**ชื่อเรื่อง:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้เสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลโนนสูง

Factors are association with perceived risk behavior of unwanted adolescent

pregnancy Tambon Nonsung

**1. ที่มาและความสำคัญ**

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและตื่นตัวที่จะหามาตรการป้องกัน  
และแก้ไข องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดนโยบายเชิงรุก โดยกำหนดให้การลดอัตราเกิดมีชีพโดย  
มารดาอายุ 15-19 ปี (Adolescent birth rate) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) ซึ่งในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก และสื่อต่าง ๆ ที่มีเนื้อหายั่วยุเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันอย่างอิสระมากขึ้น จากการที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์และขาดความพร้อมในการมีชีวิตครอบครัว เป็นผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอัตราที่สูง (สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, 2555) โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ข้อมูลในปี ค.ศ. 2010 พบว่าอัตราการคลอดประมาณ 17.3 ราย ต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 รายที่ตั้งครรภ์อายุ 15 - 17 ปี เมื่อพิจารณาอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็น 34.3 ราย ต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย ซึ่งมีแนวโน้มของอัตราคลอดลดลงเรื่อย ๆ อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 65 ราย ต่อสตรีวัยรุ่น1,000 ราย สูงสุดในกลุ่มประเทศแถบแอฟริกาใต้ บางประเทศในเอเชียใต้ และลาตินอเมริกา รองลงมาคือ ตะวันออกกลางแอฟริกาเหนือ สหรัฐอเมริกา และยุโรปตะวันออก ส่วนประเทศที่มีอัตราคลอดในสตรีวัยรุ่นต่ำสุด คือ ประเทศแถบสแกนดิเนเวีย สวิตเซอร์แลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลี และจีน (Beth Azar,2012; Carmen Solomon-Fears, 2012)

สถานการณ์จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2013 พบว่า ข้อมูลล่าสุดจาก World Health  
Statistics 2013 ได้รายงานอัตราเกิดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลกในมารดาอายุ 15-19 ปี ปี พ.ศ. 2549 - 2553  
อยู่ที่ 48.9 ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน อย่างไรก็ตามอัตราเกิดมีชีพในมารดาอายุ  
15-19 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละภูมิภาคของโลก โดยทวีปแอฟริกามีอัตราเกิดมีชีพเฉลี่ย  
สูงถึง 115 ในขณะที่ทวีปยุโรปมีค่าเฉลี่ยต่ำเพียง 23 นอกจากนี้แล้วอัตราเกิดมีชีพโดยมารดาอายุ  
15-19 ปี ยังมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยสูง (High Income Country)  
และกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำ (Low Income Country) โดยในกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำมีอัตราเกิดมีชีพโดยมารดาอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยสูงถึง 112 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ใน  
ขณะที่กลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยสูงมีอัตราเกิดมีชีพโดยมารดาอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยเพียง 20 ต่อ  
1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี (WHO, 2013)

### สำหรับรายงานสถานการณ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ในประเทศไทยจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนหญิง โดยมีรายงานการคลอดบุตรในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งพบว่า ปี พ.ศ. 2557 ลดลงจาก พ.ศ. 2556 ทั้งในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เท่ากับ 1.6 ต่อประชากร หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และ 47.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558) และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2555 ประชากร 65 ล้านคน มีสตรีวัยรุ่น 23 ล้านคน ในจำนวนนี้มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ถึง 1 แสนคน/ปี (อรพินธ์ เจริญผล, 2555) สำหรับสถิติการมีบุตรของวัยรุ่น มีจำนวนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนดถึง 71 จังหวัด ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 สูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ของทวีปเอเชีย ข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2555) พบว่า ในภาพรวมของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 มีการเกิดจากเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งน่าจะถือว่าอยู่ในวัยที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเป็นแม่จำนวน 3,676 คน และมารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งหมดจำนวน 114,001 คน ซึ่งในจำนวนนี้พบว่ามีแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 8 ปี ในขณะที่พ่อวัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 10 ปี และยังพบว่าทารกที่เกิดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตรา 51.67 : 48.33 ค่าเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีค่า 90 ต่อ 1,000 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงสุดในทวีปเอเชีย (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน และคาดว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าการแท้งเองถึง 10 เท่า (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุรนาท ขมะณะรงค์, 2551) เมื่อวิเคราะห์จากรายงานสถานการณ์อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ในปี พ.ศ.2556 แยกเป็นเขตบริการสุขภาพ พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 6 มีอัตราการคลอดร้อยละ 64.9 รองลงมาคือเขตบริการสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 60.2 ส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยร้อยละ 44.9 ซึ่งจังหวัดขอนแก่นมีอัตราสูงที่สุด ร้อยละ 52.0 รองลงมาคือจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 46.2 () และปี พ.ศ.2559 รายงานการคลอดและการคุมกำเนิดของแม่อายุน้อยกว่า 19 ปี เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 19 ปีที่ได้รับการคลอด จำนวน 688 คน คิดเป็นร้อยละ 12.41 ในจำนวนนี้เป็นหญิงที่ตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 9.30 ส่วนอำเภอยางตลาดพบรายงานหญิงอายุน้อยกว่า 19 ปีที่ได้รับการคลอด ร้อยละ 13.90 เป็นหญิงที่ตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 9.62 และตำบลโนนสูงซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาวิจัย ปี พ.ศ.2558 พบรายงานหญิงอายุน้อยกว่า 19 ปีที่ได้รับการคลอด ร้อยละ 13.90 เป็นหญิงที่ตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 9.62 (สสจ.กาฬสินธุ์, 2559)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วุฒิภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงนับว่าเป็นวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เริ่มมีความรู้สึกทางเพศซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติ แม้ในปัจจุบันจะได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนนับตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งการสอนในระดับนี้มักจะไม่มีปัญหายุ่งยากมากนักเพราะเด็กยังไม่มีอารมณ์เพศเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่พอในระดับมัธยมศึกษาร่างกายจะเริ่มเกิดความเปลี่ยนแปลงจนเห็นความแตกต่างระหว่างชาย-หญิง (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) อีกทั้งยังมีปัจจัยสำคัญๆ ที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เช่น ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การเห็นคุณค่าของตนเอง ปัจจัยด้านครอบครัวของวัยรุ่น เช่น ลักษณะครอบครัวที่เลี้ยงดูมามีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น เช่น การเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การคบเพื่อนที่  
ชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่วยุ หรือวัฒนธรรมที่มีส่วนกำหนดให้มีการแต่งงานในเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุน้อย เป็นต้น (ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, 2556)

เมื่อวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร ย่อมส่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากความไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ตามมา ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก โดยเฉพาะการนำไปสู่การทำแท้ง ผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า อุบัติการณ์ของการทำแท้งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2551 คือ  
ประมาณ 43.8 ล้านครั้ง ปัญหาหลักของการทำแท้งทั่วโลกคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง  
ที่ไม่ปลอดภัย (World Health Organization, 2011) ส่วนรายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย ในโรงพยาบาลจำนวน 13 จังหวัด โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้ป่วยทำแท้งจำนวน689 ราย โดยเป็นการทำแท้งที่มีเหตุผลด้านสุขภาพร้อยละ 30.8 และเป็นการทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจสังคมและครอบครัว ร้อยละ 69.2 ซึ่งผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว ร้อยละ 36.1 เป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 30 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 57.5 มีอายุต่ำกว่า 25 ปี มีการทำแท้งซ้ำร้อยละ 10.9 และร้อยละ 88.7 ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ครั้งนี้ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558) นอกจากภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งแล้ว การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์สูงกว่าการตั้งครรภ์ทั่วไป โดยมีการเกิดภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีภาวะตกเลือดหลังคลอด มีภาวะป่วยทางจิต นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อทารกเสียชีวิตหลังคลอดภายใน 7 วัน เสี่ยงต่อทารกคลอดก่อนกำหนด เพิ่มความเสี่ยงต่อทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย และทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด (Department of Making Pregnancy Safer, 2010) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า มารดาวัยรุ่นมีโอกาสสูงที่จะหยุดการศึกษากลางคันหรือเรียนไม่จบ นอกจากนี้เด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นยังมีความเสี่ยงที่จะเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ อีกด้วย (The National Campaign to Prevent Teen pregnancy, 2016)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วุฒิภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงนับว่าเป็นวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เริ่มมีความรู้สึกทางเพศซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นวัยที่มีการรับรู้และเข้าใจถึงปัจจัยด้านต่าง ๆ เรื่องเพศมากขึ้น แม้ในปัจจุบันจะได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนนับตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งการสอนในระดับนี้มักจะไม่มีปัญหายุ่งยากมากนักเพราะเด็กยังไม่มีอารมณ์เพศเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่พอในระดับมัธยมศึกษาร่างกายจะเริ่มเกิดความเปลี่ยนแปลงจนเห็นความแตกต่างระหว่างชาย-หญิง อีกทั้งวัยรุ่นอาจเรียนรู้เรื่องเพศจากสื่อต่าง ๆ ทำให้วัยรุ่นมีทัศนคติ ค่านิยม แนวคิดในเรื่องเพศสัมพันธ์เปลี่ยนไป และเป็นผลเสียมากกว่าจะเกิดประโยชน์ ในปัจจุบันวัยรุ่นมักเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นเรื่องปกติ ทำให้วัยรุ่นขาดการป้องกันตนเองเนื่องจากขาดทักษะที่ดี และขาดความตระหนักถึงปัญหาที่จะตามมา (สุมาลัย นิธิสมบัติ, 2553) ซึ่งปัจจัยหลายๆ อย่างล้วนมาจากการรับรู้ถึงเนื้อหาที่ไม่ถูกต้อง โดยอาจมาจากความไม่รู้เอง หรือไม่ได้รับการเรียนรู้ทั้งจากโรงเรียนหรือครอบครัวซึ่งมาจากการมีผู้ชี้แนวทางที่ถูกต้องให้ ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงปัญหาของรับรู้ปัจจัยเสี่ยงในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในเขตตำบลโนนสูงที่ชัดเจน ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูงจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เพื่อให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปอ้างอิงและใช้ประโยชน์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นต่อไป

**2. คำถามการวิจัย**

ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้เสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลโนนสูง

**3. วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้เสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

ตำบลโนนสูง

**4. สมมติฐานการวิจัย**

ปัจจัยภายในและภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักเรียนเขตตำบลโนนสูง

**5. ขอบเขตการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษากลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มวัยรุ่น/วัยเรียน อายุ 12 – 19 ปี ซึ่งเป็นนักเรียนในเขตตำบลโนนสูงจำนวน 5 โรงเรียน

**6. นิยามศัพท์เฉพาะ**

**วัยรุ่น (adolescent)** หมายถึง วัยที่เป็นช่วงเวลาในการเจริญเติบโตของมนุษย์ เป็นช่วงของการพัฒนาที่เกิดขึ้นหลังจากในวัยเด็กและก่อนวัยผู้ใหญ่ อยู่ในช่วงระหว่างอายุ 10 -19 ปี (World Health Organization, 2011)

**การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์** (**Unwanted pregnancies**) หมายถึง สถานการณ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้มีการวางแผนการณ์จะให้เกิดขึ้น การไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดการถูกข่มขืนจน ตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ก่อนการสมรส ตลอดจนความไม่พร้อมในด้านภาวะต่างๆ ด้านเศรษฐกิจ การไม่รับผิดชอบของบิดาของเด็กในครรภ์ เป็นต้น

**การรับรู้ (perception)** หมายถึง ขบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่สิ่งเร้ากระตุ้นการรู้สึกและถูกตีความเป็นสิ่งที่มีความหมายโดยใช้ความรู้ ประสบการณ์และความเข้าใจของบุคคล (Bernstein. 1999 : 72)

**7.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

ทราบถึงปัจจัยที่มีผลและมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ถึงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นหลักฐานและแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น อันจะส่งผลกระทบทั้งต่อมารดา ทารก ครอบครัว และต่อสังคมตามมาในอนาคต

**8. กรอบแนวคิดในการวิจัย**

**ปัจจัยภายใน** ได้แก่  
- ลักษณะครอบครัว  
- ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์  
- ความรู้การคุมกำเนิด

**ปัจจัยภายนอก** ได้แก่  
- สังคม สิ่งแวดล้อม  
- สื่อ

- วัฒนธรรม

- ค่านิยม

การรับรู้การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น

**9. รูปแบบงานวิจัย**

การศึกษานี้เป็นเป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive)

**10. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษาคือ เพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 12 – 19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตตำบลโนนสูง จำนวน 200 คน

**11. กลุ่มตัวอย่าง**

สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้คือ การประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ 

n = ขนาดตัวอย่าง

N-1 = ขนาดของประชากร

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดจากการประมาณค่า

= ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะของประชากร

Z = confidence coefficient ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด 

= ความแปรปรวนของตัวแปรผลที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง

แทนค่า 

n = 73 คน

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่เอาใส่คืน

**12. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล**

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจาก มาลีวัล เลิศสาครศิริ (2557) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1**ข้อมูลลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจุบันพักอาศัยกับอยู่ใคร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสจำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ

**ส่วนที่ 3** ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ

**ส่วนที่ 4** ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคล จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ

**ส่วนที่ 5** ความรู้เกี่ยวการมีเพศสมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ

**13. ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน**

**ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ (Planning)**

1.1 ประชุมชี้แจงคณะทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ

1.2 จัดทำหลักสูตรการอบรมตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

**ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)**

2.1 กิจกรรมละลายพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย

2.2 รับฟังกายบรรยายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยเรียน

2.3 กิจกรรม walk rally

- ฐาน 1 ป้องกันไว้ก่อน ไม่ท้อง ไม่ทุกข์(การวางแผนครอบครัว)

- ฐาน 2 ทางรอดที่เลือกได้ เอดส์หรืออด(โรคติดทางเพศสัมพันธ์และเอดส์)

- ฐาน 3 จริงหรือมั่วชัวร์หรือไม่(ความเชื่อและพฤติกรรมเสี่ยง)

- ฐาน 4 เสพไม่ติด คิดกันไว้ (ยาเสพติด)

- ฐาน 5  สุขอนามัยที่ดี ชีวีมีสุข(อนามัยวัยรุ่น)

2.4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**ขั้นตอนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามประเมินผล**

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงาน

3.3 คืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้กับโรงเรียนในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ

**14. สถิติ/วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล**

**1. สถิติเชิงพรรณนา** วิเคราะห์และนำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สภาพที่พักอาศัย ครอบครัวปัจจุบัน รายได้

1.2 ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความรู้การคุมกำเนิด สังคม สิ่งแวดล้อม สื่อ และวัฒนธรรม ค่านิยม ลักษณะครอบครัว และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น

**2. สถิติเชิงวิเคราะห์** ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่องและตัวแปรต่อเนื่อง สถิติที่นำเสนอคือ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient) ได้แก่ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความรู้การคุมกำเนิด สังคม สิ่งแวดล้อม สื่อ และวัฒนธรรม ค่านิยม และลักษณะครอบครัวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น

**15. เอกสารอ้างอิง**

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 5(1): 90-98.

วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย. *วารสารสภาการพยาบาล 2553;* 25(4): 5-9.

ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556. หน้า 33 – 40.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ สุรนาท ขมะณะรงค์. ปัจจัยทำนายการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์* มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551; 31: 1.

สสจ.กาฬสินธุ์. Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ [Internet]. 2559 [cited 2016 Jun 21]. Available from: [http://203.157.186.112/hdc/reports/report.php?source=formated/labor19\_fp.php&cat\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=8ba49d4335c565186c0d9a131b84edaa#](http://203.157.186.112/hdc/reports/report.php?source=formated/labor19_fp.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=8ba49d4335c565186c0d9a131b84edaa)

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. Fact Sheet วัยรุ่น...วัยเรียนกับอนามัยเจริญพันธุ์ [Internet]. 2558. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/download/pdf/FactSheet-%20OK.pdf

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. จำนวนและอัตราการคลอดในวัยรุ่น ตามเขตสุขภาพ ปี 56 [Internet]. 2556. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/download/pdf/จำนวนและอัตราการคลอดในวัยรุ่น ตามเขตสุขภาพ ปี 56.pdf

สุมาลัย นิธิสมบัติ. การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2553).

สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ. ในวิกฤติในเวชปฏิบัติปริกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด. 2555, หน้า 143-149.

อรพินธ์ เจริญผล. *การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ : บทบาทพยาบาล.* ในวิกฤติในเวชปฏิบัติปริกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด. 2555, หน้า 157-162.

Beth Azar, M.A. Adolescent Pregnancy Prevention. *American Journal of Public* *Health 2012;* 102(10): 1837-1841.

Department of Making Pregnancy Safer. Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization; 2010.