

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยขอนำเสนอ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม PRECEDE FRAMEWORK ทฤษฎีพฤติกรรมเสี่ยงของทรีแอนดิส เรื่องราวของเอดส์ และวัยรุ่นกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ดังต่อไปนี้

แนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรมหมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้น จะดีหรือไม่ (ประภาพรเพ็ญสุวรรณ, 2527, หน้า 155) ซึ่งจะสังเกตเห็นหรือไม่ก็ตาม ทั้งมีอยู่ภายใน หรือแสดงออกมาภายนอก โดยพื้นฐานทางจิตวิทยามีความเชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ ย่อมมีสาเหตุมีจุดมุ่งหมาย โดยที่จุดมุ่งหมายนั้นเป็นการตอบสนองต่อมนุษย์นั่นเอง

นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้สรุปแนวคิดเรื่องพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ด้วยกันคือ (บุญเยี่ยม ธรรมกุลวงษ์, 2530, หน้า 70-71)

แนวความคิดที่ 1 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากการตัดสินใจของตนเอง รากฐานแนวความคิดบนสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล (Intra individual causal assumption) ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกบุคคล รากฐานของแนวความคิดบนสมมติฐานที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมนั้นมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) นักพฤติกรรมกลุ่มนี้สนใจศึกษาปัจจัยต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา องค์ประกอบทางด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม แนวคิดนี้นำทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาและเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้

แนวความคิดที่ 3 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยหลายๆปัจจัยร่วมกัน(Multiple causality assumption) กลุ่มนี้มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล

แนวความคิดที่สอดคล้องกับแนวความคิดที่ 3 เช่นแนวความคิดของ กรีน และคนอื่นๆ(Green, et al, 1980, p.245) ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือจากกรอบแนวคิดที่เรียกว่า PRECEDE FRAMEWORK (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Cause in Educational Diagnosis and Evaluation) ได้กำหนดปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริมในการประเมินผลพฤติกรรม โดยปัจจัยหลัก (Predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่ประกอบด้วยทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรม ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้ เป็นสิ่งที่อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ ได้แก่ การที่บุคคลมีโอกาสดูแลและใช้แหล่งบริการสุขภาพและการมีโอกากระทำในสิ่งต่างๆจนเกิดทักษะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสริม(Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมได้รับแรงสนับสนุน การเสริมแรงจะแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ เช่น ทักษะ และพฤติกรรมของบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น พ่อ แม่ เพื่อน ครู เป็นต้น การเกิดพฤติกรรมใดๆก็ตามมักพบสามปัจจัยนี้เกี่ยวข้องเสมอ

การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง อาจจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับว่าสนใจที่ตัวโรคที่ปรากฏด้านชีวภาพ หรือสนใจที่ตัวพฤติกรรม แต่สำหรับผู้วิจัยแล้วสนใจที่ตัวพฤติกรรม และสาเหตุ หรือที่มาของพฤติกรรม ซึ่งแม้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์จะมีลำดับขั้นของการคิดอันสลับซับซ้อน ประกอบด้วย ปัจจัยทางโครงสร้าง สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาส่วนบุคคลแต่สำหรับการศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมเสี่ยงครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมมากที่สุด ทั้งนี้เพราะปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระดับปัจเจกบุคคล อยู่ภายใต้วิถีและความสามารถที่บุคลากรทางการแพทย์ ทางสาธารณสุขและทางการศึกษาพึงกระทำได้ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาวิจิทัศน์พฤติกรรมสุขภาพ มักจะอ้างอิงกรอบแนวคิด “ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรม” (KAP) เป็นหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและออกแบบโครงการสุขภาพต่างๆอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม การสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมชุมชนสามารถให้

ข้อมูลได้ในขอบเขตจำกัด และไม่สามารถนำไปสู่การทดสอบทฤษฎีทางพฤติกรรมที่ต้องอธิบาย ทำนาย หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงได้ตามต้องการ(มัลลิกา มัติโก ,2534,หน้า 116-118)

แต่ในขณะเดียวกันก็ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้มากมาย เช่นทฤษฎีสังคมและจิตวิทยาหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ เกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐาน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เช่น วอลตัน และวอลตัน(1984 ,อ้างใน มัลลิกา มัติโก,2535,หน้า 118) ได้ทำการเปรียบเทียบแบบจำลองทางด้านจิตวิทยาที่สำคัญ 4 แบบ ได้แก่ แบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม(Social Learning Theory) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของฟิชไบน์(Fishbein'theory of Reasoned Action) และ ทฤษฎีพฤติกรรมสังคมของ ทรีแอนด์ส โดยสรุปได้ว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้รวมอยู่ในทฤษฎีของทรีแอนด์ส ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์กรอบแนวคิดจากทฤษฎีของ แฮรี่ ทรีแอนด์ส (Harry Triandis อ้างใน มัลลิกา มัติโก,2534,หน้า 115-128) รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

นักจิตวิทยา แฮรี่ ทรีแอนด์ส ได้สร้างทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมของสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญต่างๆ ขึ้น เมื่อปี ค.ศ.1980 สรุปความสัมพันธ์ของประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังต่อไปนี้

1. การแปลความหมายของพฤติกรรม โดยแปลจากผลลัพธ์ที่จับต้องได้ในโลกของความเป็นจริง (ผลลัพธ์ปรัวสัย) การแปลผลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของบุคคลอันเป็นองค์ประกอบของลำดับขั้นตอนของสถานการณ์-พฤติกรรม-การเสริมแรง ที่บุคคลได้จากประสบการณ์ในอดีตและการแปลผลของพฤติกรรมทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนได้รับแรงเสริมให้กระทำการใดอย่างหนึ่ง ซึ่งการเสริมแรงยังมีผลกระทบต่อการรับรู้คุณค่าที่มีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก

2. ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วนด้วยกัน ประการแรก คือ ปัจจัยด้านสังคมขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลเกี่ยวกับประเด็นด้านวัฒนธรรมที่เป็นอัตวิสัย อันเป็นผลมาจากวัฒนธรรมของชุมชน และภูมิหลังของชุมชน ซึ่งมีอิทธิพลในการกำหนดลักษณะของวัฒนธรรมเชิงอัตวิสัย ประการที่สอง คือ ความพอใจในพฤติกรรม ย่อมสะท้อนให้เกิดการตอบโต้ทางอารมณ์โดยตรงต่อการคิดถึงพฤติกรรมนั้นๆ และ ประสบการณ์เดิมของแต่ละปัจเจกบุคคล เกี่ยวกับพฤติกรรมอันใดอันหนึ่ง มักจะทำให้บุคคลเกิดความชอบต่อพฤติกรรมนั้นๆ ประการที่สาม คือ การให้คุณค่าต่อผลของพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ ซึ่งมีอยู่ 2 ส่วนด้วยกัน ได้แก่ ส่วนแรกอะไรที่น่าจะเป็นผลของพฤติกรรม ส่วนที่สองคือแต่ละบุคคลประเมินว่าอะไรคือคุณค่าของผลพฤติกรรม ซึ่งการให้คุณค่า

ใน 2 ส่วนนี้ ได้รับผลกระทบมาจากการเสริมแรงในปัจจัย การแปรผลความหมายของพฤติกรรม และการเสริมแรง ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ในผลของพฤติกรรมอยู่ 2 ลักษณะ คือการเสริมแรงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้โอกาสที่พฤติกรรมจะนำมาซึ่งผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง และ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในคุณค่าที่มีผลต่อพฤติกรรมเหล่านี้

3. อุปนิสัยเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์บางอย่าง เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและเป็นความเคยชิน จึงเป็นพฤติกรรมที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยความตั้งใจในการเกิดพฤติกรรม

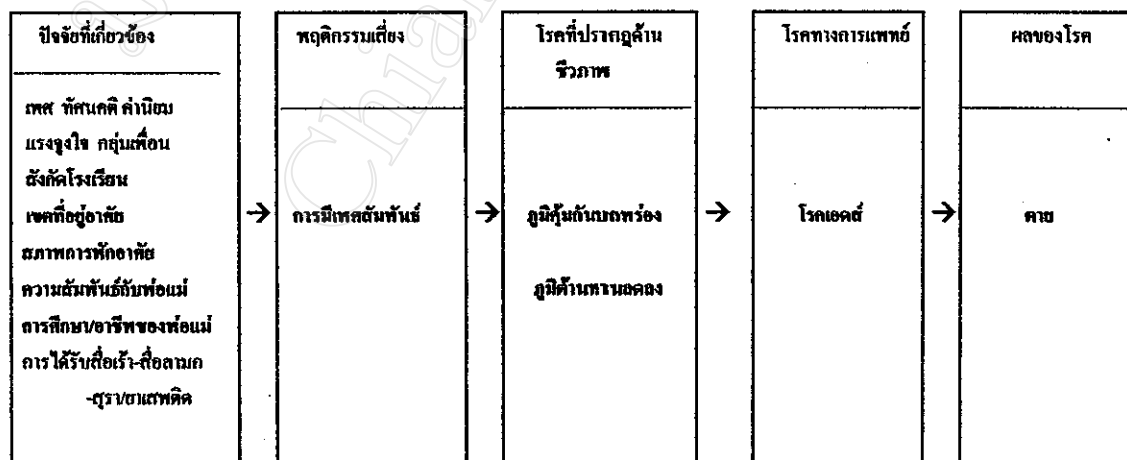
4. ปัจจัยเสริมแรงที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น มีทั้งปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงความรู้ว่าเขาควรจะต้องประพฤติปฏิบัติอย่างไร ราคาค่าใช้จ่ายในการดำเนินพฤติกรรมนั้น รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้นความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสังคม จิตวิทยา และ ชีวภาพ ซึ่งเป็นภาพรวมของการเกิดโรคเอดส์ซึ่งแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสังคม จิตวิทยา และชีวภาพของการเกิดโรคเอดส์

ประยุกต์มาจากทฤษฎีพฤติกรรมสังคมของทริชแอนดิส

(Hetzzi+Mc Ichael,1987,อ้างใน มัลลิกา มัติโก,2535,หน้า 129)



เรื่องราวของเอดส์

โรคเอดส์เป็นมหันตภัยของมนุษยชาติ ที่น่าสะพรึงกลัวอย่างยิ่ง และมีผลกระทบติดตามมากมาย ต่อผู้ใกล้ชิด และ ต่อสังคมมนุษย์ นับตั้งแต่เกิดขึ้นในโลกเมื่อปี พ.ศ.2525 และแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย เมื่อ ปี พ.ศ.2527 โดยช่วงแรกระหว่างปี พ.ศ.2527-พ.ศ.2533 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้นเพียง 196 รายเท่านั้น ส่วนใหญ่มีการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์เป็นร้อยละ 70.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด และจำนวนผู้ป่วยเอดส์ยังได้เพิ่มสูงขึ้นจากการแพร่ระบาดที่เริ่มรุนแรงและขยายวงกว้างขึ้น โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นในต้นปี พ.ศ. 2534 เป็น 526 รายหรือกว่า 2.68 เท่าจากช่วงปี พ.ศ.2527-พ.ศ.2533 รวมกัน และเพิ่มขึ้นเป็น 1,641 รายหรือกว่า 3 เท่าเมื่อสิ้นปี พ.ศ.2534 และนับจากปี พ.ศ.2535 จนถึงปี พ.ศ.2538 การแพร่ระบาดอยู่ในขั้นรุนแรงมาก ทำให้จำนวนผู้ป่วยเอดส์มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็น 19,343 รายเมื่อสิ้นปี พ.ศ.2538 หรืออาจกล่าวได้ว่า ภายในช่วงระยะเวลา 5-6 ปีเท่านั้น คือจากปี พ.ศ.2533-พ.ศ.2538 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นกว่า 10 เท่า ซึ่งจำนวนนี้ยังไม่รวมผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีในรายงาน และนับจนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2540 มีรายงานผู้ป่วยเอดส์สะสม 63,578 ราย แยกเป็นสัดส่วนชาย 52,457 ราย และหญิง 11,121 ราย คิดเป็นชายต่อหญิงได้ 5:1 ส่วน โดยพบว่าผู้ป่วยเอดส์มาจากสาเหตุการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด คือ ร้อยละ 81.50 โดยส่วนหนึ่งเกิดจากการติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 6.03 จากการติดเชื้อจากมารดาร้อยละ 5.33 จากการรับเลือด ร้อยละ 0.07 และที่เหลือไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 7.08 แสดงว่าการมีเพศสัมพันธ์ได้กลายเป็นลักษณะของการติดเชื้อเอดส์ที่มีอัตราความเสี่ยงสูงที่สุดของประเทศไทยตลอดมา อีกทั้งผู้ป่วยเอดส์ได้กระจายอยู่ในทุกจังหวัดของประเทศโดยภาคเหนือมีอัตราการป่วยสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง คือที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา และลำปาง รองลงมาเป็นภาคกลางที่กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉยเหนือที่ขอนแก่น และอุดรธานี ภาคตะวันออกที่ระยองและชลบุรี และที่ภาคใต้ที่สงขลาและสุราษฎร์ธานี ตามลำดับ(ยงยุทธ แฉล้มวงษ์และคณะ, 2540, หน้า 1-2)

ประเด็นสำคัญที่น่าคิดก็คือโรคเอดส์มิใช่โรคที่เป็นปัญหาทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นโรคที่ “เกิดจาก ดำรงอยู่ และน่าจะหมดไป” ด้วยปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมมากกว่า ซึ่งเห็นได้จากการเริ่มของกระบวนการที่เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย เป็นกระบวนการทางสังคม(Social process) แม้ว่าโดยพื้นฐานแล้ว การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องสัญชาตญาณของสิ่งมีชีวิตก็ตาม แต่รูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศเป็นเหตุปัจจัยนำไปสู่โรคเอดส์ได้ ตามที่นายแพทย์ ธงชัย ทวีรักษาชาติ (ดวงกัศตร พานิชสุภผล, อ้างใน กาญจนา แก้วเทพ, 2542, หน้า 4) กล่าวว่า “กลุ่มปัจจัยเสี่ยงโรคเอดส์ในเมืองไทย 70% มาจากเพศ

สัมพันธ์ ในขณะที่อเมริกามีเพียง 2% เท่านั้น และการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเพศในด้านชีวภาพดูได้ง่ายจากสภาพร่างกายและอวัยวะเพศที่ธรรมชาติกำหนดมาอย่างตายตัว แต่เพศเชิงสังคมนั้นเป็นเพียงข้อตกลงของแต่ละสังคม ในแต่ละยุคสมัยซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ที่เรียกว่าความเป็นชายและความเป็นหญิง ซึ่งสังคมไทยได้กำหนดไว้แตกต่างกันมาก เช่น ถ้าเป็นเยาวชนชายไทยก็ต้องขึ้นครุ จึงเป็นลูกผู้ชายเต็มตัว “ชายไทยแท้ต้องมีหุ่นนอนไม่ซ้ำ้าน้ำ” “ลูกผู้ชายไทยต้องเสียผู้หญิง สิ่งหิ่หิ่เหล่า” และ “ถ้าไม่ใช่ผู้ชายอย่างอนามัย จึงแสดงว่าแท้จริง” ตัวอย่างเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า สังคมไทยกำหนด “ลูกผู้ชายแบบไทยๆ” เอาไว้ว่าการจะเป็นผู้ชายที่แท้จริงต้องสนใจในเรื่องเพศ แสวงหาความแปลกใหม่และเรียนรู้ทางเพศอย่างไม่จำกัด และต้องกล้าหาญที่จะเสี่ยงภัยทางเพศเป็นสำคัญ หากไม่เปลี่ยนแปลงค่านิยมดังกล่าวแล้ว ลูกผู้ชายไทยคงต้องพิสูจน์ความเป็นชายของตนด้วยการนำเอาชีวิตเข้าแลกกับโรคเอดส์อย่างยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งตรงข้ามกับความเป็นหญิง ผู้หญิงที่ดีต้องไม่แสดงความสนใจหรือปรารถนาทางเพศออกมานอกหน้า มีแต่ “ผู้หญิงเฉยๆ” เท่านั้นที่กำกั้นและสำส่อนทางเพศ นั่นคือสอนให้กลัวมากกว่าให้กล้า ความเป็นหญิงถูกกำหนดบทบาทให้เป็นฝ่ายตั้งรับ โอนอ่อนผ่อนตาม สงวนท่าที ขณะที่ประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกของผู้ชายนั้นเป็นการขึ้นครุกับโสเภณี แต่ ผู้หญิงกลับมีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกกับชายคนรักถึง 93 % และแน่นอนว่าย่อมเป็นฝ่ายชายที่เริ่มต้นก่อน (อุไรวรรณ ภูวจิตรสุทิน, อ้างใน กาญจนา แก้วเทพ, 2542, หน้า 7) อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้หญิงจะปฏิบัติตามอุดมการณ์ “หัวเดียว เมียเดียว” การมีเพศสัมพันธ์มิใช่การควบคุมมือข้างเดียว การรักษาอุดมการณ์ดังกล่าวของผู้หญิงท่ามกลางอุดมการณ์ “หัวเดียว หลายเมีย” ของฝ่ายชาย ทำให้หนทางที่เหลืออยู่ของผู้หญิงไทยที่จะรอดปลอดภัยจากเอดส์อย่างแท้จริงก็คงจะยาก (กาญจนา แก้วเทพ, 2542, หน้า 7)

นอกจากนี้ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างคนสองคนมากกว่าประสบการณ์อย่างอื่น เป็นการกระทำทางสังคมที่คนสองคนยินยอมให้อีกฝ่ายหนึ่งล่วงล้ำเข้าถึงส่วนที่เป็นตัวตนอย่างลึกซึ้งที่สุดเท่าที่มนุษย์จะพึงมีต่อกัน แต่สังคมไทยโดยส่วนใหญ่กลับปฏิบัติการใช้รูปแบบความสัมพันธ์อย่างหยาบกร้านและผิวเผิน เช่น อายุและประสบการณ์แรกเริ่ม อายุของเด็กชายและเด็กหญิงที่เริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์มักจะยังเป็นเด็กอยู่ และขาดการตระเตรียม โดยมีแรงจูงใจหลักที่ผลักดันให้เข้าสู่เพศสัมพันธ์ คือ อยากรู้ อยากลอง ทำให้เด็กไทยขาดความรู้และไม่เห็นความสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งเงื่อนไขในการมีเพศสัมพันธ์ และค้อยความรับผิดชอบ ดังผลการสำรวจชายนักเที่ยว พบว่า ขณะที่มิเพศสัมพันธ์นั้น ร้อยละ 78 จะกินเหล้าควบคู่ไปด้วย และเนื่องจากการกินเหล้านี้เอง เป็นสาเหตุที่ทำให้ขาดสติ หรือลืมใส่ถุงยางอนามัย (อรุณ มะหิ, อ้างใน กาญจนา

แก้วเทพ,2542,หน้า 13) และการไม่รับผิดชอบเรื่องการตั้งครรภ์ หลังจากมีเพศสัมพันธ์ภายใต้ข้ออ้างที่ว่า “เวลาทับแล้วไม่ร้อง เวลาท้องจะให้รับ” (กาญจนา แก้วเทพ,2542,หน้า 1,12)

มีหน้าข่าววัฒนธรรมไทยยังมีลักษณะไม่เสมอภาค โดยเฉพาะเรื่องอำนาจของการควบคุม กระบวนการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย หรือเพื่อการ ไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ตาม ในส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยซึ่งเป็นวิธีป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพที่สุดในปัจจุบัน ในทางปฏิบัติพบเสมอว่า การจะใช้ถุงยางอนามัยป้องกันหรือไม่ มักขึ้นอยู่กับความพอใจและตัดสินใจของฝ่ายชาย จึงมีใ้เรื่องง่ายสำหรับผู้หญิง หากผู้ชายไม่ต้องการใช้ ถึงแม้จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หรืออยู่กันฉันท์สามีภรรยาก็ตาม อีกทั้งความเชื่อและความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยยังเป็นปัญหาสำคัญทั้งผู้หญิงและผู้ชาย รวมทั้งมองเชื่อมโยงไปกับเรื่องของความไม่ไว้วางใจ การนอกใจ ที่อาจกลัวว่าจะสร้างความคลอนแคลนในสัมพันธภาพได้ ซึ่งนับว่าไม่ยุติธรรมเพราะเป็นการตัดสินใจฝ่ายเดียว แต่มีผลกระทบทั้งสองฝ่าย(สุริรา ทอมสัน,2542,หน้า 28)

ผลกระทบจากโรคเอดส์เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางเริ่มตั้งแต่ตัวผู้ป่วยเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความกังวล รู้สึกผิด ในด้านเศรษฐกิจต้องตกงานหรือไม่มีงานทำ ส่วนทางด้านสังคมและวัฒนธรรมก็ถูกรังเกียจ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดรอบข้าง เช่น ครอบครัวจะต้องรับภาระด้านการดูแลรักษา เกิดความห่วงใย ขณะเดียวกันก็กังวลที่จะติดเชื้อไปด้วย รวมทั้งเป็นภาระต่อสังคม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายของรัฐในการรักษาพยาบาลและการแก้ปัญหาเพื่อการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ซึ่งโรคนี้เมื่อแพร่ไปติดบุคคลอื่นแล้วจะปรากฏอาการเป็นปี หรือหลายปี แต่ในที่สุดต้องเสียชีวิตทุกราย ค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่อเริ่มป่วยจนถึงเสียชีวิตสูงมาก แต่ผลตอบแทนต่ำ คือ เพียงแค่ยืดอายุผู้ป่วยให้ตายช้าลงเท่านั้น(กาญจนา แก้วเทพ,2542,หน้า 3)

การแก้ปัญหาโรคเอดส์เป็นเรื่องท้าทายที่ยิ่งใหญ่ การค้นหาคำตอบมิใช่มีเพียงมิติทางการแพทย์เท่านั้น หากแต่ต้องเจาะลึกลงไปถึงมิติทางสังคม โดยเฉพาะที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรม ทศนคติ ค่านิยม ประเพณี พฤติกรรม และความสัมพันธ์ของผู้หญิงผู้ชายในสังคมไทย(สุริรา ทอมสัน,2542,หน้า 27) ที่ส่งผลกระทบต่อคนรุ่นหลัง โดยเฉพาะวัยรุ่น

วัยรุ่นกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

วัยรุ่น (Adolescence) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน หมายถึง เจริญเติบโตสู่วุฒิภาวะ วัยนี้มีการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และ ความรู้สึกรุนแรง โดยเฉพาะมีความคิดอยากเป็นอิสระ ถือว่าเป็นระยะของชีวิตที่ขึ้นกลางระหว่างความเป็นเด็กและความ

เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) โดยเด็กหญิงมีอายุระหว่าง 13-15 ปี เด็กชายมีอายุระหว่าง 15-17 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) เด็กหญิงมีอายุระหว่าง 16-18 ปี เด็กชายมีอายุระหว่าง 18-19 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (Last Adolescence) เด็กหญิงมีอายุระหว่าง 19-20 ปี และเด็กชายมีอายุระหว่าง 20-21 ปี (สุชา จันทน์เฒ , 2536 , หน้า 136-137)

สำหรับกลุ่มวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เทียบได้ว่า เด็กชายอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และเด็กหญิงอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง วัยรุ่นทั้ง 2 เพศจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย กล่าวคือเด็กชายจะมีพัฒนาการหน้าที่ทางเพศ สามารถตั้งน้ำอสุจิได้ มีประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขสุดยอดทางเพศ เกิดการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง สำหรับเด็กหญิงจะมีประจำเดือน หน้าอกและสะโพกขยายใหญ่ขึ้น ส่วนการพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจจะเกิดง่าย เปลี่ยนแปลงง่าย มีอารมณ์รุนแรง แสดงออกแบบเปิดเผยตรงไปตรงมา เช่น อารมณ์รัก อารมณ์โกรธ เริ่มแยกตัวออกจากครอบครัว รวมกลุ่มกับเพื่อนวัยเดียวกันและเพศเดียวกันมากขึ้น ทำให้เวลาปรับตัวจะอิงกลุ่มเพื่อนเป็นหลัก ถ้าวัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ดี ก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ แต่ถ้าวัยรุ่นมีปัญหาในการปรับตัว จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา เช่น ความไม่เข้าใจกันระหว่างวัยรุ่นกับผู้ปกครอง การติดยาเสพติด การเกิดอุบัติเหตุ และ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (กองโรคเอดส์, 2541 , หน้า 5) ที่นำไปสู่การติดเชื้อเอดส์ได้ ดังรายงานของ WHO(1995,p.3)ที่พบว่า การติดเชื้อเอชไอวี พบมากในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี นอกจากนี้ 2 ใน 3 ของผู้ที่ติดเชื้อ HIV รายใหม่ในปี ค.ศ.1995 เป็นประชากรที่อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี และจากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นชนบทลำปาง ของ พิพัฒน์ ยิ่งเสรี และพิมพลา นิศาวัฒนา นนท์ (2535 , บทคัดย่อ)เรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่นชนบท จังหวัดลำปาง พบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีอัตราการติดเชื้อเอดส์ 2.70 ต่อ 100 นับว่าค่อนข้างสูง และการติดเชื้อเอดส์ดังกล่าวมาจากการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ มาจากประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีหลายรูปแบบด้วยกัน แรกเริ่มจากการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย และขึ้นอยู่กับจำนวนและประเภทบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการจัดการเมื่อมีอารมณ์ทางเพศ

จากผลการศึกษาวิจัยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย และอายุเฉลี่ยลดลงเรื่อยๆ ดังการศึกษาของศุภจิรี วชิวิวัฒน์ (2533) เรื่อง ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์: การศึกษานักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 16.5 ปี ปีถัดมา พ.ศ. 2534 อังสนา

บุญธรรม (2535) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตชนบทกับเขตเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเขตเมืองและเขตชนบท มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 12-18 ปี อายุเฉลี่ย 15.4 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 12 ปี ร้อยละ 2.9 และ ในปี พ.ศ. 2535 กิตติวุฒิ เทวาทิเทพ (2535) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มนักเรียนระดับอุดมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่านักเรียนระดับอุดมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 16 ปี หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2539 จันทระ แรม ทองศิริ (2539) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดน่าน พบว่าวัยรุ่นอำเภอเมืองน่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 12-19 ปี อายุเฉลี่ย 15.5 ปี และในทำนองเดียวกันในปี พ.ศ. 2540 ศรีนยา งามศิริอุดม (2540) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาความหมายของคำที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 15 ปี ในกลุ่มนี้อายุน้อยที่สุด คือ 10 ปี ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่ออายุเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น คือ ตั้งแต่อายุ 13 ปี (Deering, 1993, PP. 68-69) เพราะเนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะเพศของวัยรุ่นมีลักษณะบาง ระบบภูมิคุ้มกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีน้อยกว่าผู้ใหญ่ (Washington, Sweet, & Shafer, 1985, P.298)

นอกจากการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยแล้ว จำนวนและประเภทบุคคลที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ด้วยก็เป็นประเด็นสำคัญ จำนวนบุคคลที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ด้วยยิ่งถ้ามีจำนวนมาก คือการเปลี่ยนคู่นอนหรือชายที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยจำนวนหลายคน จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ (Weinrawee, 1995, P. 44) ดังเช่นการศึกษาของจันทระ แรม ทองศิริ (2539) เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดน่าน ที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาร้อยละ 31.7 มีคู่นอน 1-2 คน ร้อยละ 3.3 มีคู่นอน 3.4 คน และ ร้อยละ 1.7 มีคู่นอนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Miller, Tuner, & Meses, 1990, PP.147-252) ที่พบว่าวัยรุ่นชายหญิงอายุ 18-19 ปี ร้อยละ 40 มีคู่นอน 1-2 คน ร้อยละ 30 มีคู่นอน 3-5 คน และร้อยละ 15 พบว่าวัยรุ่นชายหญิงเหล่านี้มีคู่นอนมากกว่า 6 คน ขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 10 ของวัยรุ่นชายหญิงที่มีคู่นอนจำนวนมาก มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูง (National institute of Child Health and Human Development, 1994, P.82)

สำหรับประเภทบุคคลที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ด้วย จากการสัมภาษณ์ ของ เทพนม เมืองแมน (2532 หน้า 4) ซึ่งศึกษาเรื่องปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เมื่อปี พ.ศ.2532 พบว่าชายกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75 เคยไปเที่ยวช่องโสเภณีเมื่อเป็นเยาวชน ทำนองเดียวกับการศึกษาของ วิจิตร ศรีสุพรรณ และ คณะ (2533) เรื่องความรู้ ความคิดเห็น พฤติกรรมเกี่ยวกับเพศศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษา อุดมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่านักศึกษาชาย ร้อยละ 52 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงบริการทางเพศมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อนหญิงรักสนุกและคู่รัก ต่อมาในปี 2534 จากการศึกษาของ อังสนา บุญธรรม (2535) เปรียบเทียบปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตชนบทกับเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า บุคคลแรกที่นักเรียนชายทั้งเขตเมืองและชนบทมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกมากที่สุดคือเพื่อนหญิงรักสนุก ร้อยละ 51.75 รองลงมา ร้อยละ 26.4 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงโสเภณีและมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก ร้อยละ 16.2 และ ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2538 วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2539, หน้า 103) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่านักศึกษาชายมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.6 คล้ายกันกับการศึกษาของ จันทร์แรม ทองศิริ (2539) เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดน่าน ที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาอำเภอเมืองน่านมีพฤติกรรมทางเพศ ร้อยละ 13.3 มีเพศสัมพันธ์กับคนรักมากที่สุด ร้อยละ 81.7 ซึ่งมากกว่านักเรียนมัธยมและอาชีวศึกษาอำเภอเมืองเชียงใหม่ที่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนของตนเอง ร้อยละ 66.5 จากผล การศึกษาของศรัณยา งานศิริอุดม (2540) เรื่องการตีความหมายของคำที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น นอกนั้นมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนไม่จำกัด มีการร่วมเพศหมู่ มีเพศสัมพันธ์กับคู่รักของเพื่อน กับหญิงหรือชายขายบริการทางเพศ และกับคนแปลกหน้าที่เพิ่งรู้จัก จะเห็นได้ว่าแนวโน้ม 10 ปีที่ผ่านมาบุคคลที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ด้วยเปลี่ยนไปจากเดิม คือ มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ มาเป็นมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงรักสนุก และแฟนหรือคนรักมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ที่น่าเป็นห่วง คือการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักเป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน

ถึงแม้ว่าประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายและดำเนินการรณรงค์ให้ ประชาชนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เพราะการใช้ถุงยางอนามัยเป็น วิธีป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ โรคเอดส์ ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในปัจจุบันก็ ตาม (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร , 2534) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการยอมรับถุงยางอนามัยของสังคม ไทยค่อนข้างต่ำ ดังการศึกษาของ พิพัฒน์ ยิ่งเสรี และพิมพ์ภา นิศาวัฒนานนท์ (2535, หน้า 4) เกี่ยวกับ

การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นชนบทลำปาง พบว่าร้อยละ 46.38 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ทั้งที่มความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ดี และมีความเชื่อว่าถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย แต่ก็ไม่ปฏิบัติตามที่ทราบและมีความเชื่อนั้น อีกทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงหรือคู่รักก็พบว่ามีส่วนน้อยเท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ทำนองเดียวกับการศึกษาช่วงปี พ.ศ. 2537-2538 ของ วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล(2539,หน้า 10) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่านักศึกษาชายไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก แต่จะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ จันทร์แรม ทองศิริ (2539) เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดน่าน ที่พบว่าช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาไม่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ แต่จะมีกับเพื่อนโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ถึงแม้จะใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักก็ใช้จำนวนน้อย ดังเช่น การศึกษาของ ศรีนยา งามศิริอุดม (2540) เรื่องการตีความหมายของคำที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ที่พบว่านักศึกษามัธยมศึกษาและอาชีวศึกษามีเพศสัมพันธ์กับคู่รักของคน โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น ขณะที่ มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้แก่ คู่นอนของเพื่อน แฟนเก่า และการร่วมเพศหมู่ ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา รีด เอ็ดเวิร์ด และนอร์ตัน (Reed, Edwards, & Naughton,1992) พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 40 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่วัยรุ่นร้อยละ 48 ไม่ใช้ถุงยางอนามัย โดยให้เหตุผลว่าเพื่อนชายหรือเพื่อนหญิงไม่ต้องการให้ใช้ และร้อยละ 16 ของวัยรุ่นชายและหญิงที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยให้เหตุผลว่า ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง และร้อยละ 20 ของวัยรุ่นให้เหตุผลว่าไม่มีถุงยางอนามัยใช้ ซึ่งเป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันตนเอง ที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของวัยรุ่นได้

การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะกามโรคก็จะทำให้เกิดการติดเชื้อเอดส์ได้ง่ายขึ้น (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร,2532) ดังเช่นการศึกษาของ ศรีนยา งามศิริอุดม (2540)เรื่องการตีความหมายของคำที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ที่พบว่านักเรียนอาชีวศึกษามีปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 16.32 ในกลุ่มนี้ป่วยเป็นโรคติดต่อ ร้อยละ 38.10 และได้แก้ปัญหาด้วยการซื้อยากินเอง ร้อยละ 54.17 ไปพบแพทย์ ร้อยละ 29.17 รวมทั้งทำให้ฝ่ายหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 61.90 ในกลุ่มนี้แก้ปัญหาด้วยการทำแท้ง ร้อยละ 69.23 และรับผิดชอบการตั้งครรภ์ ร้อยละ 17.95 สำหรับกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์และไม่พบปัญหา ได้ให้เหตุผลว่า ใช้ถุงยาง

อนามัย ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และใช้วิธีนับระยะปลอดภัย นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการทางเพศ ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.1 ต้องการระบายอารมณ์ทางเพศเป็นบางครั้ง รองลงมาร้อยละ 36 ไม่จำเป็นต้องการระบายอารมณ์ทางเพศ และน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 9 ต้องระบายอารมณ์ทุกครั้ง ส่วนหนึ่งระบายอารมณ์ด้วยการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 8.8 ซึ่งการจัดการเมื่อมีอารมณ์เพศด้วยการมีเพศสัมพันธ์มีส่วนสนับสนุนการคิดเชื่อโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคเอดส์ได้เช่นกัน

สรุปจากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นจะทวีมากขึ้น ขณะที่อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดน้อยลงไปเรื่อยๆ รวมทั้งจำนวนคู่นอนและประเภทบุคคลที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ด้วยก็หลากหลาย และสิ่งที่น่าสนใจเป็นห่วงมากก็คือการเปลี่ยนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศมาเป็นแฟนหรือเพื่อนนักเรียนด้วยตนเองโดยไม่มี การป้องกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

จากแนวคิดและทฤษฎีข้างต้น พอสรุปได้ว่าการที่วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์หรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยภายในตัวของวัยรุ่นเองและปัจจัยภายนอกที่จะส่งเสริมให้วัยรุ่นประพฤติดและปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

ปัจจัยภายในบุคคล

ทัศนคติและความเชื่อเรื่องความรักและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นจะแตกต่างกันไป ตามการปลูกฝัง หรือพัฒนาการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปฏิบัติตน ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเพศในด้านต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างเพศของวัยรุ่นมีขอบเขต และเป็นไปตามขนบธรรมเนียมประเพณี การแสดงออกก็จะเป็นลักษณะที่เหมาะสม ตรงกันข้าม หากวัยรุ่นปล่อยไปตามความพอใจของตนเอง พฤติกรรมทางเพศที่วัยรุ่นแสดงออกมาก็จะเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐานของสังคม เพราะฉะนั้นทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศที่พึงปรารถนา จะเป็นวิถีทางสำคัญที่สุดทางหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นประสบความสำเร็จ และความสุขในการดำเนินชีวิต(สุชาติ สมประยูร และวรรณิ์ โสมประยูร,2521,หน้า 66) ดังแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ ค่านิยมเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ซึ่งมีผู้สนใจศึกษาค้นคว้า อาทิเช่น ศรีนยา งามศิริอุดม (2540) ศึกษาเรื่องการตีความหมายของคำที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นเกี่ยวกับความคิดเห็นที่ว่า สตรีที่ดีต้องรักษาพรหมจรรย์ก่อนแต่งงานหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นมาก ร้อยละ 55.7 รองลงมาตอบจำเป็นบ้าง ร้อยละ 37.6 ไม่จำเป็น ร้อยละ 5.7 และ ความคิดเห็นที่ว่าควรมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนหรือไม่ พบว่า ไม่ควร

ร้อยละ 71.7 สมควร ร้อยละ 21 อื่นๆ ร้อยละ 6.3 และยังพบว่า ร้อยละ 28 ของนักเรียนมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (จันทร์แรม ทองศิริ, 2539, หน้า ๙) ทำนองเดียวกับการศึกษาของ ศุภจรี วชิวิวัฒน์(2533) เรื่องความรู้ ทักษะคติ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์: การศึกษานักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร ในด้านการมีเพศสัมพันธ์กับทัศนคติของวัยรุ่น พบว่าประสิทธิภาพทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์ของนักเรียน ทัศนคติและความเชื่อต่อโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน รวมทั้งไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ (อัญชลี สิงห์สุค, 2534) แต่ตรงข้ามกับผลการศึกษาของ จันทร์แรม ทองศิริ (2539) เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดน่าน ที่พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ การไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนจะไม่ทำให้เกิดการติดเชื้อของโรคทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 30.9 และ 34.7 รวมทั้งการทำแท้ง ร้อยละ 19.8 และ 58.7 ตามลำดับ สำหรับการใช้อุปกรณ์อนามัยพบว่า ส่วนใหญ่ยังมีความไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยในเรื่องการใช้อุปกรณ์อนามัยเป็นบางครั้ง ว่าสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 28.9 และ 30.2 รวมทั้งการใช้อุปกรณ์อนามัยทำให้ความรู้สึกละอายลดลงร้อยละ 54.9 และ 11.3 ตามลำดับ ทำนองเดียวกับการศึกษาเชิงสำรวจของอำไพ ชนะกอก และชวยงค์ เมาวพานนท์ (2536) พบว่าทัศนคติของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงใหม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ($r = .1836$) และความรู้และทัศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ร้อยละ 6.54 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิพัฒน์ ยิ่งเสรี และพิมพ์ผกา นิศาพัฒนานนท์ (2533) เรื่องการศึกษาความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่นชนบท จังหวัดลำปาง ที่พบว่าวัยรุ่นชนบทลำปาง เห็นด้วย ร้อยละ 83.7 ว่าการไม่ใช้อุปกรณ์อนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 9.65 ไม่เห็นด้วยและร้อยละ 6.56 ยังไม่แน่ใจ ซึ่งรายงานวิจัยเหล่านี้แสดงถึงทัศนคติและค่านิยมในการคบเพื่อนต่างเพศที่แตกต่างกัน ทั้งในเชิงป้องกันและไม่ป้องกันตนเองของวัยรุ่น

ปัจจัยภายนอกบุคคล

นอกเหนือจากทัศนคติ และค่านิยม ที่เป็นตัวกำหนดให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในเชิงป้องกันและไม่ป้องกันตนเองแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ มากมาย รวมทั้งประสิทธิภาพการคบเพื่อนต่างเพศ ที่เอื้อให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ดังผลการศึกษาของ ศุภจรี วชิวิวัฒน์(2533) เรื่องความรู้ ทักษะคติ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์: การศึกษานักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพ

มหานคร ที่พบว่านักเรียนชายที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่มีประสบการณ์ทางเพศต่ำที่สุด รองลงมาได้แก่นักเรียนชายที่พักอาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่และพักอยู่กับญาติ ส่วนนักเรียนที่พักอยู่หอพักหรือกับเพื่อนนั้น ประสบการณ์ทางเพศสูงสุด แต่ลักษณะที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน รวมทั้งบุคคลที่พักอาศัยด้วยไม่แสดงให้เห็นความแตกต่างทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น (ศักดิ์ เสริมศรี และสืบพงษ์ ไชยพรรค, 2530)

ส่วนวัยรุ่นจะปรึกษาหารือใครเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่นั้น จากการศึกษาเรื่องความเป็นเพื่อนกับการ ป้อง กันโรคเอดส์ในโรงเรียนมัธยมของ ประยูร อองกุลนะและวิริทธิ์ สิทธิไธ (2537) เรื่องความเป็นเพื่อนกับการป้องกันโรคเอดส์ ในโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่า นักเรียนมัธยมตอนปลาย ระหว่างชายกับหญิงตอบแตกต่างกัน คือ ในกลุ่มนักเรียนชายที่เคยปรึกษาเมื่อมีปัญหา นั้น ส่วนใหญ่ปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 42.3 ปรึกษาพี่ ร้อยละ 35 และเคยปรึกษาพ่อแม่ ร้อยละ 2.6 สำหรับนักเรียนชาย กลุ่มที่ไม่เคยปรึกษาเมื่อมีปัญหา คิดว่าเพื่อนจะให้คำปรึกษาได้มากกว่าคนอื่น รองลงมาคือคิดจะปรึกษาพี่ ร้อยละ 12.8 และจะปรึกษาคู หอม ร้อยละ 4.8 ส่วนนักเรียนหญิงมัธยมตอนปลายยังไม่เคยปรึกษาปัญหากับใครเลย แต่คิดว่าพี่จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้ดีที่สุด ร้อยละ 15.2 รองลงมาคือแม่ ร้อยละ 13.2 และ ร้อยละ 11.9 คิดว่าเพื่อนจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้ดี ทำนองเดียวกับการศึกษาเชิงสำรวจของวราภรณ์ จิโนรส (2538) เพื่อเปรียบเทียบการคิดเชื่อ เอช ไอ วีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายกับอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จังหวัดเชียงราย พบกลุ่มตัวอย่างมีการปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ตลอดจนการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 70.4 และ เพื่อนในสถาบันการศึกษาเดียวกันเป็นผู้ชัก นำให้มีเพศสัมพันธ์มากที่สุด กลุ่มอาชีวศึกษา ร้อยละ 93.3 ส่วนนักเรียนมัธยมพบว่าเพื่อนเป็นผู้ชัก นำให้มีเพศสัมพันธ์ทุกคน (จันทร์แรม ทองศิริ, 2539) เป็นเหตุให้การคบเพื่อนต่างเพศของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพราะเลียนแบบเพื่อน ร้อยละ 33.7% รองลงมาเพื่อค้นหาแฟน ร้อยละ 24.4 และเพื่อระบายอารมณ์ ร้อยละ 8.4 และเพื่อแสดงความสามารถ ร้อยละ 5.3 (ศรันยา จามศิริอุดม, 2540)

ด้านแหล่งความรู้ทางเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นจะได้รับจากครู จากเพื่อน หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ และทางอินเทอร์เน็ตต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ปิดกั้นไม่ได้ในสังคมปัจจุบัน จะเห็นได้จากการศึกษาของ สุมนา ชมพูทวีปและคณะ (2530) พบว่า นักเรียนได้รับแหล่งข่าวข้อมูลทางเพศจากหนังสือครู ที่วี วิทยุ มากกว่าได้จากพ่อแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตร ศรีสุพรรณ (2533) เรื่องความรู้ ความคิดเห็น พฤติกรรมเกี่ยวกับเพศศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายระดับอาชีวศึกษา อุดมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาอยู่ในเกณฑ์ (ความรู้ทั่ว

ไป การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ และการทำแท้ง) แหล่งข้อมูลความรู้ที่สำคัญ คือ ครู อาจารย์ นิตยสาร คารา วิดีทัศน์และเพื่อน สิ่งที่เป็นเหตุจูงใจให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ อันจะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้คือ สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อลามก ได้แก่ การ์ตูน นิตยสาร สิ่งพิมพ์ วิดีโอ ภาพยนตร์ รวมทั้งการดื่มสุราเสพยาเสพติด ก็เป็นสื่ออย่างหนึ่งที่มีส่วนกระตุ้นความรู้สึกลทางเพศ และทำให้กล้าที่จะแสดงออกทางเพศ เพราะปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และสื่อสารมวลชน มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของวัยรุ่น ดังการศึกษาของ จุฬามาศ นุชนารถ (2531) เรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การดูภาพยนตร์หรือเทปโทรทัศน์ ที่เกี่ยวกับการร่วมเพศมี ความสัมพันธ์ กับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงสำรวจของ ศุภจรี วชิวิวัฒน์ (2533) เรื่องความรู้ ทัศนคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์: การศึกษานักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสื่อที่มีส่วนกระตุ้นความรู้สึกลทางเพศของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด คือการอ่านหนังสือเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ และการดูวิดีโอ จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรแรม ทองศิริ (2539) เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดน่าน และศรียา งามศิริอุดม (2540) เรื่องการตีความหมายของคำที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ที่พบว่าสิ่งพิมพ์และสื่อที่มีส่วนกระตุ้นความรู้สึกลทางเพศของวัยรุ่นมากที่สุด คือ วิดีทัศน์ ร้อยละ 67.6 และ ร้อยละ 66.5 ตามลำดับ รองลงมาคือหนังสือโป๊ ร้อยละ 31.7 โทรทัศน์ ร้อยละ 21.2 เพื่อน ร้อยละ 10.3 สุรา ร้อยละ 8.8 ยาได้ป ร้อยละ 4.5 และยังพบว่าร้อยละ 6.5 มีเพศสัมพันธ์หลังจากดื่มสุราโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งการดื่มสุราก็เป็นสาเหตุทางอ้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เนื่องจากการดื่มสุราทำให้วัยรุ่นขาดความยับยั้งคิดและขาดสติสัมปชัญญะทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (Blanken, 1993, หน้า 26)

จากปัจจัยหลายปัจจัยดังกล่าวที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ อันนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิด

