



โครงการวิจัย

ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกัน การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
(สสว.3)



โดย สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 (นครปฐม)



โครงการวิจัย

ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3

Social Care System and Prevention of Repeat Pregnancy among Adolescents
in Technical Promotion and Support Office3 Area

โดย

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์



ชื่อโครงการวิจัย	ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในเขตพื้นที่ รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
หน่วยงานวิจัย	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
ปี พ.ศ.	2565

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และเพื่อศึกษาระบบการดูแลและป้องกันให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ บุตร และครอบครัว ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ให้ข้อมูลจาก 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลจากวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำจำนวน 40 คน 2) ข้อมูลของบิดามารดา ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีฐานะเป็นผู้ดูแลวัยรุ่น จำนวน 40 คน และ 3) ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางสังคมอีก 15 คน รวมเป็น 95 คน ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2565 สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำระหว่างปี 2563-2565 มีจำนวน 76 คน, 55 คน และ 52 คน ลดลงตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ มีอายุ 18-20 ปี จบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 66.0 และประกอบอาชีพรับจ้างและว่างงาน รวมสูงถึงร้อยละ 69 ส่วนการศึกษาของบิดาและมารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รายได้รวมของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน การตั้งครรภ์ครั้งแรกมีอายุระหว่าง 13-15 ปี ร้อยละ 40.0 และสาเหตุเกิดจากการคุมกำเนิดพลาดและไม่ได้ป้องกัน ร้อยละ 60.0 ส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น มีอายุระหว่าง 15-17 ปี ร้อยละ 32.3 สาเหตุที่ตั้งครรภ์ซ้ำ ยังเป็นการคุมกำเนิดพลาดและไม่ได้ป้องกัน ร้อยละ 58.0 ความห่างในการตั้งครรภ์ครั้งแรกและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 50.0 ซึ่งการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมควรห่างกันอย่างน้อย 2 ปี เพื่อสุขภาพของมารดาและเด็ก การคุมกำเนิดหลังคลอด 1 เดือน ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาคุมกำเนิด แต่มีข้อกังวล คือไม่คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ เลย ทศนคติของครอบครัวต่อการตั้งครรภ์ครั้งแรกมองว่าไม่มีผลกระทบในทางลบสามารถรับมือได้ แต่เมื่อตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น มีทัศนคติใหม่ว่ามีผลกระทบทางลบอย่างแน่นอนและเป็นปัญหาในด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา และด้านสุขภาพ

การทำหน้าที่ของระบบทางสังคมต่อการตั้งครรภ์/การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผู้ให้ข้อมูลมองว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยลดความกังวลและผลกระทบลง เพราะมีการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ



เช่น 1) สถานศึกษา ให้เรียนต่อจนจบ 2) สถานพยาบาล ให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างดียิ่งต่อ กระบวนการตั้งครุฑและการคลอด และ 3) การขอรับคำปรึกษาด้านอื่น ๆ ส่วนระบบช่วยเหลือเกื้อกูล การตั้งครุฑวัยรุ่นและการตั้งครุฑซ้ำในวัยรุ่นนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มในอัตราใกล้เคียงกัน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ไม่ได้ขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานใดนอกจากสถานพยาบาลที่ฝากครุฑ กลุ่มที่ 2 ขอรับ ความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ ดังนี้ 1. ด้านการเงิน/สิ่งของสนับสนุน 2. ด้านบริการ สุขภาพแวดล้อมอื่นๆ 3. ด้านการป้องกันการตั้งครุฑซ้ำในวัยรุ่น โดยระบบทั้งสามด้านนี้ เป็นการทำงานเชิงรับเป็นหลัก และกลุ่มเจ้าหน้าที่ในฐานะผู้ให้บริการ ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสาธารณสุข กลุ่มการศึกษาและกลุ่มบริการสังคม ระบุว่างานในหน้าที่และความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับการตั้งครุฑใน วัยรุ่น มีการดำเนินการทั้งงานในเชิงรับและเชิงรุก แต่ยังมีข้อขัดในการทำงาน คือ ระเบียบของราชการ ที่ไม่เอื้อและเป็นอุปสรรค การแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานมีน้อย ขาดความต่อเนื่องของงาน และนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่น มีจุดคานงัดที่จะทำให้การพัฒนางานการตั้งครุฑในวัยรุ่น ให้มีประสิทธิภาพ คือ 1. ต้องสร้างความตระหนักรู้ให้กับตัววัยรุ่นเอง 2. มีระบบบริการดิจิทัล ที่ผู้รับบริการเข้าถึงได้ตลอดเวลา(เชิงรุก) 3. นโยบายและความต่อเนื่องของงาน 4. การมอบหมายงาน ที่ชัดเจนและระบบการประเมินติดตามผลที่เที่ยงตรง 5. การบูรณาการงานกับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านสังคม ภาครัฐควรมีนโยบายที่ส่งเสริมครอบครัว ให้มีเหตุผลและใช้พลังทางบวกในการดูแลกันและกัน ด้านการศึกษา การพัฒนาการศึกษานอกระบบ ที่เข้มแข็ง เป็นมิตรและมีความยืดหยุ่นสูง ส่วนการศึกษาในระบบ ส่งเสริมให้ครูมีเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ และดูแลเด็ก ๆ มากขึ้น ลดภาระงานวิชาการ และด้านสุขภาพ ควรมีบริการสุขภาพแบบเฉพาะสำหรับ วัยรุ่นตั้งครุฑ เป็นบริการที่เข้าถึงได้ง่ายและเป็นมิตรสูง การสร้างความตระหนักรู้ให้กับวัยรุ่น ถึงผลกระทบต่อนิยามตนเองในระยะยาว(Awareness) และที่สำคัญหน่วยงานภาครัฐควรมีการทบทวน เพื่อการลดทอนงานที่มีความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน จะทำให้เกิดการประหยัดต่อขนาด (Economy of Scale) และเกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น



Research title	Social Care System and Prevention of Repeat Pregnancy among Adolescents in Technical Promotion and Support Office 3 Area
Authority	Technical Promotion and Support Office 3
Year	2022

ABSTRACT

This study is aimed to find situation and factors affecting to teenage pregnancy in Prachuap Khiri Khan Province, also studying a protective current system for teenage pregnancy in both terms of pregnant teenagers and their families. Qualitative method was employed via in-depth interview and focus group from 3 groups of key-informants as 1) 40 repeat pregnant teenagers 2) 40 parents or caretakers of those teenagers and 3) 15 concerned officers responsible for social protection system by total of 95. Finding from this research reveals that the repeat pregnancy cases were reduced from 76,55 and 52 cases among 2020-2022. The key-informants who are teenagers age 18 - 20 years by 66.0 percent finished only Matthayom 3 (secondary level). About 69.0 percent are unemployed or work under general contract. Educational backgrounds of their fathers and mothers are primary school level and average household income per month is around 10,000 baht. The first age of getting pregnant among these teenagers is between 13 - 15 years old by 40.0 percent and a main cause was from missing in birth control by 60.0 percent. Among 32.3 percent of them getting repeat pregnancy at the age of 15 – 17 years, caused by missing in birth control by 58.0 percent. A period between the first and the second pregnancy was less than 1 year by 50.0 percent while it should be 2 years as a basis safe health for both baby and the mother. Taking pill is found as common way the mothers apply as a birth control method. By the way, there are some who have no any pregnant protection method. Even the first pregnancy was acceptable for the teenager's families but when the second occurred, the families voice that economic problem, educational problem and also health problem come later.

In terms of the social protection systems and their workings, key-informants revealed that the systems can help them through 1) providing them the further study 2) helping them in the process of prenatal care and delivery and 3) guiding



them and advisory related to getting pregnant. Half of pregnant teenagers revealed that they did not ask for help from any responsible office due to their families can take care them while the other half asked for help in terms of 1) supportive money/welfare 2) health care 3) repeat pregnancy system. Even concerned officers revealed that policy and working related to repeat pregnancy are available but working style is still defensive as bureaucratic system and lacking of information sharing among concerned offices and also the uncontinuous working policies owing to leader reshuffling are main obstacles for repeat pregnant system development. 5 way out for teenager's pregnancy protection system cover 1) awareness raising among those teenagers 2) providing a digital service which can help teenagers in anytime and anyplace 3) keeping valuable policies continuously 4) monitoring and evaluating by fairness and 5) integrating and public relation among concerned stakeholders.

For policy recommendation, this study mentioned that positive family raising up is strongly needed while quality time between teachers and their teenage students is very important. Furthermore, specific health care system for teenagers is needed based on concepts of easy accessibility and flexibility. Raising awareness among teenagers is mainly focused while concept of economy of scale among concerned agencies is needed.



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
สารบัญ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.3 นิยามศัพท์ที่สำคัญ	5
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม	7
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการช่วงวัยรุ่น	12
2.3 แนวคิดเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	17
2.4 กฎหมาย ยุทธศาสตร์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	20
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	34
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 กลุ่มตัวอย่าง	35
3.2 พื้นที่ศึกษา	35
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย	35
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	36
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	37
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
4.1 สถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	38
4.2 การทำหน้าที่ของระบบทางสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น/ การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	65
5.2 ข้อเสนอแนะ	71



เรื่อง	หน้า
บรรณานุกรม	74
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับวัยรุ่น)	78
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับผู้ปกครอง/ ครอบครัว)	85
ภาคผนวก ค แบบสอบถาม (Focus group) (สำหรับหน่วยงาน)	90
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองการขอจริยธรรมในมนุษย์	91



สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 4.1 ช่วงอายุ จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นวัยรุ่น	39
ตารางที่ 4.2 การศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหลักกับอาชีพในปัจจุบัน	40
ตารางที่ 4.3 การศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหลักกับการศึกษาของบิดา	41
ตารางที่ 4.4 การศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหลักกับการศึกษาของมารดา	42
ตารางที่ 4.5 จำนวนสมาชิกกับรายได้ของครอบครัว (บาท)	43
ตารางที่ 4.6 อายุแรกมีครรภ์ (อายุของการตั้งครรภ์ครั้งแรก)	45
ตารางที่ 4.7 อายุที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นครั้งที่สอง	47
ตารางที่ 4.8 ความห่างของการตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สอง	50
ตารางที่ 4.9 การคุมกำเนิดหลังคลอด 1 เดือน	50
ตารางที่ 4.10 การฝากครรภ์ก่อนอายุ 12 สัปดาห์	51
ตารางที่ 4.11 การตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อเนื่อง 3 ครั้ง	54
ตารางที่ 4.12 สาเหตุของการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล/ รพ.สต. แห่งนี้	57
ตารางที่ 4.13 เรื่องที่ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง	59
ตารางที่ 4.14 วิธีการที่ดำเนินการอยู่ ในการแก้ปัญหา/ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	60
ตารางที่ 4.15 วิธีการอันเป็นจุดคานงัด	62



สารบัญภาพ

เรื่อง	หน้า
ภาพที่ 1.1 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิง 10-14 ปี 1,000 คน	1
ภาพที่ 1.2 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน	2
ภาพที่ 1.3 ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (HDC)	2
ภาพที่ 1.4 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ.2565	4
ภาพที่ 2.1 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปีงบประมาณ 2565-2569	29
ภาพที่ 4.1 สาเหตุในการตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่น	47
ภาพที่ 4.2 สาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นครั้งที่สอง	49
ภาพที่ 4.3 ทักษะของครอบครัวต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น	53
ภาพที่ 4.4 ผลของการตั้งครรภ์วัยรุ่นกับการศึกษา	55
ภาพที่ 4.5 สัดส่วนผู้ขอรับความช่วยเหลือจากระบบการดูแลทางสังคม และผู้ไม่ต้องการ ความช่วยเหลือ	57
ภาพที่ 5.1 บริการ/กระบวนการที่สนับสนุนให้ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกัน การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพ	73



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) โดยภายในปี พ.ศ. 2573 จะต้องสร้างหลักประกันให้ทั่วโลกเข้าถึงเรื่องบริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และอนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งข้อมูลและการศึกษาด้านการวางแผน ครอบครัว และการบูรณาการข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เข้ากับแผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติ โดยมีการกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปีและอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย

สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของไทยนั้นมีปัญหาหลัก ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ข้อมูลจากรายงานประจำปี 2565 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปีพ.ศ. 2564 เท่ากับ 0.9 ต่อพัน (เป้าหมายในปีงบประมาณ 2565 ไม่เกิน 0.9 ต่อพัน) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงกลุ่มนี้เคยสูงสุดอยู่ที่ 1.8 ใน พ.ศ. 2555 และได้ลดลงเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2564 อัตราคลอดอยู่ที่ 0.9 ซึ่งเท่ากับปีที่ผ่านมา

ภาพที่ 1.1 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิง 10-14 ปี 1,000 คน

ปี พ.ศ.	หญิงคลอด 10-14 ปี	หญิงอายุ 10-14 ปี ทั้งหมด	อัตรา : 1,000
2554	3,417	2,196,350	1.6
2555	3,710	2,096,028	1.8
2556	3,415	2,024,332	1.7
2557	3,213	1,991,041	1.6
2558	2,988	1,963,728	1.5
2559	2,746	1,941,436	1.4
2560	2,559	1,942,522	1.3
2561	2,385	1,943,238	1.2
2562	2,180	1,933,318	1.1
2563	1,783	1,912,480	0.9
2564	1,640	1,897,954	0.9

ที่มา : 1. ข้อมูลหญิงคลอด อายุ 10-14 ปี และข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2554-2564 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



สำหรับอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 24.4 ต่อพัน (เป้าหมายในปีงบประมาณ 2565 ไม่เกิน 25 ต่อพัน) จากการติดตามสถานการณ์ตลอด 10 ปี ที่ผ่านมา ใน พ.ศ. 2554 อัตราคลอดมีชีพสูงที่สุดอยู่ที่ 53.4 และได้ลดลงเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง

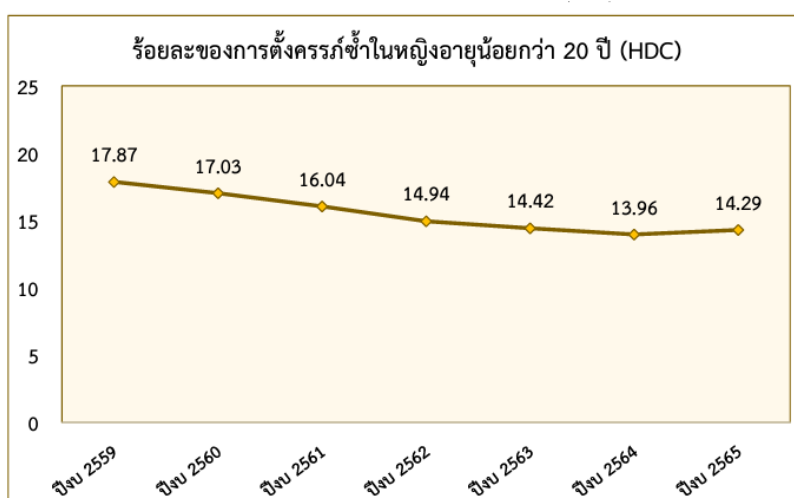
ภาพที่ 1.2 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน

อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน			
ปี พ.ศ.	หญิงคลอด 15-19 ปี	หญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด	อัตรา : 1,000
2554	128,763	2,413,063	53.4
2555	128,493	2,404,152	53.4
2556	121,960	2,386,492	51.1
2557	112,278	2,342,738	47.9
2558	101,301	2,262,832	44.8
2559	91,838	2,162,983	42.5
2560	82,019	2,072,138	39.6
2561	70,181	2,003,012	35.0
2562	61,651	1,971,371	31.3
2563	56,074	1,955,525	28.7
2564	47,378	1,943,850	24.4

ที่มา : 1. ข้อมูลหญิงคลอด อายุ 15-19 ปี และข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2554-2564 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

และเมื่อพิจารณาถึงประเด็นการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น พบว่า ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีงบประมาณ 2565 เท่ากับ 14.29 (HDC, 18 พ.ย. 65) ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในวัยรุ่นจะลดลงจากร้อยละ 17.87 ในปี พ.ศ. 2559 (HDC กระทรวงสาธารณสุข) อย่างไรก็ตามยังสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดในปีงบประมาณ 2565 ไม่เกินร้อยละ 13.0 จึงมีความจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในกลุ่มวัยรุ่นอย่างจริงจัง

ภาพที่ 1.3 ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (HDC)



ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์



ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2564 จากสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สืบจากเด็กและเยาวชนสัญชาติไทยที่ตั้งครรภ์ที่มารับบริการและยินยอมให้ข้อมูล ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 60 แห่ง ใน 25 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งสิ้น 287 คน พบว่า แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 17 ปี สถานะการศึกษาและอาชีพของแม่วัยรุ่น พบว่า ก่อนตั้งครรภ์มีสถานะเป็นนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 56.1 แม่วัยรุ่นที่เรียนในระบบการศึกษา ขณะตั้งครรภ์ต้องหยุดเรียนหรือลาออก ร้อยละ 35.6 หลังจากคลอดบุตร ส่วนใหญ่ อยู่บ้านเพื่อเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 52.6 และกลับมาเรียนในสถานศึกษาเดิมเพียงร้อยละ 20.3 ส่วนแม่วัยรุ่นกลุ่มที่ก่อนตั้งครรภ์ไม่ได้อยู่ในระหว่างการศึกษานั้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ มากที่สุด ร้อยละ 59.7 รองลงมาคือ ค่าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.7 ซึ่งหลังจากตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ลดลงเป็น ร้อยละ 57.9 แม่วัยรุ่นไม่มีรายได้ ร้อยละ 26.4 สำหรับกลุ่มที่มีรายได้นั้นมีรายได้จากสามีหรือเพื่อนชาย ร้อยละ 54.4 นอกจากนี้แม่วัยรุ่น ร้อยละ 65.6 ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ครั้งนี้ และเมื่อพิจารณาตามอายุ สถานะการศึกษา และศาสนา พบว่า แม่วัยรุ่นในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 65.6 ส่วนแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.0 ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์สูงกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ นักเรียนนักศึกษา และไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ส่วนในด้าน การนับถือศาสนา พบว่า แม่วัยรุ่นที่นับถือศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ สำหรับ การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ แม่วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ไม่มีการคุมกำเนิด ร้อยละ 44.2 สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ร้อยละ 47.5 และไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด ร้อยละ 28.8 ส่วนแม่วัยรุ่นที่คุมกำเนิด เป็นการคุมกำเนิดด้วยวิธีชั่วคราว ร้อยละ 97.1 ส่วนยาฝังคุมกำเนิด มีเพียงร้อยละ 3.0 สำหรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ แม่วัยรุ่น ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 16 สัปดาห์ ซึ่งการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นร้อยละ 9.1 โดยแม่วัยรุ่นมีอายุเฉลี่ย เมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก 17 ปี

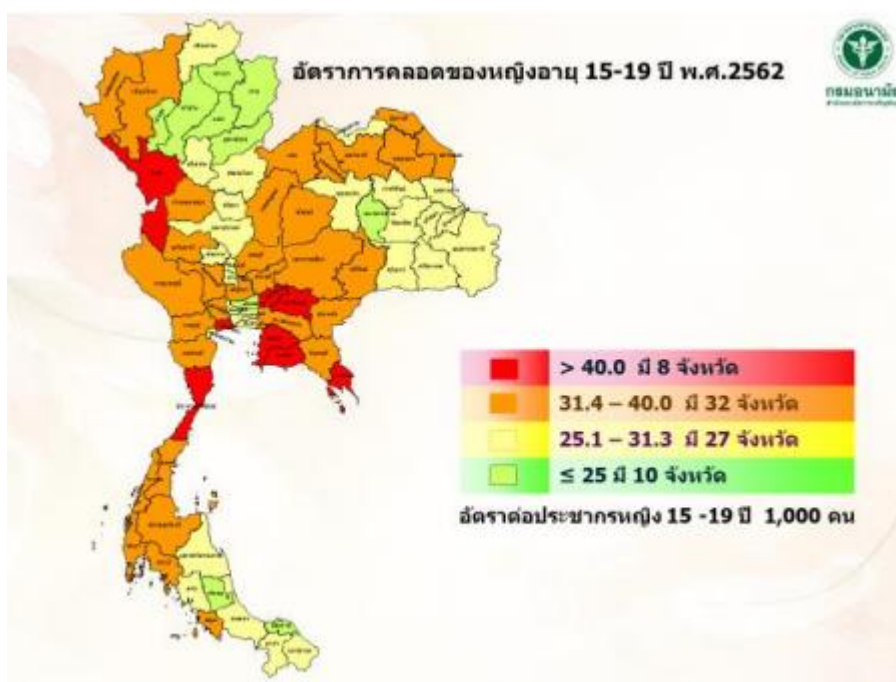
และในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น โดยบ้านพักเด็กและครอบครัว 76 แห่งทั่วประเทศ จากกลุ่มตัวอย่าง แม่วัยรุ่นอายุ 10 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ จำนวน 11,012 คน พบว่าเด็กและเยาวชนที่คลอดบุตรแล้วอาศัยอยู่ร่วมกับบิดาและมารดาถึงร้อยละ 67.3 และไม่มีความพร้อมในการดูแลบุตร ร้อยละ 62.8 ไม่มีอาชีพและรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.6 มีปัญหาเศรษฐกิจครอบครัว และร้อยละ 31.4 ไม่มีความรู้ในการดูแลบุตร จากข้อมูลเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าเด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียน ไม่มีความพร้อมเมื่อตั้งครรภ์ก็ต้องออกจากโรงเรียน ไม่ได้ประกอบอาชีพจึงไม่สามารถหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเองและบุตรได้ ท้ายที่สุดต้องกลับมาอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ในบางรายอาจส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัวด้วย



ในด้านของสังคม ความคาดหวังของสังคมส่วนใหญ่ที่มีต่อเด็กและเยาวชนนั้น คือ เด็กและเยาวชนควรตั้งใจเรียน การมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยนี้เป็นเรื่องที่ผิด ดังนั้น เมื่อเด็กและเยาวชนตั้งครรถ์มักจะถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นเด็กใจแตก มีปัญหา ไม่รักนวลสงวนตัว ส่งผลให้เด็กและเยาวชนจำนวนหนึ่งไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามช่วงวัยในสังคมได้อย่างปกติ ไม่กลับไปเรียนต่อ และเด็กและเยาวชนที่เคยตั้งครรถ์จำนวนหนึ่งมีการตั้งครรถ์ซ้ำในวัยรุ่น

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 มีเขตพื้นที่รับผิดชอบจำนวนทั้งสิ้น 8 จังหวัด คือ จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม และจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นพื้นที่เดียวกับเขตสุขภาพที่ 5 ของกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี จำแนกรายจังหวัด พ.ศ.2562 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการคลอดมากกว่า 40.0 มีจำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก นครนายก ระยอง ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี สมุทรสาคร และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งมี 2 จังหวัดที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3

ภาพที่ 1.4 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ.2565



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

และเมื่อดูข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน รายจังหวัด โดยดูข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) พบว่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นจังหวัดเดียวในพื้นที่รับผิดชอบของ สสว.3 ที่มีสถานการณ์รายพื้นที่อยู่ในระดับเสี่ยงสูง 3 ปีติดต่อกัน และมีสถิติสูงกว่าค่าสถิติที่ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้



โดยในปี 2561 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีค่าสถิติเท่ากับ 58.73 (ค่าตัวชี้วัดระดับประเทศ เท่ากับ 40) ปี 2562 มีค่าสถิติเท่ากับ 39.97 (ค่าตัวชี้วัดระดับประเทศ เท่ากับ 38) ปี 2563 มีค่าสถิติเท่ากับ 40.98 (ค่าตัวชี้วัดระดับประเทศ เท่ากับ 36) และจากข้อมูลร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ระดับจังหวัด ปี 2563 พบว่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีค่าสถิติร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี เท่ากับ 17.48 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 จากจำนวน 8 จังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 ด้วย ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ปัญหาตามที่กล่าวมาแล้ว สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 จึงเห็นสมควรให้มีการศึกษาวิจัยระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นจังหวัดนำร่องในเขตพื้นที่

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 ตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของเด็กและเยาวชนกับการตั้งครรภ์ซ้ำว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบทางตรงตั้งแต่ต่อเด็กและเยาวชน ครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานของสังคมซึ่งจะส่งผลในระยะยาวต่อการดำเนินชีวิตของเด็กและเยาวชนในสังคมต่อไป อีกทั้งปัญหาดังกล่าวยังเป็นเสมือนปัจจัยหลักเริ่มต้นของปัญหาสังคมด้านอื่น อาทิ เมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำอาจส่งผลต่อการดูแลบุตร บุตรที่เกิดมาได้รับการดูแลไม่เหมาะสม เกิดปัญหาสุขภาพทั้งแม่และบุตร รวมไปถึงอาจเป็นปัจจัยเริ่มต้นของปัญหาการใช้ความรุนแรงต่อบุตร ปัญหาการทำแท้งอย่างผิดกฎหมาย รวมถึงปัญหาอาชญากรรมอื่นที่อาจเกิดขึ้นจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือความเครียดจากสภาวะกดดันจากสภาพแวดล้อมและสังคม ดังนั้นการศึกษาถึงระบบการดูแลและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการสร้าง ความเข้มแข็งให้กับคุณภาพของประชากรที่เกิดใหม่ อีกทั้งเป็นการวางรากฐานที่สำคัญให้กับเด็ก และวัยรุ่นที่จะเข้าสู่วัยแรงงานในอนาคตได้อย่างมีคุณภาพเพื่อรองรับโครงสร้างทางประชากรในประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาระบบการดูแลและป้องกันให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ บุตร และครอบครัว ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

1.3 นิยามศัพท์ที่สำคัญ

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ครั้งที่สองเป็นต้นไป ของหญิงที่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกในช่วงอายุไม่เกิน 18 ปี

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นหรือส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น



กลไกในการขับเคลื่อนงานป้องกันให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ หมายถึง วิธีการในการดำเนินงานของบุคคลหรือองค์กรที่ทำให้ขับเคลื่อนงานป้องกันให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและสำเร็จ

ระบบการดูแลทางสังคมแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงประสานและบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เครือข่ายให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย โดยยึดกระบวนการเป็นตัวขับเคลื่อนงานไม่ใช่ตัวบุคคล สามารถพัฒนาเป็นแนวนโยบายอย่างยั่งยืน และ/หรือ บริการที่เชื่อมโยงไม่ทับซ้อนระหว่างหน่วยงาน

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์ปัญหา และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. ระบบการดูแลและป้องกันให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ บุตรและครอบครัวในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
3. กระบวนการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำผลการศึกษาที่ได้ไปกำหนดเป็นแผนงานระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการในการดูแลให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ บุตรและครอบครัวในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยการศึกษาจากเอกสารเบื้องต้นประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม

2.1.1 ความหมายของสวัสดิการสังคม

สวัสดิการสังคม หมายถึง ระบบการบริการทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับการป้องกันการแก้ไขปัญหาการพัฒนาและการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึงเหมาะสม เป็นธรรมและให้เป็นไปตามมาตรฐานทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัยการทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประชาชนจะได้รับและการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ (พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546)

สวัสดิการสังคม (social welfare) ในทางเศรษฐศาสตร์หมายความว่า “สวัสดิการ” หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) พิจารณาจากอรรถประโยชน์ (utility) หรือความพอใจของประชาชน “สวัสดิการ” ในทางเศรษฐศาสตร์ จึงถูกนิยามในลักษณะที่เป็น “เป้าหมาย” ของสังคม คือ การอยู่ดีกินดีของสมาชิก ในสังคมส่วน “วิธีการ” ให้ได้มาซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี เช่น กิจกรรมของตลาด กิจกรรมการสงเคราะห์ การจ่ายเงินสงเคราะห์ การสนับสนุนและโครงการต่าง ๆ โดยรัฐไม่ใช่ “สวัสดิการ” โดยตัวมันเอง แต่เป็น “บริการ” ซึ่งเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่ “สวัสดิการ” คือ ความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน (ปัทมวดี โภชนกุล ชูชุกิ, 2552)

Friedlander and Apte (1980: 4 อ้างใน วันทนี วาสิกะสิน, 2553: 1) อธิบายว่า “สวัสดิการสังคม” เป็นระเบียบ นโยบาย ผลประโยชน์ และบริการ ซึ่งจะทำให้การดำเนินการจัดบริการต่าง ๆ เป็นไปโดยสอดคล้องกับความต้องการของสังคม เป็นที่ยอมรับว่าสวัสดิการสังคมเป็นพื้นฐานที่มีความสำคัญ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและถาวร เปลี่ยนแปลงจากสถานะที่เคยยากลำบาก ไปสู่สิ่งที่คาดหวังว่าดีกว่า รวมไปถึงความอุดมสมบูรณ์ในที่สุด

สวัสดิการสังคม หมายถึง ความพยายามส่งเสริมให้ประชาชนมีมาตรฐานความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานที่มั่นคง โดยครอบคลุมการบริการกับบุคคลและชุมชนในลักษณะการพัฒนาสังคม และการเสริมสร้างให้บุคคลสามารถเผชิญกับสภาพปัญหาทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม (เทอร์เนอร์, (Turner, 1974 : 14 อ้างถึงใน วันทนี วาสิกะสิน, 2553 : 1))



สวัสดิการสังคม หมายถึง ระบบบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสังคมของรัฐในการจัดบริการทางสังคมให้ครอบคลุมกับคนทุกคนในสังคมเพื่อนำไปสู่ความมั่นคงของคนในสังคม และสร้างระบบความคุ้มครองในสังคมกับกลุ่มคนที่เปราะบางทางสังคม ภายใต้หลักการศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (ระพีพรรณ คำหอม, 2557)

โดยสรุป สวัสดิการสังคม หมายถึง การจัดบริการทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหาการพัฒนา และการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง เหมาะสมเป็นธรรมและให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับ และการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ

2.1.2 การจัดสวัสดิการสังคม

2.1.2.1 รูปแบบสวัสดิการสังคม

รูปแบบสวัสดิการ หมายถึง รูปแบบสวัสดิการที่เกิดจากการจัดสวัสดิการมากกว่า 1 รูปแบบขึ้นไป ถือเป็นรูปแบบใหม่ที่เกิดจากการจัดระเบียบโลกใหม่ (New World Order Model) ของนักคิดสวัสดิการสังคมทั่วโลกที่เชื่อว่า หลังยุคโลกาภิวัตน์ได้ส่งผลให้ระบบสวัสดิการสังคมในอดีตที่ผ่านมาต้องปรับตัวใหม่ เนื่องจากความหลากหลายของชนเผ่า เชื้อชาติ วัฒนธรรมมีมากขึ้น การจัดสวัสดิการในรูปแบบนี้จึงให้ความสำคัญกับมนุษย์ทุกคน (Welfare for Alls) ภายใต้หลักการสิทธิความเท่าเทียม ความเป็นธรรม การมีส่วนร่วม และความต้องการของประชาชน ในที่นี้หมายถึง 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1) สวัสดิการกระแสหลัก หมายถึง สวัสดิการโดยรัฐ เป็นการจัดสวัสดิการภาคบังคับของรัฐที่จัดให้กับประชาชน โดยคำนึงถึงความครอบคลุมทั่วถึง เป็นธรรม ครบถ้วนรูปแบบที่จัดให้ เช่น การจัดบริการในรูปแบบของสถาบัน การจัดบริการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดสวัสดิการกระแสหลักนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการจัดโดยผ่านกลไกระบบการเงินการคลัง ระบบภาษีของรัฐ และโครงสร้างการบริหารงานขององค์กรเป็นหลัก เช่น รูปแบบสวัสดิการพื้นฐาน (ภาคบังคับ) รูปแบบสวัสดิการท้องถิ่น เป็นต้น

2) สวัสดิการกระแสรอง หมายถึง สวัสดิการทางเลือกที่เกิดขึ้นจากศักยภาพ ความเข้มแข็งของภาคชุมชน ภาคประชาชน และภาคพื้นถิ่น สวัสดิการในรูปแบบนี้จะเกิดขึ้นจากความสนใจ ความสมัครใจร่วมกันของกลุ่มเป้าหมายเป็นรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ การจัดระบบสวัสดิการจึงขึ้นอยู่กับข้อตกลงร่วมกัน ประกอบด้วย

สวัสดิการพื้นถิ่น หมายถึง การสร้างหลักประกันผ่านช่องทางของวัฒนธรรม ให้กับคนในชุมชนเป็นสวัสดิการที่เกิดขึ้นจากฐานคิดด้านประเพณี ด้านวัฒนธรรม



เฉพาะถิ่น ด้านภูมิปัญญาชาวบ้าน ด้านศาสนา ด้านจิตวิญญาณ ด้านอื่น ๆ เช่น กองบุญข้าว กองทุนชาภาคในศาสนาอิสลาม เป็นต้น

สวัสดิการชุมชน สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนได้ให้ความหมายสวัสดิการชุมชน หมายถึง การสร้างหลักประกันเพื่อความมั่นคงของคนในชุมชน หมายถึง ทุกอย่างที่จะทำให้คนในชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งในรูปแบบของสิ่งของ เงินทุน น้ำใจ การช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ กองทุนออมวันละบาท กองทุนสวัสดิการผู้นำชุมชน กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

3) สวัสดิการท้องถิ่น หมายถึง สวัสดิการโดยรัฐที่เกิดจากการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น เป็นรูปแบบการจัดสวัสดิการร่วมระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น โดยใช้แผนโครงการกิจกรรมด้านสวัสดิการสังคมที่ตอบสนองกับความต้องการของแต่ละท้องถิ่น

2.1.2.2 รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคม

การจัดสวัสดิการสังคม หมายถึง การจัดบริการสวัสดิการตามมาตรฐานที่พระราชบัญญัติส่งเสริม การจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 กำหนดรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคม หมายถึง การจัดสวัสดิการสังคมที่เกิดขึ้นในความเป็นจริงของสังคมไทย ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายโดยใช้ฐานคิดในลักษณะใดลักษณะหนึ่งในสังคมนั้น ๆ โดยทั่วไปที่ปรากฏมี ดังนี้

1) รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมตามพื้นที่ (Area - based)

การจัดสวัสดิการสังคมในรูปแบบของพื้นที่เป็นฐาน โดยทั่วไปเป็นการจัดตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ พื้นที่การปกครองประเทศ เช่น ภาค จังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น ตำบล รูปแบบการจัดสวัสดิการลักษณะนี้ หน่วยงานในพื้นที่จะต้องมาร่วมกันจัดบริการตามภารกิจหน้าที่ขององค์กรสวัสดิการสังคม เพื่อให้เกิดความครอบคลุม ทัวถึง เป็นธรรม และมีมาตรฐานที่ดี ด้านคุณภาพบริการรูปแบบสวัสดิการตามพื้นที่เป็นฐาน จึงมีข้อจำกัดต่อการเข้าถึงแหล่งบริการของกลุ่มเป้าหมาย เพราะต้องแสดงหลักฐานสิทธิตามภูมิลาเนาของการตั้งถิ่นฐานที่อยู่อาศัยเป็นหลัก ปัจจุบันรูปแบบนี้ จึงควรพัฒนาโดยใช้มิติอื่น ๆ มาร่วม เช่น ใช้ทั้งพื้นที่เป็นฐาน (Area - based) ร่วมกับการใช้โครงสร้างการบริหารงานขององค์กรภาครัฐ (Functional - based) และการใช้การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ (Participation - based) เพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดสวัสดิการทั้งแนวตั้ง (การสั่งการจากบนลงล่าง) และแนวนราบร่วมกันที่สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ

2) รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมตามวิธีการ (Methods)

รูปแบบนี้ให้ความสำคัญกับวิธีการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ระดับจุลภาค เช่น เฉพาะรายกลุ่มชนและชุมชน ซึ่งถือเป็นรูปแบบการจัดบริการโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ขณะที่การให้บริการโดยทางอ้อมระดับมหภาค เช่น การบริหารงานองค์กรและการวิจัยก็เป็นการสนับสนุนให้เกิดรูปแบบการจัดสวัสดิการใหม่ๆขึ้น แต่โดยทั่วไปรูปแบบการจัดสวัสดิการจะเน้นที่การให้บริการเฉพาะรายมาก จึงส่งผลให้รูปแบบการจัดสวัสดิการในวิธีการอื่น ๆ



ถูกให้ความสำคัญน้อยกว่ารูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะนี้ จึงต้องใช้ทั้งระดับจุลภาคร่วมกับระดับมหภาค

ปัจจุบันรูปแบบการจัดสวัสดิการฯ จึงต้องมีการพัฒนาหลาย ๆ วิธีการทางสังคมสงเคราะห์ เน้นการบูรณาการร่วมกัน โดยเฉพาะการกระทำทางสังคม (Social Action) เช่น การรณรงค์ การผลักดันการต่อรองกับกลไกต่าง ๆ ทางสังคม เพื่อให้เกิดรูปแบบสวัสดิการใหม่ๆ ขึ้น

3) รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะของการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement)

รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะนี้เป็นการสร้างกระแสใหม่ กระแสทางเลือกของสังคมต่อการจัดสวัสดิการที่เชื่อมโยงกับประเด็นปัญหาสำคัญของสังคม ที่เชื่อว่า ต้องเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้รู้จักการปกป้องคุ้มครองสิทธิของตนเอง การเมือง และสังคมวัฒนธรรม การเคลื่อนไหวทางสังคมก็เพื่อสร้างความตระหนักของคนในสังคมความรับผิดชอบทางสังคมร่วมกันด้านสวัสดิการสังคม เช่น การใช้เครือข่าย การใช้องค์กรชุมชนเคลื่อนไหวต่อรองกับอำนาจรัฐ เป็นต้น รูปแบบนี้เชื่อว่าจำเป็นต้องกำหนดแผนยุทธศาสตร์ เป้าหมาย กลไกการทำงาน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนไปในทิศทางที่เหมาะสม

4) รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมโดยสถาบัน (Institutional - based)

รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมโดยสถาบันเป็นการจัดสวัสดิการที่รัฐเชื่อว่า รัฐควรแทรกแซงการจัดสวัสดิการให้กับประชาชน โดยใช้โครงสร้างอำนาจของรัฐทำหน้าที่จัดระบบสวัสดิการสังคมในลักษณะต่าง ๆ เช่น สวัสดิการภาคบังคับ เป็นการจัดผ่านกลไกนโยบายสังคมทางกฎหมาย เช่น บริการประกันสังคม บริการการศึกษาภาคบังคับ บริการประกันสุขภาพ บริการสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ เป็นต้น แต่เนื่องจากบริการดังกล่าวไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของคนทุกคนในสังคมได้ จึงทำให้เกิดรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการที่ลดการพึ่งพาสถาบันของรัฐลง (Deinstitutional - based) บริการในลักษณะนี้จะเกิดขึ้นจากภาคส่วนของชุมชน ประชาชนที่มีศักยภาพความเข้มแข็งเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ชุมชน บริการลักษณะนี้มีความเชื่อที่ว่า รัฐควรลดบทบาทการแทรกแซงการจัดสวัสดิการลง แต่ปล่อยให้กลไกของชุมชน ประชาชนทำหน้าที่จัดสวัสดิการแทนรัฐ

อย่างไรก็ตาม นักวิชาการไทยหลายท่าน เชื่อว่า การจัดสวัสดิการสังคมของไทย ควรใช้รูปแบบทั้งโดยสถาบัน (Institutional - based) และรูปแบบลดการพึ่งพาสถาบันของรัฐลง (Deinstitutional - based) มาเป็นรูปแบบสวัสดิการผสม (Mixed Model) ที่ใช้ทั้ง 2 ลักษณะเข้าด้วยกัน จึงจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนโดยรวม



พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 ได้กำหนดแนวทางการจัดสวัสดิการสังคม มาตรา 5 ในการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้รับบริการสวัสดิการสังคมให้คำนึงถึงเรื่อง ดังต่อไปนี้

1) สาขาต่าง ๆ ที่จะดำเนินการตามความจำเป็นและเหมาะสม เช่น การบริการทางสังคม การศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การฝึกอาชีพ การประกอบอาชีพ นันทนาการและกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น

2) ลักษณะหรือรูปแบบและวิธีการในการดำเนินการ เช่น การส่งเสริมพัฒนาการสงเคราะห์ การคุ้มครอง การป้องกัน การแก้ไข และการบำบัดฟื้นฟู เป็นต้น

ในการจัดสวัสดิการสังคมตามวรรคหนึ่ง ให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา และองค์กรอื่น ๆ ได้มีส่วนร่วมด้วย และมาตรา 6 ในการจัดสวัสดิการสังคม ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด

Donnison, 1961 Richard Hugman, 1998, and Titmuss, 1974 (อ้างใน ทศนีย์ ลักษณะวิชนชัย, 2548) หลักการของงานสวัสดิการสังคม สรุปและจำแนกได้ ดังนี้

1) สนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การจัดสวัสดิการสังคมต้องคำนึงถึง ปัญหา และความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เป็นสำคัญ ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการด้านความรัก ความต้องการ การมีชื่อเสียง และความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต

2) สิทธิและความรับผิดชอบ การจัดสวัสดิการสังคมเป็นสิทธิของประชาชน ในฐานะประชาชนที่มีสิทธิจะได้รับการบริการสังคมจากรัฐเพื่อให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข มีความมั่นคงทางสังคม ซึ่งรัฐสามารถกำหนดมาตรการการบริการสังคมภายใต้เงื่อนไขได้

3) ความเสมอภาคและความยุติธรรม การจัดสวัสดิการสังคมต้องคำนึงถึงความเท่าเทียมกันของประชาชนทุกคนในฐานะพลเมืองของรัฐ โดยไม่เลือกปฏิบัติหรือถูกตัดโอกาสในการที่จะได้รับสวัสดิการขั้นพื้นฐาน

2.1.3 แนวคิดบริการการสวัสดิการสังคม/บริการสังคม

บริการสังคม (Social Services) เป็นบริการที่หน่วยงานผู้ให้บริการสามารถเลือกให้บริการได้ตามความต้องการของตน เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของรัฐและเอกชนในการจัดสรรสวัสดิการเพื่อสร้างเสริมชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน มีจุดมุ่งหมายของป้องกัน การบำบัดความเดือดร้อน การสร้างและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้เป็นไปตามอัตภาพ (ระพีพรรณ คำหอม. 2557) ซึ่งการให้บริการสวัสดิการสังคมด้านเด็กต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุด เป็นสำคัญ โดยเด็กทุกคนต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองอย่างเสมอภาค ต้องส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการโดยผู้ให้บริการต้องปฏิบัติตามและสอดคล้อง



กับกฎเกณฑ์หรือข้อกำหนดในขอบเขตของกฎหมายและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ต้องส่งเสริมความเป็นอยู่และพัฒนาครอบครัวให้มีความเป็นอยู่อย่างสมศักดิ์ศรี โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการให้บริการสังคมเพื่อที่จะสร้างหลักประกันความมั่นคงให้แก่มนุษย์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในทางเศรษฐกิจและสังคม มาตรฐานความเป็นอยู่ สุขอนามัย โอกาสเท่าเทียมกันในด้านต่าง ๆ เมื่อพิจารณาจากบริการสังคมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมแล้วนั้น บริการสังคม หมายถึง บริการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจหรือองค์กรเอกชนจัดขึ้น โดยมีหลักการไม่แสวงหากำไร เพื่อช่วยหญิงตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาเหล่านี้ ในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสมและป้องกันปัญหาในระดับต่าง ๆ ทั้งปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม ตลอดจนการฟื้นฟูทางด้านบุคลิกภาพ ความสามารถหรือศักยภาพ อันเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบงานสวัสดิการสังคม

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการช่วงวัยรุ่น

พัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นมีความสำคัญและเป็นพื้นฐานแนวคิดของทฤษฎี พัฒนาการวัยรุ่นเชิงบวก อีกทั้งยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในช่วงวัยรุ่น และการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดี ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ และให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมของวัยรุ่นได้มากยิ่งขึ้น ในส่วนนี้ ผู้วิจัยจึงเกริ่นนำด้วยความหมายของวัยรุ่น และกล่าวถึงพัฒนาการที่สำคัญของวัยรุ่นในด้านต่าง ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescence) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ Adolescere หมายความว่า เจริญเติบโตไปสู่ภาวะ หรือ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเป็นเหมือนสะพานเชื่อมต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ (Period of transition) ที่บุคคลมีการเจริญเติบโต และเปลี่ยนแปลงไปเกือบทุกด้านทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นช่วงที่บุคคลต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ๆ ความรับผิดชอบใหม่ๆ และสัมพันธภาพใหม่ๆ ทั้งกับผู้ใหญ่และกลุ่มเพื่อน (ประณต คำนิม, 2549)

Stone and Church (1986) ได้ให้ความสำคัญของวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงที่วัยเด็กจะเกิดการพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ในระยะนี้วัยรุ่นจะให้ความสนใจตนเอง ค้นหาตนเอง แสวงหาค่านิยม และปรัชญาชีวิต ขณะเดียวกันก็มักจะมีควมวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง ส่วนทางด้านจิตใจ วัยรุ่นจะพัฒนาในด้านของความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์แตกต่างไปจากวัยเด็ก ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ค่อนข้างจะรุนแรง

Rogers (1972) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่ก้าวไปสู่ภาวะซึ่งมีการพัฒนาทั้งในด้านความคิด ความเชื่อ การปรับตัวทางด้านสังคมของบุคคลจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่



Hurlock (1974) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของการเจริญเติบโตอย่างมีวุฒิภาวะ ซึ่งการบรรลุวุฒิภาวะนั้น เกิดจากการพัฒนาในทุกด้านไปพร้อมกัน โดยแบ่งพัฒนาการออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านสังคม วัยรุ่นจึงเป็นวัยแห่งการปรับตัวต่อการพัฒนาเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจนอาจกลายเป็นวัยแห่งปัญหา อีกทั้งยังเป็นวัยที่มีความเคร่งเครียดทางอารมณ์ มีการตัดสินใจรวดเร็วและรุนแรง มีทัศนคติในการมองโลกและทัศนคติทางสังคมที่แตกต่างหรือขัดแย้งกับผู้ใหญ่ในบางเรื่อง

Dworetzky (1985) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่ก้าวสู่วุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ และสามารถเป็นบิดามารดาได้ รวมถึงเป็นวัยที่เรียกว่า “วัยแห่งพายุฝนและเครียด (Storm & Stress)” นั่นคือ มีความกดดันทางอารมณ์ที่รุนแรง มีการแสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมา พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายอย่างมาก มีสภาวะทางอารมณ์ไม่คงที่และมีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน พาสนา ผลศิลป์, 2535) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ คือ

- 1) มีพัฒนาการทางร่างกาย มีวุฒิภาวะทางเพศ
- 2) มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่
- 3) มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะด้าน เศรษฐกิจ จากการที่ต้องพึ่งพาครอบครัวมาเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ให้ตนเอง

ราศรี ธรรมนิยม (2525) ได้อธิบายความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่นเวลาของการเจริญเติบโตทางกายเป็นช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เป็นเวลาที่เด็กจะแสวงหาเอกลักษณ์ของตน เป็นช่วงเวลาแห่งสติปัญญา พัฒนาการและประสบการณ์ทางวิทยาการต่าง ๆ และเป็นช่วงเวลาของพัฒนาการประเมินค่านิยมต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540) กล่าวถึงวัยรุ่นว่าเป็นช่วงแห่งการเปลี่ยนวัยเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่เปลี่ยนจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีความอ่อนไหว ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ง่าย แต่แนวคิดในปัจจุบันในช่วงวัยอื่น ๆ ก็เป็นการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงไม่จำเป็นเสมอไปที่วัยรุ่นจะเป็นวัยที่เต็มไปด้วยวิกฤติแห่งปัญหา ส่วนหนึ่งที่มีการมองวัยรุ่นในลักษณะดังกล่าวนี้อาจเพราะการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในทุกด้านของพัฒนาการ เมื่อเทียบกับวัยอื่นที่มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน

จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น สรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึง ช่วงวัยที่กำลังเจริญเติบโตและเกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็วจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่



1) ด้านร่างกาย เป็นการเกิดการเปลี่ยนแปลงจากระดับฮอร์โมนภายใน ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนทางชีวภาพ เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก ลักษณะรูปร่าง และยังส่งผลกระทบไปยังด้านอื่น ๆ ด้วย

2) ด้านอารมณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางอารมณ์ที่บ่อยครั้ง จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง จึงถูกเรียกว่าวายุพายุบุแคม (Storm & Stress)

3) ด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการทัศนคติทางสังคม ที่เปลี่ยนไป ซึ่งทำให้การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น

4) ด้านสติปัญญา เป็นการเปลี่ยนแปลงโดยรู้จักการใช้เหตุผลที่ซับซ้อนมากขึ้น มีความคิดและความเชื่อของตนเอง

2.2.2 การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

สุชา จันทรเือง (2525) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้ ระยะเวลาเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น (Puberty) มีอายุระหว่าง 13-15 ปี เป็นระยะที่ร่างกายเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ ระยะเวลาวัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุระหว่าง 15-18 ปี โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความคิด ระยะเวลาวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) อายุระหว่าง 18-21 ปี โดยพัฒนาการของวัยรุ่น จะเริ่มเข้าสู่ภาวะความเป็นผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย

พิงพิศ จักรปิง (2539) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้ วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) มีอายุระหว่าง 13-15 ปี พัฒนาการทางร่างกายแสดงถึงการเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) มีช่วงอายุระหว่าง 15-18 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และความคิด เช่น การมีเส้นหัดดึงดูดความสนใจของเพศตรงข้าม การมีอารมณ์รุนแรง เป็นต้น วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) มีช่วงอายุระหว่าง 18-21 ปี เริ่มเข้าสู่ภาวะความเป็นผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย โดยเฉพาะด้านความคิดและปรัชญาชีวิต รวมถึงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาวะการเป็นผู้ใหญ่

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้ วัยรุ่นตอนต้น มีช่วงอายุ ประมาณ 12-15 ปี พฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็ก วัยรุ่นตอนกลางมีอายุประมาณ 16-17 ปี มีพฤติกรรมอยู่ระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นตอนปลายมีอายุประมาณ 18-25 ปี มีพฤติกรรมใกล้เคียงกับผู้ใหญ่

จากที่นักวิชาการได้แบ่งช่วงวัยของวัยรุ่นดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น สรุปได้ว่า ระยะเวลาวัยรุ่น แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) ช่วงวัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) 2) ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) 3) ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence)



2.2.3 พัฒนาการทางด้านร่างกาย

พัฒนาการทางด้านร่างกายเป็นความเจริญงอกงามที่มีการเจริญเติบโตถึงขั้นสมบูรณ์เพื่อทำหน้าที่ต่าง ๆ อย่างเต็มที่ ในระยะวัยรุ่นตอนต้น เป็นระยะที่มีการพัฒนาทางด้านร่างกายที่รวดเร็วมาก ซึ่งส่งผลสอดคล้องต่อพัฒนาการทางด้านอื่น ๆ

การเจริญเติบโตของมนุษย์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรก คือ การเจริญเติบโตที่สามารถมองเห็นได้ เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปหน้าสัดส่วนของ ร่างกาย ลักษณะเส้นผม และส่วนที่สอง คือการเจริญเติบโตภายใน เช่น การทำหน้าที่ของต่อมต่าง ๆ การทำงานของโครงสร้างกระดูก การผลิตเซลล์สืบพันธุ์ในเด็กชาย และการมีประจำเดือนในเด็กหญิง เป็นต้น การเจริญเติบโตจะมีระยะพักตัว ถ้าผ่านช่วงนี้ไปจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เด็กที่มีรูปร่างผอม อาจจะมีรูปร่างอ้วนกว่าเดิม ระบบการย่อยอาหารจะทำงานได้รวดเร็วขึ้น เพราะร่างกายต้องการสารอาหารเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตมากขึ้น เด็กจะหิวบ่อย กินเก่ง กินไม่เลือก และง่วงนอนบ่อย เป็นระยะที่เรียกว่า กำลังกินกำลังนอน ในเด็กชายกล้ามเนื้อจะเจริญเติบโตมาก เสียงจะแตกห้าว ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ร่างกายจะไม่ได้สัดส่วน ทำให้เกิดอาการอึดอัด อ่อนไหวง่ายกับสัดส่วนของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะพัฒนาการทางเพศจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การสร้างลักษณะทางเพศหรือลักษณะทุติยภูมิทางเพศ (Secondary sex characteristic) คือลักษณะที่แบ่งแยกความเป็นชายหนุ่มและความเป็นหญิงสาว โดยการเจริญเติบโตทางเพศนี้มีพัฒนาการ 3 ขั้นตอน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538) ได้แก่ ขั้นตอนแรก เป็นระยะที่ร่างกายเริ่มมีการพัฒนาอวัยวะในส่วนต่าง ๆ เช่น เด็กหญิงมีการขยายของสะโพก เริ่มมีหน้าอก เด็กชายเสียงเริ่มแตกพราว แต่อวัยวะสืบพันธุ์ยังไม่เริ่มทำหน้าที่ ขั้นตอนที่ 2 เป็นระยะที่ร่างกายยังคงมีการพัฒนาอวัยวะต่าง ๆ ต่อไป โดยที่อวัยวะสืบพันธุ์จะเริ่มทำหน้าที่ได้มากขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ เด็กหญิงจะเริ่มมีประจำเดือน เด็กชายจะเริ่มผลิตเซลล์สืบพันธุ์ และขั้นตอนที่ 3 เป็นระยะที่ร่างกายพัฒนาอวัยวะและลักษณะทางเพศเต็มที่แล้ว โดยอวัยวะสืบพันธุ์จะสามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะทางเพศ สามารถมีบุตรได้ จึงถือเป็นระยะที่เด็กย่างเข้าสู่วัยรุ่นอย่างแท้จริง การเริ่มเข้าสู่ระยะต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จะเกิดขึ้นกับเด็กแต่ละคนในอายุที่ไม่เท่ากันเสมอไป โดยเด็กบางคนจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นอย่างรวดเร็ว แต่ในบางคนจะมีพัฒนาการค่อนข้างช้า แต่ไม่ว่าจะช้าหรือเร็ว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ย่อมส่งผลให้วัยรุ่นสนใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศ หรือลักษณะทุติยภูมิทางเพศ วัยรุ่นจึงมักกังวลในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนี้

2.2.4 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

เด็กวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตของสมองอย่างเต็มที่ พัฒนาการทางด้านความคิดสติปัญญา เป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถเข้าใจเรื่องที่เป็นนามธรรมได้ มีความคิดกว้างไกล พยายามแสวงหา ความรู้ใหม่ ๆ มีจินตนาการมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในความคิดของตนเองในระดับสูง ตามทฤษฎี พัฒนาการทางความคิดของ Piaget (อ้างถึงใน ประณต เค้าฉิม, 2549)



เด็กวัยรุ่นพัฒนาความคิดจากความคิดแบบรูปธรรม (Concrete) มาจากวัยเด็กสู่กระบวนการพัฒนาความคิดแบบเป็นเหตุผลเป็นรูปแบบชัดเจน (Cognitive thought phase หรือ Formal operation period) มีลักษณะเด่นคือ สามารถคิดอย่างมีเหตุผลโดยไม่ใช้วัตถุเป็นสื่อ มีการคิดแบบใช้ตรรกะจากเงื่อนไขที่กำหนด การคิดแบบใช้เหตุผลเชิงสัดส่วน การคิดแบบแยกตัวแปรเพื่อสรุปผลการคิดแบบใช้เหตุผลสรุปเป็นองค์รวม คาดการณ์อนาคตได้โดยมองย้อนอดีต มีความคิดที่มองว่าตัวเองเป็นศูนย์กลางของวัยรุ่น (Adolescent egocentrism) คือ คิดว่าพฤติกรรมของตนถูกเฝ้ามองจากบุคคลอื่น โดยให้ใส่ใจต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของบุคคลอื่นอย่างมาก (Imagination audience) โดยเฉพาะเรื่องการแต่งกาย ทรงผม และรูปร่างของตน วัยรุ่นมักคาดหวังกับสิ่งที่ตนแสดงออกว่าสนใจหรือชอบ บุคคลอื่นจะต้องรู้สึกเช่นนั้นด้วย และวัยรุ่น มีความคิดฝัน มีจินตนาการว่าตนเป็นคนเก่ง (Hero) และมีโลกส่วนตัว (The personal fable) การพ้อฝันนี้จะเกี่ยวกับความรัก ความสนใจเพศตรงข้าม หรือบุคคลที่มีชื่อเสียงที่ตนชื่นชอบ

2.2.5 พัฒนาการทางด้านอารมณ์

วัยรุ่นตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud เป็นวัยที่อยู่ในขั้นพอใจการรักเพศตรงข้าม (Genital stage) ความพึงพอใจและความสุขต่าง ๆ เป็นแรงขับมาจากวุฒิภาวะทางเพศ เริ่มสนใจเพศตรงข้าม มีแรงจูงใจที่จะรักผู้อื่น ต้องการอิสระจากพ่อแม่มากขึ้น เด็กชายจะเลียนแบบพ่อ เด็กหญิงจะเลียนแบบแม่ (ประณต คำฉิม, 2549) อารมณ์ของวัยรุ่นเป็นอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย อ่อนไหวง่าย อารมณ์รุนแรง เจ้าอารมณ์ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีนัก บางครั้งกลายเป็นการเก็บกด บางครั้งกลายเป็นความมั่นใจในตนเองสูงเกินไป ลักษณะของอารมณ์เหล่านี้เรียกว่า “พายุบุแคม (Storm & Stress)” เพราะลักษณะอารมณ์แบบนี้ จึงมีความคิดเห็นขัดแย้งกับผู้ใหญ่ได้ง่าย ทำให้วัยรุ่นคิดว่าผู้ที่เข้าใจตนเองดีที่สุดคือ เพื่อนในวัยเดียวกัน เนื่องจากมีความคิดเห็นที่เป็นไปทางเดียวกัน ยอมรับกันและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้ มีผลมาจากหลายปัจจัยประกอบกัน เช่น การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายการปรับตัวพฤติกรรม การแสดงออกจากการเป็นเด็ก เข้าสู่การเรียนรู้บทบาทของการเป็นผู้ใหญ่ สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ในช่วงวัยรุ่นจะเป็นช่วยที่วัยรุ่นมีอารมณ์เกี่ยวกับความรักหรือความสนใจในเพศตรงข้าม จึงทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น (Rogers, 1972)

2.2.6 พัฒนาการทางด้านสังคม

ทฤษฎีพัฒนาบุคลิกภาพของ Erikson วัยรุ่นอยู่ในขั้นพัฒนาการขั้นที่ 5 คือ ความมีเอกลักษณ์ประจำตัวหรือความสับสนในบทบาทของตนเอง (Identity vs. Identity diffusion) เป็นวัยที่พัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนเอง สังคมของเด็ก คือ กลุ่มเพื่อน จะยึดแบบอย่างจากกลุ่มเพื่อน และบุคคลที่ตรงกับอุดมคติ อาจเกิดความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่ และเกิดความสับสนทางจิตใจ หากไม่สามารถแก้ไขความสับสนนี้ได้ เด็กจะเป็นคนที่มีบุคลิกภาพสับสน ไม่มั่นคง ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน วัยรุ่นมีความต้องการในการที่จะเป็นที่ยอมรับ



ของเพื่อนและสังคมรอบตัว มีการรวมกลุ่มรุ่นเดียวกัน ซึ่งส่วนใหญ่มีความคิดหรือทำอะไรคล้ายๆ กัน ช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเมื่ออยู่ในกลุ่ม กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลมาก ต่อเจตคติความสนใจและพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่น วัยรุ่นมักมีความคิดว่าความคิดเห็นของคนอื่น ๆ ไม่มีความสำคัญเท่ากับความเห็นของกลุ่ม และมีความต้องการให้ผู้ใหญ่ยอมรับกลุ่มเพื่อนของตน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนต่างเพศ เมื่อเด็กอายุประมาณ 13-14 ปี เด็กหญิงเริ่มสนใจเด็กชาย พยายามที่จะเรียกร้องความสนใจจากเด็กชาย แต่เด็กชายยังไม่มีความรู้สึกนี้ เมื่อเด็กชายอายุประมาณ 14-16 ปี จะเริ่มสนใจเพศตรงข้าม และบางคนเริ่มแยกตัวไปสนิทสนมกับเพศตรงข้าม วัยรุ่นหญิงจะพิถีพิถันเรื่องการแต่งกายอย่างมาก เอาใจใส่เรื่องรูปร่างความสวยงามของหน้าตา เช่นเดียวกัน วัยรุ่นชายก็จะมีพฤติกรรมที่มุ่งให้วัยรุ่นหญิงสนใจตนเอง เช่น แวหรือหยอกล้อวัยรุ่นหญิง ในวัยรุ่นที่มีรูปร่างหน้าตาสวย เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนมักจะไม่มีปัญหา แต่ในวัยรุ่นที่มีความคิดว่าตนเองแตกต่างจากเพื่อน มีปมด้อยเรื่องรูปร่างหน้าตา มักจะต้องการแสดงพฤติกรรมอื่นให้เป็นที่น่าสนใจของเพศตรงข้าม เมื่อวัยรุ่นชายและหญิงมีความสนใจซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายเริ่มให้ความสำคัญต่อการแสดงออกของบทบาททางเพศ ความสนใจและความสนิทสนมกับเพื่อนต่างเพศนี้อาจยั่งยืนไปจนกระทั่งมีการแต่งงานเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ต่อไป วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มแยกตัวออกจากบุคคลในครอบครัว และชอบอยู่กับเพื่อน การปรับตัวกับกลุ่มเพื่อนเป็นช่วงที่สำคัญมาก เพราะวัยรุ่นต้องการเพื่อนและได้รับอิทธิพลจากเพื่อนมากที่สุด (พิงพิศ จักรปิง, 2539) ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยรุ่นมีความคิดเป็นของตนเอง อยากรู้อยากเห็นของตัวเอง ชอบอิสระ ไม่ค่อยเชื่อฟังใคร ยกเว้นเพื่อนในกลุ่มเดียวกัน มีค่านิยม ความเชื่อ และความคิดที่คล้ายคลึงกัน ในกลุ่มพฤติกรรมวัยรุ่นจึงมักเป็นการทำตามเพื่อน เพราะต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อน พัฒนาการทางสังคมของวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มเพื่อน ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางเพศด้วย (ปรียา เกตุทัต, 2537)

2.3. แนวคิดเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรมวัยรุ่น

คำว่าพฤติกรรมวัยรุ่น (adolescent behavior) ประกอบด้วยคำว่า “พฤติกรรม” และ “วัยรุ่น” คำทั้งสองมีความหมายดังนี้ พฤติกรรม (behavior) หมายถึง การกระทำทุกอย่างของมนุษย์ โดยการกระทำนั้นผู้กระทำอาจกระทำโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ซึ่งคนอื่นอาจสังเกตการกระทำนั้น ว่าเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็ตาม เช่น การเดิน การยืน การนั่ง การคิด การตัดสินใจ การปฏิบัติตามหน้าที่ ประเภทของพฤติกรรมตามเกณฑ์การยอมรับทางสังคม จัดได้เป็น 2 ลักษณะคือ (1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ (desirable behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่สังคมยอมรับว่า ดี ถูกต้องและควรกระทำ เช่น การปฏิบัติตามหน้าที่ การทำตามจารีตประเพณี เป็นต้น (2) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (undesirable behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่สังคมมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ผิด และไม่ควรกระทำ เช่น การข่มขืน การกระทำผิดกฎหมาย เป็นต้น



2.3.2 พฤติกรรมทางสังคมของวัยรุ่น

แบบแผนของพฤติกรรมวัยรุ่นทางสังคมของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมจะเปลี่ยนไปเมื่อเข้าถึงวัยรุ่น สำหรับช่วงวัยรุ่นในมนุษย์มักชอบใช้เวลาอยู่กับเพื่อนฝูงในรุ่นเดียวกันมากขึ้น พฤติกรรมวัยรุ่นใช้เวลาติดต่อสื่อสารกับเพื่อนวันละ 40 นาทีเท่านั้น การสื่อสารกับเพื่อนในวัยเดียวกัน (รวมทั้งการคุยผ่านโทรศัพท์มือถือถือนาน ๆ) ทำให้วัยรุ่นมีความสุขกับการสื่อสารกับเพื่อนมากกว่า การสื่อสารกับผู้ใหญ่ ฉะนั้นการทะเลาะเบาะแว้งกับผู้ปกครองจะเพิ่มขึ้นในช่วงนี้ เพราะวัยรุ่นจะพยายามปลุกตัวออกมา เพื่อสร้างอิสระให้ตัวเอง ซึ่งเป็นเรื่องปกติธรรมชาติ การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนในรุ่นเดียวกันที่มากขึ้นไม่ได้ส่งผลดีตลอดไป เพราะแรงกดดันของกลุ่มเพื่อน (Peer Pressure) จะมีมากในกลุ่มวัยรุ่น การคบเพื่อนที่มีปัญหาอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยง และอาชญากรรมประเภทต่าง ๆ เพราะวัยรุ่นมักจะยอมคล้อยตามพฤติกรรมของเพื่อนในกลุ่มเดียวกันช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่การกดดันทางสังคมของกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 11-13 ปี ร้อยละ 90 ของวัยรุ่นจะคิดถึงตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน เรื่องพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นจะถูกหล่อหลอมด้วยเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ วัยรุ่นจะมีความรู้สึกเครียดหรือหดหู่บ่อยลงถ้ามีกลุ่มเพื่อนสนิทที่เป็นกำลังใจให้ การที่วัยรุ่นชอบแต่งตัวไว้มและใช้ภาษาที่ท่าทีแปลกๆ มีลักษณะเฉพาะก็เพื่อแสดงตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนๆ กลุ่มเพื่อนจะส่งเสริมพฤติกรรมทั้งแบบชอบเข้าสังคมจะมีอิทธิพลสูงในช่วง 11-12 ปี แต่เมื่อเข้าวัย 14-15 ปี วัยรุ่นจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมแบบต่อต้านสังคมสูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อรวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมแบบนี้

2.3.3 ความสำคัญของพฤติกรรมวัยรุ่น

ความสำคัญของพฤติกรรมเด็กวัยรุ่นจะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ความสำคัญระดับตัวเด็กและความสำคัญระดับประเทศ (1) ระดับตัวเด็ก พฤติกรรมวัยรุ่นเป็นพื้นฐานของชีวิตผู้ใหญ่ วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่พัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างสูง จนกล่าวได้ว่าเป็นช่วงชีวิตที่พัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ ดังนั้นประสบการณ์ที่เด็กวัยรุ่นได้รับช่วงนี้ จะช่วยพัฒนาศักยภาพทั้งมิติด้านปริมาณและคุณภาพ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของตัววัยรุ่นเอง และศักยภาพที่พัฒนาแล้วในวัยรุ่นก็จะเป็นพื้นฐานของชีวิตในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (2) ระดับประเทศ พฤติกรรมเด็กวัยรุ่นเป็นเครื่องชี้อนาคตของชาติ ทุกรัฐบาลต่างตระหนักถึงพฤติกรรมเด็กวัยรุ่นโดยกล่าวว่าพฤติกรรมของเด็ก วัยรุ่นเป็นเครื่องชี้อนาคตประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากการกระทำของวัยรุ่นจะเป็นผู้สืบทอดวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีตลอดจนปกป้องรักษาเอกราชและความเป็นชาติไว้ ทั้งจะทำให้สังคมพัฒนาสืบต่อไป จากการตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมวัยรุ่นนี้ รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายพัฒนาเด็กและเยาวชนไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมุ่งพัฒนาเด็กวัยรุ่นที่อยู่ในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียนโดยมุ่งเน้นพัฒนาด้านสุขภาพกายและจิต พัฒนาสติปัญญาและความสามารถเสมอมา ดังนั้นทุกหน่วยงานและทุกสถาบันที่เกี่ยวข้องกับเด็กวัยรุ่น เช่น ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน จึงมี



หน้าที่ช่วยกันส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมตามศักยภาพสูงสุด ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

2.3.4 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไว้ดังนี้ ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นไทย คือการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น นำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การประพฤติกหรือการปฏิบัติของวัยรุ่นที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน การไม่สวมถุงยางอนามัย และการไม่ใช้ยาคุมกำเนิด เด็กวัยรุ่นควรได้เรียนรู้เรื่องของความรักและเรื่องเพศ ทั้งเรื่องความสัมพันธ์ทางร่างกายและจิตใจ การหาแฟน เลือกแฟน การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งสามารถทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ ถ้าไม่มีการใช้เครื่องควบคุมกำเนิด เช่น ถุงยางอนามัย รวมทั้งโอกาสจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) และโรคอื่น ๆ หากมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยที่ไม่มีการป้องกันที่เหมาะสมในสหรัฐอเมริกา แม้จะมีการให้การศึกษาทั้งเรื่องสุขภาพอนามัยและเรื่องเพศในชั้นเรียน แต่วัยรุ่นก็ยังมีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ตามมาเป็นลำดับที่สูง ส่วนหนึ่งเพราะวัยรุ่นมีจิตใจอ่อนแอหรือมีปัญหาอยู่แล้ว การดื่มแอลกอฮอล์ การเสพสารเสพติดนำไปสู่การมีสติสัมปชัญญะควบคุมตัวเองลดลง และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สนใจการป้องกัน การขาดทักษะและความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้ว่าผลการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าประชากรกลุ่มต่าง ๆ ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และการป้องกันการติดเชื้อโดยการสวมถุงยางอนามัย แต่ก็ยังพบว่าปัญหาการขาดความตระหนัก และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย หรือการต่อรองเพื่อให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัยยังคงเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้ขาดความครอบคลุมของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

2.3.5 ความรุนแรงทางเพศ (การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ยินยอม)

จากรายงานของยูนิเซฟซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลความรุนแรงต่อเด็กชี้ให้เห็นถึงระดับการกระทำทารุณทางกาย ทางเพศ และทางอารมณ์ รวมทั้งทัศนคติที่สร้างความชอบธรรมซึ่งทำให้ความรุนแรงต่อเด็กยังคงมีอยู่ต่อไปในสังคมโลกโดยปราศจากการรับรู้ รายงานของยูนิเซฟเรื่อง “Hidden in Plain Sight” อ้างอิงข้อมูลจาก 190 ประเทศ โดยเก็บบันทึกข้อมูลความรุนแรงในสถานที่ที่เด็ก ๆ ควรได้รับความปลอดภัย ได้แก่ ชุมชน โรงเรียน และบ้าน โดยข้อมูลเก็บมาจากปัจเจกบุคคลซึ่งสามารถเปิดเผยและยินดีตอบคำถามเท่านั้น ดังนั้น ข้อมูลจึงยังเป็นส่วนน้อยของผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงทั้งหมด ซึ่งพบว่าเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ประมาณ 120 ล้านคนทั่วโลก



(ประมาณ 1 ใน 10 คน) เคยประสบกับการบังคับร่วมเพศหรือการกระทำทางเพศอื่น ๆ เด็กหญิงวัยรุ่น อายุ 15 ถึง 19 ปี (84 ล้านคน) จำนวน 1 ใน 3 คนที่แต่งงานแล้วตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงทางอารมณ์ทางกายหรือทางเพศ ที่กระทำโดยสามีหรือคู่ครองตน เหตุการณ์ความรุนแรงระหว่างคู่สามีภรรยามีสูงถึง ร้อยละ 70 หรือสูงกว่านั้นในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก และอิเควทอเรียลกินี และสูงเกือบหรือเกินร้อยละ 50 ในยูกันดา สหสาธารณรัฐแทนซาเนีย และซิมบับเว สถานการณ์ความรุนแรงทางเพศในประเทศไทย ความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิง อาจเกิดขึ้นในลักษณะของการตบตีทำร้ายร่างกาย คำนินย ช่มชู้ กระทำชำเรา คุกคามทางเพศ หรือถึงขั้นบังคับให้ค้าประเวณี โดยเฉพาะรูปแบบความรุนแรงที่ผู้หญิงและเด็กผู้หญิงในประเทศไทยต้องตกเป็นเหยื่อมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความรุนแรงที่ได้รับจากคู่สมรส ร้อยละ 59 รองลงมา คือ ความรุนแรงแบบผสมผสานหลายรูปแบบ ร้อยละ 15 และอันดับสามเกิดจาก ความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 12 กระทรวงสาธารณสุข สถิติล่าสุดในปี พ.ศ. 2556 พบปัญหาเด็กและสตรี ถูกกระทำความรุนแรง รวมทั้งหมด 31,966 ราย เป็นเด็ก 19,229 ราย สตรี 12,638 ราย และปัญหาอันดับ 1 ที่พบในเด็กอายุ 10-15 ปี คือ การล่วงละเมิดทางเพศ ส่วนในสตรีคือ การถูกทำร้ายร่างกาย ดร.สุชาติ ทวีสิทธิ์ นักวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า จากสถิติข้อมูลที่รวบรวมได้ จากศูนย์พึ่งได้ ของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2556 -2557 มีผู้หญิง เด็กหญิงและเด็กชายถูกทำร้าย เฉลี่ยชั่วโมงละ 4 ราย หรือวันละ 87 หรือเฉลี่ยทุก ๆ 15 นาที จะมีเหยื่อที่เป็นผู้หญิงหรือเด็กถูกทำร้าย 1 คน ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อความรุนแรงจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศมีมากที่สุด เหยื่อกลุ่มนี้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บางรายมีอายุต่ำกว่า 5 ขวบ เปรียบเทียบกับในระดับสากล เมื่อปี พ.ศ. 2556 องค์การด้านสตรีของสหประชาชาติจัดอันดับประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 36 ของการใช้ความรุนแรงทางกายต่อผู้หญิงจากจำนวนประเทศที่ได้รับรายงานทั้งสิ้น 75 ประเทศ และจัดอันดับประเทศไทยไว้ในลำดับที่ 7 จากจำนวน 71 ประเทศ ที่มีการกระทำความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิง ซึ่งปัญหาของการถูกกระทำความรุนแรง ทั้งทำร้ายร่างกายและล่วงละเมิดทางเพศ เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญเร่งด่วน โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจ เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลทางใจ โดยเฉพาะเด็ก ซึ่งยังดูแลตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพิงการดูแลจากผู้ใหญ่ และที่ผ่านมาสังคมยังมีความเข้าใจว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องภายในครอบครัวหรือเป็นเรื่องน่าอับอาย จึงทำให้ผู้ที่ถูกกระทำไม่ได้รับการดูแลแก้ไขตั้งแต่ต้น เกิดปัญหาตามมา

2.4. กฎหมาย ยุทธศาสตร์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครกในวัยรุ่น

2.4.1 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546

พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 ได้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2547 โดยเหตุผลสำคัญในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ ประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 132 ลงวันที่ 22 เมษายน พ.ศ.2515 และประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 294 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2515 ใช้บังคับมานาน สาระสำคัญและรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการสงเคราะห์



คุ้มครองสวัสดิภาพ และส่งเสริมความประพฤติเด็กไม่เหมาะสมกับสภาพสังคมปัจจุบัน สมควรกำหนด ขั้นตอนและปรับปรุงวิธีการปฏิบัติต่อเด็กให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อให้เด็กได้รับการอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและมีพัฒนาการที่เหมาะสม อันเป็นการส่งเสริมความมั่นคงของสถาบันครอบครัว รวมทั้งป้องกันมิให้เด็กถูกทารุณกรรม ตกเป็นเครื่องมือในการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ หรือถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม และสมควรปรับปรุงวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการคุ้มครองเด็กระหว่าง หน่วยงานของรัฐและเอกชนให้เหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 53 และ 80 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, น.3-4) โดยมุ่งเน้นคุ้มครองต่อเด็กซึ่งมีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติขึ้นมา

พระราชบัญญัตินี้มีทั้งสิ้น 9 หมวด 1 บทเฉพาะกาล รวมทั้งสิ้น 88 มาตรา สรุปสาระในแต่ละหมวดดังนี้ (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ น. 2-5)

หมวด 1 คณะกรรมการคุ้มครองเด็ก

กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติขึ้น มีอำนาจและหน้าที่ที่สำคัญคือ การเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน งบประมาณ และมาตรการในการสงเคราะห์คุ้มครองสวัสดิภาพ และส่งเสริมความประพฤติเด็ก รวมถึงการให้ คำปรึกษา แนะนำ และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานด้านการศึกษา การสงเคราะห์ คุ้มครองสวัสดิภาพ และส่งเสริมความประพฤติเด็ก นอกจากนี้ยังมีอำนาจตรวจสอบ สถานรับเลี้ยงเด็ก สถานแรกรับ สถานสงเคราะห์ สถานคุ้มครองสวัสดิภาพ สถานพัฒนาและฟื้นฟู หรือสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ คุ้มครองสวัสดิภาพ และส่งเสริมความประพฤติเด็กทั้งของรัฐ และเอกชน

กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองเด็กกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด เพื่อกระจายการดูแลให้เป็นไปอย่างทั่วถึง โดยมีอำนาจหน้าที่ ที่สำคัญ คือ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน งบประมาณ และมาตรการ ในการสงเคราะห์คุ้มครองสวัสดิภาพ และส่งเสริมความประพฤติเด็ก การให้คำปรึกษา แนะนำ และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง การติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบ การดำเนินงานเกี่ยวกับการสงเคราะห์และส่งเสริมความประพฤติเด็กแล้วรายงานผลต่อคณะกรรมการ

หมวด 2 การปฏิบัติต่อเด็ก

การปฏิบัติต่อเด็กไม่ว่าในกรณีใดต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุด ของเด็กเป็นสำคัญและไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม และในพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนด หลักเกณฑ์และวิธีการในการปฏิบัติต่อเด็ก โดยสรุปสาระสำคัญดังนี้

- ผู้ปกครองต้องให้การอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และพัฒนา เด็กที่อยู่ในความปกครองตามสมควรแก่ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมแห่งท้องถิ่น รวมถึง



การคุ้มครองสวัสดิภาพของเด็กมิให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจ และผู้ปกครองต้องไม่ทอดทิ้ง ละทิ้ง หรือละเลยไม่ดูแลเด็ก

- ให้องค์กรเจ้าหน้าที่ที่พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนด (มาตรา 24 มาตรา 6 และมาตรา 66) มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงดูแล ตรวจสอบสถานที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด

- พนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 24 ได้แก่ ปลัดกระทรวง ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้อำนวยการเขต นายอำเภอ ปลัดอำเภอผู้เป็นหัวหน้าประจำกิ่งอำเภอหรือผู้บริหาร องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ไม่ว่าเด็กจะมี ผู้ปกครองหรือไม่และมีอำนาจหน้าที่ตามพนักงานเจ้าหน้าที่ที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้

นอกจากนี้ยังกำหนดมาตรการต่าง ๆ ที่สำคัญเพื่อคุ้มครองเด็ก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ชื่อเสียง หรือสิทธิประโยชน์อื่นของเด็ก เช่น ห้ามบุคคลใดกระทำการอันเป็น การทารุณกรรมเด็ก ห้ามบุคคลใดบังคับขู่เข็ญ ส่งเสริมหรือยินยอมให้เด็กประพฤติตนไม่สมควรหรือ เสี่ยงต่อการกระทำผิดในด้านต่าง ๆ เป็นต้น และเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ จึงได้กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจและหน้าที่พิเศษบางประการ เช่น อำนาจในการตรวจค้น สถานที่ มีหนังสือเรียกบุคคลมาให้ถ้อยคำ เรียกให้ส่งเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ เป็นต้น

หมวด 3 การสงเคราะห์เด็ก

กำหนดลักษณะของเด็กที่พึงได้รับการสงเคราะห์ไว้ และกำหนด หลักเกณฑ์วิธีการสงเคราะห์เด็ก โดยการสงเคราะห์ในเบื้องต้นเป็นการกำหนดสถานที่อยู่ของเด็ก ซึ่งต้องพิจารณาตามความเหมาะสมเพื่อให้การช่วยเหลือ สงเคราะห์ พัฒนาและฟื้นฟูต่อไป โดยต้องมีการสืบเสาะและพินิจเกี่ยวกับตัวเด็กและครอบครัว เพื่อหาวิธีการสงเคราะห์หรือคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก ที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ

หมวด 4 การคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก

กำหนดลักษณะของเด็กที่พึงได้รับการคุ้มครองสวัสดิภาพ โดยในกรณีมีการกระทำทารุณกรรมต่อเด็ก ให้เจ้าหน้าที่มีอำนาจแยกตัวเด็กจากครอบครัว และต้องรีบ จัดให้มีการตรวจรักษาทางร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นต้องจัดให้เด็กอยู่ในสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อหา วิธีการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กต่อไป ส่วนในกรณีที่พบเห็นเด็กที่เสี่ยงต่อการกระทำผิด เจ้าหน้าที่ต้อง ดำเนินการหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวเด็กและครอบครัว ถ้าเห็นว่าเด็กจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองสวัสดิภาพ หรือเห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ก็ต้องดำเนินการจัดให้มีการคุ้มครองสวัสดิภาพหรือ การสงเคราะห์ต่อไป ในกรณีที่มอบตัวเด็กให้แก่ผู้ปกครองหรือบุคคลที่ยินยอมรับเด็กไปปกครองดูแล อาจมีการแต่งตั้งผู้คุ้มครองสวัสดิภาพแก่เด็ก และมีการวางข้อกำหนดเพื่อป้องกันมิให้เด็ก มีความประพฤติดีเสียหรือเสี่ยงต่อการกระทำผิด



หมวด 5 ผู้คุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการแต่งตั้งผู้คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กเพื่อกำกับดูแลเด็ก โดยแต่งตั้งจากพนักงานเจ้าหน้าที่ นักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคคลที่สมัครใจ และมีความเหมาะสม นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดห้ามมิให้บุคคลที่เกี่ยวข้องเปิดเผยภาพ หรือข้อมูลใด ๆ เกี่ยวกับเด็กหรือผู้ปกครองในลักษณะที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่เด็กหรือผู้ปกครอง

หมวด 6 สถานรับเลี้ยงเด็ก สถานแรกรับ สถานสงเคราะห์ สถานคุ้มครองสวัสดิภาพ และสถานพัฒนาและฟื้นฟู

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็ก สถานแรกรับ สถานสงเคราะห์ สถานคุ้มครองสวัสดิภาพ และสถานพัฒนาและฟื้นฟู และให้เจ้าหน้าที่ที่กำหนดไว้ทำหน้าที่กำกับดูแลและส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของสถานดังกล่าว นอกจากนี้ยังต้องมีผู้ปกครองสวัสดิภาพเป็นผู้ปกครองดูแลและบังคับบัญชา ซึ่งได้มีการกำหนดเกี่ยวกับอำนาจและหน้าที่ของผู้ปกครองสวัสดิภาพของสถานแรกรับ ผู้ปกครองสวัสดิภาพของสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสวัสดิภาพของสถานคุ้มครองสวัสดิภาพ และผู้ปกครองสวัสดิภาพของสถานพัฒนาและฟื้นฟู โดยมุ่งเน้นให้เด็กเป็นศูนย์กลาง

หมวด 7 การส่งเสริมความประพฤตินักเรียนและนักศึกษา

โรงเรียนและสถานศึกษา ต้องจัดให้มีระบบงานและกิจกรรมในการแนะแนวให้คำปรึกษาและฝึกอบรมแก่นักเรียน นักศึกษา และผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมความประพฤติที่เหมาะสม ความรับผิดชอบต่อสังคม และความปลอดภัยแก่นักเรียนและนักศึกษา และให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมความประพฤตินักเรียนและนักศึกษา เช่น การสอบถามครู อาจารย์เกี่ยวกับความประพฤติของเด็ก แนะนำหรือตักเตือนผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กและสอดส่องดูแลพฤติกรรมของบุคคลหรือแหล่งซุกจุกเด็กให้ประพฤติในทางมิชอบ เป็นต้น

หมวด 8 กองทุนคุ้มครองเด็ก

ให้จัดตั้งกองทุนคุ้มครองเด็ก เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายในการสงเคราะห์ คุ้มครองสวัสดิภาพ และส่งเสริมความประพฤติเด็ก โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนทำหน้าที่ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนแล้ว รายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการ

หมวด 9 บทกำหนดโทษ

กำหนดโทษทางอาญาแก่บุคคลผู้กระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติต่าง ๆ ตามที่พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อให้กฎหมายฉบับนี้ใช้บังคับได้จริงและบรรลุผลตามความมุ่งหมายนั่นเอง



ในพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองเด็กให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กในสภาพสังคมปัจจุบัน โดยมีหลักเกณฑ์การให้การคุ้มครองเด็ก ตามมาตรา 22 การปฏิบัติต่อเด็กนั้นต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ ไม่เลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ทั้งนี้หลักเกณฑ์ของ “ประโยชน์สูงสุดของเด็ก” และหลัก “ไม่เลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม” นั้นจำเป็นต้องบัญญัติไว้ในกฎกระทรวง เพื่อนำมาใช้ในการคุ้มครองเด็กให้ได้รับความปลอดภัยจากการถูกละเมิดสิทธิหรือการกระทำใดต่าง ๆ ที่จะทำให้เด็กได้รับอันตรายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความเหมาะสมกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน ที่มีแนวโน้มการเกิดปัญหาสังคมเพิ่มมากขึ้นและนับวันจะทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น

ณรงค์ ใจหาญ (2552, น. 5-8) กล่าวว่าพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 ได้กำหนดให้มีระบบการให้ความคุ้มครองออกเป็น 3 ระบบ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันตามประสงค์ของกฎหมาย ดังนี้

ระบบการให้ความคุ้มครองเด็กทั้ง 3 ระบบ คือ

1. ระบบการให้การสงเคราะห์ โดยรัฐเข้ามามีบทบาทในการกำหนดหน้าที่ของผู้ปกครองที่จะต้องให้การดูแลสั่งสอน และการปฏิบัติต่อเด็กเพื่อให้เด็กได้รับประโยชน์สูงสุดในการพัฒนา และได้รับหลักประกันว่าจะได้รับการดูแลสั่งสอนที่ได้มาตรฐานขั้นต่ำ ในลักษณะการปรึกษาหารือและร่วมให้คำแนะนำ โดยความยินยอมของผู้ปกครองเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ปกครองเป็นผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวให้สมบูรณ์และได้มาตรฐานสากล ซึ่งรัฐจะเข้าไปดูแลเฉพาะครอบครัวที่ไม่ได้ทำหน้าที่ และผู้ปกครองที่ไม่ได้ให้ความร่วมมือโดยไม่มีเหตุอันสมควรเท่านั้น

2. ระบบการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก โดยพื้นฐานเป็นการที่รัฐเข้าไปทำหน้าที่ให้ความคุ้มครองต่อเด็กโดยตรง เพราะการที่เด็กตกอยู่ในสภาพที่ถูกกระทำทารุณหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการกระทำความผิดนั้น อาจมีสาเหตุมาจากการกระทำของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลด้วย ดังนั้นมาตรการที่รัฐเข้าไปจึงเป็นการเข้าไปปกป้องคุ้มครอง โดยไม่ต้องคำนึงถึงความยินยอมของผู้ปกครองแต่อย่างใด

3. ระบบการส่งเสริมความประพฤติเด็ก มุ่งเน้นบทบาทในเชิงรุกที่จะป้องกันปัญหาที่เด็กนักเรียนหรือนักศึกษามีความประพฤติที่ไม่เหมาะสม โดยให้สถานศึกษาเป็นหลักในการจัดระบบงานและการดำเนินกิจกรรม เพื่อชี้แนวทางในการส่งเสริมความประพฤติของเด็กก่อนที่เด็กจะมีความประพฤติที่ไม่สมควร นอกจากนี้การแก่นักเรียนที่มีความประพฤติไม่สมควร ได้เปลี่ยนหลักการของการลงโทษหรือการไล่ออกมาเป็นการแก้ไขฟื้นฟูและการให้การสงเคราะห์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก เพื่อให้กลับเข้าสู่สังคมได้ต่อไปโดยไม่ประพฤติดีซ้ำ

ข้อสังเกต การคุ้มครองเด็กในกฎหมายฉบับนี้ ยึดถือหลักการเคารพในสิทธิของผู้ปกครอง ไม่ว่าจะเป็นบิดามารดา หรือสถานศึกษาที่มีหน้าที่ในการดูแลสั่งสอนเด็กหรือนักเรียน นักศึกษาที่อยู่ในความดูแลของตนให้เด็กเหล่านั้นมีความประพฤติที่ดี แต่ได้เพิ่มการกำหนดมาตรฐานสากลที่ใช้อำนาจปกครองควรปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาและปกป้องเด็กมิให้มี



ความประพฤติที่ไม่ดี รัฐจะเข้ามาภายใต้เงื่อนไขที่ว่าผู้ใช้อำนาจปกครองบกพร่องต่อหน้าที่ดังกล่าว โดยเข้ามาโดยการให้คำแนะนำ ปรีกษาหารือ และร่วมกันแก้ไข อย่างไรก็ตามหากเป็นกรณีที่ไม่ได้รับความร่วมมือกับผู้ปกครอง หรือในกรณีที่ผู้ปกครองอาจประทุษร้ายแก่เด็กเอง มาตรการที่รัฐเข้ามามีปกป้องคือ การให้การคุ้มครองสวัสดิภาพ เพื่อปกป้องคุ้มครองและมีมาตรการในการป้องกันมิให้เด็กได้รับการประทุษร้ายซ้ำ ทั้งนี้ เนื่องจากมาตรการดังกล่าวเป็นการใช้อำนาจรัฐก้าวล่วงไปถึงสิทธิในการปกครองของผู้ปกครอง จึงต้องอาศัยการตรวจสอบของศาลเยาวชนและครอบครัว ในการกลั่นกรอง และอนุญาตให้เจ้าพนักงานเข้าไปดำเนินการ หรือใช้อำนาจของศาลในการกำหนดเงื่อนไขการคุมประพฤติหรือการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัย เพื่อป้องกันมิให้มีการทำร้ายเด็กซ้ำจากการกระทำของผู้ปกครองหรือผู้อื่น

2.4.2 พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

หมวด 1 การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

มาตรา 5 วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้ ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ตามพระราชบัญญัตินี้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

มาตรา 6 ให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

(1) จัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนหรือนักศึกษา

(2) จัดหาและพัฒนาผู้สอนให้สามารถสอนเพศวิถีศึกษา และให้คำปรึกษาในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่นักเรียนหรือนักศึกษา

(3) จัดให้มีระบบการดูแล ช่วยเหลือ และคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครรภ์ ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม การกำหนดประเภทของสถานศึกษา และการดำเนินการของสถานศึกษาแต่ละประเภทให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 7 ให้สถานบริการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

(1) ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นวัยรุ่นอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ



(2) จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้รับบริการซึ่งเป็นวัยรุ่น และสอดคล้องกับสิทธิตามมาตรา 5 รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม การกำหนดประเภทของสถานบริการ และการดำเนินการของสถานบริการแต่ละประเภทให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 8 ให้สถานประกอบกิจการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

(1) ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่ลูกจ้างซึ่งเป็นวัยรุ่นอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

(2) จัดหรือสนับสนุนให้ลูกจ้างซึ่งเป็นวัยรุ่นเข้าถึงบริการให้คำปรึกษา และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับ การจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม การกำหนดประเภทของสถานประกอบกิจการ และการดำเนินการของสถานประกอบกิจการแต่ละประเภท ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 9 ให้มีการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

(1) ส่งเสริมสนับสนุนให้สภาเด็กและเยาวชนระดับจังหวัดและระดับอำเภอ สร้างเครือข่ายเด็กและเยาวชนในพื้นที่เพื่อเป็นแกนนำป้องกัน แก้ไข และเฝ้าระวังปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

(2) ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานของเอกชนที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ประสานงาน เฝ้าระวัง และให้ความช่วยเหลือแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และครอบครัว

(3) จัดให้มีการฝึกอาชีพตามความสนใจและความถนัดแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนและหลังคลอดที่ประสงค์จะเข้ารับฝึกอาชีพ และประสานงานเพื่อจัดหางานให้ได้ประกอบอาชีพตามความเหมาะสม

(4) จัดหาครอบครัวทดแทนในกรณีที่วัยรุ่นไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองได้

(5) การจัดสวัสดิการสังคมในด้านอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 10 ให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้วัยรุ่น ในเขตราชการส่วนท้องถิ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5 เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตาม



วรรคหนึ่ง ให้ราชการส่วนท้องถิ่น มีอำนาจออกข้อบัญญัติท้องถิ่นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2.4.3 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2565-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

1) วิสัยทัศน์

วัยรุ่นจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีความรู้ ความตระหนัก ทักษะชีวิต สามารถเผชิญปัญหาเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนมีครอบครัวอบอุ่น และปรับเปลี่ยนมุมมอง ทางสังคมให้เอื้อต่อการมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี และมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

2) พันธกิจ

2.1 พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพและมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.2 ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการ ในการเลี้ยงดู สร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น

2.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร

2.4 พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และการจัดสวัสดิการสังคมในกลุ่มวัยรุ่น

2.5 บูรณาการการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัย และการจัดการความรู้

3) วัตถุประสงค์

3.1 วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สามารถงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ รวมถึงได้รับการดูแลช่วยเหลือ และคุ้มครองอย่างเป็นระบบเมื่อประสบปัญหา

3.2 ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวก และมีบทบาทในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3.3 วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการปรึกษาทางเลือก สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ รวมถึงได้รับบริการที่เป็นมิตรและถูกต้องตามหลักวิชาการในการฝากครรภ์ การคลอด การดูแลสุขภาพหลังคลอด หรือการยุติการตั้งครรภ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

3.4 พ่อแม่วัยรุ่นได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลเลี้ยงดูบุตร การจัดหาครอบครัวทดแทนกรณีที่ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ และได้รับสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสม รวมถึงการฝึกอาชีพและการได้งานทำ



3.5 เกิดกลไกในการดำเนินงานบูรณาการทุกภาคส่วนหลักในการดำเนินงานทั้งในด้านการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัย และการจัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม

4) เป้าหมาย

4.1 ในปี 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปีลดลง ไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิง อายุ 10-14 ปี 1,000 คน

4.2 ในปี 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีลดลง ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน

5) ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพและมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการในการเลี้ยงดู สร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น

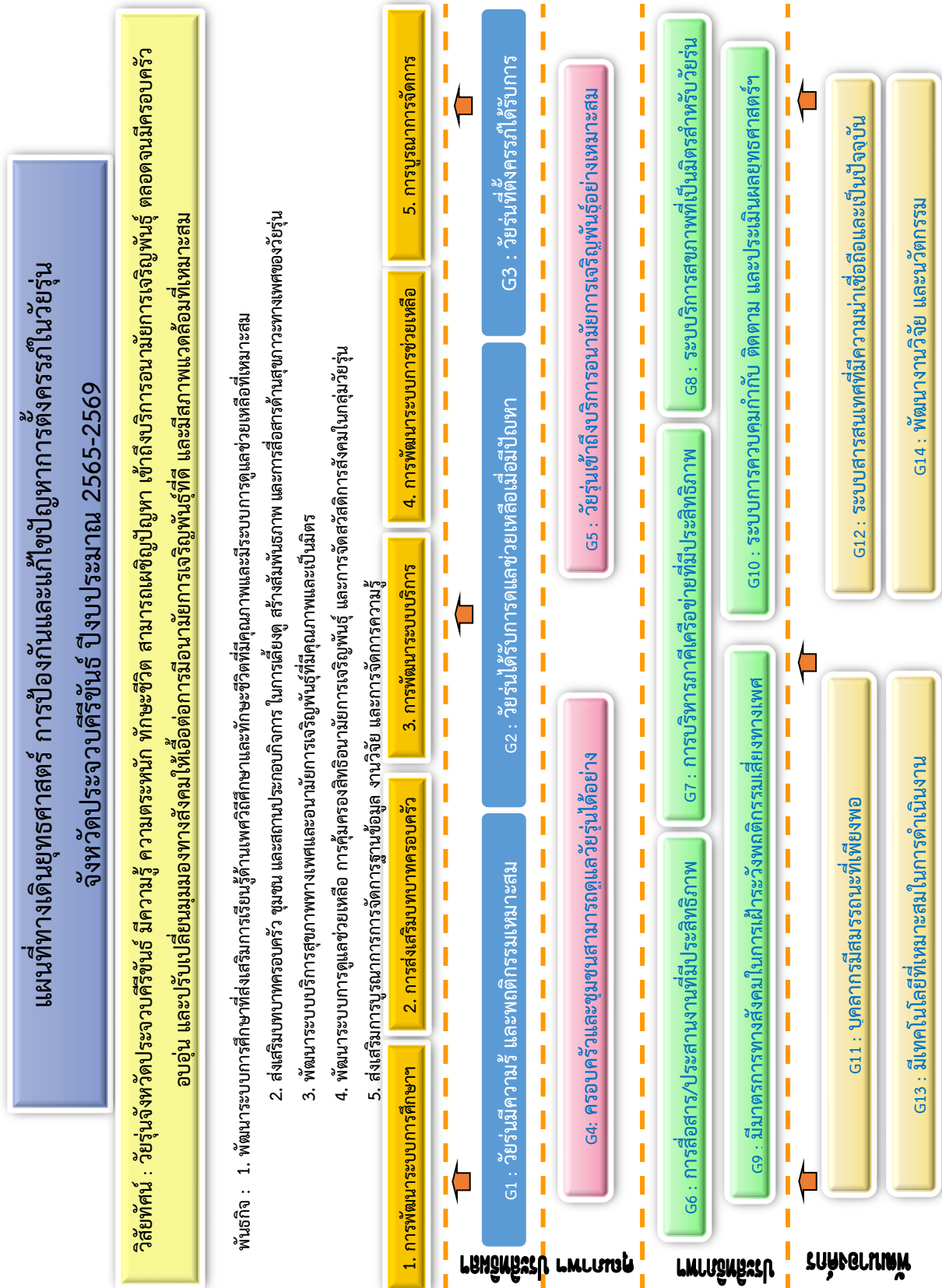
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมในกลุ่มวัยรุ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการบูรณาการการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัย และการจัดการความรู้



ภาพที่ 2.1 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปีงบประมาณ 2565-2569





2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดร.สมชัย จิตสุชน (2564) **เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และวิธีการแก้ปัญหาดังครกในวัยรุ่นในประเทศไทย** การศึกษานี้จึงสำรวจและวิเคราะห์มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครกในวัยรุ่นในประเทศไทย ที่ส่งผลต่อการบรรเทาปัญหาดังครกในวัยรุ่นในประเทศไทย การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดังครกในวัยรุ่นในประเทศไทย เป็นการประเมินความแตกต่างของรายได้ตลอดช่วงชีวิตของแต่ละกลุ่มเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่ได้ดังครกและเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้ โดยใช้วิธี Propensity Score Matching (PSM) ได้ผลต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการดังครกในวัยรุ่น อยู่ที่ประมาณ 8.3 แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของ GDP ต้นทุนนี้จะเพิ่มมากขึ้นในประชากรรุ่นต่อไปหากไม่มีการแก้ไขปัญหาดังครกในวัยรุ่น แสดงถึงนัยสำคัญทางนโยบายที่ต้องให้ความสำคัญกับการลดจำนวนแม่วัยรุ่น และพยายามให้วัยรุ่นอยู่ในระบบการศึกษาและได้เรียนจนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ โดยเฉพาะกลุ่มดังครกในวัยรุ่นควรต้องได้กลับเข้าเรียนในระบบการศึกษาโดยไม่มีอุปสรรคในการกลับเข้าเรียนในโรงเรียนเดิมจนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อให้สามารถทำงาน และมีรายได้ที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ ในกรณีที่แม่พร้อมที่จะกลับเข้าเรียนในระบบ ซึ่งมีแม่วัยรุ่นจำนวนไม่น้อย ไม่กลับเข้าเรียนในระบบ แต่เลือกที่จะเข้าเรียนในการศึกษานอกระบบหรือการศึกษานอกโรงเรียนแทน การพัฒนาคุณภาพของการศึกษานอกระบบให้เท่าเทียมกับการศึกษาในระบบ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่จะช่วยให้กลุ่มดังครกในวัยรุ่นดังกล่าวสามารถมีความรู้และทักษะเพื่อการหารายได้ในระดับที่ทัดเทียมใกล้เคียงกับกลุ่มที่เรียนอยู่ในระบบ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

การวิเคราะห์มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครกของวัยรุ่นในประเทศไทย ที่ส่งผลต่อการบรรเทาปัญหาดังครกในวัยรุ่นในประเทศไทยในการศึกษานี้ พบว่า มาตรการที่เกิดขึ้นจากแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมนับตั้งแต่ พ.ศ.2553 และมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สามารถจำแนกเป็น 6 กลุ่ม ประกอบด้วย การประกาศใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครกในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัย การดำเนินงานของเครือข่ายให้คำปรึกษาและการยุติการดังครก โครงการป้องกันการดังครกซ้ำในวัยรุ่น การผลักดันการใช้จ่ายยุติการดังครก (เมตาบอน) และการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ โดยมาตรการข้างต้นมีวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกันโดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะการป้องกันถึงการจัดการหลังการดังครก ทั้งนี้การดำเนินมาตรการจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความจำเป็นต้องบูรณาการให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้มาตรการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด



ภาดา ธารีเพียร , โกสุม เศรษฐาวงศ์ (2564) **การรับรู้การป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งของแกนนำนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน** เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้การป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการทำแท้งของแกนนำนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาเอกชน และเป็นแกนนำที่เข้าร่วมอบรมการให้คำปรึกษาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศและการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงทั้งหมด 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้ข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง พร้อมทั้งบันทึกเทปและบันทึกภาคสนาม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาสะท้อนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้ง แบ่งเป็น 2 หัวข้อใหญ่ ได้แก่ 1) การรับรู้อุปสรรคของนักศึกษา ได้แก่ ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ที่ถูกต้อง บุคคลที่ให้คำปรึกษาและกลัวสังคมไม่ยอมรับ 2) การรับรู้วิธีป้องกันก่อนและหลังเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้แก่ ทางเลือกที่หลากหลายให้ผู้รับคำปรึกษาตัดสินใจเอง การทำแท้งภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์และการให้ครอบครัวร่วมตัดสินใจและแก้ไขปัญหา จากการสะท้อนการรับรู้ของแกนนำนักศึกษาแสดงให้เห็นว่าควรเปิดช่องทางให้ผู้ขอรับคำปรึกษา เข้าถึงได้ง่ายและมั่นใจว่าจะได้รับการรักษาความลับ การเปิดช่องทางที่หลากหลาย เพื่อช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาเข้าถึงได้รวดเร็ว ตลอดจนการมีครูหรืออาจารย์ที่ปรึกษา นักจิตวิทยาเป็นเครือข่ายที่คอยกำกับดูแลให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือในกรณีที่ปัญหาซับซ้อนเกินความสามารถของนักศึกษาแกนนำ

สุดกัญญา ปานเจริญ , จิราจันทร์ คณหา , ภัทรานิษฐ์ จองแก (2563) **เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น** วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งที่ 2 ขึ้นไปจำนวน 174 ราย ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ผลการศึกษา พบว่า หญิงวัยรุ่นที่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำมักเป็นวัยรุ่นตอนปลาย (มีอายุเฉลี่ย 18.42 ปี อายุขณะตั้งครรภ์แรกเฉลี่ย 16.86 ปี) รายได้ครอบครัวต่ำ มีสามีเป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงิน แต่งงานใหม่มีบุคคลใกล้ชิดเป็นแม่วัยรุ่นคุมกำเนิดสม่ำเสมอ มีเจตคติทางบวกต่อการตั้งครรภ์ซ้ำและมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงหรือเชื่อว่าบุคคลใกล้ชิดคาดหวังให้ตนเองตั้งครรภ์ซ้ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ ได้แก่ รายได้ครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางการเงิน การอยู่อาศัยก่อนตั้งครรภ์ สถานภาพสมรสบุคคลใกล้ชิดเป็นแม่วัยรุ่น ประวัติการคุมกำเนิดเจตคติต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ดังนั้นควรหากลยุทธ์ในการส่งเสริมให้วัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญของการคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ เน้นการคุมกำเนิดระยะยาว จัดให้มีการฝึกทักษะเฉพาะในเรื่องการป้องกัน การตั้งครรภ์โดยเฉพาะผู้ที่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว เพราะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจ โรงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรดำเนินกิจกรรมกลุ่มในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ตั้งใจในขณะยังเป็นวัยรุ่นอยู่ เนื่องจากพฤติกรรมของเพื่อนรุ่นราว



คราวเดียวกันที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้หญิงวัยรุ่นที่เคยตั้งครรภ์มาแล้วมีแนวโน้มตั้งครรภ์ซ้ำสูงและควรมีการให้คำปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การกระจายเวชภัณฑ์คุมกำเนิด กิ่งถาวรให้ครอบคลุม ส่งเสริมสุขภาพมารดาวัยรุ่นเชิงรุก การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยอิงระบบผลลัพธ์ และการสนับสนุนทุนวิจัย เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนการปฏิบัติ เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไป

กุลธิดา อนุตรกุลศรี (2561) **เรื่องรูปแบบและกลไกการให้ความช่วยเหลือแม่วัยใส: กรณีศึกษาหน่วยงานที่ ให้ความช่วยเหลือแม่วัยใส ในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร** ศึกษา รูปแบบและกลไกของการให้ความช่วยเหลือแม่วัยใสในมิติมูลเหตุ กระบวนการ และผลที่เกิดขึ้น ในระดับองค์กรและบุคคล และเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือแม่วัยใส ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม มีผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลระดับบริหาร และ 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลระดับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานและแม่วัยใส ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบและกลไก การให้ความช่วยเหลือแม่วัยใส แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบตอบสนองความต้องการที่จำเป็น เป็นรูปแบบที่จัดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางร่างกายและความต้องการต้นทุนชีวิต 2) รูปแบบฟื้นฟูเยียวยาทางจิตใจ เป็นรูปแบบที่ให้ความช่วยเหลือฟื้นฟู เยียวยา จิตใจ แม่วัยใสและ ครอบครัวให้มีสุขภาพจิตที่ดี 3) รูปแบบติดอาวุธทางปัญญา เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมความรู้ สร้างทักษะ ชีวิต และพัฒนาศักยภาพต่าง ๆ และ 4) รูปแบบคืนสู่ครอบครัว เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นภายหลัง จากที่แม่วัยใสผ่านกระบวนการให้ความช่วยเหลือแม่วัยใสและรูปแบบอื่น ๆ มาแล้ว สำหรับแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือแม่วัยใสที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม แบ่งเป็น ระดับปฏิบัติงาน ได้แก่ การเข้าถึงกลุ่มแม่วัยใสและการทำงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ระดับองค์กร ได้แก่ เสริมสร้างพลังในคนทำงานและสรรหาแหล่งเงินทุนสนับสนุน และระดับนโยบาย ได้แก่ การผลักดันให้เป็นสวัสดิการสุขภาพถ้วนหน้า จากรูปแบบและกลไกการให้ความช่วยเหลือ แม่วัยใสสามารถนำมาพัฒนาเป็นคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

พิชาภรณ์ จันทนกุล,สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ และสุกฤดา ตะการีย์ (2560) **เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาล กระจุกแบน จ.สมุทรสาคร** การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผล ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรี วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุระหว่าง 11-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยรับ ฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระจุกแบน ในช่วงเดือนมกราคม-สิงหาคม 2562 จำนวน 140 คน คัดเลือก โดยวิธีการเฉพาะเจาะจงรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดค่านิยมทางเพศ แบบวัด สัมพันธภาพในครอบครัว และแบบวัดการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า สัมพันธภาพ



ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.275$, $p\text{-value}=.01$)

องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย รายงานสังเคราะห์ (2558) การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ เพื่อบันทึกแนวโน้มปัจจุบันของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่วัยรุ่น โดยได้มีการระบุปัจจัยหลักที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่าการขาดการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่และวัยรุ่น รวมถึงการที่พ่อแม่ขาดความใกล้ชิดในการเลี้ยงดูบุตร สิ่งเหล่านี้อาจนำไปสู่การตัดสินใจของวัยรุ่นที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยปราศจากความรู้ที่เหมาะสม และไม่มีการคุมกำเนิด

1. การขาดอำนาจในการเจรจาต่อรองนี้ ส่งผลให้ผู้หญิงไม่สามารถเรียกร้องเรื่องการคุมกำเนิดได้ และในบางกรณีไม่สามารถจะทราบได้เลยว่าจะเกิดอะไรขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์แล้ว เนื่องจากพ่อแม่หรือพ่อแม่ของฝ่ายชายได้จำกัดทางเลือกไว้แล้ว

2. การไม่มีความรู้ และทักษะที่เพียงพอที่จะกล้าออกมาแสดงจุดยืน และป้องกันตัวเองในสถานการณ์เสี่ยงทางเพศ

3. การรับสื่อและข้อความข่าวสารต่าง ๆ ที่หลากหลายรูปแบบ และมีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และความสัมพันธ์ต่าง ๆ

4. ความกังวลเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต ในเรื่องของการรับรู้ของวัยรุ่นที่ว่า วัยรุ่นจะไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องเพศ เนื่องจากวัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยปราศจากการได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสม ตรงกันข้าม คือ การเซ็นเซอร์โฆษณาขายถุงยางอนามัย และการไม่ได้ควบคุมข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต อาจส่งผลให้การใช้ยาคุมกำเนิดลดลงหรือเป็นการส่งเสริมให้เกิดการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง

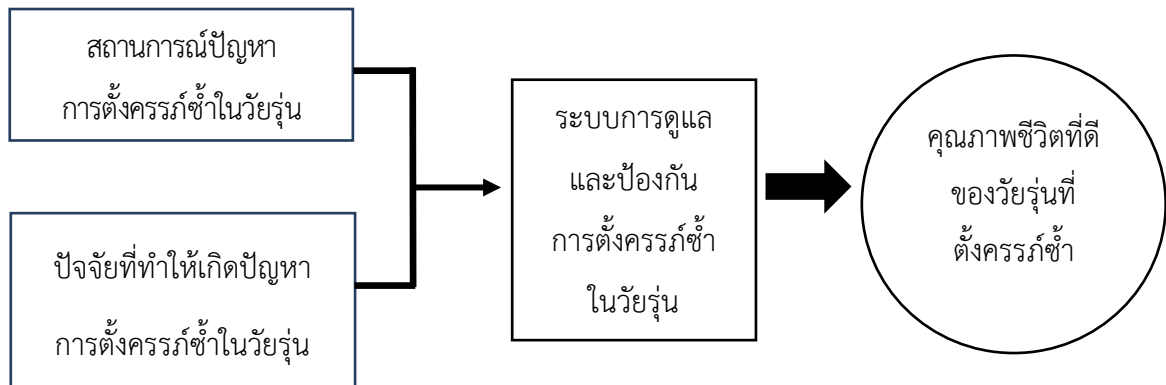
5. ระดับคุณภาพที่แตกต่างกันของการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (Youth Friendly Health Services) การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนและความเชื่อของบุคลากรทางการแพทย์

6. ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การขาดความตระหนักในเรื่องการเข้าถึงการคุมกำเนิด รวมถึงสถานที่ให้บริการ การขาดการประชาสัมพันธ์เผยแพร่เกี่ยวกับการบริการที่มีอยู่ การนำเสนอภาพการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นจากสื่อตะวันตก การเข้าถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ การล่วงละเมิดทางเพศ แรงกดดันจากเพื่อน ยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความยากลำบากทางเศรษฐกิจ การอพยพจากชนบทสู่เมือง ผู้ให้บริการทางเพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และความแตกต่างทางชาติพันธุ์และบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อสตรีวัยรุ่น และมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น



2.6 กรอบแนวคิดของการวิจัย





บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 เด็กและเยาวชนหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ที่มีประวัติการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในช่วงระหว่างปี 2561-2565 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 40 คน

3.1.2 บิดามารดา ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีฐานะเป็นผู้ดูแลวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 40 คน

3.1.3 เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้แทนภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจเอกชน เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้แทนภาครัฐที่เกี่ยวข้องในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 50 คน

3.2 พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ พื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้การเลือกพื้นที่แบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ จากข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน รายจังหวัด โดยดูข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) พบว่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีสถานการณ์รายพื้นที่อยู่ในระดับเสี่ยงสูง 3 ปีติดต่อกัน และมีสถิติสูงกว่าค่าสถิติที่ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยในปี 2561 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีค่าสถิติเท่ากับ 58.73 (ค่าตัวชี้วัดระดับประเทศ เท่ากับ 40) ปี 2562 มีค่าสถิติเท่ากับ 39.97 (ค่าตัวชี้วัดระดับประเทศ เท่ากับ 38) ปี 2563 มีค่าสถิติเท่ากับ 40.98 (ค่าตัวชี้วัดระดับประเทศ เท่ากับ 36) และจากข้อมูลร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ระดับจังหวัด ปี 2563 พบว่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีค่าสถิติร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี เท่ากับ 17.48 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 จากจำนวน 8 จังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับวัยรุ่น) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับผู้ปกครอง/ครอบครัว)

2) แบบสอบถาม (Focus group) (สำหรับหน่วยงาน)



3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะนักวิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้

1. ผศ.ดร.พัชรินทร์ เสรี

ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาวัยรุ่น

ประธานหลักสูตร จิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว

โครงการร่วมสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี,

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กศ.ด. (การศึกษาพิเศษ)

2. ผศ.ดร.กนกนิภา เพิ่มพูนพัฒนา

ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์

คณาจารย์ ประจำสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว

3. นางศิรินารถ ศิริบรรจง

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

4. นายปภาวิน พันชมภู

นักจิตวิทยาชำนาญการ

บ้านพักเด็กและครอบครัวกรุงเทพมหานคร

โดยเครื่องมือวิจัยทั้งหมด ได้ถูกนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คนตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผลการตรวจสอบได้ค่าสอดคล้อง ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับวัยรุ่น) มีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.73

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับผู้ปกครอง) มีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.85

3. แบบสอบถาม (Focus group) (สำหรับหน่วยงาน) มีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 1.00

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับวัยรุ่น) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับผู้ปกครอง) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและเยาวชนหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ที่มีประวัติการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในช่วงระหว่างปี 2561-2565 และครอบครัว จำนวน 40 คน โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้



1) ติดต่อประสานงานกับบุคลากร ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา ที่ทำงานด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และเป็นผู้ที่ทำงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการจัดทำแผนการนัดหมาย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเป็นผู้ดำเนินการหลักในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

2) คณะผู้วิจัยนัดประชุมเบื้องต้นกับบุคลากรในพื้นที่ที่จะเป็นผู้ดำเนินการหลักในการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งสำหรับวัยรุ่น และสำหรับผู้ปกครอง

3) คณะผู้วิจัยนัดประชุมกับผู้เข้าร่วมวิจัย และขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และการติดต่อกับผู้วิจัยอย่างละเอียด แสดงสถานภาพของผู้วิจัยอย่างเปิดเผย เปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้อ่านเอกสารชี้แจงในการเข้าร่วมการวิจัย การคุ้มครองสิทธิ และขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์

4) การสัมภาษณ์จะแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ การสัมภาษณ์เด็ก และการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง โดยนัดสัมภาษณ์แยกคนละเวลากัน ใช้เวลาสัมภาษณ์ต่อคนไม่เกิน 60 นาที บันทึกข้อมูลด้วยวิธีการจดบันทึกและใช้เครื่องบันทึกเสียงในการบันทึกการสนทนา เพื่อนำมาใช้ในการถอดความสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ระยะเวลาการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประมาณ 10-12 วัน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดย วิเคราะห์จากเนื้อหาที่ปรากฏจากการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น (manifest content) โดยผู้วิจัยไม่ได้จัดกระทำ กับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ (latent content) ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ ข้อมูลทั้งหมด จะถูกนำมาจัดหมวดหมู่ (categories) ตามกฎแห่งหมวดหมู่ (rule of coding) ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ผ่านคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เมื่อข้อมูลถูกจัดหมวดหมู่แล้ว จะถูกนำมาถอดเพื่อวิเคราะห์ความหมาย (encoding me) การนับซ้ำ (frequency) เพื่อทำความเข้าใจประเด็นหลักอันเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดข้อมูลจากการบันทึกเสียง จัดระเบียบ ถอดคำ (code text) และ นับซ้ำด้วยมือ (manually encoding) และ 2) สร้างอัตมโนทัศน์ ของข้อมูลใน 2 ลักษณะ (categories) ได้แก่ ข้อมูลที่คล้ายคลึงกันและข้อมูลที่แตกต่างกัน จัดหมวดหมู่หาความเชื่อมโยง และตีความจากข้อมูลที่ได้รับ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยว่าด้วยระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ อันได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และ 2) เพื่อศึกษาระบบการดูแลป้องกันให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และตั้งครรภ์ซ้ำในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการศึกษาจะนำเสนอตามวัตถุประสงค์ โดยข้อมูลจะมาจากส่วนหลักๆ 3 ส่วนอันได้แก่ 1) ข้อมูลจากวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกมีช่วงอายุไม่เกิน 18 ปี และมีการตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 40 คน 2) ข้อมูลของบิดามารดา ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีฐานะเป็นผู้ดูแลวัยรุ่น จำนวน 40 คนและ 3) ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางสังคมอีก 15 คน รวมเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 95 คน โดยจะขอนำเสนอผลการศึกษาและอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

4.1 สถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (2565) ระหว่างปี 2563 - 2565 ระบุว่าวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี มีอัตราการคลอดบุตรในปี พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ 23, 24 และ 16 คน โดยลำดับส่วนวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดบุตรในช่วง 3 ปี ดังกล่าวเท่ากับ 467,441 และ 422 คนตามลำดับ ในประเด็นของการตั้งครรภ์ซ้ำพบข้อมูลดังนี้คือในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนเท่ากับ 76 คน ปี 2564 เท่ากับ 55 คน และในปี 2565 มีจำนวน 52 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ,2565)

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาพรวมดังกล่าว การศึกษานี้ จึงเกิดขึ้นโดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้ต้องมีอายุไม่เกิน 18 ปี ในวันที่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกตั้งนั้น ณ ปัจจุบันจึงมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนหนึ่งที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ซึ่งทีมวิจัยจะได้ขอให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเหล่านี้ นึกย้อนไปถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมาและเพื่อให้เห็นภาพบริบทเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก ครอบครัวของพวกเขาและบริบทแวดล้อม ผลการศึกษาจะได้อธิบายถึงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นวัยรุ่นและบิดามารดาของพวกเขา ก่อนในฐานที่พวกเขาอยู่ในส่วนของผู้รับบริการ (Clients) และหลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลงลึกไปในกลุ่มผู้ให้บริการ (Service Providers) โดยลำดับต่อไป

4.1.1 ข้อมูลด้านประชากรของวัยรุ่นตั้งครรภ์และบิดามารดา

อย่างที่ได้กล่าวไปแล้วว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นวัยรุ่นในการศึกษานี้ มีทั้งสิ้น 40 คน มารดาหรือบิดาของวัยรุ่นอีก 40 คน และผู้ให้บริการในระบบทางสังคมที่เกี่ยวข้องอีก 15 คน แต่ในส่วนนี้จะแยกอธิบายผลการศึกษาของวัยรุ่นกับบิดามารดาของพวกเขา ก่อน เพราะ



กลุ่มนี้ จัดเป็นกลุ่มผู้ได้รับการบริการ (Clients) ซึ่งหากมีการวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มผู้ให้บริการในระบบทางสังคมที่เกี่ยวข้องอีก 15 คน (Service Providers) อาจทำให้เห็นภาพไม่ชัดเจน

วัยรุ่นทั้งหมดในการศึกษานี้มาจากอำเภอ 8 อำเภอในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ หากเราใช้ข้อมูลของเด็กวัยรุ่นเป็นศูนย์กลางของการวิเคราะห์ จะสามารถจำแนกอำเภอได้ดังต่อไปนี้ คือมาจากอำเภอสามร้อยยอด 5 คน อำเภอกุยบุรี 6 คน อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ 6 คน อำเภอบางสะพานน้อย 4 คน อำเภอทับสะแก 5 คน อำเภอหัวหิน 5 คน อำเภอปราณบุรี 5 คน และอำเภอบางสะพาน 4 คน และบิดามารดาของพวกเขาที่มีที่อยู่ในอำเภอเหล่านี้เช่นกัน โดยวัยรุ่นมีอายุดังนี้

ตารางที่ 4.1 ช่วงอายุ จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นวัยรุ่น

ช่วงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
15-17 ปี	7	17.5
18-20 ปี	24	60.0
20 ปีขึ้นไป	9	22.5

โดยผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นวัยรุ่นทั้งหมด 40 คนนี้สามารถจัดกลุ่มอายุได้เป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 18-20 ปี คิดเป็น (ร้อยละ 60.0) ตามมาด้วยกลุ่มอายุ 20 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 22.5) และกลุ่มสุดท้ายอายุ 15-17 ปี (ร้อยละ 17.5) ตามลำดับวัยรุ่นทั้งหมดนี้ ล้วนมีประสบการณ์ตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งสิ้น และการสอบถามจะสอบถามคู่ไปกับบิดามารดาและหรือผู้เลี้ยงดูของวัยรุ่นเป็นสำคัญ โดยใช้ข้อมูลของวัยรุ่นเป็นศูนย์กลางและใช้ข้อมูลบิดามารดา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการเป็นข้อมูลเสริมเพื่อการอธิบายให้เห็นภาพชัดขึ้น ซึ่งในกระบวนการถามคำถาม ทีมวิจัยพบว่าคำตอบของวัยรุ่นและบิดา/มารดาของพวกเขาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ผลการศึกษาจะเริ่มต้นอธิบายถึงระดับการศึกษาและอาชีพของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักโดยพบว่าเกือบร้อยละ 30 (ร้อยละ 28.2) จำนวน 11 คน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 รองลงมาคือกลุ่มที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 17.9) จำนวน 7 คน ตามมาด้วยกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษา กลุ่มที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 และจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน คิดเป็น (ร้อยละ 15.4) หรือกลุ่มละ 6 คน เท่า ๆ กัน โดยการศึกษาสูงสุดของผู้ให้ข้อมูลหลักนี้คือมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีจำนวนทั้งสิ้น 2 ราย และมีผู้ปฏิเสธไม่ให้ข้อมูลด้านการศึกษา 1 ราย และเมื่อพิจารณาไปถึงอาชีพ จะพบว่ากลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 16 คน ไม่มีงานทำหรือว่างงาน ตามมาด้วยกลุ่มต่อมาที่มีจำนวน 11 คน ประกอบอาชีพรับจ้าง และในจำนวนนี้มีนักเรียนอยู่ด้วยจำนวน 1 คน และเมื่อนำข้อมูลมาลง ในตารางไขว้จะพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือและในขณะนี้กำลังว่างงานอยู่มีจำนวนมากถึง (ร้อยละ 25.0) ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งที่ไม่ได้เรียนหนังสือและกำลังประกอบอาชีพค้าขาย



เล็กน้อยๆ สูงถึง (ร้อยละ 50.0) ผลการศึกษาให้ภาพความเกี่ยวพันของระดับการศึกษากับการตั้งครุภ
 วิทยาลัยได้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 4.2 ด้านล่าง

ตารางที่ 4.2 การศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหลักกับอาชีพในปัจจุบัน

การศึกษา ของผู้ให้ ข้อมูลหลัก	อาชีพในปัจจุบัน ร้อยละ (คน)							
	ว่างงาน	ค้าขาย	รับจ้าง	เกษตรกร	ลูกจ้าง ประจำ หน่วยงาน รัฐ	แม่บ้าน	นักเรียน	รวม
ไม่ได้ศึกษา	25.0 (4)	50.0 (2)	-	-	-	-	-	15.4 (6)
กศน.	6.3 (1)	-	36.4 (4)	50.0 (1)	-	-	-	15.4 (6)
ปวช.	6.3 (1)	-	9.1 (1)	-	100.0 (1)	-	-	7.7 (3)
ป.6	18.8 (3)	25.0 (1)	9.1 (1)	-	-	50.0 (2)	-	17.9 (7)
ม.2	18.8 (3)	-	9.1 (1)	-	-	-	-	10.3 (4)
ม.3	12.5 (2)	25.0 (1)	36.4 (4)	50.0 (1)	-	50.0 (2)	100.0 (1)	28.2 (11)
ม.6	12.5 (2)	-	-	-	-	-	-	5.1 (2)
รวม (คน)	16	4	11	2	1	4	1	100.0 (39)

และเมื่อย้อนพิจารณาไปถึงการศึกษาของบิดา-มารดาของผู้ให้ข้อมูลหลัก จะพบความใกล้เคียงกันของสัดส่วนระหว่างการศึกษาของวัยรุ่นอันเป็นบุตร และการศึกษาของบิดา/มารดาของพวกเขา กล่าวคือส่วนใหญ่แล้ว การศึกษาของบิดามารดากลุ่มที่ใหญ่ที่สุด คือ กลุ่มที่จบชั้นประถมศึกษา ตามมาด้วยกลุ่มที่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมีผู้ปฏิเสธไม่ให้ข้อมูลจำนวน 7 ราย และมีผู้ปฏิเสธไม่ให้ข้อมูล 3 ราย ตามลำดับ รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 4.3 – 4.4 ด้านล่าง ซึ่งข้อมูลที่ค้นพบจากงานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครุภฯ ในหญิงตั้งครุภฯ วัยรุ่น



โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปจำนวน 174 ราย ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 3 ในช่วงปี พ.ศ.2562-2563 พบว่าหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำมักจะมีช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลาย (อายุเฉลี่ย 18 ปี) มีอายุครรภ์แรกเฉลี่ย 16.86 ปี มีรายได้ทั้งส่วนตัวเองและครอบครัวต่ำ และมีสามีเป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงิน (สุตกัญญา ปานเจริญและคณะ, 2563) ซึ่งตรงกับผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัยนี้ในเรื่องของอายุที่ใกล้เคียงกันและรายได้ของครอบครัวที่มีรายได้ต่ำเช่นกัน

ตารางที่ 4.3 การศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหลักกับการศึกษาของบิดา

การศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหลัก	การศึกษาของบิดา ร้อยละ (คน)					
	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ปวช./ปวส.	รวม
ไม่ได้ศึกษา	-	19.0 (4)	-	-	-	12.1 (4)
กศน.	100.0 (1)	14.3 (3)	-	-	50.0 (1)	15.2 (5)
ปวส.	-	-	-	100.0 (1)	-	3.0 (1)
ปวช.	-	4.8 (1)	12.5 (1)	-	50.0 (1)	9.1 (3)
ป.6	-	14.3 (3)	25.0 (2)	-	-	15.2 (5)
ม.2	-	14.3 (3)	-	-	-	9.1 (3)
ม.3	-	28.6 (6)	50.0 (4)	-	-	30.3 (10)
ม.6	-	4.8 (1)	12.5 (1)	-	-	6.0 (2)
รวม (คน)	1	21	8	1	2	100.0 (33)

จากข้อมูลในตารางที่ 4.3 ข้างต้นพบว่าการศึกษาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นวัยรุ่นที่มีจำนวนมากที่สุดคือจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) (ร้อยละ 30.3) ตามมาด้วยกลุ่มที่จบชั้นประถมศึกษาและ กศน. (ร้อยละ 15.2) เท่ากัน ในขณะที่การศึกษาของบิดาจะพบในแนวทางที่สลับกันเล็กน้อยคือ จบระดับประถมศึกษามากที่สุด ตามมาด้วยกลุ่มที่จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น



(ม.3) ตามลำดับ ซึ่งระดับการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อวิถีคิดและวิถีปฏิบัติต่าง ๆ ในชีวิต สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การยูนิเซฟ (2558) ที่วิเคราะห์ถึงสถานการณ์การตั้งครุฑวัยรุ่นในประเทศไทย โดยระบุว่าการศึกษาที่ไม่สูงนักนำไปสู่การไม่มีความรู้และทักษะที่เพียงพอที่จะกล้าแสดงออกในการป้องกันตนเองของวัยรุ่น ที่สำคัญการศึกษาของผู้ดูแลมีผลต่อการสร้างความสัมพันธ์ ความใกล้ชิด และการสื่อสารที่เหมาะสมของพ่อแม่ต่อลูกวัยรุ่น นำไปสู่การตั้งครุฑที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นได้ (องค์การยูนิเซฟ, 2558)

ตารางที่ 4.4 การศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหลักกับการศึกษาของมารดา

การศึกษา ของผู้ให้ ข้อมูลหลัก	การศึกษาของมารดา ร้อยละ (คน)						
	ไม่ได้ เรียน	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา ตอนต้น	มัธยม ศึกษา ตอน ปลาย	ปวช./ ปวส.	ปริญญา ตรีหรือ สูงกว่า	รวม
ไม่ได้ศึกษา	33.3 (1)	16.7 (3)	10.0 (1)	-	-	-	13.5 (5)
กศน.	33.3 (1)	11.1 (2)	10.0 (1)	50.0 (2)	-	-	16.2 (6)
ปวส.	-	-	-	25.0 (1)	-	-	2.7 (1)
ปวช.	-	-	20.0 (2)	-	-	100.0 (1)	8.2 (3)
ป.6	33.3 (1)	22.2 (4)	-	25.0 (1)	-	-	16.2 (6)
ม.2	-	16.7 (3)	10.0 (1)	-	-	-	10.8 (4)
ม.3	-	27.8 (5)	50.0 (5)	-	100.0 (1)	-	29.7 (11)
ม.6	-	5.6 (1)	-	-	-	-	2.7 (1)
รวม (คน)	3	18	10	4	1	1	100.0 (37)



เช่นเดียวกับการศึกษาของบิดา การศึกษาของมารดาในตารางที่ 4.4 ก็มีความสอดคล้องกัน กล่าวคือกลุ่มหลักที่มีจำนวนมากที่สุดคือกลุ่มที่จบระดับชั้นประถมศึกษา ตามมาด้วยกลุ่มที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งหมายถึงระดับการศึกษาของบิดามารดา และบุตร สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชาภรณ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ของวัยรุ่นหญิงจำนวน 140 คน ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวของวัยรุ่นในการตั้งครรภ์ อันไม่พึงประสงค์ และสัมพันธภาพนั้นเกี่ยวพันกับการสื่อสารเชิงบวกและพบว่าครอบครัวที่มีระดับ การศึกษาที่สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะสื่อสารทางบวกมากกว่า (พิชาภรณ์, สมฤดีและสุกฤตา, 2560)

เมื่อพิจารณาต่อถึงประเด็นรายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิก ในครอบครัวของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 3-5 คน มากที่สุดถึง (ร้อยละ 37.5) ตามมาด้วยกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 6-8 คน (ร้อยละ 27.5) รายได้ รวมของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เพียงไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน (จำนวน 18 คน) ตามมาด้วยกลุ่ม รายได้ 10,001 - 20,000 บาท/เดือน (จำนวน 11 คน) นั่นหมายความว่าผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ อยู่ในครอบครัวเดียวที่มีรายได้น้อย รายละเอียดดังตารางที่ 4.5 ด้านล่าง

ตารางที่ 4.5 จำนวนสมาชิกกับรายได้ของครอบครัว (บาท)

จำนวนสมาชิก ในครอบครัว	รายได้ของครอบครัว ร้อยละ (จำนวน)						รวม
	0 - 10,000 บาท	10,001 - 20,000 บาท	20,001 - 30,000 บาท	30,000 - 40,000 บาท	40,001 - 50,000 บาท	50,001 บาท ขึ้นไป	
0 – 2 คน	5.6 (1)	9.1 (1)	-	-	-	-	5.0 (2)
3 – 5 คน	55.6 (10)	72.7 (8)	42.9 (3)	100.0 (2)	-	-	57.5 (23)
6 – 8 คน	27.8 (5)	9.1 (1)	42.9 (3)	-	100.0 (1)	100.0 (1)	27.5 (11)
9 – 11 คน	5.6 (1)	-	14.3 (1)	-	-	-	5.0 (2)
12 – 14 คน	5.6 (1)	9.1 (1)	-	-	-	-	5.0 (2)
รวม (คน)	18	11	7	2	1	1	100.0 (40)



ปัจจัยเรื่องรายได้ของครอบครัวนี้นับว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมาก ๆ ต่อประเด็นปัญหาในหลายๆเรื่องและการตั้งครุฑวัยรุ่นก็เป็นหนึ่งในนั้น เพราะรายได้เกี่ยวพันโดยตรงต่อความเครียด ความสัมพันธ์ เวลาที่มีคุณภาพ และการใส่ใจเลี้ยงดูบุตรอันเป็นพื้นฐานในการป้องกันปัญหาของมนุษย์ในทุกช่วงวัย การศึกษาของ ดร.สมชัย จิตสุชน (2564) แห่งสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ที่ศึกษาถึงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และวิธีการแก้ปัญหาการตั้งครุฑวัยรุ่นในประเทศไทย โดยการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยหลายด้านโดยเฉพาะด้านต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการตั้งครุฑวัยรุ่นในประเทศไทย โดยประเมินความแตกต่างของรายได้ตลอดช่วงชีวิตของคนแต่ละกลุ่มภายใต้พื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มหนึ่งไม่ได้ตั้งครุฑและได้เรียนจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้ ส่วนอีกกลุ่มไม่ได้เรียนต่ออันเนื่องมาจากการตั้งครุฑ การศึกษาใช้วิธี Propensity Score Matching (PSM) และผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นตั้งครุฑและขาดโอกาสในการศึกษาต่อไม่ว่าจะด้วยปัจจัยใด ๆ ก็ตาม จะเสียโอกาสการหารายได้ตลอดช่วงชีวิต นับเป็นความสูญเสียของประเทศเป็นมูลค่าประมาณ 8.3 แสนล้านบาทต่อปีทีเดียว (สมชัย จิตสุชน, 2564)

4.1.2 สถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครุฑและตั้งครุฑซ้ำในวัยรุ่น

ในประเด็นสถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครุฑและตั้งครุฑซ้ำในวัยรุ่นจะเริ่มพิจารณาตั้งแต่อายุกับการตั้งครุฑครั้งแรกเป็นจุดเริ่มต้น โดยพบว่าอายุ 17 ปีเป็นอายุแรกของการตั้งครุฑในสัดส่วนที่สูงที่สุดถึง (ร้อยละ 22.5) ตามมาด้วยอายุ 15 ปี (ร้อยละ 20.0) อายุ 18 ปี (ร้อยละ 12.5) และอายุ 14 ปี (ร้อยละ 10.0) ตามลำดับ ถ้านับเฉพาะกลุ่มอายุ 13-15 ปี จะพบว่า มีจำนวนสูงถึง (ร้อยละ 40) ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่งานวิจัยนี้ให้ความสนใจอย่างมาก (ตารางที่ 6 ด้านล่าง) โดยการตั้งครุฑเหล่านี้นำมาสู่การคลอดตามธรรมชาติจำนวน 27 ราย และแท้งธรรมชาติจำนวน 12 ราย และมีการทำแท้ง 1 ราย



ตารางที่ 4.6 อายุแรกมีครรภ์ (อายุของการตั้งครรภ์ครั้งแรก)

อายุ	ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ (จำนวน)			
	คลอดปกติ	แท้งธรรมชาติ	ทำแท้ง	รวม
13 ปี	11.1 (3)	-	-	7.5 (3)
14 ปี	7.4 (2)	16.7 (2)	-	10.0 (4)
14 ปี 7 เดือน	-	8.3 (1)	-	2.5 (1)
15 ปี	18.5 (5)	25.0 (3)	-	20.0 (8)
16 ปี	14.8 (4)	16.7 (2)	100.0 (1)	17.5 (7)
16 ปี 8 เดือน	3.7 (1)	-	-	2.5 (1)
17 ปี	29.6 (8)	8.3 (1)	-	22.5 (9)
18 ปี	14.8 (4)	8.3 (1)	-	12.5 (5)
18 ปี 10 เดือน	-	8.3 (1)	-	2.5 (1)
19 ปี	-	8.3 (1)	-	2.5 (1)
รวม (คน)	27	12	1	100.0 (40)

เมื่อกล่าวถึงสถานการณ์และปัจจัยอันเกี่ยวเนื่องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะขอแยกปัจจัยของการตั้งครรภ์ออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์แรก และ 2) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในครั้งต่อ ๆ มา ซึ่งในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักนั้นหลายคน ก็มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันของการตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งต่อ ๆ มา ในขณะที่อีกหลายกรณีก็มีความแตกต่างของการตั้งครรภ์แต่ละครั้งซึ่งผูกพันกับปัจจัยหลายชั้นหลายระดับ ตั้งแต่ปัจจัย



ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู และอื่น ๆ และงานวิจัยชิ้นนี้ตั้งใจจะชี้ประเด็นว่า “ระบบการดูแลทางสังคมที่มีอยู่จะสามารถมีบทบาท/กำหนดทิศทางต่อประเด็นการตั้งครุฑในวัยรุ่นหรือไม่อย่างไร” บนสมมติฐานที่ว่าหากระบบการดูแลทางสังคมสามารถทำหน้าที่แทรกแซง อำนาจการหรือแม้แต่ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องได้ การตั้งครุฑวัยรุ่นที่ปราศจากความพร้อมจะสามารถลดลงไปได้เช่นเดียวกัน

4.1.3 การตั้งครุฑในวัยรุ่นครั้งแรก

เมื่อถามถึงการตั้งครุฑครั้งแรก อันเป็นดัชนีชี้วัดถึงความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันตนเองของวัยรุ่นต่อการตั้งครุฑไม่พร้อม พบประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่า (ร้อยละ 42.0) อันเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดระบุว่า พวกเขาตั้งครุฑเพราะ “คุมกำเนิดพลาด” การคุมกำเนิดพลาดนี้สะท้อนให้เห็นว่ามีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดอยู่ แต่ความรู้นั้นอาจจะไม่ได้จริงจัง รู้ครบถ้วนทั้งหมดหรือไม่ ก็ตามจนนำมาสู่การทำผิดพลาดทั้ง ๆ ที่รู้ว่าต้องมีการคุมกำเนิด

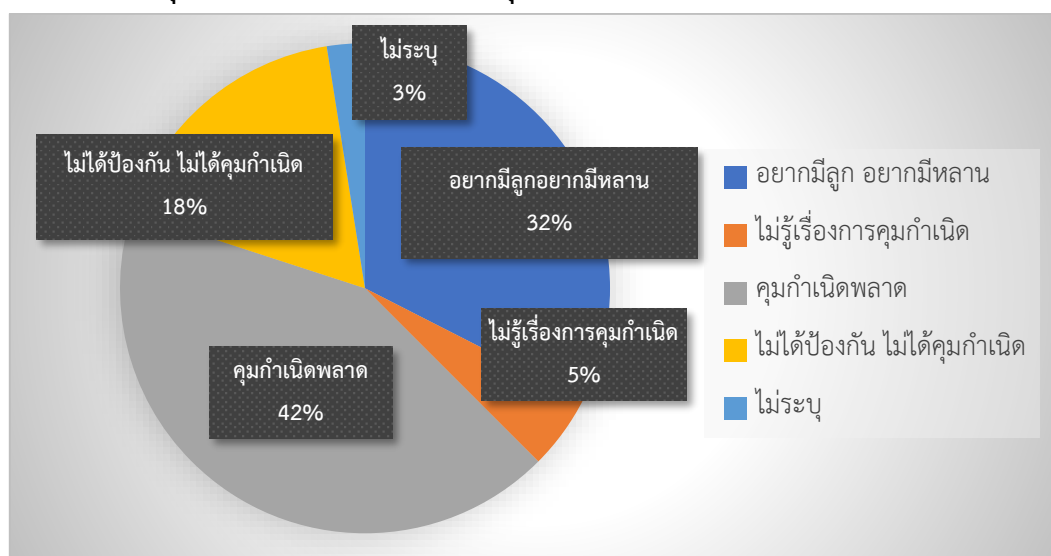
“หนูก็คุมะพี นับวันอยู่ วันปลอดภัยช่วงมีรอบเดือนแต่ยังไ้ก็ไมรู้ท้องเลย”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 13 ก.พ. 66)

“ยาคุมก็กิน บางทีลืมแต่ใช้กินยาทีหลัง ยังไ้ก็ไมรู้คะแต่ว่าท้องเลย”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 13 ก.พ. 66)

เมื่อนำจำนวนกลุ่มที่คุมกำเนิดพลาด มารวมกับกลุ่มที่ไม่ได้ป้องกัน/ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 18) และกลุ่มที่ไม่รู้เรื่องการคุมกำเนิด (ร้อยละ 5) จะกลายเป็นกลุ่มใหญ่ถึง (ร้อยละ 65) ซึ่งทั้งประเด็นการคุมกำเนิดพลาด การไม่ได้ป้องกันใด ๆ และการไม่รู้เรื่องการคุมกำเนิดเลย ล้วนเป็นผลสะท้อนของประเด็นที่ต้องการ การพัฒนาในการสร้างความเข้าใจและความตระหนักที่จริงจังต่อการป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่น และเป็นแนวทางการพัฒนาการทำงานของบุคคล ครอบครัว / องค์กรต่าง ๆ ที่แวดล้อมตัวเด็ก (ภาพที่ 4.1 ด้านล่าง)



ภาพที่ 4.1 สาเหตุในการตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่น



4.1.4 การตั้งครรภ์ซ้ำ

เมื่อมีการตั้งครรภ์ครั้งแรก ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเหล่านี้มีการตั้งครรภ์ครั้งที่สอง อีกหรือไม่ คำตอบคือในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักวัยรุ่น 40 คนนี้ มีผู้ตั้งครรภ์ในครั้งที่สอง จำนวน 31 คน โดยกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ครั้งที่สองในอายุไม่เกิน 16 ปี มีจำนวน 9 คน คิดเป็น (ร้อยละ 28.2) ช่วงอายุ 17-20 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็น (ร้อยละ 68.7) โดยในจำนวนนี้คลอดตามธรรมชาติ 26 คน มีแท้งตามธรรมชาติ 2 คน และขณะที่สัมภาษณ์ยังไม่ครบกำหนดคลอดอีก 3 คน (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 อายุที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำ ครั้งที่สอง

อายุ	ประวัติการตั้งครรภ์ ครั้งที่สอง ร้อยละ (จำนวน)				
	กำลังตั้งครรภ์	คลอดปกติ	แท้งธรรมชาติ	ทำแท้ง	รวม
ไม่ระบุอายุ	66.7 (2)	-	-	-	6.3 (2)
15 ปี	-	7.4 (2)	-	-	6.3 (2)
15 ปี 8 เดือน	-	-	50.0 (1)	-	3.1 (1)
16 ปี	-	14.8 (4)	-	-	13.5 (4)
17 ปี	-	7.4 (2)	50.0 (1)	-	9.4 (3)



อายุ	ประวัติการตั้งครรภ์ ครั้งที่สอง ร้อยละ (จำนวน)				
	กำลังตั้งครรภ์	คลอดปกติ	แท้งธรรมชาติ	ทำแท้ง	รวม
18 ปี	-	18.5 (5)	-	-	16.6 (5)
18 ปี 10 เดือน	-	3.7 (1)	-	-	3.1 (1)
19 ปี	33.3 (1)	29.6 (8)	-	-	29.2 (9)
20 ปี	-	11.1 (3)	-	-	9.4 (3)
20 ปี 5 เดือน	-	3.7 (1)	-	-	3.1 (1)
รวม (คน)	3	26	2		100.0 (31)

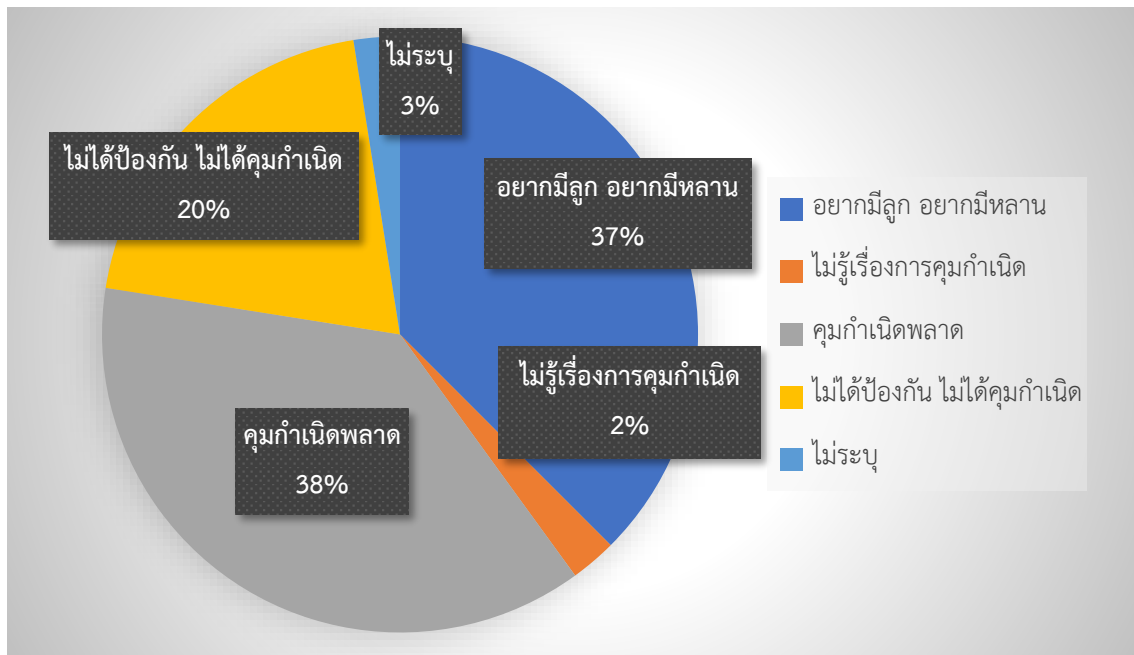
เมื่อมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกและเกิดการตั้งครรภ์ครั้งที่สองและครั้งต่อ ๆ ไปตามมาของวัยรุ่น การวิเคราะห์ถึงสาเหตุการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจะสามารถชี้ได้ว่ากระบวนการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นหรือไม่อย่างไร และการเรียนรู้เหล่านั้นเกิดจากกลไกครอบครัวและหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างไร ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสาเหตุการตั้งครรภ์วัยรุ่นในครั้งที่สองนี้ ยังคงมีแบบแผนเช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ครั้งแรก นั่นคือ (ร้อยละ 38) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงที่สุดระบุว่า การตั้งครรภ์ครั้งนี้เกิดจาก “การคุมกำเนิดพลาด” ซึ่งรวมกับสัดส่วนการตั้งครรภ์เพราะไม่ได้ป้องกันที่มีสูงถึง (ร้อยละ 20) และการไม่รู้เรื่องการคุมกำเนิด (ร้อยละ 2) ตัวเลขกลุ่มนี้รวมกันได้เท่ากับ (ร้อยละ 60) นั้นหมายความว่ารูปแบบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นยังคงเป็นรูปแบบเดิม นั่นคือตั้งครรภ์เพราะคุมกำเนิดพลาด

“หนูก็พลาดเหมือนเดิมค่ะ ไม่ได้อยากมีลูกเลย แต่ก็พลาดซ้ำ”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 19 ก.พ.66)

“มันก็ว่ามันรู้แต่ทำไมยังต้องแม่ก็ไม่รู้เหมือนกัน ออกมาละกลุ่มเลยจะเลี้ยงไวยังไง”
(มารดาของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 16 ก.พ.66)



ภาพที่ 4.2 สาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นครั้งที่สอง



และเมื่อศึกษาลงลึกต่อว่า การตั้งครรภ์ครั้งแรกกับครั้งที่สอง ห่างกันเท่าใด ผลการศึกษาพบข้อมูลที่น่าสนใจหลายประการที่สะท้อนถึงความรู้/ความไม่เข้าใจ/การไม่ตระหนักต่อผลกระทบด้านสุขภาพของตัวมารดาเอง เพราะโดยหลักการแล้วการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมควรห่างกันอย่างน้อย 2 ปี เพื่อให้ร่างกายมารดาฟื้นตัวจากการคลอดที่ผ่านมา และเพื่อให้มารดามีเวลาและโอกาสที่จะดูแลสุขภาพตัวเองด้วยอาหาร การพักผ่อนและการออกกำลังกาย เพื่อเตรียมพร้อมกับการตั้งครรภ์รอบถัดไป การมีลูกหัวปีท้ายปีมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากร่างกาย ยังไม่สามารถฟื้นฟูตัวเองจากการคลอดในท้องที่ผ่านมา โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นจะมีปัจจัยความเสี่ยงเพิ่มเติมอันเกิดจากสรีระของวัยรุ่นเองที่ยังไม่เติบโต/สมบูรณ์เต็มที่ และหากมารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์และเกิดรอดมาได้ เด็กที่เกิดใหม่นี้มีโอกาเป็นโรคขาดสารอาหารด้วย แต่ข้อมูลจากการสอบถามพบว่าหลังคลอด แม่วัยรุ่นเหล่านี้มีการตั้งครรภ์ต่อภายใน 1-2 เดือน จำนวน 3 คน ประมาณ 5 - 6 เดือน จำนวน 5 คน ประมาณ 7 - 8 เดือน 3 คน และภายใน 9 - 10 เดือน จำนวน 2 คน รวมกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ต่อทั้งที่การคลอดบุตรคนแรกยังไม่ครบปีมีจำนวนถึง 13 คน จากจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 40 คน ซึ่งประเด็นนี้สะท้อนปัญหาดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น (ตารางที่ 4.8)



ตารางที่ 4.8 ความห่างของการตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สอง

ระยะเวลา	จำนวน (คน)
ประมาณ 1-2 เดือน	3
ประมาณ 5-6 เดือน	5
ประมาณ 7-8 เดือน	3
ประมาณ 9-10 เดือน	2
ประมาณ 1 ปี	7
ประมาณ 2 ปี	7
ประมาณ 3 ปี	5
ประมาณ 4 ปี	2
ประมาณ 5 ปี	4
ประมาณ 6 ปี	1
ประมาณ 7 ปี	1
รวม	40

เมื่อข้อมูลพบว่ามี การตั้งครรภ์ต่อเนื่องหลังคลอดจำนวนหนึ่ง อันเป็นจำนวนที่มากพอสมควรนั้น นำไปสู่คำถามที่ว่าแล้ววัยรุ่นเหล่านี้มีการคุมกำเนิดหลังคลอด 1 เดือนด้วยวิธีใด ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นถึง 8 คน ใน 40 คน ระบุว่าตนไม่คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ เลย และไม่กังวลใด ๆ หากจะมีการตั้งครรภ์อีก แม้ว่าหลายคนจะระบุถึงปัญหาที่ตนได้พบในการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นครั้งแรก และปัญหาเหล่านั้นก็ยังคงไม่ได้รับการแก้ไขในการตั้งครรภ์ครั้งต่อมา เช่น ปัญหาการไม่มีความพร้อมด้านเศรษฐกิจในการเลี้ยงบุตร ปัญหาการไม่มีงานทำ เป็นต้น แต่พวกเขาก็ยังคง ตั้งครรภ์ต่อในครั้งที่สอง

ตารางที่ 4.9 การคุมกำเนิดหลังคลอด 1 เดือน

วิธี	จำนวน (คน)
ไม่คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ เลย	8
ฝังยาคุม	7
ฉีดยาคุม	9
กินยาคุมกำเนิด	11
สวมถุงยางอนามัย	5
รวม	40



เมื่อสอบถามว่าการตั้งครรภ์ทั้งสองครั้งมีการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์หรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนมีการฝากครรภ์ โดยเกินครึ่งฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ในการตั้งครรภ์ทั้งสองครั้ง และมีบางส่วนที่มีจำนวนมากพอสมควรฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 การฝากครรภ์ก่อนอายุ 12 สัปดาห์

ตั้งครรภ์ครั้งแรก	จำนวน (คน)
ฝากก่อน 12 สัปดาห์	25
ฝากหลัง 12 สัปดาห์	15
ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง	จำนวน (คน)
ฝากก่อน 12 สัปดาห์	20
ฝากหลัง 12 สัปดาห์	11

4.1.5 ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตระหนักถึงผลกระทบนั้น

เมื่อสอบถามว่าการตั้งครรภ์ครั้งแรกมีผลกระทบในทางลบต่อครอบครัวและตัวผู้ให้ข้อมูลหลักหรือไม่ ผลการศึกษาระบุว่าสัดส่วนที่ตอบว่ามีผลกระทบทางลบมี (ร้อยละ 17) ในขณะที่อีก (ร้อยละ 83) ระบุว่าไม่มีผลกระทบทางลบใด ๆ โดยรูปแบบผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ให้ข้อมูลหลักและบุคคลในครอบครัวมีหลายประการตั้งแต่การที่ 1) ครอบครัวมีความเห็นว่าแม่วัยรุ่นยังไม่พร้อมในการมีลูก/เลี้ยงลูก 2) แม่วัยรุ่นเองต้องทำงาน ไม่ค่อยมีเวลา และพ่อแม่ซึ่งเป็นปู่ย่าตายายของทารกก็ไม่ค่อยมีเวลาที่จะมาช่วยดูแลทารก 3) ครอบครัวมีความกลุ้มใจ เนื่องจากลูกชอบได้เสียและตั้งครรภ์โดยไม่มีความพร้อม 4) แม่วัยรุ่นอายุยังน้อยมาก เป็นห่วงสุขภาพของทั้งตัวแม่และทารก 5) ครอบครัวมีความกังวลเรื่องการเรียน บิดาไม่อยากให้ตั้งครรภ์ตอนเรียน เป็นห่วงอนาคตอยากให้เรียนให้จบเสียก่อน 6) ครอบครัวกังวลเนื่องจากแม่วัยรุ่นยังเกรง เทียวมั่วสุมกับเพื่อน และยังรับผิดชอบตัวเองไม่ได้ และ 7) ครอบครัวเล็งเห็นว่าจะเป็นภาระทางเศรษฐกิจระยะยาว

“ท้องแรก แม่สามีไม่อยากให้มี เหมือนเป็นภาระต่อครอบครัว แม่สามีให้น้องกินกล้วยตั้งแต่ 1 เดือน ไม่มีตั้งค์ซ้อนนม”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 16 ก.พ.66)

ในขณะที่กลุ่มที่ตอบว่า “ไม่มีผลกระทบในทางลบ” นั้น มีเหตุผลสนับสนุนหลายประการสามารถแยกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ครอบครัวยอมรับได้ มีความพร้อม



ที่จะดูแลทารก โดยในกลุ่มนี้มีทั้งครอบครัวที่ยินดีที่จะดูแลทารก และครอบครัวที่อาจจะไม่ยินดีเท่าไรนัก แต่มีความพร้อมในเชิงเศรษฐกิจและอื่น ๆ ที่จะสามารถดูแลทารกได้

“พ่อแม่อยากให้หนูท้อง อยากอุ้มหลาน”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 16 ก.พ.66)

“ครอบครัวคิดว่าตั้งครรภ์เร็วไปพึ่งแต่งงาน แต่ก็โอเค”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 21 ก.พ.66)

กลุ่มที่ 2 ระบุว่าตัวผู้ให้ข้อมูลหลักมีความกังวล และมีความคิดอยากทำแท้ง แต่ครอบครัวมีทัศนคติไม่ยอมรับการทำแท้งจึงตกลงให้มีการตั้งครรภ์ต่อ

“ไม่มีผลกระทบ พ่อรับรู้ ที่แรกหนูตั้งใจทำแท้งเหมือนกันนะ
แต่ป้าขอไว้จะเลี้ยงเอง”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 24 ก.พ.66)

กลุ่มที่ 3 ระบุว่าที่ไม่เป็นปัญหาเพราะครอบครัวของสามีมีความพร้อมในการดูแล ซึ่งหากไม่มีครอบครัวสามีอาจมีผลกระทบในทางลบได้

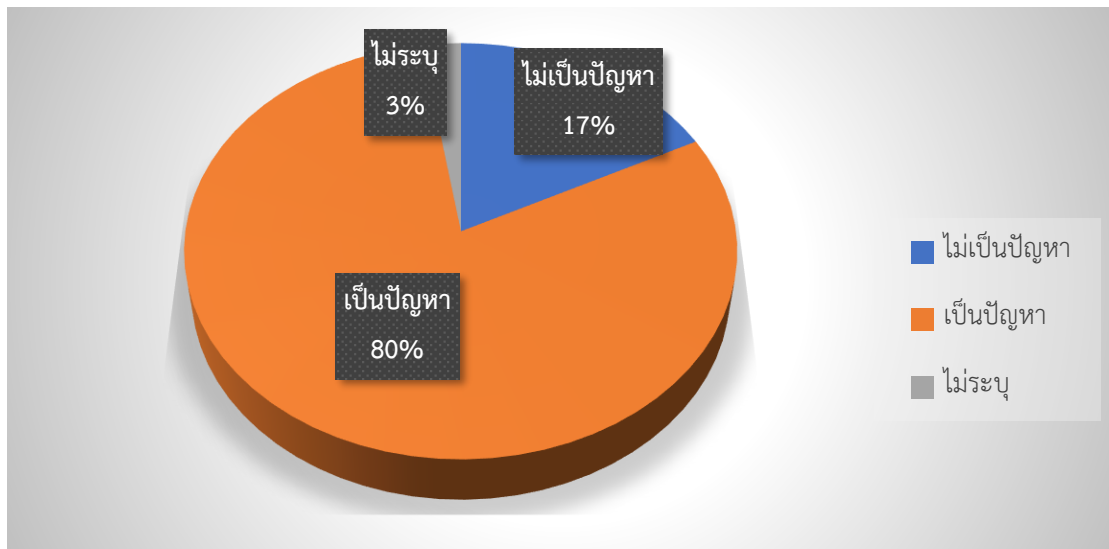
“ท้องแรกของหนูไม่มีผลกับครอบครัวตนเอง เพราะแม่ของหนูไม่มีเวลาเลี้ยงอยู่แล้ว
แต่เมื่อมาอยู่กับครอบครัวของสามี เขาจะเป็นฝ่ายเลี้ยงดูและออกค่าใช้จ่ายให้”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 16 ก.พ.66)

ในประเด็นว่าด้วยการดูแลค่าใช้จ่ายจากครอบครัวของสามีของวัยรุ่นหญิงนั้น พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้น หนึ่งในนั้นคือการศึกษาของสุตกัญญา และคณะ (2563) ที่ระบุชัดเจนว่าวัยรุ่นหญิงในงานวิจัยจำนวน 174 ราย ส่วนหนึ่งไม่มีรายได้และต้องออกจากระบบการศึกษา แต่ยังคงตั้งครรภ์ซ้ำ เหตุผลหนึ่งในการตั้งครรภ์ซ้ำเป็นเพราะมีสามีและครอบครัวของสามีเป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงิน ทำให้ไม่มีความกังวลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำอีก (สุตกัญญา, 2563) ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ก็พบประเด็นหลักเรื่องนี้เช่นกัน

เมื่อการตั้งครรภ์แรกผ่านไป เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำขึ้น ผลการศึกษาให้ภาพข้อมูลที่น่าสนใจอย่างยิ่งกล่าวคือ ทัศนคติของครอบครัวต่อประเด็นนี้เปลี่ยนไปในทิศทางที่ตรงกันข้ามอย่างสิ้นเชิง การมีการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 83) ของครอบครัวรับได้ แต่พอมีการตั้งครรภ์วัยรุ่นในครั้งต่อมากลับตรงข้ามกล่าวคือ (ร้อยละ 80) ของครอบครัวระบุว่า การตั้งครรภ์นี้เป็นปัญหาและก่อผลกระทบทางลบอย่างแน่นอน (ภาพที่ 4.3)



ภาพที่ 4.3 ทศนคติของครอบครัวต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ



การตั้งครรภ์ซ้ำไม่เป็นปัญหาสำหรับครอบครัวราว (ร้อยละ 17) ในขณะที่อีก (ร้อยละ 80) ระบุชัดเจนว่าเป็นปัญหา ในกลุ่มที่เป็นปัญหานั้นสามารถสรุปปัญหาได้ 3 ประเด็นใหญ่ โดยประเด็นที่สำคัญที่สุดคือ 1) ประเด็นด้านเศรษฐกิจ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่าปัญหาเศรษฐกิจสำคัญที่สุด การตั้งครรภ์ซ้ำทำให้ต้องหารายได้เพิ่มในขณะที่ไม่มีใครเลี้ยงดูลูกหลานให้ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการหารายได้อย่างมาก ครอบครัวเข้าใจได้ว่าการตั้งครรภ์แรกอาจเกิดจากความผิดพลาด และเมื่อมีทารกมาแล้ว การเลี้ยงดูเด็กคนหนึ่งก็ยังสามารถทำได้ แม้ว่าในบางครอบครัวจะลำบากมากขึ้น แต่ครอบครัวก็ยังคิดว่าจะสามารถเลี้ยงดูได้ แต่การตั้งครรภ์ซ้ำและมีทารกคนที่ 2 กลับไม่ใช่เช่นนั้น การมีทารกคนที่สองสะท้อนความไม่มีความรับผิดชอบของบิดา-มารดาวัยรุ่น นำมาซึ่งความกังวลใจ/ความหวาดระแวงของครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้า ตามมาด้วยอันดับสองคือ 2) ประเด็นด้านการศึกษา โดยผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งที่เป็นมารดาระบุว่า การตั้งครรภ์นี้ทำให้บุตรสาวเรียนไม่จบ ตอนตั้งครรภ์ครั้งแรกนั้นโรงเรียนยังให้ออกาสกลับไป แต่เมื่อมีการตั้งครรภ์ครั้งที่สอง การกลับไปเรียนนั้นน่าจะเป็นไปได้ยากมาก

“มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูหลานค่ะ ปัญหาหลักเลย ต้องแรกยังเข้าใจว่าพลาด ต้องต่อมานั่นไม่ใช่แล้ว ท้องแล้วท้องอีกอย่างนี้ใครมันจะไปไหว”
 (ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งที่เป็นมารดาของวัยรุ่น สัมภาษณ์เมื่อ 23 ก.พ.66)

“ไม่มีเงินเลี้ยงลูก อยากทำงาน แต่ไม่มีคนเลี้ยงลูก”
 (ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 25 ก.พ.66)



“เมื่อต้องหยุดไปทำงานไม่ได้ เหนื่อยง่าย ทำให้ขาดรายได้”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 15 ก.พ.66)

“มีผลกระทบต่อการเรียนมากเลย ครูเรียกไปพบแจ้งว่า อาจจะทำให้ถูกพักการเรียนช่วงคลอด รอคคลอดเสร็จจึงกลับมาเรียนใหม่ ซึ่งตอนนี้เป็นท้องสองแล้ว ไม่รู้เด็กจะเรียนต่อไหม หรืออาจต้องออกไปทำงาน”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งที่เป็นมารดา สัมภาษณ์เมื่อ 15 ก.พ.66)

“ตอนท้องแรกหนูอยู่ในช่วงเรียน online แต่หนูเองไม่ตามงานจึงเรียนไม่จบ ต้องซ้ำชั้น ม. 2 ไปปีนึง

ทำให้เราเรียนไม่ทันเพื่อน จบการศึกษาช้ากว่าเพื่อนรุ่นเดียวกันค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 12 ก.พ.66)

ส่วนประเด็นอีกประเด็นที่สำคัญมาก คือ 3) ประเด็นด้านสุขภาพ มีผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งพบว่าตนเองมีเชื้อ HIV และต่อมามีการตั้งครรภ์ครั้งที่สองเกิดขึ้น ซึ่งจริง ๆ แล้วเมื่อตรวจพบเชื้อ HIV ไม่ควรมีการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดขึ้นอีกเลย และนี่เป็นอีกประเด็นที่ชี้ว่า ระบบการดูแลทางสังคมที่มีอยู่ ยังอาจมีจุดที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มขึ้น

“ตั้งท้องนี้ทำให้หนูเสียโอกาสการหารายได้ และกังวลว่าลูกจะติดเชื้อ HIV ไปด้วยค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 15 ก.พ.66)

เมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำครั้งที่สองแล้ว ก่อให้เกิดคำถามว่าจะมีการตั้งครรภ์ครั้งที่ต่อ ๆ มาหรือไม่ ผลการศึกษาชี้ว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งที่สาม เกิดขึ้นเพียง 1 คนในวัย 18 ปี นอกจากนั้นเป็นการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่คือในอายุ 21 ปี 25 ปี 26 ปี และ 29 ปี จำนวนปีละ 1 คน รวมทั้งหมด 5 คน (ตารางที่ 4.11 ด้านล่าง)

ตารางที่ 4.11 การตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อเนื่อง 3 ครั้ง

อายุ (ปี)	ตั้งครรภ์ครั้งแรก	ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง	ตั้งครรภ์ครั้งที่สาม
13 ปี	3	-	-
14 ปี	5	-	-
15 ปี	8	3	-
16 ปี	8	4	-
17 ปี	9	6	-
18 ปี	6	7	1
19 ปี	1	9	-
รวม (คน)	40	31	1



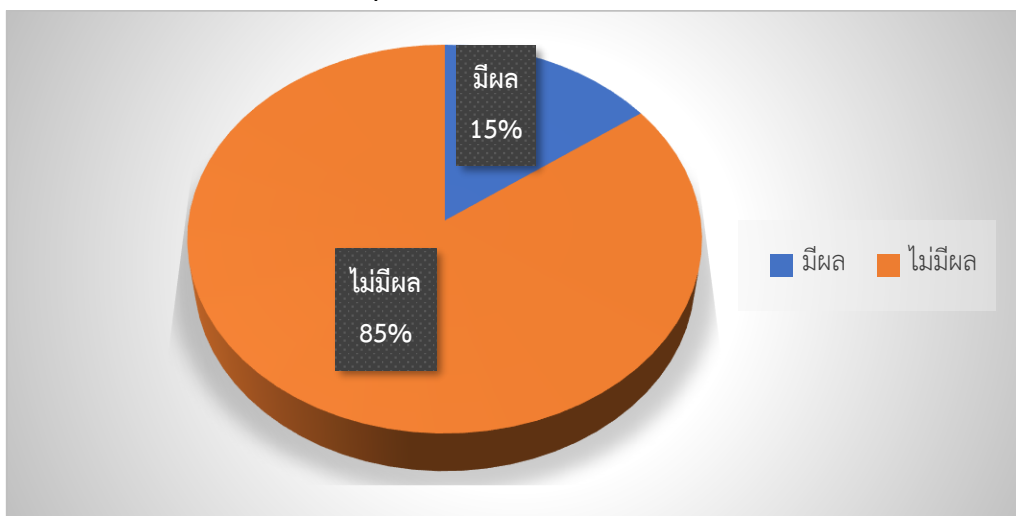
4.2 การทำหน้าที่ของระบบทางสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ

4.2.1 การทำหน้าที่ของระบบทางสังคมต่อการตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ในมุมมองของผู้รับบริการ

ในส่วน of ระบบทางสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/ตั้งครรภ์ซ้ำนี้ ทีมวิจัยต้องการทราบว่าเมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดขึ้นและมีผลกระทบทั้งต่อตัววัยรุ่นและครอบครัว แล้วมีระบบการดูแลส่วนใดบ้าง ที่สามารถบรรเทาเบาบางความกังวลและลดผลกระทบลงบ้าง และวัยรุ่นตั้งครรภ์รวมทั้งครอบครัวนี้มีการร้องขอความช่วยเหลือไปที่หน่วยงานใดบ้าง เพื่อขอรับความช่วยเหลือในประเด็นต่าง ๆ การวิจัยเริ่มต้นจากการสอบถามไปที่ละส่วน โดยเริ่มจากสถานศึกษาก่อน เพราะวัยรุ่นเหล่านี้ส่วนหนึ่งยังคงศึกษาเล่าเรียนอยู่ในระบบ แม้ว่าบางส่วนจะลาออกจากการเรียนไปแล้ว แต่ส่วนที่ยังอยู่ในระบบการศึกษานั้นได้รับผลกระทบและได้รับความช่วยเหลือเช่นใดบ้าง ผลการศึกษาชี้ว่า (ร้อยละ 85) ระบุว่า การตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเรียนการศึกษา เพราะมีการวางแผนตั้งรับเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่การลาออกก่อนการตั้งครรภ์ ลาออกขณะตั้งครรภ์แล้วมาเรียนต่อที่สถานศึกษาอื่น (กศน.) หรือแม้แต่ไม่ได้ศึกษาต่อแล้วและออกมาทำงานแล้วจึงตั้งครรภ์ เป็นต้น

ภาพที่ 4.4 ผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับการศึกษา



ส่วนกลุ่มที่แจ้งว่าการตั้งครรภ์มีผลต่อการเรียน ซึ่งมีสัดส่วนเพียง (ร้อยละ 15) นั้นเมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่ระบบกลไกทางการศึกษาได้ช่วยเหลือสนับสนุนบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่เท่าที่จะทำได้ โดยพบว่าไม่มีรายงานของผู้ให้ข้อมูลหลักคนใดที่ระบุว่าโรงเรียนกระทำการทางลบต่อการตั้งครรภ์ เช่นการไล่ออก หรืออื่น ๆ ผลการศึกษาชี้ว่าโรงเรียนพยายามอย่างดีที่สุดในการอะลุ่มอล่วยและช่วยในการประคองให้นักเรียนสามารถจบการศึกษาไปได้ ส่วนตัวนักเรียนเองนั้น อาจจะมีบางคนที่ไม่สามารถจบการศึกษาได้ ซึ่งสาเหตุในการไม่จบการศึกษานั้นเป็นเพราะเหตุผลส่วนตัวของนักเรียนเอง อาทิเช่น ไม่ประสงค์จะเรียนต่อเอง ไม่มีสมาธิจดจ่อกับการเรียนอีกแล้ว และหรือวางแผนลาออกเพื่อมาทำงาน ทำหารายได้เลี้ยงดูบุตรเอง เป็นต้น



“ทางโรงเรียนให้หยุดเรียนไปก่อน เขาไม่ว่าอะไรค่ะ”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 15 ก.พ.66)

“ท้องแล้วมีผลทำให้ไม่อยากเรียน เลยลาออกจากโรงเรียน มาทำงานช่วยพ่อแม่”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 22 ก.พ.66)

“หนูลาออกจากโรงเรียนเอง ก่อนโรงเรียนจะทราบเรื่อง”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 22 ก.พ.66)

“ท้องแรก มีผลนะค่ะ แต่ครูและเพื่อนก็ช่วยเหลือให้สามารถเรียนจนจบช่วงนั้นได้”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 15 ก.พ.66)

“การท้องทำให้หนูจบช้าขึ้น ทางโรงเรียนให้เข้าไปเรียนได้ตามปกติ ไม่ไล่ออก ถ้านักเรียนอายุ ไม่อยากมาเรียน ก็สามารถเรียนออนไลน์ที่บ้านได้ ครูให้อางานไปทำและส่งงานให้ครู หรือจะพักการเรียนไปก่อนก็ได้ค่ะ แต่เหมือนหนูเหนื่อย เวียนหัวเรียนไม่ไหว”
(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 15 ก.พ.66)

อย่างไรก็ตาม แม้การศึกษาในระบบจะพยายามเอื้อให้การตั้งครรภ์ไม่เป็อุปสรรคในการศึกษาต่ออย่างเต็มที่แล้ว แต่ก็ยังมีวัยรุ่นจำนวนหนึ่งที่ต้องหลุดจากระบบแล้วไปศึกษาต่อที่การศึกษานอกระบบ (กศน.) แทน การยังคงเรียนใน (กศน.) ของวัยรุ่นกลุ่มนี้ชี้ชัดว่าพวกเขายังคงต้องการการศึกษา แต่การศึกษาในระบบอาจไม่ตอบโจทย์บางประการ เช่น เวลาในการทำงานเพื่อหาเงินมาเลี้ยงดูทารก หรืออื่น ๆ เมื่อเป็นเช่นนี้การพัฒนาคุณภาพของการศึกษานอกระบบให้ทัดเทียมกับการศึกษาในระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็นและไม่อาจมองข้ามได้ (สมชัย จิตสุชน, 2564)

ถัดจากสถานศึกษา มาถึงสถานพยาบาลอันเป็นระบบทางสังคมที่มีความสำคัญเกี่ยวเนื่องกับวัยรุ่นตั้งครรภ์เพราะทุกคนล้วนฝากครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักวัยรุ่นและมารดา/บิดาที่เกี่ยวข้องระบุชัดเจนว่าสถานพยาบาลให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างดียิ่งต่อกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอดทุกครั้ง โดยทั้งหมดระบุถึงบริการที่ได้รับครบถ้วนอันได้แก่ 1) การฝากครรภ์ 2) การให้คำแนะนำการตั้งครรภ์ การดูแลครรภ์อย่างถูกวิธี 3) การขอรับคำปรึกษาด้านอื่น ๆ เช่น การระมัดระวังครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพและข้อห้ามการใช้ชีวิตที่มีผลกระทบต่อครรภ์ อาทิเช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น

เมื่อถามถึงสาเหตุที่เลือกมาฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล/ รพ.สต. แห่งต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลหลักนั้น ผลการศึกษาชี้ว่าเป็นไปตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจมาเป็นอันดับหนึ่ง นั่นคือเพราะพวกเขามีสิทธิ์ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลนี้ พวกเขาจึงฝากครรภ์ตามสิทธิ์ โดยกลุ่มนี้มีจำนวนถึง (ร้อยละ 45.0) ตามมาด้วยกลุ่มที่ 2 ที่รับการรักษา/ฝากครรภ์เพราะ



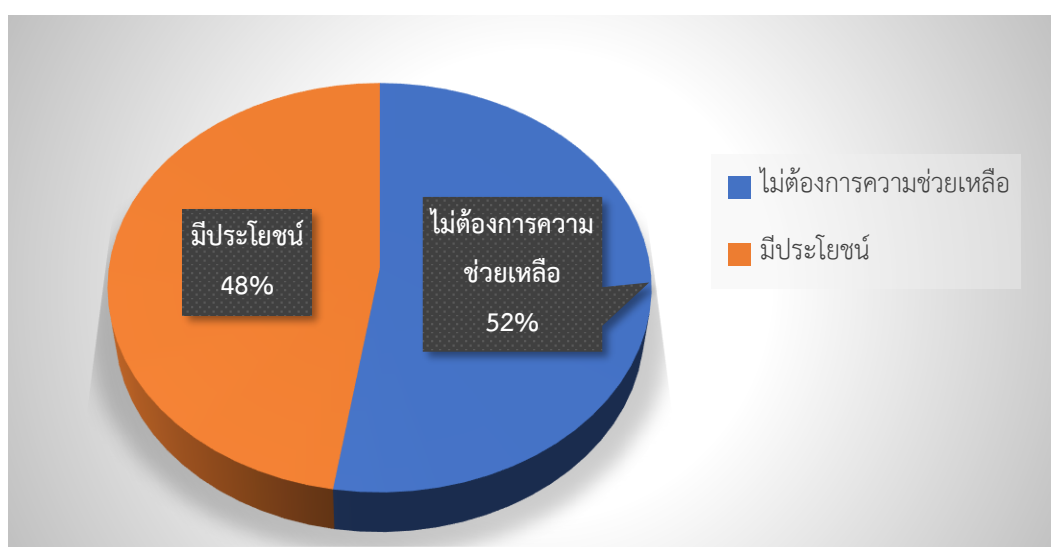
สถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้านเป็นสำคัญ ถึง (ร้อยละ 35.0) ส่วนกลุ่มอื่น ๆ คือ ฝากครรภ์เพราะสถานพยาบาลนั้นมีแพทย์เฉพาะทางมีเพียง (ร้อยละ 7.5) เท่านั้น รายละเอียดดังตารางที่ 12 ด้านล่าง

ตารางที่ 4.12 สาเหตุของการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล/ รพ.สต. แห่งนี้

สาเหตุของการฝากครรภ์ที่รพ.สต. แห่งนี้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใกล้บ้าน	14	35.0
ตามสิทธิการรักษา	18	45.0
เพื่อความปลอดภัย มีแพทย์เฉพาะทาง	3	7.5
มีคนแนะนำ	4	10.0
ถูกส่งตัวมา	1	2.5
รวม	40	100.0

เมื่อถามต่อว่า นอกจาก โรงเรียน และสถานพยาบาลแล้ว มีส่วนงานใดอีกบ้างที่เข้ามาเป็นระบบช่วยเหลือเกื้อกูลการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก (ภาพที่ 4.5) **กลุ่มแรก** ระบุว่าไม่ได้ขอความช่วยเหลือใด ๆ กับหน่วยงานใด ๆ นอกจากสถานพยาบาลที่ตนฝากครรภ์เพราะไม่มีความจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือเนื่องจากตนเองและครอบครัวสามารถดูแลเรื่องเหล่านี้ได้เอง ซึ่งมีอยู่ราว (ร้อยละ 52) ส่วน**อีกกลุ่มนั้น** แจ้งว่าได้รับความช่วยเหลือในแง่มุมต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ โดยสามารถสรุปกลุ่มประโยชน์ที่ได้รับดังต่อไปนี้

ภาพที่ 4.5 สัดส่วนผู้ขอรับความช่วยเหลือจากระบบการดูแลทางสังคม และผู้ไม่ต้องการความช่วยเหลือ





1. กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการได้รับเงิน/สิ่งของสนับสนุน: อาทิ การขอรับเงิน

อุดหนุนบุตร การได้รับเงินจากประกันสังคม การมี พมจ. ช่วยเรื่องเงินอุดหนุนเด็ก 600 บาท/เดือน การได้รับเงินอุดหนุนจาก อบต. และเทศบาลเดือนละ 600 บาท การที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำนมมาแจกและติดตามเยี่ยมบ้าน การได้เงินจากประกันสังคมของสามี มาตรา 39 จำนวน 15,000 บาท และการได้รับของใช้ในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ของทั้งแม่และเด็ก เป็นต้น

2. กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพแวดล้อมอื่น ๆ: อาทิ การดูแลป้องกัน

การคลอดก่อนกำหนด โรคประจำตัวกับการตั้งครรภ์ การได้รับสนับสนุนดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ทำให้ลดความกังวลเรื่องการติดเชื้อ HIV ได้ และการส่งต่อยุติการตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ: กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่งานวิจัย

สนใจจะศึกษาโดยเฉพาะ เพื่อดูว่ามีระบบการดูแลทางสังคมหรือการสาธารณสุขใดที่ช่วยเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหรือไม่เพียงใด ผลการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจที่ชี้ให้เห็นถึงการมีระบบ และการทำหน้าที่ของระบบในการดูแลป้องกัน การตั้งครรภ์ซ้ำ ในประเด็นต่าง ๆ อาทิ การได้รับความรู้ในการคุมกำเนิดหลังคลอด การให้บริการฝังยาคุมกำเนิด การสอนการใช้ยาคุมหลังคลอดให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นต้น

โดยระบบที่กล่าวถึงทั้งสามกลุ่มนี้ จะสังเกตได้ว่าเกี่ยวเนื่องกับการทำงานเชิงรับเป็นหลัก ในขณะที่ระบบเชิงรุกอื่น ๆ อาจจะยังคงไม่มีการพูดถึงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก

“ท้องแรกหนูฉีดยาคุมจากคลินิกเอกชน เขาก็ไม่ได้บอกอะไร พอเลิกกับคู่อนอนมี

ท้องที่สอง มาที่นี่ได้รับการดูแล แนะนำคุมกำเนิด”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 15 ก.พ.66)

“ได้รับความรู้การดูแลตัวเองตอนท้อง และความรู้เรื่องการคุมกำเนิดหลังคลอด

ได้ยาฝังคุมกำเนิดค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 21 ก.พ.66)

“โรงพยาบาลให้คำปรึกษา ฝังยาคุมหลังแท้งให้ลูกป้าแล้ว แต่ตอนนั้นป้าไม่เอา ยังรู้สึก

เสียใจที่ไม่ฝังยาในวันนั้น จนทำให้ลูกป้ากลับมาท้องอีกครั้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งที่เป็นมารดา สัมภาษณ์เมื่อ 15 ก.พ.66)

“มีโรงพยาบาลช่วยเรื่องฝังยาคุมให้หลังคลอด ส่วนหน่วยงานอื่นหนูไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง สัมภาษณ์เมื่อ 25 ก.พ.66)

เมื่อถามต่อว่ามีประเด็นใดที่ขอความช่วยเหลือด้านการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และยังไม่ได้รับการตอบสนองช่วยเหลือบ้าง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่าจำนวน



เกือบทั้งหมด (ราว 36 คน) บอกว่าไม่มีประเด็นอะไรอีก ในขณะที่อีกราว 4 คนระบุถึงความช่วยเหลือที่ต้องการเพิ่ม ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทาง การเงินทั้งสิ้น ดังตารางที่ 4.13 ด้านล่าง

ตารางที่ 4.13 เรื่องที่ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

ประเด็นที่ยังรอการตอบสนอง	จำนวน (คน)
ไม่ต้องการความช่วยเหลือ	36
เงินอุดหนุนบุตร ยังไม่ได้ทั้ง 2 คน (ดำเนินการช้า)	1
ถ้าเป็นไปได้อยากให้ช่วยเรื่องการสนับสนุนรายได้ แต่ตนเองไม่ทราบว่า จะสามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใด	1
ค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตร อยากได้เพิ่มเพราะไม่เพียงพอ	1
เรื่องเงินไม่พอใช้จ่าย ไม่พอเลี้ยงลูก เพราะตอนนี้สามีติดคุก	1

เป็นที่สังเกตได้ว่าระบบการดูแลการตั้งครรภ์ซ้ำดำเนินการโดยกลไกทางสาธารณสุขเป็นหลัก โดยดำเนินการผ่านการให้ความรู้และการชักชวนให้มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นสำคัญ นอกเหนือจากระบบกลไกทางสาธารณสุขนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งวัยรุ่นตั้งครรภ์และมารดา/บิดา ไม่ได้กล่าวถึงกลไกทางสังคมอื่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมากนัก ซึ่งอาจกล่าวจากฐานข้อมูลนี้ได้ว่ากลไกหลักที่ทำให้เกิดการป้องกันการท้องซ้ำน่าจะเป็นกลไกทางสาธารณสุขเป็นหลัก ผ่านกระบวนการผลักดันให้มีการคุมกำเนิดเป็นหลัก ส่วนกลไกทางสังคมอื่น ๆ อาจทำหน้าที่ในฐานะกลไกเสริม เช่น การสนับสนุนช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การสนับสนุนนมและข้าวของเครื่องใช้มารดาและทารก เป็นต้น

4.2.2 การทำหน้าที่ของระบบทางสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่น ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Service Providers)

ในส่วนของผู้ให้บริการ (Service Providers) อันเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ในงานนี้ด้วยนั้น มีจำนวนทั้งสิ้น 15 คน จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม อันได้แก่ 1) กลุ่มสาธารณสุข ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหาร ทั้งหมดมาจากโรงพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลต่าง ๆ ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวนทั้งสิ้น 7 คน 2) กลุ่มการศึกษา อันได้แก่นักวิชาการการศึกษา จากสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 2 คน และ 3) กลุ่มบริการสังคม อันได้แก่นักพัฒนาชุมชน นักส่งเสริมปกครองท้องถิ่น และนักพัฒนาสังคม รวมทั้งสิ้น 6 คน



4.2.2.1 ภาพรวมงานในปัจจุบันกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้ให้บริการทั้งหมดจากทั้ง 3 กลุ่มระบุว่างานในหน้าที่และความรับผิดชอบอันเกี่ยวข้องเนื่องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นดำเนินการอยู่ และดำเนินการในหลายส่วนอยู่แล้ว ทั้งงานในเชิงรับเช่นการดูแลหลังวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์แล้ว การให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เท่าที่มีการร้องขอและสามารถให้บริการได้ รวมทั้งการทำงานเชิงรุกและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ สสจ. พมจ. องค์การ Path2Health ศึกษาธิการจังหวัด อบต.และโรงเรียนต่าง ๆ การทำงานในส่วนนี้มีมานานและเริ่มเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนเมื่อ 10 กว่าปีที่ผ่านมา

4.2.2.2 วิธีการที่ดำเนินการอยู่เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วิธีการที่หน่วยงานทั้ง 3 กลุ่มดำเนินการอยู่ในการทำงานกับวัยรุ่นเพื่อป้องกันทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำวัยรุ่น โดยสามารถจำแนกให้เห็นได้ในตารางที่ 4.14 ด้านล่าง

ตารางที่ 4.14 วิธีการที่ดำเนินการอยู่ ในการแก้ปัญหา/ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วิธีการดำเนินงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน		
กลุ่มสาธารณสุข	กลุ่มการศึกษา	กลุ่มบริการสังคม
1. ให้ความรู้แนะนำการคุมกำเนิดกับกลุ่มเป้าหมาย 2. จัดตั้งคลินิกวัยรุ่น ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของวัยรุ่นและสุขภาพ 3. จัดทำโครงการวางแผนครอบครัว ให้บริการคุมกำเนิดทั้งชนิดยาากิน ฉีด และถุงยางอนามัย 4. มีกระบวนการทำงานชัดเจนเป็นขั้นตอน ได้แก่ 1) วัยรุ่นฝากครรภ์ต้องเจอนักสังคมเคราะห์ทุกรายก่อน	1. จัดหลักสูตรเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตให้กับวัยรุ่น 2. พัฒนาศักยภาพครูผู้สอนให้ได้รับการอบรมหลักสูตรเพศวิถีศึกษา	1. ขับเคลื่อนงานเชิงรุก เช่น การให้ความรู้ด้านเพศศึกษา เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การให้บริการกับวัยรุ่น 2. ดูแลสวัสดิการให้แก่กลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีความเดือดร้อน 3. ประสานแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานในพื้นที่



วิธีการดำเนินงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน		
กลุ่มสาธารณสุข	กลุ่มการศึกษา	กลุ่มบริการสังคม
2) เมื่อเจอนักสังคมแล้ว วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงจะถูก พูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อ เชิญชวนให้รับการ คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และ 3) ทำงานเชิงรุกกับ พื้นที่และเครือข่ายเพื่อ ดูแลป้องกันตั้งแต่ต้นทาง		

วิธีการที่ดำเนินการอยู่นี้ หากจะถามว่าวิธีการใดให้ผลลัพธ์เป็นเช่นใด อาจไม่สามารถตอบได้เพราะอาจจะไม่ได้มีการประเมินชัดเจนว่าจำนวนตัวเลขที่ลดลงของการตั้งครรภ์/การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น นั้นเป็นผลมาจากเรื่องใด การไม่มีการประเมินผลโครงการอย่างชัดเจนนี้ยังคงเป็นจุดที่ต้องการการพัฒนาจุดหนึ่งในการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ

4.2.2.3 คอขวดในการทำงาน

เมื่อเห็นถึงวิธีการทำงานแล้ว คำถามต่อเนื่องคือปัญหาหลักอันเนื่องมาจากการทำงานไม่ได้เต็มที่ หรือระบบที่ยังคงเป็นอุปสรรคในการทำงานคืออะไร กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 15 ท่าน สะท้อนภาพให้เห็นชัดเจนดังนี้

1) ระเบียบของราชการเองที่ไม่เอื้อและเป็นอุปสรรค อาทิ ขั้นตอนการทำงานที่ล่าช้า การขออนุมัติที่มากมายหลายชั้นจนการทำงานไม่สามารถทำได้รวดเร็ว และแก้ปัญหาทันทั่วทั้งที่ ส่งผลให้ผู้รับบริการเบื่อหน่ายและรู้สึกว่ายหน่วยงานไม่สามารถเป็นที่พึ่งได้จริง พึ่งพิงตัวเองดีกว่า

2) การแบ่งปันข้อมูลกันเองระหว่างหน่วยงานมีน้อย เมื่อข้อมูลแบ่งปันน้อย ทำให้การตัดสินใจไม่คมชัด การให้บริการเกิดความซ้ำซ้อนไม่เป็นเอกภาพ สูญเสียงบประมาณ และการแก้ไขปัญหาไม่ถูกจุด

3) ความต่อเนื่องของงานไม่ชัดเจน นโยบายขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญของผู้บริหาร หากผู้บริหารให้ความสำคัญในเรื่องใด เรื่องนั้นมีแนวโน้มที่จะถูกหยิบยกมาทำก่อนในขณะที่เรื่องอื่น ๆ ต้องชะลอออกไป การไม่ชัดเจนต่อเนื่องของงานเช่นนี้ทำให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่องดีขึ้นเรื่อย ๆ เป็นไปได้ยากเพราะการชะลอดังกล่าว



4.2.2.4 วิธีการทำงานที่เชื่อว่าหากปรับปรุงแล้วจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพอย่างชัดเจน (จุดคานงัด) ในงานวัยรุ่นตั้งครรภ์

จากประเด็นที่ได้กล่าวถึงทั้งหมดข้างต้น นำมาสู่คำถามสำคัญที่ต้องการความเห็นจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ให้บริการทั้ง 15 ท่าน นั่นคือคำถามที่ว่า “วิธีการในเรื่องใดที่ต้องปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างในการทำงาน ดังที่ได้ระบุไว้ข้างต้น?” ทีมวิจัยได้รับคำตอบที่มีความแตกต่าง และจะขอสรุปคำตอบเป็น 3 กลุ่ม ตามกลุ่มสังกัดของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 15 ท่าน ดังนี้

ตารางที่ 4.15 วิธีการอันเป็นจุดคานงัด

วิธีการที่เชื่อว่าเป็นจุดคานงัด		
กลุ่มสาธารณสุข	กลุ่มการศึกษา	กลุ่มบริการสังคม
- จุดคานงัดอยู่ที่ตัววัยรุ่นเอง ทุกงานต้องมีวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเป็นเป้าหมาย และสิ่งที่ต้องทำคือสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) - สาธารณสุขทำงานคนเดียวไม่ได้ การบูรณาการแบบกำหนดขั้นตอนและ ผู้รับผิดชอบแบบชัดเจน เป็นเรื่องจำเป็นมาก - การต่อเนื่องของงานต้องเกิดขึ้น นโยบายจะต้องไม่ผันแปรไปตามการเข้าดำรงตำแหน่งของผู้บริหารแต่ละท่าน	<u>จุดคานงัดอยู่ที่ระบบบริการดิจิทัลที่ให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ตลอดเวลา</u> เป็นระบบเชิงรุก เข้าถึงทุกกลุ่มแม้กลุ่มที่วันนี้อาจจะยังไม่ตั้งครรภ์ หรือไม่มีความเสี่ยง	<u>จุดคานงัดอยู่ที่การบูรณาการงานกันของหน่วยต่าง ๆ</u> โดยการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการทำงานเชิงรุกที่แท้จริง - การมอบหมายงานที่ชัดเจน และประเมินผลสำเร็จไปตามตัวชี้วัดแบบตรงไปตรงมาเป็นเรื่องจำเป็น ไม่เช่นนั้นการบูรณาการที่แท้จริงจะเกิดได้ยาก - การประชาสัมพันธ์และสร้างความร่วมมืออย่างเข้มข้นจากพื้นที่เป็นเรื่องจำเป็นมากอีกประเด็นหนึ่ง

ในกลุ่มงานสาธารณสุขนั้น ระบุชัดเจนว่าจุดคานงัดอยู่ที่ *ความตระหนักรู้ในตัวของผู้วัยรุ่นเอง* หากวัยรุ่นไม่ตระหนักรู้ด้วยตนเองแล้ว การตั้งครรภ์ซ้ำไม่อาจลดลงได้ การให้บริการสาธารณสุขต่าง ๆ เป็นการให้บริการที่ปลายทางและการให้บริการปลายทางที่เสียงบประมาณจำนวนมากนี้จะลดลงได้หากความตระหนักรู้ในตัววัยรุ่นเองมีมากขึ้น การศึกษาของสุตภิญญา ปานเจริญและคณะ (2563) สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยงานวิจัยของสุตภิญญาพบว่า



เจตคติต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของตัววัยรุ่นเอง และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งก็คือกลุ่มเพื่อน/บุคคลแวดล้อมตัววัยรุ่นมีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ นั่นหมายความว่าหากวัยรุ่นคนหนึ่งมีวิธีคิดว่าการตั้งครรภ์ซ้ำเป็นเรื่องรับได้ ประกอบกับการอยู่อาศัยแวดล้อมไปด้วยคนที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำหรืออยู่ในกลุ่มเพื่อนที่เห็นว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำเป็นเรื่องรับได้ เขาคอนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์วัยรุ่นและตั้งครรภ์ซ้ำได้ (สุตักัญญา ปานเจริญและคณะ, 2563) ดังนั้นการสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง (Awareness) จึงเป็นจุดคานงัดสำคัญ

สำหรับกลุ่มงานการศึกษา จุดคานงัดอยู่ที่ระบบบริการดิจิทัล ที่ให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ตลอดเวลา เป็นระบบเชิงรุก เข้าถึงทุกกลุ่มแม้กลุ่มที่วันนี้อาจจะยังไม่ตั้งครรภ์ หรือไม่มีความเสี่ยงก็ตาม ซึ่งข้อเสนอแนะนี้ตรงกับข้อเสนอแนะที่องค์การยูนิเซฟ (ประเทศไทย) เคยกล่าวไว้ในปี พ.ศ.2558 ในรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย โดยยูนิเซฟเสนอประเด็นทางออกหลายประเด็น แต่ประเด็นที่สอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับกลุ่มการศึกษานี้มี 2 ประการอันได้แก่ 1) ยูนิเซฟเสนอว่า บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (Youth Friendly Health Service) เป็นสิ่งจำเป็น และระดับคุณภาพที่แตกต่างกันของบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นมีผลต่อการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำ (องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย, 2558) ในความเป็นจริงเราจะพบว่าที่แห่งใดมีบุคลากรที่เป็นมิตรเข้าถึงจิตใจวัยรุ่นมาก ที่แห่งนั้นจะสามารถโน้มน้าวให้วัยรุ่นทำการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างได้ผลดียิ่ง ดังนั้น หากมีระบบบริการที่มีคุณภาพเป็นมาตรฐานใกล้เคียงกัน ที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ตรงตาม *lifestyle* ของพวกเขา น่าจะเป็นคำตอบสำหรับเรื่องนี้เช่นกัน ซึ่งเรื่องนี้ยังตรงกับผลการศึกษาของภาดา ธารีเพียร และโกสุม เศรษฐาวงศ์ ที่ศึกษาการรับรู้และการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งของแกนนำนักศึกษา สถาบันอุดมศึกษาเอกชน อันเป็นงานวิจัยคุณภาพ ผลการศึกษานี้พบประเด็นที่สอดคล้องกันนั่นคือพบว่า นักศึกษาระบุว่าพวกเขาไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งบุคคลที่จะให้คำปรึกษาแก่พวกเขา ผลการศึกษานี้นำมาสู่ข้อเสนอแนะอย่างสำคัญที่ระบุว่าการเปิดช่องทางการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงได้ง่าย รวดเร็วและมั่นใจได้ในการรักษาความลับ จะเป็นคำตอบของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ (ภาดา ธารีเพียร และโกสุม เศรษฐาวงศ์, 2564) 2) อีกประเด็นที่ยูนิเซฟนำเสนอและสอดคล้องต้องกัน นั่นคือการให้ความรู้ด้านเพศศึกษาในโรงเรียนที่ต่อเนื่องเข้มข้นตรงไปตรงมาและทำให้การพูดคุยเรื่องเพศที่ถูกต้องของเด็กและคุณครูเป็นเรื่องที่ปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งเรื่องนี้ต้องการความเข้าใจและทักษะของคุณครูอย่างยิ่ง และประเด็นนี้เป็นส่วนที่กลุ่มการศึกษากำลังดำเนินการอยู่ผ่านการอบรมทักษะเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนที่ให้การอบรมทั้งครูและเด็กวัยรุ่นอยู่ในขณะนี้ แต่สิ่งที่จะทำให้การทำงานนี้ประสบผลสำเร็จได้นั้นคือการสร้างระบบการประเมินผลการอบรมนี้ที่ชัดเจน-วัดได้-จับต้องได้จริง การประเมินที่ดีจะทำให้การปรับปรุงหลักสูตรเกิดขึ้น อย่างต่อเนื่องและจะสามารถตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นได้ตรงจุดและทันทั่วทั้ง



สำหรับจุดคานงัดของกลุ่มงานบริการสังคมจุดหลักจะอยู่ที่ การบูรณาการงานกันของหน่วยต่าง ๆ โดยการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการทำงานเชิงรุกที่แท้จริง การบูรณาการนั้นจะเริ่มตั้งแต่การบูรณาการข้อมูลเลยทีเดียว การมีข้อมูลที่มี “ความละเอียด ชัดเดียวกัน” นับเป็นจุดตั้งต้นที่จำเป็นสำหรับการทำงานและการต่อยอดงาน การทำงานบนข้อมูล คนละชุดไม่อาจทำให้เกิดการบูรณาการที่แท้จริงได้ เพราะการบูรณาการนี้จะนำไปสู่การให้บริการ ตอบสนองใน 4 ประเด็นหลักที่จะป้องกันการตั้งครุฑซ้ำได้ นั่นคือ 1) บริการหน่วยงานตามความต้องการ จำเป็น 2) การเยียวยาฟื้นฟูจิตใจวัยรุ่นและครอบครัว 3) การให้ทักษะระยะยาวที่จำเป็นสำหรับอนาคต 4) การใช้ครอบครัวมาเป็นตัวหนุนเสริม ซึ่ง 4 ประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษาของกุลธิดา อนุตรกุลศรี (2561) ที่ศึกษาถึง “รูปแบบและกลไกการให้ความช่วยเหลือแม่วัยใส: กรณีศึกษาหน่วยงาน ที่ให้ความช่วยเหลือแม่วัยใสในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร” การศึกษานี้เพื่อค้นหาแนวทาง การพัฒนา รูปแบบการให้ความช่วยเหลือแม่วัยใสที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ผลการศึกษาชี้ว่ากลไก และรูปแบบการให้ความช่วยเหลือจะต้องประกอบด้วย 1) การตอบสนองความต้องการเร่งด่วน ให้แม่วัยใสและครอบครัวก่อน 2) การเยียวยาฟื้นฟูจิตใจให้กลับมาแข็งแรงตั้งรับกับปัญหาและเลี้ยงดู ทารกต่อไปได้ 3) การติดต่อทางปัญญา พัฒนาทักษะชีวิต การเอาตัวรอด การรู้จักการปฏิเสธ การป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม และ 4) การคืนวัยรุ่นสู่ครอบครัวและ ให้ครอบครัวชุมชนช่วยเหลือดูแล (กุลธิดา อนุตรกุลศรี, 2561) ซึ่งข้อค้นพบที่สอดคล้องกันนี้จะเกิดขึ้น ไม่ได้หากไม่มี การบูรณาการกันอย่างเป็นระบบของ 3 กลุ่มงานหลักอันได้แก่กลุ่มสาธารณสุข กลุ่มการศึกษา และกลุ่มบริการทางสังคม



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยว่าด้วยระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ อันได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และ 2) เพื่อศึกษาระบบการดูแลป้องกันให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และตั้งครรภ์ซ้ำในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยจะขอสรุปผลและข้อเสนอแนะตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ผลการศึกษาจะนำเสนอตามวัตถุประสงค์ โดยข้อมูลจาก 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลจากวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำจำนวน 40 คน 2) ข้อมูลของบิดามารดา ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีฐานะเป็นผู้ดูแลวัยรุ่น จำนวน 40 คน และ 3) ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางสังคมอีก 15 คน รวมเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 95 คน โดยจะขอสรุปผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 สถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (2565) ระหว่างปี 2563-2565 ระบุว่าวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี มีอัตราการคลอดบุตรในปี พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ 23, 24 และ 16 คนโดยลำดับ ส่วนวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีอัตราการคลอดบุตรในช่วง 3 ปีดังกล่าวเท่ากับ 467,441 และ 422 คนตามลำดับ ในประเด็นของการตั้งครรภ์ซ้ำ ข้อมูลในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนเท่ากับ 76 คน ปี 2564 เท่ากับ 55 คน และในปี 2565 มีจำนวน 52 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ,2565)

5.1.1.1 ข้อมูลด้านประชากรของวัยรุ่นตั้งครรภ์และบิดามารดา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยรุ่นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 40 คน อยู่ในช่วงอายุ 18-20 ปี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 60) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 28.2) และว่างงาน 16 คน (ร้อยละ 40) ในส่วนการศึกษาของบิดาของผู้ให้ข้อมูลหลัก จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 21 คน (ร้อยละ 52.5) และการศึกษาของมารดาของผู้ให้ข้อมูลหลักจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 18 คน (ร้อยละ 45) จำนวนสมาชิกในรายได้ พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 3-5 คนมากที่สุดถึงร้อยละ 37.5 รายได้รวมของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน จำนวน 18 คน (ร้อยละ 45)



5.1.1.2 สถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำ

ในวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุ 17 ปีเป็นอันดับ 1 มีจำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.5) แต่ที่น่าสนใจพบว่า มีกลุ่มที่ช่วงอายุระหว่าง 13-15 ปี สูงถึง 16 คน (ร้อยละ 40) มีการตั้งครรภ์ครั้งแรก ซึ่งช่วงวัยนี้ยังมีสภาพร่างกายและความพร้อมไม่รองรับกับการมีบุตร และอัตราการคลอดของกลุ่มนี้ พบว่าคลอดปกติ 10 รายและแท้งธรรมชาติ 6 ราย ในภาพรวมของกลุ่มเป้าหมายหลักช่วงอายุ 13-19 ปี มีอัตราการคลอดปกติ 27 ราย แท้งธรรมชาติ 12 ราย และทำแท้ง 1 ราย

5.1.1.3 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นครั้งแรก

ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุของการตั้งครรภ์ครั้งแรก พบว่า ร้อยละ 42 ระบุว่าเกิดจากการคุมกำเนิดพลาด และเมื่อรวมกับกลุ่มที่ไม่ป้องกัน/ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 18 และกลุ่มที่ไม่รู้เรื่องการคุมกำเนิดร้อยละ 5 จะเป็นกลุ่มใหญ่ร้อยละ 65

5.1.1.4 การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่าในการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 40 คน พบว่ามีการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จำนวน 31 คน อยู่ในช่วงอายุ 17-20 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 68.7) แต่ประเด็นที่น่าสนใจคือ มีแม่ที่อายุไม่เกิน 16 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 28.2) การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และสาเหตุที่เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เป็นเรื่องการคุมกำเนิดพลาด สูงเป็นอันดับ 1 (ร้อยละ 38) และอันดับ 2 เรื่องการตั้งครรภ์เพราะไม่ได้ป้องกัน ร้อยละ 20 ทำให้เห็นว่าการรูปแบบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น คือการคุมกำเนิดพลาดเหมือนการตั้งครรภ์แรก ความห่างในการตั้งครรภ์ครั้งแรกและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ห่างกัน 1-2 ปี รวม 14 คนแต่มีข้อน่าเป็นห่วงคือ ช่วงเวลา 1เดือน-2 ปี มีการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น รวมจำนวน 27 คน (จาก 31 คน) ซึ่งระยะเวลาในการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมควรมีระยะห่างกันอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากสุขภาพของผู้ตั้งครรภ์เอง

ในการคุมกำเนิดหลังคลอด 1 เดือน ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 40 คน พบว่ามีการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ โดยอันดับ 1 คือ กินยาคุมกำเนิด 11 คน คิดเป็น (ร้อยละ 27.5) รองลงมา มีการฉีดยาคุม 9 คน (ร้อยละ 22.5) แต่ในขณะเดียวกันมีข้อกังวล เนื่องจากผู้ตอบว่าไม่คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ เลยถึง 8 คนจาก 40 คน คิดเป็น (ร้อยละ 20) ในการฝากครรภ์ทั้งครั้งแรกและฝากครรภ์ครั้งที่สองนั้น พบว่าผู้ตอบมีการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 25 คนและ 21 คน ตามลำดับ

5.1.1.5 ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตระหนักถึง

ผลกระทบนั้น

ผลการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ครั้งแรกมีผลกระทบในทางลบต่อครอบครัวและตัวผู้ให้ข้อมูลหลักหรือไม่ พบว่าร้อยละ 80 ระบุว่าไม่มีผลกระทบทางลบใด ๆ และตอบว่า



มีผลกระทบทางลบเพียงร้อยละ 17 แต่รูปแบบผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ให้ข้อมูลหลักและบุคคลในครอบครัวมีหลายประการ เช่น 1) ความพร้อมของแม่วัยรุ่นในการมีลูก/เลี้ยงลูก 2) แม่วัยรุ่นอายุน้อยมาก เป็นห่วงสุขภาพของทั้งตัวแม่และทารก 3) ครอบครัวมีความกังวลเรื่องการเรียนเป็นห่วงอนาคต อยากให้เรียนให้จบเสียก่อน 4) ครอบครัวมองว่าจะเป็นภาระทางเศรษฐกิจในระยะยาว เป็นต้น และพบว่าเรื่องทัศนคติของครอบครัวต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผลการศึกษามีการเปลี่ยนไปในทิศทางตรงกันข้ามกับการตั้งครรภ์ครั้งแรก คือ การตั้งครรภ์ครั้งแรก ครอบครัวยอมรับได้ร้อยละ 83 แต่เมื่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ครอบครัวมองว่าเป็นปัญหาและก่อผลกระทบทางลบอย่างแน่นอน ใน 3 ประเด็นหลัก ร้อยละ 80 คือ 1) ด้านเศรษฐกิจ 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านสุขภาพ และผลการศึกษา ยังพบว่า ในกลุ่มเป้าหมายมี การตั้งครรภ์ครั้งที่สาม ในวัย 18 ปี จำนวน 1 คน และวัย 21-29 ปี อีกจำนวน 5 คน

5.2 การทำหน้าที่ของระบบทางสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์/การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

5.2.1 การทำหน้าที่ของระบบทางสังคมต่อการตั้งครรภ์/การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในมุมมองของผู้รับบริการ

ผลการศึกษาพบว่าในส่วนของระบบทางสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์/การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น นี้ มีหน่วยงานที่มีระบบการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์และครอบครัว ช่วยลดความกังวล และลดผลกระทบลง ขอรับความช่วยเหลือในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) สถานศึกษา เนื่องจากยังมีวัยรุ่นส่วนหนึ่งเรียนอยู่ในระบบการศึกษา จะได้รับผลกระทบและได้รับความช่วยเหลือเช่นใดบ้าง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 85 (36 คน) ระบุว่า การตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการศึกษาเพราะมีการวางแผนตั้งรับเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่การลาออกก่อนการตั้งครรภ์/ ลาออกขณะตั้งครรภ์แล้วมาเรียนต่อที่สถานศึกษาอื่น (กศน.) หรือไม่ได้ศึกษาต่อแล้วและออกมาทำงานแล้วจึงตั้งครรภ์ เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่แจ้งว่าการตั้งครรภ์มีผลต่อการศึกษาเล่าเรียนมีเพียงร้อยละ 15 (6 คน)

2) สถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลหลักวัยรุ่นและมารดา/บิดาที่เกี่ยวข้องระบุชัดเจนว่าสถานพยาบาลให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างดียิ่งต่อกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอดทุกครั้ง บริการที่ได้รับได้แก่ 1) การฝากครรภ์ 2) การให้คำแนะนำและการดูแลครรภ์อย่างถูกวิธี

3) การขอรับคำปรึกษาด้านอื่น ๆ เช่น การดูแลครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และข้อห้ามการใช้ชีวิตที่มีผลกระทบกับครรภ์ ผลการศึกษาถึงสาเหตุที่เลือกมาฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล/ รพ.สต. แห่งต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลหลัก อันดับหนึ่งร้อยละ 45 (18 คน) เนื่องจากเหตุปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เพราะเข้ารับการรักษาพยาบาล /ฝากครรภ์ ตามสิทธิที่สถานพยาบาลเหล่านี้ส่วนที่รับการรักษา/ฝากครรภ์เพราะสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้านเป็นสำคัญ ร้อยละ 35 (14 คน)



ในเรื่องระบบช่วยเหลือเกื้อกูลการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ระบุว่าไม่ได้ขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานใด นอกจากสถานพยาบาล ที่ตนฝากครรภ์ เพราะไม่มีความจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือเนื่องจากตนเองและครอบครัวสามารถดูแลเรื่องเหล่านี้ได้เอง ร้อยละ 52

กลุ่มที่ 2 แจ้งว่าได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ ดังนี้ 1. ด้านการได้รับเงิน/สิ่งของสนับสนุน 2. ด้านที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพแวดล้อมอื่น ๆ 3. ด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น โดยระบบที่กล่าวถึงทั้งสามด้านนี้ จะสังเกตได้ว่าเกี่ยวเนื่องกับการทำงานเชิงรับเป็นหลัก

ในประเด็นที่ ขอความช่วยเหลือด้านการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและยังไม่ได้รับการตอบสนองช่วยเหลือบ้าง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักกระบุร้อยละ 90 (36 คน) บอกว่าไม่มีประเด็นอะไรอีก และร้อยละ 10 (4 คน) ระบุถึงความช่วยเหลือที่ต้องการเพิ่ม ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านเศรษฐกิจทั้งสิ้น

5.2.2 การทำหน้าที่ ของระบบทางสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์/การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในมุมมองของผู้ให้บริการ (Service Providers)

ผู้ให้บริการ (Service Providers) เป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) มีจำนวนทั้งสิ้น 15 คน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มสาธารณสุข ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหาร จากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลต่าง ๆ ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวนทั้งสิ้น 7 คน

2) กลุ่มการศึกษา ได้แก่ นักวิชาการการศึกษาจากสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 2 คน และ

3) กลุ่มบริการสังคม ได้แก่ นักพัฒนาชุมชน นักส่งเสริมปกครองท้องถิ่น และนักพัฒนาสังคม รวมทั้งสิ้น 6 คน

5.2.2.1 ภาพรวมงานในปัจจุบันกับตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้ให้บริการทั้ง 3 กลุ่มระบุงานในหน้าที่และความรับผิดชอบเกี่ยวเนื่องกับการตั้งครรภ์วัยรุ่นดำเนินการอยู่ และดำเนินการในหลายส่วนอยู่แล้ว ทั้งงานในเชิงรับ เช่น การดูแลหลังวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์แล้ว การให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เท่าที่มีการร้องขอและสามารถให้บริการได้ รวมทั้งการทำงานเชิงรุกและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์การ Path2Health สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบลและโรงเรียนต่างๆ มีการทำงานเรื่องนี้มานานและเริ่มเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนเมื่อ 10 กว่าปีที่ผ่านมา



5.2.2.2 วิธีการดำเนินการอยู่เรื่องตั้งครกในวัยรุ่น

วิธีการที่หน่วยงานทั้ง 3 กลุ่มดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ในการทำงานกับวัยรุ่นเพื่อป้องกันทั้งตั้งครกและการตั้งครกซ้ำในวัยรุ่น ดังนี้

1. กลุ่มสาธารณสุข คือ

1. ให้ความรู้แนะนำการคุมกำเนิดกับกลุ่มเป้าหมาย
2. จัดตั้งคลินิกวัยรุ่น ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของวัยรุ่นและสุขภาพ

3. จัดทำโครงการวางแผนครอบครัว ให้บริการคุมกำเนิดทั้งชนิดยากิน ฉีด และถุงยางอนามัย

4. มีกระบวนการทำงานชัดเจนเป็นขั้นตอน ได้แก่ 1) วัยรุ่นฝากครกต้องเจอนักสังคมเคราะห์ทุกรายก่อน 2) เมื่อเจอนักสังคมฯ แล้ว วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงจะถูกพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อเชิญชวนให้การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และ 3) ทำงานเชิงรุกกับพื้นที่และเครือข่ายเพื่อดูแลป้องกันตั้งแต่ต้นทาง

2. กลุ่มการศึกษา คือ

1. จัดหลักสูตรเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตให้กับวัยรุ่น
2. พัฒนาศักยภาพครูผู้สอนให้ได้รับการอบรมหลักสูตรเพศวิถีศึกษา

3. กลุ่มบริการสังคม คือ

1. ขับเคลื่อนงานเชิงรุก เช่นการให้ความรู้ด้านเพศศึกษาเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การให้บริการกับวัยรุ่น
2. ดูแลสวัสดิการให้แก่กลุ่มวัยรุ่นตั้งครกที่มีความเดือดร้อน
3. ประสานแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานในพื้นที่

วิธีการที่ดำเนินการอยู่นี้ หากจะถามว่าวิธีการใดให้ผลลัพธ์เป็นเช่นใด อาจไม่สามารถตอบได้เพราะอาจจะไม่ได้มีการประเมินชัดเจนว่าจำนวนตัวเลขที่ลดลงของการตั้งครก/การตั้งครกซ้ำในวัยรุ่น นั้นเป็นผลมาจากเรื่องใด การไม่มีการประเมินผลโครงการอย่างชัดเจนนี้ยังคงเป็นจุดที่ต้องการการพัฒนาจุดหนึ่งในการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ

5.2.2.3 คอขวดในการทำงาน

คำถามต่อเนื่องคือปัญหาหลักอันเกี่ยวเนื่องกับการทำงานไม่ได้เต็มที่ หรือระบบที่ยังคงเป็นอุปสรรคในการทำงานคืออะไร กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 15 ท่าน สะท้อนภาพให้เห็นชัดเจนดังนี้



1. ระเบียบของราชการเองที่ไม่เอื้อและเป็นอุปสรรค อาทิ ขั้นตอนการทำงานที่ล่าช้า การขออนุมัติที่มากมายหลายชั้นจนการทำงานไม่สามารถทำได้รวดเร็วและแก้ปัญหาทันทีที่ส่งผลให้ผู้รับบริการเบื่อกว่าและรู้สึกว่าหน่วยงานไม่สามารถเป็นที่พึ่งได้จริง พึ่งพิงตัวเองดีกว่า

2. การแบ่งปันข้อมูลกันเองระหว่างหน่วยงานมีน้อย เมื่อข้อมูลแบ่งปันน้อย ทำให้การตัดสินใจไม่คมชัด การให้บริการเกิดความซ้ำซ้อนไม่เป็นเอกภาพ สูญเสียงบประมาณ และการแก้ไขปัญหาไม่ถูกจุด

3. ความต่อเนื่องของงานไม่ชัดเจน นโยบายขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญของผู้บริหาร หากผู้บริหารให้ความสำคัญในเรื่องใด เรื่องนั้นมีแนวโน้มที่จะถูกหยิบยกมาทำก่อนในขณะที่เรื่องอื่น ๆ ต้องชะลอออกไป การไม่ชัดเจนต่อเนื่องของงานเช่นนี้ทำให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่องค่อย ๆ เป็นไปได้อย่างยากเพราะการชะลอดังกล่าว

5.2.2.4 วิธีการทำงานที่เชื่อว่าหากปรับปรุงแล้ว จะนำมาซึ่งประสิทธิภาพอย่างชัดเจน (จุดคานงัด) ในงานวัยรุ่นตั้งครรภ์

จากคำถามเรื่อง “วิธีการในเรื่องใดที่ต้องปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างในการทำงาน ดังที่ได้ระบุไว้ข้างต้น ” ได้รับคำตอบที่มีความแตกต่าง และสรุปได้เป็น 3 กลุ่ม ตามกลุ่มสังกัดของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 15 คน ดังนี้

1. กลุ่มสาธารณสุข คือ

1. จุดคานงัดอยู่ที่ตัววัยรุ่นเอง ทุกงานต้องมีวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเป็นเป้าหมาย และสิ่งที่ต้องทำคือสร้างความตระหนักรู้ (Awareness)

2. สาธารณสุขทำงานคนเดียวไม่ได้ การบูรณาการแบบกำหนดขั้นตอนและผู้รับผิดชอบแบบชัดๆ เป็นเรื่องจำเป็นมาก

3. การต่อเนื่องของงานต้องเกิดขึ้น นโยบายจะต้องไม่ผันแปรไปตามการเข้าดำรงตำแหน่งของผู้บริหารแต่ละคน

2. กลุ่มการศึกษา คือ จุดคานงัดอยู่ที่ระบบบริการดิจิทัลที่ให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ตลอดเวลา เป็นระบบเชิงรุกเข้าถึงทุกกลุ่ม ที่วันนี้อาจจะยังไม่ตั้งครีร์ หรือไม่มีความเสี่ยง

3. กลุ่มบริการสังคม คือ

1. จุดคานงัดอยู่ที่การบูรณาการงานกันของหน่วยต่าง ๆ โดย การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการทำงานเชิงรุกที่แท้จริง

2. การมอบหมายงานที่ชัดเจน และประเมินผลสำเร็จไปตามตัวชี้วัดแบบตรงไปตรงมาเป็นเรื่องจำเป็น ไม่เช่นนั้นการบูรณาการที่แท้จริงจะเกิดได้ยาก

3. การประชาสัมพันธ์และสร้างความร่วมมืออย่างเข้มข้นจากพื้นที่เป็นเรื่องจำเป็นมาก



ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ให้ภาพสาเหตุและระบบการดูแลทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือรองรับการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้อย่างละเอียด และนำมาสู่การให้ข้อเสนอแนะต่อภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างสำคัญ โดยจะขอแยกข้อเสนอแนะเป็น 2 ส่วนอันได้แก่ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในลำดับต่อไป ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1. การวิจัยนี้พบว่าสัมพันธ์ภาพทางบวกมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของวัยรุ่น และมีผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ข้อค้นพบนี้อาจไม่ใช่ของใหม่ แต่ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ถูกค้นพบอยู่เสมอในงานวิจัยแทบทุกชิ้นในเชิงสังคมศาสตร์ อาจกล่าวได้ว่าการมีสัมพันธ์ภาพทางบวกระหว่างครอบครัวกับวัยรุ่นเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นกลไกพื้นฐานในการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ได้ตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ การจัดทำนโยบายที่ส่งเสริมครอบครัวให้มีเหตุผลและใช้พลังทางบวกในการดูแลกันและกันจึงเป็นข้อเสนอแนะแรกในงานวิจัยนี้

1.2 เมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกแล้ว การได้มีโอกาสศึกษาต่อจนจบการศึกษา รวมถึงได้ศึกษาในระดับที่สูงขึ้นไปอีกมีความจำเป็นมาก เพราะหากตั้งครรภ์แล้วออกจากระบบการศึกษามีแนวโน้มที่วัยรุ่นเหล่านี้จะกลายมาเป็นแรงงานราคาถูกในอนาคต และจะผลักดันให้เข้าสู่วงจรโง่-จน-เจ็บต่อไปอย่างไม่จบสิ้นการสนับสนุนทางสังคมด้วยการมีการศึกษานอกระบบที่เข้มแข็งเป็นมิตรและมีความยืดหยุ่นสูง สามารถศึกษาได้ตลอดเวลาที่มารดาวัยรุ่นพร้อม จึงเป็นหนึ่งในประเด็นที่ควรจัดทำเป็นนโยบาย

1.3 ส่วนการศึกษาในระบบนั้น การศึกษานี้พบว่าระบบนี้ได้พยายามทำหน้าที่ประคับประคองให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ได้มีโอกาสศึกษาต่อจนจบการศึกษาอย่างเต็มที่ สะท้อนถึงความพยายามปรับตัวต่อความเป็นไปของโลกอย่างดีเท่าที่จะเป็นไปได้ ความหวังของการศึกษาในระบบคือบทบาทของครูผู้มีความใกล้ชิดกับเด็ก ๆ และความใกล้ชิดนี้จะทำให้ครูสามารถให้ความรู้ความเข้าใจและสอดส่องพฤติกรรมอันนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น สิ่งนี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการ “คืนเวลาให้ครูได้อยู่กับเด็ก” โดยลดเวลาการติงครูออกไปอยู่กับงานเอกสารหรืองานอื่น ๆ งานประชุมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสอนเด็กลง หากทำได้เช่นนี้เชื่อว่าการป้องกันตั้งครรภ์อันเป็นต้นทางของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในเวลาต่อมาจะสามารถดีขึ้นได้

1.4 ผลการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกมักแจ้งว่าเป็นเพราะการคุมกำเนิดพลาด ซึ่งประเด็นนี้ชี้ได้อย่างชัดเจนว่าวัยรุ่นเหล่านี้มีความรู้ด้านการคุมกำเนิด แต่ความรู้นั้นอาจจะเป็นความรู้ที่ไม่ครบถ้วนชัดเจน หรือรู้ชัดเจนแต่ไม่ตระหนักไม่ใส่ใจจริงจังในการคุมกำเนิดจึงนำมาสู่ความผิดพลาดดังกล่าว ดังนั้นการสร้างตระหนักถึงปัญหาระยะยาวของการตั้งครรภ์วัยรุ่น(Awareness) จึงเป็นเหมือนจุดเริ่มต้นของประเด็นนี้ หากวัยรุ่นตระหนักถึง



ผลกระทบต่อชีวิตตนเองในระยะยาวแล้วพวกเขาจะเข้าหาความรู้ที่ถูกต้องเอง ดังนั้นการสร้าง ความตระหนักจึงเป็นคำตอบมากกว่าการจัดการอบรมเพื่อให้ความรู้

1.5 การคุมกำเนิดหลังคลอดเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่น่าสนใจ ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ยอมคุมกำเนิดหลังคลอดด้วยวิธีฝังยาคุมนั้น มักให้คำตอบว่าได้เจอบุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าใจเขา มีความเป็นมิตรพูดคุยให้ข้อมูลและชักชวนให้คุมกำเนิด วัยรุ่นมีความสบายใจและยินดีร่วมมือเมื่อเจอบุคลากรที่มีคุณลักษณะเหล่านี้ กลับกันหากเจอบุคลากรที่ไม่ได้พูดคุยหรือโน้มน้าวมากนัก วัยรุ่นเหล่านี้มีแนวโน้มปฏิเสธการคุมกำเนิดแบบมีประสิทธิภาพ เช่น การฝังยาคุม และหันกลับไปใช้การคุมกำเนิดที่มีความเสี่ยงสูงที่จะพลาดเช่นการกินยา หรือวิธีอื่น ๆ ซึ่งในที่สุดอาจนำมาสู่การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้ นี่อาจเป็นประเด็นหนึ่งของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการทำให้ วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบเฉพาะที่แยกสัดส่วนจากบริการสุขภาพทั่วไป โดยบริการนี้ต้องเข้าถึงได้ง่าย ตลอดเวลาและมีบุคลากรที่มีความเป็นมิตรสูง

1.6 การศึกษาวิจัยนี้ยังพบว่าประเด็นการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น มีหน่วยงานทำงานร่วมกันมากมายหลายหน่วย ทั้งงานกลุ่มสาธารณสุข งานกลุ่มการศึกษาและงานกลุ่มบริการสังคม ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าต้องมีความซ้ำซ้อนในการทำงานกันในหลายประเด็น การลดทอนงานที่มีความซ้ำซ้อนของหน่วยงานจะทำให้เกิดการประหยัดต่อขนาด (Economy of Scale) และเกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษานี้กระทำในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เพียงจังหวัดเดียว แม้ว่าผลการศึกษาจะให้ภาพที่ชัดเจนแต่ก็เป็นภาพของจังหวัดที่มีบริบทเดียว การเข้าใจประเด็นการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อาจมีความจำเป็นต้องเข้าไปถึงบริบทอื่นหลากหลายของจังหวัดอื่น ๆ ดังนั้นการศึกษาในครั้งต่อไปอาจจำเป็นต้องศึกษาในจังหวัดที่มีบริบทแตกต่างอันจะนำไปสู่การสร้าง ความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น

2.2 การศึกษาครั้งนี้พุ่งเป้าไปที่วัยรุ่นตั้งครรภ์เพศหญิง ซึ่งในความจริงแล้ว การเข้าใจในวัยรุ่นเพศชายในฐานะ “พ่อ” ของทารกที่เกิดใหม่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง งานวิจัยชิ้นต่อไป ควรจะมีการศึกษาประเด็นนี้ในความคิดเห็นและบทบาทของวัยรุ่นชายด้วย

2.3 ประเด็นที่น่าสนใจและต้องการทำวิจัยต่อเนื่องนั่นคือ ประเด็นการประเมินผล การปฏิบัติงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง หากมีการทำวิจัยที่ลงลึกกว่างานในประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่น นี้มีหน่วยงานใดบ้างที่มีส่วนร่วม และส่วนร่วมเท่าไรและมีการประเมินผลแบบใด ระบบการประเมินผลเหล่านั้นเหมาะสมหรือไม่และจะมีการประเมินผลแบบใดที่จะทำให้ลดความซ้ำซ้อนของงานและเห็นจุดคอขวดที่จะแก้ไขปัญหาได้จริง ๆ งานวิจัยที่ลงลึกเช่นนี้จะนำมาสู่การเปลี่ยนที่ปลายทาง นั่นคือการเปลี่ยน “ระบบการประเมินผล” เมื่อปลายทางเปลี่ยน กระบวนการทำงานที่ต้นทางจะปรับเปลี่ยนไปเองและจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพสูงสุดของงานได้



ภาพที่ 5.1 บริการ/กระบวนการที่สนับสนุนให้ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์
ซ้ำในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพ



หมายเหตุ: ผลและข้อเสนอแนะจากงานวิจัย



บรรณานุกรม

- กุลธิดา อนุตรกุลศรี .(2561). รูปแบบและกลไกการให้ความช่วยเหลือแม่วัยใส: กรณีศึกษาหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือแม่วัยใสในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดร.สมชัย จิตสุชน. (2564). เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และวิธีการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย
- ทัศนีย์ ลักษณะากิชนชัช. 2548. การบริหารสังคมกับโครงสร้างสังคมไทย. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ ก๊อปปี้.
- ปริญญญา เอี่ยมสำอางค์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประณต คำฉิม. (2549). เอกสารประกอบการเรียนการสอน วิชา จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปรียา เกตุทัต. (2537). พัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของวัยรุ่น (พิมพ์ครั้งที่ 4 ed.). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปัทมวดี โกชนกุล ชูชุกิ. (2552) สวัสดิการชุมชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข.
- แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2565 – 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559
ทิศทางแผน
- พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. กรุงเทพมหานคร : อนามัย, 2560.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546
- พระราชบัญญัติส่งเสริมสวัสดิการสังคม. (2546). พระราชบัญญัติส่งเสริมสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.
- พาสนา ฝโลศลป. (2535). การสำรวจปัญหาการปรับตัวในเด็กวัยรุ่นกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ ศศ.ม), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พิชาภรณ์ จันทนกุล,สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ และสุกฤดา ตะการีย์.(2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.
- พิงพิศ จักรปิง. (2539). เอกสารประกอบการสอนรายวิชาจิตวิทยาและการแนะแนวเด็กวัยรุ่น. เชียงใหม่: อักษร คอมส์พรินท์.
- ภาดา ธารีเพียร , โกสุม เศรษฐาวงศ์. (2564). การรับรู้การป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งของแกนนำนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน



- ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น พ.ศ.2559. พิมพ์ครั้งที่ 2 ธันวาคม 2560. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์ กรุงเทพฯ; 2560.
- ระพีพรรณ คำหอม. (2557) **สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- รัชณี ลักษิตานนท์, จารุณี จตุพรเพิ่ม. (2563). **ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 5 ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี**.
- ราศรี ธรรมนิยม. (2525). **จิตวิทยาพัฒนาการฉบับสมบูรณ์(พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.)**. กรุงเทพฯ: หอรัตนชัยการพิมพ์
- วฤชพร ญัฐจิโรจน์.(2560). **การขับเคลื่อนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น**. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีที่ 20 ฉบับเดือนมกราคม-ธันวาคม 2560.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). **วัยรุ่นไทยภาพสะท้อนจากมุมหนึ่ง**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์
- สมชัย จิตสุชน.(2564). **การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และวิธีการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย**. สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) 2021
- สำนักสร้างและจัดการความรู้กรมอนามัย.(2558). **การจัดการปัญหาและการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม Teen Care**. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สุชา จันทร์เอง. (2525). **จิตวิทยาวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: แพรววิทยา.
- สุดกัญญา ปานเจริญ ,จิราจันทร์ คณหา , ภัทรานิษฐ์ จองแก. (2563). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์.
- สุภรณ์ วัฒนจิง.(2556). **การดำเนินงานคุ้มครองเด็กในชุมชนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุริรัตน์ พรหมมาแสง และคณะ.(2560). **การพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น โรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์**.
- องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย รายงานสังเคราะห์, (๒๕๕๘). **การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย**

ภาษาอังกฤษ



- Dworetzky. (1985). **Child Psychology (4th ed.)**. New York: Prentice-Hall.
- Friedlander, W.A., and Apte, R.Z. (1980). **Introduction to Social Welfare**. Englewood Clight, N.S : Prentice Hall.
- Hurlock, E. B. (1974). **Personality Development**. New York: McGraw - Hill Book.
- Rogers, D. (1972). **The Psychology of Adolescent**. New York: Appieton Century Croft.
- Stone, L. J., & Church, J. (1986). **Childhood and Adolescence : A Psychology of the Growing Person (2nd ed.)**. New York: Random House.
- Terner, J.C. (1974). "Social Comparison and Social Identity : Some Prospects for intergroup behavior," . *European Journal of social Psychology*. 5, 5 – 34

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับวัยรุ่น)



แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

โครงการวิจัยเรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3”

โดย สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของน้อง

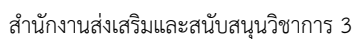
1. ขอทราบอายุของน้อง อายุ.....ปี
2. ขอทราบตำบลที่อยู่ของน้อง.....
3. ขออนุญาตถามถึงการศึกษาของน้อง ณ ปัจจุบัน.....
4. ขอทราบอาชีพของน้องขณะตั้งท้องครั้งแรก.....
5. ขอทราบอาชีพของน้อง ณ ปัจจุบัน.....
6. การศึกษาของบิดาของน้อง

☐ ไม่ได้เรียน	☐ ประถมศึกษา	☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย	☐ ปวช./ปวส.	☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
7. การศึกษาของมารดาของน้อง

☐ ไม่ได้เรียน	☐ ประถมศึกษา	☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย	☐ ปวช./ปวส.	☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
8. พ่อแม่ของน้องมีลูก.....คน

คนที่ 1 อายุ.....ปี การศึกษา.....
คนที่ 2 อายุ.....ปี การศึกษา.....
คนที่ 3 อายุ.....ปี การศึกษา.....
คนที่ 4 อายุ.....ปี การศึกษา.....
คนที่ 5 อายุ.....ปี การศึกษา.....
9. ขออนุญาตถามถึงรายได้ของครอบครัวโดยรวมของน้องต่อเดือน บาท
10. รายได้ดังกล่าว หลักๆ มาจากผู้ใด.....
11. ปัจจุบันน้องอาศัยอยู่กับใคร.....
12. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่กับน้องในปัจจุบันมีกี่คน..... คน
13. ลักษณะที่อยู่อาศัยของน้อง

☐ บ้านเดี่ยวปลอดภาระ	☐ บ้านเดี่ยวผ่อนชำระ
☐ ทาวน์เฮ้าส์ปลอดภาระ	☐ ทาวน์เฮ้าส์ผ่อนชำระ



- #### 14. ประวัติการตั้งห้อง

15. น้ำหนักของบุตรแรกคลอด

16. จำนวนบุตรของน้องในปัจจุบัน.....คน

17. อายุของบุตร

18. เหตุใดน้องเลือกฝากท้องที่ รพ./รพ.สต./อนามัยแห่งนี้.....

.....

19. การเลี้ยงดูบุตร น้องได้เลี้ยงดูบุตรเองหรือไม่ หากไม่ บุตรอยู่กับใครบ้าง กรุณาให้ข้อมูล

.....



ส่วนที่ 2 สถานภาพสมรส

1. สถานภาพสมรสของน้องในปัจจุบัน
 - ☐ อยู่กับคู่สมรส ☐ แยกกันอยู่ ☐ คู่สมรสเสียชีวิต
 - ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
2. หากอยู่กับคู่ คู่ของน้องเป็นสามีคนแรกหรือไม่
 - ☐ ใช่
 - ☐ ไม่ใช่ (หากไม่ใช่ กรุณาระบุลำดับ) เป็นสามีคนที่.....
3. อายุของคู่ที่อยู่ด้วยในปัจจุบัน อายุ.....ปี
4. น้องมีการดื่ม/เสพ สิ่งเหล่านี้หรือไม่
 - ☐ บุหรี่ ☐ สุรา ☐ สารเสพติดอื่น (ระบุ).....
5. คู่ของน้องมีการดื่ม/เสพ สิ่งเหล่านี้หรือไม่
 - ☐ บุหรี่ ☐ สุรา ☐ สารเสพติดอื่น (ระบุ).....
6. คู่ของน้องเคยทำร้ายร่างกายน้องหรือไม่
 - ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุ).....
7. คู่ของน้องเคยทำร้ายจิตใจน้องหรือไม่
 - ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

1. ลองเล่าถึงสาเหตุในการตั้งท้องครั้งแรกของน้องได้หรือไม่ และน้องมีความตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจให้เกิดการตั้งท้องในครั้งนั้น

.....

.....
2. น้องคิดว่าเพราะเหตุใดน้องจึงตั้งท้องซ้ำ

.....

.....
3. น้องคิดว่าการตั้งท้องของน้อง เป็นปัญหาต่อตัวน้องหรือไม่ อย่างไร

.....

.....
4. น้องฝากท้องทุกครั้งหรือไม่ มีครั้งใดหรือไม่ที่น้องไม่ได้ฝากท้อง

.....

.....



5. น้องฝากท้องก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์หรือไม่

.....
.....

6. น้องไปพบหมอกี่ครั้งก่อนคลอด

.....
.....

7. การท้องครั้งแรกมีผลต่อครอบครัวของน้องด้วยหรือไม่ อย่างไร และครอบครัวของน้องมีทัศนคติต่อการท้องครั้งแรกอย่างไร

.....
.....

8. การท้องซ้ำมีผลต่อครอบครัวของน้องด้วยหรือไม่ อย่างไร และครอบครัวของน้องมีทัศนคติต่อการตั้งท้องซ้ำอย่างไร

.....
.....

9. ในครอบครัวของน้อง ญาติ หรือเพื่อนสนิท เคยมีใครตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือไม่ (หากมีโปรดให้ข้อมูล)

.....
.....

10. น้องมีความคิดเห็นเช่นใด ต่อประเด็นการท้องซ้ำของน้องเอง

.....
.....

11. เพื่อนในโรงเรียน/ เพื่อนในที่ทำงาน/เพื่อนสนิทของน้องมีทัศนคติต่อการท้องซ้ำหรือไม่ อย่างไร

.....
.....

12. ญาติของน้องมีทัศนคติต่อการท้องซ้ำหรือไม่ อย่างไร

.....
.....

13. ชุมชนของน้องมีทัศนคติต่อการท้องซ้ำหรือไม่ อย่างไร

.....
.....



ส่วนที่ 4 ระบบการดูแลหลังตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ

1. เมื่อท่านทราบว่าตั้งท้อง น้องบอกใครเป็นคนแรก เพราะเหตุใด
.....
.....
2. การตั้งท้องมีผลกับการศึกษาของน้องหรือไม่ และสถานศึกษาดำเนินการเช่นใด
.....
.....
2. หากมีการฝากท้องสถานพยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือ/ให้ข้อมูลตามที่น้องต้องการหรือไม่
.....
.....
5. เมื่อมีการตั้งท้องเกิดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบต่อน้อง ขอให้น้องอธิบายว่ามีผลกระทบอะไรบ้าง และน้องได้ร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคล/องค์กร/หน่วยงานใดบ้าง
.....
.....
6. การให้ความช่วยเหลือจากบุคคล/องค์กร/หน่วยงานมีประโยชน์กับน้องเช่นใด การให้ความช่วยเหลือจากบุคคล/องค์กร/หน่วยงาน ครอบคลุมประเด็นใดบ้าง
.....
.....
7. มีประเด็นใดอีกหรือไม่ ที่น้องต้องการความช่วยเหลือ แต่ไม่มีหน่วยงานใดตอบสนองความช่วยเหลือนี้ได้
.....
.....

ส่วนที่ 5 ระบบการป้องกันการท้องซ้ำ

1. เมื่อมีการตั้งท้องครั้งแรกเกิดขึ้น น้องคิดว่าจะท้องซ้ำหรือไม่ และทำไมจึงเกิดการท้องซ้ำ
.....
.....
2. การท้องซ้ำของน้องในครั้งต่อมาห่างจากครั้งแรกนานเท่าใด
.....
.....



3. ก่อนการท้องซ้ำครั้งที่ 2 และครั้งต่อมา (หากมี) น้องได้รับยาคุมกำเนิด/การฝังยาคุมหรือบริการจากสถานพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหรือไม่

.....
.....

4. น้องคุมกำเนิดหลังคลอด 1 เดือนด้วยวิธีการใด

.....
.....

5. หากไม่มีการคุมกำเนิดหลังคลอด 1 เดือน เพราะเหตุใดน้องจึงไม่คุมกำเนิด

.....
.....

6. ก่อนการท้องซ้ำครั้งที่ 2 มีบุคคล/องค์กร/หน่วยงาน เข้ามาดูแลให้ความรู้หรือช่วยเหลือในเรื่องใดบ้างหรือไม่ โปรดอธิบาย

.....
.....

7. (หากข้อ 6. ตอบว่า “ มี ”) โปรดให้ข้อมูล

.....
.....

8. การช่วยเหลือในข้อ 6. มีประโยชน์ต่อน้อง ในเรื่องการท้องซ้ำหรือไม่อย่างไร

.....
.....

9. น้องคิดว่า ความช่วยเหลือประเภทใดและจากใครที่จะทำให้้องไม่ท้องซ้ำอีก โปรดอธิบาย

.....
.....

.....

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (สำหรับผู้ปกครอง/ครอบครัว)



แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ปกครอง
โครงการวิจัยเรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3”
โดย สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

1. ขอทราบอายุของผู้ปกครอง อายุ.....ปี
2. ขอทราบอาชีพของท่าน ณ ปัจจุบัน.....
3. ขออนุญาตถามถึงรายได้ของท่าน บาท

ส่วนที่ 2 สถานภาพสมรส

4. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน
☐ อยู่กับคู่สมรส ☐ แยกกันอยู่ ☐ คู่สมรสเสียชีวิต ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. ท่านมีการดื่ม/เสพ สิ่งเหล่านี้อหรือไม่
☐ บุหรี่ ☐ สุรา ☐ สารเสพติดอื่น (ระบุ).....
6. คู่ของท่านมีการดื่ม/เสพ สิ่งเหล่านี้อหรือไม่
☐ บุหรี่ ☐ สุรา ☐ สารเสพติดอื่น (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

7. บุตรหลานของท่านตั้งท้องครั้งแรกเพราะเหตุใด น้องมีความตั้งใจหรือไม่
.....
.....
8. เหตุใดบุตรหลานของท่าน จึงตั้งท้องซ้ำ กรุณาให้ข้อมูล
.....
.....
9. การตั้งท้องของบุตรหลานของท่าน เป็นปัญหาต่อตัวท่านหรือไม่ อย่างไร
.....
.....
10. บุตรหลานของท่าน ฝากครรภ์ทุกครั้งหรือไม่ มีครั้งใดหรือไม่ที่น้องไม่ได้ฝากครรภ์
.....
.....



11. บุตรหลานของท่าน ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์หรือไม่

.....

.....

12. บุตรหลานของท่านไปพบหมอกี่ครั้งก่อนคลอด

.....

.....

7. การท้องครั้งแรกมีผลต่อครอบครัวท่านด้วยหรือไม่ อย่างไร และท่านมีทัศนคติต่อการท้องครั้งแรกอย่างไร

.....

.....

8. การท้องซ้ำมีผลต่อครอบครัวท่านหรือไม่ อย่างไร และท่านมีทัศนคติต่อการตั้งท้องซ้ำอย่างไร

.....

.....

9. ในครอบครัวของท่าน หรือญาติ เคยมีใครตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือไม่ (หากมีโปรดให้ข้อมูล)

.....

.....

10. ชุมชนของท่านมีทัศนคติต่อการท้องซ้ำหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

ส่วนที่ 4 ระบบการดูแลหลังตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ

1. เมื่อท่านทราบว่าบุตรหลานของท่านตั้งครรภ์ ท่านดำเนินการเช่นใด

.....

.....

2. การตั้งครรภ์มีผลกับการศึกษาของบุตรหลานของท่านหรือไม่ และสถานศึกษาดำเนินการเช่นใด

.....

.....

3. เมื่อบุตรหลานของท่านตั้งครรภ์ เขาได้บอกข้อมูลกับใครบ้าง เพราะเหตุใด

.....

.....



4. บุตรหลานของท่านได้ฝากครรภ์หรือไม่ หากมีการฝากครรภ์สถานพยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือ/ให้ข้อมูลตามที่ต้องการหรือไม่

.....
.....

5. เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบต่อครอบครัวท่านหรือไม่ ขอให้ท่านอธิบายว่ามีผลกระทบอะไรบ้าง และท่านได้ร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคล/องค์กร/หน่วยงานใดบ้าง

.....
.....

6. การให้ความช่วยเหลือจากบุคคล/องค์กร/หน่วยงานมีประโยชน์กับบุตรหลานของท่านเช่นใด การให้ความช่วยเหลือจากบุคคล/องค์กร/หน่วยงาน ครอบคลุมประเด็นใดบ้าง

.....
.....

7. มีประเด็นใดอีกหรือไม่ ที่ท่านคิดว่าบุตรหลานของท่านต้องการความช่วยเหลือ แต่ไม่มีหน่วยงานใดตอบสนองความช่วยเหลือนี้ได้

.....
.....

ส่วนที่ 5 ระบบการป้องกันการท้องซ้ำ

1. เมื่อบุตรหลานของท่านมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกเกิดขึ้น ท่านคิดว่าน่าจะท้องซ้ำหรือไม่ และทำไมจึงเกิดการท้องซ้ำ

.....
.....

2. การตั้งครรภ์ซ้ำของบุตรหลานของท่านในครั้งต่อมาห่างจากครั้งแรกนานเท่าใด

.....
.....

3. ก่อนการตั้งครรภ์ซ้ำครั้งที่ 2 และครั้งต่อมา (หากมี) มีบุคคล/องค์กร/หน่วยงาน เข้ามาดูแลให้ความรู้หรือช่วยเหลือในเรื่องใดบ้างหรือไม่ โปรดอธิบาย

.....
.....

4. (หากข้อ 3 ตอบว่า “ มี ”) โปรดให้ข้อมูล

.....
.....



5. การช่วยเหลือในข้อ 3 มีประโยชน์ต่อท่าน ต่อประเด็นการตั้งครุฑฯหรือไม่อย่างไร

.....

.....

6. ท่านคิดว่า ความช่วยเหลือประเภทใดและจากใครที่จะทำให้บุคลากรของท่านไม่ตั้งครุฑฯอีก โปรดอธิบาย

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม (Focus group) (สำหรับหน่วยงาน)



แบบสอบถามโครงการวิจัยเรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3”

โดย สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

- ชื่อ ตำแหน่ง
กลุ่ม/ฝ่าย หน่วยงาน
หน้าที่และความรับผิดชอบในเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ได้แก่
.....
- สถานการณ์ปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ของท่าน ระหว่าง ปี 2563-2565 โดยสรุป
(ระบุกลุ่มเด็กประเภทใดบ้าง เช่น นักเรียน เด็กนอกระบบ /ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาต่อ
พื้นที่/การจัดการปัญหาของพื้นที่และจังหวัด/อื่นๆ)
- สาเหตุสำคัญของการตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่ของท่าน ได้แก่
- สาเหตุสำคัญการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในพื้นที่ของท่าน ได้แก่สาเหตุใดบ้าง มีความเหมือนหรือ
แตกต่างจากข้อ 3 หรือไม่
- ท่านมองว่าแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม/ตั้งครรภ์ซ้ำ ในอีก 2 ปีข้างหน้าจะเป็นอย่างไร
หากปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่เปลี่ยนแปลง
- ท่านคิดว่าความเชื่อและการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเรื่องเพศศึกษา เช่น การกินยาคุมกำเนิดทำ
ให้ไม่มีแรงทำงาน มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำหรือไม่อย่างไร

ส่วนที่ 2 กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น

กลไก หมายถึง วิธีการในการดำเนินงานของบุคคลหรือองค์กรที่ทำให้ขับเคลื่อนงานเป็นไปได้อ
อย่างมีประสิทธิภาพและสำเร็จ

- หน่วยงานของท่านมีวิธีการในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือไม่ อย่างไร
- จากคำตอบในข้อ 1 ท่านคิดว่าวิธีการใดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น
อย่างไร
- จากคำตอบในข้อ 2 ท่านคิดว่าสามารถนำวิธีการเหล่านั้นมาป้องกันปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ ได้หรือไม่
เพราะเหตุใด



4. ท่านคิดว่าวิธีการในเรื่องใด ต้องปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างในการทำงาน
5. ปัจจุบันการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในพื้นที่ของท่าน มีการบูรณาการกับหน่วยงานใดบ้าง และควรเพิ่มหน่วยงานหรือองค์กร เครือข่ายใดเพิ่มเติม เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ส่วนที่ 3 ระบบการดูแลแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ

ระบบการดูแลแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม/ตั้งครรภ์ซ้ำ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยง ประสานและบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เครือข่ายให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย โดยยึดกระบวนการเป็นตัวขับเคลื่อนงานไม่ใช่ตัวบุคคล และ/หรือสามารถพัฒนาเป็นแนวนโยบายอย่างยั่งยืน

1. ท่านคิดว่าในพื้นที่ท่านมีการระบบการดูแลแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์ซ้ำหรือไม่ และหากต้องการให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนควรเป็นระบบฯ ในลักษณะใด ควรมีเรื่องใดเพิ่มเติม

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองการขอจริยธรรมในมนุษย์



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลหัวหิน กระทรวงสาธารณสุข
30/2 ถ.เพชรเกษม อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์
77110 โทร. 032-523000 ต่อ 8908

COA No. 027/2565
RECHHH No. 028/2565

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเต็มคณะ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ ระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
ชื่อผู้วิจัย นางเบญจมาศ แก่นเมือง
สังกัดหน่วยงาน สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
เลขที่โครงการวิจัย RECHHH028/2565
วิธีทบทวน เดิมองค์ประชุม
รายงานความก้าวหน้า ภายในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566

เอกสารรับรอง

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2565 |
| 2. แบบคำชี้แจงสำหรับผู้รับการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2565 |
| 3. แบบใบยินยอมให้ทำการวิจัยจากผู้รับการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2565 |
| 4. แบบสอบถาม | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2565 |

วันที่รับรอง 21 ธันวาคม 2565

วันหมดอายุ 21 ธันวาคม 2566

ลงนาม.....

(นางสาวนวลนาง กายสอน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไข ดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



Research Ethics Committee Of Hua Hin Hospital
Ministry of Public Health
30/2 Phet Kasem Road, Hua Hin,
Prachuap Khiri Khan 77110 Thailand.
Tel 032-523000 ext 8908

COA No. 027/2565
RECHH No. 028/2565

Certificate of Approval

The Research Ethics Committee of the Hua Hin Hospital, Thailand has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Study Title Social Care System and Prevention of Repeat Pregnancy among Adolescents in Technical Promotion and Support Office3 Area

Principal Investigator Mrs.Benjamas Kanmuang

Study Center The Technical Promotion and Support Office, Region 3, Ministry of Social Development and Human Security

Study Code RECHHH028/2565

Review Method Full board

Continuing Report within date 1 September 2023

Document Reviewed

1. Protocol Review and Assessment
2. Information sheet for research participant
3. Informed Consent Form
4. Questionnaire

Date of Approval 21 December 2022

Approval Expire Date 21 December 2023

Signature
(Nuannang Guysorn)
Chairperson
The Research Ethics Committee

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

คณะดำเนินการวิจัย

ที่ปรึกษางานวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์	สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
นายธเนศ กิตติศรีวรพันธุ์	ศูนย์การเรียนรู้นพพระ สำนักงานประถมศึกษาเขต การศึกษากรุงเทพมหานคร

หัวหน้าโครงการ

นางเบญจมาศ แก่นเมือง	ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
----------------------	---

คณะวิจัย

นางสุภรณ์ วัฒนจิ่ง	นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ
นางสาวพีรภาว์ ลิ้มปณวัสส์	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ
นางสาวมรินทราน์ ลอตระกุล	นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ
นางสาวภาสินี สวยงาม	นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ
นายกิตติธเนศ ทองสว่างเสนีย์	เจ้าพนักงานพัฒนาสังคมปฏิบัติงาน
นางสาวพิชญากร ศศิขานารา	นักพัฒนาสังคม
นางสาวพัชชาพลอย พวงสำลีกุล	นักพัฒนาสังคม
นายเอกลักษณ์ ขมิ้นทอง	เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม



สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3

ศาลากลางจังหวัดนครปฐม ชั้น 5 ถนนศูนย์ราชการ
ตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000



034-310005



034-310006



tpso-3@m-society.go.th

