

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาในเรื่องต่อไปนี้

1. ปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น สถานการณ์และแนวโน้ม
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
3. วัยรุ่น และพัฒนาการวัยรุ่น
4. พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
6. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
  - 7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศและโรคเอดส์
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 1. ปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น สถานการณ์และแนวโน้ม

จากสถานการณ์และแนวโน้มของโรคเอดส์ในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-24 ปีซึ่งติดเชื้อเนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จากการรายงานของสำนักกระบาดวิทยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันเกี่ยวกับกลุ่มของผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากรายงานการสำรวจของสถาบันประชากรและสังคมร่วมกับสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า 3 ลำดับแรกของพฤติกรรมเสี่ยงเยาวชนไทย ได้แก่

1. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ปลอดภัยและไม่พร้อม
2. พฤติกรรมเสพยา สุรา บุหรี่ อินเทอร์เน็ต เกม หรือ แชท (Chat)
3. พฤติกรรมบริโภคคินิยม

และเอดส์ เป็นสาเหตุการตายลำดับสองของเยาวชนไทย รองจากอุบัติเหตุ (สุริยเดว ทรีปาตี, 2551)

ปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ กับทุกองค์ประกอบทางสังคม ทั้งโดยตัววัยรุ่นเอง สิ่งแวดล้อม ครอบครัว สังคม ค่านิยมและความเชื่อ องค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งทางกายและจิตใจ ทางร่างกายปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น คือ ฮอร์โมนเพศ ที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางเพศ (สุวชัย อินทรประเสริฐ, 2548) หากขาดการควบคุมและหาทางปลดปล่อยด้วยวิธีการที่เหมาะสม ประกอบกับความอยากรู้อยากลอง จะช่วยส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์ได้ ในขณะที่ยังขาดความรู้ในเรื่องเพศ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน จากการศึกษาของ ศิริกุล อิศรานุรักษ์, บังอร เทพเทียน และ สมศักดิ์ วงศาวัส (2551) พบว่าเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 เป็นกลุ่มที่สามารถตอบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ได้ถูกต้องน้อยที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานพ คณะ โด, คาริกา ไชยคุณ, เขียวลักษณะ ศิวารธรรม, ศิริวรรณ ทองถิ่น และ มานะ ลอศิริกุล (2548) ซึ่งพบว่าเด็กนักเรียนเพียง 3 ใน 4 ที่มั่นใจว่าสามารถนำความรู้เรื่องโรคเอดส์ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีเพียงร้อยละ 45 และเด็กวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น อายุที่พบน้อยที่สุดเพียง 8 ปี โดยเฉลี่ยอายุประมาณ 13 ปี ซึ่งอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มลดลงทุกปี จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง โรคเอดส์ในปี 2549 พบอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15 ปี ในปี 2548 เท่ากับ 18 ปี (กรมควบคุมโรค, 2552) และในปี 2551 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 13 ปี (สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2551)

การที่เด็กวัยรุ่นในปัจจุบันเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น โดยขาดความรู้ในการป้องกันโรคและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยทั้งจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นั้น มานพ คณะ โด และคณะ (2548) พบว่าการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กวัยรุ่น 2 ใน 3 ใช้วิธีการป้องกันโดยการหลังภายนอก ร้อยละ 62.5 ใช้ถุงยางอนามัย และร้อยละ 58.6 กินยาคุมกำเนิด ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นตระหนักในเรื่องการตั้งครรภ์มากกว่าการติดเชื้อเอดส์ การขาดความตระหนักในความเสี่ยงของโรคเอดส์ และคิดว่าเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว เป็นโรคที่ติดต่อกันในหมู่หญิงบริการ รวมทั้งความเชื่อใจแฟนหรือคู่นอนของตนว่าสะอาดปราศจากโรค ซึ่ง จุลณี เทียนไทย (2548) พบว่าวัยรุ่นมีวิธีเลือกคู่นอนที่ไม่ดีเชื่อโดยดูจากภาพลักษณ์ของความเป็นเด็กดี จากลักษณะที่ปรากฏให้เห็นภายนอก และวัยรุ่นทุกชนชั้นไม่สามารถเข้าถึงความรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างแท้จริงเพราะไม่คิดว่าตนจะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อรวมทั้งไม่ตระหนักว่าพฤติกรรมของตนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน

ในปัจจุบันนี้ ลักษณะของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยที่โครงสร้างของครอบครัว กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทั้งพ่อ แม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และลูกมักถูกนำไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์เด็กเล็กหรือโดยญาติ หรือบุคคลอื่น การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทยในปัจจุบันจึง กลายเป็นเน้นการเลี้ยงดูทางกายเป็นหลัก เนื่องจากพ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้านไม่มีเวลา และส่วน ใหญ่จะเปิดทีวีให้เด็กดู เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เกือบทั้งหมด ร้อยละ 96.7 ได้ดูทีวี โดยเฉลี่ยดูทีวีวันละ 1.9 ชั่วโมง เด็กในเมืองดูทีวีมากกว่าเด็กชนบท และเด็กกรุงเทพใช้เวลาดูทีวีมากที่สุด เฉลี่ยวันละ 2.1 ชั่วโมง (สุริยเดว ทรีปาตี, 2551) เด็กไทยในปัจจุบันจึงโตขึ้นมากับทีวี มีทีวีเป็นเพื่อน พ่อแม่ และเป็นครู สอนให้เรียนรู้ สิ่งต่าง ๆ ที่ได้เห็นตั้งแต่วัยเด็กจนโต ซึ่งรายการทีวีส่วนใหญ่จะเป็น ละคร หรือภาพยนตร์ รายการเพื่อความบันเทิงต่าง ๆ ซึ่งบางรายการอาจมีภาพความรุนแรงต่าง ๆ หรือลักษณะของละครชิงรักหักสวาทซึ่งเป็นที่นิยมในสังคม จากการศึกษาของ นางลักษณ อิ่มศรวล (2544) พบว่าสัญลักษณ์ทางเพศในละครโทรทัศน์ที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี เป็นลักษณะของสัญลักษณ์ทางเพศที่เกิดจากแบบแผนพฤติกรรม (Norm of behavior) สิ่งแวดล้อมกำหนด (Environmental interpretation) และค่านิยมทางสังคม (Societal values) อัน ได้แก่การร่วมเพศอย่างไม่ปลอดภัย การสำส่อนทางเพศ พฤติกรรมมากฝัหลายเมียพฤติกรรมที่มีความ วิปริตทางกามารมณ์ การใช้ผู้หญิงเป็นวัตถุทางเพศของผู้ชาย การข่มขืนการที่เยวกลางคืนของ วัยรุ่น ความเจ้าชู้ และการเที่ยวหญิงบริการ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่ผ่านสายตาของเด็ก และ ถูกซึมซับไปทั้งสิ้น

ในวัยรุ่น คอมพิวเตอร์เป็นสิ่งที่ให้ความเพลิดเพลินได้หลายอย่าง ทั้งดูหนัง ฟังเพลง เล่น เกมและหาเพื่อนคลายเหงาได้มากมายจากการแชท ทางอินเทอร์เน็ต ปัญหาเด็กติดเกมหรือการแชท หรือแม้แต่การที่เด็กวัยรุ่นนักศึกษาหันมาประกอบอาชีพขายบริการทางเพศออนไลน์ ในห้อง สนทนา (Chat room) ของเว็บไซต์ต่าง ๆ ที่เป็นที่ยอมรับของวัยรุ่น ในอินเทอร์เน็ต จึงเป็นเรื่องที่ เกิดขึ้นได้ง่าย ข่าวดาราล่องตวงเด็กวัยรุ่นผ่านการแชทออนไลน์ เป็นเรื่องที่พบเห็นเป็นประจำ จาก การศึกษาของ สมประสงค์ พระสุจันทร์ทิพย์ และ อัญชลี ปิยะदानนท์ (2544) ซึ่งให้เห็นในระบบ การทำงานของการค้าบริการผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตผ่านระบบการสนทนา เริ่มจาก การคิดเด็ก นักเรียน นักศึกษาเข้าสังกัด หลังจากนั้นนายหน้าทำหน้าที่คัดสรรคุณภาพของเด็กตามกำลังเงินของ ผู้ซื้อบริการที่เข้ามาพูดคุยในห้องสนทนา ในขณะเดียวกันการใช้ ที่เปิดกว้างและอิสระ ตัวเด็กเองยัง สามารถเป็นผู้ขายอิสระได้เช่นกัน (Freelance) รวมทั้งการพัฒนาตนเองมาสู่การเป็นนายหน้า โดย การชักชวนเพื่อนและคนรู้จัก ซึ่งโดยธรรมชาติของวัยรุ่น เป็นวัยที่จะเริ่มคบเพื่อน และเชื่อเพื่อน มาก การเข้าไปในห้องสนทนาในอินเทอร์เน็ตเนื่องจากความเหงาและต้องการเพื่อน เพื่อแลก

กับสัมพันธภาพและการยอมรับในหมู่เพื่อน วัยรุ่นบางคนใช้การมีเพศสัมพันธ์ เป็นเหตุผลเพื่อการเข้ากลุ่ม ให้เป็นที่ยอมรับจากเพื่อน ๆ (สมชัย ภิญญาพรพาณิชย์, 2551)

จะเห็นได้ว่า ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งสิ้น สื่อต่าง ๆ ที่เข้าถึงง่ายโดยขาดการควบคุมโดยเฉพาะอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลทุกชนิด ทั้งดีและไม่ดี เว็บไซต์ ตามกต่าง ๆ เหล่านี้พร้อมจะเข้าถึงตัวเด็กวัยรุ่นไทยได้ตลอดเวลา โดยที่เด็กเรียนรู้อเอง และขาดการแนะนำชี้ทางจากผู้ปกครอง ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเรียนรู้ไปโดยขาดการพิจารณากลั่นกรอง โดยพบว่า นักเรียนร้อยละ 20.3 เกิดการอยากเลียนแบบเพศสัมพันธ์ตามสื่อที่ได้พบเห็น มีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อกิจกรรมทางเพศร้อยละ 86.9 ค่านิยมและความเชื่อต่างๆของเด็กวัยรุ่นในปัจจุบัน เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องปกติ หรือการมีกิ๊ก มีคู่นอนหลายคนเป็นสิ่งที่ดี พบว่า ร้อยละ 70 ของนักเรียนยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักเป็นเรื่องธรรมดา และกว่าครึ่งหนึ่งยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับกิ๊ก และ 1 ใน 3 เห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาหากมีการเปลี่ยนคู่นอน นักเรียนร้อยละ 50 ยอมรับว่ากลุ่มของตนมีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอน (มานพ คณะโต และคณะ, 2548) ค่านิยมและความเชื่อเหล่านี้ เป็นสิ่งที่แพร่เข้าสู่กลุ่มวัยรุ่นผ่านสื่อต่าง ๆ และได้รับการยอมรับอย่างง่ายดาย นอกจากนี้การใช้สารเสพติดต่าง ๆ แอลกอฮอล์และบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ สมศักดิ์ วงสาวาส, บังอร เทพเทียน, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์, ปรีนดา ตาสี และ สุภัทรา อินทร์ไพบูลย์ (2548) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ในระดับสูงคือ การเข้าร่วมปาร์ตี้ยาเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ การเที่ยวสถานบริการ การดูภาพเปลือยจากอินเทอร์เน็ตหรือสื่ออื่น ๆ การใช้สารเสพติดเช่นแอลกอฮอล์ บุหรี่เพิ่มขึ้นในกลุ่มนักเรียนร้อยละ 70 และร้อยละ 25 ตามลำดับ สำหรับการระบาดของยาบ้า เฮโรอีน โคเคน ยาอี กาว/ทินเนอร์มีแนวโน้มเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีการใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนชายมัธยมและนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาเพิ่มขึ้น ผลสรุปของการศึกษาพบว่าระดับการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนยังไม่ดีพอ การจัดระเบียบสังคมช่วยให้ ระดับการเที่ยวสถานบริการลดลง แต่พบว่าจะมีการพบปะในลักษณะของปาร์ตี้ยามากขึ้น

ในด้านพฤติกรรมทางเพศ จิริงกูร ฉวีรังสี (2548) ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นปัจจุบันให้ความสำคัญเรื่องพรหมจรรย์น้อยมาก ผู้ใหญ่ต้องเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับวัยรุ่นใหม่ โดยไม่ต้องการให้ผู้ใหญ่เข้าไปตักเตือนเรื่องการแสดงออก อาทิ รักจนพลองจนตัว ห้ามมีความรักในวัยเรียน ซึ่งล้าสมัยแล้ว เพราะวัยรุ่นยุคนี้ต้องการทางออกด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคต่าง ๆ และไม่ให้ออกโดยไม่พร้อมมากกว่า รวมถึงการให้บริการที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยงาน การรับอารยธรรมที่ผิด ๆ จากสื่อต่าง ๆ ทำให้วัยรุ่นมีค่านิยมที่ผิด อาทิ ตั้งเป้ามีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม ไม่ป้องกัน



ตนเองขณะมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศที่คุ้นเคยกัน ไม่กล้าการติดเอดส์แต่กลัวห้อง และการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ อาทิ หนองใน ค่านิยมของวัยรุ่นที่มีรายได้ไม่เพียงพอทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงในการยอมหลับนอนกับผู้อื่นเพื่อแลกกับสิ่งของเงินทอง แต่ในเรื่องการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ หรือแม้แต่การใช้ถุงยางอนามัย กลับเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นยาก เนื่องจากไม่อยากจะขัดใจ กลัวแฟนไม่รักและสูญเสียคนรักหากปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ (นิรมล เมืองโสภ, 2543) และคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงออกถึงความไม่ไว้วางใจกัน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นต้องการความรักและการพิงพิงเป็นอย่างมาก

จะเห็นได้ว่าปัญหาเอดส์ในวัยรุ่น มีความซับซ้อนสัมพันธ์กับทุกองค์ประกอบทางสังคม เริ่มจากตัววัยรุ่นเอง ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจตามพัฒนาการตามวัย ครอบครัวซึ่งมีส่วนสำคัญและมีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็กวัยรุ่น ตลอดจนกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นมากที่สุด โรงเรียนซึ่งเป็นสถานที่อบรมสั่งสอน ขัดเกลา ให้เด็กมีความรู้และจริยธรรม และสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ซึ่งองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบซึ่งกันและกัน ดังนั้น ปัญหาเอดส์จึงไม่ใช่แค่ปัญหาสาธารณสุขแต่เป็นปัญหาสังคม ที่ต้องแก้ไขร่วมกันทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นเรื่องยาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบัน จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง จากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม จากครอบครัวขนาดใหญ่มีปู่ ย่า ตา ยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว และลักษณะทางเศรษฐกิจที่เป็นทุนนิยม ทำให้เกิดการแข่งขัน และต้องแก่งแย่ง ทุกคนต้องดิ้นรนเอาตัวรอด ในระดับครอบครัว พ่อแม่ต้องออกทำงาน ทั้งลูกให้อยู่บ้านกับสื่อ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ตลอดจน โรงเรียนในปัจจุบันก็ไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ความอยากรู้ อยากเห็นของเด็กได้อย่างเหมาะสม จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 17 ปี แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของ School Based HIV prevention program และการดำเนินงานเพศศึกษา เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่นของประเทศ ซึ่งการดำเนินงาน School Based HIV prevention program และการดำเนินงานเพศศึกษาสำหรับประเทศไทยนั้น ควรจะเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยควรพยายามพัฒนาปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับวัยของนักเรียน ในส่วนการดำเนินงานเพศศึกษาสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งมีนักเรียนจำนวนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์แล้ว ควรกล่าวถึง ทักษะคิดที่ถูกต้องในเรื่องเพศ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อม และอย่างรับผิดชอบ ทักษะในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความรู้และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง หรือการมีเพศสัมพันธ์ (ลาววัลย์ ออมรัตน์ และ ชนรัชย์ ผลิพัฒน์, 2549) ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า โรงเรียน

วันที่..... 26 S.H. 2555 .....  
 เลขทะเบียน..... 203379 .....  
 เลขเรียกหนังสือ.....

ไม่สามารถให้ความรู้เรื่องเพศ และโรคเอดส์ ให้กับนักเรียนได้ อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ ฐานะพงศ์ จินวงษ์ (2544) พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ แต่ด้วยนโยบายที่ เน้นหนักหลายเรื่องทำให้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหานี้อยู่ในอันดับรองลงไปเมื่อ เปรียบเทียบกับปัญหายาเสพติด และการประเมินคุณภาพสถานศึกษา ตัวชี้วัดหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวบรวมไว้ในสถานศึกษานั้นเพียงการรายงานให้กับส่วนกลาง และมีข้อจำกัดในเรื่องความถูกต้อง ความครอบคลุม และไม่สะท้อนภาพปัญหาที่แท้จริง สำหรับรูปแบบกิจกรรม ยังอยู่ในวงจำกัด เฉพาะในสถานศึกษา ในขณะที่สาเหตุของปัญหานี้เกี่ยวข้องกับครอบครัว ชุมชนและสังคม ภายนอก

จากปัจจัย และองค์ประกอบต่าง ๆ ทางสังคมดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ กันเป็นปัญหาขัดแย้ง เรื้อรัง ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาที่สืบเนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ของประเทศ การจะแก้ ปัญหาที่สาเหตุจึงเป็นเรื่องยาก ต้องการความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน ในสังคม อย่างจริงจัง ในระดับบุคคล สิ่งที่ต้องทำคือ การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค และที่สำคัญคือการสร้างความตระหนักใน ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เนื่องจากความคิดว่าเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว และตนไม่ใช่ บุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงทำให้ไม่ระวัง ป้องกัน ในขณะที่ครอบครัว เพื่อน และสื่อ คือปัจจัยที่มีผล ต่อทัศนคติเรื่องเพศของวัยรุ่น เราควรใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านี้ ในการสนับสนุน ส่งเสริม ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค

## 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

AIDS ย่อมาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการของ โรคที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เป็นโรคที่เกิดจากติดเชื้อไวรัสชื่อเอชไอวี (HIV = Human Immunodeficiency Virus) ไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน มีผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่ายและเกิด โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) ที่รุนแรงตามมา เช่น ปอดบวม สมออักเสบ โรค ผิวหนัง โรคมะเร็งบางชนิด มักจะมีอาการรุนแรงและทำให้เสียชีวิตได้

เอดส์พบครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1981 มีรายงานการพบผู้ป่วยโรค เอดส์ครั้งแรกที่เมืองลอสแอนเจลิส เป็นผู้ป่วยวัยฉกรรจ์ 5 คน มาโรงพยาบาลด้วยอาการปอด อักเสบจากเชื้อ PCP (Pneumocystis carinii pneumonia) เป็นชายรักร่วมเพศที่มีประวัติแข็งแรง มาก่อน ร่วมกับการติดเชื้อ Herpes simplex, Cytomegalovirus และ Candida ต่อมา มีรายงานในผู้ ติดเชื้อฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้พลาสมา (Plasma component) ในกลุ่ม ผู้ที่ฉีดยาเสพติด กลุ่มผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ปกติ ปลายปี 1981 พบผู้ป่วยรายแรกที่วินิจฉัยเป็นโรคเอดส์

ที่โรงพยาบาลลอนดอน ประเทศอังกฤษ และสิ้นปี 1993 มีรายงานยอดผู้ป่วยเอดส์สะสมทั้งทวีปยุโรป 118,000 คน (เสียชีวิต 58,808 คน) สำหรับในประเทศไทย เริ่มมีการรายงานผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรก จากโรงพยาบาลรามธิบดี เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 (กรมควบคุมโรค, 2552)

ค.ศ. 1983 Barre-Sinoussi และคณะ สามารถแยกเชื้อ Retrovirus ที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ได้สำเร็จเป็นครั้งแรก โดยการเพาะเลี้ยงเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วยชายรักร่วมเพศที่เป็นโรคเอดส์ โดยการตรวจหาเอนไซม์ Reverse transcriptase (RT) และตั้งชื่อไวรัสนี้ว่า Lymphadenopathy associated virus (LAV) และในเวลาใกล้เคียงกัน Levy (1983) และคณะได้รายงานการติดเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่มีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มเสี่ยง แต่ยังไม่มีอาการให้ชื่อว่า AIDS associated retrovirus (ARV) ในปีเดียวกัน Gallo และคณะ (1983) ได้รายงานการแยกเชื้อ Human T cell leukemic virus (HTLV) จากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยเอดส์ตั้งชื่อว่า HTLV III

ค.ศ. 1986 International Committee on Taxonomy of Viruses ได้ตั้งชื่อเชื้อไวรัสก่อโรคเอดส์ว่า Human immunodeficiency virus (HIV) ตลอดจนมีการแยกเชื้อได้เป็น HIV-1 และ HIV-2 เนื่องจากการจัดเรียงลำดับนิวคลีโอไทด์ที่แตกต่างกัน (จันทพงษ์ ะสี, 2541)

### สาเหตุของโรคเอดส์

โรคเอดส์ เกิดจากเชื้อไวรัส HIV จัดอยู่ใน family Retroviridae เป็นไวรัสรูปทรงกลม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 80-100 นาโนเมตร ภายในอนุภาคมีแกนกลาง (core) อันประกอบด้วย กรดนิวคลีโอโปรตีน เป็น กรดนิวคลีโออิกชนิด RNA ชนิดสายเดี่ยว มีลักษณะที่สำคัญคือมีเอนไซม์ Reverse transcriptase และไวรัส HIV อยู่ใน genus Lentivirus ซึ่งการติดเชื้อ Lentivirus จะเป็นแบบเรื้อรัง ทำลายเซลล์ ทำให้เกิดอาการโรคอย่างช้า ๆ (lenti หมายถึง slow) มักก่อโรคระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาทและระบบอื่น ๆ การติดเชื้อลักษณะนี้จะเกิดการติดเชื้อของไวรัสตลอดเวลา คือไม่มีช่วงปลอดเชื้อและทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสียไป (ทิพย์วรรณ ชื่นจิตร, สุดา ลุยศิริโรจนกุล และ จันทพงษ์ ะสี, 2550)

### วิธีการแพร่เชื้อเอดส์ (Method of transmission) (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2550)

การติดต่อสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเอดส์ในชีวิตประจำวันทั่วไป ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์นอกจากบุคคลนั้นมีเพศสัมพันธ์ ได้รับเลือดหรือเนื้อเยื่อของผู้ติดเชื้อได้มีรายงานการพบเชื้อในบางครั้งจากน้ำลาย น้ำตา ปัสสาวะ และเสมหะของผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่ยังไม่เคยมีรายงานการติดเชื้อโดยสัมผัสกับสิ่งเหล่านี้ ยังไม่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาว่าแมลงที่กัดคนหรือยุงที่ดูดเลือดคนแพร่เชื้อเอดส์ได้ วิธีการแพร่เชื้อเอดส์ที่สำคัญ ได้แก่

1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual contact) เชื้อไวรัสที่มีอยู่ในน้ำอสุจิและน้ำเมือกต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการสามารถผ่านเยื่อเมือกของอวัยวะสืบพันธุ์เข้าสู่ร่างกายได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ เยื่อบุช่องปากและช่องทวารหนักก็เป็นเยื่อเมือก (Mucosa) ที่ให้เชื้อไวรัสเอดส์ผ่านเข้าสู่ร่างกายได้เช่นกัน การมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะรักร่วมเพศหรือรักต่างเพศก็มีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอดส์ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบได้มากกว่าวิธีการแพร่เชื้ออื่น ๆ

2. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (Sharing HIV – contaminated needles and syringes) พวกติดยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันโดยไม่ได้ทำความสะอาดก่อน เมื่อผู้ติดยาเสพติดมีเชื้อไวรัสเอดส์อยู่จะทำให้แพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่น ๆ ในกลุ่มติดยาเสพติดด้วยกันได้ ในกรณีบุคลากรสาธารณสุขที่โดนเข็มเป็อนเลือดของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่มแทงโดยอุบัติเหตุ โอกาสติดเชื้อมีน้อยกว่า ร้อยละ 0.5 เมื่อเทียบกับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแล้วนับว่าแตกต่างกันมาก โดยไวรัสตับอักเสบบีมีความสามารถในการติดเชื้อได้ถึง ร้อยละ 25

3. การติดต่อจากมารดาสู่ทารก (Perinatal transmission) หญิงที่ตั้งครรภ์และมีเชื้อไวรัสเอดส์อยู่ในร่างกาย และสามารถแพร่เชื้อไปยังทารกในครรภ์ได้ประมาณ ร้อยละ 25-35 ของทารกที่เกิดมา และทารกที่ติดเชื้อเอดส์จะมีอาการเป็นโรคเอดส์และตายภายในเวลาประมาณ 2-5 ปี

### อาการและการดำเนินโรค

ระยะที่ 1 ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage or carrier stage) หรือเรียกว่าระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ คนไข้จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลยระหว่างนี้ สุขภาพจะสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนคนปกติทุกประการ (แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่นเดียวกับคนปกติอื่น ๆ เช่น เป็นไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เป็นเหมือนคนปกติทั่วไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน) บางคนอาจจะอยู่ในระยะนี้ไป 2-3 ปี ก่อนที่จะเข้าระยะต่อไป แต่บางคนก็อาจจะไม่มีอาการอยู่นานถึง 10-15 ปี หรือนานกว่านั้นก็ได้ (โดยเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี) คนไข้ทุกรายที่อยู่ในระยะนี้แม้จะไม่มีอาการแต่ก็สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่น ๆ ได้

ระยะที่ 2 ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex หรือ ARC) ระยะนี้นอกจากผลการตรวจเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังต้องมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างต่อไปนี้ปรากฏให้เห็นด้วย เช่น

- 1) ต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน
- 2) น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (มากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน)
- 3) อูจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ
- 4) มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ (Oral candidiasis, Hairy leukoplakia)

5) มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ

6) มีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่ลุกลาม (Herpes simplex) วัณโรคชนิดไม่แพร่กระจาย (Tuberculosis) เป็นต้น

ระยะนี้ อาจจะเป็นอยู่นานหลายเดือนหรือเป็นปี แล้วต่อมาคนไข้เกือบทั้งหมดจะเปลี่ยนเป็นระยะเอดส์เต็มขั้นต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) หรือเรียกว่าระยะ “โรคเอดส์” ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงมาก จนถึงจุดวิกฤติซึ่งร่างกายไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อชนิดอื่นๆ แม้แต่เชื้อที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายคนปกติได้เนื่องจากเม็ดเลือดขาวถูกทำลายไปจนเหลือน้อยหรือเกือบหมดไป ทำให้มีการติดเชื้อโรคที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีอยู่หลายชนิดแล้วแต่จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใด ที่ส่วนใด อาการแสดงที่จะพบจึงเป็นได้หลายแบบตามระบบของร่างกายส่วนต่างๆ แล้วแต่ว่าจะเป็นการติดเชื้อที่ระบบใด เช่น ถ้าปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ก็จะมีไข้ ไอ หอบ เจ็บหน้าอก ถ้าเป็นเชื้อราที่ระบบทางเดินอาหารก็จะมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก ถ้าเป็นสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* ก็จะมีอาการไข้ ปวดศีรษะมาก คอแข็ง หรือถ้าเป็นโรคเอดส์ของระบบประสาทโดยตรงก็จะมีอาการความจำเสื่อม สติฟั่นเฟือน ซึมเศร้า แขนขาหรืออ่อนแรง ชักกระตุก เป็นต้น บางรายอาจจะเป็นมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือดหรือ Kaposi's sarcoma โดยปรากฏเป็นจ้ำสี ม่วง คล้ำ ๆ ตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง Lymphoma พบเป็นก้อนโตตามที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ระยะนี้แล้วส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนักโดยทั่วไปจะมีชีวิตอยู่ได้อีกเพียง 1-2 ปี โดยเฉลี่ย (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2549)

### การดำเนินโรคตามธรรมชาติ (Natural history of HIV infection)

1. ภายใน 4-6 สัปดาห์หลังได้รับเชื้อ HIV ประมาณ 10-40% ของผู้ติดเชื้อ อาจมีอาการคล้ายไข้หวัดคือ ปวดศีรษะ ไข้สูง เจ็บคอ ต่อมน้ำเหลืองโต ไอ ผื่นที่ผิวหนัง บางรายอาจมีงูสวัด อาการจะรุนแรง และเป็น นานกว่าหวัดธรรมดา ตรวจ Anti-HIV ก็ยังไม่ให้ผลบวก เรียกอาการนี้ว่า Acute HIV infection อาการจะเป็นอยู่ 2-3 สัปดาห์ แล้วก็หายไปเอง และจะเริ่มตรวจพบ Anti-HIV antibody ผู้ติดเชื้อจำนวนมากมักจะไม่ได้ สังเกตว่ามีอาการดังกล่าวหลังการไปสัมผัสโรคมา หรือก่อนจะตรวจพบว่าเลือดเอดส์บวก

2. หลังจากนั้น ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการอะไรเลยเป็นเวลา 5-10 ปี (Asymptomatic HIV infection) หรือ CDC stage A หรือ WHO stage 1) อาจพบมีเพียงต่อมน้ำเหลืองที่ลำคอหรือรักแร้โต โดยไม่ทราบสาเหตุ (เรียก Persistent Generalized Lymphadenopathy หรือ PGL)

3. ผู้ติดเชื้อจะมีอาการเจ็บป่วยเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสในร่างกาย (Viral load) ถ้ายังมีมากก็ยิ่งป่วยเร็ว เพราะไปทำลาย CD4 cell มาก นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับระดับ CD4 ที่เหลืออยู่ ซึ่งก็เท่ากับ CD4 ที่มีอยู่เดิม ลบด้วย CD4 ที่ถูกทำลายไป บวกกับ CD4 ที่ถูกสร้างขึ้นมาทดแทน

4. โดยทั่วไป CD4 ยิ่งต่ำก็ยิ่งเกิดอาการมากขึ้น ส่วนใหญ่ถ้า CD4 เกิน 500 มักจะไม่เกิดโรค CD4 ระหว่าง 200-350 อาจเป็นงูสวัด เชื้อราในช่องปาก หรือมี Oral hairy leukoplakia (OHL) คุ่มคันตามตัว (Puritic popular eruption หรือ PPE) ท้องเสียเรื้อรัง เป็นต้น เรียกระยะนี้ว่า Symptomatic HIV infection หรือ AIDS-related complex (ARC) (ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์) หรือ CDC stage B ซึ่งเท่ากับ WHO stage 2 หรือ 3

5. ถ้า CD4 ต่ำกว่า 200 จะเกิดโรคฉวยโอกาสชนิดรุนแรง ซึ่งเรียกว่า AIDS-Defining illnesses ซึ่งมีกว่า 20 โรค โดยที่ถ้าผู้ติดเชื้อโรคใดเชื้อโรคหนึ่งใน 20 กว่าโรคนี้ ก็จะนิยามหรือเรียกว่าเป็น AIDS หรือ CDC stage C ซึ่งเท่ากับ WHO stage 4 โรคที่นิยามว่าเป็นเอดส์ก็เช่น Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) Cryptococcal meningitis วัณโรคคอตีบน้ำเหลือง ฯลฯ ส่วนวัณโรคปอดอาจเกิดที่ CD4 ระดับใดก็ได้แม้กระทั่งผู้ติดเชื้อที่ CD4 เกิน 500 (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2551)

### การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการตรวจหาสารที่ร่างกายสร้างขึ้น ที่เรียกว่า แอนติบอดี หรือภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไม่ได้ตรวจหาตัวเชื้อโดยตรงโดยร่างกายใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์ในการสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อต่อต้าน หรือกำจัดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในร่างกาย ถ้าตรวจพบภูมิคุ้มกันดังกล่าว แสดงว่ามีเชื้อเอชไอวีในร่างกายแล้วสิ่งที่สำคัญคือวันที่ไปตรวจเลือดนั้น ต้องมีระยะเวลาห่างจากวันที่รับเชื้อเอชไอวีครั้งล่าสุดมา 6 สัปดาห์ขึ้นไป และในระหว่าง 6 สัปดาห์นี้ต้องไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงอีก ถ้าการตรวจเลือด เป็นไปตามเงื่อนไขนี้ แสดงว่าผลการตรวจเลือดในครั้งนั้น เชื่อถือได้

### ผลการตรวจเลือด

ผลการตรวจเลือดนั้นมี 2 แบบ คือ มีผลเป็นลบ หมายถึง

- ยังไม่ได้รับเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่อดีตจนถึงความเสี่ยงครั้งล่าสุด

- อาจมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายแล้ว แต่ยังไม่พบ เพราะอาจจะยังรับเชื้อมาไม่นานพอที่จะตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อเชื่อนั้นซึ่งในระยะที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วแต่ยังไม่พบเชื้อในเลือดนี้เรียกว่า ระยะวินโดว์ พีเรียด (Window period)

ในกรณีที่ผลการตรวจเป็นบวก หมายถึงมีเชื้อเอชไอวีในร่างกายซึ่งโดยทั่วไปจะต้องตรวจซ้ำเพื่อยืนยันผลการตรวจ การที่รู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะมีอาการป่วย จะช่วยให้รู้จังหวะเวลาในการตรวจสุขภาพทั่วไป ตรวจเลือดเพื่อประเมินระดับภูมิคุ้มกัน หรือ ซีดีโฟร์ (CD4) เพื่อวางแผนการรักษา รวมถึงการรับยาต้านไวรัสในเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มหรือแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ด้วยการใช้อย่างอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์หรือไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

#### การป้องกันโรคเอดส์

- ไม่มีเพศสัมพันธ์
- สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง
- ใช้อย่างอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- ไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด โดยเฉพาะชนิดฉีดเข้าเส้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2553)

### 3. วัยรุ่นและพัฒนาการวัยรุ่น (Adolescence development)

วัยรุ่น หมายถึงช่วงวัยจากการสิ้นสุดความเป็นเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยเริ่มย่างเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ สามารถมีเพศสัมพันธ์และให้กำเนิดบุตรได้ จนกระทั่งสามารถรับผิดชอบพึ่งพาตนเองและเป็นอิสระจากการปกครองของผู้ใหญ่ (สุชา จันทร์อม, 2542)

วัยรุ่น Adolescence มาจากภาษาละติน คือ Adolescere ซึ่งแปลว่า การเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ นั่นคือ เป็นวัยย่างเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยถือเอาจากความพร้อมทางร่างกายหรือภาวะสูงสุดของร่างกายเป็นเครื่องตัดสิน

การแบ่งระยะของวัยรุ่น ศรีเรื่อน แก้วกิงवालได้แบ่งช่วงของวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะโดยใช้เกณฑ์ความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ตัดสินคือ

1. ช่วงอายุประมาณ 12-15 ปี เป็นช่วงวัยแรกรุ่นซึ่งยังมีพฤติกรรมค่อนข้างเด็กอยู่มาก
2. ช่วงอายุประมาณ 16-17 ปี เป็นช่วงระยะวัยรุ่นตอนกลางจะมีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่
3. ช่วงอายุประมาณ 18-25 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนปลายกระบวนการพฤติกรรมค่อนข้างเป็นผู้ใหญ่

วัยแรกเริ่ม แปรจากศัพท์อังกฤษ คือ Puberty มาจากภาษาลาติน คือ Puberta ซึ่งแปลว่า การเติบโตเป็นหนุ่มสาวเปลี่ยนสภาวะทางร่างกายจากความเป็นเด็กชายเด็กหญิง ร่างกายเติบโตเป็นผู้ใหญ่เกือบเต็มทีทุกส่วน ลักษณะพฤติกรรมทางเพศยังไม่โตเต็มที่ ลักษณะเช่นนี้ เป็นช่วงเปลี่ยนวัยของชีวิตทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางกายของเด็กวัยรุ่นเป็นต้นเหตุ ให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น ด้านอารมณ์ ลักษณะสัมพันธภาพกับผู้อื่นสมรรถภาพทางสมอง ค่านิยม ทักษะคติ ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ฯลฯ เป็นต้น ส่วนในช่วงวัยรุ่นที่แท้จริง (Adolescence) อายุประมาณ 15-18,19-25 ปีนั้น เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ทางร่างกายเต็มที่เป็นช่วงเปลี่ยนทางด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ ค่านิยม อุดมคติ ฯลฯ เด็กกำลังเลียนแบบและทดสอบบทบาทเพื่อจะเป็นผู้ใหญ่ในแง่ต่าง ๆ เช่น อารมณ์ สังคม จิตใจ ความใฝ่ฝัน ปรารถนา ฯลฯ ความเปลี่ยนแปลงและความเป็นไปต่าง ๆ ในลักษณะนี้ล้วนเป็นรากฐานของความสนใจ ความมุ่งหมายในชีวิต อาชีพ ลักษณะของเพื่อน ลักษณะของคู่ครอง ฯลฯ ในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549)

อุบลรัตน์ เฟิงสถิต (2546) แบ่งระยะวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วงวัย ดังต่อไปนี้ “วัยแรกเริ่ม” (Puberty) เป็นช่วงที่คาบเกี่ยวระหว่างวัยเด็กตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้น ลักษณะของวัยนี้ก็จะมีลักษณะของวัยที่แตกต่างกับวัยอื่น “วัยรุ่นตอนต้น” (Preadolescence and adolescence) เป็นช่วงที่รวมเอาวัยแรกเริ่มเข้าไว้ด้วยกันจนถึงอายุได้ประมาณ 17 ปี “วัยรุ่นตอนปลาย” (Late adolescence or youth) จะมีอายุโดยประมาณ 17-21 ปี

สุภัททา ปิณฑะแพทย์ (2527) ได้แบ่งวัยรุ่นตามความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะวัยรุ่นตอนต้น เริ่มตั้งแต่อายุ 13 หรือ 14 ปี จนถึงอายุ 17 ปี
2. ระยะวัยรุ่นตอนปลาย ตั้งแต่อายุ 17 ปี จนถึง 21 ปี

วัยรุ่นถือว่าเป็นระยะของช่วงชีวิตที่คั่นกลางระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ซึ่งไม่สามารถแบ่งชัดเจนได้อย่างแน่นอนว่าควรกำหนดเมื่ออายุเท่าไร ตามปกติเรามักถือว่าวัยรุ่น คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 13-20 ปี แต่ทั้งนี้อาจไม่แน่นอนเพราะบางคนอายุเพียง 17-18 ปี ก็แสดงพฤติกรรมว่าเขามีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะพ้นจากสภาพของวัยรุ่นได้

Luella Cole นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 13-15 ปีเด็กชายจะมีอายุระหว่าง 15-17 ปี
2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 15-18 ปีเด็กชายจะมีอายุระหว่าง 17-19 ปี

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 18-21 ปี เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 19-21 ปี และเด็กชายจะเจริญเติบโตเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าเด็กหญิงประมาณ 2 ปี และ อายุเฉลี่ยทั้งชายและหญิง ในด้านความพร้อมของต่อมเพศที่จะเริ่มผลิตเซลล์สืบพันธุ์ได้นั้น เมื่อหญิงมีอายุประมาณ 11-13 ปี และชายอายุประมาณ 13-15 ปี

ลักษณะต่าง ๆ ที่แสดงถึงการเข้าสู่วัยรุ่น และระยะของวัยรุ่น ดังนี้

1. วัยแรกรุ่น (Puberty) หญิงอายุ 11-13 ปี และชาย 13-15 ปี เป็นระยะที่ร่างกายเริ่มการเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ทั้งในเด็กหญิงและเด็กชาย สำหรับเด็กหญิงนั้นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเจริญของร่างกายเต็มที่ ก็คือการมีประจำเดือนครั้งแรก ส่วนเด็กชายนั้นไม่มีลักษณะบ่งแน่ชัดเช่นเด็กหญิง แต่เราอาจจะสังเกตได้จากสิ่งเหล่านี้ คือ การหลั่งอสุจิในครั้งแรก การมีขนตามอวัยวะเพศ นอกจากนี้ น้ำเสียงที่พุดยังเปลี่ยนไปจาก เดิม คือ ห้าวขึ้น และมีลักษณะที่เรียกว่าแตกพาน เด็กหญิงนอกจากมีประจำเดือนครั้งแรกแล้ว ปรากฏว่าสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายยังเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านอวัยวะเพศ และการเจริญเติบโตของทรวงอก เนื่องจากผลของฮอร์โมนไปบำรุงมากขึ้น ในระยะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นนี้ เป็นระยะที่เดือนให้เราเห็นว่าระยะของวัยรุ่นได้ใกล้เข้ามาแล้ว

2. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) จะเป็นช่วงเวลาพอสมควรโดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและความนึกคิด การเจริญเติบโตในระยะวัยรุ่นนี้ ปรากฏว่ามีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ในด้านร่างกายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงมากมายและสิ้นสุดลงเมื่อได้ถึง “วุฒิภาวะของวัยรุ่น” ส่วนในด้านจิตใจนั้นส่วนใหญ่เป็นผลพลอยได้มาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย แม้ว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเป็นสิ่งผิดปกติของเด็กทุกคนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นก็ตาม แต่ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของเด็กแต่ละคนมักไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม

3. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น สภาพแวดล้อมใหม่และมีผลต่อการพัฒนาการทางสังคมของเด็ก โดยทั่วไปเด็กส่วนใหญ่จะคบเพื่อนที่มีรสนิยมคล้ายคลึงกันหรือคนที่ถูกใจกัน เด็กเริ่มรู้จักปรับปรุงบุคลิกภาพเลียนแบบผู้ที่ตนยกย่อง ชอบทำสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ เด็กที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จะเป็นเด็กไวต่อความรู้สึก มีความกระวนกระวายใจต่อคำพูดที่กล่าวออกไป

4. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) การพัฒนาการของวัยรุ่นเริ่มเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์แบบในช่วงระยะวัยรุ่นตอนปลาย โดยในระยะนี้มักมีการพัฒนาทางด้านจิตใจมากกว่าร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและปรัชญาชีวิต โดยปกติในวัยรุ่นตอนปลายมักมีความกระตือรือร้นที่จะสร้างสิ่งประทับใจต่าง ๆ เพื่อแสดงให้เห็นว่าตนมิได้เป็นเด็ก

วัยรุ่นอีกต่อไปแล้ว ในระยะนี้จะเริ่มมีการแต่งตัว และการแสดงออกของความเป็นผู้ใหญ่ เช่น ในเด็กหญิงจะเริ่มใช้ลิปสติก และสวมรองเท้าส้นสูง ส่วนในเด็กชายมักใส่ฝืนที่จะเป็นเจ้าของรถยนต์สักคันหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อต้องการความประทับใจว่า ขณะนี้เขาโตเต็มที่แล้ว และข้อมที่จะมีสิทธิเสรีภาพต่าง ๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ วัยรุ่นระยะนี้มีมักลอกเลียน แบบผู้ใหญ่ เช่น สูบบุหรี่ หัดดื่มสุรา เป็นต้น (รุจิรา ดวงสงค์, ม.ป.ป.)

### ลักษณะโดยทั่วไปของวัยรุ่น

1. เป็นวัยแห่งการเสริมสร้าง (Period of reconstruction) ในวัยนี้ความเจริญเติบโตทางร่างกายจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และจะค่อย ๆ ซ้ำลงในตอนปลาย
2. เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง (Period of transformation) ในวัยนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับชีวิตวัยรุ่นมากมาย ทั้งในร่างกายและจิตใจ และความรู้สึกนึกคิด
3. เป็นวัยที่มีความคิดอยากเป็นอิสระ (Period of independence) โดยเริ่มคิดพึ่งพาตนเอง อยากเรียนรู้ความผิดพลาดด้วยตนเองมากกว่าที่จะเรียนรู้จากคำสั่งสอนของคนอื่น ชอบโต้เถียงถ้าได้รับการขัดขวางอย่างรุนแรง มักมีความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ และหาทางออกในทางผิด ๆ เช่นหนีออกจากบ้าน
4. เป็นวัยที่ต้องเผชิญปัญหา (Period of problems) โดยในวัยนี้เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตซึ่งเรียกว่าวัยรุ่นวิกฤติ ปัญหาต่างๆ ในการปรับตัวมักเกิดขึ้นเสมอ มีการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว วู่วาม แสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงและรวดเร็ว อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เป็นวัยพายุและความเครียด (Storm and stress) (รุจิรา ดวงสงค์, ม.ป.ป.)

### 4. พัฒนาการทางเพศในวัยรุ่น

วัยรุ่น หมายถึงช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในระยะการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้ง มีการพัฒนาทางเพศที่สมบูรณ์ (Full sexual maturation) โดยที่การเข้าสู่ความเป็นวัยรุ่นจะแตกต่างกันในแต่ละเพศในแต่ละบุคคล ในแต่ละยุคสมัยและ เด็กหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กชาย โดยเฉลี่ยประมาณ 2 ปี

ในช่วงระยะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Puberty) ของวัยรุ่นนั้น จะมีพัฒนาการทางเพศที่สำคัญ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศปฐมภูมิ (Primary sex characteristics) คือ การพัฒนาของระบบสืบพันธุ์ให้สามารถสร้างเซลล์สืบพันธุ์ได้ ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงของอัณฑะ (Testis)



และองคชาติ (Penis) ในเด็กชาย และการเปลี่ยนแปลงของรังไข่ (Ovary) มดลูก (Uterus) และช่องคลอด (Vagina) ในเด็กหญิง

2. การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศทุติยภูมิ (Secondary sex characteristics) ซึ่งเป็นลักษณะทางเพศประกอบอื่น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของเต้านม รูปร่าง ขนตามรักแร้ หัวเหน่า และการเปลี่ยนแปลงของเสียงในเพศชาย การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของร่างกายมีผลกระทบต่ออย่างยิ่งต่อวัยรุ่น และสามารถนำไปสู่ความหมกมุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ โดยที่ความช้า/เร็วของการเข้าสู่วัยรุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนฝูงร่วมวัยร่วมกับอิทธิพลของค่านิยมสังคม จะส่งผลต่อการรับรู้และยอมรับตนเอง (Self perception and self acceptance) รวมถึง การนำไปสู่รูปแบบพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมทางสังคมอื่น ๆ ของวัยรุ่นได้

### พัฒนาการทางเพศในเพศหญิง

ในประเทศแถบตะวันตก เด็กหญิงมีประจำเดือนครั้งแรก (Menarche) ที่ช่วงอายุประมาณ 10-16 ปี แต่ในบางกลุ่มประเทศ เด็กหญิงจะมีประจำเดือนครั้งแรกที่อายุมากกว่านี้ เช่น ในประเทศปาปัวนิวกินี (Papua New Guinea) เด็กหญิงมีประจำเดือนในช่วงอายุ 18-20 ปี ความแตกต่างของอายุที่เริ่มเข้าสู่ความเป็นวัยรุ่นนี้ได้รับอิทธิพลจากอาหารสภาพการทำงานและสภาพคุณภาพชีวิตโดยพบว่าเมื่อองค์ประกอบเหล่านี้ดีขึ้น เด็กจะเข้าสู่ความเป็นวัยรุ่นได้เร็วขึ้น ดังนั้น ในระยะเวลาที่มีการพัฒนาทางวัตถุอย่างรวดเร็วในระยะที่ผ่านมามีประเทศที่พัฒนาแล้วจึงพบว่าเด็กได้เข้าสู่ความเป็นวัยรุ่นเร็วขึ้นกว่าเดิม อย่างชัดเจนนอกเหนือจากอิทธิพลจากโภชนาการและคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปัจจัยทางชีวภาพแล้ว ปัจจัยด้านอารมณ์ที่ส่งอิทธิพลต่ออายุที่เริ่มมีประจำเดือนเช่นกัน เด็กหญิงในครอบครัวที่มีความขัดแย้งและปราศจากพ่อมีแนวโน้มมีประจำเดือนเร็วกว่าเด็กหญิงอื่น ๆ รวมทั้งเด็กหญิงกลุ่มนี้จะเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์ ใช้สุราและบุหรี่เร็วกว่าเด็กหญิงอื่น ๆ การมีประจำเดือนนั้นเป็นภาวะที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ (Dependent variable) ทั้งในส่วนของปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางพฤติกรรมที่สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและในทางตรงข้าม พฤติกรรมทางเพศเหล่านี้ ก็จะส่งอิทธิพลย้อนกลับไปสู่การเร้าความขัดแย้งในครอบครัวให้รุนแรงขึ้น โดยพฤติกรรมปัญหาในเด็กหญิงลักษณะดังกล่าว จะพบได้ในโรงเรียน สหศึกษามากกว่าโรงเรียนที่มีนักเรียนหญิงล้วน ซึ่งกลุ่มเพื่อนมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของเด็กหญิงอีกด้วย

หลังจากมีประจำเดือนแล้ว มีแนวโน้มว่าเด็กหญิงจะเริ่มใส่ใจต่อการควบคุมอาหารเพื่อรักษา รูปร่าง ทั้งนี้ การควบคุมอาหารนี้เป็นผลมาจากทัศนคติที่ดีต่อความผอมของรูปร่างมากกว่าที่จะเป็นผลจากอิทธิพลทางการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

### พัฒนาการทางเพศในเด็กชาย

เด็กชายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางเพศ ซ้ำกว่าเด็กหญิงประมาณ 18-24 เดือน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของเด็กชาย จะส่งผลกระทบต่อสถานภาพในกลุ่มเพื่อนฝูงอย่างชัดเจน กล่าวคือ เด็กชายที่มีพัฒนาการของร่างกายเร็ว จะได้รับการยอมรับจากเพื่อนฝูงและมีภาพลักษณ์แห่งตน (Self-image) ที่ดี

### พฤติกรรมทางเพศ

พฤติกรรมทางเพศครอบคลุมทั้งพฤติกรรมที่อยู่ภายใน (Covert behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้แสดงออกมาให้เห็น อาทิเช่น ความคิด ค่านิยม ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมที่ถูกแสดงออกมาให้เห็นได้ชัดเจน (Overt behavior) เช่น การคบเพื่อนต่างเพศ จนกระทั่งถึงการมีความสัมพันธ์ทางเพศ

ระยะเวลาที่วัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจะสัมพันธ์กับองค์ประกอบดังนี้

1. การเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายของวัยรุ่นเร็ว
2. สถานภาพสมรสของพ่อแม่ เช่น การหย่าร้างและมีคู่อุปถัมภ์ใหม่ของพ่อแม่
3. การมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกรงรุนแรง
4. การใช้สารเสพติด

ในส่วนของ การตั้งครภในวัยรุ่นนั้น พบว่า หลังมีการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ แพร่หลายและใช้ บริการได้ง่ายขึ้นในปี 1975 มีผลให้การตั้งครภลดลงชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในกรณีของวัยรุ่นที่ตั้งครภนั้น ได้พบปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องดังนี้

1. การด้อยการศึกษา
2. ความยากจน
3. ปัญหาอาารมณ
4. การเป็นบุตรของมารดาวัยรุ่น

ในปัจจุบันพ่อแม่ในประเทศส่วนใหญ่ยังมีแนวโน้มที่จะห่วงใยต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับเพศและเพศสัมพันธ์ในลูกสาวมากกว่าในลูกชาย ข้อสังเกตที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ แม้ว่าค่านิยมของสังคมที่มีต่อเพศหญิงในประเทศต่าง ๆ จะมีความแตกต่างหลากหลาย แต่แนวคิดที่มองเห็นบทบาทเพศชายเปรียบเสมือนผู้ล่า (Predator) นั้น กลับเกิดขึ้นอย่างคล้ายคลึงกันในทุกภูมิภาคของโลก นอกจากนี้ ยังพบว่า เพศหญิงและเพศชาย ยังมีค่านิยมหรือแบบแผนความคิดในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน เพศชายมักรับรู้ประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกของตนในฐานะสิ่งที่พึงพอใจและภาคภูมิใจ ในขณะที่เพศหญิงมักมีความรู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก

### เพศศึกษากับพฤติกรรมทางเพศ

การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมของวัยรุ่น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ทั้งในส่วนของความตระหนักรู้ในตน (Self-awareness) ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) ความรับผิดชอบในตนเอง (Self-responsibility) รวมถึงการเรียนรู้การชะลอความพึงพอใจ (Delayed gratification) ทั้งนี้ หากวัยรุ่นได้มีความรู้ความเข้าใจถึงอิทธิพลต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตอย่างถูกต้อง จะช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมได้มากขึ้น ความรู้ความเข้าใจดังกล่าว ควรรวมถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

- พัฒนาการทางเพศ (Human sexuality development)
- สุขอนามัยทางเพศ (Sexual health)
- พฤติกรรมทางเพศ (Sexual behavior)
- สัมพันธภาพ (Relation)
- ทักษะที่จำเป็นของบุคคล (Personal skill)
- สังคมและวัฒนธรรม (Social and culture)
- บทบาททางเพศ (Gender role) (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2552)

### การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมักเกิดจากการขาดการยับยั้งชั่งใจหรือมีปัญหาทางอารมณ์และใช้เพศสัมพันธ์เป็นการทดแทน เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมักไม่ได้ยังคิดให้รอบคอบขาดการไตร่ตรองทางอารมณ์เพศ หรืออยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสารเสพติด ทำให้เกิดปัญหาตามมาเช่น การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง ปัญหาครอบครัว และกลายเป็นปัญหาสังคมในที่สุด

ปัจจัยที่ทำให้มีการร่วมเพศในวัยรุ่น

สุวชัย อินทรประเสริฐ(2548) ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้มีการร่วมเพศในวัยรุ่น 7 ประการดังนี้

1. อายุแรกเริ่มมีระดูลดลงและอายุแรกสมรสสูงขึ้น

มีการศึกษาในเด็กไทยพบว่าในช่วง พ.ศ. 2518 – 2519 อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีประจำเดือนเท่ากับ 12.7 ปี และในปี พ.ศ.2540 ลดลงเหลือ 12.3 ปี เมื่อเริ่มมีระดู ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดความรู้สึกทางเพศและมีความต้องการทางเพศแต่วัยรุ่นยังไม่มีความพร้อมของวุฒิภาวะทางความคิด อารมณ์และการตัดสินใจ ขณะเดียวกันอายุแรกสมรสก็สูงขึ้น ช่วงตั้งแต่เข้าสู่วัยมีระดูจนกระทั่งแต่งงานก็ยาวนานหรือห่างมากขึ้น

## 2. อยู่ในระบบการศึกษานานขึ้น

ในสมัยก่อนการศึกษาของวัยรุ่น อาจเรียนแค่ตามเกณฑ์ จบประถมศึกษาและออกมาทำงานทำให้แต่งงานเร็ว แต่ในปัจจุบันวัยรุ่นอยู่ในระบบการศึกษามากขึ้น จนจบมหาวิทยาลัย อาจถึงระดับปริญญาเอก โดยไม่ได้แต่งงาน แต่ความรู้สึกทางเพศและความต้องการทางเพศยังมีอยู่ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น

## 3. Electronic sex

ความก้าวหน้าทางการสื่อสารและเทคโนโลยี มีการพัฒนาทางอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ เว็บแคม (Web cam) ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสได้เห็น และสัมผัสสื่อกระตุ้นทางเพศเหล่านี้มากขึ้น

## 4. สื่อสิ่งพิมพ์และโฆษณา

สื่อโฆษณาหลายชิ้นมีภาพนางแบบ คารา นุ่งน้อยห่มน้อย กระตุ้นอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่น รายการโทรทัศน์บางรายการมีการแสดงออกเรื่องเพศที่แฝงมากับภาพยนตร์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การแสดงออกและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

## 5. สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

สถานบันเทิงเรีงรมย์ และสิ่งบันเทิงต่าง ๆ ที่มีมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสหาทางออกทางเพศหรือมีกิจกรรมทางเพศมากขึ้น

## 6. โอกาสใกล้ชิดระหว่างสองเพศ

วัยรุ่นมีโอกาสใกล้ชิดกันมากขึ้น มีการรวมกลุ่มกับเพื่อน แรงผลักดันจากเพื่อน เช่น เพื่อนก็มีแฟน การร่วมเพศถือเป็นเรื่องปกติในกลุ่มเพื่อน แรงกดดันทำทหายจากเพื่อน ตลอดจนการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ทำให้เพิ่มโอกาสในการร่วมเพศมากขึ้น

## 7. มีสิทธิ์โดยไม่รู้หน้าที่

เมื่อสวนดุสิตโพลล์ถามเยาวชนไทยว่าการแสดงความรักในที่มิดชิดและเป็นส่วนตัวของคนที่เป็นแฟนกันสามารถทำได้หรือไม่ เยาวชนไทยร้อยละ 92.18 ตอบว่าสามารถทำได้เพราะเป็นที่มิดชิด เป็นเรื่องส่วนตัว แสดงให้เห็นถึงแนวคิดของวัยรุ่นที่มีมุมมองอะไรด้านเดียว โดยไม่คำนึงถึงวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีและความเหมาะสม

## ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

### ด้านร่างกาย

1. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. การเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่พบมากได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมน้ำเหลือง และที่ร้ายแรงสุดคือ โรคนิวโมซิส

#### ด้านสังคม

วัยรุ่นจะรู้สึกกังวล กลัวคนอื่นรู้ โดยเฉพาะพ่อ แม่ กลัวว่าสังคมจะไม่ยอมรับ ถูกนิทาให้ ร้ายจากสังคมและจะได้รับการปฏิเสธจากพ่อแม่หรือครอบครัว

#### ด้านจิตใจ

วิทยา นาควัชระ (2531: อ้างถึงใน วรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์, 2546) ได้กล่าวถึงผลที่เกิดขึ้น จากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานดังนี้

ในวัยรุ่นชายมีผลตามมาดังนี้

1. เกิดความซาซนกับพฤติกรรมร่วมเพศ ไม่ได้มองเห็นค่า หรือความหมายของการมี เพศสัมพันธ์

2. ความคิดรับผิชอบในกิจกรรมทั่ว ๆ ไปของชีวิตจะมีน้อยลง เพราะอาจมองไปว่า อะไร ๆ ก็ไม่ตื่นเต้นแม้จะชวนชววยในเรื่องการเรียนหรือการทำงานให้มากขึ้นก็ยังมีน้อยเพราะมีสิ่ง ล่อใจมากกว่า

3. อารมณ์แปรปรวนง่ายเพราะไม่รู้จุดหลักของชีวิตจริง ที่ต้องยึดถือให้ได้ ชีวิตไม่ได้มี เพียงการร่วมเพศ มีความสุขเพียงชั่วคราวและต้องออกมาเผชิญกับปัญหาทั่วไปจริง ๆ

4. ขาดการพัฒนาตนเองตามที่ควรเป็นทั้งทางกายและใจ

5. หากมีลูก ก็ยังไม่พร้อมเป็นพ่อ

6. ขาดโอกาสที่จะหาความรู้เพิ่มเติม

ในวัยรุ่นหญิงมีผลตามมาดังนี้

1. มีความรู้สึกสูญเสียสิ่งที่ควรสงวนเอาไว้ บางคนเสียความรู้สึก มีความละอาย มีความ เสียหาย

2. เกิดความเคซชิน มีความต้องการมากขึ้น

3. กร้านต่อชีวิตเร็ว เพราะต้องเผชิญปัญหาต้องดูแลรักษาตัวเอง

4. หากมีลูก จะมีปัญหาใหญ่มาก บิดา มารดายังไม่พร้อมที่จะชื่นใจ

5. โอกาสจะได้ผู้ชายดี ๆ ที่มาสนใจน้อยลง

6. ค่านิยมของคนทั่วไปไม่ได้มองว่าเป็นสิ่งที่ดี

สรุป วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา เพื่อ พัฒนาไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพทั้งนี้ ขึ้นกับสภาพแวดล้อม ครอบครัวและสังคม บุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิด ความเชื่อและพฤติกรรม

ของวัยรุ่นมากที่สุดคือ ครอบครัวและเพื่อน การจัดโปรแกรมสุขภาพในวัยรุ่นจึงควรคำนึงถึงอิทธิพลจากสิ่งเหล่านี้ในการสนับสนุนให้เกิด การเรียนรู้ การรับรู้ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรค

## 5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

การแสดงพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัยตัวแปรทางจิตสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับกับพฤติกรรมสุขภาพ มีตัวแปรความเชื่อซึ่งเป็นตัวแปรทางจิตสังคมมีส่วนกำหนดพฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยความเชื่อจะเป็นส่วนประกอบด้านความคิด ความเข้าใจในตัวบุคคล ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อดังกล่าวอาจเป็นเพียงความรู้สึกรู้สึกคิดที่เป็นผลจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงหรือเบี่ยงเบนได้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2526 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ วีระนรพานิช, 2540) โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของการป้องกันรักษาโรคต่างๆ ตลอดจนการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์

### วิวัฒนาการของทฤษฎี

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเริ่มในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะ ได้เริ่มจากแนวคิดตามแนวทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ” Rosenstock (1966) เป็นผู้ริเริ่มทำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจ Kast และ Cobb ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับนำไปใช้ทำนายพฤติกรรม การเจ็บป่วย Becker & Maiman (1975) Becker et al. (1974, 1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ Rosenstock (1976 b) เพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่า บุคคลสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ ถึงแม้จะไม่มีอาการ (Becker et al., 1977 & Rosenstock, 1976 b อ้างถึงใน พรณิ บัญชรหัตถกิจ, 2552)

### แนวคิดของทฤษฎี

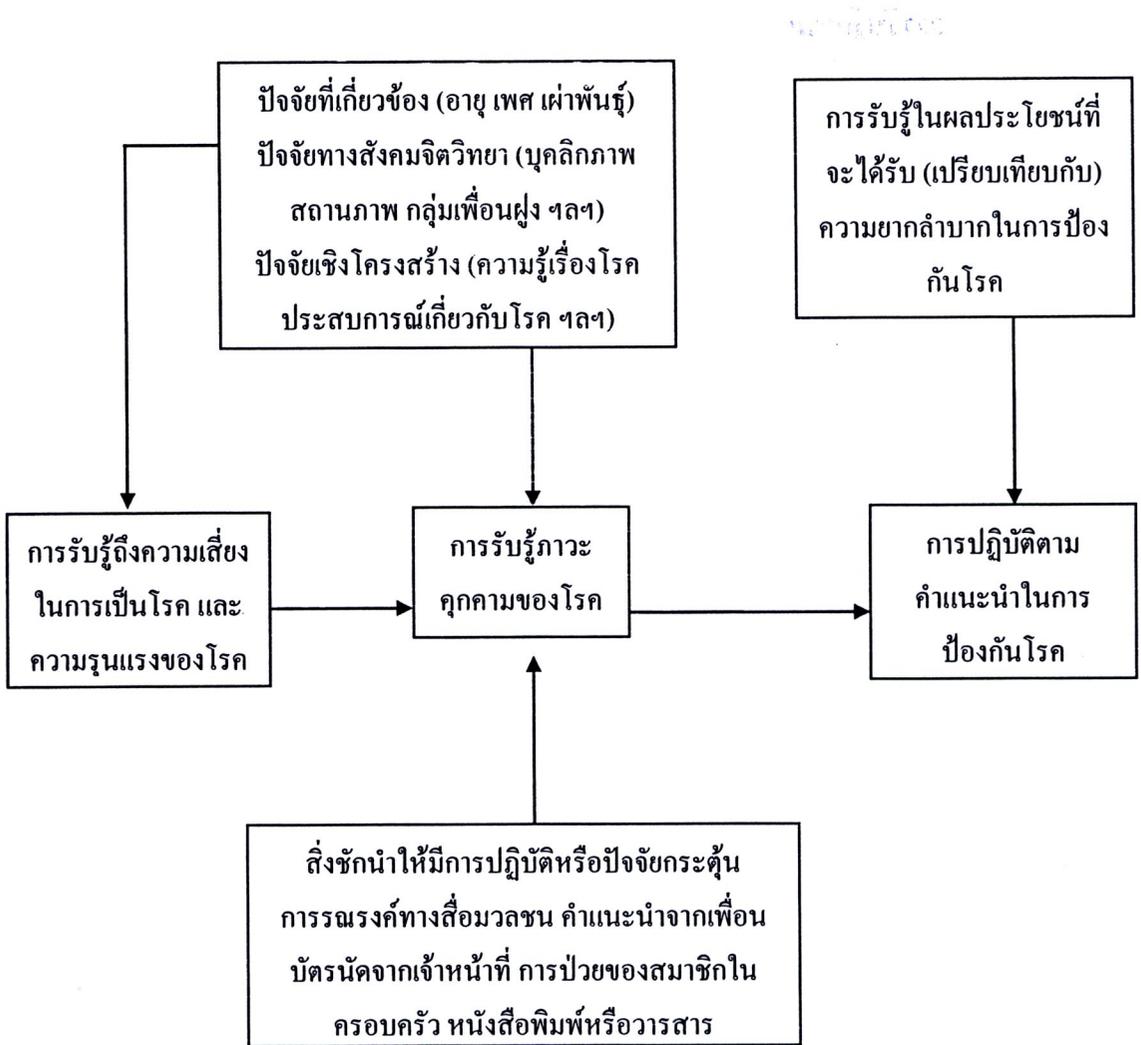
พฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรค กล่าวไว้ว่า บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร

โครงสร้างปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย (พรธณี บัญชรหัตถกิจ, 2552)

บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันต่อเมื่อมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าเป็นโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิงสุวรรณ, 2534)

Rosenstock และคณะ ได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยที่ได้อธิบายแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา และการปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมียุบสรรคทางด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย และความอาย (Rosenstock, 1974)

ต่อมา Becker (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย จะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่า ตนเองมีโอกาสรักษาหรือกลับมาเป็นโรคซ้ำอีก และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ดังนั้น บุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และรักษาสุขภาพ เบคเกอร์สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้



2. **การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)** หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และความต้องการใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเองซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนี้อาจมีความหมายแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้

3. **การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or costs of that action)** การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค เป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่ปฏิบัตินั้น เป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรค หรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัตินั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย และ Janz & Becker (1984 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้ข้อสรุปการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

4. **การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)** การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้อำนาจพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. **สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)** สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker & Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์ จะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกาย

ตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

**6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)** ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่น นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมหรือ เป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

6.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

**7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)** แรงจูงใจ หมายถึงความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกายอาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่ง ผลักดันร่วมกันกับปัจจัย การรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ สุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

### การนำทฤษฎีไปใช้

การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ส่วนใหญ่มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการรักษาโรคต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันกามโรค โรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติในการรักษาโรค เบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

## ข้อดีของทฤษฎี

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็น โมเดลเดียวที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะจึงเป็น โมเดลเดียวที่กล่าวถึง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคโดยตรง ทำให้เข้าใจว่า ทำไมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ กัน และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคล ถึงแม้ว่าการพัฒนาครั้งแรกจะเริ่มจากการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคแต่ต่อมาได้มีการปรับปรุงเพื่อนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ยังได้มีการนำปัจจัยต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากปัจจัยภายในของบุคคลมารวมไว้ใน โมเดล ทำให้สามารถนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง

2. สามารถนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีงานวิจัยสนับสนุนเป็นจำนวนมาก ซึ่งการนำไปใช้นอกจากจะใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว ยังมีวิธีการปรับตัวแปรอื่นๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพตามที่ต้องการ เช่นการลดค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคในการปฏิบัติของบุคคล การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนใช้สิ่งชักนำประเภทต่าง ๆ ที่จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. การที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้กล่าวถึงความสำคัญของปัจจัยร่วมด้านทัศนคติและปฏิสัมพันธ์ โดยเฉพาะในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย นับเป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาทฤษฎีการให้ความร่วมมือในการรักษา (Compliance theory)

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่ได้ระบุวิธีการหรือกิจกรรม (Intervention) เพื่อการแก้ไขพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้นำไปใช้สามารถพิจารณาความแตกต่างและความต้องการของบุคคล และของกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการได้มากที่สุด ความยืดหยุ่นในด้านนี้จึงนับว่าเป็นข้อดี

5. ประโยชน์ต่อการวิจัยและการสร้างทฤษฎี เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้มีความเข้าใจการค้นพบต่าง ๆ สามารถให้คำอธิบายและแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ค้นพบได้ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรในการวิจัยและการสร้างทฤษฎีใหม่ ๆ ต่อไปในอนาคตอีกด้วย

### ข้อจำกัดของทฤษฎี

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นโมเดลที่เหมาะสมกับการใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคที่มีความรุนแรงหรือมีอาการเฉียบพลันได้ดี แต่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ต่ำ ถ้าเป็น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป การตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรกเริ่ม เช่นการ เอ็กซเรย์ปอด และการเป็นโรคเรื้อรังที่กว่าจะเกิดผลเสียให้ปรากฏต้องใช้ระยะเวลายาวนาน

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีลักษณะเป็นการนำองค์ประกอบต่าง ๆ มาอยู่รวมกัน อย่างสับสนขาดการให้ความหมายขององค์ประกอบต่าง ๆ อย่างชัดเจน และไม่คงที่แน่นอน (มีการ ปรับอยู่เสมอ) จึงดูเหมือนว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะเป็นเพียงรายชื่อตัวแปร (Catalogue of variables) มากกว่าการเป็น โมเดลที่มีการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ อย่างชัดเจน ลักษณะดังกล่าวมีผลเสียคือทำให้ยากต่อการนำไปปฏิบัติในการวิจัยทั้งในเรื่องการใช้คำจำกัดความ การวัด และการแปลผล ซึ่งจะขาดความคงที่แน่นอนไปด้วย เช่น Becker วัดความวิตกกังวลของ มารดา ที่มีต่อสุขภาพของเด็กกว่า เป็นการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ในขณะที่ผู้วิจัยอื่น ใช้ตัวแปร ดังกล่าว เป็นแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัญหาความไม่คงที่นี้ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบ ผลการวิจัยระหว่างการศึกษิต่าง ๆ ได้

3. ปัญหาด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ และตัวแปรต่าง ๆ ใน โมเดล ยังไม่ชัดเจน และครบถ้วนเพียงพอ เช่น อิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่มากน้อยเพียงใด ชนิดและความมากน้อยของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง ซึ่งการ วิจัยส่วนใหญ่ มักทำการวิเคราะห์ตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในรูปแบบของ ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Correlation) ที่มองข้ามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง

4. ปัญหาเรื่องปัจจัยร่วมที่รวมตัวแปรต่าง ๆ ไว้ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง จิตวิทยาสังคม ฯลฯ ที่ขาดการระบุให้ชัดเจน แต่เสนอในลักษณะการคาดว่า จะมีผลต่อพฤติกรรม ทำให้ยากแก่ การทดสอบโมเดล และยากแก่การที่จะศึกษาโมเดล โดยนำตัวแปรในปัจจัยร่วมทุกตัว มาใช้ในการพิจารณา

5. ปัญหาด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่มีข้อสงสัยว่าการกระตุ้นให้เกิดความกลัว (Fear arousing) จะมีผลในทางลบต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ ซึ่งยังไม่มีการศึกษา ที่ให้คำอธิบาย ความสัมพันธ์ของ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างลึกซึ้งและชัดเจน

6. ข้อจำกัดในการอธิบายพฤติกรรมที่ถูกพัฒนา จนเป็นนิสัยประจำตัว (Health habits) ซึ่งพฤติกรรมนี้ไม่ได้ถูกกระตุ้นมาจากความสนใจ และความเชื่อทางด้านสุขภาพ แต่ถูกพัฒนามา โดยกระบวนการหล่อหลอมของสังคม (Socialization process) ตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การเรียนรู้ของเด็ก

โดยการกระทำตามผู้ใหญ่ในเรื่องการแปร่งฟันการบริโภคอาหารที่ถูกปลุกฝังจนเป็นนิสัยเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (พรรณี บัญชรหัตถกิจ, 2552)

จากการทบทวนทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องเป็นองค์ประกอบถึง 7 ตัวแปร ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกมาใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและโปรแกรมสุขภาพที่จัดขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ 3 ตัวแปรคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค เพื่อให้เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมป้องกันโรคจำเป็นต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อีกทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันโรคและเมื่อมีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคแล้ว จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันนั้นๆ ดังนั้นการประยุกต์ใช้ตัวแปรเหล่านี้ในการจัดโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคได้

## 6. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมคือการที่ผู้เรียนแต่ละคนมีส่วนร่วม คือการใส่ใจร่วมทำให้ตัวเองเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้สอนอยากจะให้รู้ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ผู้เรียนแต่ละคนมีโอกาสร่วมกิจกรรมและเป็นศูนย์กลางของการเรียนการสอน (Student-centered teaching and learning) การเรียนรู้จากครูซึ่งเน้นเนื้อหาวิชาเป็นหลักในการสอน ย่อมไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในสังคมเป็นไปอย่างรวดเร็ว สิ่งที่เรียนรู้ในโรงเรียนอาจล้าสมัย การสอนให้ผู้เรียนสามารถแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่หลากหลายและยืดหยุ่น ได้เรียนรู้จากครู ผู้ปกครอง ชุมชนและสิ่งต่าง ๆ รอบตัวผู้เรียน เป็นผู้รับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง เป็นการสร้างมิติใหม่ทางการศึกษา “การศึกษา 100%” “การศึกษาดลอดชีพ” และ “สังคมแห่งการเรียนรู้” (สุมณฑา พรหมบุญ, 2540)

กรมสุขภาพจิต กล่าวถึงการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมว่า Participatory Learning เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จากความเชื่อที่ว่า การเรียนรู้ของคน เป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวผู้เรียนเอง โดยมีผู้สอน จัดกระบวนการเรียน การสอนที่เอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างความรู้มากกว่า การถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนสู่ผู้เรียนอย่างเดียว ดังนั้นกระบวนการสร้างความรู้จึงต้องอ้างอิงจากประสบการณ์ของผู้เรียน เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นฝ่ายกระทำ อันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่องการเรียนรู้ลักษณะนี้จึงเข้าถึง ลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ซึ่งทำให้เกิดการขยายตัว

ของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยการแสดงออกทางการพูด การเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ (กรมสุขภาพจิต, 2543)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีหลักสำคัญ 5 ประการคือ

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
2. เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆอย่างต่อเนื่องและท้าทาย
3. เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนและ ผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนำไปสู่การขยายเครือข่ายความรู้ของทุกคน ทั้งผู้เรียนและผู้สอน
5. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ (พูด เขียน วาดภาพ การแสดงบทบาท

สมมติ ฯลฯ) ที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างความรู้ความเข้าใจ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำไปสู่ข้อสรุป หรือองค์ความรู้ (กรมสุขภาพจิต, 2543)

ความสำคัญของการนำวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในโรงเรียนอาจกล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้และความจริงเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในโลกถูกค้นพบใหม่เสมอ ๆ ความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในสังคมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ผู้เรียนจึงต้องเรียนรู้วิธีที่จะแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง

2. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเตรียมผู้เรียนให้พร้อมที่จะเผชิญกับชีวิตจริง เพราะลักษณะของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รับฝึกหัดต่อการเรียนรู้ของตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติ ทำกิจกรรมกลุ่ม ฝึกฝนทักษะการเรียนรู้ ทักษะการบริหาร การจัดการ การเป็นผู้นำ ผู้ตามและที่สำคัญเป็นการเรียนรู้ที่มีความ สัมพันธ์สอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้เรียน

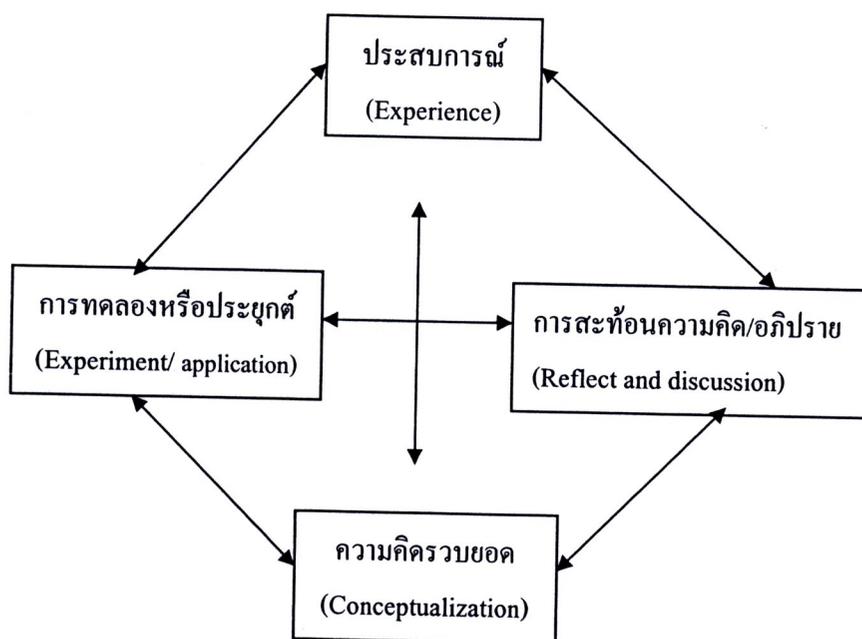
3. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี ช่วยให้ผู้เรียน ได้ฝึกฝนความเป็นประชาธิปไตย ฝึกการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ช่วยให้ผู้เรียนเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเรียน ต่อครู ต่อสถานศึกษาและต่อสังคม

4. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยลดปัญหาทางวินัยในชั้นเรียน เพราะผู้เรียนทุกคนจะได้ฝึกฝนจน กระทั่ง เกิดวินัยในตนเอง ผู้เรียนแต่ละคนจะได้รับการยอมรับจากครู จากเพื่อน ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ เกิดการยอมรับตนเอง เกิดความสุขในการอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ปัญหาทางวินัยจึงลดน้อยลง

5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยเฉลี่ยของผู้เรียนทั้งชั้นสูงขึ้น การช่วยเหลือกันในกลุ่มเพื่อน ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เรียนได้ดียิ่งขึ้น (สุมนทนา พรหมบุญ, 2540)

## องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบในการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ทั้ง 4 องค์ประกอบ ฉะนั้นผู้เรียนควรมีทิศทางการเรียนรู้ทุกด้าน และควรมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร หรือทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้



ภาพที่ 2 ทิศทางขององค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม  
(ดัดแปลงจาก คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม กรมสุขภาพจิต, 2540)

### 1. ประสบการณ์ (Experience)

เป็นการสอนโดยใช้ประสบการณ์เดิมของผู้เรียน โดยครูผู้สอนจะกระตุ้นให้นักเรียนได้ดึงประสบการณ์เดิมของตนออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเองได้ ขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้สอน การพยายามให้นักเรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้ในการเรียนรู้จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อ ครู และ นักเรียน ดังนี้

นักเรียน : การได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อนๆ จะทำให้นักเรียนรู้สึกว่าคุณเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญ มีคนฟังเรื่องราวของคุณ และได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มเป็นไปด้วยดี

ครู ผู้สอน : ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบายหรือยกตัวอย่างให้นักเรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลากระตุ้นนักเรียนได้เล่าประสบการณ์ของตน ครูอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่นักเรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมีน้อย อาจยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์สมมติ

## 2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflect and discussion)

เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ นักเรียนจะได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเอง แลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งครู ผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิวิจารณ์ นักเรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปราย จะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย หรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ขณะทำกลุ่มนักเรียนจะได้เรียนรู้ถึงการทำงานเป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จ การควบคุมตนเอง และการยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น องค์ประกอบนี้จะช่วยทำให้นักเรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้และเจตคติในเรื่องที่อภิปราย

## 3. เข้าใจและเกิดความคิด / ความคิดรวบยอด (Understand and conceptualization)

เป็นองค์ประกอบที่นักเรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (Knowledge) เกิดได้หลายทางเช่น จากการบรรยายของครู ผู้สอน การมอบหมายให้อ่านจากเอกสารตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็นและอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 นักเรียนเกิดความเข้าใจ นำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยนักเรียนเป็นฝ่ายเริ่มแล้วครูช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือครูเป็นผู้นำทาง และนักเรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นเป็นความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผล ไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะช่วยให้นักเรียนปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น

## 4. การทดลองหรือประยุกต์ (Experimentation/ application)

เป็นองค์ประกอบที่นักเรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ ไปประยุกต์ใช้แนวคิด ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง โดยการทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ แผนภาพ จัดบอร์ด เล่นบทบาทสมมติ ทำรายงาน เขียนเรียงความ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ครู ผู้สอน สามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2540)

ความสัมพันธ์ของทั้ง 4 องค์ประกอบจะเป็นไปอย่างพลวัตร เกี่ยวข้องมีผลถึงกัน โดยอาจเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ในแง่การเรียนการสอน อาจ

เริ่มจากจุดใดก่อนก็ได้ แต่ต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ครบทุกองค์ประกอบ การเริ่มจากประสบการณ์ หรือความคิดรวบยอด จะช่วยให้นักเรียนได้ดึงข้อมูลเก่า หรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อนเพื่อนำไปสู่การอภิปราย และการประยุกต์ใช้ ระยะเวลาของแต่ละองค์ประกอบ ไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ครู ผู้สอนสามารถจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ เช่น ถ้าเนื้อหาที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลามาก หรือถ้าครูผู้สอน มีประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญมาก ก็อาจใช้เวลาในการอภิปรายมากกว่าส่วนขององค์ประกอบความคิดรวบยอด

การสร้างความรู้โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถจัดกิจกรรมแต่ละองค์ประกอบดังนี้

**ประสบการณ์** ครูผู้สอนจัดกิจกรรมโดยตั้งคำถามในใบชี้แจงให้นักเรียนได้นำเสนอความรู้ที่ตนมี อาจใช้การจับคู่คุยกันในระยะเวลาสั้นๆ แล้วครูสุ่มถามแต่ละคู่ การให้นักเรียนได้นำเสนอความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับเนื้อหาที่ครูจะสอน จะช่วยให้ทราบถึงความรู้หรือประสบการณ์เดิมของนักเรียน ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในองค์ประกอบต่อไป

**ความคิดรวบยอด** จากประสบการณ์ที่นักเรียนนำเสนอ ครูสามารถสรุปเป็นความคิดรวบยอด และบรรยายเพิ่มเติม ทุกครั้งที่ให้นักเรียนนำเสนอประสบการณ์ ครูต้องสรุปและเชื่อมโยงประสบการณ์นั้นกับความคิดรวบยอดด้วย

**การสะท้อนความคิด/อภิปราย** จากเนื้อหาความรู้ที่นักเรียนได้เรียน ครูสามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้นักเรียนได้เข้าใจในเนื้อหายิ่งขึ้นและเพื่อเตรียมความรู้ในการนำไปใช้ โดยอาจใช้ใบงานกำหนดกลุ่มนักเรียนและกิจกรรมให้อภิปรายในประเด็นสำคัญของความรู้ เช่น อภิปรายเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

**การทดลอง/ประยุกต์** เป็นองค์ประกอบสุดท้ายของการเรียนรู้ ที่นักเรียนจะได้นำประสบการณ์ที่ได้รับจากองค์ประกอบข้างต้นมาทดลองใช้ โดยแบ่งกลุ่มนักเรียนกลุ่มละ 5-6 คน ทำกิจกรรมตามใบชี้แจง มอบหมายให้ทำกิจกรรมที่เป็นการประยุกต์ความรู้ เช่น เขียนคำขวัญ เขียนแผน โครงการ

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น นอกจากการให้ความรู้แล้ว ยังต้องใช้ความเชื่อ ความรู้สึก และความคิด การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสิ่งเหล่านี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นสร้างความรู้สึก ซึ่งคือกิจกรรมในขั้นองค์ประกอบประสบการณ์
2. ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ เป็นการสะท้อนความคิด/อภิปรายที่นำไปสู่ความคิดรวบยอดที่ปรับเปลี่ยนไปและนำไปทดลองใช้ในองค์ประกอบสุดท้าย

## 1. การจัดกิจกรรมชั้นสร้างความรู้สึก

กิจกรรมชั้นสร้างความรู้สึก เป็นกิจกรรมที่กระตุ้น จูงใจ หรือโน้มน้าวให้ผู้เรียนเกิดอารมณ์ ความรู้สึกตามที่ผู้สอนต้องการ เพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิด ความเชื่อ และสร้างเป็นเจตคติหรือปรับเปลี่ยนเจตคติเดิมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ สิ่งที่สำคัญในกิจกรรมสร้างความรู้สึกคือ สื่อ หรือกิจกรรมที่นิยมใช้กันมากมีดังนี้

**สื่อ** เป็นเรื่องราวที่เรียบเรียงขึ้นจากเรื่องจริง หรือสมมติ จัดทำเป็นรูปแบบต่าง ๆ เช่น กรณีศึกษา บทความ บทกวี จดหมาย ซึ่งทำเป็นบทอ่าน (Script) หรือบันทึกเป็นแถบเสียง วิดิทัศน์ เพื่อสะดวกในการใช้และมีประสิทธิภาพ ในการสร้างความรู้สึก สื่อแต่ละประเภทมีทั้งข้อดี และข้อจำกัดต่างกันคือ

บทสำหรับอ่าน (Script) สะดวกใช้ แต่ต้องอาศัยความสามารถของผู้สอนในการใส่อารมณ์ ใช้น้ำเสียง และจังหวะเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึก

แถบเสียง จัดทำโดยใช้เสียงอ่าน หรือพูดประกอบดนตรี อาจใช้เสียงนักพากย์มืออาชีพ จะช่วยให้เกิดความรู้สึกได้ดี

วิดิทัศน์ เสียงและภาพจะช่วยเร้าความรู้สึกได้ดีกว่าสื่อแบบอื่น แต่ต้องใช้เทคโนโลยี และอุปกรณ์ประกอบ ต้องใช้พื้นที่ และ จอภาพ ขนาดของห้องและจำนวนผู้เรียนต้องพอเหมาะพอดี

**กิจกรรม** ผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการกระตุ้นหรือสร้างความรู้สึกได้ โดยใช้กิจกรรมต่อไปนี้

**ละคร** เป็นเรื่องสั้นๆ โดยเขียนบทให้ผู้เรียนเตรียมการแสดงก่อน กิจกรรมนี้มีความสำคัญ อยู่ที่ผู้เล่นและบทละครต้องสร้างอารมณ์ ละครที่ดีไม่ควรมีหลายฉาก แต่ละฉากควรสั้น เพื่อให้เล่นง่าย ชวนติดตามและใช้เวลาไม่มาก

**ละครวิทยุ** สามารถแสดงได้ง่ายๆ โดยใช้ฉากสั้น และ อ่านหรือสนทนาตามบทที่เตรียมไว้ โดยใส่อารมณ์ ความรู้สึกตามบทโดยไม่ต้องแสดง

**กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์** การเลือกกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ที่มีเนื้อหาเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ จะช่วยสร้างความตระหนัก ซึ่งสามารถเชื่อมโยงไปสู่ระบบความคิด ความเชื่อได้ดี

**กิจกรรมอื่น ๆ** เช่น โต้เวที การต่อเรื่อง การแสดงบทบาทสมมติ การใช้จินตนาการ หากจัดให้เข้ากับจุดประสงค์ที่กระตุ้นความรู้สึก และเหมาะสมกับผู้เรียนก็จะช่วยให้สร้างและเปลี่ยนแปลงเจตคติได้

การจัดกิจกรรมขั้นสร้างความรู้สึกรู้สึก มีกิจกรรมหลัก 2 อย่างที่ผู้สอนต้องจัดให้ผู้เรียน คือ

1. กระตุ้นความรู้สึก โดยใช้สื่อหรือกิจกรรมดังที่กล่าวมาแล้ว

2. การเปิดเผยตนเอง เป็นการตั้งประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือกล่าวได้ว่าเป็นเจตคติของผู้เรียนต่อเหตุการณ์หรือพฤติกรรมตามสื่อที่ให้ ซึ่งมีอยู่หลากหลาย เช่น สงสาร ตำหนิ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย การให้ผู้เรียนได้เปิดเผยตนเอง ทำได้หลายรูปแบบ เช่น

- ให้เล่าความรู้สึกโดยตรง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

- สมมติตนเองเป็นบุคคลในเรื่อง เพื่อให้เกิดประสบการณ์ของความเห็นใจและเข้าใจเหมือนกับเป็นบุคคลนั่นเอง

- การเขียนแล้วแลกเปลี่ยนกันเอง เหมาะสำหรับผู้เรียนที่ไม่กล้าแสดงออก ซึ่งสามารถทำได้ 2 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 เขียนแล้วอ่านให้ผู้เรียนในห้องฟัง

รูปแบบที่ 2 แต่ละคนเขียนความรู้สึก ความคิดเห็น โดยไม่ต้องลงชื่อ แล้วสลับกันทั้งห้อง จากนั้นแต่ละคนอ่านให้เพื่อนในห้องฟัง

## 2. การจัดกิจกรรมขั้นจัดระบบความคิด ความเชื่อ

การจัดระบบความคิด ความเชื่อ อาศัยกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด ความ คิดเห็นและเหตุผลที่แตกต่างของสมาชิกในกลุ่ม จะช่วยให้ระบบความคิด ความเชื่อของผู้เรียนปรับเปลี่ยนไปการจัดกิจกรรมขั้นจัดระบบความคิด ความเชื่อนี้ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยใช้กลุ่มเล็ก 5-6 คน หรือกลุ่มย่อย ระดมสมอง 3-4 คน ผู้เรียนจะได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นที่หลากหลาย และมีส่วนร่วมได้ดี จากผลการทำงานในกลุ่มเล็ก สมาชิกแต่ละกลุ่ม นำไปสรุปในกลุ่มใหญ่อีกครั้งหนึ่ง การอภิปรายแม้จะสนับสนุนให้กล้าแสดงความคิดเห็น แต่ก็ต้องเคารพสิทธิของผู้อื่นด้วย ในการอภิปรายที่ข้อขัดแย้งมีน้อยจะทำให้เจตคติ ไม่ยั่งยืน ผู้สอนควรกระตุ้นให้เกิดประเด็นขัดแย้ง โดยการกำหนดกิจกรรมและประเด็นในใบงาน

2.2 ความคิดรวบยอด จากการสะท้อนความคิดและอภิปรายร่วมกัน ทำให้เกิดความคิดรวบยอดในเนื้อหา ผู้เรียนจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดความเชื่อมากขึ้น หรือแตกต่างออกไป ผู้สอนควรสรุปให้ผู้เรียนได้เข้าใจถึงความคิดรวบยอดของเจตคติที่มีแตกต่างกัน และควรกล่าวถึงผลของการมีเจตคติแต่ละอย่าง

2.3 การทดลอง/ ประยุกต์ การจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอด โดยใช้กลุ่มประเภทต่าง ๆ มอบหมายการทำกิจกรรมโดยใช้ใบชี้แจง เช่น กำหนดให้จัดกลุ่ม 5-6 คน ช่วยกันเขียนคำขวัญ ชักชวนให้ใช้ถุงยางอนามัย

การเรียนการสอนที่จะทำให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ จะต้องเข้าถึงจิตใจของผู้เรียน โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เพื่อสร้างพลังความคิดให้นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตลอดจนเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้เรียนในการแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาและสร้างภูมิคุ้มกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เข้ามากระทบชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเปลี่ยนทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ (Kurt Lewin, 1947 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) โดยที่ Lewin ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบเกี่ยวกับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ระหว่างการอภิปรายกลุ่มและการสอนรายบุคคล พบว่าการเรียนรู้ในลักษณะของการอภิปรายกลุ่มให้ผลในการเรียนดีกว่าการสอนรายบุคคล ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจาก

1. การสอนรายบุคคล ผู้เรียนไม่มีส่วนร่วม แต่การอภิปรายกลุ่ม สมาชิกมีส่วนร่วมและทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น
2. การสอนรายบุคคล ผู้เรียนไม่มีความรู้สึกผูกมัด (commit)ว่าจะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่ในการประชุมกลุ่ม การตัดสินใจและความพยายามที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดจะมีอยู่ในสมาชิกแต่ละคนไม่มากนัก
3. วิธีการบรรยาย จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลในส่วนของพุทธิปัญญา (Cognitive component) เท่านั้น แต่ในการประชุมกลุ่มจะมีผลต่อองค์ประกอบของทัศนคติทั้งทางด้านพุทธิปัญญา และองค์ประกอบทางการปฏิบัติ (Behavioral component)
4. ความคิดเห็นของกลุ่มมีผลต่อองค์ประกอบทางด้านทัศนคติของบุคคล ในขณะที่ขบวนการกลุ่มกำลังดำเนินอยู่ บุคคลในกลุ่มจะสามารถมองเห็นความเชื่อของกลุ่มได้จากการอภิปรายและความคิดเห็นของกลุ่มอาจมีส่วนทำให้ความคิดเห็นของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้

ผลการศึกษาพบว่า การได้มีส่วนร่วม (Participation) ในการช่วยแก้ปัญหาบางอย่าง ทำให้บุคคลที่มีส่วนร่วมนั้นเกิดความรู้สึกพอใจต่อวิธีการแก้ปัญหานั้น เพราะบุคคลนั้นมีความรู้สึกได้ว่าตัวเองได้ ลงทุน มีส่วนในการให้ความคิดเห็น การได้ตัดสินใจ และได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

จะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้ กลุ่ม ในการจัดกิจกรรม การออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละ

องค์ประกอบของการเรียนรู้เป็นสิ่งที่สำคัญ กลุ่มแต่ละประเภทก็มีข้อดี ข้อจำกัดต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### ประเภทของกลุ่ม

1. กลุ่ม 2 คน (Pair group) ให้ผู้เรียนจับคู่กันทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย เพื่อต้องการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นหรือปฏิบัติ แต่มีข้อจำกัดที่ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
2. กลุ่ม 3 คน (Triad group) ให้จับกลุ่ม 3 คน แต่ละคนมีบทบาทชัดเจนและหมุนเวียนบทบาทกันได้ เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามบทบาทและสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาทแต่จะขาดความหลากหลายและความกระฉับกระเฉง
3. กลุ่มย่อยระดมสมอง (Buzz group) เป็นการรวมกลุ่ม 3-4 คน เพื่อแสดงความคิดเห็น โดยต้องการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในเวลาสั้นๆ โดยไม่ต้องการข้อสรุป แต่จะขาดความลึกซึ้ง
4. กลุ่มเล็ก (Small group) เป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คน ทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป แต่จะเสียเวลามาก
5. กลุ่มใหญ่ (Large group) เป็นการอภิปรายกลุ่ม 15-30 คน หรือทั้งชั้น เพื่อต้องการให้เกิดการโต้แย้ง หรือการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มย่อยเพื่อหาข้อสรุป แต่ สมาชิกในกลุ่มอาจให้ความสนใจหรือมีส่วนร่วมน้อย และใช้เวลามาก
6. กลุ่มไขว้ (Cross-over group) เป็นการจัดกลุ่ม 2 ชั้นตอนโดยแยกให้ผู้เรียนทำกิจกรรมเฉพาะบางกลุ่มจนมีความเชี่ยวชาญ จากนั้นจึงให้ผู้เรียนจากแต่ละกลุ่มมารวมกันเป็นกลุ่มใหญ่ เพื่อบูรณาการ เพื่อให้ผู้เรียนใช้ศักยภาพของตนเองในการสร้างความรู้ และมีส่วนร่วม ได้เนื้อหามาก แต่จะใช้เวลามาก และอาจมีความรู้ตกหล่น
7. กลุ่มแบ่งย่อย (Subgroup) เป็นการจัดกลุ่ม 2 ชั้นตอนจากกลุ่ม 8-12 คน แต่ละกลุ่มถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3-4 กลุ่มเพื่อให้ทำงาน กลุ่มละ 1 งาน (ที่ไม่เหมือนกัน) จากนั้นจึงให้กลุ่มย่อยออกมารวมกันเพื่อบูรณาการ
8. กลุ่มปิรามิด (Pyramid group) รวบรวมความคิดเห็นโดยเริ่มจากกลุ่ม 2-4 คน ทวีขึ้นเป็นชั้น ๆ จนครบทั้งชั้น เพื่อสร้างความตระหนักและเข้าใจในความรู้สึนึกคิดของแต่ละกลุ่มหรือฝ่าย แต่จะขาดข้อสรุปและความลึกซึ้ง (กรมสุขภาพจิต, 2543)

ในการจัดกลุ่มเพื่อใช้ในกระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะ พฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมมากที่สุด ควรจัดกลุ่มของผู้เรียนให้มี

ความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนการสอน และผลที่คาดว่าจะได้รับจากบทเรียนนั้น ๆ

การเตรียมกิจกรรม เพื่อให้ทำงานสำเร็จลุล่วงอย่างมีส่วนร่วมเป็นวิธีหนึ่งที่จะให้ผู้เรียนทำงานด้วยกันในกลุ่มย่อย โดยผ่านทาง การฝึกปฏิบัติ การสร้างทีมงานซึ่งทำบางสิ่งบางอย่างร่วมกัน ระดมสมองในหัวข้อที่สนใจหรือแก้ปัญหาาร่วมกัน ทีมสามารถฝึกทักษะที่จำเป็นต่อความสำเร็จเมื่อทำงานเป็นกลุ่ม กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยกำหนดบรรทัดฐานของพฤติกรรมที่พึงประสงค์

### **การบรรลุงานสูงสุด ( Maximum performance)**

นอกเหนือจากการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมและ การเตรียมกิจกรรมเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงอย่างมีส่วนร่วมแล้ว สิ่งสำคัญของการบรรลุงานสูงสุดคือการกำหนดงานให้กับกลุ่มซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้เรียน แบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลานานน้อยเพียงใด เมื่อบรรลุงานแล้วจะให้ทำอะไรต่อ

2. กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกให้ชัดเจน การกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่ต่างกัน เมื่อมารวมเสนอในกลุ่มใหญ่จึงจะเกิดการขยายเครือข่ายการเรียนรู้ โดยไม่นำเบื่อ การกำหนดบทบาทยังรวมถึงสมาชิกในกลุ่มด้วย เช่น ผู้เล่นบทบาทสมมติ ผู้สังเกตการณ์หรือบทบาทการนำกลุ่ม การรวบรวมความคิดเห็นและการนำเสนอ เป็นต้น

3. ควรมีโครงสร้างของงานที่ชัดเจน ซึ่งบอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทโดยทำเป็นกำหนดงานที่ครูแจ้งแก่นักเรียน หรือทำเป็นใบงานมอบแก่กลุ่มซึ่งเหมาะกับการทำกลุ่มย่อยที่ต้องการทำงานให้ได้ผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่ม โดยจัดทำเป็น

- ใบงาน เป็นการกำหนดงานหรือมอบหมายงานให้กลุ่มเล็ก หรือกลุ่มย่อย ระดมสมองที่มีรายละเอียดมากและต้องการผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่มที่มีความลึกซึ้งมาก มักใช้ในกิจกรรมสะท้อนความคิดและอภิปราย และกิจกรรมประยุกต์แนวคิด

- ใบชี้แจง เป็นการอธิบายงานที่มีรายละเอียดไม่มากนักในกลุ่มใหญ่ มักใช้ในกิจกรรมด้านประสบการณ์หรือประยุกต์แนวคิด

บทบาทของครูในระหว่างกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมนี้สำคัญมาก ขณะที่กลุ่มกำลังทำงาน ครูจะไปพบกับกลุ่มทีละกลุ่มเพื่อกำกับปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม ถามและตอบคำถามและคอยดึงความสนใจ และบันทึกหลังการสอนของนักเรียนเป็นรายบุคคลว่าแสดงอย่างไรในกลุ่ม เมื่อกิจกรรมสิ้นสุดลง



### หลักการสอนแบบมีส่วนร่วม

การสอนที่ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จะช่วยสร้างเสริมทักษะชีวิต ที่เป็นพื้นฐาน นั่นคือ ความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ซึ่งมีลักษณะเฉพาะของการสอนดังนี้

- ตั้งคำถามเพื่อรวบรวมประสบการณ์ของผู้เรียน
- ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อสร้างความรู้ตามงานที่ได้รับมอบหมาย
- การบรรยายโดยครู หรือ สื่อ การรายงานผลงานกลุ่มหรือบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่
- ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น เขียนคำขวัญ จัดบอร์ด ทำรายงาน เขียนเรียงความ ฯลฯ (กรมสุขภาพจิต, 2543)

### วิธีการสอนสำหรับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

วิธีการเรียนการสอนที่คึงนักเรียนเข้ามีส่วนร่วม และเกี่ยวข้องในกระบวนการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญ คึง ต่อไปนี้

#### การตระหนักถึงผลงานของนักเรียน (Recognition of student work)

นักปฏิรูปการศึกษา Schlechty (1997) ให้นิยามของการปฏิบัติงานไว้ว่า คนที่สำคัญในชีวิตของนักเรียน ทั้งพ่อแม่ พี่ น้อง และเพื่อน ต้องสังเกต มีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงานของนักเรียน รวมทั้งผลงานที่ได้จากการปฏิบัติงานนั้น และเพื่อยืนยัน ความหมาย และความสำคัญของกิจกรรมที่ทำ การให้โอกาสแก่นักเรียน ให้มีความมั่นใจในงาน และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงและคุ้มค่า การยอมรับในที่นี้ไม่รวมกับการชื่นชมยินดี หรือการให้รางวัลในรูปแบบอื่น ๆ แม้ว่าการกล่าวชื่นชมผลงานของนักเรียนเป็นสิ่งสำคัญ แต่การยอมรับในผลงานมีความหมายมากกว่านั้น Schlechty กล่าวว่า “ยืนยันหรือยอมรับในผลงานของนักเรียน เป็นการประกาศว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีสาระและสำคัญ” การยอมรับในผลงานของนักเรียน สามารถเกิดขึ้นได้ในหลากหลายวิธีการ ในทุกระดับชั้นและทุกสาระการเรียนรู้ การจัดเตรียมโอกาสที่ง่าย ๆ ให้ นักเรียนได้แสดงผลงาน ในโรงเรียน หรือบนบอร์ดในห้องเรียน ให้เพื่อน และบุคคลอื่นๆ ในโรงเรียนได้เห็นผลงาน งานวันประชุมผู้ปกครอง จัดแสดงผลงานที่เสร็จสมบูรณ์ของนักเรียน และแลกเปลี่ยนผลงานกับเพื่อน ล้วนเป็นวิธีที่สำคัญที่จะทำให้ผลงาน จากความเพียรพยายามของนักเรียนได้รับการยอมรับ ซึ่งไม่เพียงแต่นักเรียนจะได้แลกเปลี่ยนผลงานเท่านั้นแต่การเรียนรู้ที่สำคัญจะเกิดขึ้นด้วย (Schlechty, 1997)

### วิธีการที่จะตระหนักถึงผลงานของนักเรียน

- แสดงผลงานของนักเรียนตามทางเดินของโรงเรียน
- แสดงผลงานของนักเรียนบนบอร์ดในห้องเรียน และเชิญพ่อแม่ และบุคลากรจากโรงเรียนอื่น มาร่วมพิจารณาผลงานของนักเรียนและให้ความเห็นเชิงบวก
- ให้นักเรียนแลกเปลี่ยนผลงานที่เสร็จสมบูรณ์กับห้องอื่น ๆ ที่อยู่ในระดับเดียวกัน

### การตั้งคำถาม (Questioning)

การตั้งคำถามเป็นหัวใจของการสอนที่ดี การเลือกประเภทของคำถามที่ถูกต้องเพื่อถามนักเรียนเป็นสิ่งจำเป็นที่จะจุดประกายคำตอบที่กระตุ้นการคิดและดึงนักเรียนเข้ามามีส่วนในการอภิปรายที่สร้างสรรค์ วิธี การตั้งคำถามนั้นเกี่ยวกับการถามคำถามที่ต้องพิสูจน์และท้าทายซึ่งกระตุ้นทักษะการคิดขั้นสูง เช่น การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมิน ด้วยการถามคำถามที่ท้าทาย จะกระตุ้นให้นักเรียนคิดและนำความรู้ใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น การใช้รูปแบบคำถามที่แตกต่างหลากหลายเป็นการเปิด โอกาสให้นักเรียนคิดด้วยวิธีการที่แตกต่างและเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ เป็นคำถามปลายเปิด คำถามที่ปิดนั้นจำกัดและยอมให้นักเรียนเพียงหนึ่งหรือสองคนตอบคำถามทั้งถูกหรือผิด คำถามปลายเปิดต้องพิสูจน์และกระตุ้นนักเรียนให้คิดด้วยข้อคิดเห็นที่หลากหลาย ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว การนำคำถามปลายเปิดมาใช้กับกลุ่มของนักเรียนทำให้จำนวนของข้อคิดเห็นและคำตอบนั้นมีไม่จำกัด

### ลักษณะของคำถามปลายเปิด

- บอกให้รู้ว่าอะไรที่มีคุณค่าและอะไรที่สำคัญ
- กระตุ้นการโต้ตอบที่หลากหลาย
- เกี่ยวข้องกับการสื่อสารของครูและนักเรียน
- จะต้องระบุอย่างชัดเจน
- กระตุ้นการอภิปรายและการโต้เถียงในห้องเรียน

### กิจกรรมหรือวิธีการสอนที่เหมาะสมกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

เด็กในวัยนี้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ต้องการความเป็นอิสระทางความคิด การกระทำ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ อยากเป็นคนเด่นในสายตาคคนอื่น มีเหตุผลมากขึ้น และอยากศึกษาค้นคว้าในสิ่งต่างๆมากขึ้น วิธีการที่ควรใช้ได้แก่ การแก้ปัญหา การอภิปราย การสาธิต การอภิปรายกลุ่มเล็ก การทำงานกลุ่ม และการทดลอง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2523)

### การแก้ปัญหา (Problem solving)

วิธีการสอนโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหานั้นเป็นวิธีที่สำคัญและใช้ได้ดีในการสอน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ปัญหานั้นเป็นกระบวนการเรียนรู้โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ นักเรียนจะเรียนรู้ว่าจะศึกษาข้อมูลต่างๆอย่างไร จะให้เหตุผลอย่างไร และสามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อข้อมูลต่าง ๆ สามารถแยกแยะข้อเท็จจริง วิธีการนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของนักเรียนและครู และจะประกอบไปด้วยการใช้กิจกรรมต่าง ๆ หลายอย่าง เช่น การอภิปราย การแสดงละคร การแสดงบทบาทสมมติ การทดลอง การเล่าเรื่อง สิ่งที่จะให้นักเรียนคิด แก้ปัญหาควรเป็นสิ่งที่มีความหมายและเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้เรียน ครูอาจตั้งปัญหา เช่น

- เราจะป้องกันตัวเราจากการเป็นโรคได้อย่างไร
- อะไรบ้างที่จะช่วยให้เราสุขภาพดี
- เราต้องการอะไรบ้างในการทำให้ร่างกายแข็งแรง
- เราควรดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์หรือไม่

การได้ช่วยในการแก้ปัญหานี้จะเป็นการปรับปรุงแก้ไข ทักษะ และพัฒนาความคิดอย่างมีวิจารณญาณในตัวนักเรียน ขั้นตอนที่ครูสามารถใช้ในการแนะนำเด็กเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพมีดังนี้

1. ตระหนักถึงปัญหา
2. กำหนดขอบเขตของปัญหา
3. เลือกกระบวนการเพื่อแก้ปัญหา
4. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
5. แปลผล และจัดกลุ่มข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้
6. สรุปแนวทางแก้ปัญหา
7. ทดลองใช้ข้อสรุปนั้น ๆ เพื่อแก้ปัญหาจริง ๆ

### การอภิปราย (Discussion)

วิธีการนี้จะให้โอกาสแก่นักเรียนได้ถามปัญหา ได้พูดในสิ่งที่เขาารู้ ได้สำรวจ และมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันและครู การอภิปรายกลุ่มจะช่วยให้นักเรียนได้เข้าใจและเคารพในความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น การอภิปรายต้องการการแนะนำจากครู ซึ่งควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ในการจัดกิจกรรมอภิปราย

1. กระตุ้นและ ส่งเสริมให้นักเรียนถามปัญหาต่างๆให้มาก เพราะปัญหาต่าง ๆ ที่นักเรียนถามจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้ทราบถึงความต้องการ ความสนใจด้านสุขภาพของนักเรียน

2. พยายามที่จะนำทุกคนในห้องให้ได้มีส่วนร่วมในการอภิปราย
  3. ไม่ควรอภิปรายในลักษณะรีบร้อน นักเรียนต้องการเวลาในการคิด และต้องการให้ครูส่งเสริมสนับสนุนให้พูด
  4. ฟังคำอภิปรายอย่างตั้งใจและพยายามให้สัมพันธ์กับหัวข้อที่จะอภิปราย ชมเชย และสนับสนุนที่ให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์
  5. หากกลุ่มยังริรอที่จะ เริ่มอภิปรายครูอาจต้องกล่าวถึงประสบการณ์หรือเรื่องราวบางอย่างที่ที่จะช่วยดึงดูดให้นักเรียนร่วมในการอภิปรายได้
- การอภิปรายอาจจะทำได้ในหลายรูปแบบแตกต่างกัน เช่น

1. การถาม-ตอบ (Question and answers) เป็นวิธีการที่จะช่วยกระตุ้นการแสดงออกทาง การพูดในห้องเรียน และทำให้นักเรียนได้มีโอกาสคิดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาต่าง ๆ ที่ถาม ทำให้มีโอกาสค้นพบผสมผสานความรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ และช่วยให้ความคิดกว้างขวางขึ้น การใช้วิธีถาม-ตอบจะได้ผลดีที่สุด ถ้าได้วางแผนเกี่ยวกับคำถามที่จะถามให้สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการสอน

2. การประชุมกลุ่มเล็ก (Buzz groups) เป็นวิธีการแบ่งนักเรียนให้เป็นกลุ่มเล็กประมาณ 5-8 คน ให้อภิปรายถึงปัญหาเฉพาะปัญหาหนึ่ง หรือหลายปัญหา ในเวลาที่กำหนดให้ สมาชิกทุกคนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น มีการจดบันทึกข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาที่สำคัญของกลุ่มเพื่อนำเสนอในกลุ่มใหญ่ บทบาทของครูคือ การดูว่านักเรียนอภิปรายเข้าประเด็นหรือไม่ เข้าใจในปัญหาอย่างชัดเจนหรือไม่ และแก้ไขในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ วิธีการนี้มีประโยชน์อย่างมากในการสอน เพราะ นักเรียนแต่ละกลุ่มได้มีโอกาสศึกษาวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็น ทำให้เกิดบรรยากาศที่ส่งเสริมการอภิปราย จะช่วยนำเด็กให้มีกิจกรรมอื่นๆ หรือประสบการณ์อื่น ๆ

3. การตอบปัญหา (Problem solving-answer to questions) เป็นวิธีการที่ครูถามปัญหา หรือสร้างสถานการณ์ขึ้นมาแล้ว ให้นักเรียนในห้องร่วมกันตอบโดยการอภิปรายร่วมกัน

### **การสาธิต (Demonstration)**

การสาธิต เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้นักเรียนเข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม หรือสิ่งที่อธิบายโดยใช้การพูดให้มีความหมายเป็นประสบการณ์ตรงต่อนักเรียนมากยิ่งขึ้น เป็นกระบวนการที่ทำให้ นักเรียนได้กระตุ้นประสาทสัมผัสหลายทาง ประโยชน์ที่ได้จากการสอนโดยวิธีการสาธิตคือ

1. กระตุ้นความสนใจและสร้างแรงจูงใจในการเรียน
2. ทำให้การเรียนรู้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ช่วยปรับปรุงและทำให้กระบวนการเรียนรู้เกิดเร็วยิ่งขึ้น
4. อาจใช้ในการนำเข้าสู่บทเรียนใหม่ได้
5. ทำให้การเรียนรู้นั้นอยู่ได้นาน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2523)

สรุปแล้ว การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวผู้เรียนเอง โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ผ่านกระบวนการกลุ่ม นำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ สร้างความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด นำไปสู่การประยุกต์ใช้แนวคิดนั้นและเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง ซึ่งเมื่อนำมาใช้ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว จะช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ คือพฤติกรรมป้องกันโรคได้

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-60 ปี มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธนารัตน์ จันดามี (2551) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ลดลง แต่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีร้อยละของการปฏิเสธการสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

แววตา สุริยันต์ (2551) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม

ด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชนิคาภา เอี่ยมสะอาด (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการกลุ่มของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคริดสีดวงทวารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ แรงจูงใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภาภรณ์ นารี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดขอนแก่น โดยการประยุกต์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตาม คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ดีกว่าก่อนการทดลอง ปริมาณแผ่น คราบจุลินทรีย์ และสภาวะเหงือกอักเสบลดน้อยลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ นำเสนอสื่อบุคคลและกระบวนการ AIC กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี อายุ 35-60 ปี ใน อ. ลำสนธิ จ. ลพบุรี จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อน-หลัง การ วิจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Pair t-test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่าง กลุ่มโดยใช้ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (P-value <0.001) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ผลการวิจัยพบว่าการใช้สื่อบุคคลมาแล้วเรื่องจากประสบการณ์ จริง ทำให้เกิดความสนใจ ตระหนักและเห็นความสำคัญของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ใจเพชร พลสงคราม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนนาข้า-โคกคอน อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับ กระบวนการกลุ่ม พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ให้ผลในการเพิ่มการรับรู้ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรงจูงใจ ตลอดจนแรงสนับสนุนที่มีผลต่อการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรัญญา มณีกาญจน์ และ อรนุช กุลบุญย์ (2549) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในโรงเรียนประถมศึกษาเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีน้ำหนักตัวและความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขวัญใจ สุกรนันท์ (2548) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเมื่อรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรุณี ศรีนวล (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และมีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ที่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

พรทิพย์ เจริญสิทธิชัย (2547) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐานในโรงเรียนประถม เขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการ

บริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญชู พรหมภู (2546) ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพลทหาร จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้เพื่อนสอนเพื่อนที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้อัตราส่วน 1:3 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วย Independent t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วย Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญเลิศ เข็มสวัสดิ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของพนักงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาคร ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคเอดส์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

ปราธนา เพียรทอง (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมโภชนศึกษา โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยของปริมาณพลังงาน โปรตีน ธาตุเหล็กและวิตามินซี มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมถวิล บงกขมาศ (2545) ศึกษาประสิทธิผลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มและตัวแบบที่มีชีวิต ในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และตัวแบบที่มีชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีการ รับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก รวมทั้งพฤติกรรม การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็ก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความเข้มข้นของโลหิตมีการ เปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ รับรู้ผลดีและอุปสรรค แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ ความรุนแรง

ศิริวรรณ จันทร์สระภู (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 3 สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตนนทบุรี โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทักษะชีวิต โดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การฉายวิดีโอ การจัดนิทรรศการ การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง การสาธิต สถานการณ์จำลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ เจตคติ ทักษะการปฏิเสธและพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ ดีวก่อนการทดลอง และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มานพ เชื้อมทอง (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของลูกเรือประมงในจังหวัดชลบุรีผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ต่อประโยชน์-อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ สถานภาพสมรสโสด การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์จาก สื่อต่าง ๆ ประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อายุ และระยะเวลาการออกทะเลในแต่ละเที่ยว เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถานภาพ สมรสโสดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์สูงสุดรองลงมา ได้แก่ ประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อต่าง ๆ การรับรู้ต่อประโยชน์อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ อายุ และระยะเวลาการออกทะเลในแต่ละเที่ยว ตามลำดับ ซึ่งปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ได้แก่ การรับรู้ต่อ ประโยชน์-อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ และอายุ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ทางลบ ได้แก่สถานภาพสมรสโสด การ ได้รับข้อมูล

ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์จาก สื่อต่าง ๆ ประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และระยะเวลาการออกทะเล ในแต่ละเที่ยว

จกมล พวงนาค (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีต่อความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของผู้ใช้แรงงาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ใช้แรงงานในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง แล้วจัดเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่ม แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา จากผู้วิจัย และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้และ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้แรงงานที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่า ก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่า ผู้ใช้แรงงานที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หทัยรัตน์ วีระนรพานิช (2540) ศึกษาผล การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย การบรรยาย ประกอบสไลด์และวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การบันทึกรายบุคคล สถานการณ์จำลอง และการแสดงบทบาทสมมุติการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง ทักษะการปฏิเสธและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ ผลการวิจัยสรุปได้ว่าภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โปรแกรมสุขศึกษา นักเรียนกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง ทักษะการปฏิเสธและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และพบว่าการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทักษะการปฏิเสธมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

Simbar (2009) ศึกษา ความรู้ ทักษะคติ ในการทำงาน และ Health Belief Model (HBM) เกี่ยวกับการแพร่เชื้อ HIV และวิธีการระวัง HIV/AIDS ของพยาบาลผดุงครรภ์ เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional ทำในโรงพยาบาล 5 แห่งในเมือง อีสฟาฮัน พยาบาลผดุงครรภ์ทุกคน 58 คน ในศึกหลังคลอดเข้าร่วมในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ รายการสำหรับเช็การทำงานของพยาบาลผดุงครรภ์และแบบสอบถามที่มีคำถามที่วัดความรู้ ทักษะคติ HBM และอุปสรรคในการมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยของพยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ 52 คน อายุเฉลี่ย 35.36 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.92 ปีคะแนนทางด้านความรู้ = 85.4 ทักษะคติ = 83.5 การปฏิบัติ = 59.1 และ HBM = 83.5มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างความรู้และทักษะคติ แต่ไม่มีความ

สัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ HBM และการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างจำนวนปีที่ทำงานกับคะแนนของการปฏิบัติงาน และระหว่าง ชั่วโมงทำงานต่อเดือนกับคะแนนของการปฏิบัติ ผลแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าจะมีความรู้สูงและทัศนคติในทางบวกของพยาบาลผดุงครรภ์ ที่มีต่อการระวังที่จะป้องกันการแพร่ของโรคเอดส์ในสถานพยาบาล แต่การปฏิบัติที่จะระวังกลับอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการปฏิบัติเพียง 59% ในสถานการณ์ที่จำเป็น สภาพการทำงานที่มีลักษณะถูกเงินของพยาบาลผดุงครรภ์และการขาดหรือเครื่องมือมีน้อย ที่จะป้องกันส่วนตัวถูกระบุว่าเป็นอุปสรรคในการทำงานของพยาบาลผดุงครรภ์ ผลแสดงให้เห็นว่าผู้บริหารควรเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้และเน้นการให้โปรแกรมสุขศึกษาทางการให้ความรู้ในการที่จะปรับปรุงความเชื่อของพยาบาลผดุงครรภ์ เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV อุปสรรคทางด้านต้นทุน และ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ต่อพฤติกรรมป้องกันการ โรคเอดส์

Iriyama, Nakahara, Jimba, Ichikawa & Wakai (2007) ศึกษาว่าตัวแปรย่อย ของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค เกี่ยวข้องกับความตั้งใจที่จะงดการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชายวัยรุ่นในการที่จะป้องกันการเป็นเอดส์ เมืองกาฐมันดุ ประเทศเนปาล ในประเทศเนปาลนักเรียนวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดโรคเอดส์เพราะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ งานวิจัยนี้ศึกษาว่าตัวแปรย่อย ของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งคือการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค เกี่ยวข้องกับความตั้งใจที่จะงดการมีเพศสัมพันธ์ในหมู่นักเรียนชายเหล่านี้ในการที่จะป้องกันการเป็นเอดส์ โดยทำการศึกษาที่โรงเรียนเพียงแห่งเดียว ตั้งอยู่ตอนกลางของเมืองกาฐมันดุ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2002 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนชาย 183 คนที่กำลังเรียนอยู่ เกรด 9 -12 อายุ 14-19 ปี ใช้แบบสอบถามแบบให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบไม่ระบุชื่อ และใช้ AIDS Health Belief scale ของ Zagumny ในการวัดความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อโรค ผลพบว่ามากกว่า ครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อความตั้งใจที่จะละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ นักเรียนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงๆจะเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ แต่กลุ่มที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคในระดับสูงไม่เป็นเช่นนั้น นอกจากนี้ การวิเคราะห์แยกตามอายุพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะลดความตั้งใจ(ที่เดิมตั้งใจอย่างมาก)ที่จะละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในบรรดากลุ่มอายุ 16-19 ปี การรับรู้ถึงความรุนแรงส่งเสริมความตั้งใจที่จะละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ การตีความของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยเป็นการศึกษาระยะยาว (Longitudinal) ในหมู่อายุ 16-19ปี นอกจากนี้ การวิจัยในอนาคตจำเป็นต้องมีการประเมินผลกระทบของการศึกษาด้าน HIV/AIDS ในด้านกลยุทธ์การป้องกันที่ใช้รูปแบบการรับรู้ถึงความรุนแรงในฐานะที่เป็นตัวกระตุ้นที่จะช่วยให้นักเรียนเนปาลงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์

Agha & Rossem (2004) ศึกษาผลกระทบของโปรแกรมสุขศึกษาในการให้เพื่อนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาทางเพศในโรงเรียน ในด้านความเชื่อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในประเทศแซมเบีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูว่าความเชื่อปกติในวัยรุ่นเกี่ยวกับการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเอง และการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย จะเปลี่ยนหรือไม่หลังจากที่มีการให้เพื่อนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาทางเพศในโรงเรียนมัธยมศึกษาในแซมเบีย โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ quasi-experimental และ longitudinal panel ในการวัดผลกระทบโรงเรียนสามแห่งถูกสุ่มให้เป็นกลุ่มทดลอง และอีก 2 แห่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลสามารถจากนักเรียนทั้งชายและหญิงในชั้นเกรด 10 -11 คือเก็บตอนเริ่มการวิจัยในเดือน กรกฎาคม 2000 (ก่อนการทดลอง) ครั้งที่ 2 ช่วงครึ่งหลังของเดือนกันยายน 2000 (หลังการทดลอง) และเก็บติดตามผล ครั้งที่ 3 ตอนต้นเดือน เมษายน 2001 มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 416 คน อายุ (ตอนเริ่มการวิจัย) 14-23 ปี ที่ถูกสัมภาษณ์ทั้งสามรอบ มีการใช้การวิเคราะห์แบบ Mixed-effects logistic regression growth curve ในการคำนวณสัดส่วน Adjusted odds ratios เพื่อเปรียบเทียบแปรที่ได้จาก กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การรายงานตัวเองของนักเรียนแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกของความเชื่อปกติเกี่ยวกับการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ทันทีหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษา นักเรียนมีความเป็นไปได้มากขึ้นที่จะเห็นชอบกับการใช้ถุงยางอนามัยและตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยทันทีหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษา แต่ผลในเชิงบวกพวกนี้ไม่อยู่อย่างถาวรในช่วง 6 เดือนหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษา ความเชื่อทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยใช้เวลานานกว่านี้ที่จะเกิดขึ้น ความเชื่อเหล่านี้สังเกตได้ในช่วงการติดตามผล 6 เดือน นักเรียนรายงานว่ามีการลดการมีเพศสัมพันธ์กับคู่หลายๆคน ไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการใช้ถุงยางอนามัยการให้โปรแกรมสุขศึกษา ที่ทำที่โรงเรียน เพียงครั้งเดียวให้ผลในการสร้างความเชื่อทั่วไปเกี่ยวกับการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ที่คงไว้ได้ 6 เดือน ความเชื่อทั่วไปเกี่ยวกับถุงยางอนามัยใช้เวลานานกว่านี้ที่จะทำให้เกิด อาจต้องมีความพยายามสม่ำเสมอว่านี้ในการคงไว้ซึ่งการเห็นชอบและความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย การ ให้โปรแกรมสุขศึกษามีผลเพียงลดจำนวนการมีคู่นอนที่หลายๆคน

Agha (2002) ศึกษาผลกระทบของโปรแกรมสุขศึกษาทางด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ โปรแกรมการตลาดเชิงสังคมใน ประเทศ Cameroon, Botswana, South Africa และ Guinea ในปี ค.ศ. 1994-1998 ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้ มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนา การรับรู้ ความหลากหลายทางด้านสุขภาพในสตรี รวมถึงการรับรู้ถึงข้อดีและอุปสรรคในการป้องกันพฤติกรรม ในสตรีโปรแกรมสุขศึกษาให้ผลกระทบที่ดีในด้านการคุมกำเนิดแต่ในผู้ชายกลับมีข้อจำกัดแม้ว่าข้อพิสูจน์จากประเทศ Cameroon

และ Botswana ได้ว่า ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะมีคู่นอนหลายคนหรือ คู่นอนที่ไม่รู้จักกันน้อยลง หลังจากได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาแล้ว

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

เจตนิพิฐ สมมาตย์ (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิต ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ทักษะชีวิต และพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อ. ลำสนธิ จ.ลพบุรี โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ นำเสนอสื่อบุคคลและกระบวนการ AIC กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี อายุ 35-60 ปี ใน อ. ลำสนธิ จ. ลพบุรี จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อน-หลัง การวิจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Pair t-test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม โดยใช้ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ผลการวิจัยพบว่าการใช้สื่อบุคคลมาแล้วเนื่องจากประสบการณ์จริง ทำให้เกิดความสนใจ ตระหนักและเห็นความสำคัญของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ประทีน อิมสุขศรี (2548) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและ โรคเอดส์ของเยาวชนและการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรด้วยหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรฝ่ายการศึกษา เยาวชนในโรงเรียน และเยาวชนอายุระหว่าง 15 – 24 ปี ที่ศึกษาในศูนย์บริการการเรียนรู้ชุมชนของ จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดพิจิตร พบว่า ความรู้เรื่องเพศและ โรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำ ทั้งสองจังหวัด ทักษะคิดเรื่องเพศและ โรคเอดส์อยู่ ในระดับปานกลาง และระดับดี พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 36.7 และ 29.7 ผลการจัดอบรม เรื่อง หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 129 คน พบว่าผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.3 สามารถนำความรู้ไปจัดการเรียนการสอนได้ ร้อยละ 78.3 ความคิดเห็นต่อการนำแผนการสอนไปใช้ว่า เป็น

แผนที่เหมาะสมใช้ได้กับเหตุการณ์ปัจจุบัน ทำให้นักเรียนรู้จักคิดและตระหนักในการป้องกันตนเอง รู้จักการคบเพื่อน และไม่ทำในสิ่งที่อาจเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และผลการติดตามเยาวชนที่เข้าร่วมอบรมกิจกรรมเสริมหลักสูตรใน จังหวัดพิษณุโลก / จังหวัดพิจิตร จำนวน 245 / 192 คน พบว่าเยาวชนมีความคิดเห็นเชิงบวกและมีทักษะในการป้องกันตนเองในเรื่องเพศและโรคเอดส์

กมล ดงศิริ (2547) ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการสร้างพลังตามทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การร่วมกิจกรรมและกลวิธีทางสุขศึกษาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์สูงของ จังหวัดสกลนคร พบว่าภายหลังการทดลอง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่เข้าร่วม โปรแกรมสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบ เทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้กระบวนการสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ใน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน ที่ประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมา เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมนั้น มีประสิทธิผล ทำ ให้สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีศักยภาพในการดำเนินงานด้าน โรคเอดส์เพิ่มขึ้น

ศุทธิ นุตราอากาศ (2545) ศึกษาประสิทธิภาพของกระบวนการจัดกิจกรรมฝึกทักษะชีวิต พิชิตปัญหาเอดส์ให้กับนักศึกษาการศึกษานอกโรงเรียน โดยการอบรมให้ความรู้แก่ครูการศึกษา นอกโรงเรียน เพื่อศึกษาความเหมาะสมของกระบวนการอบรมและผลการนำความรู้ไปใช้ในการจัด กิจกรรมฝึกทักษะชีวิตได้ผลสรุป ดังนี้ 1. กระบวนการจัดกิจกรรมฝึกทักษะชีวิตพิชิตปัญหาเอดส์ โดยยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้ครูการศึกษานอกโรงเรียนที่เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการสอนทักษะชีวิตมากยิ่งขึ้น 2. ความคาดหวังหรือแผนการนำความรู้ไปใช้ในการ จัดกิจกรรมฝึกทักษะชีวิตแก่นักศึกษานั้น ปรากฏว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจะนำความรู้ไป ประยุกต์ในการจัดการเรียนการสอน โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับบทเรียนในหลักสูตร และนำไป เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้แก่นักศึกษาและประชาชนได้ทราบและให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง เอดส์ 3. ผลการนำความรู้ไปใช้ในการจัดกิจกรรมฝึกทักษะชีวิตพิชิตปัญหาเอดส์ โดยยึดหลักการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ครูการศึกษานอกโรงเรียนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 95.45 ได้นำ ความรู้ไปใช้ในการจัดกิจกรรมฝึกทักษะชีวิตให้แก่นักศึกษา โดยส่วนใหญ่จัดภาคเรียนละ 1-5 ครั้ง แต่ครั้งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยปัญหาที่พบในระหว่างการ จัดกิจกรรมฝึกทักษะชีวิตนั้น ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการขาดสื่อและอุปกรณ์ประกอบการจัดกิจกรรม ปัญหาที่ตัวของนักศึกษาที่ ไม่กล้าแสดงออกและให้ความสนใจน้อย ทั้งวัยของผู้เรียนก็แตกต่างกันมาก และขาดบุคลากรที่มี ความเชี่ยวชาญในเรื่องเกี่ยวกับเอดส์

สุปรียา นบนอบ (2545) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ นักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดกระบี่โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีเจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คีมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติกับก่อนการทดลอง แต่ดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติกับก่อนการทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ

สว่างจิตต์ จันทร (2544) ศึกษาผลของการสอน โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยพยาบาลปฐมภูมิ สถานีอนามัยตำบลนางแล อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย จำนวน 44 คน กลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน พบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลตนเอง ภายหลังได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศและโรคเอดส์

ดวงพร ถิ่นถา (2548) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า นักเรียนร้อยละ 46.7 บอกว่ามีแฟนหรือคนรักแล้ว ในกลุ่มดังกล่าวมีคนรักคนเดียว ร้อยละ 64.3 และมีคนรัก 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 35.7 เคยอยู่สองต่อสอง ร้อยละ 23.3 เคยแตะเนื้อต้องตัว ร้อยละ 23.3 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 3.3 โดยปัจจัยที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์คือ สถานการณ์ที่ล่อแหลม ร้อยละ 43.3 รองลงมาคือ สื่อ ร้อยละ 40 นอกจากนี้แหล่งสื่อที่กระตุ้นอารมณ์เพศส่วนใหญ่ได้รับมาจากเพื่อน ร้อยละ 60 ส่วนพฤติกรรมคู่นอนที่ยั่ว มีนักเรียนเคยคู ร้อยละ 70 การดูเว็บไซต์ที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 23.3 นักเรียนได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาจากครู ร้อยละ 60 รองลงมาคือบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 28

อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์ (2541) ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้สื่อเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดเห็นและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นนศศึกษาโรงเรียนพาณิชยการแห่งหนึ่งใน

กรุงเทพมหานคร ผลจากการศึกษาพบว่าจุดสารที่ถูกดำเนินการ โดยกลุ่มนักเรียนอาสาสมัครในโรงเรียน ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้ในการศึกษานี้สามารถปรับเปลี่ยนความคิดเห็นและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นได้ในเรื่อง การเห็นถึงความสามารถของถุงยางอนามัย โดยนักเรียนชายผู้ที่อ่านจุดสารจะมีแนวโน้มสูงในการเห็นความสามารถของถุงยางอนามัยในการป้องกัน โรคเอดส์ และการตั้งครรภ์ ส่วนนักเรียนหญิงผู้ที่อ่านจุดสารจะมีแนวโน้มสูงในการเห็นถึงความสามารถของถุงยางอนามัยในการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้จุดสารมีแนวโน้มทำให้ผู้อ่านมีความคิดที่อยากจะใช้ถุงยางอนามัยกับคู่อีกหากมีเพศสัมพันธ์กันในอนาคตด้วย นอกจากนี้ในเรื่องถุงยางอนามัยแล้ว จุดสารยังมีแนวโน้มทำให้นักเรียนชายผู้ที่อ่านจุดสารรายงานถึงความไม่ต้องการทำอะไรมากกว่าการจับมือหรือโอบกอดคู่อีกของเขาและมีแนวโน้มทำให้นักเรียนชายผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก รายงานว่าเคยเสียใจในการกระทำของตนเอง สำหรับนักเรียนหญิงพบว่า การอ่านจุดสารมีแนวโน้มที่ทำให้เห็นว่าการแสดงความต้องการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกเป็นการแสดงที่บ่งบอกว่าผู้ชายไม่รัก และไม่ให้เกิดดีคู่อีกของเขาและการอ่านจุดสารทำให้นักเรียนหญิงผู้ที่คู่อีกเคยต้องการมีเพศสัมพันธ์ด้วยสามารถปฏิเสธความต้องการของคู่อีกที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ อย่างไรก็ตาม การอ่านจุดสารหรือไม่อ่านจุดสาร ไม่มีผลต่อนักเรียนชายในการคำนึงถึงความรู้สึกของคู่อีกเมื่อเขาต้องการจะมีเพศสัมพันธ์ด้วย นั่นหมายความว่าเมื่อเพศชายมีความต้องการทางเพศแล้ว เป็นการยากที่จะควบคุมตนเองได้

Berten & Rossem (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่อง โรคเอดส์และพฤติกรรมทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษา เฟลมิช การศึกษาพฤติกรรมทางเพศส่วนใหญ่มักจะศึกษาความสัมพันธ์ด้านเดียวระหว่างความรู้เรื่องเอดส์และพฤติกรรมทางเพศ งานวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างความรู้ด้านเอดส์และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่วัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์จะเริ่มหาข้อมูลเกี่ยวกับเพศอย่างจริงจังนอกจากนี้ ยังได้วิเคราะห์ผลกระทบของแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยโดยใช้ข้อมูลจากโครงการประเมินผลทางการศึกษาของเฟลมิชซึ่งเป็นผลการสำรวจตัวอย่างของวัยรุ่นที่เรียนปีที่ 3 และ 5 ของมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยระบุว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องเอดส์และพฤติกรรมทางเพศค่อนข้างซับซ้อน ในด้านหนึ่ง พบว่าความรู้ที่ดียิ่งจะนำไปสู่การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ช้าลง และมีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ มากขึ้นในอีกด้านหนึ่ง พบว่ามีวัยรุ่นจำนวนมากขึ้นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นและมีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่สม่ำเสมอ

Bastiena (2008) ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับเรื่อง เหตุผลว่าทำไมวัยรุ่นในเขตเมืองและนอกเมืองของคิริมันจาโรในแทนซาเนียจึงไม่ไปโรงเรียน ลักษณะทางประชากรสังคม ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ และ การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค โดยใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวมีการกำหนด

โครงสร้าง(คำถาม) สัมภาษณ์วัยรุ่นอายุ 13-18 ปี จำนวน 1007 คน ผลวิจัยระบุว่า การไม่เข้าเรียนเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจ ปัจเจกบุคคล ครอบครัวและโรงเรียน เด็กชายมีความรู้เรื่องเอดส์มากกว่าเด็กหญิง และเด็กที่อยู่ในเมืองมีความรู้มากกว่าเด็กที่อยู่ในชนบท ความรู้เรื่องเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามระดับการศึกษา กลุ่มที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงสูงคือเด็กวัยรุ่นในชนบท การขยายโอกาสการเข้าถึงข้อมูลด้านเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท ในขณะที่เกี่ยวกับการศึกษาตัวชี้วัดด้านสังคมและ โครงสร้างของการได้รับการศึกษา เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการทำให้สุขภาพของวัยรุ่นดีขึ้น

Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes & Martins (2007) ศึกษาเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ในนักศึกษาวัยรุ่นตอนปลายจากประเทศสเปนและโปรตุเกส วัตถุประสงค์ของการศึกษาคือกำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำเอาวิธีป้องกันเอดส์ที่มีประสิทธิภาพมาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มนักศึกษาในสเปนและโปรตุเกสเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางและข้ามวัฒนธรรมโดยข้อมูลได้มาจากแบบสอบถาม การวิเคราะห์ตัวแปรในกลุ่มตัวอย่างของนักศึกษาสเปนและโปรตุเกสซึ่งได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการเจรจาให้ใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ถุงยางอนามัย ในสถานการณ์ซับซ้อน และการรับรู้ถึงโอกาสติดเชื้อ ความรุนแรงและความเสี่ยง ข้อมูลชี้ให้เห็นถึงความเหมือนกันระหว่างนักศึกษาสเปนและโปรตุเกสในด้านการใช้ถุงยางอนามัยที่มีความถี่สูง และน้ำหนักของความสามารถแห่งตน ในการเจรจาและความมั่นใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลยังสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างประเทศโดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวกับน้ำหนักของประโยชน์และต้นทุนในการนำวิธีการป้องกันมาใช้ ผลงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าข้อเท็จจริงที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศหรือบริบทต้องนำมาพิจารณาในการออกแบบโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ที่มีเป้าหมายที่วัยรุ่นตอนปลาย ในขณะที่โปรแกรมการป้องกันในทั้งสองประเทศควรที่จะสนับสนุนความสามารถที่จะเจรจาต่อรองให้มีการใช้ถุงยางอนามัย โปรแกรมในโปรตุเกสต้องเน้นผลดีของการใช้ถุงยางอนามัย และโปรแกรมในสเปนควรมีเป้าหมายที่จะวิเคราะห์ความสำคัญของอุปสรรคต่อการใช้ถุงยางอนามัย ของนักศึกษาเพื่อที่จะลดอุปสรรคและเพื่อเอาผลประโยชน์ไปแทนที่ค่าลงทุน

Ramisetty-Mikler, Caetano, Goebert & Nishimura (2004) ศึกษาความแตกต่างด้านเชื้อชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในฮาวายโดยการสำรวจนักเรียนเกรด 9 -12 จำนวน 2,657 คน ที่เป็นคนพื้นเมืองฮาวาย กลุ่มคอเคเชียน และชาวเอเชียแปซิฟิกที่อาศัยอยู่ในฮาวาย พบว่าวัยรุ่นชาวพื้นเมืองฮาวายมีกิจกรรมทางเพศสูง อายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์น้อยและมีแนวโน้มที่จะมีคู่นอนหลายคนและมีพฤติกรรมการดื่ม

แอลกอฮอล์สูงกว่าอีกสองเชื้อชาติ โดยเริ่มดื่มตั้งแต่อายุ 12 ปี พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ได้แก่การมีคู่นอนหลายคนและความเสี่ยงนี้จะเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าในวัยรุ่นที่มีอายุน้อย (วัยรุ่นตอนต้น)

Facente (2001) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ พฤติกรรมและการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ พฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้เรื่องเอดส์ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ คือ 15.9 ปี มีเพียงร้อยละ 33 ที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์ในหัวข้อการติดต่อของโรคเอดส์ ร้อยละ 80 ที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ การมีคู่นอนหลายคน หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

## สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่าปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่นเกิดจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้องและมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งความเชื่อ ค่านิยมและความเปลี่ยนแปลงทางสังคมใน โลกยุคโลกาภิวัตน์ มีผลส่งเสริมเกี่ยวเนื่องให้เกิดปัญหา ทั้งโดยตัวของวัยรุ่นเองซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายและจิตใจ เป็นวัยที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเร็ว ทั้งเทคโนโลยีต่างๆก็เปลี่ยนแปลงเร็วมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนไทย การเข้าถึงสื่อต่างๆได้ง่ายโดยไม่มีการควบคุม ทำให้วัยรุ่นรับข้อมูลต่างๆได้ง่ายโดยขาดการไตร่ตรอง โดยเฉพาะสื่อลามกต่าง ๆ โดยธรรมชาติของวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง ย่อมทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการขาดความรู้ในการควบคุม และป้องกันโรค ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาเช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การแก้ปัญหาเรื่องนี้ มีความซับซ้อนมาก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับทุกองค์ประกอบทางสังคม และผลกระทบของปัญหาก็จะส่งผลให้กับสมาชิกในสังคมเช่นกัน การแก้ปัญหาควรทำในทุกหน่วยของสังคมและรณรงค์อย่างจริงจังในส่วนของ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ น่าจะทำได้ในลักษณะของการให้ความรู้ในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง สร้างสำนึกให้มีความตระหนัก กระตุ้นให้เกิดการรับรู้และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันโรค

จากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่าสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี ประกอบกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี เป็นการสร้างความรู้โดยตัวผู้เรียน ผ่านขั้นตอนทางความคิด เกิดความเข้าใจ

ลองปฏิบัติ และเกิดการเรียนรู้ เป็นความรู้ที่เกิดขึ้นเฉพาะคนสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถช่วยสร้างการรับรู้ให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในทางที่ต้องการได้ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสร้างความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มทำให้เกิด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การคิด วิเคราะห์ และนำไปสู่การปฏิบัติ ในระหว่างการเรียนรู้ ผู้เรียนจะได้ใช้ทักษะต่างๆในการคิด แสดงความคิดเห็น การคิด การพูด การฟังและการปฏิบัติ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะคน เป็นความรู้ที่ผู้เรียนเข้าใจ และเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งความรู้ลักษณะนี้จะดำรงคงอยู่ยาวนาน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ในทุก ๆ ด้าน และจะช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและ เพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค การตระหนักในความเสี่ยง ลดอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน นำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง ได้

#### 8. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

จากการศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้ต่าง ๆ มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและนำมาประยุกต์ใช้ในการจัด โปรแกรมสุขศึกษาโดยการ ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้าน ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมป้องกันโรค นำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

โปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ประกอบด้วย

การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคและประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคโดยการใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม หาแนวทางปฏิบัติ ประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ตามองค์ประกอบดังนี้

#### 1. ชั้นประสบการณ์

1.1 การใช้สื่อ วิทยุทัศน์ แถบเสียง บทสำหรับอ่าน ภาพ โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ คู่มือ ในการให้ความรู้ กระตุ้นความรู้สึกรัก

#### 1.2 กิจกรรมกลุ่มร่วมกับการบรรยาย ถาม-ตอบ

- กิจกรรมกลุ่มเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงเอดส์โดยใช้หลักการ QQR

- กิจกรรมกลุ่ม “แลกน้ำ”

#### 1.3 กรณีศึกษา ใบงาน สถานการณ์สมมติ

- กรณีศึกษา เรื่อง “สายไปเสียแล้ว”

- กรณีศึกษา เรื่อง “สายเกินกว่าจะแก้ไข”

#### 1.4 การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยด้วยโมเดลจำลอง

#### 2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย

2.1 การแบ่งกลุ่มระดมสมอง แลกเปลี่ยนความเห็น อภิปรายกลุ่มเล็ก หาข้อสรุปของกลุ่ม

2.2 การทำกิจกรรมตามประเด็นที่กำหนดในใบงาน

#### 3. ความคิดรวบยอด

3.1 การนำเสนอ อภิปรายในกลุ่มใหญ่ (ทั้งห้อง)

3.2 การตอบปัญหา

#### 4. การทดลองหรือประยุกต์

4.1 การทำกิจกรรมตามใบงาน

4.2 กิจกรรมกลุ่ม

### ตัวแปรตาม (Dependent variable)

#### พฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์

1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเอดส์
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์
4. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์
5. ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย