

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

อุตม์ชญาน์ อินทเรือง

14 S.A. 2561

38 1043 600254933

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

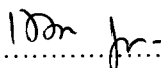
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


สิงหาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

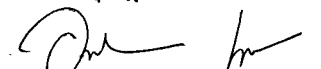
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุณภาพนิพนธ์ ได้พิจารณา
คุณภาพนิพนธ์ของ อุตม์ชญาณี อินทเรือง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

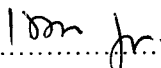
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบคุณภาพนิพนธ์

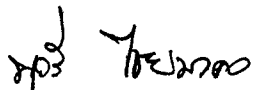
..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา)

..... กรรมการ
(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์นาม)

คณะพยาบาลศาสตร์ อนุมัติให้รับคุณภาพนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.เขมรดี มาสิงบุญ ประธานกรรมการที่ปรึกษาคุณฉันทิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ แนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาคร เรือนไถล ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และ ดร.อุคม ศรีนนท์ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการแปลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยข้ามวัฒนธรรม และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รวมพร คงกำเนิด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บังอร สุภวิทพัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ดร.อรุณรัตน์ ตังมั่นคงวรกุล และ ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และให้คำแนะนำในการแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และขอขอบคุณ ดร.วรเดช ช้างแก้ว และ ดร.คมวิวัฒน์ รุ่งเรือง ที่กรุณาให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Mplus เป็นอย่างดียิ่ง ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษา ภาครัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยอาชีวศึกษาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณนักศึกษาอาชีวศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ทำให้คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ และคณาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ที่ให้โอกาส ให้เวลา ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจในการศึกษา และทำวิจัย และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาเอก รวมทั้งท่านอื่น ๆ ที่มีได้เอื้อนามในที่นี้ที่มีส่วนช่วยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือทำให้การทำคุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุทโท เรืองสุขสุด คุณแม่พิกุล เรืองสุขสุด พี่สาว พี่เขย น้องชาย น้องสาว น้ำ หลานทุกคน ดร. ภูเดช อินทเรือง สามิ และเด็กหญิงศุภลิตา อินทเรือง ลูกสาว ที่อยู่เคียงข้างให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ของคุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแค่ บุษปการี บุรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

อุดมชญาณ์ อินทเรือง

52810085: สาขาวิชา: พยาบาลศาสตร์; ปร.ค. (พยาบาลศาสตร์)

คำสำคัญ: แบบจำลองเชิงสาเหตุ/ พฤติกรรมการคุมกำเนิด/ สตรีวัยรุ่น

อุดมชัญญา อินทเรือง: แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

(A CAUSAL MODEL OF CONTRACEPTIVE BEHAVIOR AMONG FEMALE ADOLESCENTS)

คณะกรรมการควบคุมคุษณีนิพนธ์: เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N., จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D. 204 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

พฤติกรรมการคุมกำเนิด เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น และตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองเชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม (The Integrated Behavioral Model [IBM]) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหญิงอาชีวศึกษาที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 458 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการคุมกำเนิด และแบบสอบถามปัจจัยที่มีส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความสอดคล้องของแบบจำลองเชิงสาเหตุโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล Mplus

ผลการวิจัยพบว่า แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ($\chi^2/df = 1.54$, CFI = .98, TLI = .97, RMSEA = .03, SRMR = .05) ปัจจัยการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดหลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นได้ร้อยละ 84 ($R^2 = .84$, $p < .001$) โดยพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ($\beta = .70$, $p < .001$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ได้แก่ พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล และบุคลากรที่มสุขภาพในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดสำหรับสตรีวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมพลังความสามารถและอำนาจในการควบคุมความสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่นกับคูรัก/ แฟน และความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช่วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยนำเพื่อน และคูรัก/แฟนซึ่งเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อสตรีวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมเจตคติ พลังความสามารถ และพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

52810085: MAJOR: NURSING; Ph.D. (NURSING SCIENCE)

KEYWORDS: A CAUSAL MODEL/ CONTRACEPTIVE BEHAVIOR/ FEMALE ADOLESCENTS

UTCHAYA INTHARUEANG: A CAUSAL MODEL OF CONTRACEPTIVE BEHAVIOR
AMONG FEMALE ADOLESCENTS. ADVISORY COMMITTEE: KHEMARADEE
MASINGBOON, D.S.N., CHINTANA WACHARASIN, Ph.D. 204 P. 2015.

Contraceptive behavior is the importance factor in preventing unintended pregnancy among female adolescents. The purpose of this research was to study the factors affecting contraceptive behavior among female adolescents and to verify the consistency of the causal model associations with empirical data. The hypothesized casual model was based on the Integrated Behavior Model (IBM) and literature reviews. The sample consisted of 458 female vocational students. The research instruments used were questionnaires to measure contraceptive behavior and factors affecting contraceptive behavior among female adolescents. Data were analyzed by descriptive statistical analysis. Data were used to validate the consistency of the structural relationship model by Mplus

It was found that a causal model of contraceptive behavior among female adolescents associations showed congruity with empirical data and were good fit ($\chi^2/df = 1.54$, CFI = .98, TLI = .97, RMSEA = .03, SRMR = .05). The model accounted for 84 % of the variance in contraceptive behavior ($R^2 = .84$, $p < .001$). The personal agency regarding contraceptive behavior had the highest impact on contraceptive behavior among female adolescents ($\beta = .70$, $p < .001$). Personal agency regarding contraceptive behavior, intention to use contraceptive and power in sexual relationship had significant direct effect on contraceptive behavior. Attitude towards contraception behavior, perceived norms for contraceptive behavior and personal agency regarding contraceptive behavior had significant indirect effect on contraceptive behavior through intention to use contraceptives.

The results provide a better understanding about contraceptive behavior among female adolescents and data based for nurses and health care providers to develop intervention programs to promote contraceptive behavior among female adolescents. The results suggest that focusing on developing personal agency, relationship control, and ability to decide and choose effective and safe contraceptive methods are essential. Moreover, peers and partners are the significant persons that affect intellectually and influencing behaviors. Thus, peers and partners should be involved in activities to shape attitude, personal agency, and promote contraceptive behavior program for female adolescents.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	13
สมมติฐานของการวิจัย.....	13
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	14
ขอบเขตของการวิจัย.....	18
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	19
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	22
สตรีวัยรุ่น พัฒนาการ และพัฒนาการทางเพศ.....	22
การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น.....	26
พฤติกรรมการคุมกำเนิด.....	34
แนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม.....	46
แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น.....	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
บริบทการวิจัย.....	65
ประชากร.....	67
กลุ่มตัวอย่าง.....	67
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	69
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	71
การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	80
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	84
วิธีการรวบรวมข้อมูล.....	85
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
4 ผลการวิจัย.....	90
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
5 สรุปและอภิปรายผล.....	115
สรุปผลการวิจัย.....	117
อภิปรายผลการวิจัย.....	120
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	129
บรรณานุกรม.....	134
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก.....	158
ภาคผนวก ข.....	160
ภาคผนวก ค.....	162
ภาคผนวก ง.....	165
ภาคผนวก จ.....	168
ภาคผนวก ฉ.....	170
ภาคผนวก ช.....	190
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	204

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละวิทยาลัย.....	68
2	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยแต่ละชั้นปี	69
3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแต่ละชั้นปี	70
4	การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	82
5	การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	83
6	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยรุ่น.....	93
7	จำนวนและร้อยละประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่น	95
8	จำนวนและร้อยละประสบการณ์การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น.....	96
9	จำนวนและร้อยละของการตั้งครรภ์และการทำแท้งของสตรีวัยรุ่น	97
10	ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกต	98
11	ค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้องแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด ของสตรีวัยรุ่นตามสมมติฐานการวิจัยและแบบจำลองแบบประหยัด	105
12	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละตัวแปรตามรูปแบบของแบบจำลองเชิงสาเหตุ พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด	108
13	ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของตัวแปรแฝง ตามแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น	112
14	การทดสอบการแจกแจงค่าคะแนนของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate normality)	192
15	การทดสอบการแจกแจงค่าคะแนนที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality).....	193
16	การทดสอบข้อมูลที่มีความผิดปกติของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate outlier)	194
17	ข้อมูลที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality).....	195
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในแบบจำลองเชิง สาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น.....	198
19	ตัวแปรมีความเป็นอิสระต่อกัน.....	201

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น.....	18
2	พฤติกรรม และสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น	50
3	มโนทัศน์ และความสัมพันธ์ตามแนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม.....	51
4	ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	70
5	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดการรับรู้บรรทัดฐาน ทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด.....	101
6	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดความตั้งใจ ในการคุมกำเนิด	103
7	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดพฤติกรรม การคุมกำเนิด	104
8	แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นตามสมมติฐาน การวิจัย.....	107
9	แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่ปรับเป็นแบบจำลอง แบบประหยัด	108

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการคุมกำเนิดเป็นวิธีการที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับในการป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการสำรวจ National Survey of Family Growth ประเทศสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พบว่า วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีการคุมกำเนิด เพศหญิงร้อยละ 78 เพศชายร้อยละ 85 และมีอัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี เมื่อเปรียบเทียบอัตราการคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นปี พ.ศ. 2549-2553 พบว่า อัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 78 (Martinez, Copen, & Abma, 2011) ส่งผลให้อัตราการคลอดบุตรลดลงจาก 41.1 ต่อประชากรสตรีอายุ 15-19 ปี 1,000 ราย เป็น 34.3 ต่อประชากรสตรีอายุ 15-19 ปี 1,000 ราย (Hamilton, Martin, & Ventura, 2013) อย่างไรก็ตามร้อยละ 80 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (Finer & Zolna, 2011)

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2552 สตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 69.6 (สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) การที่สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีการคุมกำเนิดส่งผลปรากฏตามมาอย่างเด่นชัด กล่าวคือ พบสถิติการคลอดบุตรของวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555 พบอัตรา 49.7, 50.1, 50.1, 50.1, 53.6 และ 53.8 ต่อประชากรสตรีอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ และมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ประมาณว่าอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ทั่วโลก ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2553 เฉลี่ยอยู่ที่ 48.9 ต่อประชากรสตรีอายุ 15-19 ปี 1,000 คน และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอัตราคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ประเทศไทยกับทั่วโลกพบว่า ประเทศไทยมีอัตราคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี สูงเป็นอันดับที่ 107 ของโลก อันดับที่ 15 ของเอเชีย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และอันดับที่ 6 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้พบว่า สตรีไทยอายุ 15-19 ปี ตั้งครรภ์ไม่พร้อมถึงร้อยละ 32.1 (สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่วัยรุ่นวิตกกังวลและกลัวมากที่สุด (อนงค์ ประสานนันทิกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา และบุญวดี เพชรรัตน์, 2552; Srisuriyawet, 2006) เนื่องจากเป็นประเด็นที่สังคมไทยไม่ยอมรับและไม่สามารถปกปิดได้ สตรีวัยรุ่นต้องเผชิญกับสถานการณ์หลายอย่างในชีวิต ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตซ้อนวิกฤต กล่าวคือ วิกฤตเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง

ตามพัฒนาการช่วงวัย และวิกฤตจากการตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (ศิริพร จิรวินน์กุล และคณะ, 2554; Guttmacher Institute, 2011) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งสุขภาพของทารก นับว่าเป็นปัญหา ด้านสาธารณสุขที่เป็นลูกโซ่อย่างต่อเนื่องและต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ การตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกายพบว่า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง การตั้งครรภ์สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555; Thato, Rachukul, & Sopajaree, 2007; Phupong & Suebnukarn, 2007) และกรณีที่สตรีวัยรุ่นไม่พร้อมในการมีบุตร และไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจได้รับ อันตรายถึงแก่ชีวิตจากภาวะตกเลือด และการติดเชื้อ (Srinil, 2011)

นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของ สตรีวัยรุ่น เนื่องจากไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบตนเองและทารกในครรภ์ (Dickason, Silverman, & Kaplan, 1998) ขาดความมั่นใจในการปรับบทบาทการเป็นมารดา ขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง หากการตั้งครรภ์ไม่เป็นที่ยอมรับ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (Nirattharadorn, 2005; Westdahl et al., 2007) และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามี (Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006) ที่จะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เพิ่มมากขึ้น เกิดอารมณ์ แปรปรวน วิตกกังวล เครียด (เนตรชนก แก้วจินทา, 2555; Lancaster et al., 2010) และภาวะซึมเศร้า ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ (Nirattharadorn, 2005; Westdahl et al., 2007) อีกทั้ง สตรีวัยรุ่น โดยส่วนใหญ่ยังเป็นวัยที่ศึกษาเล่าเรียน เมื่อตั้งครรภ์ต้องพักการเรียนหรือออกจากระบบการศึกษา โอกาสที่จะกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาน้อยมาก ทำให้ขาดโอกาสในการศึกษาและการมีอาชีพที่มี รายได้ดี ส่งผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัวตามมา (World Health Organization [WHO], 2012) และครอบครัวของสตรีวัยรุ่นต้องเผชิญกับความผิดหวัง อับอาย และได้รับคำวิพากษ์วิจารณ์ จากการไม่ยอมรับของสังคม (วิจิตา สุขท้าวญาติ, 2551)

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารก เนื่องจากขาดการเอาใจ ใส่ดูแลสุขภาพทารก (Setse et al., 2009) ส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตในครรภ์ช้า และมีน้ำหนักตัวน้อย (วิชญา เวชยันต์ศฤงคาร, 2555; Kovavisarach, Chairaj, Tosang, Asavapiriyant, & Chotigeat, 2010; Thaithae & Thato, 2011) หากทารกคลอดก่อนกำหนดอาจก่อให้เกิดปัญหาและ ภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ (วิชญา เวชยันต์ศฤงคาร, 2555; Koravisarach et al., 2010) และมีกพบ ปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงดูบุตรในระยะหลังคลอด ทารุณกรรมและทอดทิ้งบุตร (Gipson, Koenig, & Hindin, 2008) ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและสังคมที่รัฐบาล

ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและผลกระทบดังกล่าว (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554)

การไม่มีเพศสัมพันธ์ เป็นวิธีการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามในสถานการณ์จริงการปฏิบัติเป็นไปได้ยาก เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่สนใจเรื่องความรัก สร้างเสน่ห์ดึงดูดความสนใจเพศตรงข้าม มีความรู้สึกไวต่อสิ่งกระตุ้นในเรื่องเพศอันเกิดจากแรงขับทางเพศ อยากรู้ อยากลอง และต้องการให้ผู้อื่นยอมรับทั้งจากเพศเดียวกันและเพศตรงข้าม (Ricci, Kyle, & Carman, 2013; Sapano, 2004) ดังนั้น การคุมกำเนิดจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นส่วนใหญ่จะยอมรับและเห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิด (ศรีสุดา วรรณเจริญ, 2548; Pongyuen, 2004) แต่พบว่า มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และใช้วิธีการคุมกำเนิดทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในอัตราที่ต่ำมาก (จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, ผาสุก แก้วเจริญตา, ดวงเนตร เพ็ชรกิจ และขนิษฐา บุรณพัตต์ศักดิ์ ตรีธรรม, 2555; ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2554; สมคิด สมศรี, บรรณรัตน์ เก่งกสิกิจ, บรรเจิด พวงสุวรรณ, ยุพิน ผดุงฤกษ์ และศิริเพ็ญ พวงเหล่า, 2554)

จากการสำรวจวัยรุ่นทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 1,750 คน ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ วัยรุ่นกลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา กลุ่มที่ศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา และกลุ่มที่ศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือมหาวิทยาลัยพบว่า สตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด คือ กลุ่มที่ศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา รองลงมา คือ กลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลายหรือมหาวิทยาลัย ตามลำดับ (Tangmunkongvorakul, Carmichael, Banwell, Dwisetyani, & Sleight, 2011 a) โดยที่สตรีวัยรุ่นระดับอาชีวศึกษาไม่มีการคุมกำเนิดทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์มากถึงร้อยละ 74 (Tangmunkongvorakul, Banwell, Carmichael, Utomo, & Sleight, 2011 b) และจากการสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนของประเทศไทย ซึ่งทำการสำรวจกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่า ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา นักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 อายุเฉลี่ย 16.7 ปี มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับคู่นอนหรือแฟนในอัตราที่ต่ำสุดทุกปี และเพศหญิงมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำกว่าเพศชาย (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2556) แสดงให้เห็นว่า สตรีวัยรุ่นที่ศึกษาระดับอาชีวศึกษามีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด ซึ่งถ้าหากสตรีวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ และไม่มีการคุมกำเนิด จะมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ภายใน 1 เดือน พบร้อยละ 20, ภายใน 6 เดือน พบร้อยละ 50 (สุวัชัย อินทรประเสริฐ, 2553) และภายใน 1 ปี พบร้อยละ 90 (Cunningham et al., 2010)

สตรีวัยรุ่นระดับอาชีวศึกษาที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่มีอัตรา การคุมกำเนิดต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ จูดีพร อิงคถาวรวงศ์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจณี พลอินทร์ และณวนาณี จรุงยศศักดิ์ (2550) ที่สำรวจสตรีวัยรุ่นระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสงขลา และพัทลุง พบว่า สตรีวัยรุ่นมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 19.6 และครั้งต่อมา ร้อยละ 28.3 โดยวิธีการคุมกำเนิดส่วนใหญ่ที่นิยมใช้ คือ หลั่งอสุจิภายนอกช่องคลอด ร้อยละ 42.7 ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 18.3 รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 14.5 และยาเม็ด คุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 3.1 ตามลำดับ (Tangmunkongvorakul et al., 2011 b) นอกจากนี้ ยังพบว่า มีการคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินมากกว่า 2 เม็ดต่อเดือน (Thongkhao, 2002) ลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ลืมฉีดยาคุมกำเนิด (สำนักสถิติสังคม สำนักงาน สถิติแห่งชาติ, 2553) และสวมถุงยางอนามัยไม่ถึงโคนอวัยวะเพศ (สุวชัย อินทรประเสริฐ และ ศัญญา ภัทรราชย์, 2549) จะเห็นได้ว่า สตรีวัยรุ่นมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดใด ๆ เลย หรือใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งใช้วิธี การคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง ซึ่งการคุมกำเนิดให้ได้ผลในการป้องกันการตั้งครรภ์นั้น สตรีวัยรุ่นต้องมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของสตรี วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การแก้ปัญหา เมื่อไม่แน่ใจว่าการคุมกำเนิดนั้นปลอดภัยจากการตั้งครรภ์หรือมีการพูดคุยปรึกษากับคู่อุปการหรือ บุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด (Wang, Jain, & Yang, 2011) และ การใช้อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ หรือเทคนิคต่าง ๆ เพื่อป้องกันการปฏิสนธิ หรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้ว หรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้วและฝังตัวเข้าไปในเยื่อโพรงมดลูก (สุวชัย อินทรประเสริฐ, เมธี พงษ์กิตติหัตถ์ และยูพา พูนขำ, 2551; Barron's Medical Guide, 2000; Oxford Dictionary, 2014) ได้แก่ การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง หรือการใช้สิ่งขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัย หมวกยางกั้นช่องคลอด หมวกยางครอบปากมดลูก ยาม่าเชื้ออสุจิ ห่วงอนามัยหรือการคุมกำเนิด แบบวิธีธรรมชาติ เช่น การงดร่วมเพศ การหลั่งอสุจิภายนอก การนับระยะปลอดภัย อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ (WHO, 2004, 2010)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่อยู่ในระบบ การศึกษาประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2556 ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการคุมกำเนิดโดยตรง และภายใต้การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัย สรุปสาระสำคัญได้ 5 ประเด็น หลัก คือ ประเด็นที่หนึ่ง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับ

การคุมกำเนิด (Contraceptive knowledge) (ชลัช มิตรประชาปราณี, กานดา เชนฐสมบัติ, จิรนนท์ นามหย่อง, ชลิตา เมืองแก้ว และ นงนภัส จิระวุฒินันท์, 2550) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์และการตั้งครรภ์ (Knowledge of STDs/ HIV/ AIDS and Pregnancy) (Khunsaen, 2008; Thato, Charron-Prochonik, Dorn, Albrecht, & Stone, 2003) ความรู้เกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (Knowledge toward use of emergency contraceptive pills) (Intra, 2004; Sirikittikom, 2010; Thongkhao, 2002) เจตคติต่อการใช้อย่างอนามัย (Attitudes toward condom use) (Jenkins et al., 2002; Khunsaen, 2008; Wayuhuerd, Phancharoenworakul, Avant, Sinsuksai, & Vorapongsathorn, 2010) บรรทัดฐานทางสังคมต่อการใช้อย่างอนามัย (Subjective norms) (Wayuhuerd et al., 2010) การรับรู้พฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเพื่อน (Perceived preventive behavioral peer norms) (Khunsaen, 2008; Thato et al., 2003) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Peer influences) (Srisuriyawet, 2006) ความสามารถของตนเองในการใช้อย่างอนามัย (Self-efficacy in condom use) (Khunsaen, 2008; Thato et al., 2003) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการใช้อย่างอนามัย (Perceived behavioral control) (Wayuhuerd et al., 2010) เพศสภาวะ (Gender) (จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์, 2544; Srisuriyawet, 2006; Tangmunkongvorakul, Kane, & Welling (2005) อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (Power in sexual relationship) (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2554; Powwattana & Ramasoota, 2008; Srisuriyawet, 2006) และความตั้งใจในการใช้อย่างอนามัย (Jenkins et al., 2002; Thato et al., 2003; Wayuhuerd et al., 2010) จะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลบางตัวแปรกับพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ทั้งที่ปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลบางปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน อีกทั้ง มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับประเด็นเพศสภาวะและอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ นอกจากนี้ ยังขาดการอธิบายภาพรวมของพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรง และทางอ้อมต่อพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

ประเด็นที่สอง การศึกษาพฤติกรรมคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่พบบ่อยจะเป็นการศึกษาเฉพาะวิธีการคุมกำเนิดวิธีการใดการหนึ่งที่พบมาก คือ การใช้อย่างอนามัย (Jenkins et al., 2002; Khunsaen, 2008; Kumarawansa, 2006; Rasamimari, Dancy, Talashek, & Park (2007); Thato et al., 2003; Wayuhuerd et al., 2010) และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (Intra, 2004; Sirikittikom, 2010; Thongkhao, 2002) ซึ่งวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยรุ่นมีหลายวิธี ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของการมีเพศสัมพันธ์หรือรูปแบบของสัมพันธ์ภาพ การใช้วิธีการคุมกำเนิดอาจมีมากกว่า 1 วิธี หรือใช้ควบคู่ระหว่างใช้อย่างอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด (Craig et al.,

2000) อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน และแก้ไข ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ มากกว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2548; Jenkins et al., 2002; Kumarawansa, 2006; Khunsaen, 2008; Rasamimari et al., 2007; Thato et al., 2003) จะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เป็นประจำที่ใช้ครั้งแรกและครั้งล่าสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หรือความถี่ในการใช้วิธีการคุมกำเนิด ทั้งที่วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นมีวิธีการ ที่หลากหลาย และขึ้นอยู่กับสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้ง การศึกษาพฤติกรรมการคุมกำเนิด เพื่อให้ผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติจริงน่าจะเป็นการศึกษากระบวนการหรือวิธีการที่สตรีวัยรุ่นกระทำ เพื่อให้มีการปฏิบัติหรือพฤติกรรมการคุมกำเนิดมากกว่าการศึกษาความสม่ำเสมอในการใช้วิธีการ คุมกำเนิด

ประเด็นที่สาม งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั้งเพศชายและหญิง (Jenkins et al., 2002; Khunsaen, 2008; Rasamimari, et al., 2007; Thato et al., 2003) เพศเป็นตัวแปรกำกับ ตัวหนึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม (Srisuriyawet, 2006; Wang, Cheng, & Chou, 2008) ทั้งนี้ เพศสถานะ จะเป็นตัวกำหนดคุณลักษณะ บทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมที่แตกต่างกันระหว่างชายหญิง (Gupta, 2000) ที่ส่งผลให้เกิดเจตคติ ความสามารถ ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด ที่แตกต่างกันระหว่างชายหญิง (Wang et al., 2008) อีกทั้ง มาตรฐานเชิงซ้อนเรื่องเพศ (Gender double standard) และความไม่เสมอภาคในอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างหญิงและชาย (Power imbalance) ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมไทยกำหนดความเป็นหญิง-ชายให้มีการแสดงบทบาททางเพศ ที่แตกต่างกัน เพศชายเป็นผู้นำหรือมีอำนาจเหนือเพศหญิง และเพศหญิงเป็นผู้ตามหรือโอนอ่อน ผ่อนตาม ได้แก่ การตัดสินใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดหรือไม่คุมกำเนิด การเลือกใช้ วิธีการคุมกำเนิด ทำให้สตรีวัยรุ่น ไม่กล้าเปิดเผยเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศและทำตามความต้องการ ของคู่รักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด (Tangmunkongvorakul et al., 2011 b) ถึงแม้ สังคมไทยจะมีการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม สตรีวัยรุ่นที่ยัง ไม่แต่งงานและมีเพศสัมพันธ์ยังไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้สตรีวัยรุ่นกลัวที่ต้องเผชิญกับคำพูด สีหน้า ลักษณะท่าทางของผู้ให้บริการ เช่น การตำหนิ การตีตราว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี ซึ่งส่งผลต่อ การเข้ารับบริการสุขภาพอนามัย เจริญพันธุ์ และการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น (Tangmunkongvorakul et al., 2005) จะเห็นได้ว่า ผลจากการวิจัยพบว่า ประเด็นเพศสถานะ ความแตกต่างระหว่างชายหญิงส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ดังนั้น ควรมีการแยกศึกษาเฉพาะ กลุ่มเพศชายหรือหญิง เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นให้มีความชัดเจน มากยิ่งขึ้น

ประเด็นที่สี่ งานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิดส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยนำหัวข้อเรื่องการคุมกำเนิดเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีกิจกรรมการเสริมสร้างทักษะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ และการเจรจาต่อรองให้มีการใช้ถุงยางอนามัย (ศรีณย์พร อังสกุล, 2551) นอกจากนี้ ยังนำผู้ที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ได้แก่ พ่อแม่ (ผาสุข แก้วเจริญตา และคณะ, 2556; Pruttasarothe, 2005) ครูหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของ เช่น ผู้บริหารสถานศึกษา แกนนำผู้ปกครอง แกนนำชุมชน แกนนำนักเรียน (Sota & Somart, 2013) เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมคุมกำเนิดถูกต้องและสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบปรากฏการณ์การเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของสตรีวัยรุ่นยังมีอัตราเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การศึกษาเชิงทดลองน่าจะมีกลยุทธ์หรือวิธีการสอนที่มีความจำเพาะในการส่งเสริมให้มีการคุมกำเนิดครั้งแรกและทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งการพูดคุยเรื่องเพศ และการคุมกำเนิดอย่างเปิดเผยกับบุคคลในครอบครัวและครูนั้น สตรีวัยรุ่นยังไม่สามารถพูดคุยได้อย่างสะดวกใจ เพื่อน และครูจึงเป็นบุคคลที่สตรีวัยรุ่นยอมรับ และกล้าเปิดเผยข้อมูลเรื่องเพศ และการคุมกำเนิดมากที่สุด ดังนั้น การศึกษาน่าจะเป็นในกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นมากที่สุด

ประเด็นที่ 5 งานเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิดที่ผ่านมา เพื่อทำความเข้าใจสาเหตุและปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิด ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิดเป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (พัชรลักษณ์ สุวรรณ, 2549) และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์เท่านั้น (Tangmunkongvorakul et al., 2005) ซึ่งการอธิบายปรากฏการณ์พฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นยังมีความจำกัด ไม่เพียงพอและขาดข้อมูลที่มีความจำเพาะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นโดยตรง

จากประเด็นกล่าวข้างต้น การศึกษาเป็นส่วน ๆ ขาดความเชื่อมโยงปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ซึ่งบริบทสตรีวัยรุ่นมีความจำเพาะ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังไม่ประสบความสำเร็จ ดังจะเห็นได้จากอัตราการคุมกำเนิดที่ต่ำ และอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่ยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นยังไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

การวิจัยที่มีความครอบคลุมทุกมิติ มีความจำเพาะที่จะทำความเข้าใจ และสามารถส่งเสริมพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นได้นั้น ควรต้องคำนึงถึงเรื่องเพศสภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อกระบวนการความคิด ความเชื่อ อันจะไปสู่พฤติกรรมคุมกำเนิดที่ถูกต้องและสม่ำเสมอของสตรีวัยรุ่น ดังนั้น เพื่อให้ได้ความรู้ที่สามารถ

อธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น จึงควรต้องศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ครอบคลุมทุกมิติของการเกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น อีกทั้ง ปัจจุบันองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดส่วนใหญ่พัฒนามาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา แคนาดา จีน และไต้หวัน ซึ่งอาจมีความแตกต่างทางบริบทสังคมและวัฒนธรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม (The Integrated Behavioral Model: IBM) ของ Montaño and Kasprzyk (2008) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980) และทฤษฎีตามแบบแผน (Theory of planned behavior) (Ajzen, 1991, 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ซึ่งแนวคิด IBM เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Intention to perform the behavior) และความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมเกิดจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward behavior) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Perceived norms) และพลังความสามารถของบุคคล (Personal agency) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมาจากฐานของความเชื่อของบุคคล 4 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถ (Efficacy beliefs) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอก (External variables) ที่ส่งผ่านความเชื่อดังกล่าว ซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้แก่ ตัวแปรคุณลักษณะประชากร (Demographic variables) บุคลิกภาพ (Personality traits) และความแตกต่างระหว่างบุคคล (Other individual difference variables) เป็นต้น แต่สามารถรับรู้ได้จากการตอบสนองหรือผลที่เกิดจากการตอบสนองต่อปัจจัยความเชื่อ และผลที่เกิดขึ้น โดยตรงต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนี้จะเป็แรงผลักดันให้มีการกระทำพฤติกรรมเกิดขึ้น (Behavior) (Ajzen, 1991) นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมโดยตรง ได้แก่ การมีความรู้ ทักษะ (Knowledge and skills) ความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม (Salience of the behavior) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental constraints) และพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำ (Habit)

ผู้วิจัยสรุป และอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น โดยเชื่อมโยงกับแนวคิด IBM (Montaño & Kasprzyk, 2008) ได้ดังนี้ พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นเกิดจากความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Intention toward use contraceptive) โดยความตั้งใจในการคุมกำเนิดมาจากการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Perceived norms

for contraceptive behavior) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Attitude toward contraception behavior) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมคุมกำเนิด (Perceived contraceptive behavioral control) และความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด (Contraceptive self-efficacy) (Kasprzyk, Montano, & Fishbein, 1998; Rhodes, Stein, Fishbein, Goldstein, & Rotheram-Borus, 2007) ซึ่งแนวคิด IBM นั้น การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม และความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด คือ พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Personal agency regarding contraceptive behavior) และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (Power in sexual relationship) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่แฝงอยู่ภายใต้ความเป็นเพศหญิง-ชายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยตรง (Blanc, 2001; Pettifor, Measham, Rees, & Padian, 2004) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ได้ดังนี้

การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Perceived norms for contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นถึงความคาดหวัง การยอมรับ และการสนับสนุนจากพ่อแม่ กลุ่มเพื่อน และคู่อรัก และการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน ซึ่งบรรทัดฐานทางสังคมเป็นตัวกำหนดการกระทำพฤติกรรมของสตรีวัยรุ่นควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรม (Ajzen, 1991) บุคคลในสังคมที่มีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ได้แก่ พ่อแม่ กลุ่มเพื่อน และคู่อรัก (Kenyon, Sieving, Jerstad, Pettingell, & Skay, 2010) ซึ่งพ่อแม่ถือว่าเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น (Commendador, 2010) การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การสื่อสารกับบุตรสาว เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด ส่งผลให้สตรีวัยรุ่นมีการคุมกำเนิด (DiClemente et al., 2001) จากการศึกษาของ Jaccard and Dittus (2000) พบว่า สตรีวัยรุ่นที่รับรู้ว่ามีแม่ยอมรับให้มีการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดในระดับมากเพิ่มโอกาสในการคุมกำเนิดมากกว่าการรับรู้ว่ามีมารดายอมรับให้มีการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดในระดับน้อยถึง 1.16 เท่า (OR = 1.16, 95% CI = 1.06-1.27, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wayuhuerd et al. (2010) พบว่า การรับรู้ว่าคุณค่าสำคัญ ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ดูแล เพื่อน คู่อรัก ครู แพทย์/ พยาบาล ต้องการให้มีการใช้ถุงยางอนามัย มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .23, p < .01$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด ($\beta = .08, p < .01$)

กลุ่มเพื่อนเป็นแหล่งข้อมูลเรื่องเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด (จูดีพร อิงคถาวรวงศ์ และคณะ, 2550; พัชรลักษณ์ สุวรรณ, 2549; Berglund, Liljestrand, Mari'a Mari'n, Salgado, & Zelaya, 1997) การรับรู้ความคาดหวังของสังคมและรับรู้การกระทำพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน (Descriptive norms) สามารถทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิด ($\beta = .33, p < .001$; $\beta = .20,$

$p < .001$) (Fekadu & Kraft, 2002) จากการศึกษาของ Wang, Wang, Cheng, Hsu, and Lin (2007) พบว่า อิทธิพลทางสังคม ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนจากคู่อุปการ การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และการรับรู้การคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อการคุมกำเนิดในปัจจุบันโดยอ้อมผ่านความสามารถของตนเอง และการตัดสินใจ ($\beta = .66, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang and Chiou (2008) พบว่า อิทธิพลทางสังคม (Social influences) ประกอบด้วย การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิดโดยอ้อมผ่านความสามารถของตนเอง และเจตคติต่อการคุมกำเนิด ($\beta = .25, p < .05$)

เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Attitude toward contraception behavior) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ของสตรีวัยรุ่นที่มีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดตามความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ของตนเอง และการประเมินผลลัพธ์จากการกระทำพฤติกรรม การคุมกำเนิด จากการศึกษาวิจัยของ Brückner, Martin, and Bearman (2004) พบว่า สตรีวัยรุ่นที่มี เจตคติต่อการคุมกำเนิดทางบวกจะเพิ่ม โอกาสในการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ไม่ คุมกำเนิด 2.07 เท่า ($OR = 2.07, 95\% CI = 1.54-2.79, p < .01$) อีกทั้ง เจตคติการคุมกำเนิดมีอิทธิพล ทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด ($\beta = .29, p < .05$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจ ในการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านความสามารถของตนเองในการคุมกำเนิด ($\beta = .31, p < .05$) (Wang et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Craig et al. (2000) พบว่า เจตคติต่อการคุมกำเนิด สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ($\beta = .52, p < .001$) การใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .53, p < .001$) และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร่วมกับถุงยางอนามัย ($\beta = .54, p < .001$) นอกจากนี้ เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .54, p < .01$) (Harvey & Henderson, 2006)

พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Personal agency regarding contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นถึงความสามารถในควบคุมตนเอง และ ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง พลังความสามารถของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้ การควบคุม (Perceived control) และความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (Montaño & Kasprzyk, 2008) ซึ่งพลังความสามารถของบุคคลเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลก้าวข้ามปัญหา หรือสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิด จากการศึกษาวิจัยพบว่า สตรี วัยรุ่นที่มีความสามารถในการควบคุมตนเองในระดับสูงเพิ่ม โอกาสในการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่า กลุ่มสตรีวัยรุ่นที่มีความสามารถในการควบคุมตนเองในระดับต่ำ ถึง 1.13 เท่า ($OR = 1.13, p < .05$) (Pearson, 2006) อีกทั้ง ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด (Self-efficacy for contraceptive

use) มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Contraceptive intention) ($\beta = .29, p < .05$) (Wang et al., 2008) และการคุมกำเนิดในปัจจุบัน ($\beta = .35, p < .01$) (Wang et al., 2007)

ความตั้งใจในการคุมกำเนิด หมายถึง การแสดงออกของสตรีวัยรุ่นซึ่งความตั้งใจที่จะคุมกำเนิด ประกอบด้วย การวางแผนการคุมกำเนิดสำหรับตนเอง การวางแผนการคุมกำเนิดร่วมกับคู่อภิการ การเตรียมหรือจัดหาให้มีอุปกรณ์/ วัสดุ/ ผลิตภัณฑ์การคุมกำเนิดไว้ใช้ และการตั้งใจให้คู่อภิการใช้วิธีการคุมกำเนิดความตั้งใจจะเป็นความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม (Ajzen, 2002) จากการศึกษาวิจัยพบว่า ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่รูปแบบความสัมพันธ์กับคู่อภิการแบบชั่วคราว ($\beta = .39, p < .001$) (Kasprzyk et al., 1998) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มสตรี ($\beta = .43, p < .001$) (Rhodes et al., 2007) และความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนระดับอาชีวศึกษาไทย ($\beta = .40, p < .01$) (Thato et al., 2003)

นอกจากนี้ ในสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (Power in sexual relationship) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมคุมกำเนิด (Blance, 2001) อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นในการควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับคู่อภิการ/ แฟน และความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างอิสระในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ การมีเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิด ซึ่งอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศเป็นการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนในการกระทำพฤติกรรมของคู่อภิการ/ แฟน โดยแสดงออกถึงการไม่เห็นด้วยต่อความต้องการของคู่อภิการ ควบคุมการตัดสินใจในเชิงความสัมพันธ์ทางเพศ และควบคุมพฤติกรรมของคู่อภิการ/ แฟน (Pulerwitz, Gortmaker, & DeJong, 2000) การที่สตรีวัยรุ่นรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการตัดสินใจได้อย่างอิสระและสามารถควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับคู่อภิการ/ แฟน โน้มโน้มใจให้คู่อภิการ/ แฟนยอมทำตามความต้องการ ทั้งเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดก็จะส่งผลให้กระทำพฤติกรรมคุมกำเนิด

บริบทสังคมไทย สตรีวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่ขาดอำนาจในการตัดสินใจ และการควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศ (Sridawruang, Crozier, & Pfeil, 2010) ซึ่งหากมีการควบคุมความสัมพันธ์กับคู่อภิการระดับต่ำจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศได้ดีถึง 2.1 เท่า (OR = 2.1, 95% CI = 1.19-3.72, $p < .01$) (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2554) และสตรีวัยรุ่นที่มีอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศในระดับต่ำมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอมากกว่าการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอถึง 2.1 เท่า

(OR = 2.1, 95% CI = 1.17-3.78, $p = .013$) (Pettifor et al., 2004) ซึ่งอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Blance, 2001)

จากความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่าสตรีวัยรุ่นที่มีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดร่วมกับการรับรู้พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดในการที่ก้าวข้ามปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ก็จะมีผลต่อความตั้งใจ และพฤติกรรมการคุมกำเนิด ซึ่งความตั้งใจในการคุมกำเนิดเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด นอกจากนี้ เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และการรับรู้พลังความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันที่จะส่งผลต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น อีกทั้งอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับอาชีวศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจาก รายงานสรุปสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 283 คน ตั้งครรภ์ในช่วงที่เป็นนักเรียน นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.5 ในแต่ละปีคาดการณ์ว่ามีนักเรียน/ นักศึกษา ตั้งครรภ์ไม่พร้อมประมาณปีละ 4,000 คน (กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, 2552) อีกทั้ง นักศึกษาระดับอาชีวศึกษาเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และไม่มีการคุมกำเนิดมากที่สุด (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2556; Tangmunkongvorakul et al., 2011 b) นอกจากนี้ จากรายงานการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระหว่าง พ.ศ. 2546-2555 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีมากที่สุด จากร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งถือว่ามียุทธการเพิ่มขึ้นของมารดาวัยรุ่นเฉลี่ยสูงสุดถึงร้อยละ 47.8 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) อีกทั้ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษาสูงที่สุด และมีอัตราการทำแท้งไม่สำเร็จสูงที่สุดถึงร้อยละ 13.7 (ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ, 2554) ซึ่งสตรีวัยรุ่นกลุ่มนี้จะได้รับผลกระทบจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมต่อพักการเรียนหรือออกจากระบบการศึกษา จำใจให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนครบกำหนดคลอด พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์สูงขึ้น อาจได้รับอันตรายจากการทำแท้ง ตกเลือด ติดเชื้อ ได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อาจวิตกกังวล เมื่อคลอดบุตรอาจพบปัญหาการทอดทิ้งบุตร มอภภาวะการเลี้ยงดูบุตรแก่ผู้อื่น (สุวัชย์ อินทรประเสริฐ และสัญญาภัทรราชย์, 2549)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น โดยเชื่อว่าสตรีวัยรุ่นที่มีความตั้งใจในการคุมกำเนิดที่มีน้ำหนักมากพอจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดถูกต้อง และสม่ำเสมอ ซึ่งความตั้งใจในการคุมกำเนิดเกิดจากการมีเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดและพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด อีกทั้ง อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศส่งผลโดยตรงกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่ความเข้าใจในทุกมิติของพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของสตรีวัยรุ่นในการส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์และป้องกันการเกิดปัญหาสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น
2. เพื่อสร้างแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น
3. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม (The Integrated Behavioral Model: IBM) ของ Montaña and Kasprzyk (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น โดยมีสมมติฐานของการวิจัย 8 ข้อ ดังนี้

1. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด
2. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจในการคุมกำเนิด
3. เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อความพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด
4. เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด

โดยอ้อมผ่านพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจในการคุมกำเนิด

5. พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด

6. พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดโดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด

7. ความตั้งใจในการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรมการคุมกำเนิด

8. อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรมการคุมกำเนิด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม (The Integrated Behavioral Model: IBM) ของ Montañó and Kasprzyk (2008) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980) และทฤษฎีตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior) (Ajzen, 1991, 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ซึ่งแนวคิด IBM เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Intention to perform the behavior) และความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมเกิดจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward behavior) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Perceived norms) และพลังความสามารถของบุคคล (Personal agency) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมาจากฐานของความเชื่อของบุคคล 4 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถ (Efficacy beliefs) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอก (External variables) ที่ส่งผ่านความเชื่อดังกล่าว ซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้แก่ ตัวแปรคุณลักษณะประชากร (Demographic variables) บุคลิกภาพ (Personality traits) และความแตกต่างระหว่างบุคคล (Other individual difference variables) เป็นต้น แต่สามารถรับรู้ได้จากการตอบสนองหรือผลที่เกิดจากการตอบสนองต่อปัจจัยความเชื่อ และผลที่เกิดขึ้น โดยตรงต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนี้จะเป็แรงผลักดันให้มีการกระทำพฤติกรรมเกิดขึ้น (Behavior) (Ajzen, 1991) นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมโดยตรง ได้แก่ การมีความรู้ ทักษะ (Knowledge and skills) ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม (Salience of the behavior) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental constraints) และพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำ (Habit)

ผู้วิจัยสรุปกรอบแนวคิดพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น โดยเชื่อมโยงกับแนวคิด IBM (Montaño & Kasprzyk, 2008) ได้ดังนี้ พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นเกิดจากความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Intention toward use contraceptive) โดยความตั้งใจในการคุมกำเนิด มาจากการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (Perceived norms for contraceptive behavior) เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (Attitude toward contraception behavior) การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรมคุมกำเนิด (Perceived contraceptive behavioral control) และความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด (Contraceptive self-efficacy) (Kasprzyk et al., 1998; Rhodes et al., 2007) ซึ่งแนวคิด IBM นั้น การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด คือ พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (Personal agency regarding contraceptive behavior) และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (Power in sexual relationship) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (Contraceptive behavior) ของสตรีวัยรุ่นเกิดจากความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Intention toward contraceptive use) สตรีวัยรุ่นจะมีความมุ่งมั่น และพยายามที่จะให้มีการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ โดยแสดงออกถึงความตั้งใจในการคุมกำเนิด วิธีการใดวิธีการหนึ่งเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น แสวงหาความรู้เรื่องการคุมกำเนิด หาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการใช้วิธีการคุมกำเนิด หรือมีความล้มเหลวจากการใช้วิธีการคุมกำเนิด สื่อสารหรือการเจรจาต่อรองกับคู่อีกเพื่อให้มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และวางแผนการใช้วิธีการคุมกำเนิดสำหรับตนเอง ร่วมกันวางแผนการคุมกำเนิดระหว่างตนเองกับคู่อีก/แฟน

การที่สตรีวัยรุ่นมีความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Intention to use contraceptive) เกิดจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (Attitude toward contraception behavior) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (Perceived norms for contraceptive behavior) และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (Personal agency regarding contraceptive behavior) ซึ่งการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (Perceived norms for contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นตามความเข้าใจและประสบการณ์ต่อความคาดหวัง การยอมรับ การสนับสนุน และการรับรู้การกระทำของบุคคลสำคัญหรือบุคคลในสังคมต่อการกระทำพฤติกรรมคุมกำเนิด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ บุคคลสำคัญหรือบุคคลในสังคมยอมรับ คาดหวังสนับสนุน การกระทำพฤติกรรม (Injunctive norms or subjective norms) บุคคลในสังคมที่มี

อิทธิพลต่อการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ได้แก่ พ่อแม่ กลุ่มเพื่อน คู่รัก และครู (Kenyon et al., 2010) หากสตรีวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณกลุ่มคนเหล่านี้ให้ความสำคัญ คิด คาดหวัง ยอมรับ สนับสนุนการกระทำ พฤติกรรมการคุมกำเนิดมากเท่าใด ก็ยิ่งเป็นแรงสนับสนุนให้สตรีวัยรุ่นกระทำพฤติกรรมคุมกำเนิด ร่วมกับการที่สตรีวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณกลุ่มเพื่อนกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิดอย่างไร (Descriptive norms) สตรีวัยรุ่นก็จะแนวโน้มที่จะกระทำตามหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้ามหากรับรู้ว่าคุณกลุ่มเพื่อนไม่กระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิดนั้น สตรีวัยรุ่นก็จะแนวโน้มที่จะไม่กระทำตาม หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

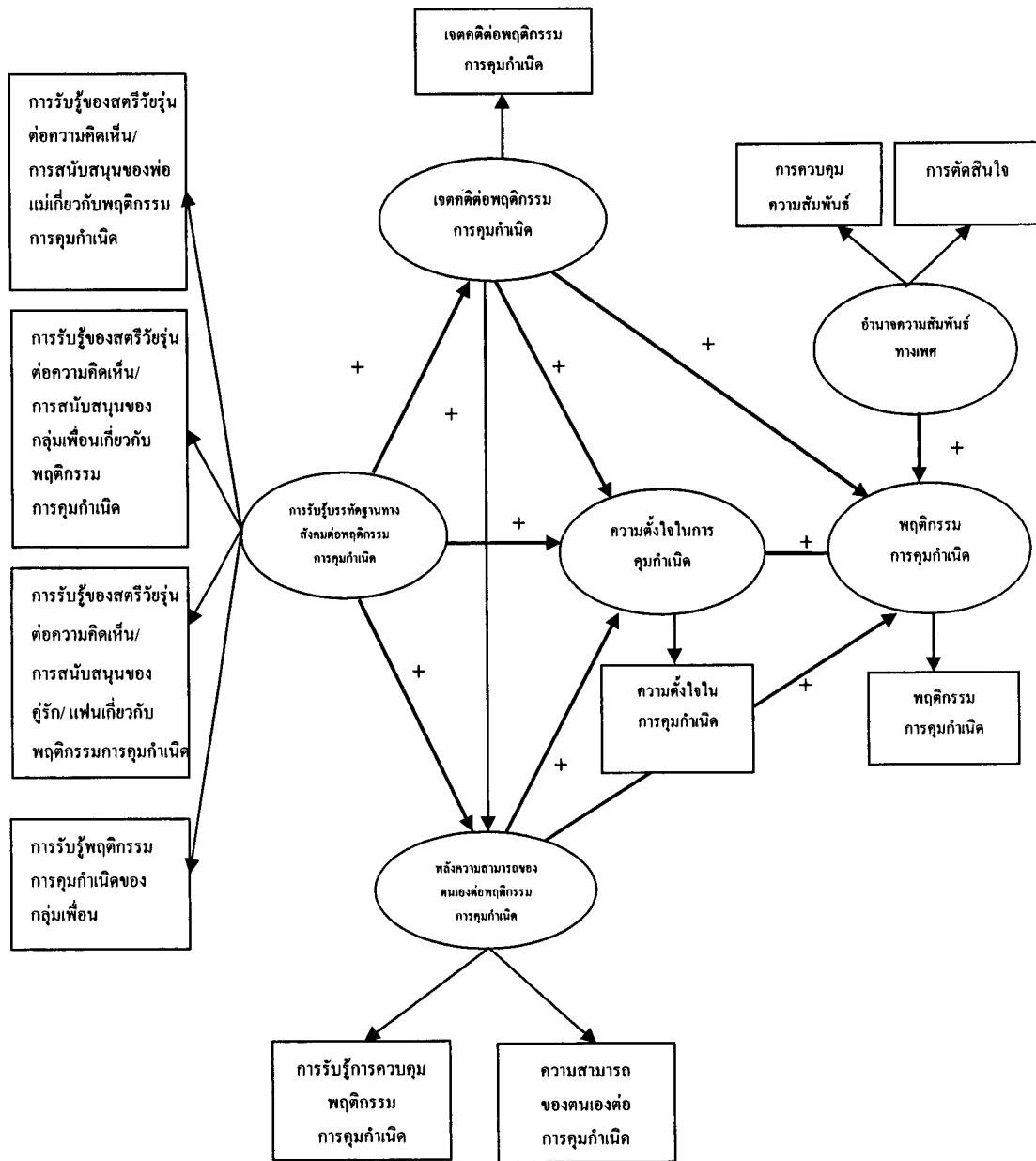
เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นเป็นการแสดงความรู้สึกชอบ/ ไม่ชอบ ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด เจตคติประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การแสดงความรู้สึก (Feelings) ที่มีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Experiential attitude or affective) ที่เกิดจากการรับรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ทางตรงหรือทางอ้อมที่มีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และความคิด (Thoughts) เชิงบวกหรือลบที่เกิดจากการประเมินผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิด ซึ่งแสดงความคิดเห็นออกมา เห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วย ดี/ ไม่ดี (Instrumental attitude or cognitive)

พลังความสามารถของของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Personal agency regarding contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้พลัง (Power) เกิดขึ้นได้จากตนเอง และปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (Environmental factors) ที่ส่งผลให้สตรีวัยรุ่นก้าวข้ามปัญหาหรือสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ตามแนวคิด IBM พลังความสามารถของบุคคล (Personal agency) ประกอบด้วย การรับรู้การควบคุม (Perceived control) และความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (Montaño & Kasprzyk, 2008) เมื่อสตรีวัยรุ่นรับรู้การควบคุมสถานการณ์ การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด ร่วมกับรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด จนกระทั่งเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะก้าวข้ามปัจจัยหรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรค สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างพลังอำนาจให้แก่สตรีวัยรุ่นในการกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิด

ในบริบทของสตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นองค์ประกอบภายในบุคคลที่บุคคลพร้อมจะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น หากสตรีวัยรุ่นสามารถควบคุม อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ สามารถสร้างอำนาจในการต่อรองเมื่อมีเพศสัมพันธ์และการใช้วิธีการคุมกำเนิด และตัดสินใจที่จะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ปลอดภัยสำหรับตนเองก็จะนำไปสู่พฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการคุมกำเนิดจะเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการคุมกำเนิดซึ่งเป็นตัวเชื่อมกลางระหว่างพฤติกรรมการคุมกำเนิดกับปัจจัยทั้ง 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด เจตคติต่อพฤติกรรม

การคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด นอกจากนี้ ยังมีเป็น ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นนั้นคือ อานาจความสัมพันธ์ ทางเพศ โดยแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน ดังนี้ 1) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจ ในการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด 2) การรับรู้บรรทัด ฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อม ผ่านเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด และตั้งใจในการคุมกำเนิด 3) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรง ต่อความพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด 4) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิดโดยอ้อมผ่านพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจ ในการคุมกำเนิด 5) พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรง ต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด 6) พลังความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดโดยอ้อมผ่านความตั้งใจ ในการคุมกำเนิด 7) ความตั้งใจในการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรมการคุมกำเนิด และ 8) อานาจความสัมพันธ์ทางเพศมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรมการคุมกำเนิด

สรุปกรอบแนวคิด เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของ สตรีวัยรุ่นได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น สร้างและตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ ตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม

การคุมกำเนิด พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยศึกษาในสตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง วิทยาลัยอาชีวศึกษา ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การยอมรับหรือการสนับสนุนของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น จากพ่อแม่ กลุ่มเพื่อน และคูร์ก/ แฟน และการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1.1 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การยอมรับหรือการสนับสนุนของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงใช้เครื่องมือจากแบบประเมินอิทธิพลของพ่อแม่ต่อการคุมกำเนิด (The parental influence to use contraception scale) ของ Thomsom and Spanier (1978)

1.2 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การยอมรับหรือการสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงใช้เครื่องมือจากแบบประเมินอิทธิพลของเพื่อนต่อการคุมกำเนิด (The friends' influence to use contraception scale) ของ Thomsom and Spanier (1978)

1.3 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคูร์ก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การยอมรับหรือการสนับสนุนของคูร์ก/ แฟนต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคูร์ก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงใช้เครื่องมือจากแบบประเมินอิทธิพลของคูร์ก/ แฟนต่อการคุมกำเนิด (The partner influence to use contraception scale) ของ Thomsom and Spanier (1978)

1.4 การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อการปฏิบัติของเพื่อนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ผู้วิจัยประเมินการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิด IBM ของ Montaño and Kasprzyk (2008)

2. เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ทางบวกหรือลบของสตรีวัยรุ่นเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหรือการป้องกันการตั้งครรภ์ และผลกระทบที่ตามมาจากการตั้งครรภ์ที่ไม่มีการคุมกำเนิด ผู้วิจัยประเมินเจตคติต่อการคุมกำเนิดโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินเจตคติต่อการคุมกำเนิด (The contraceptive attitude scale) ของ Black (1987 cited in Fisher, Davis, Yarber, & Davis, 2011) และแบบประเมินการรับรู้ผลกระทบของการตั้งครรภ์ (The pregnancy consequence scale) ของ Sieving, Bearinger, Resnick, Pettingell, and Skay (2007)

3. พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นถึงความสามารถในควบคุมตนเองและความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการควบคุมสัมพันธ์ทางเพศระหว่างตนเองกับคู่อีก การควบคุมสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

3.1 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมให้มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก/ แฟน ผู้วิจัยประเมินการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินการควบคุมพฤติกรรม (The perceived behavioral control) ของ Myklestad and Rise (2007)

3.2 ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด หมายถึง ความมั่นใจของสตรีวัยรุ่นในพฤติกรรมการคุมกำเนิดของตนเองประกอบด้วย การหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การแก้ปัญหาเมื่อไม่แน่ใจว่าการคุมกำเนิดนั้นปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ การพูดคุยปรึกษากับคู่อีก/ แฟน หรือบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ เพื่อป้องกันการปฏิสนธิหรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้ว หรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้ว และฝังตัวเข้าไปในเยื่อโพรงมดลูก ได้แก่ การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ลูกจุกเงิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนังหรือการใช้สิ่งขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัย หมวกยางกั้นช่องคลอด หมวกยางครอบปากมดลูก ยาฆ่าเชื้ออสุจิ ห่วงอนามัย หรือการคุมกำเนิดแบบวิถีธรรมชาติ เช่น การงดร่วมเพศ การหลั่งอสุจิกายนอก การนับระยะปลอดภัย อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ผู้วิจัยประเมินความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด โดยใช้แบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดความสามารถของตนเองของ Bandura (1977)

4. ความตั้งใจในการคุมกำเนิด หมายถึง การแสดงออกของสตรีวัยรุ่นถึงความตั้งใจที่จะคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การแสดงออกถึงความตั้งใจที่จะคุมกำเนิด การวางแผนการคุมกำเนิด การจงใจให้คูร์ก/ แฟน ใช้วิธีการคุมกำเนิด การเตรียมหรือจัดหาให้มีผลิตภัณฑ์คุมกำเนิดไว้ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยประเมินความตั้งใจในการคุมกำเนิด โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิด IBM ของ Montaño and Kasprzyk (2008)

5. อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นถึงการควบคุมความสัมพันธ์กับคูร์ก/ แฟน และความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองในการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด ผู้วิจัยประเมินอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ โดยใช้แบบประเมินอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (The sexual relationship power scale: SRPS) ของ Pulerwitz et al. (2000) รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ได้แปล และดัดแปลง ใช้ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น (Srisuriyawet, 2006)

6. พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของสตรีวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การแก้ปัญหาเมื่อไม่แน่ใจว่าการคุมกำเนิดนั้นปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ การพูดคุยปรึกษากับคูร์ก/ แฟนหรือบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ เพื่อป้องกันการปฏิสนธิหรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้ว หรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้ว และฝังตัวเข้าไปในเยื่อโพรงมดลูก ได้แก่ การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง หรือการใช้สิ่งขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัย หมวกยางกั้นช่องคลอด หมวกยางครอบปากมดลูก ยาฆ่าเชื้ออสุจิ ห่วงอนามัย หรือการคุมกำเนิดแบบวิถีธรรมชาติ เช่น การงดร่วมเพศ การหลั่งอสุจิกายนอก การนับระยะปลอดภัย อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิด IBM ของ Montaño and Kasprzyk (2008)

7. สตรีวัยรุ่น หมายถึง สตรีวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ที่ศึกษาระดับประกาศนียบัตร และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง วิทยาลัยอาชีวศึกษา ภาครัฐ สังกัดคณะกรรมการการอาชีวศึกษา เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวัยรุ่นครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับอาชีวศึกษา ภาครัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. สตรีวัยรุ่น พัฒนาการ และพัฒนาการทางเพศ
 - 1.1 สตรีวัยรุ่น
 - 1.2 พัฒนาการของสตรีวัยรุ่น
 - 1.3 พัฒนาการทางเพศของสตรีวัยรุ่น
2. การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น
 - 2.1 ความหมายของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น
 - 2.2 สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น
 - 2.3 ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น
3. พฤติกรรมการคุมกำเนิด
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการคุมกำเนิด
 - 3.2 สถานการณ์การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นไทย
 - 3.3 ความสำคัญของการคุมกำเนิด
 - 3.4 วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยรุ่น
4. แนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม (The integrated behavioral model)
5. แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

สตรีวัยรุ่น พัฒนาการ และพัฒนาการทางเพศ

ช่วงวัยรุ่น ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และเพศวิถี การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัววัยรุ่นเอง และบุคคลรอบข้าง การให้ความหมายของสตรีวัยรุ่น พัฒนาการของวัยรุ่นและพัฒนาการทางเพศ สรุปได้ดังนี้

1. สตรีวัยรุ่น (Female adolescence) หมายถึง เพศหญิงที่มีอายุ 10-19 ปี (WHO, 2014) คำว่า “วัยรุ่น” มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ Adolescence ซึ่งมีความหมายว่า การเจริญเติบโต (To grow up) (Halsey, 1984) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเริ่มหนุ่มสาว (Puberty) ไปสู่

วัยผู้ใหญ่ (Adulthood) (Halsey, 1984; Merriam-Webster, 2014) โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และเพศวิถีไปพร้อม ๆ กัน (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2006) การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) คือ อายุระหว่าง 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) คือ ช่วงอายุระหว่าง 14-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) คือ อายุระหว่าง 17-19 ปี (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, 2557; Smetana, Campione-Barr, & Metzger, 2006; UNICEF, 2006)

2. พัฒนาการของสตรีวัยรุ่น เพศหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเพศชายประมาณ 2 ปี โดยส่วนใหญ่จะเริ่มมีพัฒนาการเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 12-13 ปี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในแต่ละด้าน ดังนี้

2.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย (Physical development) สตรีวัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางเพศ เนื่องจากมีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนเพศ โดยมีการเจริญเติบโตทางกายวิภาคทั้งขนาดและสัดส่วนอย่างมากและรวดเร็ว รูปร่างจะเข้าสู่สัดส่วนของผู้ใหญ่ มีไขมันสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเพศ คือ สะโพกผายออก หน้าอกขยายใหญ่ขึ้น ขนาดของอวัยวะเพศโตขึ้น มีขนที่อวัยวะเพศ มีกลิ่นตัว มีสิ่ว เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก การมีประจำเดือนครั้งแรกเป็นสัญญาณบอกการเข้าสู่วัยรุ่นของเพศหญิง (Ricci et al., 2013; Santrock, 2008) ผลของการเปลี่ยนแปลงนี้ อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล อายกลัว ตกใจ ดีใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของตนเอง ซึ่งผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่อสตรีวัยรุ่นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรวดเร็วของการเปลี่ยนแปลงและการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ

2.2 พัฒนาการทางด้านอารมณ์ (Emotional development) สตรีวัยรุ่นมักจะมีอารมณ์รุนแรง แสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผย และตรงเกินไป บางครั้งมีความเชื่อมั่นในตนเอง แต่บางครั้งก็รู้สึกหดหู่ บางครั้งเก็บกด และบางครั้งพลุ่งพล่าน ลักษณะอารมณ์แบบนี้เรียกว่า พายุบุแคม (Storm and stress) ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับในความเป็นเพศหญิงของตน ทั้งจากเพศเดียวกัน และเพศตรงข้าม มีความต้องการให้ผู้อื่นยอมรับจึงมักใส่ใจในรูปร่างของตนเองมากขึ้น จะวิตกกังวลเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ความสูง ความอ้วน ความผอม ความสวยงาม กลิ่นตัว สายตา ฟัน เป็นต้น โดยทั่วไปสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรุนแรง (Ricci et al., 2013; Santrock, 2008) สรุปได้ดังนี้

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องจากเป็นวัยที่ยังไม่เข้าใจ และยังไม่สามารถที่จะทำตนให้เหมาะสมได้เท่ากับวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งผู้ใหญ่จะมองว่าบุตรของตนยังเป็นเด็ก

เสมอ ทำให้สตรีวัยรุ่นมักขัดแย้งกับผู้ใหญ่หรือพ่อแม่ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อารมณ์ของสตรีวัยรุ่นไม่มั่นคง และเมื่อเกิดความเครียดมักจะแสดงออกทันที

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงอวัยวะภายใน ช่วงวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทุก ๆ ด้าน เช่น ภาวะอาหารขยายขึ้น ทำให้สตรีวัยรุ่นรับประทานอาหารมากขึ้น การทำงานของต่อมเพศ ทำให้สตรีวัยรุ่นแสวงหาประสบการณ์ใหม่ ๆ และเริ่มสนใจเพศตรงข้าม ความต้องการที่สำคัญ คือ ต้องการพึ่งตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมกับหมู่คณะ จึงมักรวมกันเป็นกลุ่ม กรณีที่ผู้ใหญ่ไม่เข้าใจและไม่ส่งเสริมหรือขัดขวางการอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เป็นแก๊ง (Gang) ก็จะทำให้เกิดความเครียดได้ (Ricci et al., 2013; Santrock, 2008)

2.2.3 การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม การคบเพื่อน การแต่งกาย ความเข้มงวดของผู้ใหญ่ที่มีต่อพฤติกรรมของสตรีวัยรุ่นเป็นเหตุให้วัยรุ่นมีอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด มีความรู้สึกอ่อนไหว และหากรู้สึกต่อต้านจะแสดงออกทันที

2.3 พัฒนาการทางด้านสังคม (Social development) สตรีวัยรุ่นจะปลีกตัวออกจากบุคคลในครอบครัว แต่ชอบอยู่ในกลุ่มเพื่อน (Peers) และมีความเห็นว่ากลุ่มเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญ (Ricci et al., 2013) กลุ่มเพื่อนถือว่ามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity) ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญที่หลากหลาย เช่น เรียนรู้การเจรจาต่อรองที่แตกต่างไปตามสถานการณ์ เรียนรู้ความจงรักภักดีในกลุ่มเพื่อน มิตรภาพ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการแก้ปัญหาเป็นที่ปรึกษาในประเด็นที่ไม่สามารถพูดคุยกับครอบครัวได้ เป็นแหล่งข้อมูลที่สตรีวัยรุ่นเชื่อถือ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้ความสุข สนุกสนาน ความตื่นเต้น และผ่อนคลาย สร้างความมั่นคงทางอารมณ์เมื่อเกิดภาวะเครียด นอกจากนี้ ยังมีอิทธิพลต่อการแต่งกาย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสังคม และภาษา อีกทั้งอาจมีอิทธิพลทางลบ เช่น ดื่มสุรา สารเสพติด และการตั้งแก๊งค์ กลุ่มเพื่อนจึงเป็นแบบอย่างหรือตัวอย่าง และเป็นที่ยอมรับอาจนำไปสู่การสร้างแก๊งค์ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่ม และแสดงความเป็นหนึ่งเดียวกัน แสดงความเจ้าของ ซึ่งแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน มิตรภาพ และการปกป้องเป็นเหตุผลสำคัญในการรวมแก๊งค์ พ่อแม่จะต้องรู้จักเพื่อนของลูก และตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น การเปลี่ยนผ่านในช่วงนี้ของสตรีวัยรุ่นจำเป็นต้องได้รับคำชี้แนะ และให้การสนับสนุน สตรีวัยรุ่นที่ไม่มีพ่อแม่ ผู้ปกครอง และขาดโอกาสในการพูดคุยกับผู้ใหญ่ก็จะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนได้ง่าย และมีความเสี่ยงสูงที่จะเข้ากลุ่มเพื่อนที่ไม่ค่อยดี (Ricci et al., 2013; Santrock, 2008)

2.4 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา (Cognitive development) สตรีวัยรุ่นจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงสุด มีความคิดเชิงนามธรรม สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ได้ และมี

ความคิดเชิงเหตุเชิงผลมากขึ้น (Ricci et al., 2013; Santrock, 2008) เริ่มมีปรัชญาชีวิต (American Academy of Child and Adolescent's Facts for Families, 2008) อย่างไรก็ตาม ความคิดยังเป็นเรื่องของการค้นหาด้วยตัวเอง และประสบการณ์ ความสามารถในการคิด วิเคราะห์สังเคราะห์ สิ่งต่าง ๆ จะมีดีขึ้นเมื่อพ้นวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจาก วัยรุ่นอาจขาดความยั้งคิด ขาดการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

3. พัฒนาการทางเพศของสตรีวัยรุ่น สตรีวัยรุ่นจะเริ่มมีการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ (Sexual identity) และรสนิยมทางเพศ (Sexual orientation) ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น (Christie & Viner, 2005) ความเป็นชายและหญิง ถือเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการสร้างอัตลักษณ์ทางเพศ (Sexual identity) ทั้งในเรื่องความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พฤติกรรมทางเพศแบบรักต่างเพศ (Heterosexual behaviors) หรือรักเพศเดียวกัน (Homosexual behaviors) สตรีวัยรุ่นจะเริ่มมีความรู้สึกเริ่มสนใจเพศตรงข้ามเริ่มมีการออกเดท (Dating) ลักษณะกิจกรรมจะเป็นกลุ่มใหญ่มีทั้งเพศหญิงและชายมากกว่าการออกเดทแบบคู่รัก (Couple) เช่น ไปเที่ยว ไปดูหนัง ในช่วงวัยนี้การออกเดทเพื่อความสนุกสนาน ผ่อนคลาย รักเพศตรงข้าม เริ่มมีนัดออกเดทกับเพศตรงข้ามทั้งแบบเป็นกลุ่มแก๊งค์ จนกระทั่งการนัดออกเดทแบบเดี่ยว (Single) รูปแบบความสัมพันธ์กับคู่/ แฟนจะเป็นความสัมพันธ์แบบ โรแมนติก (Romantic relationship) (Ricci et al., 2013)

พัฒนาการด้านเพศวิถีและอัตลักษณ์ทางเพศมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รสนิยมทางเพศมีความชัดเจนมากขึ้น กลัวการแสดงออกกับเพศตรงข้าม (American Academy of Child and Adolescent's Facts for Families, 2008; Sapano, 2004) สนใจเรื่องความรัก และเสน่ห์ ดึงดูดเพศตรงข้าม เริ่มมีการนัดออกเดทแบบเดี่ยว (Single) รูปแบบความสัมพันธ์กับคู่รัก/ แฟนยังคงเป็นแบบ โรแมนติก (Romantic relationship) ความสัมพันธ์ของหนุ่มสาวในรูปแบบ โรแมนติก ที่สมบูรณ์ช่วยพัฒนาความรู้สึกเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของตน (Sense of self-identity) และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เช่น ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น นอกจากนี้ อารมณ์ที่ขึ้น ๆ ลง ๆ ที่เกิดจากความสัมพันธ์แบบ โรแมนติกจะช่วยพัฒนาความเข้มแข็งทางอารมณ์ (Emotional resilience) ทักษะการแก้ปัญหา (Coping skills) หากวัยรุ่นมีรูปแบบความสัมพันธ์แบบ โรแมนติกที่ไม่สมบูรณ์ ได้แก่ เกิดความรุนแรงที่เกิดจากการนัดออกเดท (Dating violence) มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น ดัดจริต โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครภไม่พร้อม แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่น ไม่รู้ว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ควรทำอย่างไร ดังนั้น วัยรุ่นจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมในการนัดพบฉันท์คู่สาวและการทำงานไรที่จะมีรูปแบบความสัมพันธ์แบบ โรแมนติกที่สมบูรณ์ เช่น การสื่อสารอย่างเปิดเผย ความซื่อสัตย์

และความไว้วางใจ อันจะนำไปสู่รูปแบบความสัมพันธ์ที่รักใคร่ผูกพันระยะยาวในวัยผู้ใหญ่ อีกทั้ง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณที่นำไปสู่รูปแบบความสัมพันธ์แบบโรแมนติคที่ไม่สมบรูณ์ และการแสวงหาแนวทางช่วยเมื่อเกิดปัญหา (Ricci et al., 2013)

การนัดออกเดทในช่วงวัยรุ่น เป็นเรื่องสำคัญที่ช่วยสร้างมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของวัยรุ่น การนัดออกเดทบ่อย ๆ จะช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ละเล็กละน้อย และเพิ่มความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) และการรับรู้ว่าตนเองเป็นที่ชื่นชอบ แต่การนัดออกเดทก็อาจส่งผลต่อการเรียน เช่น เรียนไม่ประสบความสำเร็จ และมีแรงจูงใจในการเรียนต่ำ มีอาการซึมเศร้า และมีความขัดแย้งกับพ่อแม่ค่อนข้างมาก (Ricci et al., 2013) อย่างไรก็ตาม การนัดออกเดทส่งผลต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิตสตรีวัยรุ่นอาจมีพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน สตรีวัยรุ่นอาจคิดว่ารักเพศเดียวกัน ไม่ใช่เรื่องสำคัญ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่า สตรีวัยรุ่นอาจมีรสนิยมทางเพศแบบรักเพศเดียวกัน (Homosexual orientation) (Sass & Kaplan, 2011) สตรีวัยรุ่นอาจต้องเผชิญกับการไม่ยอมรับของสังคมและกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นที่ประกาศตัวว่าเป็นพวกรักเพศเดียวกันอาจพบความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ เช่น ปัญหาซึมเศร้า นำตัวตาย พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติด (Friedman, 2008; Sass & Kaplan, 2011)

จะเห็นได้ว่า สตรีวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี ตลอดจนเทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสตรีวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ อาจเกิดปัญหาในการปรับตัวตามมา การที่สตรีวัยรุ่นจะเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการมีแบบอย่างที่ดีในสังคม และการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งในกลุ่มเพื่อนเพศเดียวกัน และเพื่อนต่างเพศ ตลอดจนการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลทั่วไป ถ้าสามารถปรับตัวได้ดีก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ทุกสถานการณ์ แสดงว่าสตรีวัยรุ่นอาจจะมีปัญหาทางพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ถ้าปัญหานั้น ๆ ยังคงอยู่ย่อมส่งผลกระทบต่อสตรีวัยรุ่น ครอบครัว สังคม และประเทศชาติตามมา

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะเจริญพันธุ์ การเกิดมีชีพ ตายคลอด แท้งเอง หรือ ทำแท้ง และการคุมกำเนิด ทั้งนี้ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นสาเหตุโดยตรงของการยุติ

การตั้งครรภ์ และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วยหรืออัตราการตาย หากการทำแท้งนั้นเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ, 2557) นอกจากนี้ หากสตรีวัยรุ่นยอมรับการตั้งครรภ์ และดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพสุขภาพตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพบุตร เนื่องจาก วัยรุ่นมีวุฒิภาวะไม่พร้อมต่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมที่จะมีบุตรในช่วงเวลานั้น ๆ การให้ความหมาย การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และผลกระทบของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น สรุปได้ดังนี้

ความหมายของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีคำที่ใช้หลากหลาย ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจหรือไม่เจตนา ตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษ คือ คำว่า “Unintended pregnancy” มีความหมายคล้ายคลึงกับคำว่า การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา ซึ่งนักวิชาการไทยแปลจากคำว่า “Unwanted pregnancy” และคำว่า การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน แปลจากคำว่า “Unplanned pregnancy” คำที่ใช้กล่าวถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมทั้งหมดนี้จะปรากฏอยู่ในงานวิชาการภาษาไทย ที่ศึกษาเรื่องยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้งที่ตีพิมพ์ก่อน พ.ศ. 2544 (กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ, 2557)

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นคำศัพท์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยเมื่อ พ.ศ. 2544 สืบเนื่องจากงานวิจัยเรื่อง “ทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องเมื่อไม่พร้อม” ซึ่งพบว่า วาทกรรมของสตรี กล่าวถึงการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง คือ คำว่า “ตั้งครรภ์ไม่พร้อม” และสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้ความหมายใน 2 นัยสำคัญ คือ 1) ความพร้อมหรือไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ คือ สถานการณ์ที่แตกต่างกันไปประสบการณ์ชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมในช่วงนั้น ๆ ในแต่ละคน และ 2) เมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ใช่เป็นเรื่องของความเลวร้าย ความผิดพลาด ความรักสนุก ความไม่ใส่ใจ และ/ หรือความเลว ซึ่งการให้ความหมายตั้งครรภ์ไม่พร้อมทั้ง 2 นัยสำคัญนี้เน้นไปที่ผลแห่งจังหวะชีวิต และชะตากรรมของตนเอง (กนกวรรณ ธรารวรรณ, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับ Petersen and Moos (1997); Santelli et al. (2003); Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2014) กล่าวว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อม (Unintended pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Unwanted pregnancy) หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่วางแผน (Unplanned pregnancy) และการตั้งครรภ์ผิดช่วงเวลา (Mistimed pregnancy) Petersen and Moos (1997) ได้ให้คำจำกัดความ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นที่สตรีไม่ต้องการมีบุตร ซึ่งสอดคล้อง

กับ สุวชัย อินทรประเสริฐ และสัญญา ภัทราชัย (2549) ได้ให้คำจำกัดความ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นที่ต้องการหรือเมื่อ ไม่พร้อม เป็นการตั้งครรภ์ที่ตนเอง ไม่ยอมรับ และการตั้งครรภ์ผิดช่วงเวลา (Mistimed pregnancy) หมายถึง สตรีต้องการที่จะมีบุตร แต่ไม่ใช่ช่วงเวลานี้ (Petersen & Moos, 1997)

สำหรับการตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุ 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตรแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงอายุ 10-14 ปี (Younger adolescents) และ 15-19 ปี (Older adolescents) (WHO, 2004)

ดังนั้น การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น หมายถึง สตรีที่มีอายุ 10-19 ปี มีการตั้งครรภ์ที่เกิดจากความไม่ต้องการหรือเมื่อ ไม่พร้อมจะมีบุตรในช่วงนั้น ๆ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นปรากฏการณ์ที่พบในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกกลุ่มอายุ จากรายงานการตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-44 ปี พบว่า ประมาณร้อยละ 41 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และจากสถิติการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมทั่วโลก ประเทศพัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา พบอัตรา 55, 42 และ 57 ต่อประชากรสตรีตั้งครรภ์ อายุ 15-44 ปี 1,000 คน ตามลำดับ อัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมพบสูงสุดในกลุ่มประเทศเขตละตินอเมริกาและแคริบเบียน รองลงมา แอฟริกา ยุโรป เอเชีย และอเมริกาเหนือ พบอัตรา 96, 92, 65, 64 และ 48 ต่อประชากรสตรีตั้งครรภ์ อายุ 15-44 ปี 1,000 คน ตามลำดับ และมีแนวโน้มการตั้งครรภ์ไม่พร้อมลดลงทั่วโลก จากปี พ.ศ. 2538 ถึง 2551 พบว่า มีแนวโน้มลดลงทั่วโลก ประเทศพัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา ร้อยละ 20, 29 และ 20 ตามลำดับ และเขตประเทศที่มีอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมลดลงมากที่สุด คือ ยุโรป ละตินอเมริกาและแคริบเบียน เอเชีย และแอฟริกา พบร้อยละ 42, 25, 23 และ 7 ตามลำดับ (Singh, Sedgh, & Hussain (2010); Singh, Sedgh, Hussain, & Eiler (2013) กล่าวว่า แนวโน้มอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ลดลงทั่วโลกสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด และการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้น

จากการสำรวจ National Survey of Family Growth [NSFG] ประเทศสหรัฐอเมริกา สำรวจความตั้งใจในการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ อายุ 15-44 ปี ในปี พ.ศ. 2544 พบว่า ประมาณร้อยละ 49 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และพบอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 51 ต่อประชากรสตรีตั้งครรภ์อายุ 15-44 ปี 1,000 คน และพบอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากที่สุดในสตรีอายุ 18-24 ปี รองลงมา กลุ่มอายุ 15-17 ปี (Finer & Henshaw, 2006) และจากการศึกษาของ Finer (2010) ทำการศึกษาข้อมูลการตั้งครรภ์ไม่พร้อมย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2544 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ อายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสูงที่สุด และในปี พ.ศ. 2549 พบว่า อัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ในสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 67 ต่อประชากรสตรีตั้งครรภ์ อายุ 15-44 ปี 1,000 คน หรือร้อยละ 82 ของสตรีตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี (Finer & Zolna, 2011)

สำหรับประเทศไทย การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นพบประมาณร้อยละ 50 ของการตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี จากการศึกษาของ Boonpakdee (2006) ทำการศึกษาข้อมูลจากโครงการสำมะโนประชากรในระดับชุมชน 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มสตรีอายุ 15-59 ปี จำนวน 913 คน พบว่า ร้อยละ 46 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมถึงร้อยละ 52.9 ซึ่งเป็นไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 18.7 และไม่ตั้งใจที่จะมีบุตรร้อยละ 34.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณพิศ วิทยถาวรวงศ์, กรรณิกา สหเมธาพัฒน์ และ จันทร์เพ็ญ สุริยวงษ์ (2553) ทำการศึกษาการตั้งครรภ์ และการมีบุตรของสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 455 คน พบว่า ร้อยละ 54.1 เป็นตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม เนื่องจากการคุมกำเนิดผิดพลาด ร้อยละ 45.1 และการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ร้อยละ 9 และจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2552 โดยทำการสอบถามความพร้อมในการมีบุตรขณะตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย ในกลุ่มสตรีอายุ 15-19 ปี จำนวน 67,021 คน พบว่า มีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมถึงร้อยละ 32 ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เนื่องจากต้องการมีบุตรแต่ไม่ใช่ช่วงเวลานั้น ร้อยละ 9.3 ไม่ต้องการมีบุตรเลย ร้อยละ 22.8 และ อย่างไรก็ตามก็ได้มีหรือไม่มีในช่วงเวลานั้น ร้อยละ 6.5 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มสตรีอายุ 15-19 ปี พบว่า อัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมสูงกว่ากลุ่มอายุ 15-49 ปี ถึงหนึ่งเท่า (สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

แม้ว่าสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม แต่สตรีวัยรุ่นจำนวนหนึ่งที่มีการยอมรับการตั้งครรภ์ภายหลัง ดำเนินการตั้งครรภ์ และคลอดบุตรมีชีวิต (Live births) อีกจำนวนหนึ่งทำแท้ง (Induce abortion) คลอดบุตรตายคลอด (Still births) และแท้งโดยไม่เจตนา (Miscarriage) จากการศึกษาข้อมูลระดับโลก ปี พ.ศ. 2551 พบว่า สตรีอายุ 15-44 ปี ตั้งครรภ์ไม่พร้อมดำเนินการตั้งครรภ์ และคลอดบุตรมีชีวิต ร้อยละ 16 ทำแท้ง ร้อยละ 20 และแท้งโดยไม่เจตนา ร้อยละ 5 (Singh et al., 2010) และจากการศึกษาของ Finer and Henshaw (2006) พบว่า มารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมคลอดบุตรมีชีวิต ประมาณร้อยละ 50 และพบอัตราการคลอดบุตรมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 34 ต่อประชากรสตรีตั้งครรภ์ อายุ 15-44 ปี 1,000 คน และมีสตรีวัยรุ่นอีกส่วนหนึ่งที่มีสถานการณ์ในชีวิตที่ไม่พร้อมที่จะมีบุตรในช่วงเวลานั้น ๆ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งประมาณร้อยละ 40 ของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และมีสถิติอัตราการแท้งของสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมอายุ 15-19 ปี 23 ต่อประชากรสตรีตั้งครรภ์ อายุ 15-44 ปี 1,000 คน สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่คลอดบุตรตายคลอด และแท้งโดยไม่เจตนา พบประมาณร้อยละ 10

สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของ Boonpakdee (2006) พบว่า การตั้งครรภ์ที่เกิดจากวางแผนการตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 92.8 ทำแท้ง ร้อยละ 1.3 และแท้งไม่เจตนา ร้อยละ 5.9 สำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่มีวางแผนการตั้งครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 88.9 ทำแท้ง ร้อยละ 4.9 และแท้งไม่เจตนา ร้อยละ 6.2 และการตั้งครรภ์ที่วางแผนว่าจะไม่ตั้งครรภ์การตั้งครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 69.6 ทำแท้ง ร้อยละ 22.5 และแท้งไม่เจตนา ร้อยละ 8.0 และเมื่อพิจารณาพบว่า กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มีตั้งครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 84.4 ทำแท้ง ร้อยละ 9 และแท้งไม่เจตนา ร้อยละ 6.6 ซึ่งการให้เหตุผลการทำแท้งจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การคุมกำเนิดล้มเหลว มีบุตรถี่เกินไป และไม่คาดคิดว่าจะตั้งครรภ์จากการมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาการเฝ้าระวัง การแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ เนื่องจากการทำแท้งหรือแท้งโดยไม่เจตนา จำนวน 1,855 ราย ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 13 จังหวัด พบว่า ร้อยละ 59.7 แท้งโดยไม่เจตนา ร้อยละ 40.3 ทำแท้ง สตรีที่ทำแท้งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ร้อยละ 46.5 และกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 24.3 และกำลังศึกษาอยู่ถึงร้อยละ 30.8 สตรีวัยรุ่นทำแท้งเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากถึงร้อยละ 86.8 และไม่มีการคุมกำเนิดมากถึงร้อยละ 80.4 เหตุผลที่ตัดสินใจทำแท้งที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหา ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสุขภาพ กำลังศึกษาอยู่ อายุน้อยเกินไป (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จะเห็นได้ว่า สตรีวัยรุ่นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสิ้นสุดด้วยการคลอดมีชีพ ร้อยละ 50 และประมาณร้อยละ 50 สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง คลอดบุตรตายคลอด และแท้งโดยไม่เจตนา ซึ่งมาจากสาเหตุแตกต่างกัน ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ไม่มี การคุมกำเนิด การคุมกำเนิดล้มเหลว และไม่คาดคิดว่าจะตั้งครรภ์จากการมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก ซึ่งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นประเด็นท้าทายและต้องให้ความสำคัญ เนื่องจาก สตรีวัยรุ่น ตั้งครรภ์ไม่พร้อมดำเนินการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ จากการฝากครรภ์ล่าช้า ไม่ฝากครรภ์ ขาดการดูแลตนเองเพื่อเตรียมพร้อมที่จะเป็นมารดา (Bleustein & Rutledge, 1992; Santelli, Speizer, Avery, & Kendall, 2006) ทารกที่เกิดมามีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบด้านสุขภาพและพัฒนาการ (Korenman, Kaestner, & Joyce, 2002) และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมนำไปสู่การทำแท้ง และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่เกิดจากกับบุคลากรที่ไม่ใช่ บุคลากรทางการแพทย์มากถึงร้อยละ 40.7 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยทั่วไปไม่ถือว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมที่จะมีบุตร ในช่วงเวลานั้น ๆ ทั้งนี้ บริบทสังคมไทย ในสังคมชนบทวัยรุ่น อายุ 18-19 ปี ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ ก็จะแต่งงานมีครอบครัว แต่ถ้าหากเป็นสังคมเมืองหรือสังคมอุตสาหกรรม สตรีวัยรุ่นจำนวนมาก กำลังศึกษา และไม่อยู่ในสถานะที่จะแต่งงานและมีบุตรได้ แม้ว่าวัยรุ่นแต่งงาน มีครอบครัว และพร้อมที่จะมีบุตร แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เนื่องจาก วัยรุ่น มีวุฒิภาวะไม่พร้อมต่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ และ การปรับเปลี่ยน บทบาทการเป็นมารดา อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการของบุตร นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งผลกระทบต่อประชากรและ การวางแผน ครอบครัวด้วย

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ผลกระทบต่อร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการตายของมารดา (Maternal mortality) และทารก (Perinatal mortality) จากการศึกษาเปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กับสตรีตั้งครรภ์ ช่วงอายุ 20-34 ปี พบว่า วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์สูงกว่าวัยผู้ใหญ่ (วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555; Thaihae & Thato, 2011) ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ ขนาดศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน ภาวะโลหิตจาง ขณะตั้งครรภ์พบมากในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย (วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555; Thaihae & Thato, 2011; Phupong & Suebnukarn, 2007) เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด (Premature delivery) ทารกน้ำหนักน้อย (Low birth weight) (Isaranurug, Mo-suwan, & Choprapawon, 2006; WHO, 2006) นอกจากนี้ ภาวะทุพโภชนาการระหว่างการตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อการเกิดภาวะ โลหิตจาง (Van den Broek & Letsky, 2000) เนื่องจาก วัยรุ่นอยู่ในช่วงวัยของการเจริญเติบโต และเป็นช่วงเริ่มต้นของการเป็นประจำเดือน ร่างกายจึงต้องการธาตุเหล็กจำนวนมาก (Beard, 2000) อีกทั้ง วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง แม่บ้าน หรือนักเรียน/ นักศึกษา วัยรุ่นส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ เนื่องจาก สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา ทำให้ขาดโอกาสในการมีอาชีพที่มีรายได้ที่ดี การที่วัยรุ่นมีรายได้ต่ำ อาจทำให้ไม่สามารถหาอาหารที่มีประโยชน์ที่เพียงพอสำหรับทารกในครรภ์ (Thato et al., 2007) การขาดธาตุเหล็กก่อนตั้งครรภ์ ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่เพียงพอส่งผลต่อการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ (Thato et al., 2007; De Vienne, Creveuil, & Dreyfus, 2009; Watcharaseranee, Pinchantra, & Piyaman, 2006; Mahavarkar, Madhu, & Mule, 2008)

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดอาจประสบปัญหาการคลอดยากเนื่องจากขนาดศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน เนื่องจากยังมีพัฒนาการของกระดูกเชิงกรานที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้มีขนาดไม่กว้างพอ ส่งผลให้โอกาสเกิดการคลอดติดขัด คลอดยาก ได้มากกว่าสตรีอายุมากกว่า (Pilliteri, 2007) ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน อาจต้องได้รับสูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด หรือได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Thato et al., 2007; Thaithae & Thato, 2011) โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มีอายุค่อนข้างน้อยหรือน้อยกว่า 15 ปี (Phupong & Suebnukarn, 2007) นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนด (วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555; Cunnington, 2001; Thato et al., 2007; Thaithae & Thato, 2011; Phupong & Suebnukarn, 2007) เนื่องจากไม่มีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และขาดการเตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้สตรีวัยรุ่นขาดการเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง และการตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดมักพบว่า สตรีวัยรุ่นที่มีดัชนีมวลกายต่ำก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักเพิ่มระหว่างตั้งครรภ์น้อย ขาดธาตุเหล็ก ไม่มาฝากครรภ์ มาฝากครรภ์ล่าช้าหรือมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพน้อยกว่า 4 ครั้ง (วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555; Thato et al., 2007) การไม่มาฝากครรภ์ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดมากถึง 7 เท่า (Debiec, Paul, Mitchell, & Hitti, 2010)

ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง ต่อเนื่องจากปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์และคลอดพบว่า มารดาวัยรุ่นมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดสูงกว่ามารดาผู้ใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังคลอด ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ อาการคัดตึงเต้านม และมีไข้สูง (Thaithae & Thato, 2011) ถ้าหากสตรีวัยรุ่นไม่พร้อมในการมีบุตร และไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยอาจได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตจากภาวะตกเลือด ติดเชื้อ ซ็อค (Srinil, 2011)

2. ผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมักมีปัญหาทางจิตใจและอารมณ์หลายประการ เนื่องจากยังไม่พร้อมในการรับปัญหาจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ที่เป็นผลกระทบจากการตั้งครรภ์ เช่น ต้องพักการเรียน ออกจากโรงเรียน การปรับตัวบทบาทการเป็นมารดา และการปรับตัวจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ ผลดังกล่าวอาจทำให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีปัญหาได้หลายประการ เช่น เครียด ปรับตัวไม่ได้ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) เป็นต้น สตรีวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบตนเองและทารกในครรภ์ เป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ เมื่อตั้งครรภ์จะกลัวสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ (Dickason et al., 1998) อาจเกิดความคับข้องใจ ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น (สุคนธ์ ไขแก้ว, 2547) ขาดความมั่นใจในการปรับบทบาทการเป็นมารดา ขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้ง หากการตั้งครรภ์ไม่เป็นที่ยอมรับ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

(Nirattharadorn, 2005) และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามี (Figueiredo et al., 2006) จะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่การเกิดอารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล เครียด (คณะกรรมการการสาธารณสุขและวุฒิสภา, 2554; เนตรชนก แก้วจันทา, 2555; Lancaster et al., 2010) และภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ (Nirattharadorn, 2005; Lancaster et al., 2010; Setse et al., 2009; Westdahl et al., 2007)

3. ผลกระทบต่อทารก การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารก เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ขาดการเอาใจใส่ดูแล สุขภาพ (Setse et al., 2009) ส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตในครรภ์ช้า ทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อย และทารกมีความพิการตั้งแต่กำเนิด (Kovavisarach et al., 2010; Thaithae & Thato, 2011; วิชา เวชยศาสตร์ศฤงคาร, 2555) ทารกคลอดก่อนกำหนด (Thaithae & Thato, 2011) และทารกมีน้ำหนัก น้อย (Phupong & Suebnukarn, 2007; Thato et al., 2007) ทารกคลอดก่อนกำหนดมักพบปัญหา และภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory distress syndrome) และ คะแนน APGAR score ต่ำ (Koravisarach et al., 2010; วิชา เวชยศาสตร์ศฤงคาร, 2555; วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555) และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่แผนกหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit) (Thaithae & Thato, 2011)

นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเลี้ยงดูในระยะหลังคลอด มารดาวัยรุ่นขาดความเข้าใจอารมณ์ ของบุตร ตอบสนองต่อบุตรน้อย และไม่อดทนในการเลี้ยงดู อาจทอดทิ้งบุตร ทำร้ายร่างกาย และทารุณกรรมบุตร (Gipson et al., 2008) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกเป็นปัญหา ทางด้านสาธารณสุขและสังคม ที่รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และสิ่ง ที่เกิดขึ้นจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น (คณะกรรมการการสาธารณสุขและวุฒิสภา, 2554)

4. ผลกระทบต่อครอบครัว วัยรุ่นขณะตั้งครรภ์และภายหลังคลอด ต้องได้รับการ สนับสนุนจากพ่อแม่ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ (Jimenez, Martin & Garcia, 2000) ไม่สามารถรับผิดชอบ โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ จากการศึกษา ของ ศิริพร จิรวรรณกุล และคณะ (2554) สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่แต่งงานงานแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 73.6 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ของตนเองหรือของคู่รัก ร้อยละ 63.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.2 ได้รับความช่วยเหลือประจำวันจากพ่อแม่ ร้อยละ 77.9 มักไม่ได้รับการดูแลจากสามี และมักจะหย่าร้าง ทารกที่คลอดออกมามักจะมีปัญหาพัฒนาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวข้างต้นมักเกิดในครอบครัวที่ไม่อบอุ่นและแข็งแรงพอ สำหรับในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดี ปัญหาดังกล่าวก็จะไม่เกิด นอกจากนี้ ครอบครัวของสตรีวัยรุ่นต้องเผชิญกับ

ความผิดหวัง อับอาย และได้รับคำวิพากษ์วิจารณ์จากการไม่ยอมรับของสังคม (วิจิตา สุขทั่วญาติ, 2551)

5. ผลกระทบต่อสังคม การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่นเป็นผลจากการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย ขาดการเตรียมความพร้อมทางเศรษฐกิจฐานะ และขาดความพร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทำให้อัตราการหย่าร้างหรือการไม่แต่งงานมีสูงขึ้น นอกจากนี้ อาจต้องออกจากระบบการศึกษา โอกาสที่จะกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาน้อยมาก ทำให้ขาดโอกาสในการศึกษาและการมีอาชีพที่มีรายได้ดี ส่งผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัวตามมา (WHO, 2012) มารดาวัยรุ่นต้องพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่เพียงพอ (Isaranurug et al., 2006)

การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นประเด็นที่สังคมไทยไม่ยอมรับและไม่สามารถปกปิดได้ สตรีวัยรุ่นต้องเผชิญกับสถานการณ์หลายอย่างในชีวิต ถือเป็นภาวะวิกฤตซ้อนวิกฤต วิกฤตเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการช่วงวัย และวิกฤตจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งสุขภาพของทารก นับว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่เป็นลูกโซ่อย่างต่อเนื่องและต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งสิ่งสำคัญในการที่จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม คือ การส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง

พฤติกรรมการคุมกำเนิด

ความหมายของพฤติกรรมการคุมกำเนิด

คำว่า “การคุมกำเนิด” โดยทั่วไป หมายถึง การควบคุมการเกิดหรือการป้องกันการตั้งครรภ์ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) สำหรับความหมายในเชิงทฤษฎี การคุมกำเนิด หมายถึง การป้องกันการปฏิสนธิหรือการป้องกันการตั้งครรภ์ (ชวนชม สกนธวัฒน์, 2540) สอดคล้องกับ สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2551) กล่าวว่า การคุมกำเนิด เป็นวิธีการที่จะป้องกันการเกิดอย่างหนึ่งโดยป้องกันการปฏิสนธิหรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้วหรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้วและฝังตัวเข้าไปในเยื่อโพรงมดลูก นอกจากนี้ Oxford Dictionary (2014) ให้ความหมายของการคุมกำเนิด หมายถึง การกระทำด้วยเจตนาที่จะใช้วัสดุ อุปกรณ์ หรือเทคนิคต่าง ๆ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ อุปกรณ์การคุมกำเนิด ได้แก่ ชนิดขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัย อนามัย ฮอร์โมนสังเคราะห์ซึ่งช่วยป้องกันการตกไข่ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน อุปกรณ์ที่ใส่ในมดลูกเพื่อป้องกันการปฏิสนธิ เช่น ห่วงอนามัย และการทำหมันชาย และหญิง

และ Barron's Medical Guide (2000) ให้คำจำกัดความในแง่มุมมองที่แตกต่างไปว่า การคุมกำเนิด หมายถึง กระบวนการ หรือเทคนิคที่ใช้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้ยาฮอร์โมนคุมกำเนิด วัสดุ หรืออุปกรณ์

สรุปได้ว่า การคุมกำเนิด หมายถึง การใช้อุปกรณ์ วัสดุ หรือเทคนิคต่าง ๆ เพื่อป้องกันการปฏิสนธิหรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้ว หรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้ว และฝังตัวเข้าไปในเยื่อบุโพรงมดลูกอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอโดยวิธีการคุมกำเนิด ประกอบด้วย 1) การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง 2) การใช้สิ่งขวางกั้น ได้แก่ ถุงยางอนามัย หมวกยางกั้นช่องคลอด หมวกยางครอบปากมดลูก ขาฆ่าเชื้ออสุจิ ห่วงอนามัย 3) การคุมกำเนิดแบบวิถีธรรมชาติ ได้แก่ การงดร่วมเพศ การหลั่งอสุจิกายนอก การนับระยะปลอดภัย

สำหรับการให้ความหมายพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้วิจัยที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด ได้แก่ การเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด (Contraceptive choice) ความถี่หรือความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด (Consistency) ความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์การคุมกำเนิด (Accuracy) วิธีการคุมกำเนิดที่ชื่นชอบมากที่สุดในช่วงเวลานั้น (Most preferred method) ประสิทธิภาพของอุปกรณ์การคุมกำเนิด (Effectiveness) และกระบวนการที่จะกระทำเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ Jaccard, Helbing, Wan, Gutman, and Kritz-Silverstein (1996) ได้ให้คำจำกัดความ พฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การที่บุคคลมีการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด มีการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องและมีวิธีการคุมกำเนิดที่ชื่นชอบมากที่สุดในช่วงเวลานั้น นอกจากนี้ การให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับชนิดของการคุมกำเนิด และความถี่ในการใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้น ๆ Heinrich (1993); Wang, Jain, and Hsu (2004); Wang et al. (2007) ได้ให้คำจำกัดความ พฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การที่บุคคลระบุวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เป็นประจำหรือความถี่ในการใช้วิธีการคุมกำเนิด อีกทั้งพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การใช้วิธีการคุมกำเนิด ณ ช่วงเวลานั้น (Durant, Seymore, Pendergrast, & Beckman, 1990) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (Gomes, Speizer, Oliveira, Moura, & Gomes, 2008; Kozinsky & Bártai, 2004) หรือเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกคนล่าสุด (Manlove, Ryan & Franzetta, 2004) นอกจากนี้ Hillman, Negriff, and Dorn (2010); Wang, Wang, & Hsu (2003) ให้คำจำกัดความว่า พฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การกระทำเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเพื่อใช้ในการตัดสินใจที่จะใช้วิธี

การคุมกำเนิดชนิดใด และช่วยแก้ปัญหาเมื่อไม่แน่ใจว่าการคุมกำเนิดนั้นปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ มีการคุมกำเนิดทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีการคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง หรือมีการพูดคุยปรึกษากับบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด (Wang et al., 2011)

ดังนั้น พฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของสตรีวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การแก้ปัญหาเมื่อไม่แน่ใจว่าการคุมกำเนิดนั้นปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ การพูดคุยปรึกษากับคู่อุป/แฟนหรือบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ เพื่อป้องกันการปฏิสนธิหรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้วหรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้ว และฝังตัวเข้าไปในเยื่อโพรงมดลูก ได้แก่ การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิดลูกจุน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง หรือการใช้สิ่งขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัย หมวกยางกั้นช่องคลอด หมวกยางครอบปากมดลูก ยาฆ่าเชื้ออสุจิ ห่วงอนามัยหรือการคุมกำเนิดแบบวิถีธรรมชาติ เช่น การงดร่วมเพศ การหลั่งอสุจิกายนอก การนับระยะปลอดภัย อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ

สถานการณ์การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นไทย

ข้อมูลสถานการณ์การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นไทยมีค่อนข้างจำกัด ดังนั้น ข้อมูลการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นจะปรากฏในการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา การสำรวจสถานการณ์การอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสะท้อนภาพการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นได้

ในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2546-2555) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2556) สำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างคือมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2, 5 และอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 เพศชายและหญิง จากทุกภาคของประเทศพบว่าวัยรุ่นทั้งเพศชายและหญิงมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้นประมาณเกือบ 2 เท่า จากร้อยละ 33.3 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2555 และมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้นประมาณเกือบ 3 เท่า จากร้อยละ 21.8 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 56.4 ในปี พ.ศ. 2555 สำหรับนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้นเพิ่มประมาณเกือบ 3 เท่า จากร้อยละ 30.4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 56.2 ในปี พ.ศ. 2555

สำหรับการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคนรักพบว่า กลุ่มนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 41.40 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 48.1 ในปี พ.ศ. 2555 และมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 มีการใช้ถุงยางอนามัยลดลง จากร้อยละ 77.4 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 43.8 ในปี พ.ศ. 2555 สำหรับนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.8 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 39.6 ในปี พ.ศ. 2555 อีกทั้งการใช้ถุงยางอนามัยครั้งในรอบปีที่ผ่านมาแฟนหรือคนรักโดยกลุ่มนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2555 และมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 22.2 ในปี พ.ศ. 2555 สำหรับนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.8 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2555 อย่างไรก็ตามเป็นที่สังเกตได้ว่านับจากปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคนรัก และในรอบปีที่ผ่านมาแฟนหรือคนรักเพิ่มขึ้นน้อยมาก

สอดคล้องกับการศึกษาของ Tangmunkongvorakul et al. (2011 b) ทำการศึกษาวิจัยการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ และการทำแท้งของวัยรุ่นเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,759 คน เพศชาย จำนวน 909 คน และเพศหญิง จำนวน 840 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา กลุ่มวิทยาลัยอาชีวศึกษา และกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือมหาวิทยาลัยพบว่า สตรีวัยรุ่นมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 34.4 โดยสตรีวัยรุ่นกลุ่มวิทยาลัยอาชีวศึกษามีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมา กลุ่มไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา และกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลายหรือมหาวิทยาลัย ร้อยละ 62.2, 52.7 และ 14.8 ตามลำดับ วิธีการคุมกำเนิดที่สตรีวัยรุ่นใช้เป็นประจำ คือ การหลั่งอสุจิภายนอก ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด และการนับระยะปลอดภัย ร้อยละ 44.7, 32.4, 25.2 และ 14.6 ตามลำดับ หากพิจารณาในแต่ละวิธีการคุมกำเนิด ได้แก่ การหลั่งอสุจิภายนอกเป็นวิธีที่สตรีวัยรุ่นกลุ่มวิทยาลัยอาชีวศึกษาใช้เป็นประจำมากที่สุด รองลงมา กลุ่มไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา และกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือมหาวิทยาลัย ร้อยละ 51.2, 39.1 และ 37.1 สำหรับถุงยางอนามัยนั้น สตรีวัยรุ่นกลุ่มวิทยาลัยอาชีวศึกษาใช้เป็นประจำน้อยที่สุด รองลงมา กลุ่มไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา และกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลายหรือมหาวิทยาลัย ร้อยละ 23.6, 35.6 และ 51.6 สำหรับการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิด สตรีวัยรุ่นกลุ่มวิทยาลัยอาชีวศึกษาใช้เป็นประจำน้อยที่สุด รองลงมา กลุ่มไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา และกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลายหรือมหาวิทยาลัย ร้อยละ 23.6, 26.4 และ 27.4 และการนับระยะปลอดภัย สตรีวัยรุ่นกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลายหรือมหาวิทยาลัย ใช้เป็นประจำมากที่สุด รองลงมา กลุ่มวิทยาลัยอาชีวศึกษา และกลุ่มไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา และร้อยละ 17.7, 15.7 และ 17.7 จะเห็น

ได้ว่า กลุ่มวิทยาลัยอาชีวศึกษามีการใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิดในอัตราต่ำสุด และมีการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบหลังภายนอกและนับระยะปลอดภัยอัตราสูงสุด

จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ทั่วประเทศ พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีประชากรสตรีอายุ 15-59 ปี จำนวนประมาณ 18.8 ล้านคน เป็นสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 13.7 และจากการสัมภาษณ์สตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 400,711 คน พบว่า มีการคุมกำเนิดโดยใช้วิธีการคุมกำเนิดใดวิธีหนึ่งร้อยละ 69.4 และวิธีการคุมกำเนิดที่เลือกใช้ส่วนใหญ่ คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 44.3 รองลงมาคือ ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 21.8 มีเพียงร้อยละ 0.7 ที่มีการใช้ถุงยางอนามัย (สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติสังคม, 2553)

นอกจากนี้ จากการสำรวจสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างมาจากศูนย์อนามัยทั่วประเทศ 12 เขต โดยทำการสำรวจวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 42,234 คน ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 19,209 และอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 5,407 คน พบว่า มีการคุมกำเนิดโดยใช้วิธีการใดวิธีวิธีหนึ่ง ในภาพรวมร้อยละ 83 เมื่อแยกพิจารณาที่มีการคุมกำเนิดโดยใช้วิธีการใดวิธีวิธีหนึ่ง นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 มีการคุมกำเนิดมากกว่ามัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 คือ ร้อยละ 85.2 และ 78.40 นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 วิธีการคุมกำเนิดที่ส่วนใหญ่นิยมใช้ คือ ถุงยางอนามัย รองลงมา คือ หลังสุจิภายนอกช่องคลอด ยาเม็ดคุมกำเนิด เม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน และนับระยะปลอดภัย ร้อยละ 64.8, 14.6, 9.7, 5.4, และ 3.8 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 วิธีการคุมกำเนิดที่ส่วนใหญ่นิยมใช้ คือ ถุงยางอนามัย รองลงมา คือ หลังสุจิภายนอกช่องคลอด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาเม็ดคุมกำเนิด และนับระยะปลอดภัย ร้อยละ 70.3, 12.8, 5.9, 4.9, และ 4.5 (วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, พิษานัน หน่วงษ์, รัชณี ลักขิตานนท์ และเบญญา ยมสาร, 2556)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น อัตราการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นพบว่า ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ ถึงแม้สถานการณ์การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ และเมื่อพิจารณาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษามีอัตราการคุมกำเนิดที่ต่ำที่สุด วิธีการคุมกำเนิดที่ส่วนใหญ่นิยมใช้ คือ ถุงยางอนามัย หลังสุจิภายนอกช่องคลอด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาเม็ดคุมกำเนิด และนับระยะปลอดภัย

ความสำคัญของการคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่มีประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์ นอกจากจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมแล้ว ยังมีความสำคัญที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อมารดาต่อบุตร ต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศ เมื่อพิจารณาในประเด็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของสตรีวัยรุ่นแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น คือ ประโยชน์ต่อสุขภาพของ

มารดาวัยรุ่นและบุตร ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประโยชน์ต่อสุขภาพของสตรีวัยรุ่นที่ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด ดังนี้ (สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ, 2551)

1. ประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของมารดาวัยรุ่นและบุตร มารดาที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากขึ้นไป ตั้งครรภ์ถี่ และมีบุตรมากย่อมมีอัตราการเจ็บป่วยทุพพลภาพ และอัตราการตายสูงจากการตั้งครรภ์การคลอดหรือการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556) การคุมกำเนิดจะทำให้สตรีส่วนใหญ่มีบุตรน้อยลง และมีบุตรห่างขึ้น การมีบุตรในระยะเวลาและอายุที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราเสี่ยงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ และช่วยลดการตายจากการทำแท้งผิดกฎหมาย (สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ, 2551) ดังนั้น การคุมกำเนิดจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้สตรีวัยรุ่นมีสุขภาพดี และยังช่วยลดงบประมาณของโรงพยาบาลและภาครัฐ ที่ไม่ต้องใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และการคลอด

การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นมีผลต่อบุตรก็เช่นเดียวกัน สตรีวัยรุ่นจะมีบุตรเมื่อตนเองปรารถนาและวางแผนไว้ ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย และคลอดก่อนกำหนด (วิชญา เวชยันต์ศฤงคาร, 2555; Kovavisarach et al., 2010; Phupong & Suebnukarn, 2007; Thato et al., 2007; Thaithae & Thato, 2011) บุตรที่เกิดมามีน้อยได้รับการเลี้ยงดูที่ดี รวมทั้งถ้าได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ ย่อมมีประโยชน์ต่อสุขภาพของลูกในด้านการได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ลูกจึงมีสุขภาพดี (สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ, 2551) นอกจากนี้ การคุมกำเนิดช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ลดปัญหาการทอดทิ้งและทารุณกรรมบุตร สตรีวัยรุ่นไม่ต้องลาออกจากโรงเรียนหรือพักการเรียนเพื่อมาเลี้ยงดูบุตรหรือเพื่อหารายได้ใช้จ่ายในครอบครัวช่วยยี่ระยะเวลาการศึกษาให้ยาวมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่ออาชีพและรายได้ของสตรีวัยรุ่นในอนาคต อันจะนำไปสู่สภาพเศรษฐกิจสังคมของชุมชนและประเทศชาติก็จะดีขึ้นตามไปด้วย (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556; ศรีเพ็ญ ต้นดิเวสส และคณะ, 2556; WHO, 2012)

2. ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นที่ทราบกันดีว่า วิธีคุมกำเนิดแบบสิ่งกีดขวาง ได้แก่ ถุงยางอนามัยทั้งชนิดที่ใช้กับฝ่ายชาย และฝ่ายหญิง รวมทั้งหมวกยางครอบปากมดลูก และยาฆ่าตัวอสุจิ สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ นอกจากนี้สามารถป้องกันผลตามมาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ ป้องกันการเป็นหมันจากการอักเสบในอุ้งเชิงกราน ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรค เช่น ซิฟิลิส และเชชไอวี สูทาร์ก (ปรีชา แจ่มวิถิลีศ และสมเกียรติ สิตวาริน, 2550; สุวชัย อินทรประเสริฐ และสัญญา ภัทรราชย์, 2551; Cunningham et al., 2010)

3. ประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด ฮอโมนคุมกำเนิดนอกจากป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคต่าง ๆ หลายโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น โลหิตจาง การตั้งครรภ์นอกมดลูก การอักเสบภายใน อังเชิงกราน เลียบปมมดลูก มะเร็งรังไข่และเยื่อโพรงมดลูก เป็นต้น นอกจากนี้ ยังช่วยให้ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ (สุวชัย อินทรประเสริฐ และสัญญา ภัทรราชย์, 2551; Ricci et al., 2013)

การคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยเจริญพันธุ์ วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นควรเป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว มีภาวะแทรกซ้อนน้อย ใช้ง่าย หาง่าย ราคาถูก ไม่ต้องพบแพทย์หรือไม่ต้องตรวจภายใน เนื่องจากวัยรุ่นมักจะอาย ไม่กล้าไปปรึกษา และกลัวการตรวจภายใน ถึงแม้ว่าการงดการมีเพศสัมพันธ์เป็นวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุด แต่สำหรับวัยรุ่นซึ่งอยู่ในสังคมที่มีสื่อ สิ่งยั่วยงทางเพศที่เปิดเผย และแพร่หลาย การงดการมีเพศสัมพันธ์ปฏิบัติได้ยาก อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มีวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุดสำหรับวัยรุ่น แต่มีวิธีคุมกำเนิดต่าง ๆ ให้เลือกหลายวิธีในการป้องกันการตั้งครรภ์ การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งย่อมจะดีกว่าไม่ใช้เลย วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีนั้นมีข้อดีข้อเสียต่าง ๆ กัน

วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ วิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ฮอโมน การใช้สิ่งกีดขวาง และแบบธรรมชาติ

1. วิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ฮอโมน ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และแผ่นยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง

1.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral contraceptive pills) เป็นฮอโมนสังเคราะห์ที่ใช้เพื่อป้องกันการตกไข่ และทำให้มูกบริเวณปากมดลูกเหนียวข้น สเปิร์มไม่สามารถผ่านเข้าไปปฏิสนธิกับไข่ได้ ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกมากกว่า 40 ปี และได้รับความนิยมสูงสุดในปัจจุบัน (Cunningham et al., 2010; Ricci et al., 2013) อีกทั้งมีการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันยาเม็ดคุมกำเนิดมีปริมาณของฮอโมนสังเคราะห์ลดต่ำลงทำให้อาการข้างเคียงต่าง ๆ ลดน้อยลงแต่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น (ยุพา พูนขำ และนางลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2550; Ricci et al., 2013)

ยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถแบ่งตามชนิดของฮอโมนได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1.1 ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม (Combination oral contraceptives: COCs) ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม ประกอบด้วย ฮอโมนเอสโตรเจนและโปรเจสติน สำหรับฮอโมน โปรเจสตินยับยั้งการตกไข่ และทำให้มูกบริเวณปากมดลูกเหนียวข้น สเปิร์มไม่สามารถผ่านเข้าไปปฏิสนธิกับไข่ได้ ส่วนฮอโมนเอสโตรเจนยับยั้งการตกไข่ และเยื่อโพรงมดลูกไม่เหมาะสมในการฝังตัว

ของไข่ (Cunningham et al., 2010) และทำให้ท่อนำไข่มีการเคลื่อนไหวลดลง ป้องกันไม่ให้สเปิร์มผ่านไปยังท่อนำไข่ (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013) ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม มี 2 แบบ คือ แผงละ 21 เม็ด หรือ 28 เม็ด สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม แผงละ 21 เม็ด รับประทานวันละ 1 เม็ด ทุกวัน เวลาเดียวกัน รับประทาน 3 สัปดาห์ หยุดรับประทานยา 1 สัปดาห์ เมื่อประจำเดือนมารับประทานยาในแผงถัดไปในวันแรกของการมีประจำเดือน และต้องไม่เกินวันที่ 5 ของการมีประจำเดือน และยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม แผงละ 28 เม็ด ประกอบด้วย สอร์โมนคุมกำเนิด 21 เม็ด ส่วนอีก 7 เม็ด เป็นยาหลอก (Placebo) หรือมีปริมาณเอสโตรเจนต่ำ ๆ รับประทานวันละ 1 เม็ด ทุกวัน เวลาเดียวกัน โดยรับประทานยาในวันแรกของการมีประจำเดือน และต้องไม่เกินวันที่ 5 ของการมีประจำเดือน (McKinney et al., 2013) มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดทางทฤษฎีถึงร้อยละ 99.9 แต่ประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ ร้อยละ 92-96 การที่มีประสิทธิภาพลดลงมาก เนื่องจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือลืมรับประทานยา ข้อดีของการใช้สอร์โมนรวมคุมกำเนิด คือ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ทำให้ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ แก่ปวดประจำเดือน รักษาสิว และสอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มวลกระดูกมีความแข็งแรงมากขึ้น อาการข้างเคียงมีน้อยมาก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เต้านมคัดตึง สำหรับอาการเลือดออกกะปริบกะปรอยมักเกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนแรกของการรับประทานยา ข้อจำกัดในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด คือ ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยไม่ลืมรับประทานยา และเริ่มรับประทานภายใน 5 แรกของการมีประจำเดือน จึงจะมีประสิทธิภาพในการใช้สูงตามทฤษฎี (ยุพา พูนขำ และนางลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2550; McKinney et al., 2013)

1.1.2 ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสโตเจนอย่างเดียว (Progestogen-only pills: POPs) ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีสอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่างเดียว เป็นยาเม็ดกลุ่มที่ไม่มีเอสโตรเจน บางคนเรียก Minipills คือ มีโปรเจสโตเจนปริมาณน้อยและเท่ากันทุกเม็ด แต่ละแผงจะมี 28 เม็ด หรือ 35 เม็ด ยาคุมกำเนิดชนิดนี้ไม่มีอาการข้างเคียงของเอสโตรเจน แต่ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดต่ำกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดชนิดสอร์โมนรวม เพราะการระงับการตกไข่ไม่แน่นอน หากตั้งครรภ์โอกาสที่เป็นครรภ์นอกมดลูกจะสูงขึ้นเล็กน้อย (Cunningham et al., 2010; McKinney et al., 2013) ประเทศไทยขณะนี้มียาชนิดเดียว คือ Exluton[®] มี 28 เม็ดต่อแผง (ยุพา พูนขำ และนางลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2550)

1.2 ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (Emergency contraceptive pills) ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน มีชื่อเรียกหลายชื่อ ได้แก่ ยาคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศ (Postcoital pills) ถ้าหากใช้รับประทานหลังการมีเพศสัมพันธ์ ถ้าหากใช้ในวันรุ่งขึ้น เรียกว่า ยาเม็ดหลังตื่นนอน (Morning after pills) และเพื่อไม่ให้เข้าใจผิดว่าเป็นวิธีคุมกำเนิดปกติ ปัจจุบันจึงเรียกว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ใช้ภายใน 72

ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นยาฮอร์โมนที่ใช้รับประทานภายหลังมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิดมาก่อนหรือกำลังใช้แต่มีปัญหา เช่น ลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด หรือถุงยางอนามัยขาด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินมี 2 แบบ คือ แบบดั้งเดิมฮอร์โมนรวมเอสโตรเจน และโปรเจสติน และแบบใหม่มี 2 ชนิด คือ ได้แก่ ฮอโมน โปรเจสตินอย่างเดียว และฮอโมน ลิโวเนอร์เจสเตรล (Levonogestrel) (สุวชัย อินทรประเสริฐ และสัญญา ภัทรราชัย, 2551; McKinney et al., 2013)

ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินชนิดฮอร์โมนรวมเอสโตรเจนและโปรเจสติน ขนาด 30 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 เม็ด และอีก 4 เม็ด ใน 12 ชั่วโมงถัดมา ซึ่งมีประสิทธิภาพต่ำ และอาการข้างเคียงมาก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน จึงไม่นิยมใช้ สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินชนิดฮอร์โมนโปรเจสติน อย่างเดียว ขนาด 0.75 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ให้เร็วที่สุด และเม็ดที่สองภายหลังรับประทานยาเม็ดแรก 12 ชั่วโมง และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินชนิดฮอร์โมนลิโวเนอร์เจสเตรล ขนาด 1.5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ภายใน 72 ชั่วโมง หลังมีเพศสัมพันธ์หรือเรียกว่า Plan B One-stop ซึ่งองค์การอาหารและยา (The Food and Drug Administration: FDA) ประเทศสหรัฐอเมริการับรองประสิทธิภาพการคุมกำเนิดและอาการข้างเคียง และสนับสนุนให้สตรีวัยรุ่นใช้ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสามารถคุมกำเนิดได้ผลดีถึงร้อยละ 80 (Ricci et al., 2013) อาการข้างเคียงน้อย ถ้าใช้ทันทีหรือภายใน 3 ชั่วโมงแรก ถ้าหากรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินเป็นประจำหรือมากกว่า 4 เม็ดต่อเดือน จะไม่ช่วยให้ประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์สูงขึ้น แต่จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินอย่างถูกต้องสามารถลดภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้เพียงร้อยละ 75 เท่านั้น (ภารดี ชาญสมร และสัญญา ภัทรราชัย, 2550)

1.3 ยาฉีดคุมกำเนิด (Injectable contraceptive) เป็นสารเคมีชนิดหนึ่งคล้ายฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่มีผลยับยั้งการตกไข่ สร้างฮอร์โมน Follicle Stimulating Hormone (FSH) และ Luteinizing Hormone (LH) มีผลให้เพิ่มมูกบริเวณช่องคลอด และมีลักษณะเหนียวข้นขึ้น และทำให้เยื่อโพรงมดลูกเหี่ยวไม่เหมาะกับการฝังตัวของไข่ (Ricci et al., 2013) ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดเป็นวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราว และประสิทธิภาพสูงที่นิยมใช้แพร่หลายในประเทศไทย ยาฉีดคุมกำเนิดที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ Depot Medroxy Progesterone Acetate (DMPA) มีขนาดยา 150 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับสตรีวัยรุ่นอีกวิธีหนึ่ง เนื่องจากคุมกำเนิดได้นาน ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง ไม่ต้องเป็นภาระในการรับประทานยาทุกวัน มีความเป็นส่วนตัว สะดวกในการใช้เพียงมารับการฉีดยาคุมกำเนิดตามนัด ข้อจำกัด คือ ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจะทำให้ประจำเดือนเปลี่ยนแปลง เลือดออกกะปริบกะปรอย

หรือไม่มีประจำเดือน ซึ่งต้องให้คำอธิบายและความเข้าใจกับวัยรุ่นที่เลือกใช้รวมถึงผลข้างเคียง เช่น น้ำหนักเพิ่ม ปวดหัว ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลง (มานพชัย ธรรมคัน โธ, 2553; Ricci et al., 2013)

1.4 ยาฝังคุมกำเนิด (Implantable contraceptive) เป็นสารเคมีคล้ายฮอร์โมนโปรเจสติน มีผลยับยั้งการตกไข่ และทำให้มูกบริเวณปากมดลูกเหนียวข้น อสุจิไม่สามารถผ่านเข้าไปผสมกับไข่ได้ (Ricci et al., 2013) เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง และออกฤทธิ์นาน 3-5 ปี ขึ้นกับชนิดที่ใช้ โดยชนิดหลอดเดี่ยว (Implanon) คุมกำเนิดได้นาน 3 ปี และชนิด 2 หลอด (Jadella) คุมกำเนิดได้นาน 5 ปี สำหรับชนิด 6 หลอด (Norplant) สามารถคุมกำเนิดได้นาน 5 ปี เนื่องจากเป็นฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียว จึงมีผลข้างเคียงเลือดออกกะปริบกะปรอย หรือไม่มีประจำเดือนได้บ่อย อย่างไรก็ตามวิธียาฝังคุมกำเนิดเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยรุ่นที่มีคูรักร่วมกัน เนื่องจากคุมกำเนิดได้นาน ไม่มีภาระต้องกังวลกับการลืมรับประทานยา และมีความเป็นตัวแทนเหมาะสมกับสตรีวัยรุ่นที่ไม่สามารถติดตามหรือรับบริการคุมกำเนิดได้ง่าย แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องมารับบริการใส่และถอดโดยแพทย์ (มานพชัย ธรรมคัน โธ, 2553; Ricci et al., 2013)

1.5 แผ่นยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง (Transdermal contraceptive patches) เป็นวิธีการคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมโปรเจสเตอโรน และเอสโตรเจนรูปแบบใหม่ ผลยับยั้งการตกไข่ และทำให้มูกบริเวณปากมดลูกเหนียวข้น ที่ฮอร์โมนสามารถซึมผ่านผิวหนังบริเวณที่แปะ ซึ่งผู้ใช้เป็นผู้ควบคุมเอง เริ่มใช้ติดผิวหนังภายใน 5 วันแรกของการมีประจำเดือน โดยใช้ติดไว้แผ่นละ 1 สัปดาห์ รวม 3 แผ่น โดยเปลี่ยนไม่ซ้ำตำแหน่งที่ติดผิวหนังเดิมแล้ววัน 1 สัปดาห์ ให้ประจำเดือนมา สามารถใช้ติดผิวหนังตามต้นแขน หลัง สะโพก ท้องน้อย ยกเว้นด้านนม ข้อจำกัดคือ ราคาแพง และต้องรับผิดชอบในการใช้และบริหารยาให้ถูกต้อง (Cunningham et al., 2010; Ricci et al., 2013)

2. วิธีการคุมกำเนิดโดยการใช้สิ่งขวางกั้น (Barrier methods) เป็นวิธีการป้องกันการปฏิสนธิระหว่างอสุจิกับไข่ ได้แก่ ถุงยางอนามัย หมวกยางกั้นช่องคลอดและหมวกยางครอบปากมดลูก ยาฆ่าอสุจิ และห่วงอนามัย

2.1 ถุงยางอนามัย (Condom) เป็นวิธีการคุมชั่วคราวที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย โดยถุงยางอนามัยมี 2 แบบ คือ สำหรับเพศชายและหญิง ซึ่งเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้วัสดุเป็นตัวขวางกั้นไม่ให้มีการสัมผัสโดยตรงของอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งเพศชายและหญิง จึงป้องกันการหลั่งอสุจิเข้าสู่ช่องคลอด วัสดุที่ใช้เป็นยางลาเทกซ์ (Latex) หรือโพลียูรีเทน (Polyurethane) ถุงยางอนามัยเป็นวิธีที่ได้ผลทั้งการคุมกำเนิด การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ (Cunningham et al., 2010; Ricci et al., 2013) สำหรับถุงยางอนามัยสตรี ในประเทศไทยไม่นิยมใช้เพราะราคาแพง วิธีการใช้ที่ยากและไม่สะดวก ถุงยางอนามัยชายจึงเป็นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากหาง่าย

ราคาถูก ใช้แล้วทิ้ง ไม่ต้องเป็นภาระในการทำความสะอาด แต่อาจส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ใช้ เช่น ลดความรู้สึกสัมผัส ขัดจังหวะการร่วมเพศ ต้องอาศัยความร่วมมือของฝ่ายชาย และต้องหาที่ทิ้งให้เหมาะสมหลังการใช้ (Cunningham et al., 2010) สำหรับประสิทธิภาพของการใช้ถุงยางอนามัยชาย พบอัตราการตั้งครรภ์ 14 ราย ใน 100 ราย ของการใช้วิธีนี้ใน 1 ปี เนื่องจากถุงยางอนามัยรั่วแตก ถิ่นหลุด จึงเป็นข้อควรระวังของการใช้ถุงยางอนามัยชาย ควรใช้วิธีอื่นร่วมด้วย (Dual method) เช่น การใช้ยาฆ่าอสุจิ การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด (มานพชัย ธรรมคัน โธ, 2553; Cunningham et al., 2010)

2.2 หมวกยางกั้นช่องคลอด (Diaphragm) เป็นวัสดุที่กั้นขวางการปฏิสนธิระหว่างอสุจิกับไข่ หมวกยางกั้นช่องคลอดเป็นวัสดุที่ทำจากยางลาเทกซ์ (Latex) มีลักษณะเป็นรูปโค้งครึ่งวงกลม (Dome) ภายในล้อมรอบด้วยโลหะที่มีลักษณะยืดหยุ่น (Metal spring) ผู้ใช้ต้องใส่หมวกยางกั้นช่องคลอดครอบปากมดลูก และควรใส่ก่อนการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า 4 ชั่วโมง และไม่ควรถอดหมวกยางกั้นช่องคลอดก่อน 6 ชั่วโมง หลังจากการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ หมวกยางกั้นช่องคลอดจะมียาฆ่าเชื้ออสุจิ (Cunningham et al., 2010; Ricci et al., 2013) หมวกยางกั้นช่องคลอดมีหลายขนาด ที่ใช้บ่อยจะมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 65 ถึง 85 มิลลิเมตร ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด พบอัตราการตั้งครรภ์ 12.3 ใน 100 ราย ของการใช้วิธีนี้ใน 1 ปี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ควรใช้ร่วมกับยาฆ่าอสุจิ วิธีการนี้อาจไม่เหมาะสมในวัยรุ่นที่ต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ก่อนล่วงหน้า ฝึกทักษะในการใส่และถอดอย่างถูกวิธี และอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่ายุ่งยาก (มานพชัย ธรรมคัน โธ, 2553)

2.3 หมวกยางครอบปากมดลูก (Cervical cap) เป็นวัสดุที่กั้นขวางการปฏิสนธิระหว่างอสุจิกับไข่เช่นกัน หมวกยางครอบปากมดลูกทำจากซิลิโคน (Silicone) หรือยางลาเทกซ์ (Latex) มีขนาดเล็กกว่าหมวกยางกั้นช่องคลอด มีลักษณะคล้ายถุงยางอนามัยขนาดเล็ก ผู้ใช้ใส่หมวกยางครอบปากมดลูกบริเวณปากมดลูก เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ได้รับการรับรองจาก Planned Parenthood ประเทศสหรัฐอเมริกาว่ามีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด ทั้งนี้ ต้องใช้อย่างถูกต้อง โดยต้องใส่หมวกยางครอบปากมดลูกนานมากกว่า 12 ชั่วโมงก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ควรถอดออกก่อน 8 ชั่วโมงหลังการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (Ricci et al., 2013) แต่ในทางปฏิบัติมักจะมีประสิทธิภาพด้อย เนื่องจากมักใส่ไม่คลุมปากมดลูก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ควรใช้ร่วมกับยาฆ่าอสุจิ วิธีการนี้อาจไม่เหมาะสมในวัยรุ่นที่ต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ก่อนล่วงหน้า ฝึกทักษะในการใส่และถอดอย่างถูกวิธี และอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่ายุ่งยาก (มานพชัย ธรรมคัน โธ, 2553)

2.4 ยาฆ่าอสุจิ (Spermicide) เป็นการใส่สารเคมีขวางกั้น (Chemical barrier) ยาฆ่าอสุจิประกอบด้วย Nonoxoyol 9 และ Octoxynol 9 สารเคมีเหล่านี้จะทำลายสเปิร์มและสามารถ

ป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย รูปแบบของยาฆ่าอสุจิมิทั้งรูปแบบเจล โฟม หรือ แผ่นฟิล์มบาง ๆ (Cunningham et al., 2010; Ricci et al., 2013) ผู้ใช้ต้องไว้ใส่ภายในช่องคลอดก่อน มีเพศสัมพันธ์ 10-15 นาที วิธีการคุมกำเนิดวิธีนี้เหมาะกับวัยรุ่นหากใช้ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย เพราะสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดใกล้เคียงกับยาเม็ด คุมกำเนิดเมื่อมีการใช้ร่วมกับถุงยางอนามัย แต่ในประเทศไทยไม่นิยมใช้เพราะราคาและวิธีการใช้ ที่ยุ่งยาก และไม่สะดวก ต้องมีการเตรียมตัวล่วงหน้า หากมีปัญหาในการใส่ภายในช่องคลอด อาจเกิดการระคายเคืองและแฉะเเทอะได้ (นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2550; มานพชัย ธรรมคัน โธ, 2553)

2.5 ห่วงอนามัย (Intrauterine device: IUD) เป็นวัสดุขนาดเล็กรูปร่างคล้ายตัว T ห่วงอนามัยมี 2 ชนิด คือ ชนิดที่มีส่วนผสมของฮอร์โมน และทองแดง สำหรับห่วงอนามัยที่มี ส่วนผสมของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ใส่เข้าไปในช่องคลอด มีผลให้ป้องกันการปฏิสนธิระหว่าง อสุจิกับไข่ และทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะสมกับการฝังตัวของไข่ อาการข้างเคียงจะทำให้ ประจำเดือนมีปริมาณน้อยลง ระยะเวลาในการมีประจำเดือนสั้นลง ลดอาการปวดประจำเดือน เหมาะสำหรับสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนรุนแรง สำหรับห่วงอนามัยที่มีส่วนผสมของทองแดง เป็นวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวที่เหมาะสมในรายที่มีข้อบกพร่องหรือข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมน มีผลทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบาง และมูกบริเวณปากมดลูกเหนียวข้น (Ricci et al., 2013) ใช้ในกรณีที่สตรี วัยรุ่นที่ต้องการคุมกำเนิดระยะเวลา 3-5 ปี และคู่รักของสตรีวัยรุ่นไม่มีคู่นอนหลายคน ข้อดี คือ ไม่มี ผลจากฮอร์โมน หากใช้ห่วงอนามัยที่มีส่วนผสมของทองแดงจะช่วยให้ประจำเดือนมาปกติ ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง กรณีที่ใช้ห่วง TCu 380 A จะมีประสิทธิภาพในทางทฤษฎี พบอัตราการตั้งครรภ์ 0.60 ราย ในสตรีที่ใช้วิธีนี้ 100 ราย ในการใช้วิธี 1 ปี ข้อควรระวัง คือ ต้องระวังการติดเชื้อ โดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ และมีคู่นอนหลายคน จึงต้องพิจารณา เลือกใช้รายที่เหมาะสม และควรเลือกใส่ห่วงอนามัยในวัยรุ่นที่มีประจำเดือนมาเป็นปกติ (มานพชัย ธรรมคัน โธ, 2553)

3. วิธีการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ ได้แก่ การหลั่งอสุจินอกช่องคลอด และการนับระยะ ปลอดภัย

3.1 การหลั่งอสุจินอก (Withdrawal) เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ต้องเตรียมตัว ล่วงหน้า และไม่ต้องใช้ยาและเครื่องมือ ฝ่ายชายเป็นผู้ควบคุมการหลั่งอสุจิระหว่างการมี เพศสัมพันธ์ และควบคุมการหลั่งภายนอกช่องคลอด แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ต่ำ เนื่องจากฝ่ายชายอาจไม่สามารถควบคุมไม่ให้มีการหลั่งน้ำอสุจิภายในช่องคลอดได้ และวิธีการนี้ อาจมีผลต่อความรู้สึกในการมีเพศสัมพันธ์ของฝ่ายหญิงที่ไม่ถึงจุดสุดยอดก่อนถอนองคชาติ (นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2550; Ricci et al., 2013)

3.2 การนับระยะปลอดภัย (Safe period) เป็นการงดร่วมเพศในวันที่ไม่ปลอดภัย วิธีนี้จะใช้ได้ก็ต่อเมื่อสตรีวัยรุ่นมีรอบประจำเดือนค่อนข้างสม่ำเสมอ คือ รอบประจำเดือนที่สั้นสุดและยาวสุดไม่แตกต่างกันเกิน 10 วัน วิธีหาวันปลอดภัยหรือแยกวันไม่ปลอดภัย ถ้าจะให้ปลอดภัยสตรีควรเก็บสถิติรอบประจำเดือนของตนไว้อย่างน้อย 12 เดือน แล้วคิดคำนวณวันไม่ปลอดภัยจากสูตรการคำนวณ อาจเป็นวิธีที่ซับซ้อนและยุ่งยากในการนับสำหรับวัยรุ่น วิธีนี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ต่ำ จึงไม่เหมาะกับวัยรุ่นที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูง (นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2550; Ricci et al., 2013)

วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น คือ ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดควรเลือกชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ติว ฝ้าน้อย น้ำหนักตัวไม่เพิ่มหรือเพิ่มน้อย จะทำให้มีการยอมรับมากขึ้น แต่ถ้าร่วมเพศโดยไม่มีการคุมกำเนิดมาก่อนการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน เป็นวิธีที่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดี แต่ต้องใช้อย่างถูกต้องและไม่ควรใช้เป็นประจำ ส่วนวิธีอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้วสามารถเลือกนำมาใช้ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละคน ซึ่งวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีก็มีข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัด สำหรับสตรีวัยรุ่นแตกต่างกัน สิ่งที่สำคัญ คือ สตรีวัยรุ่นควรได้รับคำแนะนำปรึกษาเรื่องการใช่วิธีคุมกำเนิดต่าง ๆ อย่างถูกต้อง เนื่องจาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ได้มาก การใช้วิธีคุมกำเนิด 2 วิธี (Dual method) คือการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีอื่นอีก 1 วิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฆ่าเชื้อ หรือยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง ก็จะเพิ่มความมั่นใจในประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์

แนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม

แนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม ของ Montaña and Kasprzyk (2008) พัฒนามาจากทฤษฎีตามแบบแผน (Theory of planned behavior) และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) ที่เชื่อว่าความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรม โดยที่มีปัจจัยหลัก 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม คือ เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Perceived norms) และพลังความสามารถของบุคคล (Personal agency) และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Other components) ที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม

มโนทัศน์หลักแนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ คือ

1. เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) หมายถึง การที่บุคคลแสดงความรู้สึก (Affective) และความคิด (Cognitive) ต่อการกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

จากประสบการณ์ตรง และแสดงออกมาในรูปแบบของความรู้สึกและความคิดเห็นเชิงบวกหรือลบ เช่น ชอบ-ไม่ชอบ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การแสดงความรู้สึก (Emotion) ที่มีต่อการกระทำ พฤติกรรม (Experiential attitude or affective) และประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม (Instrumental attitude or cognitive)

1.1 การแสดงความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Experiential attitude or affective) หมายถึง บุคคลแสดงความรู้สึกที่ตอบสนองความคิดในการที่จะกระทำพฤติกรรม ถ้าบุคคลแสดงความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นอย่างมากก็จะตอบสนองโดยการไม่กระทำพฤติกรรม ถ้าบุคคลเห็นด้วยเป็นอย่างมากหรือต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นอย่างมากก็จะตอบสนองโดยการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

1.2 การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม (Instrumental attitude or cognitive) หมายถึง ความคิด (Cognitive) ถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำ พฤติกรรม เช่นเดียวกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) และทฤษฎี ตามแบบแผน (Theory of planned behavior) Fishbein and Ajzen (1975) กล่าวว่า เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมเป็นผลมาจากปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (Behavior beliefs) ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อ (Evaluation outcomes) กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางบวก (Positive outcome) เขาก็จะมีเจตคติในทางที่เห็นด้วยกับพฤติกรรมนั้น ๆ ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางลบ (Negative outcome) เขาก็จะมีเจตคติในทางที่ไม่เห็นด้วยหรือต่อต้านพฤติกรรม

2. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Perceived norms) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากสังคมและการรับรู้การกระทำของบุคคลในสังคมต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับรู้การยอมรับการกระทำพฤติกรรม และการสนับสนุนในการกระทำพฤติกรรมจากกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และการรับรู้การกระทำพฤติกรรมของกลุ่มอ้างอิง (Descriptive norms)

2.1 การรับรู้การยอมรับการกระทำพฤติกรรมจากกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณหรือกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญต่อเขานั้นคาดหวัง ต้องการให้เขากระทำ พฤติกรรมนั้น ๆ หรือเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับการกระทำพฤติกรรม (Fishbein & Ajzen, 1975) บุคคลหรือกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา คู่รัก ครอบครัว กลุ่มเพื่อน ครู-อาจารย์ ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงนี้จะเป็นตัวกำหนด

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความกดดันทางสังคมที่มีต่อการตัดสินใจของบุคคลให้กระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ กลุ่มอ้างอิงจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ เช่น การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น เพื่อนเป็นบุคคลสำคัญต่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าพ่อแม่ เป็นต้น

2.2 การรับรู้การกระทำพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน (Descriptive norms) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณหรือกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญต่อเขานั้นกระทำพฤติกรรมอย่างไร ในทางตรงข้าม หากรับรู้ว่าคุณในสังคม กลุ่มอ้างอิงที่สำคัญต่อเขาหรือเครือข่ายทางสังคมไม่กระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำตามหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

3. **พลังความสามารถของบุคคล (Personal agency)** หมายถึง พลังความสามารถ (Power) ที่เกิดขึ้นจากตนเอง และปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ (Environmental factors) ที่ส่งผลให้บุคคลก้าวข้าม ปัญหา หรือสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด พลังความสามารถของบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับรู้การควบคุม (Perceived control) และความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

3.1 การรับรู้การควบคุม (Perceived control) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมของบุคคลว่ามีปัจจัยต่าง ๆ เพียงพอหรือไม่ที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น มีโน้ตส์การรับรู้การควบคุม Montaño and Kasprzyk (2008) พัฒนามาจากโน้ตส์การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ของทฤษฎีตามแบบแผน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความยาก-ง่ายในการควบคุมการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งบุคคลตัดสินใจความยาก-ง่ายด้วยความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง (Control beliefs) ความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง คือ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจจะเป็นเอื้ออำนวยหรืออุปสรรคต่อการควบคุมการกระทำพฤติกรรม

3.2 ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะก้าวข้ามปัจจัยหรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคหรือเรื่องท้าทาย ยังมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากเท่าใดก็จะก่อให้เกิดพลังความสามารถที่จะส่งผลต่อความตั้งใจในกระทำพฤติกรรมมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งมีโน้ตส์ความสามารถของตนเอง Montaño and Kasprzyk (2008) พัฒนามาจากทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) ซึ่งทฤษฎีความสามารถของตนเอง เดิมเป็นแนวคิดหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive learning theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง เพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในตนเอง แม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่

อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ Bandura (1997) อธิบายว่า การที่บุคคลจะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่

3.2.1 ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ มาปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังอาจมีหลายรูปแบบ เช่น ความปลอดภัยจากการเป็นโรคต่าง ๆ หรือการไม่ประสบอุบัติเหตุ เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย (Physical effects) ส่วนผลลัพธ์ทางสังคม (Social effects) เช่น การได้รับการยอมรับ การมีชื่อเสียง และผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-evaluative reaction to one's own behavior) เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

3.2.2 ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อว่า ตนเองสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดไว้ ซึ่งสิ่งนั้นมีความสำคัญมากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เช่น ความเชื่อสำคัญมากและจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังในที่สุด

อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Bandura (1986) อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อพฤติกรรม โดยผ่านกระบวนการ 4 กระบวนการ ดังนี้

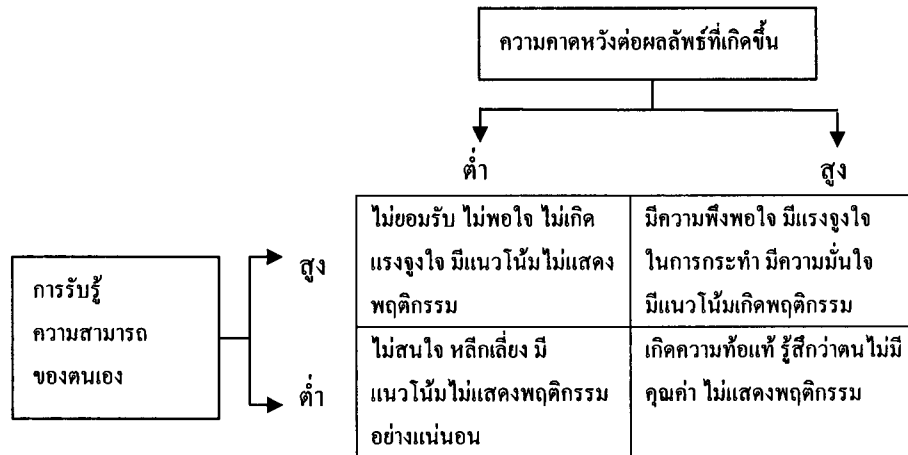
1. กระบวนการคิด (Cognitive process) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อกระบวนการคิด คือ จะมีส่วนช่วยสนับสนุน หรือป็นthonความพยายามที่จะปฏิบัติภารกิจ โดยจากการประเมิน และคาดการณ์ต่อสถานการณ์ในอนาคต ตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคิดว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติภารกิจนั้น ๆ ให้สำเร็จได้ ส่วนบุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะคิดว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติภารกิจนั้น ๆ ให้สำเร็จได้ คิดว่าตนจะต้องประสบความล้มเหลว

2. กระบวนการจูงใจ (Motivation process) ผลจากกระบวนการคิด เมื่อบุคคลคิดถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติภารกิจก็จะเกิดความคาดหวัง ซึ่งความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นนั้นจะเป็นแรงจูงใจเพิ่มความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติภารกิจนั้น ๆ ให้สำเร็จ

3. กระบวนการด้านอารมณ์ (Affective process) บุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกันจะส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ต่างกัน เมื่อต้องเผชิญกับงานที่มีความยาก และซับซ้อน คือ หากบุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะเกิดความเครียด วิตกกังวล และสับสน ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะไม่เกิดความเครียด ไม่วิตกกังวล ไม่กลัว และไม่สับสน นอกจากนี้ ยังชอบที่จะทำงานที่มีความยากท้าทาย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ

4. กระบวนการเลือก (Selection process) เมื่อบุคคลประเมินหรือรับรู้ความสามารถของตนเองแล้วจะส่งผลไปถึงขั้นของการตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติภารกิจผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยง เพราะไม่มั่นใจต่อความสำเร็จของภารกิจนั้น ๆ

การแสดงพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นแสดงดังภาพที่ 2 (Bandura, 1997)



ภาพที่ 2 พฤติกรรม และสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1997, p. 20)

ดังนั้น Montañó and Kasprzyk (2008) ได้แยกความสามารถของตนเองออกจากการรับรู้การควบคุม เนื่องจากเชื่อว่า การที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองก็จะก้าวข้ามปัจจัยหรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคเพื่อให้ไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

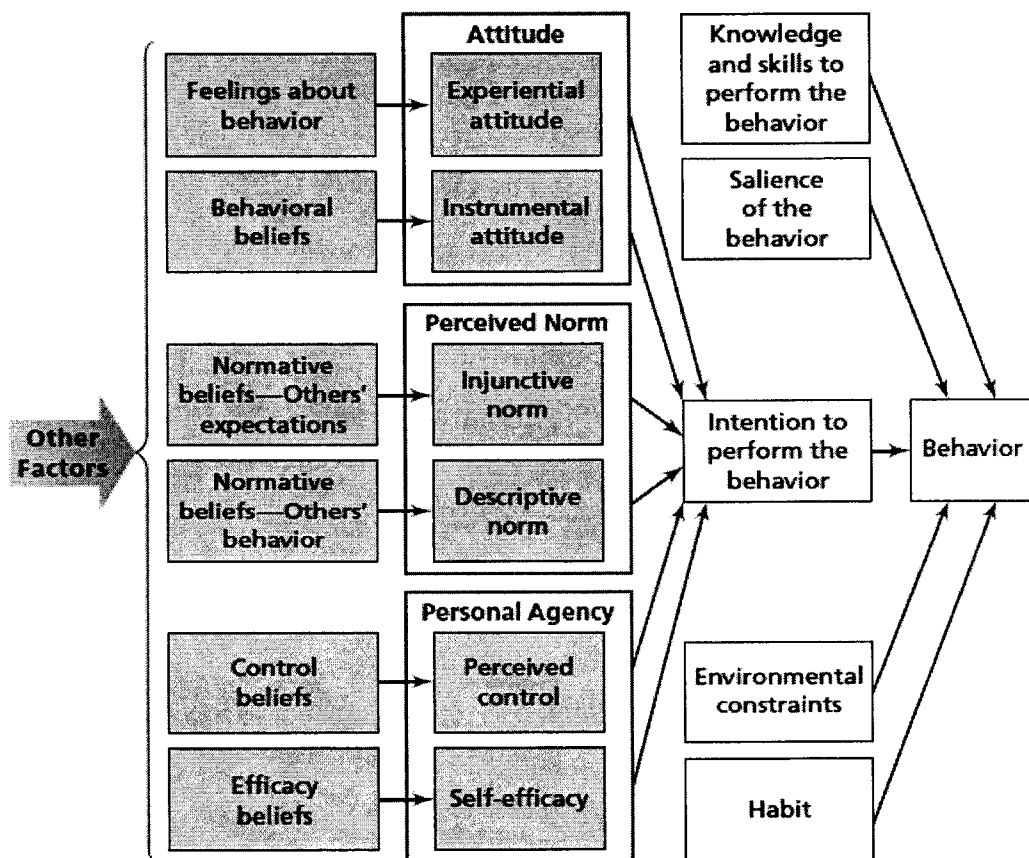
4. ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Intention to perform the behavior)

หมายถึง ความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมในทิศทางที่แน่นอน ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม (Ajzen, 1991) และเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลพร้อมที่จะการกระทำพฤติกรรม (Ajzen, 2002) โดยแสดงออกความตั้งใจ (Intend) การวางแผน (Plan) ความพยายาม (Try) หรือการจะกระทำ (Will do) ความตั้งใจจะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ทิศทาง (Direction) ได้แก่ การที่กระทำหรือไม่กระทำ และน้ำหนักของการตัดสินใจที่จะกระทำ (Intensity of a decision) ได้แก่ จำนวนครั้งและความมุ่งมั่นในการเตรียมพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม (Sheeran, 2002) ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Perceived behavioral control) และพลังความสามารถของบุคคล (Personal agency) มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม

5. พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลที่แสดงออกมาให้เห็นได้ ต่อสถานการณ์หนึ่ง ๆ (Action) ที่มีเป้าหมายของการกระทำ (Target) ภายใต้สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม (Context) และมีระยะเวลาของการกระทำ (Time)

6. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง (Other components) ส่งผลโดยตรงต่อการกระทำ พฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม (Salience of the behavior) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental constraints) และพฤติกรรม ที่กระทำเป็นประจำ (Habit)

จะเห็นได้ว่า บุคคลกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมเกิดจากเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐาน ทางสังคม และพลังความสามารถของบุคคล นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การกระทำพฤติกรรม มโนทัศน์และความสัมพันธ์ตามแนวคิด IBM สามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 3 (Montaño & Kasprzyk, 2008)



ภาพที่ 3 มโนทัศน์ และความสัมพันธ์ตามแนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม

(The Integrated Behavior Model) (Montaño & Kasprzyk, 2008, p. 70)

แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

จากการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ และงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิดส่วนใหญ่ มุ่งเน้น เพื่อป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยนำหัวข้อเรื่องการคุมกำเนิดเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีกิจกรรมการเสริมสร้างทักษะปฏิบัติเสริมการมีเพศสัมพันธ์ และการเจรจาต่อรองให้มีการใช้ถุงยางอนามัย (ศรีณย์พร อังสกุล, 2551) นอกจากนี้ ผู้ที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อวัยรุ่น ได้แก่ พ่อแม่ (ผาสุข แก้วเจริญตา และคณะ, 2556; Pruttasarote, 2005) ครูหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารสถานศึกษา แกนนำผู้ปกครอง แกนนำชุมชน แกนนำนักเรียน (Sota & Somart, 2013) เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดถูกต้องและสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบปรากฏการณ์การเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของสตรีวัยรุ่นยังมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การศึกษาเชิงทดลองน่าจะมีกลยุทธ์หรือวิธีการสอนที่มีความจำเพาะในการส่งเสริมให้มีการคุมกำเนิดครั้งแรก และทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งการพูดคุยเรื่องเพศและการคุมกำเนิดอย่างเปิดเผยกับบุคคลในครอบครัวและครูนั้น สตรีวัยรุ่นยังไม่สามารถพูดคุยได้อย่างสะดวกใจ กลุ่มเพื่อน และคูร์ัก/แฟน จึงเป็นบุคคลที่สตรีวัยรุ่นยอมรับและกล้าเปิดเผยข้อมูลเรื่องเพศและการคุมกำเนิดมากที่สุด ดังนั้น การศึกษาน่าจะเป็นในกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นมากที่สุด คือ พ่อแม่ ครู และกลุ่มเพื่อน

อีกทั้ง การศึกษาที่มีความครอบคลุมทุกมิติ มีความจำเพาะเจาะจงที่จะทำความเข้าใจ และสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นได้นั้น อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น หากสตรีวัยรุ่นสามารถควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สามารถสร้างอำนาจในการต่อรองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การใช้วิธีการคุมกำเนิด และตัดสินใจที่จะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ปลอดภัยสำหรับตนเอง ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ

ดังนั้น ควรต้องศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด IBM ของ Montaña and Kasprzyk (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น โดยมีปัจจัยปัจจัยภายในบุคคล และภายนอกบุคคล และปัจจัยอื่น ๆ ที่จะส่งผลต่อกระบวนการคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม การคุมกำเนิดเพื่อให้ได้ความรู้ที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น จึงควรต้องศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ครอบคลุมทุกมิติของการเกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ปัจจัยเชิงสาเหตุพฤติกรรม การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ประกอบด้วย การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรม

การคุมกำเนิด เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ โดยแต่ละปัจจัยเหล่านี้ น่าจะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน ดังนี้ 1) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด 2) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านเจตคติ ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจ ในการคุมกำเนิด 3) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังความสามารถ ของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด 4) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านพลัง ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจในการคุมกำเนิด 5) พลัง ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจ ในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด 6) พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดโดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด 7) ความตั้งใจในการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และ 8) อำนาจ ความสัมพันธ์ทางเพศมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด สามารถอธิบายความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุได้ดังนี้

1. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Perceived norms for contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การยอมรับ หรือการสนับสนุนของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น จากพ่อแม่ กลุ่มเพื่อน และคู่รัก/ แฟน และการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน สตรีวัยรุ่นรับรู้บรรทัดฐาน ทางสังคมผ่านบุคคลอ้างอิงที่มีความสำคัญหรือบุคคลในสังคม บุคคลอ้างอิงที่มีความสำคัญ หรือบุคคลในสังคมที่สตรีวัยรุ่นให้ความสำคัญและยอมรับ ได้แก่ คู่รัก กลุ่มเพื่อน พ่อแม่ และครู (Kenyon et al., 2010) โดยที่บุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำพฤติกรรม การคุมกำเนิด การที่วัยรุ่นจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีนั้น พ่อแม่ถือว่าเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ในการมีเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น (Commendador, 2010) การยอมรับ การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การสื่อสารกับบุตรสาว เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย อันควร การตั้งครภ์ และการคุมกำเนิด ส่งผลให้สตรีวัยรุ่นมีการคุมกำเนิด (DiClemente et al., 2001)

นอกจากนี้วัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากตัวแบบในสังคม นั่นคือ กลุ่มเพื่อนในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งคล้ายกับการศึกษาอื่น ๆ พบว่า เครือข่ายของวัยรุ่นแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อสมาชิกในเครือข่ายให้มีโอกาสเสี่ยงหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงได้ (Fongkaew, Soivong, Sri-onsri, Matanboon, & Tangmunkongworrakul, 1998) ดังนั้น คู่รัก และกลุ่มเพื่อนจึงเป็นแหล่งข้อมูล เรื่องเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด (Berglund et al., 1997) ถ้ายทอดความคาดหวังทางสังคม และการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศในกลุ่มวัยรุ่น (Fisher & Fisher, 1992) แสดงให้เห็นว่า พ่อแม่ เพื่อน และคู่อริก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1.1 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับ พฤติกรรมการคุมกำเนิด (Perceived parent support contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้ของ สตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การยอมรับ หรือการสนับสนุนของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ของสตรีวัยรุ่น จากการศึกษาการสื่อสารระหว่างบิดา มารดากับบุตรสาววัยรุ่นที่มีประสพการณ์ การมีเพศสัมพันธ์ อายุ 14-18 ปี พบว่า หากพ่อแม่มีการสื่อสารในระดับน้อยมีแนวโน้มที่บุตรสาว จะไม่มีการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและความสามารถในการเจรจาต่อรองกับ คู่รักให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในระดับต่ำกว่ากลุ่มที่พ่อแม่มีการสื่อสารในระดับมากถึง 1.7 เท่า (OR = 1.7, 95% CI = 1.0-2.9, $p < .06$) และ 1.8 เท่า (OR = 1.8, 95% CI = 1.2-2.7, $p < .002$) (DiClemente et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaccard and Dittus (2000) พบว่า สตรีวัยรุ่น ที่รับรู้ว่าการดายอมรับให้มีการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดในระดับมากเพิ่มโอกาสในการคุมกำเนิด มากกว่าการรับรู้ว่าการดายอมรับให้มีการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดในระดับต่ำถึง 1.16 เท่า (OR = 1.16, 95% CI = 1.06-1.27, $p < .001$) และจากการศึกษาของ Wayuhuerd et al., (2010) พบว่า การรับรู้ ว่าบุคคลสำคัญ ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ดูแล กลุ่มเพื่อน คู่รัก ครู แพทย์/ พยาบาล ต้องการให้มีการใช้ถุงยาง อนามัยมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .23, p < .01$) และมีอิทธิพล ทางอ้อมต่อการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .08, p < .01$)

1.2 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการคุมกำเนิด หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การยอมรับ หรือ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น จากการศึกษาของ Fekadu and Kraft (2002) พบว่า การรับรู้ว่าเป็น/ กลุ่มเพื่อนยอมรับเกี่ยวกับการคุมกำเนิด (Subjective norm) สามารถทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิด ($\beta = .33, p < .001$) อีกทั้ง การรับรู้ว่าบุคคลสำคัญ มีความต้องการให้มีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยาง อนามัย ($\beta = .23, p < .001$) (Janepanish, Dancy, & Park, 2011)

1.3 การรับรู้การสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Perceived partner support contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การยอมรับหรือการสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น สตรีวัยรุ่น เกิดการรับรู้โดยผ่านกระบวนการทางปัญญา ประสบการณ์การเรียนรู้ หรือความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิด จากการศึกษาของ Koniak-Griffin and Stein (2006) พบว่า วัยรุ่นที่มีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective norms) คือ การรับรู้ยอมรับหรือไม่ยอมรับการใช้ถุงยางอนามัย และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยจากพ่อแม่ เพื่อน คู่รัก มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ได้แก่ ความสุข ความรู้สึก และการเป็นธรรมชาติในการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .001$) และมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกัน ได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ และโรคเอดส์ของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .01$) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันเป็นตัวแปรที่อยู่ภายใต้ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Wang et al. (2008) พบว่า อิทธิพลทางสังคม (Social influences) ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อการคุมกำเนิดในวัยรุ่นที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์เพศหญิง ($\beta = .57, p < .05$)

1.4 การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน (Perceived peers performing contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อการปฏิบัติของเพื่อนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด กลุ่มเพื่อน (Peers) จะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลอย่างมากในการตัดสินใจ และการกระทำในเรื่องต่าง ๆ วัยรุ่นต้องการความรัก ความเข้าใจ ความไว้วางใจ และการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นจะมีลักษณะที่ต้องการมีสัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อนรุ่นเดียวกันมากกว่าบุคคลในวัยอื่น วัยรุ่นจึงพยายามปรับตัวและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากการศึกษาของ Jenkins et al. (2002) พบว่า วัยรุ่นที่มีการแลกเปลี่ยนปัญหาส่วนตัวกับกลุ่มเพื่อนเพิ่มความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่รักเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อไปมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการแลกเปลี่ยนปัญหาส่วนตัวกับเพื่อนในระดับต่ำถึง 3.31 เท่า ($OR = 3.31, 95\% CI = 0.96-11.41, p < .06$) การรับรู้ว่าคุณกลุ่มเพื่อนใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการรับรู้ว่าคุณเพื่อนใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่มีคู่รักแบบแน่นอนถึง 1.6 เท่า ($OR = 1.6, 95\% CI = 1.22-2.11, p < .001$) วัยรุ่นที่คิดว่าเพื่อนใช้ถุงยางอนามัยมีการใช้ถุงยางอนามัยที่สม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ไม่คิดว่าเพื่อนใช้ถุงยางอนามัย ถึง 2.9 เท่า ในเพศหญิง ($OR = 2.9, 95\%$

CI = 1.7-4.9, $p < .001$) และ 4.6 เท่า ในเพศชาย (OR = 4.6, 95% CI = 2.6-8.2, $p < .001$) (Bobrova, Sergreev, Grechukhina, & Kapiga, 2005) การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดในกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Wang et al., 2004) จากการสังเคราะห์งาน (Meta-analysis) วิจัยทางด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม (Heterosexual) พบว่า การรับรู้แรงกดดันทางสังคม (Perceived social pressure) ได้แก่ พ่อแม่ เพื่อนสนิท และคู่อภิเษกที่ยอมรับการใช้ถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย ($r = 0.26, p < .05$) (Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999)

ดังนั้น เมื่อสตรีวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณคลในสังคมคาดหวัง ยอมรับ และสนับสนุนในการกระทำ พฤติกรรมการคุมกำเนิด และรับรู้ว่าคุณคลในสังคมกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิดอย่างไรก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความตั้งใจในการคุมกำเนิด จากการศึกษาของ Fekadu and Kraft (2002) พบว่า การรับรู้ว่าเพื่อน/ กลุ่มเพื่อนยอมรับเกี่ยวกับการคุมกำเนิด (Subjective norm) สามารถทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิด ($\beta = .33, p < .001$) และการรับรู้การคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน/ กลุ่มเพื่อน (Descriptive norms) สามารถทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิด ($\beta = .33, \beta = .20, p < .001$)

2. เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Attitude toward contraception behavior) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ของสตรีวัยรุ่นที่มีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดตามความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ของตนเอง ประเมินผลลัพธ์ของการคุมกำเนิด และผลกระทบที่ตามมาจากการตั้งครรภ์ที่ไม่มีการคุมกำเนิดทั้งทางด้านบวก จากการศึกษาของ Abiodun and Balogun (2009) ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิดของนักศึกษาหญิง ที่ศึกษาระดับอุดมศึกษา ประเทศไนจีเรีย อายุ 15-24 ปี จำนวน 600 คน พบว่า นักศึกษาหญิง มีการคุมกำเนิดในระดับต่ำ เนื่องจากกลัวผลข้างเคียงของการคุมกำเนิด สอดคล้องกับศึกษาของ พิชราลักษณ์ สุวรรณ (2549) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในวัยรุ่น เขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 คน พบว่า สตรีวัยรุ่นมีความเชื่อว่าการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดจะทำให้อ้วน เกิดสิว ฝ้า หน้าอกและบั้นท้ายหย่อนยาน จึงพยายามเลี่ยงที่จะรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด อีกทั้ง จากการศึกษาของ Gilliam, Warden, Goldstein, and Tapia (2004) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีอายุ 18-26 ปี จำนวน 40 คน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาฮอร์โมนคุมกำเนิด และปัญหาที่ตามมาต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด การมีเลือดออก น้ำหนักเพิ่มขึ้น สิว และอาการคลื่นไส้ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้สตรีวัยรุ่นไม่คุมกำเนิด และคุมกำเนิดที่ไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยาเม็ดฮอร์โมนคุมกำเนิดต่อ

อารมณ์ ได้แก่ รู้สึกว่าอารมณ์ดีขึ้น รู้สึกว่าอารมณ์เสียง่าย ตื่นเต้นง่าย เสร้า้ง่าย เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความไม่ต่อเนื่อง และการเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิด ($B = 10.89, p < .03$) (Sander, Graham, Bass, & Bancroft, 2001)

นอกจากนี้ เจตคติต่อการคุมกำเนิดของวัยรุ่นมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นให้ความสำคัญกับความสุขในการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์หรือการป้องกันการตั้งครรภ์ วิธีการคุมกำเนิดที่สามารถสะท้อนให้เห็นความเชื่อที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ คือ ถุงยางอนามัยซึ่งเป็นวิธีการคุมกำเนิดวิธีเดียวที่ใช้ขณะมีเพศสัมพันธ์และต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งสองฝ่ายโดยฝ่ายชายเป็นผู้ใส่ และฝ่ายหญิงเป็นผู้ให้ความร่วมมือ แต่ทั้งนี้ มุมมองความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายและหญิงมีความแตกต่างและส่งผลต่อเจตคติและการใช้ถุงยางอนามัย จากการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์ (2544) พบว่า การที่สตรีวัยรุ่นที่ต้องการให้วัยรุ่นชายใช้ถุงยางอนามัยเพราะต้องการให้มีการหลังภายในช่องคลอด ไม่ต้องถอนอวัยวะเพศขณะถึงจุดสุดยอด ในขณะที่วัยรุ่นชายเชื่อว่าการหลังในร่างกายผู้หญิงถือว่าเป็นความสุขสุดยอดของการได้มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรัก (พัชรลักษณ์ สุวรรณ, 2549)

จากการศึกษาของ Skinner et al. (2009) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การตั้งครรภ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ตามการรับรู้ เจตคติ และประสบการณ์ของสตรีวัยรุ่นออสเตรเลีย อายุ 14-19 ปี จำนวน 68 คน พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยก่อให้เกิดความยุ่งยาก และขัดจังหวะการร่วมเพศ สตรีวัยรุ่นที่มีเจตคติทางลบต่อการใช้ถุงยางอนามัยก็จะไม่มีการเตรียมการที่จะใช้และใช้ถุงยางอนามัย สำหรับสตรีวัยรุ่นที่แสวงหาความพึงพอใจและประสบการณ์ทางเพศที่ใกล้ชิดก็จะนึกคิดวาดภาพการใช้ถุงยางอนามัยเชิงลบ เช่น ไม่สะดวกสบาย ขาดความรู้สึกสัมผัส รู้สึกไม่ใช่มาร่วมเพศ ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญต่อแรงจูงใจในการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้สตรีวัยรุ่นให้เหตุผลที่ในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย เช่น คูรักไม่ต้องการที่จะใช้ถุงยางอนามัยระหว่างมีการร่วมเพศ มีความรู้สึกทางเพศที่ดีเมื่อไม่สวมถุงยางอนามัย สอดคล้องกับศึกษาของ Srisuriyawet (2006) พบว่า สตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มีความเชื่อเกี่ยวกับความสุขในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($B = 0.69, p < .05$)

อีกทั้ง การตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่วัยรุ่นวิตกกังวลและกลัวมากที่สุด (อนงค์ ประสานนันทกิจ และคณะ, 2552; Srisuriyawet, 2006) เนื่องจาก การตั้งครรภ์ไม่สามารถปกปิดได้ต้องออกจากโรงเรียน เสียอนาคต ไม่อยากให้พ่อแม่ ครู หรือเพื่อนรู้ ถ้าหากสตรีวัยรุ่นขาดการตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก็จะไม่คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ (Singh, Darroch, Vlassoff, & Nadeau, 2004) จากการศึกษาของ Williamson, Buston, and Sweeting (2009) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

เรื่อง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของสตรีวัยรุ่น อายุ 20 ปี จำนวน 16 คน พบว่า การตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เช่น ความล้มเหลวในการใช้ถุงยางอนามัย ลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการวางแผน จากสาเหตุดังกล่าวทำให้สตรีวัยรุ่นมีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ Skinner et al. (2009) การที่ขาดการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน นอกจากนี้ การกีดกันการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยเอื้อต่อการใช้ถุงยางอนามัย (Roye & Seals, 2001)

จะเห็นได้ว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดเกิดจากความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด ประสิทธิภาพการคุมกำเนิด และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สตรีวัยรุ่นที่มีเจตคติทางบวกต่อการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอ (Brücker et al., 2004) และความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Wang & Chiou, 2008)

3. พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Personal agency regarding contraceptive behavior) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นถึงความสามารถในควบคุมตนเอง และความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการควบคุมสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับคู่อีก การควบคุมสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด พลังความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

3.1 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Perceived contraceptive behavioral control) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมให้มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก/แฟน การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับมาก (Perceived behavioral control) มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและพฤติกรรมอย่างสูง (Armitage & Conner, 2001) สตรีวัยรุ่นที่มีความสามารถในการควบคุมตนเองระดับสูงเพิ่มโอกาสในการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าสตรีวัยรุ่นที่มีความสามารถในการควบคุมตนเองระดับต่ำ (Pearson, 2006)

3.2 ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด (Self-efficacy toward contraceptive use) หมายถึง หมายถึง ความมั่นใจของสตรีวัยรุ่นในพฤติกรรมการคุมกำเนิดของตนเอง ประกอบด้วย การหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การแก้ปัญหาเมื่อไม่แน่ใจว่าการคุมกำเนิดนั้นปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ การพูดคุยปรึกษากับคู่อีก/ แฟนหรือบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ เพื่อป้องกันการปฏิสนธิ หรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้วหรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้วและฝังตัวเข้าไปในเยื่อโพรงมดลูก ได้แก่ การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง หรือการใช้สิ่งขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัย หมวกยางกั้น

ช่องคลอด หมวกยางครอบปากมดลูก ยาฆ่าเชื้ออสุจิ ห่วงอนามัย หรือการคุมกำเนิดแบบวิธีธรรมชาติ เช่น การงดร่วมเพศ การหลั่งอสุจิกายนอก การนับระยะปลอดภัย อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจาก จากการสถานการณ์แนวโน้มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์มีสถิติเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น อีกทั้งถุงยางอนามัยสามารถใช้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ นอกจากนี้ เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเป็นส่วนใหญ่ (Longmore, Manning, Giordano, & Rudolph, 2003) แต่สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผน จึงมักขาดการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง (Levinson, 1986)

จากการศึกษาของ Taffa, Klepp, Sundby, and Bjune (2002) พบว่า ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) และจากการศึกษาของ Koniak-Griffin and Stein (2006) พบว่า ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, p < .001$) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, p < .001$) และความสามารถของตนเองสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .23, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Wang et al. (2008) พบว่า ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิดสามารถทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิดในวัยรุ่นที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในเพศหญิง ($\beta = .31, p < .05$) และความสามารถของตนเองต่อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .34, p < .01$) นอกจากนี้ การรับรู้การควบคุมสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มสตรีวัยรุ่น ($\beta = .35, p < .001$) (Fazekas, Senn, & Ledgerwood, 2001)

4. ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Intention to use contraceptive) หมายถึง การแสดงออกของสตรีวัยรุ่นถึงความตั้งใจที่จะคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การแสดงออกถึงความตั้งใจที่จะคุมกำเนิด การวางแผนการคุมกำเนิด การจูงใจให้คู่รัก/ แฟนใช้วิธีการคุมกำเนิด การเตรียมหรือจัดหาให้มีผลิตภัณฑ์คุมกำเนิดไว้ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ ความตั้งใจเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลมีเจตนาและมีการวางแผนอย่างน้อยเพียงใดในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนี้จะคงอยู่จนกระทั่งถึงเวลาที่เหมาะสม บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สอดคล้องกับความตั้งใจ (Ajzen, 1988; Conner & Armitage, 1998) ทั้งนี้ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านความมั่นคงของความตั้งใจ และความสอดคล้องของการกระทำ (Action)

เป้าหมาย (Target) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม (Context) และเวลา (Time) ของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen & Fishbein, 1980) ความตั้งใจเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลพร้อมที่จะทำการกระทำพฤติกรรมในทิศทางที่แน่นอนอน (Ajzen, 1991) โดยแสดงออกความตั้งใจ (Intend) การวางแผน (Plan) หรือการจะกระทำ (Will do) ความตั้งใจจะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ทิศทาง (Direction) ได้แก่ การที่กระทำหรือไม่กระทำและน้ำหนักของการตัดสินใจที่จะกระทำ (Intensity of a decision) ได้แก่ จำนวนครั้ง และความมุ่งมั่นในการเตรียมพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม (Sheeran, 2002)

จากการศึกษาของ Wayuhverd et al. (2010) ทำการศึกษาการพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา อายุ 17-21 ปี จำนวน 607 คน เพศชาย จำนวน 275 คน เพศหญิง จำนวน 332 คน พบว่า ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .35, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rhodes et al. (2007) ทำการศึกษาติดตามการใช้ถุงยางอนามัยในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง พบว่า ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในอีก 3 เดือน ข้างหน้า ($\beta = .47, p < .001$) ในเพศหญิง และเพศชาย ($\beta = .46, p < .001$) และจากการศึกษาของ Thato et al. (2003) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา ที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ อายุ 11-20 ปี จำนวน 195 คน เพศชาย จำนวน 138 คน เพศหญิง จำนวน 57 คน พบว่า วัยรุ่นมีวางแผนการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อไปสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่อีกครั้งล่าสุด ($\beta = .40, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Janepanish et al. (2011) ทำการศึกษาความสม่ำเสมอในการใช้ถุงยางอนามัยของเพศชายที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม อายุ 20-39 ปี จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มที่มีการวางแผนการใช้ถุงยางอนามัยในระดับมากเพิ่มโอกาสในการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่ากลุ่มที่มีการวางแผนการใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำถึง 1.7 เท่า ($OR = 1.7, p < .01$)

5. อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (Power in sexual relationship) หมายถึง หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นถึงการควบคุมความสัมพันธ์กับคู่อีก/ แฟน และสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองในการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการตั้งครรภ์ (Amoro, 1995; Wingood & DiClemente, 2000) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความไม่เสมอภาคในความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการศึกษาเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศกับ

พฤติกรรมการคุมกำเนิด อีกทั้ง ยังไม่มีความชัดเจนว่าอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดอย่างไร ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพที่มีการวิเคราะห์อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมการคุมกำเนิด

เมื่อกล่าวถึงอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ จะมีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมทางเพศหรือบรรทัดฐานทางสังคมที่ขัดเกลาบุคคลในสังคมให้เกิดความแตกต่างในเรื่องเพศ การศึกษาอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศที่ผ่านได้พยายามที่จะนำเอาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศสถานะ (Gender) อำนาจ (Power) และสตรีนิยม (Feminist) เข้ามาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องเรื่องเพศและการคุมกำเนิด (Fullilove, Fullilove, Haynes, & Gross, 1990; Cong Bui et al., 2010; Holland, Ramazanoglu, Scott, Sharpe, & Thomson, 1990)

อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศเป็นสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายใต้วัฒนธรรมทางเพศ จากการศึกษา กลุ่มสตรีอเมริกาที่มีรายได้น้อย พบว่า วัฒนธรรมทางเพศของชุมชนผิวดำอนุญาตให้เพศชายมีอิสระทางเพศ แต่สตรีไม่สามารถกระทำได้ วัฒนธรรมทางเพศจึงเป็นข้อจำกัดความสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ความไม่เสมอภาคของอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ และการขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Fullilove et al., 1990) สตรีวัยรุ่นที่ไม่มีเสมอภาคทางเพศระหว่างหญิงชายนำไปสู่การขาดความสามารถในการเจรจาต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ Cong Bui et al. (2010) ศึกษาบทบาทความสัมพันธ์หญิงชายและการสื่อสารเรื่องเพศของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในเขตสามเหลี่ยมปากแม่น้ำโขง ประเทศเวียดนาม พบว่า จารีตประเพณีที่ฝังอยู่ในบทบาททางเพศและบรรทัดฐานทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการขาดความสามารถในการสื่อสารเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เช่น การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

สำหรับประเทศไทยก็ปรากฏความไม่เสมอภาคในอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ เช่นเดียวกัน อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศเป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่ในบรรทัดฐานทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมเรื่องเพศเป็นสิ่งที่ฝังลึกอยู่ในวิถีชีวิตครอบครัว การเลียดูและขัดเกลาทางสังคมทำให้เกิดความแตกต่างในความเป็นชายหญิง นอกจากนี้ความคาดหวังในบทบาททางเพศที่แตกต่าง ประกอบกับสองมาตรฐานทางเพศที่ปรากฏอย่างเด่นชัดทำให้อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศของสตรีน้อยลง จากบรรทัดฐานทางสังคมที่ไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในสตรีวัยรุ่น ในทางตรงข้ามวัยรุ่นชายมีอิสระทางเพศและเป็นที่ยอมรับในสังคม หากแม้ปัจจุบันการติตราการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสไม่ได้รุนแรงดังอดีตที่ผ่านมา แต่ยังคงปรากฏสองมาตรฐานในเรื่องเพศเช่นในอดีต จากการศึกษาของ Tangmunkongvorakul et al. (2005) พบว่า สตรีวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสมากขึ้น แต่สองมาตรฐานในเรื่องเพศทำให้สตรีวัยรุ่น ไม่กล้าเปิดเผย ไม่กล้า

แสดงออกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเพศ ปฏิบัติตัวตามความคาดหวังของสังคม คือ เป็นสตรีที่ดี ไม่ได้ตอบ เชื้อฟิง สตรีวัยรุ่นจึงขาดอำนาจในความสัมพันธ์ทางเพศและแสดงพฤติกรรมที่มีลักษณะขัดแย้ง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตามความต้องการของคู่รัก เพื่อแสดงออกถึงความรักและเป็นเครื่องผูกมัด ความสัมพันธ์ ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกกลัวการมีเพศสัมพันธ์ และเมื่อปัญหาที่ตามจากการมีเพศสัมพันธ์ไม่กล้าบอกความจริงกับคู่รัก ไม่กล้าปรึกษากับคู่รัก/แฟน เนื่องจาก กลัวคู่รัก/แฟน ไม่รักเหมือนเดิม ถูกปฏิเสธ และถูกทอดทิ้ง ดังนั้น สตรีวัยรุ่นจึงมีแนวโน้มที่ได้รับผลกระทบ ทางลบที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม หรือ การติดเชื้อโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์

ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดเรื่องอำนาจความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ผู้วิจัย สรุปรูป อำนาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การควบคุมความสัมพันธ์และการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของ Pulerwitz et al. (2000) ซึ่งได้พัฒนา เครื่องมือวัดอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (Sexual Relationship Power Scale: SRPS) และได้ให้ คำจำกัดความ อำนาจความสัมพันธ์ระหว่างเพศ คือ ความสามารถของคู่รักฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในการกระทำกิจกรรมอย่างอิสระ (Ability of one partner to act independently) สามารถที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ (To dominate decision making) สามารถที่จะเข้าไปต่อต้านความปรารถนา (To engage in behavior against a partner's wish) หรือควบคุมการกระทำพฤติกรรมอีกฝ่ายหนึ่ง (To control a partner's action) จากผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มที่มีระดับอำนาจในความสัมพันธ์ทางเพศ ระดับสูงมีการยืนยันการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่ากลุ่มที่มีระดับอำนาจในความสัมพันธ์ทางเพศระดับต่ำถึง 4.95 เท่า (OR = 4.95, 95% CI = 1.20-20.42, $p < .05$) (Pulerwitz, Amaro, DeJong, Gortmaker, & Rudd, 2002)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาทั่วไปพบว่า สมมติฐานสนับสนุนอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัย แต่จากการศึกษาของ Gutierrez, Oh, and Gillmore (2000) พบว่า การรับรู้อำนาจส่วนบุคคล อำนาจระหว่างบุคคล และ อำนาจความสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามการรับรู้อำนาจส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเจรจาต่อให้มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำในเพศหญิง ($r = 0.28, p < .05$) มากกว่าเพศชาย ($r = 0.18, p < .05$) หากพิจารณาในกลุ่มสตรีพบว่า ความสามารถในการเจรจาต่อรองให้มีการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.25, p < .05$) และจำนวนครั้งของการใช้ถุงยางอนามัยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($r = 0.29, p < .05$)

สอดคล้องกับศึกษาของ Hahm, Lee, Rough and Strathdee (2012) โดยใช้ทฤษฎีเพศภาวะ และอำนาจมาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมทางเพศของสตรีพบว่า สตรีมีอำนาจในความสัมพันธ์ทางเพศต่ำ มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนปัจจุบันร้อยละ 51 มีการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 63 และร้อยละ 18 ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย แต่การรับรู้อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก การมีคู่นอนมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติดชนิดฉีด และการมีคู่นอนหลายคนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคล (สถานที่เกิด และการศึกษา) ครอบครัว (การสื่อสารในครอบครัว) และชุมชน (ความนิยมชมชอบของชุมชน) พบว่า กลุ่มสตรีที่มีการรับรู้อำนาจในความสัมพันธ์ทางเพศระดับปานกลางและต่ำมีแนวโน้มที่จะถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก การมีคู่นอนมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติดชนิดฉีด และการมีคู่นอนหลายคนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีที่มีการรับรู้อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศระดับสูงมากถึง 4 เท่า (OR = 4.06, 95% CI = 1.45-11.35, $p = .01$)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถสนับสนุนอำนาจมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการคุมกำเนิด (Pulerwitz et al., 2000, 2002; Tschann, Adler, Millstein, Gorvey, & Ellen, 2002) ดังนั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดเรื่องอำนาจในการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ และพฤติกรรมการคุมกำเนิด อย่างไรก็ตาม โครงสร้างของอำนาจมีหลายมิติ ทั้งจากมิติการควบคุมความสัมพันธ์ (Relationship control) และการตัดสินใจ (Decision-making) ซึ่งเป็นทั้งทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์การทำความเข้าใจพฤติกรรมการคุมกำเนิด

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการคุมกำเนิดจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการคุมกำเนิด ซึ่งความตั้งใจในการคุมกำเนิดเป็นตัวเชื่อมกลางระหว่างพฤติกรรมการคุมกำเนิดกับปัจจัยทั้ง 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด นอกจากนี้ ยังมีเป็นปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นนั้น คือ อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ โดยแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการคุมกำเนิด ดังนี้ 1) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด 2) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจในการคุมกำเนิด 3) เจตคติ

ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อความพึงความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม
การคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด 4) เจตคติต่อพฤติกรรม
การคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านพึงความสามารถ
ของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจในการคุมกำเนิด 5) พึงความสามารถของตนเอง
ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรม
การคุมกำเนิด 6) พึงความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อม
ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด 7) ความตั้งใจในการคุมกำเนิด
มีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรมการคุมกำเนิด และ8) อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศมีอิทธิพลทางตรง
พฤติกรรมการคุมกำเนิด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น สร้างแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น และตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Structure Equation Model: SEM) เนื่องจากปัจจัยเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น เป็นปัจจัยที่มีความซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อีกทั้ง มีปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรง และทางอ้อมต่อพฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ทั้งนี้ การวิเคราะห์แบบจำลองสมการ โครงสร้างเชิงเส้นเป็นวิธีการทางสถิติที่ยอมรับให้มีการตรวจสอบชุดของความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นหนึ่งตัวแปรหรือมากกว่าหนึ่งตัวแปรกับตัวแปรตามหนึ่งตัวแปรหรือมากกว่าหนึ่งตัวแปรไปพร้อม ๆ กัน นอกจากนี้ สามารถวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง หรือแยกวิเคราะห์เฉพาะตัวแปร (Factors) หรือตัวแปรวัดได้ (Measurement variables) (Byrne, 2008) และแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในภาพรวมของแบบจำลอง และรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการยืนยันหรือสนับสนุนว่า โครงสร้างหรือรูปแบบความสัมพันธ์ในรูปของสาเหตุและผลระหว่างตัวแปรเหล่านั้นมีความเป็นไปได้หรือไม่จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย บริบทการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พิธีกฤษฎีของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

บริบทการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในสตรีวัยรุ่นที่ศึกษาสถาบันการศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษา ภาครัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ทั้งหมด จำนวน 9 แห่ง การจัดการศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษา เปิดสอน 2 หลักสูตร คือ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง (ปวส.) และมีการจัดการศึกษา 3 ระบบ คือ การศึกษาในระบบปกติ การศึกษาทวิภาค และการศึกษานอกระบบ สำหรับการจัดการศึกษาในระบบปกติ เป็นการจัดการเรียนการสอนในเวลาราชการ การศึกษาระบบทวิภาคี

เป็นการจัดการศึกษาวิชาชีพที่เกิดจากข้อตกลงระหว่างสถานศึกษากับสถานประกอบการ ในเรื่อง การจัดการหลักสูตร การเรียนการสอน การวัดและการประเมินผล โดยผู้เรียนใช้เวลาส่วนหนึ่ง ในสถานศึกษา และเรียนภาคปฏิบัติในสถานประกอบการ และการศึกษานอกระบบ เป็นการจัดการ การศึกษาวิชาชีพที่มีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบวิธีการศึกษา ระยะเวลา การวัด และการประเมินผลที่เป็นเงื่อนไขของการสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาและหลักสูตรจะสอดคล้องกับ สภาพปัญหาและความต้องการของบุคคลแต่ละกลุ่ม เช่น การสอนหลักสูตรระยะสั้น ดังนั้น การศึกษาระบบทวิภาคีและและการศึกษานอกระบบ จึงเป็นการจัดการศึกษาที่ยืดหยุ่น และเอื้อ ประโยชน์แก่ผู้เรียนทั้งในช่วงเวลาการจัดการเรียนการสอนนอกเวลาราชการ ได้แก่ วันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลาเย็น-ค่ำ หรือวันเสาร์-อาทิตย์ การจัดการศึกษาในระบบปกติ ทั้ง 2 หลักสูตร หลักสูตร การศึกษามีหน่วยกิตไม่น้อยกว่า 103 หน่วยกิต มีระยะเวลาเวลาการศึกษา 3 ปีการศึกษา เรียน ภาคเรียนละ 18 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน วันละไม่เกิน 7 ชั่วโมง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในสตรีวัยรุ่นที่กำลังศึกษาหลักสูตร ปวช. และ ปวส. ระบบการศึกษาปกติ ซึ่งถือว่าอยู่ในวัยเรียนและอยู่ในระบบการศึกษาเช่นเดียวกับนักเรียนในสังกัด คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และนักศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา หากมีการตั้งครรภ์ในช่วงนี้ จะส่งก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิต และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ของสตรีวัยรุ่นและบุตร อีกทั้งสตรีวัยรุ่นที่ศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษาเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ การมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด และมีอัตราการคุมกำเนิดต่ำที่สุด (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2556; Tangmunkongvorakul et al., 2011 a) ดังนั้น โอกาสการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นในกลุ่มนี้ จึงสูงมาก นอกจากนี้ วิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาภาครัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทุกแห่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่น สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 ของการคลอด (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์, 2555) จากรายงานการเฝ้าระวังการแท้ง ปี พ.ศ. 2555 พบว่า สตรีที่ทำแท้งกำลังศึกษา มัธยมศึกษา และอนุปริญาตมากถึงร้อยละ 58.4 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข, 2556) และจากรายงานการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีมารดาวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีมากที่สุด จากร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ. 2555 และมีอัตราการมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเฉลี่ยสูงที่สุดมากถึงร้อยละ 47.8 (สำนักอนามัย การเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้ ยังพบอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มี ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษาร้อยละ 18.3 (ศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ, 2554)

สตรีวัยรุ่นที่กำลังศึกษาสถาบันการศึกษาอาชีวศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่มากถึง ร้อยละ 74.8 รองลงมาญาติหรือพี่น้อง ร้อยละ 16.8 สถานที่ในการมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่จะเป็น บ้านตนเองหรือคูรัก มากถึงร้อยละ 48.8 รองลงมาหอพักหรือบ้านเช่า ร้อยละ 23.2 เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะปรึกษาพ่อแม่ รองลงมา เพื่อน และครู ร้อยละ 71.4, 14.9 และ 4.5 ตามลำดับ (วีระชัย สิทธิปิยะสกุล และคณะ 2556) ซึ่งถือว่าสตรีวัยรุ่นในกลุ่มนี้ยังอยู่ในความดูแล ของครอบครัว ครอบครัวจึงถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้สตรีวัยรุ่นเปลี่ยนผ่าน จากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพะด้านร่างกาย จิตใจที่แข็งแรง รวมทั้งมีสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ที่ดี ไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และไม่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

ประชากร

การศึกษานี้ ทำการศึกษาในสตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และกำลัง ศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ และระดับในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ที่กำลัง ศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ภาครัฐ ที่ตั้งในเขตอำเภอ เมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ จังหวัดที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9

กลุ่มตัวอย่าง

สตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์เข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 15-19 ปี
2. มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดกับคูรักเพศชายคนล่าสุดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
3. เป็นนักศึกษาในระบบการศึกษาปกติ ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2557

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยไม่ทราบจำนวนประชากรสตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และกำลัง ศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาระดับ ปวช. และ ปวส. สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ภาครัฐ ที่ตั้งในเขตอำเภอเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการศึกษาของ จูดิพร อิงคฺฐาวรวงศ์ และคณะ (2550) ซึ่งสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในสตรีวัยรุ่นจำนวน 497 คน พบว่า สตรีวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 19.6 และครั้งต่อมา ร้อยละ 28.3 จึงใช้สูตรวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบประชากรที่แท้จริงแต่ทราบสัดส่วน ประชากรของ Cochran (1977) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.96$) และยอมให้มี

ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 สัดส่วนส่วนของประชากรที่มีการคุมกำเนิด คือ 0.2 ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 165 คน และจากแนวคิดของ Hu and Bentler (1999) ซึ่งเสนอว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ต้องมีขนาดอย่างน้อย 20 เท่าของตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 27 ตัวแปร ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ จึงเป็น 540 คน ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Mplus กลุ่มตัวอย่างต้องมีขนาดใหญ่ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถิติที่ใช้วิเคราะห์ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีประมาณ 150-400 คน (Hair, Black, Babin, & Tatham, 2006) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน อีกทั้ง การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่สังคมทั่วไปไม่ยอมรับ และเพื่อไม่เปิดเผยความลับ และป้องกันความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงต้องเก็บข้อมูลกับสตรีวัยรุ่นที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยทุกคน ผู้วิจัยจึงได้คาดคะเนสัดส่วนสตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ศึกษาระดับอาชีวศึกษา พบประมาณร้อยละ 30 (Tangmunkongvorakul et al., 2011 b) ดังแสดง ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย 1,200 คน และสตรีวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกประมาณร้อยละ 20 (ฐิติพร อิงคฐาวรวงศ์ และคณะ, 2550) ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละวิทยาลัย 1,500 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละวิทยาลัย

วิทยาลัย อาชีวศึกษา	คาดคะเนขนาดกลุ่มตัวอย่าง		
	มีประสบการณ์ การมีเพศสัมพันธ์	ไม่มีประสบการณ์ การมีเพศสัมพันธ์	รวม
1	80	220	300
2	80	220	300
3	80	220	300
4	80	220	300
5	80	220	300
รวม	400	1,100	1,500

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยแต่ละชั้นปี

วิทยาลัย	ระดับการศึกษา			รวม
	ปวช. ชั้นปีที่ 2	ปวช. ชั้นปีที่ 3	ปวส. ชั้นปีที่ 1	
1	30	30	20	80
2	30	30	20	80
5	30	30	20	80
8	30	30	20	80
9	30	30	20	80
รวม	150	150	100	400

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

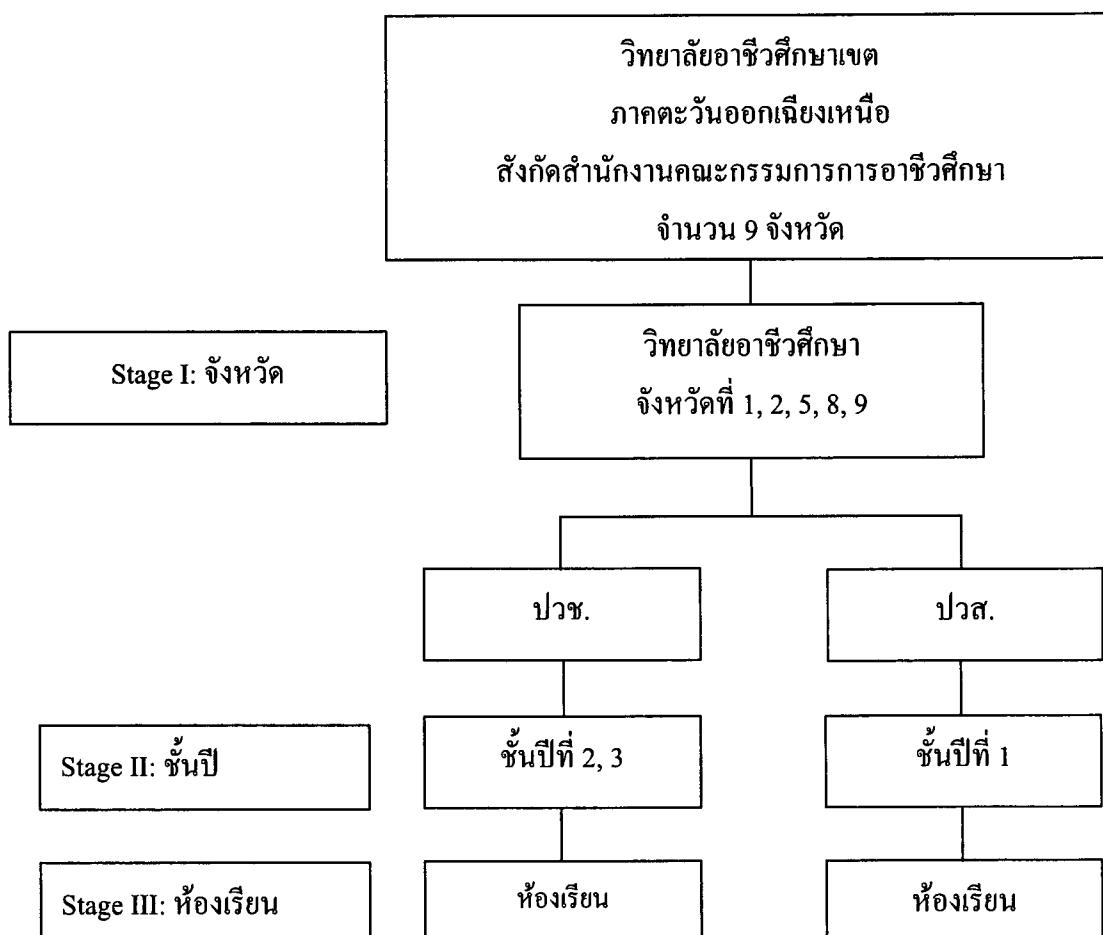
การวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกวิทยาลัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีวิทยาลัยอาชีวศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ภาครัฐ จำนวน 9 จังหวัด โดยทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายอย่างน้อยร้อยละ 50 ได้จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่ 1, 2, 5, 8 และ 9

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกชั้นเรียน วิทยาลัยอาชีวศึกษาเปิดสอน 2 หลักสูตร คือ ปวช. และ ปวส. ซึ่งหลักสูตร ปวช. มี 3 ชั้นปี คือ ชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 และหลักสูตร ปวส. มี 2 ชั้นปี คือ ชั้นปีที่ 1 และ ชั้นปีที่ 2 โดยทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายอย่างน้อยร้อยละ 50 ในแต่ละหลักสูตร ดังนั้นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพได้จำนวน 2 ชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 3 และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ได้จำนวน 1 ชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกห้องเรียน ทั้งนี้จำนวนห้องเรียนในแต่ละวิทยาลัยมีจำนวนไม่เท่ากัน ดังนั้น ดำเนินการสุ่มเลือกห้องเรียนในแต่ละวิทยาลัยได้ห้องเรียน 4-5 ห้องเรียน

ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 4 และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้แต่ละชั้นปีที่ได้จากการคัดเลือกแบบสอบถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ ดังตารางที่ 3



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแต่ละชั้นปี

วิทยาลัย	ระดับการศึกษา				รวม
	ปวช. ชั้นปีที่ 1	ปวช. ชั้นปีที่ 2	ปวช. ชั้นปีที่ 3	ปวส. ชั้นปีที่ 1	
1	-	30	30	20	80
2	-	35	34	23	92
5	-	30	30	24	84
8	-	30	44	30	104
9	30	33	-	35	98
รวม	30	158	138	132	458

จากตารางที่ 3 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 1,500 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 1,206 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80.40 พบว่า สตรีวัยรุ่นมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์จำนวน 615 คน คิดเป็นร้อยละ 51.00 เมื่อพิจารณาแบบสอบถามมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีจำนวน 458 คน คิดเป็นร้อยละ 37.98 จำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้ วิทยาลัยแห่งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างศึกษาระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน ปวช. ชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน และ ปวส. ชั้นปีที่ 1 จำนวน 20 คน วิทยาลัยแห่งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างศึกษาระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 2 จำนวน 35 คน ปวช. ชั้นปีที่ 3 จำนวน 34 คน และ ปวส. ชั้นปีที่ 1 จำนวน 23 คน วิทยาลัยแห่งที่ 5 กลุ่มตัวอย่างศึกษาระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน ปวช. ชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน และ ปวส. ชั้นปีที่ 1 จำนวน 24 คน วิทยาลัยแห่งที่ 7 กลุ่มตัวอย่างศึกษาระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน ปวช. ชั้นปีที่ 3 จำนวน 44 คน และ ปวส. ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน และวิทยาลัยแห่งที่ 9 กลุ่มตัวอย่างศึกษาระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน ปวช. ชั้นปีที่ 2 จำนวน 33 คน และ ปวส. ชั้นปีที่ 1 จำนวน 35 คน เนื่องจาก วิทยาลัยแห่งที่ 9 นักศึกษาหญิง ปวช. ชั้นปีที่ 2 ฝึกภาคปฏิบัตินอกวิทยาลัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาหญิงระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 1 แทน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous variables) 2 ตัวแปร วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ภายนอก (Observed variables) 6 ตัวแปร และตัวแปรแฝงภายใน (Endogenous variable) มี 4 ตัวแปร วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ภายใน (Observed variables) 21 ตัวแปร ดังนี้

1. ตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous latent) มี 2 ตัวแปร ดังนี้

1.1 ตัวแปรการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่ เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด 2) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด 3) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของครู/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด และ 4) การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน

1.2 ตัวแปรอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัวแปร ได้แก่

1) การควบคุมความสัมพันธ์ และ 2) การตัดสินใจ

2. ตัวแปรแฝงภายใน (Endogenous latent) มี 4 ตัวแปร ดังนี้

2.1 ตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 1 ตัวแปร คือ เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด

2.2 ตัวแปรพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด และ 2) ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด

2.3 ความตั้งใจในการคุมกำเนิด

2.4 พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่วนที่ 2 การแปลและดัดแปลงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และส่วนที่ 3 การนำเครื่องมือที่ได้มีการแปล และดัดแปลงให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทยมาใช้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 เครื่องมือ ได้แก่ 1) การรับรู้พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน 2) ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด 3) ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และ 4) พฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามการวิจัยของ สุวิมล ติรกานันท์ (2551) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด IBM ของ Montañó and Kasprzyk (2008) และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นแนวคิดในการสร้างข้อคำถาม

2. ระบุตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย และนิยามเชิงปฏิบัติการตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3. กำหนดและจำแนกข้อคำถามตามตัวแปร และแต่ละด้านของตัวแปรสังเกตได้

4. กำหนดรูปแบบของเครื่องมือและลักษณะตัวเลือก การสร้างเครื่องมือครั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และตัวเลือกในแต่ละข้อคำถามใช้แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

5. สร้างข้อคำถามตามแนวคิด IBM อีกทั้งสร้างให้สอดคล้องตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 การแปลและดัดแปลงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 5 เครื่องมือ ได้แก่ 1) เจตคติต่อการคุมกำเนิดและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ 2) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด 3) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับ

พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด 5) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด และ 5) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด โดยผู้วิจัย ดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Original instruments) และภายหลังได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยแปลเครื่องมือจากภาษาต่างประเทศมาเป็นภาษาไทย โดยการแปลย้อนกลับและทดสอบกับผู้ใช้ภาษาเดียวกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง (Back-translation and a monolingual test) โดยประยุกต์ขั้นตอนการแปลเครื่องมือของ Sousa and Rojjanasrirat (2010) มีรายละเอียด 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. แปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) ผู้วิจัยแปลเครื่องมือชุดต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย
2. ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Review of the translated version by reviewer) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษา (Bilingual expert) จำนวน 2 ท่าน คือ อาจารย์ที่ปรึกษาคุณุณิพนธ์ 1 ท่าน และผู้มีประสบการณ์การแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural) จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ท่าน มาแก้ไขให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปดำเนินการขั้นที่ 3
3. การแปลย้อนกลับ (Blind back-translation) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษา (Bilingual expert) จำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านงานวิจัยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 1 ท่าน และการแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural) จำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นคนละคนกับผู้เชี่ยวชาญในขั้นที่ 2 ดำเนินการแปลเครื่องมือย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยที่ทั้ง 2 ท่าน ไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน
4. การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดแปลที่ย้อนกลับ (Comparison of two back-translated versions of the instrument) ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 1 ท่าน เปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยที่ได้รับการแปลย้อนกลับกับเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ เพื่อพิจารณาโครงสร้างประโยค คำที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม ความหมาย และความสอดคล้อง ความเหมาะสมทางด้านภาษา และวัฒนธรรม โดยใช้แบบฟอร์มการประเมินความสอดคล้องของการแปลเครื่องมือวิจัย พบว่า ข้อคำถามมีความหมายเหมือนกันทั้ง 2 ฉบับ แสดงว่า เครื่องมือมีความเหมือนหรือเท่าเทียมกัน (Equivalence) จึงนำเครื่องมือชุดนี้ไปตรวจสอบคุณภาพ

ส่วนที่ 3 การนำเครื่องมือที่ผ่านการแปลและดัดแปลงให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทยมาใช้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแปล ดัดแปลง และทดลองใช้กับบริบทวัฒนธรรมไทย และบริบทวัยรุ่น จำนวน 1 เครื่องมือ คือ อานาจความสัมพันธ์ทางเพศโดย Srisuriyawet (2006)

มาใช้ในศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
ในวัยรุ่นชาย และหญิง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด
ของสตรีวัยรุ่น จำนวน 1 ฉบับ ที่ผู้วิจัยสร้าง แปลและดัดแปลงขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (Background characteristics)
มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ การพักอาศัย การพูดคุยเรื่องเพศกับ
บุคคลในครอบครัวหรือผู้ปกครอง และแหล่งความรู้เรื่องการคุมกำเนิด
2. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด ได้แก่ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์
ครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดขึ้นเนื่องจาก จำนวนของแฟน/ คู่รักที่มีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย
ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา การมีเพศสัมพันธ์
กับบุคคลในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก วิธีการคุมกำเนิด
ที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดท้าย และวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เป็นประจำเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง
3 เดือนผ่าน
3. การตั้งครรภ์ และการทำแท้ง ได้แก่ การตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
และการทำแท้ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น
ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Perceived
norms for contraceptive behavior) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/
การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/
การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความ
คิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด และการรับรู้พฤติกรรม
การคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน

1.1 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับ
พฤติกรรมการคุมกำเนิด ผู้วิจัยวัดการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่
เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินอิทธิพล
ของพ่อแม่ต่อการคุมกำเนิด (The parental influence to use contraception scale) ของ Thomsom and

Spanier (1978) ทำการศึกษาอิทธิพลทางสังคมต่อการคุมกำเนิด (Social influence) ซึ่งพ่อแม่ถือว่าเป็นบุคคลสำคัญที่จะสนับสนุนให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และคุมกำเนิด ทำการศึกษาในกลุ่มที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ยังไม่เคยแต่งงาน อายุ 17-22 ปี ทั้งเพศชายและหญิง และกำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ณ มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 434 คน มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6 และ 7 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3 และ 5 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนจากมากไปน้อย คือ 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามอิทธิพลของพ่อแม่ต่อการคุมกำเนิด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 ในกลุ่มเพศชาย และเพศหญิงเท่ากับ .86

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 เมื่อนำเครื่องมือทดลองไปใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .69 ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้อ่านแล้วมีความเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น แต่ไม่ได้ตัดข้อคำถาม เนื่องจากคำนึงถึงความตรงเชิงโครงสร้าง และความตรงเชิงเนื้อหา แบบวัดทางด้านจิตสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ต่ำกว่า .70 เกิดขึ้นได้ เนื่องจาก ข้อคำถามในการวัดมีจำนวนน้อย (Tavakol & Dennick, 2011) และมีความแตกต่างในโครงสร้างการวัด (Kline, 1999 อ้างถึงใน Field, 2005) และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .56

1.2 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผู้วิจัยวัดการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินอิทธิพลของเพื่อนต่อการคุมกำเนิด (The friends' influence to use contraception scale) ของ Thomsom and Spanier (1978) มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6 และ 7 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3 และ 5 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนจากมากไปน้อย คือ 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนต่อการคุมกำเนิด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 ทั้งเพศชายและหญิง

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 เมื่อนำเครื่องมือทดลองไปใช้และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ .70 ตามลำดับ

1.3 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่อริก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิด ผู้วิจัยวัดการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่อริก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิด โดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินอิทธิพลของคู่อริกต่อการคุมกำเนิด (The partner influence to use contraception scale) ของ Thomsom and Spanier (1978) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 6, 7, 8 และ 10 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4 และ 9 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนจากมากไปน้อย คือ 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามอิทธิพลของเพื่อนต่อการคุมกำเนิด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 ในเพศชายและเพศหญิง .82

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่อริก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมคุมกำเนิดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 เมื่อนำเครื่องมือทดลองไปใช้และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 และ .70 ตามลำดับ

1.4 การรับรู้พฤติกรรมคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัยโดยใช้แนวคิด IBM ของ Montaña and Kasprzyk (2008) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 2 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนจากมากไปน้อย คือ 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อนมีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 เมื่อนำเครื่องมือทดลองไปใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .65 ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้อ่านแล้วมีความเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น แต่ไม่ได้ตัดข้อคำถาม เนื่องจากคำนึงถึงความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงเชิงเนื้อหา จำนวนข้อคำถาม

มีเพียง 5 ข้อ สำหรับแบบวัดทางด้านจิตสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ต่ำกว่า .70 เกิดขึ้นได้ เนื่องจาก ข้อคำถามในการวัดมีจำนวนน้อย (Tavakol & Dennick, 2011) และมีความแตกต่างในโครงสร้างการวัด (Kline, 1999 อ้างถึงใน Field, 2005) และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .66 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Attitude toward contraceptive behavior) ประกอบด้วย 1 ส่วน คือ เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผู้วิจัยวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมิน 2 แบบประเมิน คือ 1) เจตคติต่อการคุมกำเนิด (The contraceptive attitude scale) ของ Black (1987) มีข้อคำถาม จำนวน 32 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 6, 7, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 30 และ 32 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 25, 26, 28 และ 31 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วย อย่างยิ่ง และข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนจากมากไปน้อย คือ 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 2) การรับรู้ผลกระทบของการตั้งครรภ์ (The pregnancy consequence scale) ของ Sieving et al. (2007) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีจำนวน 39 ข้อ มีค่าเฉลี่ยความสอดคล้องเชิงเนื้อหา เท่ากับ .85 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อนำเครื่องมือทดลองไปใช้ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Personal agency regarding contraceptive behavior) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด และความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด

3.1 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผู้วิจัยวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินการควบคุมพฤติกรรมของ Myklestad and Rise (2007) มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4 และ 6 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 และ 5 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนจากน้อย

ไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 หมายถึง เห็นด้วย อย่างยิ่ง และข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนจากมาก ไปน้อย คือ 7 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับมาตรฐานค่าเป็น 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96 เมื่อนำเครื่องมือทดลองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .53 ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้อ่านแล้วมีความเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น แต่ไม่ได้ คัดข้อคำถาม เนื่องจากคำนึงถึงความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงเชิงเนื้อหา จำนวนข้อคำถาม มีเพียง 6 ข้อ สำหรับแบบวัดทางด้านจิตสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ต่ำกว่า .70 เกิดขึ้นได้ เนื่องจาก ข้อคำถามในการวัดมีจำนวนน้อย (Tavakol & Dennick, 2011) และมีความแตกต่างในโครงสร้างการวัด (Kline, 1999 อ้างถึงใน Field, 2005) และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้ กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .62

3.2 ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนการสร้าง เครื่องมือวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) มาเป็นหลักในการ สร้างเครื่องมือ อีกทั้งมี โนทัศน์ความสามารถของตนเองเป็นมโนทัศน์หนึ่งที่ Fishbein and Ajzen ได้ทำการศึกษาว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่เป้าหมาย (Fishbein & Ajzen, 1975) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ การให้คะแนน ดังนี้ ค่าคะแนนของข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย ถึง 5 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด มีค่าความตรง เชิงเนื้อหา เท่ากับ .94 เมื่อนำเครื่องมือทดลองไปใช้และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และ .91 ตามลำดับ

4. แบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิด (Intention to use contraceptive) ประกอบด้วย 1 ส่วน คือ ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ผู้วิจัยวัดความตั้งใจในการคุมกำเนิด โดยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองตามขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือ โดยใช้แนวคิด IBM ของ Montaño and Kasprzyk (2008) การแสดงออกถึงความตั้งใจที่จะคุมกำเนิด การวางแผน การคุมกำเนิด การจงใจให้คู่รัก/ แฟนใช้วิธีการคุมกำเนิด การเตรียมหรือจัดหาให้มีผลิตภัณฑ์ คุมกำเนิดไว้ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถาม เชิงบวกทุกข้อ ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง ไม่อย่างแน่นอนมากที่สุด ถึง 5 อย่างแน่นอนมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 เมื่อนำเครื่องมือทดลองไปใช้และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ

5. แบบสอบถามอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (Power in sexual relationship) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การควบคุมความสัมพันธ์ และการตัดสินใจ ผู้วิจัยวัดการรับรู้อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ ใช้แบบสอบถามที่ Srisuriyawet (2006) ได้แปลและดัดแปลงจากแบบประเมินอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (The Sexual Relationship Power Scale: SRPS) ของ Pulerwitz et al. (2000) แบบประเมินอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ คือ การควบคุมความสัมพันธ์ (Relationship control) และการตัดสินใจ (Decision making dominance) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 (การควบคุมความสัมพันธ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และการตัดสินใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .63) สำหรับประเทศไทย Srisuriyawet (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นชายและหญิง ได้มีการแปลและดัดแปลงให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของคนไทย ทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มวัยรุ่น จำนวน 60 คน เพศหญิงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75 และเพศชายมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70 จำนวนข้อทั้งหมดจำนวน 23 ข้อ ปรับลดลงให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยเหลือ จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย การควบคุมความสัมพันธ์ มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ และการตัดสินใจ มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ และจากการศึกษาการพัฒนาและทดสอบแบบจำลองในการอธิบายพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร นำเครื่องมืออำนาจความสัมพันธ์ทางเพศไปใช้ในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มมีและไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การควบคุมความสัมพันธ์ เท่ากับ .74 และการตัดสินใจ เท่ากับ .68 (Powwattana & Ramasoota, 2008) และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2554) นำเครื่องมืออำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ ไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 14-19 ปี จำนวน 205 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของการควบคุมความสัมพันธ์ เท่ากับ .70 และการตัดสินใจ เท่ากับ .71

ผู้วิจัยนำเครื่องมืออำนาจความสัมพันธ์ทางเพศที่ได้แปลและดัดแปลงของ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (Srisuriyawet, 2006) ไปใช้ ข้อคำถามมีจำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

5.1 การควบคุมความสัมพันธ์ (Relationship control) เป็นการวัดสัมพันธภาพ

ของตนเองกับคูร์ก การควบคุมสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด มีข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการควบคุมความสัมพันธ์เมื่อนำเครื่องมือทดลอง ไปใช้ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 และ .84 ตามลำดับ

5.2 การตัดสินใจ (Decision making dominance) เป็นการวัดอำนาจการตัดสินใจ ระหว่างตนเอง (สตรีวัยรุ่น) กับคูร์ก/ แฟน มีข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มีค่าคะแนน จากน้อยไปถึงมาก คือ 1 หมายถึง คูร์ก/ แฟนของคุณ (สตรีวัยรุ่น) 2 หมายถึง ทั้งคุณ (สตรีวัยรุ่น) และคูร์ก/ แฟน และ 3 หมายถึง คุณ (สตรีวัยรุ่น) ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการตัดสินใจ เมื่อนำเครื่องมือทดลอง ไปใช้ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ .87 และ .84 ตามลำดับ

6. แบบสอบถามพฤติกรรมคุมกำเนิด (Contraceptive behavior) ประกอบด้วย 1 ส่วน คือ พฤติกรรมคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ผู้วิจัยวัดพฤติกรรมคุมกำเนิด โดยพัฒนา แบบสอบถามขึ้นเองตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ โดยใช้แนวคิด IBM ของ Montaño and Kasprzyk (2008) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การแก้ปัญหา เมื่อไม่แน่ใจว่า การคุมกำเนิดนั้นปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ การพูดคุยปรึกษากับคูร์ก/ แฟน หรือบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรฐาน ค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น ถึง 4 หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมคุมกำเนิดมีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 เมื่อนำเครื่องมือทดลอง ไปใช้และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ .93 และ .91 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้าง แปล และดัดแปลงมาตรวจสอบคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้สร้าง แปล และดัดแปลงเครื่องมือจำนวน 9 เครื่องมือ ได้แก่ 1) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด 2) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด 3) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่อภิเษก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด 4) การรับรู้ พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน 5) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด 6) การรับรู้การควบคุม พฤติกรรมการคุมกำเนิด 7) ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด 8) ความตั้งใจในการ คุมกำเนิด และ 9) พฤติกรรมการคุมกำเนิด ยกเว้น เครื่องมือวัดอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ เนื่องจาก ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ Srisuriyawet (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจความสัมพันธ์ ทางเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นชายและหญิง ได้มีการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวัด อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม และบริบทของคนไทย ค่าความตรง เชิงเนื้อหาเท่ากับ .93

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 9 เครื่องมือ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาคุณฐิติพันธ์เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องด้าน โครงสร้างและภาษาตามนิยามศัพท์ของแต่ละตัวแปร และนำเครื่องมือที่ผ่าน การตรวจสอบ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาคุณฐิติพันธ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญ ด้านทฤษฎี การกระทำด้วยเหตุผลหรือทฤษฎีการกระทำตามแบบแผน จำนวน 2 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์หรืออนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนในการใช้ภาษา โดยพิจารณา ความสอดคล้อง (Relevance) และความเป็นไปได้ (Feasibility) ของเนื้อหาแต่ละข้อคำถามกับ คำนียามเชิงปฏิบัติ การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วยมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ

1. หมายถึง ไม่สอดคล้องกันเลยระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร/ ด้านที่จำแนกไว้
2. หมายถึง ไม่สามารถประเมินความสอดคล้องได้และควรมีการแก้ไขข้อคำถามใหม่
3. หมายถึง มีความสอดคล้องแต่ควรมีแก้ไขเล็กน้อย เช่น แก้ไขภาษาที่ใช้
4. หมายถึง มีความสอดคล้องดีมากและชัดเจน

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสอดคล้องของข้อคำถามในระดับ 3 หรือ 4 นำหารด้วยจำนวน ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ค่าเฉลี่ยความสอดคล้องเชิงเนื้อหาควรมากกว่า .80 (Lynn, 1986) นำเครื่องมือ ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา ในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยความสอดคล้องเชิงเนื้อหาระหว่าง .80 ถึง .98 ดังตารางที่ 3-4 ผู้วิจัยนำข้อคำถามบางข้อ

ที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้มีเหมาะสม จากนั้นนำไปจัดทำเป็นแบบสอบถาม และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวนข้อ	CVI
1. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด		
1.1 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด	7	.80
1.2 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด	7	.80
1.3 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่อภิเษก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด	10	.98
1.4 การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน	5	.95
2. เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด	39	.85
3. พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด		
3.1 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด	6	.96
3.2 ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด	12	.94
4. ความตั้งใจในการคุมกำเนิด	8	.94
5. พฤติกรรมการคุมกำเนิด	10	.90

2. การตรวจสอบความตรงที่ปรากฏภายนอก (Face validity) นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงไปทดสอบสตรีวัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 คน เพื่อการประเมินความเข้าใจ และความยาก-ง่ายของข้อคำถามแต่ละข้อ ในประเด็นต่อไปนี้ 1) ข้อคำถามอ่านแล้วเข้าใจ มีข้อสงสัย 2) ข้อคำถามอ่านแล้วมีความยากในการตอบคำถาม พร้อมทั้งระบุเหตุผล 3) ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และ 4) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ควรเพิ่มลงไป ข้อคำถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข ผลการทดสอบความตรงที่ปรากฏภายนอกพบว่า สตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์อ่านข้อคำถามแล้วเข้าใจ ไม่มีข้อสงสัย สามารถตอบข้อคำถามได้ง่าย และไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแบบสอบถาม

3. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุง จำนวน 125 ข้อ ไปทดลองใช้ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และไม่ใช่วิทยาลัย ที่ผู้วิจัยไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง จำนวน 35 คน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป (Burns & Grove, 1997) จึงถือว่าเครื่องมือชุดนั้นมีความน่าเชื่อถือที่ดี ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .53 ถึง .94 และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 458 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .56 ถึง .91 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	จำนวน ข้อ	Cronbach's alpha n = 35	Cronbach's alpha n = 458
1. แบบสอบถามรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม			
ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด			
1.1 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรม การคุมกำเนิด	7	.69	.56
1.2 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรม การคุมกำเนิด	7	.85	.70
1.3 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น การสนับสนุนของคู่วัย/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรม การคุมกำเนิด	10	.76	.70
1.4 การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน	5	.65	.66
2. แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด	39	.85	.80

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน ข้อ	Cronbach's alpha n = 35	Cronbach's alpha n = 458
3. แบบสอบถามพลังความสามารถของตนเอง			
ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด			
3.1 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด	6	.53	.62
3.2 ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด	12	.94	.91
4. แบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิด	8	.92	.90
5. แบบสอบถามอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ			
5.1 การควบคุมความสัมพันธ์	13	.73	.84
5.2 การตัดสินใจ	8	.87	.84
6. แบบสอบถามพฤติกรรมการคุมกำเนิด	10	.93	.91

จากตารางที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคต่ำกว่า .70 จำนวน 3 เครื่องมือ ได้แก่ 1) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่ เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด 2) การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน และ 3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้อ่านแล้วมีความเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น แต่ไม่ได้ตัดข้อคำถาม เนื่องจากคำนึงถึงความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงเชิงเนื้อหา จำนวนข้อคำถามมีเพียง 5 ข้อ สำหรับแบบวัดทางด้านจิตสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ต่ำกว่า .70 เกิดขึ้นได้ เนื่องจากข้อคำถามในการวัดมีจำนวนน้อย (Tavakol & Dennick, 2011) และมีความแตกต่างในโครงสร้างการวัด (Kline, 1999 อ้างถึงใน Field, 2005)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอโครงการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขหัตถจริยธรรม 02-01-2558 จากนั้นทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

จะได้รับ และหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้บริหารสถานศึกษาที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเข้าร่วมวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัย การรายงานข้อมูลการวิจัย และการรักษาความลับ จากนั้นให้นักศึกษาได้ตัดสินใจอย่างอิสระที่จะสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เมื่อนักศึกษายินดีให้ความร่วมมือการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุต่ำกว่า 18 ปี ทำหนังสือขออนุญาตผู้ปกครองหรือผู้ดูแลโดยชอบในการเข้าร่วมวิจัยของนักศึกษา โดยนักศึกษานำหนังสือขออนุญาตเข้าร่วมการวิจัยไปให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลโดยชอบลงนามยินยอม ทั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามการวิจัย ไม่มีการระบุชื่อตัวบุคคล และชื่อสถาบันการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และไม่สามารถเชื่อมโยงไปยังตัวบุคคลหรือสถาบันการศึกษาได้ การนำผลวิจัยไปอภิปรายแสดงเป็นภาพรวมของการวิจัย หากมีผู้ปกครอง ผู้สนใจ หรือสถาบันการศึกษาต้องการข้อมูลการวิจัย ต้องการข้อมูลเฉพาะบุคคล หรือรายสถาบันการศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเฉพาะภาพรวมของผลการวิจัยและเกิดประโยชน์สูงสุดทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ไปแล้ว 1 ปี

วิธีการรวบรวมข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การเตรียมผู้ช่วยวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยทำการชี้แจงและสร้างความเข้าใจร่วมกันกับผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ท่าน ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย การคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวในการตอบคำถามโดย ผู้ร่วมวิจัยได้รับเอกสารขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และฝึกฝนจนคล่อง เพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่แท้จริง

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ วิทยาลัยที่ 1, 2, 5, 8 และ 9 ระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันการศึกษาที่เลือก ได้แก่ วิทยาลัยที่ 1, 2, 5, 8 และ 9 โดยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณะพยาบาลศาสตร์ไปยัง ผู้อำนวยการ และขออนุญาตพบผู้อำนวยการหรือผู้บริหารสถานศึกษาเพื่อแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการหรือผู้บริหารสถานศึกษา ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ประสานอาจารย์ประจำชั้นทุกสาขาวิชาและทุกชั้นปีที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้าพบนักศึกษาแต่ละห้อง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบาย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นแจกเอกสารคำชี้แจง และใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้นักศึกษาอ่านคำชี้แจงและพิจารณาตัดสินใจ หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่นักศึกษาอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแล โดยชอบ ผู้วิจัยจะบรรจุเอกสารคำชี้แจง และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้ในซองจดหมาย หากเข้าร่วมผู้ปกครองหรือผู้ดูแล โดยชอบยินดีให้เข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอม และนำซองเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลับมาตามวัน เวลา และสถานที่นัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เมื่อถึงวัน เวลา ที่ได้นัดหมายในแต่ละห้องเรียน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จะพบนักศึกษาที่สมัครเข้าร่วมการวิจัยในห้องเรียน ครั้งละประมาณ 30-40 คน โดยชี้แจงรายละเอียด และการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเกี่ยวกับเรื่องเพศและพฤติกรรมการคุมกำเนิดเป็นประเด็นที่อ่อนไหวทางจริยธรรม การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่สังคมทั่วไปไม่ยอมรับ และเพื่อไม่เปิดเผยความลับของผู้ร่วมวิจัย การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ข้อคำถามเพื่อเป็นเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถาม คือ “ท่านเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์หรือไม่” โดยชุด

แบบสอบถาม 1 ฉบับ จะประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 คือ แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการคุมกำเนิด และชุดที่ 2 คือ แบบสอบถามวัดความตั้งใจในการคุมกำเนิด โดยแบบสอบถามหน้าแรกเป็นคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม และข้อคำถามเพื่อเป็นเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น ผู้ร่วมการวิจัยตอบคำถาม “ท่านเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์หรือไม่” ถ้าหากตอบว่า “ใช่” ตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 ถ้าหากตอบว่า “ไม่” ตอบแบบสอบถามชุดที่ 2 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามโดยไม่รบกวน หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยเรื่องการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพร้อมที่จะให้ข้อมูลเพื่อความกระจ่าง ในการทำแบบสอบถาม 1 ฉบับ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

5. ผู้วิจัยให้อิสระในการตอบแบบสอบถาม และเมื่อผู้ร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จให้ใส่ส่งกล่องรับแบบสอบถามหน้าชั้นเรียน

6. เมื่อผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยรับแบบสอบถามกลับมาคืน ดำเนินการคัดแยกแบบสอบถามออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกแบบสอบถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและมีความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม นำมาบันทึกด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับแบบสอบถามกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยนำมาบันทึกโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเช่นเดียว ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์สูงสุดทางด้านวิชาการ แต่ไม่ได้นำเสนอในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Mplus และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพรรณนาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด และการตั้งครรถ์ และการทำแท้ง โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพรรณนาข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์แบบจำลองการวัด (Measurement model) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factory Analysis: CFA) ความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

3.1 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีความถูกต้องเหมาะสม และครอบคลุมเชิงทฤษฎีหรือไม่

3.2 วิเคราะห์ความตรงแบบจำลองการวัด (Measurement model validity) โดยพิจารณาความมีนัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardized factor loading) คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานควรมีค่ามากกว่า .30 (Hair et al., 2006)

3.3 วิเคราะห์ความเที่ยงแบบจำลองการวัด (Measurement model reliability) โดยพิจารณาผลการวิเคราะห์ R-SQUARE (R^2) ควรมีค่า .00-1.00 ความเที่ยงของตัวแปรแฝง (Composite reliability) ควรมีค่ามากกว่า .60 (Diamantopoulos & Siguaw, 2000)

4. วิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้น (Structural Model) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis models) วิเคราะห์แบบจำลองเส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) และตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis models) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ทั้ง 5 ปัจจัย คือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ

4.2 วิเคราะห์แบบจำลองเส้นทางอิทธิพล (Path analysis) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและขนาดอิทธิพลของตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ทั้ง 5 ปัจจัย ซึ่งปรากฏในความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น

4.3 ตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ดัชนี ดังนี้ (Schemelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller 2003)

4.3.1 สถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่าฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าเป็นศูนย์ ค่าสถิติไค-สแควร์ที่มีค่าต่ำมากและยิ่งใกล้ศูนย์มากเท่าไร หรือค่าใกล้เคียงกับจำนวนองศาแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom = df) แสดงว่าแบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หากค่าไค-สแควร์ หรือค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ น้อยกว่า 2.00 แสดงว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี (Good fit) หากค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ หรือ ไค-สแควร์สัมพัทธ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 แสดงว่า

มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Acceptable fit)

4.3.2 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนสัมพัทธ์แบบเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) เพื่อวัดความสอดคล้องเชิงสัมพัทธ์ (Relative fit index) ค่าดัชนีที่ดีควรมีค่า CFI มีค่ามากกว่า 0.97 แสดงว่า แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี หากค่า CFI มีค่ามากกว่า 0.95 แสดงว่า แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.3.3 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนสัมพัทธ์ แบบ Tucker- Lewis Index (TLI) เป็นดัชนีที่บอกว่าแบบจำลองที่นำมาตรวจสอบดีกว่าแบบจำลองที่ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเลย (Based line model) หรือ แบบจำลองอิสระ (Independence model) ค่า CFI และ TLI ควรมีค่ามากกว่า .97 แสดงว่า แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี หากค่า TLI มากกว่า .95 แสดงว่า แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.3.4 ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่าค่าพารามิเตอร์ (Root Mean Square of Error Approximation: RMSEA) เพื่อทดสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่า RMSEA ที่ดีควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่า แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี หากค่า RMSEA มีค่าน้อยกว่า 0.08 แสดงว่า แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.3.5 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนในรูปความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Squared Residual: SRMR) เป็นค่าบอกความคลาดเคลื่อนของแบบจำลอง SRMR มีค่าน้อยกว่า .05 แสดงว่า แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี หาก SRMR มีค่าน้อยกว่า .10 ว่า แสดงว่า แบบจำลองทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด
สร้างแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น และตรวจสอบความสอดคล้อง
กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าสนใจการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของสตรีวัยรุ่น
 - 2.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้
 - 2.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
 - 2.4 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด
ของสตรีวัยรุ่น
 - 2.5 ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเชิงสาเหตุ
พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการนำเสนอและการแปลความหมายผลการวิเคราะห์
ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรแฝง หมายถึง ตัวแปรเชิงสมมติฐานที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่แสดงผล
ออกมาในรูปของพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ มีสัญลักษณ์ดังนี้

ATCB	แทน	เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด
PERN	แทน	การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด
PACB	แทน	พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด
INCB1	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด
PWSR	แทน	อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ

CCBT1 แทน พฤติกรรมการคุมกำเนิด
 ตัวแปรสังเกตได้ หมายถึง ตัวแปรที่สามารถวัดได้โดยตรงจากพฤติกรรมที่แสดงออก
 และเป็นตัวบ่งชี้ของตัวแปรแฝง มีสัญลักษณ์ ดังนี้

MATCB	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด
PERP	แทน	การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของ พ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด
PERF	แทน	การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของ กลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด
PERC	แทน	การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของ คู่อภิสมรส/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด
PERB	แทน	การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน
PCCB	แทน	การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด
PSEF	แทน	ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด
POWER	แทน	การควบคุมความสัมพันธ์
DECI	แทน	การตัดสินใจ
IN1	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ข้อที่ 1
IN2	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ข้อที่ 2
IN3	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ข้อที่ 3
IN4	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ข้อที่ 4
IN5	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ข้อที่ 5
IN6	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ข้อที่ 6
IN7	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ข้อที่ 7
IN8	แทน	ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ข้อที่ 8
CB1	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 1
CB2	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 2
CB3	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 3
CB4	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 4
CB5	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 5
CB6	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 6
CB7	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 7

CB8	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 8
CB9	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 9
CB10	แทน	พฤติกรรมการคุมกำเนิด ข้อที่ 10
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้แทนค่าสถิติ		
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
SK	แทน	ค่าความเบ้ (Skewness)
KU	แทน	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation coefficient)
SE	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error)
R^2	แทน	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation) หรือ สัมประสิทธิ์พยากรณ์
χ^2	แทน	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square)
df	แทน	องศาอิสระ (Degree of freedom)
p -value	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
CFI	แทน	ดัชนีวัดระดับสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative fit index)
TLI	แทน	ดัชนี Turker-Lewis Index
RMSEA	แทน	ดัชนีค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root mean square error of approximation)
SRMR	แทน	ดัชนีค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Root mean square residual)
β	แทน	อิทธิพลเชิงสาเหตุ
DE	แทน	อิทธิพลทางตรง (Direct effect)
IE	แทน	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)
TE	แทน	อิทธิพลรวม (Total effect)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 1,500 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 1,206 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80.40 พบว่า สตรีวัยรุ่นมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 615 คน คิดเป็นร้อยละ 51.00 เมื่อพิจารณาแบบสอบถามมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และผู้ตอบแบบสอบถาม

มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม พบว่า มีจำนวน 458 คน คิดเป็นร้อยละ 37.98 ผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของสตรีวัยรุ่นเป็นจำนวนและร้อยละ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของสตรีวัยรุ่น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการทำแท้ง

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ การพักอาศัย การพูดคุยเรื่องเพศกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ปกครองและแหล่งความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เป็นจำนวนและร้อยละ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยรุ่น ($n = 458$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปวช. 1	30	6.55
ปวช. 2	125	27.29
ปวช. 3	171	37.34
ปวส. 1	132	28.82
อายุ (Mean = 18.01, SD = 0.89, Min = 15, Max = 19)		
15-16 ปี	29	6.33
17-19 ปี	429	93.67
การพักอาศัย		
พ่อแม่	298	65.07
ญาติ	30	6.55
เช่าหอพัก	130	28.38

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การพูดคุยเรื่องเพศกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ปกครอง		
สามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผยทุกเรื่อง	95	20.74
สามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผยบางเรื่อง	194	42.36
ไม่สามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผย	169	36.90
แหล่งความรู้เรื่องการคุมกำเนิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรงเรียน	253	55.24
สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร	409	89.30
อินเทอร์เน็ต		
เพื่อน	164	35.81
พ่อ แม่	154	33.62
พี่ น้อง หรือญาติ	135	29.48
โรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ	273	59.61

จากตารางที่ 6 พบว่า ร้อยละ 37.34 ของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยรุ่นนศึกษาาระดับ ปวช. 3 โดยมีอายุ 17-19 ปี ร้อยละ 93.66 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 55.24 สามารถพูดคุยเรื่องเพศกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ปกครองได้อย่างเปิดเผยบางเรื่อง ร้อยละ 42.36 และได้รับความรู้เรื่องการคุมกำเนิดจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสารอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 89.30

2. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่น ได้แก่ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเนื่องจาก ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา และ จำนวนของแฟน/ คู่รักที่มีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วยในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่น ($n = 458$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (Mean = 16.36, SD = 1.50, Min = 11, Max = 19)		
11-13 ปี	16	3.49
14-16 ปี	214	46.72
17-19 ปี	228	49.79
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดขึ้นเนื่องจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ได้ตั้งใจ	171	37.34
ถูกบังคับ	30	6.55
อยากรู้ อยากลอง	179	39.08
เป็นความยินยอม	149	32.53
เพื่อเงิน หรือแลกเปลี่ยนของ	10	2.18
เมาสุรา เมายาหรือสารเสพติด	20	4.37
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา		
บางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง)	351	76.64
บ่อยครั้ง (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)	66	14.41
เกือบทุกวัน	34	7.42
ทุกวัน	7	1.53
จำนวนของแฟน/ คู่รักที่มีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วยในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา		
1 คน	435	94.98
2 คน	20	4.37
3 คน	2	0.44
5 คน	1	0.22

จากตารางที่ 7 พบว่า สตรีวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 11 ปี และร้อยละ 49.79 มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 17-19 ปี การมีเพศสัมพันธ์เกิดจากความอยากรู้อยากลองร้อยละ 31.74 ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 76.64 มีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

3. ประสิทธิภาพการคุมกำเนิด ได้แก่ วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เป็นประจำเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนผ่าน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เป็นจำนวนและร้อยละ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละประสิทธิภาพการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ($n = 458$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ได้ใช้	60	13.10
หลังอสุจิภายนอกช่องคลอด	100	21.83
ถุงยางอนามัย	237	51.75
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	100	21.83
ยาเม็ดคุมกำเนิด	58	12.66
วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ได้ใช้	65	14.19
หลังอสุจิภายนอกช่องคลอด	94	20.52
ถุงยางอนามัย	193	42.14
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	57	12.45
ยาเม็ดคุมกำเนิด	100	21.83
ยาฝังคุมกำเนิด	4	0.87
แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด	2	0.44
ยาฉีดคุมกำเนิด	1	0.22
วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เป็นประจำเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ได้ใช้วิธีใดเป็นประจำ	53	11.57
หลังอสุจิภายนอกช่องคลอด	128	27.95
ถุงยางอนามัย	224	48.91

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	84	18.34
ยาเม็ดคุมกำเนิด	112	24.45
ยาฝังคุมกำเนิด	4	0.87
แผ่นแปะผิวหน้าคุมกำเนิด	5	1.09
ยาฉีดคุมกำเนิด	3	0.66

จากตารางที่ 8 พบว่า ร้อยละ 51.75 ของสตรีวัยรุ่น ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก รองลงมา คือ การหลั่งอสุภายนอกช่องคลอด ร้อยละ 21.83 วิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 42.14 รองลงมา คือ ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 21.83 และการหลั่งอสุภายนอกช่องคลอด ร้อยละ 20.52 และวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เป็นประจำเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คือ การใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 48.91 รองลงมา คือ การหลั่งอสุภายนอกช่องคลอด ร้อยละ 27.95

4. ประสิทธิภาพการตั้งครรภ์และการทำแท้งของสตรีวัยรุ่น ได้แก่ การตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การทำแท้ง และจำนวนครั้งของการทำแท้ง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เป็นจำนวน และค่าร้อยละ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของการตั้งครรภ์และการทำแท้งของสตรีวัยรุ่น ($n = 458$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การตั้งครรภ์ ($n = 458$)		
ไม่เคยตั้งครรภ์	425	92.79
เคยตั้งครรภ์	33	7.21
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ($n = 33$)		
เคย 1 ครั้ง	29	87.88
เคย 2 ครั้ง	3	9.09
เคย 3 ครั้ง	1	3.03

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การตั้งครรภ์เกิดขึ้น เนื่องจาก		
ไม่ได้คุมกำเนิด	18	54.55
คุมกำเนิดแต่เกิดข้อผิดพลาด	15	45.45
การทำแท้ง ($n = 33$)		
เคย	11	33.33
ไม่เคย	22	66.67
จำนวนครั้งของการทำแท้ง ($n = 11$)		
ทำแท้ง 1 ครั้ง	8	72.73
ทำแท้ง 2 ครั้ง	3	27.27

จากตารางที่ 9 พบว่า ร้อยละ 7.21 ของสตรีวัยรุ่นเคยตั้งครรภ์ และส่วนใหญ่ร้อยละ 87.88 เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 1 ครั้ง สาเหตุของการตั้งครรภ์เกิดขึ้น เนื่องจาก ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 54.55 และคุมกำเนิดแต่เกิดข้อผิดพลาด ร้อยละ 45.55 และร้อยละ 33.33 เคยทำแท้งมาก่อน

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ 27 ตัวแปร แสดงข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: *SD*) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ยสูงสุด (Max) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกต ($n = 458$)

ตัวแปร	Mean	<i>SD</i>	Min	Max	SK	KU
PERP	3.25	0.59	1.43	5.00	4.20**	4.14**
PERF	3.64	0.63	2.43	5.00	3.66**	-3.55**
PERC	3.58	0.55	2.20	5.00	3.12**	-1.73
PERB	3.61	0.64	1.80	5.00	1.44	-0.85
MATCB	3.52	0.44	1.73	4.69	-0.70	0.92

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD	Min	Max	SK	KU
PCCB	3.62	0.62	2.17	5.00	4.33**	-2.43
PSEF	3.77	0.72	1.42	5.00	-1.87	-1.56
POWER	2.69	0.51	1.00	4.00	-4.42**	1.85
DECI	2.23	0.38	1.00	3.00	2.55*	1.88
IN1	4.11	0.89	1.00	5.00	-6.18***	-0.02
IN2	4.00	0.92	1.00	5.00	-5.58***	0.14
IN3	3.63	1.04	1.00	5.00	-3.10**	-1.30
IN4	3.86	0.92	1.00	5.00	-3.38**	-2.15
IN5	3.85	0.95	1.00	5.00	-4.18**	-1.48
IN6	3.76	1.01	1.00	5.00	-4.09**	-1.34
IN7	3.76	1.01	1.00	5.00	-4.37**	-0.82
IN8	3.81	1.00	1.00	5.00	-4.00**	-1.54
CB1	2.98	0.93	1.00	4.00	-3.44**	-4.14**
CB2	2.89	0.90	1.00	4.00	-1.77	-4.43**
CB3	2.90	0.94	1.00	4.00	-2.90**	-4.14**
CB4	2.88	0.93	1.00	4.00	-1.89	-4.53**
CB5	2.83	0.98	1.00	4.00	-2.78**	-4.33**
CB6	2.97	0.96	1.00	4.00	-3.50**	-4.45**
CB7	2.91	0.92	1.00	4.00	-2.92**	-3.95**
CB8	2.65	0.97	1.00	4.00	0.01	-4.67**
CB9	2.83	0.99	1.00	4.00	-2.60**	-4.51**
CB10	2.84	0.99	1.00	4.00	-2.64**	-4.61**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .01$

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERP) เท่ากับ 3.25 ($SD = .59$) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่น

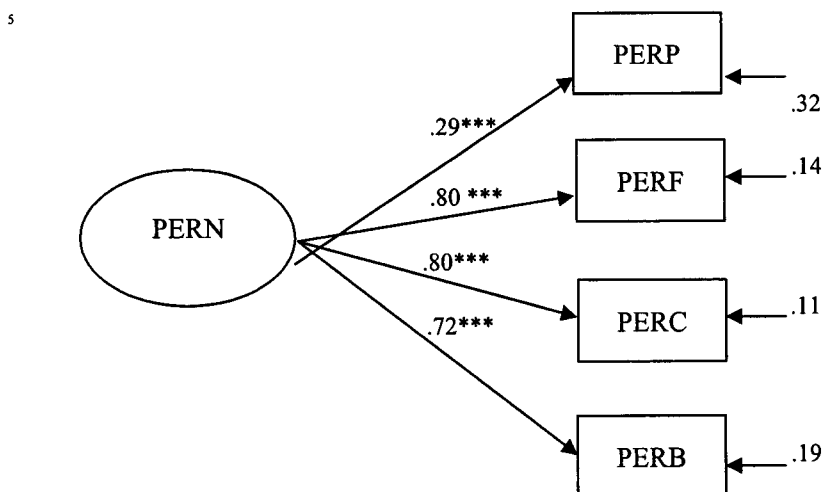
ต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERF) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ($SD = .63$) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERC) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ($SD = .55$) การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน (PERB) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ($SD = .64$) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (MATCB) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ($SD = .51$) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PCCB) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ($SD = .62$) ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด (PSEF) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 ($SD = .72$) การควบคุมความสัมพันธ์ (POWER) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 ($SD = .51$) และการตัดสินใจ (DECI) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ($SD = .38$)

ผลการวิเคราะห์การแจกแจงของตัวแปรพบว่า ข้อมูลบางตัวแปร มีลักษณะการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ โดยค่าความเบ้และความโด่งควรมีค่า ± 1.96 (Hair et al., 1998) แต่สามารถนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Mplus ได้ เนื่องจากอย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้นโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล Mplus จะสามารถคำนวณค่าองศาอิสระ (df) ไคว้สแคว (χ^2) และความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน เนื่องจากสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบประมาณค่าด้วยวิธี Maximum likelihood ซึ่งจะให้ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานที่แกร่ง (Muthén & Muthén, 2004)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงว่าตัวแปรสังเกตได้ในชุดตัวแปรแฝงหนึ่ง ๆ มีความเหมาะสมในการเป็นตัวแทนการวัด (Construct validity) หรือไม่ ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ควรมีตัวแปรสังเกตได้อย่างน้อย 3 ตัวต่อตัวแปรแฝง 1 ตัว เนื่องจาก ตัวแปรสังเกตได้ตัวที่ 1 จะถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรอ้างอิงหรือการทำให้ตัวแปรแฝงเป็นค่ามาตรฐาน โดยกำหนดให้ค่าพารามิเตอร์ของตัวแปรอ้างอิงเท่ากับ 1.00 (Marsh, Hau, Balla, & Grayson, 1998) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบจำนวน 3 ตัวแปรแฝง คือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร คือ
 - 1) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERP) 2) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERF) 3) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERC) และ 4) การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน (PERB)



$\chi^2 = 5.59$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.06$, $CFI = .99$, $TLI = .98$, $RMSEA = 0.06$, $SRMR = .02$

*** $p < .001$

ภาพที่ 5 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด

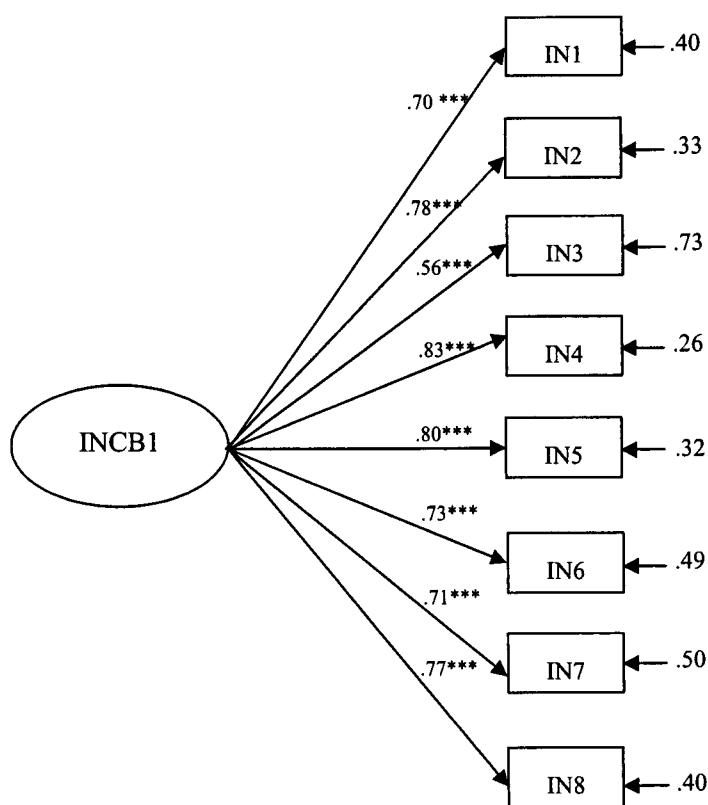
จากภาพที่ 5 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด พบว่า ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องของแบบจำลองได้แก่ ค่า $\chi^2 = 5.59$ ค่า $df = 2$ ค่า $p\text{-value} = 0.06$, $CFI = .99$, $TLI = .98$, $RMSEA = 0.06$ และ $SRMR = .02$ มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แสดงว่า แบบจำลองมีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาความตรงและความเที่ยงมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การวัดความตรงของแบบจำลองการวัด พิจารณาจากน้ำหนักแต่ละองค์ประกอบของแต่ละตัวแปร พบว่า การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERP) มีค่าเท่ากับ .29 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERF) มีค่าเท่ากับ .80 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERC) มีค่าเท่ากับ .80 และการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน (PERB) มีค่าเท่ากับ .72 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีค่าเป็นบวกแสดงว่า แบบจำลองการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดสามารถวัดได้ตรง ถึงแม้ว่า มีองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า .30 แต่อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบการวัดเหล่านี้เป็นองค์ประกอบการวัด

ที่สำคัญตามแนวคิดบูรณาการพฤติกรรม (IBM) ของ Montaña and Kasprzyk (2008)

1.2 การวัดความเที่ยงของแบบจำลองการวัด พิจารณาจากสัดส่วนความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้ที่อธิบายได้โดยตัวแปรแฝง (R^2) พบว่า มีค่าความเที่ยงของตัวแปรแฝงองค์ประกอบการวัดการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERP) มีค่าเท่ากับ .08 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERF) มีค่าเท่ากับ .64 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคูร์ก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERC) มีค่าเท่ากับ .65 และ การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน (PERB) มีค่าเท่ากับ .52 แสดงว่าแบบจำลองการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดสามารถมีความคงเส้นคงวาของการวัด ทั้งนี้ องค์ประกอบการวัดส่วนใหญ่มีค่า R^2 มากกว่า .60 ขึ้นไป มีเพียงองค์ประกอบการวัดการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน (PERB) ที่มีค่า R^2 ต่ำกว่า .60 ซึ่งค่าความเที่ยงของตัวแปรแฝงควรมีค่ามากกว่า .60 แต่อย่างไรก็ตามเป็นองค์ประกอบการวัดที่สำคัญตามแนวคิดบูรณาการพฤติกรรม (IBM) ของ Montaña and Kasprzyk (2008)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยันของแบบจำลองการวัดความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 1 ถึง 8 (IN1-IN8)



$\chi^2 = 30.01$, $df = 15$, $p\text{-value} = 0.01$, $CFI = .99$, $TLI = .99$, $RMSEA = 0.05$, $SRMR = .02$

*** $p < .001$

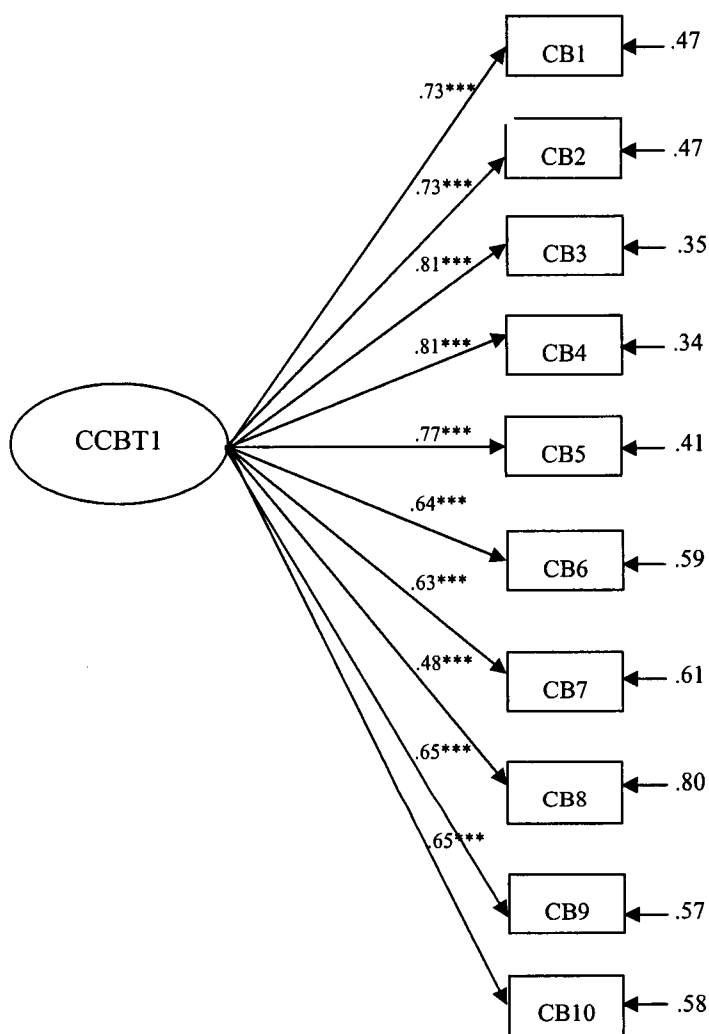
ภาพที่ 6 ผลการวิเคราะห์ห้่องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดความตั้งใจในการคุมกำเนิด

จากภาพที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ห้่องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดความตั้งใจในการคุมกำเนิดพบว่า ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องของแบบจำลอง ได้แก่ ค่า $\chi^2 = 30.01$, $df = 15$, $p\text{-value} = 0.01$, $CFI = .99$, $TLI = .99$, $RMSEA = 0.05$, $SRMR = .02$ มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานแสดงว่า แบบจำลองมีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาความตรง และความเที่ยงมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การวัดความตรงของแบบจำลองการวัด พิจารณาน้ำหนักแต่ละองค์ประกอบของแต่ละข้อคำถามพบว่า ข้อคำถามข้อ 1 ถึง 8 มีค่าเท่ากับ .56 ถึง .83 สรุปได้ว่า ตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 8 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีค่าเป็นบวก และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า .30 และมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hair et al., 2006)

2.2 การวัดความเที่ยงของแบบจำลองการวัด พิจารณาจากสัดส่วนความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้ที่สามารถอธิบายได้โดยตัวแปรแฝง (R^2) พบว่า ข้อคำถามข้อ 1 (IN1) มีค่าเท่ากับ .49 ข้อคำถามข้อ 2 (IN2) มีค่าเท่ากับ .61 ข้อคำถามข้อ 3 (IN3) มีค่าเท่ากับ .32 ข้อคำถามข้อ 4 (IN4) มีค่าเท่ากับ .69 ข้อคำถามข้อ 5 (IN5) มีค่าเท่ากับ .64 ข้อคำถามข้อ 6 (IN6) มีค่าเท่ากับ .53 ข้อคำถามข้อ 7 (IN7) มีค่าเท่ากับ .50 และข้อคำถามข้อ 8 (IN8) มีค่าเท่ากับ .60 องค์กรประกอบการวัดโดยส่วนใหญ่มีความคงเส้นคงวาของการวัด

3. การวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 1 ถึง 10 (CB1-CB10)



$\chi^2 = 41.86, df = 24, p\text{-value} = 0.01, CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = 0.04, SRMR = .03$

*** $p < .001$

ภาพที่ 7 ผลการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัดพฤติกรรมการคุมกำเนิด

จากภาพที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองการวัด พฤติกรรมการคุมกำเนิดพบว่า ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องของแบบจำลอง ได้แก่ ค่า $\chi^2 = 41.86$, $df = 24$, $p\text{-value} = 0.01$, $CFI = .99$, $TLI = .99$, $RMSEA = 0.04$, $SRMR = .03$ มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานแสดงว่า แบบจำลองมีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาความตรง และความเที่ยงมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การวัดความตรงของแบบจำลองการวัด พิจารณาน้ำหนักแต่ละองค์ประกอบของแต่ละตัวแปรพบว่า ข้อคำถามข้อ 1 ถึง 10 มีค่าเท่ากับ .48 ถึง .81 สรุปได้ว่า ตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 10 ตัวแปร ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีค่าเป็นบวก และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า .30 และมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hair et al., 2006)

3.2 การวัดความเที่ยงของแบบจำลองการวัด พิจารณาจากสัดส่วนความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้ที่อธิบายได้โดยตัวแปรแฝง (R^2) พบว่า ข้อคำถามข้อ 1 (CB1) มีค่าเท่ากับ .53 ข้อคำถามข้อ 2 (CB2) มีค่าเท่ากับ .53 ข้อคำถามข้อ 3 (CB3) มีค่าเท่ากับ .65 ข้อคำถามข้อ 4 (CB4) มีค่าเท่ากับ .66 ข้อคำถามข้อ 5 (CB5) มีค่าเท่ากับ .60 ข้อคำถามข้อ 6 (CB6) มีค่าเท่ากับ .41 ข้อคำถามข้อ 7 (CB7) มีค่าเท่ากับ .39 ข้อคำถามข้อ 8 (CB8) มีค่าเท่ากับ .23 ข้อคำถามข้อ 9 (CB9) มีค่าเท่ากับ .43 และข้อคำถามข้อ 10 (CB10) มีค่าเท่ากับ .42 องค์ประกอบการวัดโดยส่วนใหญ่มีความคงเส้นคงวาของการวัด

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น การตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังต่อไปนี้

ตารางที่ 11 ค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้องแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นตามสมมติฐานการวิจัยและแบบจำลองแบบประหยัด

ดัชนี	เกณฑ์การพิจารณา		ค่าสถิติจากข้อมูลเชิงประจักษ์	
	เกณฑ์ดี	ยอมรับได้	สมมติฐานการวิจัย	แบบจำลองแบบประหยัด
	(Good Fit)	(Acceptable Fit)		
1. Chi-square (χ^2)	$0 \leq \chi^2 \leq 2 df$	$2 df \leq \chi^2 \leq 3 df$	1147.48	23.17

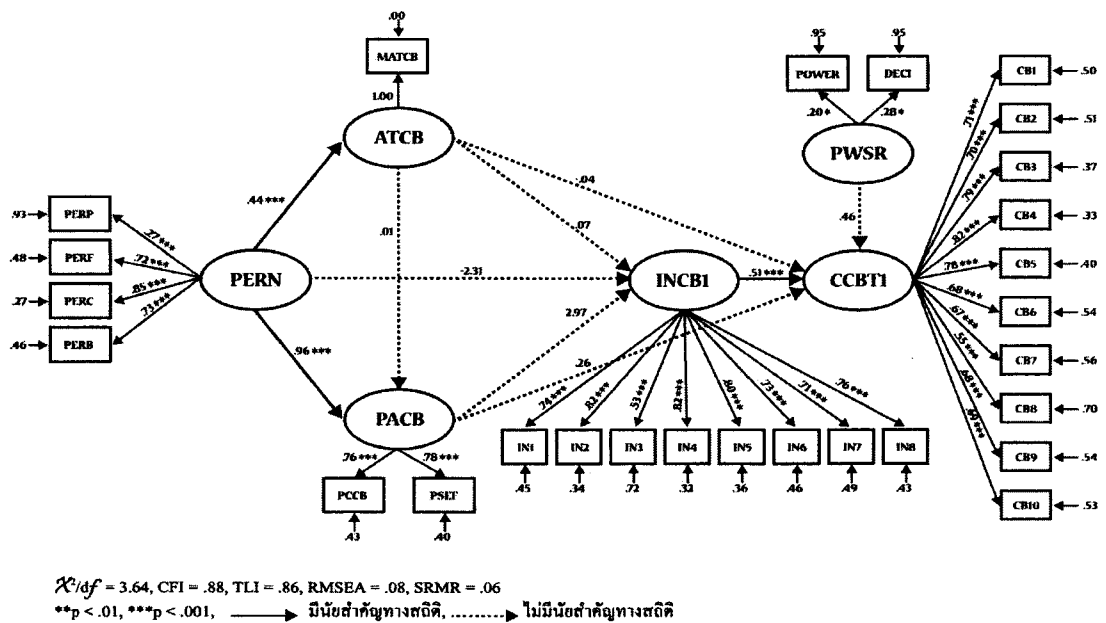
ตารางที่ 11 (ต่อ)

ดัชนี	เกณฑ์การพิจารณา		ค่าสถิติจากข้อมูลเชิงประจักษ์	
	เกณฑ์ดี (Good Fit)	ยอมรับได้ (Acceptable Fit)	สมมติฐาน การวิจัย	แบบจำลอง แบบประหยัด
2. Relative Chi-square (χ^2/df)	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	1147.48/ 315 = 3.64	429.86/ 280 = 1.54
3. <i>p</i> -value	$.05 < p \leq 1.00$	$.01 < p < .05$	.00	.00
4. Comparative Fit Index (CFI)	$.97 \leq CFI \leq 1.00$	$.95 \leq CFI \leq .97$	.88	.98
5. Tucker- Lewis Index (TLI)	$.97 \leq TLI \leq 1.00$	$.95 \leq TLI \leq .97$	.86	.97
6. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	$0 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 < RMSEA \leq .08$	.08	.03
7. Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	$0 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .10$	.06	.05

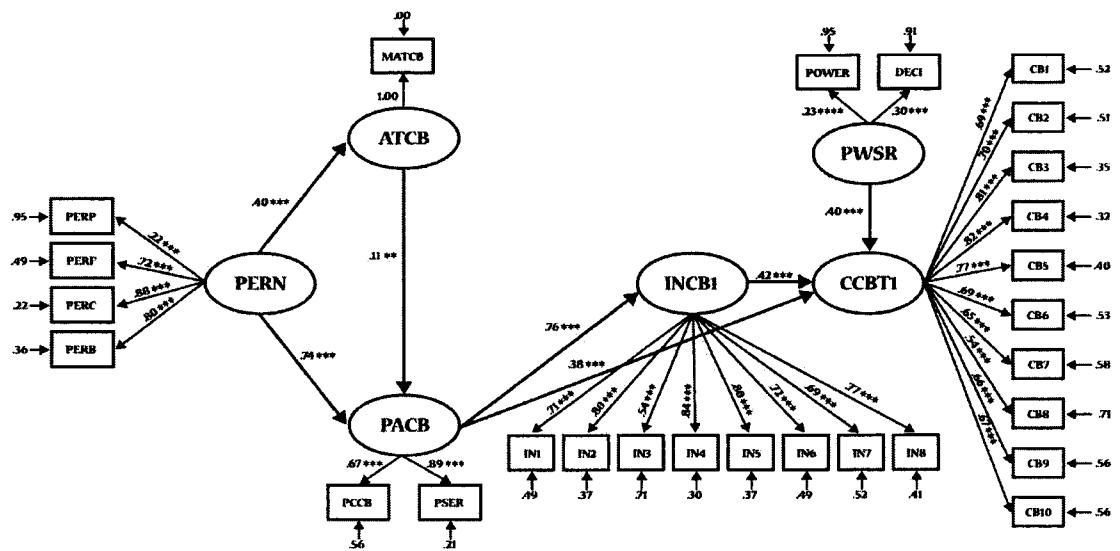
จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นได้ค่า $\chi^2/df = 3.64$, CFI = .88, TLI = .86, RMSEA = .08, SRMR = .06 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ความสอดคล้องของแบบจำลอง แสดงว่า แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นตามสมมติฐานการวิจัยไม่เป็นไปสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Schermelele-Engel et al., 2003) ดังภาพที่ 8

จะเห็นได้ว่า เส้นทางอิทธิพลที่มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 1) เส้นทางจากตัวแปรแฝงเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) ไปยังตัวแปรแฝงพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) ตัวแปรแฝงความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) เส้นทางจาก

ตัวแปรแฝงการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) ไปยังตัวแปรแฝงความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3) เส้นทางจากตัวแปรแฝงพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) ไปยังตัวแปรแฝงความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) เส้นทางตัวแปรแฝงอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) ไปยังตัวแปรแฝงพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อให้แบบจำลองเชิงสาเหตุมีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำนายปรากฏการณ์ เหมาะสำหรับที่จะนำไปใช้อภิปรายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาให้เป็นแบบจำลองแบบประหยัด (Parsimonious model) แสดงดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นตามสมมติฐานการวิจัย



$\chi^2/df = 1.54, CFI = .98, TLI = .97, RMSEA = .03, SRMR = .05$
 หมายเหตุ: **p < .01, ***p < .001, —————> มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาพที่ 9 แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่ปรับเป็นแบบจำลองแบบประหยัด

จากภาพที่ 9 และตารางที่ 11 แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นภายหลังการปรับเป็นแบบจำลองแบบประหยัดได้ค่า $\chi^2 / df = 1.54, CFI = .98, TLI = .97, RMSEA = .03, SRMR = .05$ เป็นไปตามเกณฑ์การทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองอยู่ในเกณฑ์ดีแสดงว่า แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Diamantopoulos & Sigauw, 2000; Schermelleh-Engel¹ et al., 2003)

ตารางที่ 12 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละตัวแปรตามรูปแบบของแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	SE	Z	R ²
การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERN)				
1. การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความ คิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับ พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERP)	.22	.04	4.64	.05

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	SE	Z	R ²
2. การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความ คิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อน เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERF)	.72	.03	24.81	.51
3. การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความ คิดเห็น/ การสนับสนุนของคูรัก/ แฟน เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERC)	.88	.03	32.26	.78
4. การรับรู้พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของ กลุ่มเพื่อน (PERB)	.80	.03	25.96	.64

$|Z| > 1.96$ หมายถึง $p < .05$, $|Z| > 2.58$ หมายถึง $p < .01$

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	SE	Z	R ²
เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (ATCB)				
1. เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (MATCB)	1.00	.00	.00	1.00
พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PACB)				
1. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม คุมกำเนิด (PCCB)	.67	.03	21.95	.44
2. ความสามารถของตนเองต่อการ คุมกำเนิด (PSEF)	.89	.02	44.33	.79
อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR)				
1. การควบคุมความสัมพันธ์ (POWER)	.23	.05	4.28	.05
2. การตัดสินใจ (DECI)	.30	.07	4.25	.09

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	SE	Z	R ²
ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1)				
1. ข้อคำถามที่ 1 (IN1)	.71	.03	27.81	.51
2. ข้อคำถามที่ 2 (IN2)	.80	.02	39.98	.64
3. ข้อคำถามที่ 3 (IN3)	.54	.04	14.91	.29
4. ข้อคำถามที่ 4 (IN4)	.84	.02	49.03	.70
5. ข้อคำถามที่ 5 (IN5)	.80	.02	39.82	.63
6. ข้อคำถามที่ 6 (IN6)	.72	.03	28.45	.51
7. ข้อคำถามที่ 7 (IN1)	.69	.03	25.30	.48
8. ข้อคำถามที่ 8 (IN1)	.77	.02	34.27	.59

$|Z| > 1.96$ หมายถึง $p < .05$, $|Z| > 2.58$ หมายถึง $p < .01$

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน (β)	SE	Z	R ²
พฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1)				
1. ข้อคำถามที่ 1 (CB1)	.69	.03	25.99	.48
2. ข้อคำถามที่ 2 (CB2)	.70	.03	26.87	.49
3. ข้อคำถามที่ 3 (CB3)	.81	.02	39.77	.65
4. ข้อคำถามที่ 4 (CB4)	.82	.02	41.60	.68
5. ข้อคำถามที่ 5 (CB5)	.77	.02	36.04	.60
6. ข้อคำถามที่ 6 (CB6)	.69	.03	24.03	.47
7. ข้อคำถามที่ 7 (CB7)	.65	.03	21.75	.42
8. ข้อคำถามที่ 8 (CB8)	.54	.04	15.31	.29
9. ข้อคำถามที่ 9 (CB8)	.67	.03	23.02	.44
10. ข้อคำถามที่ 10 (CB10)	.66	.03	23.18	.44

$|Z| > 1.96$ หมายถึง $p < .05$, $|Z| > 2.58$ หมายถึง $p < .01$

จากตารางที่ 12 คำสัมประสิทธิ์น้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ของตัวบ่งชี้ในรูปแบบการวัดพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ทุกตัวแสดงว่า ตัวแปรบ่งชี้ทุกตัวบ่งบอกถึงความเป็นองค์ประกอบของการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERN) เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PACB) อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1)

รูปแบบการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERN) พบว่าตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERC) มีค่าเท่ากับ .88 รองลงมา คือ การรับรู้พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน (PERB) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .88 ตัวบ่งชี้ในรูปแบบการวัดเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) คือ เจตคติต่อพฤติกรรม กรรมการคุมกำเนิด (MATCB) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00 ตัวบ่งชี้ในรูปแบบการวัดพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PACB) คือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PCCB) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .67 และความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด (PSEF) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .89 ตัวบ่งชี้ในรูปแบบการวัดอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) คือ การควบคุมความสัมพันธ์ (POWER) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .23 และการตัดสินใจ (DECI) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .30 ตัวบ่งชี้ในรูปแบบการวัดความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) ตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ ข้อคำถามที่ 2 และ 5 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .80 รองลงมา คือ ข้อ 8 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .77 และตัวบ่งชี้ในรูปแบบการวัดพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ ข้อคำถามที่ 4 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .82 รองลงมาคือ ข้อ 8 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .81

สรุปได้ว่า ตัวบ่งชี้ทุกตัวบ่งบอกถึงความเป็นองค์ประกอบของการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERN) เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PACB) อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1)

ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่ปรับเป็นแบบจำลองแบบประหยัด

ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่ปรับเป็นแบบจำลองแบบประหยัด ตามภาพที่ 10 พบว่า มีค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของตัวแปรแฝงตามแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมความก้าวเนียดของสตรีวัยรุ่น

ตัวแปรแฝง	ATCB			PACB			INCB1			CCBT1		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
PERN	.40***	-	.40***	.74***	.04***	.78***	-	.60***	.60***	-	.55***	.55***
ATCB	-	-	-	.11**	-	.11**	-	.08**	.08**	-	.08**	.08**
PACB	-	-	-	-	-	-	.76***	-	.76***	.38***	.32***	.70***
INCB1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.42***	-	.42***
PWSR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.40***	-	.40***
R^2	.16			.63			.58			.84		

$\chi^2 / df = 1.54$, CFI = .98, TLI = .97, RMSEA = .03, SRMR = .05

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .10$, DE = Direct Effect (อิทธิพลทางตรง), IE = Indirect Effect (อิทธิพลทางอ้อม), TE = Total Effect (ผลรวมอิทธิพล)

7. ตัวแปรความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .42

8. ตัวแปรอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .40

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) และความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ได้ร้อยละ 84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า ตัวบ่งชี้ตามรูปแบบการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) มีค่านำหนักองค์ประกอบ (β) ระหว่าง .22 ถึง .89 และมีค่าความเที่ยง (R^2) ระหว่าง .05 ถึง 1.00 ตัวแปรทำนายได้แก่ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ได้ร้อยละ 84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า แบบจำลองแบบประหยัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้อธิบายผลการวิจัยต่อไป

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น สร้างแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น และตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการประมวลเอกสาร แนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม (The Integrated Behavioral Model [IBM]) ของ Montañó and Kasprzyk (2008) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยจากแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น สรุปสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด
 2. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจในการคุมกำเนิด
 3. เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด
 4. เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และตั้งใจในการคุมกำเนิด
 5. พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด
 6. พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด
 7. ความตั้งใจในการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรมการคุมกำเนิด
 8. อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรมการคุมกำเนิด
- การวิจัยครั้งนี้ ประชากรที่ทำการศึกษา คือ สตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และกำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ และประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง ที่กำลังศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาภาครัฐ ที่ตั้งในเขตอำเภอเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ จังหวัดที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดกับคู่อุปสรรคชายคนล่าสุดในช่วง 3 เดือน

ที่ผ่านมา เป็นนักศึกษาในระบบการศึกษาปกติที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2557 จำนวน 5 วิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 458 คน ได้มาจากรีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แปล และดัดแปลงขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ฉบับ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการทำแท้ง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด แบบสอบถามพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด แบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิด แบบสอบถามอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ และแบบสอบถามพฤติกรรม การคุมกำเนิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านพิจารณา และนำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัว มีค่าตรงเชิงเนื้อหา .80 ถึง .98 และนำข้อคำถามบางข้อ ไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปจัดทำเป็นแบบสอบถาม จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับอาชีวศึกษา ปวช. 2 ปวช. 3 และ ปวส. 1 จำนวน 35 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .53 ถึง .94 และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 458 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .56 ถึง .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 1,500 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 1,206 ฉบับ คิดเป็นค่าร้อยละ 80.40 เมื่อจำแนกลักษณะของแบบสอบถามจำนวน พบว่า สตรีวัยรุ่นมีประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 615 คน คิดเป็นร้อยละ 51.00 เมื่อพิจารณาแบบสอบถามผู้ตอบมีประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่ม พบว่า มีจำนวน 458 คน คิดเป็นร้อยละ 37.98 จึงนำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว มาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้ค่าสถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน สำหรับการวิเคราะห์ ความสอดคล้องของแบบจำลอง และวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปรตามแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ใช้โปรแกรม Mplus

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น สรุปได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด และการตั้งครรรภ์ มีดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ร้อยละ 37.34 ของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยรุ่นศึกษาระดับปวช. 3 โดยมีอายุ 17-19 ปี ร้อยละ 93.66 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 55.24 สามารถพูดคุยเรื่องเพศกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ปกครองได้อย่างเปิดเผยบางเรื่อง ร้อยละ 42.36 และได้รับความรู้เรื่องการคุมกำเนิดจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสารอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 89.30

1.2 ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ พบว่า สตรีวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 11 ปี ร้อยละ 49.79 มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 17-19 ปี การมีเพศสัมพันธ์เกิดจากความอยากรู้อยากลองร้อยละ 31.74 ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 76.64 มีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 94.98 มีเพศสัมพันธ์กับคูร์ัก/ แฟน 1 คน ในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา

1.3 ประสบการณ์การคุมกำเนิดส่วนใหญ่ พบว่า ร้อยละ 51.75 ของสตรีวัยรุ่นใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก รองลงมา คือ การหลั่งอสุจิภายนอกช่องคลอด ร้อยละ 21.83 วิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 42.14 รองลงมา คือ ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 21.83 และการหลั่งอสุจิภายนอกช่องคลอด ร้อยละ 20.52 และวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เป็นประจำเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คือ การใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 48.91 รองลงมา คือ การหลั่งอสุจิภายนอกช่องคลอด ร้อยละ 27.95

1.4 ประสบการณ์การตั้งครรรภ์และการทำแท้งส่วนใหญ่ พบว่า ร้อยละ 7.21 ของสตรีวัยรุ่นเคยตั้งครรรภ์ และส่วนใหญ่ร้อยละ 87.88 เคยตั้งครรรภ์มาแล้ว 1 ครั้ง สาเหตุของการตั้งครรรภ์เกิดขึ้น เนื่องจาก ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 54.55 และคุมกำเนิดแต่เกิดข้อผิดพลาด ร้อยละ 45.55 และร้อยละ 33.33 เคยทำแท้งมาก่อน

2. ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกต ตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 27 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERP) เท่ากับ 3.25 ($SD = .59$) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERF) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ($SD = .63$) การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคูร์ัก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด (PERC) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ($SD = .55$) การรับรู้พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่ม

เพื่อน (PERB) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ($SD = .64$) เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (MATCB) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ($SD = .51$) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PCCB) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ($SD = .62$) ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด (PSEF) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 ($SD = .72$) การควบคุมความสัมพันธ์ (POWER) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 ($SD = .51$) และการตัดสินใจ (DECI) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ($SD = .38$)

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงทั้ง ผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบ จำนวน 3 ตัวแปรแฝง คือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) มีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า เครื่องมือวิจัยมีความตรงเชิงโครงสร้าง และสามารถใช้อ้างอิงประกอบใน ตัวแปรแฝงของแต่ละตัวแปรได้จริง โดยแบบจำลองการวัดการรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERP) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .29 ถึง .80 ค่าความเที่ยง เท่ากับ .08 ถึง .65 แบบจำลองการวัดความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .56 ถึง .83 ค่าความเที่ยง เท่ากับ .49 ถึง .69 และแบบจำลองการวัดในรูปแบบตัวแปรพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .56 ถึง .83 ค่าความเที่ยง เท่ากับ .48 ถึง .81 ค่าความเที่ยง เท่ากับ .23 ถึง .66

4. ผลการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น จากผลการวิจัยแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ตามแบบจำลองแบบประหยัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถสรุป และตอบคำถามตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผลการวิจัยบางส่วนไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดไม่ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และความตั้งใจในการคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรม

การคุมกำเนิด ผลการวิจัยบางส่วนไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด ไม่มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อ พฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และความตั้งใจในการคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไป ตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด ผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ความตั้งใจในการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8 อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

5. ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรี วัยรุ่น

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานการวิจัยไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ พัฒนาให้เป็นแบบจำลองแบบประหยัด (Parsimonious model) หลังจากทีปรับเป็นแบบจำลอง แบบประหยัดพบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี (Good fit) มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ .84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า แบบจำลอง เชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่ปรับเป็นแบบจำลองแบบประหยัด สามารถ อภิปรายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น และสามารถทำนายพฤติกรรม การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ได้ร้อยละ 84

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นตามแบบจำลอง แบบประหยัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพิจารณาจากค่าอิทธิพลรวม พบว่า พลังความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

ค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\beta = .70, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\beta = .55, p < .001$)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ โดยมีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .38, .42 และ .40 ตามลำดับ ($\beta = .38, \beta = .42, \beta = .40; p < .001$)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยมีค่าอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .08, .55 และ .32 ตามลำดับ ($\beta = .08, p < .01, \beta = .55, p < .001, \beta = .32, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น และตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการประมวลเอกสาร แนวคิดแบบจำลองบูรณาการพฤติกรรม (The Integrated Behavioral Model: IBM) ของ Montañó and Kasprzyk (2008) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยจากแบบจำลอง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่นักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศได้นำเสนอไว้ โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด และผลการศึกษามาสังเคราะห์ แล้วนำมาเทียบเคียงและประยุกต์ใช้กับสตรีวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น ประกอบด้วย การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด พลังความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ ผลการวิจัย มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นพบว่า ร้อยละ 39.08 ของสตรีวัยรุ่น มีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นจากความอยากรู้อยากลอง อภิปรายได้ว่า สตรีวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายเจริญเต็มที่ ดึงดูดความสนใจของเพศตรงข้าม (Christie & Viner, 2005) เริ่มมีความรู้สึกสนใจเพศตรงข้าม อยากรู้อยากลอง รักง่าย หลงง่าย (Ricci et al., 2013) จึงอาจถูกโน้มน้าวใจ ขาดความรอบคอบคิดตั้งแต่ปัจจุบัน ความรัก ความรู้สึกและความพึงพอใจ การมีเพศสัมพันธ์จึงเกิดขึ้น โดยไม่ตั้งใจหรือไม่คาดคิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย ถึงร้อยละ 37.34

อีกทั้ง สภาพสังคมในปัจจุบัน วัยรุ่นต้องศึกษาเข้ามาศึกษาในเมือง สตรีวัยรุ่นต้องแยกจากครอบครัว สตรีวัยรุ่นบางคนพักอาศัยอยู่หอพัก บางคนอาจพักอาศัยอยู่กับคูร์ก/ แฟน ซึ่งเปิดโอกาสให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมากขึ้น และจากผลการวิจัยพบว่า สตรีวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดใด ๆ ถึงร้อยละ 13.10 และร้อยละ 43.66 ใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ต่ำ ได้แก่ การหลั่งอสุภายนอก และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 51.75 ใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 12.66 วิธีการคุมกำเนิดที่สตรีวัยรุ่นนิยมใช้เมื่อเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด คือ ถุงยางอนามัย ร้อยละ 42.14 รองลงมา คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และการหลั่งอสุภายนอกช่องคลอดร้อยละ 21.83 และ 20.52 ตามลำดับ และวิธีการคุมกำเนิดที่สตรีวัยรุ่นนิยมใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คือ ถุงยางอนามัย ร้อยละ 48.91 รองลงมา คือ การหลั่งอสุภายนอก ช่องคลอด และยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 27.95 และ 24.45 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามีอัตราการคุมกำเนิดที่ต่ำมาก

การที่สตรีวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดต่ำ อภิปรายได้ว่า การมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด จึงไม่ได้เตรียมการหรือวางแผนที่จะใช้วิธีการคุมกำเนิดใด ๆ อาจเนื่องจาก ขาดวุฒิภาวะในการตัดสินใจที่จะป้องกันตนเองจากปัญหาที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ ไม่กล้าปฏิเสธคูร์ก/ แฟนเมื่อขอมิเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่ถุงยางอนามัยเพราะกลัวฝ่ายชายจะไม่รัก และถูกทอดทิ้ง (ศศิธร สิมคำ, 2553) หรือมีความเชื่อว่าการพกถุงยางอนามัยทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนวางแผนที่จะมีเพศสัมพันธ์ (อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และคณะ, 2552) อาจมีความเข้าใจว่าการใช้ถุงยางอนามัยไม่เหมาะสมกับความสัมพันธ์ของคูร์ก/ แฟน ทำให้เกิดความไม่เชื่อใจ ขาดความใกล้ชิด (ศศิธร สิมคำ, 2553) ความรู้สึกไว้วางใจในคูร์ก/ แฟน (พรฤดี นิธิรัตน์, 2554) การมีเพศสัมพันธ์กับคูร์ก/ แฟนไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย และเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่รู้จักผิวเผินจึงจะใช้ถุงยางอนามัย (สุณิรัตน์ ยั่งยืน, อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์, ธิดารัตน์ สมดี และสุวิมล สงกลาง, 2553) ภายหลังจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการคุมกำเนิด สตรีวัยรุ่นนิยมใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน จากผลการวิจัยพบการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 21.83 อาจเนื่องจาก มีความสะดวกในการพกพา วิธีการกินไม่ยุ่งยากเหมือนยาเม็ดคุมกำเนิดทั่วไป และเชื่อว่ายาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 100 (สุณิรัตน์ ยั่งยืน และคณะ, 2553)

วิธีการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่ใช้ครั้งล่าสุด และในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา มีรูปแบบการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เปลี่ยนไป มีการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น ได้แก่ ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด อาจเนื่องจาก รูปแบบความสัมพันธ์จากคูร์ก/ แฟนแบบชั่วคราว (Casual partner) เพื่อน (Friends) หรือเพื่อนชั่วข้ามคืน

(One-night stands) เปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ที่มั่นคงมากขึ้น (Steady partner) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 94.98 ของสตรีวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกเพียงคนเดียวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้ หากเชื่อว่าคนรักบริสุทธิ์ ไม่ต่อต้านทางเพศ ก็จะไม่ใช้ถุงยางอนามัย (Tangmukongvorakul et al., 2011 b) รูปแบบความสัมพันธ์ที่มั่นคงประกอบกับความถี่ในเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่น จากผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 76.64 ของสตรีวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และร้อยละ 14.41 มีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ซึ่งถือว่ามีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้ง ประมาณร้อยละ 40 ของสตรีวัยรุ่นเลือกใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 20 ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่เหมาะสมในการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม ประมาณร้อยละ 40 ของสตรีวัยรุ่นที่ยังเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ต่ำ ได้แก่ หลั่งสุจิภายนอก และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 12 ไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดใด ๆ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ ถ้าหากสตรีวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุมกำเนิด จะมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ภายใน 1 เดือน พบร้อยละ 20, ภายใน 6 เดือน พบร้อยละ 50 (สุวชัย อินทรประเสริฐ, 2553) และภายใน 1 ปี พบร้อยละ 90 (Cunningham et al., 2010) และจากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 7.21 ของสตรีวัยรุ่นเคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์

นอกจากนี้ จากผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 31.22 ของสตรีวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดอย่างถูกต้องทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จะหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ เพื่อช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ ร้อยละ 36.24 โดย ร้อยละ 32.53 จะพูดคุยกับคู่อีก/ แฟนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และเมื่อเกิดข้อผิดพลาดจากการคุมกำเนิด สตรีวัยรุ่นจะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่น เพื่อให้ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 37.77 และเมื่อคู่อีก/ แฟนไม่ใช้ถุงยางอนามัย ก็จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ทันที ร้อยละ 24.45 ดังนั้น สตรีวัยรุ่นมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ไม่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ อาจเนื่องจาก ขาดการวางแผนในการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด ขาดประเมนผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่คุมกำเนิด การพูดคุยสื่อสาร การเจรจาต่อรองเพื่อให้มีการคุมกำเนิดค่อนข้างน้อย การตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับคู่อีก/ แฟน และใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพต่ำในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมได้

2. ผลการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่ปรับเป็นแบบจำลองแบบประหยัด นำเสนอและอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด

มีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผลการวิจัยบางส่วนไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดไม่ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด อภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) ($\beta = .40, p < .001$) และมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) ($\beta = .74, p < .001$) อภิปรายได้ว่า เมื่อสตรีวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณครอบครัวข้างได้แก่ พ่อแม่ กลุ่มเพื่อน คิดเห็นว่าการคุมกำเนิดสิ่งที่ควรกระทำ เป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อการมีเพศสัมพันธ์ และสนับสนุนให้มีการใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ โดยการให้ข้อมูล/ ความรู้ หรือเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด คู่รัก/ แฟนมีการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการคุมกำเนิด ร่วมรับผิดชอบในการคุมกำเนิดหรือเห็นกลุ่มเพื่อนที่มีการหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด มีการพกพาหรือมีผลิตภัณฑ์การคุมกำเนิดไว้ใช้ และเพื่อน ไม่มีการตั้งครรภ์ สิ่งเหล่านี้ ก็จะทำให้สตรีวัยรุ่นเกิดการรับรู้ว่าการคุมกำเนิดจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ และเกิดเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด อีกทั้ง การคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ไม่ใช่เรื่องยาก นำไปสู่ความพยายามควบคุมตนเองในการกระทำพฤติกรรมคุมกำเนิด และเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีตามแบบแผน (Theory of planned behavior) การรับรู้การสนับสนุนในการกระทำพฤติกรรมจากกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และการรับรู้การกระทำพฤติกรรมของกลุ่มอ้างอิง (Descriptive norms) มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) และการรับรู้กับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) (Ajzen, 1991) และจากการศึกษาของ Koniak-Griffin and Stein (2006) ที่พบว่า การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective norms) คือ การรับรู้ ยอมรับหรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยจากพ่อแม่ กลุ่มเพื่อน คู่รัก/ แฟนมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยได้แก่ ความสุข ความรู้สึก และการเป็นธรรมชาติในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .001$) และมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ และโรคเอดส์ของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17,$

$p < .01$) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันเป็นตัวแปรที่อยู่ภายใต้เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Wang et al. (2008) พบว่า อิทธิพลทางสังคม (Social influences) ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติต่อการคุมกำเนิดในวัยรุ่นที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = .57, p < .05$)

อย่างไรก็ตาม ตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด อธิปไตยได้ว่า บริบทวัฒนธรรมไทย สตรีวัยรุ่นยังไม่สามารถพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิดได้อย่างเปิดเผย จากผลการวิจัย พบว่า สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถพูดคุยเรื่องเพศกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ปกครองได้อย่างเปิดเผยเพียงบางเรื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญา ดิษเจริญ (2548) ที่พบว่า พ่อแม่มีการสื่อสารเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศกับสตรีวัยรุ่นระดับน้อย การที่พ่อแม่ไม่ได้พูดคุยเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ให้เห็นถึงประโยชน์ของการคุมกำเนิด ความสำคัญ และจำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ หรือรับฟัง ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการคุมกำเนิด อาจทำให้สตรีวัยรุ่นไม่เห็นถึงประโยชน์ ความสำคัญ และจำเป็นในการป้องกัน การตั้งครรภ์ นอกจากนี้ เมื่อสตรีวัยรุ่นมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ กลัวว่าจะตั้งครรภ์ก็จะเลือกปรึกษาเพื่อนที่มีคูรััก/ แฟน (รัตนพร อินทร์เพ็ญ, 2551) กลุ่มเพื่อนก็จะเป็แหล่งให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ข้อมูล และเป็นแบบอย่างการกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิด กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความคิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิดโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2008) พบว่า อิทธิพลทางสังคม (Social influences) ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อนไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดจึงไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด โดยตรงแต่ส่งผลทางอ้อม โดยผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด IBM (Montaño & Kasprzyk, 2008) กล่าวว่า การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งผลทางอ้อมต่อการกระทำพฤติกรรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และความตั้งใจในการคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิปไตยได้ดังนี้

การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ($\beta = .55, p < .001$) โดยอ้อมผ่านเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) และความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) อภิปรายได้ว่า เมื่อสตรีวัยรุ่นรู้ว่าพ่อแม่ คู่รัก/ เพื่อน กลุ่มเพื่อนเห็นด้วย ยอมรับ ให้ข้อมูลหรือเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด หรือเห็นกลุ่มเพื่อนมีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริงจึงรับรู้ถึงประโยชน์และผลที่เกิดขึ้น จึงเกิดเจตคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด และมั่นใจว่าการคุมกำเนิดไม่ทำให้ตั้งครรภ์บวกกับข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์/ ตัวอย่างที่ประสบ หรือการได้แลกเปลี่ยนความคิด/ ประสบการณ์กับกับกลุ่มเพื่อนจึงเกิดความมั่นใจว่าตนเองจะทำได้จึงเกิดความตั้งใจในการคุมกำเนิด และนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Cha, Kim, and Patrick (2008) พบว่า การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อนในการใช้ถุงยางอนามัยส่งผลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยโดยอ้อมผ่านเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย และพลังความสามารถของตนเองต่อการใช้ถุงยางอนามัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผลการวิจัยบางส่วนไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด อภิปรายได้ดังนี้

เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) ($\beta = .11, p < .001$) อภิปรายได้ว่า สตรีวัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ก็จะคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเพื่อป้องกันผลกระทบที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุมกำเนิด ร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองที่จะทำอย่างไรเพื่อแสดงถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ ก็จะนำไปสู่การรับรู้ที่ตนเองสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการคุมกำเนิด การคุมกำเนิดไม่ใช่สิ่งยุ่งยากในการปฏิบัติ มีความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการพูดคุย เจรจาต่อรองหรือโน้มน้าวใจให้คู่รัก/ เพื่อนให้มีการคุมกำเนิด มั่นใจว่าสามารถเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม เพื่อให้ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ได้ ก็จะก่อให้เกิดพลังความสามารถในการกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2008) พบว่า เจตคติต่อการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด ($\beta = .29, p < .05$) และจากการศึกษาของ Wulfert and Wan (1993) พบว่า การคาดการณ์ผลลัพธ์ของการกระทำ ได้แก่ การรับรู้ว่าจะคุมกำเนิดสามารถ

ป้องกันโรคและทำนายความสามารถของตนเอง ($\beta = .20, p < .05$) และการรับรู้ว่าคุณงามอนามัยสามารถทำนายความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ($\beta = .59, p < .05$)

อย่างไรก็ตาม จากสมมติฐานการวิจัย เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) ไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมการคุมกำเนิด จากผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) ไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) และพฤติกรรมการคุมกำเนิดการคุมกำเนิด อาจเนื่องจากสตรีวัยรุ่นบางส่วนรับรู้ว่าการคุมกำเนิดช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ เห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิด แต่บางส่วนมีความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่แตกต่างกันไป ได้แก่ เชื่อว่ารับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดจะทำให้อ้วน เกิดสิว ฝ้า หน้าอกและบั้นท้ายหย่อนคล้อย เป็นสาเหตุที่ทำให้สตรีวัยรุ่นเลี้ยงที่จะคุมกำเนิด ด้วยวิธีการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด (พัชรลักษณ์ สุวรรณ, 2549) สตรีวัยรุ่นบางคนรู้สึกไม่ดีหากคู่นอนใช้ถุงยางอนามัย เพราะรู้สึกว่าฝ่ายชายแสดงถึงความไม่ไว้วางใจ หรืออาจถูกมองว่าไม่มีความซื่อสัตย์ ต้องการที่จะแสดงออกว่าตนเองไว้วางใจได้ ไม่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ รักนวลสงวนตัว และบอกคู่รัก/ แฟนว่าไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย (พรฤตินิธิรัตน์, 2554) นอกจากนี้ รูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศของวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นแบบชั่วคราว ต้องการผูกมัดความสัมพันธ์ จึงละเลยที่จะคุมกำเนิดเพื่อต้องการตั้งครรภ์ และต้องการให้คู่รัก/ แฟนแสดงความห่วงใยเมื่อทราบที่ตั้งครรภ์ (ศิริพร จิรวัดกุล และคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lou and Chen (2009) ที่พบว่า เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และความตั้งใจในการคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (ATCB) มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด และความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) ($\beta = .08, p < .01$) อภิปรายได้ว่า เมื่อสตรีวัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด กล่าวคือ มีความคิด ความเชื่อว่าการคุมกำเนิดเป็นสิ่งที่ดี เป็นเรื่องที่เหมาะสม สิ่งสมควรกระทำ สตรีวัยรุ่นก็จะเกิดความตั้งใจ โดยหาแนวทางหรือวางแผนการคุมกำเนิดสำหรับตนเอง วางแผนการคุมกำเนิดร่วมกับคู่รัก/ แฟน หรือแก้ไขปัญหาหากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการคุมกำเนิด มีความคิดข้าย่เตือนกับตนเองเสมอว่าจะต้องมีการคุมกำเนิด จูงใจ/ โน้มน้าวให้คู่รัก/ แฟนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ หรือซื้อหรือพกยาเม็ดคุมกำเนิดและ/ หรือถุงยางอนามัยไว้ใช้

สอดคล้องกับการศึกษาของ Cha, Kim, and Patrick (2008) เจตคติต่อการใช้อุปกรณ์อนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด และจากการศึกษาของ Wang, et al. (2008) พบว่า เจตคติต่อการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด IBM เจตคติต่อพฤติกรรมการกระทำส่งผลทางอ้อมต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Montaño & Kasprzyk, 2008)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) ($\beta = .76, p < .001$) และมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ($\beta = .38, p < .001$) อภิปรายได้ว่า เมื่อสตรีวัยรุ่นรับรู้ว่าการคุมกำเนิดเป็นเรื่องง่าย และมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะใช้วิธีการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ สามารถควบคุมสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์หรือการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการคุมกำเนิด สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับตนเอง ก็จะส่งผลต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิดและพฤติกรรมการคุมกำเนิด จากการศึกษาของ Koniak-Griffin and Stein (2006) พบว่า ความสามารถของตนเองและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการใช้อุปกรณ์อนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, p < .001$; $r = .46, p < .001$) และความสามารถของตนเองสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้อุปกรณ์อนามัย ($\beta = .23, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด IBM พลังความสามารถของบุคคลส่งผลทางตรงต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Montaño & Kasprzyk, 2008)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PACB) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) โดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) ($\beta = .32, p < .001$) เมื่อสตรีวัยรุ่นมั่นใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดกับคู่อภิปราย/ แฟน มั่นใจที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ทันทีที่รู้สึก ไม่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ มั่นใจว่าตนเองสามารถคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ก็จะเป็นพลังความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิด นำไปสู่

ความแน่น ความตั้งใจที่จะคุมกำเนิด โดยการหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ พุดคุย แลกเปลี่ยน ปรีกษานุคคลที่ไว้ใจ เช่น คู่รัก/ แฟน กลุ่มเพื่อนเพื่อนสนิทที่มีคู่รัก/ แฟน มีการพุดคุยกับคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด มีการคุมกำเนิด ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และคุมกำเนิดอย่างถูกวิธี เมื่อไม่มั่นใจว่าปลอดภัยจากการตั้งครรภ์จะหา วิธีการคุมกำเนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wayuhuerd (2009) การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยโดยอ้อมผ่านความตั้งใจ ในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มสตรีวัยรุ่น ($\beta = .05, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด IBM พลังความสามารถของบุคคลส่งผลทางอ้อมต่อการกระทำพฤติกรรม โดยอ้อมผ่านความตั้งใจ ในการกระทำพฤติกรรม (Montaño & Kasprzyk, 2008)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรม การคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ (PWSR) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด (CCBT1) ($\beta = .40, p < .001$) ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เป็นการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วม ในการกระทำพฤติกรรมของคู่รัก/ แฟน โดยแสดงออกถึงการไม่เห็นด้วยต่อความต้องการของคู่รัก ควบคุมการตัดสินใจในเชิงความสัมพันธ์ทางเพศ และควบคุมพฤติกรรมของคู่รัก (Pulerwitz et al., 2000) การที่สตรีวัยรุ่นรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ และสามารถ ควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับคู่รัก/ แฟน โน้มน้ำหนักให้คู่รัก/ แฟนยอมทำตามความ ต้องการทั้งเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดก็จะส่งผลให้พุดคุยกับคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับการ คุมกำเนิด เป็นผู้ที่ตัดสินใจในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด และจะเป็นผู้ที่ปฏิเสธการมี เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lanis (2013) ที่ศึกษา เกี่ยวกับอำนาจในความสัมพันธ์ทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ($r = 0.340, p < 0.001$) หากสตรีวัยรุ่นมีอำนาจในการตัดสินใจที่จะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดใด และสามารถเลือกได้ว่าใครที่เป็นผู้ที่ต้องคุมกำเนิดก็จะส่งผลให้ตนหรือคู่รัก/ แฟนต้องกระทำ พฤติกรรมการคุมกำเนิด หากสตรีวัยรุ่นที่มีอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศต่ำ คู่รัก/ แฟน จะเป็นผู้ ตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย (Hahm et al., 2012)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8 ความตั้งใจในการคุมกำเนิดมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรม การคุมกำเนิด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด (CCBT1) ($\beta = .42, p < .001$) สตรีวัยรุ่นที่มีความตั้งใจในการคุมกำเนิดจะมี

ความมุ่งมั่นและพยายามที่จะให้มีการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ โดยการวางแผนการใช้วิธีการคุมกำเนิดสำหรับตนเอง หรือร่วมกันวางแผนการคุมกำเนิดระหว่างตนเองกับคู่รักหาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการใช้วิธีการคุมกำเนิดหรือมีความล้มเหลวจากการใช้วิธีการคุมกำเนิด นั้น ๆ ดังนั้น พฤติกรรมการคุมกำเนิดจึงเกิดจากความตั้งใจในการคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Wayuhued (2009) ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .35, p < .001$) และจากผลการวิจัย พบว่า ความตั้งใจในการคุมกำเนิดยังเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด IBM (Montaño & Kasprzyk, 2008)

จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น จะเกิดขึ้นได้นั้น สตรีวัยรุ่นจะต้องมีมุมมอง ความคิดเชิงบวกต่อการคุมกำเนิดว่าเป็นสิ่งที่ดี ถูกต้อง เหมาะสม และควรกระทำเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ มองเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการคุมกำเนิด ก็จะส่งผลให้เกิดการรับรู้พลังความสามารถของตนเองในการมีจะเจรจาต่อรองหรือโน้มน้าวคู่รัก/แฟนให้ยอมทำตามความต้องการของตนเองในการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ พ่อแม่ คู่รัก/แฟน กลุ่มเพื่อน เป็นเสมือนแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยสร้างพลังความสามารถและผลักดันให้เกิดความตั้งใจในการคุมกำเนิดและพฤติกรรมการคุมกำเนิดตาม นอกจากนี้ ในบริบทสตรีวัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเกิดขึ้นจากความรัก ต้องการความใกล้ชิด ผูกพัน ในขณะที่เดียวกันก็ไม่กล้าที่จะบอกให้มีการคุมกำเนิด เนื่องจาก กลัวคู่รัก/แฟนไม่รักเหมือนเดิม ถูกปฏิเสธ และถูกทอดทิ้ง ไม่กล้าที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ ก็ต้องกลายเป็นฝ่ายที่ยอมทำตามความต้องการของคู่รัก/แฟน ในเกือบทุกเรื่อง รวมทั้งเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด ดังนั้น อำนาจความสัมพันธ์ทางเพศก็จะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ทางด้านการพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดสำหรับสตรีวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยนำเสนอข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการพยาบาล ด้านการศึกษา การวิจัยครั้งต่อไป และข้อเสนอแนะระดับนโยบายสุขภาพ ดังนี้

ด้านการพยาบาล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดค่อนข้างต่ำ ดังนั้น สตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดแก่สตรีวัยรุ่น และนำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหรือสตรีวัยรุ่นทั่วไป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า สตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์เห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิดและรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ ในวัยเรียนส่งผลกระทบต่อชีวิตและภาวะสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลควรออกแบบกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยต้องออกแบบโปรแกรมต้องมีการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และความคิดเห็นเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ เนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศ วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ประโยชน์ของการคุมกำเนิด และผลกระทบที่ตามมาจากการไม่คุมกำเนิด เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การต้องพักการเรียน กิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่หลากหลายเช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ข้อมูลผ่านรูปแบบการสื่อสารต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ วารสาร นิตยสาร โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารที่สตรีวัยรุ่นในปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความเป็นส่วนตัว

2. การเสริมสร้างพลังความสามารถต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดสำหรับสตรีวัยรุ่น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า พลังความสามารถของบุคคลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดเป็นปัจจัยสำคัญ และมีน้ำหนักมากพอที่จะส่งผลต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิดและพฤติกรรมการคุมกำเนิด ซึ่งพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดประกอบด้วย การรับรู้ควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด โดยการออกแบบการจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างทักษะการสื่อสาร ทักษะการเจรจาต่อรองกับคูรัก/ แฟน ให้มีการคุมกำเนิด ฝึกการจัดการกับอารมณ์ ความต้องการของตนเองและการควบคุมตนเองให้มีพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ และฝึกทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหาใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์

3. พยาบาลควรให้ความสำคัญกับบุคคลสำหรับที่มีอิทธิพลต่อเจตคติ และพลังความสามารถของสตรีวัยรุ่นต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด บุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสตรีวัยรุ่น คือ กลุ่มเพื่อนและแฟน/ คูรัก โดยนำเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมเจตคติ พลังความสามารถ และพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

4. การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดสำหรับสตรีวัยรุ่นนั้น พยาบาลต้องประเมินวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ในอดีตและใช้เป็นประจำว่ามีความถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่ และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างคูร์ก/แฟนเป็นแบบใด จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ในอดีตส่งผลต่อวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ปัจจุบันและความสัมพันธ์ระหว่างคูร์ก/แฟนมั่นคงมากขึ้น ก็จะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ให้ผลมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ อีกทั้ง การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดไม่เฉพาะกลุ่มที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่สตรีที่มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์พยาบาลควรให้ข้อมูลในการประเมินสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และการเตรียมความพร้อมสำหรับตนเองในการเจรจาต่อรองเพื่อให้คูร์ก/แฟนใช้วิธีการคุมกำเนิด และการแก้ไขปัญหาสำหรับตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่คุมกำเนิด หรือเตรียม/ปกดูขางอนามัยไว้ใช้

ด้านการศึกษา

การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้น ควรมีการนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการศึกษาในโรงเรียนทั้งระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และมหาวิทยาลัย

สำหรับการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ อาจารย์ผู้สอนใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาการสอนหรือออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เน้นการปรับเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด และพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด ซึ่งโปรแกรมการสอนและการอบรมเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น โดยส่วนใหญ่การออกแบบกิจกรรมเป็นการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และความรู้เรื่องการคุมกำเนิด

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยสร้างรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น และเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นก็เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาในรายวิชาหรือจัดอบรมเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น เพื่อสนับสนุนนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น

สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น เนื้อหาการสอนแยกออกเป็นหัวข้อการสอนเฉพาะเรื่องในรายวิชาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพหรือวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ หรือวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์หรือสำหรับการฝึกภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาพยาบาลควรให้นักศึกษาได้มีการออกแบบการจัดการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และพฤติกรรม

การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นทั้งในคลินิก โรงเรียน และชุมชน โดยใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลนำเข้าในการออกแบบการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

สำหรับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การสังสมเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น การพยาบาลแม่และเด็ก หรือการผดุงครรภ์นั้น ควรมีการจัดหลักสูตรการให้คำปรึกษา เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเสริมสร้างพลังอำนาจในวัยรุ่น สำหรับเนื้อหาการสอนนั้น การใช้แนวคิดทฤษฎีในการอภิปรายพฤติกรรมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ภายใต้แนวคิดบูรณาการพฤติกรรม (IBM) ควรระบุปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด สำหรับการฝึกภาคปฏิบัติ ควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลและระหว่างบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป แต่สามารถนำไปใช้เฉพาะกลุ่มสตรีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาหญิงที่กำลังศึกษาระดับอาชีวศึกษา และมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดจึงมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มอื่น ๆ ข้อเสนอแนะการวิจัย มีดังนี้

1. การนำแนวคิดบูรณาการพฤติกรรม (IBM) มาใช้ในการอภิปรายพฤติกรรม การคุมกำเนิดนั้น ควรทำการศึกษาให้มีความหลากหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มสตรีที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มสตรีวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ข้ามคืน กลุ่มสตรีวัยรุ่นที่มีรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศแบบมั่นคงหรือแบบชั่วคราว เพื่อให้ได้ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่มีความชัดเจนและสามารถอ้างอิงไปใช้ในการอภิปรายสุขภาพทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมคุมกำเนิดของวัยรุ่นทั่ว ๆ ไป และเพื่อตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองเชิงสาเหตุ และนำมาพัฒนาแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. ผลการวิจัย พบว่า พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกำเนิดเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีน้ำหนักมากพอที่จะส่งผลต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิดและพฤติกรรม การคุมกำเนิด ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไป มุ่งเน้นการสร้างเสริมพลังความสามารถ และอำนาจในการควบคุมความสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่นกับคูรัก/ แฟน และความสามารถในการตัดสินใจที่จะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย อีกทั้ง กลุ่มเพื่อน คูรัก/ แฟนเป็นตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักมากพอที่จะส่งผลต่อความคิด ความเชื่อ เป็นตัวอย่าง เป็นผู้ให้ข้อมูลหรือแลกเปลี่ยน

ข้อมูลประสบการณ์การคุมกำเนิด ดังนั้น ควรนำเพื่อน และคู่อริก/ แฟนซึ่งเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อสตรีวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมเจตคติ พลังความสามารถ และพฤติกรรม การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะระดับนโยบายสุขภาพ

นโยบายสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ และการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นนั้น วัยรุ่นยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และนโยบายต่าง ๆ ที่กำหนดลงมาสู่การปฏิบัติ ระดับปฏิบัติการยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุผลดังปรากฏการณ์ อัตราคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. นโยบายด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ พยายามควรเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และการจัดหลักสูตรหรือการจัดการเรียนการสอนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ที่ทุกระดับการศึกษาทุกระดับ โรงเรียน อาชีวศึกษา มหาวิทยาลัย ที่ต้องมีการจัดการเรียนการสอนหรือจัดกิจกรรม/ โปรแกรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของสตรีวัยรุ่น ในการดูแลสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์

2. พยายามในระดับปฏิบัติการ เช่น พยายามชุมชน พยายามที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน หรือหน่วยบริการเพื่อนใจวัยรุ่น ถือว่าเป็นบุคคลสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์นั้น ดังนั้น พยายามที่เลือกเข้ามารับผิดชอบงานด้านนี้ ต้องมีความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ และไม่เปิดเผยความลับของวัยรุ่น นอกจากนี้ ยังต้องมีเจตคติที่ดีต่อการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่น

3. การสนับสนุนทุนการวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์นั้นต้องให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ธราวรณ. (2548). *ทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้าง
ความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2557). *ท้องไม่พร้อม การเกิด และสิทธิอนามัย
เจริญพันธุ์*. ใน พิน วรสิริอมร, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิศา ชวนวัน และพจนานันท์ หันจางสิทธิ์
(บรรณาธิการ), *ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงทางประชากร
ในสังคม* (หน้า 143-162). กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใส ความท้าทายในวัยรุ่น*.
กรุงเทพฯ: แอดวานซ์ปริ้นติ้ง.
- กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี. (2552).
สรุปสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเขต 4, 5. เข้าถึงได้จาก
<http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/teenage/TeenagePregnancyStrategy.doc>
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). *รายงานการพิจารณาการศึกษาเรื่อง
ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. ใน คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (บรรณาธิการ),
เอกสารประกอบการประชุมการศึกษาปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ
(หน้า 35-52). กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, ผาสุก แก้วเจริญตา, ดวงเนตร เพ็ชรกิจ และ ขนิษฐา บุรณพันธ์. (2555). *ทางเลือก ทางออก ระบบบริการสุขภาพชุมชนป้องกัน แก้ไขปัญหาวัยรุ่น
ตั้งครรภ์ไม่พร้อม*. ใน สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ร่วมกับชมรม
พยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย (บรรณาธิการ), *การประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน
ครั้งที่ 2 จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ* (หน้า 5-11).
กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- จักรกฤษณ์ พิญาพงษ์. (2544). *การรับรู้บทบาทหญิงชายและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอนามัย
เจริญพันธุ์ของนักศึกษาชายและหญิงระดับอุดมศึกษา จังหวัดอุดรธานี*.
ใน บุญผา ศิริรัมย์ และ จรรยา เศรษฐบุตร(บรรณาธิการ), *รายงานการวิจัย
โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ ชุดที่ 2*.
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนชม สกนธวัฒน์. (2540). *การคุมกำเนิด (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: คอมเพรสแอนดีไซน์.

- ชลัช มิตรประชาปราณี, กานดา เชษฐสมบัติ, จิรนนท์ นามหย่อง, ชลิตา เมืองแก้ว และ
 นงนภัศ จิระวุฒินันท์. (2550). *ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของนักศึกษา
 ระดับ ปวช. ในวิทยาลัยการอาชีพขอนแก่น. Srinagarind Med J, 22 (suppl), 130.*
- ชญญา ดิษเจริญ. (2548). *การสื่อสารระหว่างบิดามารดากับสตรีวัยรุ่นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
 ของสตรีวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี,
 คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ฐิติพร อิงคदारวงศ์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์ และ ญาวนี จรุงศักดิ์. (2550). *พฤติกรรม
 เสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนอาชีวศึกษา. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(6),
 511-520.*
- นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน. (2550). *การคุมกำเนิดในวัยรุ่น. ใน กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
 กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น (หน้า 5-17).
 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.*
- เนตรชนก แก้วจันทา. (2555). *ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน.
 วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35(1), 83-90.*
- ประณีต ส่งวัฒนา, บุญวดี เพชรรัตน์, ผจงศิลป์ เฟิงมาก, บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ์,
 ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, ฤทัยพร ดรีตรง, อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ,
 อมรา ศรีสังข์ และคุณฎี สุวรรณวงศ์. (2548). *รายงานการศึกษาวิจัย พฤติกรรมเสี่ยง
 ทางเพศและการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษา.
 คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- ปรีชา แจ่มวิถีเลิศ และสมเกียรติ สีดวาริน. (2550). *อุ้งยางอนามัย. ใน กองอนามัยเจริญพันธุ์
 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น
 (หน้า 19-29). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.*
- ผาสุข แก้วเจริญตา, มณฑา ภู่อ้อย, พรรณี เจริญทอง, สุวพิชญ์ ซ่อมจันทา, สุธีร์ บัวพิมพ์,
 ธวัชชัย นคสนอง และกิตติพงศ์ อุบลสะอาด. (2556). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่
 และวัยรุ่นในการป้องกันปัญหาเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่
 จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 3(2), 6-8.*
- พรรณพิศ วิทถาวรวงศ์, กรรณิกา สหเมธาพัฒน์ และจันทร์เพ็ญ สุริยวงษ์. (2553). *การตั้งครรภ์และ
 การมีบุตรของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2551. พุทธชินราชเวชสาร,
 27(ฉบับพิเศษ 1), 313-322.*
- พรฤดี นิธิรัตน์. (2554). *ความจริงเบื้องหลังการใช้ถุงยางอนามัย: เหตุผลหลักที่ทำให้วัยรุ่นไทย
 ไม่ใช้ถุงยางอนามัย. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี, 22(1), 60-71.*

- พัชรลักษณ์ สุวรรณ. (2549). ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นเขตเมือง
จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ,
คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภารดี ชาณสมร และสัญญา ภัทรราชย์. (2550). ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน. ใน กองอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), *การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น*
(หน้า 48-62). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- มานพชัย ธรรมคัน โธ. (2553). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การติดเชื้อเอชไอวี
และการคุมกำเนิด. ใน *การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 3 ประจำปี 2553 “วัยรุ่นตั้งครรภ์และ
ทารกเกิดก่อนกำหนด ปัญหาที่ท้าทาย”* (หน้า 131-141). กรุงเทพฯ: อมรินทร์ดิง
แอนด์พับลิชชิง.
- ยุพา พูนขำ และนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน. (2550). ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน. ใน กองอนามัย
การเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), *การคุมกำเนิดสำหรับ
วัยรุ่น* (หน้า 31-47). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542*. กรุงเทพฯ:
นามมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- รัตนาพร อินทร์เพ็ญ. (2551). *การเรียนรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย*.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2554). ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และพฤติกรรม
เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*, 19(1),
1-18.
- วิชา เวชยันต์ศฤงคาร. (2555). ผลของการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่คลอดครรภ์แรก
ในโรงพยาบาลบางใหญ่. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล
พระปกเกล้า*, 29(2), 82-92.
- วิจิตา สุขทั่วญาติ. (2551). *บทเรียนที่ได้จากการสะท้อนคิดของนักเรียนหญิงที่ออกกลางคัน
เนื่องจากตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีรพล กิตติพิบูลย์. (2555). ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.
วารสารทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 27(1), 97-106.

- วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, พิษานัน หนวงษ์, รัชณี ลักขิตานนท์ และเบ็ญจา ยมสาร. (2556). สํารวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 979-987.
- ศศิธร สิมคำ. (2553). *ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่นหญิง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศรัณย์พร อึ้งสกุล. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนอาชีวศึกษาเพศหญิงภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทิรา มากัย, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ชลัญชร โยธาสมุทร, อภิญญา มัดเดช และณัฐจรัส เองมหัสสกุล. (2556). *สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประเทศไทย 2556*. นนทบุรี: ม.ป.ท.
- ศรีสุดา วรรณเจริญ. (2548). *ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานการปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2555). *สภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, นิลุบล รุจิรประเสริฐ, โสมภัทร ศรีไทย, สมจิตร เมืองพิล, อิงคญา โคตรนารา, บำเพ็ญ คำดี, รชยา ยิกุสังข์ และ สรวงสุดา เจริญวงศ์. (2554). *รายงานการวิจัย การศึกษาแนวทางการป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส)*. ขอนแก่น: ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและการฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- สมคิด สมศรี, บรรณรัตน์ เก่งกลกิจ, บรรเจิด พวงสุวรรณ, ยุพิน ผดุงฤกษ์ และ ศิริเพ็ญ พวงเหล่า. (2554). การตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความต้องการความช่วยเหลือในเขตพื้นที่ จังหวัดพิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี และชัยนาท. ลพบุรี: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 จังหวัดลพบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. (2557). พัฒนาการและการปรับตัวในวัยรุ่น. Retrieved from <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf>
- สุคนธ์ ไข่มุก. (2547). การตั้งครรภ์วัยรุ่น: การส่งเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 22(1), 20-27.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2553). อนามัยการเจริญพันธุ์ใน วัยรุ่น: การป้องกันและการบริหาร. ใน เอกสารประกอบการอบรมผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และเยาวชน ณ โรงแรมเจริญธานี. ขอนแก่น: ม.ป.ท.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ, เมธี พงษ์กิตติหัตถ์ และยุพา พูนขำ. (2551). การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด. ใน สุวชัย อินทรประเสริฐ, สัตยา ภัทรราชย์, เมธี พงษ์กิตติหัตถ์, สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์, สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์, ยุพา พูนขำ และกอบกาญจน์ มัทธโน (บรรณาธิการ), คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ และสัตยา ภัทรราชย์. (2549). Unplanned and unwanted pregnancy. ใน สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และพัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา (บรรณาธิการ), รู้ทัน ปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่ (หน้า 290-304). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ และสัตยา ภัทรราชย์. (2551). ใน สุวชัย อินทรประเสริฐ, สัตยา ภัทรราชย์, เมธี พงษ์กิตติหัตถ์, สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์, สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์, ยุพา พูนขำ และกอบกาญจน์ มัทธโน (บรรณาธิการ), คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุณิรัตน์ ยิ่งยง และณัฐจาพร พิชัยณรงค์. (2552). การใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินในวัยรุ่นหญิง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาสารคาม, 28(2), 196-204.
- สุณิรัตน์ ยิ่งยง, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, ธิดารัตน์ สมดี และสุวิมล สงกลาง. (2553). ความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยของวัยรุ่น. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาสารคาม, 29(4), 420-427.

- สุวิมล ติรกานันท์. (2551). *การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการประเมินและการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2556). *ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา.
- สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทยปี 2555*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบายแนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อนงค์ ประสานวนกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา และบุญวาทิ เพชรรัตน์. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(5), 369-380.
- Abiodun, O. M., & Balogun, O. R. (2009). Sexual activity and contraceptive use among young female students of tertiary educational institutions in Ilorin, Nigeria. *Contraception*, 79, 140-149.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161.
- American Academy of Child and Adolescent's Facts for Families. (2008). *Stages of adolescent development*. Retrieved from http://www.prearesourcecenter.org/sites/default/files/content/6._stages_of_adolescent_development.pdf
- Amoro, H. (1995). Love, sex, and power: Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50(6), 437-447.
- Armitag, C., J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barron's Medical Guide. (2000). *Mosby's pocket dictionary of medical, nursing and allied health care* (4th ed.). St. Louis: Barron's Medical guide.
- Beard, J. L. (2000). Iron requirements in adolescent females. *American Society for Nutrition Science*, 130 (2), 440S-442S.
- Berglund, S., Liljestrand, J., Mari'a Mari'n, F. D., Salgado, N., & Zelaya, E. (1997). The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: A qualitative approach. *Social Science & Medicine*, 44(1), 1-12.
- Black, K. J. (1987). A scale to measure general attitudes toward contraceptive use: The contraceptive attitude scale. In, T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (p. 179). New York: Routledge.
- Blanc, A. K. (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: An examination of the evidence. *Studies in Family Planning*, 32(3), 189-213.

- Bleustein, D., & Rutledge, C. M. (1992). Knowledge of pregnancy symptoms among abortion patients: is race a predictor?. *Journal of The Nation Medicine Association*, 86 (5), 353-358.
- Bobrova, N., Sergeev, O., Grechunhina, T., & Kapiga, S. (2005). Social-cognitive predictors of consistent condom use among young people in Moscow. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37, 174-178.
- Boonpakdee, N. (2006). *Relationship between pregnancy intention and outcome of pregnancy: An in-depth study of two communities*. Master's Thesis, Art (Population and Reproductive Health Research), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Bralock, A. R., & Koniak-Griffin, D. K. (2007). Relationship, power, and other influences on self-protective sexual behavior of African American female adolescents. *Health Care for Women International*, 28, 247-267.
- Brücker, H., Martin, A., & Bearman, P. S. (2004). Ambivalence and pregnancy: Adolescents' attitudes, contraceptive use and pregnancy. *Prospectives on Sexual and Reproductive health*, 36(6), 248-257.
- Bryant, K. D. (2009). Contraceptive use and attitudes among female college students. *The ABNF Journal*, 20(1), 12-16.
- Burns, N. & Grove, S. K. (1997). *The practice of nursing research conduct, critique, & utilization*. Philadelphia: W.B. Saunders and Co.
- Byrne, B.M. (2008). Testing for multigroup equivalence of a measuring instrument: A walk through the process. *Psichothema*, 20, 872-882.
- Campbell, A. N. C., Tross, S., Dworkin, S. L., Hu, M-C., Manuel, J., Pavlicova, M., & Nunes, E. V. (2009). Relationship power and sexual risk among women in community-based substance abuse treatment. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(6), 951-964.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2014). *Unintended pregnancy prevention*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/>
- Cha, E-S., Kim, K. H., & Patrick, T. E. (2008). Predictors of intention to practice safer sex among Korean college students. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 641-651.

- Christie, D., & Viner, R. (2005). ABC of adolescence: Adolescent development. *British Medical Journal*, 330, 301-304.
- Cochran, W. G. (1977), *Sampling techniques* (3rd ed.), New York: John Wiley & Sons.
- Commendador, K. A. (2010). Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatric Nursing*, 36(3), 147-157.
- Cong Bui, T. C., Diamond, P. M., Markham, C., Ross, M. W., Nguyen-Le, T-A., & Tran, H. T. (2010). Gender relations and sexual communication among female students in the Mekong river delta of Vietnam. *Culture Health & Sexuality*, 12(6), 591-601.
- Conner, M. (2010). Cognitive determinants of health behavior. In A. Steptoe (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 9-29). nd.
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429-1464.
- Craig, D. M., Wade, K. E., Allison, K. R., Irving, H. M., Williams, J. I., & Hlibka, C. M. (2000). Factors predictive of adolescents' intention to use birth control pills, condoms, and birth control pills in combination with condoms. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 361-365.
- Cunnington, A. J. (2001). What's so bad about teenage pregnancy? *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 27(1), 36-41.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams Obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Debiec, K. E., Paul, K. J., Mitchell, C. M., & Hitti, J. E. (2010). Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: A retrospective study over 10 years. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 203(122), e1-e6.
- de Vienne, C. M, Creveuil, C., & Dreyfus, M. (2009). Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *European Journal Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 147, 151-156.
- Diamantopoulus, A., & Siguaw, A. D. (2000). *Introducing LISREL: A guide for the uninitiated*. London: Sage Publication.

- Dickason, E., Silverman, B. L., & Kaplan, M. D. (1998). *Maternal-infant nursing care* (3rd ed.). St. Louis: The C. V. Mosby.
- DiClemente, R. J., Lidico, M., Grinstead, O. A., Haper, G., Rickman, R. L., Evans, P. E., & Coates, T. J. (1996). African-American adolescents residing in high-risk urban environments do use condoms: Correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments. *Pediatrics*, *98*(2), 269-278.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Cobb, B. K., Harrington, K., & Davies, S. L. (2001). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among American adolescent females. *The Journal of Pediatrics*, *139*, 407-412.
- Durant, R. H., Seymore, C., Pendergrast, R., & Beckman, R. (1990). Contraceptive behavior among sexually active Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, *11*, 490-496.
- Fazekas, A., Senn, C. Y., & Ledgerwood, D. M. (2001). Predictors of intention to use condoms among university women: An application and extension of the theory of planned behavior. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *33*(2), 103-117.
- Fekadu, Z., & Kraft, P. (2002). Expanding the theory of planned behaviour: The role of social norms and group identification. *Journal of Health Psychology*, *7*(1), 33-43.
- Field, A. P. (2005). *Discovering statistic using SPSS*. (2nd ed.). London: Sage
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnancy women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development*, *8*(2), 123-138.
- Finer, L. B. (2010). *Unintended pregnancy among U.S. adolescents: Accounting for sexual activity*. Retrieved from <http://74.8.60.202/pubs/journals/JAH-Unintended-pregnancy.pdf>
- Finer, L. B., & Henshaw, S. K. (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *38*(2), 90-96.
- Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2011). Unintended pregnancy in the United States: Incidence and disparities, 2006. *Contraception*, *84*(5), 478-485.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley.

- Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (2011). *Handbook of sexuality-related measures* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, *111*(3), 455-474.
- Fongkaew, W., Soivong, P., Sri-onsri, R., Matanboon, V., & Tangmunkongworrakul, A. (1998). Preventive risk model for clients of night-time entertainment spot in the city of Chiang Mai. Chiang Mai University: Urban Life Network Faculty of Nursing.
- Friedman, L. S. (2008). Adolescence. In M. D. Feldman, & J. E. Christensen (Eds.), *Behavior medicine: A guide for clinical practice* (3rd ed.) (pp. 82-89). New York: McGraw-Hill.
- Fullilove, M. T, Fullilove, R. E., Haynes, K., & Gross, S. (1990). Black women and AIDS prevention: A view towards understanding the gender roles. *The Journal of Sex Research*, *27*(1), 47-64.
- Gilliam, M. L., Warden, M., Goldstein, C., & Tapia, B. (2004). Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: A focus-group approach. *Contraception*, *70*, 299-305.
- Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: A review of the literature. *Studies in Family Planning*, *39*(1), 18-38.
- Gomes K. R., Speizer, I. S., Oliveira, D. D, Moura, L. N., & Gomes, F. M. (2008). Contraceptive method use by adolescents in Brazilian state capital. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *21*(4), 213-219.
- Gupta, G. R. (2000). Gender, sexuality and HIV/AIDS: the what, the why and the how. In International AIDS conference XIIIth, *Can HIV AIDS Policy Law Rev*, *5*(4), 86-93. Retrieved from http://siteresources.worldbank.org/EXTAFRREGTOPGENDER/Resources/durban_speech.pdf
- Gutierrez, L., Oh, H. J., & Gillmore, M. R. (2000). Toward an understanding of (em)power(ment) for HIV/AIDS prevention with adolescent women. *Sex Roles*, *42*(7/8), 581-611.
- Guttmacher Institute. (2011). *Rates of unintended pregnancy remain high in developing regions*. Retrieved from <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3704611.html>

- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Biddile, S. J. H. (2002). A meta-analysis review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and contribution of additional variables. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 24*, 3-32.
- Hahm, H. C., Lee, J., Rough, K., & Strathdee, S. A. (2012). Gender power control, sexual experience, safer sex practices, and potential HIV risk behaviors among young Asian-American woman. *AIDS Behav, 16*(1), 179-188.
- Hair, J. F., Black, W. C, Babin, B. J., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Boston: Pearson Education.
- Halsey, W. D. (1984). *Macmillan dictionary for students*. New York: Macmillan.
- Hamilton, B. E., Martin, J. A., & Ventura, S. J. (2013). Births: Final data for 2012. *National Vital Statistics Reports, 62*(3), 1-20.
- Harvey, S. M., & Henderson, J. T. (2006). Factors associated with effective contraceptive use among a sample of latina women. *Women & Health, 43*(2), 1-16.
- Heinrich, L. B. (1993). Contraceptive self-efficacy in college women. *Journal of Adolescent Health 14*(4), 269-276.
- Hillman, J. B., Negriff, S., & Dorn, L. D. (2010). Perceived competence and contraceptive use during adolescence. *Contraception, 81*(9), 249-253.
- Hladik, F., & Hope, T. J. (2009). HIV Infection of genital mucosa in women. *HIV/AIDS Report, 6*, 20-28.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S., & Thomson, R. (1990). Sex, gender and power: Young women's sexuality in shadow of AIDS. *Sociology of Health & Illness, 12*(3), 336-350.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55.
- Intra, T. (2004). *Knowledge and attitude toward use of emergency contraceptive pills among vocational students*. Master's Thesis, Human Reproduction and Population Planning, Faculty of Graduates Studies, Mahidol University.

- Ip, W-Y., Sin, L. Y., & Chan, D. S. K. (2009). Contraceptive self-efficacy and contraceptive knowledge of Hong Kong Chinese women with unplanned pregnancy. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 2416-2425.
- Isaranurug, S., Mo-suwan, L., & Choprapawon, C. (2006). Differences in socio-economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. *Journal of the Medical Association of Thailand, 89*(2), 145-151.
- Jaccard, J., & Dittus, P. J. (2000). Adolescent perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior. *American Journal of Public Health, 90*(9), 1426-1430.
- Jaccard, J., Helbing, D. W., Wan, C. K., Gutman, M. A., & Kritz-Silverstein, D. C. (1996). The prediction of accurate contraceptive use from attitudes and knowledge. *Health Education Quarterly, February*, 17-33.
- Janepanish, P., Dancy, B. L., & Park, C. (2011). Consistent condom use among Thai heterosexual adult males in Bangkok, Thailand. AIDS care: Psychological and social-medical aspects of AIDS/HIV. *AIDS Care, 23*(4), 460-466.
- Jenkins, R. A., Manopaiboon, C., Samuel, A. P., Jeeyapant, S., Carey, J. W., Kilmarx, P. H., Utthaiworavit, W., & van Griensven, F. (2002). Condom use among vocational school students in Chiang Rai, Thailand. *AIDS Education and Prevention, 14* (3), 228-245
- Jimenez, M. A., Martin, A. R., & Garcia, J. R. (2000). Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. *Eur J Epidemiol, 16*, 527-32.
- Kasprzyk, D., Montaño, D., & Fishbein, M. (1998). Application of an integrated behavioral Model to predict condom use: Among prospective study among high HIV risk groups. *Journal of Applied Social Psychology, 28*(17), 1557-1583.
- Kenyon, D. B., Sieving, R. E., Jerstad, S. J., Pettingell, S. L., & Skay, C. S. (2010). Individual, interpersonal, and relationship factors predicting hormonal and condom use consistency among adolescent girls. *Journal of Pediatric Health Care. 24*(4), 241-249.
- Khunsaen, N. (2008). *Factors influencing condom use among Thai adolescents*. Doctoral dissertation, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western University.

- Khumsaen, N., & Gary, F. A. (2009). Determinants of actual condom use among adolescents in Thailand. *Journal of the association of nursing in AIDS Care*, 20(3), 218-229.
- Kline, R. B. (2011). *Principle and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Koniak-Griffin, D., & Stien, J. A. (2006). Predictors of sexual risk behavior among adolescent mother in HIV preventing program. *Journal adolescent Health*, 38(3), 297.e1-297.e11.
- Korenman, S., Kaestner, R., & Joyce, T. (2002). Consequences for infants of parental disagreement in pregnancy intention. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 198-205.
- Kovavisarach, E., Chairaj, S., Tosang, K., Asavapiriyant, S., & Chotigeat, U. (2010). Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. *J Med Assoc Thai*, 93(1): 1-8.
- Kozinszky, Z., & Bártai, G. (2004). Contraceptive behavior of teenagers requesting abortion. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 112(1), 80-83.
- Kumarawansa, W. K. W. S. (2006). *Safe sex Intention towards HIV/AIDS Prevention among secondary school students of Nakhon Pathom province, Thailand*. Master's Thesis, Primary Health Care Management, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Lancaster, C. A., Gold, K. L., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 5-14.
- Lanis, L. R. (2013). *African American women: Gender beliefs, peer perception, relationship power, and sexual behavior*. Doctoral dissertation, School of Nursing and Health professional in the College of Health and Human Science, Georgia State University.
- Levinson, R. A. (1986). Contraceptive self-efficacy: A perspective on teenage girls' contraceptive behavior. *The Journal of Sex Research*, 22(3), 347-369.
- Longmore, M. A., Manning, W. D., Giordano, P. C., & Rudolph, J. L. (2003). Contraceptive self-efficacy: Does it influence adolescents' contraceptive Use?. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(1), 45-60.

- Lou, J. H. & Chen, S. W. (2009). Relationships among sexual knowledge, sexual attitudes, and safe sex behaviour among adolescents: A structural equation model. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1595-1603
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-386.
- Mahavarkar, S. H., Madhu, C. K., & Mule, V. D. (2008). A comparative study of teenage pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28(6), 604-607.
- Manning, W. D., Longmore, M. A., & Giodano, P. C. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family planning perspective*, 32(3), 104-110.
- Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2004). Contraceptive use and consistency in U.S. Teenagers' most recent sexual relationship. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 36(6), 265-275.
- Martinez, G., Copen, C. E., & Abma, J. C. (2011). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 national survey of family growth, National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*, 23(31), 1-36.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., Balla, J. R., & Grayson, D. (1998). Is more over too much? The number of indicators per factors in confirmatory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 33 (2), 181-222.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing (4th ed.)*. Cannada: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
- Merriam-Webster. (2014). *Adolescence*. Retrieved from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/adolescence>
- Montaño, D. E. & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, Theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds), *Health behavior and health education* (pp. 67-95). San Francisco: Jossey-Bass.
- Muthén, L. & Muthén, B. (2004). *Mplus user guide*. Los Angeles: Muthén and Muthén.
- Myklestad, I. & Rise, J. (2007). Predicting willingness to engage in unsafe sex and intention to perform sexual protective behavior among adolescent. *Health Education & Behavior*, 34(4), 686-699.

- Nirattharadorn, M. (2005). *Self-esteem, social support, and depression in Thai adolescent mothers*. Doctoral dissertation, Nursing Faculty of Graduate Studies, Mahidol university.
- Oxford Dictionary. (2014). *Contraception*. Retrieved from <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/contraception?q=contraception>
- Pearson, J. (2006). Personal control, self-efficacy in sexual negotiation, and contraceptive risk among adolescents: The role of gender. *Sex Roles, 54*, 615-625.
- Petersen, R., & Moos, M. K. (1997). Defining and measuring unintended pregnancy: Issues and concerns. *Women's Health Issues, 7*, 234-240.
- Pettifor, A. E., Measham, D. H., Rees, H. V., & Padian, N. S. (2004). Sexual power and HIV risk, South Africa. *Emerging Infections Disease, 10*(1), 1996-2004.
- Phupong, V., & Suebnukarn, K. (2007). Obstetric outcome in nulliparous young adolescents. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health, 38*(1), 140-145.
- Pilliteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. T. (2007). Focus on research methods: Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health, 30*, 459-467.
- Pongyuen, N. (2004). *Sexual experiences among in-school female adolescents in Amphoe Mueng Chiang Mai province*. Master's Thesis, Faculty of Graduate Studies, Maternal and Newborn Nursing, Mahidol University.
- Powwattana, A., & Ramasoota, P. (2008). Differences of sexual behavior predictors between sexually active and nonactive female adolescents in congested communities, Bangkok Metropolis. *Journal of the Medical Association of Thailand, 91*(4), 542-550.
- Pruttasarote, K. (2005). *An effective of the sexual communication program between the mothers and adolescent daughters*. Master's thesis, Public Health Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pulerwitz, J., Amaro, H., DeJong, W., Gortmaker, S. L., & Rudd, R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care, 14*(6), 789-800.
- Pulerwitz, J., Gortmaker, S. L., & DeJong, W. (2000). Measuring relationship power in HIV/ STD research. *Sex Roles, 42*(7/8), 637-660.

- Rasamimari, A., Dancy, B., Talashek, & Park, C. G. (2007). Predictors of sexual behaviors among Thai young adults. *Journal of the Association of Nursing in AIDS Care, 18* (6), 13-21.
- Rhodes, F., Stein, J. A., Fishbein, M., Goldstein, R. B., Rotheram-Borus, M. J. (2007). Using theory to understand how interventions work: Project RESPECT, condom use, and the integrative model. *AIDS Behavior, 11*, 393-407.
- Ricci, S. S., Kyle, T., & Carman, S. (2013). *Maternity and pediatric nursing* (2nd ed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roye, C. F., & Seals, B. (2001). A qualitative assessment of condom use decisions by female adolescents who use hormonal contraception. *Journal of the Association of Nursing in AIDS Care, 12*(6), 78-87.
- Sander, S. A., Graham, C. A., Bass, J. L., & Bancroft, J. (2001). A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception, 64*, 51-58.
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., Hirsch, J. S., Schieve, L., & Unintended Pregnancy Working Group (2003). The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspective on Sexual and Reproductive Health, 35*(2), 94-101.
- Santelli, J. S., Speizer, I. S., Avery, A., & Kendall, C. (2006). An Exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initial prenatal care in New Orleans Louisiana. *The American Journal of Public Health, 96*(11), 2009-2015.
- Santrock, J. W. (2008). *Children* (10th ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Sapano, S. (2004). *Stages of adolescent development*. Retrieved from http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_stages_0504.pdf
- Sass, A. E., & Kaplan, D. W. (2011). Adolescenc. In W. W. Hay, M. J. Levin & R. R. Sondheimer (Eds.), *CURRENT diagnosis & traetment: Pediatric* (20th ed.) (pp. 104-144). New York: McGraw-Hill.

- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L. A., Strobino, D., Powe, N. R., & Nicholson, W. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life (HRQoL) in pregnancy. *Maternal and Child Health Journal, 13*, 577-587.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, F. H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online, 8*(2), 23-74.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review. In W. Stroebe, & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology Vol. 12* (pp. 1-36), Chichester, England: Wiley.
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125*(1), 90-132.
- Sieving, R. E., Bearinger, L. H., Resnick, M. D., Pettingell, S., & Skay, C. (2007). *Adolescent dual method use: Relevant attitudes, normative beliefs, and self-efficacy. The Journal of Adolescent Health, 40*(3), 275e.15-275e.22.
- Singh, S., Darroch, J., Vlassoff, M., & Nadeau, J. (2004). *Adding it up: Benefits of investing in sexual and reproductive health care*. New York: Alan Guttmacher Institution.
- Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: Worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in Family Planning, 41*(4), 241 - 250.
- Singh, S., Sedgh, G., Hussain, R., & Eilers, M. (2013). *Incidence of unintended pregnancies worldwide in 2012 and trends since 1995*. Retrieved from http://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/121%20-%20Unintended%20Pregnancy%20Extended%20Abstract.pdf
- Sirikitikorn, D. (2010). *Emergency contraceptive pills: Knowledge and attitude among undergraduate students in a college in Bangkok*. Master's thesis, Arts in English for Careers, Language institute, Thammasat University.
- Skinner, S. R., Smith, J., Fenwick, J., Hendriks, J., Fyfe, S., & Kendell, G. (2009). Pregnancy and protection: Perceptions, attitudes and experiences of Australian female adolescents. *Women and Birth, 22*, 50-56.
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology, 57*, 255-284.

- Sota, C., & Sommart, J. (2013). The effectiveness of a school-based sexual health education program for junior high school students in Khon Kean, Thailand. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 91*, 208-214.
- Sousa, V. D., Hartman, S. W., Miller, E. H. & Carroll, M. A. (2009). New measures of diabetes self-care agency, diabetes self-efficacy, and diabetes self-management for insulin-treated individuals with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing, 18*(9), 1305-1312.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17*, 268-274.
- Sridawruang, C., Crozier, K., & Pfeil, M. (2010). Attitudes of adolescents and parents towards premarital sex in rural Thailand: A qualitative exploration. *Sexual & Reproductive Healthcare, 1*, 181-187.
- Srinil, S. (2011). Factors associated with severe complication in unsafe abortion. *Journal of the Medical Association of Thailand, 94*(4), 408-414.
- Srisuriyawet, R. (2006). *Psychosocial and gender-based determinants for sexual risk behaviors among adolescents in school*. Doctoral dissertation, Nursing, The Graduate School, Chiang Mai University.
- Sutton, S. (1998). Explaining and predicting intentions and behavior: How well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology, 28*, 1318-1339.
- Taffa, N., Klepp, K. I., Sundby, J., & Bjune, G. (2002). Psychosocial determinants of sexual activity and condom use intention among youth in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of STD & AIDS, 13*, 714-719.
- Tangmunkongvorakul, A., Banwell, C., Carmichael, G., Utomo, I. D., Seubsman, S., Kelly, M., & Sleigh, A. (2012). Use and perceptions of sexual and reproductive health services among northern Thai adolescents. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 43*(2), 479- 500.
- Tangmunkongvorakul, A., Banwell, C., Carmichael, G., Utomo, I. D., & Sleigh, A. (2011 b). Birth control, pregnancy and abortion among adolescents in Chiang Mai, Thailand. *Asian Population Studies, 7*(1), 15-34.

- Tangmunkongvorakul, A., Carmichael, G., Banwell, C., Dwisetyani, U., & Sleight, A. (2011 a). Sexual perceptions and practices of young people in Northern Thailand. *Journal of Youth Studies*, 14(3), 315-339.
- Tangmunkongvorakul, A., Kane, R., & Welling, K. (2005). Gender double standards in young people attending sexual health services in Northern Thailand. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (4), 361-373.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*. 2, 53-55.
- Thaithae, S., & Thato, R. (2011). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. *J Pediatr Adolesc Gynecol* , 24 , 342-346.
- Thato, S., Charron-Prochonik, D., Dorn, L. D., Albrecht, S. A., & Stone, C. A. (2003). Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 157-163.
- Thato, S., Rachukul, S., & Sopajaree, C. (2007). Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1158-1164.
- Thomson, L., & Spanier, G. B. (1978). Influence of parents, peers, and partners on the contraceptive use of college men and women. *Journal of Marriage and Family*, 40(3), 481-492.
- Thongkhao, P. (2002). *Emergency contraceptive pills: The situation of knowledge attitudes and use among vocation students in Phattalung province*. Master's thesis. Arts, Population and Social research, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Topf, M. (1986) Three estimates of interrater reliability for nominal data. *Nursing Research*, 35 (4), 253-255.
- Trussell, J., & Raymond, E. G. (2006). Preventing unintended pregnancy: Let us count the ways. *Lancet*, 368, 1747-1748.
- Tschann, J. M., Adler, N. E., Millstein, A. G., Gurvey, J. E., & Ellen, J. M. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 31(1), 17-25.

- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2006). *Adolescent development: Perspectives and frameworks: A summary of adolescent needs, an analysis of the various program approaches and general recommendations for adolescent programming*. New York: n.p.
- Van den Broek, N. R., & Letsky, E. A. (2000). Etiology of anemia in pregnancy in south Malawi. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(1), 247S-256S.
- Wang, R-H., Cheng, C-P., & Chou, F-H. (2008). A causal model of contraceptive intention and its gender comparison among Taiwanese sexually inexperienced adolescents. *Journal of clinical Nursing*, 17, 930-939.
- Wang, R-H., & Chiou, C-J. (2008). Relative contribution of intrapersonal and partner factors to contraceptive behavior among Taiwanese female adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(2), 131-136.
- Wang, R-H., Jain, S-H., & Hsu, H-Y. (2004). Correlates for consistency of contraceptive use among sexually active female adolescents. *Kaohsiung Journal Medicine Science*, 20(4), 174-181.
- Wang, R-H., Jain, S-Y, Yang, Y-M. (2011). Psychometric testing of Chinese version of the contraceptive behavior scale: A preliminary study. *Journal of Clinical Nursing*, 1-7.
- Wang, R-H, Wang, H-H, Cheng, C-P, Hsu, H-Y, & Lin, S-Y. (2007). Testing a model of contraception use behavior among sexually active female adolescents in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 30, 628-640.
- Wang, R-H., Wang, H-H, & Hsu, M-T. (2003). Factors associated with adolescent pregnancy - A sample of Taiwanese female adolescents. *Public Health Nursing*, 20(1), 33-41.
- Watcharaseranee, N., Pinchantra, P., & Piyaman, S. (2006). The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. *J Med Assoc Thai*, 89(4), S118-S123.
- Wayuhuerd, S. (2009). *Predictive factors of condom use behavior among Thai adolescents*. Doctoral dissertation, Nursing, Faculty of medicine ramathibodi hospital & Faculty of nursing, Mahidol University.

- Wayuhuerd, S., Phancharoenworakul, K., Avant, K. C., Sinsuksai, N., & Vorapongsathorn, T. (2010). Using the theory of planned behavior to predict condom use behavior among Thai adolescents. *The Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *14*(4), 315-329.
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., & Ickovics, J. R. (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol*, *110*(1), 134-140.
- Whitaker, D.J., & Miller, K.S. (2000). Parent-adolescent discussion about sex and condoms: Impact on peer influence of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, *15*, 251-273.
- Widman, L., Welsh, D. P., McNulty, J. K., & Little, K. C. (2006). Sexual Communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *Journal of Adolescent Health*, *39*, 893-899.
- Williamson, L. M., Buston, K., & Sweeting, H. (2009). Young women's perceptions of pregnancy risk and use of emergency contraception: Findings from a qualitative study. *Contraception*, *79*, 310-315.
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education & Behavior*, *27*(5), 539-565.
- World Health Organization [WHO]. (2004). *Adolescent pregnancy: Issue in adolescent health and development*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Standards for maternal and neonatal care*. Retrieved from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.8N.pdf.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (4th ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2012). Early marriages, adolescent and young pregnancy. *In Sixty-fifth world health assembly Provision agenda item 13.4* (pp. 1-4). n.p.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Maternal, newborn, child and adolescent health*. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/

Wulfert, E., & Wan, C. K. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology, 12*, 346-353.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย

ดร.อรุณรัตน์ ตั้งมั่นคงวรกุล

ศูนย์วิจัยด้าน โรคเอดส์และ โรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง

ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารก
และผดุงครรภ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์

กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บังอร สุภวิทิตพัฒนา

กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รวมพร คงกำเนิด

ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรม

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรม

ดร.อุดม ศรีนนท์

หัวหน้าสายวิชาศิลปศาสตร์
คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

กลุ่มวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาคร เรือนไถล

ผู้ช่วยคณบดีวิทยาลัยนานาชาติ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

รหัสจริยธรรม 02-01-2558

ชื่อผู้วิจัย นางอุดมชญา อินทเรือง

เรียน ผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่ออธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก ท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงกับบุคคลที่ผู้วิจัยต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คือ นักศึกษา เพศหญิง อายุ 15-19 ปี ที่กำลังศึกษา ณ วิทยาลัยอาชีวศึกษา

เมื่อท่านเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นและเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนวิชาเพศศึกษา ตามรูปแบบที่ได้จากการวิจัย

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษา วัตถุประสงค์ การรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ของการวิจัยอย่างคร่าว ๆ และผู้วิจัยแจ้งถึงสิทธิที่ท่านจะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงลงนามในใบ

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีเปิดเผยชื่อ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะกระทำในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อนานแต่อย่างใด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงกับผู้วิจัย คือ นางอุตม์ชฎานันท์ อินทเรือง หมายเลขโทรศัพท์ 085-858-1818 หรือ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102835

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20130 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2823 โทรสาร 038-393476

ดิฉันหวังอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอบคุณในความร่วมมือ

(..... )

นางอุตม์ชฎานันท์ อินทเรือง

นิติคณบดีพยาบาลเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ง
เอกสารชี้แจงผู้ปกครองหรือผู้ดูแลโดยชอบธรรม



เอกสารชี้แจงผู้ปกครองหรือผู้ดูแลโดยชอบธรรม

การวิจัยเรื่อง แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

รหัสจริยธรรม 02-01-2558

ชื่อผู้วิจัย นางอุตม์ชญาณ์ อินทเรือง

เรียน ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลโดยชอบธรรม

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่ออธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

บุตรของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก บุตรของท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงกับบุคคลที่ผู้วิจัยต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คือ นักศึกษาเพศหญิง อายุ 15-19 ปี และ กำลังศึกษา ณ วิทยาลัยอาชีวศึกษา

เมื่อบุตรของท่านเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้บุตรของท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด การรับรู้ บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด พลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การคุมกำเนิด ความตั้งใจในการคุมกำเนิด และพฤติกรรมการคุมกำเนิด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นและเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนวิชาเพศศึกษา ตามรูปแบบที่ได้จากการวิจัย

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจ เมื่อบุตรของท่านเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องที่ทำกรวิจัย วัตถุประสงค์ การรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัยอย่างคร่าว ๆ และผู้วิจัยแจ้งถึงสิทธิที่ท่านจะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากกรวิจัยได้เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อท่านยินดีให้บุตรของท่านเข้าร่วมการวิจัย


แล้ว ท่านจึงลงนามในใบยินยอมให้บุตรของท่านเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยชื่อ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะกระทำในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

หากท่านหรือบุตรของท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงกับผู้วิจัย คือ นางอุตม์ชญาณ์ อินทเรือง หมายเลขโทรศัพท์ 085-858-1818 หรือ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102835

หากท่านหรือบุตรของท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20130 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2823 โทรสาร 038-393476

ดิฉันหวังอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอบคุณในความร่วมมือ

(..... )

นางอุตม์ชญาณ์ อินทเรือง

นิติศปริญญากอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก จ
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

A Casual Model of Contraceptive Behavior among Female Adolescents

ชื่อนิสิต นางอุดม์ชญาณี อินทเรือง

รหัสประจำตัวนิสิต 52810085

หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 01 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สตรีวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 1,500 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ วิทยาลัยอาชีวศึกษาสุรินทร์ วิทยาลัยอาชีวศึกษานครราชสีมา วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี วิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น และวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี

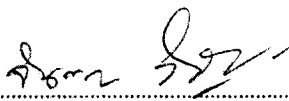
2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 26 มกราคม พ.ศ.2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วิชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ฉ
แบบสอบถามการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

สวัสดีค่ะ เพื่อประโยชน์ต่อแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม
การคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นและเป็นแนวทางในการพัฒนา
กิจกรรมการเรียนการสอนวิชาเพศศึกษา ดิฉันขอความกรุณาตอบ
แบบสอบถามตามความรู้สึกรู้สึก นึกคิด และการกระทำ
ของท่านมากที่สุด ผลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำไป
วิเคราะห์เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ดิฉันขอรับรองว่า
จะ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามแก่ผู้อื่นการ
นำเสนอผลการวิจัยจะ นำเสนอในภาพรวมของการวิจัย และจะ ไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนของท่าน



“ท่านเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์หรือไม่”

YES

เคย ตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1
หน้าที่ 3-25

NO

ไม่เคย ตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2
หน้าที่ 26-42

แบบสอบถามส่วนที่ 1

สำหรับท่านที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อการศึกษา ผลที่ได้จากวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด แต่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. ไม่ต้องระบุชื่อ หรือสัญลักษณ์ใด ๆ ที่จะบ่งบอกถึงความเป็นตัวตนของท่าน
3. กรุณาตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของท่าน ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด
4. แบบสอบถาม มี 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และตอนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมคุมกำเนิด ขอให้ท่านตอบให้ครบทุกตอนและทุกข้อด้วย
5. ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง
6. โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูก ให้ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด
7. ในการวิจัยครั้งนี้ คู่รัก/ แฟน หมายถึง คู่อนเพศชายที่ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์

อ่านคำชี้แจงแล้ว
ตอบแบบสอบถามได้เลยค่ะ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูก ให้ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริง
ของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	คำตอบ
1.	ปัจจุบันท่านอายุเท่าใด	อายุ.....ปี
2.	ท่านกำลังศึกษาระดับใด	1. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ <input type="checkbox"/> 1.1 ปีที่ 1 <input type="checkbox"/> 1.2 ปีที่ 2 <input type="checkbox"/> 1.3 ปีที่ 3 2. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง <input type="checkbox"/> 2.1 ปีที่ 1 <input type="checkbox"/> 2.2 ปีที่ 2
3.	ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร	<input type="checkbox"/> 1. พ่อ แม่ <input type="checkbox"/> 2. พ่อ <input type="checkbox"/> 3. แม่ <input type="checkbox"/> 4. ญาติ <input type="checkbox"/> 5. เซ้าหอพัก <input type="checkbox"/> 5.1 อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> 5.2 อยู่ร่วมกับผู้อื่น ระบุ..... <input type="checkbox"/> 6. เซ้าบ้าน <input type="checkbox"/> 6.1 อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> 6.2 อยู่ร่วมกับผู้อื่น ระบุ.....



เปิดหน้าถัดไปค่ะ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ
4.	ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด	อายุ.....ปี
5.	เพศสัมพันธ์ครั้งแรกของท่านเกิดจากอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ตั้งใจ <input type="checkbox"/> 2. ถูกบังคับ <input type="checkbox"/> 3. ยากรู้อายากลอง <input type="checkbox"/> 4. เป็นความยินยอม <input type="checkbox"/> 5. เพื่อเงิน <input type="checkbox"/> 6. เพื่อสิ่งของ <input type="checkbox"/> 7. เมאהล้า <input type="checkbox"/> 8. เมายา ระบุ..... <input type="checkbox"/> 9. อื่น ๆ ระบุ.....
6.	ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่อรัก/ แฟนคนล่าสุดเมื่อใด	<input type="checkbox"/> 1. เมื่อ 1-3 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2. เมื่อ 4-6 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 3. เมื่อ 6 เดือน-1 ปีที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 4. เมื่อ 1-2 ปีที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 2 ปีที่ผ่านมา ขึ้นไป
7.	ในระยะ 3 เดือน ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> 1. บางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. บ่อยครั้ง (สัปดาห์ 3-5 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 3. เกือบทุกวัน <input type="checkbox"/> 4. ทุกวัน
8.	ในระยะ 3 เดือน ที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลกี่คน	<input type="checkbox"/> 1. คนเดียว <input type="checkbox"/> 2. มากกว่า 1 คน ระบุ.....คน


 ปิดหน้าถัดไปคะ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ
9.	ท่านสามารถพูดเรื่องเพศกับครอบครัวหรือผู้ปกครองได้หรือไม่ อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. สามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผยทุกเรื่อง <input type="checkbox"/> 2. สามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผยบางเรื่อง <input type="checkbox"/> 3. ไม่สามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผยบางเรื่อง
10.	เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ท่านใช้วิธีการคุมกำเนิดใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ใช้ <input type="checkbox"/> 2. ใช้ ท่านใช้วิธีการใด <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2.1 หลังภายนอก <input type="checkbox"/> 2.2 ถุงยางอนามัย <input type="checkbox"/> 2.3 ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> 2.4 ยาเม็ดคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.5 ยาฝังคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.6 แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.7 ยาฉีดคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.8 อื่น ๆ ระบุ.....
11.	เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ท่านใช้วิธีการคุมกำเนิดใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ใช้ <input type="checkbox"/> 2. ใช้ วิธีที่ใช้ คือ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2.1 หลังภายนอก <input type="checkbox"/> 2.2 ถุงยางอนามัย <input type="checkbox"/> 2.3 ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> 2.4 ยาเม็ดคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.5 ยาฝังคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.6 แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.7 ยาฉีดคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.8 อื่น ๆ ระบุ.....


 เปิดหน้าถัดไปค่ะ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ
12.	ในระยะ 3 เดือน ที่ผ่านมา ท่านใช้วิธีการคุมกำเนิดใดเป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ใช้วิธีการใดเป็นประจำ <input type="checkbox"/> 2. ใช้เป็นประจำ วิธีที่ใช้ คือ <input type="checkbox"/> 2.1 หลั่งภายนอก <input type="checkbox"/> 2.2 ถุงยางอนามัย <input type="checkbox"/> 2.3 ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> 2.4 ยาเม็ดคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.5 ยาฝังคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.6 แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.7 ยาฉีดคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.8 อื่น ๆ ระบุ.....
13.	ท่านได้รับความรู้เรื่องการคุมกำเนิดจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. โรงเรียน <input type="checkbox"/> 2. สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร <input type="checkbox"/> 3. อินเทอร์เน็ต <input type="checkbox"/> 4. เพื่อน <input type="checkbox"/> 5. พ่อแม่ <input type="checkbox"/> 6. พี่ น้อง <input type="checkbox"/> 7.ญาติ <input type="checkbox"/> 8. โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 9. สถานบริการสุขภาพ <input type="checkbox"/> 10. อื่น ๆ ระบุ.....


 เปิดหน้าถัดไปคะ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ
14.	ท่านเคยตั้งครรภ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> 2. เคยตั้งครรภ์ จำนวน.....ครั้ง เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ไม่ได้คุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.2 คุมกำเนิดแต่ เกิดข้อผิดพลาด เนื่องจาก.....
15.	ท่านเคยทำแท้งหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยทำแท้ง <input type="checkbox"/> 2. เคยทำแท้ง จำนวน.....ครั้ง เนื่องจาก.....



ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด

1. แบบสอบถามรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด

แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นของท่านต่อความคาดหวัง การยอมรับ และการสนับสนุนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ได้รับจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อท่าน ได้แก่ พ่อแม่ กลุ่มเพื่อน และคู่รัก/แฟนและการรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

1.1 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของพ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด
- 4 เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนมาก
- 3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความหรือความรู้สึกหรือความคิดเห็น
- 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนน้อย
- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความน้อยที่สุดหรือไม่เห็นด้วย

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ถ้าฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ฉันแน่ใจว่าพ่อแม่ของฉันจะเข้าใจ	5	4	3	2	1
2. พ่อแม่ของฉันไม่เคยให้ข้อมูลใด ๆ กับฉันเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเลย	5	4	3	2	1
3. ถ้าฉันจะคุมกำเนิด ฉันจะไม่บอกให้พ่อแม่ของฉันรู้	5	4	3	2	1
4.....					
5.....					

ปิดหน้าถัดไปค่ะ

1.2 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรม การคุมกำเนิด

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด
- 4 เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนมาก
- 3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็น
- 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนน้อย
- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วย

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ถ้าฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ฉันแน่ใจได้ว่าเพื่อน ๆ จะเข้าใจฉัน	5	4	3	2	1
2. เพื่อน ๆ ไม่เคยให้ข้อมูลใด ๆ กับฉัน เกี่ยวกับการคุมกำเนิดเลย	5	4	3	2	1
3. ถ้าฉันจะต้องคุมกำเนิด ฉันจะไม่บอกให้เพื่อน ๆ รู้	5	4	3	2	1
4.....					
5.....					

เปิดหน้าถัดไปค่ะ

1.3 การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคูร์ก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด
- 4 เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนมาก
- 3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็น
- 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนน้อย
- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วย

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. คูร์ก/ แฟนจะเข้าใจ ถ้าฉันปฏิเสธ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการคุมกำเนิด	5	4	3	2	1
2. ถ้าฉันมีผลิตภัณฑ์คุมกำเนิดพกติดตัวไว้ใช้ คูร์ก/ แฟนของฉันอาจไม่ยอมรับหรือคิดว่าฉันอยากที่จะมีเพศสัมพันธ์	5	4	3	2	1
3. ฉันพูดคุยเรื่องการคุมกำเนิดกับคูร์ก/ แฟนได้อย่างละเอียดเสมอ	5	4	3	2	1
4.....					
5.....					



1.4 การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด
- 4 เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนมาก
- 3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึก ไม่แน่ใจในข้อความ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็น
- 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนน้อย
- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วย

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. เพื่อน ๆ หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธี การคุมกำเนิด	5	4	3	2	1
2. เพื่อน ๆ ของฉันลำบากใจที่จะพูดคุยเรื่อง การคุมกำเนิดกับคูร์ัก/ แฟน	5	4	3	2	1
3. เพื่อน ๆ บอกฉันว่าเขาและคูร์ัก/ แฟนมี การตกลงเรื่องการคุมกำเนิดกันก่อนการมี เพศสัมพันธ์	5	4	3	2	1
4.....					
5.....					

เปิดหน้าถัดไปค่ะ

2. แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด

แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นของท่านต่อการคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด
- 4 เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนมาก
- 3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็น
- 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนน้อย
- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วย

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันเชื่อว่าการคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง	5	4	3	2	1
2. การคุมกำเนิดจะลดความต้องการทางเพศ	5	4	3	2	1
3. การคุมกำเนิดเป็นสิ่งที่ควรกระทำมากกว่าการทำแท้ง	5	4	3	2	1
4.....					
5.....					

3. แบบสอบถามพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด

แบบสอบถามพลังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นของท่านต่อการรับรู้การควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิด และความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิด

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด
- 4 เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนมาก
- 3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความ หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็น
- 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนน้อย
- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึก หรือคิดเห็นตรงกับข้อความน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วย

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การเลือกวิธีการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับฉันทั้งหมด	5	4	3	2	1
2. ไม่มีปัญหาสำหรับฉัน ถ้าฉันต้องการที่จะคุมกำเนิด	5	4	3	2	1
3. เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะคุมกำเนิด	5	4	3	2	1
4.....					
5.....					

3.2 ความสามารถของตนเองต่อการคุมกำเนิด

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

5 มากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความได้อย่างแน่นอน ทุกครั้ง

4 มาก หมายถึง ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความได้อย่างแน่นอน

3 ปานกลาง หมายถึง ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความได้

2 น้อย หมายถึง ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความได้บ้างหรือเป็นส่วนน้อย

1 ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านมั่นใจว่าไม่สามารถปฏิบัติตามข้อความได้อย่างแน่นอน

ในสถานการณ์ต่อไปนี้	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มั่นใจเลย
1. ฉันมั่นใจในการพูดคุยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดกับคูร์ก/ แฟน	5	4	3	2	1
2. ถึงแม้ว่าฉันจะรู้สึกไม่แน่ใจว่า คูร์ก/ แฟนคิดอย่างไร แต่ฉันมั่นใจที่จะพูดเรื่องการคุมกำเนิดกับคู่นอน	5	4	3	2	1
3. ถ้าหากคูร์ก/ แฟนของฉันไม่ใช่ดูงยางอนามัย ฉันมั่นใจที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ทันที	5	4	3	2	1
4.....					
5.....					

4. แบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิด

แบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิด มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความตั้งใจในการคุมกำเนิดของท่าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

5 อย่างแน่นอนมากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าจะปฏิบัติตามข้อความเป็นอย่างมาก

4 อย่างแน่นอน หมายถึง ท่านคิดว่าจะปฏิบัติตามข้อความเป็นส่วนใหญ่

3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความหรือการปฏิบัติ

2 ไม่อย่างแน่นอน หมายถึง ท่านคิดว่าจะปฏิบัติตามข้อความเป็นส่วนน้อย

1 ไม่อย่างแน่นอนมากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าจะปฏิบัติตามข้อความน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติ

คำถาม	อย่าง แน่นอน มากที่สุด	อย่าง แน่นอน	ไม่ แน่ใจ	ไม่อย่าง แน่นอน	ไม่อย่าง แน่นอน มากที่สุด
1. ฉันจะยำเตือนกับตนเองเสมอว่า จะต้องมีการคุมกำเนิด	5	4	3	2	1
2. ฉันตั้งใจที่จะคุมกำเนิดทุกครั้งที่มิ เพศสัมพันธ์	5	4	3	2	1
3. ฉันตั้งใจว่าหากคูร์ัก/ แฟนบอกว่า จะไม่ใช้ถุงยางอนามัย ฉันก็จะไม่มี เพศสัมพันธ์	5	4	3	2	1
4.....					
5.....					

5. แบบสอบถามอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศ

แบบสอบถามอำนาจความสัมพันธ์ทางเพศมีวัตถุประสงค์เพื่อ ต้องการทราบความสัมพันธ์ของคุณกับคู่อรัก/ แฟน และการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างคุณกับคู่อรัก/ แฟนแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

5.1 การควบคุมความสัมพันธ์

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านนึกคิด หรือปฏิบัติตรงตามข้อความทุกครั้ง สม่าเสมอ
- 2 เห็นด้วย หมายถึง ท่านนึกคิด หรือปฏิบัติตรงตามข้อความบางครั้ง
- 3 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านนึกคิด หรือปฏิบัติตรงตามข้อความเป็นส่วนน้อย
- 4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่มีนึกคิด หรือไม่ปฏิบัติตรงตามข้อความ

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ถ้าฉันขอให้คู่อรัก/ แฟนใช้ถุงยางอนามัย เขาจะโกรธ	1	2	3	4
2. ส่วนใหญ่แล้วฉันทำในสิ่งที่คู่อรัก/ แฟนฉันต้องการ	1	2	3	4
3. เวลาที่ฉันอยู่กับคู่อรัก/ แฟนฉันจะไม่มีปากเสียง	1	2	3	4
4.....				
5.....				

เปิดหน้าถัดไปค่ะ

5.2 การตัดสินใจ

คำชี้แจง ข้อคำถามดังต่อไปนี้ เป็นประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเรื่องนั้น ๆ ของคุณและคู่รัก/ แฟน

โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 3 คุณคนเดียว หมายถึง ข้อความนั้นคุณคนเดียวเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนั้น ๆ
- 2 ทั้งคุณและคู่รัก/ แฟน หมายถึง ข้อความนั้นทั้งคุณและคู่รัก/ แฟนเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนั้น ๆ เท่า ๆ กัน
- 1 คู่รัก/ แฟนของคุณ หมายถึง ข้อความนั้นคู่รัก/ แฟนของคุณเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนั้น ๆ

คำถาม	การตัดสินใจ		
	คุณ	ทั้งคุณและคู่รัก/ แฟน	คู่รัก/ แฟนของคุณ
1. ใครมักจะเป็นคนตัดสินใจว่าคุณควรจะทำด้วย	3	2	1
2. ใครมักจะเป็นคนตัดสินใจว่าควรมีเพศสัมพันธ์หรือไม่	3	2	1
3. ใครมักจะเป็นคนตัดสินใจว่าเราจะทำกิจกรรมใดด้วยกัน	3	2	1
4.....			
5.....			

ปิดหน้าถัดไปค่ะ

6. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการกระทำหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของท่าน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิด

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องการให้คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 4 ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความทุกครั้ง
- 3 ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความเกือบทุกครั้ง
- 2 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความเป็นบางครั้ง หรือไม่สม่ำเสมอ
- 1 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนาน ๆ ครั้ง
- 0 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้น

คำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็นส่วน ใหญ่	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1. ฉันหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ฉันสามารถป้องกันการตั้งครรภ์	4	3	2	1	0
2. เมื่อฉันไม่มั่นใจในการใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ฉันได้ปรึกษาบุคคลที่ฉันไว้ใจ เช่น คู่รัก/ แฟน เพื่อนสนิท	4	3	2	1	0
3. ฉันพูดคุยกับคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด	4	3	2	1	0
4.....					
5.....					

ภาคผนวก ข
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

สมการโครงสร้างเชิงเส้น จะประกอบด้วย 2 โมเดล คือ โมเดลการวัด (Measurement model) และ โมเดลโครงสร้าง (Structural model) โดยโมเดลโครงสร้างจะใช้การวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปร 27 ตัวแปรในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อให้ได้สมการพยากรณ์ที่มีความแม่นยำ โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. การแจกแจงแบบปกติ (Normality) ทำการทดสอบการแจกแจงค่าคะแนนของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate normality) และการแจกแจงค่าคะแนนที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality) สำหรับการทดสอบการแจกแจงค่าคะแนนของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate normality) วิธีการทางสถิติ Kolmogorov-Sminov Test เนื่องจาก ไม่ทราบค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของประชากร และกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 50 ราย การแปลผล ค่าความเบ้ (Skewness) มีค่าคะแนนน้อยกว่า 3 และค่าคะแนนความโค้ง (Kurtosis) มีค่าน้อยกว่า 10 (Kline, 1998) Tabachnick and Fidell (2001) ค่าคะแนนความเบ้ (Skewness) มีค่าคะแนนคะแนนระหว่าง +1 ถึง -1 และค่าคะแนนความโค้ง (Kurtosis) มีค่าคะแนนระหว่าง -1.96 ถึง +1.96 สำหรับการแจกแจงค่าคะแนนที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality) คำนวณค่าคะแนนมาตรฐาน (Z score) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ (Skewness coefficients) และความโค้ง (Kurtosis coefficients) ใช้สูตรของ Fisher การแปลผลโดยเทียบค่าค่าคะแนนมาตรฐานที่ได้กับค่าวิกฤต สำหรับสถิติ 2 ทาง ค่าที่ได้ควรมีค่าคะแนนระหว่าง -1.96 ถึง +1.96 ที่ระดับนัยสำคัญของการทดสอบ (α) 0.05 และระหว่าง -2.58 ถึง + 2.58 ที่ ระดับนัยสำคัญของการทดสอบ (α) 0.01 (Hair et al., 1998) สำหรับการแจกแจงค่าคะแนนที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality) โดยใช้การวิเคราะห์ค่าความคาดเคลื่อนหรือคะแนนความแตกต่างระหว่างค่าที่ทำนายได้กับค่าจริง (Residual) การแปลผลโดยเทียบค่าที่ได้กับค่าวิกฤตของสถิติทดสอบ Z สำหรับสถิติ 2 ทาง ค่าที่ได้ควรมีค่า -1.96 ถึง +1.96 ที่ระดับนัยสำคัญของการทดสอบ (α) 0.05 และระหว่าง -2.58 ถึง + 2.58 ที่ ระดับนัยสำคัญของการทดสอบ (α) 0.01 (Hair et al., 1998) การทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ทำการตรวจสอบการแจกแจงค่าคะแนนของ ตัวแปรแต่ละตัว (Univariate normality) และการแจกแจงค่าคะแนนที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality)

ตารางที่ 14 การทดสอบการแจกแจงค่าคะแนนของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate normality)

ตัวแปร	Skewness		Fisher's	Kurtosis		Fisher's
	Statistic	Std. Error	Skewness coefficient	Statistic	Std. Error	Kurtosis coefficient
PERP	0.48	0.11	4.20	0.94	0.23	4.14
PERF	0.42	0.11	3.66	-0.81	0.23	-3.55
PERC	0.36	0.11	3.12	-0.39	0.23	-1.73
PERB	0.16	0.11	1.44	-0.19	0.23	-0.85
MATCB	-0.08	0.11	-0.70	0.21	0.23	0.92
PCCB	0.49	0.11	4.33	-0.55	0.23	-2.43
PSEF	-0.21	0.11	-1.87	-0.36	0.23	-1.56
POWER	-0.50	0.11	-4.42	0.42	0.23	1.85
DECI	0.29	0.11	2.55	0.43	0.23	1.88
IN1	-0.70	0.11	-6.18	-0.01	0.23	-0.02
IN2	-0.64	0.11	-5.58	0.03	0.23	0.14
IN3	-0.35	0.11	-3.10	-0.30	0.23	-1.30
IN4	-0.39	0.11	-3.38	-0.49	0.23	-2.15
IN5	-0.48	0.11	-4.18	-0.34	0.23	-1.48
IN6	-0.47	0.11	-4.09	-0.31	0.23	-1.34
IN7	-0.50	0.11	-4.37	-0.19	0.23	-0.82
IN8	-0.46	0.11	-4.00	-0.35	0.23	-1.54
CB1	-0.39	0.11	-3.44	-0.94	0.23	-4.14
CB2	-0.20	0.11	-1.77	-1.01	0.23	-4.43
CB3	-0.33	0.11	-2.90	-0.94	0.23	-4.14
CB4	-0.22	0.11	-1.89	-1.03	0.23	-4.53
CB5	-0.32	0.11	-2.78	-0.99	0.23	-4.33
CB6	-0.40	0.11	-3.50	-1.01	0.23	-4.45
CB7	-0.33	0.11	-2.92	-0.90	0.23	-3.95
CB8	0.00	0.11	0.01	-1.06	0.23	-4.67
CB9	-0.30	0.11	-2.60	-1.03	0.23	-4.51
CB10	-0.30	0.11	-2.64	-1.05	0.23	-4.61

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์การแจกแจงของตัวแปรพบว่า ข้อมูลบางตัวแปรมีลักษณะการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ โดยค่าความเบ้และความโด่งควรมีค่า ± 1.96 (Hair et al., 1998) แต่สามารถนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Mplus ได้ เนื่องจาก อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้นโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล Mplus จะสามารถคำนวณค่าองศาอิสระ (df) ไคว้สแคว (χ^2) และ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน เนื่องจากสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบประมาณค่าด้วยวิธี Maximum likelihood ซึ่งจะให้ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานที่แกร่ง (Muthén & Muthén, 2004)

ตารางที่ 15 การทดสอบการแจกแจงค่าคะแนนที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality)

Standardized Residual	Skewness		Fisher's	Kurtosis		Fisher's
	Statistic	Std. Error	Skewness coefficient	Statistic	Std. Error	Kurtosis coefficient
CB1	-0.28	0.11	-2.45	0.07	0.23	0.31
CB2	-0.39	0.11	-3.39	0.53	0.23	2.31
CB3	-0.33	0.11	-2.92	0.02	0.23	0.09
CB4	-0.27	0.11	-2.38	0.06	0.23	0.25
CB5	-0.19	0.11	-1.66	0.14	0.23	0.63
CB6	-0.37	0.11	-3.22	0.49	0.23	2.17
CB7	-0.49	0.11	-4.26	0.36	0.23	1.59
CB8	-0.14	0.11	-1.26	-0.39	0.23	-1.73
CB9	-0.39	0.11	-3.39	0.52	0.23	2.29
CB10	-0.18	0.11	-1.55	0.35	0.23	1.56

จากตารางที่ 15 การทดสอบการแจกแจงค่าคะแนนที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality) โดยใช้การวิเคราะห์ค่าความคลาดเคลื่อนหรือคะแนนความแตกต่างระหว่างค่าที่ทำนายได้กับค่าจริง (Residual) พิจารณาความสัมพันธ์ความเบ้ (Fisher's Skewness coefficients) พบว่า ตัวแปร CB5, CB8 และ CB10 มีค่าความเบ้ปกติและพบว่า ตัวแปร CB1, CB3, CB4, CB5, CB7, CB8 และ CB10 มีค่าคะแนนความโด่งปกติ

2. ค่าผิดปกติ (Outlier) ทำการทดสอบข้อมูลที่มีความผิดปกติของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate outlier) และข้อมูลที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate outlier) สำหรับทำการทดสอบข้อมูลที่มีความผิดปกติของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate outlier) พิจารณาจากวิธีการทางสถิติพิจารณาจากค่าคะแนนมาตรฐาน (Z score) ค่าปกติ จะมีค่าคะแนนมาตรฐานระหว่าง -3 ถึง +3 สำหรับการทดสอบข้อมูลที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate outlier) พิจารณาจากค่าความน่าจะเป็นของ Maholonobis จะมีค่า ระหว่าง .001 ถึง 1.000

ตารางที่ 16 การทดสอบข้อมูลที่มีความผิดปกติของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate outlier)

	Minimum	Maximum
Zscore(MATCB)	-4.09	2.66
Zscore(PERP)	-3.07	2.94
Zscore(PERF)	-1.92	2.17
Zscore(PERC)	-2.53	2.59
Zscore(PERB)	-2.82	2.18
Zscore(PCCB)	-2.35	2.23
Zscore(PSEF)	-3.25	1.69
Zscore(IN1)	-3.50	1.00
Zscore(IN2)	-3.26	1.09
Zscore(IN3)	-2.54	1.32
Zscore(IN4)	-3.11	1.24
Zscore(IN5)	-3.01	1.21
Zscore(IN6)	-2.72	1.23
Zscore(IN7)	-2.73	1.23
Zscore(IN8)	-2.82	1.19
Zscore(POWER)	-3.33	2.60
Zscore(DECI)	-3.26	2.03

ตารางที่ 16 (ต่อ)

	Minimum	Maximum
Zscore(CB1)	-2.12	1.10
Zscore(CB2)	-2.09	1.23
Zscore(CB3)	-2.01	1.17
Zscore(CB4)	-2.03	1.21
Zscore(CB5)	-1.86	1.19
Zscore(CB6)	-2.04	1.07
Zscore(CB7)	-2.07	1.18
Zscore(CB8)	-1.70	1.39
Zscore(CB9)	-1.84	1.19
Zscore(CB10)	-1.85	1.17

จากตารางที่ 16 การทดสอบข้อมูลที่มีความผิดปกติของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate outlier) พบว่า ตัวแปร MATCB, PERP, PSEF, IN1, IN2, IN4, IN5, POWER และ DECI มีข้อมูลผิดปกติ

ตารางที่ 17 ข้อมูลที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate outlier)

	Minimum	Maximum
P_MAH_1	.000	.982
P_MAH_2	.000	.950
P_MAH_3	.000	.991
P_MAH_4	.000	.997
P_MAH_5	.000	.956
P_MAH_6	.000	.987

ตารางที่ 17 (ต่อ)

	Minimum	Maximum
P_MAH_7	.000	.963
P_MAH_8	.000	.996
P_MAH_9	.000	.996
P_MAH_10	.000	.769

จากตารางที่ 17 ข้อมูลที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate outlier) มีข้อมูลที่มีค่าผิดปกติ คือ มีค่าความน่าจะเป็นของ Maholonobis น้อยกว่า .001

จากการทดสอบการแจกแจงค่าคะแนนของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate normality) และตัวแปรหลายตัว (Multivariate normality) พบว่า ตัวแปรมีความเบ้เล็กน้อย และความโค้งเล็กน้อย และจากการทดสอบข้อมูลที่มีความผิดปกติของตัวแปรแต่ละตัว (Univariate outlier) และข้อมูลที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการรวมกันของตัวแปรหลายตัว (Multivariate outlier) พบว่ามีค่าผิดปกติ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เทคนิคการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากถือว่ามีกรแจกแจงปกติ อีกทั้ง การวิเคราะห์ห้สมการ โครงสร้างเชิงเส้น โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล Mplus จะสามารถคำนวณค่าองศาอิสระ (df) ไคว้สแคว (χ^2) และ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error) ของข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ เนื่องจากสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบประมาณค่าด้วยวิธี Maximum likelihood robust standard error and Chi-square (MLR) (Muthén & Muthén, 2004)

3. ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น (Regression) จะต้องทำการทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลเป็นแบบเส้นตรงหรือไม่ พิจารณาจากการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร (Scatterplot) กราฟจะแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นเส้นตรง และวิธีการทางสถิติ โดยใช้สถิติ F-test พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรง

4. ตัวแปรที่มีความเป็นอิสระต่อกัน (Multicollinearity) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรต้นไม่ควรมีความสัมพันธ์กันสูง เพราะจะทำให้การอธิบายอิทธิพลของตัวแปรต้นแต่ละตัวในการทำนายตัวแปรตามได้ลำบาก โดยทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และพิจารณาจากค่า

ที่ค่าที่ยอมรับได้ (Tolerance) ดังนี้

4.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .85 (Garson, 2006) แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูง ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

	PERP	PERF	PERC	PERB	MATCB	PCCB	PSEF	POWER	DECI	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5
PERP	1													
PERF	.269**	1												
PERC	.230**	.635**	1											
PERB	.153**	.577**	.589**	1										
MATCB	.065	.343**	.372**	.293**	1									
PCCB	.231**	.581**	.699**	.561**	.310**	1								
PSEF	.180**	.407**	.598**	.564**	.347**	.567**	1							
POWER	.011	.100*	.074	-.057	-.061	.092*	-.090	1						
DECI	.019	.063	.117*	.094*	.080	.092*	.209**	-.044	1					
IN1	.150**	.293**	.383**	.339**	.244**	.373**	.462**	-.024	.222**	1				
IN2	.120*	.344**	.415**	.370**	.296**	.388**	.543**	-.010	.218**	.754**	1			
IN3	.033	.081	.172**	.185**	.170**	.093*	.367**	-.078	.235**	.427**	.465**	1		
IN4	.118*	.321**	.445**	.395**	.307**	.404**	.558**	-.029	.190**	.613**	.686**	.450**	1	
IN5	.119*	.297**	.376**	.387**	.253**	.374**	.541**	-.056	.122**	.546**	.619**	.459**	.664**	1

ตารางที่ 18 (ต่อ)

	PERP	PERF	PERC	PERB	MATCHB	PCCB	PSEF	POWER	DECI	INI	IN2	IN3	IN4	IN5
IN6	.081	.293**	.363**	.338**	.227**	.297**	.506**	.001	.144**	.438**	.557**	.388**	.576**	.665**
IN7	.125**	.210**	.315**	.343**	.251**	.278**	.484**	-.066	.170**	.492**	.523**	.381**	.549**	.592**
IN8	.089	.297**	.443**	.409**	.208**	.422**	.567**	-.044	.149**	.504**	.572**	.300**	.642**	.607**
CB1	.087	.221**	.352**	.339**	.282**	.358**	.488**	-.096*	.157**	.487**	.442**	.290**	.456**	.424**
CB2	.082	.255**	.349**	.361**	.240**	.321**	.480**	-.090	.273**	.372**	.455**	.296**	.460**	.366**
CB3	.111*	.336**	.495**	.460**	.260**	.447**	.565**	-.065	.215**	.462**	.506**	.242**	.513**	.450**
CB4	.133**	.354**	.470**	.425**	.275**	.443**	.580**	-.044	.164**	.479**	.508**	.306**	.538**	.517**
CB5	.107*	.337**	.440**	.417**	.213**	.437**	.569**	-.033	.182**	.422**	.476**	.297**	.482**	.510**
CB6	.145**	.303**	.401**	.353**	.249**	.351**	.476**	-.102*	.233**	.474**	.471**	.313**	.473**	.422**
CB7	.170**	.320**	.393**	.346**	.200**	.360**	.488**	-.032	.212**	.422**	.448**	.280**	.448**	.390**
CB8	.107*	.105*	.229**	.214**	.028	.160**	.378**	-.111*	.209**	.336**	.314**	.432**	.318**	.398**
CB9	.103*	.231**	.344**	.313**	.147**	.336**	.456**	-.055	.266**	.455**	.437**	.297**	.433**	.450**
CB10	.156**	.234**	.364**	.324**	.164**	.299**	.495**	-.087	.261**	.515**	.488**	.292**	.447**	.439**

ตารางที่ 18 (ต่อ)

	IN6	IN7	IN8	CB1	CB2	CB3	CB4	CB5	CB6	CB7	CB8	CB9	CB10
IN6	1												
IN7	.628**	1											
IN8	.595**	.603**	1										
CB1	.339**	.366**	.421**	1									
CB2	.344**	.332**	.391**	.607**	1								
CB3	.415**	.429**	.466**	.599**	.609**	1							
CB4	.461**	.495**	.491**	.598**	.607**	.729**	1						
CB5	.515**	.432**	.496**	.542**	.548**	.641**	.699**	1					
CB6	.340**	.365**	.430**	.476**	.464**	.472**	.490**	.487**	1				
CB7	.349**	.325**	.413**	.448**	.447**	.487**	.504**	.449**	.694**	1			
CB8	.341**	.317**	.296**	.319**	.323**	.357**	.413**	.461**	.432**	.435**	1		
CB9	.332**	.466**	.421**	.458**	.376**	.484**	.523**	.515**	.498**	.482**	.516**	1	
CB10	.375**	.432**	.411**	.463**	.434**	.512**	.506**	.499**	.509**	.483**	.469**	.669**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 27 ตัวแปรพบว่า ตัวแปรสังเกตได้ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .01 ถึง .73 แสดงว่า มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ($.00 < r < .29$) ถึงระดับสูง ($.70 < r < .89$) (Hinkle, 1998) และมีบางตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ตัวแปรสังเกตได้การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERC) กับ การตัดสินใจ (DECI) ตัวแปรสังเกตได้เจตคติต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (MATCB) กับ การตัดสินใจ (DECI)

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่อยู่ภายใต้ตัวแปรแฝงเดียวกันพบว่า ตัวแปรสังเกตได้ในแง่การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERN) ที่มีค่าความสัมพันธ์สูงสุด คือ การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/ การสนับสนุนของคู่รัก/ แฟนเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด (PERC) กับ การรับรู้พฤติกรรมการคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน (PERB) มีค่าเท่ากับ .64 ตัวแปรสังเกตได้ในแง่ความตั้งใจในการคุมกำเนิด (INCB1) ที่มีค่าความสัมพันธ์สูงสุด คือ ตัวแปรสังเกตได้ข้อคำถามที่ 1 (IN1) กับข้อคำถามที่ 2 (IN2) มีค่าเท่ากับ .75 และตัวแปรสังเกตได้ในแง่พฤติกรรมการคุมกำเนิด (CCBT1) ที่มีค่าความสัมพันธ์สูงสุด คือ ตัวแปรสังเกตได้ข้อคำถามที่ 4 (CB4) กับ ตัวแปรสังเกตได้ข้อคำถามที่ 5 (CB5) มีค่าเท่ากับ .70 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตได้ดังกล่าวมีความเป็นอิสระต่อกัน ถึงแม้ตัวแปรสังเกตได้บางตัวมีความสัมพันธ์กัน แต่ก็มีค่าความสัมพันธ์น้อยกว่า .85 (Garson, 2006) แสดงว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไม่สูง ซึ่งถือว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีความเป็นอิสระต่อกันเช่นกัน

4.2 พิจารณาจากค่าที่ยอมรับได้ (Tolerance) ที่น้อยกว่า .20 และค่าองค์ประกอบของความแปรปรวนที่สูงเกินความจริง (Variance Inflation Factor: VIF) ค่า VIF มากกว่า 4 แสดงว่าตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กันสูง

ตารางที่ 19 ตัวแปรมีความเป็นอิสระต่อกัน

	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
MATCB	.924	1.082
PERP	.982	1.018
PERF	.875	1.143
PERC	.779	1.284

ตารางที่ 19 (ต่อ)

	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
PERB	.820	1.220
PCCB	.804	1.244
PSEF	.664	1.506
IN1	.770	1.298
IN2	.741	1.349
IN3	.907	1.103
IN4	.711	1.406
IN5	.732	1.365
IN6	.787	1.270
IN7	.755	1.324
IN8	.759	1.318
POWER	.998	1.002
DECI	.973	1.028
CB1	.643	1.555
CB2	.631	1.584
CB3	.469	2.134
CB5	.511	1.957
CB6	.760	1.316
CB7	.745	1.341
CB8	.829	1.206
CB9	.727	1.376
CB10	.744	1.343

จากตารางที่ 19 ตัวแปรทุกตัวค่าที่ยอมรับได้ (Tolerance) มีค่าระหว่าง .47-1.00 และค่าองค์ประกอบของความแปรปรวนที่สูงเกินความจริง (Variance Inflation Factor: VIF) มีค่าระหว่าง 1.00-2.13 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรทุกตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน

5. เมทริกซ์เอกลักษณะ เป็นการทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน ค่า KMO เข้าใกล้ 1 แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันมาก ค่า Sig (p -value < .05) จึงสรุปว่าปฏิเสธสมมติฐาน H_0 นั่นคือ สามารถทำการวิเคราะห์ปัจจัยได้ ตัวแปรทั้ง 27 ตัว มีความเป็นอิสระต่อกัน

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.943
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	6948.768
	df	351
	Sig.	0.000