

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
ของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

ปัทมา รักก่อ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
ของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

.....
นางสาวปัทมา รักก่อ
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
รองศาสตราจารย์พูนสุข ช่วยทอง,
วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
รองศาสตราจารย์วงเดือน ปั่นดี, ส.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามี, Ph.D.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
ของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

.....

นางสาวปัทมา รักก่อ

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทน์โมลี, ศ.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์สุปรียา ต้นสกุล, ค.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์วงเดือน ปั่นดี, ศ.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์พูนสุข ช่วยทอง,

วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรียา ตันสกุล รองศาสตราจารย์พูนสุข ช่วยทอง รองศาสตราจารย์ ดร. วงเดือน ปิ่นดี และรองศาสตราจารย์ ดร.สุริย์ จันทรโมลี ที่ได้สละเวลาให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำด้าน วิชาการและข้อคิดเห็นต่าง ๆ อีกทั้งยังให้กำลังใจตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในเรื่องต่าง ๆ ด้วยความปรารถนาดีเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตลอด ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในภาควิชาฯ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันอาชีวศึกษา อาจารย์ประจำชั้น และอาจารย์ ผู้รับผิดชอบวิชาของสถาบันอาชีวศึกษา สังกัด สอศ. ทั้ง 6 แห่งในจังหวัดพัทลุง ที่ให้ความสะดวก ในการดำเนินการและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุก ท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนสำเร็จด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อประเทือง และคุณแม่ยุวดี ที่เป็นแบบอย่าง ในการดำเนินชีวิตและปลูกฝังให้ผู้วิจัยใส่ใจในการศึกษา ขอขอบคุณพี่ปิโยรส คุณลุงเดิม คุณป้าจิน ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ วท.ม. สาขาวิชาเอกสุศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ ปี 49 รุ่นที่ 30 เพื่อน ๆ พยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ และผู้มีพระคุณ อีกหลายท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวไว้ในที่นี้ที่มีส่วนช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ปัทมา รักเกื้อ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

FACTORS RELATED TO SEXUAL RISK TAKING BEHAVIOUR OF HIV INFECTION

AMONG VOCATIONAL EDUCATION STUDENTS IN PHATTHALUNG PROVINCE

ปีพม่า รักเกื้อ 4936383 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุปรียา ดันสกุล, ค.ศ., พูนสุข ช่วยทอง, วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร), วณเดือน ปั่นดี, ศ.ค.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง โดยประยุกต์กรอบแนวคิด PRECEDE Framework เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้นักเรียนตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบ ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 58.5 โดยมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว (ร้อยละ 31.0 และ 27.5 ตามลำดับ) ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา นั้น กลุ่มตัวอย่างใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพียงร้อยละ 31.8 และใช้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอนเพียง ร้อยละ 47.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน ประเภทวิชาที่เรียน เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการควบคุมตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักชั่วคราวอื่น ๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษาควรบังคับใช้กฎหมายหรือกฎระเบียบต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดทั้งการจัดระเบียบหอพักการควบคุมการจำหน่ายสุราและการควบคุมสถานบันเทิง รวมไปถึงควรมีการตรวจบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ใช้บริการอย่างเคร่งครัด ด้านผู้ประกอบการควรเริ่มต้นสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานให้เร็วขึ้นตั้งแต่เด็กเข้าสู่วัยประถมศึกษา ในด้านการจัดโปรแกรมสุขศึกษาควรเน้นเรื่องการเสริมสร้างเจตคติทางเพศที่ดีงาม การควบคุมตนเองและทักษะการใช้ถุงยางอนามัย โดยต้องทำให้ถูกวิธีและใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ : พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี / นักเรียนอาชีวศึกษา / จังหวัดพัทลุง

FACTORS RELATED TO SEXUAL RISK TAKING BEHAVIOUR OF HIV INFECTION
AMONG VOCATIONAL EDUCATION STUDENTS IN PHATTHALUNG PROVINCE

PATTHAMA RAKKUA 4936383 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPREYA TANSAKUL, Ph.D., POONSOOK SHUAYTONG, M.S.
(HUMAN REPRODUCTION AND POPULATION PLANNING), WONGDYAN PANDII, Dr.P.H.

ABSTRACT

This cross-sectional survey research was aimed at studying the factors related to sexual risk-taking behaviour of HIV infection among vocational education students in Phatthalung Province. The PRECEDE Framework was applied for developing the research conceptual framework. The sample was 400 vocational education students selected by stratified random sampling. The data were collected by using self-administered questionnaires developed by the researcher. Chi-Square and ANOVA were used for analyzing the data.

The results of the research showed that 58.5 percent of the sample had engaged in sexual behaviours putting them at risk of HIV infection, whereas 31.0 percent had engaged in behaviours leading to a sexual relationship compared to 27.5 percent who had had a sexual relationship. For their most recent sexual relationship, 31.8 percent were found to use a condom everytime, while 47.1 percent used a condom correctly in every step. The predisposing factors that were found to be related to sexual risk behavior connected with HIV infection were: gender, age, class level, major field of study, attitudes toward sexual risk behavior of HIV infection, and self-control. The enabling factors that were found to relate to sexual risk behavior of HIV infection were: the person whom the students stay with, alcohol consumption, frequenting and having access to nighttime entertainment establishments and various temporary accommodations, access to pornography, and convenient access to condoms. The reinforcing factor found to relate to sexual risk behavior was sex-related communication in the family.

The recommendations were that the organizations related to the educational institution should enforce the laws or regulations strictly in regards to management of the students' dormitory, control the sale of alcoholic beverages, and control access to nighttime entertainment establishments, including strictly checking identification cards of the customers. For student guardians, sex-related communication should be done with children as early as when students enter primary school level. In regards to organizing a health education program, emphasis should be on promoting positive sex-related attitudes, self-control, and skills of using a condom correctly and everytime when having sexual relations.

KEY WORDS : SEXUAL RISK TAKING BEHAVIOUR OF HIV INFECTION / VOCATIONAL
EDUCATION STUDENTS / PHATTHALUNG PROVINCE

283 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
คำนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ระบาดวิทยาและความรู้เรื่องโรคเอดส์	12
วัยรุ่นและพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น	19
พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น	29
แนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)	49
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของวัยรุ่นและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	60
กรอบแนวคิดในการวิจัย	90
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	91
ประชากรและขนาดตัวอย่าง	91
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	97
การสร้างเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	104

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	105
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	106
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	106
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม	107
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง	136
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับ พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบ ANOVA	141
บทที่ 5	อภิปรายผล
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	194
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	215
บรรณานุกรม	241
ภาคผนวก	262
ประวัติผู้วิจัย	283

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	สรุปการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	45
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษา	93
3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษาจำแนกตามประเภทวิชาที่เรียน	93
4	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษาจำแนกตามระดับชั้นปี	94
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร	109
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ	117
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน	124
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์	125
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และการมีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษา	126
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การใช้สื่อบันเทิงที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการใช้สื่อบันเทิงที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ	128
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย	129
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ (รายชื่อ)	132
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเสริม	135
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมทางเพศ	136
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามเพศและอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	138
16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	139
17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและการปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย (นักเรียนจำนวน 104 คน*)	140

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย (นักเรียนจำนวน 104 คน*)	141
19	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	143
20	ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยนำกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	146
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการพักอาศัยกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	150
22	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	151
23	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างการไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	152
24	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับและเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	153
25	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างการเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	154
26	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (เปรียบเทียบรายคู่)*	155
27	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของสถานที่ ความเหมาะสมของระยะทางที่จะไปซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย และความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัยกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	156

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
28	ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	158
29	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายละเอียดการใช้จ่ายเงิน	263
30	ร้อยละของเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ	264
31	ร้อยละของการควบคุมตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ	266
32	ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ	268
33	ร้อยละของความรู้สึกละอายใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ	270
34	จำนวนและร้อยละของความถี่ในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์	271
35	ร้อยละของความถี่ในการไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ หรือสถานบริการที่พำนักชั่วคราวอื่น ๆ	272
36	ร้อยละของความถี่ในการใช้สื่อบันเทิงที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ	273
37	ร้อยละของการคล้อยตามกลุ่มเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกรายข้อ	275
38	ร้อยละของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ	277
39	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีแฟนหรือคู่รัก	278
40	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์	279
41	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย รายข้อ (นักเรียนจำนวน 104 คน*)	280

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	องค์ประกอบ PRECEDE-PROCEED MODEL	59
2	กรอบแนวคิดการวิจัย	90
3	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling)	96

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนทุกระดับ และนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น การแพร่ระบาดของโรคเอดส์นอกจากก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจและระบบสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาวัคซีนและยาเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้เป็นเพียงยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนในร่างกายมากขึ้นเท่านั้น (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2543: 16) นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2524 ต่อมาโรคเอดส์ได้กระจายไปทุกภูมิภาคของโลก การรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2006 โดยองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า แม้อัตราการติดเชื้อในบางประเทศจะลดลงก็ตาม แต่คาดว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในภาพรวมยังคงเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 39.5 ล้านคน และเป็นผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.9 ล้านคน ทั้งนี้คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 4.3 ล้านคนทั่วโลก (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2550) สำหรับสถานการณ์ในทวีปเอเชียนั้น ในปี ค.ศ. 2005 พบว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS จำนวน 8.3 ล้านคน อัตราความชุก ร้อยละ 0.4 โดยประเทศอินเดียพบมีผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS มากที่สุด จำนวน 5.7 ล้านคน อัตราความชุก ร้อยละ 1.6 (UNAIDS 2005 อ้างใน มนทิรา ทองสาร, 2549: 7-9)

สำหรับในประเทศไทย ความเป็นมาของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยเริ่มระบาดในชายรักร่วมเพศที่มีเพศสัมพันธ์กับชาวต่างชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2531 พบการระบาดอย่างรวดเร็วในผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้น (intravenous drug user: IVDU) ในปีถัดมาพบการระบาดในหญิงบริการทางเพศ ซึ่งเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงและรวดเร็วมาก และเริ่มแพร่ระบาดไปสู่ชายที่เกี่ยวหญิงบริการ ในปี พ.ศ. 2533 เริ่มพบการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจากชายที่ติดเชื้อสู่แม่บ้านหรือคู่อรักในอัตราที่น่าวิตก และนับแต่ปี พ.ศ. 2534 ก็เริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี

จากมารดาที่ติดเชื้อไปยังทารก (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540: 2) ในปี พ.ศ. 2550 สำนักกระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 10,375 ราย อัตราป่วย 16.57 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 2.92 ต่อประชากรแสนคน เพศชาย 6,436 ราย และเพศหญิง 3,939 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.6 : 1 เสียชีวิต 1,181 ราย (เพศชาย 767 ราย และเพศหญิง 414 ราย) อัตราป่วยตาย ร้อยละ 11.38 (เพศชาย ร้อยละ 11.92 และเพศหญิง ร้อยละ 10.51) จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2550 รวม 330,740 ราย เพศชาย 229,042 ราย และเพศหญิง 101,698 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 2.2 : 1 เสียชีวิต 91,074 ราย (เพศชาย 65,126 ราย และเพศหญิง 25,948 ราย) อัตราป่วยตาย ร้อยละ 27.53 (เพศชาย ร้อยละ 28.43 และเพศหญิง ร้อยละ 25.51) จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.70 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 23.51 กลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 17.76 และ 40-44 ปี ร้อยละ 9.84 อาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ รับจ้าง/กรรมกร/ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 46.91 รองลงมา คือ เกษตรกรรม ว่างาน และค้าขาย ร้อยละ 20.34, 5.96 และ 4.49 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.83 รองลงมา คือ การติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 4.65 และการคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 3.89 ผู้ป่วยที่ไม่ระบุปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 7.55 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550ก)

เมื่อพิจารณาจากลักษณะระยะฟักตัวของโรคเอดส์ ซึ่งอาจยาวนานจนถึงมากกว่า 15 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 7-10 ปี (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540: 16) แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มได้รับเชื้อเอดส์ ในช่วงที่เป็นวัยรุ่น เยาวชน และวัยทำงาน (สุรศักดิ์ โควสุภัทร์, 2542: 28-32)

รายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมที่เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2550 มีทั้งสิ้น 29,653 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.96 ของผู้ป่วยสะสมทั้งหมด (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550ก) เมื่อพิจารณาจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดต่าง ๆ ในกลุ่มเยาวชนชาย-หญิง อายุระหว่าง 15-24 ปี ที่สำนักกระบาดวิทยาได้ดำเนินการร่วมกับจังหวัดในเครือข่ายเฝ้าระวังใน 7 กลุ่ม คือ นักเรียนชาย-หญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 นักเรียนอาชีวศึกษาชาย-หญิงชั้นปีที่ 2 พนักงานชาย-หญิงในสถานประกอบการ และทหารกองประจำการ ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 พบว่า เยาวชนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี และมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือคู่อุปถัมภ์ในลำดับที่ค่อนข้างสูง แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำกว่าตัวชี้วัดของ UNGASS (United Nation General Assembly Special Session) (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2549: 829-843) ซึ่งเห็นว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการติดเชื้อโรคเอดส์ในเยาวชนมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) พ.ศ. 2548 ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์พบมีรายงานผู้ป่วยมากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นมาตลอด (สำนักกระบาดวิทยา

กรมควบคุมโรค, 2548: 805-811) ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญในการมีส่วนทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในปัจจุบันพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนและเยาวชนในสถานศึกษานำไปสู่การติดเชื้อเอดส์ ซึ่งนับได้ว่าเป็นปัญหาที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว

สำหรับสถานการณ์เอดส์ในภาคใต้ของประเทศไทยนั้น ผลการศึกษาศถานการณ์โรคเอดส์ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มสูงกว่าภาคอื่น ๆ อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในจังหวัดระนอง ภูเก็ต ตรัง กระบี่ และสงขลา อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 2.5 : 1 กลุ่มอายุที่พบมาก ได้แก่ กลุ่มอายุ 25-34 ปี มีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์เป็นอันดับแรก (เครื่องมือ จันทราณีวัฒน์ และนัยนา เนตรทิพย์, 2545: 90-103) ในปี พ.ศ. 2550 ภาคใต้พบมีอัตราป่วยโรคเอดส์ 14.73 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งถือเป็นอันดับสามรองจากภาคเหนือและภาคกลาง ซึ่งมีอัตราป่วย 24.30 และ 23.23 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550ก)

จังหวัดพัทลุง เป็นจังหวัดที่ประสบกับปัญหาโรคเอดส์ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของจังหวัดพัทลุงในปี พ.ศ. 2532 รายงานผู้ป่วยเอดส์เพิ่มอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการรายใหม่จำนวน 173 ราย และเมื่อนับจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 จนถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2550 รวมทั้งสิ้น 2,244 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์ 1,662 ราย เสียชีวิต 370 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ 582 ราย เสียชีวิต 107 ราย เมื่อพิจารณาจากอายุของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 20-39 ปี (ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 1,303 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.4 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จำนวน 461 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.2) ทั้งนี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.1 และร้อยละ 68.4 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2550ก) และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลด้านกลุ่มอายุแสดงว่าผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการน่าจะได้รับการติดต่อตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นแล้วจึงมาแสดงอาการในช่วงวัยทำงาน และจากผลสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า จังหวัดพัทลุงมีอัตราป่วยโรคเอดส์เท่ากับ 18.42 ต่อประชากรแสนคน โดยสูงเป็นอันดับ 4 ใน 14 จังหวัดภาคใต้ (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550ก) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ปี พ.ศ. 2548 พบว่า จังหวัดพัทลุงมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมในกลุ่มเยาวชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527-31 ตุลาคม พ.ศ. 2548 รวม 149 คน คิดเป็นอันดับ 9 จากจำนวน 14 จังหวัดภาคใต้ (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2548: 805-811)

จังหวัดพัทลุงเป็นเมืองเล็กๆ ที่ค่อนข้างเงียบสงบ และเป็นเมืองเกษตรกรรม แต่ปัจจุบันนี้พบว่าสภาพสังคมที่มีสื่อชนิดต่าง ๆ มากมายนั้นมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต มีทั้งประโยชน์และโทษต่อเด็กและวัยรุ่น รวมทั้งพ่อแม่ที่จำเป็นต้องปล่อยให้ลูกหลานไปเผชิญชีวิตอยู่ตามลำพัง โดยการเช่าหอพัก บ้านพัก หรือทอดทิ้งไว้เป็นระยะไม่ได้เอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควรนั้น ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้นในสังคมเมืองพัทลุง เช่น นักเรียน นักศึกษา เช้าบ้าน/หอพักอยู่ร่วมกัน มีการทดลองอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันทางพฤติกรรมเป็นสามัคคีรยา พฤติกรรมรักร่วมเพศของวัยรุ่น พฤติกรรมมั่วสุมยาเสพติด ลูกหลานใช้บ้านที่อยู่อาศัยปกปิดยามที่พ่อแม่ไม่อยู่บ้านชั่วครั้งชั่วคราวในการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศและเพศเดียวกัน พฤติกรรมสลับเปลี่ยนคู่นอน ขาดบริการทางเพศ ชักจูงหรือลวงเพื่อน ๆ ไปให้เพื่อนหรือแฟนตัวเองเรียงคิวมีเพศสัมพันธ์ และนักศึกษาชายแข่งรถพนันแฟนตัวเอง เป็นต้น (ปรัชญา พรหมวงษ์, 2547: 6) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของวัยรุ่นเหล่านี้ล้วนอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการนำตัวเองไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกมากมายทั้งกับตนเอง ครอบครัว ตลอดจนปัญหาสังคม

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดพัทลุงนั้นนอกจากการให้ความรู้ในวิชาสุขศึกษาแล้ว ยังพบว่าสถานศึกษาที่ได้เข้าร่วมโครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ ซึ่งเป็นโครงการภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และการป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา โดยเข้าร่วมโครงการครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2547 และในปี พ.ศ. 2550 มีสถาบันการศึกษาในจังหวัดพัทลุงที่เข้าร่วมโครงการแล้วทั้งสิ้น 31 แห่ง (ฐานข้อมูลโครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ, 2550) โดยได้นำเอาบทเรียนจากโครงการฯ มาประยุกต์เข้ากับการเรียนการสอนในชั้นเรียน ร่วมกับการทำกิจกรรมตามโอกาสต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผลการดำเนินงานนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากนักเรียนยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและมีแนวโน้มสูงขึ้น จากผลการดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพัทลุงในปี พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2548 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษามีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์สูงขึ้น นักเรียนมัธยมศึกษาใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง ส่วนนักเรียนอาชีวศึกษาชายมีการใช้ถุงยางอนามัยสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำมาก ไม่ถึงร้อยละ 50 (สูงสุดเพียงร้อยละ 36.6 ต่ำสุดร้อยละ 18.2) ในรอบปีที่ผ่านมา นักเรียนใช้ถุงยางอนามัยกับแฟน/คู่รัก และผู้ขายบริการทางเพศลดลง ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับคู่นอนแต่ละประเภทนั้นถึงแม้จะสูงขึ้น แต่ก็ยังไม่ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษามีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2548; 2550ข)

จากการที่นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับที่น่าเป็นห่วง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากมุมมองหรือทัศนคติของวัยรุ่นที่มีต่อเรื่องเพศในปัจจุบันนั้นมีส่วนได้รับอิทธิพลมาจากสื่อ กลุ่มเพื่อน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นในกระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยในทุก ๆ ด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในตัววัยรุ่นเอง หรือปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นของจังหวัดพัทลุงนั้นยังมีการศึกษาอยู่ไม่มากนัก และจากเหตุผลที่ว่าพัทลุงเป็นเมืองเกษตรกรรม เป็นจังหวัดเล็กที่ไม่ใช่ศูนย์กลางการท่องเที่ยวในภาคใต้ แต่กลับพบจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในอัตราที่สูงและวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่น่าวิตก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว โดยได้นำกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ของ Green และคณะ มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพัทลุงเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของจังหวัดพัทลุงให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามในการวิจัย

1. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การควบคุมตนเอง การรับรู้บทบาทหญิงชาย และความรู้สึกละอายใจในตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง
2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักชั่วคราวอื่นๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ (independent variables) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การควบคุมตนเอง การรับรู้บทบาทหญิงชาย ความรู้สึกละอายใจในตนเอง และลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน ประเภทวิชาที่เรียน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา

1.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักชั่วคราวอื่น ๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

1.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

2. ตัวแปรตาม (dependent variables) คือ พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยรวมทั้งการเคยมีเพศสัมพันธ์ และการมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ดังนี้

2.1 การเคยมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

- 1) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- 2) การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี

2.2 พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่

- 1) การนัดพบหรือไปเที่ยวกับคู่อริหรือเพื่อนต่างเพศตาม

ลำพังในที่ลับตา

- 2) การไปค้างคืน เพื่อกินหรือพักผ่อนกับคู่อริหรือเพื่อนต่างเพศ

- 3) การแสดงความรักกับคู่อริหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการ

จับมือ โอบไหล่-เอว

- 4) การแสดงความรักกับคู่อริหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการ

กอด จูบ เล้าโลมสัมผัสร่างกาย

- 5) การสำเร็จความใคร่ให้กับคู่อริหรือเพื่อนต่างเพศ

2.3 ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชายหญิง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1-2 ภาคปกติ ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2552 จังหวัดพัทลุง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) เนื่องจากนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 3 อยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติงานนอกสถานศึกษา จึงไม่สะดวกในการเก็บข้อมูล

2. การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ขั้นตอนที่ 4 ของ PRECEDE Framework มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพัทลุง โดยศึกษาเฉพาะบางตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

คำนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และการเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แปลผลพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 การเคยมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง การมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้ไม่ถูกวิธี ประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีพฤติกรรมชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และตอบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว จะถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเคยใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ก็ตาม โดยเป็นการมีเพศสัมพันธ์แบบสมัครใจ ไม่รวมการมีเพศสัมพันธ์จากการถูกข่มขืน

1.2 มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติต่อคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อไปได้ ซึ่งมีทั้งหมด 5 พฤติกรรม ได้แก่ การนัดพบหรือไปเที่ยวกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศตามลำพังในที่ลับตา การไปค้างคืน/เที่ยวพักแรมกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศโดยการจับมือ โอบไหล่-เอว การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศโดยการกอด จูบ เล้าโลมสัมผัสร่างกาย และการสำเร็จความใคร่ให้กับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ ประเมินโดยหากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเหล่านี้อย่างน้อย 1 พฤติกรรม โดยที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ จะถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

1.3 ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์เลยแม้แต่พฤติกรรมเดียวและไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

2. นักเรียนอาชีวศึกษา หมายถึง นักเรียนอาชีวศึกษาชายและหญิง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1-2 ภาคปกติ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2552 จังหวัดพัทลุง

3. ลักษณะทางประชากร หมายถึง คุณสมบัติพื้นฐานของบุคคลที่เป็นตัวอธิบายความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน ประเภทวิชาที่เรียน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน และสถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา

4. ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จงใจทำให้แสดงพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การควบคุมตนเอง การรับรู้บทบาทหญิงชาย และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

5. ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยภายนอกบุคคล หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางเพศได้ง่ายขึ้น รวมถึงปัจจัยที่เป็นแหล่งทรัพยากร สถานที่ หรือสถานการณ์ที่เอื้อให้เกิดการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน (สถานที่พักอาศัย และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย) การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวและความสะดวกในการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักชั่วคราวอื่น ๆ (เช่น โรงแรม ม่านรูด บังกะโล) การเปิดรับและความสะดวกในการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

6. ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางเพศ อันเกิดจากแรงกระตุ้นหรือแรงสนับสนุนจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อนักเรียน ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

7. เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความเชื่อ หรือความรู้สึกละเอียดของนักเรียนอาชีวศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ

- มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าเกณฑ์ปกติของกลุ่ม
- มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามเกณฑ์ปกติของกลุ่ม
- มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำกว่าเกณฑ์ปกติของกลุ่ม

8. การควบคุมตนเอง หมายถึง ความสามารถของนักเรียนในการควบคุมหรือละเว้นการกระทำของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ

- มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง
- มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับปานกลาง
- มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำ

9. การรับรู้บทบาทหญิงชาย หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของนักเรียนต่อความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมกันระหว่างชายหญิงในเรื่องเพศว่าทั้งชายและหญิงควรปฏิบัติอย่างไรในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ

- มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับสูง
- มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง
- มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับต่ำ

10. ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการที่นักเรียนประเมินตนเองและพิจารณาความรู้สึกนึกคิดและตัดสินใจตนเอง จนเกิดการเห็นคุณค่า ฟังพอใจ ภาคภูมิใจ และให้ความสำคัญต่อตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's self esteem scale) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ

- มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง
- มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง
- มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองระดับต่ำ

11. ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน หมายถึง สถานที่ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ในขณะเรียน เช่น บ้านของตนเอง บ้านเช่า หอพัก/แฟลต/แมนชั่น/อพาร์ทเมนต์ วัด และบุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

12. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ หมายถึง การบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

13. การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักชั่วคราว หมายถึง การไปเที่ยวและความสะดวกในการเข้าไปใช้บริการในสถานที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน เช่น ผับ เชน บาร์ คาราโอเกะ อาบอบนวด นวดแผนโบราณ รวมถึงการไปใช้บริการในสถานบริการทางเพศ โรงแรมม่านรูด สถานบริการที่พักชั่วคราว บังกะโล เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

14. การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ หมายถึง การมีประสบการณ์ในการรับรู้ข่าวสารจากสื่อประเภทต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ได้แก่ การดูโทรทัศน์/ภาพยนตร์/วีซีดี/ดีวีดี การอ่านหนังสือ/นิตยสาร/การ์ตูน ที่มีเนื้อหาปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ การเปิดดูเว็บไซต์โป๊เปลือยหรือใช้โปรแกรมสนทนา (CHAT) เรื่องเพศทางอินเทอร์เน็ต และการใช้

โทรศัพท์มือถือในการดาวน์โหลดรูปหรือคลิปลามก รวมถึงความสะดวก/ความมีอิสระในการใช้สื่อดังกล่าวด้วย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

15. ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย หมายถึง ความสะดวกหรือความง่ายในการซื้อหาหรือได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ร้านค้าทั่วไป ร้านขายยา ร้านสะดวกซื้อที่เปิดบริการ 24 ชั่วโมง มินิมาร์ก/ซูเปอร์มาร์เก็ต/ห้างสรรพสินค้า สถานีนามัย โรงพยาบาล โรงเรียน/สถานศึกษา สถานบริการทางเพศ/โรงแรม และสถานบันเทิง เซก/ผับ/บาร์ เพื่อใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงความเพียงพอของสถานที่ที่จะซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย ความเหมาะสมของระยะทางที่จะไปซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย และความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

16. การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความต้องการ หรือความตั้งใจของนักเรียนที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ คำชักชวน หรือการกระทำของเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ

- ไม่คล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง
- ไม่คล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับปานกลาง
- ไม่คล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำ

17. การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว หมายถึง การพูดคุย การบอก การให้ข้อมูล และการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือญาติใกล้ชิดกับบุตรหลานวัยรุ่น ในเรื่องปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องเพศ ไปจนถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ

- มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับสูง
- มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง
- มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับต่ำ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ระบาดวิทยาและความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. วัยรุ่นและพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น
3. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น
4. แนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบาดวิทยาและความรู้เรื่องโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) ย่อมาจากคำว่า acquired immunodeficiency syndrome ซึ่งแปลว่า กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV ซึ่งย่อมาจาก human immunodeficiency virus) เชื้อนี้เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องลง เป็นผลทำให้เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการมักจะรุนแรงและเรื้อรัง และเสียชีวิตในที่สุด (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544: 767)

ประวัติโรคเอดส์

โรคเอดส์มีการรายงานเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2524 ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบว่าชายรักร่วมเพศ (เกย์) และคนที่ฉีดยาเสพติดตามเมืองใหญ่ ๆ ในสหรัฐอเมริกา ป่วยเป็นโรคติดเชื้อซึ่งโดยปกติแล้วจะพบในคนที่ภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น คนแก่ คนที่เป็นมะเร็ง หรือคนไข้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จึงเรียกโรคที่พบใหม่นี้ว่าโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคเอดส์ (AIDS ย่อมา

จากคำว่า Acquired = เกิดขึ้นภายหลัง ไม่ใช่เป็นแต่กำเนิด, Immune = ภูมิคุ้มกัน, Deficiency = บกพร่องหรือเสียไป, Syndrome = กลุ่มอาการหรือมีอาการได้หลาย ๆ อย่าง) ดังนั้นโรคเอดส์จึงเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องไปซึ่งไม่ได้เป็นมาโดยกำเนิด และจากการที่เกิดโรคเอดส์ขึ้นพร้อม ๆ กันในคนเฉพาะกลุ่ม (เกย์ และคนที่ติดยาเสพติด) จึงทำให้สงสัยว่าโรคเอดส์น่าจะเป็นโรคติดต่อ โดยติดต่อแพร่กระจายในคนกลุ่มนั้น ๆ จึงมีความพยายามที่จะแยกหรือเพาะเลี้ยงเชื้อจากเลือด และสิ่งคัดหลั่งของผู้ที่เป็นโรคเอดส์ จนในที่สุดในปี พ.ศ. 2526 ศาสตราจารย์ โรเบิร์ต กาลโล (Robert Gallo) จากสหรัฐอเมริกาและศาสตราจารย์ลูค มอนทานีเยร์ (Luc Montagnier) จากฝรั่งเศส ก็สามารถแยกเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ได้ เรียกชื่อไวรัสนี้ว่า เอช-ไอ-วี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) (หรือไวรัสที่ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในคน)

ปัจจุบันพบว่าเชื้อเอช-ไอ-วี มีมากกว่า 10 สายพันธุ์ ที่พบในประเทศไทยมี 2 สายพันธุ์ คือสายพันธุ์ B ซึ่งแพร่ระบาดในกลุ่มเกย์ และคนที่ติดยาเสพติด กับสายพันธุ์ E หรือ A/E ซึ่งแพร่ระบาดในคนที่มีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง สายพันธุ์ที่ต่างกันมีความสำคัญในการพัฒนาวัคซีนที่จะใช้กับกลุ่มคนหรือประเทศที่ต่างกัน และอาจมีความสำคัญในการทดสอบตรวจหาเชื้อ ซึ่งในบางกรณีอาจต้องใช้น้ำยาที่ใช้กับสายพันธุ์นั้น ๆ โดยเฉพาะ (ประพันธ์ ภานุภาค, 2544)

รูปแบบของการแพร่ระบาดของ HIV ในประเทศไทย

การแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ในประเทศไทยนั้นเกิดขึ้นโดยทางเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศเป็นหลัก รองลงมาคือ การใช้เข็มร่วมกันในการฉีดยาเสพติด ทางรักร่วมเพศ และจากมารดาสู่ทารก ส่วนน้อยมากที่ระบาดโดยการได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์เลือดที่มีเชื้อ HIV อยู่ รูปแบบการแพร่ระบาดในไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ยุโรปตะวันตก และออสเตรเลีย การแพร่ระบาดจะพบมากในชายรักร่วมเพศแทบทั้งสิ้น (เกียรติ รัชกรุ่งธรรม, 2540: 2)

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 รวมทั้งสิ้น 327,604 ราย และมีผู้เสียชีวิต 90,753 ราย กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 30-34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.72) รองลงมาอายุ 25-29 ปี 35-39 ปี และ 40-44 ปี คิดเป็น ร้อยละ 23.75, 17.66 และ 9.73 ตามลำดับ และพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

รับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม ว่างงาน ค้าขาย และแม่บ้าน (ร้อยละ 44.56, 20.51, 5.96, 4.46 และ 4.14 ตามลำดับ) โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.81 ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 7.54 ดิทยาเสพติดชนิดเข้าเส้น ร้อยละ 4.65 ติดเชื้อจากมารดา ร้อยละ 3.93 รับเลือด ร้อยละ 0.03 และอื่น ๆ ร้อยละ 0.04 (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2551)

การติดต่อของโรคเอดส์

เชื้อไวรัสเอดส์สามารถอาศัยหรือทำให้เกิดโรคในคนเท่านั้น ไม่สามารถทำให้เกิดโรคในสัตว์อื่น เมื่อออกนอกร่างกายคนแล้วจะไม่สามารถทนสภาพแวดล้อมภายนอกได้ อาจมีชีวิตได้นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันเท่านั้น ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ ความร้อน ความเย็น สภาพกรด/ด่าง ความแห้ง ความชื้น เป็นต้น เชื้อไวรัสเอดส์พบมากที่สุดในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่าง ๆ รองลงมาคือ น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ น้ำนม มีปริมาณไวรัสเอดส์น้อย สำหรับเหงื่อ ปัสสาวะ และอุจจาระ แทบไม่พบเลย แม้ว่าเชื้อเอดส์จะปะปนในของเหลวที่ออกจากร่างกาย แต่พบว่าโอกาสแพร่โรคมียเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น

ช่องทางการติดต่อที่สำคัญมี 3 ทาง คือ

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าชายกับหญิง ชายกับชาย หรือหญิงกับหญิง ทั้งช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติ ก็ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้ได้ทั้งสิ้น และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นได้แก่ การมีแผลเปิด

2. การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสในเลือด พบได้ 2 กรณี คือ

2.1 ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ มักพบในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

2.2 รับเลือดในขณะผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวดต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ และจะปลอดภัยเกือบ 100% (โอกาสตรวจผิดหรือเลือดมีเชื้อแต่ยังไม่ให้ผลบวก มีน้อยมาก)

3. การแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้หญิงสามารถติดเชื้อเอดส์ได้จากสามี คู่รัก คู่นอน หรือพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง และสามารถถ่ายทอดให้ทารกได้ทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลังคลอดประมาณร้อยละ 60 ในขณะนี้วิธีป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกได้โดยการกินยาต้านไวรัส ในช่วงอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ไปจนคลอด สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ลงได้ร้อยละ 30 เหลือเพียงร้อยละ 8 แต่ถึงอย่างไรก็ยังคงมีความเสี่ยงอยู่ดี

สำหรับการติดต่อเป็นไปได้นาน ต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ด้วยจึงจะติดเชื้อนี้ได้ แต่โอกาสนี้น้อยมาก ได้แก่ การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อโดยไม่ทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อ เช่น ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ

การเจาะหู และการสักผิวหนัง/สักคิ้วโดยใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อโดยไม่ทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อ เป็นต้น วิธีดังกล่าวเป็นการติดต่อโดยการสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองโดยตรง โอกาสติดโรคด้วยวิธีนี้ต้องมีแผลเปิดและปริมาณเลือดหรือน้ำเหลืองที่เข้าไปในร่างกายต้องมีจำนวนมาก (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2543: 6-9)

สำหรับสาเหตุของการติดเชื้อในประเทศไทยนั้นมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นหลัก ดังนั้นจึงขอกล่าวถึงลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 41-45)

เพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV คือ เพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่โดยไม่ได้มีการป้องกันด้วยการสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง ทำให้เชื้อที่มีอยู่ในน้ำคั่งหลังคือ น้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นในช่องคลอด น้ำเลือด สามารถเข้าสู่ร่างกายได้ ตลอดจนการใช้ปากในการมีเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ

- ผู้สอดใส่อวัยวะเพศชายในช่องคลอด สามารถติดเชื้อ HIV จากการสัมผัสน้ำหล่อลื่นในช่องคลอด รวมถึงน้ำเลือดประจำเดือน โดยเชื้อ HIV ผ่านเข้าสู่ร่างกายทางเยื่อเมือกที่เปื่อยนุ่ม (ท่อน้ำอสุจิ) หรือบริเวณองคชาตที่อาจมีบาดแผลอื่นเนื่องจากการเสียดสีในระหว่างที่มีการสอดใส่ สำหรับผู้ที่ถูกสอดใส่ทางช่องคลอด สามารถติดเชื้อ HIV จากน้ำอสุจิและน้ำหล่อลื่นจากอวัยวะเพศชาย โดยเชื้อ HIV ผ่านทางเยื่อเมือกภายในช่องคลอดบริเวณปากช่องคลอด

- ผู้สอดใส่อวัยวะเพศชายทางช่องทวาร สามารถติดเชื้อ HIV จากการสัมผัสน้ำคั่งหลังที่เกิดจากบาดแผลเมือกของเยื่อเมือกภายในช่องทวารที่มีการเสียดสีระหว่างการสอดใส่ได้ ซึ่งการเมือกของเยื่อเมือกทวารนี้ไม่จำเป็นต้องมีเลือดออกมามากจนสังเกตได้ หรือไม่จำเป็นต้องรู้สึกเจ็บปวด แต่หากเปรียบเทียบความเสี่ยงแล้ว ผู้ที่เป็นฝ่ายสอดใส่อวัยวะเพศ (ผู้กระทำ Active) เข้าไปทางช่องทวารมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการสอดใส่ (ผู้ถูกกระทำ Passive) สำหรับผู้ที่ถูกสอดใส่ทางช่องทวาร สามารถติดเชื้อ HIV ได้จากการสัมผัสน้ำอสุจิและน้ำหล่อลื่น ผ่านทางเยื่อเมือกภายในช่องทวาร

- ผู้ที่ใช้ปากกับอวัยวะเพศชาย/อวัยวะเพศหญิง โดยการใช้ลิ้นและปากเลีย อม ดูด อวัยวะเพศชาย/หญิง สามารถติดเชื้อ HIV ได้ โดยเชื้อ HIV จะผ่านเข้าทางเยื่อเมือกในช่องปากได้ แต่ในกรณีนี้ยังมีข้อถกเถียงกันอยู่ในหลายประเทศเนื่องจากยังไม่มีข้อมูลในการวิจัยที่พบการติดเชื้อจากสาเหตุของการทำออรัลเพียงอย่างเดียว รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อน้อยเมื่อเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่ และขึ้นอยู่กับกรณีมีแผลในปากด้วย

เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ HIV คือ เพศสัมพันธ์ที่ไม่ให้เชื้อต่าง ๆ บริเวณอวัยวะเพศชาย/หญิง ช่องปาก สัมผัสกับน้ำคัดหลั่งของคู่เพศสัมพันธ์ ซึ่งมีได้หลายทางเลือก เช่น

- เพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่ โดยสวมถุงยางอนามัยก่อนการสอดใส่จนกระทั่งหลั่งน้ำ
- เพศสัมพันธ์แบบช่วยกันสำเร็จความใคร่ด้วยการใช้อวัยวะใดตามร่างกาย เช่น ใช้

มือสำเร็จความใคร่ให้อีกฝ่าย ใช้หน้าอก แก้มก้น อวัยวะเพศชาย ฯลฯ โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องไม่มีแผลเปิดบริเวณผิวหนังที่สัมผัสน้ำคัดหลั่งที่ออกมา

นอกจากนี้พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์ทางด้านเพศสัมพันธ์นั้นยังหมายถึง การสำส่อนทางเพศ คือ การมีคู่นอนหลายคน การเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ และการเที่ยวโสเภณีอีกด้วย (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, 2536: 33)

การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 49; เมิร์ล เบเรอร์ และสุนันดา เรย์, 2539: 213-221) อาจทำได้ดังนี้

1. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) โดยใช้วิธีต่าง ๆ เช่น มือ นิ้วมือ หรืออาจใช้อุปกรณ์อื่นร่วมด้วย (โดยไม่ใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น)
2. กิจกรรมทางเพศระหว่างคู่นอน โดยไม่มีการสอดใส่ ได้แก่ การสัมผัสร่างกายด้วยความรัก การเล้าโลม การสำเร็จความใคร่ให้แก่กัน (Small Sex)
3. การต่อรองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง เช่น ต่อรองเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณื ต่อรองการใช้ถุงยางอนามัย
4. ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี
5. รักเดียวใจเดียว
6. ลดจำนวนคู่นอนลง หรือหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน
7. ชักประวัติทางเพศของคู่นอน เลือกคู่อย่างพิถีพิถันเพื่อป้องกันรายที่เสี่ยงสูง

ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์

1. ปริมาณเชื้อเอดส์ หากได้รับเชื้อมากโอกาสติดโรคก็มากไปด้วย เชื้อเอดส์มีมากที่สุดในเลือด รองลงมาคือ น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด
2. การมีบาดแผล เพราะเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลทำให้ติดโรคได้ง่ายขึ้น
3. การติดเชื้ออื่น ๆ ได้แก่ การเป็นกามโรคบางชนิด เช่น แผลริมอ่อน แผลเริม ทำให้มีเมือกเลือดขาวอยู่ที่แผลจำนวนมากพร้อมจะรับเชื้อได้ง่าย และเป็นทางให้เชื้อเอดส์เข้าสู่แผลง่ายขึ้น
4. จำนวนครั้งของการสัมผัส การสัมผัสเชื้อโรคบ่อยจะมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นด้วย

5. สุขภาพของผู้รับเชื้อ ถ้าสัมผัสเชื้อเอดส์ในขณะที่ร่างกายไม่แข็งแรงก็จะมีโอกาสรับเชื้อได้ง่ายขึ้น (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2543: 13)

ระยะของโรคเอดส์

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับจำนวนของเชื้อ และระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้นโรคนี้จึงสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อเอชไอวี (primary HIV infection หรือ acute retroviral syndrome) ระยะนี้นับตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งร่างกายเริ่มสร้างแอนติบอดี กินเวลาประมาณ 1-6 สัปดาห์ หลังติดเชื้อผู้ป่วยจะมีอาการไข้ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่นขึ้น ต่อมน้ำเหลืองโต บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว หรือมีฝ้าขาวในช่องปาก อาการเหล่านี้มักจะเป็นอยู่ 1-2 สัปดาห์แล้วหายไปเอง เนื่องจากอาการคล้ายกับไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่หรือไข้ทั่วไป ผู้ป่วยอาจซื้อยารักษาเอง หรือเมื่อไปพบแพทย์ก็อาจไม่ได้รับการตรวจเลือด จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะนี้ ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 30-50 อาจไม่มีอาการดังกล่าวเลยก็ได้

2. ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อจะแข็งแรงเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป แต่การตรวจเลือดจะพบเชื้อเอชไอวีและแอนติบอดีต่อเชื้อชนิดนี้ และสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เรียกว่าเป็นพาหะ (carrier) ของโรค ระยะนี้มักเป็นอยู่นานประมาณ 5-10 ปี บางรายอาจนานกว่า 15 ปี

3. ระยะติดเชื้อที่มีอาการ ระยะนี้แต่ก่อนเรียกว่า ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex หรือ ARC) มักจะมีอาการคล้ายโรคอื่น ๆ จนไม่ได้เฉลียวใจว่าเป็นเอดส์ก็ได้ อาจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- มีไข้เกิน 37.8° ซ. เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกันทุกวันนานเกิน 1 เดือน
- ท้องเดิน หรืออุจจาระร่วงเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน
- น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว
- ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน
- เชื้อราในช่องปาก
- ฝ้าขาว (hairy leukoplakia) ในช่องปากจากเชื้อไวรัสอีบีวี (EBV/Epstein-Barr virus)

มักอยู่ที่ด้านข้างของลิ้น มีลักษณะเป็นฝ้าคล้ายโรคเชื้อราแต่ขูดไม่ออก

- โรคเรื้อรัง ที่มีแผลเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน
- โรคผิวหนัง ที่มีอาการกำเริบอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือเกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่า 2 แห่ง

4. ระยะป่วยเป็นเอดส์ ระยะนี้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ ทำให้เชื้อโรคต่างๆ เช่น เชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว วัณโรค เป็นต้น จួយโอกาสเข้ารุกรมเรา เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวย

โอกาส (opportunistic infections) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาก่อนข้างยาก และอาจติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำอย่างเฉียบพลันหรือติดเชื้อชนิดใหม่หรือติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน ทำให้เกิดวัณโรคปอด ปอดอักเสบ สมองอักเสบ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

ผู้ป่วยเอดส์ยังมีโอกาสเป็นมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งของหลอดเลือดที่เรียกว่า Kaposi's sarcoma มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) ในสมอง มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีความผิดปกติของสมองที่เรียกว่า AIDS dementia complex (ADC) ทำให้มีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า คลุ้มคลั่ง เป็นต้น บางรายอาจมีอาการแขนขา อัมพาต ชักกระตุกได้ นอกจากนี้ ยังอาจมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ปลายประสาทอักเสบ ข้ออักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ ปีกมดลูกอักเสบ ภาวะไตวายเรื้อรัง เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อษานนุภาพ, 2544: 768)

ผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการ 25% จะกลายเป็นเอดส์ และประมาณ 40% จะมีการสัมผัสกับเอดส์ ผู้ที่มีอาการสัมผัสกับเอดส์ 20% จะกลายเป็นเอดส์ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการอยู่ในระหว่าง 6 เดือน - 7 ปี ขึ้นกับการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนสามารถตรวจพบแอนติบอดีอยู่ระหว่าง 3 สัปดาห์ - 6 เดือน ผู้ได้รับเชื้อไวรัสเอดส์ สามารถแพร่เชื้อหลังได้รับเชื้อ 2 สัปดาห์แม้ตรวจเลือดได้ผลลบ เด็กภายหลังได้รับเชื้อไวรัสเอดส์จะมีอาการให้เห็นได้เร็วใน 6 เดือน ผู้ใหญ่จะมีอาการเร็วหรือช้า ขึ้นกับว่าได้รับเชื้อทางใด ถ้าได้รับเชื้อจากการรับเลือด อาการก็จะเกิดเร็ว ถ้าได้รับเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ บางคน 8-10 ปี ไม่มีอาการก็มี (คณะทำงานด้านสุขภาพศึกษาและประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ เพื่อกลุ่มเป้าหมายที่ 4, 2535: 5)

การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายได้ เป็นเพียงยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอายุยืนยาวไปอีกระยะหนึ่งเท่านั้น วิธีการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสามารถทำได้โดยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมีฤทธิ์เพียงยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์แต่ไม่สามารถกำจัดเชื้อเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้ และมีผลข้างเคียง จึงจำเป็นต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์
2. ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หากผู้ป่วยเอดส์มีภูมิคุ้มกันต่ำลงมาก (ค่าเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ในเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร) จะมีโอกาสติดโรคฉวยโอกาสเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับยาป้องกัน

และนอกจากวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ก็ยังมีการดูแลสุขภาพด้วยทางเลือกอื่น ซึ่งเป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองช่วยป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพทำให้ร่างกาย

แข็งแรง เพิ่มภูมิคุ้มกันและจิตใจสงบ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่และเหมาะสมกับอาการของโรค การใช้สมุนไพรเพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันและบรรเทาอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาสบางชนิด อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลใดทางการแพทย์ที่ยืนยันผลของสมุนไพรในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ ขณะนี้ยังอยู่ในขั้นตอนศึกษาวิจัย การออกกำลังกาย และการปฏิบัติสมาธิ (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2543: 16-20)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โรคเอดส์ หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคชนิดอื่นได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาการจะรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และในปัจจุบันก็ยังไม่มียาการรักษาให้หายจากโรคนี้ได้ มีเพียงการใช้ยาเพื่อยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกายผู้ป่วยจะมีอายุยืนยาวไปอีกระยะหนึ่งเท่านั้น สำหรับช่องทางการติดต่อที่สำคัญที่สุดของประเทศไทยในปัจจุบันก็คือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งได้แก่การร่วมเพศที่ไม่ได้สวมถุงยางอนามัย ทำให้เชื้อเอชไอวีที่อยู่ในสารคัดหลั่งสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมกรรมการส่อนทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศ ซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่อทางพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของประชาชนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จึงต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง การดำเนินงานจึงจะได้ผลมากยิ่งขึ้น

2. วัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่น

คำว่า “วัยรุ่น” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Adolescence ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Adolescere หมายถึง เจริญสู่วุฒิภาวะ (Grow into Maturity) ความหมายของวัยรุ่น ยังใช้คำในภาษาอังกฤษอีกหลายคำ เช่น Teenage หรือ Puberty หมายถึง วัยที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป แต่ไม่ถึง 20 ปี (วารกรณ์ ตระกูลสฤณี, 2549: 150)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999 อ้างถึงใน วารุณี ฟองแก้ว และคณะ, บรรณาธิการ, 2549: 2) ได้ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นไว้ 3 ลักษณะ คือ เป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยจะมีการเจริญเติบโตในด้านส่วนสูง น้ำหนัก รวมถึงเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้ เป็นระยะที่มีพัฒนาการด้านจิตใจจากเด็กไปสู่ความเป็น

ผู้ใหญ่ (Maturity) มีการเพิ่มความสามารถในความคิดที่เป็นนามธรรมมากขึ้น และเป็นระยะที่มีพัฒนาการทางสังคม โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งตนเอง (Independence) และได้กำหนดให้วัยรุ่นหมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี

สุชา จันทน์เอม (2542: 135-136) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังสิ้นสุดความเป็นเด็ก และกำลังก้าวไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ร่างกายจะมีการเจริญเติบโตของระบบอวัยวะเพศและสามารถทำงานได้เต็มที่ คือ ในเพศหญิงเมื่อมีประจำเดือนมาเป็นครั้งแรก และในเพศชายจะมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ได้

อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตน์ (2542: 215) กล่าวว่า วัยรุ่น คือ ผู้ที่มีอายุ 12-21 ปี โดยประมาณ เป็นวัยแห่งการที่เคยได้รับการปกป้องคุ้มครองดูแลจากผู้ใหญ่ไปสู่การปกป้องดูแลและช่วยเหลือตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเอง นอกจากนั้นอาจมีความหมายในอีกกรณีว่า “เป็นวัยที่มีการพัฒนาการอย่างรวดเร็ว หรือเป็นวัยที่จะมีความสามารถในการสืบพันธุ์ต่อไปได้”

สรุปได้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังก้าวพ้นจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ถึงแม้จะไม่สามารถกำหนดตายตัวได้ว่าวัยนี้เริ่มต้นขึ้นและสิ้นสุดเมื่อใด แต่อาจพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายคือ เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก และเด็กชายเริ่มผลิตเซลล์สืบพันธุ์

ช่วงอายุของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ เด็กหญิงมีอายุระหว่าง 13-21 ปี และเด็กชายมีอายุระหว่าง 15-21 ปี โดยทั่วไปวัยรุ่นจะเริ่มต้นเมื่อเด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่แสดงให้เห็นได้ชัดว่าเริ่มเป็นหนุ่มเป็นสาว มีวุฒิภาวะทางเพศสามารถมีบุตรได้ แต่โดยที่เด็กมีความแตกต่างกันในด้านอายุของการมีวุฒิภาวะทางเพศ จึงทำให้เด็กแต่ละคนมีพัฒนาการเข้าสู่วัยรุ่นไม่พร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางพันธุกรรม การเลี้ยงดู ฐานะเศรษฐกิจ สภาพดินฟ้าอากาศ แบบแผนประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม และนอกจากนี้ก็ยังมียปัจจัยประกอบอื่นที่ชี้ความเป็นวัยรุ่นมีอยู่ 2 ประการคือ ทางชีวะ และทางด้านสังคม จะขาดด้านใดด้านหนึ่งไปไม่ได้ เพราะสิ่งที่คู่กันไปกับชีวิตคือ หน้าที่และภาระที่ทุกชีวิตจะต้องเรียนรู้ ความเจริญทางชีวะจะบอกให้ทราบว่าควรจะมีหน้าที่อะไรบ้างจึงจะเหมาะสมกับความเจริญทางชีวะในระดับนั้น ๆ และหน้าที่ดังกล่าวสังคมหรือสมาชิกในสังคมจะเป็นผู้กำหนดให้ จึงเห็นได้ว่าพัฒนาการของวัยรุ่นเริ่มต้นที่ความเจริญด้านชีวะก่อน แล้วสานต่อความเป็นวัยรุ่นให้สมบูรณ์โดยสังคม (ประภาศรี โอภาสานนท์, 2537:3-4)

วัยรุ่นถือว่าเป็นระยะของช่วงชีวิตที่คั่นกลางระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สามารถแบ่งชัดเจนได้อย่างแน่นอนว่าควรกำหนดเมื่ออายุเท่าใด ตามปกติเรามักถือว่าวัยรุ่นคือ

ผู้ที่มีอายุระหว่าง 13-20 ปี แต่ทั้งนี้ไม่แน่นอน เพราะบางคนอายุเพียง 17-18 ปี ก็แสดงพฤติกรรมว่าเขามีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะพัฒนาวัยรุ่นได้ ลูเอล่า โคล (Luella Cole อ้างใน สุชา จันทน์เอม, 2542: 136) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน แบ่งวัยรุ่นออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 13-15 ปี เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 15-17 ปี
2. วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 15-18 ปี เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 17-19 ปี
3. วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 18-21 ปี เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 19-21 ปี

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดอายุของวัยรุ่นอยู่ระหว่าง 10-19 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดอายุวัยรุ่นตั้งแต่ 12-18 ปี สำหรับองค์การสหประชาชาติระบุอายุวัยรุ่นอยู่ระหว่าง 15-25 ปี ตำราเกี่ยวกับพัฒนาการของวัยรุ่นได้แบ่งช่วงวัยนี้เป็นวัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) หรือมักเรียกว่า “teens” หรือ “terrible teens” ตั้งแต่อายุ 12-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) หรือมักเรียกว่า “teenagers” นับตั้งแต่อายุ 17-20 ปี แต่ในประเทศไทยอายุที่กำหนดโดยสภาประชากรในโครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ คือ อายุ 10-24 ปี (นันทพันธ์ ชินล้าประเสริฐ, 2547)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) อายุ 10-13 ปี มีการเจริญเติบโตเต็มที่ (spurt of growth) และเริ่มเข้าสู่การมีวุฒิภาวะทางเพศ (sexual maturation) เริ่มมีความคิดเชิงนามธรรม
2. วัยรุ่นตอนกลาง (in mid-adolescence) อายุ 14-15 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างสมบูรณ์ มีการพัฒนาเอกลักษณ์ (identity) และสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตามครอบครัวก็ยังคงมีความสำคัญกับวัยนี้ วัยรุ่นจะมีความคิดเชิงสะท้อนกลับ (reflective thinking)
3. วัยรุ่นตอนปลาย (in later adolescence) อายุ 16-19 ปี ร่างกายมีลักษณะแบบผู้ใหญ่ วัยรุ่นแต่ละคนมีเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน มีทัศนคติและความคิดเห็นที่แน่วแน่มั่นคง

สุชา จันทน์เอม (2528: 2) แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) อายุ 13-15 ปี ร่างกายมีการเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ทั้งในเด็กหญิงและชาย สำหรับเด็กหญิงสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเจริญของร่างกายเต็มที่คือ การมีประจำเดือนครั้งแรก ส่วนเด็กชายไม่มีลักษณะบ่งชี้ชัดเจนเช่นเด็กหญิงแต่จะสังเกตได้จากการหลั่งน้ำอสุจิครั้งแรก การมีขนตามอวัยวะเพศ น้ำเสียงที่พูดห้าวขึ้น มีลักษณะที่เรียกว่าแตกพาน เด็กหญิงนอกจากมีประจำเดือนครั้งแรกแล้ว สัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก็เปลี่ยนไปโดยเฉพาะ

ด้านอวัยวะเพศและการเจริญเติบโตของทรวงอก เนื่องจากต่อมต่าง ๆ ผลิตฮอร์โมนไปบำรุงมากขึ้น ในระยะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นนี้ เป็นระยะที่เตือนให้เราเห็นว่าระยะของวัยรุ่นได้ใกล้เข้ามาแล้ว

2. วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) อายุ 15-18 ปี การเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและความนึกคิด มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ในด้านร่างกายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงมากและสิ้นสุดลงเมื่อถึงวุฒิภาวะของวัยรุ่น ในด้านจิตใจนั้นส่วนใหญ่เป็นผลพลอยได้มาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย แม้ว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเป็นสิ่งปกติของเด็กทุกคนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นก็ตาม แต่ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของเด็กแต่ละคนมักไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม

3. วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อายุ 18-21 ปี ในระยะนี้การพัฒนาร่างกายของวัยรุ่นเริ่มเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์แบบ ซึ่งมักมีการพัฒนาทางด้านจิตใจมากกว่าทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านเกี่ยวกับความนึกคิดและปรัชญาชีวิต

ดังนั้น อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การกำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นนั้นมีความใกล้เคียงกันทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในเด็กนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 1-2 โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 15-18 ปี ซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง ตามเกณฑ์การแบ่งระยะของวัยรุ่นของลูเอล่า โคล (Luella Cole อ้างใน สุชา จันทน์เอม, 2542) ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น จึงขอกกล่าวถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาร่างกายของวัยรุ่นตอนกลาง ดังต่อไปนี้

การเจริญเติบโตและพัฒนาร่างกายของวัยรุ่นตอนกลาง อายุ 15-18 ปี

ช่วงอายุระหว่าง 15-18 ปีนี้ ถือเป็นเวลาแห่งการค้นพบหรือแสดงความเป็นตัวตนของวัยรุ่นเอง วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และมีแนวคิดเกี่ยวกับร่างกาย ภาพลักษณ์ต่อตนเอง (self-image) ของวัยรุ่นจะได้รับอิทธิพลจากการประสบความสำเร็จในด้านต่าง ๆ เช่น กีฬา โรงเรียน สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำได้ตามความคาดหวังของพ่อแม่ผู้ปกครอง วัยรุ่นในช่วงนี้ถึงแม้จะมีวุฒิภาวะแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำจากพ่อแม่ วัยรุ่นที่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนที่ดีจากพ่อแม่ จะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในช่วงอายุนี้ (Fackler, 2006)

วัยรุ่นตอนกลาง เป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความคิด และทางด้านเพศ เด็กผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีวุฒิภาวะทางด้านร่างกาย (physically mature) และเกือบทั้งหมดจะเข้าสู่วัยแรกรุ่นอย่างสมบูรณ์แล้ว (completed puberty) ส่วนในเด็กผู้ชายจะยังคงมีการ

เจริญทางด้านร่างกายในช่วงอายุนี้ วัยรุ่นจะมีความกังวลในเรื่องขนาดของร่างกาย สัดส่วน หรือน้ำหนักตัว วัยรุ่นจะมีการพัฒนาด้านความคิดเห็นและลักษณะเฉพาะตัวของตน (unique personality and opinions) สัมพันธภาพกับเพื่อนยังคงมีความสำคัญสำหรับวัยนี้ นอกจากนี้วัยรุ่นตอนกลางเป็นช่วงเวลาสำคัญในการเตรียมพร้อมสำหรับความเป็นอิสระ (independence) และมีความรับผิดชอบ (responsibility) ดังจะเห็นได้จากการที่วัยรุ่นหลายคนเริ่มต้นทำงาน และออกจากบ้านหลังจบมัธยมศึกษา (CDC, 2007a)

พัฒนาการของวัยรุ่นตอนกลาง อายุ 15-18 ปี แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (Fackler, 2006) ดังนี้

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย (Physical development)
2. พัฒนาการทางด้านปัญญาความนึกคิด (Cognitive development)
3. พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม (Emotional and social development)
4. พัฒนาการทางด้านประสาทรับรู้และการเคลื่อนไหว (Sensory and motor development)

พัฒนาการทางด้านร่างกาย (Physical development)

เมื่อถึงอายุ 15 ปี วัยรุ่นส่วนใหญ่จะเข้าสู่ระยะการเป็นหนุ่มสาวแล้ว (puberty) เด็กหญิงจะมีส่วนสูงเข้าใกล้วัยผู้ใหญ่ และมีการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์เต็มที่จากการมีประจำเดือนครั้งแรก หลังพ้นช่วงวัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นหญิงจะมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.5-2.5 นิ้ว ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ เช่น ขนตามอวัยวะเพศและการเจริญของทรวงอกก็ยังคงเกิดขึ้น วัยรุ่นหญิงจะมีพัฒนาการของทรวงอกอย่างสมบูรณ์โดยเฉลี่ย 4 ปีหลังจากเริ่มมีเต้านมปรากฏให้เห็นในช่วงวัยแรกเริ่ม (puberty) ส่วนในเด็กชาย ส่วนสูงและน้ำหนักยังคงเพิ่มอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามส่วนสูงของเด็กชายจะเพิ่มช้ากว่าเด็กหญิงในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และจะหยุดสูงกว่าเด็กหญิงเมื่ออายุ 18 ปี เมื่อการเจริญเติบโตเริ่มต้นขึ้น เด็กชายจะเติบโตในอัตราที่เร็วกว่าและมีระยะเวลาที่ยาวนานกว่า การเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว (growth spurt) ของเด็กชายจะเริ่มขึ้นประมาณ 2 ปีหลังจากพ้นวัยแรกเริ่ม และจะเจริญถึงขีดสุดประมาณครึ่งปีหลังจากนั้น เด็กชายจะยังคงมีการเจริญของหลอดเลือด อวัยวะเพศ และขนตามอวัยวะเพศในช่วงท้ายของวัยนี้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าลักษณะทางเพศ (gender characteristics) ของวัยรุ่นในช่วงอายุนี้จะยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในเด็กชายและเด็กหญิง ทั้งนี้พัฒนาการทางด้านร่างกายจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล วัยรุ่นแต่ละคนอาจจะเจริญเติบโตและมีพัฒนาการช้าหรือเร็วแตกต่างกันไป (Fackler, 2006) ออสเรติชและโบแมน (Ozretich & Bowman, 2001) กล่าวว่า วัยรุ่นตอนกลาง อายุ 15-18 ปี จะมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย คือจะเข้าสู่ระยะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างสมบูรณ์ (completed puberty) ระดับขั้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

ทางเพศมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าช่วงวัยรุ่นตอนต้น และมีพัฒนาการทางร่างกายและส่วนสูงเข้าสู่ วัยผู้ใหญ่

พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น

พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอาจถึงวุฒิภาวะทางเพศเร็วกว่าคนอื่นที่มีอายุเท่ากัน โดยทั่วไปวัยรุ่นมีพัฒนาการทางเพศพื้นฐานอยู่ 2 ประการ คือ การพัฒนาลักษณะทางเพศปฐมภูมิ (Primary Sexual Characteristics) คือมีการเปลี่ยนแปลงของระบบและอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้การทำงานของรังไข่ (Ovary) และอัณฑะ (Testis) มีความสมบูรณ์ขึ้น มีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงขององคชาติ (Penis) และช่องคลอด (Vagina) ให้มีความพร้อมสำหรับการสืบพันธุ์ การพัฒนาลักษณะทางเพศทุติยภูมิ (Secondary Sexual Characteristics) คือมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายส่วนอื่น ๆ ที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของเพศชาย หญิง คือการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง สะโพก การมีเสียงแตก การมีกล้ามเนื้อมากขึ้น การมีหนวด มีขนตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น รักแร้ หัวหน่าว ขนหน้าแข้ง เป็นต้น (นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ, 2547) พัฒนาการทางเพศนั้นจะเกี่ยวข้องไปกับขั้นของพัฒนาการของวัยรุ่น ในส่วนของการพัฒนาทางเพศขั้นพื้นฐานของวัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 14 - 17 ปี) นั้นพบว่า เป็นระยะที่เริ่มสนใจเพศตรงข้าม แต่การนัดที่ยกกันก็ยังไปเป็นกลุ่ม จะเริ่มสำรวจเรื่องเพศ และทดสอบความสามารถทางเพศของตน แต่จะยังไม่มีความรักและความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นกับเพศตรงข้าม (พันธศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2547)

Neinstein (2008) ได้กล่าวว่า ลักษณะทางเพศของเด็กที่เข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนกลางคือ มีวุฒิภาวะทางร่างกายอย่างสมบูรณ์ รวมถึงการมีประจำเดือนในเพศหญิง มีความกระตือรือร้นทางเพศ โดยให้ความสำคัญกับการสัมผัสทางกาย เริ่มมีกิจกรรมในเรื่องเพศ เช่น การมีนัด การจูบ มีความสัมพันธ์แบบชั่วคราวทั้งในลักษณะของการมีและไม่มีการร่วมเพศ

นอกจากนี้ข้อมูลจากหน่วยบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลรอยัลอะเดลิเด ประเทศออสเตรเลีย (Royal Adelaide Hospital, Sexually Transmitted Diseases Services, 2008) พบว่า วัยรุ่นตอนกลางส่วนใหญ่จะค้นพบวิธีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองและมักจะปฏิบัติเป็นประจำ เมื่อมีอายุได้ 17 ปี พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้ว และบางส่วนก็มีประสบการณ์ตั้งแต่ก่อนวัยแรกรุ่น ซึ่งส่วนมากจะมีประสบการณ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-16 ปี ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในช่วงตั้งแต่หนึ่งครั้งจนถึงหลายครั้งต่อสัปดาห์ กิจกรรมทางเพศอาจจะประกอบไปด้วยการร่วมเพศทางปาก ทางช่องคลอด และทางทวารหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีวัยรุ่นจำนวนมากที่เรียนรู้การแสดงออกทางเพศในหลากหลายรูปแบบ วัยรุ่นส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับเพศตรงข้าม และมีวัยรุ่นจำนวนมากที่เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศเดียวกัน

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud and his Psychoanalytic Theory อ้างใน สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2527: 47-49) พบว่า พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นตอนกลางนั้นอยู่ในขั้นตอนที่ 5 ของทฤษฎี นั่นคือขั้นระยะสืบพันธุ์ (Genital Stage) ซึ่งความพอใจจะเกิดจากแรงขับจากอวัยวะทางเพศ จึงทำให้มีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศตรงข้าม มีความต้องการทางเพศ ความรักตนเองจึงเปลี่ยนแปลงมาเป็นรักคนอื่น มีแรงจูงใจที่จะรักผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัวช่วยเหลือตัวเองได้ และมีความเป็นอิสระจากพ่อแม่ เป็นระยะเริ่มต้นของวัยรุ่นใหญ่ ต้องการความสนใจการยอมรับจากสังคม และมีการเตรียมตัวเป็นผู้ใหญ่ (สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2527: 47-49; อาภากร เปรี้ยวนิม, ม.ป.ป.: 8-10)

พัฒนาการทางด้านปัญญาความนึกคิด (Cognitive development)

พัฒนาการด้านปัญญาความนึกคิด (Cognitive development) หมายถึง พัฒนาการทางความสามารถในการคิดและการใช้เหตุผล วัยรุ่นจะเริ่มพัฒนาระบวนการคิดที่ซับซ้อนมากขึ้น (มักจะเรียกว่า กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล: formal logical operations) ประกอบไปด้วย การคิดเชิงนามธรรม ความสามารถในการใช้เหตุผลจากแหล่งความรู้ เช่น จากคำถามหรือความคิดใหม่ ๆ ความสามารถในการพิจารณาประเด็นของมุมมองที่หลากหลาย และความสามารถเกี่ยวกับกระบวนการทางความคิด (Lucile Packard Children's Hospital, 2008)

เมื่อถึงอายุ 16 ปี วัยรุ่นร้อยละ 70 สามารถมีการคิดเชิงตรรกหรือคิดอย่างมีเหตุผล (logical thinking) ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนความคิดแบบผู้ใหญ่ วัยรุ่นจะพัฒนาความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม และจินตนาการถึงผลจากการกระทำของเขา วัยรุ่นในช่วงอายุนี้นี้สามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนขึ้นได้ มีการพัฒนาและทดสอบข้อสมมติฐาน ทำความเข้าใจในสิ่งที่มีความคล้ายคลึงกัน ใช้เหตุผลเชิงอุปมานและอนุมาน และสรุปความคิดได้ มีความสามารถในการจำ และการจัดระบบความคิดได้ทำให้การเรียนรู้ดีขึ้น เช่น มีการบริหารจัดการเวลา การเตรียมตัวสำหรับการสอบ พัฒนาทักษะด้านการเรียน มีความเชี่ยวชาญด้านการเขียนและการใช้ภาษาดีขึ้น สามารถทำความเข้าใจในกฎระเบียบ ศีลธรรมจรรยา สังคมและแนวคิดด้านปรัชญา (Fackler, 2006)

กล่าวได้ว่า พัฒนาการทางด้านสติปัญญาความนึกคิดของวัยรุ่นในช่วงนี้ ตรงกับแนวความคิดทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของปียาเจต์ (Piaget อ้างใน ปรีชา วิหกโต, 2540: 35-36) คือ เด็กวัยรุ่นมีระดับพัฒนาการทางสติปัญญาอยู่ในขั้นการคิดแบบเหตุผลเชิงนามธรรม (The Formal Operational Stage) เด็กจะคิดแบบตรรกศาสตร์ คิดแบบนักวิทยาศาสตร์ สามารถแก้ปัญหาในสิ่งที่เป็นนามธรรมได้คือ คิดจากข้อมูลที่นอกเหนือจากที่เห็นด้วยตา สามารถตั้งสมมติฐาน หรือ

สามารถทำนายสิ่งที่ยังไม่เกิดจริงได้ สามารถทดสอบสมมุติฐานด้วยข้อมูลได้ โดยทดสอบว่าสมมุติฐานใดผิด สมมุติฐานใดถูก

พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม (Emotional and social development)

พัฒนาการทางด้านอารมณ์ (Emotional development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของความสามารถที่จะตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ยูดี เทียร์มประสิทธิ์, 2536: 7) อารมณ์ของวัยรุ่นนั้นเป็นอารมณ์ที่รุนแรง โดยที่เราเรียกว่าวัยรุ่นเป็นวัย “พายุบูแคม” ซึ่งหมายถึงการมีอารมณ์ที่รุนแรง เต็มไปด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง ในบางครั้งจึงมักมีความคิดเห็นขัดแย้งกับผู้ใหญ่ออยู่เสมอ การที่เกิดอารมณ์ง่ายและรุนแรงเช่นนี้ จึงเป็นเรื่องง่ายต่อการยุแหย่ หรือชักนำให้เด็กเกิดความรู้สึกอยากลองดี ทั้งในทางที่ดีและทางที่เลว ความคิดชั่ววูบของอารมณ์วัยรุ่น อาจเป็นสิ่งที่ทำให้เขาแสดงพฤติกรรมผิด ๆ ออกมา ซึ่งอาจหมายถึงชีวิตและอนาคตของเขาเอง (สุชา จันทน์เฒ, 2536: 146) จากคำถาม “ฉันคือใคร” และ “ฉันจะทำตัวให้เหมาะสมได้อย่างไร” นั้น จะเป็นตัวชักนำให้เกิดพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของวัยรุ่นตอนกลาง ซึ่งอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล และวัยรุ่นจะมีการตอบสนองด้วยอารมณ์ที่ผันผวนไม่อาจทำนายได้ เป็นปกติที่อารมณ์ของวัยรุ่นจะเปลี่ยนแปลงบ่อย บางครั้งดูเหมือนว่าเขาจะมีวุฒิภาวะแล้ว แต่เขาอาจกลับไปมีพฤติกรรมเหมือนเด็กวัยประถมอีกครั้งก็ได้ (Fackler, 2006) นอกจากนี้วัยรุ่นตอนกลางอาจมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และกังวลกับสิ่งต่าง ๆ โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง (Ozretich & Bowman, 2001)

สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นั้นเกิดจาก ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในด้านสัดส่วนรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปคล้ายผู้ใหญ่ทำให้เด็กสนใจตัวเองมากขึ้น แต่ผู้ใหญ่ยังคงเห็นว่าวัยรุ่นยังเป็นเด็กอยู่จึงทำให้เกิดความขัดแย้งกันเสมอ เป็นสาเหตุให้อารมณ์ของเด็กไม่มั่นคง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในซึ่งเกิดจากฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ทำให้เด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงทุกด้าน เกิดความหงุดหงิดหรือวิตกกังวล นอกจากนี้เด็กวัยรุ่นยังต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่จึงทำให้มีผลต่ออารมณ์ของวัยรุ่นได้ (วราภรณ์ ตระกูลสฤณี, 2549: 156-157) และจากการที่วัยรุ่นอยู่ในสภาวะของการเปลี่ยนแปลงหลายๆ ด้าน อารมณ์ของวัยรุ่นจึงมักจะมีแนวโน้มที่จะมีอารมณ์ทุกข์ (ความกังวลใจ ความวิตก ความริษยา ความอิจฉา ความกลัว ความโกรธ ความทุกข์โศก และความรู้สึกผิด) มากกว่าอารมณ์สุข (ความร่าเริงสนุกสนาน ความรักและความชื่นชมยินดี) แต่อย่างไรก็ตาม พัฒนาการทางอารมณ์ของวัยรุ่นนั้นย่อมเกิดจากการเรียนรู้และต้องอาศัยวุฒิภาวะแห่งระบบประสาทด้วย (สมร ทองดี, 2540: 150-155)

พัฒนาการทางด้านสังคม (Social development) หมายถึง ปฏิภาณสนองตอบของบุคคลที่มีต่อกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และสามารถสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมได้ดี (สมร ทองดี, 2540: 162) การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมทางสังคมนี้อาจจะประกอบด้วย การปรับตัวที่มีต่อผู้ใหญ่ เพื่อน กลุ่มเพื่อน เพศตรงข้าม ซึ่งวัยรุ่นอาจจะไม่เคยประสบกับเพื่อนต่างเพศมาก่อนก็ได้ ในการปรับตัวของวัยรุ่นนั้นจะต้องอาศัยการปรับตัวที่ผ่านมามาตั้งแต่ในระยะตอนต้นของชีวิต กล่าวคือ ถ้าวัยรุ่นคนใดได้รับการพัฒนาทางสังคมที่ประสบผลสำเร็จมาก่อนก็จะมีแนวโน้มว่า งานพัฒนาการด้านสังคมของวัยรุ่นจะสามารถประสบผลสำเร็จได้ดี ไม่ว่าวัยรุ่นจะเผชิญกับสถานการณ์อย่างใดก็ตาม (ประภาศรี โอภาสานนท์, 2537: 16)

ออสเรติชและโบแมน (Ozretich & Bowman, 2001) กล่าวถึงสัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นตอนกลางกับพ่อแม่และกับผู้ใหญ่ว่า วัยรุ่นจะมีความขัดแย้งกับพ่อแม่ผู้ปกครองลดลง มีความสนใจในลักษณะที่บ่งชี้ถึงความเป็นผู้ใหญ่ เช่น รับผิดชอบการใช้จ่ายของตัวเอง ชักกริดเสื้อผ้าด้วยตนเอง ซื่อเสื้อผ้าเอง ทำอาหารเอง เป็นต้น ปัญหาขัดแย้งที่พบได้เสมอ ได้แก่ เรื่องเงินค่าใช้จ่าย การเที่ยวนอกบ้านในตอนกลางคืน งานบ้าน รูปร่างหน้าตา และกิจกรรมกับเพื่อน สำหรับสัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อนนั้น พบว่า กลุ่มเพื่อนมีส่วนช่วยให้วัยรุ่นตอนกลางค้นหาและพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง การอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ต่อต้านสังคมจะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมเพิ่มขึ้นได้

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา (CDC, 2007a) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และสังคมของวัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 15-17 ปี) ดังนี้

- สนใจเพศตรงข้ามมากขึ้น
- ความขัดแย้งกับพ่อแม่ผู้ปกครองลดลง
- ต้องการความเป็นอิสระจากพ่อแม่ผู้ปกครองมากขึ้น
- พัฒนาสัมพันธภาพอย่างลึกซึ้งขึ้น
- ใช้เวลากับพ่อแม่ลดลง และใช้เวลากับเพื่อนเพิ่มขึ้น

ในขณะที่วัยรุ่นตอนกลางอาจมีวุฒิภาวะแล้ว แต่พวกเขาก็ยังคงมีพฤติกรรมแบบวัยเด็กอยู่ วัยรุ่นที่ยังไม่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวหรือความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองปรากฏให้เห็น อาจจะพยายามค้นหาตัวเองผ่านทางพฤติกรรมที่ยุ่งยากหรือดื้อรั้น ในช่วงท้ายของวัยรุ่นตอนกลางนี้ วัยรุ่นจะรู้สึกพอใจในเอกลักษณ์ของเขาเอง และเพื่อนจะมีความสำคัญน้อยกว่า วัยรุ่นจะเริ่มเข้ากลุ่มกับเพื่อนต่างเพศ วัยรุ่นจะค้นหาตนเองโดยผ่านทางสัมพันธภาพกับเพื่อน และวิถีการดำเนินชีวิตและมุมมองเกี่ยวกับโลกที่แตกต่างออกไป (Fackler, 2006) สำหรับการคบเพื่อนต่างเพศในวัยรุ่นนั้นถือเป็นขั้นพัฒนาการอย่างหนึ่งของวัยรุ่น คือวัยรุ่นมีความรู้สึกต้องการคบเพื่อนต่างเพศ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ของวัยรุ่นที่จะมีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เรียนรู้อุปนิสัยใจ

โดยรวมทั้งการปฏิบัติกันอย่างเหมาะสมต่อเพศตรงกันข้าม อันจะนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (วราภรณ์ ตระกูลสถิตย์, 2549: 157)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial development) ของอีริกสัน (Erik B. Erikson อ้างใน ปรีชา วิหคโต, 2540: 19-21) พบว่า เด็กวัยรุ่นจะอยู่ในพัฒนาการขั้นที่ 5 คือ ขั้นพัฒนาความมีเอกลักษณ์กับความรู้สึกสับสน (Identity vs. identity confusion) เด็กวัยรุ่นจะพยายามเรียนรู้หน้าที่และความต้องการของตนเองในสังคม ถ้าการเรียนรู้ตัวเองประสบความสำเร็จ ความล้มเหลว เด็กจะเกิดความสับสนเกี่ยวกับหน้าที่และความต้องการของตนเองที่แท้จริง และพบว่าเด็กวัยรุ่นในขั้นนี้จะมีการรักใคร่ชอบพอสอดคล้องเพศตรงข้ามเช่นเดียวกับความรักของผู้ใหญ่ เริ่มเป็นสมาชิกที่มีความรับผิดชอบในสังคม มุ่งหมายกับการทำงาน ถ้าเด็กวัยรุ่นไม่ประสบความสำเร็จในขั้นนี้ ก็จะรู้สึกสับสนและไม่พอใจตนเอง ปรับตนเองไม่ได้ทำให้รู้สึกอ้างว้างว่าเหว

พัฒนาการทางด้านประสาทรับรู้และการเคลื่อนไหว (Sensory and motor development)

เมื่อผ่านพ้นวัยแรกเริ่มแล้ว เด็กผู้ชายจะมีพัฒนาการด้านความแข็งแรงและความคล่องแคล่วว่องไวอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เด็กหญิงมีแนวโน้มที่จะคงระดับไว้ อย่างไรก็ตามทั้งสองเพศยังสามารถเพิ่มความแข็งแรง การเคลื่อนไหว และทักษะทางด้านกีฬาได้โดยการออกกำลังกาย ก่อนที่วัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว (growth spurt) เด็กชายและเด็กหญิงจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเท่า ๆ กัน แต่หลังจากนั้นเด็กชายจะมีความแข็งแรงมากขึ้นกว่าเด็กหญิง ในช่วงของการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็วนี้ วัยรุ่นจะดูแข็งแรง ไม่คล่องแคล่วเนื่องจากแขนขาที่ยาวขึ้น และร่างกายมีขนาดใหญ่ขึ้น สมอของเขาคงใช้เวลาในการปรับสภาพให้เข้ากับร่างกายที่เติบโตขึ้น และต้องพัฒนาการเชื่อมโยงของระบบเซลล์ประสาทให้ทำงานประสานกัน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสามารถเพิ่มขึ้นได้ในทั้งเด็กหญิงและชาย โดยการเล่นกีฬาและออกกำลังกาย การเล่นกีฬาเป็นวิธีที่ดีในการที่จะทำให้เด็กวัยรุ่นได้มีกิจกรรมทางกาย และได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม (Fackler A., 2006)

ความแข็งแรงและกำลังกายของวัยรุ่น จะมีความสัมพันธ์กับอวัยวะภายในบางอย่าง กล่าวคือ ในระยะที่เด็กมีกำลังกายเพิ่มขึ้น หัวใจและปอดของเด็กชายจะมีขนาดโตกว่าเด็กหญิง ความแตกต่างนี้มีผลให้เพศชายได้เปรียบในด้านความแข็งแรง นอกจากนี้การที่เด็กมีความแข็งแรงและกำลังกายมากขึ้นนั้นก็จะมีผลให้การประสานงานของระบบกลไก ปฏิกริยาตอบสนองและทักษะทางกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย (Blair and Jones, 1968 อ้างในประสาท อิศรปรีดา, 2523: 22)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่น กล่าวโดยสรุปได้ว่า นักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 1-2 ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง อายุประมาณ 15-18 ปี ถือเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นตอนต้นไปสู่ผู้ใหญ่ มีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างมาก เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงก็อาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นได้ นอกจากนี้การที่วัยรุ่นในช่วงอายุนี้อาจกำลังเข้าสู่ความเป็นหนุ่มเป็นสาว มีความพร้อมในวุฒิภาวะทางเพศ มีอารมณ์รุนแรง เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าตนเองก้าวพ้นความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่แล้ว จึงอาจส่งผลให้มีปัญหาด้านพฤติกรรมทางเพศ และการปฏิบัติตัวต่อเพศตรงข้ามได้ ประกอบกับการที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงทางค่านิยม วัฒนธรรม ตลอดจนเทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างรวดเร็วย่อมมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีอิสระมากขึ้น เป็นเงื่อนไขนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม ซึ่งหากวัยรุ่นไม่ได้รับคำแนะนำ การชี้แนะจากผู้ใหญ่ รวมทั้งการปลูกฝังเจตคติที่ดีงามก็อาจส่งผลให้วัยรุ่นขาดความยับยั้งชั่งใจ นำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้

3. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น

สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

ปัจจุบันนี้ในสังคมทุกแห่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ชีวิตในระหว่างวัยรุ่นจัดเป็นระยะที่สำคัญที่สุด เป็นวัยที่เชื่อมต่อระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ หรือเป็นวัยที่สิ้นสุดการเป็นเด็กและเป็นสะพานเชื่อมไปหาผู้ใหญ่ ระยะนี้เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (Turning point) ของชีวิต ชีวิตในบั้นปลายจะราบรื่นหรือไม่เพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การดำเนินชีวิตของวัยนี้อยู่ไม่น้อย

ปัญหาในปัจจุบันของวัยรุ่นปัญหาหนึ่งก็คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร กล่าวคือ มีเพศสัมพันธ์ขณะที่ยังอยู่ในวัยเรียน วัยรุ่นกับเพศสัมพันธ์นั้นเป็นเรื่องที่แยกกันยาก โดยเฉพาะในยุคสมัยปัจจุบันที่วัยรุ่นมีอิสระมากขึ้น มีโอกาสที่จะคบหาสมาคมสนิทสนมกันได้ง่ายมากกว่าในอดีต และการอยู่กันสองต่อสองจนเกิดความต้องการตามธรรมชาติมีมากขึ้น เพราะการสื่อสารที่สามารถติดต่อกันได้ง่าย ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางโทรศัพท์มือถือ หรืออินเทอร์เน็ต ที่แทบจะเป็นเรื่องปกติของชีวิตประจำวันในยุคไอทีสมัยนี้ไปแล้ว ที่จริงแล้วตามธรรมชาตินั้น วัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองของใหม่ ๆ อยากทำตัวในรูปแบบที่แปลกใหม่ไปกว่าเดิม รวมทั้งต้องการการยอมรับในหมู่เพื่อนฝูงที่คบหาสมาคมมากกว่าพ่อแม่ แนวความคิดที่ต้องการหลบจากข้อห้ามข้อเตือนของผู้ใหญ่ จึงเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันสมควร (กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นนั้น ส่วนใหญ่

เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ข้อมูลจากกลุ่มงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กองคามโรค (2550) รายงานว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในสังคมไทยในด้านอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มีแนวโน้มลดลง และแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์กันเองในหมู่เพื่อน คนรู้จัก จะเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ตั้งแต่อายุน้อยที่สุดคือ 10 ปี มากที่สุด 23 ปี อายุเฉลี่ย 18.1 ปี บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรก คือ คนรัก และมักไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ รวมทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นไทยมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น และมักเป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ตัวอย่างเช่น ผลสำรวจจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2545 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2545 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2547) ที่พบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุเฉลี่ยประมาณ 14-18 ปี และมีกับเพื่อนหรือคู่รักมากกว่าหญิงบริการทางเพศ เยาวชนหญิงในเขตเมืองเกือบครึ่งหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน วัยรุ่นหญิงยอมรับแนวคิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้น รวมทั้งมีแนวโน้มว่าวัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยลงเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2547 สำนักวิจัยเอแบคโพล (2547 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2547) ทำการสำรวจกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15-25 ปีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 1,627 คน พบว่า

- ร้อยละ 37.5 เคยมีแฟนมากกว่า 1 คน และร้อยละ 11.2 เคยมีแฟนมากกว่า 5 คนขึ้นไป
- ร้อยละ 46.9 ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน และมีร้อยละ 13.9 ระบุว่ายอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เพิ่งรู้จักตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ผับ เชน และห้างสรรพสินค้า
- ร้อยละ 17.6 ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับกิ๊ก/คนอื่น (ในขณะที่มีแฟน/คนรัก) ขณะที่ร้อยละ 4.7 ระบุว่ายอมรับได้กับความสัมพันธ์แบบแลกเปลี่ยนคู่นอน
- ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.4 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดยในกลุ่มดังกล่าวมีถึงร้อยละ 60.8 ที่เคยมีสัมพันธ์กับคู่นอนมามากกว่า 1 คน และเพศชายมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเป็นจำนวนมากกว่าเพศหญิง

งานวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2548 ที่รายงานว่า จากการสำรวจของสถาบันวิจัยหลายสถาบันให้ผลตรงกันว่า ปัจจุบันวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งมีประมาณ 11 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 30 หรือประมาณ 3 ล้านคน เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่จะเป็นคนรัก แฟน เพื่อนในสถาบันเดียวกันหรือต่างสถาบัน รวมทั้งคนที่เพิ่งรู้จักกันในสถานบันเทิงต่าง ๆ ในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 7 หรือกว่า 2 แสนคน ที่เคยมีเพศสัมพันธ์เป็นกลุ่ม อีกร้อยละ 3 เคยสลับคู่นอนหรือที่เรียกว่าสวิกิ้ง โดยวัยรุ่น 1 ใน 5 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ หรือ

ประมาณ 6 แสนคน ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยระหว่างมีเพศสัมพันธ์เลย และผลการศึกษายังพบว่าวัยรุ่นที่เคยมีเพศสัมพันธ์เหล่านี้ร้อยละ 25 มีคู่นอนประจำมากกว่า 1 คน (ผู้จัดการออนไลน์, 2548)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 โครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch) ได้สำรวจพฤติกรรมการใช้ชีวิตของเยาวชนโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากทุกจังหวัดจำนวน 144,000 คน พบว่ามีนักเรียนระดับมัธยมศึกษาถึงอุดมศึกษาที่ยอมรับว่าตนเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 19 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่มีเพียงร้อยละ 16 ซึ่งถ้าคิดจากจำนวนประชากรในกลุ่มอายุระหว่าง 12-21 ปี เฉพาะที่อยู่ในระบบการศึกษาที่มีประมาณ 6 ล้านคน ก็เท่ากับมีเด็กที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วประมาณล้านคนเศษ ซึ่งในจำนวนนี้หากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เข้ามาแทรกซ้อนก็จะทำให้เด็กบางส่วนมีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องความรักและเรื่องเพศมาก จากการสังเคราะห์กรณีศึกษายังพบอีกว่า หอพักและบ้านเพื่อนกลายเป็นพื้นที่อันตรายของพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนการละเมิดทางเพศต่าง ๆ เหล่านี้รวมทั้งเหล่าและกลุ่มเพื่อนที่ไปด้วยกันก็เป็นปัจจัยที่อธิบายการนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ด้วย (หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์, 2550)

สำหรับสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในเขตพื้นที่ภาคใต้ นั้น ในปี พ.ศ. 2548 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาภาคใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักเรียนและนักศึกษาที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาทุกระดับ (มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา) ทั้งของภาครัฐและเอกชน ที่มีอายุตั้งแต่ 13-22 ปี (ประณีต สว่างวัฒนา และคณะ, 2548: ช-ค) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณชี้ให้เห็นว่า

- วัยรุ่นที่มีแฟนหรือคูรักแล้ว (ร้อยละ 48.9) พบว่า เคยมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 27.4 วัยรุ่นชายเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นหญิงเป็น 2 เท่า โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 16.04 ปี โดยเฉพาะเพศชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุที่น้อยกว่าเพศหญิง

- วัยรุ่นในระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงของการติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์น้อยมาก เนื่องด้วยการมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่เกิดในหมู่เพื่อน ทำให้มีความเชื่อว่ามีโรคหรือโรคเอดส์เป็นเรื่องที่ไกลตัว พฤติกรรมการป้องกันที่พบจึงเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่า โดยใช่วิธีหลังภายนอก และการกินยาคุม ยาเม็ดฉุกเฉิน

- ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา วัยรุ่นชายมักมีเพศสัมพันธ์กับคู่มากกว่า 1 คนในสัดส่วนที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นหญิง ประมาณครึ่งหนึ่งเคยมีการใช้แอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น

- เมื่อเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว รูปแบบอื่น ๆ จะตามมาได้ง่าย เช่น การมีเพศสัมพันธ์แบบหลายคน ที่เรียกว่า เช็กซ์หมู่ หรือการสะสมคู่นอน ให้อวดกันในกลุ่มทั้งหญิงและชาย มีการ

แข่งขันกันมากขึ้นเพื่อแสดงความสามารถ และพบความสัมพันธ์ในลักษณะการว่าจ้างและสมยอมของทั้งสองฝ่ายเพื่อต้องการเงินในวัยรุ่นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นด้วย

- วัยรุ่นชายส่วนใหญ่เชื่อว่าการใส่ถุงยางทำให้ความรู้สึกทางอารมณ์ลดลง ประกอบกับความอายที่จะไปซื้อหาถุงยางอนามัย จึงมีการใช้ถุงยางน้อย รวมทั้งเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักที่ไม่ใช่หญิงบริการจะไม่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือเอดส์ ทำให้ไม่เห็นประโยชน์ของการป้องกัน

- วัยรุ่นคิดว่าแฟนหรือคู่นอนประจำและชั่วคราวไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือมีก้นน้อย

กล่าวโดยสรุป จากงานวิจัยและงานเชิงสำรวจความเห็นหลาย ๆ ชิ้นที่กล่าวมาชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นและเยาวชนทั้งชายและหญิงในทุกระดับการศึกษา เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงในปัจจุบัน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในแง่ของการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในอายุน้อยลง การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทั้งกับกลุ่มเพื่อน คนรัก รวมทั้งบุคคลที่รู้จักกันเพียงผิวเผิน การมีคู่นอนหลายคน และการแลกเปลี่ยนคู่นอน เป็นต้น นอกจากนี้วัยรุ่นยังรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อย และไม่ได้ตระหนักถึงเรื่องการติดเชื้อมากนัก จึงให้ความสำคัญกับการใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าที่ควรเป็น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวทำให้วัยรุ่นจำนวนมากตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

สาเหตุการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

สำหรับสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้น มีสาเหตุปัจจัยหลายประการ วิทยา นาควัชระ (2531 อ้างใน หทัยรัตน์ กิจบำรุง, 2546: 24) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส ดังต่อไปนี้

1. วัยรุ่นชอบทดลอง อยากรู้ อยากเห็น
2. วัยรุ่นทนการออกอ้อนของอีกฝ่ายหนึ่งไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่ฝ่ายชายจะเป็นฝ่ายออกอ้อน ฝ่ายหญิงก็ใจอ่อน
3. วัยรุ่นคิดว่าเป็นแฟชั่น เมื่อคบหากับแฟนก็ต้องมีการได้เสียกัน
4. วัยรุ่นอยากได้ความรู้สึกเป็นเจ้าของซึ่งกันและกัน ซึ่งเกิดได้ทั้งชายและหญิง
5. วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองมีค่าเป็นที่ต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง
6. วัยรุ่นมีแรงผลักดันจากฮอร์โมน และสัญชาตญาณของการสืบพันธุ์

นอกจากนี้ยังเกิดจากการอยากลองทดสอบบทบาทของผู้ใหญ่ การได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนๆ และวัยรุ่นยังใช้การมีเพศสัมพันธ์ ในเหตุผลที่หลากหลาย เช่น การเข้าสังคม ให้เป็นที่

ยอมรับของเพื่อน ใช้เป็นสื่อในการแสดงออกเพื่อบอกกับบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า “ฉันโตแล้วนะ” อย่างน่าห่วงวุ่นวาย ต้องการหลุดจากภาวะ “เหงา” หรือแรงกดดันต่าง ๆ ทำหายพ่อแม่ ทำหายสังคม และความเชื่อของมนุษย์ เช่น คนส่วนใหญ่จะกลัวการเที่ยวผู้หญิงเพราะกลัวว่าจะติดเอดส์ แต่กลับพบคนอีกกลุ่มหนึ่งที่รู้สึกพอใจที่ได้ทำ “ใครจะกลัวก็ช่าง แต่นั่นไม่กลัว” รวมทั้งยังใช้การมีเพศสัมพันธ์เป็นผลตอบแทน เป็นรางวัลให้กับชีวิต และบางครั้งก็ใช้เป็นบทลงโทษตัวเองด้วย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การย้ายถิ่นเนื่องจากโอกาสและเงื่อนไขในการศึกษาและอาชีพ การเติบโตของความเป็นเมือง ก็มีผลผลักดันให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเพิ่มขึ้นและเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (มธุรดา เจริญทวีทรัพย์, 2545: 53; พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2541: 53)

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็กวัยรุ่น

ความจริงแล้วทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ล้วนเสี่ยงกับโรคเอดส์เท่า ๆ กัน แต่วัยรุ่นเป็นวัยที่น่าห่วงมากที่สุด เพราะโดยพื้นฐานทางพัฒนาการของวัยรุ่น เป็นวัยที่มีปัญหาเรื่องเพศ และการปรับตัวกับสภาพร่างกาย และอารมณ์ที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลง คือมีความสนใจในเพศตรงข้าม ร่วมกับความรูสึกทางเพศที่เกิดขึ้นมาตามธรรมชาติอย่างมากอยู่แล้ว (เช็กซ์ที่ปลอดภัย, 2550)

เด็กวัยรุ่นและเยาวชน (Young people) เป็นกลุ่มที่เป็นจุดศูนย์กลางของการแพร่ระบาดของเอชไอวีและเอดส์ทั่วโลก ทั้งนี้เพราะมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีอายุระหว่าง 15-24 ปี และมีการคาดการณ์ว่ามีเยาวชนอายุ 15-24 ปี ประมาณ 11.8 ล้านคนที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ นอกจากนี้จะมีเยาวชนอายุ 15-24 ปี ประมาณ 6,000 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละวันทั่วโลก โดยเยาวชนที่ติดเชื้อเหล่านี้มีเพียงส่วนน้อยที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ และจากรายงานการวิจัยหลายแหล่งที่ชี้ให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย จะมีแนวโน้มที่มีคู่นอนหลายคนและมีคู่นอนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และเด็กวัยรุ่นเหล่านี้จะมีแนวโน้มที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (UNAIDS, 2004 อ้างใน วารุณี ฟองแก้ว และคณะ, บรรณาธิการ, 2549: 4)

จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ประเทศไทย พ.ศ. 2527-31 ตุลาคม 2548 โดยสำนักกระบาดวิทยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชน มีจำนวน 27,466 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด เป็นเพศชาย 15,466 ราย และเพศหญิง 12,000 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.3:1 ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชน พบเพศชายมากกว่าเพศหญิงตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง พ.ศ. 2541 ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบันพบผู้ป่วยเพศหญิงมีรายงานมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยกลุ่มอายุระหว่าง 20-24 ปี พบจำนวนค่อนข้างสูง ส่วนผู้ป่วยกลุ่มอายุระหว่าง 15-16 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อจำแนกการเกิดโรคตามปัจจัยเสี่ยงพบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์พบมีรายงานผู้ป่วยมากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นมาตลอด

รองลงมาคือการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ พบได้เล็กน้อย นอกจากนี้พบว่า แนวโน้มผู้ป่วยในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาค่อนข้างสูง ส่วนนักเรียนประถมศึกษาามีรายงานผู้ป่วยต่ำสุด เมื่อพิจารณาจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดต่าง ๆ ในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาระดับต่าง ๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2547 พบว่า นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 11.3 (9.8-17.8) นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 3.3 (1.6-5.7) และในปี พ.ศ. 2547 พบว่า กลุ่มนักเรียนชายอาชีวศึกษา/วิชาชีพชั้นปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 32.0 ขณะที่นักเรียนหญิงอาชีวศึกษา/วิชาชีพชั้นปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 21.2 ซึ่งการมีพฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น หากไม่รู้จักการป้องกันที่ดีพอ (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2548: 805-811)

จากการที่สาเหตุของการรับเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนเหล่านี้เกิดจากปัจจัยด้านเพศสัมพันธ์เป็นหลัก ประกอบกับลักษณะพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในปัจจุบันที่บ่งชี้ว่าเป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย มีการเปลี่ยนคู่นอนง่าย การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างเพื่อนหรือคู่รัก ในขณะที่ฝ่ายชายก็มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศด้วย แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่อุปถัมภ์สูงขึ้น การรักรถยนต์สวนสวนตัวน้อยลง แนวโน้มเยาวชนจะมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยมากขึ้น ปรากฏการณ์ในลักษณะนี้จึงเป็นหนทางให้การแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ได้มากและรวดเร็วขึ้น (สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ, 2542: 8)

ลักษณะของพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น

การดำเนินการเพื่อลดอัตราเพิ่มของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ จำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ ได้แก่ การลดการแพร่เชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มประชาชนที่มีเชื้อเอชไอวีในตัวเองให้แพร่กระจายต่อไปยังบุคคลอื่น ๆ และการลดการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มประชากรเป้าหมายต่าง ๆ โดยการแพร่โรคและการติดเชื้อของประชาชนมีองค์ประกอบ และปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ปัจจัยที่สำคัญที่สุดได้แก่ ปัจจัยทางพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของแต่ละบุคคลที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อหรือการติดเชื้อโรคเอดส์แล้วแต่กรณี การกระทำหรือการปฏิบัติในลักษณะดังกล่าวนี้ เรียกว่าเป็น “พฤติกรรมเสี่ยง” กล่าวได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อปัญหาการติดเชื้อโรคเอดส์ และการควบคุมโรคเอดส์เป็นอย่างมาก ถ้าประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงเพียงใด ก็หมายถึงว่า ปัญหาการแพร่เชื้อโรคเอดส์ย่อมจะสูงมาก ในทางตรงกันข้าม ถ้ากลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ก็จะได้ผลมากขึ้น (ธนวรรณ อัมสมบุญ, 2536: 27)

พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ โดยไม่แน่ว่า พฤติกรรมนั้นหมายถึง พฤติกรรมทางเพศ หรือพฤติกรรมการกระทำอื่นใด (อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กรินชัย, 2535: 211) ปัจจุบันพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ที่สำคัญคือ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ติดทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2551; สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2548: 805-811) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า พฤติกรรมทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย

พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ และสรุปลักษณะของพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ โดยรวมพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ถึงลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1. พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

ปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นมีอิสระในการคบเพื่อนต่างเพศมากขึ้น มีความใกล้ชิดทางร่างกาย และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการที่เพศสัมพันธ์ถือเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2548) ดังนั้น การศึกษาถึงพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นจึงถือเป็นสิ่งสำคัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดในวัยรุ่นคือ ความสนใจในเพศตรงข้าม ซึ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ ได้แก่ 1) ความเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนทำให้เกิดความรู้สึกทางเพศที่ดึงดูดชายหญิงเข้าหากัน 2) วัยรุ่นถือว่าการมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่จึงเป็นสิ่งมีคุณค่า และ 3) พ่อแม่และเพื่อนคาดหวังว่าวัยรุ่นจะสนใจเพศตรงข้าม พ่อแม่อาจมีข้อแม้ว่าลูกจะมีนัดได้กับใครเมื่อไร แต่ถ้าลูกไม่สนใจเพศตรงข้ามเลย พ่อแม่ก็อาจจะไม่สบายใจมากกว่า วัยรุ่นจะถือว่าความสำเร็จในการนัด มีความสำคัญต่อคุณค่าของตนเอง และความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน คนที่ไม่เคยมีนัดหรือล้มเหลวจะรู้สึกสูญเสียเพื่อนไม่ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกถูกแยกออกจากกลุ่ม แต่เมื่อมีนัดแล้วปัญหาที่ตามมาก็คือความสัมพันธ์ทางเพศ (เพ็ญพิไล ฤทธาณานนท์, 2549: 209-212)

การศึกษาของสุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ (2542: 21-22) พบว่า วัยรุ่นในสถานศึกษามีพฤติกรรมการไปมาหาสู่กับเพื่อนต่างเพศในลักษณะเสี่ยง เช่น ร้อยละ 28.2 เคยไปตามลำพังในที่ลับตากับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 49.4 ไปเที่ยว/ลุย/ดื่ม เวลาวิกาลกับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 49 ไปเที่ยวไกล ๆ และค้างคืนกับเพื่อนต่างเพศ ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.5 มีคูรัก/แฟน ใช้วิธีแสดงความรักกับคูรัก/แฟน โดยการจับมือ โอบกอด จูบ สัมผัส มากที่สุด ร้อยละ 48.4 และมี

เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 3.4 ส่วนการศึกษาของ อนงค์ ชีระพันธุ์ (2544: 127-128) พบว่า นักเรียนเคยนัดพบกับเพศตรงข้ามตามลำพังคิดเป็นร้อยละ 35.8 และเมื่ออยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้ามพบว่า มีการจับมือถือแขน โอบไหล่-เอว ซึ่งกันและกันคิดเป็นร้อยละ 49.8 รองลงมา ได้แก่ การกอดจูบ ถูบไล่กระตุ้นอารมณ์ อวัยวะร่างกายให้กันและกันร้อยละ 32.3 และเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 27.8 นอกจากนี้ในการศึกษาของ Guruge, R., et al. (2004: 53-68) ที่ทำการศึกษาวัยรุ่นระดับอาชีวศึกษาใน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว พบว่า ร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม โดยร้อยละ 80 ไปเที่ยวสองต่อสองกับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 70 เคยจับมือถือแขนกับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 52.1 เคยกอดจูบกัน และร้อยละ 35.4 เคยมีเพศสัมพันธ์

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่าการนัดพบ (dating) จะถือว่าเป็นพัฒนาการทางสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่ง แต่เนื่องจากค่านิยมเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศที่รับมาจากวัฒนธรรมตะวันตกวัยรุ่นจึงอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากการมีนัด ไม่ว่าจะเป็น การนัดพบกันตามลำพังสองต่อสอง อยู่ในที่ลับตาตามลำพังสองต่อสองมีการถูกเนื้อต้องตัวกัน การสัมผัสซึ่งกันและกันเชิงชู้สาว และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ (สุภาพรณ ปญหาราช, 2547: 24) Roche (1986: 236) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสตามระดับขั้นตอนพฤติกรรมของการนัดพบ (dating stage) ระหว่างหญิงชาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและลึกซึ้งขึ้นเรื่อย ๆ แบ่งออกเป็น 8 ลักษณะ โดยเริ่มจากพฤติกรรมน้อยที่สุดไปหาพฤติกรรมที่มากที่สุด ดังนี้

- 1) ไม่มีการสัมผัสถูกเนื้อต้องตัวกัน (no physical contact)
- 2) มีการจูบลา (a goodnight kiss)
- 3) มีการโอบกอด และการจูบเล็กน้อย แต่บ่อยครั้งขึ้น (several hugs and kisses)
- 4) มีการโอบกอด และการจูบที่ลึกซึ้งขึ้น (prolonged kissing and hugging)
- 5) มีการเล้าโลมเบาๆ บริเวณส่วนบนของร่างกาย (light petting above the waist)
- 6) มีการเล้าโลมมากขึ้นบริเวณส่วนล่างของร่างกาย (heavy petting below the waist)
- 7) มีการสำเร็จความใคร่ซึ่งกันและกัน (Mutual masturbation)
- 8) มีการร่วมเพศ (sexual intercourse)

ทั้งนี้ในการศึกษาของวิณา โคมพนานคร (2538 อ้างใน พนอติ จันทนา, 2547: 41) พบว่า เพียงการจับมือถือแขนมีโอกาสดึงการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 10 แต่ถ้าความใกล้ชิดเกิดขึ้นอีกขั้นหนึ่งคือ การกอดจูบ มีโอกาสดึงการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 60 ถ้ามีการถูบลำข้างนอกมีโอกาสดึงการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 80 และถ้าการเล้าโลมข้างในมีโอกาสดึงการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 100

2. ลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์เกือบทุกรายเกิดจากการร่วมเพศโดยไม่มีการป้องกันระหว่างชายกับหญิง หรือระหว่างชายกับชาย โดยที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องเพศหรือทางทวารหนักก็ตาม ซึ่งการร่วมเพศทางช่องเพศและทางทวารหนักนั้นนับว่าเป็นพฤติกรรมทางเพศที่พบบ่อย ๆ ทั่วไปในทุกประเทศ (เมิร์ล เบเรอว์ และสุนันดา เรย์, 2539: 190) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546: 41-45) ได้ระบุลักษณะของเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV คือ เพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่โดยไม่ได้มีการป้องกันการสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง ทำให้เชื้อที่มีอยู่ในน้ำคัดหลั่งคือ น้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นในช่องคลอด น้ำเลือด สามารถเข้าสู่ร่างกายได้ตลอดจนการใช้ปากในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2536: 33) ยังได้ระบุว่าพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์ทางด้านเพศสัมพันธ์นั้นยังหมายรวมถึง การสำส่อนทางเพศ คือ การมีคู่นอนหลายคน การเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ และการเที่ยวโสเภณีอีกด้วย

ประเสริฐ ทองเจริญ (2531 อ้างใน ชนมนิภา วรกวิน และลินดา สุวรรณดี, 2547: 10) ได้ระบุพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ไว้ ดังนี้

- 1) รักร่วมเพศที่สำส่อน เปลี่ยนคู่นอนคู่ขาเสมอ ๆ
- 2) รักร่วมทั้งสองเพศ คือ ทั้งเพศเดียวกันและยังร่วมรักต่างเพศด้วย และสำส่อนเปลี่ยนคู่นอนเสมอ ๆ
- 3) มีเพศสัมพันธ์กับชาย-หญิงโสเภณี เช่น นางทางโทรศัพท์ หญิงในบาร์ หมอนวด หรือหญิงบริการในสถานอาบอบนวด
- 4) มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลแปลกหน้า คู่นอน คู่ขา คู่รักของกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

Hanna, K.M., et.al (1997 อ้างใน สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ, 2542: 8) กล่าวถึง ลักษณะพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นที่ถูกนำมาศึกษา มักจะหมายความว่าถึงพฤติกรรมทางเพศใน 6 ด้าน ดังนี้ คือ

- 1) ความถี่หรือจำนวนครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์
- 2) จำนวนของคู่ร่วมเพศ (การเปลี่ยนคู่)
- 3) จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จักดีพอ คบกันไม่นานหรือคนแปลกหน้า
- 4) จำนวนครั้งหรือความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- 5) การเปลี่ยนคู่ร่วมเพศกับคนอื่นหรือรู้ว่าเป็นคู่ของคนอื่น
- 6) จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ฉีดยาเสพติดทางเส้นเลือด

นอกจากนี้ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายชิ้น ผู้วิจัยพบว่า ลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี ได้แก่

1. การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย

การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย (early sexual initiation) หมายถึง การมีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุ 15 ปีหรือน้อยกว่า 15 ปี (Stulhofer, et al., 2007: 58-65) นอกจากนี้ Houten (2007) กล่าวว่า การมีเพศสัมพันธ์เร็วโดยเฉพาะก่อนอายุ 18 ปี นับเป็นพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง

การมีเพศสัมพันธ์เร็ว ทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์นั้นเนื่องจากเหตุผล 2 ประการ คือ

1. เนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะเพศของวัยรุ่นมีลักษณะบอบบางยังเจริญไม่เต็มที่จึงมีการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อมีเพศสัมพันธ์จะเกิดการเสียดสีจากการสอดใส่อวัยวะเพศ ทำให้เกิดการระคายเคืองจนเกิดแผล (Neinstein L.S. & Anderson M.M., 1996 อ้างใน สุภาภรณ์ ปัญหาราช, 2547: 26)

2. การมีเพศสัมพันธ์แต่ละครั้ง เท่ากับเปิดโอกาสรับเชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกาย หากเริ่มเร็วโอกาสติดเชื้อเอดส์ก็เร็วขึ้นเช่นกัน (กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลลำปาง, 2551)

นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์เร็ว จะทำให้มีความเสี่ยงมากขึ้น เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยสัมพันธ์กับการไม่ใช่อุปกรณ์อนามัย การมีคู่นอนหลายคน การเพิ่มอัตราการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Barone, et al., 1996: 69-74)

การสำรวจพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มนักเรียน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) ในปี ค.ศ. 2007 พบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 47.8 เป็นชายร้อยละ 49.8 และหญิงร้อยละ 45.9 นักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.1 เป็นชายร้อยละ 10.1 และหญิงร้อยละ 4.0 (CDC, 2007b) และการศึกษาของ Darroch, et al. (2001: 244-250 & 281) พบว่า วัยรุ่นอายุ 15-17 ปี ในแคนาดา เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 37.4 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 17.3 ปี ส่วนวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 38.3 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 17.2 ปี

สำหรับการศึกษาภายในประเทศนั้น ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในเพศชายเท่ากับ 15.4 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 15.7 ปี (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550ข: 469-474) สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ ธนรุจิวงศ์ (2550: 9-15) ที่ศึกษาแนวโน้มของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา

ปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษาระดับปวช. ปี 2 เปรียบเทียบปี 2545-2549 พบว่า กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชายมีอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงจาก 15.7 ปีในปี 2546 เป็น 15 ปีในปี 2549 ส่วนในกลุ่มนักเรียนหญิงอายุเฉลี่ยไม่เปลี่ยนแปลงมากนักยังคงที่ 15.3-15.5 ปี นอกจากนี้ในการศึกษาของ สมศักดิ์ วงศ์वास และคณะ (2548: 9-22) ที่ศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในสถานศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2545-2547 พบว่า อายุเมื่อแรกมีเพศสัมพันธ์ที่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 14 ปี ของกลุ่มนักเรียนนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มนักเรียนชายมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนชายมัธยมศึกษาที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มนักเรียนหญิงอาชีวศึกษามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างช้า ๆ ตลอด 3 ปีที่ผ่านมา

กล่าวโดยสรุปได้ว่า วัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยนั้นทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้

2. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่ถูกวิธี

การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกันเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2004 มากกว่า 85% ของผู้ที่ได้รับรายงานนั้นเกิดจากการรับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Yongpanichkul, S., 2006: 10) การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีและใช้อย่างสม่ำเสมอจะมีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ นอกจากนี้การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอยังช่วยลดความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย (CDC, nd.: 2) จากการศึกษาติดตามผลระยะยาวในกลุ่มผู้ที่มีคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวี ถึงการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัย พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนจะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ประมาณ 85% (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, 2001: 14)

แต่ในปัจจุบันกลับพบว่า วัยรุ่นมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์น้อยมาก โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการไม่ใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น (Ford & Kittisuksathit, 1996; Cash & Anasuchartkul, 1995 อ้างใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2541: 55) ได้แก่

1. การที่วัยรุ่นมองว่าการใช้ถุงยางอนามัยไม่เหมาะสมในความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานความรัก เพราะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจกันและขาดความใกล้ชิด
2. การขาดการรับรู้ถึงการเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์จากคู่นอน
3. ทำให้ฝ่ายชายลดความรู้สึกพึงพอใจทางเพศขณะมีเพศสัมพันธ์

4. วัยรุ่นหญิงถูกคาดหวังว่าต้องไม่รู้จักรื่องเพศ การที่ตนเองจะเป็นผู้เอ่ยถึงการใช้อย่างอนามัยทำให้เป็นสถานการณ์ที่ยากลำบาก

5. ขาดการสื่อสารทางเพศระหว่างวัยรุ่นชายหญิงในเรื่องการคุมกำเนิด และการป้องกันการติดโรคเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ โดยการศึกษาพบว่าไม่ค่อยมีการสื่อสารกันในเรื่องเพศ การคุมกำเนิด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยนั้นทำให้มีโอกาสในการติดเชื้อเอดส์ได้สูง เนื่องจาก เชื้อเอดส์สามารถอยู่ในน้ำอสุจิและตัวอสุจิของชาย ในผนังและเยื่อบุมดลูกและช่องคลอดของหญิง ในเยื่อลำไส้ใหญ่ของทั้งชายและหญิง ในระหว่างที่มีการร่วมเพศโดยไม่ได้อุปกรณ์ น้ำอสุจิจะเข้าไปในช่องเพศของหญิง หรือทวารหนัก และอวัยวะเพศชายจะเสียดสีกับเยื่อบุช่องเพศหญิงหรือทวารหนัก ถ้าหากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเชื้อเอดส์ เชื้อจะแทรกเข้าสู่อีกฝ่ายหนึ่งทางผนังช่องคลอดและมดลูก เข้าทางต่อมลูกหมาก เข้าทางท่ออสุจิและท่อเปิดทางปลายอวัยวะเพศชาย หรือลำไส้ใหญ่ และเข้าไปในกระแสเลือดของอีกฝ่ายหนึ่ง (เมอร์ล เบเรอว์ และสุนันดา เรย์, 2539: 191)

การใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศเป็นมาตรการที่ปลอดภัยที่สุด ถ้าหากว่าคู่กันฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งได้ไปร่วมเพศกับคนอื่นมาแล้ว หรือจะไปร่วมเพศกับบุคคลอื่นต่อไปอีก การร่วมเพศโดยใช้ถุงยางปลอดภัยกว่าการไม่ได้ใช้เลย ในการร่วมเพศยังได้มีการใช้ถุงยางบ่อยครั้งมากเท่าไร โอกาสที่จะติดเชื้อก็จะน้อยลงเท่านั้น (เมอร์ล เบเรอว์ และสุนันดา เรย์, 2539: 217-218)

3. การมีคู่นอนหลายคน

การมีจำนวนคู่นอนหลายคนเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นและคนหนุ่มสาว โดยเฉพาะถ้ามีการใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธีและใช้ไม่สม่ำเสมอ (Santelli, et al., 1998: 271-275) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นชายมีพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนมากกว่าวัยรุ่นหญิง (Remez, 2000: 100-101; Stulhofer, et al., 2007: 58-65) และพบว่า การระบาดของโรคเอดส์นั้นขึ้นอยู่กับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน โดยขาดการป้องกัน ชายหญิงที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่มีคู่นอนเพียงคนเดียว (Waithaka & Bessinger, 2001: 4-9)

เมอร์ล เบเรอว์ และสุนันดา เรย์ (2539: 193) กล่าวว่า การมีคู่นอนหลายคนนั้นไม่มีความเสี่ยงในตัวเอง แต่เราไม่อาจรู้ได้เสมอไปว่าคนที่เรามีเพศสัมพันธ์ด้วย หรือคู่นอนคนอื่นของเขาติดเชื้อเอดส์หรือไม่ เพราะฉะนั้น ยังมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงที่เราไม่อาจรู้ก็จะยิ่งเพิ่มขึ้น

การศึกษาของ Darroch, et al. (2001: 244-250 & 281) ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-17 ปี ประเทศแคนาดา ในปีที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นหญิงมีคู่นอนตั้งแต่สองคนขึ้นไป ร้อยละ 24.3 วัยรุ่นชาย

ร้อยละ 24.8 ส่วนวัยรุ่นอายุ 15-17 ปีในสหรัฐอเมริกา ในปีที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นหญิงมีคู่นอนตั้งแต่สองคนขึ้นไป ร้อยละ 43.8 วัยรุ่นชายร้อยละ 53.3

สำหรับในประเทศไทยนั้นปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคน การสำรวจในปี พ.ศ. 2547 โดยสำนักวิจัยเอแบคโพล (สำนักวิจัยเอแบคโพล, 2547 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2547) พบว่า เยาวชนร้อยละ 37.5 เคยมีแฟนมากกว่า 1 คน และมีถึงร้อยละ 11.2 ที่เคยมีแฟนมากกว่า 5 คนขึ้นไป ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.4 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดยในกลุ่มดังกล่าวมีถึงร้อยละ 60.8 ที่เคยมีสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน และเพศชายมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเป็นจำนวนมากกว่าเพศหญิง

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้มีคู่นอนหลายคนของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นต้องการแสดงความเป็นอิสระ ชอบที่จะลองแสวงหาสิ่งใหม่ ชอบที่จะมีความสุขและฉวยโอกาสของความอิสระที่ได้รับในช่วงวัยรุ่น สร้างการยอมรับในหมู่เพื่อน ยังมีความรู้สึกที่จะไม่จริงจังหรือผูกมัดกับใครคนใดคนหนึ่ง (พิมพัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2541: 55) ดังนั้นพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนจึงทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้

4. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัย ถือเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมาก เนื่องจากมีความเป็นไปได้ว่าคู่นอนทั้งสองฝ่ายจะติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการร่วมเพศทางทวารหนัก เชื้อเอชไอวีสามารถพบได้ในเลือด น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งที่ออกมา ก่อนน้ำอสุจิ หรือสารคัดหลั่งจากช่องคลอดของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยทั่วไปแล้วผู้ที่เป็นฝ่ายได้รับเชื้ออสุจิมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า เพราะเนื้อเยื่อบริเวณทวารหนักนั้นบางและอาจทำให้เชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายได้ในขณะร่วมเพศ อย่างไรก็ตามผู้ที่เป็นฝ่ายสอดใส่อวัยวะเพศชายเข้าไปในร่างกายนของคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีก็มีความเสี่ยงเช่นกัน เพราะว่าเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าไปทางรูเปิดของทอปีสสาวะบนอวัยวะเพศได้ หรือเข้าไปทางรอยขีดข่วนหรือแผลเปิดที่อวัยวะเพศได้ การไม่มีเพศสัมพันธ์เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกันเชื้อเอชไอวี แต่ถ้าหากเลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ก็ควรจะใช้ถุงยางอนามัยด้วย อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยจะเป็นวิธีที่ดี แต่การร่วมเพศทางทวารหนักก็มีโอกาสที่ถุงยางอนามัยจะแตกได้มากกว่าการร่วมเพศทางช่องคลอด ดังนั้น ถึงแม้จะใช้ถุงยางอนามัยก็ตาม การร่วมเพศทางทวารหนักก็ยังคงเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (CDC, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า การกระทำที่ทำให้เลือดออกในขณะร่วมเพศ มีความเสี่ยงสูงมาก การใช้นิ้วหรือมือล้วงเข้าไปในช่องคลอดหรือทวารหนักอาจทำให้เกิดบาดแผลได้ เช่น อาจเกิดจากเล็บบาดเอา หรือเกิดจากการล้วงควักรุนแรงเกินไป การสอดใส่อวัยวะเพศอย่าง

รุนแรงก็ทำให้มีบาดแผลฉีกขาดได้เช่นกัน การฉีกขาดของเยื่อบุลำไส้ใหญ่ที่ทวารหนักเกิดขึ้นได้ง่ายมาก เพราะเยื่อบุจะบางและแห้ง ทำให้บริเวณนั้นติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (เมิร์ล เบเรอว์ และสุนันดา เรย์, 2539: 192)

รายงานการติดเชื้อเอชไอวีในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2005 ซึ่งทำการสำรวจใน 33 รัฐ พบว่า ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้ใหญ่และวัยรุ่นชายนั้น มีผู้ติดเชื้อที่เป็นชายรักร่วมเพศ ประมาณ 71% (CDC, 2007c) สำหรับในประเทศไทยนั้น สำนักอนามัย กองควบคุมโรคเอดส์ ได้สำรวจแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า นักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพศเดียวกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 12.7 และนักเรียนชายอาชีวศึกษาระดับ ปวช. ปี 2 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพศเดียวกันร้อยละ 3.5 (อุบลรัตน์ ธนรุจิวงศ์, 2550: 9-15) นอกจากนี้ในการสำรวจและเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใน 24 จังหวัด เมื่อปี พ.ศ. 2549 ระบุว่า เพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักร่วมร้อยละ 1-2 เป็นในลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ด้วยปากและทวารหนัก (ไทยโพสต์, 2550)

ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของกลุ่มวัยรุ่นชายรักร่วมเพศ รวมทั้งวัยรุ่นหญิงที่มีการร่วมเพศทางทวารหนักอาจทำให้การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นได้

5. การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน

การมีเพศสัมพันธ์ทั้งระหว่างชายกับชาย และชายกับหญิงจะมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ได้ถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมีเชื้ออยู่ในตัว เพราะเชื้อโรคเอดส์จะออกมากับน้ำกามของผู้ชาย และน้ำเมือกในช่องคลอดของผู้หญิงที่เป็นโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในเม็ดโลหิตขาวที่ปะปนออกมากับน้ำกาม และน้ำเมือก ดังนั้นถ้ายังมีเลือดออก เช่น การร่วมเพศขณะมีประจำเดือนหรือขณะที่ประจำเดือนยังไม่หมดหรือถ้ามีบาดแผล เช่น การมีแผลกามโรค มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลเยิ้มก็ยิ่งถ่ายทอดโรคให้คนอื่นได้ง่ายขึ้น (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2544) สอดคล้องกับเมิร์ล เบเรอว์ และสุนันดา เรย์ (2539: 195) ซึ่งรายงานว่า มีรายงานวิจัยจำนวนหนึ่งพบว่า จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถ้าหากมีการร่วมเพศระหว่างหญิงมีประจำเดือน สาเหตุที่ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือนเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้นั้น นิกร คุสิตสิน (2543) กล่าวว่า เพราะในขณะมีประจำเดือนพื้นผิวโพรงมดลูกจะมีลักษณะคล้ายแผล ซึ่งถ้ามีเชื้อโรครุนแรง อาจเข้าไปถึงโพรงมดลูกและเลยไปในช่องท้องได้

นอกจากนี้ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยว่า วัยรุ่นมีการใช้ถุงยางอนามัยลดลงเมื่อมีการร่วมเพศขณะมีประจำเดือน เพราะเป็นวิธีที่ไม่ทำให้ตั้งครรภ์ แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นห่วงเพียงเรื่องการตั้งครรภ์เท่านั้น แต่ไม่ได้คำนึงถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งโรคเอดส์ (นิตยา จันทรเรือง มหาผล, 2547) สถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้

6. การมีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายขายบริการ

ลักษณะการขายบริการทางเพศขณะนี้เปลี่ยนแปลงไปมาก จากเดิมการขายบริการส่วนใหญ่จะขายในสถานบริการเป็นหลัก แต่ขณะนี้เปลี่ยนไปในรูปแบบของการขายแอบแฝง เช่น อาบอบ นวด นวดแผนโบราณ การราโอเกะ บาร์เบียร์ นางโตรีพท์ และยังพบผู้ขายบริการทางเพศอิสระและขายเพื่อเป็นรายได้เสริม ซึ่งหญิงบริการทางเพศไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะใดก็ล้วนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง การเฝ้าระวังความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศทั่วประเทศในช่วงกลางปี พ.ศ. 2549 จำนวนกว่า 2,092 คน พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแขกหรือลูกค้าประจำ พบว่า มีอัตราลดลงจากร้อยละ 93 ในปี พ.ศ. 2547 เหลือร้อยละ 86 และใช้ถุงยางอนามัยกับชายอื่นที่ปี พ.ศ. 2547 มีสูงถึงร้อยละ 91 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 79 นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงขายบริการทางเพศ มีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นกามโรคร้อยละ 11 และเคยร่วมเพศขณะกำลังมีอาการป่วยของโรคกามโรคด้วย เพิ่มจากร้อยละ 4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2549 การร่วมเพศขณะกำลังป่วยจากกามโรค จะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้นถึง 5-7 เท่า เนื่องจากหากมีเชื้อเอชไอวีทางอสุจิ เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายได้ทางบาดแผลที่เกิดจากเชื้อกามโรค นอกจากหญิงขายบริการทางเพศจะเป็นผู้รับเชื้อแล้ว ยังเป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชไอวีหรือกามโรคสู่ผู้อื่นรายต่อไปด้วย (สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การศึกษาของนวลตา อาภาคัพทะกุล (2549: 475-482) พบว่า กลุ่มเยาวชนที่มาใช้บริการในแหล่งชุมชนวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงโสเภณี/ชายขายบริการทางเพศ ร้อยละ 5.7 และผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการ ร้อยละ 4.5 และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับผู้ขายบริการเพียงร้อยละ 67.8 (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550: 469-474) ดังนั้นกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการจึงมีความเสี่ยงในการได้รับเชื้อเอชไอวีได้

7. การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่รู้จักกันเพียงผิวเผิน

ปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบฉาบฉวยเพิ่มขึ้น โดยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่รู้จักกันเพียงผิวเผิน เช่น บุคคลที่รู้จักกันในสถานบันเทิง หรือรู้จักผ่านทางอินเทอร์เน็ต งานวิจัยของสวนดุสิตโพลล์พบว่า ร้อยละ 20 ของวัยรุ่นยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับกิ๊กในบางวันที่เหงา และร้อยละ 15 ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เพิ่งเจอกันในผับหรือเรค ทำให้เห็นว่าวัยรุ่นไทยในสมัยนี้มีเสรีนิยมทางเพศ (ข่าวสด, 12 พฤศจิกายน 2547: 15 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) การศึกษาของศรีธนา บุญนาค (2547: 14) ที่ศึกษาการมี

เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นในภาคใต้ พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.9) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน/คู่อภิเษก รองลงมาเป็นเพื่อนร่วมสถาบันการศึกษา และเพื่อนใหม่ที่พบตามสถานบันเทิง ตามลำดับ

นอกจากนี้ผลสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ เรื่อง “สถานการณ์ปัญหาการคุกคามทางเพศ และเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน: กรณีศึกษาเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล พ.ศ. 2549 พบว่า บุคคลที่ตัวอย่างระบุมีเพศสัมพันธ์ด้วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา นั้น ตัวอย่างส่วนใหญ่หรือร้อยละ 78.2 ระบุมีเพศสัมพันธ์กับแฟน/คู่อภิเษก รองลงมาคือร้อยละ 8.4 ระบุเพื่อนต่างโรงเรียน/สถาบัน ร้อยละ 7.6 ระบุเพื่อนร่วมโรงเรียน/สถาบัน ร้อยละ 6.6 ระบุเพื่อนใหม่ที่พบตามเชค/ผับ/สถานบันเทิง ร้อยละ 3.8 ระบุผู้ขายบริการทางเพศ และร้อยละ 6.0 ระบุอื่น ๆ อาทิ เพื่อนทางอินเทอร์เน็ต/นักร้อง/หญิงคาราโอเกะ หรือห้องอาหาร ตามลำดับ (เอแบคโพลล์, 2549)

การศึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครโดย วิภาดา เอี่ยมแย้ม (2548: บทคัดย่อ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายของการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนสรุปได้ว่า คือ พฤติกรรมของชายหญิงที่ไม่รู้จักกันเคยกันมาก่อน แต่รู้สึกถูกใจกันและยินยอมที่จะมีความสัมพันธ์ทางเพศ เพื่อระบายความต้องการทางเพศและความใคร่ของทั้งสองฝ่าย และนำมาซึ่งความสนุกสนาน ตื่นเต้น อีกทั้งไม่ต้องมีความผูกพันทางด้านจิตใจต่อกัน และไม่ต้องรับผิดชอบต่อสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นภายหลัง โดยกระบวนการทั้งหมดนี้จะเริ่มต้นและจบลงอย่างรวดเร็ว การศึกษาของนิรมล เมืองโสม (2543: 167) พบว่า วัยรุ่นหญิงที่มีคู่นอนหลายคนในชีวิตยอมรับว่าบางครั้งถ้ามีความพอใจในตัวเพศตรงข้ามก็จะยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย ซึ่งจะรู้จักกันเพียงในเวลาอันสั้นก่อนจะมีความสัมพันธ์ทางเพศเกิดขึ้น เช่น บางรายรู้จักเพศตรงข้ามนานเพียงหนึ่งเดือนเท่านั้น

การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เรารู้จักกันเพียงผิวเผิน โดยที่ไม่ต้องใช้ความพยายามเท่าใดนักก็สามารถจะมีเพศสัมพันธ์ด้วยได้นั้น อาจเป็นไปได้ว่าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์ทางเพศมาก่อน และเป็นไปได้ว่าบุคคลนั้นอาจจะได้รับเชื้อเอดส์มาแล้ว ซึ่งทำให้เราสามารถที่จะติดเชื้อเอดส์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเราประมาทว่าเขาเป็นคนที่ไม่ได้ขายบริการทางเพศ (นิมิตร เทียนอุดม, 2545: 13) ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่รู้จักกันเพียงผิวเผิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากไม่มีการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย ก็จะทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากคู่นอนได้

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทั้งภายในและภายนอกประเทศดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปออกมาดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมทางเพศที่เกี่ยวกับการติดเชืเอช ไอวี

1. พฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

Roche (1986: 236)	วิลมา โดมพนาคร (2538 อ้างใน พจนวดี จันทนา, 2547: 41)	พจนวดี จันทนา (2547: 9)	สุภรณ์ ปัญหาราช (2547: 8)
dating stage 8 ขึ้น 1. ไม่มีการสัมผัสถูกเนื้อต้องตัวกัน (no physical contact) 2. มีการจูบตา (a goodnight kiss) 3. มีการโอบกอด และการจูบเล็กน้อย แต่บ่อยครั้งขึ้น (several hugs and kisses) 4. มีการโอบกอด และการจูบที่ลึกซึ่งขึ้น (prolonged kissing and hugging) 5. มีการเส้าโลมเบา ๆ บริเวณส่วนบนของร่างกาย (light petting above the waist) 6. มีการเส้าโลมมากขึ้นบริเวณส่วนล่างของร่างกาย (heavy petting below the waist) 7. มีการสำเร็จความใคร่ซึ่งกันและกัน (Mutual masturbation) 8. มีการร่วมเพศ (sexual intercourse)	- การจับมือถือแชน - การกอดจูบ - การจูบคล้าข้างนอก - การเส้าโลมซึ่งใน	การสัมผัสสร้างกายเพศตรงข้าม ได้แก่ - การจับมือ - การโอบกอดการจูบ - การเส้าโลมระหว่างกัน	การปฏิบัติต่อกันเชิงผู้สาว กับเพศตรงข้าม ได้แก่ - การอยู่ใกล้ชิดกัน - การมีนัดกันตามลำพัง - การจับมือถือแชน - การโอบกอด - การหอมแก้ม - การจูบ

2. ลักษณะของเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

กระทรวง สาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต (2546)	เมอร์เบรอว์ และสุนดา เรย์ (2539)	วิวัฒน์ ไรจนพิทยกร (2536)	ประเสริฐ ทองเจริญ (2531 อ้างใน ชนม์นิภา วรกวัน และลินดา สุวรรณดี, 2547: 10)	กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขเขตและ ประชาสัมพันธ์ (2550)	Hanna, K.M., et.al (1997 อ้างใน สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ, 2542: 8)
■ เพศสัมพันธ์ที่มี การสอดใส่โดยไม่ ได้มีการป้องกัน ไม่ได้มีการป้องกัน ด้วยการสวมถุงยาง อนามัยอย่างถูกต้อง ทำให้เชื้อที่มีอยู่ใน น้ำคั่งหลังคือ น้ำ อสุจิ น้ำหล่อลื่นใน ช่องคลอด น้ำเลือด สามารถเข้าสู่ ร่างกายได้	■ การร่วมเพศโดยไม่มีการป้องกัน (โดยการใส่ถุงยางอนามัย) ระหว่าง ชายกับหญิง หรือระหว่างชายกับ ชาย โดยที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ติด เชื้อ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทาง ช่องเพศหรือทางทวารหนักก็ตาม ■ การมีเพศสัมพันธ์ที่ต้องสัมผัส ของเหลวชนิดอื่นในร่างกายของอีก ฝ่ายหนึ่ง				■ จำนวนครั้งหรือความถี่ ของการมีเพศสัมพันธ์โดย ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
■ การใช้ปากในการ มีเพศสัมพันธ์	■ การทำออรัลเซ็กส์โดยไม่ ป้องกัน				

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต (2546)	เมอร์ล เบรอร์ และสแตนดา เรย์ (2539)	วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (2536)	ประเสริฐ ทองเจริญ (2531 อ้างถึงใน ขนมนิภา วร กวิน และลินดา สุวรรณดี, 2547: 10)	กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขและ ประชาสัมพันธ์ (2550)	Hanna, K.M., et.al (1997 อ้างถึงใน สุทธิลักษณ์ ตังกุลบริบูรณ์ และ คนอื่น ๆ, 2542: 8)
	■ การมีคู่นอนหลายคน (เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ติดเชื้อ เนื่องจากเป็นการเพิ่มความเสี่ยง เพราะเราไม่อาจรู้ได้เสมอไปว่าคนที่เรามีเพศสัมพันธ์ด้วย หรือคู่นอนคนอื่นของเขาติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่)	■ การสื่อสารผ่านทางเพศ ได้แก่ - การมีคู่นอนหลายคน - การเปลี่ยนคู่นอนหลายคน - การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ - การเที่ยวโสเภณี	■ รักร่วมเพศที่สำล่อน เปลี่ยนคู่นอนคู่ขาเสมอๆ ■ รักร่วมทั้งสองเพศ คือ ทั้ง เพศเดียวกันและยังร่วมรักต่างเพศด้วย และสำล่อน เปลี่ยนคู่นอนเสมอๆ ■ มีเพศสัมพันธ์กับชาย-หญิงโสเภณี เช่น นางทางโทรศัพท์ หญิงในบาร์ หมอนวด หรือหญิงบริการในสถานอาบอบนวด ■ มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลแปลกหน้า คู่นอน คู่ขา คู่รักของกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์	■ การร่วมเพศกับหญิงบริการทางเพศ (ทั้งที่ขายบริการในสถานบริการ การขายแอบแฝง และผู้ขายอิสระ)	■ ความถี่หรือจำนวนครั้งที่มีการสัมผัสพันธุ ■ จำนวนของคู่วร่วมเพศ (การเปลี่ยนคู่) ■ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จักดีพอ คบกันไม่นานหรือคนแปลกหน้า ■ การเปลี่ยนคู่วร่วมเพศกับคนอื่นหรือรู้ว่า เป็นคู่วของคนอื่น ■ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีติดทางเส้นเลือด

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เป็นงานวิจัยของต่างประเทศ 1 เรื่อง และของประเทศไทย 3 เรื่อง จะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยได้ระบุถึงการปฏิบัติตัวต่อคู่นอนหรือเพื่อนต่างเพศในลักษณะที่มีการสัมผัสเนื้อตัวกันในเชิงสุภาพตั้งแต่ระดับผิวเผิน เช่น การอยู่ใกล้ชิด จับมือถือแขน ไปจนถึงระดับที่มีความใกล้ชิดและลึกซึ้งมากขึ้น เช่น การกอดจูบแล้วโลม ไปจนถึงการสำเร็จความใคร่ให้กันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อไปได้

2. ลักษณะของเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เป็นบทความวิชาการและงานวิจัยของต่างประเทศ 2 เรื่อง และของประเทศไทย 4 เรื่อง จะเห็นได้ว่า นักวิชาการใช้เกณฑ์ในการพิจารณาลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านรูปแบบหรือวิธีการของการมีเพศสัมพันธ์แบบเสี่ยง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่ โดยไม่มีการป้องกันด้วยถุงยางอนามัยทำให้มีโอกาสสัมผัสกับน้ำคัดหลั่งของกลุ่มอนัน แม้ว่าจะเป็นกรร่วมเพศแบบใดและกับกลุ่มอนันประเภทใดก็ตาม

2.2 ความเสี่ยงในด้านกลุ่มอนัน โดยแบ่งเป็นจำนวนและประเภทของกลุ่มอนัน ได้แก่

- ด้านจำนวนกลุ่มอนัน คือ การมีเพศสัมพันธ์แบบสำส่อน กับกลุ่มอนันหลายคน มีการเปลี่ยนกลุ่มอนันบ่อยๆ มีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มอนันมากกว่า 1 คนในคราวเดียวกันและมีการแลกเปลี่ยนกลุ่มอนัน (สวีกิ่ง)

- ด้านประเภทของกลุ่มอนัน คือ มีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มอนันที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ขายบริการทางเพศ ผู้ที่รู้จักกันเพียงผิวเผิน ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ลักษณะของเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีนั้น หมายถึงเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่อวัยวะเพศ (การร่วมเพศ) โดยไม่ได้ป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่ถูกวิธี ทั้งการร่วมเพศทางช่องเพศ (ช่องคลอด) ทวารหนัก หรือการทำออรัลเซ็กส์ ทำให้มีการสัมผัสกับของเหลวหรือสารคัดหลั่งของกลุ่มอนันไม่ว่ากลุ่มอนันนั้นจะเป็นใครก็ตาม ทั้งการมีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศ (Heterosexual) รักร่วมเพศ (Homosexual) และรักทั้งสองเพศ (Bisexual) โดยที่ประเภทของกลุ่มอนัน (เช่น แฟน/คนรัก เพื่อน ผู้ขายบริการ คนที่รู้จักกันเพียงผิวเผิน) และจำนวนของกลุ่มอนัน (มากกว่า 1 คน) จัดเป็นองค์ประกอบในการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี

ดังนั้นในการศึกษารั้วนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามของพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือ การเคยมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ โดยมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องดังต่อไปนี้

1. การเคยมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่
 - 1.1) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
 - 1.2) การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี
2. พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่
 - 2.1) การนัดพบหรือไปเที่ยวกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศตามลำพังในที่ลับตา
 - 2.2) การไปค้างคืน เทียวพักแรมกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ
 - 2.3) การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการจับมือ โอบไหล่-เอว
 - 2.4) การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการกอดจูบ เล้าโลมสัมผัสร่างกาย
 - 2.5) การสำเร็จความใคร่ให้กับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ

4. แนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)

PRECEDE Framework กับงานสุขศึกษาเอดส์

เป็นที่ตระหนักกันดีว่าข้อผิดพลาดของการดำเนินงานสุขศึกษา คือ การขาดการวางแผนและการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การวางแผนส่วนใหญ่มักจะเป็นลักษณะของแผนกิจกรรมหรือแผนการปฏิบัติงาน ส่วนการประเมินผลก็มักจะเน้นการประเมินกิจกรรมหรือประเมินปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก ซึ่งทำให้ไม่สามารถจะปรับปรุงหรือพัฒนาการดำเนินงานสุขศึกษาให้บรรลุผลได้อย่างแท้จริง ปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้งานสุขศึกษาไม่มีประสิทธิภาพ และไม่เป็นที่ยอมรับกันเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ต่อมาLawrence W. Greenและคณะ ได้พัฒนาPRECEDE Framework (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple factors) การดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน โดยอาศัยขบวนการและ

วิธีการต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้ PRECEDE Framework เป็นเครื่องมือในการประเมินความจำเป็นเพื่อใช้ในการวางแผนดำเนินงานสุขภาพเอดส์นั้น เนื่องจากการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นการสร้างแบบแผนการดำรงชีวิต (Life style) และเป็นการปลูกฝังค่านิยมทางสุขภาพ ดังนั้นการดำเนินงานสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความรู้พื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พฤติกรรมศาสตร์การศึกษา จิตวิทยา มานุษยวิทยา และสังคมวิทยา มาประยุกต์ผสมผสานกันเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมที่พึงประสงค์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาใช้ประโยชน์ในการกำหนดวิธี/กิจกรรมทางสุขภาพในการแก้ไขพฤติกรรมหรือปลูกฝังพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และคณะ, 2538: 23-24)

วิวัฒนาการของ PRECEDE-PROCEED Model

ในปี ค.ศ. 1970 Lawrence W. Green ได้พัฒนา PRECEDE MODEL หรือเรียกว่า PRECEDE Framework เพื่อเป็นกลวิธีทางสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเสนอกระบวนการวางแผนอย่างเป็นระบบ

ในปี ค.ศ. 1991 Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter ได้พัฒนา PRECEDE MODEL โดยเพิ่ม PROCEED (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in educational and Environmental Development) เข้าไปใน framework เพราะได้ตระหนักถึงความต้องการสำหรับกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา ซึ่งมีแนวทางมากกว่าการวินิจฉัยปัญหาและประเมินเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น ในสภาพความเป็นจริงนั้นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมาจากหลายสาเหตุหลายปัจจัยรวมทั้งประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สิ่งแวดล้อมและระบบการให้บริการสุขภาพ (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 335)

PRECEDE-PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนโครงการสามารถมุ่งไปยังปัจจัยย่อย ๆ อันเป็นเป้าหมายของโครงการได้

PRECEDE-PROCEED Model แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ในขั้นของ PRECEDE จะเป็นการตั้งวัตถุประสงค์เฉพาะและเกณฑ์ในการประเมินผล ต่อจากนั้นในขั้นตอนของ PROCEED จะเป็นขั้นตอนไปสู่การพัฒนานโยบาย การดำเนินการ และประเมินผลกระบวนการ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จะต้องดำเนินการไปตามลำดับขั้นตอน (Green and Kreuter, 1999: 32-36)

องค์ประกอบของ PRECEDE-PROCEED MODEL

PRECEDE-PROCEED MODEL ประกอบด้วยกระบวนการ 9 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากกระบวนการสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น และพิจารณากลับมายังสาเหตุ ณ จุดเริ่มต้น ในขั้นตอน PRECEDE-PROCEED ประกอบด้วยระยะต่าง ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสังคม (social assessment)

เป็นการประเมินปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพปัญหาสาธารณสุขจากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เช่น ลักษณะประชากร การเจ็บป่วย สวัสดิการ อาชีพหลัก อาชีพเสริม การว่างงาน การทำผิดกฎหมาย อาชญากรรม แหล่งส่งเสริมสุขภาพ แหล่งเสื่อมโทรม สิ่งภาคภูมิใจของชาวบ้าน เพื่อหาเหตุผลแสดงให้เห็นสภาพปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุข มีขอบเขตและความรุนแรงอย่างไร จะสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพที่ประเมินได้จากดัชนีชี้วัดทางสังคมที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของประชากร ซึ่งแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสังคม และปัญหาสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่นเดียวกัน จึงต้องการหาเหตุผลอธิบายถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจำเป็นในการดำเนินงานสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการประเมินสังคม ได้แก่

1. วิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ จำนวนประชากร ลักษณะประชากร การเจ็บป่วย สวัสดิการ อาชีพหลัก/เสริม การว่างงาน การทำผิดกฎหมาย อาชญากรรม แหล่งส่งเสริมสุขภาพ แหล่งเสื่อมโทรม สิ่งภาคภูมิใจของชาวบ้าน
2. วิเคราะห์สิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏอยู่ในสังคมทำความเข้าใจโดยใช้ข้อมูลที่ศึกษาโดยวิธีต่าง ๆ
3. หาเหตุผลที่แสดงให้เห็นสภาพปัญหาสังคมและความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสังคมภาวะเศรษฐกิจกับปัญหาสุขภาพ
4. กำหนดภาวะของปัญหาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
5. หาเหตุผลที่สามารถชี้วัดถึงความสำคัญของปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์แล้ว
6. หาเหตุผลแสดงให้เห็นความจำเป็นในการดำเนินงานสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสังคม

ระยะที่ 2 การประเมินวิทยาการระบาด (Epidemiological assessment)

เป็นการศึกษาข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม โดยศึกษาจากดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ ได้แก่ อัตราการตาย อัตราการป่วย ความพิการ ภาวะสุขภาพ การกระจายของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารทางสังคมและวิทยาการระบาด เพื่อการวางแผนงานสุขศึกษา

การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานดังนี้

1. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับงานสุขศึกษาและคุณภาพชีวิต
2. เข้าใจทิศทางของปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะเป็พื้นฐานในการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือเป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาต่อไป
3. กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงานได้ชัดเจนในกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ระยะที่ 3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental assessment)

เป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ เป็นการศึกษปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมถึงการวิเคราะห์เหตุการณ์สิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งเป็นเงื่อนไขทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือมีอิทธิพลที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์โดยการวิเคราะห์ ดังนี้

- ปัญหาสุขภาพใดมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ หรือสิ่งแวดล้อม
- มีพฤติกรรมอะไรบ้างที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ
- จัดลำดับความมากน้อยของพฤติกรรมสุขภาพ และเปลี่ยนแปลงได้ยากง่ายอย่างไร
- จัดลำดับพฤติกรรมสุขภาพตามความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายหรือยาก
- สุดท้ายคือ เลือกพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญมากและเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

สิ่งสำคัญ คือ สิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนหรือสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล อิทธิพลขององค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่

ควรตระหนักถึง งานสุศึกษาที่ประสบผลสำเร็จต้องเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมกับพิจารณาถึงสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนหรือสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพนั้น

ขั้นตอนของการวิเคราะห์พฤติกรรม มีดังนี้

1. จำแนกปัญหาสุขภาพโดยแยกระหว่างปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม
2. สำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุจากพฤติกรรม
3. จัดลำดับของพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดปัญหา โดยเรียงจากผลของความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น
4. จัดลำดับพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการแก้ไขจากพฤติกรรมที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากง่ายไปยาก
5. เลือกพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 4 การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Education and ecological assessment)

เป็นการสำรวจเงื่อนไขทางพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ประเมินและระบุปัจจัยที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ในขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การประเมินในขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถคลี่คลายความซับซ้อนของพฤติกรรมสุขภาพและเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมได้ การกำหนดเงื่อนไขทางสุขภาพและสังคมที่ระบุในระยะที่ 4 นี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัย 3 กลุ่ม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (Green & Kreuter, 1999: 153)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่นำมาก่อนพฤติกรรมและเป็นเหตุผลหรือจูงใจให้เกิดพฤติกรรม
2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่นำมาก่อนพฤติกรรมและเอื้อให้เกิดการปฏิบัติจริง
3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factor) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลได้รับเป็นผลตอบแทนหรือสิ่งกระตุ้นให้พฤติกรรมดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องหรือกระทำซ้ำอีก

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors)

ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่นำมาก่อนพฤติกรรมและเป็นเหตุจูงใจให้เกิดพฤติกรรม ประกอบไปด้วย ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ความต้องการและความสามารถในการปฏิบัติ โดยเป็นสิ่งที่จูงใจให้ประชาชนหรือบุคคลแสดงพฤติกรรม ปัจจัยส่วนนี้จะอยู่ในขอบเขตด้านจิตวิทยา

ความคิดและความรู้สึก เช่น ความรู้ (knowing) ความรู้สึก (feeling) ความเชื่อ (believing) ค่านิยม (valuing) และการมีความมั่นใจ (self-confidence) หรือรู้สึกถึงความสามารถในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ (sense of efficacy)

ปัจจัยส่วนบุคคล อาจมีส่วนโน้มนำให้เกิดพฤติกรรมได้ แต่จัดไว้ในระดับย่อยของปัจจัยนำ (subcategory) เนื่องจากไม่สามารถที่จะนำไปจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางจิตวิทยาได้ ปัจจัยทางด้านประชากรสังคม เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ อายุ เพศ เชื้อชาติ และขนาดของครอบครัว เป็นปัจจัยนำของพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านกลไกหลายประการ ในส่วนของสถานะทางสังคม (ภายใต้พื้นฐานทางรายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และข้อมูลทางสำมะโนประชากรอื่น ๆ), อายุ และเพศนั้น สามารถใช้เป็นตัวแบ่งกลุ่มประชากรเป้าหมายหรือบุคคลออกเป็นกลุ่ม ๆ เพื่อให้สามารถตั้งจุดมุ่งหมายของแผนงานได้อย่างเหมาะสม สำหรับการวางแผนโครงการระยะสั้นจะนำปัจจัยเหล่านี้แยกออกจากปัจจัยนำเนื่องจากอาจทำให้เป้าหมายของโครงการเปลี่ยนไปได้ เพราะปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถมีผลโดยตรงทันทีหรือโดยตรงต่อโครงการส่งเสริมสุขภาพ การระบุปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจและปัจจัยส่วนบุคคลจะช่วยให้ผู้วางแผนโครงการสามารถอธิบายได้ว่าเหตุใดจึงต้องใช้กิจกรรมหรือกลวิธีที่แตกต่างกันในประชากรแต่ละกลุ่ม ยกตัวอย่างเช่น ปัจจัยนำในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงได้แก่ เจตคติ และความตระหนักในเรื่องการคุมกำเนิด ซึ่งความตระหนักในเรื่องนี้ไม่ได้มีความสำคัญในผู้ชายเลย ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนการรับรู้หรือค่านิยมพื้นฐานของพวกเขา นักสุขศึกษาจึงต้องวางแผนโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่แตกต่างกันระหว่างชายหญิง เป็นต้น (Green & Kreuter, 1999: 157-158)

ความรู้ (Knowledge) เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

ความเชื่อ (Beliefs) คือ ความมั่นใจหรือเชื่อใจในสิ่งต่าง ๆ ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ความเชื่อถือ ความไว้วางใจหรือความซื่อสัตย์คือคำที่ใช้แสดงความรู้สึกหรือความหมายของความเชื่อ ยกตัวอย่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ได้ถูกพัฒนาและใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเป็นการพยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพจากแบบแผนของความเชื่อ แบบจำลองนี้ตั้งอยู่บนสมมุติฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมว่า บุคคลต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค รับรู้ถึงความรุนแรงหรือผลกระทบจากการเป็นโรค เชื่อว่าตนเองจะได้รับประโยชน์หรือผลดีจากการปฏิบัติมากกว่าค่าใช้จ่ายหรือความลำบาก รวมทั้งบุคคลจะต้องมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cue to action) หรือแรงผลักดันที่จะช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงความจำเป็นที่จะต้องกระทำ

พฤติกรรมนั้น ๆ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินทางการศึกษาและการประเมินผลทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดและเพศศึกษา โรคเบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ การขับรถ และการป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลเด็กและพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก และการออกกำลังกาย เป็นต้น แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้สัมพันธ์กับปัจจัยนำใน PRECEDE-PROCEED Model และใช้ในการขั้นการประเมินทางการศึกษา (Education assessment) ในขั้นตอนของ PRECEDE

ค่านิยม (Values) หมายถึง ทศนะหรือมุมมองที่บุคคลพอใจและยึดถือ เป็นความคิดความเชื่อผ่านมุมมองด้านวัฒนธรรมและกระบวนการทางสังคม บุคคลจะกระทำพฤติกรรมเมื่อได้พิจารณาแล้วว่าถูกต้องและมีคุณค่า ค่านิยมจะเป็นตัวกำหนดให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกหรือผิด ค่านิยมมีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ประวัติศาสตร์และภูมิศาสตร์ ในบางครั้งบุคคลก็มีค่านิยมที่ขัดแย้งกัน เช่นวัยรุ่นชายมีค่านิยมสูงต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวแต่ในขณะเดียวกันเขาก็อาจจะทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย เช่น การขับรถเร็วและไม่คาดเข็มขัดนิรภัยเป็นเพราะว่าเขามีค่านิยมเกี่ยวกับความเป็นอิสระและพลังกำลัง จึงทำให้เขามีพฤติกรรมเช่นนั้น ดังนั้นการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องพยายามช่วยให้ประชาชนมองเห็นความขัดแย้งระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมด้วย (Green & Mercer, 2008)

เจตคติ (Attitudes) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นวัตถุ บุคคล การกระทำ หรือความคิด โดยมีลักษณะค่อนข้างจะคงทน เจตคติมีทั้งทางบวกและทางลบ โครงสร้างโดยธรรมชาติของเจตคตินั้นคือ การประเมินว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดี เจตคติมีความแตกต่างจากค่านิยม เนื่องจากเป็นความรู้สึกที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือการกระทำที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงกว่า (Green & Mercer, 2008; Green & Kreuter, 1999: 164-165) ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่นำมาก่อนพฤติกรรมและก่อให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในขอบเขตทางด้านจิตวิทยา เช่น ความรู้ ความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ เป็นต้น สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลหรือลักษณะทางประชากรสังคมนั้นจัดอยู่ในระดับย่อย (subcategory) ของปัจจัยนำ เนื่องจากในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพนั้นเราไม่สามารถที่จะจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยส่วนบุคคลได้ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนบุคคลจะเป็นตัวที่ช่วยอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรม และช่วยในการกำหนดแนวทางจัดกิจกรรมในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันได้

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

Green ได้ประยุกต์ปัจจัยเอื้อขึ้นมาในปี ค.ศ. 1974 จากแนวคิด “enabling resources” ของ Ronald Andersen’s Behavioral Model of Families’ Use of Health Services (1968) แบบจำลองของแอนเดอร์สันนี้มักถูกนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและการบริหารงานสุขภาพ สำหรับในแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model นั้นปัจจัยเอื้อหมายถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเป็นไปได้หรือเกิดความง่ายในการที่บุคคลหรือประชากรจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมของพวกเขา (Green & Mercer, 2008)

ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้น ได้แก่ แหล่งให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาล ทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทักษะของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความยากง่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพ ระยะทาง เวลาในการเดินทางมารับบริการ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการสุขภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย คุณภาพในการให้บริการและประสบการณ์ (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 341)

ทักษะ (Skills) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำหรือปฏิบัติในสิ่งที่จำเป็นต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย ความสามารถในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของบุคคลต่อการเกิดโรค ทักษะในการใช้บริการทางการแพทย์ และทักษะในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Green & Kreuter, 1999: 169-170) นอกจากนี้ทักษะใหม่ ๆ ยังรวมถึงความสามารถในการค้นหา เข้าถึง และใช้บริการทางการแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวก และโปรแกรมต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น ผู้หญิงที่มีความสะดวกในการใช้อินเทอร์เน็ต อาจจะเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ง่าย ในขณะที่ผู้หญิงที่ไม่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้จะต้องใช้เวลามากกว่าในการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ทักษะอื่น ๆ ก็มีความสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ผู้หญิงอาจไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรที่จะลดปริมาณไขมันในอาหาร หรือการเพิ่มปริมาณผักจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งและโรคหัวใจได้ พวกเขาอาจไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรที่จะปรับเปลี่ยนแบบแผนการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพโดยให้มีรสชาติที่สมาชิกในครอบครัวสามารถรับประทานร่วมกันได้ เป็นต้น (Green & Mercer, 2008)

แหล่งให้บริการทางสุขภาพ (Health Care Resources) ปริมาณแหล่งให้บริการทางสุขภาพอาจมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลหรือประชาชน โดยประกอบไปด้วยผู้ให้บริการ โรงพยาบาล ห้องฉุกเฉิน โครงการด้านสาธารณสุข คลินิกสำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง

โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดีเพื่อรักษาหรือพัฒนาสุขภาพของตนเอง และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เป็นต้น (Green & Mercer, 2008; Green & Kreuter, 1999: 168)

การพิจารณาเฉพาะการมีหรือไม่มีปัจจัยเอื้อเพียงมิติเดียว ไม่สามารถประกันได้ว่าพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น ต้องพิจารณาประเด็นเชิงคุณภาพอื่น ๆ ด้วยคือ การมีให้หรือหาได้ง่าย (availability) สะดวกในการเข้าถึง (accessibility) สามารถมีได้ราคาไม่แพง (affordability) มีแรงเสริม (social reinforced) เพิ่มความพึงพอใจ (satisfaction) และสะดวกใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (นิรัตน์ อิมามิ, 2550: 3)

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ ทรัพยากร สิ่งแวดล้อม หรือทักษะที่จำเป็นต้องใช้ประกอบการแสดงพฤติกรรม และช่วยอำนวยความสะดวกในการแสดงพฤติกรรม

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factor)

ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่ทำให้ตัวบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร ต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่อง เพราะมีแรงกระตุ้นจากบุคคลหรือแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มคน หรือกลุ่มบุคคล เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งเกี่ยวกับการให้รางวัล ผลตอบแทน การจูงใจ การทำโทษ โดยได้รับจากกลุ่มอ้างอิงหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นที่ยอมรับซึ่งมีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น พ่อแม่ เพื่อน สามีภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง ครู ผู้บังคับบัญชา นายจ้าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักศึกษา ผู้นำกลุ่มหรือผู้นำชุมชน นโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่างๆ และศักยภาพขององค์กร

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากส่วนขาดของทั้ง 3 ปัจจัยที่กล่าวมาแล้ว เพื่อค้นหาปัจจัยที่ยังขาดอยู่ จะได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการหรือสามารถเขียนจุดประสงค์ของโครงการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้อธิบายถึงแบบจำลองสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยเหล่านี้เหมาะสมที่จะใช้เป็นตัวกำหนด (determinants) ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากโครงการศึกษา (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 341)

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยภายนอกทางสังคมที่บุคคลได้รับหลังจากการแสดงพฤติกรรม โดยอาจได้รับจากบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว ชุมชน สังคม หรือกฎระเบียบของสังคม ซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 5 การประเมินการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy assessment)

เป็นการประเมินความสามารถของกระบวนการการบริหาร และนโยบายการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่ออธิบายถึงแหล่งทรัพยากรขององค์กรที่ต้องการสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน ทำให้โครงการส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ จึงมีการวิเคราะห์องค์กรในด้านปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางการวางแผนและดำเนินงานสุขภาพ เช่น ขาดงบประมาณในการสนับสนุน ไม่มีกำลังทรัพยากรบุคคล นโยบายไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อโครงการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนมีการวิเคราะห์นโยบายที่มีส่วนช่วยสนับสนุนโครงการให้ประสบผลสำเร็จ

เมื่อได้ระบุเลือกจัดลำดับความสำคัญของโครงการส่งเสริมสุขภาพที่จะทำ เลือกกลุ่มเป้าหมาย และเขียนจุดประสงค์เรียบร้อยแล้ว การจะนำโครงการส่งเสริมสุขภาพนั้นไปใช้สู่การปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายนั้น ส่วนที่มีความสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากองค์กรและนโยบายของหน่วยงาน

ระยะที่ 6 การดำเนินการ (Implementation)

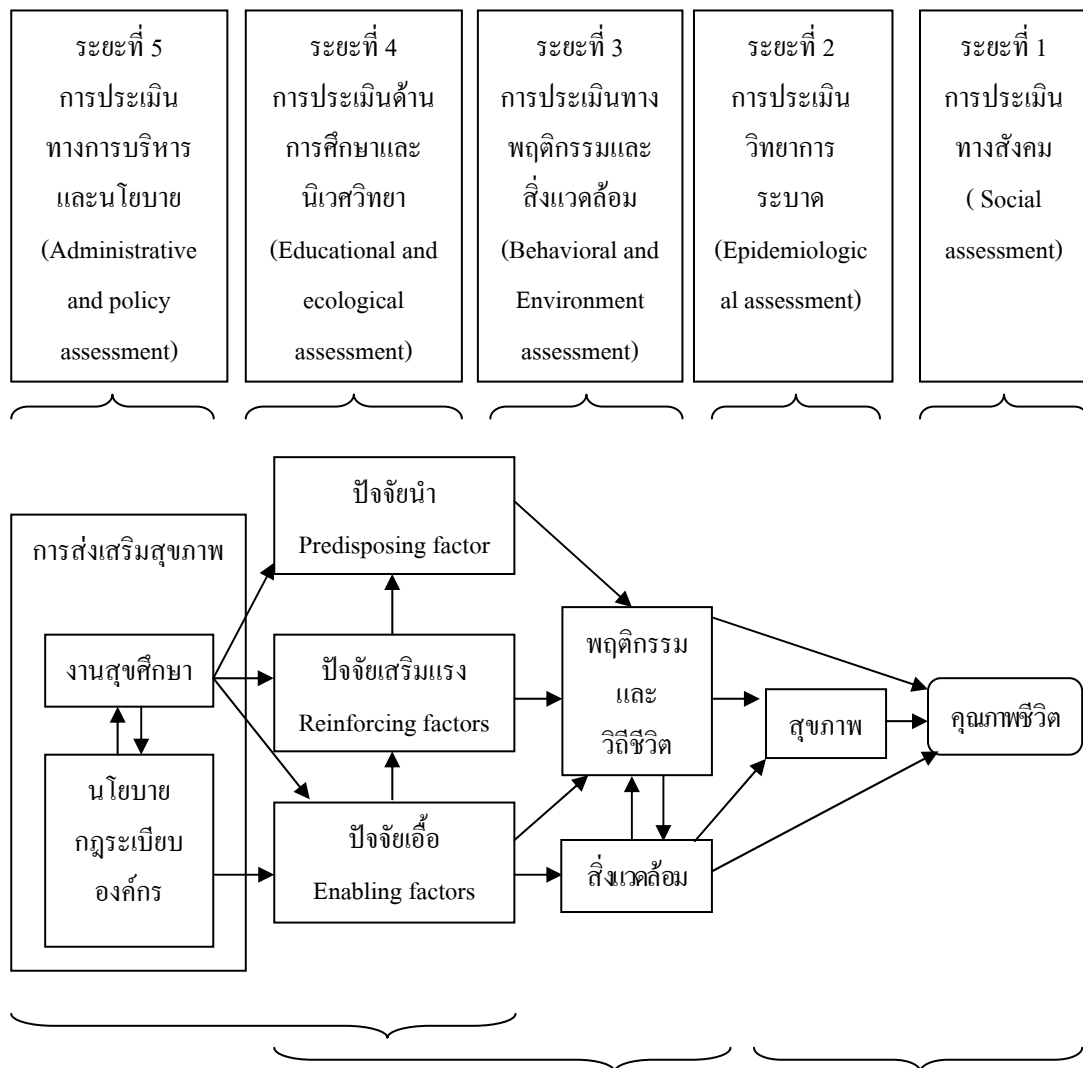
ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation)

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation)

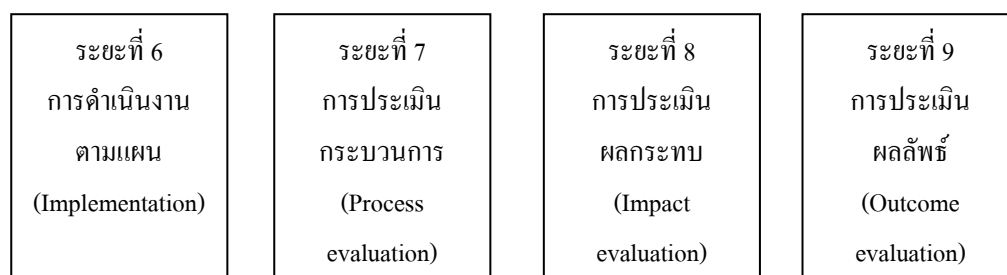
ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation)

ในระยะที่ 6 ถึง 9 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผนโครงการการดำเนินงานและการประเมินผลระดับต่าง ๆ ของโครงการตามความจำเป็นและเหมาะสม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง (พรสุข หุ่นรินทร์, 2545: 336-341)

PRECEDE



PROCEED



แผนภูมิที่ 1 องค์ประกอบ PRECEDE-PROCEED MODEL

ที่มา: Green & Kreuter (1999: 152)

PRECEDE-PROCEED MODEL ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ในการศึกษา ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น แต่สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ขั้นตอนที่ 4 ของ PRECEDE Framework มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเฉพาะบางตัวแปรที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง ดังนี้คือ

1. กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การควบคุมตนเอง การรับรู้บทบาทหญิงชาย ความรู้สึกละอายใจในตนเอง และลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน ประเภทวิชาที่เรียน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา
2. กลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักอื่น ๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย
3. กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

5. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน ประเภทวิชาที่เรียน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การควบคุมตนเอง การรับรู้บทบาทหญิงชาย และความรู้สึกละอายใจในตนเอง

1. เพศ

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า ความแตกต่างของเพศนั้นจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือเพศหญิงและเพศชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีปัจจัยต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย เช่น เจตคติ และการรับรู้ เป็นต้น ดังตัวอย่างผลการศึกษาค่าการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นในภาคใต้ของศรีลังกา บุญนาค (2547: 14-21) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นชายมีพฤติกรรมด้านเพศ ได้แก่ การกอดจูบกับต่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการมีคู่วัยมากกว่า 1 คนมากกว่าวัยรุ่นเพศหญิง สำหรับการศึกษาของรุ่งเรือง เลิศคุปนิจ (2544: 183-185) พบว่า วัยรุ่นที่เรียนสายสามัญระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และวัยรุ่นที่เรียนสายอาชีพเพศชายจะมีพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

มากกว่าเพศหญิงอย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวดี นันทขว้าง (2550: 85-101) พบว่า นักเรียนเพศชายมีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นชายมีทัศนคติต่อการมีสัมพันธ์ทางเพศและมีการรับรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในหมู่เพื่อนมากกว่าวัยรุ่นหญิง แสดงว่าวัยรุ่นชายอาจจะมีความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์มากกว่า นอกจากนี้การศึกษาของ อนงค์ ชีระพันธุ์ (2544: 141) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศของ Rani, et al. (2003: 174-181) ได้ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมต่อพฤติกรรมทางเพศของหนุ่มสาวอายุ 15-24 ปี ในประเทศนิการากัว พบว่า ผู้ชายรับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้วางแผนและเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน (unplanned and unprotected sex) สูงกว่าผู้หญิง ในทางตรงข้ามผู้หญิงจะมีทัศนคติทางลบต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสมากกว่าผู้ชาย และการศึกษาของ Newman & Zimmerman (2000: 308-325) ได้ศึกษาความแตกต่างทางเพศต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของเยาวชนแอฟริกัน-อเมริกันในเขตเมือง พบว่า วัยรุ่นชายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่าวัยรุ่นหญิง และวัยรุ่นชายมีพฤติกรรมการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดระหว่างมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นหญิง

แต่ในการศึกษาของ Browning, et al. (1999: 342-347) และ Guruge, R. et al. (2004: 53-68) กลับพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น สำหรับการศึกษาของวัฒนา มหาราช (2544: 77-79) พบว่า เพศไม่เป็นสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นและทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของนักศึกษา นอกจากนี้การศึกษาของ พิไลลักษณ์ พึ่งพิบูลย์ (2549: 50) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านเพศว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

2. อายุ

ในช่วงชีวิตของบุคคลนั้น เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นย่อมต้องผ่านประสบการณ์ และมีความรู้ ความคิด มุมมองที่ปรับเปลี่ยนไปตามวัยและวุฒิภาวะ วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นตอนกลางอายุ 16-19 ปี เป็นระยะที่ดีอีกรุ่น เริ่มสนใจเพศตรงข้าม วัยรุ่นระยะนี้จะเริ่มสนใจเกี่ยวกับเพศ ซึ่งถ้าขาดความรู้และการป้องกันจะก่อให้เกิดปัญหาดังครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (วนิดา ชนินทุททวงศ์ และคณะ, 2548:

286-296) การศึกษาของคาราวดี นันทขว้าง (2550: 95) พบว่า นักเรียนกลุ่มอายุ 15-17 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น 2 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ มณีวงศ์ (2549: 61-63) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มอายุ 18-22 ปี มีพฤติกรรมทางเพศมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-17 ปี และกลุ่มอายุ 10-14 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้ในการศึกษาของดวงหทัย นุ่มนวน (2546: 152) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยยังมีช่วงอายุมากขึ้นเท่าไรก็มีพฤติกรรมที่มากขึ้นเท่านั้น ทั้งการจับมือถือแขน โอบกอด หอมจูบ หรือมีเพศสัมพันธ์

แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยบางชิ้นกลับพบว่า อายุไม่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ดังเช่นการศึกษาของชาญรงค์ อรรถบุตร (2549: 75) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และการศึกษาของจุฑามาส แสงทองดี (2547: บทคัดย่อ) ก็พบว่า นักเรียนนายร้อยตำรวจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้พิไลลักษณ์ พึ่งพิบูลย์ (2549: 50-51) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านอายุว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

3. ระดับชั้นที่เรียน

นักเรียนที่เรียนอยู่ในระดับชั้นที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันได้ เนื่องจาก นักเรียนจะมีอายุมากขึ้นและอาจได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อมุมมอง ความคิด เจตคติ และการปฏิบัติตัวของนักเรียนได้ ดังตัวอย่างการศึกษาของอรรณพ พรหมไหม (2544: 76) พบว่า นักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ในเขตกรุงเทพมหานครที่เรียนในชั้นปีต่างกัน มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสุปรียา ดันสกุล และคณะ (2546: 1-13) ทำการศึกษาในนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา พบว่า ระดับชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษา โดยพบว่า นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ นอกจากนี้การศึกษาของขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2548: 74) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่า นักเรียนที่มีระดับชั้นเรียนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน

แต่ในการตรงข้าม การศึกษาของฉินจันท์ วิชัยรัมย์ (2545: 86) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย กลับพบว่านักเรียนที่อยู่ในระดับชั้นที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ ธนัตถณ ตะพังพินิจการ (2549: 140) พบว่า นักเรียนวัยรุ่นชายที่มีระดับช่วงชั้นที่เรียนต่างกัน คือในระดับช่วงชั้นที่ 3 และระดับช่วงชั้นที่ 4 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ในการศึกษาค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรีของ รัตนา พุ่มสุวรรณค์ (2544: 78) ก็พบว่า นักศึกษาที่มีระดับชั้นปีต่างกัน มีค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของเปรมฤทัย ขนนไทย (2548: 81) พบว่า ระดับชั้นการศึกษาของนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียน

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านระดับชั้นที่เรียน ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

4. ประเภทวิชาที่เรียน

นักเรียนอาชีวศึกษาเป็นนักเรียนสายอาชีพที่มีประเภทวิชาให้เลือกเรียนตามความสามารถและความถนัดของตน แต่ละประเภทวิชา ก็จะแบ่งเป็นสาขาวิชาต่าง ๆ ซึ่งมีเนื้อหาวิชา กระบวนการเรียนการสอนแตกต่างกันไป รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ต่างกันออกไปทั้งในส่วนของผู้ร่วมชั้นเรียน บริบทและสภาพทั่วไปของประเภทวิชา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีส่วนทำให้นักศึกษาแต่ละคนต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวแตกต่างกันออกไป นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสาขาวิชาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมีหลายการศึกษา ยกตัวอย่างเช่น วัฒนา มหาราช (2544: 70-78) ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษา พบว่า สาขาวิชาที่เรียนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน และการศึกษาของรัตนา พุ่มสุวรรณค์ (2544: 78) พบว่า นักศึกษาปริญญาตรีที่ศึกษาในคณะต่างกันมีค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการศึกษาของสุปรียา ดันสกุล และคณะ (2546: 7) พบว่า คณะวิชาที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยนักศึกษาที่ศึกษาในคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าคณะศิลปกรรมศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ ตามลำดับ และการศึกษาของบุญสิน ผิวขำ (2548: 95-96) ศึกษาพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนเอกชนอาชีวศึกษา พบว่า นักเรียนที่เรียนในประเภทวิชาแตกต่างกันมีพฤติกรรม

เพศสัมพันธ์ในวัยเรียนแตกต่างกัน โดยนักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนสูงกว่านักเรียนที่เรียนในประเภทวิชาพาณิชยกรรม

แต่ในทางตรงข้าม การศึกษาของอิรฟงษ์ ภิรมนัส (2537: 81) พบว่า กลุ่มคนที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งของนักศึกษาชายระดับปริญญาตรี นอกจากนี้ในการศึกษาของเปรมฤทัย ขันนัไทย (2548: 82) พบว่า แผนการเรียนของนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านประเภทวิชาที่เรียนว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

5. ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน

รายได้หรือค่าใช้จ่ายในการครองชีพของบุคคลมีส่วนทำให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน การศึกษาของอนงค์ ชีระพันธุ์ (2544: 142) พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ได้รับของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น แสดงว่าวัยรุ่นได้รับค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นจะมีพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นตามไปด้วย อธิบายได้ว่าเงินเป็นปัจจัยที่บ่งชี้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล การที่วัยรุ่นมีเงินมากขึ้น จึงเป็นส่วนที่จะนำไปสู่การใช้จ่ายเพื่อความบันเทิงในรูปแบบต่าง ๆ ได้มากขึ้น เช่น การเที่ยวสถานเริงรมย์ หรือสถานบริการต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นได้ และการศึกษาของชนัตถณ ตะพังพินิจการ (2549: 131-132) พบว่า นักเรียนวัยรุ่นชายที่ได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือนต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน โดยนักเรียนที่ได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือนตั้งแต่ 1,001 บาทขึ้นไป จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่านักเรียนที่ได้รับเงินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของสุภา โพธิ์ศรี (2547: 93) พบว่า นิสิตมหาวิทยาลัยที่มีรายได้ต่างกันมีระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

แต่ในทางตรงข้ามการศึกษาของพนอวดี จันทนา (2547: 114) กลับพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่มีค่าใช้จ่ายที่ได้รับแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของชาญณรงค์ อรรถบุตร (2549: 75) พบว่า รายได้ที่ได้รับระหว่างเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านรายได้ที่ได้รับระหว่างเรียนว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

6. สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา

ครอบครัวถือว่าเป็นสังคมหน่วยย่อยที่สุดซึ่งนักเรียนวัยรุ่นจะต้องเกี่ยวข้องกับ การที่นักเรียนวัยรุ่นอยู่ตามลำพังและอยู่กับครอบครัวที่มีพ่อแม่พร้อมกันนั้น จะทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกต่างกัน (ปรีชา คัมภีรปกรณ, 2540: 61) การศึกษาของจุฑามาส แสงทองดี (2547: บทคัดย่อ) พบว่า นักเรียนนายร้อยตำรวจที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของอรพินท์ มณีวงศ์ (2549: 62) พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่พบว่า นักเรียนที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกันมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศมากกว่านักเรียนที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน แม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

แต่ในทางตรงข้ามการศึกษาของสุภา โพธิ์ศรี (2547: 100) พบว่า นิสิตมหาวิทยาลัยที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาต่างกัน มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของดวงหทัย นุ่มนวน (2546: 153) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดาที่แตกต่างกันไม่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และการศึกษาของเปรมฤทัย ขันนัไทย (2548: 74) พบว่า สถานภาพของครอบครัว (บิดามารดาอยู่ด้วยกัน, หย่าร้าง, ถึงแก่กรรม) ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียน

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านสถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

7. เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

เจตคติ เป็นองค์ประกอบหนึ่งทางด้านจิตวิทยาที่ช่วยให้เข้าใจ และทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ Ribeaux and Poppleton (1978 อ้างใน สุปรียา ดันสกุล, 2549: 39) ได้ให้นิยามคำว่า เจตคติ คือ การเรียนรู้ที่จะคิด รู้สึก และกระทำในทางที่เฉพาะเจาะจงต่อที่หมาย และ Garrison (1992 อ้างใน พรสุข หุ่นรินทร์, 2545: 88) ได้ให้นิยามว่า เจตคติเป็นลักษณะความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มที่จะกระทำต่อบุคคลหรือสิ่งของในแนวทางที่ถูกกำหนด โดยมีวัฒนธรรม พ่อแม่ กลุ่มเพื่อน และประสบการณ์ส่วนบุคคล จะเป็นตัวปรับเจตคติของบุคคล เพื่อตอบสนองในวิถีทางเฉพาะต่อลักษณะพิเศษ ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เชื่อหรือมีความเห็นต่อบางสิ่ง 2) มีความรู้สึกต่อสิ่งนั้น และ 3) มีแนวโน้มที่จะกระทำต่อสิ่งนั้นในแนวทางที่แน่นอน

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศ หมายถึง ความเชื่อ ความเห็น หรือความรู้สึที่บุคคลมีต่อเรื่องพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ รวมทั้งมีแนวโน้มในการที่จะกระทำหรือตอบสนองพฤติกรรมดังกล่าว

เจตคติหรือทัศนคติของวัยรุ่นเป็นสิ่งสำคัญที่จะผลักดันตนเองให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งการถูกกระตุ้นจากสื่อสิ่งเร้าต่าง ๆ อยู่สม่ำเสมอที่อาจจะหล่อหลอมความคิดของวัยรุ่นให้เบี่ยงเบนไป จากเรื่องที่ไม่เหมาะสมกลายเป็นเรื่องที่พึงจรรยา และอาจจะเลวทรายเป็นเรื่องปกติของชีวิตไปได้ (เสาวภา วชิรโรจน์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2548: 7-11) จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นเกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีออกมาใน 3 ด้านดังนี้

1. เจตคติต่อการปฏิบัติตัวกับแฟน/คู่รัก และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน
2. เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย
3. เจตคติเกี่ยวกับคู่นอน

เจตคติต่อการปฏิบัติตัวกับแฟน/คู่รัก และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

วัยรุ่น เป็นวัยที่ต้องการเรียนรู้ แสวงหาประสบการณ์ใหม่ ๆ เป็นวัยที่อยากสวย อยากหล่อ ชอบคบเพื่อน ชอบการเข้ากลุ่มกัน จึงไม่แปลกใจที่วัยรุ่นจะคบเพื่อนต่างเพศเมื่อคบกันแล้ว ก็เกิดความไว้วางใจและเชื่อใจซึ่งกันและกัน บางครั้งอาจถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์กันโดยไม่ได้ตั้งใจ (โรงพยาบาลลำปาง, 2551) เดิมสังคมไทยมีค่านิยมว่าผู้หญิงไม่ควรคบเพื่อนชายและต้องรักษานวลสงวนตัว แต่ในสังคมไทยปัจจุบัน ค่านิยมในการคบเพื่อนต่างเพศมีความเป็นอิสระและเปิดเผยมากขึ้น กลายเป็นแฟชั่นของวัยรุ่นในปัจจุบัน เช่น การมีแฟน หรือคู่รัก การมีนัดระหว่างชายหญิง ทำให้วัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีโอกาสคบหากันได้อย่างใกล้ชิดและมีความสนิทสนมกันมากขึ้นไปไหนมาไหนด้วยกันสะดวกมากขึ้น การคบหาเป็นแฟนกันนับเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำวัยรุ่นไปสู่ความรักและอาจมีเพศสัมพันธ์ได้ในอนาคต (วาสนา ขอนยาง, 2548: 31)

ในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือเจตคติเกี่ยวกับการมีแฟน/คู่รัก การปฏิบัติตัว และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนนั้น อรพินท์ มณีวงศ์ (2549: 45-46) ทำการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดลำปาง พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.4) เห็นด้วยว่าการมีคู่รัก/แฟนของวัยรุ่นนั้นเป็นเรื่องธรรมดา และนักเรียนชาย ร้อยละ 55.8 นักเรียนหญิงร้อยละ 51.4 เห็นว่าการที่ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานถือเป็นเรื่องปกติ สำหรับการศึกษาของแสงอัมพา บำรุงธรรม (2543: 120-121) ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า วัยรุ่นชาย-หญิงส่วนใหญ่เห็นว่าการถูกเนื้อต้องตัวเป็นเรื่องธรรมดาของชาย-หญิงที่เป็นแฟนกัน พฤติกรรมทางเพศที่

แสดงออกบ่งบอกถึงชาย-หญิงมีความรักต่อกัน เป็นการเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน วัยรุ่นชาย-หญิงมีความเชื่อในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องธรรมดา เพราะเมื่อเป็นแฟนกันแล้ว การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานถือเป็นเรื่องธรรมดา กลัวแฟนนอกใจ เป็นการมดใจแฟน ความรัก ความใกล้ชิด และเป็นความต้องการทางเพศ ซึ่งเป็นค่านิยมทางเพศของวัยรุ่น นอกจากนี้ในการสำรวจความคิดเห็นในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาในระดับมัธยมปลาย ปวช./ปวส. และปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า นักเรียนนักศึกษาเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนหรือการเสียตัวให้กับแฟนหรือคนรัก เป็นเรื่องที่สามารถทำได้ ถึงร้อยละ 51.32% โดยให้เหตุผลว่า เป็นเรื่องส่วนตัวของคนสองคนแต่ต้องรู้จักการควบคุม, ยุคสมัยเปลี่ยนไปแล้ว ฯลฯ (สวนดุสิตโพล, 2547)

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในภาคใต้ นั้น ศรีธนา บุนนาค (2547: 18) พบว่า วัยรุ่นที่มีทัศนคติเห็นด้วยกับการที่วัยรุ่นมีเสรีภาพที่จะมีเพศสัมพันธ์กับแฟนได้ จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย การศึกษาของประณิตส่งวัฒนา และคณะ (2548: 39-53) พบว่า วัยรุ่นทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่ (ชาย ร้อยละ 77.5 หญิง ร้อยละ 60.3) มีความเชื่อว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่วัยรุ่นสมัยนี้จะมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก วัยรุ่นชายร้อยละ 49.4 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 16.2 มีความคิดเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยรักษาสัมพันธภาพกับคนรักไว้ได้ นอกจากนี้ วัยรุ่นชายร้อยละ 50.3 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 19.0 มีความคิดเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ทำหาย และเมื่อทำการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชายก็พบความเชื่อที่ว่า เช็กซ์เป็นประสบการณ์ชีวิต ฝึกไว้ก่อนแต่งงาน และใครมีแฟนก็ต้องมีเช็กซ์

จากเจตคติหรือความเห็นของวัยรุ่นต่อการมีแฟน/คู่รัก การปฏิบัติตัว และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นว่า วัยรุ่นไทยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีเจตคติที่อาจนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่การติดเชืเอชไอวีได้

เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย

วัยรุ่นอยู่ในวัยที่อยากรู้อยากลอง บวกกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางฮอร์โมนและสรีระตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ๆ สนับสนุนให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเพิ่มขึ้นและเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนชาย หรือเพื่อนหญิงโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย โดยมีความเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยแสดงถึงความไม่ไว้วางใจกัน นอกจากนี้วัยรุ่นชายมักไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัยเมื่อเที่ยวหญิง/ชายขายบริการทางเพศอีกด้วย (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ, บรรณาธิการ, 2541: 53-59)

สำหรับเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในปัจจุบันนั้น จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชืเอชไอวีของประเทศไทย พบว่า วัยรุ่นมองว่าไม่ควรใช้ถุงยางอนามัยกับการมีเพศสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความรัก เพราะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ

กันและขาดความใกล้ชิด (วนิดา ชนินทุทรวงศ์ และคณะ, 2548: 290) วัยรุ่นหญิงหลายรายไม่ยอมให้เพื่อนชายสวมถุงยางอนามัย เพราะคิดว่าเธอเป็นผู้หญิงที่ดี สะอาดและบริสุทธิ์ โดยลืมคิดถึงความปลอดภัยของตนเองไป วัยรุ่นชายคิดว่า เพื่อนหญิงเป็นเพื่อนของเขาครั้งแรก ย่อมปลอดภัยจากโรคภัยร้ายแรงทางเพศสัมพันธ์ โดยลืมคิดไปว่า เธออาจจะเคยมีอะไรกับแฟนเก่ามาก่อน แต่ปิดไว้เพราะกลัวเขาไม่รัก (พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2550: 43) นอกจากนี้ ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ (2548: 42-43) พบว่า วัยรุ่นชายร้อยละ 61.2 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 39.1 มีความคิดเห็นว่า การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ให้ความรู้สึกละอายใจที่ไม่เป็นธรรมชาติ วัยรุ่นชายร้อยละ 44.8 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 29.7 มีความคิดเห็นว่า การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศน้อยลงหรือหมดไป และวัยรุ่นชายร้อยละ 38.4 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 27.3 มีความคิดเห็นว่า การใช้ถุงยางอนามัยแสดงถึงความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า วัยรุ่นในปัจจุบันมีเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่เหมาะสมนัก ซึ่งหากวัยรุ่นมีการปฏิบัติตัวตามเจตคติดังกล่าวก็อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้

เจตคติเกี่ยวกับคู่นอน

วัยรุ่นบางคนมีความเข้าใจผิดคิดว่าการติดเชื้อ HIV จะมีเฉพาะในหญิงขายบริการเท่านั้น การมีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพื่อนน่าจะมีความปลอดภัยมากกว่า ความเข้าใจผิดเช่นนี้ จึงเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้เท่าๆ กัน โดยเฉพาะจากการสำรวจ พบว่า ปัจจุบันวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนมากขึ้น และใช้วิธีเลือกคู่นอนที่ใส่เสื้อและคาดคะเน หรือเดาเองว่ายังบริสุทธิ์คงไม่มีเชื้อ HIV ความเข้าใจผิดเช่นนี้จึงทำให้สถิติการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มวัยรุ่นยังคงมีต่อไปและจะมีมากขึ้น เพราะวัยรุ่นกว่า 83% ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (วัยรุ่น วัยเสี่ยงกับโรคเอดส์, ม.ป.ป.) สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทลักษณ์ รักษาอยู่ (2544 อ้างใน วนิดา ชนินทุทรวงศ์ และคณะ, 2548: 291) ซึ่งพบว่า วัยรุ่นชายเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ และจะใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการเพราะตระหนักว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคู่นอนประเภทอื่น ๆ สำหรับเจตคติในด้านของจำนวนคู่นอนนั้น ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ (2548: 39-40) พบว่า ในภาพรวม วัยรุ่นชายร้อยละ 61.5 และหญิงร้อยละ 40.5 มีความเชื่อว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่วัยรุ่นสมัยนี้จะมีเพศสัมพันธ์กับ “กิ๊ก” แม้จะมีคนรักอยู่แล้ว โดยไม่บอกให้คนรักรู้ โดยเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่านักเรียนอาชีวศึกษามีความเชื่อในเรื่องนี้มากที่สุด นอกจากนี้วัยรุ่นชายร้อยละ 30.7 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 23.3 มีความเชื่อว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่วัยรุ่นจะแลกเปลี่ยนคู่นอนกัน

จากข้อมูลของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศทั้ง 3 ด้านดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นได้ว่า วัยรุ่นมีเจตคติที่สัมพันธ์ต่อการนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าเจตคติกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน ดังตัวอย่างการศึกษาของสุภา โพธิ์ศรี (2547: 96-97) พบว่า ทักษะคิดด้านการตัดสินใจสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงในเชิงคู่สาว ทักษะคิดด้านประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนิสิต นอกจากนี้ในการศึกษาของระวีวรรณ กันวี (2547: 71) พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เป็นตัวทำนายที่ดีของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น นักศึกษาหญิงที่เห็นว่าการมีคู่รัก การใกล้ชิดสนิทสนมกับคู่รักเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ เป็นสิ่งที่ตนเองชอบพึงพอใจ และพร้อมที่จะทำตัวใกล้ชิดในลักษณะต่าง ๆ ย่อมมีโอกาสสูงที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักได้

แต่ในทางตรงข้ามก็มีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่พบว่า เจตคติเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น (อนงค์ ชีระพันธุ์, 2544: 145; Guruge, R. et al., 2004: 53-68) นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยอื่น ๆ ก็พบว่าเจตคติเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังตัวอย่างการศึกษาของอรสา เหล่าเจริญสุข (2548: 57-58) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพัทลุง พบว่า ทักษะคิดต่อการใช้อย่างอนามัยไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการแพร่เชื้อ HIV เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งการศึกษาของสกาเวเดียน โอเดมิ (2541: 67) ก็พบว่า ทักษะคิดต่อใช้อย่างอนามัยไม่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้หรือไม่ใช้อย่างอนามัยของกลุ่มชายที่มาตรวจที่สถานกามโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

8. การควบคุมตนเอง (Self-control)

การควบคุมตนเองเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับเด็ก ซึ่งการควบคุมตนเองนั้นหมายถึง การมีความสามารถที่จะควบคุมการกระทำของตนเองได้ รู้ว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด ทักษะการควบคุมตนเองจะทำให้เด็กรู้ว่าการทำสิ่งที่ถูกนั้นจะช่วยให้เขาสามารถอดทนในเรื่องต่าง ๆ ที่มีความขัดแย้งกันได้ (NASP, 2002) นอกจากนี้ มิชเชล และมิชเชล (Mischel & Mischel, 1976 อ้างใน สกธ วรเจริญศรี, 2550: 89-90) ได้ให้ความหมายว่า ทักษะการควบคุมตนเองเป็นความสามารถที่จะละเว้นการกระทำบางชนิด หรือเป็นความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ใช้ความอดทนและการ

ตัดสินใจอย่างมีเหตุและผลที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับผลดีตามที่ตนเองปรารถนาและหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้

การควบคุมตนเอง เป็นกระบวนการที่คนใช้เพื่อจัดการหรือปรับแรงผลักดันภายในหรือความต้องการของตนเอง ให้แสดงออกเหมาะสม อยู่ในขอบเขตที่สังคมยอมรับ การควบคุมตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้และสะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป (โครงการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551) บุคคลที่มีการควบคุมตนเองจะมีลักษณะไม่หวั่นไหวต่อคำวิจารณ์ของผู้อื่น สามารถสร้างจินตนาการใกล้เคียงความเป็นจริง และมีความกระตือรือร้นที่จะนำจินตนาการไปสู่การปฏิบัติในขอบเขตที่สามารถควบคุมตนเองได้ พยายามทำความเข้าใจเหตุผลแสดงความคิดเห็นบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง (ทองทิพภา วิริยะพันธุ์, 2546 อ้างใน จิตรญาชิน เอี่ยมอุ้ย, 2549: 5)

ในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นนั้น จำเป็นที่จะต้องเข้าใจ และคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น พนมเกตุมาน (2551) กล่าวว่า ความรู้ ทักษะและความตระหนัก อาจไม่ช่วยป้องกันความเสี่ยง ถ้าวัยรุ่นไม่มีการควบคุมตนเองดีเพียงพอก็อาจคล้อยตามเพื่อนหรือสิ่งแวดลอมได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ แคซดิน (Kazdin 1989, อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539: 328) ซึ่งกล่าวถึงแนวคิดของการควบคุมตนเอง โดยมองในแง่ของระดับของความเข้มของอิทธิพลของสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือ ถ้าบุคคลใดมีทักษะในการควบคุมตนเองได้ดี สิ่งเร้าภายนอกก็ย่อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นน้อยมาก ในทางกลับกัน ถ้าบุคคลใดมีทักษะในการควบคุมตนเองในระดับที่ต่ำ สิ่งเร้าภายนอกย่อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นมากนั่นเอง

จากแนวคิดเบื้องต้น เมื่อพิจารณาถึงวิถีชีวิตในปัจจุบันของวัยรุ่นที่ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยสิ่งยั่วยุต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแหล่งอบายมุข สถานบันเทิง สถานเริงรมย์ สื่อลามก อินเทอร์เน็ต รวมไปถึงการรับเอาค่านิยมเกี่ยวกับวัฒนธรรมตะวันตก การหลงใหลในวัตถุนิยม ทำให้วัยรุ่นต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในหลากหลายรูปแบบ ดังนั้น การควบคุมตนเองจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการที่วัยรุ่นจะสามารถดำรงตนให้อยู่ในสภาพสังคมในปัจจุบันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงอิทธิพลของการควบคุมตนเองต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น

สำหรับผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นนั้น มีดังต่อไปนี้

ฐิยาพร กันตารณวัฒน์ (2546: บทคัดย่อ) ศึกษาจิตลักษณะบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการเสี่ยงทางเพศและทางการใช้ยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสระบุรี พบว่า การควบคุมตนเอง มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการเสี่ยงทางเพศ และการป้องกันการเสี่ยงทางการใช้ยาเสพติด

พนอวดี จันทนา (2547: 102-112) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในชุมชนเกาะสมุย พบว่า การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การควบคุมตนเอง ความคิดเห็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และความคิดเห็นต่อการใช้บริการสถานเริงรมย์ เป็นตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

กุสุมาวดี เรืองแก้ว (2549: บทคัดย่อ) ศึกษาเจตคติต่อค่านิยมทางวัฒนธรรมไทยบางประการและจิตลักษณะที่พยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มสตรีวัยรุ่น จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การควบคุมตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวก การควบคุมตนเองและเจตคติต่อค่านิยมอดเปรี้ยวไว้กินหวานสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 19.1

วรรณศิริ ปิ่นทอง (2549: 78) ศึกษาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ซึ่งอธิบายได้ว่า หากวัยรุ่นมีการควบคุมตนเองมาก จะมีแนวโน้มพฤติกรรมทางเพศที่น้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การควบคุมตนเองเป็นทักษะที่มีความสำคัญกับเด็กวัยรุ่นในปัจจุบันที่กำลังเผชิญกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ในสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านการควบคุมตนเองว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

9. การรับรู้บทบาทหญิงชาย (Gender role)

การจัดการปัญหาการติดเชื้อและโรคเอดส์อันมีสาเหตุมาจากเพศสัมพันธ์นั้นจะไม่ประสบความสำเร็จเลยหากมองข้ามความสำคัญของมิติชายหญิง โดยเฉพาะรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ที่สะท้อนให้เห็นในรูปของสถานภาพของผู้หญิงที่ด้อยกว่าผู้ชาย อันสืบเนื่องมาจากระบบที่ให้ความสำคัญต่อชาย หรือระบบชายเป็นใหญ่ที่ฝังรากลึกมาช้านาน (สุริยาทอมสัน, 2542: 28)

Hurlock (1978, อ้างใน วราภรณ์ สุวรรณนาวี, 2545: 45) ได้อธิบายบทบาททางเพศว่าเป็นรูปแบบของพฤติกรรมสำหรับสมาชิกทั้งสองเพศที่จะแสดงให้ประจักษ์และเป็นที่ยอมรับของสังคมที่ตนอยู่

Zaman & Underwood (2003: 18) ได้กล่าวถึงบทบาทเพศ (Gender Roles) ว่าเป็นการที่สังคมได้กำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลไว้โดยใช้หลักเกณฑ์ของเพศทางชีววิทยา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะทางท้องถิ่น ค่านิยม เจตคติ ความเชื่อ และการปฏิบัติ บทบาททางเพศนั้นได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถาบันทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ประวัติศาสตร์ สื่อ นโยบายน และกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2544: 4-5) กล่าวว่า บทบาทหญิงชายหรือบทบาทเพศ (Gender Roles) นั้นนอกจากจะเปลี่ยนแปลงขึ้นกับสังคมและวัฒนธรรมแวดล้อม อันได้แก่ สถานะของบุคคล ในสังคม การศึกษา วัฒนธรรมท้องถิ่นหรือวัฒนธรรมภูมิภาค เป็นต้น ยังผันแปรไปตามช่วงชีวิต หรือวัยของบุคคลด้วย ดังนั้น หากเข้าใจลักษณะความผันแปรดังกล่าว ก็จะเห็นภาพที่แท้จริงของบทบาทความเป็นหญิงชายได้ชัดเจน

บทบาทของหญิงชายตามเพศสถานะและความสัมพันธ์หญิงชายตามเพศสถานะมีอิทธิพลต่อเส้นทางและผลกระทบของการแพร่ระบาดของเอดส์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศสถานะกำหนดขอบเขตของความเปราะบางในการติดเชื้อของผู้ชาย ผู้หญิง เด็กชายและเด็กหญิง ว่าพวกเขาติดเชื้ออย่างไร และกำหนดวิธีการตอบโต้ที่เห็นได้ในชุมชนและสังคมต่าง ๆ ด้วยว่าเป็นอย่างไร บรรทัดฐานและความคาดหวังตามเพศสถานะไม่เพียงแต่ทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ของผู้หญิงและเด็กหญิงเพิ่มขึ้นอย่างมากเท่านั้น แต่ยังส่งผลให้ผู้ชายและเด็กชายติดเชื้อด้วย (วีระดา สมสวัสดิ์, 2546: 2-3)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านเพศภาวะและบทบาทหญิงชายมีผลต่อการติดเชื้อเอดส์ ได้เนื่องจาก

- บทบาทหญิงชายตามเพศภาวะและความคาดหวังจากเพศภาวะทำให้การใช้ความรู้เป็นเรื่องยาก เช่น หากผู้หญิงไปทำท่าแสดงว่ามีความรู้เรื่องเพศ แสดงว่าเป็นผู้หญิงไม่เรียบร้อยเป็นผู้หญิงก้ำกั้น แม้มีความรู้เรื่องการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอดส์ก็อาจไม่กล้าพูดคุยกับสามีหรือคู่รัก วิธีการป้องกันต่าง ๆ ที่ผู้หญิงรับถ่ายทอดมาไม่ว่าจะเป็นการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ความซื่อสัตย์ต่อคู่ของตนไม่ไปหาเสยหาเลยหรือมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น หรือการใช้ถุงยางอนามัย ผู้หญิงอาจไม่มีอำนาจที่จะควบคุมเรื่องเหล่านี้ได้เสียก็เป็นได้ (วีระดา สมสวัสดิ์, 2546: 3-4)

- สังคมไทยให้นิยาม “ความเป็นชาย ลูกผู้ชาย” ในเรื่องเพศว่าลูกผู้ชายไทยคือ “เสียผู้หญิง สิ่งห้ำหั่น” ทำให้เด็กชายจะรู้สึกเป็นแมนเมื่อไปขึ้นครู ถ้าไม่ไปเพื่อนจะล้อ

“ลูกผู้ชาย” ต้องเสพสุราและยาสารกระตุ้นอื่น ๆ ที่เป็นการเตรียมการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงและรุนแรง ส่งผลทำให้ผู้หญิงเปราะบางต่อการติดเชื้อเอดส์ (กาญจนา แก้วเทพ, 2543: 191; วิระดา สมสวัสดิ์, 2546: 5) ส่วนนิยาม “ความเป็นหญิง ลูกผู้หญิง” นั้นสังคมไทยให้นิยามผู้หญิงต้องไร้เดียงสาในเรื่องเพศ ยึดถืออุดมการณ์ “รักเดียวใจเดียว ผัวเดียวเมียเดียว” อย่างเหนียวแน่น จากการนิยามความเป็นชายและความเป็นหญิงของสังคมไทยจึงเป็นสิ่งที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์เนื่องจากฝ่ายชายต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ตั้งแต่อายุยังน้อย วุฒิภาวะไม่สูงนัก ส่วนฝ่ายหญิงจะมีความขลาดกลัวในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศ สังคมกำหนดบทบาทให้เป็นฝ่ายตั้งรับ โอนอ่อนผ่อนตาม ทำให้ไม่อาจป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ได้ (กาญจนา แก้วเทพ, 2543: 191-192)

- ผู้ชายถูกสังคมกำหนดลักษณะเฉพาะประจำเพศ (gender stereotype) ว่าเป็นฝ่ายรุกทางเพศที่มีหน้าที่ต้องมีแฟนหรือมีคู่หลายคนและเป็นฝ่ายคุมเกมเมื่อมีเพศสัมพันธ์อีกด้วย ลักษณะเฉพาะประจำเพศของผู้ชายมีทั้งการครอบงำ พลละกำลัง ความสามารถในการมีลูก และชอบเสี่ยงภัย ความกดดันทางวัฒนธรรมนี้ทำให้ผู้ชายเองก็ถูกผลักดันให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้เพื่อแสดงลักษณะของความเป็นชายเหล่านี้ (วิระดา สมสวัสดิ์, 2546: 4)

การศึกษาเกี่ยวกับบทบาททางเพศในกลุ่มวัยรุ่นนั้น วรรณภา ลิพิทักษ์ วัฒนา (2541: 150) ทำการศึกษาเจตคติเรื่องบทบาทหญิงชายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ พบว่า นักเรียนมีเจตคติแบบสมัยใหม่ คือมีความเชื่อเรื่องความเท่าเทียมในความสามารถทั้งชายและหญิงเพียงร้อยละ 16.0 และมีเจตคติแบบก้ำกึ่งระหว่างแบบดั้งเดิม (คือมีความเชื่อเรื่องการแบ่งแยกบทบาทระหว่างเพศ) กับแบบสมัยใหม่ ร้อยละ 67.4

จักรกฤษณ์ พิณญาพวงษ์ (2544: 68-88) ศึกษาการรับรู้บทบาทหญิงชายและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ของนักศึกษาชายและหญิงระดับอุดมศึกษา พบว่า นักศึกษาชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 มีการรับรู้ระดับต่ำ ส่วนนักเรียนหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 51 มีการรับรู้ระดับสูง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทหญิงชายกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์เป็นรายข้อ พบว่า การรับรู้บทบาทหญิงชายด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์นั้น ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติของนักเรียนชาย กล่าวคือ แม้นักศึกษาชายจะรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักไม่ปลอดภัยร้อยละ 90 แต่ก็ยังคงไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยจะไม่เป็นธรรมชาติ ส่วนนักศึกษาหญิงที่มีการรับรู้ที่ถูกต้อง แต่เมื่อมีการปฏิบัติ อำนาจในการตัดสินใจมักเป็นรองนักศึกษาชายในการต่อรองที่จะให้ใช้ถุงยางอนามัย จึงมีแนวโน้มเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ นอกจากนี้ การรับรู้บทบาทหญิงชายด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของนักศึกษาชายมี

ความสัมพันธ์กัน คือ รับรู้อย่างไรก็ปฏิบัติอย่างนั้น เพราะนักศึกษาชายถือว่าตนเป็นฝ่ายได้ผลประโยชน์ ในขณะที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติตัวในนักศึกษาหญิง โดยนักศึกษาหญิงมักตอบตามกรอบวัฒนธรรมที่สังคมกำหนดไว้ แต่ในการปฏิบัติ นักศึกษาหญิงมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามนั้น นอกจากนี้ในการศึกษาของรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (Srisuriyawet, R., 2006: vii) พบว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับบทบาททางเพศไม่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนทั้งเพศหญิงและชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า แม้รายงานทางวิชาการจะยอมรับว่าการรับรู้บทบาทหญิงชายมีส่วนในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แต่ผลงานวิจัยบางชิ้นกลับพบว่า การรับรู้บทบาทหญิงชายนั้นไม่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรนี้ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

10. ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

ความภาคภูมิใจในตนเอง หรือการเห็นคุณค่าในตนเอง (self esteem) หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า เช่น ความมีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักรับ ค้นพบและภูมิใจในความสามารถด้านต่าง ๆ (สังคม คนตรี กีฬา ศิลปะ ฯลฯ) ของตนเอง โดยมีได้มุ่งสนใจอยู่แต่ในเรื่องรูปร่างหน้าตา เสน่ห์ หรือความสามารถทางเพศ การเรียนเก่ง ฯลฯ เท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2539: 5) ความภูมิใจในตนเองนับว่ามีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต ความภูมิใจในตนเองเป็นเสมือนแรงบันดาลใจให้ความปรารถนาใด ๆ บรรลุจุดหมายปลายทางตามที่พึงประสงค์ ขณะเดียวกันเด็กที่มีความภูมิใจในตนเองก็จะมีค่านับถือตนเอง พึ่งพอใจกับตนเอง และภาคภูมิใจต่อเพศของตนเองด้วย ความภูมิใจในตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นในโอกาสต่อไปนี้ (สุวรรณ เรื่องกาญจน์เศรษฐ์ และสมร อริยานุชิตกุล, 2550: 23)

1. เมื่อรู้สึกว่าตนมีความสำคัญต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญต่อตน
2. เมื่อมีความรู้สึกที่ตนมีความดีเด่นเป็นพิเศษ ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรมาทำให้มีความรู้สึกเช่นนั้น
3. เมื่อมีความรู้สึกที่ตนมีความดีเด่นเหนือผู้ใด สามารถกระทำการที่ต้องการได้สำเร็จมีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับทุกสิ่งที่ต้องการกระทำสำเร็จ
4. เมื่อมีความรู้สึกที่สามารถกระทำได้อย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งแสดงให้เห็นความเชื่อและค่านิยมของตนเอง

พนม เกตุมาน (2549: 10-11) กล่าวว่า ความภาคภูมิใจในตนเองเกิดจากการที่ตนเองเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนอื่น ๆ ได้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นคนดี และมีประโยชน์แก่ผู้อื่นได้ ทำอะไรได้สำเร็จ เกิดความรู้สึกละพอใจตนเอง ภูมิใจตนเอง เมื่อถึงขั้นนี้เวลาทำอะไรสำเร็จ จะไม่จำเป็นต้องการชื่นชมจากภายนอก เพราะสามารถชื่นชมตนเองได้ การเปลี่ยนแปลงทางเพศในวัยรุ่นนี้อาจทำให้เด็กรู้สึกภูมิใจในตนเอง จากการมีการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่ทำให้เป็นที่สนใจจากผู้อื่น ในทางตรงข้าม เด็กที่เปลี่ยนแปลงช้า หรือไม่มีลักษณะเด่นทางเพศ อาจเสียความภูมิใจในตนเอง เสียความมั่นใจตนเอง (self confidence) วัยรุ่นบางคนไม่มีข้อดีข้อเด่นด้านใดเลย อาจแสดงออกทางเพศมากขึ้นเพื่อให้ตนเองรู้สึกภูมิใจในตนเอง หรือบางคนมีแฟนเร็ว หรือมีเพศสัมพันธ์เร็ว เพราะเป็นวิธีที่ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนทำดีด้วย

กล่าวโดยสรุป ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลประเมินคุณค่าของตนเอง และรู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนในด้านต่าง ๆ เช่น ในด้านความสามารถ ความสำเร็จต่าง ๆ ของตนเอง ทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสามารถ มีประโยชน์ เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ๆ บุคคลที่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจะมีความนับถือตนเอง พึงพอใจกับตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

งานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น(Rivas Torres & Fernandez, 1995: 60-63) ดังเช่นการศึกษาของ Magnani, et al. (2001: 53-66) ที่พบว่า การมีกิจกรรมทางเพศและเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันของวัยรุ่นในประเทศเปรูได้รับอิทธิพลมาจากหลาย ๆ ปัจจัยซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้งานวิจัยของ Salazer, et al. (2005: 413-427) พบว่า วัยรุ่นหญิงที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย รู้สึกว่าตนมีความสามารถในการเจรจาต่อรองให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัย และมีการพูดคุยสื่อสารกับคู่นอนมากกว่าวัยรุ่นหญิงที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้นบุญสิน ผิวขำ (2548: 105) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนเอกชนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทนันท์ คงคาหลวง (2548: 147) ซึ่งพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของสตรีวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการยอมตามใจคู่นอนถาวรและการยอมตามใจคู่นอนชั่วคราวในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย กล่าวคือ หากสตรีมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการยอมตามใจคู่นอนในการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์สูง

แต่ในทางกลับกัน พบว่า ผลการศึกษาของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบางชิ้นนั้น พบว่าตัวแปรเรื่องความภาคภูมิใจในตนเองไม่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น เช่น ผลการศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของอาภากรณ์ เตชรัตน์ (2546: บทคัดย่อ) พบว่า นักเรียนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมทางเพศไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของธันตภณ ตะพังพินิจการ (2549: 135) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชาย นอกจากนี้ในการศึกษาของพิสมัย นพรัตน์ (2543: 77) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา นั่นคือไม่ว่านักเรียนนักศึกษาจะมีระดับความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองสูงหรือต่ำ ก็ไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง ปัจจัยด้านความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อ เอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

5.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักอื่น ๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ

1. ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในวัยของการศึกษา วัยรุ่นในระบบการศึกษาบางส่วน ต้องออกจากบ้านเพื่อมาอาศัยอยู่ใกล้สถานศึกษาที่ดีและมีชื่อเสียงซึ่งส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในเขตเมือง ทำให้เด็กมีความอิสระมากขึ้น ซึ่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์หรือติดยาเสพติด (อมรวิรัช นาคทรพร, 2546 อ้างในวนิดา ชนินทุทรวงศ์ และคนคณะ, 2548: 289)

สถานที่พักอาศัยของวัยรุ่น เป็นปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลที่กำหนด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับลักษณะการพักอาศัย โดย มุ่งเน้นถึงการมีอิสระในที่พักอาศัยกับพฤติกรรมทางเพศ ดังเช่น การศึกษาของศิริยุพา นันสุนานนท์ (2549: 248) พบว่า การมาพักอยู่ตามหอพักเพียงลำพัง มีผลทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ได้ง่ายยิ่งขึ้น เพราะเป็นวัยต้องการความเป็นส่วนตัว อิสระ และไม่สามารถควบคุมความประพฤติ ของตนเองได้ ทำให้เด็กวัยรุ่นหลุดออกมาจากกลไกการควบคุมทางสังคมของครอบครัว มาปรับตัว อยู่ในสังคมที่มีแต่ความเวิ้งว้าง ว้าเหว่ มีแต่เพื่อนที่ให้ความอบอุ่น และเป็นผู้ชี้แนะ

การศึกษาของนิรมล เมืองโสม (2543: 174) พบว่า การมีวิถีชีวิตที่อิสระ จากการพักอาศัยอยู่หอพักเอกชน บ้านเช่า ทำให้วัยรุ่นหญิงชายไปมาหาสู่กันหรืออยู่ใกล้ชิดกันสอง

ต่อสอง เพราะสถานที่พักที่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะหอพักแบบรวมที่พักร่วมกัน ได้ทั้งเพศหญิงและเพศชายซึ่งล่อแหลมให้นักเรียนวัยรุ่นทั้งหญิงและชายมีโอกาสใกล้ชิดกันและขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำให้ฝ่ายหญิงมีการตอบสนองเพื่อนชายเมื่อเพื่อนชายมีความต้องการทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งเรือง เลิศอุพินิจ (2544: 186) พบว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้พักอาศัยในบ้านส่วนตัว จะมีการรับรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในหมู่เพื่อน และมีประสบการณ์คบเพื่อนแบบคนรัก รวมทั้งมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คนรักมากกว่าวัยรุ่นที่พักอาศัยในบ้านส่วนตัว เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุปรียา ดันสกุล และคนอื่น ๆ (2546: 8) พบว่า นักศึกษาที่พักร่วมตามบ้านเช่า และหอพักเอกชน (ไม่แยกเพศ) มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่านักศึกษาที่พักร่วมกับผู้ปกครอง/ญาติ โดยกลุ่มที่พักร่วมตามบ้านเช่ามีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงที่สุด สำหรับการศึกษาของฉัตรพร สายพันธ์ (2546: 43) ทำการศึกษาวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา พบว่าวัยรุ่นที่พักอาศัยอยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับเพื่อน จะมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง 3.3 เท่า นอกจากนี้ในการศึกษาของนวลตา อาภาศัพพะกุล (2549: 479) ที่ศึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่มาใช้บริการในแหล่งชุมชนวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร พบว่า ในกรณีวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ทางเพศนั้น มีปัจจัยเอื้อคือ หลังจากการไปเที่ยวในแหล่งชุมชนแล้วมักไปที่พักของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งส่วนมากเป็นหอพักหรือบ้านฝ่ายชายที่ไม่มีผู้ปกครองอยู่บ้านขณะนั้น

แต่ในทางตรงข้าม การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอีกหลายชิ้นกลับพบว่า สถานที่พักอาศัยขณะเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น (ปวีณา สายสูง, 2541: 60; อนงค์ ชีระพันธ์, 2544: 143; กิตติพงศ์ พลเสน, 2548: 73) นอกจากนี้ก็ยังพบว่า สถานที่พักอาศัยขณะเรียนไม่มีผลต่อความคิดเห็น ค่านิยม หรือทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่นอีกด้วย (พฤกษา บุญบุญ, 2549: 109; ภาวัน ภูวบุญกุล, 2546: 47; วัฒนา มหาราช, 2544: 73; รัตนา พุ่มสวรรค์, 2544: 80)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านลักษณะการพักอาศัยขณะเรียนว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

2. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์

การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มักพบในวัยรุ่นชายหญิงและทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศตามมา เนื่องจากการเมาสุราและขาดความยับยั้งชั่งใจ การดื่มเหล้าเป็นสิ่งที่วัยรุ่นอยากลองและเข้ากลุ่ม ในกลุ่มของวัยรุ่นมักจะมีการดื่มเหล้าและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อื่น ๆ ด้วย (นิรมล เมืองโสม, 2543: 33) การศึกษาในปี พ.ศ. 2542 พบว่านักเรียนอาชีวศึกษาชายในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 66.8 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีระดับการดื่มค่อนข้างสูง นักเรียนที่ดื่ม

แอลกอฮอล์ร้อยละ 65.1 มีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นหรือดื่มไปในทางที่ผิด ช่วงอายุ 14-18 ปีมีการเริ่มต้นดื่มมากที่สุดคือร้อยละ 81.5 และจะดื่มมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ลักษณะการดื่มเป็นการดื่มเพื่อการสังสรรค์ทางสังคม เช่น มีการดื่มเป็นกลุ่ม ดื่มตามคำชักชวนของเพื่อน และนิยมดื่มมากในโอกาสต่าง ๆ (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2542: บทคัดย่อ)

แอลกอฮอล์ และสารเสพติดชนิดกดประสาท ทำให้ความรู้สึกนึกคิดและความยับยั้งชั่งใจตลอดจนการตัดสินใจลดลง เมื่อไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ย่อมนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ปราศจากการเตรียมการ การมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะเช่นนี้ย่อมเป็นการเสี่ยงที่จะได้ติดเชื้อ HIV อย่างแน่นอน (เช็กซ์ที่ปลอดภัย, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา เอี่ยมแยม (2548: 80) พบว่าวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดต่างมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนหลังจากการดื่มสุราทั้งสิ้น สำหรับผลการสำรวจพฤติกรรมของวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2547 พบว่าวัยรุ่นได้แสดงความคิดเห็นถึงการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริม/กระตุ้นให้วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ถึงร้อยละ 55.6 (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์, 2547 อ้างใน เสาวภา วชิรโรจน์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2548: 7-11) นอกจากนี้การศึกษาของศรีธนา บุญนาค (2547: 18) พบว่า วัยรุ่นที่ดื่มสุรา มีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม เช่นเดียวกับการศึกษาของดาราวดี นันทขว้าง (2550: 95) ซึ่งพบว่านักเรียนที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยดื่ม เท่ากับ 0.4 เท่า

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ การศึกษาของ Mohammad, et al. (2007: 407-414) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวทำนายการมีคู่นอนหลายคนของเด็กผู้ชายอายุ 15-18 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stoner, et al. (2007: 227-237) ที่พบว่า แอลกอฮอล์ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มสุราจนเมามาก (highly intoxicated) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (engage in risky sexual behaviors) นอกจากนี้ในการศึกษาของ Weinhardt, et al. (2001: 77-84) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้แอลกอฮอล์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มแอลกอฮอล์มากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศทั้งทางช่องคลอดและทางทวารหนัก

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การติดเชื้อเอชไอวีอันเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเอดส์นั้นน่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลทำให้ขาดสติและความยับยั้งชั่งใจในการมีกิจกรรมเพศ แต่ในทางตรงข้ามการศึกษาของ Guruge, R., et al. (2004: 53-68) พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพรรณ อินทา (2542: 56-59) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มมีนเมา

กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และการศึกษาของ Morrison, et al. (2003: 162-168) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 14-19 ปี นอกจากนี้ในการศึกษาของ Fortenberry, et al. (1997: 313-319) ก็พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

3. การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่น ๆ

ในแต่ละชุมชนท้องถิ่นของแต่ละบุคคลจะมีสถานเริงรมย์หรือแหล่งบริการทางเพศต่างๆ อยู่มากมาย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข (2537 อ้างใน จรุงรัตน์ เทพยา, 2545: 62-63) ได้แบ่งออกเป็น 19 รูปแบบ ได้แก่ 1) สำนัก (ซ่อง) 2) โรงแรม บังกะโล 3) ในดัลลัส 4) บาร์ เบียร์ 5) บาร์ร่าว 6) บาร์อ็อกโก 7) ดิสโก้เธค 8) ร้านอาหาร 9) คอฟฟี่ชอป 10) คาเฟ่ 11) คอกเทล เลาจน์ 12) ผับ 13) โรงน้ำชา 14) อับ อับ นวด 15) นวดแผนโบราณ 16) ร้านเสริมสวย 17) ร้านตัดผมชาย 18) นางโทรศัพท์ (บ้าน, หอพัก) และ 19) อื่น ๆ (เร่ร่อน) สถานที่เหล่านี้จะมีส่วนอย่างสำคัญในการส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของบุคคล ซึ่งอาจจะให้บริการทางเพศโดยตรงหรือปลูกเร้าความต้องการทางเพศของบุคคลให้เกิดขึ้นหรือเพิ่มขึ้น และถ้าในชุมชนใด ๆ มีสถานเริงรมย์เหล่านี้อยู่มากจะเปิดโอกาสให้เยาวชนได้เรียนรู้หรือลอกเลียนแบบการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสจากบุคคลใกล้ชิดได้มากกว่า ดังตัวอย่างการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน (2548: 74) ทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียนระดับอาชีวศึกษา ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า การเที่ยวสถานเริงรมย์มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา เอี่ยมแย้ม (2548: 81) พบว่าวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครที่มีเพศสัมพันธ์ข้ามคืน เริ่มจากการไปเที่ยวสถานบันเทิงยามค่ำคืน กล่าวได้ว่าเป็นโอกาสที่จะทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนได้ง่ายกว่าสถานการณ์อื่น เนื่องจากสถานบันเทิงยามค่ำคืนมีวัยรุ่นจำนวนมาก โอกาสที่จะพบคนถูกใจในรูปร่างหน้าตาจึงไม่ยากนัก อีกทั้งบรรยากาศแวดล้อมที่ชักชวนให้วัยรุ่นปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกได้มากกว่าสถานที่อื่น ส่งผลนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนได้ง่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของศรัณยา บุญนาค (2547: 18) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นภาคใต้ พบว่าวัยรุ่นที่ไปไนต์คลับ ผับ บาร์ มีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ไป นอกจากนี้ในการศึกษาของอรสา เหล่าเจริญสุข (2548: 73) ที่ศึกษาปัจจัยทางเพศที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ของผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพัทลุง พบว่า การดำเนินงาน

ธุรกิจโรงแรมม่านรูด หรือสถานบริการที่พักรั่วคราว มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน

สำหรับการศึกษาในประเด็นของปริมาณและการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์นั้น การศึกษาของจรงค์รัตน์ เทพยา (2545: 86) พบว่า ปริมาณสถานเริงรมย์ในชุมชนหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการยินยอมให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของนักเรียนอาชีวศึกษาเอกชน จังหวัดสงขลา และการศึกษาของหทัยรัตน์ กิจบำรุง (2546: 137) ชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงแหล่งสถานเริงรมย์มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง เขตกรุงเทพมหานคร

สำหรับสภาพสังคมของจังหวัดพัทลุงในปัจจุบันนั้น การส่งเสริมการท่องเที่ยวในจังหวัดพัทลุงมีผลให้นักท่องเที่ยวทั้งชาวต่างจังหวัดและชาวต่างชาติ รวมทั้งคนในพัทลุงเองด้วยเข้ามาท่องเที่ยวพักผ่อนที่พัทลุงเป็นจำนวนมาก จากสาเหตุดังกล่าว จึงได้มีการลงทุนก่อสร้างบ้านพักและบังกะโลกันอย่างมากมาย บังกะโลมีแนวโน้มจะมีมากขึ้นเพราะมีผู้ใช้บริการมาก เนื่องจากราคาไม่แพงและถูกกว่าการใช้บริการของโรงแรม รวมทั้งทางบังกะโลก็ไม่มีกวดขันขูดบัตรเครดิตประจำตัวของแขกที่มาเข้าพัก ทำให้แขกทั่วไปนิยมมาใช้บริการกันมาก (คนพัทลุง, 2545, กรกฎาคม 16-31) จากการที่พบว่ามีผู้ประกอบการที่พักแรม โดยใช้ชื่อว่า รีสอร์ท เกสเฮาส์ อพาร์ทเมนต์ แมนชั่น และชื่ออื่น ๆ อีกจำนวนมาก แต่หลายแห่งใช้ชื่อเหล่านี้เพื่อหลีกเลี่ยงการขออนุญาตสร้างอาคารหรือเปิดกิจการโรงแรมตามพระราชบัญญัติโรงแรม พ.ศ. 2478 จึงทำให้ยากแก่การควบคุมของเจ้าหน้าที่ และปรากฏว่าที่พักเหล่านี้กลายเป็นแหล่งมั่วสุมของผู้ทำผิดกฎหมาย เช่น ค้าประเวณี ยาเสพติด การพนัน รวมทั้งเคยเกิดเหตุกลุ่มวัยรุ่นก่อคดีรุนแรงนักเรียนหญิงในโรงแรมม่านรูด (จังหวัดลือมคอก รร. ม่านรูด คู่มเข้มที่พักรั่วค้างกฎหมาย, 2547) จากข้อมูลข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงและง่ายต่อการเข้าถึงหรือเข้าไปใช้บริการได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นสถานบันเทิง สถานเริงรมย์ โรงแรมม่านรูด บังกะโล หรือสถานบริการที่พักรั่วคราวอื่น ๆ นั้น ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และเป็นแหล่งแพร่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ได้ แต่ทั้งนี้ในการศึกษาของจุฑามาส แสงทองดี (2547: บทคัดย่อ) กลับพบว่า การเข้าถึงแหล่งสถานเริงรมย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านการไปเที่ยวและความสะดวกในการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรั่วอื่น ๆ ว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

4. การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ

สื่อที่หลากหลายในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อเรื่องเอดส์และเพศทั้งเชิงบวกและลบ ในเชิงบวก สื่อสามารถช่วยในการกระจายข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ สามารถเข้าถึงคนได้ทุกกลุ่ม สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ระหว่างกันได้ และช่วยให้รับความรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษาได้อย่างลึกซึ้งขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องใช้ให้ถูกต้องและมีการควบคุมกำกับให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม อิทธิพลของสื่อต่อเรื่องเพศในปัจจุบันมีผลกระทบต่อเยาวชนอย่างสูง เช่น สื่อ VCD ลามกที่สามารถหาซื้อได้ง่ายและแบ่งให้เพื่อนดูกันได้ หรือสื่อโทรทัศน์ที่นำเสนอภาพที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ หรือช่วยให้มีเพศสัมพันธ์ ให้อยากรู้อยากลองมากขึ้น หรือสื่อทาง Internet ซึ่งทำให้การสื่อสารขยายกว้าง ไร้พรมแดน สามารถพูดคุยกันได้โดยผ่านโปรแกรม chat ทั้งที่ไม่ต้องรู้จักเห็นหน้ากันมาก่อน ซึ่งจะนำไปสู่การตกลงเป็นแฟนและมีเพศสัมพันธ์ในที่สุด และมีการใช้กล้อง Web cam ที่เอามาใช้ถ่ายภาพในขณะที่คุยกันได้ ซึ่งมีผลกระทบทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศ นอกจากนี้สื่อพวกหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นที่มีภาพกอดจูบ มีเพศสัมพันธ์กันอย่างเปิดเผย ทำให้เยาวชนเลียนแบบ สื่อวิทยุเป็นอีกประเภทที่สื่อไม่ชัดเจนทำให้เยาวชนเข้าใจผิด ๆ จะเห็นได้ว่า สื่อต่าง ๆ มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตพฤติกรรมของเยาวชน มีผลให้เกิดการเลียนแบบ ซึ่งเป็นเสมือนดาบสองคมสำหรับเยาวชน (เสวนา: มุมมองเด็กกรุงเรื่องเอดส์, 2549: 154)

จากงานวิจัย “สื่อลามกกับเด็กไทย” ของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อ้างถึงใน มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก, 2550) โดยเก็บข้อมูลจากเด็กประถมปลาย เด็กมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา พบว่า เด็กส่วนใหญ่เริ่มเสพสื่อลามกตั้งแต่ประถม 6 เด็กมากกว่า 50% รู้จักและเสพสื่อลามกจากเพื่อน ประเภทของสื่อลามกที่เด็กชายชอบคือ วีซีดี หนังสือและอินเทอร์เน็ต ส่วนเด็กหญิงนิยมการ์ตูนมากที่สุด รองลงมาคือหนังสือและวีซีดี ทั้งนี้ ทั้งชายและหญิงเห็นตรงกันว่าวีซีดีและอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่เข้าถึงง่ายที่สุด สื่อลามกยอดนิยมของเด็ก ได้แก่ การ์ตูนลามก วีซีดีโป๊ อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือ โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ต เป็นแหล่งเสพสื่อลามกที่สะดวกมากที่สุด จากการสำรวจจำนวนเว็บไซต์ที่เกี่ยวกับเว็บลามก พบว่ามีมากกว่า 106 ล้านเว็บ จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในไทย กลุ่มที่มีอัตราการใช้สูงที่สุดคือ กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี

สื่อลามกที่ได้กล่าวมาทั้งหมด นับว่าเป็นสื่อที่ช่วยและกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศก่อนวัยอันควรทั้งสิ้น (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก, 2550) นอกจากนี้ข้อมูลจากสถาบันรามจิตติเปิดเผยว่า เด็กต้องเผชิญกับสื่อประเภทหนัง ละครไทยที่มีฉากช่วยทางเพศ หรือฉากรุนแรง 3 ฉาก ทุก 1 ชั่วโมง และเด็กร้อยละ 30 ยังเสพสื่อลามก (การ์ตูน วีซีดี เว็บโป๊ ภาพโป๊ทางมือถือ) เป็นประจำ โดยเฉพาะเด็กผู้ชาย ส่วนเด็กอาชีวะเป็นกลุ่มที่เข้าไปดูเว็บโป๊มีอัตราส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 37.7 ตามมาด้วยเด็กมหาวิทยาลัย ร้อยละ 31.6 (อมรวิรัช นาคทรพร, 2550: 28-31)

การศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า สื่อประเภทปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศมีผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ดังตัวอย่างการศึกษาของดาราวดี นันทขว้าง (2550: 95) ที่พบว่านักเรียนที่เคยใช้คอมพิวเตอร์เข้าเว็บไซต์โป๊ และเคยดูหนังสือโป๊ วิชิตโป๊ มีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยใช้เท่ากับ 0.6 เท่า และ 0.2 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ในการสำรวจของเอแบคโพลล์ เรื่อง “ประสบการณ์และทัศนคติของวัยรุ่นต่อพฤติกรรมทางเพศในปัจจุบัน” พบว่าปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมหรือกระตุ้นให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมนั้น 70.8% คือ วิชิตหรือวีดิทัศน์ลามกที่หาซื้อได้ง่าย 62.3% คือ การลงรูปที่ไม่เหมาะสมหรือภาพโป๊ในหนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร 59% คือเว็บไซต์ลามกในอินเทอร์เน็ต และ 44% คือ การ์ตูนที่มีรูป/ภาพสื่อในเรื่องเพศ (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์, 2547 อ้างใน เสาวภา วชิรโรจน์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2548: 10) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาภาคใต้ ปี พ.ศ. 2548 ที่พบว่าวัยรุ่นทั้งชายและหญิงมากกว่าครึ่งหนึ่งเห็นว่า สื่อกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ เกิดความอยากรู้อยากเห็น อยากลองโดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์และคอมพิวเตอร์ วัยรุ่นชายเห็นว่า การดูสื่อโป๊ (ร้อยละ 62.9) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความต้องการทางเพศและนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มาก สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า สื่อทำให้เกิดการยั่วยั่วทางเพศ (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2548: 9)

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศนั้น L'Engle, et al. (2006: 186-192) ศึกษาวัยรุ่น 1,011 คน จาก 14 โรงเรียนใน Southeastern United States พบว่า สื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่ได้รับสื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ เช่น จากโทรทัศน์ เพลง ภาพยนตร์ แมกกาซีน เป็นต้น จะมีความตั้งใจที่จะมีเพศสัมพันธ์และกิจกรรมทางเพศมากขึ้น ในปีเดียวกันนั้น Brown, et al. (2006: 1018-1027) ได้ทำการศึกษาเด็กนักเรียนใน central North Carolina พบว่า การได้รับสื่อที่มีเนื้อหาทางเพศเป็นตัวทำนายพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น โดยการได้รับเนื้อหาทางเพศจากเพลง โทรทัศน์ และแมกกาซีน จะเป็นตัวเร่งการมีกิจกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น และเพิ่มความเสี่ยงในการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Collins, et al. (2004: e280-e289) ที่ได้ศึกษาวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี จำนวน 1,792 คน พบว่า การดูโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศสามารถทำนายและเร่งให้วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ โดยวัยรุ่นที่มีการดูเนื้อหาเรื่องเพศจากโทรทัศน์มากจะมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์และมีกิจกรรมทางเพศ (ที่ไม่รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์) มากขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับสื่อที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มวัยรุ่นหญิงของ Brown, et al. (2005: 420-427) โดยศึกษาวัยรุ่นหญิงอายุเฉลี่ย 13.7 ปีจากโรงเรียนใน central North Carolina พบว่า เด็กหญิงที่เข้าสู่วัยรุ่นเร็ว (earlier maturing girls) มักจะฟังเพลงและอ่านนิตยสารที่มีเนื้อหาทางเพศ ภาพยนตร์เรตอาร์ และตีความเนื้อหาที่พวกเขาเห็นในสื่อว่าเห็นด้วยกับการที่วัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์ สื่อจึงเปรียบเสมือนเพื่อนของวัยรุ่นหญิง (sexual super peer) ในการแสวงหาข้อมูล

เกี่ยวกับเพศ เพราะว่าเนื้อหาเรื่องเพศในสื่อนั้นมีอยู่ทุกที่ (ubiquitous) และสามารถเข้าถึงได้ง่าย (easily accessible)

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาในกลุ่มชายรักร่วมเพศ (MSM) พบว่า พวกเขา รู้จักกับคู่นอนคนแรกผ่านทางอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจาก 26% เป็น 61% ในช่วงปี 1993-2002 ในขณะที่ เปรียบเทียบการรู้จักกับคู่นอนจากสถานที่อื่น ๆ ลดลง เช่น รู้จักจากแหล่งพบปะชุมนุมของเกย์ลดลง จาก 34.2% เหลือ 16.9% รู้จักจากโรงเรียนลดลงจาก 23.7% เหลือ 1.3% เป็นต้น (Graham, et al., 2007: 522-526) ซึ่งให้เห็นว่าอินเทอร์เน็ตมีส่วนในการทำให้กลุ่มชายรักชายได้รู้จักกับคู่นอนคนแรกเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกกว่าวิธีอื่น ๆ

จากงานวิจัยหลายฉบับดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า สื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศประเภทต่าง ๆ ล้วนส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยได้ แต่ในการศึกษาของ จูพรัตน์ ห้าวหาญ (2539: 114) นั้นกลับพบว่า การใช้สื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ ได้แก่ การดูวิดีโอ/โทรทัศน์/ภาพยนตร์/การอ่านหนังสือที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง ปัจจัยด้านการเปิดรับและความสะดวกในการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง หรือไม่ อย่างไร

5. ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้โดยการใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกต้องในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน แต่ในปัจจุบันพบว่า ประชาชนใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์น้อย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำ สาเหตุของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยส่วนใหญ่เนื่องมาจากการไว้ใจคู่นอน ทักษะติดต่อถุงยางอนามัย หรือการเสพยาของมีนเมาทำให้ขาดสติ นอกจากนี้ในการศึกษาของนุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ (2550: 193-205) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของประชากรกลุ่มอายุ 15-29 ปีใน 4 จังหวัด ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา ลำพูน มุกดาหารและตรัง พบว่าอีกเหตุผลหนึ่งในการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่ไม่ใช่คู่นอนที่อยู่กับตัวกัน/แฟน/คนรัก ก็คือการหาซื้อถุงยางอนามัยไม่ได้

กัทเทมเชอร์ และคณะ (Guttmacher, et al., 1997: 1427-1433) กล่าวว่า ในขณะที่ถุงยางอนามัยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีเดียวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงถุงยางอนามัย (access to condoms) และการลดอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยอาจจะเป็นวิธีที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีใน

กลุ่มวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ ยังกล่าวว่าส่วนใหญ่แล้วถุงยางอนามัยมักหาซื้อได้จากร้านขายยา แต่วัยรุ่นก็อาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการเงินและไม่มีเวลามากที่จะซื้อถุงยางอนามัยได้ และในการศึกษาของเขาก็คพบว่า การจัดให้มีบริการถุงยางอนามัยในโรงเรียน (condom availability) ช่วยให้วัยรุ่นใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น และไม่ได้เป็นการเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางเพศของวัยรุ่นแต่อย่างใด

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าสถานที่ซื้อถุงยางอนามัยของวัยรุ่นส่วนใหญ่ ได้แก่ ร้านสะดวกซื้อ เช่น 7-ELEVEN มากที่สุด รองลงมาคือ ร้านขายยา ร้านค้าทั่วไป และตู้จำหน่ายถุงยางแบบหยอดเหรียญตามลำดับ (นุชนารถ แก้วคำเกิง และคณะ, 2550: 193-205; คลพร ปิ่นทะวงศ์, 2550: 41-51; ชัยนรินทร์ ชิริไชยพัฒน์, 2546: 76) การศึกษาของคลพร ปิ่นทะวงศ์ (2550: 41-69) พบว่าวัยรุ่นให้เหตุผลในการเลือกร้านที่จะซื้อถุงยางอนามัย คือ ส่วนใหญ่เลือกร้านที่สามารถหยิบได้เอง เนื่องจากอายุพนักงานและลูกค้านั้น ๆ สามารถเลือกขนาดและแบบได้ด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เลือกร้านที่มีพนักงานหยิบให้ นั้นเนื่องจากต้องการคำแนะนำจากผู้ขาย และไม่สามารถหยิบได้เอง และในส่วนของปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจซื้อและใช้ถุงยางอนามัยที่สำคัญ 3 อันดับแรก คือ รู้สึกอาย ไม่กล้าซื้อหากผู้ขายเป็นเพศตรงข้าม รองลงมาคือรู้สึกอายคนรอบข้างเวลาซื้อ และกังวลเรื่องคุณภาพของถุงยางอนามัย

สำหรับสถานที่ที่ได้รับแจกถุงยางอนามัยฟรี ได้แก่ สถานีอนามัยมากที่สุด รองลงมาได้แก่โรงพยาบาล คลินิกนรีนาม/คลินิกกามโรค องค์กรเอกชน สถานบริการทางเพศ ห้างสรรพสินค้า และอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มอนุพมา ได้จากเพื่อน/พี่ เป็นต้น (นุชนารถ แก้วคำเกิง และคณะ, 2550: 193-205; คลพร ปิ่นทะวงศ์, 2550: 49)

นอกจากนี้ในการศึกษาของชัยนรินทร์ ชิริไชยพัฒน์ (2546: 103-104) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคถุงยางอนามัย: กรณีศึกษานักศึกษาระดับอุดมศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า นักศึกษามีความเห็นว่สถานที่ซึ่งมีแนวโน้ม หรือโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ และเสี่ยงต่อการติดโรคอันได้แก่ สถานให้บริการทางเพศ โรงแรม และสถานที่พักแรม ควรอย่างยิ่งที่จะต้องมีถุงยางอนามัยไว้บริการ และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการขายถุงยางอนามัยผ่านตู้ขายอัตโนมัติ จากเหตุผลดังกล่าว แสดงให้เห็นได้ว่านักศึกษามุ่งหวังให้สถานที่ซึ่งมีแนวโน้มและโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ ควรจัดเตรียมถุงยางอนามัยไว้บริการ เพื่อเป็นการป้องกันไว้ล่วงหน้า นอกจากนี้ นักศึกษายังเห็นด้วยกับการที่ห้องพยาบาลในสถานศึกษาแจกถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตาม นักศึกษาไม่แสดงความเห็นต่อการขายถุงยางอนามัยผ่านตู้ขายอัตโนมัติในสถานศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากแนววิธีการดังกล่าวเป็นสิ่งที่ล่อแหลม และอ่อนไหวต่อกระแสสังคม วัฒนธรรมของไทย และจริยธรรมของบุคคล

การศึกษาของนราวุธ สินสุพรรณ (2548: 50-56) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตอีสานใต้ พบว่า ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายคือ ความสะดวกในการหาซื้อถุงยางอนามัย โดยนักศึกษาที่มีความสะดวกในการหาซื้อถุงยางอนามัยมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ที่ไม่มีความสะดวกในการหาซื้อถุงยางอนามัย แต่ในการศึกษาของบุญยานุช เดชบริบูรณ์ (2544: 51) ซึ่งทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายในวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดตาก กลับไม่พบว่า ความสะดวกในการมีและใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

5.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

1. การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

วัยรุ่น (adolescence) เป็นวัยที่อยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ อยู่ในวัยที่ต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน เพื่อนมีอิทธิพลสำหรับวัยรุ่นมาก เมื่อมีปัญหาวัยรุ่นมักจะปรึกษาเพื่อน ซึ่งในบางครั้งอาจจะได้รับคำแนะนำที่ไม่ถูกต้อง (วนิดา ชนินทุททวงศ์ และคณะ, 2548: 286-296)

วัยรุ่นมักจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้านกับกลุ่มเพื่อนของเขา และได้รับอิทธิพลด้านเจตคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมจากเพื่อนมากกว่าจากครอบครัว ยกตัวอย่างเช่น ถ้าหากเพื่อนของเขามีประสบการณ์ในการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยา วัยรุ่นก็มักจะทำตามอย่างเพื่อนด้วยเช่นเดียวกัน (Hurllock, 1975: 180) สำหรับในด้านพฤติกรรมทางเพศนั้น พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้รับอิทธิพลมาจากเจตคติทางเพศของกลุ่มเพื่อน และวัยรุ่นจะเลือกคบเพื่อนที่มีเจตคติเรื่องเพศสอดคล้องกับเจตคติของพวกเขา ทั้งนี้ยังพบอีกว่าวัยรุ่นที่มีเพื่อนที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยก็จะมีแนวโน้มในการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยในเวลาต่อมาเช่นกัน (Henry, et al. 2007: 825-838) สอดคล้องกับการศึกษาของ Whitaker, et al. (2000: 111-117) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นในอัลบามา นิวยอร์ก และเปอโตริโก พบว่า การมีประสบการณ์ทางเพศของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน เช่น การมีเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยใช้แอลกอฮอล์ เคยตั้งครรภ์หรือทำให้คู่่นอนตั้งครรภ์ โดยวัยรุ่นกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วหรือคาดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ภายในระยะ 1 ปีนี้ และกลุ่มที่มีคู่นอนหลายคน รายงาน

ว่าพวกเขามีเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ และกลุ่มที่มีคู่นอนคนเดียว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bachanas, et.al (2002: 519-530) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงอเมริกันแอฟริกัน อายุ 12-19 ปี พบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงด้วย รวมทั้งการศึกษาของ Hollander (2001: digests 154-161) โดยทำการศึกษาการรับรู้พฤติกรรมของเพื่อนต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นประเทศเปรู พบว่า การรับรู้ถึงพฤติกรรมของเพื่อนของวัยรุ่นนั้นเป็นตัวทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของพวกเขา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีเพื่อนเคยมีประสบการณ์ทางเพศ พวกเขาก็จะมีเพศสัมพันธ์เช่นเดียวกัน รวมถึงมีคู่นอนหลายคนด้วย

นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยพบว่า กลุ่มเพื่อนมีส่วนสำคัญในการเริ่มพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าหากเพื่อนสนิทมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นนั้นจะมีโอกาสสูงที่จะมีเพศสัมพันธ์ตามเพื่อนภายในระยะเวลา 1 ปี (จันทร์จิตา พุกยานนท์, 2537; เสาวรส มีกุล, 2543 อ้างใน ณัฐนันท์ คงคาหลวง, 2548: 35) สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน (2548: 75) ที่พบว่า การมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา นอกจากนี้ในการศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกของวิภาดา เอี่ยมแย้ม (2548: 78) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนทั้งหญิงและชายกล่าวว่า เพื่อนรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ข้ามคืนของตนโดยที่ไม่มีเพื่อนคนใดห้ามปรามหรือบอกให้หยุดการมีพฤติกรรมดังกล่าว ประกอบกับกลุ่มเพื่อนมีการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นว่าไม่เป็นสิ่งผิด จึงกล่าวได้ว่า กลุ่มเพื่อนมีทัศนคติที่ยอมรับพฤติกรรมนี้เช่นเดียวกันโดยไม่มองว่าการมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากที่สังคมยอมรับ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงที่จะมีพฤติกรรมเช่นนั้นต่อไป

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า เด็กวัยรุ่นชอบทำตามเพื่อน ต้องการให้เพื่อนยอมรับ ซึ่งเป็นไปตามระยะพัฒนาการของวัยรุ่น ดังนั้นเพื่อนจึงมีบทบาทและมีอิทธิพลต่อความคิด เจตคติ และพฤติกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก แต่การศึกษาของภาวัน ภูวบุญกุล (2546: 48) ที่ศึกษาความคิดเห็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กลับพบว่า นิสิตที่มีกลุ่มเพื่อนสนิทหรือบุคคลใกล้ชิดให้การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับชาติ แจ่มนุช (2538: 138) ที่พบว่า ตัวแปรการปล่อยตัวทางเพศในกลุ่มเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมการสำส่อนทางเพศของเยาวชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศว่ามีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุงหรือไม่ อย่างไร

2. การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

บ้านหรือครอบครัวจัดว่าเป็นสถาบันแห่งแรกและดีที่สุดสำหรับการอบรมสั่งสอนเพศศึกษาให้แก่เด็ก ทั้งนี้เพราะเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมทั้งหลายภายในแต่ละบ้านมีความสัมพันธ์อันเหมาะสมที่จะเอื้ออำนวยต่อการสอนเพศศึกษา บ้านเป็นหน่วยสังคมแห่งแรกที่เหมาะสมที่จะให้เด็กได้เรียนรู้ และได้รับประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยการศึกษาจากแบบอย่าง คำสั่งสอน ข้อเท็จจริง การแนะนำแนวทางหรือคำแนะนำต่าง ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ (สุชาติ โสมประยูร, 2531: 47-56) แต่พบว่า การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวของสังคมไทยนั้น กลายเป็นความยากลำบากสำหรับบิดามารดา ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของสังคมไทยที่ถือว่าการพูดเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่สมควรสำหรับเด็ก หรือวัยรุ่นที่ยังไม่โตเป็นผู้ใหญ่ สุริย์พร กฤษเจริญ และคณะ (2551: 63) กล่าวว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นในประเทศไทย อาจเกิดจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์และขาดความตระหนักถึงผลกระทบที่จะตามมาของวัยรุ่น เป็นเพราะในสังคมไทยการพูดการสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศถูกมองว่าเป็นการยั่วยั่วทางเพศ พ่อแม่มีความลำบากใจในการสอนเรื่องเพศให้กับลูก ทำให้วัยรุ่นแสวงหาความรู้เรื่องเพศจากแหล่งความรู้นอกระบบ เช่น กลุ่มเพื่อน ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข่าวลือ ความเชื่อ หรือมายาคติที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดมากกว่าข้อเท็จจริง

การศึกษาของ Guruge, R. et al. (2004: 53-68) ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสระแก้ว พบว่า วัยรุ่นถึงร้อยละ 65-68 ไม่เคยสื่อสารเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์และการป้องกันเชื้อเอชไอวีจากบิดามารดาเลย สอดคล้องกับการศึกษาของชญญา ดิษเจริญ (2548: 59-65) ซึ่งพบว่า การสื่อสารระหว่างบิดากับสตรีวัยรุ่นและระหว่างมารดากับสตรีวัยรุ่นเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 84.8 และร้อยละ 62.9 ตามลำดับ และพบว่า การสื่อสารระหว่างบิดามารดาเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า หากบิดาและมารดามีการสื่อสารกับสตรีวัยรุ่นเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศน้อย สตรีวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับสูง

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศนั้น Wang, et al. (2007: 189) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นประเทศจีน พบว่า วัยรุ่นชายและหญิงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (ชาย ร้อยละ 3-7 หญิงร้อยละ 4-6) ที่เคยพูดคุยเรื่องเพศกับบิดา ส่วนการพูดคุยเรื่องเพศกับมารดานั้น พบว่า วัยรุ่นชายเพียงร้อยละ 2-8 และวัยรุ่นหญิงเพียงร้อยละ 33-38 เท่านั้นที่มีการพูดคุยเรื่องเพศกับมารดา นอกจากนั้นวัยรุ่นทั้งชายและหญิงเลือกเพื่อนสนิทเป็นผู้ที่จะพูดคุยเรื่องเพศด้วยมากที่สุด

พ่อแม่หรือผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อเด็ก Daniel, et al. (1999: 1055-1062) กล่าวว่า การทำกิจกรรมโดยให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมเป็นกลวิธีที่จะ

สามารถลดความเสี่ยงในเรื่องการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้ เพราะพ่อแม่มีอิทธิพลที่จะปกป้องดูแลบุตรได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่เป็นวัยรุ่นมากกว่าอิทธิพลจากสิ่งอื่น และกิจกรรมที่ให้พ่อแม่ได้มีส่วนร่วมกับวัยรุ่นจะมีผลระยะยาวเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานกิจกรรมเฉพาะในวัยรุ่นอย่างเดียว ในปี 1999 Daniel, et al. (1999: 1055-1062) ได้ศึกษาอิทธิพลของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยทำการศึกษาในเด็กอายุ 9-17 ปี พบว่า การพูดคุยสื่อสารเรื่องความเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ได้รับการดูแลติดตาม (monitoring) และพูดคุยเรื่องความเสี่ยงทางเพศกับพ่อแม่จะมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hutchinson, et al. (2003: 98-107) โดยศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องความเสี่ยงทางเพศ (sexual risk communication) ระหว่างมารดากับลูกสาวในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงอายุ 12-19 ปี พบว่า มารดามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของลูกสาว ซึ่งการพูดคุยเรื่องความเสี่ยงทางเพศ จะช่วยลดจำนวนการมีเพศสัมพันธ์และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน รวมทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยได้ ซึ่งการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า มารดาที่มีการพูดคุยสื่อสารกับลูกสาวเกี่ยวกับเรื่องทางเพศจะสามารถทำให้ลูกสาวมีพฤติกรรมทางเพศไปในทางที่ถูกได้

ในด้านการยืดเวลาของการเริ่มมีเพศสัมพันธ์นั้น Karofsky, et al. (2001: 41-45) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารของวัยรุ่นกับบิดามารดาในประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่มีการสื่อสารกับบิดามารดาในระดับที่ดี จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hutchinson (2002: 238-247) พบว่า การพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการชะลออายุของการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย และมีความเป็นไปได้เล็กน้อยที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างมารดากับลูกสาวเกี่ยวกับเรื่องถุงยางอนามัยยังมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยอีกด้วย

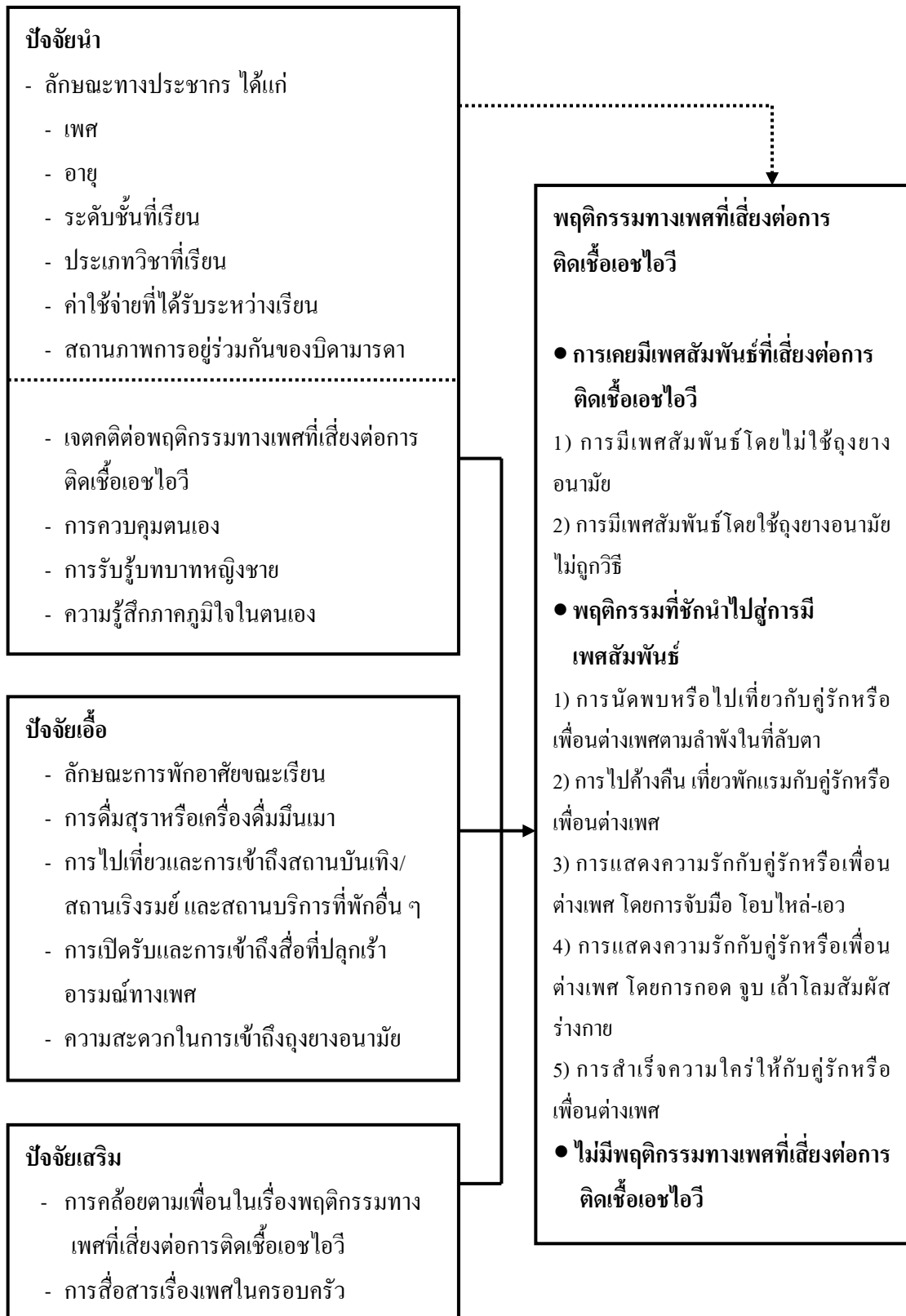
จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า การพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศภายในครอบครัวระหว่างพ่อแม่/ผู้ปกครองกับลูก มีส่วนสำคัญที่จะทำให้เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ แต่อย่างไรก็ตามยังมียงานวิจัยบางส่วนที่พบว่า การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ดังตัวอย่างการศึกษาของวรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์ (2546: 134) พบว่าการได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น และการศึกษาของจันทน์ภัก ทิพย์ธร (2548: 55-56) พบว่า การอบรมสั่งสอนของบิดามารดาเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่น

นอกจากนี้การศึกษาของ ธรรมนุญ กิติกุล (2542: 109) ก็พบว่า การอบรมในเรื่องเพศของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักเรียนนายร้อยตำรวจ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง ปัจจัยด้านการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพทลึงหรือไม่ อย่างไร

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นนั้น มีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น เจตคติ การรับรู้ เป็นต้น และปัจจัยทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ที่มีส่วนเอื้ออำนวยหรือส่งเสริมให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมทางเพศ ในลักษณะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการที่จะใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป ดังกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ประชากรและขนาดตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การหาคุณภาพของเครื่องมือ
4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
6. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ประชากรและขนาดตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนอาชีวศึกษาชายและหญิง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1-2 ภาคปกติ (ไม่รวมทวิภาคี) ที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2552 ของสถาบันอาชีวศึกษาในจังหวัดพัทลุง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) จำนวน 6 แห่ง จำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 3,857 คน (ข้อมูลจำนวนนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1-2 ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2552)

1.2 ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Cochran (1977 อ้างใน วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล, 2524: 17) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{(\alpha/2)} P (1-P)}{d^2}$$

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าสถิติมาตรฐานได้โค้งปกติที่ $\alpha = 0.05$, $\alpha/2 = 0.025 = 1.96$

P = สัดส่วนของประชากร

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน = 0.05

สำหรับในการศึกษครั้งนี้ ค่า P แทนสัดส่วนของประสบการณ์การเคยมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดพัทลุง ใช้ผลการศึกษาของเจริญ ปราบปรี (2547: 42) ซึ่งเท่ากับ 0.34 และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ระดับความเชื่อมั่น .95

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 (0.34) (0.66)}{(0.05)^2} \\ &= \frac{0.862055}{0.0025} = 345 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด 345 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งถือเป็นเรื่องส่วนตัว จึงอาจเกิดความไม่สมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามของนักเรียนได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันความผิดพลาดและความครบถ้วนในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน

จากนั้นจึงดำเนินการตามขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามสถานการศึกษา และจัดสรรกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละชั้นภูมิ (Proportional Allocation) ดังนี้ (สมบุญ สุริยวงศ์ และคณะ, 2544: 88-91)

$$n_i = \frac{N_i}{(N/n)}$$

เมื่อ

n_i	=	ขนาดตัวอย่างในชั้นภูมิที่ i
n	=	ขนาดตัวอย่าง
N	=	ขนาดของประชากร
N_i	=	ขนาดของประชากรในชั้นภูมิที่ i

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษา

สถาบันอาชีวศึกษา	จำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่าง
วิทยาลัยเทคนิคพัทลุง	2,521	261
วิทยาลัยเทคนิคพัทลุงแห่งที่ 2	572	60
วิทยาลัยสารพัดช่าง	192	20
วิทยาลัยการอาชีพบางแก้ว	261	27
วิทยาลัยการอาชีพควนขนุน	166	17
วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยี	145	15
รวม	3,857	400

จากนั้นจึงดำเนินการตามขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามประเภทวิชาที่เรียน

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษาจำแนกตามประเภทวิชาที่เรียน

สถาบัน	จำนวนตัวอย่าง					รวม
	อุตสาหกรรม	พาณิชยกรรม	เกษตรกรรม	การท่องเที่ยว	เกษตรกรรม	
วิทยาลัยเทคนิคพัทลุง	147	104	10	-	-	261
วิทยาลัยเทคนิคพัทลุงแห่งที่ 2	34	26	-	-	-	60
วิทยาลัยสารพัดช่าง	18	2	-	-	-	20
วิทยาลัยการอาชีพบางแก้ว	15	12	-	-	-	27
วิทยาลัยการอาชีพควนขนุน	9	6	-	2	-	17
วิทยาลัยเกษตรฯ	4	2	-	-	9	15
รวม	227	152	10	2	9	400

จากนั้นจึงดำเนินการตามขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามระดับชั้นปีของนักเรียน

ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษาจำแนกตามระดับชั้นปี

สถาบัน	จำนวนประชากร			จำนวนตัวอย่าง		
	ปวช.1	ปวช.2	รวม	ปวช.1	ปวช.2	รวม
วิทยาลัยเทคนิคพัทลุง						
อุตสาหกรรม	869	554	1,423	90	57	147
พาณิชยกรรม	608	401	1,009	62	42	104
คหกรรม	43	46	89	5	5	10
รวม	1,520	1,001	2,521	157	104	261
วิทยาลัยเทคนิคพัทลุงแห่งที่ 2						
อุตสาหกรรม	201	118	319	22	12	34
พาณิชยกรรม	117	136	253	12	14	26
รวม	318	254	572	34	26	60
วิทยาลัยสารพัดช่าง						
อุตสาหกรรม	97	81	178	10	8	18
พาณิชยกรรม	-	14	14	-	2	2
รวม	97	95	192	10	10	20
วิทยาลัยการอาชีพบางแก้ว						
อุตสาหกรรม	84	62	146	9	6	15
พาณิชยกรรม	74	41	115	8	4	12
รวม	158	103	261	17	10	27
วิทยาลัยการอาชีพควนขนุน						
อุตสาหกรรม	33	62	95	3	6	9
พาณิชยกรรม	26	32	58	3	3	6
อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว	-	13	13	-	2	2
รวม	59	107	166	6	11	17
วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยี						
อุตสาหกรรม	22	17	39	2	2	4
พาณิชยกรรม	9	10	19	1	1	2
เกษตรกรรม	48	39	87	5	4	9
รวม	79	66	145	8	7	15
รวม	2,231	1,626	3,857	232	168	400

จากนั้นในแต่ละสถาบันทำการสุ่มตัวอย่างห้องเรียนในแต่ละระดับชั้นการศึกษา ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling: SRS) จับสลากห้องเรียนในแต่ละประเภทวิชา ได้จำนวนนักเรียนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนรวม 400 คน ดังแผนภูมิที่ 3



2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง แบ่งออกเป็น 13 ตอน มีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร

แบบสอบถามตอนที่ 1 มี 7 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ชั้นปี ประเภทวิชาที่เรียน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับขณะเรียน ประเภทของการใช้จ่าย สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

แบบสอบถามตอนที่ 2 มี 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อ/ความรู้สึกรของนักเรียนต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและลบซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม ดังนี้ คือ

1. เจตคติต่อพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อ 1-5
2. เจตคติต่อเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ข้อ 6-13

ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และ 13

ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 11 และ 12

โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ความคิดเห็น	การให้คะแนน	
	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

แปลผลคะแนนโดยประเมินค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ดังนี้

มีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าเกณฑ์ปกติของกลุ่ม

มีคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$ หมายถึง มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามเกณฑ์ปกติของกลุ่ม

มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$ หมายถึง มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำกว่าเกณฑ์ปกติของกลุ่ม

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการควบคุมตนเอง

แบบสอบถามตอนที่ 3 มี 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความที่แสดงถึงการมีการควบคุมหรือละเว้นการกระทำของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ความคิดเห็น	การให้คะแนน
	มีการควบคุมตนเองได้
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

แปลผลคะแนนโดยประเมินค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ดังนี้

มีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง

มีคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$ หมายถึง มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับปานกลาง

มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$ หมายถึง มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทหญิงชาย

แบบสอบถามตอนที่ 4 มี 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของนักเรียนต่อความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมกันระหว่างชายหญิงในเรื่องเพศว่าทั้งชายและหญิงควรปฏิบัติ

อย่างไรในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากการศึกษาของจักรกฤษณ์ พินัญญาพงษ์ (2544) นิรุจน์ อุทธา (2544) กาญจนา แก้วเทพ (2543) วีระดา สมสวัสดิ์ (2546) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ และเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด

โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ความคิดเห็น	การให้คะแนน
	ข้อความเชิงบวก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนอิงกลุ่ม คือ

คะแนนการรับรู้ มากกว่า $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับสูง

คะแนนการรับรู้ ระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$ หมายถึง มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง

คะแนนการรับรู้ น้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$ หมายถึง มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับต่ำ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

แบบสอบถามตอนที่ 5 มี 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่นักเรียนเห็นคุณค่าพึงพอใจ ภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นและให้ความสำคัญต่อตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (The Rosenberg's Self-Esteem, 1979, cite in Ciarrochi and Bilich, 2006: 61-62) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและลบ โดยคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 4, 7 และ 10 คำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 2, 5, 6, 8 และ 9 และกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ความคิดเห็น	การให้คะแนน	
	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	4	1
เห็นด้วยมาก	3	2
เห็นด้วยน้อย	2	3
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	4

การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนอิงกลุ่ม คือ

คะแนนการรับรู้มากกว่า $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง มีความรู้สึกรู้สึกภูมิใจในตนเองระดับสูง
 คะแนนการรับรู้ระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$ หมายถึง มีความรู้สึกรู้สึกภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง
 คะแนนการรับรู้ต่ำกว่า $\bar{X} - S.D.$ หมายถึง มีความรู้สึกรู้สึกภูมิใจในตนเองระดับต่ำ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน

แบบสอบถามตอนที่ 6 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานที่พักอาศัยขณะเรียน และบุคคลที่
 พักอาศัยอยู่ด้วย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ

ตอนที่ 7 แบบสอบถามการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา

แบบสอบถามตอนที่ 7 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม
 มึนเมา โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เคยดื่ม	1
ไม่เคยดื่ม	0

สำหรับนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์ จะทำการสอบถามความถี่ในการปฏิบัติในช่วง 6
 เดือนที่ผ่านมา โดยมีระดับการปฏิบัติ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	
เป็นประจำ	(4-7 วัน/สัปดาห์)
บ่อย	(1-3 วัน/สัปดาห์)
เป็นครั้งคราว	(ทุก 2 สัปดาห์)
นานๆ ครั้ง	(น้อยกว่าเดือนละครั้ง)
ไม่เคย	(ไม่ได้ดื่มเลยใน 6 เดือนที่ผ่านมา)

ตอนที่ 8 แบบสอบถามการไปเที่ยว และการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์

แบบสอบถามตอนที่ 8 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดของสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ที่อยู่
 ใกล้กับที่พักอาศัยหรือสถาบันการศึกษา และประสบการณ์การเคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถาน
 บันเทิง/สถานเริงรมย์ หรือสถานบริการที่พักอื่น ๆ โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็น
 รายข้อ ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เคย	1
ไม่เคย	0

สำหรับนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์ สอบถามความถี่ในการปฏิบัติในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยมีระดับการปฏิบัติ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	
เป็นประจำ	(4-7 วัน/สัปดาห์)
บ่อย	(1-3 วัน/สัปดาห์)
เป็นครั้งคราว	(ทุก 2 สัปดาห์)
นานๆ ครั้ง	(น้อยกว่าเดือนละครั้ง)
ไม่เคย	(ไม่ได้ไปเลยใน 6 เดือนที่ผ่านมา)

ตอนที่ 9 แบบสอบถามการเปิดรับและเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ

แบบสอบถามตอนที่ 9 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เคย	1
ไม่เคย	0

สำหรับนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์ ทำการสอบถามความถี่ในการปฏิบัติในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยมีระดับการปฏิบัติ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	
เป็นประจำ	(4-7 วัน/สัปดาห์)
บ่อย	(1-3 วัน/สัปดาห์)
เป็นครั้งคราว	(ทุก 2 สัปดาห์)
นานๆ ครั้ง	(น้อยกว่าเดือนละครั้ง)
ไม่เคย	(ไม่ได้ใช้เลยใน 6 เดือนที่ผ่านมา)

สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ เป็นการถามในประเด็นความสะดวกในการเข้าถึงการใช้สื่อเหล่านั้น โดยเป็นแบบเลือกตอบสะดวก/ไม่สะดวก

ตอนที่ 10 แบบสอบถามความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

แบบสอบถามตอนที่ 10 เป็นคำถามเกี่ยวกับความสะดวกที่นักเรียนได้รับจากการหาซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งความสะดวกในด้านจำนวนและระยะทางของสถานที่เหล่านั้น และราคาของถุงยางอนามัย โดยเป็นแบบเลือกตอบ

ข้อเลือก

สะดวก/เพียงพอ/เหมาะสม

ไม่สะดวก/ไม่เพียงพอ/ไม่เหมาะสม

โดยหากกลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยฟรีจากสถานที่ต่าง ๆ อย่างน้อย 1 สถานที่ จะถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

ตอนที่ 11 แบบสอบถามการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

แบบสอบถามตอนที่ 11 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของนักเรียนที่ไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมหรือตามคำแนะนำของเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับการคล้อยตาม	การให้คะแนน
เป็นไปได้มากที่สุด	5
เป็นไป ได้มาก	4
เป็นไปได้ปานกลาง	3
เป็นไปได้น้อย	2
เป็นไปได้น้อยที่สุด	1

แปลผลคะแนนโดยประเมินค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ดังนี้

มีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง ไม่คล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง

มีคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm S.D$ หมายถึง ไม่คล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับปานกลาง

มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$ หมายถึง ไม่คล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำ

ตอนที่ 12 แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

แบบสอบถามตอนที่ 12 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองหรือญาติใกล้ชิดของนักเรียนได้มีการพูดคุย ซักถาม การบอก การให้ข้อมูล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศของวัยรุ่น ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องเพศ ไปจนถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

การสื่อสาร	คะแนน
เคย	1
ไม่เคย	0

แปลผลคะแนนโดยประเมินค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ดังนี้

มีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับสูง

มีคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm S.D$ หมายถึง มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง

มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$ หมายถึง มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับต่ำ

ตอนที่ 13 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

แบบสอบถามตอนที่ 13 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติในเรื่องทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็นพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นแบบให้เลือกตอบ เคยปฏิบัติ/ไม่เคยปฏิบัติ

การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ถ้าไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงเลย แสดงว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
2. ถ้าเคยปฏิบัติพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป แต่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ แสดงว่าเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์
3. ถ้าเคยปฏิบัติพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป และเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ไม่ว่าจะเคยใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ก็ตาม จะถือว่าเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และจะสอบถามถึงการใช้ถุงยางอนามัยและวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยต่อไป

3. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ มีดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. นิยามตัวแปรและกำหนดตัวชี้วัด
3. กำหนดขอบเขต โครงสร้างเนื้อหา และจัดรูปแบบของแบบสอบถาม
4. สร้างข้อคำถามและกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน
5. นำแบบสอบถามที่ได้ให้อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและแนะนำแนวทางแก้ไข
6. แก้ไขแบบสอบถาม และให้อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง
7. ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 45 คน
8. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ดูความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient: α) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์และปรับแก้ให้เครื่องมือมีความเหมาะสมทั้งด้านความชัดเจนของภาษาและรูปแบบ ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริงในการวิจัยต่อไป โดยได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้
 - แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี $\alpha = .6398$
 - แบบสอบถามการควบคุมตนเอง $\alpha = .8162$
 - แบบสอบถามการรับรู้บทบาทหญิงชาย $\alpha = .8903$
 - แบบสอบถามความรู้สึกละอายใจในตนเอง $\alpha = .6043$
 - แบบสอบถามการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี $\alpha = .9138$

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ดำเนินการขออนุมัติในการทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง ได้หนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 2009/042.0904 รหัสโครงการ เลขที่ MU-IRB 2009/059.2602

2. นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงประธานกรรมการอาชีวศึกษาจังหวัดพัทลุง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากนักเรียนอาชีวศึกษาในสถาบันอาชีวศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) จังหวัดพัทลุงทั้ง 6 แห่ง

3. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการสถาบันอาชีวศึกษาทั้ง 6 แห่ง อาจารย์ประจำชั้นและอาจารย์ที่รับผิดชอบในการสอนของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูลโดยละเอียด ตลอดจนนัดหมายวัน เวลา ที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยนำไปพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านโดยละเอียดก่อน เพื่อทำความเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แล้วฝากเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเพื่อขออนุญาตผู้ปกครองไปกับนักเรียน พร้อมกับนัดรับเอกสารคืนในวันที่มาเก็บข้อมูล

5. ในวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสอบถามจำนวนนักเรียนที่แสดงเจตนายินยอมและได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองแล้ว สำหรับนักเรียนที่ไม่ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง อาจารย์ประจำชั้นจะแยกนักเรียนไปทำกิจกรรมการเรียนตามปกติและขอเก็บเอกสารคืน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีการจัดบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว จัดที่นั่งให้มีระยะห่างกันพอสมควร ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

6. เมื่อตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ให้นักเรียนนำไปใส่ในกล่องรับแบบสอบถามที่วางไว้ด้านหลังห้องเรียนด้วยตนเอง และสามารถออกจากห้องได้ทันที

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำมาใช้วิเคราะห์จำนวน

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุญาตจากประธานกรรมการอาชีวศึกษาจังหวัดพัทลุง และผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดสอศ. ในจังหวัดพัทลุงทั้ง 6 แห่ง หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือนักเรียนในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งชี้แจงให้นักเรียนทราบว่าในการบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อ ข้อมูลที่ได้ในการศึกษาจะทำการนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น การตอบแบบสอบถามของนักเรียนจะไม่ถูกเปิดเผยหรือทำให้เกิดผลกระทบต่อผลการเรียนและสถานศึกษาของนักเรียน โดยนักเรียนสามารถมีสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามได้ หรือสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น โดยผู้วิจัยจะระบุชื่อ ที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้เมื่อมีข้อสงสัย

6. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้มาแปลงเป็นรหัสตัวเลข เพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ลงรายการข้อมูลทั้งหมด
2. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะของปัจจัยที่ศึกษา และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ หାର้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบ ANOVA ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชายหญิง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1-2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 20-27 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบ ANOVA

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)

1.1.1 ลักษณะทางประชากร

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 58.8 และ 41.2 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 16.21 ปี และมีอายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 20 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 58.0 และระดับ ปวช. 2 ร้อยละ 42.0 เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม ร้อยละ 56.8 โดยเรียนในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลังมากที่สุด ร้อยละ 22.0 รองลงมาสาขาวิชาเครื่องมือกล ร้อยละ 13.5 ประเภทวิชาที่เรียนรองลงมาคือ พาณิชยกรรม ร้อยละ 38.0 โดยเรียนในสาขาวิชาเลขานุการมากที่สุด ร้อยละ 15.5 รองลงมาคือสาขาวิชาการขาย ร้อยละ 11.3 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,255 บาท ต่อเดือน โดยได้รับอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 บาท ร้อยละ 39.2 สถานภาพการอยู่ร่วมกันระหว่างบิดามารดาส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 82.3

แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะพฤติกรรม พบว่า แต่ละกลุ่มมีลักษณะทางประชากรดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 166 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.2 อายุเฉลี่ย 16.04 ปี อายุ 16 ปี ร้อยละ 41.0 รองลงมาอายุ 17 ปี ร้อยละ 29.5 และมีอายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 18 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 60.8 และระดับ ปวช. 2 ร้อยละ 39.2 เรียนประเภทวิชาพาณิชยกรรม ร้อยละ 49.4 โดยเรียนในสาขาวิชาเลขานุการมากที่สุด ร้อยละ 43.9 รองลงมาสาขาวิชาการขาย ร้อยละ 35.4 ประเภทวิชาที่เรียนรองลงมาคืออุตสาหกรรม ร้อยละ 45.2 โดยเรียนในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลังมากที่สุด ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือเครื่องมือกล ร้อยละ 17.3 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,206 บาทต่อเดือน โดยได้รับอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 บาท ร้อยละ 44.6 สถานภาพการอยู่ร่วมกันระหว่างบิดามารดาส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 84.9 (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 124 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 อายุเฉลี่ย 16.08 ปี โดยมีอายุ 16 ปี ร้อยละ 49.2 รองลงมาอายุ 17 ปี ร้อยละ 25.8 และมีอายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 18 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 66.1 และระดับ ปวช. 2 ร้อยละ 33.9 เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม ร้อยละ 54.8 โดยเรียนในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลังมากที่สุด ร้อยละ 44.1 รองลงมาสาขาวิชาเครื่องมือกล ร้อยละ 26.5 ประเภทวิชาที่เรียนรองลงมาคือ พาณิชยกรรม ร้อยละ 42.7 โดยเรียนในสาขาวิชาเลขานุการมากที่สุด ร้อยละ 35.8 รองลงมาคือการขาย ร้อยละ 26.4 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,210 บาทต่อเดือน โดยได้รับอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 บาท ร้อยละ 37.1 สถานภาพการอยู่ร่วมกันระหว่างบิดามารดาส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.4 (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

3. กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.8 อายุเฉลี่ย 16.63 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 17 ปี ร้อยละ 38.2 รองลงมาอายุ 16 ปี ร้อยละ 35.5 และมีอายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 20 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 2 ร้อยละ 55.5 และระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม ร้อยละ 76.4 โดยเรียนในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลัง เครื่องมือกล และยานยนต์เท่ากัน คือ ร้อยละ 27.4 รองลงมาสาขาวิชาก่อสร้าง ร้อยละ 8.3 ประเภทวิชาที่เรียนรองลงมาคือพาณิชยกรรม ร้อยละ 15.5 โดยเรียนในสาขาวิชาเลขานุการและบัญชีเท่ากัน คือ ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือการขาย ร้อยละ 11.8 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,382 บาทต่อเดือน โดยได้รับตั้งแต่ 2,501 บาทขึ้นไป ร้อยละ 39.1 สถานภาพการอยู่ร่วมกันระหว่างบิดามารดาส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 83.6 (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศ		กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400
เพศ							
ชาย	76	45.8	69	55.6	90	81.8	235
หญิง	90	54.2	55	44.4	20	18.2	165
อายุ (ปี)							
15	47	28.3	28	22.6	11	10.0	86
16	68	41.0	61	49.2	39	35.5	168
17	49	29.5	32	25.8	42	38.2	123
≥ 18	2	1.2	3	2.4	18	16.4	23
$\bar{X} \pm S.D.$	16.04±0.79		16.08±0.76		16.63±0.93		16.21±0.86
min.-max.	15-18		15-18		15-20		15-20
ระดับชั้นที่เรียน							
ปวช. 1	101	60.8	82	66.1	49	44.5	232
ปวช. 2	65	39.2	42	33.9	61	55.5	168

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400
ประเภทวิชาที่เรียน							
อุตสาหกรรม	75	45.2	68	54.8	84	76.4	227
ไฟฟ้ากำลัง	35	46.7	30	44.1	23	27.4	88
เครื่องมือกล	13	17.3	18	26.5	23	27.4	54
ยานยนต์	6	8.0	8	11.8	23	27.4	37
ก่อสร้าง	11	14.7	11	16.2	7	8.3	29
อิเล็กทรอนิกส์	10	13.3	1	1.5	4	4.8	15
เครื่องกลเกษตร	0	0.0	0	0.0	4	4.8	4
พาณิชยกรรม	82	49.4	53	42.7	17	15.5	152
เลขานุการ	36	43.9	19	35.8	7	41.2	62
การขาย	29	35.4	14	26.4	2	11.8	45
บัญชี	12	14.6	10	18.9	7	41.2	29
พาณิชยกรรม	4	4.9	8	15.1	0	0.0	12
คอมพิวเตอร์ธุรกิจ	1	1.2	2	3.8	1	5.9	4

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400
คหกรรม	6	3.6	2	1.6	2	1.8	10
คหกรรมการผลิต	3	1.8	2	1.6	0	0.0	5
ตัดเย็บเสื้อผ้า	3	1.8	0	0.0	2	1.8	5
เกษตรกรรม	3	1.8	1	0.8	5	4.5	9
พิชศาสตร์	2	1.2	1	0.8	2	1.8	5
สัตวศาสตร์	1	0.6	0	0.0	3	2.7	4
อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว	0	0	0	0	2	1.8	2
การท่องเที่ยว	0	0	0	0	2	1.8	2
ค่าเฉลี่ยที่ได้รับระหว่างเรียน							
<1,500	47	28.3	38	30.6	30	27.3	115
1,501-2,500	74	44.6	46	37.1	37	33.6	157
≥2,501	45	27.1	40	32.3	43	39.1	128
$\bar{X} \pm S.D.$	2206.3±		2210.5±		2381.8±		2255.9±
	1014.37		974.14		1021.12		1004.45

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน (ต่อ)							
min.-max.	500-6500		500-7000		500-6000		500-7000
สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา							
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	141	84.9	96	77.4	92	83.6	329
บิดามารดาแยกกันอยู่	6	3.6	7	5.6	8	7.3	21
บิดามารดาหย่าร้างกัน	10	6.0	18	14.5	8	7.3	36
ทั้งบิดา/มารดาถึงแก่กรรม	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1
บิดาถึงแก่กรรม	6	3.6	2	1.6	1	0.9	9
มารดาถึงแก่กรรม	3	1.8	1	0.8	0	0.0	4

1.1.2 เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 14.5 และอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 11.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.56

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.9 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 15.7 และอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 11.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.67 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 19.4 และอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 8.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.57 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 14.5 และอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 7.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 39.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.26 ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

เมื่อพิจารณาเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศรายข้อ ในข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 6 ข้อ ยกเว้น ข้อคำถาม “ท่านคิดว่า การสำเร็จความใคร่ให้คู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ อาจเลยเถิดไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้” “ท่านคิดว่าวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วคือก่อนอายุ 18 ปี เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้มาก เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะเพศยังเจริญไม่เต็มที่ จึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ขณะมีเพศสัมพันธ์” “ท่านคิดว่า ถึงแม้คุณอนจะดูแลสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่น่าจะมีเชื้อเอดส์ แต่อย่างไรก็ควรระวังป้องกันด้วยการใส่ถุงยางอนามัยไว้ก่อน” “ท่านคิดว่า การใช้ถุงยางอนามัยทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ แต่ก็จำเป็นต้องใช้ทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี” และ “ท่านคิดว่าหากจะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใส่ถุงยางอนามัยให้ถูกวิธีด้วย”

และในข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

เอชไอวีและกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ทั้ง 2 ข้อ (รายละเอียดดังตารางที่ 30 ภาคผนวก)

1.1.3 การควบคุมตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 16.8 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 30.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.76

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 19.9 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.59 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 17.7 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 8.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.19 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20.0 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 10.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 29.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.31 (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

เมื่อพิจารณาการควบคุมตนเองรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ตอบว่าไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเองจะสามารถควบคุมตนเองได้ คิดเป็นร้อยละมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอีก 2 กลุ่มในทุกข้อคำถาม สำหรับข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดคือ “ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมตนเองไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่ถุงยางอนามัยได้” ร้อยละ 8.2 รองลงมาคือ “ฉันสามารถปฏิเสธหรือหักห้ามใจตนเองไม่ให้กอดจูบ เล้าโลมสัมผัสสร้างกายกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศได้ ทั้งที่อยากลอง” “ฉันสามารถจะปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการสำเร็จความใคร่ให้แฟนหรือเพื่อนต่างเพศได้เมื่อถูกร้องขอ” และ “ฉันมั่นใจว่าจะสามารถยับยั้งใจตนเองไม่ให้มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศได้ แม้ฉันจะเกิดอารมณ์ทางเพศแล้วก็ตาม” เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 6.4 และ “ฉันมั่นใจว่าจะสามารถยุติการมีเพศสัมพันธ์ได้ หากคู่นอนใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี” ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 31 ภาคผนวก)

1.1.4 การรับรู้บทบาทหญิงชาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.19

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.1 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 34.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.99 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.6 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 8.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.18 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 17.3 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 15.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.45 (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

เมื่อพิจารณาการรับรู้บทบาทหญิงชายรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ตอบว่าไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการรับรู้บทบาทหญิงชาย คิดเป็นร้อยละมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในข้อคำถาม 9 ข้อ และมากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ 7 ข้อ (จากจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ) สำหรับข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดคือ “ทั้งหญิงและชายวัยรุ่น ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะเรียนจบ และรับผิดชอบตัวเองได้” ร้อยละ 6.4 รองลงมาคือ “ทั้งหญิงและชายควรรักษานวลสงวนตัวให้เหมือนกัน” ร้อยละ 4.5 และ “ทั้งหญิงและชายควรจะสามารถพูดคุยเรื่องเพศศึกษา หรือค้นคว้าหาความรู้เรื่องเพศศึกษาได้เท่าเทียมกัน” “ทั้งหญิงและชายควรมีสิทธิร่วมกันในการตัดสินใจใช้ถุงยางอนามัย” เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 32 ภาคผนวก)

1.1.5 ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 15.3 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.38

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 73.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับ

ต่ำเท่ากันคือ ร้อยละ 13.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.17 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกละอายใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.9 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.37 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกละอายใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.4 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 28.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.71 (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

เมื่อพิจารณาความรู้สึกละอายใจในตนเองรายข้อ ในข้อคำถามเชิงบวก (5 ข้อ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่า เห็นด้วยมากที่สุด มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 4 ข้อ ยกเว้น ข้อคำถาม “ฉันมองตนเองในแง่ดีอยู่เสมอ” กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ตอบว่า เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 18.2 กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตอบว่า เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 19.9 และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่า เห็นด้วยมากที่สุด มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทุกข้อ ยกเว้น ข้อคำถาม “โดยทั่วไปแล้ว ฉันรู้สึกพึงพอใจในตัวเอง” กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่า เห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.5 กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตอบว่า เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 34.3

และในข้อคำถามเชิงลบ (5 ข้อ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่า เห็นด้วยน้อยที่สุด มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ทุกข้อ (รายละเอียดดังตารางที่ 33 ภาคผนวก)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปีชั้นนำ

ปัจจัยนำ	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				กลุ่มที่มีพฤติกรรม ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์				กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์				รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400	100.0	400	100.0	400	100.0	
เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี													
สูงกว่าเกณฑ์ปกติของกลุ่ม (>44.66 คะแนน)	26	15.7	24	19.4	8	7.3	58	14.5					
ตามเกณฑ์ปกติของกลุ่ม (35.54-44.66 คะแนน)	121	72.9	89	71.8	86	78.2	296	74.0					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติของกลุ่ม (<35.54 คะแนน)	19	11.4	11	8.9	16	14.5	46	11.5					
$\bar{X} \pm S.D.$	40.16 $\pm$ 4.67		40.81 $\pm$ 4.57		39.22 $\pm$ 4.26		40.10 $\pm$ 4.56						
min.-max.	21-51		22-52		24-48		21-52						
การควบคุมตนเอง													
สูง (>35.48 คะแนน)	33	19.9	22	17.7	12	10.9	67	16.8					
ปานกลาง (25.96-35.48 คะแนน)	120	72.3	92	74.2	76	69.1	288	72.0					
ต่ำ (<25.96 คะแนน)	13	7.8	10	8.1	22	20.0	45	11.2					
$\bar{X} \pm S.D.$	31.37 $\pm$ 4.59		31.15 $\pm$ 4.19		29.25 $\pm$ 5.31		30.72 $\pm$ 4.76						
min.-max.	20-40		19-40		10-39		10-40						

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ (ต่อ)

ปัจจัยนำ	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศ						กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่						กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์						รวม					
	ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			การมีเพศสัมพันธ์			การมีพฤติกรรมชักนำไปสู่			จำนวนที่โดยมีเพศสัมพันธ์			จำนวนที่โดยมีเพศสัมพันธ์			จำนวนที่โดยมีเพศสัมพันธ์			รวม					
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0		124	100.0		110	100.0		400	100.0		400	100.0		400	100.0		400	100.0		400	100.0	
การรับรู้บทบาทหญิงชาย																								
สูง (>37.87 คะแนน)	35	21.1		28	22.6		17	15.5		80	20.0		80	15.5		80	20.0		80	20.0		80	20.0	
ปานกลาง (29.49-37.87 คะแนน)	112	67.5		85	68.5		74	67.3		271	67.8		271	67.3		271	67.8		271	67.8		271	67.8	
ต่ำ (<29.49 คะแนน)	19	11.4		11	8.9		19	17.3		49	12.3		49	17.3		49	12.3		49	12.3		49	12.3	
$\bar{X} \pm S.D.$	34.02±3.99			33.81±4.18			33.01±4.45			33.68±4.19			33.68±4.19			33.68±4.19			33.68±4.19			33.68±4.19		
min.-max.	23-40			19-40			16-40			16-40			16-40			16-40			16-40			16-40		
ความรู้สึกละอายใจในตนเอง																								
สูง (>31.35 คะแนน)	22	13.3		21	16.9		18	16.4		61	15.3		61	16.4		61	15.3		61	15.3		61	15.3	
ปานกลาง (24.59-31.35 คะแนน)	122	73.5		89	71.8		79	71.8		290	72.5		290	71.8		290	72.5		290	72.5		290	72.5	
ต่ำ (<24.59 คะแนน)	22	13.3		14	11.3		13	11.8		49	12.3		49	11.8		49	12.3		49	12.3		49	12.3	
$\bar{X} \pm S.D.$	27.93±3.17			27.99±3.37			28.01±3.71			27.97±3.38			27.97±3.38			27.97±3.38			27.97±3.38			27.97±3.38		
min.-max.	21-37			15-38			19-37			15-38			15-38			15-38			15-38			15-38		

1.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

1.2.1 ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 94.7 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ร้อยละ 90.8 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 95.8 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครองมากที่สุด ร้อยละ 94.0 รองลงมา คือพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 3.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 96.8 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครองมากที่สุด ร้อยละ 90.3 รองลงมา คือพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 7.3 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 90.9 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครองมากที่สุด ร้อยละ 86.4 รองลงมา คือพักอาศัยอยู่กับเพื่อนเพศเดียวกัน ร้อยละ 5.5 และพบว่ามียุทธศาสตร์ 3 รายที่พอกอยู่กััแฟน/คนรัก (ร้อยละ 2.7) (รายละเอียดดังตารางที่ 7)

1.2.2 การคุมสุราหรือเครื่องคุมมีนเมา

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างเคยคุมสุราหรือเครื่องคุมมีนเมา ร้อยละ 56.7 และในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาก็ยังคุมมีนเมา ร้อยละ 88.1

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยคุมสุราหรือเครื่องคุมมีนเมา ร้อยละ 34.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยคุมสุราหรือเครื่องคุมมีนเมา ร้อยละ 62.9 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยคุมสุราหรือเครื่องคุม มีนเมา ร้อยละ 83.6 (รายละเอียดดังตารางที่ 8)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการคุมสุราหรือเครื่องคุมมีนเมาในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมารายชื่อ พบว่า โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่จะมีการคุมสุราและเครื่องคุมมีนเมา นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง) โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีการคุมเครื่องคุมมีนเมาทุกชนิดเป็นประจำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอีก 2 กลุ่ม (รายละเอียดดังตารางที่ 34 ภาคผนวก)

1.2.3 การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่น ๆ

กลุ่มตัวอย่างเคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 36.7 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร

ร้อยละ 50.0 โดยส่วนใหญ่มีการอาโอเกะ ร้อยละ 75.5 รองลงมาคือบังกะโลหรือสถานบริการที่พักรั่วครว ร้อยละ 47.5 และโรงแรมม่านรูด ร้อยละ 47.0

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 15.7 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 36.1 โดยส่วนใหญ่มีการอาโอเกะ ร้อยละ 71.7 รองลงมาคือโรงแรมม่านรูด ร้อยละ 38.3 และลานเบียร์ ร้อยละ 36.7 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 30.6 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 54.0 โดยส่วนใหญ่มีการอาโอเกะ ร้อยละ 79.1 รองลงมาคือโรงแรมม่านรูด ร้อยละ 52.2 และบังกะโลหรือสถานบริการที่พักรั่วครว ร้อยละ 49.3 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว เคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 75.5 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 66.4 โดยส่วนใหญ่มีการอาโอเกะ ร้อยละ 75.3 รองลงมาคือบังกะโลหรือสถานบริการที่พักรั่วครว ร้อยละ 56.2 และมีโรงแรมม่านรูดและลานเบียร์เท่ากันคือ ร้อยละ 49.3 (รายละเอียดดังตารางที่ 9)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา รายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่จะไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยไปเที่ยวเรก/ผับ/บาร์มากที่สุด รองลงมาคือคาราโอเกะ และลานเบียร์ ตามลำดับ โดยจะไปเที่ยวนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง) มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยไปเที่ยวสถานบริการทางเพศ/ซ่อง จำนวน 26 ราย ซึ่งไม่พบในกลุ่มตัวอย่างอีก 2 กลุ่ม และเคยไปใช้บริการโรงแรมม่านรูด 37 ราย ซึ่งไม่พบในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แต่พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ 1 ราย (รายละเอียดดังตารางที่ 35 ภาคผนวก)

1.2.4 การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ

กลุ่มตัวอย่างเคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 58.3 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 41.2

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 33.1 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศร้อยละ 21.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยเปิดรับสื่อที่

ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 64.5 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 33.8 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 89.1 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 58.2 (รายละเอียดดังตารางที่ 10)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยดูภาพยนตร์ละครโทรทัศน์ที่มีฉากเร้าอารมณ์เพศ มากที่สุด รองลงมาคือ ดูวีซีดี/ดีวีดี เรทเอ็กซ์/อาร์ และอันดับต่อมาคือ อ่านแมกกาซีนหรือหนังสือที่มีภาพหรือเนื้อหาแนวเซ็กซี่ไปเปลือย อ่านหนังสือไปที่มีภาพและเนื้อหาการร่วมเพศ และอ่านหนังสือการ์ตูนไปเท่ากัน ตามลำดับ โดยใช้สื่อเหล่านี้ นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง) มากที่สุด (ร้อยละ 54.2, 42.1, 45.9, 48.6 และ 56.8 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยดูภาพยนตร์ละครโทรทัศน์ที่มีฉากเร้าอารมณ์เพศ มากที่สุด รองลงมาคือ อ่านหนังสือการ์ตูนไป และดูวีซีดี/ดีวีดี เรทเอ็กซ์/อาร์ ตามลำดับ โดยใช้สื่อเหล่านี้ นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง) มากที่สุด (ร้อยละ 47.6, 46.7 และ 54.2 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยอ่านแมกกาซีนหรือหนังสือที่มีภาพหรือเนื้อหาแนวเซ็กซี่ไปเปลือยมากที่สุด รองลงมาคือ อ่านหนังสือไปที่มีภาพและเนื้อหาการร่วมเพศ และดูภาพยนตร์ละครโทรทัศน์ที่มีฉากเร้าอารมณ์เพศเท่ากัน และอันดับต่อมาคือ ดูวีซีดี/ดีวีดี เรทเอ็กซ์/อาร์ โดยใช้สื่อเหล่านี้ นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง) มากที่สุด (ร้อยละ 49.4, 53.6, 45.2 และ 38.6 ตามลำดับ)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการใช้สื่อทั้ง 9 ชนิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้ใช้สื่อเหล่านี้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ชนิด ยกเว้น การดูภาพยนตร์ละครโทรทัศน์ที่มีฉากเร้าอารมณ์เพศ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ใช้สื่อนี้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 13.1 แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ใช้สื่อนี้ ร้อยละ 10.4 (รายละเอียดดังตารางที่ 36 ภาคผนวก)

1.2.5 ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

กลุ่มตัวอย่างเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 43.0 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ

39.5 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 16.9

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ ร้อยละ 93.6 โดยกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ตอบว่าได้รับความสะดวกมากที่สุด (ร้อยละ 96.9) รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 91.8) และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 85.7) ตามลำดับ

ในด้านความเพียงพอของสถานที่ซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่า สถานที่ในการซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัยมีปริมาณเพียงพอ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตอบว่าเพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 78.6) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 78.1) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 71.4) ตามลำดับ

ในด้านความเหมาะสมของระยะทางในการซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่า ระยะทางมีความเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด (ร้อยละ 84.4) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 71.4) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 69.4) ตามลำดับ

ในด้านความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่า ราคามีความเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด (ร้อยละ 69.8) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 53.6) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 51.0) ตามลำดับ

ในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยฟรี จำนวน 96 คน พบว่า แหล่งที่สะดวกที่สุดเมื่อต้องการหาถุงยางอนามัยในกรณีเร่งด่วน คือ มีพกติดตัวอยู่แล้วมากที่สุด (ร้อยละ 42.7) รองลงมาคือ หาซื้อจากร้าน (ร้อยละ 27.1) และมีเก็บไว้ในห้องนอน (ร้อยละ 22.9) ตามลำดับ และหากไม่มีถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง ตอบว่า จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคือ งดมีเพศสัมพันธ์ทันที (ร้อยละ 38.5) และนำถุงยางที่ใช้แล้วมาทำความสะอาดแล้วใช้ต่อน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.2) (รายละเอียดตารางที่ 11)

เมื่อพิจารณาสถานที่ในการซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย รายชื่อ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากเครื่องขายถุงยาง

อัตโนมัติและโครงการอบรมเรื่องเพศมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) รองลงมาคือ จากสถานีนอนมัย (ร้อยละ 87.2) และสถานบริการทางเพศ/โรงแรม (ร้อยละ 76.8) ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน

ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์				กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์				รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400	100.0	100.0	100.0	400	100.0	
ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน													
บ้านของตนเอง	159	95.8	120	96.8	100	90.9	379	94.7					
บ้านเช่า	5	3.0	2	1.6	6	5.5	13	3.3					
หอพัก/อพาร์ทเมนต์/แมนชั่น/แฟลต (แยกเพศชาย/หญิง)	1	0.6	-	-	4	3.6	5	1.3					
อื่น ๆ (บ้านญาติ)	1	0.6	2	1.6	-	-	3	0.7					
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย													
พ่อแม่/ผู้ปกครอง	156	94.0	112	90.3	95	86.4	363	90.8					
ญาติ	5	3.0	9	7.3	5	4.5	19	4.8					
เพื่อน (เพศเดียวกัน)	3	1.8	2	1.6	6	5.5	11	2.8					
แฟน/คนรัก	-	-	-	-	3	2.7	3	0.8					
อยู่คนเดียว	2	1.2	1	0.8	1	0.9	4	1.0					

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์	กลุ่มที่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์						กลุ่มที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400	100.0				
ประชากรการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์												
ไม่ดื่ม	109	65.7	46	37.1	18	16.4	173	43.3				
ดื่ม	57	34.3	78	62.9	92	83.6	227	56.7				
ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา												
- ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย	12	21.0	11	14.1	4	4.3	27	11.9				
- ยังคงดื่มอยู่	45	79.0	67	85.9	88	95.7	200	88.1				

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และการมีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ใกล้ที่พัก

หรือสถานศึกษา	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400
ประสบการณ์การไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์							
ไม่เคยไป	140	84.3	86	69.4	27	24.5	253
เคยไป	26	15.7	38	30.6	83	75.5	147
สถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ใกล้ที่พักภายในระยะทาง 5 กิโลเมตร							
ไม่มี	106	63.9	57	46.0	37	33.6	200
มี	60	36.1	67	54.0	73	66.4	200
สถานที่ที่มีคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)							
เรด/คัป/บาร์	14	23.3	24	35.8	24	32.9	62
ลานเบียร์	22	36.7	25	37.3	36	49.3	83
ไนต์คลับ/ห้องอาหาร	13	21.7	24	35.8	25	34.2	62
คาราโอเกะ	43	71.7	53	79.1	55	75.3	151

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การทำงานที่สถานบันเทิง/สถานบันเทิง และการมีสถานบันเทิง/สถานบันเทิงใกล้ที่พัก หรือสถานศึกษา (ต่อ)

การมีสถานบันเทิง/สถานบันเทิง	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	60	100.0	67	100.0	73	100.0	200
นวดแผนโบราณ	18	30.0	25	37.3	23	31.5	66
สถานบริการทางเพศ/ซ่อง	8	13.3	15	22.4	16	21.9	39
โรงแรม/นวด	23	38.3	35	52.2	36	49.3	94
บั้งกะโล/สถานบริการที่พักรั่วครว	21	35.0	33	49.3	41	56.2	95
อื่น ๆ (บ้านเพื่อน)	-	-	-	-	1	1.4	1
							0.5

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามประเภทการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยและความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

การเข้าถึงถุงยางอนามัย	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				กลุ่มที่มีพฤติกรรมการชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์				กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์				รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400	100.0	100.0				
ประสบการณ์การซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย													
ไม่เคย	138	83.1	75	60.5	14	12.7	227	56.8					
เคย	28	16.9	49	39.5	96	87.3	173	43.3					
ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยแตกต่างกัน													
สะดวก*	24	85.7	45	91.8	93	96.9	162	93.6					
ไม่สะดวก	4	14.3	4	8.2	3	3.1	11	6.4					
ความเพียงพอของสถานที่ซื้อหรือขอรับถุงยาง อนามัย													
เพียงพอ	22	78.6	35	71.4	75	78.1	132	76.3					
ไม่เพียงพอ	6	21.4	14	28.6	21	21.9	41	23.7					
ความเหมาะสมของระยะทางในการซื้อหรือ ขอรับถุงยางอนามัย													
เหมาะสม	20	71.4	34	69.4	81	84.4	135	78.0					
ไม่เหมาะสม	8	28.6	15	30.6	15	15.6	38	22.0					

* กลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยฟรีจากแหล่งต่าง ๆ อย่างน้อย 1 แห่ง

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามประเภทการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยและความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย (ต่อ)

การเข้าถึงถุงยางอนามัย	กลุ่มที่ไม่มียพฤติกรรมทางเพศ				กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์				รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
จำนวนรวม	28	100.0	49	100.0	96	100.0	173	100.0					
ความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัย													
เหมาะสม	15	53.6	25	51.0	67	69.8	107	61.8					
ไม่เหมาะสม	2	7.1	7	14.3	10	10.4	19	11.0					
ไม่แน่ใจ	11	39.3	17	34.7	19	19.8	47	27.2					
แหล่งที่สะดวกที่สุดเมื่อต้องการหา													
ถุงยางอนามัย ในกรณีเร่งด่วน													
มีพกติดตัวอยู่แล้ว	-	-	-	-	41	42.7	41	42.7					
มีเก็บไว้ในห้องนอน	-	-	-	-	22	22.9	22	22.9					
หาซื้อจากร้าน	-	-	-	-	26	27.1	26	27.1					
ขอซื้อจากเพื่อน	-	-	-	-	7	7.3	7	7.3					

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามประเภทการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยและความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย(ต่อ)

การเข้าถึงถุงยางอนามัย	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์				กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์				รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม	28	100.0	49	100.0	96	100.0	173	100.0	100.0	100.0	173	100.0	
หากไม่มีถุงยางอนามัยจะทำอย่างไร													
งดมีเพศสัมพันธ์ทันที	-	-	-	-	-	-	37	38.5	-	-	37	38.5	38.5
มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยาง อนามัย	-	-	-	-	-	-	55	57.3	-	-	55	57.3	57.3
นำถุงยางอนามัยที่ใส่แล้ว มาทำความสะอาดแล้วใช้ต่อ	-	-	-	-	-	-	4	4.2	-	-	4	4.2	4.2

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสียหายในการเข้าถึงของอนามัยจากแหล่งต่างๆ(รายชื่อ)

สถานที่ในการเข้าถึงของอนามัย (ชื่อหรือได้รับแจกฟรี)	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์				กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์				รวม
	สะดวก(%)	ไม่สะดวก (%)	สะดวก(%)	ไม่สะดวก (%)	สะดวก(%)	ไม่สะดวก (%)	สะดวก(%)	ไม่สะดวก (%)	สะดวก(%)	ไม่สะดวก (%)	สะดวก(%)	ไม่สะดวก (%)	
ร้านค้าทั่วไป	-	5	3	6	30	25	33 (47.8)	36					
	-	(100.0)	(33.3)	(66.7)	(54.5)	(45.5)	49	(52.2)					
ร้านขายยา	1	4	9	3	39	21	(63.6)	28					
	(20.0)	(80.0)	(75.0)	(25.0)	(65.0)	(35.0)	61	(36.4)					
ร้านสะดวกซื้อที่เปิดบริการ 24 ชม.	4	3	8	4	49	16	(72.6)	23					
	(57.1)	(42.9)	(66.7)	(33.3)	(75.4)	(24.6)	27	(27.4)					
มินิมาร์ก/ซูเปอร์มาร์เก็ต/ ห้างสรรพสินค้า	-	4	5	2	22	31	(42.2)	37					
	-	(100.0)	(71.4)	(28.6)	(41.5)	(58.5)	95	(57.8)					
สถานีอนามัย	12	4	19	1	64	9	(87.2)	14					
	(75.0)	(25.0)	(95.0)	(5.0)	(87.7)	(12.3)	65	(12.8)					
โรงพยาบาล	10	3	17	1	38	18	(74.7)	22					
	(76.9)	(23.1)	(94.4)	(5.6)	(67.9)	(32.1)		(25.3)					

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสะดวกในการเข้าถึงของอนามัยจากแหล่งต่างๆ (ต่อ)

การเข้าถึงของอนามัย	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=28)				กลุ่มที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์ (n=49)				กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ รวม (N=172)			
	ไม่สะดวก		ไม่สะดวก		ไม่สะดวก		ไม่สะดวก		ไม่สะดวก		ไม่สะดวก	
	สะดวก(%)	(%)	สะดวก(%)	(%)	สะดวก(%)	(%)	สะดวก(%)	(%)	สะดวก(%)	(%)	สะดวก(%)	(%)
โรงเรียน/สถานศึกษา	14 (77.8)	4 (22.2)	27 (79.4)	7 (20.6)	39 (57.4)	29 (42.6)	80 (66.7)	40 (33.3)				
สถานบริการทางเพศ/โรงแรม	-	3 (100.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	36 (80.0)	9 (20.0)	43 (76.8)	13 (23.2)				
สถานบันเทิง/เรคฟับ/บาร์	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	26 (66.7)	13 (33.3)	31 (64.6)	17 (35.4)				
อื่นๆ (โครงการอบรมเรื่องเพศ เครือข่ายขององค์กรเอ็นจีโอ)	1 (100.0)	-	1 (100.0)	-	3 (100.0)	-	5 (100.0)	-				

1.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

1.3.1 การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระดับปานกลาง ร้อยละ 70.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 15.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.59

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.9 และระดับสูง ร้อยละ 18.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 32.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.76 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 14.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.5 มีคะแนนเฉลี่ย 34.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.03 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.3 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.8 และระดับสูง ร้อยละ 10.9 มีคะแนนเฉลี่ย 33.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.19 (รายละเอียดดังตารางที่ 13)

1.3.2 การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.89

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 32.5 และระดับสูง ร้อยละ 13.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 27.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 28.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.3 มีคะแนนเฉลี่ย 7.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.41

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ในระดับปานกลางและระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (รายละเอียดดังตารางที่ 13)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่ถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 41.5) และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว (ร้อยละ 31.0 และ 27.5 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมทางเพศ

ลักษณะพฤติกรรมทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนรวม	400	100.0
กลุ่มไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	166	41.5
กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์*	124	31.0
กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว)**	110	27.5

* มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง เคยมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1 พฤติกรรม แต่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

** มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เคยมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1 พฤติกรรม และมีเพศสัมพันธ์แล้ว ไม่ว่าจะเคยใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ก็ตาม

2.2 พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (แต่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์) มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์เพียง 1 พฤติกรรม (ร้อยละ 39.5) รองลงมา มี 2 และ 3 พฤติกรรมเท่ากัน (ร้อยละ 25.0)

ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วนั้น นักเรียนครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครบทั้ง 5 พฤติกรรม (ร้อยละ 50.9) รองลงมาคือมี 4 พฤติกรรม (ร้อยละ 32.7) และ 3 พฤติกรรม (ร้อยละ 15.5) ตามลำดับ โดยพฤติกรรมร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการจับมือ โอบไหล่เอว (รายละเอียดดังตารางที่ 40 ภาคผนวก)

2.3 การเคยมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย และวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย

การเคยมีเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 110 คน พบว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.8) อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 15 ปี (S.D.=1.3) โดยอายุน้อยที่สุดและมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 11 ปี และ 18 ปี ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.2 และ 30.0 ตามลำดับ) โดยเพศชายมีอายุน้อยที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำกว่าเพศหญิง คือ 11 ปี และ 14 ปี ตามลำดับ และมีอายุมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากันกับเพศหญิง คือ 18 ปี (รายละเอียดดังตารางที่ 15)

การใช้ถุงยางอนามัย และวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย

ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมานั้น กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพียงร้อยละ 31.8 ที่เหลือซึ่งพบมากที่สุดคือ ใช้นางครั้ง (ร้อยละ 62.7) และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 5.5 (รายละเอียดดังตารางที่ 18) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 33.3 และ 25.0 ตามลำดับ) และไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เลย ร้อยละ 6.7 ในขณะที่เพศหญิงพบร้อยละ 0.0 (รายละเอียดดังตารางที่ 16)

ส่วนวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยนั้น ในขั้นตอนการตรวจสอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตรวจสอบความเรียบร้อยก่อนสวมใส่ และช่องไม่มีรอยฉีกขาด (ร้อยละ 87.5) มีการฉีกมุมซองโดยระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางขาด (ร้อยละ 91.3) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีการปฏิบัติสูงกว่าเพศหญิง (หรือกลุ่มนอนของเพศหญิง)

ส่วนในขั้นตอนการใส่นั้น กลุ่มตัวอย่างมีการสวมถุงยางขณะอวัยวะเพศแข็งตัว (ร้อยละ 92.3) ใส่ถุงยางโดยให้ขอบอยู่ด้านนอก และรัดให้สุดถึงโคนอวัยวะเพศ (ร้อยละ 88.5) มีการบีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศขณะสวมเข้ากับอวัยวะเพศ (ร้อยละ 83.7) สวมถุงยางก่อนมีการสอดใส่หรือสัมผัสอวัยวะเพศของกลุ่มนอน (ร้อยละ 81.7) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีการปฏิบัติสูงกว่าเพศหญิง (หรือกลุ่มนอนของเพศหญิง) ยกเว้นขั้นตอนการบีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศขณะสวมเข้ากับอวัยวะเพศ และการใส่ถุงยางโดยให้ขอบอยู่ด้านนอก และรัดให้สุดถึงโคนอวัยวะเพศ ที่เพศชายมีการปฏิบัติต่ำกว่าเพศหญิง (หรือกลุ่มนอนของเพศหญิง)

และขั้นตอนสุดท้ายคือการถอดถุงยางอนามัยนั้น มีการนำถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วทิ้งลงถังขยะ (ร้อยละ 84.6) ถอดถุงยางในขณะที่อวัยวะเพศยังแข็งตัว (ร้อยละ 84.6) ถอดถุงยางโดยมีการใช้กระดาษชำระหุ้มถุงยาง หากไม่มีกระดาษชำระต้องไม่ให้มือสัมผัสกับด้านนอกของถุงยาง (ร้อยละ 82.7) และไม่นำถุงยางกลับมาใช้ใหม่ (ร้อยละ 78.8) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชาย

มีการปฏิบัติสูงกว่าเพศหญิง (หรือกลุ่มนอนของเพศหญิง) ยกเว้นการไม่นำถุงยางกลับมาใช้ใหม่ และการนำถุงยางที่ใช้แล้วทิ้งลงถังขยะที่เพศชายมีการปฏิบัติต่ำกว่าเพศหญิง (รายละเอียดดังตารางที่ 17)

และเมื่อพิจารณาถึงคะแนนรวมการปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยรายข้อ พบว่า มีผู้ที่ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนทั้ง 10 ข้อ ร้อยละ 47.1 ปฏิบัติถูกต้องบางข้อ ร้อยละ 52.9 โดยปฏิบัติถูกต้อง 9 ข้อมากที่สุด ร้อยละ 29.1 รองลงมา 8 ข้อ ร้อยละ 23.6 และไม่มีผู้ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย (ร้อยละ 0.0) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายปฏิบัติถูกต้องทุกข้อน้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 45.2 และ 55.0 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 18 และตารางที่ 41 ภาคผนวก)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามเพศและอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)	กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนรวม	90	100.0	20	100.0	110	100.0
11	1	1.1	0	0.0	1	0.9
12	2	2.2	0	0.0	2	1.8
13	10	11.1	0	0.0	10	9.1
14	22	24.4	4	20.0	26	23.6
15	29	32.2	6	30.0	35	31.8
16	18	20.0	4	20.0	22	20.0
17	7	7.8	4	20.0	11	10.0
18	1	1.1	2	10.0	3	2.7
$\bar{x} \pm S.D.$	14.8 $\pm$ 1.3		15.7 $\pm$ 1.3		15.0 $\pm$ 1.3	
min.-max.	11-18		14-18		11-18	

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

การใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์	กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนรวม	90	100.0	20	100.0	110	100.0
การใช้ถุงยางอนามัย						
ใช้ทุกครั้ง	30	33.3	5	25.0	35	31.8
ใช้บางครั้ง	54	60.0	15	75.0	69	62.7
ไม่เคยใช้เลย	6	6.7	0	0.0	6	5.5

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและการปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย (นักเรียนจำนวน 104 คน*)

	วิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย					
	ชาย			ปฏิบัติ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนรวม	84	100.0	20	100.0	104	100.0
ขั้นตรวจสอบ						
1. ตรวจสอบความเรียบร้อย ดูวันหมดอายุ และซองไม่มีรอยฉีกขาด	76	90.5	15	75.0	91	87.5
2. ถักม้วนซองโดยระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางขาด	78	92.9	17	85.0	95	91.3
วิธีการใช้						
3. สวมถุงยางก่อนมีการสอดใส่หรือสัมผัสอวัยวะเพศของคู่ก่อน	69	82.1	16	80.0	85	81.7
4. สวมถุงยางขณะอวัยวะเพศแข็งตัว	78	92.9	18	90.0	96	92.3
วิธีสวมถุงยางอนามัย						
5. บีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศขณะสวมเข้ากับอวัยวะเพศ	69	82.1	18	90.0	87	83.7
6. ใ้ถุงยางโดยให้ขอบอยู่ด้านนอก และรูให้สุดถึงโคนอวัยวะเพศ	72	85.7	20	100.0	92	88.5
วิธีถอดถุงยางอนามัย						
7. เพื่อป้องกันไม่ให้ถุงยางอนามัยหลุดค้างในช่องคลอดหรือช่องทวาร และเพื่อป้องกันไม่ให้น้ำอสุจิไหลปะทะบริเวณอื่น ให้รีบถอดถุงยางในขณะที่อวัยวะเพศยังแข็งตัว	73	86.9	15	75.0	88	84.6
8. ระวังไม่ให้มีน้ำอสุจิหรือสารคัดหลั่งจากอวัยวะเพศของคู่สัมผัสโดนมือ โดยใช้กระดาษชำระหุ้มถุงยาง หากไม่มีกระดาษชำระต้องใช้ไม่มีกลิ่นสัมผัสกับด้านนอกของถุงยาง	70	83.3	16	80.0	86	82.7
9. ไม่นำถุงยางกลับมาใช้ใหม่	66	78.6	16	80.0	82	78.8
10. นำถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วทิ้งลงถังขยะ	70	83.3	18	90.0	88	84.6

* จากจำนวนนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ 110 คน มีผู้ที่เคยใช้ถุงยางอนามัย 104 คน ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย 6 คน

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย (นักเรียน
จำนวน 104 คน*)

วิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	84	100.0	20	100.0	104	100.0
ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ	38	45.2	11	55.0	49	47.1
ปฏิบัติถูกต้องบางข้อ	46	54.8	9	45.0	55	52.9
ปฏิบัติ 3 ข้อ	1	2.2	0	0.0	1	1.8
ปฏิบัติ 4 ข้อ	1	2.2	2	22.2	3	5.4
ปฏิบัติ 5 ข้อ	4	8.7	0	0.0	4	7.3
ปฏิบัติ 6 ข้อ	6	13.1	3	33.3	9	16.4
ปฏิบัติ 7 ข้อ	8	17.4	1	11.1	9	16.4
ปฏิบัติ 8 ข้อ	12	26.1	1	11.1	13	23.6
ปฏิบัติ 9 ข้อ	14	30.4	2	22.2	16	29.1

* จากจำนวนนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ 110 คน มีผู้ที่เคยใช้ถุงยางอนามัย 104 คน ไม่เคยใช้ถุงยาง
อนามัยเลย 6 คน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมทางเพศที่ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบ ANOVA

3.1 ปัจจัยนำ

ตัวแปรปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ระดับชั้นที่ศึกษา ประเภทวิชาที่เรียน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ
ระหว่างเรียน สถานภาพของบิดามารดา ใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square : χ^2) ในการวิเคราะห์หา
ความสัมพันธ์ ส่วน อายุ เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การควบคุมตนเอง
การรับรู้บทบาทหญิงชาย ความรู้สึภกาคภูมิใจในตนเอง ใช้การทดสอบ ANOVA เปรียบเทียบความ
แตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า

3.1.1 เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่า เพศชายมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 38.3 และ 12.1 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 29.4 และ 33.3 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

3.1.2 ระดับชั้นที่เรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p = 0.002$) ซึ่งพบว่า นักเรียนระดับ ปวช. 2 มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนระดับ ปวช. 1 (ร้อยละ 38.3 และ 12.1 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่านักเรียนระดับ ปวช. 1 (ร้อยละ 25.0 และ 35.3 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

3.1.3 ประเภทวิชาที่เรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอื่น ๆ (คหกรรม เกษตรกรรม และอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว) มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม และพาณิชยกรรม (ร้อยละ 42.9, 37.0 และ 11.2 ตามลำดับ) และนักเรียนที่เรียนประเภทวิชาพาณิชยกรรมมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม และประเภทวิชาอื่น ๆ (ร้อยละ 34.9, 30.0 และ 14.3 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

3.1.4 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p = 0.244$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่ได้รับค่าใช้จ่ายตั้งแต่ $\leq 1,500$ บาท 1,501-2,500 บาท และ $\geq 2,501$ บาท มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26.1, 23.6 และ 33.6 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

3.1.5 สถานภาพของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p = 0.074$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่มีบิดามารดาแยกกันอยู่เป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มากที่สุด (ร้อยละ 38.1) รองลงมาคือนักเรียนที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 28.0) นักเรียนที่มีบิดามารดาหย่าร้างกัน (ร้อยละ 22.2) และนักเรียนที่มีบิดามารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายถึงแก่กรรม (ร้อยละ 14.3) (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะทางประชากร	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						χ^2	df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						
	จำนวน	ร้อยละ	กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน			
รวม	166	41.5	124	31.0	110	27.5			
เพศ							36.164	2	<0.001
ชาย	76	32.3	69	29.4	90	38.3			
หญิง	90	54.5	55	33.3	20	12.1			
ระดับชั้นที่เรียน							12.089	2	0.002
ปวช.1	101	43.5	82	35.3	49	21.1			
ปวช.2	65	38.7	42	25.0	61	36.3			
ประเภทวิชาที่เรียน							36.277	4	<0.001
อุตสาหกรรม	75	33.0	68	30.0	84	37.0			
พาณิชยกรรม	82	53.9	53	34.9	17	11.2			
อื่นๆ (คหกรรม, เกษตรกรรม และอุตสาหกรรมท่องเที่ยว)	9	42.9	3	14.3	9	42.9			

3.1.6 อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีอายุที่แตกต่างกัน ($F = 16.536$, $p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 16.04$, $\bar{X} = 16.63$ ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 16.08$, $\bar{X} = 16.63$ ตามลำดับ) ส่วนคู่อื่นไม่แตกต่างกัน (รายละเอียดดังตารางที่ 20)

3.1.7 เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน ($F = 3.643$, $p = 0.027$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 40.81$, $\bar{X} = 39.22$ ตามลำดับ) ส่วนคู่อื่นไม่แตกต่างกัน (รายละเอียดดังตารางที่ 20)

3.1.8 การควบคุมตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีการควบคุมตนเองที่แตกต่างกัน ($F = 7.571$, $p = 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 31.37$, $\bar{X} = 29.25$ ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 31.15$, $\bar{X} = 29.25$ ตามลำดับ) ส่วนคู่อื่นไม่แตกต่างกัน (รายละเอียดดังตารางที่ 20)

3.1.9 การรับรู้บทบาทหญิงชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้บทบาทหญิงชายไม่แตกต่างกัน ($F = 2.038$, $p = 0.132$) (รายละเอียดดังตารางที่ 20)

3.1.10 ความรู้สึภกาศภูมิใจในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีความรู้สึกภกาศภูมิใจในตนเองไม่แตกต่างกัน ($F = 0.023$, $p = 0.977$) (รายละเอียดดังตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยนำเข้า	กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา					
	กลุ่มนักเรียนที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี		F-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อายุ	16.04 ^a	0.79	16.08 ^a	0.76	16.536	<0.001
เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	40.16	4.67	40.81 ^a	4.57	3.643	0.027
การควบคุมตนเอง	31.37 ^a	4.59	31.15 ^a	4.19	7.571	0.001
การรับรู้บทบาทหญิงชาย	34.02	3.99	33.81	4.18	2.038	0.132
ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง	27.93	3.17	27.99	3.37	0.023	0.977

* ตัวอักษรที่ต่างกันแสดงถึงคู่ที่มีค่าเฉลี่ยต่างกัน

3.2 ปัจจัยอื่น

ตัวแปรปัจจัยอื่น ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวหรือการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักผ่อน ใดๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย ใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square : χ^2) ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า

3.2.1 ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน

ด้านสถานที่พักอาศัยขณะเรียน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p=0.098$) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่านักเรียนที่ไม่ได้พักอาศัยในบ้านของตนเอง (ร้อยละ 26.4 และ 47.6 ตามลำดับ)

ด้านของบุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วยนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p=0.036$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่พักอาศัยกับบุคคลอื่น ใดๆ (เพื่อนเพศเดียวกัน แฟน/คนรัก และอยู่คนเดียว) มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีมากกว่านักเรียนที่อาศัยกับญาติ และพ่อแม่/ผู้ปกครอง (ร้อยละ 55.6, 26.3 และ 26.2 ตามลำดับ) และนักเรียนที่พักอาศัยอยู่กับญาติมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง และพักกับคนอื่น ใดๆ (ร้อยละ 47.4, 30.9 และ 16.7 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 21)

3.2.2 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p<0.001$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 40.5 และ 10.4 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เช่นกัน (ร้อยละ 34.4 และ 26.6 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 22)

3.2.3 การไปเที่ยวหรือการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักผ่อน ใดๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p<0.001$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่เคยไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักผ่อน ใดๆ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยไปเที่ยว (ร้อยละ 56.5 และ 10.7 ตามลำดับ)

และการมีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่มีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษา มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่มีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษา (ร้อยละ 36.5 และ 18.5 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่มีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาเช่นกัน (ร้อยละ 33.5 และ 28.5 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 23)

3.2.4 การเปิดรับสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่เคยเปิดรับสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยเปิดรับสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ (ร้อยละ 42.1 และ 7.2 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยเปิดรับสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศเช่นกัน (ร้อยละ 34.3 และ 26.3 ตามลำดับ)

และความสะดวกในการเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่มีความสะดวกในการเปิดรับสื่อและเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับความสะดวกในการเปิดรับสื่อและเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ (ร้อยละ 59.4 และ 29.9 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 24)

3.2.5 ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย จากผลการศึกษา พบว่าการเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่เคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย (ร้อยละ 55.5 และ 6.2 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 25) และเมื่อพิจารณาในด้านความสะดวกของสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยฟรี พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p = 0.045$) โดยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว พบว่า นักเรียนที่ได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยฟรีมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย (ร้อยละ 79.5 และ 42.9 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 26)

ส่วนในด้านของความเพียงพอของสถานที่ที่จะซื้อหรือรับประทาน
อนามัย ความเหมาะสมของระยะทางที่จะไปซื้อหรือรับประทาน และความเหมาะสมของ
ราคาของอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของ
นักเรียนอาชีวศึกษา ($p = 0.638, 0.078$ และ 0.109 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 27)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการพักอาศัยกับการพักอาศัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						χ^2	df	p-value	
	ลักษณะการพักอาศัย	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		ร้อยละ				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
รวม		166	41.5	124	31.0	110	27.5			
สถานที่พักอาศัย								4.640	2	0.098
	บ้านของตนเอง	159	42.0	120	31.7	100	26.4			
	ไม่ใช่บ้านของตนเอง	7	33.3	4	19.0	10	47.6			
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย								10.295	4	0.036
	พ่อแม่/ผู้ปกครอง	156	43.0	112	30.9	95	26.2			
	ญาติ	5	26.3	9	47.4	5	26.3			
อื่น ๆ (เพื่อนเพศเดียวกัน, แฟน/คนรัก, อยู่คนเดียว)	5	27.8	3	16.7	10	55.6				

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับการติดเชื้อเอชไอวี

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						χ^2	df	p-value	
	กลุ่มที่ไม่พบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน				ร้อยละ
รวม	166	41.5	124	31.0	110	27.5				
ไม่เคยดื่ม	109	63.0	46	26.6	18	10.4	68.284	2	<0.001	
เคยดื่ม	57	25.1	78	34.4	92	40.5				

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างการไปเที่ยวและการเข้าถึงสถาบันบันเทิง/สถานเริงรมย์ กับพฤติกรรมการทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง/ สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักอื่น ๆ	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						χ ²	df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รวม	166	41.5	124	31.0	110	27.5			
การไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักอื่น ๆ							104.637	2	<0.001
เคยไป	26	17.7	38	25.9	83	56.5			
ไม่เคยไป	140	55.3	86	34.0	27	10.7			
สถานบันเทิง/สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักอื่น ๆ							25.335	2	<0.001
ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร									
มี	60	30.0	67	33.5	73	36.5			
ไม่มี	106	53.0	57	28.5	37	18.5			

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับและเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การเปิดรับและเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						χ^2	df	p-value	
	กลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี						
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน				ร้อยละ
รวม	166	41.5	124	31.0	110	27.5				
การเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ							88.088	2	<0.001	
ไม่เคย	111	66.5	44	26.3	12	7.2				
เคย	55	23.6	80	34.3	98	42.1				
ความสะดวกในการเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ							22.002	2	<0.001	
สะดวก	12	12.5	27	28.1	57	59.4				
ไม่สะดวก	43	31.4	53	38.7	41	29.9				

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามความสัมพันธ์ระหว่างการเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่างๆ	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						χ^2	df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี				
	ทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		เพศสัมพันธ์		ต่อการติดเชื้อเอชไอวี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รวม	166	41.5	124	31.0	110	27.5			
การเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย ไม่เคย	138	60.8	75	33.0	14	6.2	134.634	2	<0.001
	28	16.2	49	28.3	96	55.5			

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ กับ พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (เปรียบเทียบรายคู่)*

ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี							
	กลุ่มที่ไม่มียพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	
	ทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		ที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์		ติดเชื้อเอชไอวี		เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	28	36.4	49	63.6	28	22.6	96	77.4
สะดวก**	24	34.8	45	65.2	24	20.5	93	79.5
ไม่สะดวก	4	50.0	4	50.0	24	57.1	3	42.9
รวม	28	36.4	49	63.6	28	22.6	96	77.4
$\chi^2=0.717$ df=1 p-value=0.452					$\chi^2=5.069$ df=1 p-value=0.045			

* เนื่องจากข้อมูลมีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของ Chi-square Test จึงใช้การเปรียบเทียบด้วย Exact Test

** กลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ อย่างน้อย 1 แห่ง

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของสถานที่ ความเหมาะสมของระยะทางที่จะไปซื้อหรือ
ใช้อับดูยางอนามัย และความเหมาะสมของราคายางอนามัยกับพฤติกรรมการพกพาผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การเข้าถึงดูยางอนามัย	พฤติกรรมการพกพาผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						χ ²	df	p-value
	กลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี				
	ทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		ที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์		เพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รวม	28	16.2	49	28.3	96	55.5			
ความสัมพันธ์ของสถานที่ที่จะซื้อหรือขอรับดูยางอนามัย							0.900	2	0.638
เพียงพอ	22	16.7	35	26.5	75	56.8			
ไม่เพียงพอ	6	14.6	14	34.1	21	51.2			
ความสัมพันธ์ของระยะทางที่จะไปซื้อหรือขอรับดูยางอนามัย							5.102	2	0.078
เหมาะสม	20	14.8	34	25.2	81	60.0			
ไม่เหมาะสม	8	21.1	15	39.5	15	39.5			
ความสัมพันธ์ของราคาดูยางอนามัย							7.567	4	0.109
เหมาะสม	15	14.0	25	23.4	67	62.6			
ไม่เหมาะสม	2	10.5	7	36.8	10	52.6			
ไม่แน่ใจ (ไม่ทราบราคา)	11	23.4	17	36.2	19	40.4			

3.3 ปัจจัยเสริม

ตัวแปรปัจจัยเสริมได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ใช้การทดสอบ ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า

3.3.1 การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ($F = 0.922, p = 0.399$) (รายละเอียดดังตารางที่ 28)

3.3.2 การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวแตกต่างกัน ($F = 20.715, p < 0.001$) โดยนักเรียนกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และน้อยกว่ากลุ่มนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ($\bar{x} = 4.44, 6.36$ และ 7.23 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และกลุ่มนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว มีค่าเฉลี่ยของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ($\bar{x} = 6.36$ และ 7.23 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					
	กลุ่มนักเรียนที่ไม่มี		กลุ่มนักเรียนที่มี		กลุ่มนักเรียนที่มี	
	พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง		พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่		เพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง	
	ต่อการติดเชื้อเอชไอวี		การมีเพศสัมพันธ์		ต่อการติดเชื้อเอชไอวี	F-test p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	32.94	9.76	34.35	8.03	33.80	7.19 0.922 0.399
การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว	4.44 ^a	3.82	6.36 ^b	3.82	7.23 ^b	3.41 20.715 <0.001

* ตัวอักษรที่ต่างกันแสดงถึงคู่ที่มีค่าเฉลี่ยต่างกัน

บทที่ 5

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษาชายหญิง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1-2 ของสถาบันอาชีวศึกษาในจังหวัดพัทลุง จำนวนทั้งสิ้น 400 คน ได้ผลการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน เป็นกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 41.5 เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 31.0 และเป็นกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว) เกินหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 27.5) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา และคณะ (2548: 57) เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาภาคใต้ จำนวน 2,348 คน พบว่า วัยรุ่นเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 27.4 แต่น้อยกว่าการศึกษาของเจริญ ปราบปรี (2547: 42-43) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดพัทลุง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับ ปวช. และระดับ ปวส. จำนวน 432 คน พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 34.7 และมากกว่าการศึกษาของอังคณา เพชรภาพ (2551: 114) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นภาคใต้ตอนบน จำนวน 1,164 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 16.6 นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในระดับภาคใต้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น แต่หากเปรียบเทียบในระดับจังหวัด จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

การที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เคยมีกิจกรรมทางเพศในรูปแบบต่าง ๆ ไปจนถึงการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วนั้น อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนกลาง มีอายุระหว่าง 15-18 ปี (มีเพียง 1 คนที่อายุ 20 ปี) ซึ่งตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud and his Psychoanalytic Theory อ้างใน สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2527: 47-49) พบว่าพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นตอนกลางนั้นอยู่ในขั้นตอนที่ 5 ของทฤษฎี นั่นคือขั้นระยะสืบพันธุ์ (Genital Stage) ซึ่งความพอใจจะเกิดจากแรงขับจากวุฒิภาวะทางเพศ จึงทำให้มีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศตรงข้าม มีความต้องการทางเพศ นอกจากนี้ ลักษณะทางเพศของเด็กในวัยรุ่นตอนกลางนั้นคือ มีวุฒิภาวะทางร่างกายอย่างสมบูรณ์ มีความกระตือรือร้นทางเพศโดยให้ความสำคัญกับการสัมผัสทางกาย เริ่มมีกิจกรรมในเรื่องเพศ เช่น การมีนัด การจูบ มีความสัมพันธ์แบบชั่วคราวชั่วคราวทั้งในลักษณะของการมีและไม่มีร่วมเพศ (Neinstein: 2008) สอดคล้องกับคำกล่าวของพันธศักดิ์ สุกระฤกษ์ (2547) กล่าวว่า วัยรุ่นตอนกลางนั้นเป็นระยะที่เริ่มสนใจเพศตรงข้าม แต่การนัดเที่ยวกันก็ยังไปเป็นกลุ่ม จะเริ่มสำรวจเรื่องเพศ และทดสอบความสามารถทางเพศของตน แต่จะยังไม่มีความรักและความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นกับเพศตรงข้าม ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จะเริ่มมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ไปจนถึงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว

ในขณะที่เดียวกันพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.5) เป็นกลุ่มที่ยังไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในวัยเดียวกัน มีพัฒนาการทางเพศอยู่ในขั้นเดียวกัน แต่พัฒนาการทางด้านปัญญาความนึกคิดก็อาจเป็นสิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ เนื่องจากเด็กในช่วงวัยรุ่นตอนกลางจะเริ่มพัฒนากระบวนการคิดที่ซับซ้อนมากขึ้น เรียกว่ามีกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการใช้เหตุผลจากแหล่งความรู้ ความสามารถในการพิจารณาด้วยมุมมองที่หลากหลาย มีความสามารถเกี่ยวกับกระบวนการทางความคิด มีขั้นความคิดแบบผู้ใหญ่ สามารถคิดเชิงนามธรรมและจินตนาการถึงผลจากการกระทำของเขาได้ สามารถทำความเข้าใจในกฎระเบียบ ศีลธรรมจรรยา สังคมและแนวคิดด้านปรัชญา (Lucile Packard Children's Hospital, 2008; Fackler, 2006) ซึ่งกระบวนการทางความคิดนี้เองจะทำให้เด็กสามารถคิดและเลือกปฏิบัติหรือควบคุมการแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสมได้

พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และการเคยมีเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (แต่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์เพียง 1 พฤติกรรม (ร้อยละ 39.5) รองลงมามี 2 และ 3 พฤติกรรมเท่ากัน (ร้อยละ 25.0) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์

แล้วกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครบทั้ง 5 พฤติกรรม (ร้อยละ 50.9) รองลงมาคือ มี 4 พฤติกรรม (ร้อยละ 32.7) และ 3 พฤติกรรม (ร้อยละ 15.5) ตามลำดับ ทำให้เห็นได้ว่า ยังมีพฤติกรรมชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นเท่าไรก็จะยิ่งนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมา โคมพนานกร (2538 อ้างใน พนอวดี จันทนา, 2547: 41) พบว่า เพียงการจับมือถือแขนมีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 10 แต่ถ้าความใกล้ชิดเกิดขึ้นอีกขั้นหนึ่งคือ การกอดจูบ มีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 60 ถ้ามีการลูบคลำข้างนอกมีโอกาสดการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 80 และถ้าการเฝ้าโลมข้างในมีโอกาสดการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 100 และการศึกษาของอังคณา เพชรภาพ (2551: 79-80) พบว่า นักเรียนเคยอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 33.7 นักเรียนกว่าครึ่งมักมีอารมณ์ทางเพศเมื่ออยู่ลำพังสองต่อสองกับคู่รัก (ร้อยละ 62.1) เมื่ออยู่ตามลำพังสองต่อสองกับเพื่อนต่างเพศนักเรียนจะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 21.1 และกอดจูบกกัน ร้อยละ 16.1 อธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนทำให้เกิดความรู้สึกทางเพศที่ดึงดูดชายหญิงเข้าหากัน ประกอบกับวัยรุ่นชอบทดลอง อยากรู้ อยากเห็น เมื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังก็อาจทนการออกอ้อนของอีกฝ่ายหนึ่งไม่ได้ และเมื่อมีการสัมผัสเนื้อตัว เฝ้าโลมกันก็อาจไม่สามารถฝืนอารมณ์ความรู้สึกทางเพศได้ นอกจากนี้วัยรุ่นอยากได้ความรู้สึกเป็นเจ้าของซึ่งกันและกัน ซึ่งเกิดได้ทั้งชายและหญิง และทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองมีค่าเป็นที่ต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2549: 209-212; วิทยา นาควัชร, 2531 อ้างใน หทัยรัตน์ กิจบำรุง, 2546: 24) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วทุกราย (ร้อยละ 100.0) มีการแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการจับมือโอบไหล่เอว และมีการแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการกอด จูบ เฝ้าโลมสัมผัสร่างกาย รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีการสำเร็จความใคร่ให้กับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 90.0 ส่วนการนัดพบหรือไปเที่ยวกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ ตามลำพังในที่ลับตานั้น พบว่ามีร้อยละ 89.1 และมีกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.5) ที่มีการพักค้างคืน เที่ยวพักแรมกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ

นอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการจับมือโอบไหล่เอว อธิบายได้ว่า จากการที่สังคมไทยในปัจจุบันได้รับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามา ทำให้วัยรุ่นเกิดการเลียนแบบ รวมทั้งการมีอิสระในการดำเนินชีวิตทำให้วัยรุ่นกล้าแสดงออกด้านความรักอย่างเปิดเผยมากขึ้น โดยจะเห็นได้ว่าการเดินจับมือถือแขน โอบเอวโอบไหล่ของคู่รักวัยรุ่นในสังคมไทยปัจจุบันเป็นพฤติกรรมที่พบเห็นได้บ่อยจนชินตา สอดคล้องกับการศึกษาของ Guruge, R., et al. (2004: 53-68) ที่ทำการศึกษาวัยรุ่นระดับอาชีวศึกษาใน อำเภอดอนนาค จังหวัดสระแก้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศไม่

เหมาะสม ร้อยละ 80 โดยไปเที่ยวสองต่อสองกับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 80 เคยจับมือถือแขนกับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 70 เคยกอดจูบกัน ร้อยละ 52.1 และ เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 35.4

การเคยมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.8) รองลงมาคือ อายุ 14 ปี (ร้อยละ 23.6) อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 15.0 ปี (S.D.= 1.3) โดย อายุที่น้อยที่สุดและมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 11 ปี และ 18 ปีตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.2 และ 30.0 ตามลำดับ) โดยเพศชายมีอายุที่น้อยที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำกว่าเพศหญิง คือ 11 ปี และ 14 ปี ตามลำดับ และมีอายุมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับเพศหญิง คือ 18 ปี

โดยอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนลดลงจากที่ประณีต สงัดวัฒนา และคณะ (2548: 57) ได้ทำการศึกษาไว้ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 16.04 ปี (S.D.= 2.15) โดยวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 14-16 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 44.3) รองลงมาคืออายุ 17-19 ปี (ร้อยละ 32.7) และเช่นเดียวกับผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 จำนวน 14,665 คน พบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในเพศชายเท่ากับ 15.43 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 15.72 ปี (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2550ข) แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาของอังคณา เพชรภาพ (2551: 96-97) พบว่า นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14.56 ปี (S.D.= 1.71) โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุต่ำสุด 10 ปี และสูงสุด 19 ปี ส่วนนักเรียนหญิง มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 15.34 ปี (S.D.= 1.549) โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุต่ำสุด 11 ปี และสูงสุด 17 ปี โดยรวมมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14.70 ปี (S.D.= 1.675) โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุต่ำสุด 10 ปี และสูงสุด 19 ปี ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นตอนกลางที่เข้าสู่การเป็นหนุ่มสาวอย่างสมบูรณ์ (completed puberty) เริ่มสนใจเรื่องเพศ เริ่มมีกิจกรรมทางเพศ (Ozretich & Bowman, 2001; Neinstein, 2008; พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2547) นอกจากนี้วัยรุ่นตอนกลางส่วนใหญ่จะค้นพบวิธีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองและมักจะปฏิบัติเป็นประจำ เมื่อมีอายุได้ 17 ปี พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้ว และบางส่วนก็มีประสบการณ์ตั้งแต่ก่อนวัยแรกเริ่ม ซึ่งส่วนมากจะมีประสบการณ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-16 ปี (Royal Adelaide Hospital, Sexually Transmitted Diseases Services, 2008)

การใช้ถุงยางอนามัย และวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย

ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมานั้น กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพียงร้อยละ 31.8 ที่เหลือซึ่งพบมากที่สุดคือใช้บางครั้ง (ร้อยละ 62.7) และไม่เคยใช้เลยมีเพียงร้อยละ 5.5 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 33.3 และ 25.0 ตามลำดับ) และไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เลย ร้อยละ 6.7 ในขณะที่เพศหญิงพบร้อยละ 0.0

เปรียบเทียบกับผลการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 จำนวน 14,665 คน พบว่า เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 45.52 ส่วนนักเรียนหญิงใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 39.0 และเมื่อเปรียบเทียบการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า นักเรียนชาย ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับผู้ชายบริการทางเพศเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 67.8 เป็นร้อยละ 80.0 ใช้ถุงยางทุกครั้งกับแฟน หรือคนรัก เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 24.9 เป็นร้อยละ 43.3 ใช้ถุงยางทุกครั้งกับคนที่รู้จักกันผิวเผินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.4 เป็นร้อยละ 70.8 และใช้ถุงยางทุกครั้งกับเพศเดียวกันเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 55.0 ส่วนในนักเรียนหญิง พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟน หรือคนรัก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 เป็นร้อยละ 27.0 และใช้ถุงยางทุกครั้งกับคนที่รู้จักกันผิวเผินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.3 เป็นร้อยละ 50.0 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2550ข) การศึกษาของอังคณา เพชรภาพ (2551: 99) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนวัยรุ่นภาคใต้ตอนบน พบว่า นักเรียนกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ใช้วิธีป้องกันทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 31.2 วิธีป้องกันที่นิยมใช้ คือ ตนเอง หรือคู่นอนสวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 61.1 สำหรับการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา และคณะ (2548: 58-63) ในวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาภาคใต้ พบว่า ในจำนวนผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีวัยรุ่นเพียงร้อยละ 31.3 เท่านั้นที่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาวัยรุ่นมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพียงร้อยละ 17.8 เกือบทุกครั้ง ร้อยละ 10.4 ใช้บางครั้ง ร้อยละ 37.9 และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 30.5 และการศึกษาของสุปรียา รามการณ (2544: 48-50) ในนักศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดตรัง จำนวน 360 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 23.3 กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมดที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศมีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำหรือทุกครั้ง ร้อยละ 44.4 กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงหรือเพื่อนชาย มีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำหรือทุกครั้ง ร้อยละ 26.6 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก มีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำหรือทุกครั้ง ร้อยละ 19.2

ส่วนวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย ในขั้นตอนการตรวจสอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตรวจสอบความเรียบร้อยของถุงยางอนามัย คู่วันหมดอายุ และซองถุงยางไม่มีรอยฉีกขาด (ร้อยละ 87.5) การใช้ถุงยางอนามัยมีการฉีกมุมซองโดยระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางขาด (ร้อยละ 91.3) ส่วนในขั้นตอนการใส่ถุงยาง มีการสวมถุงยางขณะอวัยวะเพศแข็งตัว (ร้อยละ 92.3) ใส่ถุงยางโดยให้ขอบอยู่ด้านนอก และรูค้ำให้สุดถึงโคนอวัยวะเพศ (ร้อยละ 88.5) มีการบีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศขณะสวมเข้ากับอวัยวะเพศ (ร้อยละ 83.7) สวมถุงยางก่อนมีการสอดใส่หรือสัมผัสอวัยวะเพศของคู่นอน (ร้อยละ 81.7) และขั้นตอนสุดท้ายคือการถอดถุงยางอนามัย โดยมีการนำถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วทิ้งลงถังขยะ (ร้อยละ 84.6) ถอดถุงยางในขณะที่อวัยวะเพศยังแข็งตัว (ร้อยละ 84.6) ถอดถุงยางโดยมีการใช้กระดาษชำระหุ้มถุงยาง หากไม่มีกระดาษชำระต้องไม่ให้มือสัมผัสกับด้านนอกของถุงยาง (ร้อยละ 82.7) และไม่นำถุงยางกลับมาใช้ใหม่ (ร้อยละ 78.8)) และเมื่อพิจารณาถึงระดับการปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยรายข้อ พบว่า มีผู้ที่ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนทั้ง 10 ข้อ ร้อยละ 47.1 ปฏิบัติถูกต้องบางข้อ ร้อยละ 52.9 โดยปฏิบัติถูกต้องสูงสุด 9 ข้อ ร้อยละ 29.1 และไม่พบผู้ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย (ร้อยละ 0.0) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาในปี พ.ศ. 2544 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องมากขึ้นในทุกขั้นตอน และมีระดับการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องมากขึ้น โดยการศึกษาของสุปรียา รามการณ (2544: 48-50) ในนักศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดตรัง จำนวน 360 คน พบว่า ขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของถุงยางอนามัยก่อนใช้ โดยคู่วันหมดอายุ ร้อยละ 54.8 ไม่ได้บีบลมที่อยู่บริเวณปลายถุงยางออก โดยให้เหลือเฉพาะปลายถุงเล็กน้อย ร้อยละ 53.6 ไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัยในขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัวเต็มที่ก่อนร่วมเพศ โดยใส่คลุมถึงโคนอวัยวะเพศ และเว้นตอนปลายถุงยางไว้ประมาณ $\frac{1}{2}$ นิ้ว ร้อยละ 57.1 และเมื่อหลั่งน้ำอสุจิแล้วไม่ได้รีบดึงอวัยวะเพศพร้อมด้วยถุงยางอนามัยออกก่อนที่อวัยวะเพศจะอ่อนตัวและถอดถุงยาง โดยใช้นิ้วจับขอบถุงยางก่อนแล้วจึงดึงออกมา ร้อยละ 52.4 และเมื่อจำแนกตามระดับการปฏิบัติพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยถูกต้องบางขั้นตอน ร้อยละ 57.7 รองลงมาคือใช้ไม่ถูกต้องทุกขั้นตอน ร้อยละ 35.9 และใช้ถูกต้องทุกขั้นตอน เพียงร้อยละ 6.4

จากผลการศึกษาเห็นได้ว่าในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วนั้น มีผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งไม่ถึง 1 ใน 3 (ร้อยละ 31.8) และถึงแม้จะมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งก็ไม่เป็นที่แน่นอนว่าจะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนเพียงบางขั้นตอน (ร้อยละ 52.9) และมีผู้ที่ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องครบทุกขั้นตอนไม่ถึงครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว (ร้อยละ 47.1) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ เนื่องจากการใช้ถุงยางอนามัยให้มี

ประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์นั้น จำเป็นต้องมีการใช้อย่างถูกวิธีและใช้อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา กล่าวว่า การใช้อย่างอนามัยอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย (CDC, nd.: 2) ประกอบกับจากการศึกษาติดตามผลระยะยาวในกลุ่มผู้ที่มีคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวี ถึงการใช้และไม่ใช้อย่างอนามัย พบว่า การใช้อย่างอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนจะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ประมาณ 85% (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, 2001: 14)

สำหรับสาเหตุที่วัยรุ่นไม่ใช้อย่างอนามัย Ford & Kittisuksathit (1996) และ Cash & Anasuchartkul (1995 อ้างใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2541: 55) ได้อธิบายไว้ว่า วัยรุ่นมองว่าการใช้อย่างอนามัยไม่เหมาะสมในความสัมพันธ์ที่ยูบย่นพื้นฐานความรัก เพราะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจกันและขาดความใกล้ชิด ขาดการรับรู้ถึงการเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์จากคู่นอน การใช้ยางอนามัยทำให้ฝ่ายชายลดความรู้สึกพึงพอใจทางเพศขณะมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นหญิงถูกคาดหวังว่าต้องไม่รู้จักรื่องเพศ การที่ตนเองจะเป็นผู้เอ่ยถึงการใช้อย่างอนามัยทำให้เป็นสถานการณ์ที่ยากลำบาก และประการสุดท้ายคือ ขาดการสื่อสารทางเพศระหว่างวัยรุ่นชายหญิงในเรื่องการคุมกำเนิด และการป้องกันการติดโรคเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในด้านเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่า ในข้อ “ท่านเชื่อว่า การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ยางอนามัยแม้เพียงครั้งเดียว ก็ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้” มีนักเรียนที่ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมร้อยละ 20.9 “ท่านคิดว่า ถึงแม้คู่นอนจะดูมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่น่าจะมีเชื้อเอดส์ แต่อย่างไรก็ควรที่จะป้องกันด้วยการใส่ยางอนามัยไว้ก่อน” มีนักเรียนที่ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมร้อยละ 7.2 “ท่านคิดว่า การใช้ยางอนามัยทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ แต่ก็จำเป็นต้องใช้ทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี” มีนักเรียนที่ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมร้อยละ 10.0 “ท่านเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบหลังภายนอก โดยไม่ต้องใส่ยางอนามัยปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี” มีนักเรียนที่เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมร้อยละ 43.7 “ท่านเชื่อว่าการใส่ยางอนามัยเป็นเรื่องง่าย ไม่จำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการใส่” มีนักเรียนที่เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมร้อยละ 50.0 “ท่านคิดว่าหากจะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใส่ยางอนามัยให้ถูกวิธีด้วย” มีนักเรียนที่ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมร้อยละ 4.5

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การควบคุมตนเอง การรับรู้บทบาทหญิงชาย และความรู้สึกภาคภูมิใจ ในตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

ปัจจัยนำเข้า

1. เพศ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยเพศชายมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า (ร้อยละ 38.3 และ 12.1 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 29.4 และ 33.3 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ เป็นสิ่งเร้าให้พัฒนาการของอารมณ์ทางเพศเกิดขึ้น และนำไปสู่การเกิดความต้องการทางเพศตามช่วงวัยทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่โดยธรรมชาติความรู้สึกที่เกิดขึ้นดังกล่าวเพศหญิงจะควบคุมอารมณ์และความต้องการได้ดีกว่าเพศชาย ดังคำกล่าวของ สุชา จันทรเฒ (2529 อ้างใน อนุช ชีระพันธ์, 2544: 141) กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ชายและหญิงจะมีแรงขับทางเพศมากขึ้น แต่ร่างกายและอารมณ์ของทั้งสองเพศมีความแตกต่างกัน โดยความรู้สึกทางเพศของเพศหญิงมักเกิดขึ้นช้ากว่าชาย และในขณะเดียวกันก็มีความแตกต่างระหว่างความสัมพันธ์ทางเพศ กล่าวคือ เพศหญิงจะเริ่มจากมิตรภาพไปสู่ความรัก และการมีความสัมพันธ์เพศในที่สุด ในขณะที่เพศชายมีความสัมพันธ์ทางเพศได้โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีความรักเข้ามาเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเพศชายมีสัดส่วนการมีเพศสัมพันธ์และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรัณยา บุญนา, 2547: 14-21; รุ่งเรือง เลิศคุปนิจ, 2544: 183-185; ดาราวดี นันทขว้าง, 2550: 85-101; อนุช ชีระพันธ์, 2544: 141; ณัฐนันท์ วิชัยรัมย์, 2545: 94; อังคณา เพชรภาพ, 2551: 100-103; Newman & Zimmerman, 2000: 308-325) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ มณีวงศ์ (2549: 62) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า นักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

2. อายุ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทางสถิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมีอายุที่แตกต่างกัน ($F=16.536$, $p<0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{x}=16.04$ และ 16.63 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{x}=16.08$ และ 16.63 ตามลำดับ) ส่วนคู่อื่นไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า วัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและพัฒนาการทางเพศไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและจากแรงขับทางเพศ ทำให้วัยรุ่นเกิดการอยากรู้อยากลองเรื่องเพศ ซึ่งตรงกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud and his Psychoanalytic Theory อ้างใน สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2527: 47-49) พบว่า พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นตอนกลางนั้นอยู่ในขั้นตอนที่ 5 ของทฤษฎี นั่นคือขั้นระยะสืบพันธุ์ (Genital Stage) ซึ่งความพอใจจะเกิดจากแรงขับจากอวัยวะทางเพศ จึงทำให้มีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศตรงข้าม มีความต้องการทางเพศ รวมทั้งในช่วงชีวิตของบุคคลนั้น เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นย่อมต้องผ่านประสบการณ์ และมีความรู้ ความคิด มุมมองที่ปรับเปลี่ยนไปตามวัยและวุฒิภาวะ วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นตอนกลางอายุ 16-19 ปี เป็นระยะที่ดื้อรั้น เริ่มสนใจเพศตรงข้าม วัยรุ่นระยะนี้จะเริ่มสนใจเกี่ยวกับเพศ ซึ่งถ้าขาดความรู้และการป้องกันจะก่อให้เกิดปัญหาตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (วนิดา ชนินทุททวงศ์ และคณะ, 2548: 286-296) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ (ดราวดีนันทขว้าง, 2550: 95; อรพินท์ มณีวงศ์, 2549: 61-63) และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงหทัย นุ่มนวน (2546: 152) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยยังมีช่วงอายุมากขึ้นเท่าไรก็มีความเสี่ยงที่มากขึ้นเท่านั้นทั้งการจับมือถือแขน โอบกอด หอมจูบ หรือมีเพศสัมพันธ์ และการศึกษาของอนงค์ ชีระพันธ์ (2544: 141-142) พบว่า อายุของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ วัยรุ่นที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นตามด้วย

3. ระดับชั้นที่เรียน พบว่า ระดับชั้นที่เรียนมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยนักเรียนระดับ ปวช. 2 มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนระดับ ปวช. 1 (ร้อยละ 36.3 และ 21.1 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ระดับชั้นที่สูงขึ้นนักเรียนจะมีอายุมากขึ้น และอาจได้รับประสบการณ์ต่างๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อมุมมอง ความคิด เจตคติ และการปฏิบัติตัวของนักเรียนได้ รวมทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังจะก้าวไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ จึงมีการเลียนแบบผู้ใหญ่ ต้องกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับที่ผู้ใหญ่ได้กระทำ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า หรือการมี

กิจกรรมทางเพศ (อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตินันท์, 2542: 238) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระดับชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (สุปรียา ตันสกุล และคณะ, 2546: 1-13; ณัฐพร สายพันธุ์, 2546: 48-49; ขวัญดาว กล้ารัตน์, 2548: 74; อนงค์ ชีระพันธ์, 2544: 142) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนันท์ วิชัยรัมย์ (2545: 101-102) ที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และการศึกษาของ ธนัทธณ ตะพังพินิจการ (2549: 140) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นชายในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่านักเรียนที่มีระดับช่วงชั้นที่เรียนต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่แตกต่างกัน

4. ประเภทวิชาที่เรียน พบว่า ประเภทวิชาที่เรียนมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยนักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอื่น ๆ (คหกรรม เกษตรกรรม และอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว) มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม และพาณิชยกรรม (ร้อยละ 42.9, 37.0 และ 11.2 ตามลำดับ) และนักเรียนที่เรียนประเภทวิชาพาณิชยกรรมมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนนักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม และประเภทวิชาอื่น ๆ (ร้อยละ 34.9, 30.0 และ 14.3 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ประเภทวิชาเรียนแต่ละประเภทมีลักษณะวิชาและรูปแบบการเรียนที่แตกต่างกัน ทำให้นักเรียนต้องมีการปรับตัวและมีบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับการเรียนในลักษณะนั้น ๆ และเนื้อหาวิชาที่แตกต่างกันก็อาจทำให้นักเรียนเกิดการรับรู้มีความคิด มุมมองที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ อีกประการหนึ่งคือ ประเภทวิชาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม ผู้เรียนส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย ส่วนประเภทวิชาคหกรรม การท่องเที่ยว และพาณิชยกรรม ผู้เรียนส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ความแตกต่างในด้านเพศของแต่ละประเภทวิชานี้ก็อาจส่งผลให้นักเรียนแต่ละประเภทวิชาที่มีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ได้ดังผลการวิจัยที่พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากวัยรุ่นมักให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนและมีพฤติกรรมคล้าย ๆ กัน ผู้ที่เรียนในประเภทวิชาเดียวกันจึงอาจมีความคิด เจตคติ และพฤติกรรมที่คล้าย ๆ กันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าคณะวิชาที่ศึกษาหรือประเภทวิชาที่เรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (สุปรียา ตันสกุล และคณะ, 2546: 7; บุญสิน ผิวขำ, 2548: 95-96)

5. ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($p = 0.244$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยนักเรียนที่ได้รับค่าใช้จ่ายตั้งแต่ $\leq 1,500$ บาท 1,501-2,500 บาท และ $\geq 2,501$ บาท มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 26.1, 23.6 และ 33.6 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน รายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่จะมาจากพ่อแม่ผู้ปกครอง

ถึงแม้ว่าแต่ละคนจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เท่ากัน แต่หากมีปัญหาด้านการเงินก็สามารถขอเพิ่มจากพ่อแม่ผู้ปกครองได้อีก จึงทำให้สามารถใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศได้เท่า ๆ กัน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้จ่ายเงิน (นอกเหนือจากค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าอุปกรณ์การเรียน และค่าอาหาร) เป็นค่าบริการโทรศัพท์มือถือมากที่สุด (ร้อยละ 69.5) รองลงมาคือค่าเครื่องแต่งกาย/เครื่องประดับ ร้อยละ 47.9 และค่าอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 19.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้จ่ายเงินไปกับค่าชมภาพยนตร์ เช่น/ซีดีวีซีดี ดีวีดี ร้อยละ 15.5 และค่าบุหรี่ยาสูบ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.8 ค่าใช้จ่ายในสถานบันเทิง ร้อยละ 8.0 อีกด้วย (รายละเอียดดังตารางที่ 29 ภาคผนวก) สอดคล้องกับการศึกษาของพนอวดี จันทนา (2547: 114) ซึ่งพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีค่าใช้จ่ายที่ได้รับแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ ชาญณรงค์ อรรถบุตร (2549: 75) พบว่า รายได้ที่ได้รับระหว่างเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

6. สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา พบว่า สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p=0.074$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยนักเรียนที่มีบิดามารดาแยกกันอยู่ เป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มากที่สุด (ร้อยละ 38.1) รองลงมาคือ นักเรียนที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 28.0) นักเรียนที่มีบิดามารดาหย่าร้างกัน (ร้อยละ 22.2) และนักเรียนที่มีบิดามารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายถึงแก่กรรม (ร้อยละ 14.3) อธิบายได้ว่า ในสภาพสังคมปัจจุบันพ่อแม่ส่วนมากมักมีเวลาให้ลูกน้อย เนื่องจากความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่ลูกน้อยลง ดังนั้นถึงแม้สภาพสมรสของพ่อแม่จะแตกต่างกัน แต่การดูแลเอาใจใส่ที่พ่อแม่มีต่อลูกก็อาจจะคล้ายกันได้ ประกอบกับในวัยรุ่นนั้น กลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นมีอิทธิพลต่อเพื่อนในกลุ่มเป็นอันมาก ต่างได้รับอิทธิพลซึ่งกันและกันไม่ว่าจะเป็นเรื่องของทัศนคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มเพื่อนดังกล่าวนี้จะมีอิทธิพลมากกว่าครอบครัวเสียอีก (อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตน์, 2542: 237) ดังนั้นวัยรุ่นที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกันแต่ขาดความอบอุ่นในครอบครัวจนต้องออกไปแสวงหาความรักนอกบ้าน ก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่แตกต่างไปจากเด็กที่พ่อแม่หย่าร้าง หรือแยกทางกัน สอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา (CDC, 2007a) ซึ่งกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และสังคมของวัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 15-17 ปี) ว่า วัยรุ่นจะมีความขัดแย้งกับพ่อแม่ผู้ปกครองลดลง ต้องการความเป็นอิสระจากพ่อแม่ผู้ปกครองมากขึ้น ใช้เวลากับพ่อแม่ลดลง และใช้เวลากับเพื่อนเพิ่มขึ้น ดังนั้น สถานภาพสมรสของบิดามารดาจึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น สอดคล้องกับผล

การศึกษาของสุภา โพธิ์ศรี (2547: 100) พบว่า นิสิตมหาวิทยาลัยที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาต่างกัน มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของดวงหทัย นุ่มนวน (2546: 153) ซึ่งพบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดาที่แตกต่างกันไม่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

7. เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกัน ($F=3.643$, $p=0.027$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ($\bar{x}=40.81$ และ 39.22 ตามลำดับ) ส่วนคู่อื่นไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า เจตคติจะส่งผลต่อการกระทำของบุคคล โดยเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะผลักดันตนเองให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งการถูกกระตุ้นจากสื่อสิ่งเร้าต่าง ๆ อยู่สม่ำเสมอที่อาจจะหล่อหลอมความคิดของวัยรุ่นให้เบี่ยงเบนไป จากเรื่องที่ไม่เหมาะสมกลายเป็นเรื่องที่ฟังจนชิน และอาจจะเลยเถิดถือเป็นเรื่องปกติของชีวิตไปได้ (เสาวภา วชิรโรจน์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2548: 7-11) จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเจตคติของกลุ่มตัวอย่างโดยแยกเป็น 2 ประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

1. เจตคติต่อพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ข้อ 1-5) ซึ่งเป็นเจตคติเชิงบวก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วตอบว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ทุกข้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หากนักเรียนมีความเชื่อหรือความรู้สึกว่าการมีพฤติกรรมไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ อันได้แก่ การนัดพบหรือไปเที่ยวกับคู่อริตามลำพังในที่ลับตา การไปค้างคืนกับคู่อริ การแสดงความรักโดยการจับมือ โอบไหล่เอว การกอดจูบ เล้าโลมสัมผัสร่างกาย และการสำเร็จความใคร่ให้กับคู่อริ เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ผิด ไม่แปลก ไม่ใช่เรื่องที่ไม่ควรทำและไม่สามารถนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้แล้วนั้น ก็จะทำให้ให้นักเรียนมีโอกาสก้าวไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภา โพธิ์ศรี (2547: 96-97) พบว่า ทักษะคิดด้านการแต่ต้องสัมผัสระหว่างชายหญิงในเชิงชั่วสาว ทักษะคิดด้านประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนิสิต และการศึกษาของระวีวรรณ กันวี (2547: 71) พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เป็นตัวทำนายที่ดีของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน นักศึกษาหญิงที่เห็นว่าการมีคู่อริ การใกล้ชิดสนิทสนมกับคู่อริเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ เป็นสิ่งที่ตนเองชอบพึงพอใจ และพร้อมที่จะทำตัวใกล้ชิดในลักษณะต่าง ๆ ย่อมมีโอกาสสูงที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่อริได้

2. เจตคติต่อเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ข้อ 6-13) โดยเป็นเจตคติเชิงบวก 5 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ตอบว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็น

ร้อยละมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ 4 ข้อ ยกเว้นข้อ “ท่านคิดว่า หากจะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใส่ถุงยางอนามัยให้ถูกวิธีด้วย” และ ในเจตคติเชิงลบ 2 ข้อ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ได้แก่ “ท่านเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ แบบหลังภายนอก โดยไม่ต้องใส่ถุงยางอนามัย ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี” และ “ท่านเชื่อว่าการใส่ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องง่าย ไม่จำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการใส่” พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว กลับตอบว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ทั้ง 2 ข้อ อธิบายได้ว่า นักเรียนในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ได้เคยผ่านประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยมาแล้ว เกิดการเรียนรู้แล้วว่าการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ซึ่งเห็นได้จากใน ข้อ “ท่านคิดว่าหากจะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใส่ถุงยางอนามัยให้ถูกวิธีด้วย” ซึ่งนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งจากผลการศึกษาในส่วนของวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย ที่แสดงให้เห็นว่า มีนักเรียนที่ปฏิบัติถูกต้องครบทุกขั้นตอนเพียงร้อยละ 47.1 ดังนั้นจึงอาจเป็นไปได้ว่า นักเรียนได้เกิดการเรียนรู้ใหม่ จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติไปในด้านที่ดีขึ้น นอกจากนี้ก็อาจมีความเป็นไปได้ที่กลุ่มนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ได้เคยรับรู้ข่าวสาร ข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยจากสื่อหรือครอบครัวในระดับที่แตกต่างจากนักเรียนกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ จึงทำให้นักเรียนมีเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยที่แตกต่างกันได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดเจตคติที่พบว่า ประสบการณ์ตรง ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อนและกลุ่มอ้างอิง และสื่อมวลชน เป็นแหล่งเกิดเจตคติ และเจตคติสามารถสร้างได้จากการเรียนรู้ (สุปรียา ตันสกุล, 2549: 40-41)

8. การควบคุมตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมตนเองที่ต่างกัน ($F=7.571$, $p=0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ($\bar{x}=31.37$ และ 29.25 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ($\bar{x}=31.15$ และ 29.25 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า เมื่อนักเรียนมีการควบคุมตนเองมากก็จะสามารถยับยั้งตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในระดับที่มากขึ้นได้ กล่าวคือ กลุ่มนักเรียนที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเลย สามารถควบคุมตนเองไม่ให้ก้าวไปสู่การมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ และกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์แล้วก็มีการควบคุมตนเองไม่ให้ก้าวข้ามไปถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์ได้ ถึงแม้จะมีแรงกระตุ้นจากเพศตรงข้าม หรือความต้องการทางเพศตามวัยของตนเองก็ตาม โดยอาจเป็นเพราะนักเรียนตระหนักว่าการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในวัยเรียนจะส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างไร ซึ่ง

เป็นไปตามกลไกที่ว่า การควบคุมตนเอง เป็นกระบวนการที่คนใช้เพื่อจัดการหรือปรับแรงผลักดันภายในหรือความต้องการของตนเอง ให้แสดงออกเหมาะสม อยู่ในขอบเขตที่สังคมยอมรับ (โครงการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551) เป็นความสามารถที่จะละเว้นการกระทำบางชนิด หรือเป็นความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ใช้ความอดทนและการตัดสินใจอย่างมีเหตุและผลที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับผลดีตามที่ตนเองปรารถนา และหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Mischel & Mischel, 1976 อ้างใน สกกล วรรณศิริ, 2550: 89-90) นอกจากนี้ นักเรียนที่มีการควบคุมตนเองสูงก็สามารถจะอดทนกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ดีกว่านักเรียนที่มีการควบคุมตนเองต่ำด้วย เช่น สิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อม บรรยากาศที่เป็นใจ การเที่ยวกลางคืน การดื่มสุรา การใช้สื่อลามก หรือแบบอย่างจากเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังคำกล่าวของพนม เกตุมาน (2551) กล่าวว่า ความรู้ ทักษะและความตระหนัก อาจไม่ช่วยป้องกันความเสี่ยง ถ้าวัยรุ่นไม่มีการควบคุมตนเองดีเพียงพอก็อาจคล้อยตามเพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ แคซดิน (Kazdin 1989, อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539: 328) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลใดมีทักษะในการควบคุมตนเองได้ดี สิ่งเร้าภายนอกก็ย่อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นน้อยมาก ในทางกลับกัน ถ้าบุคคลใดมีทักษะในการควบคุมตนเองในระดับที่ต่ำ สิ่งเร้าภายนอกย่อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นมากนั่นเอง เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (จุฬาร กันตารณวัฒน์, 2546: บทคัดย่อ; กุสุมาวดี เรืองแก้ว, 2549: บทคัดย่อ; พนอวดี จันทนา, 2547: 102-112; วรรณศิริ ปิ่นทอง, 2549: 78)

9. การรับรู้บทบาทหญิงชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้บทบาทหญิงชายไม่แตกต่างกัน ($F=2.038$, $p=0.132$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า อาจเป็นผลมาจากการที่บทบาทหญิงชายหรือบทบาทเพศ (Gender Roles) นั้นนอกจากจะเปลี่ยนแปลงขึ้นกับสังคมและวัฒนธรรมแวดล้อม อันได้แก่ สถานะของบุคคลในสังคม การศึกษา วัฒนธรรมท้องถิ่นหรือวัฒนธรรมภูมิภาค เป็นต้น ยังผันแปรไปตามช่วงชีวิตหรือวัยของบุคคลด้วย (กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544: 4-5) นอกจากนั้น บทบาททางเพศ ก็ได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถาบันทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ประวัติศาสตร์ สื่อ นโยบายน และกลุ่มเพื่อน (Zaman & Underwood, 2003: 18) จึงเป็นไปได้ที่พบว่า ถึงแม้ว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้บทบาททางเพศไม่แตกต่างกันแต่จากอิทธิพลของพัฒนาการตามช่วงวัย ก็อาจทำให้การรับรู้บทบาทหญิงชายของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปได้ รวมทั้งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า การดื่มสุรา การเที่ยวสถานบันเทิง การใช้สื่อปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นอิทธิพลจากปัจจัยเหล่านี้จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มี

การรับรู้บทบาทหญิงชายไม่แตกต่างกัน แต่กลับมีพฤติกรรมการแสดงออกในเรื่องเพศแตกต่างกันได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์ (2544: 68-88) พบว่า การรับรู้บทบาทหญิงชายด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์นั้นไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติของนักเรียนชาย กล่าวคือ แม้นักศึกษาชายจะรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักไม่ปลอดภัยร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็ยังคงไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยจะไม่เป็นธรรมชาติ ส่วนนักศึกษาหญิงที่มีการรับรู้ที่ถูกต้อง แต่เมื่อมีการปฏิบัติ อำนาจในการตัดสินใจมักเป็นรองนักศึกษาชายในการต่อรองที่จะให้ใช้ถุงยางอนามัย จึงมีแนวโน้มเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ นอกจากนี้การรับรู้บทบาทหญิงชายด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของนักศึกษาชายมีความสัมพันธ์กัน คือ รับรู้อย่างไรก็ปฏิบัติอย่างนั้น เพราะนักศึกษาชายถือว่าตนเป็นฝ่ายได้ผลประโยชน์ ในขณะที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติตัวในนักศึกษาหญิง โดยนักศึกษาหญิงมักตอบตามกรอบวัฒนธรรมที่สังคมกำหนดไว้ แต่ในการปฏิบัติ นักศึกษาหญิงมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามนั้น

10. ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองไม่แตกต่างกัน ($F=0.023$, $p=0.977$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ไม่ว่านักเรียนจะมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำ ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งไม่เป็นไปตามผลการศึกษาของบุญสิน ผิวขำ (2548: 105) ซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนเอกชนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียน และการศึกษาของ Magnani, et al. (2001: 53-66) ที่พบว่า การมีกิจกรรมทางเพศและเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันของวัยรุ่นในประเทศเปรูได้รับอิทธิพลมาจากหลาย ๆ ปัจจัยซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และคำกล่าวของพนม เกตุมาน (2549: 10-11) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางเพศในวัยรุ่นนี้อาจทำให้เด็กรู้สึกภูมิใจในตนเอง จากการมีการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่ทำให้เป็นที่สนใจจากผู้อื่น ในทางตรงข้าม เด็กที่เปลี่ยนแปลงช้า หรือไม่มีลักษณะเด่นทางเพศ อาจเสียความภูมิใจในตนเอง เสียความมั่นใจตนเอง (self confidence) วัยรุ่นบางคนไม่มีข้อดีข้อเด่นด้านใดเลย อาจแสดงออกทางเพศมากขึ้นเพื่อให้ตนเองรู้สึกภูมิใจในตนเอง หรือบางคนมีแฟนเร็ว หรือมีเพศสัมพันธ์เร็ว เพราะเป็นวิธีที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีคนต้องการ มีคนทำดีด้วย จึงทำให้วัยรุ่นที่รู้สึกว่าคุณค่าไม่มีคุณค่ามีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ แต่จากผลการศึกษากลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า อาจมีปัจจัยอีกหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ดังผลการศึกษาของชลดา โรจนประภาพรรณ (2541, บทคัดย่อ) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการยอมรับจากเพื่อน

การอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดา อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสมพงษ์ จินดารุ่งเรืองรัตน์ (2546, บทคัดย่อ) พบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เด็กวัยรุ่นที่มีการปรับตัวกับเพื่อนดีมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีการปรับตัวกับเพื่อนไม่ดี การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจควบคุมและปล่อยปละละเลยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนเด็กวัยรุ่นที่มีเพศระดับชั้นปี และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าจากปัจจัยร่วมเหล่านี้จึงเป็นเหตุทำให้ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองไม่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอาภากรณ์ เจริญรัตน์ (2546: บทคัดย่อ) พบว่า นักเรียนที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมทางเพศไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ ธนัตถกน ตะพังพินิจการ (2549: 135) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชาย นอกจากนี้ในการศึกษาของพิสมัย นพรัตน์ (2543: 77) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักชั่วคราวอื่น ๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

ปัจจัยเอื้อ

1. ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน

สถานที่พักอาศัยขณะเรียน พบว่า ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p=0.098$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยกลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่านักเรียนที่ไม่ได้พักอาศัยในบ้านของตนเอง (บ้านเช่า หอพัก/อพาร์ทเมนต์แยกเพศ บ้านญาติ) ร้อยละ 26.4 และ 47.6 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การที่สถานที่พักอาศัยขณะเรียนไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น ทั้งที่นักเรียนที่พักอาศัยในบ้านของตนเองน่าจะได้รับการดูแลเอาใจใส่และการควบคุมความประพฤติจากพ่อแม่ผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ไม่ออกนอกกลุ่มนอกทาง มากกว่านักเรียนที่อยู่ไกลหูไกลตาพ่อแม่ แต่ในสังคมปัจจุบัน พ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ใส่ใจเรื่องเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวมากกว่าที่จะมีเวลาให้ลูก วัยรุ่นจึงมักใช้เวลาอยู่กับเพื่อน หรืออยู่กับสื่อโทรทัศน์ วิทยุ คอมพิวเตอร์มากกว่า ประกอบกับในวัยนี้ นักเรียนส่วนมากจะใช้เวลาในแต่ละวันอยู่ที่โรงเรียน ประมาณวันละ 8-10 ชั่วโมง ซึ่งทำให้ได้รับอิทธิพลจากเพื่อน และสภาพแวดล้อมในโรงเรียนมากกว่าอิทธิพลจากคนที่บ้าน สำหรับการอยู่หอพักหรือบ้านเช่านั้น ทำให้วัยรุ่นใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ สามารถไปไหนมาไหนได้โดยไม่ต้องขออนุญาตใคร ไม่ถูกกำหนดเวลาเหมือนอยู่ที่บ้าน จึงทำให้สามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง หรือหากอยู่หอพักที่ไม่มีกฎระเบียบที่เคร่งครัด ก็อาจจะกลายเป็นแหล่งมั่วสุมของวัยรุ่นในการทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมของจังหวัดพัทลุงที่เปลี่ยนไป พ่อแม่ที่จำเป็นต้องปล่อยให้ลูกหลานไปเผชิญชีวิตอยู่ตามลำพัง โดยการเช่าหอพัก บ้านพัก หรือทอดทิ้งไว้เป็นระยะไม่ได้เอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควรนั้น ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้น เช่น นักเรียน นักศึกษา เช้าบ้าน/หอพักอยู่ร่วมกัน มีการทดลองอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันทางเพศนัยเป็นสามีภรรยา พฤติกรรมรักร่วมเพศของวัยรุ่น พฤติกรรมมั่วสุมยาเสพติด ลูกหลานใช้บ้านที่อยู่อาศัยปกติยามที่พ่อแม่ไม่อยู่บ้านชั่วครั้งชั่วคราวในการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศและเพศเดียวกัน เป็นต้น (ปรัชญา พรหมวงษ์, 2547: 6) และสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มเยาวชนที่มาใช้บริการในแหล่งชุมชนวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร ของนวลตา อาภาคัพทะกุล (2549: 479) พบว่า ในกรณีวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ทางเพศนั้นมีปัจจัยเอื้อคือ หลังจากการไปเที่ยวในแหล่งชุมชนแล้วมักไปที่พักของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งส่วนมากเป็นหอพักหรือบ้านฝ่ายชายที่ไม่มีผู้ปกครองอยู่บ้านขณะนั้น จึงเป็นไปได้ที่พบว่าสถานที่พักอาศัยขณะเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย พบว่า บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.036$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยนักเรียนที่การพักอาศัยกับบุคคลอื่น ๆ (เพื่อนเพศเดียวกัน แฟน/คนรัก และอยู่คนเดียว) มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่อาศัยกับญาติ และพ่อแม่/ผู้ปกครอง (ร้อยละ 55.6, 26.3 และ 26.2 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครอง ทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด มีอิสระในการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลของพ่อแม่ การอยู่ตามลำพังก็อาจทำให้วัยรุ่นตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ด้วยตัวเองมากกว่า โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การไปเที่ยวกลางคืน การไปเที่ยวกับแฟน การดื่มสุรา หรือ

การดูสื่อลามกต่าง ๆ เนื่องจากมีความเป็นส่วนตัวสูง นอกจากนี้การพักอาศัยอยู่กับเพื่อนก็อาจทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามเพื่อนได้ เนื่องจากในวัยนี้ กลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นมีอิทธิพลต่อเพื่อนในกลุ่มเป็นอันมาก ต่างได้รับอิทธิพลซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของทัศนคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มเพื่อนดังกล่าวนี้จะมีอิทธิพลมากกว่าครอบครัวเสียอีก (อุบลรัตน์ เห่งสถิตินันท์, 2542: 237) และการพักอยู่กับแฟนหรือคนรักก็มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการมีเพศสัมพันธ์ตามมาได้ อันเนื่องมาจากความใกล้ชิด ขาดการยับยั้งชั่งใจ และจากแรงขับทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของศิริยา นันตุนานนท์ (2549: 248) ที่พบว่า การมาพักอยู่ตามหอพักเพียงลำพัง มีผลทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายยิ่งขึ้น และการศึกษาของณัฐพร สายพันธ์ (2546: 43) พบว่า วัยรุ่นที่พักอาศัยอยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับเพื่อน จะมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง 3.3 เท่า

2. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ พบว่า การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยนักเรียนที่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 40.5 และ 10.4 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 34.4 และ 26.6 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การดื่มสุราของวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากการอยากรู้อยากลอง อยากเลียนแบบผู้ใหญ่ นอกจากนี้วัยรุ่นยังใช้การดื่มสุราเพื่อการเข้ากลุ่มเข้าสังคมกับเพื่อนด้วย ดังการศึกษาของกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล (2542: บทคัดย่อ) พบว่า ลักษณะการดื่มของวัยรุ่นเป็นการดื่มเพื่อการสังสรรค์ทางสังคม เช่น มีการดื่มเป็นกลุ่ม ดื่มตามคำชักชวนของเพื่อน และนิยมดื่มมากในโอกาสต่าง ๆ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลทำให้เมฆาขาดสติและขาดความยับยั้งชั่งใจในการมีกิจกรรมเพศ จึงทำให้วัยรุ่นมีโอกาสใกล้ชิดกับคู่อภิเษกหรือเพศตรงข้ามจนเลยเถิดไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา เอี่ยมแย้ม (2548: 80) พบว่า วัยรุ่นในกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดต่างมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนภายหลังจากการดื่มสุราทั้งสิ้น และการศึกษาของศรัณยา บุญนาค (2547: 18) พบว่า วัยรุ่นที่ดื่มสุรา มีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม เช่นเดียวกับการศึกษาของดาราวดี นันทขว้าง (2550: 95) ซึ่งพบว่า นักเรียนที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยดื่ม เท่ากับ 0.4 เท่า

3. การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักผ่อนอื่น ๆ

การไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักผ่อนอื่น ๆ พบว่า การไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักผ่อนอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

โดยนักเรียนที่เคยไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยไป ร้อยละ 56.5 และ 10.7 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการไปเที่ยวสถานบันเทิง ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสได้พบปะเพศตรงข้าม เผชิญสิ่งยั่วเย้าและกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศได้ เช่น บรรยากาศแสงสีสลัว ๆ การดื่มสุรา บทเพลงที่เร้าอารมณ์ การแต่งกายและท่าเต้นอันยั่วชวนจากเพศตรงข้าม สถานที่อันจำกัดที่ทำให้มีโอกาสดูถูกเนื้อต้องตัวเพศตรงข้าม สิ่งเหล่านี้ย่อมเป็นการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกทางเพศได้ ประกอบกับการได้เห็นวัยรุ่นคนอื่นๆ ที่แสดงความรักกับแฟนอย่างเปิดเผย โดยการจับมือ โอบเอว หอมแก้ม กอดจูบ ก็อาจทำให้วัยรุ่นเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมเช่นนี้จนนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา เอี่ยมแยม (2548: 81) พบว่า วัยรุ่นในกรุงเทพมหานครที่มีเพศสัมพันธ์ข้ามคืน เริ่มจากการไปเที่ยวสถานบันเทิงยามค่ำคืน กล่าวได้ว่าเป็นโอกาสที่จะทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนได้ง่ายกว่าสถานการณ์อื่น เนื่องจากสถานบันเทิงยามค่ำคืนมีวัยรุ่นจำนวนมาก โอกาสที่จะพบคนถูกใจในรูปร่างหน้าตาจึงไม่ยากนัก อีกทั้งบรรยากาศแวดล้อมที่ชักชวนให้วัยรุ่นปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกได้มากกว่าสถานที่อื่น ส่งผลนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนได้ง่าย และการศึกษาของศรัณยา บุญนาค (2547: 18) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นภาคใต้ พบว่า วัยรุ่นที่ไปในดิสโก้คลับ ผับ บาร์ มีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ไป เช่นเดียวกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน (2548: 74) พบว่า การเที่ยวสถานเริงรมย์มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา

การมีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษา
พบว่า การมีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยนักเรียนที่มีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษามีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่ มี ร้อยละ 36.5 และ 18.5 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่มี ร้อยละ 33.5 และ 28.5 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การมีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ ใกล้วัยรุ่นๆ ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษานั้น ทำให้วัยรุ่นถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากเที่ยว อยากลอง อยากรู้ว่าในสถานที่เหล่านั้นเป็นอย่างไร ประกอบกับเมื่อเห็นเพื่อน บุคคลที่รู้จัก หรือบุคคลอื่น ๆ ไปใช้บริการ วัยรุ่นก็เกิดการอยากลองทำตามเพื่อน อยากลองทำตามผู้ใหญ่ เนื่องจากในวัยรุ่นนี้ เป็นช่วงที่เปลี่ยนจากวัยเด็กมาสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยรุ่นจะมีการเลียนแบบผู้ใหญ่ ทั้งนี้เพราะวัยรุ่นต้องกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ได้กระทำกัน เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า หรือการมีกิจกรรมทางเพศ (อุบลรัตน์ เฟื่องสิดิน, 2542: 238) สอดคล้องกับที่กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานไว้ว่าในแต่ละชุมชนท้องถิ่นของแต่ละบุคคลจะมีสถานเริงรมย์หรือแหล่ง

บริการทางเพศต่างๆ อยู่มาหลาย สถานะเรียงร้อยหรือแหล่งบริการทางเพศต่างๆ มีส่วนอย่างสำคัญในการส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของบุคคล ซึ่งอาจจะให้บริการทางเพศโดยตรงหรือปลูกเร้าความต้องการทางเพศของบุคคลให้เกิดขึ้นหรือเพิ่มขึ้น และถ้าในชุมชนใด ๆ มีสถานะเรียงร้อยเหล่านี้ อยู่ย่อมจะเปิดโอกาสให้เยาวชนได้เรียนรู้หรือลอกเลียนแบบการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสจากบุคคลใกล้ชิดได้มากกว่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2537 อ้างใน จรุงรัตน์ เทพยา, 2545: 62-63) และเมื่อพิจารณาถึงด้านระยะทาง จะพบว่าการมีสถานะเรียงร้อย/สถานะเรียงร้อยอยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษา ก็จะทำให้วัยรุ่นเดินทางไปเที่ยวหรือใช้บริการได้สะดวกขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเข้าถึงแหล่งสถานะเรียงร้อยมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น วัยรุ่นที่มีสถานะเรียงร้อยอยู่ใกล้แหล่งสถานะเรียงร้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีสถานะเรียงร้อยอยู่ใกล้ที่พัก (สุปรียา ดันสกุล และคณะ, 2546: 1-13; ปวีณา สายสูง, 2541: 56; หทัยรัตน์ กิจบำรุง, 2546: 137) นอกจากนี้หากพิจารณาถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปของจังหวัดพัทลุง ซึ่งพบว่าการเปิดธุรกิจประเภทสถานะเรียงร้อยที่พักรับชวราวมมากขึ้น ทั้งที่ใช้ชื่อว่ารีสอร์ท บังกะโล เกสเฮาส์ อพาร์ทเมนต์ แมนชั่น โดยที่ไม่ได้มีการจัดระเบียบผู้เข้าพักอย่างถูกต้องเคร่งครัด ทำให้สถานะเรียงร้อยเหล่านี้ถูกใช้เป็นสถานะเรียงร้อยของวัยรุ่น ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้โดยง่าย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของอรสา เหล่าเจริญสุข (2548: 73) ที่ศึกษาปัจจัยทางเพศที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ของผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพัทลุง พบว่า การดำเนินงานธุรกิจโรงแรมมาตรฐาน หรือสถานะเรียงร้อยที่พักรับชวราวม มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน

4. การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ

การเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ พบว่า การเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยนักเรียนที่เคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยเปิดรับสื่อ ร้อยละ 42.1 และ 7.2 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยเปิดรับสื่อ ร้อยละ 34.3 และ 26.3 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ปัจจุบันวัยรุ่นส่วนใหญ่ล้วนมีประสบการณ์ในการใช้สื่อทางเพศ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 58.3 ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยนี้ที่ต้องการเรียนรู้เรื่องเพศ อยากรู้ อยากลอง สนใจเพศตรงข้าม แต่เป็นการเรียนรู้จากสื่อที่ไม่เหมาะสม และเมื่อเด็กได้ดูสื่อเหล่านี้แล้ว ได้เห็นแบบอย่างแล้ว สิ่งที่มาตามก็คือเกิดเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กอยากลองมีประสบการณ์ทางเพศจริง ๆ และนอกจากสื่อจะมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมทางเพศแล้ว ยังพบว่าสื่อมวลชนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโทรทัศน์ ภาพยนตร์ ในปัจจุบันมีอิทธิพลอย่างมากต่อเจตคติของเด็ก เช่น เด็กที่ดูละครที่ตัว

เอกของเรื่องแต่งตัวโป๊ นาน ๆ เข้าเด็กจะมีเจตคติทางบวกต่อการแต่งกายแบบไม่มีคิซิดได้ (สุปรียา ตันสกุล, 2549: 41) จึงอธิบายได้ว่า หากเด็กได้ดูสื่อลามกที่แสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมหลาย ๆ ครั้งเข้า เด็กก็จะเกิดเจตคติทางบวกต่อการมีพฤติกรรมทางเพศในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ และผลการศึกษามากมายก็แสดงให้เห็นว่าเจตคติมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการเสวนา: มุมมองเด็กกรุงเรื่องเอดส์ (2549: 154) ได้ อธิบายไว้ว่า อิทธิพลของสื่อต่อเรื่องเพศในปัจจุบันมีผลกระทบต่อเยาวชนอย่างสูง เช่น สื่อ VCD ลามกที่สามารถหาซื้อได้ง่ายและแบ่งให้เพื่อนดูกันได้ หรือสื่อโทรทัศน์ที่นำเสนอภาพที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ หรือยั่วยุให้มีเพศสัมพันธ์ ให้อยากรู้อยากลองมากขึ้น หรือสื่อทาง Internet ซึ่งทำให้การสื่อสารขยายกว้าง ไร้พรมแดน สามารถพูดคุยกันได้โดยผ่านโปรแกรม chat ทั้งที่ไม่ต้องรู้จัก เห็นหน้ากันมาก่อน ซึ่งจะนำไปสู่การตกลงเป็นแฟนและมีเพศสัมพันธ์ในที่สุด และมีการใช้กล้อง Web cam ที่เอามาใช้ถ่ายภาพในขณะที่คุยกันได้ ซึ่งมีผลกระทบทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศ นอกจากนี้สื่อพวกหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นที่มีภาพกอดจูบ มีเพศสัมพันธ์กันอย่างเปิดเผย ทำให้เยาวชนเลียนแบบ สื่อวิทยุเป็นอีกประเภทที่สื่อไม่ชัดเจนทำให้เยาวชนเข้าใจผิด ๆ จะเห็นได้ว่า สื่อต่าง ๆ มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตพฤติกรรมของเยาวชน มีผลให้เกิดการเลียนแบบ ซึ่งเป็นเสมือนดาบสองคมสำหรับเยาวชน และสื่อลามกเป็นสื่อที่ยั่วยุและกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศก่อนวัยอันควรทั้งสิ้น (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก, 2550) และสอดคล้องกับการศึกษาของดราวดิ นันทขว้าง (2550: 95) ที่พบว่า นักเรียนที่เคยใช้คอมพิวเตอร์เข้าเว็บไซต์โป๊ และเคยดูหนังสือโป๊ วิชีดีโป๊ มีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยใช้เท่ากับ 0.6 เท่า และ 0.2 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้การวิจัยในต่างประเทศก็แสดงให้เห็นว่าสื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น (L'Engle, et al., 2006: 186-192; Brown, et al., 2006: 1018-1027)

ความสะดวกในการเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ พบว่า ความสะดวกในการเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยนักเรียนที่ได้รับความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับความสะดวก ร้อยละ 59.4 และ 29.9 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับความสะดวก ร้อยละ 28.1 และ 38.7 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ปัจจุบันสื่อลามกเป็นสื่อที่หาได้ง่ายในสังคม ทั้งวิชีดี วิดี หนังสือโป๊ การ์ตูนลามก ซึ่งหาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง รวมทั้งสามารถเช่าจากร้าน หรือหยิบยืมจากเพื่อนได้ รวมทั้งร้านอินเทอร์เน็ตที่เด็กและวัยรุ่นสามารถใช้บริการแล้วเข้าดูเว็บไซต์ลามก เปิดคลิปลามกได้โดยสะดวก และไม่มีคนมาคอยว่ากล่าวตักเตือนหรือห้ามปราม อีกทั้งโทรศัพท์มือถือที่สามารถดาวน์โหลดภาพโป๊เปลี่ยนได้ใน

ราคาไม่แพง เห็นได้จากงานวิจัย “สื่อลามกกับเด็กไทย” ของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อ้างใน มุลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก, 2550) พบว่า เด็กส่วนใหญ่เริ่มเสพสื่อลามกตั้งแต่ประถม 6 เด็กมากกว่า 50% รู้จักและเสพสื่อลามกจากเพื่อน ประเภทของสื่อลามกที่เด็กชายชอบคือ วีซีดี หนังสือและ อินเทอร์เน็ต ส่วนเด็กหญิงนิยมการ์ตูนมากที่สุด รองลงมาคือหนังสือและวีซีดี ทั้งนี้ ทั้งชายและหญิง เห็นตรงกันว่าวีซีดีและอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่เข้าถึงง่ายที่สุด สื่อลามกยอดนิยมของเด็ก ได้แก่ การ์ตูน ลามก วีซีดีไป๋ อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือ โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ต เป็นแหล่งเสพสื่อลามกที่ สะดวกมากที่สุด แต่ทั้งนี้การใช้สื่อลามกของวัยรุ่นอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน เช่น วัยรุ่น ที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา มีสมาชิกในครอบครัวมาก ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีความเป็นส่วนตัว น้อย ไม่มีห้องส่วนตัว หรือไม่มีโทรทัศน์ เครื่องเล่นซีดี หรือคอมพิวเตอร์ภายในห้องของตัวเอง ก็ อาจจะไม่ได้ได้รับความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศเนื่องจากเกรงคนในครอบครัวจะ เห็น แตกต่างจากวัยรุ่นที่มีห้องส่วนตัว มีโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ภายในห้องของตัวเอง และวัยรุ่นที่ พักอาศัยที่หอพัก บ้านเช่า ไม่ได้พักอาศัยอยู่ที่บ้านกับพ่อแม่ผู้ปกครอง ทำให้มีอิสระในการใช้สื่อ มากกว่า จึงส่งผลให้ความสะดวกในการใช้สื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ของ Brown, et al. (2005: 420-427) ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง พบว่า เด็กหญิงที่เข้าสู่วัยรุ่นเร็ว (earlier maturing girls) มักจะฟังเพลงและอ่านนิตยสารที่มีเนื้อหาทางเพศ คูภาพยนตร์เรตอาร์ และตีความเนื้อหาที่พวกเขาเห็นในสื่อว่าเห็นด้วยกับการที่วัยรุ่นจะมี เพศสัมพันธ์ สื่อจึงเปรียบเสมือนเพื่อนของวัยรุ่นหญิง (sexual super peer) ในการแสวงหาข้อมูล เกี่ยวกับเพศ เพราะว่าเนื้อหาเรื่องเพศในสื่อมีอยู่ทุกที่ (ubiquitous) และสามารถเข้าถึงได้ง่าย (easily accessible) นอกจากนี้การศึกษาของ Graham, et al. (2007: 522-526) ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ (MSM) พบว่า พวกเขารู้จักกับคู่นอนคนแรกผ่านทางอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจาก 26% เป็น 61% ในช่วง ปี 1993-2002 ในขณะที่เปอร์เซ็นต์การรู้จักกับคู่นอนจากสถานที่อื่น ๆ ลดลง เช่น รู้จักจากแหล่ง พบปะชุมนุมของเกย์ลดลงจาก 34.2% เหลือ 16.9 % รู้จักจากโรงเรียนลดลงจาก 23.7% เหลือ 1.3% เป็นต้น ซึ่งให้เห็นว่าอินเทอร์เน็ตมีส่วนในการทำให้กลุ่มชายรักชายได้รู้จักกับคู่นอนคนแรกเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกกว่าวิธีอื่น ๆ

5. ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า ความสะดวกในการ เข้าถึงถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.045$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว พบว่า นักเรียนที่ได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยฟรีเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว

มากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย (ร้อยละ 79.5 และ 42.9 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ความสะดวกในการหาซื้อถุงยางอนามัยและการได้รับแจกถุงยางอนามัยฟรีจากแหล่งต่าง ๆ จะเอื้อให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายขึ้น โดยวัยรุ่นอาจคิดว่าหากตนสามารถหาซื้อถุงยางอนามัยหรือไปขอรับถุงยางอนามัยฟรีจากแหล่งต่าง ๆ ได้โดยง่ายและสะดวก ตนก็สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องการตั้งครรภ์หรือการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ จึงเท่ากับเป็นการเอื้อให้วัยรุ่นคิดจะมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างสะดวกใจขึ้น กัทเมเชอร์และคณะ (Guttmacher, et al., 1997: 1427-1433) กล่าวว่า ในขณะนี้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีเดียวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงถุงยางอนามัย (access to condoms) และการลดอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยอาจจะเป็นวิธีที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ยังกล่าวว่าส่วนใหญ่แล้วถุงยางอนามัยมักหาซื้อได้จากร้านขายยา แต่วัยรุ่นก็อาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการเงินและไม่มีเวลามากพอที่จะซื้อถุงยางอนามัยได้ และในการศึกษาของเขาก็พบว่า การจัดให้มีบริการถุงยางอนามัยในโรงเรียน (condom availability) ช่วยให้วัยรุ่นใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น และไม่ได้เป็นการเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางเพศของวัยรุ่นแต่อย่างใด สอดคล้องกับการศึกษาของนราวุธสินสุพรรณ (2548: 50-56) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายคือ ความสะดวกในการหาซื้อถุงยางอนามัย โดยนักศึกษาที่มีความสะดวกในการหาซื้อถุงยางอนามัยมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ที่ไม่มีความสะดวกในการหาซื้อถุงยางอนามัย

ความเพียงพอของสถานที่ที่จะซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย ความเหมาะสมของระยะทางที่จะไปซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย และความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ($p=0.638$, 0.078 และ 0.109 ตามลำดับ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และไม่สอดคล้องคำกล่าวของกัทเมเชอร์และคณะ (Guttmacher, et al., 1997: 1427-1433) ที่กล่าวว่า การเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงถุงยางอนามัย (access to condoms) และการลดอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยอาจจะเป็นวิธีที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นได้ จากผลการศึกษาที่พบว่า ความเพียงพอของสถานที่ซื้อหรือขอรับถุงยาง ความเหมาะสมของระยะทางที่จะไปซื้อถุงยาง และความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า หากพิจารณาความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยเพียงในด้านความเพียงพอของแหล่งจำหน่าย ความเหมาะสมของระยะทาง และราคาของถุงยางอนามัยนั้นอาจจะยังไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะให้วัยรุ่นซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยโดยสะดวก เนื่องจากอาจยังมีอุปสรรคอื่น ๆ อีก ที่ทำให้วัยรุ่นไม่กล้าซื้อถุงยางอนามัย เช่น ในด้านของบรรยากาศและความเป็นส่วนตัวขณะซื้อถุงยางอนามัย ดัง

การศึกษาของคลพร ปันทะวงศ์ (2550: 69) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจซื้อและใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหามากที่สุดคือรู้สึกอาย ไม่กล้าซื้อถุงยางอนามัยหากคนขายเป็นเพศตรงข้ามมากที่สุด (ร้อยละ 54.5) รองลงมาคือรู้สึกอายคนรอบข้างเวลาซื้อถุงยางอนามัย (ร้อยละ 50.8) และส่วนอุปสรรคด้านการหาซื้อได้ยากนั้นมีเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้น

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

ปัจจัยเสริม

1. การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ($F=0.922$, $p=0.399$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าวัยรุ่นมักจะใช้เวลาส่วนใหญ่นอกบ้านกับกลุ่มเพื่อนของเขา และได้รับอิทธิพลด้านเจตคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมจากเพื่อนมากกว่าจากครอบครัว (Hurlock, 1975: 180) แต่ในขณะที่เดียวกันวัยรุ่นตอนกลางก็เป็นช่วงเวลาสำคัญในการเตรียมพร้อมสำหรับความเป็นอิสระ (independence) และมีความรับผิดชอบ (responsibility) (CDC, 2007a) จึงเป็นไปได้ว่า การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลักษณะต่าง ๆ ในวัยรุ่นนั้นถือเป็นเรื่องส่วนตัว และเด็กวัยรุ่นนี้ก็มีความคิดเป็นของตนเอง ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง คิดถึงผลที่จะได้รับจากการกระทำของตนเอง ตามแนวคิดของ Fackler (2006) กล่าวว่า เมื่อถึงอายุ 16 ปี 70% ของวัยรุ่นสามารถมีการคิดเชิงตรรกหรือคิดอย่างมีเหตุผล (logical thinking) ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนความคิดแบบผู้ใหญ่ วัยรุ่นจะพัฒนาความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม และจินตนาการถึงผลจากการกระทำของเขา ดังนั้นถึงแม้วัยรุ่นแต่ละคนจะมีการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับเท่า ๆ กัน แต่ก็อาจมีพฤติกรรมที่แสดงออกมาไม่เหมือนกันก็ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของภาวัน ภูวบุญกุล (2546: 48) ที่ศึกษาความคิดเห็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า นิสิตที่มีกลุ่มเพื่อนสนิทหรือบุคคลใกล้ชิดให้การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับชาติ แจ่มนุช (2538: 138) ที่พบว่า ตัวแปรการปล่อยตัวทางเพศในกลุ่มเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมการสำส่อนทางเพศของเยาวชน

2. การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวที่แตกต่างกัน ($F=20.715, p<0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดยนักเรียนกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และน้อยกว่ากลุ่มนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.44, 6.36$ และ 7.23 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และกลุ่มนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีค่าเฉลี่ยของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 6.36$ และ 7.23 ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า หากมีการสื่อสารหรือการให้ความรู้เรื่องเพศในครอบครัว จะทำให้วัยรุ่นลด หรือป้องกันไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การเคยได้รับประสบการณ์การสื่อสารเรื่องเพศจากบิดามารดาเพียงอย่างเดียวนั้นอาจจะยังไม่เพียงพอที่จะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมได้ ทั้งนี้ต้องพิจารณาถึงคุณภาพของการสื่อสารด้วย ทั้งในด้านวิธีการสื่อสาร เนื้อหาของสาร ระดับการสื่อสาร เวลาที่เหมาะสม รวมทั้งความรู้เรื่องเพศศึกษาของบิดามารดาด้วย ดังเช่นผลการศึกษาของชัยญา ดิษเจริญ (2548: 65-66) พบว่า การสื่อสารระหว่างบิดามารดาเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า หากบิดาและมารดามีการสื่อสารกับสตรีวัยรุ่นเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศน้อย สตรีวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับสูง และหากมีการสื่อสารเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศกับบิดามารดาน้อย ก็อาจทำให้สตรีวัยรุ่นมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะนำความรู้ไปใช้เพื่อให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม นอกจากนี้ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวก็มีผลต่อการสื่อสารเรื่องเพศด้วย สุปรียา ต้นสกุล และคณะ (2546: 1-13) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวทำให้วัยรุ่นสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาเรื่องเพศกับบิดามารดา และ Jaccard et al. (2000 อ้างใน ชัยญา ดิษเจริญ, 2548: 35) พบว่า ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสาร

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งเป็นการศึกษาที่จุดเวลาหรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเกิดก่อนอะไร ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่คาดว่าเป็นสาเหตุ อะไรเป็นสิ่งที่คาดว่าเป็นผล ดังนั้นจากผลการศึกษาที่พบว่าการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวในกลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น จึงไม่สามารถจะสรุปได้ว่ายังมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมากก็จะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น หรือนักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ก่อนแล้ว ผู้ปกครองจึงมีความจำเป็นต้องอบรมสั่งสอนเรื่องเพศมากยิ่งขึ้น ส่วนนักเรียนกลุ่มที่ไม่มี

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผู้ปกครองจึงเห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องอบรมสั่งสอนเรื่องเพศแก่บุตรหลานมาก

นอกจากนี้สาเหตุที่พบว่า มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวในกลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะวัยรุ่นไม่ได้รับความรู้เรื่องเพศจากครอบครัวเพียงแหล่งเดียว เนื่องจากปัจจุบันสื่อเรื่องเพศมีอยู่หลากหลายประเภท หากวัยรุ่นเลือกรับข้อมูลเรื่องเพศจากสื่อที่ไม่เหมาะสม ก็อาจได้รับข้อมูลในทางที่ผิดได้ อีกประการหนึ่งคือ วัยรุ่นส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศจากเพื่อน และวัยรุ่นก็เลือกที่จะเชื่อเพื่อนมากกว่า เพราะอยู่ในวัยเดียวกัน มีค่านิยม และเจตคติคล้าย ๆ กัน ส่วนความคิดของพ่อแม่เป็นความคิดแบบคนหัวโบราณ ล้าสมัย ไม่น่าเชื่อถือและยึดถือปฏิบัติ ทำให้เป็นอุปสรรคในการยอมรับสอดคล้องกับคำกล่าวของสุริย์พร กฤษเจริญ และคณะ (2551: 63) กล่าวว่า ในสังคมไทยการพูดการสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศถูกมองว่าเป็นการชั่วร้ายทางเพศ พ่อแม่มีความลำบากใจในการสอนเรื่องเพศให้กับลูก ทำให้วัยรุ่นแสวงหาความรู้เรื่องเพศจากแหล่งความรู้นอกระบบ เช่น กลุ่มเพื่อน ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข่าวลือ ความเชื่อ หรือมายาคติที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดมากกว่าข้อเท็จจริง

ข้อจำกัดของการทำวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งเป็นการศึกษาที่จุดเวลาหรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเกิดก่อนอะไร ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่คาดว่าเป็นสาเหตุ อะไรเป็นสิ่งที่คาดว่าเป็นผล จึงทำให้ผลการศึกษาในตัวแปรบางตัวไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน ดังผลการศึกษาที่พบว่า นักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมากกว่านักเรียนที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งแตกต่างจากเอกสารงานวิจัยอีกหลายชิ้นที่พบว่า การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวจะช่วยป้องกันหรือลดการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบการศึกษาวิจัย

โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชายหญิง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1-2 ภาคปกติ (ไม่รวมทวิภาคี) ที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2552 ของสถาบันอาชีวศึกษาในจังหวัดพัทลุง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) จำนวน 6 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 20-27 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแบบสอบถามแต่ละชุดและทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานในการวิจัย ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะของปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) ได้แก่ สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบ ANOVA เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสรุปผลการวิจัย และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนอาชีวศึกษาทั้งหมด 400 คน เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 58.8 และ 41.2 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 16.21 ปี และมีอายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 20 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 58.0 และระดับ ปวช. 2 ร้อยละ 42.0 ส่วนใหญ่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม ร้อยละ 56.8

โดยเรียนในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลังมากที่สุด ร้อยละ 22.0 รองลงมาสาขาวิชาเครื่องมือกล ร้อยละ 13.5 ประเภทวิชาที่เรียนรองลงมาคือ พาณิชยกรรม ร้อยละ 38.0 โดยเรียนในสาขาวิชาเลขานุการมากที่สุด ร้อยละ 15.5 รองลงมาคือสาขาวิชาการขาย ร้อยละ 11.3 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,255 บาทต่อเดือน โดยได้รับอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 บาท ร้อยละ 39.2 สถานภาพการอยู่ร่วมกันระหว่างบิดามารดาส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 82.3

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

2.1 เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 14.5 และอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 11.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.56

2.2 การควบคุมตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.8 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 30.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.76

2.3 การรับรู้บทบาทหญิงชาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง ร้อยละ 67.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.19

2.4 ความรู้สึกลึกภาคภูมิใจในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกลึกภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 15.3 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.38

2.5 ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 94.7 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ร้อยละ 90.8

2.6 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่างเคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.7 และในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาก็ยังดื่มอยู่ ร้อยละ 88.1

2.7 การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ

กลุ่มตัวอย่างเคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 36.7 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 50.0 โดยส่วนใหญ่มีคาราโอเกะ ร้อยละ 75.5 รองลงมาคือบังกะโลหรือสถานบริการที่พักรื่นๆ ร้อยละ 47.5 และโรงแรมหรู ร้อยละ 47.0

2.8 การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เคยเปิดรับสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 58.3 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 41.2

2.9 ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

กลุ่มตัวอย่างเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย ร้อยละ 43.0 สถานที่ซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัยมีความเพียงพอ ร้อยละ 76.3 ระยะทางในการซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัยมีความเหมาะสม ร้อยละ 78.0 ราคาถุงยางอนามัยมีความเหมาะสม ร้อยละ 61.8 กลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากเครื่องขายถุงยางอัตโนมัติและโครงการอบรมเรื่องเพศมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) รองลงมาคือ จากสถานอนามัย (ร้อยละ 87.2) และสถานบริการทางเพศ/โรงแรม (ร้อยละ 76.8) ตามลำดับ

2.10 การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระดับปานกลาง ร้อยละ 70.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 15.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.59

2.11 การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.89

3. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

3.1 พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 41.5 รองลงมาไม่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 31.0 และเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 27.5

3.2 พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (แต่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์เพียง 1 พฤติกรรม (ร้อยละ 39.5) รองลงมา 2 และ 3 พฤติกรรมเท่ากัน (ร้อยละ 25.0) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วนั้น นักเรียนครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครบทั้ง 5 พฤติกรรม (ร้อยละ 50.9) รองลงมาคือมี 4 พฤติกรรม (ร้อยละ 32.7) และ 3 พฤติกรรม (ร้อยละ 15.5) ตามลำดับ โดยพฤติกรรมร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการจับมือโอบไหล่เอา

3.3 การเคยมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย และวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย

กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.8) อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 15 ปี (S.D.=1.3) โดยอายุน้อยที่สุดและมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 11 ปี และ 18 ปีตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.2 และ 30.0 ตามลำดับ) โดยเพศชายมีอายุน้อยที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำกว่าเพศหญิงคือ 11 ปี และ 14 ปี ตามลำดับ และมีอายุมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากันกับเพศหญิง คือ 18 ปี

ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมานั้น กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 31.8 ที่เหลือซึ่งพบมากที่สุดคือใช้บางครั้ง (ร้อยละ 62.7) และไม่เคยใช้เลยมีร้อยละ 5.5 ส่วนวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย ในขั้นตอนการตรวจสอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตรวจสอบความเรียบร้อยของถุงยางอนามัย คู่วันหมดอายุ และช่องถุงยางไม่มีรอยฉีกขาด (ร้อยละ 87.5) มีการฉีกมุมซองโดยระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางขาด (ร้อยละ 91.3) ส่วนในขั้นตอนการใส่สำนั้น มีการสวมถุงยางขณะอวัยวะเพศแข็งตัว (ร้อยละ 92.3) ใส่ถุงยางโดยให้ขอบอยู่ด้านนอก และรัดให้สุดถึงโคนอวัยวะเพศ (ร้อยละ 88.5) มีการบีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศขณะสวมเข้ากับ

อวัยวะเพศ (ร้อยละ 83.7) สวมถุงยางก่อนมีการสอดใส่หรือสัมผัสอวัยวะเพศของคู่นอน (ร้อยละ 81.7) และขั้นตอนสุดท้ายคือการถอดถุงยางอนามัยนั้น มีการนำถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วทิ้งลงถังขยะ (ร้อยละ 84.6) ถอดถุงยางในขณะที่อวัยวะเพศยังแข็งตัว (ร้อยละ 84.6) ถอดถุงยางโดยมีการใช้กระดาษชำระหุ้มถุงยาง หากไม่มีกระดาษชำระต้องไม่ให้มือสัมผัสกับด้านนอกของถุงยาง (ร้อยละ 82.7) และไม่นำถุงยางกลับมาใช้ใหม่ (ร้อยละ 78.8) และเมื่อพิจารณาถึงคะแนนรวมการปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยรายข้อ พบว่า มีผู้ที่ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนทั้ง 10 ข้อ ร้อยละ 47.1 ปฏิบัติถูกต้องบางข้อ ร้อยละ 52.9 โดยปฏิบัติถูกต้อง 9 ข้อมากที่สุด ร้อยละ 29.1 รองลงมา 8 ข้อ ร้อยละ 23.6 และไม่มีผู้ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย (ร้อยละ 0.0) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายปฏิบัติถูกต้องทุกข้อน้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 45.2 และ 55.0 ตามลำดับ)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน ประเภทวิชาที่เรียน เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ส่วนตัวแปรที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา การรับรู้บทบาทหญิงชาย ความรู้สึภักภักภูมิใจในตนเอง

ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักชั่วคราวอื่น ๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ส่วนตัวแปรที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ สถานที่พักอาศัย ขณะเรียน ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยในด้านความเพียงพอของสถานที่ที่จะซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย ความเหมาะสมของระยะทางที่จะไปซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย และความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัย

ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ส่วนตัว

แปรที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าการใช้แนวคิดของ PRECEDE Framework ในการกำหนดตัวแปรและกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ทำให้สามารถศึกษาถึงตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมของนักเรียนได้ค่อนข้างครอบคลุม และสามารถนำปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมของนักเรียนมาเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของนักเรียนวัยรุ่นต่อไป

ด้านการพัฒนาการดำเนินงานในสถานศึกษา

การดำเนินงานสุขศึกษาในสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษา ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิชาเพศศึกษาในปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นไปในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สุขอนามัย การวางแผนครอบครัว โดยการเพิ่มเนื้อหาด้านเจตคติ ค่านิยม การรู้จักควบคุมตนเอง รู้จักจัดการกับอารมณ์ความต้องการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่นสาว การรู้เท่าทันสื่อและสิ่งยั่วยุทางกามารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งทักษะในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรดำเนินงานร่วมกับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และจัดรูปแบบงานสุขศึกษาโดยต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและการรับรู้เรื่องเพศของเด็ก พ่อแม่ ครู และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขให้เข้าใจตรงกันเสียก่อน และส่งเสริมให้นักเรียนได้มีส่วนร่วมมากที่สุด รู้จักคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง และสามารถแสดงศักยภาพของตนเองได้ เช่น การเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้นักเรียนวัยรุ่นได้แสดงออกตามวัย และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเพื่อนนักเรียนด้วยกัน นอกจากนี้ในด้านครูผู้สอนเองควรมีการปรับเจตคติเรื่องเพศและปรับท่าทีในการสอนเรื่องเพศ โดยทำหน้าที่เอื้อให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้และคอยชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่แก่นักเรียน และรู้จักปรับเปลี่ยนกลวิธีในการสอนสุขศึกษาแก่นักเรียนวัยรุ่น เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากครู มาเป็นเพื่อนและพี่เลี้ยง เพื่อให้นักเรียนกล้าที่จะซักถามและปรึกษาปัญหาเรื่องเพศได้มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และการใช้สื่อปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้แก่นักเรียนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ดังนั้นการดำเนินงาน

สุขศึกษาในสถานศึกษาจึงควรส่งเสริมเรื่องทักษะการควบคุมตนเองเพื่อให้นักเรียนสามารถจัดการควบคุมตนเองจากสิ่งเร้าเหล่านี้ได้

ด้านบิดามารดา หรือผู้ปกครอง

ครอบครัวเป็นสถาบันแรกและสถาบันหลักในการเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็ก และเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด บิดามารดาควรมีเวลาเอาใจใส่และให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็ก จากผลการศึกษาที่พบว่า การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี และต่ำสุดคือ 11 ปี ดังนั้นพ่อแม่ผู้ปกครองจึงควรเริ่มต้นสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานให้เร็วขึ้น ซึ่งอาจต้องเริ่มตั้งแต่เด็กเข้าสู่วัยประถมศึกษา ต้องปรับเปลี่ยนความคิดจากเดิมที่ว่า เรื่องเพศควรเริ่มพูดเมื่อเด็กเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนต้น หรือเริ่มพูดเมื่อเด็กเริ่มมีคำถามเรื่องเพศ ซึ่งสอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านพัฒนาการของเด็ก ที่ได้ให้คำแนะนำว่าผู้ปกครองควรที่จะพูดเรื่องเพศกับลูก ก่อนที่เด็กจะเข้าสู่วัยสืบพันธุ์ เพราะในความเป็นจริง เด็กคาดหวังจะให้ผู้ปกครองยอมรับ และเห็นถึงคุณค่าในตัวเขา โดยเฉพาะเรื่องเพศของเขาเมื่อเด็กอยู่ในช่วงอายุ 8 หรือ 9 ปี ผลจากการวิจัยในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ที่ได้จากเด็กที่อยู่ในช่วงอายุที่แตกต่างกัน เด็กที่อยู่ในช่วงประถมปลายส่วนใหญ่มีการรับฟังและคิดคล้ายตามได้ง่ายกว่าเด็กในชั้นมัธยมต้น ซึ่งจะเป็นการดีที่ผู้ปกครองเริ่มที่จะสอนเขาเหล่านั้นในเรื่องเพศ แต่เมื่อเด็ก ๆ มีอายุถึง 13 ปี เมื่อพ่อแม่สั่งให้พวกเขา ก็จะกลายเป็นคำสั่งที่เด็กรู้สึกว่าคุณแม่บังคับและเผด็จการกับพวกเขา ทำให้พวกเขารู้สึกที่อยากจะต่อต้าน และเด็กจะมีคำถามเกิดขึ้นมากมาย และเห็นว่าไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นตามที่พ่อแม่บอกเขา (Gresh, D., 2004)

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่พ่อแม่ผู้ปกครองควรให้ความสนใจ คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวลูก เนื่องจากปัจจุบันพบว่า สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ล้วนกระตุ้นให้เด็กอยากรู้อยากลองเรื่องเพศ ไม่ว่าจะเป็นสื่อโทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต สถานบันเทิงต่าง ๆ รวมถึงกลุ่มเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ การดื่มสุราการเปิดรับและเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังนั้นพ่อแม่ควรดูแลเอาใจใส่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวลูกอย่างใกล้ชิดด้วย

ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษา

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรจัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาโดยประยุกต์เนื้อหาและวิธีการให้มีความทันสมัย เหมาะสมกับความสนใจ และความต้องการของวัยรุ่น และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดระเบียบหอพัก ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหอพัก พ.ศ. 2507

3. มีการบังคับใช้กฎหมาย หรือกฎระเบียบต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 อย่างเคร่งครัด เช่น การห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์เข้าไปทำงานในสถานบริการ และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์เข้าไปใช้บริการในสถานบริการ ควบคุมการจัดตั้งสถานบันเทิงไม่อยู่ใกล้ชีวิตวัด สถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา โรงเรียน หรือสถานศึกษา สโมสรเยาวชน หรือหอพัก ตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก รวมไปถึงควรมีการตรวจบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ใช้บริการสถานบริการอย่างเคร่งครัด เป็นต้น

4. จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากเครื่องขายถุงยางอัตโนมัติและโครงการอบรมเรื่องเพศมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) แต่ในปัจจุบันพบว่า สถานศึกษาในจังหวัดพัทลุงยังไม่มี การติดตั้งเครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัยอัตโนมัติ ดังนั้นจึงควรเสนอให้มีการติดตั้งเครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัยอัตโนมัติในสถานศึกษาหรือห้างสรรพสินค้า เพื่อเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ช่วยแก้ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เปรียบเทียบกับกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว หรือสัมภาษณ์กลุ่มวัยรุ่นที่รับทราบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีความละเอียด ทำให้เข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ลึกซึ้งมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2. ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การปฏิบัติตัวกับเพศตรงข้าม การคบเพื่อน การแต่งกาย การเที่ยวสถานบันเทิง การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่น ๆ การใช้สื่อต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต จากบิดามารดา ครูอาจารย์ หรือผู้ใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาถึงการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวในเชิงลึก เพื่อพัฒนาศักยภาพของบิดามารดาให้มีความรู้เรื่องเพศศึกษาและมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้และปลูกฝังเจตคติเรื่องเพศที่ดีงามแก่บุตรหลานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. นำผลการศึกษาตัวแปรที่ได้จากงานวิจัยนี้ ไปจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่ช่วยสร้างเสริมเจตคติที่เหมาะสมในเรื่องเพศ

ทักษะการควบคุมตนเองเพื่อให้นักเรียนสามารถจัดการกับสิ่งเร้าภายนอกต่าง ๆ ได้ เช่น การเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ การดื่มสุราการเปิดรับ และใช้สื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ

5. การจัดโปรแกรมสุขศึกษาหรือโครงการเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น ควรเน้นเรื่องทักษะการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องใช้ให้ถูกวิธีและใช้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

6. จากผลการศึกษาที่พบว่า ตัวแปรความรู้สึกละอายใจในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องมาจากการวัดความรู้สึกละอายใจในตนเองในเรื่องทั่ว ๆ ไป ดังนั้น การทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความรู้สึกละอายใจในตนเองที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องเพศ

7. จากผลการศึกษาที่พบว่า ตัวแปรการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องมาจากการประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีคำตอบ 5 ตัวเลือก จึงทำให้ผู้ตอบประเมินค่าของคำตอบตนเองว่าควรอยู่ในระดับใดได้ไม่ชัดเจนนัก เพราะมักพบว่าผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่นิยมตอบตัวเลือกที่มีคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุด แต่มีการตอบที่ตัวเลือกตรงกลาง 3 ตัวเลือกเท่านั้น คือ “เป็นไปได้มาก” หรือ “เป็นไปได้ปานกลาง” และ “เป็นไปได้น้อย” และส่วนใหญ่มักเลือกตัวเลือกตรงกลางมากกว่าตัวเลือกอื่น ๆ เป็นผลให้ค่าตัวแปรที่ได้ไม่แปรผันตามที่ควรจะเป็น

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา
ในจังหวัดพัทลุง

FACTORS RELATED TO SEXUAL RISK TAKING BEHAVIOUR OF HIV INFECTION
AMONG VOCATIONAL EDUCATION STUDENTS IN PHATTHALUNG PROVINCE

ปัทมา รักเกื้อ 4936383 PHPH/M

วทม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุปรียา ตันสกุล, ค.ด., พูนสุข ช่วยทอง, วท.ม.
(การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร), วงเดือน ปั่นดี, ส.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนทุกระดับ และนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาวัคซีนและยาเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้เป็นเพียงยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนในร่างกายมากขึ้นเท่านั้น (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2543: 16)

สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 10,375 ราย อัตราป่วย 16.57 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 2.92 ต่อประชากรแสนคน เพศชาย 6,436 ราย และเพศหญิง 3,939 ราย จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2550 รวม 330,740 ราย เพศชาย 229,042 ราย และเพศหญิง 101,698 ราย จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.70 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 23.51 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.83 (สำนักระบาดวิทยา กรม

ควบคุมโรค, 2550ก) เมื่อพิจารณาจากลักษณะระยะฟักตัวของโรคเอดส์ ซึ่งอาจยาวนานจนถึงมากกว่า 15 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 7-10 ปี (เกียรติ รัชกรังธรรม, 2540: 16) แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มได้รับเชื้อเอดส์ ในช่วงที่เป็นวัยรุ่น เยาวชน และวัยทำงาน (สุรศักดิ์ โคสุภินทร์, 2542: 28-32)

รายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมที่เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2550 มีทั้งสิ้น 29,653 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.96 ของผู้ป่วยสะสมทั้งหมด (สำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค, 2550ก) เมื่อพิจารณาจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดต่าง ๆ ในกลุ่มเยาวชนชาย-หญิง อายุระหว่าง 15-24 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 พบว่าเยาวชนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี และมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่คู่มรสหรือคู่อรงที่อยู่ด้วยกันในระดับที่ค่อนข้างสูง แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำกว่าตัวชี้วัดของ UNGASS (United Nation General Assembly Special Session) (สำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค, 2549: 829-843) ซึ่งให้เห็นว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการติดเชื้อโรคเอดส์ในเยาวชนมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) พ.ศ. 2548 ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์พบมีรายงานผู้ป่วยมากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นมาตลอด (สำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค, 2548: 805-811)

สำหรับสถานการณ์เอดส์ในภาคใต้ของประเทศไทยนั้น ในปี พ.ศ. 2550 ภาคใต้พบมีอัตราป่วยโรคเอดส์ 14.73 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งถือเป็นอันดับสามรองจากภาคเหนือและภาคกลาง ซึ่งมีอัตราป่วย 24.30 และ 23.23 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค, 2550ก)

จังหวัดพัทลุง เป็นจังหวัดที่ประสบกับปัญหาโรคเอดส์ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของจังหวัดพัทลุงในปี พ.ศ. 2532 มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 จนถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2550 รวมทั้งสิ้น 2,244 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์ 1,662 ราย เสียชีวิต 370 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ 582 ราย เสียชีวิต 107 ราย เมื่อพิจารณาจากอายุของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ทั้งนี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.1 และร้อยละ 68.4 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2550ก) และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลด้านกลุ่มอายุแสดงว่าผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการน่าจะได้รับการติดเชื้อมาตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นแล้วจึงมาแสดงอาการในช่วงวัยทำงาน ผลสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค พบว่า จังหวัดพัทลุงมีอัตราป่วยโรคเอดส์เท่ากับ 18.42 ต่อประชากรแสนคน โดยสูงเป็นอันดับ 4 ใน 14 จังหวัดภาคใต้ (สำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค, 2550ก) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ปี พ.ศ.

2548 พบว่า จังหวัดพัทลุงมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมในกลุ่มเยาวชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527-31 ตุลาคม พ.ศ. 2548 รวม 149 คน คิดเป็นอันดับ 9 จากจำนวน 14 จังหวัดภาคใต้ (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2548: 805-811)

จังหวัดพัทลุงเป็นเมืองเล็ก ๆ ที่ค่อนข้างเงียบสงบ และเป็นเมืองเกษตรกรรม แต่ปัจจุบันนี้พบว่าสภาพสังคมที่มีสื่อชนิดต่าง ๆ มากมายนั้นมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งพ่อแม่ที่จำเป็นต้องปล่อยให้ลูกหลานไปเผชิญชีวิตอยู่ตามลำพัง โดยการเช่าหอพัก บ้านพัก หรือทอดทิ้งไว้เป็นระยะไม่ได้เอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควรนั้น ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้นในสังคมเมืองพัทลุง เช่น นักเรียน นักศึกษา เข้าบ้าน/หอพักอยู่ร่วมกัน มีการทดลองอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันทางเพศเป็นสามีภรรยา พฤติกรรมรักร่วมเพศของวัยรุ่น พฤติกรรมมั่วสุมยาเสพติด ลูกหลานใช้บ้านที่อยู่อาศัยปศุสัตว์ที่พ่อแม่ไม่อยู่บ้านชั่วครั้งชั่วคราวในการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศและเพศเดียวกัน พฤติกรรมสับเปลี่ยนคู่นอน ขยายบริการทางเพศ ชักจูงหรือลวงเพื่อน ๆ ไปให้เพื่อนหรือแฟนตัวเองเรียงคิวมีเพศสัมพันธ์ และนักศึกษาชายแข่งรถพนันแฟนตัวเอง เป็นต้น (ปรัชญา พรหมวงษ์, 2547: 6) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของวัยรุ่นเหล่านี้ล้วนอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการนำตัวเองไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกมากมายทั้งกับตนเอง ครอบครัว ตลอดจนปัญหาสังคม จากผลการดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพัทลุงในปี พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2548 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษามีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์สูงขึ้น นักเรียนมัธยมศึกษาใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง ส่วนนักเรียนอาชีวศึกษาชายมีการใช้ถุงยางอนามัยสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำมาก ไม่ถึงร้อยละ 50 (สูงสุดเพียงร้อยละ 36.6 ต่ำสุดร้อยละ 18.2) ในรอบปีที่ผ่านมา นักเรียนใช้ถุงยางอนามัยกับแฟน/คูรัก และผู้ขายบริการทางเพศลดลง ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับคู่นอนแต่ละประเภทนั้นถึงแม้จะสูงขึ้น แต่ก็ยังไม่ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษามีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2548; 2550ข)

จากการที่นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับที่น่าเป็นห่วง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากมุมมองหรือเจตคติของวัยรุ่นที่มีต่อเรื่องเพศในปัจจุบันนี้มีส่วนได้รับอิทธิพลมาจากสื่อกลุ่มเพื่อน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นในกระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยในทุก ๆ ด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว โดยได้นำกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ของ Green และคณะ มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น โดยศึกษาใน

กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพัทลุงเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของจังหวัดพัทลุงให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดพัทลุง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ นักเรียนอาชีวศึกษาชายและหญิง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1-2 ภาคปกติ (ไม่รวมทวิภาคี) ที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2552 ของสถาบันอาชีวศึกษาในจังหวัดพัทลุง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) จำนวน 6 แห่ง กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 13 ตอน ได้แก่ 1) แบบสอบถามลักษณะทางประชากร 2) แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 3) แบบสอบถามการควบคุมตนเอง 4) แบบสอบถามการรับรู้บทบาท

หญิงชาย 5) แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งภายในตนเอง 6) แบบสอบถามลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน 7) แบบสอบถามการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ 8) แบบสอบถามการไปเที่ยว และการเข้าถึงสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ 9) แบบสอบถามการเปิดรับและเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ 10) แบบสอบถามความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย 11) แบบสอบถามการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 12) แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และ 13) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การดำเนินการวิจัย

1. ดำเนินการขอจริยธรรมในการทำวิจัย ได้หนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 2009/042.0904 รหัสโครงการ เลขที่ MU-IRB 2009/059.2602
2. นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงประธานกรรมการอาชีวศึกษาจังหวัดพัทลุง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากนักเรียนอาชีวศึกษาในสถาบันอาชีวศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) จังหวัดพัทลุงทั้ง 6 แห่ง
3. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการสถาบันอาชีวศึกษาทั้ง 6 แห่ง อาจารย์ประจำชั้นและอาจารย์ที่รับผิดชอบในการสอนของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูลโดยละเอียด ตลอดจนนัดหมายวัน เวลา ที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยนำไปพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างอ่านโดยละเอียดก่อน เพื่อทำความเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แล้วฝากเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเพื่อขออนุญาตผู้ปกครองไปกับนักเรียน พร้อมกับนัดรับเอกสารคืนในวันที่มาเก็บข้อมูล
5. ในวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสอบถามจำนวนนักเรียนที่แสดงเจตนายินยอมและได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองแล้ว สำหรับนักเรียนที่ไม่ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง อาจารย์ประจำชั้นจะแยกนักเรียนไปทำกิจกรรมการเรียนตามปกติและขอเก็บเอกสารคืน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยจัดบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว จัดที่นั่งให้มีระยะห่างกันพอสมควร ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

6. เมื่อตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ให้นักเรียนนำไปใส่ในกล่องรับแบบสอบถามที่วางไว้ด้านหลังห้องเรียนด้วยตนเอง และสามารถออกจากห้องได้ทันที

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำมาใช้วิเคราะห์จำนวน 400 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม นำข้อมูลมาแปลงเป็นรหัสตัวเลขเพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ลงรายการข้อมูลทั้งหมด

2. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะของปัจจัยที่ศึกษา และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบ ANOVA ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)

1.1.1 ลักษณะทางประชากร

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 58.8 และ 41.2 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 16.21 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 20 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 58.0 เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม ร้อยละ 56.8 โดยเรียนในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลังมากที่สุด ร้อยละ 22.0 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,255 บาทต่อเดือน โดยได้รับอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 บาท ร้อยละ 39.2 สถานภาพการอยู่ร่วมกันระหว่างบิดามารดาส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 82.3

แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะพฤติกรรม พบว่า แต่ละกลุ่มมีลักษณะทางประชากรดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 166 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.2 อายุเฉลี่ย 16.04 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 18 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 60.8 เรียนประเภทวิชาพาณิชยกรรม ร้อยละ 49.4 โดยเรียนในสาขาวิชาเลขานุการ มากที่สุด ร้อยละ 43.9 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,206 บาทต่อเดือน โดยได้รับอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 บาท ร้อยละ 44.6 ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 84.9

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 124 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 อายุเฉลี่ย 16.08 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 18 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 66.1 เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม ร้อยละ 54.8 โดยเรียนในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลังมากที่สุด ร้อยละ 44.1 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,210 บาทต่อเดือน โดยได้รับอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 บาท ร้อยละ 37.1 ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.4

กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.8 อายุเฉลี่ย 16.63 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 20 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. 2 ร้อยละ 55.5 ส่วนใหญ่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม ร้อยละ 76.4 โดยเรียนในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลัง เครื่องมือกล และยานยนต์เท่ากัน คือร้อยละ 27.4 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียนเฉลี่ย 2,382 บาทต่อเดือน โดยได้รับตั้งแต่ 2,501 บาทขึ้นไป ร้อยละ 39.1 ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 83.6

1.1.2 เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 14.5 และอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 11.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.56

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.9 มีคะแนนเฉลี่ย 40.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.67 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.8 มีคะแนนเฉลี่ย 40.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.57 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามเกณฑ์ปกติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.2 มีคะแนนเฉลี่ย 39.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.26

1.1.3 การควบคุมตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 16.8 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 30.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.76

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.3 มีคะแนนเฉลี่ย 31.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.59 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.2 มีคะแนนเฉลี่ย 31.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.19 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1 มีคะแนนเฉลี่ย 29.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.31

1.1.4 การรับรู้บทบาทหญิงชาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.19

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 มีคะแนนเฉลี่ย 34.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.99 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 มีคะแนนเฉลี่ย 33.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.18 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหญิงชายระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 มีคะแนนเฉลี่ย 33.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.45

1.1.5 ความรู้สึภกาคภูมิใจในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึภกาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 15.3 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.38

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีความรู้สึภกาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 73.5 มีคะแนนเฉลี่ย 27.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.17 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มี

ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8 มีคะแนนเฉลี่ย 27.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.37 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลางร้อยละ 71.8 มีคะแนนเฉลี่ย 28.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.71

1.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

1.2.1 ลักษณะการพักอาศัยขณะเรียน

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 94.7 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ร้อยละ 90.8 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 95.8 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครองมากที่สุด ร้อยละ 94.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 96.8 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครองมากที่สุด ร้อยละ 90.3 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 90.9 โดยพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครองมากที่สุด ร้อยละ 86.4

1.2.2 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมา

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างเคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมา ร้อยละ 56.7 และในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาก็ยังคงดื่มอยู่ ร้อยละ 88.1

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมา ร้อยละ 34.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมา ร้อยละ 62.9 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมา ร้อยละ 83.6

1.2.3 การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักอื่น ๆ

กลุ่มตัวอย่างเคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 36.7 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 50.0 โดยส่วนใหญ่มีคาราโอเกะ ร้อยละ 75.5

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 15.7 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 36.1 โดยส่วนใหญ่มีคาราโอเกะ ร้อยละ 71.7 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 30.6 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือ

สถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 54.0 โดยส่วนใหญ่มีการไอเคะ ร้อยละ 79. และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว เคยไปเที่ยวหรือใช้บริการสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์ ร้อยละ 75.5 มีสถานบันเทิงหรือสถานเริงรมย์อยู่ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษาในระยะ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 66.4 โดยส่วนใหญ่มีการไอเคะ ร้อยละ 75.3

1.2.4 การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ

กลุ่มตัวอย่างเคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 58.3 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 41.2

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 33.1 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศร้อยละ 21.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 64.5 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 33.8 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยเปิดรับสื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 89.1 และมีความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 58.2

1.2.5 ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

กลุ่มตัวอย่างเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 43.0 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 39.5 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 16.9

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ ร้อยละ 93.6 โดยกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ตอบว่าได้รับความสะดวกมากที่สุด(ร้อยละ 96.9) รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 91.8) และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 85.7) ตามลำดับ

ในด้านความเพียงพอของสถานที่ซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่า สถานที่ในการซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัยมีปริมาณเพียงพอ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตอบว่าเพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 78.6) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 78.1) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 71.4) ตามลำดับ

ในด้านความเหมาะสมของระยะทางในการซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่า ระยะทางมีความเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมี

เพศสัมพันธ์ ตอบว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด (ร้อยละ 84.4) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 71.4) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 69.4) ตามลำดับ

ในด้านความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่า ราคาเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ตอบว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด (ร้อยละ 69.8) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 53.6) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 51.0) ตามลำดับ

ในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และเคยซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยฟรี จำนวน 96 คน พบว่า แหล่งที่สะดวกที่สุดเมื่อต้องการหาถุงยางอนามัยในกรณีเร่งด่วน คือ มีพกติดตัวอยู่แล้วมากที่สุด (ร้อยละ 42.7) และหากไม่มีถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง ตอบว่า จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 57.3)

1.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

1.3.1 การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระดับปานกลาง ร้อยละ 70.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 15.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.59

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 มีคะแนนเฉลี่ย 32.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.76 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 มีคะแนนเฉลี่ย 34.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.03 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่มีการคล้อยตามเพื่อนในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.3 มีคะแนนเฉลี่ย 33.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.19

1.3.2 การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.89

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 53. โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 มีคะแนนเฉลี่ย 6.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 มีคะแนนเฉลี่ย 7.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.41

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่ถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 41.5) และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว (ร้อยละ 31.0 และ 27.5 ตามลำดับ)

2.2 พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (แต่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์) มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์เพียง 1 พฤติกรรม (ร้อยละ 39.5) รองลงมา มี 2 และ 3 พฤติกรรมเท่ากัน (ร้อยละ 25.0) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วนั้น นักเรียนครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครบทั้ง 5 พฤติกรรม (ร้อยละ 50.9) โดยพฤติกรรมร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการจับมือโอบไหล่

2.3 การเคยมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย และวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย

การเคยมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 110 คน พบว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.8) อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 15 ปี (S.D.=1.3) โดยอายุที่น้อยที่สุดและมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 11 ปี และ 18 ปี ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.2 และ 30.0 ตามลำดับ) โดยเพศชายมีอายุน้อยที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำกว่าเพศหญิง คือ 11 ปี และ 14 ปี ตามลำดับ และมีอายุมากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากันกับเพศหญิง คือ 18 ปี

การใช้ถุงยางอนามัย และวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย

ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมานั้น กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพียงร้อยละ 31.8 ที่เหลือซึ่งพบมากที่สุดคือ ใช้บางครั้ง (ร้อยละ 62.7) และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 5.5 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 33.3 และ 25.0 ตามลำดับ) และไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เลย ร้อยละ 6.7 ในขณะที่เพศหญิงพบร้อยละ 0.0

ส่วนวิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยนั้น ทั้งในขั้นตอนการตรวจสอบ วิธีการใช้ วิธีสวมถุงยางอนามัย และวิธีถอดถุงยางอนามัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อ ยกเว้น การไม่นำถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ ร้อยละ 78.8 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีการปฏิบัติสูงกว่าเพศหญิง (หรือคู่นอนของเพศหญิง) ยกเว้นขั้นตอนการบีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศขณะสวมเข้ากับอวัยวะเพศ การใส่ถุงยางโดยไม่หุบอยู่ด้านนอก และรู้ดีที่สุดถึงโคนอวัยวะเพศ การไม่นำถุงยางกลับมาใช้ใหม่ และการนำถุงยางที่ใช้แล้วทิ้งลงถังขยะ ที่เพศชายมีการปฏิบัติต่ำกว่าเพศหญิง (หรือคู่นอนของเพศหญิง)

และเมื่อพิจารณาถึงคะแนนรวมการปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยรายข้อ พบว่า มีผู้ที่ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน ร้อยละ 47.1 ปฏิบัติถูกต้องบางข้อ ร้อยละ 52.9 และไม่มีผู้ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย (ร้อยละ 0.0) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายปฏิบัติถูกต้องทุกข้อน้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 45.2 และ 55.0 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบ ANOVA

ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน ประเภทวิชาที่เรียน เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการควบคุมตนเอง ส่วนตัวแปรที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับระหว่างเรียน สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา การรับรู้บทบาทหญิงชาย ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวและการเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พกชั่วคราวอื่น ๆ การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ

ส่วนตัวแปรที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สถานที่พักอาศัยขณะเรียน ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยในด้านความเพียงพอของสถานที่ที่จะซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย ความเหมาะสมของระยะทางที่จะไปซื้อหรือขอรับถุงยางอนามัย และความเหมาะสมของราคาถุงยางอนามัย

ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ส่วนตัวแปรที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยนำ

เพศ พบว่า เพศชายมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า อธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ เป็นสิ่งเร้าให้พัฒนาการของอารมณ์ทางเพศเกิดขึ้น และนำไปสู่การเกิดความต้องการทางเพศตามช่วงวัยทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่โดยธรรมชาติความรู้สึกที่เกิดขึ้นดังกล่าวเพศหญิงจะควบคุมอารมณ์และความต้องการได้ดีกว่าเพศชาย สุชา จันทรเฒ (2529 อ้างใน อนงค์ ชีระพันธ์, 2544; 141) ได้กล่าวว่า ความรู้สึกทางเพศของเพศหญิงมักเกิดขึ้นช้ากว่าชาย และในขณะเดียวกันก็มีความแตกต่างระหว่างความสัมพันธ์ทางเพศ กล่าวคือ เพศหญิงจะเริ่มจากมิตรภาพไปสู่ความรัก และการมีความสัมพันธ์เพศในที่สุด ในขณะที่เพศชายมีความสัมพันธ์ทางเพศได้โดยไม่ต้องมีความรักเข้ามาเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเพศชายมีส่วนร่วมการมีเพศสัมพันธ์และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรัณยา บุญนาค, 2547: 14-21; คาราวดี นันทขว้าง, 2550: 85-101; อังคณา เพชรภาพ, 2551: 100-103;)

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 16.04 และ 16.63 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 16.08 และ 16.63 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า วัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและพัฒนาการทางเพศไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและจากแรงขับทางเพศ ทำให้วัยรุ่นเกิดการอยากรู้อยากลองเรื่องเพศ ซึ่งตรงกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud and his Psychoanalytic Theory อ้างใน สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2527: 47-49) พบว่า พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นตอนกลางนั้นอยู่ใน

ขั้นตอนที่ 5 ของทฤษฎี นั่นคือขั้นระยะสืบพันธุ์ (Genital Stage) ซึ่งความพอใจจะเกิดจากแรงขับจากวุฒิภาวะทางเพศ จึงทำให้มีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศตรงข้าม มีความต้องการทางเพศ

ระดับชั้นที่เรียน พบว่า นักเรียนระดับ ปวช. 2 มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนระดับ ปวช. 1 (ร้อยละ 36.3 และ 21.1 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ระดับชั้นที่สูงขึ้นนักเรียนจะมีอายุมากขึ้น และอาจได้รับประสบการณ์ต่างๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อมุมมองความคิด เจตคติ และการปฏิบัติตัวของนักเรียนได้ รวมทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังจะก้าวไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ จึงมีการเลียนแบบผู้ใหญ่ ต้องกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับที่ผู้ใหญ่ได้กระทำ (อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตน์, 2542: 238) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระดับชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (สุปรียา ดันสกุล และคณะ, 2546: 1-13)

ประเภทวิชาที่เรียน พบว่า นักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอื่น ๆ (คหกรรม เกษตรกรรม และอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว) มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่เรียนประเภทวิชาอุตสาหกรรม และพาณิชยกรรม (ร้อยละ 42.9, 37.0 และ 11.2 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ประเภทวิชาที่เรียนมีลักษณะวิชาและรูปแบบการเรียนที่แตกต่างกัน ทำให้นักเรียนต้องมีการปรับตัว และมีบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับการเรียนในลักษณะนั้น ๆ และเนื้อหาวิชาที่แตกต่างกันก็อาจทำให้นักเรียนเกิดการรับรู้มีความคิด มุมมองที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ อีกประการหนึ่งคือ ประเภทวิชาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม ผู้เรียนส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย ส่วนประเภทวิชาคหกรรม การท่องเที่ยว และพาณิชยกรรม ผู้เรียนส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ความแตกต่างในด้านเพศของแต่ละประเภทวิชาก็อาจส่งผลให้นักเรียนแต่ละประเภทวิชามีพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าคณะวิชาที่ศึกษาหรือประเภทวิชาที่เรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (สุปรียา ดันสกุล และคณะ, 2546: 1-13)

เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีเจตคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ($\bar{X}$ = 40.81 และ 39.22 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า เจตคติจะส่งผลต่อการกระทำของบุคคล โดยเป็นสิ่งสำคัญที่จะผลักดันตนเองให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งการถูกกระตุ้นจากสื่อสิ่งร่ำต่างๆ อยู่สม่ำเสมอที่อาจจะหล่อหลอมความคิดของวัยรุ่นให้เบี่ยงเบนไป จากเรื่องที่ไม่เหมาะสมกลายเป็นเรื่องที่พึงจนหาชิน และอาจจะเคยเกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติของชีวิตไปได้ (เสาวภา วชิรโรจน์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2548: 7-11)

การควบคุมตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ($\bar{X}$ = 31.37 และ 29.25 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีการควบคุมตนเองสูงกว่า

กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ($\bar{x}$ = 31.15 และ 29.25 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า เมื่อนักเรียนมีการควบคุมตนเองมากก็จะสามารถยับยั้งตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในระดับที่มากขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (พนอวดี จันทนา, 2547: 102-112; วรรณศิริ ปิ่นทอง, 2549: 78)

ปัจจัยเอื้อ

บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย พบว่า นักเรียนที่การพักอาศัยกับบุคคลอื่น ๆ (เพื่อนเพศเดียวกัน แฟน/คนรัก และอยู่คนเดียว) มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่อาศัยกับญาติ และพ่อแม่/ผู้ปกครอง (ร้อยละ 55.6, 26.3 และ 26.2 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครอง ทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด มีอิสระในการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลของพ่อแม่ การอยู่ตามลำพังก็อาจทำให้วัยรุ่นตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ด้วยตัวเองมากกว่า โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การไปเที่ยวกลางคืน การไปเที่ยวกับแฟน การดื่มสุรา หรือคู่อลุ่มต่าง ๆ เนื่องจากมีความเป็นส่วนตัวสูง นอกจากนี้การพักอาศัยอยู่กับเพื่อนอาจทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามเพื่อนได้ เนื่องจากในวัยนี้ กลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นมีอิทธิพลต่อเพื่อนในกลุ่มเป็นอันมาก ต่างได้รับอิทธิพลซึ่งกันและกันไม่ว่าจะเป็นเรื่องของทัศนคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มเพื่อนนี้จะมีอิทธิพลมากกว่าครอบครัวเสียอีก (อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตน์, 2542: 237)

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา พบว่า นักเรียนที่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเามีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 40.5 และ 10.4 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 34.4 และ 26.6 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การดื่มสุราของวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากการอยากรู้อยากลอง อยากรู้อยากลองแบบผู้ใหญ่ นอกจากนี้วัยรุ่นยังใช้การดื่มสุราเพื่อการเข้ากลุ่มเข้าสังคมกับเพื่อนด้วย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลทำให้เม้าขาดสติและขาดความยับยั้งชั่งใจในการมีกิจกรรมเพศ จึงทำให้วัยรุ่นมีโอกาสใกล้ชิดกับคู่อริหรือเพศตรงข้ามจนเลยเถิดไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่ดื่มสุรา มีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม (ศรัณยา บุญนาค, 2547: 18; คาราวดี นันทขว้าง, 2550: 95)

การไปเที่ยวและเข้าถึงสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักรั่วคราวอื่น ๆ

การไปเที่ยวสถานบันเทิง สถานเริงรมย์และสถานบริการที่พักรั่วคราวอื่น ๆ พบว่า นักเรียนที่เคยไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรั่วคราวอื่น ๆ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยไป ร้อยละ 56.5 และ 10.7 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การ

ไปที่สถานบันเทิง ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสได้พบปะเพศตรงข้าม เผชิญสิ่งชั่วร้ายและกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศได้ เช่น บรรยากาศแสงสีสดๆ การดื่มสุรา บทเพลงที่เร้าอารมณ์ การแต่งกาย และท่าเต้นอันยั่ววนจากเพศตรงข้าม สถานที่อันจำกัดที่ทำให้มีโอกาสได้ถูกเนื้อต้องตัวเพศตรงข้าม สิ่งเหล่านี้ย่อมเป็นการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกทางเพศได้ ประกอบกับการได้เห็นวัยรุ่นคนอื่นๆ ที่แสดงความรักกับแฟนอย่างเปิดเผย โดยการจับมือ โอบเอว หอมแก้ม กอดจูบ ก็อาจทำให้วัยรุ่นเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมเช่นนี้จนนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อไปได้

การมีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษา พบว่า นักเรียนที่มีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษามีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่มี ร้อยละ 36.5 และ 18.5 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การมีสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และสถานบริการที่พักรื่นๆ ใกล้ที่พักหรือสถานศึกษานั้น ทำให้วัยรุ่นถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากเที่ยว อยากลอง อยากรู้ว่าในสถานที่เหล่านั้นเป็นอย่างไร ประกอบกับเมื่อเห็นเพื่อน บุคคลที่รู้จัก หรือบุคคลอื่นๆ ไปใช้บริการ วัยรุ่นก็เกิดการอยากลองทำตามเพื่อน อยากลองทำตามผู้ใหญ่ เนื่องจากในวัยรุ่นนี้ เป็นช่วงที่เปลี่ยนจากวัยเด็กมาสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยรุ่นจะมีการเลียนแบบผู้ใหญ่ ทั้งนี้เพราะวัยรุ่นต้องกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับที่ผู้ใหญ่ได้กระทำกัน เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า หรือการมีกิจกรรมทางเพศ (อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตน์, 2542: 238)

การเปิดรับและการเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ

การเปิดรับสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ พบว่า นักเรียนที่เคยเปิดรับสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยเปิดรับสื่อ ร้อยละ 42.1 และ 7.2 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ปัจจุบันวัยรุ่นล้วนมีประสบการณ์ในการใช้สื่อทางเพศ ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยนี้ที่ต้องการเรียนรู้เรื่องเพศ อยากรู้ อยากลอง สนใจเพศตรงข้าม แต่เป็นการเรียนรู้จากสื่อที่ไม่เหมาะสม และเมื่อเด็กได้เห็นแบบอย่างจากสื่อเหล่านี้แล้ว สิ่งที่มาคือเกิดเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กอยากลองมีประสบการณ์ทางเพศจริง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น (คาราวดี นันทขว้าง, 2550: 95; L'Engle, et al., 2006: 186-192; Brown, et al., 2006: 1018-1027)

ความสะดวกในการเปิดรับสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ พบว่า นักเรียนที่ได้รับความสะดวกในการใช้สื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับความสะดวก ร้อยละ 59.4 และ 29.9 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ปัจจุบันสื่อลามกเป็นสื่อที่หาได้ง่ายในสังคม ทั้งวีซีดี ดีวีดี หนังสือโป๊ การ์ตูนลามก ซึ่งหาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง รวมทั้งสามารถเช่าจากร้าน หรือหยิบยืมจากเพื่อนได้ รวมทั้งร้านอินเทอร์เน็ตที่เด็กและวัยรุ่น

สามารถใช้บริการแล้วเข้าดูเว็บไซต์ลามก เปิดคลิปลามกได้โดยสะดวก และไม่มีคนมาคอยว่ากล่าว ตักเตือนหรือห้ามปราม สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Brown, et al. (2005: 420-427) ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง พบว่า เด็กหญิงที่เข้าสู่วัยรุ่นเร็ว (earlier maturing girls) มักจะฟังเพลงและอ่าน นิตยสารที่มีเนื้อหาทางเพศ ดูภาพยนตร์เรตอาร์ และตีความเนื้อหาที่พวกเขาเห็นในสื่อว่าเห็นด้วยกับ การที่วัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์ สื่อจึงเปรียบเสมือนเพื่อนของวัยรุ่นหญิง (sexual super peer) ในการ แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เพราะว่าเนื้อหาเรื่องเพศในสื่อนี้มีอยู่ทั่วทุกที่ (ubiquitous) และสามารถ เข้าถึงได้ง่าย (easily accessible)

ความสะดวกในการเข้าถึงอุ้งยางอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า นักเรียนที่ได้รับความ สะดวกในการซื้อหรือได้รับอุ้งยางอนามัยฟรีเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับความ สะดวกในการซื้อหรือได้รับอุ้งยางอนามัย (ร้อยละ 79.5 และ 42.9 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ความ สะดวกในการหาซื้ออุ้งยางอนามัยและการได้รับแจกอุ้งยางอนามัยฟรีจากแหล่งต่าง ๆ จะเอื้อให้ วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายขึ้น โดยวัยรุ่นอาจคิดว่าหากตนสามารถหาซื้ออุ้งยางอนามัยหรือไปขอรับ อุ้งยางอนามัยฟรีจากแหล่งต่าง ๆ ได้โดยง่ายและสะดวก ตนก็สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนได้ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องการตั้งครรภ์หรือการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ จึง เท่ากับเป็นการเอื้อให้วัยรุ่นคิดจะมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างสะดวกใจขึ้น

ปัจจัยเสริม

การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว พบว่า นักเรียนกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่ชัก นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และน้อยกว่ากลุ่มนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{x}$ = 4.44, 6.36 และ 7.23 ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า หากมีการสื่อสารหรือ การให้ความรู้เรื่องเพศในครอบครัว จะทำให้วัยรุ่นลดหรือป้องกันไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การเคยได้รับประสบการณ์การสื่อสารเรื่องเพศจากบิดามารดาเพียงอย่าง เดียวนั้นอาจจะยังไม่เพียงพอที่จะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมได้ ทั้งนี้ต้องพิจารณา ถึงคุณภาพของการสื่อสารด้วย ทั้งในด้านวิธีการสื่อสาร เนื้อหาของสาร ระดับการสื่อสาร เวลาที่ เหมาะสม รวมทั้งความรู้เรื่องเพศศึกษาของบิดามารดาด้วย ดังเช่นผลการศึกษาของชัยญา ดิษเจริญ (2548: 65-66) พบว่า การสื่อสารระหว่างบิดามารดาเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า หากบิดาและมารดามีการสื่อสารกับสตรี วัยรุ่นเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศน้อย สตรีวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับสูง และหากมีการ สื่อสารเรื่องภาวะเสี่ยงทางเพศกับบิดามารดาน้อย ก็อาจทำให้สตรีวัยรุ่นมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะนำ

ความรู้ไปใช้เพื่อให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งเป็นการศึกษาที่จุดเวลาหรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเกิดก่อนอะไร ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่คาดว่าเป็นสาเหตุ อะไรเป็นสิ่งที่คาดว่าเป็นผล ดังนั้นจากผลการศึกษาที่พบว่าการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวในกลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น จึงไม่สามารถจะสรุปได้ว่ายังมีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมากก็จะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น หรือนักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ก่อนแล้ว ผู้ปกครองจึงมีความจำเป็นต้องอบรมสั่งสอนเรื่องเพศมากยิ่งขึ้น ส่วนนักเรียนกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผู้ปกครองจึงเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องอบรมสั่งสอนเรื่องเพศแก่บุตรหลานมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าการใช้แนวคิดของ PRECEDE Framework ในการกำหนดตัวแปรและกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ทำให้สามารถศึกษาถึงตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมของนักเรียนได้ค่อนข้างครอบคลุม และสามารถนำปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมของนักเรียนมาเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของนักเรียนวัยรุ่นต่อไป

ด้านการพัฒนาการดำเนินงานในสถานศึกษา

การดำเนินงานสุขศึกษาในสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษา ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้วิชาเพศศึกษา โดยการเพิ่มเนื้อหาด้านเจตคติ ค่านิยม การรู้จักควบคุมตนเอง รู้จักจัดการกับอารมณ์ความต้องการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยหนุ่มสาว การรู้เท่าทันสื่อและสิ่งยั่วยุทางอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งทักษะในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรดำเนินงานร่วมกับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และจัดรูปแบบงานสุขศึกษาโดยต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและการรับรู้เรื่องเพศของเด็ก พ่อแม่ ครู และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขให้เข้าใจตรงกันเสียก่อน และส่งเสริมให้นักเรียนได้มีส่วนร่วมมากที่สุด ในด้านครูผู้สอนเองควรมีการปรับเจตคติเรื่องเพศและปรับท่าทีในการสอนเรื่องเพศ โดยทำหน้าที่เอื้อให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ และคอยชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่ นักเรียน และรู้จักปรับเปลี่ยนกลวิธีในการสอนสุขศึกษาแก่นักเรียนวัยรุ่น

เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากครู มาเป็นเพื่อนและพี่เลี้ยง เพื่อให้ นักเรียนกล้าที่จะซักถามและปรึกษา ปัญหาเรื่องเพศได้มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่ม มีนเมา การเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ และการใช้สื่อปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ นักเรียนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ดังนั้นการดำเนินงานสุขศึกษาใน สถานศึกษาจึงควรส่งเสริมเรื่องทักษะการควบคุมตนเองเพื่อให้นักเรียนสามารถจัดการ ควบคุม ตนเองจากสิ่งเร้าเหล่านี้ได้

ด้านบิดามารดา หรือผู้ปกครอง

จากผลการศึกษาที่พบว่า การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี และต่ำสุดคือ 11 ปี ดังนั้นพ่อแม่ผู้ปกครองจึงควรเริ่มต้นสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานให้เร็วขึ้น ซึ่งอาจ ต้องเริ่มตั้งแต่เด็กเข้าสู่วัยประถมศึกษา สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่พ่อแม่ผู้ปกครองควรให้ความสนใจ คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวลูก เนื่องจากปัจจุบันพบว่า สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ล้วนกระตุ้นให้เด็กอยาก รู้ อยากลองเรื่องเพศ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ การ ดื่มสุรา การเปิดรับและเข้าถึงสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังนั้นพ่อแม่ควรดูแลเอาใจใส่สิ่งแวดล้อมรอบตัวลูกอย่างใกล้ชิดด้วย

ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษา

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรจัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่อง เพศศึกษาโดยประยุกต์เนื้อหาและวิธีการให้มีความทันสมัย เหมาะสมกับความสนใจ และความ ต้องการของวัยรุ่น และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดระเบียบหอพัก ให้เป็นไป ตามพระราชบัญญัติหอพัก พ.ศ. 2507
3. มีการบังคับใช้กฎหมาย หรือกฎระเบียบต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 อย่างเคร่งครัด เช่น การห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์เข้าไปทำงานในสถานบริการ และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์เข้าไปใช้บริการในสถาน บริการ ควบคุมการจัดตั้งสถานบันเทิงไม่อยู่ใกล้ชิดโรงเรียนหรือสถานศึกษา สโมสรเยาวชน หรือ หอพัก ตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก รวมไปถึงควรมีการตรวจบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ใช้บริการ สถานบริการที่พักรั่วคราวอย่างเคร่งครัด เป็นต้น

4. จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการซื้อหรือได้รับถุงยางอนามัยจากเครื่องขายถุงยางอัตโนมัติและโครงการอบรมเรื่องเพศมากที่สุด แต่ในปัจจุบันพบว่าสถานศึกษาในจังหวัดพัทลุงยังไม่มีติดตั้งเครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัยอัตโนมัติ ดังนั้นจึงควรเสนอให้มีการติดตั้งเครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัยอัตโนมัติในสถานศึกษาหรือห้างสรรพสินค้า เพื่อเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ช่วยแก้ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงถุงยางอนามัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เปรียบเทียบกับกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว หรือสัมภาษณ์กลุ่มวัยรุ่นที่รับทราบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ลึกซึ้งมากขึ้น
2. นำผลการศึกษาตัวแปรที่ได้จากงานวิจัยนี้ ไปจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่ช่วยสร้างเสริมเจตคติที่เหมาะสมในเรื่องเพศ ทักษะการควบคุมตนเองเพื่อให้นักเรียนสามารถจัดการกับสิ่งเร้าภายนอกต่าง ๆ ได้ เช่น การเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ การดื่มสุราการเปิดรับ และใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ
3. การจัดโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น ควรเน้นเรื่องทักษะการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องใช้ให้ถูกวิธีและใช้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์
4. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องเพศ
5. การประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีคำตอบ 5 ตัวเลือก ทำให้ผู้ตอบประเมินค่าของคำตอบตนเองว่าควรอยู่ในระดับใดได้ไม่ชัดเจน เพราะมักพบว่าผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่นิยมตอบตัวเลือกที่มีคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุด แต่มีการตอบที่ตัวเลือกตรงกลาง 3 ตัวเลือกเท่านั้น คือ “เป็นไปได้มาก” หรือ “เป็นไปได้ปานกลาง” และ “เป็นไปได้น้อย” และส่วนใหญ่มักเลือกตัวเลือกตรงกลางมากกว่าตัวเลือกอื่น ๆ เป็นผลให้ค่าตัวแปรที่ได้ไม่แปรผันตามที่ควรจะเป็น

FACTORS RELATED TO SEXUAL RISK TAKING BEHAVIOUR OF HIV INFECTION
AMONG VOCATIONAL EDUCATION STUDENTS IN PHATTHALUNG PROVINCE

PATTHAMA RAKKUA 4936383 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL
SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SUPREYA TANSAKUL, Ph.D., POONSOOK
SHUAYTONG, M.S. (HUMAN REPRODUCTION AND POPULATION PLANNING),
WONGDYAN PANDII, Dr.P.H.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

AIDS is a social problem affecting quality of life of people in every level and its severity tends to be higher. Even though vaccine and medicine for AIDS treatment were being developed continuously but AIDS can't be cured permanently but only stop the increased quantity of HIV (AIDS Division, Department of Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2000: 16).

In Thailand, in 2007, Bureau of Epidemiology received the report of AIDS patients of 10,375 cases with the morbidity rate of 16.57 per 100,000 population, and the mortality rate of 2.92 per 100,000 population. Among these numbers, there were 6,436 males and 3,939 females. The accumulated number of AIDS patients from the year 1984 to DECEMBER 31, 2007 was found to be 330,740, with 229,042 males and 101,698 females. The highest number of the accumulated AIDS patients was found among the age group of 30-34 years (25.70%) and the second group was the age group of 25-29 years (23.51%). The risk factors mostly found was sexual relationship (83.83%) (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2007A). After

the consideration of the incubation period of HIV which may be as long as more than 15 years, averagely about 7-10 years (Kiert Rugsrungdhamma, 2007: 16), which was showed that most of the AIDS patients were infected with HIV since they were in the puberty, adolescent and working-age groups (Surasakdi Quosupatra, 1999: 28-32).

The accumulated number of adolescents with AIDS aged 15-24 years, from the year 1994 to December 31, 2007, was 29,653, 8.96 percent of all accumulated AIDS patient numbers (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2007A). After the consideration of the results regarding sexual behaviours related to HIV infection surveillance of male and female adolescents aged 15-24 years was made during the years 1997-2006, it was found that adolescents had their first sexual intercourse before the age of 15 years and the quite high percentage of those who had sexual intercourse with other partners besides their couples were found. But the condom use was found to be lower than the index developed by the UNGASS (United Nation General Assembly Special Session) (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2006: 829-843). It was evident that the major cause of HIV infection among adolescents was unsafe sex. This finding was agreed with the AIDS situation data among adolescents (aged 15-24 years) in 2005 that the sexual risk behavior was found most and the trend was increasing steadily (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2005: 805-811).

Regarding the AIDS situation in the southern region of Thailand, the morbidity was found to be 14.73 per 100,000 population. This rate was the the third rank comparing to the northern and central regions with the rates of 24.30 and 23.23 per 100,000 population respectively (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2007A).

Phatthalung is one of the provinces facing with AIDS problem. The report of the AIDS and symptomatic HIV infection surveillance program showed that the first case of AIDS was found in Phatthalung Province in 1989. The accumulated number of the patients with AIDS and symptomatic HIV infection from 1989 to June 15, 2007 was found to be 2,244 composing of 1,662 AIDS patients, 370 deaths, and among 582 patients with symptomatic HIV infection, 107 deaths were found. Among these patients with AIDS and symptomatic HIV infection, higher than 70 percent were 20-39 years old and most cases were due to sexual intercourse, 73.1% and 68.4%

respectively (Phatthalung Provincial Public Health Office, 2007A). The consideration made about the data of the various age-groups showed that the patients with AIDS and symptomatic HIV infection might get the infection during adolescence so the symptom showed up during the working-age period. The conclusion of the disease surveillance program of the year 2007 made by Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control showed that the AIDS morbidity rate of Phatthalung Province was 18.42 per 100,000 population and this rate was the 4th rank among 14 southern provinces (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2007A). Besides, the analysis of AIDS situation among adolescents (aged 15-24 years) in 2005 showed that the accumulated number of adolescents with AIDS from 1984 to October 31, 2005 was 149. This number ranked 9th among 14 provinces in the southern part (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2005: 805-811).

Phatthalung is a small agricultural province with a peaceful environment. But at present, due to the social situation that was surrounded by various media influencing people's lifestyles. Parents had to allow their children to live their lives by themselves in dormitories, a house for rent, or even did not take a good care of their children for some periods. These situations caused many negative occurrences in the society of Phatthalung Province, for example, many students stayed together in dormitories/houses, stayed with the opposite sex, students had sexual relationship, homosexuality among adolescents, using addictive drugs, having sexual relationship in their houses while parents went out, changing sexual partners among adolescents, being commercial sexual partners, persuading friends to have sexual relationship with their own lovers/partners, or using their own partners/girlfriends as the rewards for car-racing winners, etc. (Prutchaya Promwongs, 2004: 6). These situations were risky to get HIV infection among adolescents which will cause many problems for themselves, their families as well as social problems. The results of the sexual risk behavior surveillance on AIDS infection of Phatthalung Province in the year 2007 comparing with the year 2005 showed the increasing number of secondary and vocational education students who experienced sexual intercourse and the declining number of using condom among secondary students when they had sexual intercourse at the first time. Among the vocational education students, the increasing number of male students who used condom was found. However, the percentage of both groups

who used condom at their first sexual intercourse was less than 50 percent (maximum of 36.6 and minimum of 18.2 percent). During the previous year, the number of students who used condoms while they had sexual intercourse with their girlfriends/lovers or sexual commercial workers was found to be decreased. Even though the high percentage of the latest use of condoms while they had sexual intercourse with each group of partners was found but still less than 50 percent. Besides, the percentage of vocational education students who had unsafe sex was higher than of the secondary school students (Phatthalung Provincial Public Health Office, 2005; 2007B).

The sexual risk behaviours found among these groups of students were quite a worried situation. This situation may due to the adolescents' attitudes toward sex which were influenced by media, peers, the changing society, and the environment that was conducive to undesirable sexual behaviours. Therefore, in the process of preventing and controlling AIDS problem it was necessary to consider all factors relating to adolescents' sexual behaviours. Thus, the researcher was interested in studying the mentioned factors by applying the PRECEDE Framework developed by Green et al. for developing the research conceptual framework to analyze the factors related to sexual risk behaviours of HIV infection among adolescents who studied in vocational colleges, Phatthalung Province. The data from this study will be the guideline for developing effective methods for preventing and controlling AIDS problem in Phatthalung Province.

Research Objectives

General Objective

To study the factors related to sexual behaviours risky to HIV infection among vocational education students in Phatthalung Province.

Specific Objectives

1. To study sexual behaviours risky to HIV infection among vocational education students in Phatthalung Province.

2. To study the relationship of predisposing, enabling, and reinforcing factors and sexual risk behaviours of HIV infection among vocational education students in Phatthalung Province.

Research Method

Research Design This study was a cross-sectional survey research.

Population and Samples The population of this study were male and female vocational students, Certificate Level, 1st-2nd years of the regular program (not include other partnered institutes) who studied in the first semester of the academic year of 2009, of 6 vocational education colleges in Phatthalung Province, under the Vocational Education Commission. The samples were composed of 400 students selected by using stratified sampling method.

Research Instruments The instrument used in this study was the questionnaire developed by the researcher in accordance with the research conceptual framework and the research objectives. The questionnaire was composed of 13 parts: 1) demographic characteristics; 2) attitudes toward sexual risk behavior of HIV infection; 3) self-control; 4) perceived roles of females and males; 5) self-esteem; 6) residential characteristics; 7) alcohol consumption; 8) frequenting and having access to nighttime entertainment establishments and various temporary accommodations; 9) exposing to and having access to pornography; 10) convenient access to condoms; 11) agreement with friends in regard to sexual risk taking behaviours of HIV infection; 12) sex-related communication in the family; and 13) sexual risk behaviours of HIV infection performed.

Research Procedures

1. Getting ethical research approval Mahidol University, as the Approval Document Number 2009/042.0904, Project Code Number MU-IRB 2009/059.2602.

2. Presenting the official letter of the School of Graduate Studies, Mahidol University to the Chairman of the Vocational Education Committee, Phatthalung Province, in order to get permission for collecting data from the sampled vocational education students in Vocational Educational Institutes, under the Vocational Education Commission Office of Phatthalung Province.

3. After getting the approval, the researcher asked the cooperation from the Directors of 6 Vocational Educational Institutes, classroom instructors, and the instructors responsible for teaching the sampled students. The research objectives, steps and methods for data collection were clarified including setting the dates and time to collect data.

4. The researcher met and introduced herself with the samples. The detailed information about research objectives was also informed including asking the samples to answer the questionnaires and participate in the research project by asking them to study the consent form distributed before making decision to join the program. The samples had the right to accept or reject the participation without any consequences. The detailed information and the consent forms for getting permission from students' guardians were distributed to the sampled students in order to get parents' signatures. These signed consent forms were collected on the days set for data collection.

5. On the days set for data collection, for the students whose guardians disagreed to allow their children to join the program, they participated in normal learning activities in another rooms with the classroom teachers. For those whose guardians and themselves agreed, the researcher explained them about the details of the questionnaire and asked them to answer the questionnaire, with the provision of privacy for answering the questionnaire. Forty minutes were used for answering the questionnaire.

6. After the questionnaires were completely filled out, the samples were asked to put the questionnaires in the box provided and could leave the room.

7. The completeness of the questionnaires was checked and the totals of 400 copies of questionnaire were analyzed.

Data Analysis

1. The questionnaires were checked for completeness, followed by coding and putting the data to make them ready for analyzing through programmed computer.
2. Descriptive statistics were used to explain data in regard to general characteristics, studied factors, and sexual risk behaviours by using frequency, percentage, arithmetic means, and standard deviation.
3. Analytical statistics were used to test the research hypotheses by finding the relationship between predisposing, enabling, reinforcing factors and sexual risk behaviours leading to HIV infection by computing Chi-square test and ANOVA.

Results

Part 1: General Characteristics of the Samples By Predisposing, Enabling, and Reinforcing Factors

1.1 Predisposing Factors

1.1.1 Demographic Characteristics

It was found that: 58.8 percent and 41.2 percent of the respondents were males and females respectively with the mean age of 16.21 years, minimal age of 15 years and maximal year of 20 years; 58.0 percent studied the 1st year, 56.8 percent studied Industrial Vocational Education and most of them studied the major field in “Electricity” (22.0%); the average amount of money received was 2,255 Bahts a month and 39.2 percent received 1,501-2,500 Bahts a month; and 82.3 percent mentioned that their parents stayed together.

The samples were divided into 3 groups in regard with behavioural characteristics. Each group had the following demographic characteristics:

The Group Who Did Not Take Sexual Risk Behaviours Leading to HIV Infection. This group compose of 166 students, 54.2 percent of females, with the mean age of 16.04 years, the minimal age of 15 years and the maximal age of 18 years; 60.8 percent studied the 1st year, 60.8 percent studied Commerce and most of

them studied the major field in “Secretary” (43.9%); the average amount of money received was 2,206 Bahts a month and 44.6 percent received about 1,501-2,500 Bahts; and 44.6 percent of the respondents mentioned that their parents stayed together.

The Group Who Ever Performed Behaviours Leading to Sexual Relationship. This group composed of 124 students, 55.6 percent were males, with the mean age of 16.08 years, the minimal age of 15 years and the maximal age of 18 years; 66.1 percent studied the 1st year, 54.8 percent studied Industrial Vocational Education and most of them studied “Electricity” (44.1%); the average amount of money received was 2,210 Bahts a month, 37.1 percent received about 1,501-2,500 Bahts; and 77.4 percent mentioned that their parents stayed together.

The Group Who Had Had Sexual Relationship. This group was consisted of 110 students, most of them were males (81.8%) with the average age of 16.63 years, the minimal age of 15 years and the maximal age of 20 years; 55.5 percent studied in the 2nd year, 76.4 percent studied Industrial Vocational Education, and 27.4 percent studied the subjects on “Electricity”, “Mechanical Instruments”, and “Motor Vehicles”, each; the average amount of money received was 2,382 Bahts a month, 39.1 percent received 2,501 Bahts and higher; and 83.6 percent mentioned that their parents stayed together.

1.1.2 Attitudes Toward Sexual Behaviours Risky to HIV Infection

Generally, most of the samples had positive moderate attitudes toward sexual behaviours risky to HIV infection while 14.5 percent and 11.5 percent had a ‘high’ level of attitudes and a “low” level of attitudes respectively with the mean score of 40.10 and the standard deviation of 4.56.

Among the group who did not perform sexual behaviours risky to HIV infection, there were 72.9 percent had positive attitudes toward sexual risk taking behaviour of HIV infection with the average mean score of 40.16 and the standard deviation of 4.67. Among the group who ever performed behaviours leading to sexual relationship, 71.8 percent had positive attitudes toward sexual risk behavior with the mean score of 40.81 and standard deviation of 4.57. There were 78.2 percent of the group who had ever had sexual relationship had positive attitudes toward sexual risk behavior, with the mean score of 39.22 and the standard deviation of 4.26.

1.1.3 Self- Control

Most of the samples were found to practice self-control to prevent sexual risk behaviours of HIV infection at a ‘moderate’ level (72.0%) while 16.8 percent and 11.2 percent practiced self-control to prevent sexual risk behaviours of HIV infection at a ‘high’ and a ‘low’ levels respectively, with the mean score of 30.72 and the standard deviation of 4.76.

Among the group who did not perform sexual risk behaviours of HIV infection there were 72.3 percent who had a ‘moderate’ level of self-control, with the mean score of 31.37 and the standard deviation of 4.59. For the group who had performed the behaviours leading to sexual relationship, 74.2 percent had a ‘moderate’ level of self-control to prevent sexual risk behaviours of HIV infection, with the mean score of 31.15 and the standard deviation of 4.19. Among the group of the samples who had ever had sexual relationship, 69.1 percent of them had a ‘moderate’ level of self-control to prevent sexual risk behaviours of HIV infection, with the mean score of 29.25 and the standard deviation of 5.31.

1.1.4 Perceived Roles of Females and Males

There were 67.8 percent of the samples who had a ‘moderate’ level of perceived roles of females and males while 20.0 percent and 12.3 percent had a ‘high’ and a ‘low’ level of perceived roles of females and males respectively with the mean score of 33.68 and the standard deviation of 4.19.

Among the group of those who did not perform any sexual risk behaviour of HIV infection, 67.5 percent had a ‘moderate’ level of perceived roles of females and males, with the mean score of 34.02 and the standard deviation of 3.99. For those who had performed the behaviours leading to sexual relationship, 68.5 percent had a ‘moderate’ level of perceived roles of females and males, with the mean score of 33.81 and the standard deviation of 4.18. Among the group of those who had had sexual relationship, 67.3 percent had a ‘moderate’ level of perceived roles of females and males, with the mean score of 33.01 and the standard deviation of 4.45.

1.1.5 Self-Esteem

Most of the samples had a ‘moderate’ level of self-esteem (72.5%) while 15.3 percent and 12.3 percent had a ‘high’ and a ‘low’ level of self-esteem, with the mean score of 27.97 and the standard deviation of 3.38.

Among the samples who did not have sexual risk behaviour of HIV infection, 73.5 percent had a ‘moderate’ level of self-esteem, with the mean score of 27.93 and the standard deviation of 3.17. For the group who had performed behaviours leading to sexual relationship, 71.8 percent were found to have a ‘moderate’ level of self-esteem, with the mean score of 27.99 and the standard deviation of 3.37. Among those who had had sexual relationship, 71.8 percent had a ‘moderate’ level of self-esteem, with the mean score of 28.01 and the standard deviation of 3.71.

1.2 Enabling Factors

1.2.1 Residential Characteristics

Generally, most of the samples stayed in their own houses (94.7%) whereas 90.8 percent stayed with their parents/guardians.

Among those who did not have sexual risk behaviours of HIV infection, 95.8 percent were found to stay in their own houses whereas 94.0 percent stayed with their parents/guardians. For those who had performed the behaviours leading to sexual relationship, 96.8 percent stayed in their own houses and 90.3 percent stayed with their parents/guardians. And the group who had had sexual intercourse, 90.9 percent stayed in their own houses whereas 86.4 percent stayed with their parents/guardians.

1.2.2 Alcohol Consumption

Generally, 56.7 percent of the samples were found to ever consumed alcoholic beverages while 88.1 percent consumed alcoholic beverages during the last 6 months. Among those who did not have sexual risk behaviours of HIV infection, there were 34.3 percent who had ever consumed alcoholic beverages. Among the group who had performed the behaviours leading to sexual relationship, 62.9 percent ever consumed alcohol beverages. For the group who ever had sexual relationship, 83.6 percent had ever consumed alcoholic beverages.

1.2.3 Frequenting and Having Access to Nighttime Entertainment Establishments and Various Temporary Accommodations

It was found that 36.7 percent of the samples had ever gone to or used the services of nighttime entertainment establishments while 50.0 percent said

that there were some nighttime entertainment establishments located near their residences or their educational institutes and 75.5 percent of them were karaoke places.

Among the samples who did not have sexual risk behaviours of HIV infection, 15.7 percent were found to ever used the services of entertaining establishment, 36.1 percent mentioned that there were some entertaining establishments located 5 kilometers from their residences or their educational institutes whereas most of these establishments were karaoke places (71.7%). For the group who had performed the behaviours leading to sexual relationship, there were 30.6 percent who ever used the services of nighttime entertainment establishments and 54.0 percent indicated that there were some nighttime entertainment establishments located about 5 kilometers from their residences or their educational institutes whereas 79.0 percent of these establishment were karaoke places. Among the group who ever had sexual relationship, 75.5 percent were found to ever used the services of entertaining establishments while 66.4 percent mentioned that there were some nighttime entertainment establishments located 5 kilometers from their residences or their educational institutes. There were 75.3 percent of this group indicated that most of these establishments were karaoke places.

1.2.4 Exposing to or Access to Pornography

It was found that there were 58.3 percent of the samples had ever exposed to pornography whereas 41.2 percent mentioned that they had convenience to expose to those pornography.

Among the group who did not have sexual risk behaviours of HIV infection, 33.1 percent had ever exposed to pornography while 21.8 percent of this group mentioned that they received convenience to using these pornography. For the group of the samples who had behaviours leading to sexual relationship, 64.5 percent had ever exposed to pornography and 33.8 percent said that it was convenient for them to use those pornography. Among the samples who had ever had sexual relationship there were 89.1 percent who had ever exposed to pornography whereas 58.2 percent mentioned that it was convenient for them to expose to those pornography.

1.2.5 Convenient Access to Condoms

There were 43.0 percent of the samples who had ever bought or received condoms. Among the group who had ever had sexual relationship, 86.4 percent had ever bought or received condoms. For the group who had behaviours leading to sexual relationship, 39.5 percent had ever bought or received condoms while 16.9 percent of the group who did not have sexual risk behaviours of HIV infection mentioned that they had ever bought or received condoms.

Generally, 93.6 percent of the samples received convenience in buying or receiving condoms from various sources. Among the group who ever had sexual relationship, there were 96.9 percent said that it was very convenient for them to buy or receive condoms. The second group who had gotten convenience for buying or receiving condoms (91.8%) were those who had the behaviours leading to sexual relationship. For the group of those who did not have sexual risk behaviours of HIV infection there were 85.7 percent of them mentioned that they received convenience for buying or receiving condoms.

In regard to the adequacy of the places for buying or receiving condoms, most of the 3 groups said that the number of places for buying or receiving condoms was adequate. Among the group who did not have sexual risk behaviour of HIV infection, 78.6 percent indicated that the number of the places for buying or receiving condoms was adequate while 78.1 percent and 71.4 percent of the groups who ever had sexual relationship and who had performed behaviours leading to sexual relationship respectively mentioned that those places were adequately available.

In regard to the appropriateness of the distance for going to buy or to get condoms, most of the 3 groups answered that the distance was appropriate. There were 84.4 percent of the group of those who ever had sexual relationship indicated that the distance was mostly appropriate. The second group was those who did not have sexual risk behaviour of HIV infection (71.4%) and lastly, the group of those who had behaviours leading to sexual relationship (69.4%) respectively.

For the appropriateness of the condom's price, it was found that most of the 3 groups mentioned that the condom's price was appropriate. Among the group who had ever had sexual relationship, 69.8 percent answered that the price

was appropriate while the second and the third groups were those who did not have sexual risk behaviour of HIV infection (53.6%) and the group who had performed the behaviours leading to sexual relationship (51.0%) respectively.

Among the group who had had sexual relationship, 96 cases have ever bought or received free condoms. There were 42.7 percent indicated that the most convenient place to get condom urgently was “keeping condom with them all the time” (42.7%). In case of non-availability of condom, higher than half of the samples answered that they will have sexual relationship without using condom (57.3%)

1.3 Reinforcing Factors

1.3.1 Agreement With Friends in Regard to Sexual Risk Taking Behaviour on HIV Infection

The high percentage of the samples did not agree with friends in regard to sexual risk taking behaviour of HIV infection at a ‘moderate’ level (70.3%), 15.0 percent and 14.8 percent had disagreement at a ‘high’ and ‘low’ levels respectively, with the mean score of 33.62 and the standard deviation of 8.59.

Among the samples who did not have sexual risk behaviour of HIV infection, most of them disagreed with their friends at a ‘moderate’ level (62.0%) with the mean score of 32.94 and the standard deviation of 9.76. There were 75.0 percent of the group who had performed the behaviours leading to sexual relationship had a ‘moderate’ level of disagreement with friends, with the mean score of 34.35 and the standard deviation of 8.03. Among the samples who had had sexual relationship, 77.3 percent had a ‘moderate’ level of disagreement with friends, with the mean score of 33.80 and the standard deviation of 7.19.

1.3.2 Sex-Related Communication in the Family

There were 58.3 percent of the samples who had a ‘moderate’ level of sex-related communication in the family and 22.0 percent and 19.8 percent had a ‘high’ and ‘low’ levels of sex-related communication in the family, with the mean score of 5.80 and the standard deviation of 3.89.

Among the group who did not perform sexual risk behaviour of HIV infection there were 53.0 percent who had a ‘moderate’ level of sex-related communication in the family, with the mean score of 4.44 and the standard deviation of

3.82. For the group who had the behaviours leading to sexual relationship, 58.9 percent had a ‘moderate’ level of sex-related communication in the family, with the mean score of 6.36 and the standard deviation of 3.82. And among the group who had had sexual relationship, 64.5 percent had a ‘moderate’ level of sex-related communication in the family, with the mean score of 7.23 and the standard deviation of 3.41.

Part 2: Sexual Risk Behaviours of HIV Infection of the Samples

2.1 Sexual Risk Behaviours of HIV Infection

The study showed that 41.5 percent of the samples performed sexual risk behaviours of HIV infection and the percentage of those who had performed behaviours leading to sexual relationship was found to be higher than of those who ever had sexual relationship (31.0 percent and 27.5 percent respectively).

2.2 Behaviours Leading to Sexual Relationship

Among the respondents who had performed behaviours leading to sexual relationship but never had sexual relationship, 39.5 percent performed one behavior while 25.0 percent were found to perform ‘2’ and ‘3’ behaviours each. Among those who ever had relationship, half of the group (50.9%) had 5 behaviours leading to sexual relationship whereas the common behaviour found most among the 2 groups was “the demonstration of affection with lovers or the opposite sex by holding hands and putting arms on shoulder or wrist”

2.3 Ever Had Sexual Relationship, Condom Use and Procedures of Using Condom

Ever Had Sexual Relationship

There were 110 students who ever had sexual relationship, 31.8 percent had their first sexual relationship at the age of 15 years with the maximal age of 18 years and the minimal age of 11 years respectively. In regard to gender, it was found that the highest percentage male and female students had had sexual relationship at the first time at the age of 15 years (32.2% and 30.0% respectively). Among the male group, the minimal age of having sexual relationship at the first time was 11 years old comparing to the minimal age of having sexual relationship at the first time among female students of 14 years old. The similar maximal age of both male and female students who had their first sexual relationship was 18 years old.

Condom Use And Procedures of Using Condom

For their previous sexual relationship, 31.8 percent of them used condoms every time while 62.7 percent and 5.5 percent used condoms ‘sometimes’ and ‘never used’ respectively. In regard to gender, 33.3 percent of male students mentioned that they used condom every time when they had sexual relationship comparing to 25.0 percent of female students. There were 6.7 percent of the male students who never used condoms when they had sexual relationship.

In regard to the procedures of using condoms which included the steps of checking, how to put the condom in and how to take the condom out, 80 percent of the samples were found to use condom correctly in every step except the practice concerning “ Not reusing the used condom” whereby 78.8 percent of the samples performed this behavior. In regard to gender, the higher percentage of the male samples were found to follow the procedures correctly than of the female samples (or females’ partners) except for the following procedures: “Pressing the condom’s margin to let the air out before putting condom to the erected penis”; “Putting the condom in by having the condom’ margin out and slide smoothly to the base of penis”; “Not reusing the used condom”; and “Putting the used condom in the garbage bin”, whereby the lower percentage of male students were found comparing to the female students (or their partners).

There were 47.1 percent of the samples were found to perform all steps correctly while 52.9 percent performed some steps correctly and no respondent was found to perform all steps incorrectly(0.00%). In regard to sex, the percentage of male students who performed all steps correctly was lower than the female students (45.2% and 55.0% respectively).

Part 3: The Analysis of The Relationship Between Predisposing, Enabling and Reinforcing Factors and Sexual Risk Behaviours of HIV Infection By Using Chi-Square and ANOVA

The predisposing factors that were found to relate significantly with sexual risk behaviours of HIV infection were: gender; age; class level; major field of study; attitudes toward sexual risk behaviours of HIV infection; and self-control. The predisposing factors that were found not relate to sexual risk behaviours of HIV

infection were: the amount of money received monthly; status of the parents' relationship; perceived roles of females and males; and self-esteem.

The enabling factors that were found to relate significantly with sexual risk behaviours of HIV infection were: the person whom the students stay with; alcohol consumption; frequenting and having access to nighttime entertainment establishments and various temporary accommodations; access to pornography; and convenient access to condoms from various sources. The factors that did not relate the sexual risk behaviours were: the residents of the samples; convenient access to condom in regard to availability of the places for buying or receiving condoms, the appropriateness of the distance to buy or to ask for condom, and the appropriateness of the condom's price.

The reinforcing factor found to relate significantly with sexual risk behaviour of HIV infection was sex-related communication in the family. The factor regarding "agreement with friends in regard to sexual risk taking behavior of HIV infection" was found to not relate to sexual risk behaviour of HIV infection.

Discussion

Predisposing Factors

Gender. It was found that male samples had sexual relationship risky to HIV infection 3 times more than female students. This finding should be due to the fact that when males and females enter puberty the change of sex hormones stimulates sexual emotion and will lead to sexual desire in both groups. But naturally, with the sexual desire occurred, females will be able to control their sexual emotion and desire better than males. Sucha Janame (1986, cited in Anong Cheerapun, 2001: 141) indicated that sexual emotion of females occurred slowly than males. At the same time, there are some difference of sexual relations between males and females. For females, it usually started with friendship and then lead to love and sexual relationship while for males, sexual relationship can be started without love. This finding was agreed with the previous related studies which was found that significantly higher

proportion of having sexual relationship and sexual risk behaviours was found among males than females (Sarunya Bunnark, 2004: 14-21; Darawadee Nuntakhung, 2007: 85-101; Aungkana Petkal, 2008: 100-103).

Age. The age of the samples who did not perform sexual risk behaviours of HIV infection was found to be younger than the group who had ever had sexual relationship ($\bar{x}$ = 16.04 and 16.63 respectively), and the age of the group who had behaviours leading to sexual relationship was younger than those who had ever had sexual relationship ($\bar{x}$ = 16.04 and 16.63 respectively). This finding should be due to the fact that the physical and sexual developments of adolescents occur in accordance with the increasing age. Because of the change of the sex hormones and the sexual drives, adolescents are curious to try some new sex-related activities. This principle was agreed with Sigmund Freud and his Psychoanalytic theory (Sigmund Freud and his Psychoanalytic theory cited in Suputta Pintapataya, 1984: 47-49) which was found that sexual development of the middle adolescent period fit with the 5th stage of Psychoanalytic theory which is Genital Stage. Adolescent's satisfaction will occur because of the drives derived from sexual maturity which will lead to sexual relationship with opposite sex and sexual needs.

Class Level. The second year students were found to practice sexual risk behavior of HIV infection more than the first year students (36.3% and 21.2% respectively). This finding could be explained that the higher class level was composed of the higher age group of students who may have various increasing experiences which may affect students' opinions, attitudes, and practices including the fact that adolescents are the age-group that are going to be adults, therefore, they will try to imitate adults' behaviours and want to behave like adults (Ubolratana Pengsatit, 1999: 238). This finding was agreed with one previous study which was found that there was a relationship between class level and sexual risk behaviours (Supreeya Tansakul et al., 2003: 1-13)

Major Field of Study. The students who studied other fields of study (Home Economics; AGRICULTURE, AND Travel Industry) had sexual relationship

risky to HIV infection more than those students who studied Industry and Commerce (42.9% and 37.0% and 11.2% respectively). This finding should be due to the fact that there are differences between the two groups of major fields of study in regard to subject's characteristics and learning models. These differences make students to adjust themselves and their personality in order to fit with those learning characteristics. Besides, the difference of subjects' contents may affect students' perception, opinions' and inspirations which may lead to different behaviours. Another point is the major fields of study like Industrial, Agriculture, etc., most of the students enrolled in these fields were males while most of female students enrolled in the fields of Home Economics, Travel, and Commerce. The gender difference in each major field of study may affect students' behaviours. This finding was agreed with the study of Supreeya Tansakul et al. (2003: 1-13) who found that there was a relationship between the college/school major field of study and sexual risk behavior.

Attitudes Toward Sexual Risk Behaviour of HIV Infection. Attitudes toward sexual risk behavior of HIV infection of the sampled group who had the behaviours leading to sexual relationship was found to be higher than the group who ever had sexual relationship ($\bar{x}$ = 40.8 and 39.22 respectively). This finding should be due to the fact that a person's attitudes affect on his/her actions. Attitudes affect desirable or undesirable sexual relationship of the person. If a person has been aroused continuously by various media that are intended to excite people sexually, these media may cause adolescents' deviated opinions that can change the undesirable things to the normal things because the person get used to them. Moreover, the person may take those things as ones of the person's normal life (Sawapa Wachirarojnapaisarn, Editor, 2005: 7-11).

Self-Control. The higher level of self-control were found among the samples who did not have sexual risk behaviour of HIV infection than those who had ever had sexual relationship ($\bar{x}$ = 3.37 and 29.25 respectively). Higher level of self-control was also found among the sampled group who ever had performed the behaviours leading to sexual relationship than those who had ever had sexual relationship ($\bar{x}$ = 31.15 and 29.25 respectively). This finding can be explained that the

students who had higher level of self-control they will be able to strongly themselves not to perform undesirable sexual behaviours. This finding was congruent with the previous studies which were found that there was a relationship between self-control and sexual risk behaviours (Phanorvadee Chanthana, 2004: 102-112; Wannasiri Pintong, 2006: 78).

Enabling Factors

The Person Whom The Students Stay With. The students who stay with other person (friend of the same sex, girlfriend or boyfriend/lover, and stay alone) had more sex relationship leading to HIV infection than those who stay with relatives and parents/guardians (55.6%, 26.3% and 26.2% respectively). This finding should be due to the fact that students who stayed with other persons besides their parents/guardians may lack of closed attention, have more freedom for live their own lives, can make their own decisions especially undesirable behaviours, for example, going to the nighttime entertainment establishments, going out with girlfriend or boyfriend, alcohol drinking, or viewing pornography, etc. Besides, staying with friends may cause students perform the same undesirable behaviours as of their friends since during this age, peer group plays very great role in forming adolescents' attitudes, interest, values, and various behaviours. Peer group usually has more influences on adolescents than their parents (Ubolratana Pengsatit, 1999: 237).

Alcohol Consumption. It was found that the students who ever consumed alcoholic beverages had performed sexual risk behaviours of HIV infection more than those students who never consumed alcoholic beverages, 40.5 percent and 10.4 percent respectively, and had performed the behaviours leading to sexual relationship more than those who never consumed alcoholic beverages (34.4% and 26.6% respectively). This finding can be explained that alcohol consumption is mostly caused by curiosity and imitation as well as wanting to be sociable. Alcohol consumption affected the consumers get drunk, lack of consciousness, lack of ability to delay gratification in having sexual relationship. This situation made adolescents be closer to their girlfriends/boyfriends or the opposite sex which may lead to sexual

relationship. This finding was agreed with the previous studies which were found that the adolescents who consumed alcoholic beverages had sexual relationship more than those who did not consumed alcoholic beverages (Sarunya Bunnark, 2004: 18; Darawadee Nuntakhuang, 2007: 95).

Frequenting and Having Access to Nighttime Entertainment Establishments and Various Temporary Accommodations

Frequenting to Nighttime Entertainment Establishments and Various Temporary Accommodations. It was found that the students who ever gone to nighttime entertainment establishments and other temporary accommodations had sexual risk behaviours of HIV infection more than those who never used the services of nighttime entertainment establishments, 56.5 percent and 10.7 percent respectively. This finding should be due to the fact that going to nighttime entertainment establishments provided opportunity for the students meet with the opposite sex, expose persuasive surroundings that aroused their sexual needs, for example, dim and colorful atmosphere, limited spaces where they can touch the opposite sex, etc. These environments arouse adolescents' sexual emotion and feeling coupled with seeing other person do public demonstrations of affection with their lovers or friends of opposite sex by holding hands, putting arm around waist, kissing, necking and petting, etc. which may make the adolescents imitate those behaviours and lastly, lead to sexual relationship.

Having Nighttime Entertainment Establishments and Other Accommodations Located Nearby Students' Residents or Educational Institutes.

It was found that the students who mentioned that there were nighttime entertainment establishments and other accommodations located nearby their residents or educational institutes had sexual relationship risky to HIV infection more than those whose residents/ educational institutes were not located near nighttime entertainment establishments and other accommodations, 36.5 percent and 18.5 percent respectively. This finding can be explained as having nighttime entertainment establishments / other accommodations nearby their residents/ educational institutes may arouse

adolescents' the needs for going out to use the services of those nighttime entertainment establishments as well as being curious to try and to know those places. This curiosity coupled with the situation that their friends used to go out to those nighttime entertainment establishments, the adolescents wanted to imitate their friends' behaviours as well as to imitate other adult' behaviours, for example, smoking, alcohol drinking, or sexual activities (Ubolratana Pengsatit, 1999: 238).

Exposing to or Access to Pornography

Exposing to Pornography. It was found that the students who ever exposed to pornography had sexual relationship risky to HIV infection more than those who did not expose to, 42.1 percent and 7.2 percent respectively. This finding should be due to the fact that at present, most of the adolescents had experiences of using sex-related media which is normal in accordance with sexual development of this age group who need to learn about sex, be curious, be interested in the opposite sex. But this type of learning is not appropriate. After adolescents have seen the examples from this pornography, one of the learning outcomes was the driving force that makes adolescents want to try the real sexual experience. This finding was agreed with the previous studies which were found that media influenced adolescents' sexual behaviours (Darawadee Nuntakhuang, 2007: 95; L'Engle, et al., 2006: 186-192; Brown, et al., 2006: 1018-1027).

Convenience of Exposing to Pornography. It was found that the students who had convenience of exposing to the sex-arousal media had performed sexual relationship risky to HIV infection more than those who did not have convenience, 59.4 percent and 29.9 percent respectively. This finding should be due to the fact that at present pornographic media are very easy to be accessed, for example, VCD, DVD, books, Cartoon, etc. These pornographic media can be brought easily with low prices, can be rented from media shops, or even can be borrowed from friends, including internet shops where children and adolescents can get services and view pornographic websites and pornographic clips easily, without anybody to supervise or remind them. This finding was agreed with the study carried out in foreign country (Brown, et al.,

2005: 420-427). This study was carried out with the adolescents females and it was found that the earlier maturing girls usually listen to music, read magazines that contain sex-related contents, watch restricted movies, and agree with the idea that adolescents can have sexual relationship. Therefore, media are adolescents' sexual super peer for seeking sex-related information because sex-related contents contained in media are ubiquitous and easily accessible.

Convenient Access to Condoms. It was found that the students who received convenience to buy or receive condoms free of charge had ever had sexual relationship more than those who did not have convenience to buy or get free condoms (79.5% and 42.9% respectively). This finding should be due to the fact that the convenience to buy or to get free condoms from various sources will be enable them to have sexual relationship easily. These adolescents may think that if they can buy or to get free condoms easily and conveniently they can have sexual relationship with their sexual partners without worrying about pregnancy or getting HIV infection or other sexually transmitted diseases. Thus, this convenience will enable adolescents to have sexual relationship easily.

Reinforcing Factors

Sex-Related Communication in the Family. It was found that the students who did not have sexual risk behaviours of HIV infection had less sex-communication in the family than those who performed behaviours leading to sexual relationship and those who had sexual risk behaviours of HIV infection ($\bar{x}$ = 4.44, 6.36 and 7.23 respectively). This finding was disagreed with the result of many studies which were found that sex-related communication or education in family heaped to lower or prevent adolescent's sexual risk behaviours. The finding of this study can be explained that receiving sex-related information from parents only may not enough for forming adolescents' appropriate sexual behaviours. The consideration should be made on the quality of the communication, including methods, contents, communication level, appropriate time, and parents' sex education knowledge. As was evidenced in the study by Chanya Dischareon (2005: 65-66) that the communication

between father and mother about sexual risk situation had negative relationship with sexual risk behaviours at a 'low' level. This finding showed that if parents performed a 'low' level of communication about sexual risk situation with their adolescent children, the adolescents will have a 'high' level of having sexual risk behaviours. Beside, if the 'low' level of sexual risk situation communication was performed by parents to their adolescent children, the adolescents may receive inadequate knowledge to help them have appropriate sexual behaviours. Beside, when the consideration was made about the research design of this study whereby cross-sectional design was used, this research design is a type of research that was made at one specific time therefore it can not be said that what occurred before what, what was the cause or what was the outcome. Therefore, the result of the study found that there was a sex-related communication in the family among the sampled students who had sexual risk behaviours more than those who did not have sexual risk behaviours, it could not be concluded that the level of sex-related communication in the family is high the high level of sexual risk behaviours among students will be. Among students who already had sexual risk behavior it is necessary for parents to teach additional sex-education to their children. For the students who do not have sexual risk behavior, the parents/guardians feel that it is not necessary to teach additional sex education information for them.

Recommendations

The researcher found that the application of PRECEDE Framework for determine the variables and formulate the research conceptual framework. So the researcher could study all of the variables related to students' behavior. Besides, the researcher could use predisposing, enabling and reinforcing factors affecting students' behaviours as the guideline for planning and implementing a plan for modifying sexual behaviours appropriately and relevantly with adolescents' content.

Development of Activities in the Educational Institutes

In implementing a health education program in Vocational Education Institute, it is necessary to add sex education into the program by adding the contents regarding attitudes, values, self-control, management of emotion and needs, human relationship among teenagers, understand thoroughly about media and pornographic media, skills of using condom appropriately and efficiently for preventing HIV infection. Beside, the Institutes should work cooperatively with family and medical and public health personnel. In setting a health education model, mutual understanding should be made between parents, teachers and public health personnel in regard to meaning and children's perception about sex and students should have a high level of participation in the activities. In regard to teachers/instructors, their attitudes toward sex and toward teaching sex-education should be improved. Teachers should take the roles to help students learn and to guide them the appropriate and correct direction including using appropriate health education teaching methods for adolescent students, for example, changing the role of teacher to be friend and guide in order to help students feel free to ask question and consult about sex-related problems.

Beside, as the results of this research showed that most of the sampled students had experiences about alcohol consumption, using the services of nighttime entertainment establishments, and viewing pornographic media which were the stimuli that made students had risk opportunities to perform sexual risk behaviours, therefore, in implementing health education program in educational institutions skill of self-control should be promoted in order to enable students manage and control themselves from those undesirable stimuli.

Parents or Guardians

As it was found that there was a relationship between sex-related communication in family and sexual risk behavior, and most of the students had sexual relationship at the first time at the age of 15 years old, with the minimal age of 11 years, therefore, parents and guardians should start sex-related communication with their children earlier, may be when children enter primary education. Another important aspect that parents/guardians should be in interested in is environment of

children. Because at present, it was found that various environments surrounding children aroused children to try about sex-related activities. This situation was agreed with the research result that there was a relationship between the factors regarding going to use the services of entertaining establishments, alcohol consumption, exposing and the access to pornography and sexual risk behaviours. Therefore, parents should pay closed attention to their children's environments.

Other Organization Related to Educational Institutes

1. Medical and public health personnel should organize a training program on sex education by applying and modifying contents and methods to be the modern ones and be appropriate with adolescents' interests and needs, and a follow-up program should also be done continuously.

2. The collaboration should be made among the organizations related to dormitory's organization in order to make and manage dormitories' regulations in accordance with the Dormitory Act B.E. 2507.

3. The laws or regulations accordingly to the Service Place Act B.E. 2509 should be enforced strictly, for example, not selling alcoholic beverages to children under 18 years, children under 18 years are not allowed to work in the night entertaining establishments, children under 20 years are not allow to use services in the night entertaining establishments. Beside, the building of entertaining establishments should be controlled by not be allowed to be near schools or educational institutes, youth club, or dormitories, in accordance with the lows regarding dormitorices, including checking Identification Card of the customers of temporary accommodations seriously.

4. As it was found that most of the samples got convenience to buy or receive free condoms, from automatic condom selling machine and sex-related training program, but in Phatthalung it was found that there was no automatic condom selling machine installed in educational institutes. Therefore, this type of autonomic machine should be installed in educational institutes or department stores since it will be one channel for solving problems and obstacles of the access to condoms.

Recommendations for Furthering Researches

1. Qualitative research should be carried on by using in-depth interview with the adolescent group who never had sexual relationship comparing with those who ever had sexual relationship. Besides, the interview should be done with the adolescent groups who have known about sexual risk behaviours of their friends which can help to understand thoroughly sexual risk behaviours.

2. The results of the study of the variables from this research project should be applied for organizing a health education project aiming to change behaviours by organizing health education activities to promote appropriate attitudes toward sex and skill of self-control in order to help students be able to manage extrinsic stimuli effectively for example, going out to nighttime entertainment establishments, alcohol consumption, exposing and using pornography.

3. In organizing health education program in regard to adolescents' sexual behaviours, the emphasuis should be placed on skills in effective use of condom, with appropriate procedures and every time when having sexual relation.

4. In carrying out furthering research, self-esteem in relation to sex should be the research topic.

5. Using the 5-score-rating scale with 5 choices may be difficult to answer by the respondents since most of them tended not to choose the 'highest' and the 'lowest' choices and oftenly selected one of 3 choices as 'high possibility', 'moderate possibility', and 'low possibility'. Most of the respondents were found to select the middle choice which will make the variables' value did not vary as the way that it should be.

บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษาชายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). วิจัยสถานการณ์เรื่องเพศของวัยรุ่น [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://www-dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=726. [30 กันยายน 2550].
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการให้การปรึกษาเรื่องเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กลุ่มงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กองกรมโรค. (2550). การสำรวจพฤติกรรมทางเพศและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ddc.moph.go.th/-module/html/data20.htm>. [15 ธันวาคม 2550].
- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2550). วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย รายงาน ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2550 [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://www.aidsthai.org/main.php?filename=sathana01_20071113 [18 มีนาคม 2551].
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2543). รู้ทันเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 8). ม.ป.ท.
- กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). บทบาทหญิงชายกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2550). เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://rh.anamai.moph.go.th/Knows6.htm>. [15 ธันวาคม 2550].
- กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2539). คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันเอดส์สำหรับเยาวชน. อุดรธานี.

- กาญจนา แก้วเทพ. (2543). มิติทางเพศ: มุมมองทางสังคม. ใน ทองกร ชันธิงค์ และคณะ (บรรณาธิการ), สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 21-23 เมษายน 2542 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร (หน้า 191-192). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กิตติพงศ์ พลเสน. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม. (2540). Advances on AIDS: Pathogenesis and Therapy. ใน สิริ เชื้อชาญวิทย์ (บรรณาธิการ), Color Atlas of HIV Infection (หน้า 2, 16). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พีบีฟอเรนส์ บুকส์ เซนเตอร์.
- กุสุมาวดี เรืองแก้ว. (2549). เจตคติต่อค่านิยมทางวัฒนธรรมไทยบางประการและจิตลักษณะที่พยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2548). พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- คนพักแรม. (16-31 กรกฎาคม 2545). บังกะโลมหายมีมากมายในเมืองลุง. แหยมไท, หน้า 3.
- คณะทำงานด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ เพื่อกลุ่มเป้าหมายที่ 4. (2535). คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- เครือทิพย์ จันทธานีวิวัฒน์ และนัยนา เนตรทิพย์. (2545). สถานการณ์โรคเอดส์ภาคใต้ พ.ศ. 2527-2545. อัดสำเนา.
- โครงการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2551). อารมณ์กับการควบคุมตนเอง [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://www.childrenhospital.go.th/main/-topic/link_pages/index_link_takecare.htm [10 มิถุนายน 2551].
- จรงรัตน์ เทพยา. (2545). ปัจจัยที่ส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส ของนักศึกษาโรงเรียนอาชีวศึกษาเอกชน จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารอาชีวศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.

- จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์. (2544). การรับรู้บทบาทหญิงชายและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาชายและหญิงระดับอุดมศึกษา จังหวัดอุดรธานี. ใน บุญผา ศิริศรีสมบัติ จรรยา เศรษฐบุตร (บรรณาธิการ). (2545). รายงานการวิจัย โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 2 (หน้า 66-68). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จังหวัดลพบุรี. มานรุด คมเข้มที่פקเลียงกฎหมาย. (1-15 มิถุนายน 2547). แหลมไทร, หน้า 3,11.
- จันทน์ภัก ทิพย์ธร. (2548). ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่น ในอำเภอชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต, (การพัฒนาครอบครัวและสังคม) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิตรภาณิน เอี่ยมอู่. (2549). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมตนเองไม่ให้เกิดเกี่ยวข้องกับอบายมุขของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จิรพรรณ อินทา. (2542). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑามาส แสงทองดี. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนโรงเรียนนายร้อยตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2539). พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจริญ ปราบปรี. (2547). ปัจจัยที่มีผลกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนมัญญา วรกวิน และลินดา สุวรรณดี. (2547). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ของนักศึกษาชายในสถาบันอุดมศึกษา. ม.ป.ท.

- ชญญา ดิษเจริญ. (2548). การสื่อสารระหว่างบิดามารดากับสตรีวัยรุ่น และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยนรินทร์ ชีรไชยพัฒน์. (2546). พฤติกรรมการบริโภคของเยาวชนวัย: กรณีศึกษานักศึกษาระดับอุดมศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชาติ แจ่มนุช. (2538). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมการสำนทางเพศของเยาวชนชาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญณรงค์ อรรถบุตร. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เช็กซ์ที่ปลอดภัย. (2550) [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://sex.sanook.com/sex/safetysex/-safety_01214.php. [30 กันยายน 2550].
- ฐานข้อมูลโครงการก้าวอย่างเข้าใจ. (2550). [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.teenpath.net/-teenpath/database/Map.asp> [18 มีนาคม 2551].
- จิยาพร กันตารณวัฒน์. (2546). การศึกษาจิตลักษณะบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการเสี่ยงทางเพศและทางการใช้ยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณัฐนันท์ คงคาลวง . (2548). เหตุผลของการมีพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกันในสตรีวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐพร สายพันธุ์. (2546). พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ณัฐนันท์ วิชัยรัมย์. (2545). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- คณพร ปิ่นทะวงศ์. (2550). พฤติกรรมการซื้อขายและใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ สำนักงานบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- ดวงหทัย นุ่มนวน. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดาราวดี นันทขว้าง. (2550). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, ปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 ในจังหวัดลำพูน ปี 2548. วารสาร โรคเอดส์, 19, 85-101.
- ถิรพงษ์ ถิรมนัส. (2537). ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์จากเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักศึกษาชายระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, (วิทยาการระบาด), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไทยโพสต์. (19 กันยายน 2550). รัฐเปิดปากเอง ควบคุมเอดส์ในไทยล้มเหลว ตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่พุ่ง "ลัดดา" ไม่ฟันธงโฆษณา 'ช็อคอกพอกง' ช่วยเพศสัมพันธ์ ชี้โฆษณาโรลออนหนักกว่า เปรียบผู้หญิงเป็น "แรด" สังคมกลับเฉย [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thaipost&iDate=1/Jan/2551&news_id=148381&cat_id=200100 [18 มีนาคม 2551].
- ธนวรรณ อัมสมบุญ. (2536). พฤติกรรมเสี่ยงกับปัญหาการติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา กลุ่มทหาร และกลุ่มตำรวจ. ใน สมักร เวชจันทร์ฉาย (บรรณาธิการ), กลวิธีและกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา กลุ่มทหาร และกลุ่มตำรวจ (หน้า 27). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธนตถณ ตะพังพินิจการ. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชายในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- ธรรมนูญ กิติกุล. (2542). คำแนะนำการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักเรียนนายร้อยตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นราวุธ สิ้นสุพรรณ. (2548). พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชาย ในสถาบันอุดมศึกษา แห่งหนึ่งในเขตอีสานใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นวลตา อาภาศัพทกุล. (2549). เพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่มาใช้บริการ ในแหล่งชุมชนวัยรุ่น กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร. สงขลานครินทร์เวชสาร, 24(6), 475-482.
- นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. (2547). พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น: พัฒนาการหรือความเปี่ยงเบน [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaifamilylearning.com/htmlk/> [13 พฤศจิกายน 2550].
- นิกร คุสิตสิน. (2543). ไขปัญหา-รักษาสุขภาพ เรื่อง การมีประจำเดือน. ภาควิชาสรีรวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pharm.chula.ac.th/physiopharm/2543_sem2/7/frame.html [10 เมษายน 2551]
- นิตยา จันทรเรือง มหาผล. (2547). ฝ่าไฟแดง-ออร์ล เติงเอดส์ โฉนยมเลียงตั้งครรภ์ ตะถึง ม. 5 กามโรคอื้อ [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://board.narak.com/topic_light.php?No=17058 [18 มีนาคม 2551]
- นิรมล เมืองโสม. (2543). วัฒนธรรมทางเพศ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงเขตเมือง: กรณีศึกษาจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตรการแพทยและสาธรรณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรุจน์ อุทธา และกนกวรรณ แก้วปา. (2544). รายงานการวิจัยเรื่อง บทบาททางเพศของวัยรุ่นหญิงชายภายหลังการสอนทักษะชีวิต. ใน บุปผา ศิริศรีมี จรรยา เศรษฐบุตร (บรรณาธิการ). (2545). รายงานการวิจัย โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 2 (หน้า 270-276).
- นิมิตร เทียนอุดม. (2545). จับไก่. ใน เอกสารบทความเรื่องโรคเอดส์ วันรณรงค์รวมใจต้านภัยโรคเอดส์ ปี 2546 (หน้า 13). คณะทำงานประชาสัมพันธ์ควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดพัทลุง.

- นิรัตน์ อิมามี. (2550). การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย. ใน เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชา PHHE 616 Program Planning & Evaluation in Health Education (หน้า 3). มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.
- นุชลดา โรจนประภาพรรณ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดากับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตอนต้น ศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญยานุช เดชบริบูรณ์. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายในวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดตาก. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญสิน ผิวขาว. (2548). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนเอกชนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารอาชีวและเทคนิคศึกษา ภาควิชาบริหารเทคนิคศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ปรัชญา พรหมวงษ์. (16-30 ธันวาคม 2547). ฝึกหรือทิ้งเด็กให้พึ่งตนเอง. แหลมไทย, หน้า 6.
- ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ. (2548). รายงานการศึกษาวัยัย เรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาภาคใต้. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2544). โรคเอดส์และตัวท่าน [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.geocities.com/-hivnat/praphanoids2001.html> [13 พฤศจิกายน 2550].
- ประภาศรี โอภาสานนท์. (2537). จิตวิทยาและการแนะแนวเด็กวัยรุ่น: เอกสารประกอบการสอนวิชา 1053501. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
- ประสาธ อิศรปรีดา. (2523). จิตวิทยาวัยรุ่น. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปรีชา คัมภีร์ปกรณ. (2540). ครอบครัวและพฤติกรรมนักเรียนวัยรุ่น. ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, สาขาวิชาศึกษาศาสตร์, เอกสารการสอนชุดวิชา 22305 พฤติกรรมวัยรุ่น หน่วยที่ 1-8 (หน้า 61). (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

- ปรีชา วิหกโต. (2540). จิตวิทยากับพฤติกรรมวัยรุ่น. ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, สาขาวิชา
ศึกษาศาสตร์, เอกสารการสอนชุดวิชา 22305 พฤติกรรมวัยรุ่น หน่วยที่ 1-8 (หน้า 1-
44). (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปวีณา สายสูง. (2541). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาในระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน. การ
ค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เปรมฤทัย ขนนไทย. (2548). องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของ
นักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนปทุมพิทยาคม จังหวัดอุบลราชธานี. ปริญญานิพนธ์
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ผู้จัดการออนไลน์. (2548). สข. เผยวัยรุ่น 3 ล้านผ่านการมีเซ็กซ์ แกรม 6 แสนคนมีถุงยาง [Online].
เข้าถึงได้จาก: <http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=-9480000022468> [30 กันยายน 2550].
- พนม เกตุมาน. (2549). การสอนเพศศึกษาตามพัฒนาการทางเพศ. จุลสารสายใยเพื่อวัยรุ่น(5), 8-12.
_____. (2551). พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น [Online]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.psychlin.co.th/new_page_78.htm [11 มิถุนายน 2551].
- พนอวดี จันทนา. (2547). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ใน
ชุมชนเกาะสมุย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน
ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พรสุข หุ่นหิรันดร์. (2545). เอกสารคำสอนพฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา (สข 531). มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ คณะพลศึกษา ภาควิชาสุขศึกษา.
- พุกยา บุญบุญ. (2549). ทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมของนักศึกษามหาวิทยาลัยในเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (จิตวิทยาชุมชน)
สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. (2547). จิตวิทยาและพัฒนาการทางเพศ. วิทยาลัยการศึกษาทางไกล
อินเทอร์เน็ต มหาวิทยาลัยอีสต์แฮมป์ไชร์ [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://www.loveed.biz/-1_sub_Sara.asp?id=100070 [3 มิถุนายน 2551].
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. (2550). วัยรุ่นกับความรักที่ปลอดภัย. วารสารหมอชาวบ้าน, 28(334), 43.

- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ). (2541). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งแสง.
- พิสมัย นพรัตน์. (2543). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิไลลักษณ์ พึ่งพิบูลย์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. (2549). พัฒนาการมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมดาเพรส จำกัด.
- ภาวัน ภูวบุญกุล. (2546). ความคิดเห็นของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, (สังคมวิทยาประยุกต์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- มธุรดา เจริญทวีทรัพย์. (2545). แนวทางในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาในครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนทิรา ทองสาร. (2549). สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ HIV/AIDS. วารสารกรุงเทพฯ รู้ทันเอดส์, 15(78), 7-9.
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก. (2550). สื่อถามก ภัยคุกคามเด็ก [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.iamchild.org/factsheet/fact01-2.html> [13 พฤศจิกายน 2550].
- เมอร์ล เบเรอว์ และสุนันดา เรย์. (2539). สตรีร่วมใจสู้ภัยโรคเอดส์. (ประเสริฐ ต้นสกุล, วิรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และกิตติ นพคุณ, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: โครงการโรคเอดส์ สภากาชาดไทย.
- ยุวดี เทียนชมประสิทธิ์. (2536). จด 323 จิตวิทยาวัยรุ่น: เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน คณะศึกษาศาสตร์ ภาควิชาการแนะแนวจิตวิทยาการศึกษา.
- ระวีวรรณ กันวี. (2547). ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและด้านจิตลักษณะที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- รัตนา พุ่มสวรรค์. (2544). ค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาปริญญาตรี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง. ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- รุ่งเรือง เลิศอุพนิจ. (2544). ทัศนคติของเด็กวัยรุ่นต่อการมีสัมพันธ์ทางเพศ. ปริญญาานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- โรงพยาบาลลำปาง, กลุ่มงานสุขศึกษา. (2551). ความไวใจเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดเอดส์ [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.lampangpost.com/Question-com.asp?GID=73> [10 มีนาคม 2551].
- วนิดา ชนินทุททวงศ์, เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และสุชาดา ศาครเสถียร. (2548). สถานการณ์พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น. วารสารกรมการแพทย์, 30(5), 286-296.
- วรรณภา ลิพิทักษ์วัฒนา. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติเรื่องบทบาทหญิงชายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์. (2546). การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณศิริ ปั่นทอง. (2549). ความสามารถในการพยากรณ์ของการอบรมเลี้ยงดูการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศผ่านสื่อ และการควบคุมตน ที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. (2549). จิตวิทยาการปรับตัว. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วราภรณ์ สุวรรณเนา. (2545). ความสำคัญของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการรับรู้บทบาทเพศในรูปแบบสมัยใหม่ของวัยรุ่น จังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วสันต์ ศิลปสุวรรณ, ดำรง เชื้อวชิร และกมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน. (2538). สุขศึกษาเอดส์ในยุคโลกาภิวัตน์: การประเมินความจำเป็นในการวางแผนสุขศึกษาเอดส์. กรุงเทพฯ: มูลนิธิกิกุปัญญานันทะ. (จัดพิมพ์เนื่องในธรรมสมโภช 84 ปี ปัญญานันท์กิกุ 11 พฤษภาคม 2538).
- วัฒนา มหาราช. (2544). ความคิดเห็นและทัศนคติของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน: ศึกษากรณีสถาบันราชภัฏเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัยรุ่น วัยเสี่ยงกับโรคเอดส์. (ม.ป.ป.). [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mhso.moph.go.th/aids/safesex1.html#1> [18 มีนาคม 2551].
- วารุณี ฟองแก้ว, ปรียกุล รัชกุล และกัณวดี ฟองแก้ว (บรรณาธิการ). (2549). คู่มือการสร้างแกนนำเด็กวัยรุ่นตอนต้นเพื่อการป้องกันเอชไอวี/เอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: บริษัทนพบุรีการพิมพ์ จำกัด.
- วาสนา ขอนยาง. (2548). การปฏิบัติพัฒนกิจของครอบครัวระยะมีบุตรวัยรุ่นหญิงและทัศนคติเรื่องเพศของวัยรุ่นหญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิภาดา เอี่ยมเยี่ยม. (2548). การมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืนของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิระดา สมสวัสดิ์. (2546). เพศภาวะและเอดส์ [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.soc.cmu.ac.th/~wsc/data/genderaids.pdf> [4 เมษายน 2551].
- วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร. (2536). พฤติกรรมเสี่ยงกับปัญหาการติดเชื้อเอดส์. ใน สมัคร เวชจันทร์ฉาย (บรรณาธิการ), กลวิธีและกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา กลุ่มทหาร และกลุ่มตำรวจ (หน้า 33). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (ม.ป.ป.). ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้ [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiedresearch.org/article/detail.php?id=92> [28 สิงหาคม 2551].
- วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. (2524). สรุปสูตรการสุ่มตัวอย่าง. ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศรัณยา บุญนาค .(2547). รูปแบบการใช้ชีวิต การเสพสารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นในภาคใต้. สงขลา: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริยุพา นันสนานนท์. (2549). การศึกษาความรู้ เจตคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกล วรเจริญศรี. (2550). การศึกษาทักษะชีวิต และการสร้างโมเดลกลุ่มฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนวัยรุ่น. ปรินญาณิพนธ์การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สกาเวเดือน โอคมี. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในกลุ่มชายที่มาตรวจที่สถานกามโรคบางรัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมบุญ สุริยวงศ์, สมจิตรา เรืองศรี และเพ็ญศรี เศรษฐวงศ์. (2544). ระเบียบวิธีวิจัยทางการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- สมพงษ์ จินดารุ่งเรืองรัตน์. (2546). ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมร ทองดี. (2540). การพัฒนาบุคลิกภาพ อารมณ์ และสังคมของนักเรียนวัยรุ่น. ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, สาขาวิชาศึกษาศาสตร์, เอกสารการสอนชุดวิชา 22305 พฤติกรรมวัยรุ่น หน่วยที่ 1-8 (หน้า 125-175). (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- สมศักดิ์ วงสาวาส, บังอร เทพเทียน, ปิยะฉัตร ตระกูลวงษ์, ปรีดา ตาสี และสุภัทรา อินทร์ไพบูลย์. (2548). รายงานการวิจัยเรื่องแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในสถานศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2545-2547. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 3(1), 9-22.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สวนดุสิตโพล. (2547). ทำไมนักเรียน/นักศึกษา จึงไม่รักนวลสงวนตัว [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://dusitpoll.dusit.ac.th/2547/2547-202.html> [10 มกราคม 2551].
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2550ก). รายงานสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดพัทลุง (ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2550). อัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2550ข). ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี รอบที่ 13 พ.ศ. 2550. อัดสำเนา.

_____กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ งานระบาดวิทยา. (2548). ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเอดส์ จังหวัดพัทลุง ประจำปี 2548. อัดสำเนา.

สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สธ.เผยผลสำรวจพบหญิงขายบริการทางเพศเสี่ยงติดเอดส์ บริการไม่เว้นเป็นโรคหนองใน [Online]. เข้าถึงได้จาก :http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new-/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=7369 [30 เมษายน 2551]

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2548). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี). รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 36(46), 805-811.

_____ . (2549). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 37(47), 829-843

_____ . (2550ก). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2550 เรื่องโรคเอดส์ [Online]. เข้าถึงได้จาก : <http://203.157.15.4/Annual/ANNUAL2550/Vision.htm> [20 สิงหาคม 2551].

_____ . (2550ข). การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ. 2549. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 38(27), 469-474.

_____ , ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา. (2551). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 [Online]. เข้าถึงได้จาก : <http://203.157.15.4/index.php?send=aidsdata> [18 มีนาคม 2551].

สุชา จันทน์เอม. (2528). วัยรุ่น=Adolescence. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต.

_____ . (2536). จิตวิทยาพัฒนาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

_____ . (2542). จิตวิทยาทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สุชาติ โสมประยูร. (2531). เพศศึกษา: การศึกษาเพื่อสุขภาพทางเพศ. วารสารครุศาสตร์, 17(2), 47-56.

สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, วิมาน นานาสีลป์, นิลาวรรณ จันทะปริดา และกฤตยา แสงเจริญ. (2542).

ทัศนคติต่อบริการทางเพศ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาอาชีวและนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น. ใน สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ 3 เรื่อง (หน้า 8). กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย.

- สุธีรา ทอมสัน. (2542). ผู้หญิง ผู้ชาย และโรคเอดส์. ใน กาญจนา แก้วเทพ สุธีรา ทอมสัน และกวิณ ชูติมา, การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7: มติทางสังคมและวัฒนธรรมไทยในเรื่องเพศกับปัญหาเอดส์ (หน้า 28). กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ กองโรคเอดส์.
- สุปรียา ตันสกุล. (2549). จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.
- _____ และคณะ. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา ในจังหวัดชลบุรี. วารสารสุขศึกษา, 26(95), 1-13.
- สุปรียา รามการุณ. (2544). ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารทางเพศและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดตรัง. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภัททา ปิ่นทะแพทย์. (2527). จิตวิทยาพัฒนาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: หอรัตนชัยการพิมพ์.
- สุภา โพธิ์ศรี. (2547). ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต, (การพัฒนาครอบครัวและสังคม) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุภาภรณ์ ปัญหาราช. (2547). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการรับรู้ภาวะเสี่ยง: การศึกษาเชิงบรรยายในวัยรุ่น ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2544). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุรศักดิ์ ไควสุภัทร์. (2542). สร้างสรรค์โลกใหม่ให้เมืองไทยไร้เอดส์. วารสารศูนย์บริการวิชาการ, 7(4), 28-32.
- สุริย์พร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์, ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ และจรัญ ศรีทวีวัฒน์. (2551). การสอนเรื่องเพศของพ่อแม่ และความต้องการการเรียนรู้เรื่องเพศของลูก. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(1), 61-70.
- สุวรรณา เรื่องกาญจน์เศรษฐ์ และสมร อริยานุชิตกุล. (2550). เพศศึกษา: เรื่องต้องห้ามที่ต้องรู้ [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.teenrama.com/SEX-RAMA.pdf>. [20 พฤศจิกายน 2550].

- เสวนา: มุมมองเด็กกรุงเรื่องเอดส์. (2549). ใน กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 (หน้า 154). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- เสาวภา วชิรโรจน์ไพศาล (บรรณาธิการ). (2548). พฤติกรรมทางเพศ: การป้องกันและการแก้ไขอย่างมีส่วนร่วม. จุลสารสายใยเพื่อวัยรุ่น, (กุมภาพันธ์ 2548), 7-11.
- แสงอำภา บำรุงธรรม. (2543). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการศึกษานอกระบบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัยรัตน์ กิจบำรุง. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง สังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต, (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์. (2550). เตือนภัยเช็ชส์เสี่ยง สุขภาพจิตแย่ถาวร [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaipost.net/index.asp?bk=xcite&post_date=14/Feb/2550&news_id=137938&cat_id=200100. [27 พฤศจิกายน 2550].
- อนงค์ ชีระพันธุ์. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อมรวิรัช นาครทรรพ. (2550). ครึ่งชีวิตยามตื่นของเด็กไทยหมดไปกับสื่อร้าย. วารสารหมอชาวบ้าน, 28(335), 28-31.
- อรพินท์ มณีวงศ์. (2549). พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรณพ พรหมใหม่. (2544). การประมวลผลพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของนักเรียนอาชีวศึกษา ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, (การวัดและการประเมินผลการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรสา เหล่าเจริญสุข. (2548). เอกสารงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางเพศที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ของผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพัทลุง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อและระบาดวิทยา งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค.

- อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กรินชัย. (2535). จิตวิทยาการให้คำปรึกษาแนะนำ ชุดเทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำเอชไอวี/เอดส์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สักดิ์โสภการพิมพ์.
- อังคณา เพชรภาพ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภากร เปรี้ยวนิ่ม. (ม.ป.ป.). เอกสารประกอบการสอนวิชา จิตวิทยาพัฒนาการ (Developmental Psychology). วิทยาลัยนครราชสีมา.
- อาภากรณ์ เจริญรัตน์. (2546). พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุบลรัตน์ ธนรุจิวงศ์. (2550). แนวโน้มของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษาระดับปวช. ปี 2 เปรียบเทียบปี 2545-2549. กรุงเทพฯ: รัฐเอดส์, 15(79), 9-15.
- อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตน์. (2542). จิตวิทยาพัฒนาการ PC 290. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เอแบคโพลล์. (2549). สถานการณ์ปัญหาการคุกคามทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชน [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ryt9.com/news/2006-05-31/5131471/> [30 กันยายน 2550].
- Bachanas, P. J., et al. (2002). Predictors of Risky Sexual Behavior in African American Adolescent Girls: Implications for Prevention Interventions. Journal of Pediatric Psychology, 27(6), 519-530.
- Barone C., Ickovics, J. R., Ayers, T. S., Katz, S. M., Voyce, C. K., & Weissberg, R. P. (1996). High-Risk Sexual Behavior Among Young Urban Students, Family Planning Perspectives, 28(2), 69-74.
- Brown, J. D., Halpern, C. T., & L'Engle, K. L. (2005). Mass media as a sexual super peer for early maturing girls. Journal of Adolescent Health, 36(5), 420-427.
- Brown, J. D., L'Engle, K. L., Pardun, C. J., Guo, G., Kenneavy, K. & Jackson, C. (2006). Sexy Media Matter: Exposure to Sexual Content in Music, Movies, Television, and Magazines Predicts Black and White Adolescents' Sexual Behavior. Pediatrics, 117(4), 1018-1027.

- Browning, J. R., Kessler, D., Hatfield, E., & Choo, P. (1999). Power, Gender and Sexual Behavior. Journal of Sex Research, 36(4), 342-347.
- CDC. (nd.). Fact Sheet for Public Health Personnel: Male Latex Condoms and Sexually Transmitted Diseases [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/nchstp/od/condoms.pdf> [2008, August 5].
- CDC. (2006). Can I get HIV from anal sex? [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/hiv/resources/qa/qa22.htm> [2008, June 5].
- CDC. (2007a). Middle Adolescence (15-17 years old) [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/ncbddd/-child/middleadolescence15-17.htm> [2008, August 5].
- CDC. (2007b). Sexual Behaviors [Online]. Available: <http://apps.nccd.cdc.gov/yrbss/CategoryQuestions.asp?Cat=4&desc=Sexual%20Behaviors> [2008, August 5].
- CDC. (2007c). HIV/AIDS among Men Who Have Sex with Men [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/msm/resources/factsheets/msm.htm> [2008, August 5].
- Collins, R. L., et al. (2004). Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. PEDIATRICS, 114(3), e280-e289.
- Ciarrochi, J. & Bilich, L. (2006). Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package: Process measures of potential relevance to ACT. Australia: School of Psychology University of Wollongong.
- Daniel, R., Bonita, S., Jennifer, G., Susan, F., Maureen, M. B. & Xiaoming, Li. (1999). Parental Influence on Adolescent Sexual Behavior in High-Poverty Settings. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153(10), 1055-1062.
- Darroch, J. E., Frost, J. J., Singh, S. & the Study Team. (2001). Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Can More Progress Be Made?. Occasional Report, New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Fackler, A. (2006). Growth and Development, Ages 15 to 18 Years [Online]. Available: <http://www.revolutionhealth.com/healthy-living/parenting/teens-preteens/puberty-development/age-15-18> [2008, June 5].
- Fortenberry, J. D., Orr, D. P., Katz, B. P., Brizendine, E. J., & Blythe, M. J. (1997). Sex under the influence: a diary self-report study of substance use and sexual behavior among adolescent women, Sexually Transmitted Diseases, 24(6), 313-319.

- Graham, B., Mark, D., Graham, H., Lorraine, S. & Jonathan, E. (2007). Where Young MSM Meet Their First Sexual Partner: The Role of the Internet. AIDS and Behavior, 11(4), 522-526.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1999). Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach (3rd Ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Green, L. W. & Mercer, S. L. (2008). PRECEDE-PROCEED Model [Online]. Available: <http://www.answers.com/topic/precede-proceed-model> [2008, September 5].
- Gresh Dannah. (2004). แปลจาก And the Bride Wore White: Seven Secrets to Sexual Purity. โดยสำนักงานคุ้มครองเด็ก สภาคริสตจักรในประเทศไทย [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://childprotection.igetweb.com/index.php?mo=3&art=288739> [19 กุมภาพันธ์ 2553].
- Guruge, R., Isaranurug, S., Nanthamongkolchai, S. & Charupoonphol, P. (2004). Sexual Behavior among Adolescents in Wattanakorn District, Sakeao Province. Journal of Public Health and Development, 2(1), 53-68.
- Guttmacher, S., Lieberman, L., Ward, D., Freudenberg, N., Radosh, A., & DesJarlais, D. (1997). Condom availability in New York City public high schools: relationships to condom use and sexual behavior. American Journal of Public Health, 87(9), 1427-1433.
- Henry, D. B., Schoeny, M. E., Deptula, D. P., & Slavick, J. T. (2007). Peer Selection and Socialization Effects on Adolescent Intercourse without a Condom and Attitudes about the Costs of Sex. Child Development, 78(3), 825-838.
- Hollander, D. (2001). Perceptions of Peer Behavior Predict Whether Peruvian Adolescents Have Had Sex. International Family Planning Perspectives, 27(3), digests 157-158.
- Houten, S. V. (2007). High-risk sexual behavior [Online]. Available: <http://health.yahoo.com/relationships-resources/high-risk-sexualbehavior/healthwise-tw9064.html> [2008, March 24].
- Hurlock, E. B. (1975). Developmental Psychology. (4th Ed.) Tata Mc Graw- Hill Publishing Company Ltd, New Delhi. India.
- Hutchinson, M.K. (2002). The Influence of Sexual Risk Communication Between Parents and Daughters on Sexual Risk Behaviors. Family Relations, 51(3), 238-247.

- Hutchinson, M. K., Jemmott, J. B.III., Jemmott, L. S., Braverman, P. & Fong, G. T. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: a prospective study. Journal of Adolescent Health, 33(2), 98-107.
- Karofsky, P. S., Zeng, L. & Kosorok, M. R. (2001). Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. Journal of Adolescent Health, 28(1), 41-45.
- L'Engle, K. L., Brown, J. D., & Kenneavy, K. (2006). The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. Journal Adolescent Health, 38(3), 186-192.
- Lucile Packard Children's Hospital. (2008). Adolescent Medicine: Cognitive Development [Online]. Available: <http://www.lpch.org/DiseaseHealthInfo/HealthLibrary/-adolescent/cogdev.html> [2008, June 5].
- Magnani, R. J, Seiber, E. E, Gutierrez, E. Z., & Vereau, D. (2001). Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in Urban Peru. Studies in Family Planning, 32(1), 53-66.
- Mohammad, K., et al. (2007). Sexual risk-taking behaviours among boys aged 15- 18 years in Tehran. Journal of Adolescent Health, 41(4), 407- 414.
- Morrison, D. M., Gillmore, M. R., Hoppe, M. J., Gaylord, J., Leigh, B. C., & Rainey, D. (2003). Adolescent drinking and sex: Findings from a daily diary study. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35(4), 162- 168.
- NASP: National Association of School Psychologists. (2002). BEHAVIOR PROBLEMS: Teaching Young Children Self-Control Skills [Online]. Available: <http://www.nasponline.org/-resources/handouts/behavior%20template.pdf> [2008, June 9].
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services. (2001). Workshop Summary: Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention. June 12-13, 2000 Hyatt Dulles Airport Herndon, Virginia [Online]. Available: <http://www3-niaid.nih.gov/research/topics/STI/pdf/condomreport.pdf> [2008, June 3].

- Neinstein, L. S. (2008). Adolescent Health Curriculum: Sexuality-Overview (B3) [Online]. Available:http://www.usc.edu/studentaffairs/Health_Center/adolhealth/content/b3introduction.-html [2008, June 5].
- Newman, P. A. & Zimmerman, M. A. (2000). Gender differences in HIV-related sexual risk behavior among urban African American youth: a multivariate approach. AIDS Education and Prevention, 12(4), 308-325.
- Ozretich, R. A. & Bowman, S. R. (2001). Middle Childhood and Adolescent Development [Online]. Available: <http://extension.oregonstate.edu/catalog/html/ec/ec1527/> [2008, June 5].
- Rani, M., Figueroa, M. E. & Ainsle, R. (2003). The Psychosocial Context of Young Adult Sexual Behavior in Nicaragua: Looking Through the Gender Lens. International Family Planning Perspectives, 29(4), 174-181.
- Remez L. (2000). Range of Risky Behaviors Is Tied to Risk of Multiple Partners Among Teenagers. Family Planning Perspectives, 32(2), 100-101.
- Rivas Torres, R. M., & Fernandez, F. (1995). Self-esteem and value of health as determinants of adolescent health behavior. Journal of Adolescent Health, 16(1), 60-63.
- Roche, J. P. (1986). Premarital Sex: Attitudes and Behavior by Dating Stage, In Muuss, R. E. (1990). Adolescent Behavior and Society (4th ed., p. 236). Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- Royal Adelaide Hospital, Sexually Transmitted Diseases Services, (2008). Adolescent Sexual Behaviour: Information for Students [Online]. Available: http://www.stdservices.-on.net/std/social_aspects/adolescent.htm [2008, June 5].
- Salazer, L. F., et al. (2005). Self-esteem and theoretical mediators of safer sex among African American female adolescents: Implications for sexual risk reduction interventions. Health Education and Behavior, 32(3), 413-427.
- Santelli, J. S., Brener, N. D., Lowry, R., Bhatt, A. & Zabin, L. S. (1998). Multiple Sexual Partners Among U.S. Adolescents And Young Adults. Family Planning Perspectives, 30(6), 271-275.

- Srisuriyawet R. (2006). Psychosocial and gender-based determinants for sexual risk behaviors among adolescents in school. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy (Nursing), The Graduate School, Chiang Mai University.
- Stoner, S. A., George, W. H., Peters, L. M. & Norris J. (2007). Liquid courage: alcohol fosters risky sexual decision-making in individuals with sexual fears. AIDS and Behavior, 11(2), 227-237.
- Stulhofer, A., Graham, C., Bozicevic, I., Kufrin, K., & Ajdukovic, D. (2007). HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes And Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use Among Young Adults in Croatia, International Family Planning Perspectives, 33(2), 58-65.
- Waithaka, M. & Bessinger, R. (2001). Sexual Behavior and Condom Use in the Context of HIV Prevention in Kenya. Nairobi: Population Services International and Chapel Hill: University of North Carolina.
- Wang, B. et al. (2007). Sexual attitudes, pattern of communication, and sexual behavior among unmarried out-of-school youth in China. BMC Public Health, 7 (1), 189.
- Weinhardt, L. S., Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A. & Gordon, C. M. (2001). The relation of alcohol use to HIV-risk sexual behavior among adults with a severe and persistent mental illness. Journal of consulting and clinical psychology, 69(1), 77-84.
- Whitaker, D. J., Miller, K. S. & Clark, L. F. (2000). Reconceptualizing Adolescent Sexual Behavior: Beyond Did They or Didn't They?. Family Planning Perspectives, 32(3), 111-117.
- WHO. (2002). Adolescent Friendly Health Services: An Agenda for Change [Online]. Available: http://www.who.int/reproductive-health/publications/cah_docs/cah_02_14.pdf [2008, June 5].
- Yongpanichkul, S. (2006). A Review of Sexuality and Reproductive Health and Rights in Thailand. Report for the Ford Foundation Office for Vietnam and Thailand.
- Zaman, F. & Underwood, C. (2003). The gender guide for health communication programs. Center Publication No. 102. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs.

ภาคผนวก

ผลการวิเคราะห์รายข้อ

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายละเอียดการใช้จ่ายเงิน

รายละเอียดการใช้จ่ายเงิน	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี			กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้จ่ายเงินที่นอกเหนือจากค่าที่พัก ค่าเดินทาง	166*		124*		110*		400*			
ค่าอุปกรณ์การเรียนและค่าอาหาร										
ค่าเครื่องแต่งกาย/เครื่องประดับ	77	49.7	63	55.8	39	36.8	179	36.8	47.9	
ค่าบริการโทรศัพท์มือถือ	96	61.9	87	77.0	77	72.6	260	72.6	69.5	
ค่าอินเทอร์เน็ต	25	16.1	27	23.9	22	20.8	74	20.8	19.8	
ค่าชมภาพยนตร์ เช่าสื่อวีซีดี ดีวีดี	12	7.7	24	21.2	22	20.8	58	20.8	15.5	
ค่าบุหรี่ สุรา เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์อื่น ๆ	8	5.2	5	4.4	35	33.0	48	33.0	12.8	
ค่าใช้จ่ายในสถานบันเทิง	4	2.6	11	9.7	15	14.2	30	14.2	8.0	
ค่าผ่อนชำระสินค้าต่างๆ	7	4.5	4	3.5	4	3.8	15	3.8	4.0	
ค่าเงินฝากธนาคาร/เงินออมสิน	11	7.1	10	8.8	13	12.3	34	12.3	9.1	

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 30 ร้อยละของเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนรายชื่อ

ข้อ	ข้อความ	เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี											
		กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=166)				กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=124)				กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=110)			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (+)	ท่านเชื่อว่าการอยู่ตามลำพังในที่ลับกับคู่อริหรือเพื่อนต่างเพศ นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	28.3	56.0	13.9	1.8	27.4	60.5	9.7	2.4	23.6	59.1	12.7	4.5
2 (+)	ท่านคิดว่า การไปล้างตีสองต่อสองกับคู่อริหรือเพื่อนต่างเพศ เป็นเรื่องไม่ควรทำ เพราะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	39.8	50.6	6.0	3.6	40.3	54.8	4.0	0.8	24.5	55.5	17.3	2.7
3 (+)	ท่านเชื่อว่าการแสดงความรักโดยการจับมือ โอบไหล่-เอว จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	10.8	47.0	36.1	6.0	9.7	51.6	33.9	4.8	9.1	36.4	38.2	16.4
4 (+)	ท่านคิดว่าการกอด หูบ เล้า โคม และเนื้อต้องตัวรักหรือเพื่อนต่างเพศอาจทำให้เกิดความต้องการทางเพศ จนนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	28.9	57.8	10.2	3.0	31.5	58.1	8.9	1.6	20.0	58.2	17.3	4.5
5 (+)	ท่านคิดว่าการสร้างความใคร่ให้คู่อริหรือเพื่อนต่างเพศ อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	27.7	55.4	16.3	0.6	37.1	50.8	11.3	0.8	30.0	51.8	17.3	0.9
6 (+)	ท่านคิดว่าวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วคือก่อนอายุ 18 ปี เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้มาก เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะเพศยังไม่เต็มที่ จึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ขณะมีเพศสัมพันธ์	25.9	56.0	16.9	1.2	39.5	54.0	5.6	0.8	33.6	42.7	22.7	0.9

ตารางที่ 31 ร้อยละของการควบคุมตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายชื่อ

		การควบคุมตนเอง									
ข้อ	ข้อความ	กลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=166)					กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=124)				
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
		25.3	62.0	10.8	1.8	28.2	57.3	11.3	3.2	19.1	59.1
1 (+)	ฉันสามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพังในที่ลับกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศได้	25.3	62.0	10.8	1.8	28.2	57.3	11.3	3.2	19.1	59.1
2 (+)	ฉันสามารถบอกปฏิเสธได้เมื่อถูกชักชวนไปเที่ยวค้างคืนกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศ	41.0	47.0	10.2	1.8	29.8	61.3	6.5	2.4	23.6	56.4
3 (+)	ฉันสามารถหักห้ามใจตนเองไม่ให้ถูกเนื้อต้องตัว จับมือโอบ ไหล่กับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศได้ ทั้งที่อยู่คนเดียว	22.9	58.4	18.1	0.6	19.4	62.1	15.3	3.2	18.2	47.3
4 (+)	ฉันสามารถปฏิเสธหรือหักห้ามใจตนเองไม่ให้กอดจูบ เล้าโลมสัมผัสร่างกายกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศได้ ทั้งที่อยู่คนเดียว	31.3	54.2	12.7	1.8	20.2	60.5	16.1	3.2	14.5	55.5
5 (+)	ฉันสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการสร้างความใคร่ให้แฟนหรือเพื่อนต่างเพศได้เมื่อถูกรื้อขอ	32.5	54.8	12.7	-	33.1	57.3	8.9	0.8	20.9	48.2
6 (+)	ฉันมั่นใจว่าฉันจะสามารถยับยั้งใจตนเองไม่ให้มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศได้ แม้ฉันจะเกิดอารมณ์ทางเพศแล้วก็ตาม	28.3	56.6	12.7	2.4	21.0	57.3	17.7	4.0	12.7	51.8
7 (+)	ฉันมั่นใจว่าฉันเองจะใช้หรือบอกให้ผู้อื่นอนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้	34.9	56.6	8.4	-	32.3	62.9	4.8	-	40.0	49.1

ตารางที่ 31 ร้อยละของการควบคุมตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (ต่อ)

		การควบคุมตนเอง											
ข้อ	ข้อความ	กลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=166)				กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=124)				กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=110)			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น	ไม่เห็น
		33.7	57.8	7.2	1.2	26.6	62.1	10.5	0.8	33.6	50.0	11.8	4.5
8 (+)	ฉันสามารถควบคุมอารมณ์และความต้องการทางเพศได้ในขณะที่กำลังเล้าโลมหรือได้รับการเล้าโลมจากคู่ก่อน เพื่อรอให้ใส่ถุงยางอนามัยให้เรียบร้อยก่อนจะมีการสอดใส่อวัยวะเพศ												
9 (+)	ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมตนเองไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่ถุงยางอนามัยได้	24.1	57.2	13.9	4.8	33.9	51.6	13.7	0.8	25.5	49.1	17.3	8.2
10 (+)	ฉันมั่นใจว่าจะสามารถจัดการมีเพศสัมพันธ์ได้ หากคู่นอนใส่ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี	24.7	51.2	21.7	2.4	31.5	50.8	16.9	0.8	22.7	47.3	24.5	5.5

ตารางที่ 32 ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายชื่อ

ข้อ	ข้อความ	การรับรู้บทบาทหญิงชาย									
		กลุ่มที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=166)				กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=124)				กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=110)	
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 (+)	ทั้งหญิงและชายต้องวางตัวต่อเพศตรงข้ามให้เหมาะสม	50.6	45.8	3.6	-	50.8	44.4	4.0	0.8	53.6	5.5
2 (+)	ชายต้องให้เกียรติ ไม่ล่วงเกินหญิง และหญิงต้องไม่เปิดโอกาสและไม่แสดง	53.6	42.8	3.6	-	52.4	41.9	4.0	1.6	41.8	9.1
	ความขยันหา										
3 (+)	ทั้งหญิงและชายควรรักษากฎสงวนตัวให้เหมือนกัน	51.2	43.4	4.8	0.6	51.6	44.4	4.0	-	38.2	46.4
4 (+)	ทั้งหญิงและชายวัยรุ่น ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะเรียนจบ และรับผิดชอบตัวเองได้	54.2	38.6	4.8	2.4	40.3	47.6	11.3	0.8	33.6	42.7
5 (+)	ทั้งหญิงและชายควรมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาได้เท่าเทียมกัน	42.8	51.8	5.4	-	43.5	53.2	3.2	-	43.6	50.0
6 (+)	ทั้งหญิงและชายจะสามารถพูดคุยเรื่องเพศศึกษา หรือค้นคว้าหาความรู้เรื่องเพศศึกษาได้เท่าเทียมกัน	31.3	63.9	4.8	-	41.9	47.6	8.9	1.6	40.9	49.1
7 (+)	ในการจะมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง หญิงและชายจะต้องมีความพึงพอใจร่วมกันทั้งคู่ ไม่มีการบังคับใจกัน	45.8	47.6	4.8	1.8	41.9	53.2	3.2	1.6	54.5	40.9
8 (+)	ทั้งหญิงและชายควรมีสิทธิร่วมกันในการตัดสินใจให้ถุงยางอนามัย	38.0	56.6	4.8	0.6	40.3	52.4	5.6	1.6	46.4	43.6

ตารางที่ 33 ร้อยละของความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ

ข้อ	ข้อความ	ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง									
		กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=166)					กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=124)				
		เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมากที่สุด
1 (+)	โดยทั่วไปแล้ว ฉันรู้สึกพึงพอใจในตัวเอง	34.3	57.2	8.4	-	31.5	59.7	7.3	1.6	36.4	43.6
2 (-)	ในบางครั้ง ฉันคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลยสักอย่าง	7.2	30.7	43.4	18.7	7.3	39.5	38.7	14.5	5.5	34.5
3 (+)	ฉันมีความรู้สึกในตัวเองมีสิ่งดี ๆ อยู่หลายอย่าง	12.0	63.9	22.3	1.8	23.4	56.5	18.5	1.6	18.2	54.5
4 (+)	ฉันสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ	24.1	63.3	10.8	1.8	28.2	57.3	13.7	0.8	26.4	52.7
5 (-)	ฉันรู้สึกว่ามีอะไรที่สมควรจะภาคภูมิใจเลย	7.2	27.7	36.7	28.3	8.1	27.4	37.1	27.4	5.5	24.5
6 (-)	ฉันความรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ไม่ได้เลยในบางครั้ง	8.4	31.9	47.6	12.0	7.3	35.5	47.6	9.7	6.4	33.6
7 (+)	ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นบุคคลที่มีคุณค่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในระดับเดียวกัน	14.5	60.2	22.9	2.4	16.9	57.3	25.0	0.8	23.6	54.5
8 (-)	ฉันหวังว่าฉันน่าจะนับถือตัวเองมากกว่านี้	21.1	57.2	18.1	3.6	23.4	54.8	17.7	4.0	23.6	48.2
9 (-)	โดยภาพรวมแล้ว ฉันค่อนข้างรู้สึกว่าคุณค่าของฉันที่ไม่ประสบความสำเร็จอะไรเลย	8.4	27.7	44.0	19.9	9.7	34.7	36.3	19.4	7.3	33.6
10 (+)	ฉันมองตนเองในแง่ดีอยู่เสมอ	19.9	47.6	27.1	5.4	26.6	52.4	16.9	4.0	18.2	44.5

6.4

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของความถี่ในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์

ชนิดของเครื่องดื่ม	ความถี่ในการปฏิบัติในระยะเวลา 6 เดือน (N=200)											
	กลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มทางเพศที่เสี่ยงต่อ				กลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้สุราไปสู				กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการ			
	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=45)				การมีเพศสัมพันธ์ (n=67)				ติดเชืเอชไอวี (n=88)			
	เป็น ประจำ	บ่อย	เป็น ครั้งคราว	นานๆ ครั้ง	เป็น ประจำ	บ่อย	เป็น ครั้งคราว	นานๆ ครั้ง	เป็น ประจำ	บ่อย	เป็น ครั้งคราว	นานๆ ครั้ง
สุรา	3.4	6.9	17.2	72.4	4.9	4.9	9.8	80.5	5.7	17.1	21.4	55.7
เบียร์	2.5	5.0	17.5	75.0	2.0	6.0	2.0	90.0	7.1	16.7	23.8	52.4
ไวน์	4.5	-	9.1	86.4	-	6.1	12.1	81.8	2.9	-	20.0	77.1
น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์	-	7.7	15.4	76.9	-	3.8	23.1	73.1	2.7	2.7	29.7	64.9
อื่นๆ (น้ำตาลมา ยาคอง)	-	-	-	-	-	-	-	-	50.0	50.0	-	-

ตารางที่ 35 ร้อยละของความถี่ในการไปเที่ยวสถานบันเทิง/สถานเริงรมย์ หรือสถานบริการที่พักชั่วคราวอื่น ๆ

		ความถี่ในการปฏิบัติในระยะเวลา 6 เดือน											
		กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี						กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=38)					
ข้อความ	ข้อความ	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=26)						กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=38)					
		เป็น บ่อย จำ	เป็น ครั้ง คราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ไปใน เดือน	ไม่ได้ เคย ไป	เป็น ประจำ	เป็น บ่อย ครั้ง	เป็น คราว คราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ไปใน เดือน	เป็น ประจำ	เป็น บ่อย ครั้ง
เพศ/สปี/บาร์		3.8	-	7.7	15.4	7.7	65.4	-	7.9	5.3	21.1	7.9	57.9
ลานเบียร์		7.7	-	11.5	38.5	7.7	34.6	2.6	2.6	-	39.5	10.5	44.7
ไนต์คลับ/ห้องอาหาร		-	-	11.5	3.8	3.8	80.8	-	-	-	21.1	2.6	76.3
คาราโอเกะ		3.8	7.7	7.7	34.6	-	46.2	-	7.9	13.2	28.9	10.5	39.5
นวดแผนโบราณ		-	-	3.8	3.8	3.8	88.5	-	-	2.6	2.6	-	94.7
สถานบริการทางเพศ/ช่อง		-	-	-	-	-	100.	-	-	-	-	100.	0
โรงแรมมาตรฐาน		-	-	-	-	-	100.	-	-	2.6	-	97.4	4.8
บังกะโล/สถานบริการที่พักชั่วคราว		-	-	-	-	-	100.	-	-	2.6	2.6	94.7	2.4

ตารางที่ 36 ร้อยละของความถี่ในการใช้สื่อที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติในระยะเวลา 6 เดือน											
	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมือไอวี				กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=80)				กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมือไอวี (n=98)			
	เป็น บ่อย นาน				เป็น บ่อย นาน				เป็น บ่อย นาน			
	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน
ข้อความ	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน
	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน
	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน
	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน	เป็น บ่อย นาน
ดาวน์โหลดรูปไปหรือคลิก	-	3.6	7.3	23.6	29.1	36.4	1.3	2.5	12.5	30.0	18.8	35.0
ลามกทางโทรศัพท์มือถือ	-	1.8	18.2	23.6	20.0	36.4	1.3	2.5	11.3	27.5	23.8	33.8
เข้าสู่เว็บไซต์ลามก/ดาวน์โหลดรูปไป/คลิกลามกทางอินเทอร์เน็ต	-	1.8	18.2	23.6	20.0	36.4	1.3	2.5	11.3	27.5	23.8	33.8
ใช้โปรแกรมสนทนา (Chat)	-	1.8	18.2	23.6	20.0	36.4	1.3	2.5	11.3	27.5	23.8	33.8
เพื่อพูดคุยเรื่องเพศหรือดูโชว์	-	1.8	18.2	23.6	20.0	36.4	1.3	2.5	11.3	27.5	23.8	33.8
ไปเปลือยทางWebcam. หรือ	-	1.8	18.2	23.6	20.0	36.4	1.3	2.5	11.3	27.5	23.8	33.8
Camfrog	-	1.8	18.2	23.6	20.0	36.4	1.3	2.5	11.3	27.5	23.8	33.8

ตารางที่ 37 ร้อยละของการกล้อยตามกลุ่มเพื่อนในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกรายข้อ (ต่อ)

		ระดับการกล้อยตาม									
		กลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=166)		กลุ่มที่มีความผิดปกติทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=124)		กลุ่มที่มีความผิดปกติทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=110)					
		การติดเชื้อเอชไอวี		เพศสัมพันธ์ (n=124)		ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=110)					
		เป็น	ไม่เป็น	เป็น	ไม่เป็น	เป็น	ไม่เป็น	เป็น	ไม่เป็น	เป็น	ไม่เป็น
		ไป	ไม่ได้	ไป	ไม่ได้	ไป	ไม่ได้	ไป	ไม่ได้	ไป	ไม่ได้
		มากที่สุด	น้อย	มากที่สุด	น้อย	มากที่สุด	น้อย	มากที่สุด	น้อย	มากที่สุด	น้อย
7 (+)	ฉันจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ถึงแม้เพื่อน ๆ ของฉันจะบอกว่าใช้แล้วก่อให้เกิดความรำคาญ	20.5	31.3	27.1	12.0	9.0	25.0	27.4	31.5	9.7	6.5
8 (+)	หากฉันมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ตาม ฉันก็จะใช้ถุงยางอนามัย ถึงแม้ว่าเพื่อนของฉันจะใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะกับคนที่คิดว่าไว้ใจได้เท่านั้น	18.1	30.1	25.3	17.5	9.0	23.4	36.3	23.4	8.1	8.9
9 (+)	ฉันจะศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง และใช้อย่างถูกต้อง ถึงแม้ว่าเพื่อน ๆ จะไม่ทำกัน	25.3	30.1	27.1	13.3	4.2	23.4	30.6	31.5	10.5	4.0
10 (+)	ฉันจะไม่เปลี่ยนถุงนอนบ่อย ๆ ตามคำแนะนำการสะสมถุงนอนของเพื่อน ๆ	25.9	23.5	21.7	15.1	13.9	31.5	32.3	25.0	5.6	5.6

ตารางที่ 38 ร้อยละของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ

ข้อ	ข้อความ	การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว			
		กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=166)		กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=124)	
		เลข	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย
1 (+)	การวางตัวที่เหมาะสมต่อเพศตรงข้าม เช่น ผู้ชายต้องให้เกียรติผู้หญิง ไม่และเนื้อต้องตัวแข็งสู้สาว ไม่พูดจาฉาวฉาน ส่วนผู้หญิงต้องระมัดระวังตัว ไม่ใกล้ชิดสนิทสนมจนเกินงาม เป็นต้น	45.8	54.2	62.9	37.1
2 (+)	ไม่ไปในที่ลับตา ไม่อยู่ลำพังสองต่อสอง ไปกลับให้ตรงเวลา และขออนุญาตพ่อแม่ก่อนทุกครั้ง เป็นต้น	48.2	51.8	62.9	37.1
3 (+)	การแต่งกายอย่างเหมาะสม การเที่ยวกลางคืน การใช้สื่อปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ เช่น หนังสือโป๊ วีซีดีลามก เวกูไฮต์ลามก เป็นต้น	21.1	78.9	37.1	62.9
4 (+)	การเลือกรับข้อมูลข่าวสารทางเพศที่เหมาะสมจากสื่อประเภทต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต	31.3	68.7	52.4	47.6
5 (+)	ความแตกต่างระหว่างเพศ บทบาทหน้าที่และความเสมอภาคของหญิง/ชาย	33.7	66.3	51.6	48.4
6 (+)	การป้องกันและการปฏิบัติตัวเมื่อถูกคุกคามทางเพศทั้งทางกายและวาจา	36.1	63.9	56.5	43.5
7 (+)	ผู้หญิงต้องไม่หลงเชื่อหรือไว้ใจผู้ชายง่าย ๆ และผู้ชายต้องบริสุทธิ์ใจ ไม่ล่อลวงผู้หญิง	43.4	56.6	55.6	44.4
8 (+)	การละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เช่น การตั้งครรภ์ การติดเชื้อ โรคติดต่อ	33.1	66.9	41.1	58.9
9 (+)	ความรู้เรื่องโรคติดต่อและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	48.8	51.2	60.5	39.5

33.6

ตารางที่ 38 ร้อยละของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว			
		กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=166)		กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (n=124)	
		เคช	ไม่เคช	เคช	ไม่เคช
10 (+)	การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคติดต่อ เช่น การใช้ยางอนามัยทุกครั้ง ไม่ล่าช้าจนทางเพศ ไม่เที่ยวหญิงบริการ เป็นต้น	33.7	66.3	47.6	52.4
11 (+)	ไม่ว่ากรณีใด ๆ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ จะต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	36.1	63.9	49.2	50.8
12 (+)	เมื่อมีปัญหาทางเพศ ไม่ว่าจะเรื่องใดก็ตาม ต้องรีบปรึกษาพ่อแม่ผู้ปกครอง อย่าปิดบังหรือหาทางแก้ปัญาเอง	32.5	67.5	58.9	41.1
				62.7	37.3
				51.8	48.2

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีแฟนหรือคู่รัก

การมีแฟนคู่รัก	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รวม	166	100.0	124	100.0	110	100.0	400
มี	78	47.0	118	95.2	109	99.1	305
ไม่มี	88	53.0	6	4.8	1	0.9	95
							76.3

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์	นักเรียนอาชีวศึกษา			
	กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์		กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 พฤติกรรม*	49	39.5	0	0
1. การนัดพบหรือไปเที่ยวตามลำพังในที่ลับตา	18	36.7	0	0.0
2. การพกค้ำคืน	1	2.0	0	0.0
3. การจับมือโอบไหล่เอว	29	59.2	0	0.0
4. การกอด จูบ เล้าโลมสัมผัส ร่างกาย	1	2.0	0	0.0
5. การสำเร็จความใคร่ให้กับคู่รัก	0	0.0	0	0.0
2 พฤติกรรม	31	25.0	1	0.9
1 <u>3</u>	26	83.9	0	0.0
3 <u>4</u>	5	16.1	1	100.0
3 พฤติกรรม	31	25.0	17	15.5
12 <u>3</u>	3	9.7	0	0.0
13 <u>4</u>	24	77.4	8	47.1
14 <u>5</u>	1	3.2	0	0.0
23 <u>4</u>	1	3.2	0	0.0
34 <u>5</u>	2	6.5	9	52.9
4 พฤติกรรม	11	8.9	36	32.7
123 <u>4</u>	7	63.6	2	5.6
134 <u>5</u>	4	36.4	32	88.8
234 <u>5</u>	0	0.0	2	5.6
5 พฤติกรรม	2	1.6	56	50.9
1234 <u>5</u>	2	100.0	56	100.0
รวม	124	100	110	100

* พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

1 = การนัดพบหรือไปเที่ยวกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ ตามลำพังในที่ลับตา

2 = การพกค้ำคืน เกี่ยวพอกแรมกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ

3 = การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการจับมือโอบไหล่เอว

4 = การแสดงความรักกับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ โดยการกอด จูบ เล้าโลมสัมผัสร่างกาย

5 = การสำเร็จความใคร่ให้กับคู่รักหรือเพื่อนต่างเพศ

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยรายข้อ
(นักเรียนจำนวน 104 คน*)

วิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	84	100.0	20	100.0	104	100.0
ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ	38	45.2	11	55.0	49	47.1
ปฏิบัติถูกต้องบางข้อ	46	54.8	9	45.0	55	52.9
3 ข้อ	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ⑦	1	2.2	0	0.0	1	1.8
4 ข้อ	1	2.2	2	22.2	3	5.4
③ ④ ⑤ ⑦	1	2.2	0	0.0	1	1.8
⑤ ⑥ ⑨ ⑩	0	0.0	2	22.2	2	3.6
5 ข้อ	4	8.7	0	0.0	4	7.3
④ ⑤ ⑥ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ④ ⑧ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ⑦ ⑧ ⑨	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ⑤ ⑥	1	2.2	0	0.0	1	1.8
6 ข้อ	6	13.1	3	33.3	9	16.4
① ② ④ ⑤ ⑥ ⑧	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ④ ⑤ ⑥	1	2.2	0	0.0	1	1.8
③ ④ ⑤ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ④ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ③ ④ ⑥ ⑦ ⑧	0	0.0	1	11.1	1	1.8
② ④ ⑤ ⑥ ⑨ ⑩	0	0.0	1	11.1	1	1.8
① ② ③ ④ ⑦ ⑧	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ④ ⑤ ⑦ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑩	0	0.0	1	11.1	1	1.8

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยรายข้อ
(นักเรียนจำนวน 104 คน*) (ต่อ)

วิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติถูกต้องบางข้อ	46	54.8	9	45.0	55	52.9
7 ข้อ	8	17.4	1	11.1	9	16.4
① ② ⑤ ⑥ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ④ ⑦ ⑧ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ④ ⑥ ⑦ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ④ ⑤ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
② ③ ④ ⑥ ⑦ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑧	2	4.3	0	0.0	2	3.6
② ④ ⑤ ⑥ ⑧ ⑨ ⑩	0	0.0	1	11.1	1	1.8
8 ข้อ	12	26.1	1	11.1	13	23.6
① ② ③ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ④ ⑤ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
② ③ ④ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
② ③ ④ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	2	4.3	1	11.1	3	5.4
② ③ ④ ⑤ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ④ ⑥ ⑦ ⑧ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
9 ข้อ	14	30.4	2	22.2	16	29.1
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑩	3	6.5	1	11.1	4	7.3
① ② ③ ④ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	3	6.5	1	11.1	4	7.3
① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	1	2.2	0	0.0	1	1.8
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑨ ⑩	3	6.5	0	0.0	3	5.4
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	2	4.3	0	0.0	2	3.6
① ② ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	2	4.3	0	0.0	2	3.6

* จากจำนวนนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ 110 คน มีผู้ที่เคยใช้ถุงยางอนามัย 104 คน ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย 6 คน

** วิธีปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัย

- ① = ตรวจสอบความเรียบร้อย ดูวันหมดอายุ และซองไม่มีรอยฉีกขาด
- ② = ฉีกมุมซองโดยระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางขาด
- ③ = สวมถุงยางก่อนมีการสอดใส่หรือสัมผัสอวัยวะเพศของคู่นอน
- ④ = สวมถุงยางขณะอวัยวะเพศแข็งตัว
- ⑤ = บีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศขณะสวมเข้ากับอวัยวะเพศ
- ⑥ = ใส่ถุงยางโดยให้ขอบอยู่ด้านนอก และรัดให้สุดถึงโคนอวัยวะเพศ
- ⑦ = เพื่อป้องกันไม่ให้ถุงยางอนามัยหลุดค้างในช่องคลอดหรือช่องทวาร และเพื่อป้องกันไม่ให้
น้ำอสุจิไหลเปื้อนรอบโคน ให้รัดหลอดถุงยางในขณะอวัยวะเพศยังแข็งตัว
- ⑧ = ระวังไม่ให้น้ำอสุจิหรือสารคัดหลั่งจากอวัยวะเพศของคู่นอนสัมผัสโดนมือ โดยใช้กระดาษ
ชำระหุ้มถุงยาง หากไม่มีกระดาษชำระต้องไม่ให้มือสัมผัสกับด้านนอกของถุงยาง
- ⑨ = ไม่นำถุงยางกลับมาใช้ใหม่
- ⑩ = นำถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วทิ้งลงถังขยะ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางสาวปัทมา รักก่อ

วัน เดือน ปีเกิด

7 เมษายน พ.ศ. 2524

สถานที่เกิด

จังหวัดพัทลุง ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542-2546

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2543-2551

ศิลปศาสตรบัณฑิต (ภาษาไทย)

คณะมนุษยศาสตร์ สาขาวิชาภาษาไทย

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2553

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณศาสตร)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

ที่อยู่ปัจจุบัน

65 หมู่ 4 ตำบลพนมวัง

อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง 93110

โทรศัพท์ 074-612440

E-mail : bowbaralee@hotmail.com