั่วโมงหลังร่วมเพศ (เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557) การรับประทานอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บเต้านม ปวดศีรษะ วิงเวียน ปวดท้อง เมื่อยาล้าเป็นระยะหรือประจำเดือนมาไม่ปกติประมาณ 1-2 รอบเดือน การรับประทานยาคุมฉุกเฉินเป็นประจำจะพบความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุการตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มขึ้นดังนั้น ไม่แนะนำให้รับประทานยาเกิน 4 เม็ด หรือ 2 กล่องต่อเดือน ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 75-85 ค่าใช้จ่ายประมาณ 35-50 บาท (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

4. ยาฉีดคุมกำเนิด เหมาะกับวัยรุ่นที่ลืมรับประทานยาคุมกำเนิดบ่อย ๆ ต้องการความสะดวก ไม่ต้องการรับประทานยาคุมกำเนิดแบบเดิมทุก ๆ วัน สะดวกและมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด แต่ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทรราชย์, 2557) เมื่อหยุดฉีดร่างกายจะยังไม่พร้อมมีลูกได้ทันที (มีลูกได้ช้ากว่าการคุมกำเนิดแบบอื่น) โดยอาจจะต้องรอไปก่อน ประมาณ 10 เดือน เนื่องจากฤทธิ์ยายังคงอยู่ยาฉีดคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 91-99 ค่าใช้จ่ายประมาณ 100-400 บาท/ ครั้ง (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

5. ยาฝังคุมกำเนิด เหมาะสำหรับวัยรุ่นที่เคยตั้งครรภ์มาแล้วเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหรือต้องการวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการตั้งครรภ์และต้องการที่จะคุมกำเนิดเป็นระยะเวลา 3-5 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่ไม่สามารถที่จะใช้วิธีคุมกำเนิดรูปแบบอื่นซึ่งต้องใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ หลังจากถอดออกจะสามารถมีลูกได้เร็วกว่าการฉีดคุมกำเนิด เนื่องจากฮอร์โมนกระจายออกในปริมาณน้อยและไม่มีการสะสมในร่างกายยาฝังคุมกำเนิดสามารถป้องกัน

การตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 99 ค่าใช้จ่ายประมาณ 2,500 บาท (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

6. ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด เหมาะกับวัยรุ่นที่ไม่พร้อมตั้งครรภ์ ยาคุมกำเนิดแบบแปะผิวหนัง โดยทั่วไปแล้วจะมีราคาแพงกว่ายาเม็ดคุมกำเนิด ใช้ได้ดีสำหรับวัยรุ่น ซึ่งอาจจะแพงมากหรือน้อยกว่าก็ขึ้นอยู่กับชนิดของยาคุมกำเนิดเดิมที่รับประทานอยู่ และขึ้นอยู่กับชนิดของแผ่นแปะ ปริมาณยาและบริษัทผู้ผลิต เช่น อีฟรา (Evra) 1 กล่อง 3 แผ่น ราคาที่ประมาณ 500-600 บาท หากต้องการหยุดใช้แผ่นแปะคุมกำเนิดเพื่อต้องการมีบุตร หรือเปลี่ยนไปใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบอื่นแทน ในรอบเดือนนั้นหากแปะแผ่นยาครบ 3 แผ่น ก็สามารถหยุดใช้ได้ทันที โดยภาวะตกไข่ตามธรรมชาติจะเริ่มกลับมาภายในเดือนแรกหลังจากหยุดยา (แต่โดยทั่วไปแล้ว มักจะมาภายใน 3 เดือนหลังจากหยุดยา) ดังนั้นการตั้งครรภ์จึงอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เดือนแรกหลังหยุดแปะแผ่นยา ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 91-99 ค่าใช้จ่ายประมาณ 400 บาท (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

7. ห่วงอนามัย เหมาะกับวัยรุ่นที่มีความต้องการที่จะใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง และมีความจำเป็นต้องคุมกำเนิดในระยะยาวอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป หรือต้องการเว้นช่วงการมีบุตรมากกว่า 3-5 ปี ถ้าเมื่อต้องการมีบุตรสามารถถอดห่วงออกและเริ่มมีลูกได้ทันที โดยไม่ต้องรอนานเหมือนยาเม็ดหรือยาฉีดคุมกำเนิด (เพราะไม่มีผลกับฮอร์โมน) ห่วงอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 99 ค่าใช้จ่ายประมาณ 6,000 บาท (แบบมีฮอร์โมน) และ 800 บาทขึ้นไป (แบบเคลือบสารทองแดง) (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2558)

การคุมกำเนิดโดยวิธีการคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันต่างมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน ดังนั้นการคุมกำเนิดที่สามารถช่วยป้องกันการตั้งครรภ์และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้นั้น คือการคุมกำเนิดแบบสองวิธี คือ การใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างใดอย่างหนึ่งควบคู่กับการใช้ถุงยางอนามัย ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ซึ่งใช้ไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดความล้มเหลวจากการคุมกำเนิด และนอกจากนี้วัยรุ่นยังเลือกใช้การคุมกำเนิดแบบวิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งบางชนิดไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้นการคุมกำเนิดแบบสองวิธีจึงเป็นการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพที่สุด สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเนื่องจากยังไม่มี ความมั่นใจในความสัมพันธ์ทางเพศในคู่ของตน

แนวคิด The information motivation behavioral skills model (IMB)

แนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการทักษะพฤติกรรม

(The information motivation behavioral skills model: [IMB model]) (Fisher, William, Fisher, &

Paul, 2009) เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ถูกคิดค้น โดย Fisher and Fisher (1992) พัฒนารูปร่างขึ้นจากการวิเคราะห์และการบูรณาการของทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรกลุ่มต่าง ๆ โดยในขั้นต้นนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ได้สำเร็จ ต่อมาได้นำมาใช้กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การติดตามการรับประทานยา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มวัยรุ่น (Fisher, Fisher, Bryan, & Misovich, 2002) กลุ่มชายรักร่วมเพศ (Fisher, Fisher, Williams, & Malloy, 1994) กลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (Fisher & Fisher, 1992; Kalichman, Simbayi, Jooste, Cain, & Cherry, 2006) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช (Kalichman, Malow, Devieux, Stein, & Piedman, 2005) กลุ่มพนักงานขับรถบรรทุก (Bryan, Fisher, & Fisher, 2002; Cornman, Schmiege, Bryan, Benziger, & Fisher, 2007) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (Angela, Xiaohe Xu, & Andrea, 2010; Kalichman et al., 2005) กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพและนักพฤติกรรมศาสตร์ (Crepaz & Marks, 2002; Fisher, Fisher, Misovich, Kimble, & Malloy, 1996) เป็นต้น

โดยมีหลักการว่าบุคคลที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง และเพียงพอ มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี รวมถึงมีทักษะและการรับรู้สมรรถนะของตนในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ต่อมาจึงเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อไปในอนาคต โดยแนวคิดนี้ได้นำมาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน ได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการอธิบายและส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดในวัยรุ่น Fisher and Fisher (1992) เชื่อว่าปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The information motivation behavioral model) ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของอิทธิพลจาก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันโรค (Prevention information) โดยข้อมูลความรู้มีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรมและนำไปสู่รูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Prevention behavior) 2) การเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน (Prevention motivation) แรงจูงใจเป็นปัจจัยผลักดันให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจระดับบุคคล คือ ทักษะของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และแรงจูงใจระดับสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และ 3) การมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral skills) ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการได้รับ

ข้อมูลความรู้ในการป้องกันโรค และเกิดแรงจูงใจ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำ พฤติกรรมป้องกันให้สำเร็จของตนเอง ส่งผลให้เกิดทักษะในการกระทำพฤติกรรม โดยผลลัพธ์ของ ปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจหรือความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

(Fisher et al., 2009) กล่าวคือ

1. การได้รับข้อมูลความรู้การป้องกันโรค (Prevention information) รูปแบบแนวคิดของ IMB เชื่อว่า การได้รับข้อมูลความรู้การป้องกันโรคนั้นเปรียบเสมือนแนวทางในการปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นปัจจัยนำ (Prerequisite) ที่สำคัญของการกระทำพฤติกรรม โดยข้อมูล ความรู้มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมการป้องกัน (Prevention behavior) (Fisher & Fisher, 1992) ซึ่งการได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันโรคของบุคคลนั้น จำเป็นต้องมีความถูกต้อง และเพียงพอต่อการตอบสนองต่อความต้องการในการได้รับข้อมูล เหล่านั้น เช่น การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องทุกครั้ง สามารถ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีความตระหนักในองค์ความรู้ และเนื้อหาความรู้ที่เฉพาะเจาะจงได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดสมรรถนะของพฤติกรรมป้องกัน ตนเอง ตัวอย่างเช่น ความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การรักเดียว ใจเดียวเป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และคู่นอนที่รู้จักกันดีมีความปลอดภัยเช่นกัน เป็นที่แพร่หลายและเป็นอุปสรรคสำคัญในการปฏิบัติงานของพฤติกรรมป้องกันที่มีประสิทธิภาพ อย่างมีเหตุผล บุคคลยังคำนึงการบนพื้นฐานของทฤษฎีโดยนัยสำคัญของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีที่ไม่ถูกต้องอีกครั้ง ถือได้ว่าเป็นไปได้ที่จะตรวจหาและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากเชื้อ HIV โดยพิจารณาจากลักษณะภายนอกที่มองเห็นได้ เช่น การแต่งกายบุคลิกภาพหรือความสัมพันธ์ ทางสังคม ผู้คนมักตัดสินใจว่าคู่นอนมีความเสี่ยงน้อยและพฤติกรรมป้องกันไม่ได้รับการ ประกัน การติดเชื้อเอชไอวีสามารถป้องกันได้ โดยการใช้อย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับ การศึกษาครั้งนี้ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิดแบบสองวิธี มีผลโดยตรง ต่อพฤติกรรมคุมกำเนิดหากวัยรุ่นมีความรู้ที่เกี่ยวกับการกำเนิดแบบสองวิธีที่ถูกต้อง ส่งผลให้ เกิดพฤติกรรมป้องกันตามมา เช่น การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้องที่สามารถป้องกันได้ทั้งสองอย่างอย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้

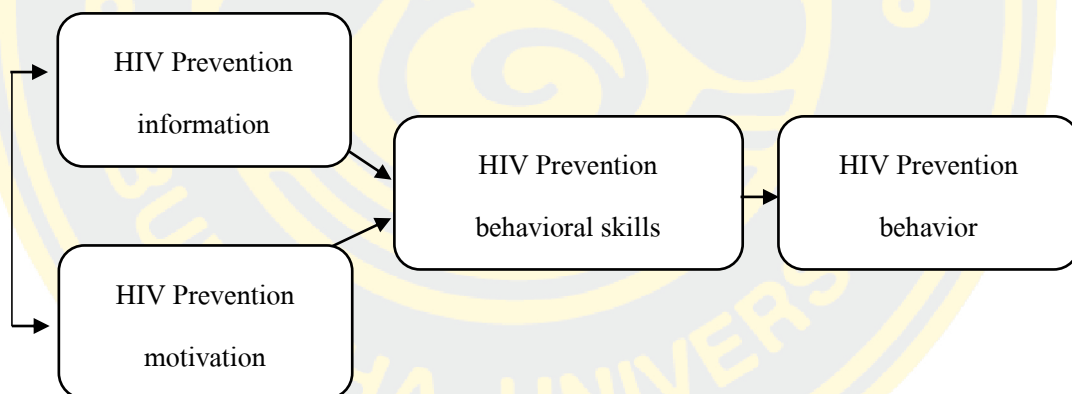
2. การเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน (Prevention motivation) เป็นปัจจัย ที่จำเป็นต่อพฤติกรรมป้องกัน และมีอิทธิพลต่อบุคคล แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The information motivation behavioral model) กล่าวว่าถึงแม้ว่าบุคคลจะได้รับข้อมูลความรู้การป้องกันโรคที่ดี และมีประโยชน์แต่สามารถเกิดการล้ม

ในการกระทำพฤติกรรมในการป้องกันตนเองได้ ซึ่งแรงจูงใจประกอบด้วย แรงจูงใจระดับบุคคล (Personal motivation) และแรงจูงใจทางสังคม (Social motivation) แรงจูงใจระดับบุคคล คือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ การรับรู้ผลเสีย การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงความตั้งใจของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ และแรงจูงใจระดับสังคม คือการรับรู้ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและจากคู่อริในการกระทำพฤติกรรมการป้องกัน ซึ่งทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม และการรับรู้ผลเสียของการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และความตั้งใจที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม ถ้าบุคคลไม่มีแรงจูงใจเพียงพอในการกระทำใด ๆ ก็ได้รับผลทางบวก บุคคลนั้นก็จะมีความตั้งใจที่จะมีทัศนคติและความตั้งใจที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ในทางกลับกัน หากบุคคลความเชื่อในการกระทำสิ่งนั้นแล้วได้รับผลทางลบ บุคคลนั้นก็จะมีความตั้งใจที่จะมีทัศนคติและความตั้งใจที่ไม่ดีต่อการกระทำนั้นด้วย และเมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม แรงจูงใจเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดการกระทำพฤติกรรม (DiClemente, Salazar, & Crosby, 2013) ตัวอย่างเช่น การมีแรงจูงใจในการใช้ถุงยางอนามัย คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย โดยรับรู้ประโยชน์ของการใช้ และรับรู้ผลเสียของการไม่ใช้ ที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ การได้รับการสนับสนุนจากคู่อริ บุคคลนั้นก็จะมีความตระหนักและตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่จะเกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ ถึงแม้วัยรุ่นจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการคุมกำเนิดแบบสองวิธีแต่อาจทำให้เกิดความไม่เต็มใจในกระทำพฤติกรรมได้ ดังนั้นหากวัยรุ่นมีทัศนคติความตั้งใจที่ดีต่อการป้องกันการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การได้รับการสนับสนุนจากคู่อริต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ส่งผลให้เกิดการกระทำพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้ ดังนั้นแรงจูงใจจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ

3. การมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral skills) เป็นการพัฒนาทักษะที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลนั้น ต้องมีทักษะที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งทักษะที่ได้รับการพัฒนาส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมการป้องกันให้สำเร็จของตนเอง ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่จำเป็นที่สำคัญที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อมูลความรู้และการมีแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน ดังนั้นทักษะพฤติกรรมจะเป็นส่วนประกอบที่ช่วยในการตั้งเป้าหมาย การพัฒนาทักษะนับว่าเป็นปัจจัยสุดท้ายที่มีความจำเป็นต่อการกระทำของบุคคล ทักษะในการกระทำพฤติกรรมในทฤษฎีนี้มาจาก 2 องค์ประกอบ คือ ความสามารถระดับบุคคลเชิงประจักษ์ (Individual's objective ability) และการรับรู้สมรรถนะของตน (Self-efficacy) ในการกระทำพฤติกรรมการป้องกัน (Prevention behavior) (Fisher et al.,

2009) ตัวอย่างเช่น ความสามารถของบุคคลในการซื้อและใช้ถุงยางอนามัย รวมถึงการเจรจาต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอทั้งก่อนหรือขณะมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังรวมถึงการเจรจาเพื่อทดสอบเอชไอวีกับคู่สมรสและในการเสริมสร้างความสามารถของตนเองและคู่สมรสเพื่อรักษารูปแบบของพฤติกรรมที่ป้องกันตลอดเวลาท่ามกลางพฤติกรรมอื่นอีกมากมาย เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลือกใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ความสามารถในการกล้าตัดสินใจในการเลือกซื้อการคุมกำเนิดยังรวมถึง การกล้าซื้อกล้าพกพา และกล้าใช้ถุงยางอนามัย รวมถึงทักษะที่สำคัญคือการเจรจาต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน แม้ว่าตนจะใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอยู่แล้ว คือ ทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอนเพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ เมื่อเกิดทักษะดังกล่าวจะทำให้เกิดการใช้อย่างสม่ำเสมอตามมา

โดยโครงสร้างของทฤษฎีข้อมูล แรงจูงใจและทักษะพฤติกรรม (The Information-Motivation-Behavioral Skills for HIV Prevention) แสดงได้ดังภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 แนวคิดการให้ข้อมูลความรู้ การเกิดแรงจูงใจ และการมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม (The information-motivation-behavior skills model HIV prevention) (Fisher et al., 2009)

ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดในวัยรุ่นทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด ดังนี้

1. การได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันโรค (Prevention information) หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเป็น

ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยความรู้ในเรื่องพฤติกรรมจะเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้บุคคลเกิดกระบวนการทางความคิด โดยบูรณาการเข้ากับการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) โดยจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด และการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่น พบว่าความรู้ในการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ($r = .38, p < .05$) (เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตน์ศิริ ทาโต, 2556) นอกจากนี้ในหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศในวัยรุ่น เพศชายและเพศหญิง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (อภิเชษฐ์ จาเนียรสุข และคณะ, 2560; White, Mann, & Larkan, 2018) ทั้งนี้วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ (พรทิพย์ มีชัย และคณะ, 2556; พอเพ็ญ ไกรนรา, 2556; เวชกา เทพา, 2557; อุดมชญาณี อินทเรือง และคณะ, 2558) ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิดและเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คะแนนเกือบทุกหัวข้อต่ำกว่าครึ่งหนึ่ง ($Mdn = 16$) และการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสระบุรีของ พอเพ็ญ ไกรนรา (2556) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ใน ระดับน้อย (ร้อยละ 61.80, $Mdn = 5.90, S.D. = 3.00$) รวมถึงวัยรุ่นมีความรู้ในป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่ต่ำมาก (พจนา หันจางสิทธิ์ และกาญจนา เทียนลาย, 2558) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียน นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดถูกเงินอยู่ในระดับต่ำ (Phosuya, Ruan, Phoemsuwan, & Chaowanapunphon, 2010)

อย่างไรก็ตามในหลายการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการทำนายน ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ (เพ็ญญา ศรีหรั่ง และคณะ, 2557) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นฤมล ทาเทพ และรัตน์ศิริ ทาโต (2557) พบว่าความรู้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การคุมกำเนิดในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในกรุงเทพมหานครได้ โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับ ยาเม็ดคุมกำเนิดและเม็ดคุมกำเนิดถูกเงินในกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.73, S.D. = 0.761$) และการศึกษาในมารดาวัยรุ่น พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด

2. การเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน (Prevention motivation)

2.1 แรงจูงใจระดับบุคคล (Personal motivation)

2.1.1 ทศนคติ (Attitude) หมายถึง กลไกหรือแรงกระตุ้นภายในที่เกิดขึ้น เป็นตัว ผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งความรู้

ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลตามสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อม อันมีแนวโน้มที่จะให้บุคคลแสดงปฏิกิริยา และกระทำต่อสิ่งนั้น ๆ ในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธ ทักษะคิดเป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน การที่จะรู้ถึงทัศนคติของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ได้ต้องใช้วิธีแปลความหมายของการแสดงออก (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) โดยจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด พบว่า ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการคุมกำเนิด (บุษบา ทับทิมสวน และรัตนศิริ ทาโต, 2557; พรทิพย์ มีชัย และคณะ, 2556; เพ็ญญา ศรีหรั่ง และคณะ, 2557; Lemoine et al., 2017; Taylor & Jame, 2012) ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงได้ ($\beta = .18$) และยังพบว่าทัศนคติต่อการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของ นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ($r = 0.45$) (เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ในวัยรุ่นหญิงทวีปอเมริกาเหนือ พบว่า มีทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มองว่าถุงยางอนามัย เป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ (Lemoine et al., 2017) อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่ไม่พบ ความสัมพันธ์ดังกล่าว เช่น การศึกษาของ เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต (2557) พบว่า ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ($r = .026, p > .05$)

2.1.2 การรับรู้ (Perception) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงหรือในการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงประโยชน์ หรืออุปสรรคของการใช้การป้องกันแบบสองวิธี จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) Maiman and Becker (1974) อธิบายว่า การที่บุคคลจะสามารถแสดง พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง อย่างน้อยที่สุดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นต้องมีความรุนแรง ต่อชีวิต การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงจะก่อให้เกิดผลดีแก่บุคคลนั้น โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของพฤติกรรมเสี่ยงนั้น และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุทธศาสตร์ทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง (นฤมล ทาทพ

และรัตนศิริ ทาโต, 2557) และจากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ($p < .001$) และการรับรู้ความเสี่ยงของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($p < .001$) มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ (Sieving et al., 2007) จากการศึกษาของ Gilliam, Woodhams, Sipsma, and Hill (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของวัยรุ่นต่ออุปสรรคในการแสวงหาวิธีการคุมกำเนิดในศูนย์สุขภาพและร้านขายยาในเม็กซิโก พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อการเลือกใช้การคุมกำเนิด และจากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงเชื้อชาติแอฟริกัน/อเมริกันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของวิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ พบว่าวัยรุ่นมีการลดความเสี่ยงจากการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เป็น 2.3 เท่าของกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Crosby et al., 2001) ในทางตรงกันข้ามมีบางการศึกษา เช่น การศึกษาของ เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต (2557) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคุมกำเนิดแบบสองวิธี ($r = -.048, p > .05$)

2.2 แรงจูงใจทางสังคม (Social motivation)

การสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี หมายถึง การรับรู้ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงถึงพฤติกรรมความคิดของกลุ่มอื่นที่มีต่อวิธีการคุมกำเนิดด้วยการใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับการคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมกัน เป็นแรงจูงใจทางสังคม ที่เป็นการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกัน จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการคุมกำเนิดที่ทันสมัยในหญิงเอเชียของ Najafi-Sharjabad, Zainiyah Syed Yahya, Abdul Rahman, Hanafiah Juni, and Abdul Manaf (2013) พบว่า การสนับสนุนจากสามีหรือเพื่อนมีผลต่อการเลือกปฏิบัติการคุมกำเนิดที่ทันสมัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Kenyon, Sieving, Jerstad, Pettingell, and Skay (2010) พบว่าทัศนคติของกลุ่มอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคุมกำเนิด โดยใช้ฮอร์โมน ในชาวอเมริกาเชื้อสายแอฟริกา การศึกษาของ Lewis, Martins, and Gilliam (2012) พบว่า กลุ่มอื่นของมารดาวัยรุ่นมีบทบาทในการตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอด โดยพวกกลุ่มอื่นมีศักยภาพในการยับยั้งและอำนวยความสะดวกในการใช้การคุมกำเนิด และพบว่าทัศนคติและพฤติกรรมการสนับสนุนของกลุ่มอื่นมีผลต่อการริเริ่มการคุมกำเนิดและความต่อเนื่องของมารดาวัยรุ่น

นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทย พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรักยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง (นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557; บุญบา ทับทิมสวน และรัตนศิริ ทาโต, 2557; เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตน์

ศิริ ทาโต, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญญา ศรีหรั่ง และคณะ (2557) ที่พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นในจังหวัดขอนแก่น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กล่าวคือ สนับสนุนจากเพื่อนหรือคนรัก ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดในวัยรุ่นหญิงได้ (เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตน์ศิริ ทาโต, 2556)

3. การมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral skills) ทักษะในการกระทำพฤติกรรมในทฤษฎีนี้มาจาก 2 องค์ประกอบคือ ความสามารถระดับบุคคลเชิงประจักษ์ (Individual's objective ability) และการรับรู้สมรรถนะของตน (Self-efficacy)

3.1 ความสามารถระดับบุคคลเชิงประจักษ์ (Individual's objective ability) ได้แก่ ทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน หมายถึง กระบวนการหรือการแลกเปลี่ยน โดยที่ผู้สื่อสารทำหน้าที่ทั้งผู้ส่งและผู้รับสารในเวลาเดียวกัน ไม่อาจจะนับว่าการสื่อสารเริ่มต้นและสิ้นสุดที่จุดใด เพราะถือว่าการสื่อสารมีลักษณะเป็นพลวัตและไม่มีที่สิ้นสุด ผู้รับสารและผู้ส่งสารนอกจากจะทำหน้าที่ทั้งการเข้ารหัสและถอดรหัสแล้ว ยังเป็นผู้ก่อให้เกิดข่าวสาร และกำหนดพฤติกรรม (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งการสื่อสารเรื่องเพศ คือ การส่งสารที่ผู้สื่อสารสื่อถึงเรื่องของเพศถึงความรู้สึกและความต้องการทางเพศ หรืออารมณ์ บางครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารหรือการพูดคุยกับคู่อรักหรือคู่นอนมีความสำคัญมาก ดังจะเห็นได้จากจากการศึกษาของ Meyer et al. (2014) ในประเทศโบลิเวียและเอกวาดอร์ พบว่า การสื่อสารเรื่องเพศกับคู่นอน มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาคุมกำเนิดในปัจจุบันที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึง การสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครองและเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยบ่อยขึ้นด้วย (Deutsch & Crockett, 2016; Widman, Choukas-Bradley, Helms, Golin, & Prinstein, 2014) ผลการศึกษาในประเทศไทยพบคล้ายคลึงกัน คือ วัยรุ่นตอบว่า มารดาของตนมีความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศเพียงร้อยละ 25.9 และยังพบว่า ความไม่สะดวกใจในการพูดคุยกับผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์กับวัยรุ่นหญิง (AOR 1.65, 95% CI = 1.0-2.74) (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ (ทิตติยา กาวิละ, นันทนา ธนาโนวรรณ, จวีวรรณ อยู่สำราญ, และพวงเพชร เกษรสมุทร, 2560) พบว่า การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 39 ($R^2 = .39, p < .05$) นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มชายรักชายเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ยังพบว่า ภาพรวมการสื่อสารเรื่องเพศกับคู่นอนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560)

3.2 การรับรู้สมรรถนะของตน (Self-efficacy) หมายถึง ความสามารถ

ในการควบคุมกำกับตนเอง (Self-regulation) และจัดการตนเอง (Self-management) จนสามารถแสดงพฤติกรรมเป้าหมายหรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้เป็นผลสำเร็จ ซึ่งบุคคลจะมีทักษะดังกล่าวได้ก็ต่อเมื่อมีความรู้และรับรู้ถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังต้องรู้ถึงวิธีการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้เป็นผลสำเร็จ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถระดับบุคคลเชิงประจักษ์ (Individual's objective ability) และการรับรู้สมรรถนะของตน (Self-efficacy) โดยจากการศึกษาพฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต, 2557; นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557; บุญบา ทับทิมสวน และรัตนศิริ ทาโต, 2557; เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556; Htay, Mancesriwong, Phuphaibul, & Orathai, 2013;) และการศึกษาในมารดาวัยรุ่นของ สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด (AOR = 28.87, 95% CI = 8.05-103.57) สำหรับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การรับรู้ในความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองเป็นปัจจัยกำหนดความตั้งใจในการป้องกัน (เพ็ญญา ศรีหรั่ง และคณะ, 2557) ในขณะที่การศึกษาของ เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ มาโต (2557) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในเขตภาคใต้ตอนบน ($r = .279, p < .05$)

นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยรุ่น พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมากมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Uribe Alvarado, Bahamon, Reyes Ruiz, Trejos Herrera, and Alarcon-Vasquez (2017) พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยในผู้หญิง และการศึกษาในมหาวิทยาลัยสหรัฐอเมริกา พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เมื่อคะแนนเกี่ยวกับการใช้ถุงยางเพิ่มขึ้น (Ovuokerie, Eveleen, & Paul, 2017) สอดคล้องกับอีกหลายการศึกษา อาทิเช่น การศึกษาของ Chilisa et al. (2013) ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและบรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากถึงร้อยละ 80 (Brüll, Ruiters, Wiers, & Kok, 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพ็ญญา ศรีหรั่ง

และคณะ (2557) พบว่า การรับรู้ในความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ดังนั้น จะเห็นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการสื่อสารเรื่องเพศกับคู่นอน และผู้ปกครอง มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นทั้งในมิติของการเริ่มมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่น ในการศึกษาวิจัยศึกษาเฉพาะการสื่อสารเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับคู่นอน สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง เนื่องจากศึกษาในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว

สรุปจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันของวัยรุ่นหญิงพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด หรือการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (เกสร เหล่าอรรค และคณะ, 2554; เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556; นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557; บุญบา ทับทิมสวน และรัตนศิริ ทาโต, 2557; สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ, 2560; Ellen Abrafi Boamah, 2014; Manlove, Ryan, & Franzetta, 2004; Santelli, Lindberg, Finer, & Singh, 2007) หรือพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (พจนานันจาสลิทธิ์ และกาญจนา เทียนลาย, 2558; ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2557) พบเพียงการศึกษาเดียวในประเทศไทยที่ศึกษาการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต, 2559) แต่ด้วยการศึกษาที่ผ่านมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตภาคใต้มีบริบทที่แตกต่างกัน ด้านความเชื่อและวัฒนธรรม ประชากรของภาคใต้ ประกอบด้วย ประชากรไทยพุทธ และไทยมุสลิม ชาวมุสลิมตามวัฒนธรรม การคุมกำเนิดขัดต่อศาสนา คำสอน เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความแตกต่างกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดในวัยรุ่นได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด การรับรู้ความเสี่ยงต่อ การคิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิด การสนับสนุนของคู่นอนในการคุมกำเนิด การสื่อสารเรื่องเพศ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งทั้ง 7 ปัจจัยนี้เป็นส่วนประกอบของแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการทักษะพฤติกรรม (The information motivation behavioral skills model; [IMB model]) โดยการปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ดังนั้นหากนักเรียนมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีการรับรู้ความเสี่ยงการรับรู้ความเสี่ยงต่อการคิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ มีการรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิด และได้รับการสนับสนุนของคู่นอนในการคุมกำเนิดแล้วนั้นก็ส่งผลให้วัยรุ่นมีทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน และเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะส่งผลทำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมในการป้องกันได้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราชุกของการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในจังหวัดชลบุรี และศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนอาชีวศึกษาของภาครัฐ ในเขตจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2561 ทั้งหมด 11 อำเภอ จำนวน 7 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 5,503 คน (สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนอาชีวศึกษาของภาครัฐ ในเขตจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2561 จำนวน 393 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนเพศหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1-3 และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงชั้นปีที่ 1-2
2. ระบุว่ามิประสบการณการมีเพศสัมพันธ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา
3. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วน (Parel, et al., 1973) จำนวนประชากร รวมทั้งสิ้น 5,503 คน

$$n = \frac{NZ^2\alpha_2 \cdot P(1-p)}{Nd^2 + Z^2\alpha_2 P(1-p)}$$

จากสูตร

n หมายถึง ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

Z หมายถึง ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ ($\alpha = 0.05$;

$Z_{0.05} = 1.96$)

N หมายถึง ขนาดประชากรที่เป็นนักเรียนเพศหญิงกำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1-3 และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงชั้นปีที่ 1-2 ของโรงเรียนอาชีวศึกษาภาครัฐ ในเขตจังหวัดชลบุรีรวมทั้งสิ้น 5,503 คน

P หมายถึง Estimated proportion สัดส่วนของนักเรียนที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 43.6 (กรมควบคุมโรค สำนักงานระบาดวิทยา, 2560) จึงกำหนดให้ค่า $P = 0.44$ การที่นักเรียนจะมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีได้นั้น นักเรียนเหล่านั้นจะต้องมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงใช้ค่าสัดส่วนของมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

d หมายถึง ค่าความคาดเคลื่อนสมมุติของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

เมื่อใช้สูตรดังกล่าว (สมการที่ 1) ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น ณ ร้อยละ 95 Estimated Proportion (p) ร้อยละ 50 ค่าความคาดเคลื่อน (d) เท่ากับร้อยละ 0.05 แทนค่าในสูตร จะได้ว่า

$$n = \frac{(5,503) \times (1.96)^2 \times 0.44 (1-0.44)}{(5,503) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.44 (1-0.44)}$$

$$n = 354$$

จากสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 354 คน ดังนั้นจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ คือ 354 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้คำนวณเพื่อเผื่อการสูญหายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) ดังนั้นกลุ่มข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 389 คน (จำนวนที่เก็บได้จริงเท่ากับ 393 คน) ซึ่งมีวิธีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยใช้วิธีการกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณจากสัดส่วนการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง (กรมควบคุมโรค สำนักงานระบาดวิทยา, 2560) ที่พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีประสบการณ์ทางเพศเท่ากับ ร้อยละ 43.6 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ที่ต้องการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ที่มีประสบการณ์ทางเพศจึงต้องใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ในการคัดกรองจากนักเรียนทั้งหมด 900 คน (จำนวนที่เก็บได้จริงเท่ากับ 901 คน) เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์เป็นจำนวน 389 คน (จำนวนที่เก็บได้จริงเท่ากับ 393 คน) ตามที่ได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างไว้ข้างต้น

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

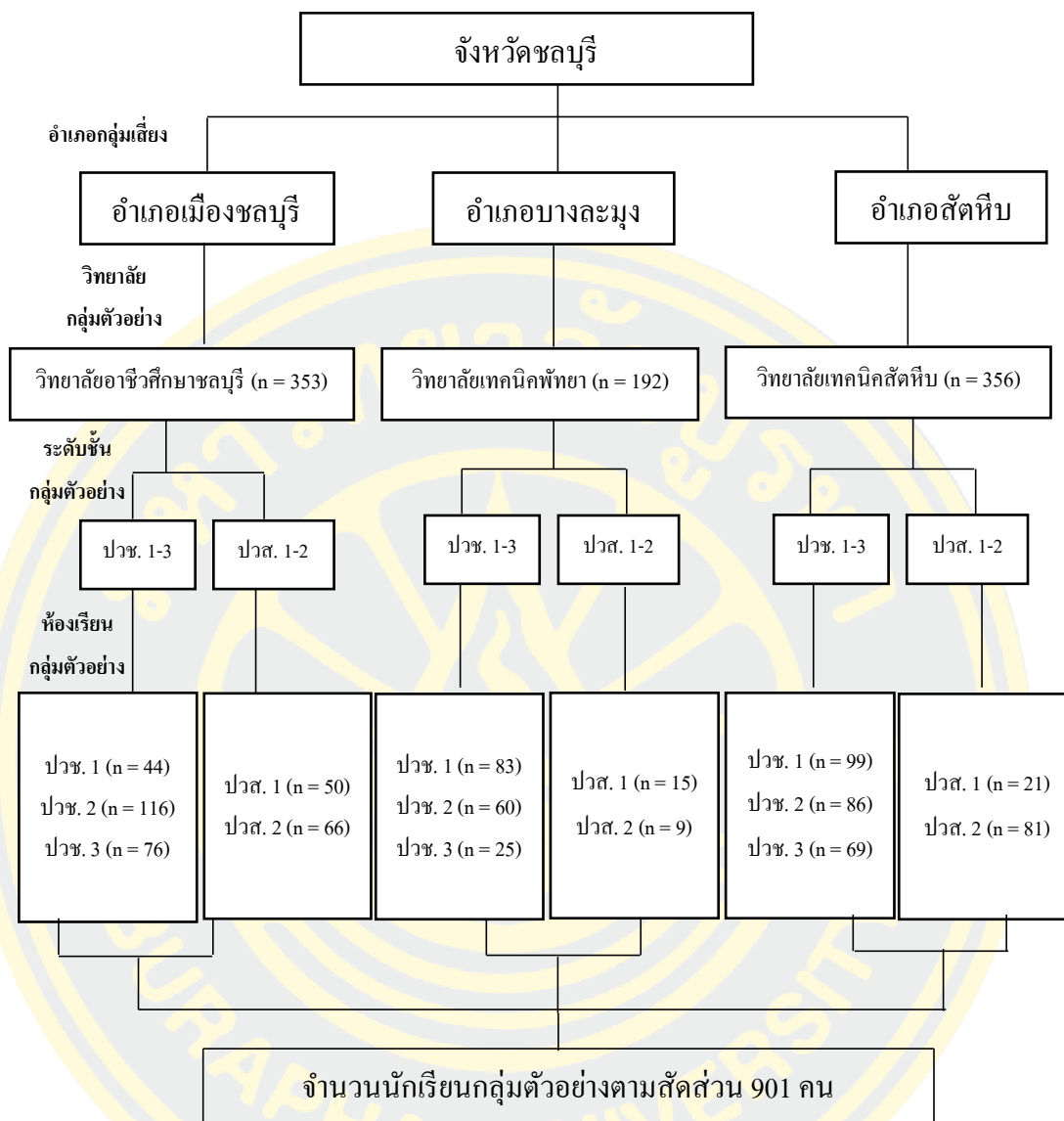
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกพื้นที่เสี่ยงในเขตจังหวัดชลบุรีจากอำเภอที่มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูง ประกอบด้วย (เกินร้อยละ 10) จำนวน 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบ่อทอง อำเภอเกาะสีชัง อำเภอบางละมุง อำเภอศรีราชา และอำเภอสัตหีบ (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561) เนื่องจากอำเภอบ่อทอง อำเภอเกาะสีชัง และอำเภอศรีราชา ไม่มีโรงเรียนอาชีวศึกษาของภาครัฐตั้งอยู่ในพื้นที่ ดังนั้นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบางละมุง และอำเภอสัตหีบ ซึ่งใน 3 อำเภอ ประกอบด้วย โรงเรียนอาชีวศึกษาของภาครัฐ 3 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี วิทยาลัยเทคนิคสัตหีบ และวิทยาลัยเทคนิคพัทยา

ขั้นตอนที่ 2 ในแต่ละวิทยาลัยที่เป็นสุ่มเป็นพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณตามสัดส่วนของแต่่วิทยาลัย จากนั้นจึงทำการคำนวณสัดส่วนตามชั้นปีการศึกษาตามสัดส่วนของนักเรียนทั้งโรงเรียน และจึงทำการสุ่มเลือกห้องเรียนทีละ 1 ห้อง ตามสัดส่วนของชั้นปีการศึกษา จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบโดยการสุ่มอย่างง่าย หากไม่ครบจะสุ่มเพิ่มอีกทีละ 1 ห้อง จนครบตามจำนวน ทั้งนี้การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาการกระจายตามระดับชั้นปีของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ตามสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม โรงเรียนอาชีวศึกษา

วิทยาลัยที่ส่งได้	จำนวน นักเรียน หญิง	จำนวน นักเรียนหญิง ตามสัดส่วนที่ คำนวณได้	จำนวน นักเรียนหญิง ตามสัดส่วนที่ เก็บได้จริง	ห้องเรียนที่ส่งเลือก	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง ที่ส่งได้
วิทยาลัย อาชีวศึกษา ชลบุรี	1,823	352	353	ปวช.1 การท่องเที่ยว ปวช.2 การบัญชี ปวช.3 คอมพิวเตอร์ ธุรกิจ ปวส.1 คอมพิวเตอร์ ธุรกิจ ปวส.2 การบัญชี	44 116 76 50 66
วิทยาลัยเทคนิค พัทยา	918	177	192	ปวช.1 การโรงแรม ปวช.2 การบัญชี ปวช.3 การท่องเที่ยว ปวส.1 คอมพิวเตอร์ ธุรกิจ ปวส.2 การโรงแรม	83 60 25 15 9
วิทยาลัยเทคนิค สัตหีบ	1,925	371	356	ปวช.1 การโรงแรม ปวช.2 การบัญชี ปวช.3 การบัญชี ปวส.1 การโรงแรม ปวส.2 การบัญชี	99 86 69 21 81
รวมทั้งหมด	4,666	900	901		901



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

ขั้นตอนที่ 4 ในแต่ละห้องเรียน ผู้วิจัยจะแสดง QR code ให้กับนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงทุกคน เข้าระบบตอบแบบสอบถาม เพื่อลด Social stigma และใช้เวลาในการทำแบบสอบถามใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย แบบวัดและแบบสอบถามจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับผู้วิจัยประยุกต์ข้อคำถาม โดยมีข้อคำถามแบ่งออกเป็น 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาในปัจจุบัน ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา อาศัยอยู่กับบิดามารดา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธี เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการกระทำ หรือการปฏิบัติตนและการแสดงออกของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศประเมน โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยประเมินจากข้อคำถาม 6 ข้อที่ถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ (อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คนแรกที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย) พฤติกรรมการป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และครั้งสุดท้ายว่ากลุ่มตัวอย่างเคยหรือไม่เคยใช้ และการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฝังคุมกำเนิด)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี เป็นข้อคำถามความรู้สึก หรือความคิดเห็นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับการกระทำด้วยประการใด ๆ อันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีของเพื่อนประเมน โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงคะแนนของการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งคะแนน โดยที่คะแนนสูง (20-25 คะแนน) หมายถึงได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน

เป็นข้อคำถามความรู้สึก หรือความคิดเห็นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับความสะดวกใจของนักเรียนถึงพฤติกรรมความคิดของคู่นอนที่มีต่อวิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัดการสื่อสารเรื่องเพศของ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2560) ซึ่งแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม โดยผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขให้มีความเฉพาะเจาะจงกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับความสะดวกใจในการพูดคุยกับคู่นอนเรื่องการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ทำให้แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

สะดวกใจมาก 4 คะแนน

ค่อนข้างสะดวกใจ 3 คะแนน

ค่อนข้างไม่สะดวกใจ 2 คะแนน

ไม่สะดวกใจเลย 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงคะแนนของการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน อยู่ในช่วง 5-20 คะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งคะแนน โดยที่คะแนนสูง (17-20 คะแนน) หมายถึง มีการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอนที่ดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่มีต่อความสามารถหรือความมั่นใจของตนเองในการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของ เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตน์ศิริ ทาโต (2557) ซึ่งแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขให้มีความเฉพาะเจาะจงกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ข้อคำถามมีทั้งหมด 7 ข้อคำถาม ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะที่มีต่อตนเอง ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

มั่นใจมากที่สุดให้ 4 คะแนน

มั่นใจมากให้ 3 คะแนน

มั่นใจเล็กน้อยให้ 2 คะแนน

ไม่มั่นใจเลยให้

1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนช่วงคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งคะแนน โดยที่คะแนนสูง (20-28 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีสูง

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้มีข้อคำถามทั้งหมดประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม โดยเป็นข้อคำถาม ความรู้ของการคุมกำเนิดจำนวน 1 ข้อ ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแต่ละวิธีรวมถึงผลกระทบในการใช้วิธีต่างจำนวน 5 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูก ให้คะแนน 1 ถ้าตอบผิด ให้คะแนน 0

ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดแบบสองวิธีสูง ค่าคะแนนแบ่งเป็นสองกลุ่มตามเกณฑ์วัดความรู้ คือถูกมากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 (11-14 คะแนน) หมายถึงมีความรู้ในระดับดี และถูกน้อยกว่า ร้อยละ 80 (0-10 คะแนน) หมายถึงมีความรู้ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 7 แบบวัดทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นความเชื่อ ความรู้สึกในลักษณะพอใจ ดี ขอมรับเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิผู้วิจัย ทำให้มีข้อคำถามทั้งหมดประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม เป็นคำถามด้านบวก 4 ข้อ และคำถามด้านลบ 8 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน

ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนทัศนคติต่อการคุมกำเนิด อยู่ในช่วง 12-60 คะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งคะแนน โดยที่คะแนนมาก (42-60 คะแนน) หมายถึง มีทัศนคติเชิงลบต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และคะแนนน้อย (12-41 คะแนน) หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับโอกาสในการตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์และป่วยจากการติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ผู้วิจัย ได้พัฒนาขึ้นเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการไม่ใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน

ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ อยู่ในช่วง 7-35 คะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งคะแนน โดยที่คะแนนสูง (26-35 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สูง

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี

เป็นข้อคำถามความรู้สึกรู้สึก หรือความคิดเห็นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับข้อดีของการใช้การป้องกันแบบสองวิธี ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน

เห็นด้วย 4 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิด แบบสองวิธีอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งคะแนน โดยที่คะแนนสูง (29-35 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนามาแล้ว และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น จึงต้องทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) คือ เมื่อได้แบบสอบถามที่ใช้จากการพัฒนาแบบสอบถามที่ถูกสร้างขึ้นไว้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วัยรุ่น 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนครอบครัว 1 ท่าน โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาที่ใช้ความถูกต้องและความเหมาะสมของการใช้ภาษา จากนั้นนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะมาใช้ในการปรับแก้ไขและหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ โดยหาจากดัชนีความตรงรายข้อ (Item content validity: I-CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณา มาตรฐานประเมินความสอดคล้องจะมี 4 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่สอดคล้อง, 2 เท่ากับ สอดคล้องบางส่วน, 3 เท่ากับ ค่อนข้างสอดคล้อง และ 4 เท่ากับ สอดคล้องมาก จากนั้นคำนวณได้จากสูตร

$$I-CVI = \frac{N_c}{N}$$

เมื่อ N_c แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อความในระดับสอดคล้อง

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

จากนั้นทำการคำนวณความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI)

โดยคำนวณได้จากสูตร

$$S-CVI = \frac{\sum (II - CVI_{CVI})}{P}$$

เมื่อ p แทนจำนวนข้อคำถาม

โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit & Hunger, 1995)

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) และ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

เครื่องมือ	ค่า CVI	α
แบบสอบถามการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี	0.96	0.87
แบบสอบถามการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับเพื่อน	0.80	0.95
แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิด	0.94	0.96
แบบวัดความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี	0.92	0.79
แบบวัดทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี	0.88	0.88
แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์	0.83	0.85
แบบสอบถามการรับประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี	0.89	0.97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเค้าโครงวิทยานิพนธ์ต้องได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา รหัสจริยธรรม 06-07-2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยต้องได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยตามแบบฟอร์มที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจง พิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบรับการเข้าร่วม ตามพระราชบัญญัติ

การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภในวัยรุ่นน พ.ศ. 2559 เล่มที่ 113 ตอนที่ 30 ก ตามราชกิจจานุเบกษา มาตราที่ 5 วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถยินยอมเข้าร่วมวิจัยได้ด้วยตนเอง จึงไม่จำเป็นต้องได้ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนที่จะเก็บข้อมูลจะต้องมีการอธิบายวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลทราบอีกครั้งเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าร่วมตามความสมัครใจ และการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (E-Questionnaire) ผ่านระบบ Google form เพื่อนักเรียนมีความเป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม ไม่สามารถรับรู้ของกันและกันได้ โดยระหว่างตอบคำถามถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลเสีย การวิจัยไม่มีผลต่อคะแนนหรือผลการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับของสัมมนาคุณเพื่อเป็นการตอบแทนค่าเสียเวลา ผลการศึกษาในครั้งนี้ถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุถึงชื่อคนใดคนหนึ่งหรือสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 นำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติ นำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เข้าพบผู้อำนวยการของโรงเรียนในแต่ละแห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาในสังกัด
- 1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการอบรมและแนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถามทุกข้อ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- 1.4 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบในการช่วยประสานงานในการเก็บข้อมูล
- 1.5 ผู้วิจัยประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นในแต่ละโรงเรียนและห้องเรียน เพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่เก็บข้อมูล ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง
- 1.6 เตรียมแบบสอบถามออนไลน์ (E-Questionnaire) ในระบบ Google form ไว้

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยนัดหมายเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในห้องเรียน ทำกลุ่มสัมพันธ์ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ปกครอง (ตามพระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เล่มที่ 113 ตอนที่ 30 ก ตามราชกิจจานุเบกษา มาตราที่ 5 วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับ และความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคม อย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ตามพระราชบัญญัตินี้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ) และมีการลงนามยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

2.2 ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายกับอาจารย์ประจำชั้นเพื่อจัดสถานที่ โดยสถานที่ต้องมีความเป็นส่วนตัวและนั่งห่างกันพอสมควร หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่นักเรียน กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามโดยแบบสอบถามเป็นลักษณะออนไลน์ (E-Questionnaire) และวิธีการตอบแบบสอบถาม

2.3 ผู้วิจัยทำการแสดง QR code จากนั้นให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ผ่านระบบ Google form จากนั้นจึงตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จะได้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ความเสี่ยง และประโยชน์ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความรู้ความเข้าใจของตนเองไปด้วย และเป็นการรักษาความลับส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีพฤติกรรมทางเพศแล้ว โดยทุกคนจะได้นั่งอยู่ในห้อง ในระยะเวลาใกล้เคียงกันในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อลดการตีตรา (Stigma) จากสังคม จากนั้นให้นักเรียนนำส่งให้กับผู้วิจัยทางระบบออนไลน์

2.4 เมื่อให้นักเรียนตอบแบบสอบถามครบแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามในฐานข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลให้ถูกต้องเรียบร้อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression Analysis)
3. การวิเคราะห์ตัวแปรตาม โดยกำหนดตัวแปรตามคือ การคุมกำเนิดแบบสองวิธีในช่วงหกเดือนที่ผ่านมาเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ให้แทนด้วย 0 และกลุ่มที่เคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ให้แทนด้วย 1

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในจังหวัดชลบุรี โดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (Information Motivation-Behavioral Skills Model) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี ที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยได้คัดกรองจากนักเรียน จำนวน 901 คน พบว่านักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 422 คน คิดเป็นร้อยละ 46.84 และจำนวน 393 คน คิดเป็นร้อยละ 95 คนที่ตอบว่ามีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี (ร้อยละ 68.7) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.76 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.65 ร้อยละ 25.4 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ 3 (ปวช. 3) รองลงมา อยู่ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ 2 (ปวช.2) ร้อยละ 23.9 และ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 (ปวช. 1) ร้อยละ 19.6 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 2.50-3.00 มากที่สุด (ร้อยละ 41.0) รองลงมา อยู่ระหว่าง 3.01-3.50 (ร้อยละ 33.8) พักอาศัยบิดามารดา (ร้อยละ 66.9) ด้านค่าใช้จ่ายที่ได้รับพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับจากบิดา มารดา และผู้ปกครอง (ร้อยละ 87.5) ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 46.6) รองลงมาคือ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.2) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 4,537.35 บาทต่อเดือน ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ส่วนใหญ่เพียงพอ (ร้อยละ 67.9) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 393)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (ปี)		
15-18	270	68.7
19-23	123	31.3
Min-Max= 15-23; Mean (S.D.) = 17.76(1.648)		
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 (ปวช. 1)	77	19.6
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 2 (ปวช. 2)	94	23.9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 3 (ปวช. 3)	100	25.4
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 1 (ปวส. 1)	71	18.1
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 2 (ปวส. 2)	51	13.0
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย (GPA)		
น้อยกว่า 2.50	47	12.0
2.50-3.00	161	41.0
3.01-3.50	133	33.8
มากกว่า 3.50	52	13.2
การพักอาศัย		
บิดามารดา	263	66.9
ญาติพี่น้อง	51	13.0
เพื่อนหญิง	35	8.9
คนรัก	34	8.7
คนเดียว	10	2.5
แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายประจำเดือนจาก		
บิดามารดา/ ผู้ปกครอง	344	87.5
ทำงานส่งตนเอง	40	10.2
คนรัก/ ครอบครัวคนรัก	6	1.5
ผู้ปกครองและทำงาน	3	0.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน (บาท/ เดือน)		
1,000-3,000	150	38.2
3,001-6,000	183	46.6
6,001-9,000	46	11.7
9,001-25,000	14	3.6
Min-Max = 1,000-25,000; Mean (S.D.) = 4,537.35(2,661.98)		
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย		
เพียงพอ	267	67.9
ไม่เพียงพอ	126	32.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ

อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 15-17 ปี (ร้อยละ 70.2) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 15.67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.49 คนแรกที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยส่วนใหญ่คือ คู่รัก (ร้อยละ 93.9) การป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นักเรียนส่วนใหญ่มีการป้องกัน (ร้อยละ 84.5) วิธีการป้องกันที่ใช้ในครั้งแรก กว่าครึ่งใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (ร้อยละ 55.7) อย่างไรก็ตามวิธีป้องกันที่ใช้มากที่สุด คือ ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 91.8) รองลงมาให้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 43.8) เมื่อถามถึงการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย พบว่ามีการป้องกันตนเองลดลงจากครั้งแรกคือ พบร้อยละ 76.8 ที่มีการป้องกัน แต่ยังใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธีมากที่สุด (ร้อยละ 52.0) และวิธีที่ใช้ก็ยังเป็นการใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 86.2) รองลงมาคือ ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 43.3) ประสิทธิภาพการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธีใน 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (ร้อยละ 64.6) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ (n = 393)

พฤติกรรมทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)		
11-14	72	18.3
15-17	276	70.2
18-21	45	11.5
Min-Max = 12-21; Mean (S.D.) = 15.67(1.487)		
คนแรกที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย		
คู่อีก	369	93.9
คนที่รู้จัก	19	4.8
บุคคลอื่นที่ให้คำตอบแทน	3	0.8
บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อเลี้ยง	2	0.5
การป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
ใช้	332	84.5
ไม่ใช้	61	15.5
วิธีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 332)		
ใช้การคุมกำเนิดวิธีเดียว	147	44.3
- ถุงยางอนามัย	135	91.8
- ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	6	4.1
- ยาเม็ดคุมกำเนิด	4	2.7
- หลั่งนอก	2	1.4
ใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี	185	55.7
- ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด	81	43.8
- ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	67	36.2
- ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินและยาเม็ดคุมกำเนิด	34	18.4
- ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินและยาเม็ดคุมกำเนิด	3	1.6

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
การป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย		
ใช่	302	76.8
ไม่ใช่	91	23.2
วิธีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (n = 302)		
ใช้การคุมกำเนิดวิธีเดียว	145	48.0
- ถุงยางอนามัย	125	86.2
- ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	9	6.2
- ฝังยาคุมกำเนิด	5	3.4
- ยาเม็ดคุมกำเนิด	4	2.8
- หลั่งนอก	2	1.4
ใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี	157	52.0
- ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด	68	43.3
- ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	56	35.8
- ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินและยาเม็ดคุมกำเนิด	27	17.2
- ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินและยาเม็ดคุมกำเนิด	3	1.9
- ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินและหลั่งนอก	1	0.6
- ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาเม็ดคุมกำเนิดและหลั่งนอก	1	0.6
- ถุงยางอนามัย และหลั่งนอก	1	0.6
การป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (หกเดือนที่ผ่านมา)		
เคยใช้	254	64.6
ไม่เคยใช้	139	35.4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัยที่ศึกษาในการศึกษานี้ได้แก่ ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การสนับสนุนจากคู่นอน ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน และการรับรู้ สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.1) มีความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี อยู่ในระดับมาก (Mean = 10.29, Median = 11.00, S.D. = 2.25) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ กว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.0) อยู่ในระดับมาก (Mean = 26.26, Median = 28.00, S.D. = 6.41) และการรับรู้ ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.6) อยู่ในระดับมาก (Mean = 28.49, Median = 29.00, S.D. = 6.22) ด้านทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี พบว่า ร้อยละ 50.9 มีทักษะคิดที่ดี (Mean = 41.66, Median = 41.00, S.D. = 8.175) ส่วนการสนับสนุนจาก คู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีพบว่า ร้อยละ 56.7 อยู่ในระดับมาก (Mean = 19.08, Median = 20.00, S.D. = 4.48) การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน ร้อยละ 59.3 อยู่ในระดับดี (Mean = 16.48, Median = 17.00, S.D. = 3.12) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ร้อยละ 56.2 อยู่ในระดับมาก (Mean = 19.82, Median = 20.00, S.D. = 5.28) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา (n = 393)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี		
มาก (11-14)	248	63.1
น้อย (4-10)	145	36.9
Min-Max = 4-14; Median = 11.00, Mean (S.D.) = 10.29(2.25)		
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์		
มาก (26-35)	224	57.0
น้อย (7-25)	169	43.0
Min-Max = 7-35; Median = 28.00, Mean (S.D.) = 26.26(6.41)		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี		
มาก (29-35)	238	60.6
น้อย (7-28)	155	39.4
Min-Max = 7-35; Median = 29.00, Mean (S.D.) = 28.49(6.22)		
ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี		
เชิงบวก (26-41)	193	49.1
เชิงลบ (42-60)	200	50.9
Min-Max = 26-60; Median = 41.00, Mean (S.D.) = 41.66(8.17)		
การสนับสนุนจากคู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี		
มาก (20-25)	223	56.7
น้อย (5-19)	170	43.3
Min-Max = 5-25; Median = 20.00, Mean (S.D.) = 19.08(4.48)		
การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน		
ดี (17-20)	233	59.3
ไม่ดี (5-16)	160	40.7
Min-Max = 5-20; Median = 17.00, Mean (S.D.) = 16.48(3.12)		
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี		
มาก (20-28)	221	56.2
น้อย (7-19)	172	43.8
Min-Max = 7-28; Median = 20.00, Mean (S.D.) = 19.82(5.22)		

ปัจจัยที่ศึกษากับการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี

ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรตามเป็นการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี คือ กลุ่มที่เคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีใน 6 เดือนที่ผ่านมา และกลุ่มที่ไม่ใช้ คือ นักเรียนที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผลการวิเคราะห์พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มมีความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีในระดับมาก นอกจากนี้ ยังมีทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในเชิงบวกรวมทั้งได้รับการสนับสนุนของกลุ่มนอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในระดับดี ที่สำคัญมีการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับกลุ่มนอน และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีอยู่ในระดับมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีจำแนกตามระดับปัจจัยต่าง ๆ
(n = 393)

ปัจจัยต่าง ๆ	การคุมกำเนิดแบบสองวิธี			
	ไม่เคยใช้ (n = 139)		เคยใช้ (n = 254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี				
มาก	6	2.4	242	97.6
น้อย	133	91.7	12	8.3
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์				
มาก	13	5.8	211	94.2
น้อย	126	74.6	43	25.4
3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี				
มาก	13	5.5	225	94.5
น้อย	126	81.3	29	18.7

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	การคุมกำเนิดแบบสองวิธี			
	ไม่เคยใช้ (n = 139)		เคยใช้ (n = 254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี				
เชิงบวก	27	14.0	166	86.0
เชิงลบ	112	56.0	88	44.0
5. การสนับสนุนของกลุ่มนอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี				
มาก	12	5.4	211	94.6
น้อย	127	74.7	43	25.3
6. การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับกลุ่มนอน				
ดี	15	6.4	218	93.6
ไม่ดี	124	77.5	36	22.5
7. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิด				
มาก	21	8.9	208	94.1
น้อย	126	73.3	46	26.7

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

การวิเคราะห์ที่ใช้ Binary logistic regression เพื่อทดสอบปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรต้นวิเคราะห์ โดยใช้เป็นค่าคะแนน (Interval scale) ตัวแปรตามแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การเคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และการไม่เคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับความรู้การป้องกันโรค คือความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.082, 95% CI = 1.003-1.266) ซึ่งแปลผลว่า ถ้านักเรียนอาชีวศึกษาหญิง มีคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพิ่มเป็น 1.082 เท่า

ปัจจัยด้านการเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรรภ์ สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.148, 95% CI = 1.003-1.313) ซึ่งแปลผลว่า ถ้านักเรียนอาชีวศึกษาหญิง มีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรรภ์ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพิ่มขึ้น 1.148 เท่า และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.188, 95% CI = 1.005-1.405) ซึ่งแปลผลว่า ถ้านักเรียนอาชีวศึกษาหญิง มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพิ่มขึ้น 1.188 เท่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจที่ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีได้ ได้แก่ ทศนคติเชิงลบต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 0.946, 95% CI = 0.827-1.083) และการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 0.922, 95% CI = 0.760-1.119)

ปัจจัยด้านการมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม พบว่า การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับเพื่อน สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.587, 95% CI = 1.275-1.976) ซึ่งแปลผลว่า ถ้านักเรียนอาชีวศึกษาหญิง มีคะแนนการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับเพื่อนต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพิ่มขึ้น 1.587 เท่า รวมถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 4.172, 95% CI = 2.728-6.380) ซึ่งแปลผลว่า ถ้านักเรียนอาชีวศึกษาหญิง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีเพิ่มขึ้น 4.172 เท่า ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกส์ ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของ
นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง (n = 393)

ปัจจัย	β	S.E.	Wald	df	p-value	OR _{adj}	95% CI for OR
1. ความรู้ในการ คุมกำเนิดแบบสองวิธี	.079	.038	4.207	1	.040	1.082*	1.003-1.266
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อ การติดโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์	.138	.069	4.017	1	.045	1.148*	1.003-1.313
3. การรับรู้ประโยชน์ ของการใช้การคุมกำเนิด แบบสองวิธี	.172	.086	4.053	1	.044	1.188*	1.005-1.405
4. ทักษะคิดต่อการ คุมกำเนิดแบบสองวิธี	-.055	.069	.647	1	.421	.946	.827-1.083
5. การสนับสนุนจากคู่ นอนในการคุมกำเนิด แบบสองวิธี	-.081	.099	.673	1	.412	.922	.760-1.119
6. การสื่อสารเกี่ยวกับ การคุมกำเนิดแบบสอง วิธีกับคู่นอน	.462	.112	17.138	1	.000	1.587**	1.275-1.976
7. การรับรู้สมรรถนะ ของตนเองในการ คุมกำเนิดแบบสองวิธี	1.428	.217	43.421	1	.000	4.172**	2.728-6.380
Constant	-28.125	3.404	68.258	1	.000	.000	

หมายเหตุ Pseudo R^2 (Nagelkerke R^2) = 0.893, p-value < .05

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

กนกวรรณ ฉันทะนงคณ. (2559). การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์. ปทุมธานี:

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.

กรมควบคุมโรค สำนักงานระบาดวิทยา. (2560). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน. เข้าถึงได้จาก <http://www.anamai.moph.go.th>

กรมควบคุมโรค สำนักงานระบาดวิทยา. (2562). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน 2561. Retrieved from http://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=data_marts_situation

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือ..วัยรุ่นและเยาวชน-การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานสำรวจการแท้งในประเทศไทย พ.ศ. 2557.

เข้าถึงได้จาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/brochure/

AbortionSurveillanceInThailandReport2014.pdf

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. เข้าถึงได้จาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/actionplan_tp/the-National-Strategy-on-Prevention-and-Solution-of-Adolescent-Pregnancy-B.E.2560-2569 (2017-2026).pdf

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามันยเจริญพันธุ์แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2569) ฉบับที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2560. เข้าถึงได้จาก <http://www.rh.anamai.moph.go.th/home.html>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2561. เข้าถึงได้จาก http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=86&filename=index

- กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล. (2558). รายงานการศึกษาสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ด้านระบาดวิทยา และวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้การดำเนินงานบรรลุ
ความสำเร็จต่อการลดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. เข้าถึงได้จาก [http://plan.ddc.moph.go.th/
km2016/Documents/STI.pdf](http://plan.ddc.moph.go.th/km2016/Documents/STI.pdf)
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2561). สรุปผล
การดำเนินงาน ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. 2561. เข้าถึงได้จาก [http://www.cbo.moph.go.th/cbo1/index.php/about/category/3-
2018-08-03-02-07-52?download=5:2-61](http://www.cbo.moph.go.th/cbo1/index.php/about/category/3-2018-08-03-02-07-52?download=5:2-61)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.
2560. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายละเอียดตัวชี้วัด
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขภาพศึกษา. (2557). สารพัดวิธีการวางแผนครอบครัว. เข้าถึงได้จาก [http://www.hed.go.th/
frontend/theme/content_frame.php?ID_Info=20020300](http://www.hed.go.th/frontend/theme/content_frame.php?ID_Info=20020300)
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). ประเมินความรอบรู้
ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับเด็กและเยาวชนสตรีไทย อายุ
15-21 ปี. เข้าถึงได้จาก www.hed.go.th/linkhed/file/24+&cd=1&hl=th&ct=clnk&gl=th
- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. (2558). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558. นนทบุรี:
กรมอนามัยสำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เกวลี อุณจักร. (2559). ภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัย (Precocious puberty). ใน รสวันต์ อารีมิตร,
สุกัญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไทย หงษ์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตนศิริกุล
(บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- เกสร เหล่าอรระ, จินตนา บุญจันทร์, พรรณี กู้เกียรติกุล, เพียงจิตต์ ธารไพโรสาณท์, บุญบา
บุญกระโทก, และมลฤดี ประสิทธิ์. (2554). การคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่มารับบริการที่หน่วย
วางแผนครอบครัวโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(3),
40-47.

- โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว.
(2558). *สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่ม 9 โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว*. กรุงเทพฯ: โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ.
- จรรยา แก้วใจบุญ. (2560). ปัจจัยทำนายการดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์: ทักษะของวัยรุ่น.
วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(2), 112-126.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). *พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ฉันทสุดา พงศ์พันธุ์ผู้ศักดิ์ และรศวันต์ อาริมิตร. (2559). การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านร่างกายในช่วงวัยหนุ่มสาว (Normal pubertal physical growth and development). ใน รศวันต์ อาริมิตร, สุกัญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไทย หงษ์สงวนศรี และสมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์. และสมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. (2560). *ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับอ้างอิง* (พิมพ์ครั้งที่ 37). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- ทิตยา กาวิละ, นันทนา ธนาโนวรรณ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และพวงเพชร เกษรสมุทร. (2560). อิทธิพลของความรู้ ทักษะคิด การสื่อสารเรื่องเพศ การใช้สารเสพติด และสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศต่อการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 74-85.
- ทิพย์สิริ กาญจนวาลี. (2557). *ความตระหนักรู้เรื่องเพศ (Sexual knowledge awareness) ความรู้เรื่องเพศและแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพกัลยา เหมทานนท์ และรัตนศิริ ทาโต. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในเขตภาคใต้ตอนบน. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล ทาทะ และรัตนศิริ ทาโต. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(2), 1-11.
- บุษบา ทับทิมสวน และรัตนศิริ ทาโต. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26(2), 50-61.

- ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทายประกายเพชร. (2557). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง: แนวทางป้องกันสำหรับวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร*, 32(2), 133-146.
- ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). วัยรุ่นไทยกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 173-182.
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา. (2558). การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น: ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 147-156.
- เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตน์ศิริ ทาโต. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ แรงจูงใจ และทักษะในการคุมกำเนิดกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงวัยรุ่นในเขตภาคใต้ตอนบน. *วารสารพยาบาล*, 63(3), 29-36.
- พจนา หันจางสิทธิ์ และกาญจนา เทียนฉาย. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(3), 272-284.
- พรทิพย์ มีชัย, ชไมพร บุญร่วม, พรเพชร สิมพา, ณัฐนิชา แดงสกุล, สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และอิสรา จูมมาลี. (2556). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินในนักเรียนนักศึกษา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ The 5th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2013 "Pharmacy Profession: Moving Forward to ASEAN Harmonization"* (pp.60-63). มหาสารคาม: เกษษศาสตร์อีสาน
- พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2552). ความเชื่อ แบบแผนการคุมและปัจจัยทำนายการคุมเครื่องคุมแอลกอฮอล์ของเยาวชนไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- พอเพ็ญ ไกรนรา. (2556). ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(4), 274-286.

เพ็ญภา ศิริหรั่ง, สุทิน ชนะบุญ และคนธ์พงษ์ คนรู้ชินพงศ์. (2557). ความรู้ ทักษะคติ ความตั้งใจ และปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่น จังหวัดขอนแก่น. ใน *การประชุมวิชาการ การพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน* (หน้า 470-477). ขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น.

มูลนิธิแพชทูเฮลท์. (2561). *ชีวิตมีทางเลือก*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส).

มูลนิธิสร้างเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2558). *คู่มือไม่ท้องวิธีคุมกำเนิด เลือกได้*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.

บุททพงษ์ วีระวัฒนตระกูล. (2560 a). *การคุมกำเนิดเพื่อการวางแผนครอบครัว = Contraception for family planing*. ขอนแก่น: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุททพงษ์ วีระวัฒนตระกูล. (2560 b). *การทำหมันหญิง = Female sterilization* ขอนแก่น: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ยุพา พูนขำ. (2555). การศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาสุขภาพเยาวชน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 35(2), 46-65.

รศวันต์ อาริมิตร. (2559). สรีรวิทยาของการมีประจำเดือนปกติ (Normal menstrual physiology). ใน *รศวันต์ อาริมิตร, สุภิญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไทย หงษ์สงวนศรี และสมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2557). การสื่อสารของบุตรสาวกับมารดาเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 33-44.

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนไทยชายรักชาย จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(2), 62-75.

เรณู ชูนิล และสัญญา ภัทราชัย. (2557). การวางแผนครอบครัว. ใน *สมศักดิ์ สุทัศนาวุฒิ, ภาวดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อิศรประเสริฐ และกิตติพงษ์ แซ่เจ็ง (บรรณาธิการ), การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- ลำเจียก คำจร. (2557). วัยรุ่นวัยวุ่นกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม...ป้องกันอย่างไร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 30(3), 97-105.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2562). *การคุมกำเนิด*. เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B3%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%94>
- วินัส วัฒนธำรง, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาภา, สมบัติ อ่อนศิริ, ขาดิชาช อมิตรพ่าย, อัจฉริยะ เอนก และกัลป์พฤษ์ พลสร. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 102-111.
- เวธกา เทพา และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิง. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต*, สาขาวิชาเอกการพยาบาล สาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ ทুমเชื้อ. (2557). พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 97-109.
- สมดี อนันต์ปฏิเวช, สุทธิ หนุ่นอาทลี และปรียะดา ภัทรสังข์ธรรม. (2561). วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม: ผลกระทบ แนวโน้ม และการช่วยเหลือในสังคมโลกไร้พรมแดน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(1), 16-31.
- สมศักดิ์ สุทัศนาวรุฒิ, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ และกิตติพงษ์ แซ่เจ็ง. (2556). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ : คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. (2528). วิธีการทางการแพทย์ในการควบคุมการเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. (2561). *สถานศึกษาในสังกัด สอศ. ในจังหวัดชลบุรี*. เข้าถึงได้จาก <http://www.vec.go.th/Default.aspx?tabid=122>
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *ระบบรายงานสภาวะการมีบุตรของวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/15732/18917.pdf
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTE4Mg==>

- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ. (2562). อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และเยาวชนอายุ 15-24 ปี. เข้าถึงได้จาก http://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=data_marts_situation
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะ พฤติกรรมในมารดาวัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, (2), 31-42.
- สุภาวดี เครือโชติกุล. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี สวรสอาด. (2555). *เพศศึกษา*. กรุงเทพฯ: วิ.พรินท์ (1991).
- สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล. (2550). *เทคโนโลยีการคุมกำเนิด*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์ด์.
- สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2559). ระบาดวิทยาการตายและการเจ็บป่วยของวัยรุ่นไทย. ใน รสวันต์ อาริมิตร, สุกัญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไทย หงษ์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์. อภิเชษฐ์ จาเนียรสุข, รัตนาภรณ์ อาษา, พิชสุดา เดชบุญ และภูวสิทธิ์ ภูถาวรณ. (2560). ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 12(3), 79-90.
- อิสรินทร์ ธนบุญวัฒน์. (2550). *คุมกำเนิดแบบไหน*. เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9500000153821>
- อุตม์ชญาณ์ อินทเรือง, เขมรดี มาสิงบุญ และจินตนา วัชรสินธุ์. (2558). แบบจำลองเชิงสาเหตุ พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(4), 43-53.
- Addoh, O., Sng, E., & Loprinzi, P. D. (2017). Safe sex self-efficacy and safe sex practice in a Southern United States College. *Health Promotion Perspectives*, 7(2), 74-79. doi:10.15171/hpp.2017.14
- Angela, R. A., Xiaohe, X., & Andrea, S. (2010). Adverse events and substance use among female adolescent offenders: effects of coping and family support. *Substance Use & Misuse*, 45(3), 451-472. doi:10.3109/10826080903452512

- Bailey, J. A., Fleming, C. B., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., & Manhart, L. E. (2012). Romantic relationship characteristics and alcohol use: longitudinal associations with dual method contraception use. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 50(5), 450-455. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.09.008
- Bearinger, L. H., & Resnick, M. D. (2003). Dual Method Use in Adolescents: A Review and Framework for Research on Use of STD and Pregnancy Protection. *The Journal of Adolescent Health*, 32(5), 340-349.
- Brüll, P., Ruiter, R. A. C., Wiers, R. W., & Kok, G. (2016). Identifying Psychosocial Variables That Predict Safer Sex Intentions in Adolescents and Young Adults. *Frontiers in Public Health*, 4, 74-74. doi:10.3389/fpubh.2016.00074
- Bryan, A., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (2002). Tests of the mediational role of preparatory safer sexual behavior in the context of the theory of planned behavior. *Health Psychology*, 21(1), 71-80.
- Chilisa, R., Tlhabano, K., Vista, C., Pheko, M., Losike, N., Mosime, S., & Balogun, S. K. (2013). Self-efficacy, Self esteem and the Intention to Practice Safe Sex among Batswana Adolescents. *Journal of Humanities And Social Science*, 9(2), 87-95.
- Christina, S. (2005). *Contraception*. Retrieved from <https://www.healthcentral.com/encyclopedia/contraception>
- Cornman, D. H., Schmiege, S. J., Bryan, A., Benziger, T. J., & Fisher, J. D. (2007). An information-motivation-behavioral skills (IMB) model-based HIV prevention intervention for truck drivers in India. *Social Science & Medicine (1982)*, 64(8), 1572-1584. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.011
- Crepaz, N., & Marks, G. (2002). Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: A review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*, 16(2), 135-149.
- Crosby, R.A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., & Oh, M. K. (2001). Correlates of using dual method for sexually transmitted diseases and pregnancy prevention among high-risk African-American female teens. *Journal of Adolescent Health*, 28(5), 410.

- De Meyer, S., Jaruseviciene, L., Zaborskis, A., Decat, P., Vega, B., Cordova, K., & Michielsen, K. (2014). A cross-sectional study on attitudes toward gender equality, sexual behavior, positive sexual experiences, and communication about sex among sexually active and non-sexually active adolescents in Bolivia and Ecuador. *Global Health Action*, 7, 24089-24089. doi:10.3402/gha.v7.24089
- Department of Health. (2013). *Parent/ guardian handbook: Pregnancy prevention in teens*, (3rd ed.). Nonthaburi: Mahachulalongkornrajavidyalaya University. (In Thai).
- Deutsch, A. R., & Crockett, L. J. (2016). Gender, Generational Status, and Parent-Adolescent Sexual Communication: Implications for Latino/a Adolescent Sexual Behavior. *Journal of Research on Adolescence: The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, 26(2), 300-315. doi:10.1111/jora.12192
- Dhlomo, S. O. (2015). Dual Protection campaign launch well-received by students and management at UMgungundlovu TVET campuse. Retrieved from <http://www.kznhealth.gov.za/mediarelease/2015/Dual-protection-launch-14052015.htm>
- DiClemente, J. R., Salazar, F. L., & Crosby, A. R. (2013). *Health behavior theory public health united stages of America*. United States: Burlington, MA Jones & Bartlett Learning, c2013.
- Elks, C. E., Perry, J. R., Sulem, P., Chasman, D. I., Franceschini, N., He, C., & McArdle, P. F. (2010). Thirty new loci for age at menarche identified by a meta-analysis of genome-wide association studies. *Nature Genetics*, 42(12), 1077-1085.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull*, 111(3), 455-474.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L., & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS risk behavior: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college population. *Health Psychology*, 15(2), 114-123.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Shuper, P. A. (2009). The information motivation behavioral skill model of HIV prevention behavior. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theory in health promotion practice and research*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Williams, S. S., & Malloy, T. E. (1994). Empirical Tests of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS Preventive Behavior With Gay Men and Heterosexual University Students. *Health Psychology, 13*(3), 238-250.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D., & Misovich, S. J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills model-Based HIV risky behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology, 21*(2), 177-186.
- Gilliam, M., Woodhams, E., Sipsma, H., & Hill, B. (2017). Perceived Dual Method Responsibilities by Relationship Type Among African-American Male Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 60*(3), 340-345. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.017>
- Herman-Giddens, M. E., Slora, E. J., Wasserman, R. C., Bourdony, C. J., Bhapkar, M. V., Koch, G. G., & Hasemeier, C. M. (1997). Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: A study from the pediatric research in office settings network. *Pediatrics, 99*(4), 505-512.
- Htay, N., Mancesriwong, W., Phuphaibul, R., & Orathai, P. (2013). A causal model of condom use among people living with HIV/AIDs in myanmar. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 17*(3), 234-248.
- Jaruratanasirikul, S., Chanpong, A., Tassanakijpanich, N., & Sriplung, H. (2014). Declining age of puberty of school girls in southern Thailand. *World Journal Pediatrics, 10*(3), 256-261.
- Jeffrey D. Fisher, William A. Fisher, & Paul A. S. (2009). The Information Motivation-Behavioral Skills Model Of HIV Preventive Behavior. In Ralph J. DiClemente, Richard A. Crosby, & Michelle C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (Vol. 2, pp. 21-63). San Francisco: CA : Jossey-Bass.
- Jill C. C., & Cheryl, G. A. (2014). *Family practice guidelines Third Edition* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Kalichman, S., Malow, R., Dévieux, J., Stein, J. A., & Piedman, F. (2005). HIV risk reduction for substance using seriously mentally ill adults: test of the Information-motivation-behavior skills (IMB) model. *Community Mental Health Journal, 41*(3), 277-290.

- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Jooste, S., Cain, D., & Cherry, C. (2006). Sensation seeking, alcohol use, and sexual behaviors among sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Psychology Addict Behavior, 20*(3), 298-304.
- Kaplowitz, P. B., & Oberfield, S. E. (1999). Reexamination of the age limit for defining when puberty is precocious in girls in the United States: implications for evaluation and treatment. Drug and Therapeutics and Executive Committees of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. *Pediatrics, 104*(4), 936-941.
- Kenyon, D. B., Sieving, R. E., Jerstad, S. J., Pettingell, S. L., & Skay, C. L. (2010). Individual, Interpersonal, and Relationship Factors Predicting Hormonal and Condom Use Consistency Among Adolescent Girls. *Journal of Pediatric Health Care, 24*(4), 241-249. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.06.014>
- Kottke, M., Whiteman, M. K., Kraft, J. M., Goedken, P., Wiener, J., Kourtis, A. P., & DiClemente, R. (2015). Use of dual methods for protection from unintended pregnancy and sexually transmitted diseases in adolescent african american women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 28*(6), 543-548. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpap.2015.04.008>
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester-New York JOHN Wiley & Sons.
- Lemoine, J., Teal, S. B., Peters, M., & Guiahi, M. (2017). Motivating factors for dual-method contraceptive use among adolescents and young women: A qualitative investigation. *Contraception, 96*(5), 352-356. doi:<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.011>
- Lewis, D. A., Martins, S. L., & Gilliam, M. L. (2012). Partner roles in contraceptive use: what do adolescent mothers say. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 25*(6), 396-400. doi:[10.1016/j.jpap.2012.08.003](https://doi.org/10.1016/j.jpap.2012.08.003)
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs, 2*(4), 336-353. doi:[10.1177/109019817400200404](https://doi.org/10.1177/109019817400200404)
- Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2004). Contraceptive Use and Consistency in U.S. Teenagers' Most Recent Sexual Relationships. *Perspectives on sexual and reproductive health, 36*(6), 265-275. doi:[10.1363/psrh.36.265.04](https://doi.org/10.1363/psrh.36.265.04)

- Meyer, S. N., Amoyel, M., Bergantinos, C., de la Cova, C., Schertel, C., Basler, K., & Johnston, L. A. (2014). An ancient defense system eliminates unfit cells from developing tissues during cell competition. *Science*, 346(6214), 1258236. doi:10.1126/science.1258236
- Najafi-Sharjabad, F., Zainiyah Syed Yahya, S., Abdul Rahman, H., Hanafiah Juni, M., & Abdul Manaf, R. (2013). Barriers of modern contraceptive practices among Asian women: a mini literature review. *Global Journal of Health Science*, 5(5), 181-192. doi:10.5539/gjhs.v5n5p181
- Ovuokerie, A., Eveleen, S., & Paul, D. L. (2017). Safe sex self-efficacy and safe sex practice in a Southern United States College. *Health Promotion Perspectives*, 7(2), 74-79.
- Parel, C. P., Caldito, G. C., Ferrer, P. L., De Guzman, G. G., Sinsioco, C. S., & Tan, R. H. (1973). *Sampling design and procedures*. Paper for the Research Training Program of the Philippine Social Science Council, Quezon city.
- Phosuya, C., Ruan, Y., Phoemsuwan, A., & Chaowanapunphon, H. (2010). Knowledge, attitudes and behavior of emergency contraceptive pill utilization among students in Muang District, Chiang Mai Province. *Clinical Pharmacy*, 17(1-2), 27-35.
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. C. T. (1995). *Nursing research: Principles and methods* (5th Ed.). Philadelphia: Lippincott, William and Wikins.
- Raj, A. D., Rabi, B., Amudha, P., Edwin, R. V. T., & Glyn, C. (2010). Factors associated with teenage pregnancy in south Asia : A systematic review. *Health Science Journal*, 4(1), 3-14.
- Russel, L. (2010). The teenage pregnancy strategy: Beyond 2010. *British Journal of Midwifery*, 18(6), 374-375.
- Santelli, J. S., Lindberg, L. D., Finer, L. B., & Singh, S. (2007). Explaining Recent Declines in Adolescent Pregnancy in the United States: The Contribution of Abstinence and Improved Contraceptive Use. *American Journal of Public Health*, 97(1), 150-156. doi:10.2105/AJPH.2006.089169
- Shabangu, S. (2015). *Dual Protection campaign launch well-received by students and management at UMgungundlovu TVET campuse*. Retrieved from <http://www.kznhealth.gov.za/mediarelease/2015/Dual-protection-launch-14052015.htm>

- Sieving, R. E., Bearinger, L. H., Resnick, M. D., Pettingell, S., & Skay, C. (2007). Adolescent dual method: Relevant attitudes normative beliefs and self-efficacy. *Journal of Adolescent Health, 40*(3), 275.e15-275.e22.
- Taylor, D., & Jame, E. (2012). An evidence-based guideline for unintended pregnancy prevention. *Journal Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 40*(6), 782-793.
- Thaithae, S., & Thato, R. (2010). Obstetrics and outcomes of teenage pregnancies in Thailand. *Journal of Preditrics and Adolescent Gynecology, 24*, 342-346.
- Thato, S., Rachukul, S., & Sopajaree, C. (2007). Obstetrics and perinatal outcomes of Thai prenanat adolescent: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies, 44*, 1158-1164.
- UNFPA. (2009). *Donor support for contraceptives and condoms for STI/ HIV prevention 2009*. Retrieved from <https://www.unfpa.org/publications/donor-support-contraceptives-and-condoms-stihiv-prevention-2009>
- UNICEF Thailand. (2015). *Situation analysis of adolescent pregnancy in Thailand*. Bangkok: UNICEF.
- UNICEF Thailand. (2016). *การพัฒนาวัยรุ่นและการมีส่วนร่วมของวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก <https://www.unicef.org/thailand/th/ภารกิจของยูนิเซฟ/การพัฒนาวัยรุ่น>
- Uribe Alvarado, J. I., Bahamón, M. J., Reyes Ruíz, L., Trejos Herrera, A. M., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. [Perceived self-efficacy, sexual assertiveness and condom use among Colombian young.]. *Acta Colombiana de Psicología, 20*(1), 203-211. doi:10.14718/ACP.2017.20.1.10
- Web, M. D. (2016). *Women's health*. Retrieved from <http://www.webmd.com/women/tc/abortion-topic-overview>
- White, A. L., Mann, E. S., & Larkan, F. (2018). Contraceptive knowledge, attitudes, and use among adolescent mothers in the Cook Islands. *Sexual & Reproductive Healthcare, 16*, 92-97. doi:<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.004>
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W., Golin, C. E., & Prinstein, M. J. (2014). Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *Journal of Sex Research, 51*(7), 731-741. doi:10.1080/00224499.2013.843148

Wilhelm, H. (2008). *Encyclopedia of Public Health*, New York: Springer Science Business Media.

Williams, R. L., & Fortenberry, J. D. (2013). Dual use of long-acting reversible contraceptives and condoms among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 52*(4, Supplement), S29-S34. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.002>

World Health Organization [WHO]. (2018). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

World Health Organization [WHO]. (2020). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.พริยา สุภศรี อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอี่ยมณีกุล อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีชกมล รัชนกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในจังหวัดชลบุรี

Predictive Factors of Dual Contraceptive Protection among Female Vocational Students in Chonburi Province

ชื่อนิติ นางสาวภัทราภรณ์ ปานูท่า

รหัสประจำตัวนิสิต 60920036

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 07 - 2562

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาระดับอาชีวศึกษา จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 900 ราย สถานที่

เก็บรวบรวมข้อมูล วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี วิทยาลัยเทคนิคพัทยา และวิทยาลัยเทคนิคสัตหีบ

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562

ลงนาม..... 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ รักษาการแทน

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในจังหวัดชลบุรี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-07-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภัทราภรณ์ ปามุทา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี และเพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นกลุ่มที่สำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามออนไลน์ในระบบ Google Form จำนวน 69 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยจะได้ประโยชน์ทางอ้อมคือ ได้รับความรู้ความเข้าใจ และรู้จักเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลที่กรอกแบบสอบถามออนไลน์ จาก Google Form ที่ไม่ต้องระบุชื่อ-สกุลของผู้ตอบ และถูกออกแบบโดยผู้วิจัยที่ไม่สามารถเข้าถึงตัวตนของผู้ตอบได้ นอกจากนี้ข้อมูลจะถูกจัดเก็บรักษาไว้ในฐานข้อมูลออนไลน์ส่วนบุคคล (Google drive) ของผู้วิจัยเท่านั้น ซึ่งผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงได้ สำหรับคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกล็อกด้วยรหัสผ่าน การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่นำไปสู่การแสดงถึง

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด ภายหลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวภัทรภรณ์ ปามูทา หมายเลขโทรศัพท์ 099-282-7919 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-896-5950

นางสาวภัทรภรณ์ ปามูทา
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



<https://bit.ly/2rSdLc9>

แบบสอบถามการคุมกำเนิดแบบสองวิธี



ภาคผนวก ง

แบบสอบถามเรื่องปัจจัยทำนุบำรุงคุณกานิดแบบสองวิธี

แบบสอบถาม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และทักษะในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection) ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี
2. ข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถามจะนำเสนอผลการศึกษาลักษณะภาพรวมเท่านั้น
3. ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อผลการเรียน และคะแนนสอบฉะนั้นขอให้ตอบตามความเป็นจริง

รายละเอียดของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 9 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธี
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิด
- ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี
- ส่วนที่ 7 แบบวัดทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี
- ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์
- ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการรับประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ภัทรภรณ์ ปามุทา

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยบูรพา



<https://bit.ly/2rSdLc9>

แบบสอบถามการคุมกำเนิดแบบสองวิธี



ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หน้าข้อมูลโดยเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวหรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. ปัจจุบันวัยรุ่นนิยมมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนกันค่อนข้างมาก (การสอดใส่อวัยวะเพศชายในช่องคลอดหรือทวารหนักของเพศหญิง) **ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์** หรือไม่

- () เคย
() ไม่เคย (ถ้าตอบไม่เคย ให้ข้ามทำแบบวัดส่วนที่ 6-9)

2. ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ ปี

3. คนแรกที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ด้วย

- () คู่รัก
() ชายที่รู้จัก
() ชายที่ให้คำตอบแทน
() อื่น ๆ (โปรดระบุ)

4. ครั้งแรกที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ท่านใช้วิธีป้องกันใดบ้าง

- () ไม่ใช่เลย
() ใช้เพราะ

วิธีที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)

- () ถุงยางอนามัย
() ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน
() ยาเม็ดคุมกำเนิด
() อื่น ๆ ระบุ

5. ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายท่านใช้วิธีป้องกันใดบ้าง

- () ไม่ใช่เลย
() ใช้เพราะ

วิธีที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)

- () ถุงยางอนามัย
() ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน
() ยาเม็ดคุมกำเนิด
() อื่น ๆ ระบุ

6. ในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา ท่านเคยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีหรือไม่ (การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฝังคุมกำเนิด)

- () เคยใช้
- () ไม่เคยใช้
- () ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความคิดความเชื่อของท่านถึงการกระทำด้วย
 ประการใด ๆ อันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการใช้การคุมกำเนิดแบบสอง
 วิธีของกลุ่มของท่าน ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยแค่ไหนกับข้อความข้างล่างนี้
 โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆเลย
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นทุกประการ

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)
1.	เพื่อนของฉันยินยอมใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมี เพศสัมพันธ์กับฉัน ขณะที่ฉันใช้การคุมกำเนิด ชนิดอื่นร่วมด้วย					
2.	เพื่อนของฉันเห็นด้วยกับการใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับให้ฉันกินยาเม็ดคุมกำเนิด					
3.					
....					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความสะดวกใจของท่านถึงการพูดคุยในเรื่องการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ระหว่างท่านกับคู่นอน ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มากน้อยแค่ไหนกับข้อความข้างล่างนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดย

สะดวกใจมาก หมายถึง ท่านมีสะดวกใจที่จะพูดคุยกับคู่นอนมาก

ค่อนข้างสะดวกใจ หมายถึง ท่านค่อนข้างสะดวกใจที่จะพูดคุยกับคู่นอน

ค่อนข้างไม่สะดวกใจ หมายถึง ท่านค่อนข้างไม่สะดวกใจที่จะพูดคุยกับคู่นอน

ไม่สะดวกใจเลย หมายถึง ท่านไม่สะดวกใจที่จะพูดคุยกับคู่นอนมาก

ข้อที่	ข้อความ	สะดวกใจ มาก (4)	ค่อนข้าง สะดวกใจ (3)	ค่อนข้างไม่ สะดวกใจ (2)	ไม่สะดวก ใจเลย (1)
1.	ฉันสามารถพูดคุยกับคู่นอนเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (การใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับการคุมกำเนิดชนิดอื่น)				
2.	ฉันสามารถพูดคุยกับคู่นอนเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
3.				
....				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองในการคุมกำเนิด

แบบสองวิธี ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยแค่ไหนกับข้อความข้างล่างนี้

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดย

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านไม่มั่นใจในการกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นเลย

มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ท่านมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นเล็กน้อย

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นมาก

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	มั่นใจ มากที่สุด (4)	มั่นใจ มาก (3)	มั่นใจ เล็กน้อย (2)	ไม่ม ใจเลย (1)
1.	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันจะสามารถร้องขอให้แฟน ใช้ถุงยางอนามัยได้ ถึงแม้ฉันจะกินยาเม็ดคุมกำเนิด อยู่				
2.	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันสามารถจัดเตรียมถุงยาง อนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินให้พร้อมใช้ ในแต่ละครั้งของการมีเพศสัมพันธ์				
3.	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันจะสามารถใช้วิธีการ คุมกำเนิดแบบสองวิธีได้อย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง ที่ร่วมเพศ				
4.	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันจะสามารถรับประทานยา เม็ดคุมกำเนิดชนิด 21 เม็ดได้ทุกวันอย่างตรงเวลา และจะใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยขณะมีเพศสัมพันธ์				
5.				
....				
....				

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

คำชี้แจง หากท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องใช่

หากท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้องให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องไม่ใช่

ข้อ ที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดชนิดอื่น ในคราวเดียวกัน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฝังคุมกำเนิด เป็นการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection)		
2	การคุมกำเนิดคือการป้องกันอสุจิจากฝ่ายชายผสมกับไข่ของฝ่ายหญิง		
3	ถุงยางอนามัยช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์เนื่องจากทำลายเชื้ออสุจิ		
4	คนที่ฝังยาคุมกำเนิดแล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยเพราะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้		
5	ถุงยางอนามัยอาจเกิดการรั่ว หรือฉีกขาดได้ จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่นร่วมด้วย		
6		
....		
....		

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นความเชื่อของท่านต่อการคุมกำเนิด ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยแค่ไหนกับข้อความข้างล่างนี้ โดยทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆเลย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นทุกประการ

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)	ไม่ เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	เห็น ด้วย (2)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
1.	ฉันควรใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี เพราะสามารถป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (+)					
2.	การคุมกำเนิดแบบสองวิธีเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับฉัน (-)					
3.	การคุมกำเนิดแบบสองวิธีทำให้ฉันเสียเวลา (-)					
4.	การคุมกำเนิดแบบสองวิธีทำให้ฉันสิ้นเปลืองเงินโดยใช่เหตุ (-)					
5.	การใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี เป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ในวัยรุ่น (-)					
6.					
....					
....					

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความคิดความเชื่อของท่านถึงความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยแค่ไหนกับข้อความข้างล่างนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆเลย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นทุกประการ

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)
1.	หากฉันใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเพียงอย่างเดียวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยอาจทำให้ฉันติดเอดส์ ได้					
2.	ฉันคิดว่าฉันไม่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แม้จะไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะฉันเลือกคู่นอนที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย					
3.	ฉันกังวลจะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะฉันมีเพศสัมพันธ์กับแฟนโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย					
4.	หากฉันใช้ถุงยางอนามัยเพียงอย่างเดียวโดยไม่ใช้ยาฝังหรือยาเม็ดคุมกำเนิดร่วมด้วย ฉันอาจตั้งครรภ์ในวัยเรียน					
5.					
....					
....					

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นความเชื่อของท่านถึงประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างน้อยแค่ไหนกับข้อความข้างล่างนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆเลย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นทุกประการ

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)
	การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับยาเม็ด คุมกำเนิด / ยาฝังคุมกำเนิดทำให้.....					
1.	ลดปัญหาการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
2.	ลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการตั้งครรภ์ เช่น ต้องออกจากโรงเรียน ต้องมีครอบครัว โดยไม่พร้อม ต้องอับอายถูกสังคมประณาม					
3.	ลดความเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์/ เอชไอวีได้					
4.	ลดความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน โรคเริม ที่อวัยวะเพศ					
5.					
....					
....					



ภาคผนวก จ

คะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

ตารางที่ 8 คะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี จำแนกตามการตอบถูกและผิด (n = 393)

ข้อที่	ข้อความ	นักเรียนที่ตอบถูก		นักเรียนที่ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดชนิดอื่น ในคราวเดียวกัน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฝังคุมกำเนิด เป็นการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection)	363	92.4	30	7.6
2.	การคุมกำเนิดคือการป้องกันอสุจิจากฝ่ายชายผสมกับไข่ของฝ่ายหญิง	375	95.4	18	4.6
3.	ถุงยางอนามัยช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์เนื่องจากทำลายเชื้ออสุจิ	209	53.2	184	46.8
4.	คนที่ฝังยาคุมกำเนิดแล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยเพราะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้	248	63.1	145	36.9
5.	ถุงยางอนามัยอาจเกิดการรั่ว หรือฉีกขาดได้ จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่นร่วมด้วย	374	95.2	19	4.8
6.	การคุมกำเนิดที่มีผลดีที่สุด คือ การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดชนิดอื่น (เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด) เพราะเป็นการคุมกำเนิดที่สามารถป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	367	93.4	26	6.6
7.	การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร่วมแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิดคือ การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection)	184	46.8	209	53.2

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	นักเรียนที่ตอบถูก		นักเรียนที่ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8.	เพื่อความปลอดภัย แม้ว่าจะฉีดวัคซีนกำเนิดแล้ว เมื่อมีเพศสัมพันธ์วัยรุ่นหญิงก็ควรให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัย	369	93.9	24	6.1
9.	หากทำหมันแล้ววัยรุ่นหญิงไม่จำเป็นต้องใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี	182	46.3	211	53.7
10.	ทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สามารถป้องกันได้โดยการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual protection) เท่านั้น	349	88.8	44	11.2
11.	การคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่น ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย	30	7.6	363	92.4
12.	การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่ช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้	364	92.6	29	7.4
13.	การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ 82-98% ดังนั้นจึงควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินร่วมด้วย	356	90.6	37	9.4
14.	ถุงยางอนามัยมีประสิทธิภาพเพียงพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้การคุมกำเนิดชนิดอื่นร่วมด้วย	169	43.0	224	57.0

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ภัทรารักษ์ ปามุทา
วัน เดือน ปี เกิด	17 กันยายน 2535
สถานที่เกิด	ชลบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	46 ม.4 ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558-2561 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2561-2562 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พ.ศ. 2563 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา