

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด: ผลการวิจัยระยะที่ 2

ศิริพร จิรวัดกุล Ph.D. (Medical Anthropology) และคณะที่มิวิจัย*

ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้ผลการดำเนินงานเชิงบูรณาการ ระดับความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยของวัยรุ่นในโรงเรียน และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของโครงการดำเนินการวิจัยใน 17 จังหวัด ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2559 - มิถุนายน 2561 ใช้แบบผสมผสานวิธีโดยใช้แบบการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงสำรวจไปพร้อม ๆ กัน โดยเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ ในส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และแบบบอกต่อ ได้ข้อมูลอ้อมตัวที่จำนวน 1,401 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สันทนาการ และวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ ในส่วนการวิจัยเชิงสำรวจ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มสองชั้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10,025 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีที่ 4 และอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทำการผสมข้อมูลเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพของแต่ละจังหวัดมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อสร้างเป็นข้อสรุป ผลการวิจัยมีข้อค้นพบที่สำคัญ 3 ประการดังนี้ (1) แนวคิดภารกิจ 9 ด้านทำให้จังหวัดทำงานเชิงบูรณาการได้ และมีองค์ความรู้ 8 เรื่องเกิดขึ้น (2) นักเรียนที่มีคะแนนความรู้ที่จำเป็นเท่ากับและมากกว่าร้อยละ 70.0 อยู่ระหว่างร้อยละ 45.0-80.0 นักเรียนอาชีวศึกษาปีที่ 2 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีจำนวนมากกว่านักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 41.4, 12.8 และ 6.3 อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 14-15 ปี ร้อยละ 90.0 ของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และร้อยละ 92.0 คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัย

* คณะที่มิวิจัย ประกอบด้วย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ศิริพร จิรวัดกุล Ph.D. (Medical Anthropology); สมพร รุ่งเรืองกลกิจ Ph.D.; กฤตยา แสงเจริญ ศศ.ด.;

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ศศ.ด.; ยุพา ถาวรพิทักษ์ วท.ม.; สมพร วัฒนกุลเกียรติ วท.ม.; อิงคณา โคตนารา พย.ม.

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: วาภูมิ ฟองแก้ว Ph.D.; เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล Ph.D.

มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล: กัลยา พัฒนศรี M.P.H.

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม: สมเสาวนุช จมูศรี Ph.D.; บุญมี ภูด่านจัว พย.ด.; วิราวรรณ คำหวาน Ph.D.; ศิริรัตน์ ศรีโปลา ปร.ด.

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: พวงผกา คงพัฒนานนท์ ปร.ด.; ณัฐพัชร บัวบุญ Ph.D.;

มหาวิทยาลัยมหิดล: อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ พย.ด.; เอมพร รตินธร Ph.D.; อทิตยา พรชัยเกตต์ โอว ยอง Ph.D.

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: เบญญาภา อิติมาพงษ์ ปร.ด.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์: ลิตานันท์ ศรีใจวงศ์ พย.ด.

โรงพยาบาลพนมไพร: ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย วท.ม.

นักวิชาการอิสระ: ศิริพรรณ พันธุ์โมเอากาส ศศ.ม.; วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร Ph.D.; ทรงพร จันทพัฒน์ Ph.D.

เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด น้อยกว่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเล็กน้อย (3) อัตราการคลอดของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีลดลง การตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น หญิงอายุ 15-19 ปี ได้รับยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น และทุกจังหวัดไม่มีข้อมูลจำนวนนักเรียนหญิงและชายที่ออกจากโรงเรียนเนื่องจากการตั้งครรภ์ จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การทำงานเชิงบูรณาการใน 17 จังหวัด เกิดองค์ความรู้จำนวนมากและได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ จึงควรนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทุกจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

คำสำคัญ: วัยรุ่นตั้งครรภ์, การบูรณาการ, การวิจัยผสมผสานวิธี

บทนำ

ประเทศไทยมีอัตราการเจริญพันธุ์รวม 1.6 โดยที่อัตราการเจริญพันธุ์ของกลุ่มประชากรอายุ 15-19 ปีคือ 37⁽¹⁾ และอัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยอยู่ในกลุ่มสูงในทวีปเอเชีย โดยเมื่อเทียบตัวเลขอัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยกับบางประเทศในทวีปเอเชียที่มีข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 และ 2554 พบว่าอัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยอยู่ในกลุ่มสูง ส่วนประเทศที่มีอัตราการคลอดต่ำ เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และฮ่องกง⁽²⁾ ต่างเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว

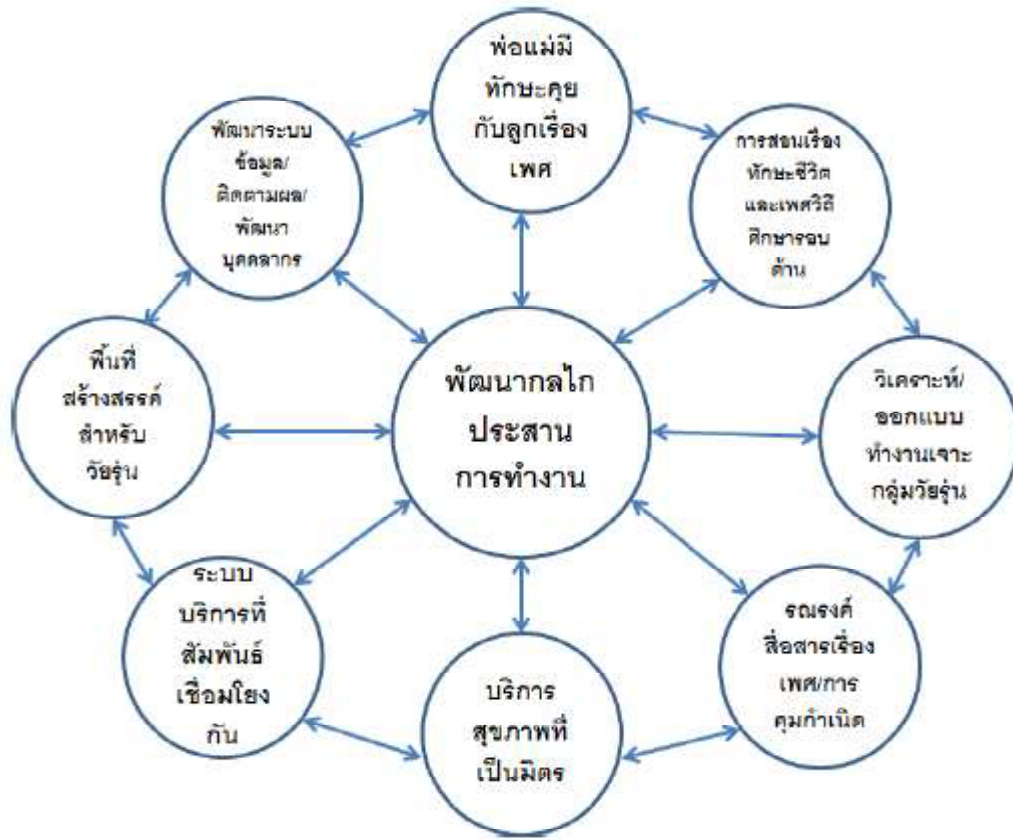
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์รวบรวมอัตราการคลอดของวัยรุ่น พบว่า อัตราการคลอดในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีในระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2546-2555) มีแนวโน้มสูงขึ้น⁽³⁾ ส่วนในปี 2558-2559 นั้นพบว่ามีแนวโน้มลดลง⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม สถิตินี้สะท้อนว่าจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยต้องสูงมากกว่าสถิติจำนวนการคลอด เนื่องจากจำนวนการตั้งครรภ์ต้องมาจากจำนวนการคลอดรวมกับจำนวนการแท้ง (ยังไม่มีสถิติจำนวนการแท้งในประเทศไทย) รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่า มีผลเสียต่อคุณภาพประชากรในระยะยาว จึงได้ประกาศเป็นวาระแห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554⁽⁵⁾ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น ได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ของภาครัฐเป็นการทำงานแยกส่วนไปตามหน่วยงานต่างๆ⁽⁶⁻⁹⁾

ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 สำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนงบประมาณและโครงต่างๆ เพื่อสร้างตัวแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในมิติต่างๆ⁽¹⁰⁻¹³⁾ และเสนอโครงการป้องกันและแก้ปัญหาค่าตั้งครรภ์วัยรุ่นระดับจังหวัด สสส. ได้พัฒนาแนวคิดการบูรณาการ การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยอิงบทเรียนของประเทศอังกฤษ⁽¹⁴⁾ แนวคิดนี้แบ่งภารกิจเป็น 9 ด้านที่ต้องดำเนินงานร่วมกัน⁽¹⁵⁾ ดังสรุปในภาพที่ 1

ในปี พ.ศ. 2557-2560 สสส. ได้สนับสนุนทุนผ่านผู้ว่าราชการจังหวัดจำนวน 19 จังหวัดคือ จังหวัด เชียงราย พะเยา เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง ตาก นครสวรรค์ นครราชสีมา ชัยภูมิ เลย มหาสารคาม ขอนแก่น นครพนม สมุทรสาคร ฉะเชิงเทรา สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และกระบี่ โดยใช้ภารกิจ 9 ด้านดำเนินงานนำร่องในอย่างน้อยจังหวัดละ 3 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล และกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ว่าในปี พ.ศ. 2559-2560 ในพื้นที่นั้นๆ จะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (1) อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต่อ 1,000 คนลดลงจากเดิมอย่างน้อยร้อยละ 10.0 (2) การคลอดของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปีลดลง (3) อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นลดลงร้อยละ 25.0 (4) ร้อยละ 80.0 ของหญิงอายุ 15-19 ปี ที่คลอดหรือแท้งได้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และ (5) นักเรียนหญิง และชายไม่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคันเนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์ โดยจังหวัดแรกเริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557 และจังหวัดสุดท้ายในปลายปี พ.ศ. 2558 ทั้งนี้จังหวัดสมุทรสาคร และ

ภาพที่ 1 ภารกิจ 9 ด้านเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น⁽¹⁵⁾



มหาสารคามได้ยุติโครงการ จึงเหลือ 17 จังหวัดที่ดำเนินโครงการครบ 3 ปี

เพื่อเป็นการประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าว จึงมีโครงการวิจัยประเมินผลการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด โดยการวิจัยดังกล่าวแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 สำหรับจังหวัดที่ดำเนินโครงการอยู่ในช่วงปีที่ 1-2 เพื่อตอบคำถามการวิจัย 3 ข้อคือ (1) ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนเริ่มโครงการหรือไม่ อย่างไร (2) มีผลผลิตอะไรที่เกิดจากภารกิจ 9 ด้าน และงานอื่นของโครงการ และ (3) บริบทของจังหวัดมีผลอย่างไรต่อปัจจัยนำเข้า และกระบวนการทำงาน การดำเนินงานวิจัยระยะที่ 1 ได้ผลเป็นตัวแบบการดำเนินงานเชิงบูรณาการตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน⁽¹⁷⁾

ระยะที่ 2 สำหรับจังหวัดที่ดำเนินโครงการอยู่ในช่วงปีที่ 3 เพื่อตอบคำถามการวิจัย 2 ข้อคือ (1) มีผลลัพธ์อะไรที่เกิดจากภารกิจ 9 ด้าน และกิจกรรมอื่นๆ ตามตัวชี้วัดของโครงการ และ (2) บริบทของแต่ละพื้นที่มีผลอย่างไรต่อการดำเนินงาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งดำเนินงานในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 - เดือนมิถุนายน 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงการรับรู้ผลการดำเนินงานเชิงบูรณาการ ระดับความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ และมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยของวัยรุ่นในโรงเรียน และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของโครงการ โดยการศึกษานี้มุ่งหวังที่จะได้องค์ความรู้ที่เป็นผลผลิตจากกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดปรากฏการณ์นิยม⁽¹⁸⁾ เป็นกรอบในการทำความเข้าใจการรับรู้ และแนวคิดเชิงระบบ⁽¹⁹⁾ ในการกำหนดประเด็นการศึกษา (ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์) และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิจัยผสมวิธี แบบการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงสำรวจไปพร้อม ๆ กัน เน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ (concurrent nested design qual-quant)⁽²⁰⁾ ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ดำเนินการในพื้นที่ปฏิบัติการของ 17 จังหวัด

1.1 แหล่งบุคคลเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก 5 กลุ่มคือ

- 1) พ่อ แม่ ผู้ปกครองของวัยรุ่น
- 2) แพทย์ พยาบาล ในสถานบริการสุขภาพระดับตำบลและอำเภอ
- 3) ครู
- 4) ผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่นระดับตำบล
- 5) วัยรุ่นในชุมชน

ทั้งนี้ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้เข้าร่วมโครงการ และการเลือกแบบบอกต่อ ได้ข้อมูลอ้อมตัวที่จังหวัดละ 45-141 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 1,401 คน

1.2 แหล่งข้อมูลเอกสาร เป็นรายงานการประเมินผลภายใน รายงานการสำรวจประจำปี บันทึกของทีมประเมินภายนอกจากการสังเกตกิจกรรมต่างๆ และการติดตามประเมินผล รายงานการถอดบทเรียน และบันทึก/รายงานของทีมพี่เลี้ยงซึ่งทาง สสส. มอบหมายให้ไปช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานของจังหวัด

1.3 เครื่องมือในการศึกษาเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพที่มีประสบการณ์⁽²¹⁾

1.4 วิธีการเก็บข้อมูล มี 2 วิธีคือ

- 1) การสนทนากลุ่มพ่อ/แม่/ผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่น จำนวน 34 กลุ่ม จำนวน 405 คน เกี่ยวกับการบวนทัศน์เรื่องเพศ และการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกสนทนากลุ่มกับครู จำนวน 34 กลุ่ม จำนวน 288

คน เกี่ยวกับการสอนเพศศึกษารอบด้าน

- 2) การสัมภาษณ์วัยรุ่น จำนวน 354 คน ที่เคยใช้และไม่เคยใช้บริการสุขอนามัยการเจริญพันธุ์ สัมภาษณ์พยาบาล แพทย์ จำนวน 137 คน และสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่นระดับตำบล และ อสม. จำนวน 147 คนเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และสัมภาษณ์ผู้จัดการโครงการและผู้ประเมินภายใน จำนวน 70 คน

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์ที่ก้าวหน้า⁽²²⁾ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 วางแนวทางการวิเคราะห์ ขั้นที่ 2 จัดระบบข้อมูล และแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ขั้นที่ 3 ให้รหัส ขั้นที่ 4 ตีความ ขั้นที่ 5 สร้างข้อสรุป

1.6 การควบคุมคุณภาพการวิจัย: ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)⁽²¹⁾ ด้านข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง และด้านวิธีการเก็บ โดยเก็บข้อมูลหลายวิธีเพื่อยืนยันการอ้อมตัวของข้อมูล ส่วนการตรวจสอบด้านการวิเคราะห์ ใช้การประชุมร่วมกันระหว่างนักวิจัยในแต่ละจังหวัด และประชุมร่วมนักวิจัยทั้งหมด เพื่อตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน

2. การวิจัยเชิงสำรวจ

2.1 ประชากร: มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้จัดการโครงการจังหวัดละ 1 คน รวมเป็น 17 คน กลุ่มที่ 2 คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 4 และนักเรียนโรงเรียน/วิทยาลัยอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 ของโรงเรียนในอำเภอที่ร่วมในโครงการของ 17 จังหวัด มีโรงเรียนร่วมโครงการจำนวนทั้งหมด 139 แห่ง ยินดีร่วมการวิจัย 121 แห่ง (18 แห่งไม่พร้อมให้เก็บข้อมูล) เป็นโรงเรียนสายสามัญ 74 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 35 แห่ง อาชีวศึกษา 12 แห่ง มีประชากรนักเรียนจำนวน 32,434 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, 4 และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 ของโรงเรียนในอำเภอที่มีการดำเนินงานตามภารกิจ 9 ด้านไปแล้วอย่างน้อย 2 ปี (ปีการศึกษา 2558-2561) ส่วน

เกณฑ์คัดออกคือนักเรียนไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และนักเรียนที่ย้ายเข้ามาเรียนระหว่างปีการศึกษา

2.2 กลุ่มตัวอย่างนักเรียน: ใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน ($n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2}$)⁽¹⁷⁾ คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าร้อยละ 10.0 ของสัดส่วนของนักเรียนที่มีความรู้และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยร้อยละ 70.0 ที่ระดับความถูกต้อง 95% ค่า design effect 1.5 ปรับเพิ่มสำหรับ non response 10% ได้ขนาดตัวอย่างจังหวัดละ 600 คน รวมตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 10,200 คน ในแต่ละจังหวัดสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มสองชั้น (two-stages cluster sampling) โดยสุ่มตัวอย่างห้องเรียน และตัวอย่างนักเรียนแบบมีระบบ (systematic sampling) เก็บข้อมูลได้จำนวน 10,025 คน

2.3 เครื่องมือเก็บข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้จัดการโครงการ สร้างขึ้นจากตัวชี้วัดภารกิจ 9 ด้าน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับนักเรียนแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลครอบครัว
- ส่วนที่ 3 ความเห็นเรื่องเพศ และการมีเพศสัมพันธ์
- ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ และการติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์/เอชไอวี เอ็ดส์
- ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับผลจากการตั้งครรภ์ในอายุน้อยกว่า 20 ปี

แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 5 คน และทดลองใช้แบบสอบถามชุดที่ 2 กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 4 ในโรงเรียน จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 30 คน

2.4 วิธีการเก็บข้อมูล ข้อมูลชุดที่ 1 ใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้จัดการโครงการ และข้อมูลชุดที่ 2 ให้นักเรียนตัวอย่างเป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลชุดที่ 1 ใช้การวิเคราะห์

แก่นสาระ ข้อมูลชุดที่ 2 นำเข้าข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จ EpiInfo ตรวจสอบความถูกต้องของการนำเข้า ตรวจสอบค่ารหัสนอกช่วงที่กำหนด และตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูลก่อนที่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จ Stata 10.1 โดยใช้จำนวนความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประมาณค่าร้อยละ ของคะแนนความรู้และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ด้วย 95% ช่วงเชื่อมั่น (confidence interval หรือ CI)

ในการดำเนินการผลานข้อมูลเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพ นักวิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพของแต่ละจังหวัดมาพิจารณาร่วมกันแล้วสร้างเป็นข้อสรุป

การดำเนินงานวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลข HE582182 โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดได้รับคำชี้แจงด้วยวาจาพร้อมเอกสารประกอบจากนักวิจัยมีการตอบข้อซักถาม เมื่อผู้ให้ข้อมูลตกลงร่วมวิจัยก็ลงนามในเอกสารยินยอมให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

1. การรับรู้ผลการดำเนินงานเชิงบูรณาการ

ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญในโครงการ คือ พ่อ/แม่/ผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่น ครู วิทยากร พยาบาล แพทย์ ผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่นระดับตำบล และ อสม. ระบุว่าแนวคิดภารกิจ 9 ด้าน ทำให้จังหวัดทำงานเชิงบูรณาการได้ดีขึ้น และเกิดผล ดังนี้

1.1 การปรับกระบวนการทางความคิดเรื่องเพศในวัยรุ่นเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงาน: ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญในโครงการนี้คือ วิทยากร ผู้ปกครอง ครู บุคลากรสาธารณสุข แกนนำในชุมชน และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวตรงกันว่าการทำงานโครงการบูรณาการในพื้นที่ในระดับตำบลที่เข้มข้น โดยมีเป้าหมายร่วมกันว่าเพื่อให้ลูกหลานปลอดภัยจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ให้วัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมอย่าง

มีความหมาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูล ให้ข้อมูลตรงกันว่า การดำเนินงานจะได้ผลดีอย่างไรนั้น ต้องเริ่มที่การปรับ กระบวนการทางความคิดเรื่องเพศในวัยรุ่นให้เป็นไปใน ทางบวกเหมือนกัน

กิจกรรมการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิด ที่ทุกจังหวัดดำเนินการเหมือนกัน คือการจัดอบรมครู อบรมผู้ปกครอง จัดค่ายวัยรุ่น จัดค่ายครอบครัว จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดธรรมรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้ในรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ตามกิจกรรมจัดอบรม เข้าค่าย และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะส่งผลต่อการเปลี่ยน กระบวนการทางความคิดให้เป็นเชิงบวกต่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้มาก-น้อยเพียง ไດนั้นขึ้นอยู่กับความเข้มข้น ต่อเนื่อง และการแพร่หลาย ของกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มได้เข้ามามี ส่วนร่วมอย่างมีความหมาย มิได้เป็นเพียงเข้ารับความรู้ จากการเข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น

1.2 ผลของการดำเนินงานเชิงบูรณาการมีการ เปลี่ยนแปลง 3 ระดับ 5 ลักษณะ: ก่อนการดำเนินโครงการพบว่าแต่ละจังหวัดมีระดับต้นทุนของระบบการ ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต่างกัน ทั้งนี้ ต้นทุน หมายถึงความเข้มแข็งของปัจจัย นำเข้า กระบวนการ และผลผลิต มี 3 ระดับ คือ

1) ระดับความเข้มแข็งมาก ทีมงานทุกระดับเข้าใจ ตรงกัน การประสานงานดี มีการร่วมมือกันดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการทุกภารกิจที่ทุกภาคส่วนร่วมกันออก แบบ มีการรวมงบประมาณจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ข้อมูลจากการประเมินผลมาปรับปรุงการดำเนินงาน และมีผลผลิตที่แสดงถึงความเข้มแข็งของระบบการ ดำเนินงาน

2) ระดับความเข้มแข็งปานกลาง ทีมงานในส่วนจังหว้ดมีความเข้าใจตรงกัน แต่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องยังไม่ ดำเนินงานร่วมกันครบทุกภาคส่วน ในระดับพื้นที่มีการ ปฏิบัติการยังไม่ชัดเจน หรือทีมงานในระดับจังหวัด ยังทำงานร่วมกันไม่ดี แต่ทีมงานในพื้นที่บางพื้นที่

ทำงานร่วมกันได้ดี มีการบูรณาการบ้าง แต่ไม่ครบทุก ภารกิจ บางภารกิจแยกส่วน รอแผนงาน/งบประมาณจาก ส่วนกลาง มีการประเมินผลภายในบ้าง ขาดการประเมิน เชิงคุณภาพ และได้ผลผลิตในเชิงปริมาณมากกว่าเชิง คุณภาพ

3) ระดับความเข้มแข็งน้อย ทีมงานประสานกันน้อย แต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องยังไม่เห็นความสำคัญในการ ดำเนินภารกิจร่วมกัน การดำเนินงานเป็นแบบแยกส่วน ขาดกระบวนการประเมินผลภายในที่ชัดเจน ได้ผลผลิต ทั้งในเรื่องทีมงานที่ไม่เข้มแข็ง ไม่มีการบูรณาการอย่าง แท้จริง

พบว่า แต่ละจังหวัดมีระดับต้นทุนของระบบการ ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต่างกัน เมื่อพิจารณาลักษณะของการเปลี่ยนแปลงของ ระบบการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปีที่ 3 เมื่อเทียบกับปีที่ 1 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลง 5 ลักษณะ คือ

1) จังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดจาก เข้มแข็งน้อย เป็นเข้มแข็งมาก สามารถพัฒนาจนเป็นต้น- แบบให้กับจังหวัดอื่นๆ ได้ คือจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2) จังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นจาก เข้มแข็งน้อยเป็นปานกลาง คือจังหวัดเชียงราย พะเยา เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง นครพนม นครสวรรค์ ฉะเชิงเทรา และกระบี่

3) จังหวัดยังไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าเดิมนัก กล่าวคือมีความเข้มแข็งระดับปานกลางตลอด 3 ปีของการดำเนินโครงการ คือจังหวัดเลย ขอนแก่น และ เพชรบุรี (มีต้นทุนดี ทีมงานและเครือข่ายด้านสาธารณสุข เข้มแข็งมาก แต่มีจุดอ่อนที่การบูรณาการของภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง)

4) จังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก กล่าวคือไม่ เปลี่ยนจากระดับเข้มแข็งน้อย คือจังหวัดตาก และ สุพรรณบุรี (ต้นทุนน้อย และมีการเปลี่ยนแปลงการ ดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น)

5) จังหวัดที่เข้มแข็งมากอยู่แล้ว และสามารถพัฒนา

ไปสู่การเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดอื่น ๆ ได้อย่างกว้างขวาง คือจังหวัดนครราชสีมา และชัยภูมิ

1.3 มีองค์ความรู้ 8 ประการที่เกิดขึ้นจากการบูรณาการ: จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการโครงการ รายงานผลการประเมินภายใน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าการขับเคลื่อนที่ดีตามการรับรู้ของโครงการผู้ดำเนินโครงการ มีองค์ประกอบสำคัญ 8 ประการ ได้แก่

- 1) การประสานงานโครงการบูรณาการ
- 2) พี่เลี้ยงทางวิชาการ
- 3) การใช้ข้อมูลในพื้นที่ในการวางแผนปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผลนำไปสู่การกำหนดนโยบาย
- 4) การปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดที่ส่งผลถึงพฤติกรรม (mind set) การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครุภคในวัยรุน
- 5) ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพทางเพศของนักเรียนในโรงเรียนอย่างครบวงจร
- 6) ระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครุภคในวัยรุนที่ชุมชนเป็นเจ้าภาพ
- 7) ตัวแบบบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ
- 8) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของวัยรุน

2. ระดับความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครุภคและพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยของวัยรุนในโรงเรียน

2.1 ข้อมูลทั่วไป: นักเรียนตัวอย่างจำนวน 10,025 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 2 จำนวน 5,294 คน นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 4 จำนวน 4,095 คน อาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 636 คน โรงเรียนส่วนใหญ่สอนเพศศึกษาแทรกอยู่ในวิชาสุขศึกษา และพลศึกษา โดยใช้หลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ มีการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมจากการเรียนการสอนในชั้นเรียน แต่ไม่มีการประเมินผล ทั้งนี้โรงเรียนอาชีวศึกษาทั้งหมดมีวิชาเพศศึกษาแยกเป็นวิชาเฉพาะ มีการประเมินผล แต่ไม่มีกิจกรรมเพิ่มเติมนอกจากการสอนในชั้นเรียน ทั้งนี้นักเรียนส่วนใหญ่เห็นว่า ควร

เรียนเพศวิถีศึกษา (ร้อยละ 93.1-95.4) จาก “ครู/โรงเรียน” มากที่สุด และควรมีการจัดการเรียนการสอนเป็นแบบสอนวิชาเฉพาะ (ร้อยละ 81.7-88.4) และจัดในรูปของกิจกรรมพิเศษ (ร้อยละ 80.4-85.6) มากกว่าการสอนแทรกในกลุ่มวิชา ส่วนระดับความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครุภค และมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยของวัยรุนมีดังนี้

2.2 ระดับความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครุภค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์:

2.2.1 ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด/การใช้ถุงยางอนามัย ผลการประเมินค่าของประชากรพบว่านักเรียนทุกชั้นเรียนส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90.0) สามารถตอบได้ถูกต้องว่า “ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้” ข้อที่มีผู้ตอบถูกจำนวนมากในลำดับรองลงมาคือ “ห่วงอนามัยคือการใส่อุปกรณ์การแพทย์ในโพรงมดลูก” (มากกว่าร้อยละ 70.0) ส่วนข้อที่มีนักเรียนตอบถูกน้อยที่สุด (น้อยกว่าร้อยละ 50.0) ในทุกกลุ่มชั้นเรียน คือ “ยาคุม/ห่วงอนามัยป้องกันโรคไม่ได้” รองลงมาคือ “ยาคุมกำเนิดไม่มีผลต่อความสูง” (ร้อยละ 45.1-55.3) ซึ่งเมื่อรวมคะแนนความรู้เรื่องนี้ พบว่าในภาพรวมผู้ที่มีคะแนนความรู้เรื่องนี้เท่ากับและมากกว่าร้อยละ 70.0 ของทุกกลุ่มเพศและกลุ่มชั้นเรียน ระหว่างร้อยละ 48.7-67.9 โดยเพศหญิงมีจำนวนผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 70.0 มากกว่าเพศชาย (ตารางที่ 1)

2.2.2 ความรู้เรื่องการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ ผลการประเมินค่าของประชากร พบว่านักเรียนทุกชั้นเรียนส่วนใหญ่ สามารถตอบได้ถูกต้องว่า “พบแพทย์ทันทีและไม่ซื้อยากินเองเมื่อเป็นโรคติดต่อทางเพศ” (ร้อยละ 88.4-93.9) ข้อที่นักเรียนตอบถูกจำนวนมากในลำดับรองลงมาคือ “ใช้ถุงยางทุกครั้งลดความเสี่ยง” (ร้อยละ 88.2-92.3) ส่วนข้อที่มีนักเรียนตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุดของทุกชั้นเรียน คือ “รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีด้วยการเจาะเลือด” (ร้อยละ 57.5-59.9) ซึ่งเมื่อรวมคะแนนความรู้เรื่องนี้ พบว่าในภาพรวม นักเรียนทุกชั้นเรียนมีค่าร้อยละของจำนวนผู้ที่มีคะแนน

ตารางที่ 1 นักเรียนที่มีคะแนนรวมความรู้เรื่องการคุมกำเนิด และการใช้ถุงยางอนามัย เท่ากับและมากกว่าร้อยละ 70.0 จำแนกตามเพศและชั้นเรียน

คะแนนรวมความรู้เรื่อง การคุมกำเนิดและการใช้ถุงยาง	ผู้ที่ตอบถูก								
	เพศหญิง		เพศชาย		เพศหลากหลาย		รวม		
	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	
มัธยมศึกษาปีที่ 2									
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	49.1	46.1-52.1	48.3	45.1-51.6	42.2	6.1-78.3	48.7	46.4-51.0	
มัธยมศึกษาปีที่ 4									
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	61.4	58.2-64.6	57.8	53.9-61.7	69.3	45.8-92.9	60.1	57.6-62.5	
อาชีวศึกษาปีที่ 2									
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	69.8	60.3-79.3	64.3	56.7-71.9	89.6	68.9-110.3	67.9	61.5-74.3	

ความรู้เรื่องนี้เท่ากับและมากกว่าร้อยละ 70.0 อยู่ระหว่าง 72.5-84.6 (ตารางที่ 2)

2.2.3 ความรู้เรื่องผลจากการตั้งครรภ์ในอายุน้อยกว่า 20 ปี ผลการประมาณค่าของประชากร พบว่า นักเรียนทุกชั้นเรียนส่วนใหญ่ มีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยอายุน้อยกว่า 20 ปี จะต้อง “ออกจากโรงเรียน” (ร้อยละ 88.8-94.1) ข้อที่มีผู้รับรู้มากในลำดับรองลงมาคือ “ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร” (ร้อยละ 86.7-93.7) “พ่อทอดทิ้งบุตร” และ “ทอดทิ้งบุตร” (ร้อยละ

86.2-93.1 และร้อยละ 86.4-92.1) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบเพศชายและเพศหญิงพบว่า นักเรียนเพศหญิงของทุกชั้นเรียนจะมีร้อยละของผู้ที่รับรู้ในลักษณะต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นสูงกว่าเพศชาย ส่วนข้อที่นักเรียนตอบได้หรือรับรู้ได้ถูกต้องน้อยที่สุดของทุกชั้นเรียน คือ “เด็กขาดออกซิเจน” (ร้อยละ 41.5-49.3) ซึ่งเมื่อรวมคะแนนความรู้พบว่า ร้อยละของนักเรียนที่มีคะแนนความรู้เรื่องนี้เท่ากับและมากกว่าร้อยละ 70.0 ของทุกชั้นเรียนมีค่าระหว่าง 52.1-65.3 ทั้งนี้ เพศหญิงของ

ตารางที่ 2 นักเรียนที่มีคะแนนรวมความรู้เรื่องการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์เท่ากับและมากกว่าร้อยละ 70.0 จำแนกตามเพศและชั้นเรียน

คะแนนรวมความรู้เรื่อง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์	ผู้ที่ตอบถูก							
	เพศหญิง		เพศชาย		เพศหลากหลาย		รวม	
	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI
มัธยมศึกษาปีที่ 2								
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	76.1	73.4-78.8	67.9	64.9-70.9	86.3	68.0-104.6	72.5	70.3-74.7
มัธยมศึกษาปีที่ 4								
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	85.7	83.5-87.8	83.0	79.6-86.4	83.4	63.2-103.6	84.6	82.7-86.6
อาชีวศึกษาปีที่ 2								
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	84.7	80.1-89.3	75.6	69.3-81.9	100.0	**	81.3	77.3-85.3

**No variation ทา CI ไม่ได้

ทุกชั้นเรียนจะมีร้อยละของคะแนนรวมความรู้เท่ากับ และมากกว่าร้อยละ 70.0 สูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 3)

2.3 พฤติกรรมทางเพศ:

ผลการประมาณค่าของประชากรพบว่า นักเรียน อาชีวศึกษาปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์ มากกว่านักเรียน มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 41.4, 12.8 และ 6.3 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาระหว่าง เพศชายและหญิง พบว่า ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 7.3 และ 5.3 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกับระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่เพศชายมีร้อยละของการเคยมี เพศสัมพันธ์ 18.3 ซึ่งมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 9.3) ส่วนนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 เพศชายและเพศหญิง

เคยมีเพศสัมพันธ์ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 41.5 และ 41.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

นักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ทุกชั้นเรียน ร้อยละ 90.0 ขึ้นไปคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และร้อยละ 92.0 ขึ้นไป คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ทั้งนี้ พบว่า ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิดในการมี เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เล็กน้อย เมื่อทำการประมาณค่าของประชากร พบว่า นักเรียนทุกชั้นเรียนส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.0 ขึ้นไปมี การคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพศหญิงชั้น มัธยมปีที่ 2 และ ชั้นอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 มีการคุมกำเนิด เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศหญิง ในระดับชั้นมัธยมปีที่ 4 มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 3 นักเรียนที่มีคะแนนรวมการรับรู้ผลการตั้งครรภ์ในอายุน้อยกว่า 20 ปี เท่ากับและมากกว่าร้อยละ 70.0 จำแนกตามเพศและชั้นเรียน

คะแนนรวมการรับรู้ ผลการตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี	ผู้ที่ตอบถูก								
	เพศหญิง		เพศชาย		เพศหลากหลาย		รวม		
	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	
มัธยมศึกษาปีที่ 2									
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	63.1	60.0-66.1	49.0	45.4-52.7	60.3	27.4-93.1	56.6	54.0-59.2	
มัธยมศึกษาปีที่ 4									
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	67.6	64.8-70.3	61.8	58.2-65.4	47.1	20.6-73.6	65.3	63.0-67.5	
อาชีวศึกษาปีที่ 2									
คะแนนเท่ากับและมากกว่า 70%	58.4	47.9-68.9	42.5	35.8-49.1	60.5	8.6-112.4	52.1	44.3-59.9	

ตารางที่ 4 นักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามเพศ และชั้นเรียน

เคยมีเพศสัมพันธ์	ผู้ที่ตอบถูก								
	เพศหญิง		เพศชาย		เพศหลากหลาย		รวม		
	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	ร้อยละ	95%CI	
มัธยมศึกษาปีที่ 2									
เคยมีเพศสัมพันธ์	5.2	3.7-6.7	7.3	5.8-8.8	21.5	0.3-42.6	6.3	5.1-7.5	
มัธยมศึกษาปีที่ 4									
เคยมีเพศสัมพันธ์	9.3	7.3-11.3	18.3	14.6-22.0	28.8	4.9-52.6	12.8	10.7-15.0	
อาชีวศึกษาปีที่ 2									
เคยมีเพศสัมพันธ์	41.0	33.0-49.1	41.5	34.3-48.7	52.0	19.2-84.8	41.4	36.5-46.3	

ครั้งแรกน้อยกว่าเพศชาย

ผลการประมาณค่าของประชากรพบว่าทุกชั้นเรียนส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.0 ขึ้นไป มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย เมื่อพิจารณาแยกเพศ เพศหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และอาชีวศึกษาปีที่ 2 มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายมากกว่าเพศชาย ตรงข้ามกับในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เพศหญิงมีอัตราการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าเพศชาย ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าเมื่อระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น เพศชายมีการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามตัวชี้วัดของโครงการ: เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวชี้วัดสุดท้ายของโครงการ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการคลอดของหญิงอายุ 0-14 ปี ต่อ 1,000 และอายุ 15-20 ปี ต่อ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 กับ พ.ศ. 2559 ใน 17 จังหวัด ส่วนใหญ่ลดลง แต่มีสถิติการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น สำหรับสถิติของหญิงอายุ 15-19 ปี ที่คลอดหรือแท้งได้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรนั้น พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ทุกจังหวัดไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงจำนวนนักเรียนหญิง และนักเรียนชายที่ออกจากโรงเรียนกลางคันเนื่องจากการตั้งครรภ์ สาเหตุที่ไม่มีข้อมูลนี้ เนื่องจากโรงเรียนไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูล เพราะเกรงว่าอาจจะกระทบต่อภาพลักษณ์และชื่อเสียงของโรงเรียน

วิจารณ์

1. การรับรู้ผลการเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินโครงการ

จากข้อค้นพบว่าจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดอื่นๆ ได้ มีทั้งจังหวัดที่ต้นทุนไม่มากนัก และจังหวัดที่มีต้นทุนสูง ซึ่งคล้ายคลึงกับจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก กับจังหวัดที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกเพิ่มขึ้น แสดงว่าความสำคัญของต้นทุนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาคงตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นของ 17 จังหวัดนั้น แม้จะเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่มีรายงานวิจัยระบุว่าสามารถ

ทำให้การดำเนินงานโครงการต่างๆ ขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จได้นั้น แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าจังหวัดที่ต้นทุนน้อยจะไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากพื้นที่ที่สามารถเพิ่มศักยภาพได้ในระหว่างการดำเนินโครงการ ผ่านกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้การทำงานร่วมกัน และมีการพัฒนาสมรรถนะที่ทีมงานอย่างต่อเนื่อง⁽²³⁻²⁷⁾ นอกจากนั้นการประกาศใช้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคงตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้มาเป็นต้นแบบสำคัญสำหรับทีมงานทุกจังหวัด ทั้งนี้มีรายงานวิจัย⁽²³⁻²⁷⁾ ระบุว่าความสำเร็จ หรือความเข้มแข็งของการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาคงตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นนั้น ต้นทุนมีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการสนับสนุนทางนโยบายทั้งในระดับสูง ระดับพื้นที่ และระดับสถาบัน เช่น สถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข โรงงาน เป็นต้น รวมทั้งการมีทีมงานที่เข้าใจมิติของสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น เปิดใจต่อทัศนคติทางเพศของวัยรุ่น และมีคนทำงานอย่างต่อเนื่องก็เป็นต้นแบบที่ทำให้การขับเคลื่อนโครงการเป็นไปด้วยดี

การผลักดันให้ภารกิจ 9 ด้าน ให้ดำเนินไปได้จริงในพื้นที่ เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นอย่างจริงจังมาก่อน ดังนั้น การมีสิ่งสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาจึงมีความจำเป็น ในกรณีโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาคงตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นของ 17 จังหวัดนี้ พบว่าการสนับสนุนเชิงวิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกระบวนการประเมินแบบเสริมพลัง เป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญที่ทำให้หลายจังหวัดพัฒนาจากการทำงานแบบแยกส่วน มาเป็นการทำงานเชิงบูรณาการได้ ซึ่งมีรายงานการศึกษาในต่างประเทศหลายเรื่องที่ระบุว่าวิธีการดังกล่าว ทำให้ทีมงานพัฒนาการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข มีความยั่งยืน และยังช่วยให้ทีมงานได้พัฒนาความรู้ ได้แนวคิด และทักษะใหม่ๆ⁽²⁸⁻³²⁾

2. ระดับความรู้ที่จำเป็นของนักเรียน

งานวิจัยนี้กำหนดว่า เป้าหมายของการสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนต้องการให้นักเรียนทุกคนมีระดับคะแนนความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การ

ป้องกันโรคติดต่อทางเพศ และผลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70.0 แต่ผลการวิจัยพบว่า ยังมีนักเรียน ประมาณร้อยละ 30.0-60.0 มีความรู้เรื่องดังกล่าวต่ำกว่าร้อยละ 70.0 แสดงว่าการจัดการเรียนการสอน เพศวิถีศึกษาในโรงเรียนที่ร่วมโครงการของทั้ง 17 จังหวัด ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ประเด็นนี้อภิปรายได้ว่า แม้ว่าจะระยะเวลา กว่า 10 ปีที่ผ่านมาที่กระทรวงศึกษาธิการยืนยันว่า มีนโยบายให้ทุกโรงเรียนในสังกัดสอนเพศศึกษา⁽³³⁾ มีหลักสูตร แนวปฏิบัติให้ครูใช้เป็นคู่มือในการดูแลนักเรียนที่เผชิญปัญหา นอกจากนั้นกองทุนโลกได้ให้ทุน ทั้งแก่ภาครัฐและเอกชนผ่านโครงการแก้ปัญหาโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย⁽³⁴⁾ ดำเนินการสนับสนุนการสอน เพศวิถีศึกษาในโรงเรียนมาประมาณกว่า 10 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2558 แต่การจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการก็ยังไม่ คืบหน้าไปเท่าที่ควร ทั้งนี้มีสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พิมพัลย์ บุญมงคล และคณะในปี พ.ศ. 2559⁽²³⁾

3. พฤติกรรมทางเพศของนักเรียน

จากผลการวิจัยที่พบว่า จำนวนนักเรียนอาชีวศึกษาปีที่ 2 มีเพศสัมพันธ์ มากกว่านักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 2 อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของ นักเรียน คือ 14-15 ปี และนักเรียนทุกชั้นปีส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.0 ขึ้นไปมีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก และร้อยละ 92.0 ขึ้นไป มีการคุมกำเนิดเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ทั้งนี้ พบว่าร้อยละของการใช้ถุงยาง คุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดน้อยกว่าเมื่อ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเล็กน้อยนั้น อภิปรายได้ว่าร้อยละ ของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ที่พบจากการศึกษานี้ ยังคงเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ⁽³⁵⁾ ศรีเพ็ญ ตันติเวส และ คณะ⁽⁵⁾ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์⁽³⁶⁾ และจากรายงาน ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)⁽³⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกันว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ของ วัยรุ่นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555-2560 คืออายุ 15-16 ปี โดยนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาประมาณร้อยละ 10.0

และอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 ประมาณร้อยละ 40.0-50.0 เคยมีเพศสัมพันธ์

การที่ตัวเลขร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์ยังไม่ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่สูงขึ้น และอายุเฉลี่ยของการมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่น้อยลงนั้น มีตัวอย่างการดำเนิน- งานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของ ประเทศสหราชอาณาจักรอังกฤษ⁽³⁸⁾ ที่ต้องใช้เวลาดำเนินการ 5 ปี จึงเริ่มมีค่าสถิติต่างๆ ดีขึ้น และเมื่อดำเนิน โครงการไปถึง 10 ปี จึงสามารถลดจำนวนการตั้งครรภ์ วัยรุ่นลงได้เกือบร้อยละ 50.0

ประเด็นนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีร้อยละของการ คุมกำเนิดครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้น แต่ใช้ถุงยางอนามัยในการ คุมกำเนิดครั้งล่าสุดน้อยลง ผลการวิจัยนี้ไม่ตรงกับข้อมูล ในรายงานของกรมอนามัย⁽³⁶⁾ ที่พบว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555-2558 การใช้ถุงยางอนามัย ของวัยรุ่นเมื่อมีเพศ-สัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ส่วนประเด็นการใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดเมื่อ มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดน้อยกว่าการใช้เมื่อมีเพศสัม-พันธ์ครั้งแรกที่พบในการศึกษาครั้งนี้ นั้น สามารถอธิบาย ได้ว่า เนื่องจากนักเรียนรู้จักวิธีคุมกำเนิดหลายวิธีมากขึ้น จึงเลือกใช้วิธีอื่นๆ โดยเฉพาะนักเรียนหญิงที่พบว่าใช้ยา คุมกำเนิด และยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นร้อยละ ของการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายทุกชั้นปีที่ร่วม ในการศึกษาคั้งนี้ โดยภาพรวมถือว่ายังไม่น่าพอใจ และ อาจจะสะท้อนว่า กิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นอยู่นั้นเป้าหมายที่วัยรุ่นหญิง และ เลเยวัยรุ่นชาย ทำให้วัยรุ่นชายยังคงความเชื่อที่บอกต่อกันมาว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นอุปสรรคต่ออารมณ์และ ความรู้สึกของการมีเพศสัมพันธ์ จึงขาดความรับผิดชอบ ต่อการมีเพศสัมพันธ์ และยกให้เป็นความรับผิดชอบของ ผู้หญิงที่ต้องป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์

4. ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการ

จากผลการวิจัยที่พบว่าทุกจังหวัดรายงานจำนวนการ คลอดของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ต่อ 1,000 คน ลดลง อภิปรายได้ว่าเวลาที่ตัวเลขจำนวนการคลอดของวัยรุ่นได้

ลดลงนั้นอาจเป็นผลจากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ก่อนที่จังหวัดจะได้รับทุนจาก สสส. อย่างไรก็ตาม จำนวนการลดดังกล่าวก็ยังถือว่าน้อยเกินไป ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งระบุว่าการลดโดยรวมต้องเป็นลดลงร้อยละ 50.0 จากฐานเดิมภายในปี พ.ศ. 2569

สำหรับเหตุผลที่พบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ช้านั้น มีรายงานของกรมอนามัยระบุว่า ข้อมูลภาพรวมของเขตสุขภาพทุกเขตในปีงบประมาณ 2561 มีวัยรุ่นร้อยละ 16.05 ตั้งครรภ์ซ้ำ⁽³⁹⁾ และมีรายงานวิจัยเกี่ยวกับสาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำของโรงพยาบาลบางแห่ง⁽⁴⁰⁻⁴²⁾ ดังตัวอย่างการศึกษาของอังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ และสมจิตร เมือง-พิล⁽⁴⁰⁾ ศึกษาที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า ในจำนวนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 70 คน ที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปนั้น จำนวน 52 คนตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ การศึกษานี้ได้สรุปสาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำว่า หญิงวัยรุ่นที่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำมักเป็นวัยรุ่นตอนปลาย (อายุเฉลี่ย 18 ปี) มีสามีอายุมากกว่า ไม่คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ มีเจตคติทางบวกต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หรือเชื่อว่าบุคคลใกล้ชิดคาดหวังให้ตนเองตั้งครรภ์ซ้ำ และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับดี

กรณีที่พบว่า หญิงอายุ 15-19 ปี ที่คลอดหรือแท้งได้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด) เพิ่มมากขึ้นนั้น เหตุผลหลักจากข้อมูลเชิงคุณภาพคือวัยรุ่นและผู้ปกครองได้รับข้อมูลเรื่องนี้มากขึ้น และสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเรื่องยา⁽²⁹⁾ ทั้งนี้ มีตัวอย่างการดำเนินงานของรัฐโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่าเหตุผลสำคัญที่ทำให้รัฐโคโลราโดประสบความสำเร็จในการลดจำนวนแม่วัยรุ่นลงได้อย่างมาก คือ การให้บริการคุมกำเนิดระยะยาวด้วยยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัยฟรีแก่วัยรุ่น ทำให้สถิติของผู้หญิงที่ใช้วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรระยะยาวแล้วตั้งครรภ์

เหลือเพียงร้อยละ 1.0 เท่านั้น⁽⁴³⁾

ส่วนการที่ทุกจังหวัดไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงจำนวนนักเรียนหญิงและนักเรียนชายที่ออกจากโรงเรียนกลางคันเนื่องจากการตั้งครรภ์นั้น อธิบายได้ว่า ทศนคติเรื่องเพศในวัยรุ่นของครู และผู้บริหารโรงเรียนจำนวนหนึ่งเห็นว่าการที่นักเรียนตั้งครรภ์ในโรงเรียนทำให้โรงเรียนเสียชื่อเสียง จึงไม่แสดงข้อมูลนักเรียนออกจากโรงเรียนเนื่องจากการตั้งครรภ์ ทั้งนี้มีรายงานของสายด่วนปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อม 1663 ซึ่งรายงานที่ สสส. เมื่อวันที่ 2 พ.ค. 2560 ว่า สถานศึกษาจำนวนมากซ้ำเติมนักเรียนที่ตั้งครรภ์โดยทศนคติ ทำที่ของผู้บริหาร รวมทั้งแนวปฏิบัติที่ผ่านมาของโรงเรียนจำนวนหนึ่ง ไม่ได้ส่งสัญญาณว่าจะช่วยเหลือเด็ก แต่กลับมองว่าเป็นอุปสรรคต่อการเรียนต่อ แม่พ่อแม่ต้องการให้ลูกได้เรียน หรือเด็กต้องการเรียน แต่เด็กที่ตั้งครรภ์หลายคนถูกกระทำจากโรงเรียน คือ ให้ออกจากสถานศึกษา ย้ายที่เรียนให้ หรือพักการเรียน เป็นต้น⁽⁴⁴⁾

สรุป

การดำเนินงานโดยใช้ภารกิจ 9 ด้านเป็นแนวคิดนำ ทำให้หลายจังหวัดพัฒนาจากการทำงานแบบแยกส่วนมาเป็นการทำงานเชิงบูรณาการได้ เกิดองค์ความรู้ 8 ประการที่ส่งเสริมให้การขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นไปได้ดี และทุกจังหวัดมีผลงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ยกเว้นไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงจำนวนนักเรียนหญิง และนักเรียนชายที่ออกจากโรงเรียนกลางคันเนื่องจากการตั้งครรภ์

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินงานในพื้นที่ปฏิบัติการที่เฉพาะเจาะจงใน 17 จังหวัดที่ได้รับทุนจาก สสส. เท่านั้น ผลการวิจัยจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยได้ข้อความรู้จำนวนมากที่สามารถถ่ายทอดไปสู่จังหวัดอื่นๆ ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดได้

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงาน เช่น กรมอนามัย สสส. ควรเผยแพร่องค์ความรู้ 8 ประการให้กับจังหวัดต่าง ๆ หรือประสานให้จังหวัดที่ต้องการองค์ความรู้ได้เรียนรู้กับจังหวัดที่เป็นต้นแบบโดยตรง รวมทั้งการนำไปเสนอในการประชุมต่าง ๆ ทั้งในระดับชาติ และระดับภูมิภาค

2. หน่วยงานด้านการจัดการศึกษาทุกระดับ ควรเร่งรัดให้มีการจัดระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในโรงเรียนอย่างครบวงจร ทั้งในระดับต้นน้ำ (เพศวิถีศึกษาที่ครบถ้วน มากพอ ต่อเนื่อง) กลางน้ำ (ให้คำปรึกษา ส่งต่อถูกต้อง ทันเวลา) และปลายน้ำ (เยียวยา สร้างเสริมคุณภาพชีวิต โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ไม่มีการตีตรา)

3. ให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาสังคมได้สร้างสรรค์กิจกรรม และสื่อสารแนวคิดเชิงบวกเรื่องเพศในวัยรุ่นผ่านช่องทางสื่อสารทั้งของรัฐ และเอกชน ทั้งที่เป็น on line และ off line ให้กว้างขวาง และไม่ย้อนแย้งกันเอง

4. ควรส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมได้ทำงานร่วมกับวัยรุ่นสร้างสรรค์กิจกรรมที่จะทำให้วัยรุ่นชายปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และให้ข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจใช้ ขณะเดียวกันการสร้างพลังอำนาจให้วัยรุ่นหญิงที่ตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ สามารถทำให้ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และนักเรียนที่ตอบแบบสอบถาม ที่ให้เวลาและแบ่งปันประสบการณ์แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณ สสส. ที่สนับสนุนงบประมาณ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ประชากรจากทะเบียนการเกิด

การตาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.

2. United Nations. Update for the MDG database: adolescent birth rate 2012. Department of Economic and Social Affairs, Population Division [Internet]. [cited 2013 Nov 25]. Available from: <http://unstats.un.org/pop/DB/Fert/A/MDG2012>

3. สำนักงานคณะกรรมการเจริญพันธุ์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบายแนวทางการดำเนินงานและติดตามผล. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสมรรถนะการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.

4. สำนักงานคณะกรรมการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสมรรถนะการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.

5. ศรีเพ็ญ ตันติเวส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทรา ยมาภัย, ยศศิริวัฒนานนท์, ชลัญจกร โยธาสมุทร, อภิญา มัคเดช, และคณะ. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2556.

6. คณะกรรมการการสาธารณสุขชุมชน. สรุปผลการสัมมนาเรื่องเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านการส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและด้านการสาธารณสุข, 4 กุมภาพันธ์ 2554, รัฐสภา. กรุงเทพมหานคร: รัฐสภา; 2554.

7. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. แม่วัยใส: ความท้าทาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: แอดวานซ์ปริ้นติ้ง; 2556.

8. UNICEF. The national campaign to prevent teen pregnancy: teen pregnancy and education 2010 [Internet]. [cited 2012 August 14]. Available from: <http://www.thenationalcampaign.org/why-it-matters/pdf>

9. องค์การแพธ. ก้าวที่กล้า บนทางไกล: ตัวอย่างการนำเพศศึกษาเข้าสู่หลักสูตรสถานศึกษา ประสบการณ์จากโรงเรียนในโครงการก้าวอย่างมั่นใจ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.teenpath.net/data/book/00031/tpfile/00001.pdf>

10. ศิริพร จิรวัดน์กุล, อีรณัฐ ห่านิรติศัย, ณัฐพัชร์ บัวบุญ, พกตร์วิไล ศรีแสง, พวงผกา คงพัฒนานนท์, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, และคณะ. กระบวนทัศน์เรื่องเพศกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสังคมไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:378-88.

11. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล 2559;31:5-16.

12. ศิริพร จิรวัดณ์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, นิลุบล รุจิรประเสริฐ. บทเรียนการพัฒนาสายด่วนช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล 2559;31:5-15.
13. ศิริพร จิรวัดณ์กุล, กัลยา พัฒนศรี, กฤตยา แสงเจริญ, ทรงพร จันทรพัฒน์, ณิชพัฒน์ บัวบุญ, พวงผกา คงวัฒนา-นนท์, และคณะ. รายงาน โครงการประเมินผลแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2559.
14. Teenage Pregnancy Independent Advisory Group. Teenage pregnancy: past success – future challenges. 2010. TPIAG-FINAL-REPORT [Internet]. [cited 25 December 2014]. Available from: <http://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/2258>
15. สำนักควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ. เอกสารคำแนะนำเบื้องต้นการพัฒนาการดำเนินงานตามภารกิจ 9 ด้านเพื่อป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดที่มีประสิทธิผล. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
16. ศิริพร จิรวัดณ์กุล, กัลยา พัฒนศรี, กฤตยา แสงเจริญ, ทรงพร จันทรพัฒน์, ณิชพัฒน์ บัวบุญ, บุญมี ภูด่านจัว, และคณะ. รายงานวิจัยเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานเชิงบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2561.
17. ศิริพร จิรวัดณ์กุล, กัลยา พัฒนศรี, กฤตยา แสงเจริญ, ทรงพร จันทรพัฒน์, ณิชพัฒน์ บัวบุญ, บุญมี ภูด่านจัว และคณะ. ตัวแบบการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ความหมายและการดำเนินงาน. วารสารสภาการพยาบาล 2560;32:5-24.
18. Van Manen M. Researching Lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. London, Ontario: Althouse; 1990.
19. Von Bertalanffy L. General systems theory. New York: George Braziller; 1968.
20. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
21. ศิริพร จิรวัดณ์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2553.
22. Ryan GW, Bernard HR. Techniques to identify themes. Field Methods 2003;15:85-109.
23. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพชรรัตน์ พรหมนารท, ณิชรัชต์ สาเมาะ, มุจลินทร์ ชลรัตน์, คุณากร การชะวี. รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานการศึกษาไทย. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
24. Silva M. The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinent behavior: a meta-analysis. Health Education Research 2002;17: 471-81.
25. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. แนวทางการดำเนินงานเพศวิถีศึกษาโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ: การให้ความสำคัญต่อสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.countryoffice.unfpa.org/thailand/drive/CSE/NFPAjan-2016.pdf>
26. UNFPA East and Southern Africa Regional Office. How effective is comprehensive sexuality education in preventing HIV? [Internet]. [cited 15 Jun 2018]. Available from: <https://esaro.unfpa.org/sites/default/CSE.pdf>
27. มูลนิธิแพธทูเฮลท์. รายงานการดำเนินงานการให้บริการคำปรึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศออนไลน์. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิแพธทูเฮลท์; 2560.
28. Pound P, Denford S, Shucksmith J, Tanton C, Jhonson AM, Owen J, et al. What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. BMJ Open [Internet] 2017 [cited 15 Jun 2018];7:e014791.doi:10.1136/bmjopen-2016-014791. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/5/e014791.full.pdf>
29. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ลดปัญหาแม่วัยรุ่นสปสช.-กรมอนามัย ใ้ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยฟรี. เอกสารประชาสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTA3MQ=>
30. สำนักงานแม่การเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และเยาวชน ปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://www.rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/CRH2558_Newupdate.pdf

31. องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: UNICEF; 2558.
32. Alford S. Best practices for youth friendly clinical services [Internet]. [cited 2018 June 15]. Available from: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/1347-best-practices-for-youth-friendly-clinical-services>
33. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มณฑา เก่งพานิช, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. โครงการวิจัยประเมินผลการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
34. Country Coordinating Mechanism Thailand. สารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thailandccm.org/wp.../02/GF-and-CCM-Thailand-background.pdf>
35. ศิริพร จิระพัฒนกุล, กฤตยา แสงเจริญ, ดารณี จงอุดมการณ์, นิลบล รุจิระประเสริฐ, บำเพ็ญ คำดี, รชยา ยิกุสงฆ์, และคณะ. สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น: การรับรู้ของวัยรุ่นใน 7 จังหวัดของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2555; 21:865-77.
36. สำนักการอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2561]. แหล่งข้อมูล: http://rh.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=1&filename=index
37. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. แม่วัยใส: ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: แอดวานซ์ปริ้นติ้ง; 2556.
38. Hadley A, Ingham R, Chandra-Mouli V. Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): how was this done and what did it achieve? *Reproductive Health* 2016;13:139.
39. กรมอนามัย. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 16 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=4f7d8042fb0a064b25f29a48f6ccd23f
40. อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์, สมจิตร เมืองพิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2558;30:262-9.
41. เกตย์สิริ ศรีวิไล. การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2559;3:142-52.
42. ปฏิญา เอี่ยมสำอางค์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภามลสินธุ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* 2556;8:55-67.
43. Travernise S. Colorado's effort against teenage pregnancies is a startling success. A version of this article appears in print on July 7, 2015, on Page A1 of the New York edition with the headline: Colorado finds startling success in effort to curb teenage births [Internet]. [cited 2018 Jun 10]. Available from: https://www.nytimes.com/2015/07/06/science/colorados-push-against-teenage-pregnancies-is-a-startling-success.html?_r=0
44. สยามรัฐ วันอังคารที่ 16 ตุลาคม 2561. วัยรุ่นท้องไม่พร้อม ไม่กล้าบอกครู หวันโดนไล่ออก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://siamrath.co.th/n/25732>

Abstract: An Integration of Prevention and Resolution to Teenage Pregnancy in 17 Provinces: Phase II Findings

Siriporn Chirawatkul, Ph.D. and the Research Team*

WHO Collaborating Centre for Research and Training on Gender and Women's Health, Khon Kaen

Journal of Health Science 2018;27:1023-38.

This mixed methods study aimed to identify perceptions of a result from an integrations, level of required knowledge related to pregnancy prevention and safe sexual behaviors among teenage in schools, and outcomes of the integration. Research design was concurrent nested qual+quan. The study was conducted in 17 provinces during July 2016 – June 2018. In qualitative part, a purposive sampling and snowball technique were used to recruit key informants. Data was saturated at 1,401 participants. Focus group discussions, interviews and document analysis were employed for data collections. Data was analyzed by thematic analysis. In the survey part, two-stage cluster sampling was used and there were 10,025 students of high school grades two and four, and second year vocational students participated in the study. A set of questionnaire was used for data collection and descriptive statistics was employed for analysis. Analyzed data from both qualitative study and survey of all provinces were pulled to combine for identifying research results. The findings were as follow. Firstly, nine missions leading to integration and eight sets of knowledge were emerged. Secondly, percentage of students with required knowledge reach 70 percent and above was 45.0–80.0. Percentages of vocational students, high school grade four and high school grade two students who had sexual experienced were 41.4, 12.8 and 6.3. An average age at the first sexual engagement was 14–15 years old. Ninety percent of students who had sexual experienced used contraceptive devices at the first engagement and 92.0% at their last sexual encounter. Condom used in the last encounter was slightly lower than the first one. Thirdly, the rate of delivery in women aged under 20 decreased while number of repeated pregnancy increased; and there was increasing number of providing contraceptive implant for teens. Data on female and male students leaving school due to pregnancy were not available in all provinces. The findings revealed that the integration employed in 17 provinces created a number of knowledge resulting in favorite findings. It is suggested that dissemination of the knowledge would contribute to the work of the provincial committees on teenage pregnancy in order to move forward strategies indicated in the Teenage Pregnancy Act 2017.

Key words: teenage pregnancy, integration, mixed methods study

* The Researcher Team members include:

Khon Kaen University: Siriporn Chirawatkul, Ph.D.; Somporn Runreagkulkij, Ph.D.; Kritiya Sawangchareon, Ph.D.; Soyj Anusornteerakul, Ph.D.; Somporn Watananukulkiat, M.Sc.; Yupa Thavonpitak, M.Sc.; Inkgata Kotnara, M.N.S.

Chiang Mai University: Warunee Fongkaew, Ph.D.; Saowaluck Settheekul, Ph.D.

Wongchavalitkul University: Kalaya Patanasri, M.P.H.

Maharakham University: Somsaowanuch Chamusri, Ph.D.; Boonmee Phoodaangau, D.N.S.; Wiravan Kumvan, Ph.D.; Sirirat Sripola, D.N.S.

Thammasat University: Puangpaka Kongvattananon, Ph.D.; Natthapat Buaboon, Ph.D.

Mahidol University: Acharaporn Seehirunwong, D.N.S.; Ameporn Ratinthorn, Ph.D.; Attitaya Pornchaikate Au Yeong, Ph.D.

Prince of Songkla University: Benyapa Thitimapong, Ph.D.

Boromarajonani Nursing College Uttaradit: Sitanan Srijaiwong, D.N.S

Panomprai Hospital, Rio Et Province: Piyalak Pakdeesamai, M.Sc.

Independent Scholars: Siribhan Pantuma-opat, M.Sc.; Wongchan Petpichetchian, Ph.D.; Songporn Chuntharapat, Ph.D.