

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคำวิจัยเรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม” ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. นโยบายของรัฐบาล
2. วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP)
4. แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)
5. ความทุกข์เชิงสังคม (Social suffering)
6. ความเปราะบางและความเป็นวัยรุ่น
7. เพศวิถี (Sexuality)
8. มานุษยวิทยาทางการแพทย์เชิงวิพากษ์
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - งานวิจัยในต่างประเทศ
 - งานวิจัยในประเทศ

2.1 นโยบายของรัฐบาล

2.1.1 นโยบายสาธารณะ การบริหารและการจัดการภาครัฐ (Public Policy: Government Administration and Management)

นโยบายสาธารณะในกระแสการปฏิรูปก็จะมีเงื่อนไขของสังคมและอื่นๆ ที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องมีความสลับซับซ้อน และหลากหลายมากขึ้นรวมถึงการปรับเปลี่ยนบริบทของการบริหารงานภาครัฐเข้าสู่ระบบอภิบาล (Governance) กระบวนการของนโยบายจะมีผู้แสดงและความต้องการที่หลากหลายมากขึ้นทำให้ภาครัฐ ต้องหันกลับมาให้การสนใจต่อการตอบสนองต่อกระแสความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้โดยเฉพาะความ ตระหนักที่จะต้องพึ่งพาหน่วยงานต่างๆ ในสังคมการให้บริการสาธารณะและการแก้ไขปัญหาของสังคมและกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพลเมืองของประชาชนที่จะทำให้เกิดเครือข่ายนโยบายในลักษณะต่างๆ ขึ้น พร้อมกับความต้องการข้อมูลและความรู้ในการใช้เป็นอย่างดีประกอบสำคัญในการวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ และทางที่จะต้องเลือกนโยบายสังคมในลักษณะของการเมืองพลเมืองและเป็นการเมืองที่ตั้งอยู่บน

ฐานของการตระหนักรู้ถึง สิทธิและหน้าที่ที่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติได้และนำไปสู่การปรับพฤติกรรมของพลเมืองในระบอบประชาธิปไตยได้ อย่างเหมาะสม

(Jantawan,2016;Jensantikul, 2013)

ในการพัฒนาการบริหารภาครัฐจะต้องให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลจะต้องพัฒนา บุคลากรให้เป็นไปตามแนวทางและกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติตามบริบทในแต่ละพื้นที่และยุทธศาสตร์ (Strategies) ที่เปลี่ยนแปลงตามภารกิจงานใหม่ที่มีความท้าทายตามศักยภาพของบุคลากรภาครัฐเป็นอย่างมากซึ่งอาจกล่าวได้ว่านโยบายของรัฐบาลกับระบบราชการควรมีการบริหารของภาครัฐมีความเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิดซึ่งนโยบายของนี้ รัฐบาลก็ต้องมีนโยบายสาธารณะที่ต้องผูกพันและมีผลกระทบไปสู่สาธารณะหรือประชาชนที่เกี่ยวข้องกัน นโยบายนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญซึ่งปัจจุบันกระบวนการสาธารณะโดยเฉพาะนโยบายของ รัฐบาลมีการดำเนินการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเป็นอย่างมากเพราะปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสารประชาชนมีการรับรู้และมีความรู้ข้อมูลได้ง่ายและมากขึ้นจึงสนใจและต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางนโยบาย (Patmasiriwat, 2015) ซึ่งจะมีความแตกต่างจากการกำหนดนโยบายอย่างในอดีตที่ผ่านมาที่ผู้กำหนดนโยบายคือภาครัฐหรือรัฐบาลจะเป็นคนกำหนดมาเองโดยอาศัยการตัดสินใจของชนชั้นนำ (Elite) หรือคณะรัฐบาลอย่างเดียวและไม่ได้ ให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมในการกำหนดนโยบายด้วยเมื่อบริบทเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสปฏิรูปหรือการปกครองหรือระบอบรัฐบาลที่เป็นประชาธิปไตย (Democratic Governance) จึงทำให้หน่วยงานภาครัฐจะต้องปฏิบัติตามนโยบาย และจะต้องปรับตัวโดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากรภาครัฐให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปและมีแนวทางการพัฒนา ที่แท้จริงแล้วไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดๆ ก็ตาม การบริหารภาครัฐจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อยกระดับการ บริหารภาครัฐให้ตอบสนองต่อสาธารณและประชาชนให้มากขึ้นซึ่งในนี้ จะกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาใน 2 ส่วนคือแนวทางการพัฒนาการบริหารภาครัฐให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและแนวทางการ พัฒนาการบริหารภาครัฐให้สอดคล้องกับบทบาทและภารกิจภาครัฐที่จัดทำขึ้นโดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการพัฒนาภาครัฐต้องให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล แนวทางที่ทำให้ องค์การสามารถรับมือหรือปรับตัวได้ทันต่อสถานการณ์สภาพแวดล้อมขององค์การที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างดีซึ่งปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ คือ คนและทรัพยากรมนุษย์ ภาครัฐจึงมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการบริหารและพัฒนาระบบบริหารภาครัฐถ้าไม่มีคนที่มีความรู้ ทักษะ ทักษะในการทำงานที่เหมาะสมสอดคล้องแล้ว การบริหารภาครัฐจะเดินหน้าไปสู่สิ่ง ที่ต้องการ ให้ความสำคัญในมิติของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ภาครัฐจึงจะต้องตระหนักถึงการปฏิบัติงาน และจะต้องเกี่ยวข้องกันอยู่เสมอกับนโยบายของรัฐบาล (Government Policy) ซึ่งก็คือนโยบาย

สาธารณะ (Public Policy) ในที่นี้จะเน้นให้เห็นถึงมิติความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation) ซึ่งเป็นหน้าที่และภารกิจสำคัญของระบบราชการทั้งในส่วนกลาง (กระทรวง ทบวง กรม) ส่วนภูมิภาค (จังหวัด อำเภอ) และส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบจ.อบต) เป็นต้น ในฐานะผู้ปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาลจะต้องดำเนินการเพื่อการบริหารราชการแผ่นดินให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยหลายฉบับที่ผ่านมาได้กำหนดให้รัฐบาลหรือคณะรัฐมนตรีมีการแถลง นโยบาย ต่อรัฐสภาก่อนเข้ารับบริหารราชการแผ่นดิน ตัวอย่างเช่นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติไว้ในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่ 1 มาตรา 75-79 สรุปว่ารัฐบาลหรือคณะรัฐมนตรีที่จะเข้ารับบริหารราชการแผ่นดินจะต้องมีการแถลงนโยบายต่อรัฐสภา โดยชี้แจงและระบุให้ ชัดเจนว่ารัฐบาลจะดำเนินการใด ในระยะเวลาใด เพื่อให้การบริหารราชการแผ่นดินเป็นไปตามนโยบาย พื้นฐานแห่งรัฐและต้องจัดทำรายงานการแสดงผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เสนอต่อรัฐสภาปีละหนึ่งครั้งเพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติข้างต้นคณะรัฐมนตรีหรือรัฐบาลต้องจัดทำแผนการบริหารราชการแผ่นดินให้ สอดคล้องกับแนวนโยบายพื้นฐานของรัฐไม่ว่าจะเป็นเรื่องของยุทธศาสตร์และนโยบายของรัฐบาลเมื่อแถลงต่อรัฐสภาเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงจะดำเนินการตามนโยบายและแผนที่แถลงฯไว้ได้ ด้วยเหตุนี้ระบบการ บริหารงานภาครัฐหรือระบบราชการจึงมีความใกล้ชิดกับนโยบายของรัฐบาลเพราะจะต้องเป็นกลไกหรือ เครื่องมือของรัฐบาล เพื่อให้นโยบายและแผนต่างๆ บรรลุเป้าหมายเป็นรูปธรรมในและจะแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติจากนั้นจะกล่าวตามบริบทของ การนำนโยบายไปปฏิบัติภายใต้กระแสการปฏิรูประบบการบริหารภาครัฐในปัจจุบันและสุดท้ายจะสะท้อนให้เห็นได้ว่าการบริหารภาครัฐจะต้องมีแนวทางในการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

การบริหารสาธารณะและระบบธรรมาภิบาล

การบริหารแบบระบบธรรมาภิบาล (Public Governance) ซึ่งถือว่าเป็นการต่อยอดแนวความคิดมาจากกระแสการบริหารภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่มีอิทธิพลมาตั้งแต่ช่วง ศตวรรษที่1980เป็นต้นมาระบบธรรมาภิบาลเป็นเรื่องที่สำคัญมีมิติที่หลากหลายต้องอาศัยองค์ความรู้ หลายอย่างในการขับเคลื่อนโดยเฉพาะทรัพยากรมนุษย์เป็นคนที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบธรรมาภิบาลให้เดินหน้าไปได้ ซึ่งภาครัฐจะต้องเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนดังนั้นการบริหารภาครัฐให้สอดคล้อง กับระบบธรรมาภิบาลจึงมีความจำเป็นอย่างมาก โดยต้องเน้นพัฒนาคนให้สอดคล้องกับหลักการสำคัญของ ระบบธรรมาภิบาลซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ให้ความสำคัญกับหลักนิติธรรม (Rule Of Law) การบริหารงานภาครัฐต้องบริหารงานโดยยึดหลักกฎหมายเป็นสำคัญและจะต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบท

สภาพแวดล้อม ของสังคมและวัฒนธรรมรวมถึงวิถีชีวิตของคนกลุ่มคนองค์การที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยและต้องใช้บังคับให้มีความเสมอภาคกันด้วยหลักคุณธรรม (Merit System)

2. ให้ความสำคัญกับความเสมอภาค (Equity) ของประชาชนทุกระดับและจะต้องได้รับการบริการสาธารณะที่เสมอภาคกันเท่าเทียมกันรวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณะนั้นต้องทั่วถึงอีกด้วย

3. ให้ความสำคัญกับความโปร่งใส (Transparency) ภาครัฐจะต้องมีกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจนสามารถอธิบายทุกอย่าง อย่างมีเหตุผลผลได้ รวมถึงการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้องเป็นจริงด้วย

4. ให้ความสำคัญและพร้อมรับการตรวจสอบ (Accountability) มีความสอดคล้องและควบคู่กันคือโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน

5. ให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Efficiency And Effectiveness) กล่าวคือประสิทธิภาพเน้นผลผลิตประหยัดส่วนประสิทธิผล เน้นเรื่องของการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานหรือตรงกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

6. ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participation) ภาครัฐจะต้องหน่วยงานทุกฝ่ายทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยเข้าร่วมในการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันและประการสุดท้ายต้องให้ความสำคัญกับมติมหาชน (Consensus) คือ การเห็นพ้องต้องกันความเห็นของคนส่วนใหญ่ หมายถึงว่าทุกคนมีโอกาสในการมีส่วนร่วมและ ภายใต้ข้อมูลข่าวสารที่เท่าเทียมกัน ทั้งนี้ในการปกครองระบอบประชาธิปไตยนั้นถึงแม้จะถือเสียงส่วนใหญ่เป็นข้อยุติแต่จะต้องไม่เพิกเฉยหรือละเลยต่อเสียงส่วนน้อย (Majority Rule, Minority Rights) หากสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการบริหารภาครัฐ จะก่อให้เกิดระบบคุณธรรม (Merit System) ซึ่งเป็นระบบในการบริหารที่ดีเพราะระบบธรรมาภิบาลตามหลักการนี้มีธรรมาภิบาล (Good Governance) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบด้วย ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นปัญหาคอร์รัปชันปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมการเลิกปฏิบัติภายใต้ระบบอุปถัมภ์ จะเกิดขึ้นได้น้อยหรือยากกว่าในอดีตที่ผ่านมา การบริหารภาครัฐหรือระบบการบริหารงานที่ สนองต่อความต้องการของประชาชนโดยเสมอภาคเท่าเทียมกันไม่เลือกที่รักมักที่ชังให้บริการสาธารณะที่เท่าเทียมกันรวมทั้งมีความยุติธรรมอันนำไปสู่การบริหารราชการที่ดี (Good Government) ในที่สุดในการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกและเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของรัฐมากขึ้นเพราะแท้จริง แล้วประชาชนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารงานภาครัฐอย่างแท้จริง (Kanapol,2016)

การนำนโยบายไปปฏิบัติ

นโยบายรัฐบาลที่มีสัญญาไว้กับประชาชนตอนหาเสียงเลือกตั้งและแถลงไว้ต่อรัฐสภา จะสำเร็จเป็นรูปธรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกลไกการบริหารงานของภาครัฐอันมีระบบราชการเป็นเสาหลักสำคัญจะนำนโยบายนั้นสู่การปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผลหรือไม่ดังนั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงมีความสำคัญอย่างมากสรุปได้ดังต่อไปนี้ (Thamrongthanyawong, 2001)

1. ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ตัดสินใจนโยบายในกรณีที่มีการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย นโยบายจะส่งผลให้ผู้ตัดสินใจนโยบายได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากประชาชนเพราะได้กรทำการตัดสินใจเลือกนโยบายที่ถูกต้องและเลือกหน่วยปฏิบัติที่เหมาะสมซึ่งจะเป็นผลดีต่ออนาคตทางการเมืองของผู้ตัดสินใจนโยบายหากการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จจะส่งผลให้ผู้ตัดสินใจนโยบายถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบจากประชาชนทั้งต่อการตัดสินใจเลือกนโยบายที่ไม่เหมาะสมและความบกพร่องในการควบคุมและกำกับหน่วยปฏิบัติหรือการมอบหมายให้หน่วยปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบเป็นต้น
2. ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในกรณีที่มีการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์จะทำให้ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้รับการแก้ไข กลุ่มเป้าหมายได้รับความพึงพอใจ ถ้านำไปปฏิบัติไม่ได้กลุ่มเป้าหมายอาจเรียกร้องด้วยวิธีต่างๆ ให้การบริหารงานของรัฐบาลมีความยุ่งยากมากขึ้น
3. ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติมีโอกาสส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหน่วยที่ปฏิบัติในกรณีที่มีการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์หน่วยปฏิบัติจะได้รับความเชื่อถือและความน่าไว้วางใจจากผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมายว่าปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
4. ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรเนื่องจากทุกประเทศมีทรัพยากรที่จำกัดฉะนั้นการที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่าและสามารถแก้ไขปัญหาของกลุ่มเป้าหมายหรือสังคม ให้ได้ผลไม่เกิดการสูญเปล่าหรือต้องกลับมาแก้ไขใหม่ทรัพยากรในนี้หมายรวมรวมทั้ง คน งบประมาณ อุปกรณ์และเวลาที่จะต้องใช้ไปทั้งหมด
5. ในการพัฒนาประเทศการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญต่อการเจริญก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่งเพราะถ้าหากการนำนโยบายไปปฏิบัติตามแผนงานและโครงการ พัฒนาให้เกิดผลและประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ จะส่งผลให้การพัฒนาประเทศบรรลุเป้าหมายและความก้าวหน้าทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งจะทำให้ประชาชนมีความกินดีอยู่ดีและมีความสุข

6. ความสำคัญของกระบวนการนโยบายสาธารณะในการวิเคราะห์นโยบายนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติมีบทบาทตั้งแต่กระบวนการกำหนดทางเลือกนโยบาย นักวิเคราะห์นโยบายจะต้องคำนึงถึงการพิจารณาทางเลือกนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเท่านั้น เพื่อให้มั่นใจว่าทุกทางเลือกที่นำมาวิเคราะห์จะไม่ก่อให้เกิดความสูญเปล่า และการจัดทำนโยบายก็จะต้อง คำนึงถึงการกำหนดแนวทางการนำไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและสามารถนำไปใช้และปฏิบัติให้มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด ดังนั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อกระบวนการนโยบาย ว่านโยบายนั้นจะมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

จึงกล่าวได้ว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีส่วนสำคัญต่อการดำเนินนโยบายของรัฐบาลเป็นอย่างมาก จะต้องอาศัยกลไกของระบบราชการเป็นตัวขับเคลื่อนให้นโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติได้โดย การบริหารทรัพยากรมนุษย์ ภาครัฐมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะต้องพัฒนาบุคลากรให้เข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาลเพื่อไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

โดยสรุป นโยบายสาธารณะ คือนโยบายที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนช่วยเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้นเป็นสิ่งที่เอื้อผลประโยชน์และแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของประชาชนและรัฐบาล โดยนโยบายสาธารณะแบ่งออกเป็นหลายประเภทด้วยกันแต่ประเภทนั้นก็จะแตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสม ส่วนการนำไปใช้บริหารประเทศนั้นก็ขึ้นอยู่กับว่ารัฐบาลแต่ละชุดจะมีการกำหนดและปฏิบัติตามนโยบายสาธารณะแบบใด เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนมากที่สุด ดังนั้นนโยบายสาธารณะจึงเป็นแนวทางปฏิบัติของรัฐบาลที่จะสร้างผลประโยชน์ให้กับประชาชนเป็นหลักเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและพัฒนาชีวิตประชาชนให้ดีขึ้นและจะต้องให้ความสำคัญในหลายๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นการกำหนดนโยบายรวมไปถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติ ถ้าหากสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและตรงกับความต้องการของประชาชนก็จะสามารถช่วยให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นได้อย่างแน่นอน

1.2 นโยบายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นเรื่องที่ประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) และกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-14 ปี และ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการ

บรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายใน ปี พ.ศ. 2573 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สำหรับนโยบายการตั้งครม.ในวัยรุ่นหลายปีที่ผ่านมา หน่วยงานเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและประชาชนต่างตระหนักถึงปัญหาการตั้งครม.ในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยหน่วยงานหลักต่างมีนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหา แต่การดำเนินงานขณะนี้ ยังขาดการบูรณาการไม่เชื่อมโยงกัน ทั้งในด้านนโยบายและการปฏิบัติทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและมีช่องว่างในการทำงาน อีกทั้งฐานข้อมูลการติดตามสถานการณ์ยังขาดความสอดคล้องระหว่างหน่วยงาน ไม่มีตัวชี้วัดหลักที่ใช้นิยามและวิธีการวัด ตลอดจนยังไม่มีแหล่งข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันไม่มีการตั้งเป้าหมายผลลัพธ์ที่คาดหวังของประเทศ ที่มีความสอดคล้องกันของทุกหน่วยงานว่าจะลดการตั้งครม.ในวัยรุ่นเป็นเท่าไร ในระยะเวลาเท่าใด จะบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ ได้อย่างไร จะติดตามและประเมินผลแบบใด จะมีกลไกเพื่อพัฒนาความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างกระทรวง หน่วยงานส่วนกลาง จังหวัดและท้องถิ่นอย่างไร ตลอดจนจะบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังได้อย่างไร (กฤติยา อาชวนิชกุล, 2551, เบญจพร ปัญญา, 2553, คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554) ปฏิบัติการต่อประเด็นการตั้งครม.ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นที่สำคัญของหน่วยงานหลักของภาครัฐฯ ได้แก่ การแพทย์และสาธารณสุข การศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิต มีรายละเอียดดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ มีการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) เพื่อสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เช่น ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบุตรเมื่อพร้อม สนับสนุนให้โรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอน ตลอดจนจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้เพศศึกษา ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเน้นการเข้าถึงการให้บริการกลุ่มวัยรุ่น โดยการจัดการบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) เป็นต้น

กรมอนามัย ได้ดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยใช้มาตรการและแนวทางการดำเนินงานหลากหลายรูปแบบ อาทิ การสนับสนุนสภาเด็กและเยาวชนเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น ให้มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ดำเนินการเฝ้าระวังการทำแท้งในประเทศไทยโดยโรงพยาบาลนร่อง 134 แห่ง จาก 13 จังหวัด ทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 53 ของผู้ป่วยที่มาทำแท้ง ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและเยาวชน ร้อยละ 30 มีสถานภาพเป็นนักเรียน นักศึกษา และการตั้งครม.ในวัยรุ่น

พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้เกิดปัญหาวัยรุ่นต้องขาดโอกาสในการศึกษาและต้องรับภาระในการดูแลบุตรในขณะที่ตนเองยังไม่พร้อม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และในปี พ.ศ.2561 ได้มี พ.ร.บ.ให้สถานบริการสาธารณสุข เพิ่มการให้ข้อมูลและความรู้ในการป้องกันที่ถูกต้องและครบถ้วน ให้คำปรึกษาและบริการอนามัยวัยเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานสวัสดิการสังคม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ซึ่งในขณะนี้เห็นว่า สถานการณ์การทอดทิ้งเด็กเป็นปัญหาอย่างมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการลดปัญหาการทอดทิ้งเด็ก การทำแท้งและลดอันตรายที่เกิดขึ้นกับแม่และเด็ก จึงได้จัดทำโครงการฝากลูกรักให้ พม. เลี้ยง (พม.ทดแทน) เพื่อเป็นการช่วยไม่ให้เกิดปัญหาของการทิ้งเด็กอย่างไม่ปลอดภัยให้เด็กวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตลอดจนสตรีที่ประสบปัญหาเดียวกันได้รับความช่วยเหลือแนะนำ โดยจะมีการช่วยเหลือเรื่องที่พักพิง คือ บ้านพักเด็กและครอบครัวทั่วประเทศ ทั้งนี้ วัยรุ่นตลอดจนสตรีที่ไม่พร้อม สามารถเข้ามาขอรับคำปรึกษาจากกรมฯ และหน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ทั่วประเทศ

สำหรับแนวทางการดำเนินงาน โครงการฝากลูกรักให้ พม.เลี้ยง (พม.ทดแทน) นั้น กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้มีการเตรียมการรองรับเด็กทารกจากมารดาที่ไม่พร้อม โดยจะรับฝากเด็กทารกจากสตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูบุตรหรือจะรับเป็นพ่อแม่ทดแทน โดยจะเลี้ยงดูบุตรให้เป็นการชั่วคราวหรือรับฝากถาวร เพื่อป้องกันไม่ให้นำเด็กไปทิ้งตามสถานที่สาธารณะตามที่เป็นข่าว ไปจนกว่าครอบครัวจะมีความพร้อมและสามารถกลับมารับบุตรกลับคืนสู่ครอบครัวได้ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554)) และในปี พ.ศ.2561 ได้มี พ.ร.บ. ให้หน่วยบริการทางสังคม ให้ฝึกออาชีพและจัดหางานให้แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

3. กระทรวงศึกษาธิการ ได้ประกาศนโยบายชัดเจน ในปี พ.ศ. 2524-2525 และได้เริ่มโครงการ “ชีวิตครอบครัวศึกษา” ส่งเสริมและสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาและหน่วยงานเอกชนในการจัดโครงการเพศศึกษาทั้งในโรงเรียนและนอกโรงเรียนและดำเนินงานร่วมกับสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พัฒนา “คู่มือการสอนครอบครัวศึกษา” พร้อมอุปกรณ์ประกอบการศึกษา จนมีการประกาศใช้หลักสูตรใหม่ ในปี พ.ศ. 2533 (กรมวิชาการ, 2543) ต่อมากระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต ได้ร่วมกันจัดทำโครงสร้างหลักสูตรเพศศึกษาและทำประชาพิจารณ์ แล้วจึงเสนอให้กระทรวงศึกษาธิการใช้เป็นข้อมูลปรับปรุงหลักสูตร ในปี พ.ศ. 2544 เพศศึกษาได้รับการ

บรรจุให้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน รัฐบาลสมัยนั้นได้ออกคำสั่งให้โรงเรียนทุกแห่งสอนวิชาเพศศึกษาให้เป็นหลักสูตรการศึกษาฉบับมาตรฐานจนถึงปัจจุบัน (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2554 หน้า 191) แต่มีการนำไปใช้ในโรงเรียนเพียงบางแห่ง มีการเรียนการสอนที่ไม่สม่ำเสมอ เน้นเพียงการควบคุมพฤติกรรมทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเท่านั้น โดยไม่ครอบคลุมประเด็นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเตรียมตัวก่อนมีประจำเดือนและการสร้างทัศนคติที่ดีเรื่องเพศ เป็นต้น ทำให้การสอนเพศศึกษาไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร (Thaweewit and Boonmongkon, 2009)

รัฐบาลเตรียมออกกฎหมายให้สถาบันการศึกษาอนุญาตให้นักเรียน นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ได้เรียนต่อจนจบ ห้ามลงโทษและตำหนิ วันที่ 3 ต.ค. 2560 ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติหลักการร่างกฎกระทรวง กำหนดประเภทของสถานศึกษา ให้สถานศึกษาได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามที่กระทรวงศึกษาธิการเสนอ สาระสำคัญของร่างกฎกระทรวงนี้ กำหนดประเภทของสถานศึกษาตั้งแต่ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน คือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษาต้องจัดให้มีการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาคู่ครองนักเรียน นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เรียน รวมถึงความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้เรียน กำหนดให้สถานศึกษาจัดการศึกษาให้แก่นักเรียนหรือนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ โดยต้องให้นักเรียนหรือนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ได้เรียนจนจบหลักสูตรการศึกษาภาคบังคับหรือการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยยืดหยุ่นในวิธีการจัดการเรียนรู้ หลีกเลี่ยงการลงโทษและไม่ตำหนิ กรณีนักเรียนหรือนักศึกษาประสงค์จะหยุดพักการเรียนในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดเพื่อดูแลบุตรสถานศึกษาต้องอนุญาตและให้นักเรียนหรือนักศึกษามีสิทธิในการศึกษาต่อ โดยครูที่ปรึกษาร่วมมือกับผู้ปกครอง เอาใจใส่ ยืดหยุ่นกฎระเบียบในการดำเนินกิจกรรมและสร้างความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันในสังคม กรณีที่นักเรียนหรือนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ต้องการย้ายที่เรียนใหม่ ให้สถานศึกษาเดิมประสานจัดหาที่เรียนใหม่ตามความเหมาะสม สำหรับร่างกฎกระทรวงนี้ เป็นกฎหมายลูกของ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ วันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ที่ระบุว่าสถานศึกษาต้องจัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาที่เหมาะสมกับช่วงวัยและดูแล ช่วยเหลือ คู่ครองนักเรียน นักศึกษา ที่ตั้งครรภ์ ให้ได้รับการศึกษาต่อด้วยรูปแบบที่เหมาะสม และหลังจาก ครม. อนุมัติ ให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาและประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เพื่อบังคับใช้ต่อไป

รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสแรก พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่า การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นลดลงแต่ยังอยู่ในระดับสูงและยังต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สำหรับสาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง เกิดจาก 5 สาเหตุหลักๆ ได้แก่

1. พฤติกรรมการเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อนและสื่อต่างๆ
2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. การอยู่หอพักตามลำพัง โดยไม่มี พ่อ แม่ ผู้ปกครอง
4. การไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง
5. การขาดความรักและการเอาใจใส่จากครอบครัว

ประเทศไทย มีนโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รอบด้าน ครอบคลุมมาตรการที่จำเพาะเจาะจงไปที่สาเหตุอันเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของวัยรุ่น รวมทั้ง มาตรการจัดการปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม การลดการใช้ความรุนแรงในเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาและบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ตลอดจน มีมาตรการด้านการศึกษาแก่มารดาวัยรุ่นและสนับสนุนการเลี้ยงดูทารก ซึ่งทั้งหมดนี้ สอดคล้อง กับคำแนะนำจากหน่วยงานระดับนานาชาติ อาทิ WHO และ UNFPA ที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น อีกทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์เหล่านี้ ได้ถูกแปลงสู่การปฏิบัติผ่านโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการ โดยหน่วยราชการและองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2556) โครงการ ‘Up to me’ (พ.ศ. 2554), ศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 (One Stop Crisis Center : OSCC) โครงการ ‘แม่วัยใส’ โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โครงการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (ตุลาคม พ.ศ. 2555) การรณรงค์เรื่องเพศเชิงบวกในชุมชน โครงการ ‘รักเป็นปลอดภัย’ (Young Love) นั้นเป็นมุมมองด้านนโยบาย แต่ในความเป็นจริงจากข้อมูลการสัมภาษณ์ระดับลึกที่เก็บ เพิ่มเติมเพื่อจุดประเด็นให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไปในเรื่องของแม่วัยเด็ก ข้อมูลจากแม่วัยเด็กตัวอย่างซึ่งเป็นอดีตนักเรียนหญิงในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุ ระหว่าง 13-14 ปี ปัจจุบันเป็นแม่วัยรุ่นอายุ 19 ปี ที่มีบุตรชาย 2 คน อายุ 5 ปี และ 3 ปี ตามลำดับ และปัจจุบันได้เลิกกับพ่อของเด็ก พร้อมทั้งมีสามีคนใหม่ อายุ 22 ปี อาชีพปัจจุบัน ไม่มี เธอและลูกจึงตกเป็นภาระเลี้ยงดูของพ่อแม่ของเธอ ส่วนอีกรายหนึ่งเป็นอดีตนักเรียน ปวช. ปีที่ 1 ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุระหว่าง 13-14 ปี ปัจจุบันเป็นแม่วัยรุ่นอายุ 19 มีบุตรชาย 1 คน สามีเป็นอดีตนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน ปัจจุบันทั้งคู่ทำพิธีผูกข้อมืออยู่กินด้วยกัน โดยทั้งคู่ มีอาชีพทำไร่ของพ่อแม่ฝ่ายชาย ซึ่งทั้ง 2 รายนี้ สรุปลว่าตนเอง “โชคดี” ที่ยังมีพ่อแม่เลี้ยงอยู่ ฝ่ายหญิงไม่กล้ากลับไปเรียนต่อในโรงเรียนในระบบได้แล้ว และตั้งใจว่าจะไปเรียนต่อในโรงเรียน การศึกษานอกระบบ (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิตและคณะ, 2554 หน้า 195)

4. ด้านกฎหมาย ผลการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พลเรือเอกณรงค์ พิพัฒนาศัย รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ครั้งที่ 1/2560 เมื่อวันที่ 3 เมษายน

พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมคณะรัฐมนตรี (เดิม) อาคารสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล ผลการประชุมสรุปสาระสำคัญ ดังนี้

ที่ประชุมรับทราบกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย ตามที่กรมอนามัยร่วมกับ Concept Foundation ได้ทำการศึกษา ในปี พ.ศ. 2554 เกี่ยวกับระบบการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา เพื่อประเมินถึงรูปแบบที่ดีที่สุดในการให้บริการในบริบทสำหรับสังคมไทย ภายใต้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 มาตรา 305 และข้อบังคับของแพทยสภาจากการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 จนถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ในผู้รับบริการซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน หรือ 9 สัปดาห์ พบว่า ประสิทธิภาพของยายุติการตั้งครรภ์ (Medabon) ที่ศึกษาในโครงการนำร่อง เท่ากับร้อยละ 95 ใกล้เคียงกับการใช้วิธียุติการตั้งครรภ์ทางหัตถการ (surgical abortion) แต่มีอันตรายน้อยกว่าเพราะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากมดลูกทะลุ ดังนั้น การยุติการตั้งครรภ์โดยการใช้น้ำจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดอันตรายจากการทำแท้งเถื่อน ลดค่าใช้จ่ายของผู้บริการและค่าใช้จ่ายในภาครัฐที่จะต้องใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งและลดปัญหาสังคมจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น โดยสนับสนุนการให้มีบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังการคุมกำเนิด) ให้กับหญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่อยู่ในระยะหลังคลอดหรือแท้งหรือต้องการคุมกำเนิด โดยสถานบริการในเครือข่ายของ สปสช. ทั่วประเทศ เป็นผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ กรมอนามัยยังได้ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จัดตั้งเครือข่าย แพทย์ พยาบาลอาสา ส่งต่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (R-SA) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดระบบส่งต่อและรับส่งต่อกรณีบริการยุติการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทั้งนี้ เป็นการดำเนินการอย่างถูกต้องตามกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภาด้วยหลักวิชาการที่ทันสมัยให้กับวัยรุ่นและสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ส่งต่อจากพื้นที่ใกล้เคียงและจากสายด่วนปรึกษาท้องไม่พร้อม 1663 พร้อมกันนี้ ที่ประชุมเห็นชอบในหลักการร่างแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยยึดแนวคิดและหลักการสำคัญ คือ 1) คำนึงถึงความสอดคล้องกับกฎหมายของประเทศ ได้แก่ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2569) ที่เน้นการเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) 2) สอดคล้องกับสนธิสัญญา นโยบาย และ

คำรับรองในระดับนานาชาติที่ประเทศไทยได้ลงนามไว้ และ 3) คำนี้ถึงสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งมีวิสัยทัศน์ คือ “วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร เป็นส่วนตัวรักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค” โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สามารถดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ รวมถึงได้รับการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองอย่างเป็นระบบเมื่อประสบปัญหา

2) ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวกและมีบทบาทในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3) วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการปรึกษาทางเลือก สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ รวมถึง ได้รับบริการที่เป็นมิตรและถูกต้องตามหลักวิชาการในการฝากครรภ์ การคลอด การดูแลสุขภาพหลังคลอดหรือการยุติการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

4) พ่อแม่วัยรุ่นได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลเลี้ยงดูบุตร การจัดหาครอบครัวทดแทนกรณีที่ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้และได้รับสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสมรวมถึงการฝึกอาชีพและการได้งานทำ

5) เกิดกลไกในการดำเนินงานบูรณาการของทุกภาคส่วน หลักการดำเนินงานทั้งในด้านการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัยและการจัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม

ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือ 1) ในปี พ.ศ. 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ลดลง ไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ 1.5 2) ในปีพ.ศ. 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ 44.8 โดยการขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์ 5 ข้อ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพและมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการในการเลี้ยงดู สร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมในกลุ่มวัยรุ่น และ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการบูรณาการการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัยและการจัดการความรู้ ผ่านกลไกการบริหารจัดการในระดับชาติ คือ คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมีคณะกรรมการ ได้แก่ 1) คณะอนุกรรมการพัฒนากฎหมายกฎกระทรวง ระเบียบและแนวทางปฏิบัติ 2) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ

3) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร แม้ว่าทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐฯ และเอกชน จะได้พยายามอย่างมากในการหาทางแก้ปัญหาทั้งในด้านการป้องกันและบรรเทา แต่สถานการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นยังทวีความรุนแรงขึ้น การเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่นต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์และประสบการณ์ต่อเรื่องราวดังกล่าว เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่ความเข้าใจในประเด็นนี้

รัฐบาลมีนโยบายให้ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นหญิงที่มีอายุ 10–19 ปี โดยให้หน่วยงานราชการ และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการผลักดัน ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิงจังหวัดนครพนม ในการผลักดันการดำเนินงาน ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนและตามอัธยาศัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น นักวิจัยมหาวิทยาลัยนครพนม ผู้ทรงคุณวุฒิ ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และตัวแทนครอบครัว

2.2 วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

2.1 ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สู่ภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิตเนื่องจากเป็นช่วงรอยต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระยะต้นของวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงมากมาย จะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นด้วยกันเองและบุคคลรอบข้าง หากกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปอย่างเหมาะสมจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและกระตุ้นให้พัฒนาการด้านอื่นๆ เป็นไปด้วยดี มีนักวิชาการได้ให้ความหมาย ดังนี้

WHO (2006, 2011) ได้นิยาม วัยรุ่น (Adolescence) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 10-19 ปีโดยมีรากศัพท์จากภาษาละติน คำว่า “adolescere” ซึ่งได้แตกออกเป็นคำว่า “adolescens” ซึ่งหมายถึง กำลังมีการเติบโตและคำว่า “adultus” ซึ่งหมายถึงการเติบโตได้เสร็จสิ้นแล้ว วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ คือ พัฒนาการด้านร่างกายโดยมีภาวะทางเพศ พัฒนาการด้านจิตใจโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่และมีการเปลี่ยนด้านเศรษฐกิจจากการที่เป็นวัยต้องพึ่งพาเศรษฐกิจกลายเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพมีรายได้ สามารถรับผิดชอบและพึ่งพาตนเองได้

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี บริบูรณ์

กระทรวงศึกษาธิการ (2558) ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 10-19 ปี บริบูรณ์

ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มี อายุประมาณ 13-19 ปี หรือวัยกำลังดี

นักวิชาการได้ให้ความหมายของวัยรุ่น ดังนี้

Steinberg (1993) ได้นิยาม วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต โดยเป็นช่วงเวลา ของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เริ่มพัฒนาจากความเป็นเด็ก ไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงชีวิตที่กำลังพัฒนาความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวและพัฒนาการทาง เพศที่สมบูรณ์ มีความพร้อมสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ได้

Ford and Coleman (1999) ได้นิยาม วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง พัฒนาการที่มีลักษณะเฉพาะเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย สติปัญญา จิตสังคมและเพศ

อาภรณ์ ดินาน (2551) ได้นิยาม วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัย ผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความต่อเนื่องและเห็นการ เปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่สามารถมองเห็นได้ นั้น ช่วงวัยรุ่น ยังเป็นช่วงที่ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ที่จะต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น

ศรินทร์ว โอสถเสถียร และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม จะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นเป็นผู้ที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้

บุญฤทธิ์ สุจริตน์ (2557) ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนผ่าน จากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ เป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอารมณ์ ความรู้สึก วัยรุ่นจะให้ความสนใจในเพศตรงข้ามและมีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติซึ่งสามารถนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

จันทน์ กฤติบวร และคณะ (2557) ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วง หัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ร่างกาย สังคมและสติปัญญา เป็นการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเด็กไปสู่ภาวะผู้ใหญ่ มีการ เปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วและชัดเจนในหลายด้านทั้งน้ำหนัก ส่วนสูงที่เพิ่มขึ้น เริ่มแสดงสัดส่วนสรีระความเป็นผู้ใหญ่ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงและแสดงสัญลักษณ์ทางเพศ (Sex

Characteristics) อย่างชัดเจน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการทำงานของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) และต่อมเพศ (Gonads Gland) เป็นต้น

สรุปความหมายของวัยรุ่น คือ วัยที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี เป็นวัยที่อยู่ระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม มีพัฒนาการทางเพศ ทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรม เป็นช่วงชีวิตที่กำลังพัฒนาความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว ให้ความสนใจกับเพศตรงข้ามและมีความต้องการทางเพศซึ่งนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ในทัศนะของผู้วิจัย ภาวะการเปลี่ยนแปลงนี้ถ้าหากผ่านไปได้ด้วยดีวัยรุ่นก็จะก้าวไปสู่ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ แต่ถ้าหากหยุดชะงักจะส่งผลกระทบต่อความเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่พร้อม อาทิ การตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

2.1.1 การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นหรือการกำหนดช่วงอายุของการเข้าสู่วัยรุ่นไม่สามารถกำหนดได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ การเลือกใช้เกณฑ์การตัดสินมีความแตกต่างกันในแต่ละทฤษฎี และสังคมที่แตกต่างกัน โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย (พนม เกตุมาน, 2550)

1. วัยรุ่นตอนต้น อยู่ในช่วงอายุ 10-13 ปี เป็นช่วงแรกของการเข้าสู่วัยรุ่น ในช่วงนี้วัยรุ่นจะยังมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็ก เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกระบบ วัยรุ่นจะมีความคิดหมกมุ่นและกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อไปยังจิตใจ ทำให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย

2. วัยรุ่นตอนกลาง อยู่ในช่วงอายุ 14-16 ปี เป็นช่วงที่มีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ ช่วงนี้วัยรุ่นจะยอมรับสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงของตนเองเป็นหนุ่มเป็นสาวได้ เริ่มมีความคิดที่ลึกซึ้ง ต้องการหาอุดมการณ์และหาเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อความเป็นตัวของตัวเอง

3. วัยรุ่นตอนปลาย อยู่ในช่วงอายุ 17-19 ปี เป็นช่วงเวลาของการตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสมและเป็นช่วงเวลาที่จะมีความผูกพันกับเพื่อนต่างเพศ สภาพทางร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตโดยสมบูรณ์เต็มที่และบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

G. Stanley Hall นักจิตวิทยา ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ด้านวัยรุ่น ได้ให้นิยามวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็น “วัยพายุบูแคม” (Stress and Storm) สาเหตุมาจากการที่วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและเป็นไปอย่างรวดเร็ว

วัยรุ่นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) อายุ 11-14 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกาย สรีระวิทยา (Physiology) และทางปัญญา

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) อายุ 14-17 ปี เป็นระยะที่มีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ นี้

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) อายุ 17-20 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนจากการเป็นเด็กเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไม่สามารถกำหนดช่วงของอายุที่แน่นอนได้เนื่องจากความแตกต่างกันในแต่ละทฤษฎีและสังคมที่แตกต่างกัน และลักษณะพัฒนาทางร่างกายของวัยรุ่นจะพัฒนาโดยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาที่มุ่งเน้นการศึกษาวัยรุ่นในช่วงวัยรุ่นตอนต้นถึงวัยรุ่นตอนปลาย คือ ช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี เพราะเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพศและระดับฮอร์โมน วัยรุ่นจะให้ความสนใจในเพศตรงข้ามและมีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติซึ่งสามารถนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และสำหรับวัยรุ่นหญิงที่เข้าสู่ช่วงวัยของการมีประจำเดือนและสามารถตั้งครรภ์ได้

2.1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น

เด็กหญิงและเด็กชายในวัยย่างเข้าสู่วัยรุ่น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพัฒนาการด้านต่างๆ พัฒนาการของวัยรุ่น ประกอบด้วย พัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนี้ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2554)

1. พัฒนาการทางร่างกาย (Physical Development) วัยรุ่นชายจะมีไขมันใต้ผิวหนังบางลงพร้อมๆ กับมีกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นและแข็งแรงขึ้น ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นชายดูผอมลง โดยเฉพาะที่ขา น่องและแขน วัยรุ่นชายจะเติบโตเร็วกว่าวัยรุ่นหญิง วัยรุ่นชายจะเริ่มเสียงแตกและสิ่งที่เห็นได้ชัด คือ นมขึ้นพาน หนวดเคราขึ้น เริ่มมีฝันเปียก (nocturnal ejaculation) จะมีเมื่ออายุประมาณ 14-16 ปี การเกิดฝันเปียกครั้งแรกเป็นสัญญาณของการเข้าสู่วัยรุ่นของเพศชาย วัยรุ่นจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป ต้องเข้าใจและควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่พุ่งพล่านขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนต่างๆ ในวัยรุ่นหญิงจะมีการสะสมไขมันใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 50 ของวัยรุ่นหญิงจะรู้สึกไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนและมักคิดว่าตัวเองอ้วนเกินไป โครงสร้างใบหน้าจะมีกระดูกของจมูกโตขึ้นทำให้ดั้งจมูกเป็นสันขึ้น กระดูกขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างเติบโตเร็วมาก สิ่งที่เห็นได้ชัด คือ เต้านมมีขนาดโตขึ้น ไขมันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้รูปร่างมีทรวดทรง สะโพกผายออก เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก (menarche) อายุประมาณ 12-13 ปี รอบเดือนช่วงปีแรกจะมาไม่สม่ำเสมอหรือขาดหายไปได้ การมีประจำเดือนครั้งแรกเป็นสัญญาณของการเข้าสู่วัยรุ่นของเพศหญิง

2. พัฒนาการทางจิตใจ (Psychology Development) ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจได้ ทั้งความวิตกกังวล หงุดหงิดหมกมุ่น ไม่พอใจในรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไป มีความสามารถในการรับรู้ตนเอง เริ่มแสดงออกถึง

สิ่งที่ตนเองชอบ สิ่งที่ตนเองถนัด มีภาพลักษณ์ของตนเอง คือ การมองภาพของตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ หน้าตา รูปร่าง ความสวย ความหล่อ ความพิการ ข้อดีและข้อด้อยทางร่างกายของตนเองนอกจากนี้ วัยรุ่นต้องการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนอย่างมากและมีความภาคภูมิใจตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง รักอิสระ เสรีภาพ เชื้อมนั่น ความคิดตนเอง ไม่ค่อยชอบอยู่ในกฎเกณฑ์กติกา มีความอยากรู้ อยากเห็นและอยากลอง ถ้าวัยรุ่นขาดการยั้งคิดอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่าย การที่ได้ทำอะไรด้วยตนเองและทำได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในตนเอง การควบคุมตนเองวัยนี้จะเรียนรู้ที่จะควบคุมความคิด การรู้จักยั้งคิดและการคิดให้เป็นระบบเพื่อให้สามารถใช้ความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ในเรื่องของอารมณ์วัยรุ่นจะมีอารมณ์ปั่นป่วนเปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย เครียดง่าย โกรธง่ายและอาจเกิดอารมณ์ซึมเศร้าโดยไม่มีสาเหตุได้ง่าย อารมณ์ที่ไม่ดีเหล่านี้ อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเกเร ก้าวร้าว มีผลต่อการเรียนและการดำเนินชีวิต ในด้านจริยธรรมวัยนี้ จะมีความคิดเชิงอุดมคติสูง มีระบบนิเวศของตนเองต้องการให้เกิดความถูกต้อง ความชอบธรรมในสังคม ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ต้องการเป็นคนดีเป็นที่ชื่นชมของคนอื่นและจะรู้สึกอึดอัดคับข้องใจกับความไม่ถูกต้องในสังคมหรือในบ้าน บางครั้งอาจจะแสดงออกวิพากษ์วิจารณ์พ่อแม่ หรือครูอาจารย์ตรงๆ อย่างรุนแรง การต่อต้าน ประชวรัง อารมณ์เพศวัยนี้จะมามาก ทำให้มีความสนใจเรื่องทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศ อาทิ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติในวัยนี้ หากปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสม แต่พฤติกรรมบางอย่างอาจเป็นปัญหา เช่น เบี่ยงเบนทางเพศ กามวิปริตหรือการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่มี การป้องกัน เป็นต้น

3. พัฒนาการทางสังคม (Social Development) วัยนี้จะเริ่มห่างจากทางบ้าน ไม่ค่อยสนิทสนมคลุกคลีกับพ่อแม่ พี่น้อง แต่จะสนใจและใช้เวลากับเพื่อนมากกว่า เริ่มมีความสนใจทางเพศตรงข้าม สนใจสังคมและสิ่งแวดล้อม มีการปรับตัวเองให้เข้ากับกฎเกณฑ์ กติกาของกลุ่มของสังคมได้ดีขึ้น มีความสามารถในทักษะต่างๆ ของสังคม การสื่อสารเจรจา การแก้ปัญหา การประนีประนอมและการยืดหยุ่นอ่อนอ่อนผ่อนตามกัน มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น พัฒนาการทางสังคมที่ดีจะเป็นพื้นฐานมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและบุคลิกภาพที่ดี การเรียนรู้สังคม จะช่วยให้ตนเองมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง เลือกวิชาชีพที่เหมาะสมและมีสังคม สิ่งแวดล้อมที่ดีต่อตนเองในอนาคต

โดยสรุป พัฒนาการทางร่างกายเด็กอายุ 10-19 ปี คือ สภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนต่างๆ โดยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ ไปจนกระทั่งมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ พัฒนาการทางจิตใจ เด็กอายุ 10-19 ปี คือ การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายทำให้เกิดผลต่อสภาพจิตใจ ขาดการยั้งคิด ขาดความมั่นใจในตนเอง การควบคุมตนเองจะต้องมีการเรียนรู้จากประสบการณ์และค่อยๆ เปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่การเป็นผู้ใหญ่

พัฒนาการทางสังคม เด็กอายุ 10-19 ปี คือ วัยที่เริ่มมีความสนใจทางเพศตรงข้าม สังคม สิ่งแวดล้อม เริ่มมีการปรับตัวให้เข้ากับสังคม รู้จักการแก้ปัญหา ประนีประนอมและการยืดหยุ่น ไปตามสภาพแวดล้อม มีการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเปลี่ยนจากการพึ่งพาครอบครัวมาเป็นผู้สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง

2.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการวัยรุ่น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่น มีความแตกต่างกันที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ (วชิรพร โชติพานัส, 2556)

1) พันธุกรรม เป็นการถ่ายทอดคุณลักษณะทางด้านชีวภาพ เหล่านี้ที่มีอยู่ในยีน (Genes) และจะถ่ายทอดผ่านโครโมโซม (Chromosome) โดยลักษณะที่ปรากฏออกมาให้เห็นภายนอกได้ เรียกว่า Phenotype ซึ่งถือเป็นลักษณะเด่น (Dominant) เช่น รูปร่างหน้าตา สีมุม สีผิว สีตา ฯลฯ ส่วนลักษณะที่แฝงเร้นไว้ โดยไม่ได้ปรากฏออกมาให้เห็นในรุ่นลูก เรียกว่า “Genotype” ซึ่งเป็นลักษณะด้อย (Recessive) เช่น กลุ่มเลือด ตาบอดสี โรคลมบ้าหมู โรคเบาหวาน โรคปัญญาอ่อน โรคภูมิแพ้และโรคบางชนิดที่ถ่ายทอดกันได้ทางสายเลือด เป็นต้น

2) ลักษณะทางกายของวัยรุ่น

2.1 เพศ เป็นสิ่งกำหนดความแน่นอนทางพันธุกรรม ในไข่ของมารดาจะมีโครโมโซมเพศชนิด X อย่างเดียว ในอสุจิของบิดาจะมีโครโมโซมเพศชนิด X และ Y ถ้าโครโมโซมเพศชนิด X ของมารดาผสมกับโครโมโซมเพศชนิด X ของบิดา เป็น XX เด็กที่เกิดมา จะเป็นเพศหญิง และถ้าโครโมโซมเพศชนิด X ของมารดาผสมกับโครโมโซมเพศชนิด Y ของบิดา เป็น XY เด็กที่เกิดมาจะเป็นเพศชาย

2.2 ลักษณะทางสติปัญญาหรือเชาว์ปัญญาของบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้ การปรับตัว การแก้ปัญหา การวางแผน ความสามารถเฉพาะ และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม สิ่งสำคัญ ที่นำไปสู่พัฒนาการที่ดีของสติปัญญา คือ ความสมบูรณ์ของสมองและระบบประสาท ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับการสืบทอดทางพันธุกรรมและอีกส่วนหนึ่งเป็นผลของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมด้วย สมองและระบบประสาทที่สมบูรณ์ทำให้การทำหน้าที่ของสมองเป็นปกติ ถ้าผิดปกติวัยรุ่นก็ไม่สามารถมีพัฒนาการที่ปกติตามวัยได้

2.3 การอบรมเลี้ยงดู ทศนคติของพ่อแม่ ลักษณะของการอบรมเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่นนั้น จะเป็นแบบฉบับเฉพาะของตนเองซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ หลายด้าน แต่โดยทั่วไปจะเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา

2.4 สิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของบุคคล ในด้านต่างๆ มากมาย ซึ่งคนเราจะได้รับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมจากการเรียนรู้ทางสังคม (Socialization) อันเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะหล่อหลอมและถ่ายทอดคุณลักษณะที่สังคมต้องการให้เกิดแก่บุคคล สิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อบุคคลตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดาไป จนกระทั่งคลอดออกมาเป็นสมาชิกของสังคม โดยสิ่งแวดล้อมจะส่งผลต่อพัฒนาการของบุคคล ได้ 3 ช่วง คือ สภาพแวดล้อมก่อนเกิด สภาพแวดล้อมขณะเกิดและสภาพแวดล้อมหลังเกิด สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวเป็นสังคมกลุ่มแรกที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ อารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติของบุคคลเป็นอย่างมาก ได้แก่ ทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อลูก การอบรมเลี้ยงดู และบรรยากาศในครอบครัว การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก จำนวนพี่น้องและลำดับการเกิด การให้โภชนาการในครอบครัว ระดับการศึกษาของพ่อแม่และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

หากวัยรุ่นไม่สามารถมีพัฒนาการได้ตามวัยและมีปัญหาอาจเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ปัจจุบันวัยรุ่นมีประมาณ ร้อยละ 20 ของประชากรโลกหรือมีประมาณ 1.2 พันล้านคน สำหรับในประเทศไทยมีวัยรุ่นประมาณ 10 ล้านคน ช่วงชีวิตวัยรุ่นควรจะเป็นช่วงที่มีสุขภาพดีเพราะได้ผ่านช่วงที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อสุขภาพในวัยเด็กเล็กมาแล้ว แต่ในปัจจุบัน วัยรุ่นไทยกลับเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ มาก เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย ความรุนแรงต่างๆ สารเสพติด การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ต้องออกโรงเรียนกลางคัน โรคจากบุหรี่และโรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากโรคทางกาย ปัญหาในด้านจิตใจของวัยรุ่นสามารถพบได้มากเช่นกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเข้ามาของวัฒนธรรมต่างชาติซึ่งส่งผลให้เยาวชนมีภูมิคุ้มกันทางสังคมลดน้อยลง อาทิ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ลดน้อยลง ไม่สามารถอดทนต่อเรื่องที่เข้ามากระทบอารมณ์ได้หรือรอคอยเรื่องต่างๆ ไม่ได้ เข้าสังคมได้ไม่ดีมีปัญหาในการปรับตัว การรับวัฒนธรรมต่างๆ เหล่านั้นทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งกายและใจ ปัญหาการติดเกมส์ ที่มีความรุนแรง อาทิ เกมส์การยิง การฆ่า จะส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความคิด อารมณ์และมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาตามมา (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2558) เช่น ปัญหายาเสพติด เป็นต้น สาเหตุส่วนใหญ่ของการเริ่มเข้าไปใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น ยังเป็นเรื่องของความอยากรองในสิ่งแปลกใหม่ ร่วมกับอีกปัญหาหนึ่ง คือ การติดเพื่อนซึ่งเป็นเรื่องปกติของวัยรุ่นไม่ว่าจะในยุคใดสมัยใด อยากเลียนแบบหรืออยากจะทำอย่างที่คุณทำ จนกระทั่งกลายเป็นแพชั่น ปัจจุบันมีเด็กบางคนหันเข้าไปหา ยาเสพติดเพียงเพราะรู้สึกว่ามีใครๆ ก็ทำกันเป็นเรื่องธรรมดาไม่เห็นจะแปลกอะไร จนกลายเป็นเหยื่อของสารเสพติดทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านการเรียนและร่างกาย

2.2 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy)

2.2.1 ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

WHO (2004) ได้นิยาม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น younger adolescents คือ ช่วงอายุ 10-14 ปี และ adolescents คือ ช่วงอายุ 15-19 ปี

WHO (2006) ได้นิยาม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น Teenage pregnancy หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้นิยาม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาคลอดบุตร

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) ได้ให้ความหมายว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในขณะที่มีอายุไม่ถึง 20 ปี บริบูรณ์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2557) ได้นิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ในผู้หญิงก่อนอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์

สรุปได้ว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง วัยรุ่นหญิงที่มีการตั้งครรภ์และคลอดเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี ณ เวลาคลอดบุตร ในทัศนคติของผู้วิจัย ถึงแม้วัยรุ่นหลายคนจะมีการตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์ ปลอดภัย โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนและทารกปลอดภัย แต่มีหลายคนที่ไม่ได้เป็นเช่นนั้นเพราะถึงแม้ว่าร่างกายของวัยรุ่นจะเจริญเติบโตพอที่จะตั้งครรภ์ได้แต่ก็ยังไม่สมบูรณ์พอที่จะตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักจะได้รับ การดูแลเป็นพิเศษทั้งก่อนและหลังคลอด แต่พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุเกิน 20 ปี

2.3 สาเหตุของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

Kensley et al. (1996) ได้อธิบาย การตั้งครรภ์ก่อนแต่งมีสาเหตุจากการตอบสนองความต้องการทางเพศของชายและหญิงเป็นการพิสูจน์ความสามารถทางเพศเพื่อความสนุกสนาน ความต้องการทางกายและใจ เป็นการเตรียมพร้อมก่อนการสมรสที่แท้จริง เป็นการปรับตัวเรื่องความต้องการทางเพศเข้าด้วยกันทั้งสองฝ่ายเพื่อจะได้ทราบปัญหาของอีกฝ่ายก่อนสมรส เป็นการทดสอบว่าเรื่องเพศไปด้วยกันได้ไหม เป็นการทดสอบว่าตนมีความผิดปกติทางเพศหรือไม่กับฝ่ายตรงข้าม เป็นการผูกมัดฝ่ายตรงข้ามและการแสดงพฤติกรรมของสังคม (จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์, 2543)

ประพันธ์ โอประเสริฐและสมพล พงศ์ไทย (2534) กล่าวว่า สาเหตุการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่วางแผนและนำมาสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเอง บุตรและสังคม แต่ถึงแม้จะมีการวางแผนที่จะตั้งครรภ์ก็ตามบางครั้งการตั้งครรภ์นั้นก็อาจจะเปลี่ยนเป็นครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ อาทิ การร่วมเพศโดยไม่ได้คุมกำเนิด

ไม่ทราบว่าร่วมเพศแล้วอาจเกิดการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งปรากฏการณ์นี้ พบได้ในวัยรุ่นที่ทราบว่า การร่วมเพศทำให้ตั้งครรภ์ได้แต่ไม่ทราบว่าสามารถป้องกันได้หรือไม่ ทราบว่าป้องกันได้อย่างไร และสนใจที่จะป้องกันการตั้งครรภ์แต่ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการได้ที่ใดหรือไม่สะดวกในการไปรับ บริการ ปรากฏการณ์นี้ พบได้ในการตั้งครรภ์วัยรุ่น นักเรียน นักศึกษาและกลุ่มประชากร ที่ยากจน ด้อยการศึกษาหรืออยู่พื้นที่ทุรกันดารห่างไกลบริการด้านการวางแผนครอบครัว ทราบ ว่าการตั้งครรภ์ป้องกันได้แต่ไม่สนใจที่จะป้องกัน สามารถไปรับบริการวางแผนครอบครัวได้แต่ไม่ ไปรับบริการ พบได้บ่อยสุด โดยพบทั่วไปในคู่สมรสที่ชะล่าใจ ละเอียด ประมาท เข้าใจผิดเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ได้รับข่าวลือที่ผิดๆ เช่น ฉีดยาคุมกำเนิดแล้วจะทำให้เป็นหมันหรือทำหมันแล้วทำให้ สมรรถภาพทางเพศเปลี่ยนแปลง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเกี่ยวข้องกับการใช้วิธี คุมกำเนิดไม่ถูกต้อง กล่าวคือ 1) ยาเม็ดคุมกำเนิด เนื่องจากลืมกินยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ตรงเวลา เริ่มกินยาเม็ดแรกใกล้กับระยะตกไข่ ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการตกไข่ ไข่ยาอื่นที่ออก ฤทธิ์รบกวนประสิทธิภาพหรือมีความผิดปกติในทางเดินอาหารที่ลดการดูดซึมของยา ส่งผลทำให้ ระดับฮอร์โมนในเลือดไม่สม่ำเสมอ 2) ยาฉีดคุมกำเนิด เนื่องจากไม่ได้ไปฉีดตามนัดหรือลืมนัด 3) ถุงยางอนามัย ใช้ไม่ถูกต้องเนื่องจากสวมถุงยางอนามัยไม่ถึงโคนอวัยวะเพศและไม่เหลือ กระจเปาะที่ปลายไว้เก็บน้ำอสุจิ ใช้สารหล่อลื่นที่ทำอันตรายต่อเนื้ออวัยวะหรือถอนอวัยวะเพศไม่ทัน หลังการหลั่งน้ำอสุจิ (สุภาชัย สาระจรัส, 2553 หน้า 40)

Okonofua (1995), Were, (2007) ทำการศึกษาอย่างเป็นระบบในประเทศแถบ เอเชียใต้ รายงานว่า เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ตระหนักถึงวิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อยหนึ่งวิธีและ แหล่งข้อมูลดังกล่าวเป็นเพื่อนและเพื่อนฝูง (Acharya et al., 2010) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีน้อย มากที่เคยใช้การคุมกำเนิดใดๆ มีการรายงานการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นว่าเป็นการตั้งครรภ์ ที่ไม่ได้วางแผนไว้ ร้อยละ 47 และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 34 (Shrestha, 2002) เหตุผลที่เป็นได้สำหรับผลลัพธ์ดังกล่าว คือ ก่อนการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ทราบถึง กระบวนการของความคิดและอันตรายของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (Goonewardene and DeeyagahaWaduge, 2005) มารดาวัยรุ่นจะมีการตั้งครรภ์ซ้ำหากพวกเขาได้รับรู้ผลที่ตามมา ก่อน มีการศึกษาในประเทศอังกฤษที่แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้น (<16 ปี) ที่มีเพศสัมพันธ์มี ความเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Wellings et al., 2001) ในการศึกษาเดียวกัน การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ตัวแปรประกอบด้วย ความเสียใจ ความเต็มใจความเป็นอิสระและ การคุมกำเนิด) พบว่า พ่อแม่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญเรื่องเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการ ตั้งครรภ์ที่ต่ำกว่า เช่นเดียวกันกับอีกหนึ่งการศึกษาเชิงพรรณนาในประเทศสวีเดน พบว่า อัตรา การตั้งครรภ์สูงขึ้นในกลุ่มหญิงที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็ว (<16 ปี) (Edgardh, 2000) ไม่พบ ความสัมพันธ์ดังกล่าวในผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์อย่างไรก็ตามการศึกษามีรายงานว่ากลุ่มผู้ชาย

มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกว่าสองครั้ง มีคู่นอนทางเพศมากกว่าสองคน การถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือไม่ใช้ยาคุมกำเนิด ทำให้คู่นอนเกิดการตั้งครรภ์ (Imamura, 2007) การศึกษาหนึ่งชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่อาจเป็นไปได้ของความล้มเหลวในการคุมกำเนิดกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศ เดนมาร์ก คาดว่าประมาณ ร้อยละ 25 ถึง 50 เกิดการตั้งครรภ์ถึงแม้จะมีรายงานการใช้ยาคุมกำเนิด (Wielandt, 2002)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ สรุปได้ว่า การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้วางแผน รวมทั้ง ไม่มีการคุมกำเนิดที่ดีทำให้วิธีการคุมกำเนิดล้มเหลว และถึงแม้ว่าจะใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยเจตนาเพื่อการคุมกำเนิดหรือป้องกันการตั้งครรภ์ก็ตาม จากข้อเท็จจริง พบว่าไม่มีวิธีการคุมกำเนิดใดที่ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีแต่ถ้าใช้ไม่ถูกต้องหรือไม่ถูกวิธีก็สามารถทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้

2.4 ปัจจัยของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

การวิจัยทั่วโลก ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ประกอบด้วย สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ การศึกษา ความสำเร็จ ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและโครงสร้างครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ทศนคติ พฤติกรรมและการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การใช้สารเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความภาคภูมิใจในตนเองมีปัจจัยเกี่ยวข้องโดยตรงต่อกิจกรรมทางเพศ อาทิ ความรู้ ทศนคติ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อเรื่องเพศวิถี มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.4.1 ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ระดับการศึกษา มีผลต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางค่อนข้างต่ำ พบว่า ผู้มีการศึกษาระดับต่ำหรือไม่มีการศึกษา เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (Pradhan et al, 2015) ความเสี่ยงการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไนจีเรียตะวันตก พบเพิ่มขึ้น 9 เท่า และในประเทศศรีลังกา พบเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มหญิงที่มีการศึกษาระดับปฐมวัยกับมัธยมศึกษา (Amoran, 2012; Dulitha et al., 2013) พบว่า วัยรุ่นหญิงในประเทศเอธิโอเปียที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีแนวโน้มตั้งครรภ์น้อยกว่าถึงเจ็ดเท่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นหญิงที่เรียนในระดับประถมศึกษา (Alemayehu et al., 2010) ในประเทศเคนยา มีรายงานว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นพบได้บ่อยในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้เรียนมากกว่าเด็กนักเรียนในโรงเรียน (Were, 2007) ในประเทศเนปาล มารดาวัยรุ่นมีโอกาสศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษาเมื่อเทียบกับมารดาที่มีอายุสี่สิบ (Acharya et al, 2010) ในประเทศอังกฤษ Wellings et al. พบว่าวัยรุ่นในโรงเรียน (อายุต่ำสุด 16 ปี)

ได้ออกโรงเรียนเนื่องจากตั้งครรรค์ส่งผลให้เกิดมารดาวัยรุ่น Bonell et al. (2005) พบว่า เด็กหญิงใน Southern England ที่ไม่ชอบไปโรงเรียนมีแนวโน้มตั้งครรรค์มากกว่าเมื่อเทียบกับ เด็กหญิง (16 ปี) ที่ชอบไปโรงเรียน ความสัมพันธ์นี้ส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบจากการปรับปัจจัย อื่นๆ การอนามัยโรงเรียน/ผลงานโรงเรียนที่ต่ำกว่ามาตรฐานแสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่สุดด้านสวัสดิการของเด็กและเยาวชนในประเทศสวีเดน (Brannstrom et al., 2015) โรงเรียน เป็นบริบททางสังคมที่สำคัญสำหรับการพัฒนาของวัยรุ่น และยังวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับคาดการณ์โอกาสการเพิ่มขึ้นของการคลอดบุตรของวัยรุ่นในการศึกษาระยะยาวของ กลุ่มที่มีรายได้ต่ำซึ่งเป็นเด็กชนกลุ่มน้อยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาปฐมวัยของโรงเรียน รัฐบาลในรัฐชิคาโก Mersky and Reynolds (2007) พบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมและ ความสามารถในการอ่านหนังสือที่ไม่ดีอาจเพิ่มโอกาสในการคลอดบุตรของวัยรุ่นเช่นเดียวกันกับ ความสามารถทางวิชาการต่ำ (Hockaday et al., 2000) เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของการ ตั้งครรรค์และการเลี้ยงลูกของวัยรุ่น ผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าทั้งความสำเร็จทางวิชาการและ ปัญหาพฤติกรรม อาจส่งผลต่อกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตรของวัยรุ่น ความเสี่ยงใน การตั้งครรรค์ในวัยรุ่นไทยส่วนหนึ่งมีการแต่งงานเข้ามาเกี่ยวข้อง วัยรุ่นที่แต่งงานก่อนวัยมักจะเป็น กลุ่มวัยรุ่นการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษาเลยหรือออกจากโรงเรียน โดยไม่ทำงาน (Jahan, 2008 pp. 135-156) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาในจังหวัดเชียงราย น่าน สงขลาและเพชรบูรณ์ ที่พบว่าวัยรุ่นการศึกษาน้อยมีโอกาสที่จะตั้งครรรค์มากกว่ากลุ่มที่การศึกษา สูงกว่า (สมรัฐ ศรีตระกูล 2551, หน้า 1425-1431, สุรเดช บุญยเวทย์, จิราพร มงคลประเสริฐ และรัตนางามบุญรักษ์ 2551, หน้า 1231-1242, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และคณะ, 2552 หน้า 369-380) นอกจากนี้ ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและวิธีการคุมกำเนิด มีอิทธิพลต่อการชะลอ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรือลดความเสี่ยงในการตั้งครรรค์ในวัยรุ่น (กิตติพงษ์ อุบลสะอาด , 2552)

2.4.2 การเห็นคุณค่าของตนเอง

จากการศึกษาอิทธิพลของความภาคภูมิใจในตนเองและการเห็นคุณค่าของตนเอง ที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นไทย จำนวน 2,180 คน แสดงให้เห็นว่าการที่วัยรุ่นมีความ ภาคภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Podhisita et al., 2004 pp. 1-31) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเองต่อการตั้งครรรค์ใน วัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยป้องกันการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นไทยหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ผลจากการที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ลดลงก็จะช่วยลดการตั้งครรรค์ในคนกลุ่มนี้ได้

2.4.3 ปัจจัยด้านครอบครัวของวัยรุ่น

ลักษณะครอบครัวที่เลี้ยงดูามีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น อาทิ การเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อวิถีเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ปลูกฝังค่านิยมและการให้โอกาสทางการศึกษากับลูกหลาน นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับคนในครอบครัวก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

การสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน โดยสถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชี้ว่าปัจจัยครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรรค์ในวัยรุ่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำได้รับการยอมรับอย่างสม่ำเสมอว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการตั้งครรรค์วัยรุ่น ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ เช่น ประเทศไนจีเรีย วัยรุ่นที่มีภูมิลำเนาทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีโอกาสที่จะตั้งครรรค์มากกว่า 4 เท่า (OR=3.81, CI 1.35-11.61) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่มีภูมิลำเนาทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า (Amoran, 2012) การศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศนิการากัวและบังคลาเทศ ก็ได้ข้อสรุปเช่นกัน (Pradhan et al., 2015) การทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบของประเทศในเอเชียใต้ พบว่า สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ มีผลต่อการตั้งครรรค์ในวัยรุ่น (Acharya et al., 2010) ในประเทศเนปาลมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นจะสูงขึ้นในกลุ่มสังคมชั้นต่ำ (ร้อยละ 52) อย่างมีนัยสำคัญและสูงกว่ากลุ่มสังคมชั้นสูง (ร้อยละ 26) (Shrestha, 2002) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศเอธิโอเปียไม่พบความสัมพันธ์ใดๆ ที่มีนัยสำคัญของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ แต่พบว่าการว่างงาน (ขาดช่องทางการหางาน) เพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรรค์ของวัยรุ่น (Alemayehu et al., 2010) แม้ในประเทศที่มีรายได้สูง สภาวะเศรษฐกิจและสังคมในชนชั้นต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มากที่สุดในการตั้งครรรค์ก่อนวัยอันควร ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความยากจนมีการเชื่อมโยงโดยตรงกับชนกลุ่มน้อยที่เป็นวัยรุ่นตั้งครรรค์อย่างสูง (Akella and Jordan, 2015) การศึกษาในประเทศสหภาพยุโรป (โดยใช้กำหนดสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจโดยผู้ปกครองวัยรุ่นเอง) ได้สนับสนุนว่าความเสี่ยงในการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นจะเพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ (Vikat et al., 2002, Bonnell et al., 2005) ขณะที่การศึกษาชิ้นหนึ่งพบว่า ไม่มีความเชื่อมโยงที่สำคัญอย่างมีนัยสำคัญ (Wellings et al., 2001) ในทำนองเดียวกัน สถานะความยากจนของมารดาและการจ้างงานของมารดาเกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร ในการศึกษาอื่นๆ อีกมากมายในยุโรป (Brannstrom et al., 2015, Manlove, 1997, Vikat, Rimpela, Kosunen and Rimpela, 2002, Vinnerljung, Franzen, et al., 2007) ทั้งนี้ ในครอบครัวที่มีความอบอุ่น วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครองและสมาชิกคนอื่นๆ มีปฏิสัมพันธ์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเข้มงวดในครอบครัวและมีการอบรมสั่งสอนให้รักษาวลสงวนตัว พบว่า วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะตั้งครรรค์น้อยกว่าวัยรุ่นที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีลักษณะตรงกันข้าม (ปังปอนด์

รักอำนาจกิจ และคณะ, 2556) ความคิดเห็นข้างต้นยังสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าการที่วัยรุ่นอาศัยอยู่กับครอบครัวขยาย (extended family) ทำให้มีคูครองข้างลง เนื่องจากมีญาติคอยดูแลไม่ให้ความประพฤตินอกกลุ่มนอกทาง (Jahan, 2008) กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักถูกเลี้ยงดูแบบไม่ใช้เหตุผล ผู้ปกครองมีอาชีพไม่มั่นคง การศึกษาและรายได้ต่ำ การหย่าร้างในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์

นอกจากนี้ รายได้รวมของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดา มารดา รูปแบบการเลี้ยงดู ประวัติการตั้งครรภ์วัยรุ่นของมารดาและญาติ ความสัมพันธ์กับพี่น้องของวัยรุ่นกลุ่มตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552) อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาบทบาทของปัจจัยด้านครอบครัวกับปัจจัยส่วนบุคคลไปพร้อมๆ กัน กลับพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวบางปัจจัยมีความสำคัญรองลงมาหรือไม่พบว่ามีนัยสำคัญ เช่น การศึกษาของ (Podhisita และคณะ, 2004 pp. 1-31) ที่ชี้ให้เห็นว่า ระดับการศึกษาและรายได้พ่อแม่ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับพ่อ แม่หรือพี่น้องและความเข้มงวดของครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การศึกษาของ (Manopaibool และคณะ, 2003) ที่ศึกษาเฉพาะนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ลักษณะโครงสร้างครอบครัวไม่ว่าจะเป็นการแยกมาอยู่คนเดียว การแยกกันอยู่ของพ่อ แม่ และความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับคนในครอบครัว ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Brindis et al., 2005) ปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ ระดับความยากจนและระดับการศึกษาของบิดา มารดา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว บิดา มารดาที่มีการดูแลเอาใจใส่รักใคร่ปรองดอง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีเวลา มีความผูกพันที่กระชับและมั่นคง จะทำให้เกิดความอบอุ่นในครอบครัวซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจ กล้าซักถามและหากบิดา มารดา มีความรู้ ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเพศศึกษาของแต่ละช่วงอายุของวัยรุ่น สามารถถ่ายทอดความรู้แก่วัยรุ่นในแต่ละวัยได้อย่างถูกต้อง จะทำให้วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีในเรื่องเพศศึกษาและสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขอนามัยทางเพศได้ถูกต้อง เป็นปัจจัยด้านบวกกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น (ศรีสุรางค์ ดวงประเสริฐ, 2551 หน้า 484-489)

จากการศึกษาการไม่อยู่ร่วมกับครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับความสัมพันธ์ 3.40 เท่า ผู้ที่พ่อกหัก/เช่า เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่พ่อกอยู่กับบิดา มารดา เพราะทำให้วัยรุ่นรู้สึกสะดวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งในแบบชั่วคราวหรือการอยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา (ประไพศรี แสงชลินทร์, 2554 หน้า 11-22) วัยรุ่นตั้งครรภ์มีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งหรือทั้งคู่ถึงแก่กรรม บิดามารดาแยกกันอยู่และหย่าร้างมากกว่ากลุ่มไม่ตั้งครรภ์ ในเรื่องการอบรมเลี้ยงดู พบว่า กลุ่มตั้งครรภ์มีการเลี้ยงไม่เหมาะสมคือ ปล่อยปะละเลยและบังคับเข้มงวดมากกว่ากลุ่มไม่ตั้งครรภ์ สอดคล้องกับงานการศึกษาของ จิราภรณ์ เมนะพันธ์ ที่พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของ

มารดาวัยรุ่นนอกสมรสมีลักษณะแตกแยก คือ หย่าร้าง ครอบครัวมีผู้ปกครองคนเดียว บิดาหรือมารดาเสียชีวิต การศึกษาของ สุธิดา ฉายาลักษณ์ พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว มารดาของวัยรุ่นแยกทางกัน ร้อยละ 26.47 มีผู้ปกครองคนเดียว ร้อยละ 15.45 และถึงแม้ว่าบิดามารดา ยังใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน หากสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดา บิดาไม่ดี โดยส่วนใหญ่จะได้รับการเลี้ยงดูแบบอิสระ มีผลการศึกษาพบว่า การที่วัยรุ่นมีครอบครัวแตกแยกประกอบกับการเลี้ยงดูแบบอิสระหรือมีการเข้มงวดเกินไปนั้น ทำให้วัยรุ่นหญิงขาดผู้ปกครองดูแลค่าปรึกษา หรือให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ ผู้ปกครองวัยรุ่นบางคนอาจยังไม่เข้าใจในความเป็นวัยรุ่นทำให้วัยรุ่นขาดที่พึ่งและไม่มีคามผูกพันกับผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูทำให้วัยรุ่นแสวงหาความรักจากผู้อื่น เช่น เพื่อน คู่รัก เป็นต้น และด้วยวัยรุ่นมีประสบการณ์น้อย ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการป้องกันตนเอง จึงเป็นหนึ่งในสาเหตุของการตั้งครรภ์ในขณะเรียนหนังสือและต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสถือเป็นความเสี่ยงในการแต่งงานก่อนวัยอันควร การศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในประเทศไนจีเรียและบังคลาเทศ (Okonofua, 1995; Rashid, 2006) Rashid (2006) แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกไม่มั่นคงทางเพศทำให้เด็กหญิงในบังคลาเทศมีบุตรให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อที่จะหยุดไม่ให้สามีมีภรรยาและเพื่อจะได้รับความรักจากสามีของตน ในประเทศศรีลังกาการขาดความเข้มงวดของกฎในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Dulitha et al., 2013) ข้อสังเกตที่คล้ายคลึงกันเกิดขึ้นในประเทศเคนยาในการอภิปรายกลุ่มย่อย ซึ่งสรุปได้ว่า การละเลยของบิดามารดาและการขาดความเข้มงวดและขาดการมีแบบอย่างที่ดีเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Were, 2007)

จากที่กล่าวมา จะพบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีพ่อ แม่ อาศัยอยู่ร่วมกันและมีสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมในการคบเพื่อนต่างเพศและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ นอกจากนี้ยังพบว่า การอยู่ร่วมกันกับบิดามารดาทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ช้าลงจึงคาดว่านักเรียนที่อยู่ร่วมกันกับบิดามารดามีอิทธิพลต่อทักษะการป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนต่างจากวัยรุ่นที่แยกตัวออกมาจากพ่อแม่หรือพ่อแม่แยกทางกันทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูง

2.4.4 ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมหลายปัจจัยมีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552) การคบเพื่อนที่ชักชวนให้มมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่วยุ เป็นต้น (ปิงปอนด์ รักอำนาจกิจ และคณะ 2556) การมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง มีประเพณีและความเชื่อของคน

ในท้องถิ่น มีเทศกาลต่างๆ เช่น วันวาเลนไทน์ เทศกาลแข่งเรือ วันปีใหม่ เป็นต้น (สุรเดช บุญยเวทย์และคณะ, 2551 หน้า 1231-1242) นอกจากนี้ ยังพบว่าความรุนแรง การถูกบังคับขืนใจ (sexual coercion) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแต่พบว่ามิมีข้อจำกัดด้านจำนวนและคุณภาพงานวิจัยที่นำมาทบทวนนี้ ส่วนหนึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยหรือการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเขตตำบล/อำเภอ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยด้านสังคม ครอบครัวและพฤติกรรมส่วนบุคคล การที่จะป้องกันและจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ให้ประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในสังคมทั้งในด้านการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติ ซึ่งส่วนหนึ่งถูกกำหนดด้วยทัศนคติ มุมมองและความคิดเห็นของผู้นำหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ความรู้สึกนึกคิดต่อสภาพปัญหาและแนวทางการแก้ไขของสาธารณชน คนในชุมชนและสมาชิกในครอบครัว ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ตัวของวัยรุ่นเอง หากคนในสังคมมีความเห็นร่วมกันว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญและจำเป็นต้องแก้ไขโดยเร็ว การผลักดันให้ผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่รับผิดชอบ การแสวงหามาตรการที่เหมาะสมหรือการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งย่อมประสบผลสำเร็จได้โดยง่าย ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากประชาชนกลุ่มต่างๆ ในขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในทางตรงกันข้าม หากคนส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์และการทำแท้งในวัยรุ่น อีกทั้งไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นก็ยากที่จะจัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อนเช่นนี้

2.5 การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาน้อยนับว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวที่ควรศึกษา วัยรุ่นเป็นวัยเปลี่ยนแปลงหลายด้านพร้อมกัน รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะฮอร์โมนในร่างกายอันมีผลกระทบทำให้มีความสนใจกับเพศตรงข้าม ทำให้ใคร่รู้ ใคร่ลองเรื่องเพศจนเป็นปัญหา การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควรมีแนวทางในการป้องกัน ดังนี้ (ลำเจียก กำธร, 2557)

2.5.1 ด้านบุคคล

1. ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผสมผสานการให้ความรู้เพศศึกษาลงในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับอายุเพื่อให้เริ่มรู้ความแตกต่างและบทบาททางเพศในบทเรียนตั้งแต่ประถมศึกษา

2. การปิดโอกาสต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การไม่เที่ยวเตร่ตามสถานเริงรมย์ต่างๆ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่คบหาบุคคลแปลกหน้า การไม่เดินในที่เปลี่ยวและมีอันตราย การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นความรู้สึกทางเพศทางสื่อวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ตและการเลิกคบเพื่อนที่ติ เป็นต้น

3. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง เช่น การแต่งกายรัดรูป การเปิดเผยสัดส่วนในที่สาธารณะจนลดจนการแสดงออกทางด้านกิริยาท่าทางที่ย่วยวน ไม่เหมาะสม เช่น การถูกเนื้อต้องตัว โดยการโอบ การกอดและการจูบ เป็นต้น

4. รู้จักทักษะการปฏิเสธ การรู้จักการปฏิเสธเป็นการช่วยลดความต้องการทางเพศลงได้ เช่น คำว่า ไม่ หยุด อย่า เป็นต้น ทั้งนี้ ต้องเป็นการปฏิเสธที่มาจากความตั้งใจจริงที่จะหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองมากกว่าการเสแสร้งย่วยวนหรือส่งเสริมอารมณ์ทางเพศมากขึ้น ดังนั้น ทักษะการปฏิเสธต้องทำด้วยน้ำเสียงที่สุภาพ เข้มแข็งและมีความมั่นคง พร้อมทั้งการแสดงท่าทางการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ขณะนั้นเพื่อเปลี่ยนกิริยาท่าทางการแสดงหรือความรู้สึกทางเพศที่เกิดขึ้นให้ผ่อนคลายหรือหมดไป

5. รู้จักทักษะการต่อรอง การปฏิเสธเพียงอย่างเดียวบางครั้งอาจไม่เกิดผล การรู้จักการสื่อสาร การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีโดยรู้จักการต่อรองด้วยวิธีการต่างๆ อาจจะโดยการเสนอกิจกรรมอื่นๆ ที่ดีกว่า เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงเหตุการณ์เฉพาะหน้า เช่น การขอไปเปิดโทรทัศน์ขณะที่กำลังถูกเพื่อนชายโอบกอด การหลีกเลี่ยงการอยู่สองคนตามลำพังโดยการไปออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา เป็นต้น

6. รู้จักการคุมกำเนิด การคุมกำเนิดเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ การคุมกำเนิดมีหลายวิธี การรู้จักเลือกวิธีในการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับความเหมาะสม ความสะดวกของแต่ละคน แต่การรู้จักการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการที่สะดวก ประหยัด ได้ผลดี ทั้งในการป้องกันการตั้งครรภ์ การปลอดภัยจากโรคทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในขณะเดียวกัน การรู้จักวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็น เพราะถุงยางอนามัยที่หมดอายุและวิธีการใช้ไม่ถูกต้องอาจก่อปัญหาขึ้นได้

7. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัว เป็นการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่สำคัญอย่างหนึ่งของวัยรุ่น ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัวจะสร้างความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับวัยรุ่น ตลอดจนการยึดมั่นในเรื่องการรักษาวล สงวนตัวก่อนถึงการแต่งงานก็จะช่วยลดพฤติกรรมที่เสี่ยงได้

8. วัยรุ่นต้องเรียนรู้ถึงความคิดต่างกันของหญิงและชายในเรื่องเพศ ความตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างชายหญิงจะเป็นการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่คาดคิด อาทิ การทำความเข้าใจว่า ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่มีความรักแต่อาจเป็นเพียงการหาความสุขร่วมกันและไม่ต้องผูกพัน ซึ่งอาจต่างจากฝ่ายหญิงที่มีเพศสัมพันธ์เพราะความรักถ้ามีเพศสัมพันธ์กับชายใด จะต้องมีความรักและผูกพันกับชายคนนั้น

9. วัยรุ่นชายควรคิดเสมอว่าวัยรุ่นหญิงเป็นเพศเดียวกับแม่ พี่สาวหรือน้องสาว ควรช่วยเหลือและให้เกียรติ

2.5.2 ด้านครอบครัว

ส่วนใหญ่แล้ววัยรุ่นมักจะปรึกษาเพื่อนเป็นคนแรก แต่คนที่วัยรุ่นอยากให้ความใส่ใจมากที่สุดคงจะเป็นพ่อแม่ ซึ่งเป็นคนที่รักเขามากที่สุด ถ้าปรากฏว่าพ่อแม่ไม่ยอมรับจะทำให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ดังนั้น พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัว จึงอาจจะต้องเป็นแหล่งพึ่งพิง ให้ความอบอุ่น ช่วยเหลือและให้กำลังใจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (กรมสุขภาพจิต, 2554) ดังนี้

1. ครอบครัวต้องถือว่าเป็นหน้าที่หลักที่จะดูแลลูกหลานวัยรุ่นของตนเองอย่างใกล้ชิด ให้ความรักและความใกล้ชิด จะทำให้พบสิ่งผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก พ่อแม่ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีเรื่องพฤติกรรมทางเพศ รักเดียวใจเดียว ไม่ลำเอียง ให้เกียรติยกย่องเพศหญิง ให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำกิจกรรมร่วมกันโดยเฉพาะการดูโทรทัศน์และเล่นอินเทอร์เน็ตร่วมกัน และควรให้คำอธิบายชี้แจงเมื่อมีบทรักที่ไม่เหมาะสม

2. เพศศึกษาเริ่มจากที่บ้าน พ่อ แม่ ควรคุยกับลูกทันที เมื่อลูกมีความสงสัยเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะโดยธรรมชาติแล้วเด็กจะเริ่มเรียนรู้เรื่องเพศด้วยตัวเองตั้งแต่แรกเกิดจากการสำรวจร่างกายตัวเองและซึมซับจากวิธีที่พ่อแม่ปฏิบัติ พูดคุย อบรมเลี้ยงดู รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมที่คนในครอบครัวและสังคมรอบข้างปฏิบัติต่อกันด้วย แต่ในสายตาของพ่อแม่ทุกคนมักมองว่าลูกยังคงเป็นเด็กจึงคิดว่ายังไม่เหมาะสมที่จะพูดเรื่องเพศกับลูก โดยอาจลืมนึกไปว่าวันหนึ่งเขาต้องเติบโตเป็นผู้ใหญ่ใช้ชีวิตและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ด้วยตัวเอง การเตรียมความพร้อมให้ลูกมีวุฒิภาวะ มีทักษะการดูแลตนเอง เป็นเรื่องที่ต้องฝึกกันตั้งแต่เด็กๆ ในเรื่องเพศก็เช่นเดียวกัน การใช้ชีวิตทางเพศให้ปลอดภัยก็เป็นอีกทักษะหนึ่งที่ควรมีให้กับลูก พ่อ แม่ควรเปิดใจให้กว้างและยอมรับ ให้ความรู้ ปรับทัศนคติในการมองเรื่องเพศใหม่เพราะเรื่องเพศไม่ได้มีแค่เรื่องเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่เรื่องเพศเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตและจำเป็นต้องเรียนรู้ให้ถูกต้องจากพ่อ แม่ ไม่ใช่ให้เรียนรู้เอาเองจากเพื่อนหรือจากสื่อต่างๆ เช่น สื่อทางอินเทอร์เน็ต หนังสือโป๊ หนังสือโป๊ หรือจากเพื่อนๆ และส่งผลร้ายที่ไม่คาดคิด ตามมาได้

3. สมาชิกในครอบครัวทุกคนต้องเห็นความสำคัญของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องช่วยกันอบรมสั่งสอน สอดส่องดูแลความประพฤติของวัยรุ่นเป็นหูเป็นตา แจ้งแก่สมาชิกในครอบครัวหรือแจ้งสถานศึกษาเมื่อพบความเสี่ยง เพื่อหาช่องทางช่วยเหลือ สอนทักษะชีวิตทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน จะทำให้วัยรุ่นสามารถมีทักษะในการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนสอนการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

4. พ่อ แม่ ผู้ปกครองต้องเข้าใจจิตวิทยาของวัยรุ่น ต้องพัฒนาตนเองให้ทันยุคสมัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงทั้งเรื่องข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี การใช้ชีวิต ฯลฯ เพื่อลดช่องว่างในการอยู่ร่วมกัน

5. หากมีลูกหลานเป็นชาย ควรสอนเขาตั้งแต่เด็กถึงความเป็นสุภาพบุรุษ ไม่ล่วงเกินเพศตรงข้ามหากยังไม่พร้อมและยังไม่สามารถรับผิดชอบการเลี้ยงดูหรือสร้างครอบครัวได้

6. สร้างค่านิยมไม่มีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น สอนให้รู้จักการปฏิเสธ สนับสนุนการสร้างแนวความคิดให้รักษาพรหมจรรย์จนถึงวัยอันควร โดยใช้ความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว

7. ล้อมรั้วด้วยรัก อภัย เข้าใจและเห็นใจ ทั้งจากคนในครอบครัวและคนรอบข้าง สิ่งเหล่านี้จะสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจ ทำให้วัยรุ่นที่เสียตัวไปแล้วไม่ตั้งครมภ์และที่ตั้งครมภ์ไปแล้วก็จะไม่ท้อในวัยรุ่นซ้ำอีกเป็นครั้งที่สอง

ดังนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวระหว่างพ่อ แม่ ลูก และการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีของพ่อแม่ ตลอดจนความรักความเข้าใจกันในครอบครัว จะช่วยวัยรุ่นห่างไกลจากปัญหานี้ได้

2.5.3 ด้านสถานศึกษา

1. จัดให้มีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนซึ่งถือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ดี เพราะเป็นการแก้ที่ต้นเหตุทำให้นักเรียนได้รับความรู้อย่างเต็มที่และหลากหลาย ดังนั้น แทนที่จะไปแฝงอยู่กับวิชาอนามัยเจริญพันธุ์หรือวิชาสุขศึกษาอย่างเช่นสมัยก่อน ควรสอนวิชาเพศศึกษาเพื่อให้วัยรุ่นเข้าใจและนำไปใช้ในการปฏิบัติได้

2. จัดให้มีสื่อการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน สื่อต่างๆ ควรสนับสนุนบทเรียนและการเรียนรู้ทางเพศศึกษาที่ถูกต้อง โดยมีดารา นักร้อง ฯลฯ เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่วัยรุ่น

3. การกระตุ้นส่งเสริมให้วัยรุ่นประสบความสำเร็จทางการศึกษา โดยเน้นไปที่พัฒนาการด้านการรู้จักคิดของวัยรุ่นหรือเรียกภาษาอังกฤษว่า Cognitive Development ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองให้แก่วัยรุ่น ทำให้มีสมาธิกับการพัฒนาตนเองแทนการหมกมุ่นเรื่องเพศ รวมทั้ง รู้จักใคร่ครวญไตร่ตรอง ชั่งผลดีผลเสียก่อนที่จะตัดสินใจ ทำอะไรรู้จักตั้งข้อสังเกต นึกคิดวิเคราะห์หาข้อสรุปด้วยตนเอง รู้จักการวางแผนในการดำเนินชีวิตของตน ทำให้เด็กเติบโตได้อย่างมีคุณภาพและไม่มีปัญหาเรื่องเพศ

2.5.4 ด้านชุมชนและสังคม

1. การปลูกฝังค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีวุฒิภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย นั่นคือ การมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งจะต้องเกิดจากความสมัครใจ เต็มใจ ปราศจากการขู่เข็ญและยังต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งครมภ์ไม่พร้อม โดยวัยรุ่นต้องมีความรับผิดชอบต่อเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นด้วย

2. ประชาชนทุกคนต้องเห็นความสำคัญของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยถือว่าเป็นหน้าที่ของพลเมืองดีที่จะช่วยกันอบรมสั่งสอนเท่าที่จะเป็นไปได้ คอยสอดส่องดูแล ความประพฤติของวัยรุ่น ช่วยเป็นหูเป็นตาแจ้งผู้ปกครอง สถานศึกษา ตำรวจ ฯลฯ เมื่อพบความ เสี่ยง

3. สังคมต้องมีส่วนรับผิดชอบ เช่น ลดการยั่วยู่ทางกามารมณ์ ไม่ปากว่าตา ขยิบกับวัยรุ่น ไม่ว่าจะในสถานบันเทิง การขายสุราและการมั่วสุมในที่ต่างๆ เป็นต้น

4. รัฐบาลต้องถือว่าการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นนโยบายสำคัญ มีงบประมาณ กลยุทธ์ สนับสนุนองค์กรที่เกี่ยวข้องและมีการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

5. ประชาชนในชุมชนหรือสังคมต้องไม่มีอคติต่อวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย อันควร

6. มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ช่วยปรึกษาหาทางออกให้เมื่อวัยรุ่น พลาดพลั้งตั้งครรภ์

7. มีแหล่งบริการให้คำปรึกษาวัยรุ่นที่สามารถติดต่อปรึกษาได้ทุกเมื่อ การให้ ความช่วยเหลือโดยให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม โดยเน้นเรื่องการ เสริมสร้างกำลังใจและหาทางออกที่เหมาะสมให้สำหรับแต่ละรายไป มีที่ปรึกษาที่บ้าน โรงเรียน สื่อ ดีเจ วิทยุ หนังสือหรือสายด่วนสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจในวัยรุ่น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและการสอนทักษะ ชีวิตเป็นแนวทางที่จำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กวัยรุ่น โดยเริ่มตั้งแต่เด็กเล็กที่เริ่มมีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ทั้งนี้ เพื่อให้เด็กได้รับความรู้และ มีทัศนคติที่ดี มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในเรื่องเพศ ซึ่งพ่อ แม่ นับว่าเป็นครูคนแรกในการให้ความรู้ เรื่องเพศศึกษาที่ถูกต้อง ให้คำปรึกษา คอยดูแลใกล้ชิด ควบคุมไม่ให้เข้าถึงสื่อลามก สิ่งสำคัญ คือ พ่อ แม่ ต้องศึกษาเรียนรู้ที่จะพูดคุยเกี่ยวกับเพศศึกษากับเด็กก่อน เพื่อให้ลูกมีทัศนคติที่ดี ถ้าที่ จะเปิดเผยเรื่องเพศกับพ่อแม่เมื่อเด็กโตขึ้น เข้าโรงเรียนครูก็จะเป็นผู้รับช่วงในการสอนต่อไป โดยในการจัดการศึกษาได้มีการกำหนดหลักสูตรแกนกลาง การศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต (กระทรวงศึกษาธิการ, 2551) และ เน้นให้เด็กเกิดการพัฒนาตนเอง โดยการใช้ความคิด การปรับตัว การตัดสินใจ การสื่อสาร การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการมี เพศสัมพันธ์ด้วย

2.6 ผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่นและบุตร

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พร้อม คู่มือวัยใสร่วมใจป้องกันภัยทางเพศ (มูลนิธิเพื่อยุติการ แสวงหาประโยชน์ทางเพศจากเด็ก, 2550) ได้สรุปไว้ว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรส่งผล

กระทบ คือ “เสียตัว เสียอนาคต” กังวลและไม่สบายใจที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ่อแม่ผิดหวังและเสียใจ โดยทั่วไปผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีดังนี้

2.6.1 การทำแท้ง: ทางเลือกเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์

เมื่อวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์มักจะมีผลต่อเนื่องไปถึงเรื่องการศึกษาเล่าเรียน เนื่องจากในสังคมไทยไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นขณะเรียนหนังสือ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องออกจากโรงเรียน แต่หากเลือกที่จะกลับไปศึกษาต่อก็ต้องการตัดสินใจในเรื่องการทำแท้ง ซึ่งทางเลือกทั้งสองประการนี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัญหาสังคมที่รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากด้านสาธารณสุข เช่น การคุมกำเนิด การติดเชื้อเอชไอวี การทำแท้งให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นต้น โดยสาเหตุการทำแท้งเนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพ ร้อยละ 37.4 เหตุผลด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ร้อยละ 62.6 นอกจากนี้ผู้ที่ทำแท้งด้วยเหตุผลด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ร้อยละ 28.6 มีสถานภาพนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 26.3 อายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 53.1 อายุต่ำกว่า 25 ปี นอกจากนี้ กลุ่มหญิงอายุ 15–19 ปี ใน 1,000 คน จะมีคนที่ตั้งครรภ์ถึง 44 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ต่อการตั้งครรภ์ต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี รวมอยู่ด้วย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์และไม่พร้อมที่จะมีบุตร จะหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ อาทิ ปรีกษาเพื่อน หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต สอบถามข้อมูลจากบุคคลอื่น ซื่ออายุติการตั้งครรภ์และलयติการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า หากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปถัมภ์ จะเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และไม่ได้ตั้งใจจึงตัดสินใจทำแท้ง การตัดสินใจทำแท้งเป็นการสะท้อนความสับสน คับข้องใจและความวิตกกังวลรุนแรงที่เกิดขึ้นกับมารดาวัยรุ่น เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ การศึกษาเมื่อหลายปีที่แล้ว แสดงให้เห็นว่าเกือบครึ่งหนึ่งของหญิงที่ทำแท้งในประเทศไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 30 ของการทำแท้งอย่างผิดกฎหมายเป็นการทำแท้งในวัยรุ่น (Warakamin et al., 2004 pp. 147–156) ซึ่งร้อยละ 24 ของวัยรุ่นที่ทำแท้งนี้เป็นนักเรียน (Intaraprasert and Pattarachai, 2006) และมีวัยรุ่นเป็นจำนวนมากที่ได้รับอันตรายจากอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้ง

1. การทำแท้ง หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเลือกที่จะทำแท้งย่อมหมายถึง การเสี่ยงต่อการถูกประณามว่าเป็นคนใจร้ายใจบาป ฆ่าได้แม้กระทั่งลูกของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมที่มีอยู่และมีการนิยามของการทำแท้งว่าเป็นเรื่องผิดศีลธรรมและผิดกฎหมาย ผู้หญิงต้องเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากการทำแท้งเกิดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่แท้จริง โอกาสที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนก็มีไม่มากนัก แต่ความเป็นจริงแล้วปัจจุบันหญิงจำนวนมากยอมทำแท้งเถื่อนกับหมอเถื่อนหรือกับผู้ประกอบการเจ้าของคลินิกทำแท้งที่ผู้หญิงไม่มีโอกาสรู้ว่าเป็นใคร รวมทั้ง การทำแท้งเองเนื่องจากในสังคมไทยการทำแท้งเป็นเรื่องผิดกฎหมาย การทำ

แห่งเดือนจึงมีลักษณะลักลอบและปิดบัง การศึกษาเรื่อง การติดตามผลผู้ทำแท้งที่ผิดกฎหมาย ในโรงพยาบาล 5 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ผ่านการทำแท้งโดยไม่ถูกหลักการแพทย์ มีโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น ตกเลือด เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ ซ็อกจากการเจ็บป่วย เป็นต้น บางรายต้องเป็นหมันตลอดชีวิตและบางรายเป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิต ในจำนวนผู้เข้ารับการรักษาเหล่านี้ทั้งหมด จำนวน 968 ราย มีผู้แต่งงานแล้ว ร้อยละ 75 และเป็นโสด ร้อยละ 25 (Koetsawang 1993, นภภรณ์ หะวานนท์ 2538, 3) และพบว่าสาเหตุของความไม่พร้อม เมื่อทางเลือก คือ ยุติการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีเงินเลี้ยงดู ร้อยละ 36 รองลงมา คือ ยังเรียนหนังสืออยู่ ร้อยละ 29 และตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่อการทำอาชีพ ร้อยละ 18 (เรื่องกิตติ ศิริกาญจนกุล, 2557)

2. การตั้งครรภ์ต่อ ผลกระทบตามมาในระยะยาวที่วัยรุ่นต้องเผชิญต่อ ทั้งนี้ สังคมไทยเป็นสังคมที่ยึดถือบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับเรื่องเพศและบทบาทของความเป็นแม่ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความผิดพลาดและไม่ได้ตั้งใจ เช่น วัยรุ่นหญิงที่ยังอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนหรือยังไม่แต่งงานอย่างถูกต้องตามขนบธรรมเนียมประเพณี ย่อมได้รับการตำหนิ จากสังคมว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี อับอาย วัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้แต่งงานมีความรู้สึกหมั่นไส้คุณค่าในตนเอง มีการสูญเสียความมีศักดิ์ศรีในตัวเอง กลัวการถูกประณามจากสังคมและยังถูกมองว่ามีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและหมดอนาคตทางการศึกษา (ศศินันท์ พันธุ์สุวรรณ, พัชรินทร์ สังวาล, อิชยา มอญแสง, และพัชรินทร์ ไชยบาล, 2556 หน้า 17-35) ปรากฏการณ์เช่นนี้ หากวัยรุ่นหญิงเลือก ที่จะตั้งครรภ์ต่อไม่เลือกที่จะทำแท้ง ส่วนใหญ่ต้องหลบไปตั้งครรภ์และคลอด ในที่ไม่มีใครรู้จัก เช่น บ้านญาติหรือบ้านพี่ เป็นต้น ต้องแบกรับกับความรู้สึกนี้ไว้เพียงลำพัง เมื่อตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ มีหลายปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ต่อ (สิรินุช เสงี่ยมศักดิ์, 2548) ดังนี้

- 1) อายุครรภ์ที่มากเกินไปเกินกว่าจะดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีต่างๆ ได้ เนื่องจากการรับรู้ที่ตนตั้งครรภ์และการตัดสินใจล่าช้า
- 2) วัฒนธรรม ศาสนา ความคิด ความเชื่อ อาทิ บาปที่เกิดขึ้นจากการทำแท้ง รวมถึงวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมไทย
- 3) การเอื้ออำนวยจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การถูกปฏิเสธจากแพทย์ เนื่องจากเกรงว่าการทำแท้งที่เกิดขึ้นมีภาวะเสี่ยงให้เกิดอันตรายต่อผู้หญิงที่เป็นแม่ได้ เป็นต้น
- 4) ความล้มเหลวในสถานที่บริการทำแท้ง เช่น การทำแท้งไม่สำเร็จ เนื่องจากสถานบริการอาจจะไม่ได้ประกอบวิชาชีพโดยตรง เป็นต้น
- 5) ค่าใช้จ่ายในการทำแท้ง อาทิ ค่าบริการการทำแท้งเดือนที่ไม่ใช่โรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายสูง

2.6.2 การยอมรับของสมาชิกในครอบครัว

1. หากสมาชิกในครอบครัวรับรู้และยินยอมรับสถานการณ์การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นของวัยรุ่นหญิงได้ มีวัยรุ่นหญิงหลายคนตัดสินใจล้มเลิกความคิดที่อยากทำแท้งลงทันที เพราะมองว่ามีทางเลือกที่สามารถตั้งครรภ์ต่อได้
2. การมีหน่วยงานช่วยเหลือ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ผู้หญิงหลายคนล้มเลิกการทำแท้งทันทีที่ทราบว่าหน่วยงานของรัฐทำหน้าที่ช่วยเหลือ รวมทั้ง มีสถานที่ให้พักในระหว่างการรอคลอดได้
3. การต้องการมีบุตรของฝ่ายชาย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของฝ่ายหญิง โดยพบได้ชัดเจนในกรณีที่ผู้หญิงมีการศึกษาน้อย ไม่มีความมั่นคงในเศรษฐกิจและสังคมหรืออยู่ในฐานะที่ต้องการการพึ่งพิงฝ่ายชายให้ดูแล
4. ความสามารถพึ่งพาตนเองได้ของฝ่ายหญิง ผู้หญิงมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถเลี้ยงดูลูกได้ตามลำพังโดยไม่จำเป็นต้องมีฝ่ายชายรับผิดชอบ สามารถตัดสินใจได้ง่ายว่าจะตั้งครรภ์ต่อ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ทางเลือกของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งสองทางเลือกนี้ล้วนมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคม เพราะไม่มีผู้หญิงคนไหนที่ตั้งใจตั้งครรภ์เพื่อไปทำแท้ง (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2557) ทางต้นของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นการที่ผู้หญิงประสบปัญหาไม่สามารถเข้าถึงการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามสิทธิ รวมถึงไม่ได้เลือกแก้ปัญหาตามที่ตัวเองต้องการ ถูกบังคับให้เดินไปตามเส้นทางที่กำหนดโดยสังคม หน่วยงาน บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลเสียและอันตรายต่อผู้หญิงทั้งด้านสุขภาพกาย จิตและเศรษฐกิจสังคมที่รุนแรง จนอาจเสียชีวิตหรือพิการ ทางออกของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์มีทางเลือกอยู่ 2 ทาง คือ

- 1) การทำแท้งกรณีที่ไม่พร้อม ซึ่งถ้าจะทำแท้งจะมีแนวทางการช่วยเหลือหรือดูแลสนับสนุนจากหน่วยงานใดเพื่อให้ปลอดภัยและสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมต่อได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทางเลือกที่ 2) คือ หากเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อก็จะต้องมีการยอมรับการตั้งครรภ์ การเผชิญปัญหาต่างๆ ที่จะตามมา ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จากการที่ต้องมาพบกับบทบาทการเป็นมารดาในการเลี้ยงดูบุตร การสูญเสียโอกาสหลายอย่างซึ่งอาจจะไม่มีสิทธิ์เลือกได้หลายทาง การทำแท้งหรือจำเป็นต้องตั้งครรภ์ต่อแล้วได้รับการช่วยเหลือ ดูแลสนับสนุน ปรึกษาประคองจากสังคมและหน่วยงานต่างๆ จากทั้งภาครัฐและเอกชนก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ แต่เมื่อยอมรับที่จะตั้งครรภ์ต่อไปก็จำเป็นต้องปรับตัวต่อการยอมรับการตั้งครรภ์และการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาที่อ่อนวัยอันควร ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและบุตร ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ การเลี้ยงดูบุตร ตลอดจนกระทบต่อการศึกษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาทิ การพักการเรียน การปรับเปลี่ยนเวลาเรียน การ

ย้ายสถานศึกษาและการลาออกจากโรงเรียน ทำให้ขาดโอกาสและสูญเสียอนาคตทางด้านการศึกษาเนื่องจากต้องมีภาระในการดูแลบุตร

2.6.3 ผลกระทบทารกในครรภ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังมีผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การเสียชีวิตหลังคลอด ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และมีความผิดปกติแต่กำเนิด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เมื่อแม่วัยรุ่นมีภาวะเครียด ทำให้สารเคมีและฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียดหลั่งออกมาจำนวนมาก ทำให้เส้นเลือดที่ไปยังมดลูกและรกเกิดการหดตัว ปริมาณออกซิเจนที่ไปยังทารกในครรภ์ลดน้อยลง ผลตามมาทำให้เกิดการแท้ง ทารกเติบโตช้า ในครรภ์ ทารกติดเชื้อมดลูกสูงขึ้น พบว่า ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์สูงถึง ร้อยละ 27 (แก้วใจ มาทอง, 2557) ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด คือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ในมารดาวัยรุ่น สาเหตุเกิดจากผลของการคลอดก่อนกำหนดหรือทารกแรกคลอดมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ สถิติพบว่า ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยหรือ LBW (Low birth weight) เพิ่มขึ้น ประมาณ 1.2 เท่า ทารกแรกคลอดมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์หรือเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ประมาณ 1.3 เท่า มีการศึกษาในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยพบร่วมกับมารดาที่อายุน้อย 1.53 เท่า พบว่า อัตราการตายของทารกมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในมารดาวัยรุ่น โดยมีอัตราการตายสูงถึง 11-14 รายต่อการคลอด 1,000 ราย มีภาวะแทรกซ้อนอื่นของทารก เช่น คะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิดต่ำ (APGAR Score) โดยค่าการประเมินสภาพทารกแรกเกิดที่ 1 นาที เฉลี่ย 6.79 และที่ 5 นาที เฉลี่ย 8.37 ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางของทารก ถ้ามีเรื่องคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยหรือปัญหาอื่น อาทิ การใช้ยาเสพติด ยิ่งจะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนสูง (จปรัฐ ปรีชา, ชาญชัย วันทนาศิริ, 2550 หน้า 168) นอกจากนี้ รายงานของ WHO ในปี ค.ศ. 2010 พบว่า อัตราการตายปริกำเนิดในทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี อันเป็นผลมาจากการคลอดก่อนกำหนดที่ทำให้ทารกมีน้ำหนักน้อย (WHO, 2010)

2.6.4 ผลกระทบต่อบุตรในระยะวัยก่อนเรียนและวัยเรียน

จากการขาดความพร้อมทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความยากลำบากในการดูแลตนเองและอย่างไม่เหมาะสม เมื่อผ่านเหตุการณ์ต่างๆ จนกระทั่งคลอดบุตรแล้ว จะมีความรู้สึกนึกคิดเติบโตขึ้นอีกระดับหนึ่ง การมองโลกและชีวิตเริ่มเปลี่ยนแปลงไป โดยมากจะมองอนาคตของตนเองไปในทางลบมากกว่าบวก เพราะคาดการณ์ว่าแต่เนิ่นๆ ชีวิตต้องพบกับความยากลำบากไม่ว่า แต่ต้องทำงานหาเงินเพื่อเลี้ยงตนเองและลูก (สุชาติ รัชชกุล, 2541) พบว่า มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีสัมพันธภาพกับทารกอยู่ระดับปานกลาง (พัชรา เกษมสุข, 2542) ส่งผลให้ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมีปัญหาต่างๆ เช่น พัฒนาการด้านสติปัญญา ภาษา การปรับตัวและพัฒนา

การทางด้านสังคมล่าช้า มีปัญหาด้านพฤติกรรม รวมทั้งยังเสี่ยงต่อการเป็นมารดาวัยรุ่นในอนาคต (Chen et al., 2005 pp. 280-288) และถ้าหากทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นได้รับการเลี้ยงดูไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะในรายที่ถูกทอดทิ้งตามโรงพยาบาลหรือสถานเลี้ยงเด็ก เมื่อเจริญเติบโตขึ้นมักเป็นปัญหาของสังคมและมีปัญหาเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้อื่นเพราะพ่อแม่ไปหาเงิน

การทอดทิ้งเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น เป็นประเด็นปรากฏอยู่ในรายงานข่าวผ่านสื่อมวลชนไทยอยู่เป็นระยะๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีผู้พบทารกแรกเกิดถูกทิ้งไว้ในที่สาธารณะ มักจะมีการตั้งสมมติฐานว่า เป็นทารกที่เกิดจากแม่ที่อายุน้อย จำนวนการทอดทิ้งเด็กที่มีการรายงานผ่านสื่อ น่าจะน้อยกว่าความเป็นจริงมากเนื่องจากยังมีทารกแรกเกิดและเด็กเล็กถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์แต่ไม่เป็นข่าว รวมทั้งกรณีของการทอดทิ้งเด็กไว้กับปู่ ย่า ตา ยาย ญาติหรือผู้ดูแลประเภทอื่น โดยไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่จากพ่อแม่ เท่าที่ควร เนื่องจากทั้งพ่อและแม่ต้องไปประกอบอาชีพในจังหวัดอื่น (ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวไทย, 2553) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผลกระทบด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่น เกิดขึ้นทั้งจากปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยแวดล้อมด้านพฤติกรรม สังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ ของแม่ ที่ส่งผลต่อแม่และลูก

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ วัยรุ่นไม่สามารถแบ่งช่วงอายุเวลาที่ชัดเจนได้ ในแต่ละทฤษฎีและสังคมที่แตกต่างกันในการวิจัยครั้งนี้ ได้มุ่งเน้นศึกษาวัยรุ่นในช่วงตอนต้นและตอนปลาย คือช่วงอายุ 10-19 ปี และได้ศึกษาวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และขณะคลอดมีอายุน้อยกว่า 20 ปี

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP)

มีนักวิชาการที่ศึกษาเรื่องนี้ คือ Schwartz (1975, pp. 28-31 (อ้างถึงใน อธิราชพรตันที่ปธรรม, 2554) โดย Schwartz ได้ศึกษาถึง รูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

1. ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติและเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ
2. ความรู้ การปฏิบัติ เจตคติ ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา
3. ความรู้ การปฏิบัติ เจตคติ ความรู้และเจตคติต่างกันทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน

4. เจตคติ ความรู้ การปฏิบัติ ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้น มีเจตคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ จากรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่า พฤติกรรมแต่ละด้านส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา ในตอนสุดท้ายซึ่งเป็นการกระทำของสิ่งมีชีวิตที่สามารถวัดได้หรือสังเกตได้

ทฤษฎีนี้ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสาร อันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป จากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้น จะมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำจากแนวคิดความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ที่กล่าวไปแล้วนั้น พบว่า ทั้ง 3 แนวคิดนี้ มีความสัมพันธ์กัน บางครั้งจะเรียกว่า แบบจำลอง KAP โดยความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice)

3.1 ความรู้ (Knowledge)

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้นิยาม ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้ง ความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ

Bloom (1975) ได้ให้ความหมาย ความรู้ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธี กระบวนการหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะวัตถุประสงค์ของความรู้นั้นๆ ในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงจัดระบบใหม่

ภทริกา ต่างใจเย็น (2551) ได้ให้ความหมาย ความรู้ เป็นการรู้ในข้อเท็จจริงทฤษฎี เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า สังเกต ประสบการณ์ ต้องอาศัยระยะเวลาที่สามารถที่จะวัดระดับความรู้ได้

จำรอง เงินดี (2552) ได้ให้ความหมาย ความรู้ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วๆ ไป ระลึกถึงวิธีกระบวนการหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ ความรู้ ทำให้ทราบถึงความสามารถในการจำและการระลึกถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว โดยแบ่งออกเป็น

1. ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยเฉพาะ
2. ความรู้เกี่ยวกับวิธีและการดำเนินการที่เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
3. ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวความคิดและโครงสร้างความเข้าใจ

จากที่ได้กล่าวมาความรู้ หมายถึง ความสามารถด้านสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออก โดยการจดจำหรือการระลึกถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากเนื้อหาหรือข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎเกณฑ์และการสังเกตซึ่งแสดงออกมาทางพฤติกรรม รูปแบบหลักการความคิดของแต่ละบุคคล

สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ได้ การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องอาศัยเวลาการรวบรวมความคิด ความเข้าใจรวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ

3.2 ทศนคติ (Attitude)

ทศนคติ (Attitude) เป็นการแสดงออกของความรู้สึก ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆ ทศนคติสะท้อนออกมาในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งต่างๆ นักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายและคำนิยามที่เกี่ยวกับทศนคติ ดังต่อไปนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้ความหมาย ทศนคติ หมายถึง แนวความคิดเห็น

สมชาย สีวะรัมย์ (2550) ได้ให้ความหมาย ทศนคติ เป็นศัพท์ทางจิตวิทยาการศึกษา เป็นเครื่องแสดงถึงพฤติกรรมและความสัมพันธ์บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

พัชรา ตันติประภา (2553) ได้ให้ความหมาย ทศนคติ หมายถึง ผลรวมของความเชื่อ และการประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลซึ่งนำไปสู่แนวโน้มที่จะกระทำการในวิถีทางหนึ่งๆ

นิโลบล ตรีเสนห์จิต (2553) ได้ให้ความหมาย คำว่า Attitude ภาษาไทยมีคำหลายคำ เช่น ทศนคติ เจตคติ ท่าทีความรู้สึก เป็นต้น แต่ในความหมายของคำศัพท์ คือ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to act) ว่าเรามีท่าทีความรู้สึกหรือทศนคติในเชิงบวก เราย่อมปฏิบัติออกมาในทางบวก แต่ถ้าเรามีท่าทีความรู้สึกในเชิงลบเราก็ปฏิบัติออกมาในทางลบ ทศนคติ จึงออกมาดังนี้

1. ทศนคติเชิงบวก (Positive attitude) ทำให้การปฏิบัติออกมาในทางบวก (Actpositively)
2. ทศนคติเชิงลบ (Negative attitude) ทำให้การปฏิบัติออกมาในทางลบ (Actnegatively)

ชลธชา พลีสิ่ง (2556) ได้ให้ความหมาย ทศนคติ เป็นความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ แนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งมีพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกริยาโต้ตอบว่าชอบหรือไม่ชอบอย่างไร คิดประเมินค่าจากสถานการณ์ให้ทศนคติตีความออกเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลเหล่านั้น

แพรวภัทร ยอดแก้ว (2556) ได้ให้ความหมาย ทศนคติ เป็นความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อและแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกริยาโต้ตอบโดยการประมาณค่าว่าชอบหรือไม่ชอบ ที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ โดยที่ทศนคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์และทศนคตินั้น สามารถที่จะรู้หรือถูกต้องความได้

จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการหรือจากการสำรวจที่เป็นทางการหรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

สรุปได้ว่าทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มของพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อหรือจากการประเมินต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่รับรู้จากสภาวะแวดล้อม สามารถตีความออกมาในรูปของความคิดเห็นและกริยาท่าทางการแสดงออกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมในเชิงประมาณค่าว่ามีคุณหรือโทษที่อาจแสดงออกในรูปของความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจและมีผลทำให้บุคคลนั้นพร้อมที่ตอบสนองหรือแสดงความรู้สึก โดยการสนับสนุนหรือต่อต้านสิ่งเหล่านั้นในลักษณะความชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ยอมรับหรือไม่ยอมรับสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบันของบุคคลหนึ่งๆ สามารถตรวจวัดและเปลี่ยนแปลงได้ ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

3.3 พฤติกรรม/การป้องกัน (Practice)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ปณิตา นิสสัยสุข (2552) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง การพัฒนาตนเองเป็นกระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ไปสู่สภาวะที่ดีกว่าและเป็นที่ต้องการมากกว่าแต่กระบวนการดังกล่าวไม่ใช่เรื่องง่าย ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมมนุษย์นั้นซับซ้อน

อนันต์ ศิริพงษ์วัฒนา (2552) ได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการหรือปฏิกิริยาที่แสดงออกหรือเกิดขึ้นเมื่อเผชิญสิ่งเร้าซึ่งมาจากภายในร่างกายหรือภายนอก ร่างกายก็ได้และปฏิกิริยาที่แสดงออกนั้นมีได้เป็นพฤติกรรมทางกายนั้น แต่รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตใจด้วย

บุษกร ชิวะธรรมานนท์ (2552) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง ความพร้อมที่บุคคลกระทำอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึก จะแสดงออกมาในรูปการประพฤติกรรมปฏิบัติ โดยการยอมรับหรือปฏิเสธลักษณะพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การคิด อารมณ์และเจตคติ บุคคลเมื่อได้รับการเรียนรู้ที่เป็นการเรียนรู้ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องประกอบด้วยกรกระทำกิจกรรมใดๆ ผลที่เกิดขึ้นและปฏิบัติกิจกรรมต่อผลที่เกิดขึ้นไม่สมความคาดหวัง

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่แสดงออกมาทางการพูด ความรู้สึก นึกคิด ทัศนคติ ความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจสังเกตเห็นได้ในทางตรงหรือทางอ้อม เป็นการกระทำที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตได้โดยตรงหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคลซึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ผลการศึกษางานวิจัยเรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในสังคมไทยมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ในกลุ่มวัยรุ่น หลักฐานงานวิจัยจำนวนมากดังกล่าว แสดงให้เห็นจุดเปลี่ยนสำคัญของพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเกือบสิ้นเชิง ไม่ว่าจะเป็ทัศนคติในการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การเปิดเผยเกี่ยวกับความรู้สึกทางเพศ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ตลอดจนทัศนคติและพฤติกรรมต่อผลของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเปรียบเทียบการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นยุคเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมากับปัจจุบันมีหลักฐานยืนยันว่า วัยรุ่นมีพัฒนาการการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศก่อนวัยอันควรเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องที่น่าห่วงใย คือ ทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศและเปิดเผยมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันอายุของวัยรุ่นทั้งหญิงและชายที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรกลับน้อยลงเป็นลำดับ (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2554)

จากการศึกษาความหมาย ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งนี้ สรุปได้ว่า ประเทศไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมในด้านต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงอิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกและสื่อต่างๆ ที่มีเนื้อหาช่วยยั่วเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันอย่างอิสระมากขึ้น แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน จากการศึกษาส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศสัมพันธ์ ขาดความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์และขาดความพร้อมในการมีชีวิตรอบครัว เป็นผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอัตราที่สูง (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2555 หน้า 143-149) ผลการศึกษานานาชาติบ่งชี้ว่า ความไม่เท่าเทียมและการป้องกันสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กผู้หญิงเป็นเรื่องท้าทายสำคัญ ในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ไม่ว่าจะเด็กผู้หญิงจะขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่มีโอกาสพัฒนาทักษะเพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์หรือเพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ที่น่าไปสู่ครอบครัว การขาดความรู้และทักษะที่จะป้องกันตัวจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ เพศศึกษา สัมพันธภาพและไม่ได้รับข้อมูลหรือการเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์

แม้ว่าเด็กวัยรุ่นจะได้รับการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนแต่เด็กนักเรียนจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศสัมพันธ์ การเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษายังมีข้อจำกัดและยังไม่เป็นการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้าน (Comprehensive sexuality and reproductive health education) ยังขาดการสื่อสารทางบวกเรื่องเพศ ทัศนคติของครูผู้สอนส่วนหนึ่งยังอนุรักษ์นิยม ไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศ และจากการศึกษา พบว่า วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับที่ต่ำมากแม้ไม่มีนัยสำคัญในการทำนายถึงความตั้งใจก็ตาม

“อดีตวัยรุ่นหญิงมีทัศนคติว่าจะถูกมองว่าเป็นหญิงไม่ดี ถ้าเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ หรือการเปิดเผยว่ามีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่ง โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงที่เป็นโสด ถือเป็นเรื่อง “คอขาดบาดตาย” ...แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาวิจัยในช่วง 5-7 ปี ที่ผ่านมา ความคิดเห็นและค่านิยมของวัยรุ่นส่วนใหญ่ยอมรับว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงและชายเป็นเรื่องธรรมดา รวมทั้งพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรถือเป็นเรื่องธรรมดาด้วย” (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, นพวรรณ มาดารัตน์, วาที สิทธิ, แครีริคเตอร์และอุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม, 2554 หน้า 185-187)

พฤติกรรมในแต่ละด้านและทักษะในการลดความเสี่ยงของวัยรุ่นแต่ละกลุ่มแต่ละคน มีความแตกต่างกัน เช่น วัยรุ่นที่ครอบครัวมีฐานะร่ำรวยและยากจน วัยรุ่นในเขตเมืองและชนบท และภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ วัยรุ่นที่จบการศึกษาในระดับต่างๆ ความเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จึงแตกต่างกัน ตัวอย่างจากการศึกษาหนึ่งที่พบว่า วัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเพศสัมพันธ์อายุเฉลี่ยต่ำที่สุด และเมื่อตั้งครรภ์แล้วส่วนใหญ่เลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อไป ส่วนวัยรุ่นในภาคใต้มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ (ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ, 2554) สิ่งสำคัญของการโน้มน้าวในการเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเร็วขึ้น ทั้งในเพศหญิงและเพศชายไม่ได้มีเฉพาะร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึกเท่านั้น รวมทั้ง เริ่มเกิดอารมณ์ความต้องการทางเพศตามธรรมชาติ ร่วมกับสังคมในประเทศไทยมีการเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่ายและสื่อจำนวนมากสามารถกระตุ้นความต้องการทางเพศได้ ไม่ว่าจะเป็นความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม อาจจะทำให้ไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้เพราะฉะนั้นการดำเนินการต่างๆ โดยเฉพาะการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงนำไปสู่วัยรุ่นที่เข้าวัยหนุ่มสาวเพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง เพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ ความรู้และทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม ปลอดภัย ไม่ตั้งครรภ์อย่างไม่พึงประสงค์ สามารถอธิบายได้ด้วย แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพราะเป็นแนวคิดที่นำไปสู่การป้องกันตนเองต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญ กับ 3 ตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ (Practice) ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำทฤษฎีนี้ไปใช้เพื่อเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันของหญิงที่มีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กับหญิงที่มีเพศสัมพันธ์แต่ไม่ตั้งครรภ์ว่าเป็นอย่างไร

2.4 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนามาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับบริการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเริ่มพัฒนา มาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ซึ่งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 50 ปี มาแล้ว ในช่วงแรกแบบแผนด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เนื่องจากในขณะนั้น พบว่า การจัดบริการด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคมักจะไม่ค่อยได้ผล กล่าวคือ มีประชาชนจำนวนน้อยที่ไปรับบริการ ทั้งๆ ที่การไปรับบริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก และยังมีหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปบริการถึงที่อีกด้วย เช่น การ X-ray เพื่อตรวจคัดกรองโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เป็นต้น ปัญหาหรือคำถามที่ต้องการคำตอบ ก็คือว่า ทำไมประชาชนจึงไม่ค่อยสนใจพฤติกรรมป้องกันโรค และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลทำให้ประชาชนปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มหนึ่งเชื่อว่าน่าจะเกิดจากความเชื่อของประชาชน จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน บุคคลที่มีส่วนในการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีหลายคน (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, 2546)

ดังได้กล่าวแล้วว่า ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ใช้สำหรับอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ต่อมาได้มีการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรก โดย Hochbaum ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ เคิร์ทเลวิน (Kurt Lewin) ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะทำเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลมากนัก ด้วยเหตุนี้ บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือนั่นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Rosenstock (1974 pp. 328-335) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานในระยแรกของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคล จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดและความอาย เป็นต้น

O' Donnell (2002 pp. 183) ได้กล่าวไว้ว่า ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1) การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย และ 4) การรับรู้อุปสรรค องค์ประกอบทั้ง 4 นี้ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมา พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค หลังจากนั้นแล้วยังได้มีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยอื่นๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วม (Modifying Factors) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) มาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้ว ในปี ค.ศ. 1977 (พ.ศ. 2520) Bandura ได้เสนอว่า Self-efficacy (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) น่าจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพด้วย (Glanz, Lewin and Rimer, 1997 pp. 46) องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย มีดังนี้

1. การรับรู้ต่อความเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงหรือง่ายต่อการเป็นโรค วิธีการคุมกำเนิดซึ่งก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น สิ่งเหล่านี้ เริ่มตั้งแต่ไม่รู้วิธีการใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดไปจนถึงความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การนับจำนวนวัน 7 วัน ก่อนและหลังมีประจำเดือนหรือการหลั่งภายนอกช่องคลอด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ต่อวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อวัยรุ่น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดการพิการ

เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง กล่าวคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อความรุนแรงของโรคติดต่อกับที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์และเมื่อเกิดโรคแล้วก็ไม่สามารถที่จะรักษาหรือปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเนื่องจากความอายและกลัวถูกตำหนิหรือถึงแม้จะรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์หรือการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์แต่ก็เลือกจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย กล่าวคือ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค เป็นการรับรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านบวก แม้ว่าวัยรุ่นจะรู้เรื่องการคุมกำเนิดแต่ไม่ป้องกัน โดยพบว่ามีเพียงครึ่งของวัยรุ่นชายหญิงที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและใช้ลดลงเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก โดยมีเหตุผลของการไม่ป้องกันเนื่องจากไม่สามารถยับยั้งจิตใจ ขณะที่การพกถุงยางเป็นเรื่องน่าอายหรือการไม่ใช้ยาคุมเพราะกลัวผลข้างเคียงหรือกลัวผู้ปกครองพบเห็น แต่ไม่กลัวโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันที่ถูกต้องรวมทั้งไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การรับรู้ผลทางลบหรืออุปสรรคถ้าปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ทางกาย ทางจิตใจและค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปถ้าปฏิบัติตาม เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การคุมกำเนิดโดยการกินยาคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิดมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

กล่าวคือ การรับรู้อุปสรรค เป็นความคิดความเข้าใจต่อสิ่งที่ขัดขวางการที่วัยรุ่นชายหญิงไม่ใช่อุปสรรคการคุมกำเนิดหรือใช้ไม่สม่ำเสมอมีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงในการตั้งครรรภ์สูง แต่ความเชื่อของวัยรุ่นมีหลายเหตุผล อาทิ ลืม อารมณ์พาไป การไม่มีเวลาเพียงพอและรู้สึกว่าถุงยางอนามัยลดความสุขของฝ่ายชาย การขาดความเอาใจใส่เรื่องการจัดตั้งครรรภ์เพราะมีความเชื่อว่าสามารถไปทำแท้งได้หรือใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์ได้

2.4.1 การนำ HBM ไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผลการศึกษาของ Noar, Benacand and Harris (2007, pp. 673-693) พบว่า โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าโปรแกรมที่ไม่มีกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มุ่งเน้นที่การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองพร้อมๆ กับการมีทัศนคติเชิงบวกและความรู้สึกที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งตรงกันข้ามกับการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กิจกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้สึกลัวหรือการรับรู้ถึงภาวะคุกคามเท่านั้น

2.4.2 ข้อจำกัดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่ให้ความสำคัญเฉพาะกับมีฐานคิดเกี่ยวกับกระบวนการคิดและกระบวนการตัดสินใจของบุคคลเป็นหลัก ดังนั้น จึงมีพฤติกรรมสุขภาพอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถอธิบายหรือปรับเปลี่ยนได้ด้วยลำพัง การใช้ทัศนคติและความเชื่อ เช่น พฤติกรรมที่มีภาวะเสพติดร่วมด้วยที่จำเป็นต้องมีระบบการบำบัดรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้เวลานาน อาทิ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยหลักเหตุและผล อาทิ พฤติกรรมการควบคุมอาหารเกินพอดี (โรคอ้วน) และพฤติกรรมที่เป็นผลมาป้จจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การทำงานในสถานที่ที่อันตรายหรือการอาศัยในแหล่งเสื่อมโทรมและเป็นมลพิษ เป็นต้น จึงอาจเป็นข้อจำกัดหนึ่งของการนำไปใช้อธิบายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างรอบด้าน ปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติซึ่งจะมีผลโดยทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เป็นต้น กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิงมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรคและประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

การรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดผ่านแบบแผนความเชื่อต่อเรื่องการเมืองที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและนำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเพียงอย่างเดียวคงไม่สามารถทำให้เราเข้าใจสถานการณ์ ประเด็น รากเหง้าของปัญหาได้อย่างครบถ้วนรอบด้าน หากเราไม่มองว่าการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างไม่พึงประสงค์เป็นปัญหาร่วมกันของสังคม โครงสร้างทางสังคมที่วัยรุ่นได้อาศัยอยู่ได้ออกแบบให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้น กล่าวได้ว่า การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นเป็นความทุกข์เชิงสังคม

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมีอยู่ 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย และ 4) การรับรู้อุปสรรค องค์ประกอบทั้ง 4 นี้ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเข้ามาในเรื่องของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิง ว่าถ้าทราบองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้แล้วจะมีการจัดการกับตัวเองอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ หรือเมื่อเกิดการตั้งครรภ์แล้วจะมีวิธีการจัดการกับตนเองอย่างไรและทราบถึงผลกระทบต่อตัวเองในการดำรงชีวิตของเด็กวัยรุ่นหญิงในด้านต่างๆ อย่างไร

2.5 ความทุกข์เชิงสังคม (Social suffering)

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ความทุกข์เชิงสังคมเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างมากในการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาและวัฒนธรรม (Brown, 1995, Bauman, 2000 ; Das et al., 2001, Berant, 2004; อ้างอิงจาก Tereskinas, 2009) จากหนังสือเรื่อง Social suffering เป็นหนังสือที่รวบรวมบทความเกี่ยวกับความทุกข์เชิงสังคมในสังคมร่วมสมัย ที่มี Kleimman, Das and Lock (1997) เป็นบรรณาธิการ ในบทนำของหนังสือได้อธิบายว่า ความทุกข์เชิงสังคม เป็นผลมาจากอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจและสถาบันที่กระทำต่อประชาชน ด้วยการกระทำจากอำนาจเดียวกันนี้ ได้มีอิทธิพลหรือเป็นเงื่อนไขให้เกิดปัญหาสังคมตามมาด้วย นอกจากหนังสือ Social suffering แล้ว งานเขียนของ Bourdieu และคณะ ที่ชื่อว่า "The Weight of the World" (Bourdieu et al, 1999) ได้พูดถึง ความทุกข์ยากในชีวิตประจำวันของสังคมชายขอบ รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมที่ทำให้พวกคนชายขอบต้องเผชิญกับความทุกข์ยากได้จุดประกายให้ผู้คนและสังคมหันมาให้ความสนใจประเด็นของความทุกข์เชิงสังคม

ความทุกข์เชิงสังคมเป็นเรื่องราวของประสบการณ์ชีวิตที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด การถูกทำลาย การได้รับบาดเจ็บ ความขาดแคลนและการสูญเสีย (Wilkinson, 2005) กระบวนการทางสังคมและเงื่อนไขทางวัฒนธรรมเป็นตัวสถาปนาและขับเคลื่อนความทุกข์

เชิงสังคม ประสบการณ์ความทุกข์ยากของแต่ละคนเป็นภาพสะท้อนที่สื่อให้เห็นความรุนแรงของโครงสร้างทางสังคม การบอบช้ำทางด้านวัฒนธรรมหรือเป็นการกดขี่ทางการเมือง (Wilkinson, 2005; Kleimman, Das and Lock, 1997)

Kleimman, Das and Lock, (1997) กล่าวว่า ความทุกข์เชิงสังคมเป็นผลมาจากสิ่งที่การเมือง เศรษฐกิจ อำนาจของสถาบันกระทำกับประชาชน ในทางกลับกันผลหรืออิทธิพลของสิ่งดังกล่าวได้กลับมาก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม ความทุกข์เชิงสังคมเกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ เช่น สุขภาพ สวัสดิการของรัฐ ศิลธรรมและศาสนา เป็นต้น ซึ่งในบางครั้งพื้นที่ที่เกิดความทุกข์เชิงสังคมอาจเหลื่อมซ้อนทับกันอยู่หลายอย่างๆ พร้อมกัน เช่น การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความแตกแยกอาจมีปัญหาสุขภาพเสียดัด ความรุนแรงในท้องถิ่น ความรุนแรงในครอบครัว การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์และวัณโรค เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัญหาส่วนบุคคลเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงหรือเป็นปัญหาของสังคมมากกว่าที่จะเป็นเรื่องส่วนตัว ปัญหาสุขภาพจิตหรือการแพทย์อย่างเดียว ดังนั้น ประเด็นหลักที่สำคัญของแนวคิดความทุกข์เชิงสังคม คือ สภาวะสุขภาพของแต่ละคนเป็นผลผลิตที่สะสมของกระบวนการทางสังคมและเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤติของชีวิตของเรา

Kleimman, Das and Lock ยังได้กล่าวอีกว่า ระบบเศรษฐกิจการเมืองระดับโลกเป็นรากเหง้าของปัญหาความทุกข์เชิงสังคมในสังคมยากจนทั้งในประเทศที่ร่ำรวยและยากจน เช่นเดียวกับที่เราเห็น ปัญหาของความแตกแยก ความรุนแรง โรคติดต่ออุบัติใหม่และปัญหาสุขภาพของสังคมในหมู่คนจนทั่วโลก อีกตัวอย่างหนึ่ง ได้แก่ ปัญหาความทุกข์ยากที่ไปไกลกว่าเรื่องราวปกติทั่วไป เป็นภาพของความซับซ้อน คือ ความรุนแรงทางการเมืองที่ทำให้เกิดการอพยพ สร้างความบอบช้ำให้กับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นการเพิ่มความรุนแรงปัญหาในครอบครัว ท้ายที่สุดทำให้ผู้คนเกิดความทุกข์เข็ญ ทรมาน สิ่งนี้เป็นการตอกย้ำให้เห็นว่า “ความทุกข์ยากเป็นประสบการณ์ทางสังคม” อย่างไรก็ตามความทุกข์เชิงสังคมไม่ได้มีสาเหตุมาจากชนชั้น การเมืองในระบบโลกหรือการเอารอดเอาเปรียบทางเศรษฐกิจเท่านั้น (Tereskinas, 2009) บูลดีเยอร์ ใช้คำว่า ความทุกข์ยาก “misery” อธิบายสถานะของคนที่ไม่ใช่เป็นเพียงแค่การขาดแคลนทรัพยากรสมบัติหรือสิ่งของเท่านั้น หากเป็นความรู้สึกของพวกเขาถึงการถูกกีดกันและทำให้เป็นคนชายขอบเช่นเดียวกัน คนทั่วไปสามารถมีประสบการณ์ของความทุกข์ยากได้ เช่น การสูญเสียโอกาส การถูกพันธนาการด้วยบริบททางสังคม การถูกลดระดับทางสิ่งแวดล้อมทางสังคมรวมทั้งระดับความสัมพันธ์ในสังคม เป็นต้น (Bourdieu et al, 1999) บูลดีเยอร์ (2000) พูดถึงความทุกข์ยากที่แท้จริงของมนุษย์เราเป็นสิ่งที่ไม่มีเหตุผลทางสังคมเพราะไม่เพียงแต่ขาดโอกาสในด้านต่างๆ ที่จำเป็นในการดำรงอยู่ หากแต่เป็นการอยู่แบบที่ไม่มีมีความสำคัญถูกละทิ้ง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสังคม ความทุกข์เชิงสังคมเป็นสิ่งที่แสดงถึงสิ่งที่อยู่ภายใต้ประสบการณ์

ของการทำให้เป็นคนชายขอบ เมื่อเรารู้สึกถูกผลักดันขับไล่ให้ไปอยู่ในขอบของชีวิตทางสังคม กระบวนการทำให้เป็นชายขอบเป็นรูปแบบธรรมดาสามัญของความทุกข์ทางสังคมที่ผูกโยงมากับการสูญเสียอัตลักษณ์ของตน

ทั้งนักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยาช่วยให้เห็นถึงมิติความทุกข์เชิงสังคมในระดับสังคม ความทุกข์เป็นประสบการณ์ที่มีผลกระทบ แสดงผ่านความสัมพันธ์ในรูปแบบสามเหลี่ยม ได้แก่ ความหมายทางวัฒนธรรม พฤติกรรมที่สะสมกันมาและการตอบสนองของปัจเจก ไคล์แมน (Kleinman, 2007) กล่าวว่า ความทุกข์เป็นเรื่องของสังคม เกิดจากแรงผลักดันทางสังคมที่เป็นเครือข่าย รวมทั้ง การตอบสนองของสถาบันในสังคม ทำงานร่วมกันเพื่อจรรโลงการดำรงอยู่ การจัดหมวดหมู่ของผู้ที่ได้รับความทุกข์ ทำให้คนที่ได้รับโอกาสยังได้รับโอกาสที่ดีกว่าคนที่ไม่ได้ อยู่เช่นเดิม เช่น สิทธิการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ฟาร์เมอร์ (Farmer, 1997) ได้ศึกษาความทุกข์ของชาวไฮติที่เผชิญกับปัญหาเอดส์ ฟาร์เมอร์ได้สาธิตให้เห็นถึง การเชื่อมโยง ความรุนแรงทางโครงสร้างในสังคมไฮติ อาทิ ความยากจน ปัญหาทางการเมือง อคติทางชาติ ได้ทำให้ความทุกข์แทรกซึมอยู่ในประสบการณ์ของบุคคล เขาได้ใช้วิธีการศึกษาจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความทุกข์ที่ชาวไฮติเผชิญในชีวิตประจำวัน เป็นประสบการณ์ที่ล้วนมีที่มาจากปัญหาโครงสร้างทางสังคมทั้งสิ้น

เราคงสรุปได้ว่า ความทุกข์เชิงสังคมไม่ได้เป็นเพียงความกดดันทางสังคมในภาพขนาดใหญ่เท่านั้นหรือเป็นเรื่องราวในชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การสูญเสียงาน การว่างงาน เป็นต้น หากแต่หมายถึงความเปราะบางทางสังคมด้วย ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศสภาพ อายุ เพศ สถานะ การติดสุรา การใช้ยาเสพติด ปัญหาและความรุนแรงในครอบครัวหรือในพื้นที่สาธารณะ การตั้งครุฑไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น สิ่งเหล่านี้ เป็นได้ทั้งสาเหตุและผลกระทบของความทุกข์ทางสังคม ในงานวิจัยนี้ การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่เต็มใจ การตั้งครุฑที่ไม่พึงประสงค์ การทำแท้งหรือการทิ้งบุตรมีความหมายเชิงทำลายกับสังคมและเป็นเหตุจากความทุกข์ทางสังคมสิ่งนี้ในท้ายที่สุดได้ผลักดันให้วัยรุ่นอยู่ในภาวะอันตรายที่ต้องเผชิญต่อในสังคมอนาคตจากผลกระทบจากภาวะสุขภาพ เช่น การรับบทบาทของการเป็นแม่วัยใสทั้งที่ยังไม่พร้อม ความคับข้องทางจิตใจ ผลกระทบทางการศึกษาและการขาดโอกาสทางสังคม เป็นต้น

เป็นเรื่องราวของประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับความเจ็บปวด การถูกทำร้าย ถูกทำลาย การบาดเจ็บ ความยากจน เป็นความทุกข์ทรมาน การถูกเอารัดเอาเปรียบ ในการวิจัยครั้งนี้ ในการทำการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้มองเห็นภาพ การสะท้อน และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของวัยรุ่นหญิงในมุมมองหลากหลายมิติ ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ว่ามีความทุกข์อย่างไร และควรมีการช่วยเหลือวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครุฑนี้ให้มีความทุกข์ทรมานลดลงให้ได้มากที่สุด จากหน่วยงานต่างๆ ของทางภาครัฐ ภาคีเครือข่าย ชุมชน ครอบครัว

2.6 ความเปราะบางและความเป็นวัยรุ่น

แนวคิดความเปราะบางของ Aysan (1993) “ความเปราะบางเป็นความเสี่ยง” การอยู่หรือสัมผัสกับความเสียนานๆ เป็นความเปราะบาง ความเสี่ยงมีความแตกต่างกันไปตามธรรมชาติ ตั้งแต่ภาวะคับขันทางเศรษฐกิจระดับมหภาค ภัยธรรมชาติ อันตรายทางสุขภาพ ไปจนถึงความไม่ปลอดภัย ไม่นั่นคงของแต่ละคน อาทิ ข้อบังคับค่าใช้จ่ายทางสังคมที่ผู้หญิงต้องเป็นฝ่ายจ่ายค่าสินสมรส ซึ่งในกลุ่มย่อยๆ ของแต่ละเรื่องต่างมีความหลากหลายในรายละเอียดต่างๆ กันไป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเปราะบางมีอยู่หลายประการที่กีดขวางความสามารถในการปกป้องตนเองของผู้คน รวมทั้งเป็นการกีดกัน ลดทอน ความสามารถการเข้าถึงการป้องกันทางสังคมการหายหรือเป็นการสัมผัสต่อความเสี่ยงต่ออันตรายที่บ่อยกว่าหรือมากกว่าบางคน ความเปราะบางแบ่งเป็น

1. ความเปราะบางทางสังคม ได้แก่ ความยากจน ความอดอยาก ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ระดับการศึกษาที่ต่ำ เพศภาวะ ความไม่เท่าเทียม สถานที่อยู่ที่อันตราย การเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างรวดเร็ว โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการต่างๆ รวมทั้ง ความรู้และเทคโนโลยี ทำให้เกิดการแตกแยกพังทลายของรูปแบบทางสังคม ทำให้เกิดความเสี่ยง ปัญหาการลักขโมย การถูกไล่ที่ การฉ้อโกง การคุกคามทำร้ายร่างกาย การข่มขืน การคุกคามจากตำรวจ ค่าใช้จ่ายเมื่อต้องคดี การถูกละทิ้งของผู้หญิง

2. ความเปราะบางทางการเมือง ได้แก่ โอกาสในการเข้าถึงความรู้และข้อมูล ข่าวสาร ขาดซึ่งจิตสาธารณะ มีข้อจำกัดด้านอำนาจทางการเมืองและการเป็นตัวแทน เมื่อคนเราถูกเอารัดเอาเปรียบทางสังคมหรือขาดเสียงทางการเมืองยิ่งจะทำให้ความเปราะบางกำเริบมากขึ้น

3. ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ มีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรหลายตัว ตั้งแต่ความสำคัญในระดับชาติ การค้าและการแลกเปลี่ยนระหว่างประเทศ ราคาของสินค้าในระดับนานาชาติ รูปแบบการผลิตและการบริโภค สิ่งเหล่านี้ กระทบต่อกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส

4. ความเปราะบางทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเสื่อมของที่ดิน แผ่นดินไหว น้ำท่วม ความแห้งแล้ง พายุ การขาดแคลนน้ำ การทำลายป่าและการคุกคามความหลากหลายทางชีวภาพ

2.6.1 ความเชื่อมโยงระหว่าง การเป็นวัยรุ่น ความเท่าเทียม สิทธิมนุษยชนและการตั้งครรภ์

นักวิจัยส่วนหนึ่งแบ่งการรับรู้เกี่ยวกับความเปราะบาง ออกเป็นสองส่วน คือ

1. risks-centric view การมองความเสี่ยงเป็นศูนย์กลาง ความเปราะบางมีลักษณะเฉพาะเป็น “การผันแปร” ตามการมีชีวิตที่เป็นมาตรฐานจากการบริโภคหรือสถานะของรายได้

2. right-centric view การมองสิทธิเป็นศูนย์กลาง ความเปราะบางเป็นการขาดสิทธิทางด้านการเมืองและสังคม ทั้งสองมุมมองมีความสำคัญทำให้เราเข้าใจว่า ความเปราะบางและความเป็นวัยรุ่นเข้ามาปะทะประสานกันได้อย่างไร ในประเด็นสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ที่มองว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้นหรือเมื่อวัยรุ่นหญิงเกิดการตั้งครรภ์ ทางออกของพวกเขาในการเลือกที่จะยุติหรือเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อ มีความเปราะบางเมื่อเทียบกับปัจจัยด้านอื่นๆ ที่แสดงถึงความเท่าเทียมกันของชีวิตเด็กเมื่อพิจารณาผ่านฐานะของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การยอมรับของสังคม วัฒนธรรมที่ร่ายล้อมชีวิตวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติของวัยรุ่นหญิงขาดสิ่งที่กล่าวมา วัยรุ่นมีชีวิตอยู่อยู่ท่ามกลางความเปราะบาง นอกจากนั้นแล้วอิทธิพลของความเปราะบางต่อความสามารถในการจัดการ ในพื้นที่ที่มีความเปราะบางสูงมักมีรูปแบบการจัดการแก้ปัญหาที่ไม่หลากหลาย วัยรุ่นถูกยับยั้งสิทธิอันชอบธรรมและขาดโอกาสในการส่งเสริมให้มีการปรับตัว (Adder and Kelly, 1999)

สรุปได้ว่า ความเปราะบางเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อนและมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องในหลายแง่มุม หลายสาเหตุมาปะทะเป็นเหตุและเป็นผลซึ่งกันและกัน ความเป็นวัยรุ่นทำให้มีความเปราะบางต่อความกดดัน ความทุกข์ยากที่เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ สิ่งเหล่านี้ย้อนกลับไปก่อให้เกิดภาวะกดดันในอนาคตต่อไป ความซับซ้อนของความเปราะบาง ความเป็นวัยรุ่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่มีวิธีการใดวิธีการเดียวที่ชัดเจนที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวในแต่ละเหตุการณ์ในแต่ละพื้นที่ได้ ดังนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การมีความรู้ที่ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ในแต่ละพื้นที่ จะมีวิธีการบรรเทาความเปราะบางและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นลงได้อย่างไร ได้แก่ การใช้มุมมองในการแก้ปัญหาแบบสหวิทยาการ การระบุปัญหาต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา เพศวิถี ซึ่งรับรู้กันว่าเป็นสาเหตุของความเปราะบางที่ทำให้เกิดการต่อรองเพศสัมพันธ์ที่เต็มใจและปลอดภัย การลดปัจจัยด้านครอบครัว การเผชิญและสัมผัสกับปัจจัยความทันสมัยที่ก่อให้เกิดปัญหาและมีกฎหมายการสนับสนุนการบรรเทาความทุกข์ที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในรูปแบบต่างๆ เป็นสิ่งที่จำเป็น ความเป็นวัยรุ่นเป็นความเปราะบาง ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในระหว่างกระบวนการตั้งครรภ์ของผู้หญิงเกิดความทุกข์ยากลำบากมีผลเสียหายตามหลายด้าน ท้ายที่สุดกลับไปเป็นความเปราะบาง หมุนเวียนซ้ำๆ ไม่รู้จบ อย่างไรก็ตาม กระบวนการดูแลทั้งในแง่ของการศึกษา การรักษาพยาบาล การช่วยเหลือจากหน่วยงานพัฒนาสังคม เป็นปัจจัยหลักอันหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงมีความเปราะบางซึ่งจะได้กล่าวต่อไปเมื่อใช้มุมมองทางมานุษยวิทยาการแพทย์

ความเปราะบางถือว่าเป็นความเสี่ยง ขึ้นอยู่กับว่าใครจะมีความเปราะบางหรือ ความเสี่ยงที่แตกต่างกัน ไปตามสถานการณ์ในการวิจัยครั้งนี้ เน้นที่ความเปราะบางทางสังคม เช่นครอบครัวแตกแยก ความยากจน การศึกษา การถูกคุกคาม รวมทั้งการไม่ได้รับข่าวสาร

ความรู้ต่างๆ จะทำให้เห็นการถูกเอารัดเอาเปรียบของเพศชาย จากการตีแม่แอลกอฮอล์ การดูหมิ่น ลามก อนาจาร ทำให้เกิดการตั้งครรรค์ที่ไม่พึงประสงค์ และเมื่อตั้งครรรค์ การที่จะยุติการตั้งครรรค์ หรือจะตั้งครรรค์ต่อเป็นเรื่องยากสำหรับวัยรุ่นหญิง เพราะสังคมไม่ยอมรับ ถือเป็นเรื่องผิด เป็นบาปติดตัวและจะเกิดความเสียหาย ความเปราะบางในด้านต่างๆ ตามมา

2.7 เพศวิถี (Sexuality)

เพศวิถี หมายถึง เรื่องเพศ (Sexuality) เจือปนทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจและประวัติศาสตร์มีส่วนกำหนดเพศวิถีของผู้คนในแต่ละสังคมและในแต่ละช่วงเวลา ความหมายของเพศวิถี เป็นสิ่งที่ซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในแต่ละสังคมหรือแม้กระทั่งในบุคคลเดียวกันแต่แตกต่างกันในช่วงเวลา เพศวิถีมีความหมายและรูปแบบที่หลากหลาย องค์ประกอบของเพศวิถี ประกอบด้วย การให้ความหมายเรื่องเพศของปัจเจกบุคคล ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรู้สึก ความปรารถนาทางเพศ ความสุขทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ และเพศภาวะ รสนิยมทางเพศ คุณความสัมพันธ์ทางเพศ การให้ความหมายกับความสัมพันธ์ทางเพศในแต่ละคนตลอดจนพฤติกรรมทางเพศนักวิชาการได้แปลเป็นภาษาไทยไว้หลายคำ นอกจากคำว่า เพศวิถี คือ ภาวะทางเพศ เรื่องทางเพศ วิถีทางเพศ ความรู้เกี่ยวกับเพศ มิติทางเพศและมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมาย เพศวิถี (Sexuality) ว่าเป็น มุมมองตลอดชีวิตของมนุษย์ในแง่ของเพศ ความเป็นชายหญิงและบทบาททางเพศ การรับรู้ สภาวะแวดล้อมทางเพศ (Sexual orientation) ลักษณะที่กระตุ้นความต้องการทางเพศ (Eroticism) ความพึงพอใจทางเพศ (Pleasure) ความสัมพันธ์ทางเพศและการสืบพันธุ์ (Intimacy and reproduction) เพศวิถี เป็นประสบการณ์ที่ได้รับและแสดงออกในด้านความคิด (Thought) การจินตนาการ (Fantasies) ความปรารถนา หัตถ์คดี ความเชื่อ พฤติกรรมการปฏิบัติ คุณค่า บทบาทและความสัมพันธ์ ในขณะที่เพศวิถีสามารถที่จะรวมในทุกมิติที่กล่าวไว้หรือผู้ที่เคยมีประสบการณ์การแสดงออก เพศวิถีได้รับอิทธิพลจากทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จรรยาบรรณ การเมือง กฎหมาย ประวัติศาสตร์ ศาสนาและองค์ประกอบของจิต วิญญาณ

สุรีย์พร กฤษเจริญ (2547) กล่าวว่า มิติทางเพศหรือเพศวิถี (Sexuality) มีความหมายแตกต่างกันไปตามกลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตตามบริบทหรือที่บุคคลนั้นๆ อาศัยอยู่ มิติทางเพศหรือเพศวิถี (Sexuality) เป็นปัจจัยที่ถูกกำหนดโดยความเป็นหญิงชายและมีอิทธิพลต่อ สุขภาพการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงและผู้ชายเป็นอย่างยิ่ง เป็นพื้นฐานการเป็นตัวตนของบุคคล

(sense of self) และถูกกำหนดโดยครอบครัว วัฒนธรรมกฎหมายและศาสนา (Fogel, 2004 อ้างอิงจาก สุริย์พร กฤษเจริญ, 2547 หน้า 37) สถาบันทางสังคมสิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญ ในการกำหนดให้ผู้หญิงและผู้ชายมีทัศนคติและการกระทำ พฤติกรรมทางเพศ ตามที่สังคมเห็นว่า เหมาะสมตามความเป็นหญิงและชาย

วิลาลินี พิพิชกุล (2547 อ้างถึงใน กฤติยา อาชวนิจกุล, 2554 หน้า 44)

ให้ความหมายว่า เพศวิถี คือ ระบบความคิด ความเชื่อเรื่องเพศ เป็นกระบวนการทางสังคมและ วัฒนธรรมที่กำหนดจัดการ กำกับ ควบคุม รวมทั้งการแสดงออกเกี่ยวกับบรรณนิยมทางเพศ ความ ประารถนา ความพึงพอใจในเรื่องเพศ การแสดงท่าทีเกี่ยวกับเรื่องเพศ การแต่งกาย เป้าหมาย ในความสนใจทางเพศและการสร้างจินตนาการที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ไปจนถึงการออกกฎเกณฑ์ ระเบียบกฎหมายต่างๆ ที่มาควบคุมหรือกำกับดูแลเรื่องเพศของคนในสังคม โดยทั่วไปแล้ว สังคม จะมีการสร้างบรรทัดฐานชุดหนึ่งที่ยอมรับหรือให้ความชอบธรรมกับเพศวิถีที่กำหนดขึ้นเท่านั้น

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความหมายว่า เพศวิถี หมายถึง ค่านิยม บรรทัดฐานและระบบวิธีคิด วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ ความคิดเกี่ยวกับคู่รัก คู่ชีวิตในอุดมคติซึ่งไม่ใช่พฤติกรรมตามธรรมชาติ แต่เป็นการสร้าง ความหมายทางสังคม เพศวิถีจึงสัมพันธ์กับมิติทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่กำหนดและสร้างความหมายให้แก่เรื่องเพศในทุกแง่มุม เพศวิถีเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละ วัฒนธรรมชนชั้นเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและมีความเชื่อมโยงกับภาวะความเป็นหญิงหรือชาย ของผู้คนตามที่สังคมคาดหวัง (เอกสารโครงการแผนงานสร้างเสริม สุขภาวะทางเพศ, 2549)

ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์ (2551) กล่าวว่า Sexuality ถูกแปลว่า “เพศวิถี” ซึ่งบางทีก็มี คนแปลว่า การโยงใยการเชื่อมความหมายเรื่องเพศเพราะสังคมมีความเชื่อและค่านิยมหลายเรื่อง ที่โยงใยสัมพันธ์กันเหมือนใยแมงมุม ประเด็นนี้จึงมีองค์ประกอบอยู่ 3 ส่วน ที่เกี่ยวข้องกัน คือ ความปรารถนา วิธีปฏิบัติและอัตลักษณ์ เราเชื่อเรื่องเพศอย่างไรก็จะดำเนินเรื่องเพศอย่างนั้น ซึ่งจะกำหนดว่าจะมีวิถีปฏิบัติอย่างไร จะมีตัวตนในทางเพศอย่างไร ลักษณะปรากฏและการ นำเสนอร่างกายอย่างไร เราอยากให้ผู้อื่นเห็นเราอย่างไรในทางเพศ เช่น ผู้ชายบางคนทีเคร่งครัด ในทางเพศจะไม่ยอมใส่เสื้อซ็อกกิ้งฟิงก์เพราะแสดงให้เห็นว่าไม่ใช่ผู้ชาย ดังนั้น ทรงผม หน้าตา ล้วน เกี่ยวข้องกับการที่จะระบุตัวตนทางเพศของเรา การนำเสนอร่างกายจึงเกี่ยวกับว่าเราอยากให้เรา เห็นเราอย่างไร

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล (2551 หน้า 28) อธิบายว่า เงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม การเมืองเศรษฐกิจและประวัติศาสตร์ มีส่วนกำหนดเพศวิถีของผู้คนในสังคมและในแต่ละ ช่วงเวลา ความหมายของเพศวิถีเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในแต่ละสังคม หรือแม้กระทั่งในบุคคลเดียวกันแต่แตกต่างกันในช่วงเวลา เพศวิถีมีความหมายและรูปแบบ

ที่หลากหลาย องค์ประกอบของเพศวิถีประกอบด้วย การให้ความหมายเรื่องเพศของปัจเจกบุคคล ความเชื่อค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรู้สึก ความปรารถนาทางเพศ ความสุขทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศและเพศภาวะ รสนิยมทางเพศ คู่สัมพันธ์ทางเพศ การให้ความหมายกับคู่ ความสัมพันธ์ทางเพศในแต่ละบุคคล ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศ เพศวิถีถูกกำหนดโดยบทบาท เพศ ปัจจัยทางชีววิทยาและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ บริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและ ประวัติศาสตร์

กฤตยา อาชวนิจกุล (2554 หน้า 45) กล่าวว่า เพศวิถีมิใช่เรื่องหยุดนิ่ง แต่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในแง่ปัจเจกบุคคล เพศวิถีจึงเป็นกระบวนการชีวิตที่ยาวนานของคนๆ หนึ่ง มีการเติบโตและเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะตอบโต้หรือยอมตามต่อกรอบกติกาเรื่องเพศ ที่ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ ในแง่ระบบสังคม เพศวิถีจึงมีที่ทางอยู่บนกฎเกณฑ์ของการเมืองศีลธรรมและแนวปฏิบัติเรื่องเพศ หรือวัฒนธรรมทางเพศในแต่ละสังคม ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

กฤตยา อาชวนิจกุล (2554 หน้า 44) ได้ให้ความหมายของคำว่า “เพศ” ว่ามีความหมายอย่างน้อย 3 นัย คือ

1. เพศสรีระ (sex) เป็นเพศที่หมายถึงสรีระร่างกายหรือเขียนให้ตรงก็คือ อวัยวะที่บ่งบอกว่าเป็นเพศอะไร
2. เพศสภาวะ (gender) เป็นเพศที่หมายถึง ภาวะแห่งเพศที่ถูกประกอบสร้างทางสังคมเพศภาวะที่เราคุ้นเคยและถูกขัดเกลาหลอมสร้างกันมา ก็คือความเป็นหญิง เป็นชาย ดังนั้น ในอีกแง่มุมหนึ่งเพศสภาวะจึงเป็นเรื่องของบทบาทในเรื่องต่างๆ ที่สังคมกำหนดให้กับสถานะทางเพศซึ่งมักดูจากเพศสรีระ คือ หญิง ชาย และหากสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงสถานะทางเพศว่าอาจมาจากองค์ประกอบอื่นๆ นอกเหนือจากเพศสรีระ สถานะทางเพศก็อาจมีเพิ่มมากขึ้น เช่น เกย์ กะเทย ทอมดี้ ฯลฯ อันจะนำไปสู่การกำหนดบทบาทเพศต่างๆ มากกว่าหญิงและชาย
3. เพศวิถี (sexuality) หมายถึง วิธีชีวิตทางเพศที่ถูกหลอมสร้างจากค่านิยม บรรทัดฐานและระบบวิถีคิด วิธีปฏิบัติ ที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ ความคิดเกี่ยวกับคู่รัก คู่ชีวิตในอุดมคติและกามกิจ ซึ่งเป็นระบบความคิดและพฤติกรรมที่มีความหมายทางสังคมสัมพันธ์กับมิติทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่กำหนดและสร้างความหมายให้แก่เรื่องเพศในหลากหลายมุมมอง

ปัจจัยที่มีผลกับการสร้างเพศวิถี (Richard Blonna and Jean Levitan, 2005)

1. ครอบครัว (Family) ครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกของมนุษย์ พ่อแม่เป็นบุคคลแรกที่อยู่ใกล้ชิดและอบรมสั่งสอนบุตร ดังนั้น ครอบครัวจะส่งผลกับการพัฒนาทางเพศวิถี

ของคนเป็นอย่างมากเพราะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวจะสามารถหล่อหลอมเด็กในครอบครัว เด็กจะได้เรียนรู้ถึงบทบาทและหน้าที่ของแต่ละเพศ ความรัก การแสดงออกของความรัก การแบ่งปันความรักความเข้าใจสู่คนอื่น ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อวิถีทางทางเพศทั้งในทางที่ดีและไม่ดีและเป็นรูปแบบปฏิบัติของบุตรหลานต่อไปในอนาคต

2. เพื่อน (Friends) กลุ่มเพื่อนจะมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวิถีทางทางเพศ การที่คนจะมีวิถีทางเพศดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับว่าคนนั้นอยู่ในกลุ่มเพื่อนแบบไหน สังคมของเพื่อน เป็นแบบใดซึ่งแตกต่างกันตามประสบการณ์และอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เด็กจะบอกว่าเรียนรู้เรื่องเพศจากการพูดคุยซักถามเพื่อน ซึ่งบางครั้งเพื่อนอาจตอบจากประสบการณ์ของตนเองหรือ บางครั้งพูดเกินความจริง

3. วัฒนธรรม (Culture) นักวิชาการด้านมนุษยวิทยาอธิบายว่า วัฒนธรรม คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่มนุษย์เรียนรู้ ทุกวัฒนธรรมมีกฎระเบียบควบคุมพฤติกรรมทางเพศหรือ การแสดงออกทางเพศของคนในสังคม คนที่มาจากที่ต่างกัน สิ่งแวดล้อมต่างกัน มีวัฒนธรรม แตกต่างกันจึงมีผลให้ค่านิยมและการกระทำแตกต่างกัน นอกจากนี้ก็ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น สื่อต่างๆ การเลียนแบบพฤติกรรมทางเพศของบุคคลที่เราชื่นชอบหรือบุคคลที่มีชื่อเสียง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังให้รายละเอียดเกี่ยวกับมิติมุมมองของเพศวิถีว่ามี 6 มิติ คือ (กฤติยา อาชนิจกุล, 2554 หน้า 44-45)

1. มิติของความปรารถนา การประพฤติ ปฏิบัติและอัตลักษณ์ (erotic desires, practices and identity) เพศวิถีที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ คือ การนิยามตัวเองในทางเพศ ซึ่งเชื่อมโยงกับเพศภาวะ (gender) แต่อัตลักษณ์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการที่นิยามตัวเองเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับการที่คนอื่นนิยามหรือมองว่าเราเป็นอย่างไรในเรื่องทางเพศด้วย

2. มิติการนำเสนอร่างกาย (appearances and display) เราอยากให้คนอื่นเห็นเราเป็นอย่างไร เราก็นำเสนอตัวเราให้เป็นอย่างนั้น อาจด้วยทรงผมหรือเสื้อผ้าเพื่อนำความเป็นเพศหญิง เพศชายหรือเพศทางเลือกอื่นๆ

3. มิติของพฤติกรรมและกิริยามารยาท (behaviors and manners) ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นตัวตนในทางเพศ ซึ่งการกระทำแบบเดียวกันแต่อาจถูกตีความไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับบริบทขึ้นอยู่กับความพึงพอใจหรือความรู้สึกที่เรามีต่อคนคนนั้น เป็นความรู้สึกส่วนตัว

4. มิติของการดึงดูดทางเพศ (attraction) สังคมวางกฎกติกาของความรักว่า ให้รักเฉพาะเพื่อนต่างเพศเท่านั้น แต่คนที่รักเพศเดียวกันก็ไม่ได้หลุดออกจากกติกาของการรักต่างเพศ เพราะคนที่รักเพศเดียวกันก็จะรักกับคนที่มิเพศภาวะเดียวกับเราเท่านั้น ดังนั้น จึงไม่มีใครหลุดจากรอบนี้ ซึ่งถ้าหลุดจากรอบนี้ คือ สามารถสนใจหรือดึงดูดกับคนได้ทุกเพศ ทุกเพศ

ทุกวัย นอกจากนี้ความรักไม่ได้ขึ้นอยู่กับการที่เราต้องรักต่างเพศเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ ชนชั้นและอื่นๆ ด้วย

5. มิติของความสัมพันธ์ (relationship) กฎกติกาว่าด้วยการดำเนินความสัมพันธ์ เมื่อทุกอย่างในชีวิตประจำวันของมนุษย์มีเรื่องทางเพศเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตมนุษย์จะเป็นอย่างไรก็ย่อมมีผลขึ้นอยู่กับอิทธิพลของเรื่องเพศ อย่างไรก็ตามคำอธิบายหรือการให้คุณค่าเรื่องเพศจะมีความแตกต่างกันออกไป เนื่องจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เรื่องเพศจึงเป็นอาณาบริเวณที่ร่างกายและจิตวิญญาณ

6. มิติของเพศสัมพันธ์ (having sex) เพศวิถี มีการนิยามว่าอะไรคือการร่วมเพศ ทำอย่างไรจึงเรียกว่าการร่วมเพศและการร่วมเพศที่ถูกต้องเป็นอย่างไรและที่ผิดปกตินั้นเป็นอย่างไร จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า เพศวิถีไม่ใช่เรื่องหยุดนิ่งแต่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในแง่ของบุคคล เพศวิถีจึงเป็นกระบวนการชีวิตที่ยาวนานของคนที่มีการเติบโตและเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะยอมรับหรือตอบโต้ในกติการ่วมเพศที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในแง่ระบบสังคม เพศวิถีจึงอยู่บนกฎเกณฑ์ของการเมือง ศีลธรรมและแนวปฏิบัติเรื่องเพศ วัฒนธรรมทางเพศในแต่ละสังคมซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสอนเพศวิถียังคงไม่ทันต่อความสมัยใหม่ของวัยรุ่นหญิงในปัจจุบัน

2.8 มานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์

แนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ (Critical Medical Anthropology) หากเราเชื่อว่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยอยู่ภายใต้ร่มเงาอำนาจของสถาบันและสังคม การศึกษาประสบการณ์ของวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในจังหวัดที่ศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ที่รับผิดชอบหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นมากขึ้น นำไปสู่การช่วยกันดูแลทั้งในแง่ของการป้องกัน การรักษาเยียวยา มุมมองมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์นำไปสู่การเปิดเผยให้เห็นการเอาใจเปรียบคนจนจากระบบบริการสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ เงื่อนไขหรืออิทธิพลของระบบเศรษฐกิจ การเมืองระดับโลกที่เป็นตัวกำหนดการเกิดและการกระจายของโรคภัยไข้เจ็บ โดยการพินิจวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับมหภาคที่โยงใยปรากฏการณ์ระดับปัจเจกเข้ากับบริบทมหภาคเข้ามาด้วย เป็นแนวคิดที่ตั้งคำถามกับฐานความเชื่อที่มีต่อการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ที่อิงแนบอยู่กับหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นปรนัยวิสัย (Objectivism) แยกกายกับจิตออกจากกัน ซึ่งเป็นการคิดแบบลดทอนแยกส่วน (Reductionism) (ลือชัย ศรีเงินยวง และ กัณทวีร์ วิวัฒน์พานิชย์, 2555)

แนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์จัดรูปแบบการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ระดับ (Bear, Singer and Susser, 1997) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระดับสังคมมหภาค (The macrosocial level) เป็นการวิเคราะห์ในบริบทของชนชั้นและจักรวรรดินิยมที่แฝงตัวอยู่ในระบบทุนนิยมโลกซึ่งได้ผลิตซ้ำโครงสร้างความสัมพันธ์ในระบบชนชั้นด้วยฐานคิดที่มุ่งหวังผลกำไรสูงสุด ส่งผลให้การแพทย์สมัยใหม่มุ่งพัฒนาเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ใช้วิธีการรักษาโรคที่ซับซ้อน มีการใช้ยาเกินความจำเป็น ลักษณะดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานงานวิจัยด้านชีวการแพทย์ที่ผ่านการเห็นชอบของรัฐฯ ในระดับโลกมีธนาคารโลกเป็นองค์กรหลักที่เคลื่อนไหว รวมทั้งการสนับสนุนและให้กู้ยืมในประเด็นสุขภาพผ่านองค์การอนามัยโลก และองค์การสหประชาชาติที่เป็นหน่วยงานหลักในการเข้าไปจัดการระบบสุขภาพ โดยสอดคล้องกับระบบเศรษฐกิจทุนนิยมในระบบโลก นอกจากนี้ยังมีร่องรอยหลักฐานของการมุ่งการรักษาพยาบาลมากกว่าที่จะช่วยเหลือให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ ในประเทศที่ตกเป็นประเทศอาณานิคมการวิเคราะห์ในระดับนี้ทำให้เห็นการเบียดขับการแพทย์รูปแบบอื่นๆ อาทิ การแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการครอบงำของชีวการแพทย์เหนือการแพทย์อื่นๆ นั่นเอง ประเด็นที่สำคัญ คือ ชีวการแพทย์ไม่สามารถอธิบาย จัดการกับปัญหาสุขภาพบางอย่างได้ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

2. ระดับกลาง (The intermediate level) เป็นการพิจารณาในบริบทของโรงพยาบาลทั้งในระดับที่อยู่ในท้องถิ่นไปจนถึงระดับสถาบันทางการศึกษา เป็นการเปิดเผยถึงความสัมพันธ์ทางสังคม ที่ทำให้เห็นว่าอำนาจการควบคุมอยู่ในมือของสมาชิกทีมสุขภาพในชนชั้นกลางและชนชั้นสูง โดยทั่วไปเรามักจะเข้าใจว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทมีอำนาจสูงแต่พวกเขากลับอยู่ในสถานะที่ถูกลดทอนความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Deprofessionalization) จากสถาบันสุขภาพที่อิงแอบกับระบบทุนนิยมที่มุ่งหวังผลกำไรสูงสุด ผ่านการอำพรางของ “การจัดด้านสุขภาพ” แพทย์ถูกลดบทบาทเป็นเพียงพนักงานของโรงพยาบาลเอกชนหรือบริษัทประกันชีวิต การทำงานแพทย์ถูกผูกโยงเข้ากับระเบียบที่เอื้อกำไรและการควบคุม นอกจากนี้ ในระบบโรงพยาบาลยังเกิดความเหลื่อมล้ำทางวิชาชีพสุขภาพ เช่น พยาบาลที่ถูกมองเป็นอาชีพที่เป็นรองแพทย์ เป็นอาชีพที่วุ่นวายง่าย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าอาชีพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด คือ อาชีพที่อยู่ในระดับล่างของทีมสุขภาพ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น

3. ระดับจุลภาค (The micro level) เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในกรอบของเศรษฐศาสตร์การเมือง เป็นการพิจารณาการครอบงำกระบวนการทางการแพทย์ (Medicalization) แพทย์จะเป็นคนบอกว่า เมื่อไรที่เกิดการเจ็บป่วย เมื่อไรที่ควรจะพักหรือต้องปฏิบัติตัวอย่างไร สิ่งเหล่านี้ คือ การควบคุมทางสังคมนั่นเอง คุณค่าของการดูแลรักษาลดลง เวชปฏิบัติที่เกิดขึ้นส่งเสริมความเป็นรองของผู้ป่วยในสังคม แพทย์ได้

ครอบครองและตั้งขอบเขตใหม่ๆ ในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยถูกควบคุมทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความสัมพันธ์ของอำนาจอาจแสดงออกในรูปแบบที่ชัดเจนไปจนกระทั่งละเอียดอ่อนและซ่อนเร้น ไม่สามารถมองเห็นได้อย่างไรตรงไปตรงมา

4. ระดับปัจเจก (The individual level) เป็นการวิเคราะห์ถึงการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้คนหรือจากประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยการอธิบายประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ดำรงอยู่ภายใต้การครอบงำของชีวการแพทย์ทั้งในระดับโครงสร้างสังคมมหภาค ระดับโรงพยาบาลและระดับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดเชิงวิพากษ์เพื่อพิจารณาการเข้าถึงทรัพยากรของผู้หญิงในระดับชุมชน เป็นการวิเคราะห์ในระดับปัจเจก ประสบการณ์ของวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้เราเข้าใจการดำรงชีวิตและการใช้ชีวิตโดยทั่วไปผ่านความเชื่อ พิธีกรรม พฤติกรรมการทางเพศ การดื่มสุรา ความรื่นเริงต่างๆ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนชายซึ่งท้ายที่สุดส่งผลต่อการเกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิงที่ไม่พึงประสงค์ ประสบการณ์การตั้งครรภ์เป็นภาพสะท้อนทางความคิดชุดต่างๆ ในชุมชนที่ทำให้ผู้หญิงเกิดความเสียดใจได้รับผลกระทบ การได้รับบริการทางการแพทย์เป็นสัญญาณของโครงการ โครงสร้างปฏิบัติการต่างๆ ของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ทำให้เกิดการเอาเปรียบจากระบบและโครงสร้างที่มีภาคปฏิบัติการต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันในหลายระดับ

นอกจากนั้นแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดมานุษยวิทยาพิจารณาปฏิสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงด้านการศึกษาและการพัฒนาสังคมว่าวัยรุ่นได้รับการบริการและการปฏิบัติอย่างไรบ้าง เพื่อช่วยให้เห็นภาพว่านโยบายการดูแลจากหน่วยงานของรัฐบาลได้ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้ตรงกับสภาพที่แท้จริงหรือไม่

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยเรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิงจังหวัดนครพนม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ งานวิจัยในต่างประเทศและในประเทศ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Aaron, Lauric, Beverly, Mildred, and Nonhlanhla (2002) ศึกษาพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขจะช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างถูกต้องแต่บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดทั้งด้านทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาที่จะนำไปใช้ในการทำงานกับวัยรุ่นในทางปฏิบัติและ

ทางวิชาการและยังต้องการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา รวมทั้งทักษะและเทคนิคการสอนให้แก่วัยรุ่น ดังนั้นจึงคาดว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อทักษะการป้องกันกรณีเพศสัมพันธ์ในด้านต่างๆ

Christian C. Ibeh, Joseph I. Ikechebelu (2002) ศึกษาการตั้งครรภ์วัยรุ่น เรื่องความรู้และทัศนคติของวัยรุ่นในตะวันออกเฉียงใต้ของไนจีเรีย ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 4 แห่ง โดยได้สุ่มเลือกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวนแห่งละ 130 คน มาเพื่อทำแบบสำรวจรวมทั้งสิ้นจำนวน 520 คน ผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมใช้แบบสอบถามกับนักเรียนผลการศึกษาพบว่าความตระหนักในระดับสูงของการตั้งครรภ์วัยรุ่นในหมู่วัยรุ่น ร้อยละ 71.8 เด็กหญิง ร้อยละ 5.1 และเด็กชาย ร้อยละ 8.1 รายงานว่า การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ตอบแบบสอบถามกว่า ร้อยละ 92 ไม่เห็นด้วยในขณะที่ ร้อยละ 4.4 ไม่แยแส และร้อยละ 3.5 เห็นว่าเป็นที่ยอมรับสัดส่วนของนักเรียนร้อยละ 29.8 ไม่ทราบวิธีการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์วัยรุ่น การคุมกำเนิดไม่ใช่ทางเลือกที่ได้รับการยอมรับแต่ก็ไม่ได้ห้าม สำหรับการทำแท้งมีน้อย แม้จะตกเป็นเหยื่อของการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ

Chen MY, James K, Hsu LL, Chang SW, Huang LH, Wang EK (2005) ศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมารดาวัยรุ่น โดยการสัมภาษณ์และใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมการศึกษายังคงอาศัยอยู่กับพ่อแม่ของตนเอง สองในสามจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากพ่อแม่ (โดยทั่วไปได้รับจากมารดาผู้ให้กำเนิด) และร้อยละ 35 ของผู้เข้าร่วมรายงานพบว่าไม่เคยใช้ยาคุมกำเนิดซึ่ง 1 ใน 3 ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) และร้อยละ 44 ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเกือบร้อยละ 60 ของเด็กได้รับการดูแลโดยมารดาของตนเอง มารดาวัยรุ่นที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีการแต่งงาน และได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากผู้ปกครองมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่มีลักษณะเหล่านี้

PrachiRenjhen, Ashwini Kumar, Sanjay Pattanshetty, Afrinagir, and Charmaine Minoli Samarasinghe (2010) ศึกษา ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการคุมกำเนิดของนักศึกษาวิทยาลัยในสิกขิมประเทศอินเดีย การศึกษาในวิทยาลัยของรัฐบาล จังหวัดสิกขิม ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2552 เพื่อประเมินความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการคุมกำเนิดของนักเรียนที่เข้าเรียนในหลักสูตรปริญญาตรีปีการศึกษาที่ 1 จำนวน 156 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์พบว่า นักเรียน ร้อยละ 98 มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และร้อยละ 86 เคยได้ยินเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่รู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย ร้อยละ 85 และยาคุมกำเนิด ร้อยละ 40 แต่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแบบถาวรและการใส่ห่วงอนามัยไม่ดี เฉลี่ยร้อยละ 12 นักเรียนส่วนใหญ่คิดว่า การคุมกำเนิดถูกใช้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ

ร้อยละ 35 และเพื่อเว้นระยะห่างของการมีบุตร (for birth spacing) ร้อยละ 30 มีร้อยละ 11 ของนักเรียนที่ใช้รูปแบบการคุมกำเนิดรูปแบบดั้งเดิม และร้อยละ 7 ใช้ในรูปแบบปัจจุบัน คือ ยาคุมกำเนิด ใช้โดยทั่วไปคือถุงยางอนามัยการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้นให้เยาวชนใช้การคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมเมื่อต้องการและติดตามแนวโน้มการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

Fatuma A Ahmed, Kontie M Moussa, Karen O Petterson and Benedict O Asamoah Ahmed et al., (2012) ประเมินความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการคุมกำเนิดฉุกเฉิน การศึกษาเชิงปริมาณแบบ cross section ระหว่างนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี ของเอธิโอเปียจำนวน 368 คน ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาคอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น นำเสนอผลการวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยการโลจิสติกส์ ผู้เข้าร่วมทั้งหมด (n = 368) มีเพียงร้อยละ 23.4 เท่านั้น ที่มีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.2 ได้ยินเรื่องการคุมกำเนิดฉุกเฉินร้อยละ 32.3 มีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องนี้แหล่งข้อมูลหลักที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับ คือ สื่อ ร้อยละ 69.3 ในบรรดาผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ประมาณ ร้อยละ 42 มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน ในกลุ่มผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน ร้อยละ 75 เคยใช้ยาคุมฉุกเฉิน ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีกิจกรรมทางเพศมีทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีกิจกรรมทางเพศ (crude หรือ 0.33 (0.15-0.71)) แม้กระทั่งหลังปรับเปลี่ยนปัจจัยที่อาจเป็นอุปสรรค เช่นอายุ ภูมิภาค ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การศึกษาครอบครัวและรายได้ เป็นต้น

Pamela Mda Don O'Mahony Parimalarani Yogeswaran Graham Wright (2013) ศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของเด็กนักเรียนอายุ 12-14 ปี ในโรงเรียนสองแห่งในเขตเทศบาลเมือง King Sabata Dalindyebo, Eastern Cape การศึกษาความรู้ทัศนคติและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ระหว่างเด็กนักเรียนที่ยังไม่ได้สมรสอายุ 12-14 ปี เพื่อให้ทราบถึงการวางแผนโครงการเพื่อช่วยในการลดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมจากโรงเรียนรัฐบาลของรัฐ 2 แห่ง ในเขตเทศบาลเมือง King Sabata Dalindyebo เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกและกลุ่มสนทนาหลังจากได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากพ่อแม่และได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ ได้รับการบันทึกเสียงแบบวาทกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมทางเพศ ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง เช่นคู่อที่มีความสัมพันธ์หลายคน การค้าประเวณีและเพศที่สาม เป็นต้น ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด แตกต่างกันและ

ไม่เพียงพอ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด หลักสูตรของโรงเรียนและคนในครอบครัวค่อนข้างน้อยเห็นได้อย่างชัดเจน

2.9.2 งานวิจัยในประเทศ

วิชา เวชยศาสตร์ศฤงคาร (2555) ได้ศึกษาการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่คลอดครรภ์แรกในโรงพยาบาลบางใหญ่ ผลการวิจัยพบว่ามารดาวัยรุ่นมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าภาวะแทรกซ้อนในทารกได้แก่ทารกน้ำหนักตัวน้อยและภาวะ respiratory distress syndrome กลุ่มมารดาวัยรุ่นมีมากกว่ากลุ่มมารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุป ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มมารดาผู้ใหญ่

ศศิณารณ์ ชูดำ, วรณิ เตียววิเศษ และวิไลพรรณ สวัสดิ์พานิช (2555) ได้ศึกษาทัศนคติต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่นและพฤติกรรมบริการต่อมารดาวัยรุ่นของพยาบาลในแผนกสูติกรรม สังกัดสถานพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนใต้ ผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าพยาบาล มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและพฤติกรรมบริการในการดูแลมารดาวัยรุ่นอยู่ในระดับดี โดยไม่พบความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านอายุประสบการณ์การทำงานและการเข้าร่วมอบรม จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญต่อการวางแผนงานในการดำรงไว้ซึ่งทัศนคติและพฤติกรรมบริการ เพื่อคุณภาพในการดูแลมารดาวัยรุ่นต่อไป

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2555) ได้ศึกษาความเสี่ยงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าเช่น การเสียชีวิตของมารดาการเสียชีวิตของทารกทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ โดยสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2555 เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัม ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 15 ปี และ 15-19 ปีมีถึงร้อยละ 18.2 และ 13.7 ตามลำดับ

ศรุทยา รongเลื่อน, ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์ (2555) ได้ศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ร้อยละ 46.5 ไม่ตั้งใจที่จะมีบุตรร้อยละ 94.1 ตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังศึกษาอยู่ร้อยละ 64.7 แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคือสามีบิดามารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเองปัญหาด้านร่างกาย (physical problem) ที่พบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การสูบบุหรี่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ด้านความรู้ (health information) ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ด้านจิตสังคม (psychosocial problem) ได้แก่ รู้สึกเศร้าหดหู่ รู้สึกผิดไม่มีค่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการได้รับความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในขณะที่ตั้งครรภ์มากที่สุด

ชมพูช ดอกคำใต้ (2555) ได้ศึกษาในเรื่อง ประสบการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นเขตตำบลไม้ยา อำเภอพญาเม็งรายจังหวัดเชียงราย กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของมารดาวัยรุ่นไว้ว่า ครอบครัวนั้นเป็นสถาบันแรกที่จะปลูกฝังหรือขัดเกลาพฤติกรรมที่ควรกระทำในสังคมและยังเป็นสถาบันที่ถ่ายทอดค่านิยม วัฒนธรรมที่ควรปฏิบัติหรือควรรักษาไว้ให้กับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อประเภทยูทิวอาร์มณเพศ การเผยแพร่ของสื่อต่างๆ มักทำให้วัยรุ่นอยากเลียนแบบการกระทำและปัจจัยภายใน คือ ได้รับความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ไม่คุมกำเนิดหรือการคุมกำเนิดผิดวิธีหลังจากรู้ว่าตั้งครรภ์จะเกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตร

ศศิรินทร์ พันธุ์สุวรรณ และคณะ (2556) ได้ศึกษา ประสบการณ์หลังตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบน ผลการวิจัยอธิบายประสบการณ์ของการเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานตามการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยพบว่าการตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงานนั้นส่งผลให้ตัวหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรู้สึกหมดคุณค่าในตัวเองและทำให้การใช้ชีวิตในแบบของการเป็นวัยรุ่นได้สิ้นสุดลงมีการตอบโต้ต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นด้วยการมีปฏิกริยาทางอารมณ์เชิงลบและหาทางเลือกสำหรับก้าวต่อไปของชีวิตหวังกังวลต่อสภาวะของทารกภายในครรภ์และการแสดงบทบาทของการเป็นมารดาเตรียมตนเองสำหรับการดูแลทารกการเตรียมของใช้และสภาพแวดล้อมสำหรับทารกแรกเกิดมีการวางแผนสำหรับการเลี้ยงดูบุตรการวางแผนสำหรับการทำงานและการกลับเข้าไปยังระบบการศึกษา

บุญมี ภูด่านจิว, วรณิ เตียววิเศษ และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2556) ได้ศึกษา ตัวตนใหม่ประสบการณ์การเป็นมารดาของนักเรียนที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นกระบวนการปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อเป็นแม่ของนักเรียนที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจโดยตัวตนใหม่สะท้อนถึงความเจริญงอกงามทางด้านจิตใจและวุฒิภาวะเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การเป็นมารดาของผู้ที่ให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) จากความทุกข์กลายเป็นความสุข 2) จากความไม่มั่นใจสู่ความมั่นใจในการเลี้ยงดูลูก 3) ภูมิใจที่สามารถเลี้ยงลูกให้เติบโตแข็งแรง 4) มีความรับผิดชอบมากขึ้น 5) มีเป้าหมายชีวิตใหม่และ 6) เข้าใจหัวอกพ่อแม่

ลำเจียก กำธร และจิณัฐตา ศุภศรี (2556) ได้ศึกษาวัยรุ่นวัยรุ่นกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมป้องกันอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเกิดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์หรือตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นขึ้น พ่อ แม่ ผู้ปกครองและผู้ใหญ่ในสังคมต้องให้ออกาสเด็กเหล่านี้ให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปไม่กล่าวโทษหรือตำหนิโดยต้องเดินเคียงคู่ไปกับเขา แม้วรุ่นจะรู้ว่าตั้งครรภ์แล้วยังอึดอัดยังเก็บเด็กเอาไว้ถือว่าเป็นเรื่องที่น่าชื่นชมและกล้าหาญ เพราะมันไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ สำหรับวัยรุ่น แต่ถ้าเขาผ่านตรงจุดนี้ไปได้ก็ต้องชื่นชม เป็นกำลังใจให้ด้วยให้เขา

ได้ฝึกรักตัวเองให้เป็นความรัก ความเข้าใจและการให้โอกาสจากคนใกล้ชิด จากสังคมจะทำให้เด็กกลุ่มนี้ก้าวข้ามผ่านภาวะนี้ได้ไปพร้อมๆ กับได้เรียนรู้ได้ประสบการณ์จากสิ่งที่ผ่านมาในชีวิตและสามารถเชื่อมั่นให้เป็นพลังทางบวกให้ตัวเองเข้มแข็งและเป็นแม่ที่ดีต่อไปในอนาคตได้ยังไม่สายที่ทุกฝ่ายจะร่วมมือร่วมใจกันในการลงมือปฏิบัติแก้ไขปัญหาที่มองไม่พร้อมเพื่อเยาวชนในวันนี้จะเป็นผู้ใหญ่ที่ดีและมีอนาคตในวันข้างหน้าได้

เนตรชนก แก้วจันทา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่ามีผลกระทบทั้งต่อมารดา ทารก ครอบครัวและสังคม วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้ความอยากอาหารลดลง การนอนหลับพักผ่อนน้อยลงทารกในครรภ์ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์จริง ทารกที่คลอดออกมาพบค่าคะแนน Apgar score ต่ำและเส้นรอบศีรษะของทารกเล็กกว่าปกติ มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองสูงถึง ร้อยละ 11 มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 9 และคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 13 และมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีผลกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอดพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ร้อยละ 19.82 พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้แก่ การว่างงาน พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาของสามี การถูกกระทำรุนแรง เศรษฐฐานะ การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธ์ภาพกับสามี

มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยภายใน ได้แก่ ทศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้การคุมกำเนิดและปัจจัยภายนอก คือ สังคมสิ่งแวดล้อม สื่อ วัฒนธรรมและค่านิยม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงมีข้อเสนอแนะว่าครอบครัวและสถาบันการศึกษามีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังค่านิยมที่ถูกต้อง ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และความรู้ในการคุมกำเนิด

นันทิวา สิงห์ทอง และคณะ (2558) ได้ศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โรงเรียนมัธยมศึกษาตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย

ที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ ด้านความรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านทัศนคติทางเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รักเกล้า มีศีล และฟ้ารุ่ง มีอุตร (2558) ได้ศึกษา การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นสาเหตุและแนวทางแก้ไข กรณีศึกษาวัยรุ่นในเขตชนบทแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุหลักของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 ประการ ได้แก่ 1) สาเหตุส่วนบุคคลที่เกิดจากพัฒนาการของวัยรุ่น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญา 2) สาเหตุด้านครอบครัวเกิดจากการที่บุตรถูกเลี้ยงมาจากตายายเนื่องจากพ่อแม่ไปทำงานต่างถิ่นและ 3) สาเหตุด้านสังคมและสื่อเกิดจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีการเปิดรับอิทธิพลจากสื่อโดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ตเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแบบในเรื่องเพศและการมีเพศสัมพันธ์

กลพร ยังดี, ชุตินา หลุ่มเรืองวงษ์ (2559) ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มารดาหลังคลอด ในช่วง 1 สัปดาห์หลังคลอด มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.7 โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ เวลาเฉลี่ยที่ทารกเข้าอนาคัดชั้นมีผลกายของมารดาก่อนตั้งครรภ์ค่าดัชนีมีผลกายของมารดาในปัจจุบันสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดีและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย ส่วนมารดาหลังคลอดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.1 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ระดับการศึกษารายได้การมีประจำเดือนล่าช้า การมีระยะเวลาการคลอดที่ยาวนานการตื่นเป็นเวลานานในช่วงกลางคืนของทารก ความสัมพันธ์กับคู่สมรสไม่ดีและได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย

บุรเทพ ไชครนานุกุลและกมลชนก ขำสุวรรณ (2559) ได้ศึกษาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผลกระทบทางสังคมจากมุมมองเรื่องเพศของแม่ต่างรุ่น ผลการศึกษาพบว่า แม่วัยรุ่นในแต่ละรุ่นอายุมีวิถีคิด ทัศนคติและความเชื่อเรื่องเพศที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างของประสบการณ์ การอบรมเลี้ยงดู สภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมต่างกันในกลุ่มอายุต่างๆ ทำให้เกิดทัศนคติ รูปแบบพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน แสดงถึงช่องว่างในแต่ละรุ่นอายุที่มีความขัดแย้งกันระหว่างจารีตประเพณีและการยอมรับหลักการปฏิบัติในเพศจากเพื่อน โฆษณาและสื่อต่างที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้มีเพศสัมพันธ์

মনชนก พัฒน์คล้ายและอารี พุ่มประไพทย์ (2559) ศึกษาเรื่องประสบการณ์การตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการตั้งครรภ์มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ มีมุมมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดา ขาดความรู้การคุมกำเนิด การอบรมเลี้ยงดูที่ให้อิสระ เพื่อนชักจูงดื่มแอลกอฮอล์และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย หวาดกลัวและเป็นกังวล ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและหลายคนต้องออกจากงาน บางส่วนพยายามทำแท้งแต่ก็ล้มเหลวจึงต้องตั้งครรภ์ต่อ ในขณะที่คลอดเกิดความรู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวด มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ไม่มีเงินหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในส่วนของลักษณะของการเลี้ยงดูบุตรนั้น หลังคลอดและช่วงเลี้ยงดูวัยรุ่นนำบุตรมาเลี้ยงด้วยตนเองและความช่วยเหลือจากบ้านพักเด็กและครอบครัวอาศัยความเข้าใจของครอบครัวเป็นกำลังใจและมีการวางแผนอนาคต โดยตั้งใจจะกลับไปเรียนหรือกลับไปอยู่กับครอบครัวภายหลังคลอดและส่วนใหญ่ยกลูกให้มูลนิธิ

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ สรุปได้ว่า การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เป็นการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นหญิงที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวความรู้ และทัศนคติ การป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสำคัญ