

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกัน
และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกัน
และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

.....
นางสาว ภาวิดา รัตนพันธ์

ผู้ศึกษา

.....
นางสาว ทศนา ทวีคุณ

Ph. D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน

Ph. D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

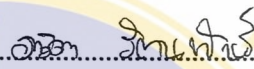
เรื่อง

การ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกัน

และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

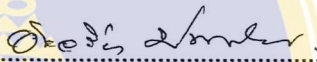
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วันที่ 12 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2552



นางสาว ภาวิตา รัตนพันธ์

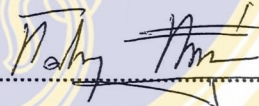
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉริยา ปทุมวัน

Ph. D. (Nursing)

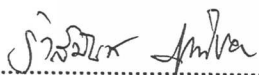
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นางสาว ทศนา ทวีคุณ

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



นางสาว รังสิมันต์ สุนทรไชยา

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

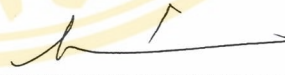


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

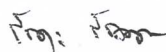
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร. ทศนา ทวีคุณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ แนวทางการทำสารนิพนธ์ พิจารณาตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องจนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษา มาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน และหัวหน้าสถานีอนามัยบ้านโป่งน้ำร้อน ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนเพื่อนร่วมรุ่นที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจให้ผู้ศึกษาทำสารนิพนธ์สำเร็จลงได้ด้วยดี

ผู้ศึกษาขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน โดยเฉพาะ คุณดอน แมคคัพฟรี ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงโดยดี

ภาวิตารัตนพันธ์

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น
A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SEXUAL RISK BEHAVIOR PREVENTION AND
REDUCTION PROGRAMS IN ADOLESCENTS

ภาวิตา รัตนพันธ์ 4836255 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D.
(Nursing)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลเสียที่ตามมารวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 7 ฐานข้อมูล รวมถึงการสืบค้นจากวารสารต่างๆด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยคือ เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินผลของโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น มีการระบุข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรม เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลอง ตีพิมพ์ในช่วงปี 2547 - 2551 และสามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็มได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนงานวิจัยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ จำนวน 27 เรื่อง จากนั้นผู้ศึกษานำงานวิจัยที่ได้มาทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญของการศึกษาและลักษณะของโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบสุ่มเข้าทดลองพร้อมมีการติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ตัวแปรที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ทางพฤติกรรมส่วนใหญ่ ได้แก่ การชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด และความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนครั้งของโปรแกรมอยู่ในช่วง 1- 20 ครั้ง โดยส่วนใหญ่จะมีผู้ใหญ่มากเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เนื้อหาของโปรแกรมส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การสร้างเสริมทักษะในเรื่องการสื่อสารเกี่ยวกับเพศ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมได้แก่ การอภิปรายกลุ่มย่อย บทบาทสมมติ และเกมส์ ข้อเสนอที่ได้เกี่ยวกับลักษณะของโปรแกรมที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: วัยรุ่น / พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ / การป้องกัน / โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ / เอชไอวี / การตั้งครรภ์

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SEXUAL RISK BEHAVIOR PREVENTION AND REDUCTION PROGRAMS IN ADOLESCENTS

PAVITA RAT TANAPAN 4836255 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Sexual risk behavior can threaten the physical and social well-being of young people in a variety of ways, as it can put them at risk for infection with the human immunodeficiency virus (HIV), other sexually transmitted diseases (STDs) and unintended pregnancy. The purpose of this study is to review and synthesize empirical findings of sexual risk- prevention and reduction programs in adolescents. The author systematically searched 7 electronic databases and hand-searched journals to identify evaluations of behavioral interventions to prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents. Articles were included if they were published between 2004 to 2008, provided information about the interventions, clear aims, and had quasi-experimental or experimental evaluation methods. Twenty-seven studies met the inclusion criteria. The author analyzed these interventions to assess their research and program characteristics. Results showed that the majority of studies included randomized controlled designs and employed follow-up measures. The most commonly measured outcomes were delay of initiation of sexual intercourse, condom use, contraceptive use, and frequency of sexual intercourse. Programs ranged from 1 to 20 sessions, most had adult facilitators. The treatment components commonly included both knowledge and skill-building activities about sexual communication, decision-making, and problem solving. The programs included a wide range of strategies for content delivery such as role-plays, small group discussions, and games. Program characteristics for effective programs suggest the implications for future directions of sexual risk- prevention and reduction programs for adolescents.

KEY WORDS: ADOLESCENT / SEXUAL RISK BEHAVIOR / PREVENTION / SEXUAL TRANSMITTED INFECTION / HIV / PREGNANCY

137 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
วัยรุ่น	7
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	13
การป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	32
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	41
บทที่ 4 ผลการศึกษา	47
บทที่ 5 อภิปรายผล	
ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรม	52
ลักษณะของโปรแกรม	59
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
6.1 สรุปผลการศึกษา	66
6.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย	69
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	71
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	81
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	108
ประวัติผู้ศึกษา	145

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
2	แสดงลักษณะสำคัญของการศึกษา การประเมินผลโปรแกรม จำนวน 27 เรื่อง	109
3	แสดงลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง	132

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพัฒนาการทางเพศที่เปลี่ยนแปลง ร่างกายจะสร้างฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่การมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ มีความสนใจต่อตนเองและเพศตรงข้าม เริ่มมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเพศในรูปแบบต่างๆที่จะนำไปสู่การมีชีวิตสมรสและการสร้างครอบครัวต่อไปในอนาคต (Erikson, 1986) จากข้อมูลของ Youth Risk Behavior Surveillance ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2003 พบว่า ร้อยละ 47 ของนักเรียนมัธยมปลายมีเพศสัมพันธ์แล้ว การศึกษาของ Villarruel และคณะ (2007) พบวัยรุ่นชาวลาตินอเมริกันมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุ 13 ปี 6 เดือน ส่วนการศึกษาในประเทศไทย โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการสำรวจพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นไทยโดยเฉลี่ยแล้ว มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550) จากการสำรวจของเอแบคในปี พ.ศ. 2545, 2547 และ 2548 พบว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นร้อยละ 30.9, 47.8 และ 56.4ตามลำดับ (สุวิมล เหลืองด่านสกุล, 2549) จะเห็นได้ว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร นำมาซึ่งความเสี่ยงเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น รวมถึงการประพฤติดังกล่าวทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และปัญหาทางสังคม เช่นการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยและไม่คุมกำเนิด การดื่มสุรา หรือเสพยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีคู่นอนหลายคน (จันทจิรา พุกยานนท์, 2538) จากรายงานการศึกษาพบว่า ประมาณหนึ่งในห้าของวัยรุ่นชายหญิงอายุ 15 -19 ปี มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับต่ำมาก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548) โดยสาเหตุที่วัยรุ่นไทยมักไม่ใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะกับแฟนหรือคู่รัก เนื่องจากมองว่าจะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจกันและขาดความใกล้ชิด (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Villarruel และคณะ (2007) ในวัยรุ่นชาวลาตินอเมริกัน ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว มีจำนวนเพียงร้อยละ 30 ที่ใช้ถุงยางป้องกันทุกครั้ง นอกจากนี้การมีคู่นอน

หลายคน นับว่าเป็นหนึ่งในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น จากการสำรวจของเอแบคในปี พ.ศ. 2547 พบว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วมีคู่นอนมากกว่า 1 คน มีจำนวนถึงร้อยละ 28.2 โดยจำนวนคู่นอนโดยเฉลี่ยประมาณ 3 คน (สุวิมล เหลืองด่านสกุล, 2549) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นยังรวมถึงการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ Wetherill และ Fromme (2007) พบว่าวัยรุ่นมัธยมปลายในสหรัฐอเมริกาที่ดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ขาดสติในการรับรู้ นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่การมีคู่นอนหลายคน และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน นอกจากนี้ การใช้กัญชาก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถทำนายจำนวนครั้งของการเกิดเพศสัมพันธ์ร่วมกับการมีคู่นอนหลายคน ซึ่งทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย (Genna, Corneius, & Cook, 2007) จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในหลายรูปแบบ มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลเสียที่ตามมาเมื่อเทียบกับจำนวนวัยรุ่นทั้งหมด

ผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นนำมาซึ่งผลเสียที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลกระทบด้านร่างกาย เช่น การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งนำไปสู่การทำแท้ง ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น จากการสำรวจโดยกรมควบคุมและป้องกันโรคติดต่อประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2000 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Center of Disease Control and Prevention, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rebeca และคณะ (2004) พบว่าวัยรุ่นในสหรัฐที่มีเพศสัมพันธ์ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุก 1 ใน 10 คน และร้อยละ 35 มีการทำแท้ง โดยวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น การกระทำความรุนแรง การใช้ยาเสพติดและสุราก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง (Dunkle, et al, 2006) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานของกรมอนามัย พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นถึงร้อยละ 28.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ในวัยรุ่นพบถึงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สำนักโรคเอดส์, 2549) ด้านปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง ค่าเฉลี่ยวัยรุ่นไทยอายุ 15 -19 ปี คลอดลูกอยู่ที่ 70 ต่อ 1000 คน แต่ปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็น 90 ต่อ 1000 หรือวันละเกือบ 200 คน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยทั่วทวีปเอเชียอยู่ที่ 56 ต่อ 1000 คน และค่าเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 65 ต่อ 1000 คน (องค์การยูนิเซฟ, 2546) วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปีที่มามีการคลอดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 52,000 ราย ในปี พ.ศ. 2546 - 2547 เป็นกว่า 70,000 รายในปี พ.ศ. 2548 - 2549 ในจำนวนนี้เป็นเด็กต่ำกว่า 14 ปี จำนวนราว 2,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 5 คน (สุริยเดช ทริปาดิ, 2550) สำหรับวัยรุ่นในประเทศจีน มีการตั้งครรภ์และทำแท้งร้อยละ 10 และเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 1.5 (Qiauin et al., 2006) Hamerlynck และคณะ (2007) ได้

สัมภาษณ์วัยรุ่นอายุ 12- 18 ปีในสถานรับบริการ ประเทศเนเธอร์แลนด์จำนวน 256 ราย พบว่าร้อยละ 20 มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ และทำแท้ง การศึกษาของ Klien และคณะ (2005) พบว่ากลุ่มวัยรุ่นประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปีในอัตรา 4 ใน 10 ของวัยรุ่นทั้งหมด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาหลักในสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้งในวัยรุ่นสูงสุด เมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ โดยพบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์สูงเป็น 2 เท่าของอังกฤษ แคนาดา (Donald, Katherleen, Michael, et al, 1999; Kerry, 2004) จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบในหลายประเทศทั่วโลก

การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยยังทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจตามมา ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคง การเปลี่ยนคู่หลายคน ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์และฝ่ายชายไม่รับผิดชอบวัยรุ่นหญิงร้อยละ 57 จะตัดสินใจทำแท้ง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ , 2550) ซึ่งจะมีผลกระทบด้านจิตใจตามมา ได้แก่ ความรู้สึกผิด อารมณ์ซึมเศร้า ส่วนวัยรุ่นหญิงที่เลือกตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดมักจะได้รับผลกระทบด้านจิตสังคมต่อไป คือ ระดับการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมน้อย มักต้องเป็นฝ่ายเลี้ยงดูลูกตามลำพัง ครอบครัวไม่มั่นคง ทำให้มีความตึงเครียดสูง และมีภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อการเลี้ยงดูลูกเด็กที่เกิดจากพ่อแม่วัยรุ่นที่ยังขาดวุฒิภาวะ (ศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2547) ส่วนลูกที่คลอดออกมา มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คลอดก่อนกำหนดหรือเสียชีวิตหลังคลอด นอกจากนี้ร้อยละ 10 จะทิ้งลูกไว้ในโรงพยาบาลที่คลอด ขาดความพร้อมและความสามารถในการเลี้ยงดูลูก มักมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาและก่อให้เกิดภาระทางสังคม (จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น โดยแบ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ผลจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นชายมักเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วกว่าวัยรุ่นหญิง (Kerry, et al, 2004; ทวีวรรณ ชาลีเครือ, 2541) เจตคติและความรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งในการที่จะทำนายการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Rock, Ireland, Resnick & McNeely, 2005) ในยุคปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นมีเจตคติและค่านิยมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงคือ วัยรุ่นทั้งชายและหญิงมองว่า การมีคู่หลายคนหรือมี “กิ๊ก” เป็นเรื่องทันสมัย (ธนพร สง่าศรี และคณะ, 2546) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นและผู้ปกครอง โดยวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่ มีความสัมพันธ์กับการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ช้ากว่า (Gilliam, Berline, Kozlosky, Hernandez, & Grundy, 2007) รวมทั้งการพูดคุยโดยอย่างเปิดเผยถึงเรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ มีความสำคัญในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Weiss, 2007) ปัจจัยด้านสังคมได้แก่ กลุ่มเพื่อนซึ่งมี

อิทธิพลต่อ การมีเพศสัมพันธ์และความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ (Sieving, Eisenberg, Pettingell, & Skay, 2006) และการไม่ปฏิบัติตามแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน ทำให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (Buhi & Goodson, 2007) และปัจจัยด้านสื่อเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เพราะสื่อเข้าถึงวัยรุ่นได้ง่ายโดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (Bertrand, et al., 2006) หากมีการเปิดรับสื่อที่มีเนื้อหาทางเพศปริมาณที่มาก สามารถทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่สูง (Bertrand, O'Reilly, Denison, Anhang, & Sweat, 2006) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของตัววัยรุ่นเอง และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบข้าง

จากข้อมูลสนับสนุนและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นที่ได้กล่าวมา นำมาสู่การวางแผนในการสร้างโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว โดยเนื้อหาของโปรแกรมส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้ความรู้และการเสริมสร้างทักษะที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ การให้ความรู้รวมถึง การให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ การใช้ถุงยางอนามัย การคุมกำเนิด สรีรวิทยาและพัฒนาการวัยรุ่น สุขภาพทางเพศและเพศวิถี การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Jemmott et al., 2005) ส่วนการเสริมสร้างทักษะ ได้แก่ ด้านการสื่อสาร การตัดสินใจและแก้ปัญหา การปฏิเสธ สัมพันธภาพและ ทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง (Jemmott et al., 2001) นอกจากนี้ยังมีการผนวกเอกลัทธิที่ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเอง (Dilorio et al., 2006) หรือกิจกรรมที่ลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด (Wu et al., 2005) เข้าในโปรแกรมด้วย

นักวิจัยได้ทำการศึกษาทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง มีผู้ทำการศึกษาเพื่อทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นเป็นระยะ โดยมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ได้แก่การทบทวนที่มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างเช่น DiCenso และคณะ (2002) ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมชะลอการมีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมการคุมกำเนิด และลดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ Sales และคณะ (2006) ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมลดอัตราการเกิดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น หรือวัตถุประสงค์ในการทบทวนที่มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นจากประเทศใดประเทศหนึ่ง ตัวอย่างเช่น Hartell (2005) ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในวัยรุ่นนอแอฟริกาใต้ Kourtis และคณะ (2006) ทบทวนงานวิจัย

เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อลดอัตราการเกิดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในวัยรุ่นอเมริกัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวนงานวิจัยแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา คือเป็นการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น โดยรวมถึงอัตราการเกิดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในการศึกษาครั้งนี้ยังได้มีการนำเอางานวิจัยจากทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยมาวิเคราะห์ด้วย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัย บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชในชุมชน ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพจิต มีบทบาทโดยตรงในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยง ซึ่งนำไปสู่การใช้เป็นแนวทางป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับ องค์ประกอบสำคัญของการศึกษา (ได้แก่กลุ่มประชากรที่สนใจ รูปแบบงานวิจัย ทฤษฎีที่ใช้ การวัดผลลัพธ์ และผลการศึกษา) และลักษณะของโปรแกรม (ได้แก่ ระยะเวลาและความเข้มข้นของโปรแกรม ผู้ดำเนินโปรแกรม เนื้อหาโปรแกรม และกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้แนวทางเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสำหรับวัยรุ่นไทย

นิยามศัพท์

วัยรุ่น หมายถึง บุคคลเพศชาย หญิงที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี เป็นวัยมีการพัฒนาทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม มีการเปลี่ยนจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่จากภาวะที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง (WHO, 1999) ในการศึกษาที่กำหนดอายุของวัยรุ่นคือตั้งแต่อายุ 9- 24 ปี ตามช่วงอายุในรูปแบบที่มีการนำวัยรุ่นเข้าร่วมโปรแกรมในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติทางเพศที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและปัญหาทางสังคม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยและไม่คุมกำเนิด การดื่มสุราหรือยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีคู่นอนหลายคน (จันทิชาติตา พฤษยานนท์, 2538)



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น โดยทบทวนจากงานวิจัย และเอกสารข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งการทบทวนออกเป็นแต่ละหัวข้อได้ดังนี้

1. วัยรุ่น

- 1.1 ความหมายของวัยรุ่น
- 1.2 พัฒนาการวัยรุ่น
- 1.3 การแบ่งระดับอายุตามพัฒนาการ
- 1.4 พัฒนาการทางเพศ

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

- 2.1 ความหมายพฤติกรรมทางเพศ
- 2.2 พฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น
- 2.3 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น
- 2.4 ผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น
- 2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น
 - ปัจจัยบุคคล
 - ปัจจัยครอบครัว
 - ปัจจัยทางสังคม

3. แนวทางการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

1. วัยรุ่น

1.1 ความหมายของวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้หลายหลายดังต่อไปนี้

วัยรุ่น (Adolescence) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “adolescere” ซึ่งหมายถึง การเจริญเติบโตจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ (Steinberg, 1999) ไปสู่ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา มีอายุอยู่ในระหว่าง 10-21 ปี (Neinstein, 1996)

Erikson (Erickson, as cited in Hamburg, 1998) ได้กล่าวถึงวัยรุ่น ว่าเป็นวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 12-20 ปี เป็นช่วงของการพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเองหรือความไม่เข้าใจตนเอง (Identity versus Role diffusion) เป็นช่วงที่ความขัดแย้งมีลักษณะวิกฤตยิ่งกว่าช่วงอื่น เพราะเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นเด็กและเป็นผู้ใหญ่ เป็นระยะที่เริ่มสนใจเรื่องเพศ รู้จักว่าตัวเองเป็นใคร มีความสามารถหรือถนัดทางใด รู้ว่าตัวเองมีความเชื่ออย่างไร ต้องการอะไร เด็กจะเลียนแบบจากบุคคลที่ตนเอง นับถือยกย่อง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ได้กล่าวว่าวัยรุ่น คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 10- 19 ปี เป็นวัยที่มีการพัฒนาทางด้านร่างกายคือ มีการเจริญเติบโตในด้านความสูงและน้ำหนักตัว ตลอดถึงมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ โดยจะมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ และพร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้ มีพัฒนาการด้านจิตใจ คือ มีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ มีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมมากขึ้น รวมถึงมีพัฒนาการด้านสังคมคือ มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว ไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง สามารถประกอบอาชีพ มีรายได้ด้วยตนเอง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2532) ให้ความหมายไว้ว่า วัยรุ่น คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 11- 20 ปี เป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตสู่วุฒิภาวะหรือเป็นวัยที่เข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยถือเอาความพร้อมจากร่างกาย หรือภาวะจิตสูงสุดของร่างกาย เป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตของระบบอวัยวะเพศและสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ในเพศหญิงเริ่มมีประจำเดือนมาครั้งแรก ส่วนในเพศชาย เมื่อเริ่มมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์

กรมสุขภาพจิต (2544) ให้ความหมายเพิ่มเติมว่าวัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงอันซับซ้อนและสับสนร่วมกันหลายด้านในระบบต่างๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจริยธรรม ซึ่งมีจุดเริ่มต้น และการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

พรพิมล เจริญนาครินทร์ (2539) กล่าวว่า วัยรุ่นหมายถึง วัยที่เชื่อมระหว่างการเป็นเด็กและผู้ใหญ่ อันเป็นระยะที่ต้องปรับพฤติกรรมวัยเด็กไปสู่พฤติกรรมแบบผู้ใหญ่ที่สังคมยอมรับ เด็กวัยรุ่น

จึงไม่ใช่เพียงการเจริญเติบโตทางร่างกาย แต่หมายถึง การเจริญเติบโตทางสังคมซึ่งอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมในแต่ละที่

สุชา จันทรเฒ (2540) ให้ความหมายวัยรุ่นว่า เป็นวัยย่างเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยถือเอาความพร้อมทางร่างกาย หรือภาวะสูงสุดของร่างกายเป็นเครื่องตัดสิน เป็นระยะที่ร่างกายจะมีการเจริญเติบโตของระบบอวัยวะเพศสามารถทำงานได้เต็มที่ ในเพศหญิงเมื่อมีประจำเดือนมาเป็นครั้งแรกและในเพศชายจะมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ได้

สุพัตรา สุภาพ (2541) ให้ความหมายวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่เปลี่ยนจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่อยู่ระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ หรือเป็นวัยย่างเข้าสู่ความเป็นหนุ่มสาว

จากการทบทวนผู้ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับวัยรุ่นดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลชายหญิง ที่อยู่ระหว่างวัยเด็กตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีอายุอยู่ในช่วง 10 – 20 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโต และเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วในทุกด้านของพัฒนาการ เพื่อที่จะเจริญเป็นวัยผู้ใหญ่ และมีการพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม มีการเปลี่ยนจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ จากภาวะที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง

1.2 พัฒนาการวัยรุ่น

วัยรุ่นมีพัฒนาการหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะต่างๆดังนี้

1.2.1 พัฒนาการด้านร่างกาย (Biological processes) วัยรุ่นเริ่มการเปลี่ยนแปลงด้านรูปร่างหน้าตา ลักษณะทางเพศรวมทั้งฮอร์โมนต่างๆในร่างกายเพื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ เช่น เด็กชายจะเจริญเติบโตด้านความสูงและน้ำหนัก มีกล้ามเนื้อแข็งแรง มีเสียงห้าว มีหนวดเครา มีขนขึ้นตามแขนขามากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ ร่างกายจะผลิตน้ำอสุจิ และการหลั่งน้ำอสุจิในขณะนอนหลับ เด็กหญิงจะมีการเพิ่มของขนาดของทรวงอก สะโพกผายและมีประจำเดือน ทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกอึดอัด อารมณ์อ่อนไหวง่าย จากสัดส่วนที่เปลี่ยนแปลง พัฒนาการด้านเพศในวัยรุ่นจะมีพลังงานทางเพศสูง จึงเป็นสาเหตุให้วัยรุ่นสนใจกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของตนเอง และทดลองปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศด้วยความอยากรู้อยากเห็นเพื่อเป็นการปลดปล่อยพลังงานทางเพศที่ตนเองมีอยู่ (Santrock, 2001)

1.2.2 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา (Cognitive processes) วัยรุ่นจะมีความสามารถในการคิดที่เป็นนามธรรมมากขึ้น สามารถที่จะคิดให้เป็นระบบ มีเหตุผล ชอบเรียนรู้ด้วยตนเองด้วยการลองผิดลองถูก มีความกระตือรือร้น ชอบค้นหาและกระทำสิ่งแปลกๆ ชอบแสดงความคิดเห็น ออกความเห็นร่วมกับคนอื่นได้ รู้จักสังเกตความรู้สึกของคนอื่น รู้จักการปรับตัว เพื่อ

พัฒนาตนเองให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณธรรม เป็นตัวของตัวเอง (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539) วัยรุ่นมีความสามารถทางความคิดความอ่านได้มากกว่าวัยเด็ก สามารถคิดจากปัจจุบันมองไกลถึงอนาคต หรือวกกลับไปยังอดีต จึงเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต เริ่มเข้าใจถึงกาลเวลาและสงสัยใคร่รู้ถึงวัฏจักรและความหมายของการมีชีวิต คิดหมกมุ่นกับปรัชญาชีวิตอุดมคติ อุดมการณ์ กระตือรือร้นที่จะเปลี่ยนแปลงปรับปรุงสังคมที่เขาให้ความสำคัญเหนือครอบครัว พยายามที่จะแสวงหาค่านิยมที่ตนคิดว่าถูกต้อง บางครั้งพบแต่ความยุ่งเหยิงซับซ้อนของชีวิต ความเหลื่อมล้ำในสังคม ทำให้รู้สึกผิดหวังมักถามตัวเองอยู่บ่อยๆ มีชีวิตอยู่ในสังคมที่ถูกเอารัดเอาเปรียบเพื่ออะไร เรียนไปทำไม วัยรุ่นผู้ซึ่งไม่มีความรักความผูกพันกับผู้อื่น เมื่อแสวงหาคำตอบ ความหมายของชีวิตแล้วได้คำตอบที่ไม่พอใจ ก็อาจคิดสั้นจบชีวิตของตนได้ง่ายๆ (ดวงใจ กสานครินทร์, 2536)

1.2.3 พัฒนาการทางอารมณ์ และสังคม (Socio-emotional processes) วัยรุ่นจะให้ความสนใจต่อการสร้าง สัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อน มีการเปรียบเทียบตนเองกับกลุ่มเพื่อน และมักกระทำพฤติกรรมตามอย่างเพื่อนในกลุ่ม ต้องการการยอมรับจากเพื่อนในกลุ่ม ไม่ชอบรวม กลุ่มกับสมาชิกในครอบครัว มีความคิดเป็นของตนเอง อยากเป็นตัวของตัวเอง และจะพยายามที่จะแสวงหาความเป็นอิสระให้กับตนเอง โดยลดการพึ่งพามวลครอบครัว หันมาพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบตนเองมากขึ้น (Hamburg, 1998) ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน (Erickson, as cited in Hamburg, 1998) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นระยะของพัฒนาการทางจิตสังคมในด้านการพัฒนาอัตลักษณ์ของตนเอง (Identity & Identity confusion) วัยรุ่นจะมีการแสวงหาตัวตนของตนเอง มีความกังวลในรูปลักษณ์และความขัดแย้งสับสนในบทบาทของตนเอง วัยรุ่นที่ไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งในตนเองได้ จะมีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า บกพร่องในการตัดสินใจ และอาจมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ เช่น การคิดสารเสพติด แต่โดยทั่วไปวัยรุ่นจะสามารถแก้ไขปัญหานี้ และปรับตัวก้าวเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถรับผิดชอบตนเองได้ พัฒนาการของวัยรุ่นมาจากประสบการณ์ที่ได้รับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคคลภายนอกครอบครัวเปลี่ยนแปลงง่าย เปิดเผย แสดงความรู้สึกชอบ และไม่ชอบอย่างรุนแรง ต้องการตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่ยอมใครง่ายๆ มีความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับผู้ใหญ่ แต่บางครั้งก็หวั่นวิตกกังวล มีความสงสัยตลอดเวลา ต้องการการยอมรับความเป็นชายหรือหญิง จากเพศตรงข้ามและเพศเดียวกัน จึงสนใจและเอาใจใส่กับรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ เพื่อให้เพื่อนชอบและเกิดการยอมรับ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรุนแรง เป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.3 การแบ่งระดับอายุตามพัฒนาการ

จากพัฒนาการดังกล่าวทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ทำให้สามารถแบ่งช่วงวัยรุ่นตามพัฒนาการด้านจิตสังคม (Psychosocial development) ซึ่งเป็นการจัดแบ่งตามการเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาขึ้นในแต่ละช่วงของอายุโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Neinstein, 1996)

1.3.1 วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) เป็นวัยรุ่นที่มีช่วงอายุประมาณ 10-13 ปี ระยะนี้พบว่า การเจริญเติบโตจะเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เด็กเติบโตสูงใหญ่อย่างรวดเร็ว และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างมาก โดยเฉพาะการทำหน้าที่ทางเพศ สามารถหลั่งอสุจิ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขสุดขีดทางเพศ ส่วนเด็กหญิง จะมีประจำเดือน หน้าอก และสะโพกขยายใหญ่ขึ้น นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น วัยรุ่นบางคนอาจเกิดความรู้สึกวิตกกังวลว่า มีความผิดปกติในร่างกาย รู้สึกหงุดหงิด หงุดหงิด ไม่พอใจในรูปร่าง วัยรุ่นช่วงอายุนี้จึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม โดยชอบที่จะคลุกคลีอยู่กับเพื่อน ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน ลอกเลียนลักษณะต่างๆ เช่น ท่าทาง การแต่งกาย ทรงผม ภาษา เป็นต้น เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน

1.3.2 วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) เป็นวัยรุ่นที่มีช่วงอายุประมาณ 14-16 ปี ระยะนี้ พบว่า วัยรุ่นยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มสาวได้แล้ว มีความคิดลึกซึ้งใฝ่หาอุดมการณ์ และเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อความเป็นตัวตนของตนเอง พยายามเอาชนะความผูกพันหรือการพึ่งพิงบิดามารดา ยอมรับสภาพร่างกายความเป็นเพศชายหรือหญิง และให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น บางคนจะ “ติดกลุ่มเพื่อน” มากจนละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว

1.3.3 วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) เป็นวัยรุ่นที่มีช่วงอายุประมาณ 17-21 ปี ระยะนี้พบว่า วัยรุ่นจะมีร่างกายทุกส่วนเจริญเต็มที่ บ่งบอกความเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ น้ำหนักและส่วนสูงเพิ่ม โครงกระดูกใหญ่โตและแข็งแรง ช่วงนี้วัยรุ่นต้องการสำรวจตนเอง เพื่อค้นหาศักยภาพและสมรรถภาพทั้งด้านดี และด้านบกพร่อง เพื่อนำมาปรับปรุง และตัดสินใจเลือกทางเดินชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองสรุป วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ที่จะเปลี่ยนแปลงจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ มีอายุ 13 -21 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา การตัดสินใจแก้ปัญหา ยังเป็นเด็ก ขาดประสบการณ์และความสามารถในการแก้ปัญหา ด้านสังคม วัยรุ่นต้องการเข้ากลุ่มและให้กลุ่มยอมรับ ต้องการเป็นอิสระ และค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง ชอบทดลอง รวมทั้งมีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงง่าย

จะเห็นได้ว่า การแบ่งช่วงวัยตามพัฒนาการ มีลักษณะการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคมแต่ละช่วงวัยที่มีความแตกต่างกัน เพื่อเข้าใจวัยรุ่นทั้งบริบทมากขึ้น

1.4 พัฒนาการทางเพศ

พัฒนาการทางเพศ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการผลัดกันบทบาททางเพศและพฤติกรรมทางเพศตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยรุ่นใหญ่ พัฒนาการทางเพศแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ (สุชาติ โสมประยูร, 2541)

1.4.1 พัฒนาการทางเพศด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของเด็กชายและเด็กหญิง จากเด็กเข้าสู่วัยรุ่นเป็นไปตามลำดับขั้น ในช่วงวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี จะมีการเจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วตามธรรมชาติ และปรากฏลักษณะทางเพศชัดเจน เพราะต่อมได้สมองจะหลั่งฮอร์โมนกระตุ้นต่อมเพศ ได้แก่ รังไข่ (Ovary) ในเพศหญิง และอัณฑะ (Testis) ในเพศชายเริ่มทำงานและผลิตฮอร์โมนขึ้นเองตามปกติ เด็กหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเพศชาย ซึ่งรังไข่จะเริ่มผลิตฮอร์โมนเพศขึ้นมาใช้เอง ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น เต้านมขยายโตขึ้น มีต่อมไขมันพอกตามไหล่ แขนขา สะโพก มีขนขึ้นที่รักแร้และในที่ลับ เริ่มมีประจำเดือน ส่วนเด็กชายเริ่มมีหนวดเครา เสียงห้าว ร่างกายสูงใหญ่ มีขนขึ้นที่รักแร้และในที่ลับ อวัยวะเพศโตขึ้นและมีการแข็งตัวเป็นบางครั้ง และสามารถหลั่งอสุจิได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขสุดขั้วของทางเพศจากการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองเริ่มในวัยรุ่นตอนต้น

1.4.2 พัฒนาการทางเพศด้านจิตใจ ในขณะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง สภาพจิตใจของเด็กวัยรุ่นเริ่มเปลี่ยนไป แต่พัฒนาทางเพศด้านจิตใจของเด็กวัยรุ่นชายและเด็กวัยรุ่นหญิงมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น เริ่มเอาใจใส่ดูแลรูปร่างและท่าทางของตน สนใจการแต่งกายเริ่มรู้จักรักสวยรักงาม มีความสนใจต่อเพศตรงข้ามเป็นพิเศษ มีความต้องการหรือความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้นบ่อย มีความภาคภูมิใจในความเป็นเพศชายและเพศหญิงของตนเองมาก โดยทั่วไปอารมณ์ของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งพบว่ามีอารมณ์ทุกประเภท เช่น รัก ชอบ โกรธเกลียด อิจฉา ริษยา ใ้อวด อ่อนไหว วุ่นวายใจ บางครั้งเก็บกดเข้ากับบุคคลต่างวัยยาก เด็กวัยรุ่นจึงเกาะกลุ่มกันได้ดีมากเป็นพิเศษ

1.4.3 พัฒนาการทางเพศด้านสังคม การเจริญเติบโต และพัฒนาการทางเพศด้านร่างกาย และจิตใจของวัยรุ่น ทำให้เด็กวัยรุ่นทั้งชายและหญิงเริ่มมองเห็นความสำคัญ และความจำเป็นของชีวิตทางสังคมแบบครอบครัวหรือชีวิตสมรสที่เกิดขึ้นในอนาคต เด็กวัยรุ่นสนใจประเพณีและวัฒนธรรมการแต่งกาย ความสัมพันธ์ระหว่างเพศในรูปแบบต่างๆ จึงเกิดขึ้น เช่น รู้จักเอาใจใส่และให้เกียรติเพศตรงข้าม มีการเกี้ยวพาราสี มีความรัก และการเริ่มเลือกคู่ครองเพื่อชีวิตสังคมแบบครอบครัว ในระยะนี้จะมีอารมณ์สนใจเพศตรงข้าม ไม่ใช่เพียงความต้องการทางเพศเท่านั้น แต่รวมถึงความสนใจ ความรักจากเพศตรงข้าม ซึ่งจะเป็นพื้นฐานนำไปสู่ความต้องการทางเพศ มีการคบเพื่อนต่างเพศ วัยรุ่นชายคิดไปถึงการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนวัยรุ่นหญิงจะคิดเพียงแต่ความพึงพอใจที่

จะได้มีเพื่อนต่างเพศ ฟังพอใจรูปร่างหน้าตา ปัญหาที่พบบ่อยมากในช่วงวัยรุ่น คือการมีเพศสัมพันธ์ทางเพศก่อนแต่งงาน (วันทนี วาสิกะสิน, 2526)

ดังนั้นพัฒนาการทางเพศช่วงวัยรุ่น จึงเป็นพัฒนาการทุกๆด้าน กล่าวคือ มีการพัฒนาการทางเพศทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมทั้งวัยรุ่นชายและหญิง ร่างกายจะสร้างฮอร์โมนเพศ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่การมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ มีความสนใจต่อตนเองและเพศตรงข้าม เริ่มมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ในรูปแบบต่างๆ ที่จะนำไปสู่การมีชีวิตสมรสและการสร้างครอบครัวต่อไปในอนาคต

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

2.1 ความหมายของพฤติกรรมทางเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมทางเพศไว้หลายลักษณะ ดังนี้

พฤติกรรมทางเพศ คือ พฤติกรรมที่ครอบคลุมลักษณะพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) และพฤติกรรมที่อยู่ภายนอก (Overt Behavior) อันแสดงออกครอบคลุมในเรื่องเพศโดยการแสดงออกดังกล่าวเป็นผลมาจากประสบการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม (ชัยวัฒน์ ปั่นจวงษ์ และคณะ, 2524)

วันทนี วาสิกะสิน (2526) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศ หมายถึง ค่านิยม ทักษะ ความรู้ ความต้องการทางเพศ และการแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง 2 เพศ อันมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางเพศของบุคคล

วิชาญ รุ่งอุทัย (2529) ให้คำจำกัดความ พฤติกรรมทางเพศ ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมที่ดึงดูดความสนใจจากเพื่อนต่างเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ การออกเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ การยินยอมให้ถูกเนื้อต้องตัวระหว่างเพื่อนต่างเพศ และการยินยอมให้มีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนต่างเพศ

หนึ่งฤทัย โอภาสพล (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศ เป็นผลของการกระทำที่เกิดขึ้นมาจากการประสบการณ์ การอบรมเลี้ยงดูของสถาบันทางสังคม ทั้งครอบครัว โรงเรียน ศาสนา และสังคมและรวมไปถึงค่านิยม ทักษะ ความรู้ทางด้านเพศของบุคคลอันเป็นผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางเพศของบุคคลนั้น

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมทางเพศ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ ความรู้ ที่เกิดจากการเรียนรู้ จากประสบการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2.2 พฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น

วัยรุ่นเริ่มสนใจกับกิจกรรมหรือปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของตนเองมากขึ้น เช่นเมื่อเกิดการแข็งตัวของอวัยวะเพศ การมีประจำเดือน และอาจทดลองทำพฤติกรรมทางเพศด้วยความรู้สึกอยากรู้อยากเห็น ตื่นเต้น กลัว ๆ กล้า ๆ และเพื่อเป็นการปลดปล่อยพลังงานทางเพศที่มีอยู่มาก พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอันเนื่องมาจากความสับสนวุ่นวายของวัยรุ่น แบ่งออกเป็น (วิทยา นาควัชระ, 2531)

2.2.1 พฤติกรรมทางเพศกับตนเอง วัยรุ่นจะใช้ตัวเองเป็นวัตถุที่เร้าความรู้สึกทางเพศให้ถึงจุดสุดยอดทางเพศได้ พฤติกรรมทางเพศที่พบบ่อย ๆ คือ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มาจากความที่วัยรุ่นมีความฝันหรือจินตนาการทางเพศสูง และต้องการผ่อนคลายความรู้สึกตึงเครียดเหล่านั้น จึงสร้างพฤติกรรมชนิดนี้ขึ้นมา โดยทั่วไปถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติในวัยรุ่น เป็นการลดความตึงเครียดทางอารมณ์ แต่ยังมีวัยรุ่นอีกเป็นจำนวนมากที่คิดว่าเป็นการเสียพลังงานและความจำ หรือเป็นการกระทำที่เป็นความผิด ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความละอายใจแต่ในขณะเดียวกันก็ยังมีความต้องการจะกระทำต่อไปอีก ยิ่งทำให้เกิดความคับข้องใจได้

2.2.2 พฤติกรรมทางเพศกับเพศเดียวกัน ช่วงวัยของวัยรุ่นที่พบพฤติกรรมทางเพศกับเพศเดียวกันได้บ่อยคือ ในวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงที่วัยรุ่นเริ่มเปลี่ยนจากวัตถุที่ความรู้สึกทางเพศ จากตัวเอง ไปหาบุคคลอื่นในช่วงนั้น เพื่อนเพศเดียวกันจะเข้ามามีบทบาทสำคัญมาก เพราะเป็นลักษณะของความเหมือนกัน วัยรุ่นจึงมักสนใจเพื่อนเพศเดียวกันก่อน จะเห็นว่ามี การแบ่งกลุ่มกันเล่นอย่างชัดเจนในกลุ่มวัยรุ่นชายหญิง จากความสนิทสนมใกล้ชิดและความมีโอกาสน่าจะสนิทสนมมากขึ้นได้ จึงทำให้วัยรุ่นบางคนอาจมีจิตใจฝืนชอบเพศเดียวกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎี Bisexuality ของ ซิกมันด์ ฟรอยด์ ที่ว่า มนุษย์ทุกคนจะมีลักษณะซึ่งความผสมผสานกันระหว่างเพศตัวเองและเพศตรงข้าม ฉะนั้นเมื่อมีโอกาส มนุษย์จึงอาจแสดงความชอบพอในเพศเดียวกันได้ แต่ในสิ่งเหล่านี้จะกลายเป็นความขัดแย้งระหว่างความต้องการของตัววัยรุ่นเอง กับค่านิยมของสังคมที่กำหนดให้มนุษย์ควรมีพฤติกรรมทางเพศกับมนุษย์ต่างเพศที่เป็นผู้ใหญ่ จึงจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นจะผลัดความรู้สึกเหล่านี้ให้เข้าหาความรู้สึกสนใจเพศตรงข้ามได้ แต่ก็มีบ้างที่ไม่สามารถผลัดตนเองให้หันเข้าหาเพศตรงข้าม จึงเกิดพฤติกรรมรักร่วมเพศติดตัวต่อไป

2.2.3 พฤติกรรมทางเพศกับคนต่างเพศ วัยรุ่นจะเริ่มสนใจเพื่อนต่างเพศมาก เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย เนื่องจากมีความมั่นใจว่าเป็นความถูกต้องของสังคม และจะเป็นทางที่เขาจะแสดงความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย เป็นการลดความคับข้องใจที่ตนเองเคยมีความรู้สึกจะเห็นว่าวัยรุ่นจะสนใจพฤติกรรม และกิจกรรมทางเพศมากอยากรู้อยากเห็น อยากทดลองพฤติกรรมที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ การอ่านหนังสือ แอบดูภาพยนตร์เกี่ยวกับเรื่องเซ็กส์ หรือแอบไปเที่ยว

โสเภณี หรือแม้แต่การพยายามทำตัวให้เด่น เพื่อให้เพศตรงข้ามสนใจ พฤติกรรมเหล่านี้เชื่อว่ามีมาจากรังไข้นั้นทางเพศ และวัยรุ่นคิดว่า การที่เขาแสดงเช่นนั้นเป็นความถูกต้องที่สุด จะเห็นว่าถ้าเราเข้าใจกลไกทางเพศในเด็กวัยรุ่นแล้ว จะสามารถอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ที่วัยรุ่นแสดงออกมาได้ เกิดความเข้าใจและเกิดประโยชน์ในการอธิบาย หรือแนะนำให้วัยรุ่นปฏิบัติตัวให้เหมาะสมได้

ดังนั้นวัยรุ่นจึงเป็นวัยที่นับว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพการคบเพื่อน ทั้งในกลุ่มเพศเดียวกันและกลุ่มเพื่อนต่างเพศ ตลอดจนการปรับตัวให้เข้ากับคนทั่วไป ถ้าสามารถปรับตัวได้ดีก็สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ในสถานการณ์ต่างๆ ก็จะทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ ถ้าปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขก็อาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาโดยตรงต่อสุขภาพของวัยรุ่น โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัววัยรุ่นเองและเพื่อนทั้งเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศ ซึ่งเกิดขึ้นตามความเชื่อ ค่านิยม การเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียนและชุมชนที่อาศัยอยู่

2.3 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

หมายถึง การประพฤติปฏิบัติทางเพศที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การดื่มสุราหรือยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีคู่นอนจำนวนมาก ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดังกล่าว ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและปัญหาทางสังคมที่จะตามมา (จันทร์จิตา พุกยานนท์, 2538) จากการศึกษาจะแยกลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้ดังนี้

2.3.1 การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จากนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์เร็วตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นคือตั้งแต่อายุประมาณ 13 ปี ถือว่า เป็นปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศประการหนึ่งเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางอารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกริเริ่มเกี่ยวกับเรื่องเพศตรงข้ามส่งผลให้เกิดแรงขับทางเพศ มีความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับเรื่องเพศสูง ประกอบสังคมปัจจุบัน เปิดโอกาสให้วัยรุ่นคบกันได้ง่าย การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรจึงมีมากขึ้น จากการศึกษาในประเทศไทย วัยรุ่นไทยเริ่มมีประสบการณ์ทางเพศในช่วงอายุประมาณ 12-17 ปี โดยมากพบในวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง ปวีณา สายสูง (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.4 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ยอายุ 16.7 ปี ณัฐพร สายพันธุ์ (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดยโสธร ผลการสำรวจพบว่า มีนักเรียนร้อยละ

ละ 7.5 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วและมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 16 ปี นอกจากนี้จากผลการศึกษาในต่างประเทศของ Houston, Fang, Husman และ Peralta (2007) พบว่าวัยรุ่นชาวลาตินอเมริกัน มีเพศสัมพันธ์อายุเฉลี่ย 13.5 ปี จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้น ซึ่งอายุที่วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์จะมีความแตกต่างกันในสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

2.3.2 การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน มีผลทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ Fatusi, Adesegun และ Blum (2008) พบว่าวัยรุ่นชาวไนจีเรีย อายุ 15-19 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางป้องกัน นอกจากนี้จากการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ทางเพศ พบร้อยละ 50 ที่ไม่ใช้ถุงยางป้องกันในขณะมีเพศสัมพันธ์ (Eaton, Liberty, Flisher, Alan, Aaro, & Leif, 2003) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยโดย บุญสิน พิ้วจำ (2548) พบว่า วัยรุ่นทั้งหญิงชายมีแนวโน้มจะมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนด้วยกัน โดยวัยรุ่นชายเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยแทนการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร อายุ 11-19 ปี ของสุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ (2544) พบว่ามีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 10.1 และยังพบว่าเป็นความสัมพันธ์แบบเพศเดียวกันร้อยละ 21 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 71 และเคยตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ร้อยละ 10 เมื่อวิเคราะห์แยกตามระดับชั้นในกลุ่มเด็กนักเรียนพบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยและการใช้ถุงยางอนามัยจะสูงขึ้นตามชั้นปี อย่างไรก็ตามในกลุ่มเด็กเล็กโดยเฉพาะเด็กชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 มีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 1.8 และทั้งหมดเป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย คือไม่ใช้ถุงยางอนามัยทั้งสิ้น และผลการศึกษานี้ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ ซึ่งสำรวจในเด็กมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 9,003 ราย ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2541 และการศึกษาสุ่มในเด็กทั่วประเทศอายุ 13-18 ปี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย ปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 9 และ 4 ตามลำดับ ข้อสรุปที่ได้จากผลการศึกษาและวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคู่รัก และไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยไม่ว่าจะเพื่อคุมกำเนิดหรือป้องกันการติดโรค (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

2.3.3 การมีคู่นอนจำนวนมาก การมีคู่นอนจำนวนมากถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่สำคัญอีกพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งผลจากการมีคู่นอนมากนี้จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย (Genna et al, 2007) การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยมีกับหญิงบริการทางเพศ ภายหลังพบว่าบุคคลแรกที่วัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์ด้วยคือ คู่รัก คู่หมั้น คนรู้จัก หรือคู่นอนชั่วคราว สูงกว่าหญิงบริการทางเพศ นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายหญิงยังเป็นลักษณะของการมีคู่นอนหลายคนและเป็นระยะเวลาสั้น ๆ โดยมักไม่มีการพูดคุยสื่อสารระหว่างกันและกัน ในเรื่องเพศที่ปลอดภัย การศึกษาของ Wetherill และ Fromme (2007) พบว่าวัยรุ่นมัธยมปลายในสหรัฐอเมริกามีการใช้แอลกอฮอล์นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง โดยการมีคู่นอนหลายคน และขาดสติในการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงโดยไม่ได้ป้องกัน นอกจากนี้การใช้กัญชาก่อนมีเพศสัมพันธ์สามารถทำนายจำนวนครั้งของการเกิดเพศสัมพันธ์ร่วมกับการมีคู่นอนหลายคน ซึ่งทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย (Genna et al. , 2007) นอกจากนี้ในการสำรวจของเอแบคในปี พ.ศ. 2547 พบว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ถึงร้อยละ 28.2 โดยเฉลี่ยแล้วมีจำนวนคู่นอนประมาณ 3 คน (สุวิมล เหลืองด่านสกุล, 2549) ซึ่งสาเหตุของการมีคู่นอนหลายคน อาจเนื่องมาจากค่านิยมของการรักเดียวใจเดียวได้เปลี่ยนแปลงไป จากผลการศึกษาพบว่ามีเพียงร้อยละ 31.1 ของวัยรุ่นชาย และ ร้อยละ 65.3 ของวัยรุ่นหญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ระบุว่ามีความต้องการแต่งงานกับคู่รักที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น รวมหมายถึง การประพฤติดังปฏิบัติทางเพศที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและปัญหาทางสังคม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยและไม่คุมกำเนิด การดื่มสุราหรือยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนของหรือ เงิน

2.3.4 พฤติกรรมเสี่ยงอื่นที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การดื่มสุราหรือยาเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ เป็นพฤติกรรมเสี่ยงโดยทางอ้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เพราะการดื่มสุราหรือยาเสพติดจะนำไปสู่การขาดสติสัมปชัญญะขาดความยับยั้งคิด ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ง่ายมากขึ้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความยับยั้งชั่งใจ เป็นต้น จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ของนักเรียนชายแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า วัยรุ่นที่มีการดื่มสุรา มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย มีร้อยละ 44.8 (ณัฐพร สายพันธ์, 2546) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ วรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์ (2546) โดยศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่นจังหวัดขอนแก่น พบว่า วัยรุ่นจะมีการดื่มสุราทุกครั้งก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการหรือนอกหมู่บ้านโดยที่ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ในวัยรุ่นที่ไ้ยาเสพติดการศึกษาของประเทศสหรัฐในปี 2001 พบว่าการเสพยาอี และยาแอมเฟตตามีน ทำให้เกิดการหลอนทางประสาทรวมไปถึงไม่มีการควบคุมตนเอง และปัญหาที่พบตามมาก็คือร้อยละ 90 ของชายหญิงที่เมายาแล้วจะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน (Shrier, Harris, Sternberg, & Beardslee, 2001)

การดื่มสุราหรือของมีนเมา ทำให้วัยรุ่นขาดความยับยั้งคิด ส่งผลตามมาต่อพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมทางเพศ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ห้วหาญ (2539) พบว่า การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001 และยังพบว่า การดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐ อเมริกา พบว่าวัยรุ่นอายุ 16 – 19 ปี ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันถึงร้อยละ 61 และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Bryan, Ray, Lara, & Cooper, 2007)

2.4 ผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

ในการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น อาจนำมาโดยการยินยอมให้มีความสัมพันธ์ทางร่างกายและอารมณ์ แต่ก็อาจนำมาซึ่งความเสี่ยงในหลายรูปแบบดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นำมาซึ่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตวิทยา โดยผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมี ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การตั้งครรภ์และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตั้งครรภ์ สำหรับคู่ที่มีความสัมพันธ์กัน จนถึงระดับเกี่ยวข้องกับเพศ ความเสี่ยงที่มีอยู่เสมอคือ การตั้งครรภ์ ช่วงเวลาที่ผ่านมาการตั้งครรภ์เป็นสิ่งธรรมดาที่สุดที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ Klien และคณะ (2005) พบว่ากลุ่มวัยรุ่นประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ในอัตรา 4 ใน 10 ของวัยรุ่น และจากการศึกษาของ ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ (2541) พบว่า ร้อยละ 29.1 ของผู้หญิงที่เคยร่วมเพศ เคยตั้งครรภ์ก่อนการแต่งงาน ซึ่งในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ ร้อยละ 65.5 เคยทำแท้ง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.5 มีการคุมกำเนิดเป็นครั้งคราว เหตุผลของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน จึงมักเกิดขึ้นโดยมิได้มีการป้องกัน หรือคุมกำเนิดไว้ก่อนเช่น คิดว่าเป็นช่วงปลอดภัยไม่ทำให้ตั้งครรภ์ ไม่ได้เตรียมอุปกรณ์ ไม่คิดว่าจะมีการร่วมเพศเกิดขึ้น ขาดความรู้ว่าวิธีการคุมกำเนิดแบบใดที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้หญิงที่ยังไม่ได้แต่งงานเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมาจะมีทางเลือก 3 ทาง ก็คือทางแรกสมรสแล้วมีบุตร ทางที่สองคือการทำแท้ง ทางที่สามคือการมีบุตรทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้แต่งงาน ที่

เรียกว่าการมีบุตรนอกสมรส ในกรณีสุดท้ายอาจเลี้ยงบุตรเอง หรือยกให้ผู้อื่นเลี้ยง (วันทนี วาสิกะสิน, 2526) การศึกษาของ Hamerlynck และคณะ (2007) ได้ทำการสัมภาษณ์วัยรุ่นอายุ 12- 18 ปี ในศูนย์ชุมชนประเทศ เนเธอร์แลนด์ จำนวน 256 ราย พบว่า ร้อยละ 20 มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ แต่ยังไม่ได้ผ่านการให้กำเนิดบุตร จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน มีโอกาสที่จะนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการมีบุตรนอกสมรส ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นในอนาคตด้วย

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการสำรวจโดยกรมควบคุมและป้องกันโรคติดต่อประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2000 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Center of Disease Control and Prevent, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ DiClemente และคณะ (2008) พบว่า วัยรุ่นชาว ออฟริกันอเมริกันที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุก 1 ใน 10 คน โดยวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น การกระทำความรุนแรง การใช้ยาเสพติดและสุราก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง (Silverman et al., 2004) และเคยมีคู่นอนมาก เริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยๆ และไม่ได้ป้องกัน (O'Donnell et al., 2001) ส่วนวัยรุ่นในประเทศไทยจากรายงานของกรมอนามัย พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ถึงร้อยละ 28.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ในวัยรุ่นพบถึงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2549)

2.4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม จากการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับสำนักงานเอบาคโพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ โดยสำรวจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเมื่อต้นปี พ.ศ. 2547 พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจตามมา ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคง การเปลี่ยนคู่อหลายคน ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์ และฝ่ายชายไม่รับผิดชอบวัยรุ่นหญิงร้อยละ 57 จะตัดสินใจทำแท้ง ซึ่งจะมีผลกระทบด้านจิตใจตามมา ได้แก่ ความรู้สึกผิด อารมณ์ซึมเศร้า ส่วนวัยรุ่นหญิงที่เลือกตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด มักจะได้รับผลกระทบด้านจิตสังคมต่อไป คือ ระดับการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมน้อย มักต้องเป็นฝ่ายเลี้ยงดูลูกตามลำพัง ครอบครัวไม่มั่นคง ทำให้มีความตึงเครียดสูง และมีภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อการเลี้ยงดูลูก เด็กที่เกิดจากพ่อแม่วัยรุ่นที่ยังขาดวุฒิภาวะ (ศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2547) ส่วนลูกที่คลอดออกมามักจะมีปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คลอดก่อนกำหนดหรือเสียชีวิตหลังคลอด นอกจากนี้ร้อยละ 10 จะทิ้งลูกไว้ในโรงพยาบาลที่คลอด ขาดความพร้อมและความสามารถในการเลี้ยงดูลูก มักมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาและก่อให้เกิดภาระทางสังคม (จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์, 2551)

จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในแม่ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีมีมากถึงร้อยละ 14.7 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่จะต้องไม่เกินร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาอัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัม ที่พบมากถึงร้อยละ 8.7 ซึ่งมากกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้จะต้องไม่เกินร้อยละ 7 ในปัจจุบันประเทศไทยมีการคลอดบุตรจากแม่ที่เป็นวัยรุ่นวันละประมาณ 140 ราย หรือประมาณปีละ 50,000 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงมาก แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่รุนแรงของสังคม เพราะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทารกคลอด ส่วนแม่วัยรุ่นมีปัญหาต่างๆ มากมาย เช่น สภาวะทางอารมณ์ไม่มั่นคง จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าเพราะต้องการปกปิดเรื่องการตั้งครรภ์ หรือการมีลูกต่อผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการเรียนและการทำแท้งอีกด้วย อีกทั้งเมื่อวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน วัยรุ่นจะรู้สึกกังวลกลัวคนอื่นจะรู้โดยเฉพาะบิดามารดา ผู้ปกครอง กลัวคนในสังคม จะดูถูกหาว่าหาใจง่ายรู้สึกอาย และกลัวว่าสังคมจะไม่ยอมรับ (นงลักษณ์ เอ็มประดิษฐ์ และคณะ, 2540)

ผลทางด้านจิตวิทยาหรือ ทางอารมณ์ ซึ่งอาจเกิดตามมาหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน สามารถแยกแยะออกได้ยากกว่าผลทางกายภาพ วิทยา นาควัชระ (2531) กล่าวถึงผลที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานว่ามีความแตกต่างกันระหว่างวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง โดยที่ในวัยรุ่นชาย หลังจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ทำให้เกิดผลดังนี้คือ (1) เกิดความซาซיןกับพฤติกรรมร่วมเพศ ไม่ได้มองเห็นค่า หรือความหมายของการมีเพศสัมพันธ์ หรือเหมือนกับการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (2) อารมณ์คิดรับผิชอบในกิจกรรมทั่ว ๆ ไปของชีวิตก็จะมีน้อยลง เพราะอาจจะเลอะอะไร ก็ไม่ตื่นเต้นแม้จะชวนช่วยตัวเองในเรื่องการเรียน หรือการทำงานให้มากขึ้นก็ยังมีน้อย เพราะมีสิ่งล่อใจที่เร้าใจมากกว่า (3) อารมณ์แปรปรวนมากหงุดหงิด ไม่รู้จักหลักของชีวิตจริง ๆ ที่จะต้องยึดถือให้ได้ (4) ขาดการพัฒนาตนเองตามที่ควรจะเป็นทั้งร่างกายและจิตใจ (5) ถ้าหากมีลูก ก็ยังไม่พร้อมที่จะเป็นพ่อ (6) ขาดโอกาสในการที่ชวนหาความรู้เพิ่มเติมต่อไป

กล่าวโดยสรุป ผลกระทบ จากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นนำมาซึ่งผลเสียที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นปัญหาทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ชุมชนและปัญหาระดับประเทศในด้านการสูญเสียงบประมาณในการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

จากผลงานวิจัยต่างๆ พบว่าปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัย โดยแบ่งเป็น ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และสังคม ดังนี้

2.5.1 ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยดังต่อไปนี้

1) เพศ จากผลการวิจัยเกี่ยวกับค่านิยมทางเพศในวัยรุ่น พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่านิยมทางเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งเพศหญิงมีค่านิยมทางเพศเชิงบวกดีกว่า และเป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าเพศชาย (ชลีพร อินทรไพบุรณ์, 2536) ดังนั้น ถือได้ว่าเพศเป็นตัวแปรที่ทำให้วัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศแตกต่างกัน ซึ่งการที่เพศหญิงมีค่านิยมทางเพศเป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องมากกว่าเพศชายนั้น อาจเป็นเพราะเพศหญิงยังคงยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีไทยในเรื่องของการรักษานวลสงวนตัวไม่ชิงสุกก่อนห่าม และในการคบหาเพศตรงข้ามก็อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง ส่วนเพศชายก็ยังคงยึดมั่นในพื้นฐานค่านิยมของไทยแบบทวิมาตรฐาน (Double standard) ที่มีความไม่เสมอภาคกันระหว่างเพศชายกับเพศหญิงในเรื่องของการแสดงพฤติกรรมทางเพศ เช่น มีการกำหนดให้เพศชายสามารถแสดงพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเสรีมากกว่าเพศหญิง เพราะความเชื่อที่ว่าเป็นเพศชายทำอะไรก็ไม่เสียหาย เป็นต้น และการที่เพศชายบางคนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นแล้วยังไม่เคยมีเพื่อนต่างเพศหรือไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศ ถูกเพื่อนล้อเลียน ทำให้เกิดความอับอาย จึงอาจทำให้เพศชายมีความคิด และค่านิยม ตลอดจนแสดงพฤติกรรมในแนวทางที่ไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสมมากกว่าเพศหญิง

ในสังคมไทย ให้การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของผู้ชาย โดยมีความเชื่อว่าเป็นธรรมชาติของผู้ชายที่ต้องมีความต้องการทางเพศและจำเป็นต้องหาทางปลดปล่อย แต่ผู้หญิงกลับมิได้ถูกคาดหวังจากสังคมว่าเป็นผู้มีความต้องการทางเพศหรือแม้แต่มีความสนใจทางเพศ สังคมจึงมีข้อกำหนดที่ค่อนข้างเข้มงวดกับผู้หญิง (นภาพร หะวานนท์, 2542) ดังนั้นจึงส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นชายที่สามารถหาประสบการณ์ทางเพศได้มากกว่าวัยรุ่นหญิง จากการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมทางเพศของเด็กและเยาวชนอายุ 16-24 ปี ที่กำลังศึกษาในสถานศึกษา พ.ศ. 2532 – 2542 พบว่า ประวัติดารมีเพศสัมพันธ์ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่ม ดังนี้คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ประวัติดารมีเพศสัมพันธ์ในชายร้อยละ 38.7 – 58.2 เพศหญิงร้อยละ 18.3 – 24.0 ในนักเรียนสายอาชีวศึกษา เพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 17.9 – 68.5 เพศหญิงร้อยละ 3.7 – 15.0 (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, วรณา เตชวณิชพงศ์, 2543) ถึงแม้ว่าเพศชายจะมีสถิติการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าเพศหญิง แต่ในด้านผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศพบว่า เพศหญิงมีอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าเพศชาย (Anderson et al., 2007)

2) อายุ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวัยรุ่นที่มีอายุมากมักจะมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า ตัวอย่างเช่น ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ (2541) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมทางเพศ

และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิงโสดในสังกัดศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดอุดรธานี และพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการร่วมเพศของเยาวชนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทวีวรรณ ชาลีเครือ (2541) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียน สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 นอกจากนี้คารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษาผู้ใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 จากผลการศึกษาที่กล่าวมาสรุปได้ว่าเมื่อวัยรุ่นมีอายุเพิ่มมากขึ้น จะทำให้มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นด้วย

3) ระดับการศึกษา จากงานวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่ทำให้วัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศแตกต่างกัน ซึ่งศูนย์แนะแนววัยรุ่นและหนุ่มสาวแห่งหน่วยวางแผนครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ศิริราช ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของนักเรียนนักศึกษา 5 สถาบัน โดยที่ทำการสำรวจวัยรุ่นชาย จำนวน 1,813 คน และวัยรุ่นหญิงจำนวน 1,607 คน ซึ่งศึกษาในระดับพณิชยการ ระดับมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยครู ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นเพศชายที่ศึกษาในระดับพณิชยการ (อายุต่ำกว่า 19 ปี) ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสร้อยละ 72.8 ส่วนวัยรุ่นชายที่ศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยครู (อายุระหว่าง 20-24 ปี) ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส ร้อยละ 8.2 สำหรับวัยรุ่นหญิงมีการยอมรับเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส ร้อยละ 13.8 เท่านั้น (รัตนา พุ่มสวรรค์, 2544) ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุติพร อินทรไพบูลย์ (2536) ที่พบว่านักเรียนวัยรุ่นที่อยู่ในสายวิชา หรือแผนกวิชาที่แตกต่างกัน คือ สายสามัญ ช่วงอุตสาหกรรม และพณิชยการ มีค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมในเรื่องเพศแตกต่างกัน โดยที่พบว่า กลุ่มนักเรียนสายสามัญมีค่าเฉลี่ยค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมในเรื่องเพศเป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มนักเรียนพณิชยการ และกลุ่มนักเรียนช่วงอุตสาหกรรม มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมในเพศเป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมน้อยที่สุด

4) ความรู้เรื่องเพศ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องเพศ มีความสัมพันธ์กับค่านิยมทางเพศของวัยรุ่น ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ Kapiga และคณะ (1995) ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องเพศมีอิทธิพลต่อค่านิยมทางเพศของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องเพศมีความสามารถในการทำนายค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศได้

ร้อยละ 23.36 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของรัตน พุ่มสวรรค์ (2544) ที่พบว่า นักศึกษาปริญญาตรี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ที่มีความรู้เรื่องเพศต่างกัน จะมีความนิยมต่อพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกัน โดยนักศึกษาที่มีความรู้ในระดับดีและระดับปานกลาง จะมีความนิยมต่อพฤติกรรมทางเพศต่อนักศึกษาที่มีความรู้ในระดับไม่ดี ซึ่งงานวิจัย ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องเพศ มีอิทธิพลต่อค่านิยมทางเพศ ทำนองเดียวกันกับวิชาญ รุ่งอุทัย (2523) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ และพบว่าการศึกษาเรื่องเพศศึกษาที่ดีนั้น จะทำให้วัยรุ่นรู้จักการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมทางเพศได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาในระดับต่ำ

5) **ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์** ทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ถ้าวัยรุ่นเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นสิ่งที่ดี ก็มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้สึกคัดค้านหรือไม่เห็นด้วย จากการศึกษาของ ทวีวรรณ ชาลีเครือ (2541) เรื่องทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสพบว่า ทัศนคติที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่เหมาะสมสอดคล้องกับค่านิยมที่พึงงามตามศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี จะมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสน้อยกว่าผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม ทำนองเดียวกับจุฬารัตน์ ห้าวหาญ (2539) พบว่า ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001

6) **การรับรู้ผลที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์** การที่วัยรุ่นรับรู้ผลที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และปัญหาที่จะเกิดตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การทำแท้ง การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ย่อมมีผลในการยับยั้งพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส การศึกษาของดารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2540) พบว่าการรับรู้ผลของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 การศึกษาของ กาญจนา ปิณฑุร (2540) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการติดเชื้อเอดส์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและสายอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แต่การศึกษาของ Ott และคณะ (2006) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมการรักษาพรหมจารีในวัยรุ่น จะเห็นได้ว่าการรับรู้ผลตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน

2.5.2 ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยด้านครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ได้แก่ปัจจัยดังต่อไปนี้

1) **ฐานะทางเศรษฐกิจ** จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือนของครอบครัวของวัยรุ่นกับค่านิยมทางเพศ และรายได้ต่อเดือนของวัยรุ่นที่ได้รับจากผู้ปกครอง จากผลงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือนของครอบครัวของวัยรุ่นกับค่านิยมทางเพศ พบว่า มีความขัดแย้งกันในแต่ละการศึกษา กล่าวคือในงานวิจัยของชูลิพร อินทรไพบูลย์ (2536) พบว่า วัยรุ่นที่มีสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน คือ สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวสูง (รายได้มากกว่า 20,000 บาท / เดือน) ปานกลาง (รายได้ระหว่าง 8,001-20,000 บาท / เดือน) และต่ำ (รายได้ต่ำกว่า 8,000 บาท / เดือน) มีค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมในเรื่องเพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับผลการศึกษาของ สายสุนีย์ อุดมณา (2541) ที่พบว่า วัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาทขึ้นไป มีค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศสูงกว่าครอบครัวที่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,001-8,000 บาทต่อเดือน

ส่วนผลงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือนของวัยรุ่นที่ได้รับจากผู้ปกครองและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ยังพบว่ามีความขัดแย้งกันในแต่ละการศึกษาเช่นกัน จากผลการศึกษาของ กาญจนา ปญญธร (2540) พบว่านักศึกษาที่ได้รับเงินค่าใช้จ่ายต่างกัน มีการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่นไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวนั้น มีความขัดแย้งกับผลการศึกษาของรัตนา พุ่มสวรรค์ (2544) ที่พบว่า นักศึกษาปริญญาตรีสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ที่มีรายได้ต่างกัน มีค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าศึกษาที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน และมีรายได้ตั้งแต่ 5,000-7,000 บาท/เดือน มีค่านิยมทางเพศดีกว่านักศึกษาที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาท/เดือน ซึ่งผู้วิจัยให้เหตุผลว่า อาจเป็นเพราะนักศึกษาที่มีรายได้ได้มากสามารถใช้เวลานอกเหนือจากการเรียนไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ มีการใช้เงินเพื่อซื้อเครื่องแต่งกายให้ดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม จึงทำให้มีการยอมรับค่านิยม วัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น โดยสรุปแล้วผลจากการศึกษาความสัมพันธ์ของฐานะทางเศรษฐกิจและทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ หรือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ดังนั้นควรมีการศึกษาเพื่อยืนยันผลลัพธ์จากความสัมพันธ์ดังกล่าวในการศึกษาครั้งต่อไป

2) **อาชีพของบิดาและมารดา** จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้พบว่า ผลการศึกษามีความขัดแย้งกันกล่าวคือ ในการศึกษาของ ชูลิพร อินทรไพบูลย์ (2538) พบว่าอาชีพและระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของบิดาและมารดาของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น

ไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมทางเพศแตกต่างกัน ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ นุปผาสวรรค์ อุดมพิชน์ (2547) ที่พบว่า อาชีพของบิดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการยินยอมให้มีความสัมพันธ์ทางเพศก่อนสมรส ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว มีความขัดแย้งกับผลการศึกษาของ บุญสิน ผิวขำ (2548) ที่พบว่า วัยรุ่นชายที่มารดามีอาชีพต่างกัน จะมีค่านิยมด้านการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศ และความเชื่อด้านความบริสุทธิ์ของหญิงแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มารดามีอาชีพรับราชการมีค่านิยมทางเพศในเรื่องของการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศถูกต้องที่สุด ซึ่งอาจเป็นเพราะมารดาที่รับราชการ เป็นผู้ที่มีความรู้ และได้รับการศึกษามาในระดับหนึ่ง จึงสามารถถ่ายทอดในเรื่องของการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันให้กับบุตร ได้ดีกว่ามารดาที่เป็นเกษตรกรซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษาน้อยกว่า แต่สำหรับในเรื่องของความเชื่อเรื่องความบริสุทธิ์ของหญิงนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีมารดาเป็นเกษตรกร กลับมีค่านิยมในเรื่องดังกล่าวถูกต้องที่สุด ซึ่งอาจเป็นเพราะมารดาที่เป็นเกษตรกร มีความเป็นอยู่และใช้ชีวิตโดยการยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณีที่เชื่อความเชื่อ และค่านิยมดังกล่าวให้แก่บุตร

3) สถานภาพสมรสของบิดามารดา นอกจากตัวแปรที่ได้กล่าวมาแล้ว นั้น สถานภาพสมรสของบิดามารดา ก็เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญ การที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ทำให้วัยรุ่นได้รับการอบรมเลี้ยงดู การดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถ้าหากบิดาหรือมารดาหรือทั้งสองฝ่ายจากไป ย่อมมีผลกระทบต่อวัยรุ่น จากการศึกษาของ ปวีณา สายสูง (2541) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเอดส์ในนักศึกษาชาย วิทยาลัยอาชีวศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ โดยนักศึกษาที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกัน หรือบิดามารดาแยกกันหรือหย่าหรือเสียชีวิต จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่า นักศึกษาที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ (2541) พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการร่วมเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของดารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2540) ได้พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการยินยอมให้มีความสัมพันธ์ก่อนสมรส โดยที่นักศึกษาที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิต ยินยอมให้มีความสัมพันธ์ก่อนสมรสต่ำกว่าร้อยละ 43.9 ส่วนนักศึกษาที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ยินยอมให้มีความสัมพันธ์ก่อนสมรสต่ำกว่าร้อยละ 31.6 และนักศึกษาที่บิดามารดาหย่าร้างกันยินยอมให้มีความสัมพันธ์ก่อนสมรสต่ำกว่าร้อยละ 17.9 ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐพร สายพันธุ์ (2546) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาที่แตกต่างกันจะมีค่านิยมทางเพศแตกต่างกัน โดยที่พบว่านักศึกษาที่มีบิดาหรือมารดาเสียชีวิตทั้งคู่จะมีค่านิยมทางเพศในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาทั้งสองมีความขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ชุติพร อินทรไพบูลย์ (2536) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมทางเพศ และการศึกษาของ จุฬารัตน์

ห้าวหาญ (2539) พบว่าสถานภาพสมรสของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มแล้ว พบว่า นักศึกษาที่บิดามารดาหย่าร้าง / แยกกัน เป็นกลุ่มที่ให้การยอมรับพฤติกรรมทางเพศของสตรีสูงสุด โดยสรุปแล้วผลจากการศึกษาความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสของบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ดังนั้นควรมีการศึกษาเพื่อยืนยันผลลัพธ์จากความสัมพันธ์ดังกล่าวในการศึกษาครั้งต่อไป

4) สัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกที่ทำให้การอบรมเลี้ยงดู วางรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาด้านต่างๆ ของวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงการปรับตัวในทุกๆ ด้าน ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ปรองดอง มีความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน วัยรุ่นก็จะมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม แต่ถ้าหากสัมพันธภาพไม่ดี วัยรุ่นอาจแสวงหาความสุขจากนอกบ้าน อาจถูกชักจูงให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

จากการศึกษาของขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ (2541) พบว่า การปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.03 และความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอดส์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้ สอดคล้องกับ ชุติพร อินทรไพบุรณ์ (2536) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ทำให้มีแนวโน้มในการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้ยาเสพติดในนักเรียนระดับอาชีวศึกษาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shrier, Harris, Sternberg และ Beardslee (2001) พบว่าสัมพันธภาพใกล้ชิดกับผู้ปกครอง ช่วยชะลออายุในการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นปกติ แต่ไม่ช่วยในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้เจตคติที่ดีและมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพของผู้ปกครอง ช่วยทำนายการป้องกันการตั้งครรภ์และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ (Shrier et al., 2001) และการรับรู้การใช้การคุมกำเนิดจากการสอนของมารดา ช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทั้งเพศชายและหญิง ลดอัตราการตั้งครรภ์ภายใน 12 เดือนที่ติดตาม (Dittus & Jaccard, 2000) แต่จากการศึกษาของ ปวีณา สายสูง (2541) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ในครอบครัวกับกับมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่ศึกษา

5) วิธีการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ปัจจัยประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมในเรื่องเพศของวัยรุ่น ก็คือการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศในครอบครัว (วัธนีย วาสิกะสิน, 2526) ดังนั้น วัยรุ่นที่ได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศ และวัฒนธรรมทางเพศในสังคมที่เหมาะสม จากบิดามารดาบุคคลในครอบครัว ย่อมมีพฤติกรรมทางเพศไปในทางที่ถูกต้อง

การศึกษาของพวงพรรณ จันทรี (2539) พบว่า การสั่งสอนในเรื่องเพศจากบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับค่านิยมของการรักษาพรหมจารีของสตรีโสดที่ศึกษาอยู่ในศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และวัยรุ่นชายที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูต่างกัน จะมีค่านิยมด้านการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเมื่อมีความต้องการทางเพศแตกต่างกัน โดยพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบไม่เข้มงวด มีค่านิยมถูกต้องที่สุด บิดามารดาอบรมเลี้ยงดูบุตรแบบควบคุมพฤติกรรมทางเพศมาก บุตรไม่มีโอกาส หรือมีโอกาสนในการมีเพศสัมพันธ์น้อย ทำให้บุตรมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสเป็นไปในทางไม่เห็นด้วย ซึ่งตรงกันข้ามกับการที่บิดามารดาอบรมเลี้ยงดูบุตรแบบควบคุมพฤติกรรมทางเพศน้อย บุตรไม่ถูกควบคุมพฤติกรรมทางเพศ จึงมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น ทำให้บุตรมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์เป็นไปในทางเห็นด้วย (DiClemente et al., 2001) แต่การที่วัยรุ่นได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบถูกควบคุมมากเกินไป อาจทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้าน กระทำในลักษณะที่ตรงกันข้าม ซึ่งในประเด็นนี้ ครอบครัวที่พยายามเข้มงวดกวดขันกับเด็กไม่ให้ติดต่อกับเพศตรงข้าม ถือว่าการคบเพื่อนต่างเพศอย่างสนิทสนมถือเป็นเรื่องน่าละอาย ทำให้วัยรุ่นเป็นคนเก็บกด ไม่สามารถแสดงออกตามใจปรารถนา เมื่อได้โอกาสที่ห่างจากการควบคุมก็จะปล่อยกายปล่อยใจโดยปราศจากการยับยั้งจนทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ถ้าเป็นชายเมื่ออยู่ในที่ลับตาคน อาจก่อคิดความผิดทางเพศได้ง่าย (Crosby, DiClemente, Wingood, Harrington, Davies, & Malow, 2002) และถ้าเป็นหญิงก็แอบหาโอกาสในการคบหาเพื่อนชาย อยู่ใกล้ชิดกันสองต่อสองในที่ลับตา หรือซิงสุกก่อนหาม แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของคารุณี ภูณสุวรรณศรี (2540) พบว่า การอบรมสั่งสอนในเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษาผู้ใหญ่

2.5.3 ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยดังต่อไปนี้

1) **ลักษณะการพักอาศัย** วัยรุ่นที่พักอยู่กับ บิดามารดา ญาติผู้ปกครอง จะมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าวัยรุ่นที่อยู่เพียงลำพัง เนื่องจากมีบิดามารดา ญาติผู้ปกครองคอยดูแลสอดส่องและเอาใจใส่ ป้องกันการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของทวีวรรณ ชาลีเครือ (2541) พบว่าสถานที่พักไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักเรียนวัยรุ่น แต่การออกจากบ้านเวลากลางคืนไปค้างที่อื่นตลอดคืน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่น ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 คารุณี ภูณสุวรรณศรี (2540) พบว่าลักษณะที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 การศึกษาของ หนึ่งฤทัย โอภาสพสุ (2546) ในเรื่องของ

กระบวนการเข้าสู่การขายบริการทางเพศของวัยรุ่นหญิง พบว่าการอยู่อาศัยที่แยกจากครอบครัว อาศัยอยู่ห้องเช่า เป็นการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และนำไปสู่การขายบริการทางเพศ ได้สูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามบางการศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์ของที่พักอาศัยกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ตัวอย่างเช่น ปวีณา สายสูง (2541) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน พบว่า สถานที่พักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

การไปเที่ยวสถานเริงรมย์หรือสถานบันเทิง เช่น ดิสโก้เธค บาร์ ในดัลลาส คาราโอเกะ เป็นต้น นอกจากจะเป็นแหล่งที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศแล้ว ยังอาจมีบริการทางเพศแบบแอบแฝง และมีการมั่วสุมทางเพศเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของขวัญชนก ศิริวัฒนากาญจน์ (2541) พบว่าการไปเที่ยวดิสโก้เธค ผับ หรือสถานเริงรมย์มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 จากผลการศึกษาของ ทวีวรรณ ชาลีเครือ (2541) พบว่าการเที่ยวสถานเริงรมย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่น ในโรงเรียนของสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 จากผลการศึกษาของปวีณา สายสูง (2541) พบว่าแหล่งบันเทิงเริงรมย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.01 และ ดารุณี ภูณณสุวรรณศรี (2540) พบว่าการเที่ยวสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 นอกจากนี้การศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ห้าวหาญ (2539) เรื่องพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชาย เขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุรินทร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยไปเที่ยวสถานเริงรมย์มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ 3.34 เท่าของกลุ่มที่ไม่เคยไปเที่ยว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การมีนัดและอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม ปัจจุบันสังคมไทยยอมรับอิทธิพลในเรื่องต่างๆ จากประเทศตะวันตกมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการมีนัด (Dating) ระหว่างชายหญิง ทำให้วัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีโอกาสคบหากัน ใกล้ชิดและมีความสนิทสนมกันมากขึ้น แต่การไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศควรพิจารณาให้ดีว่าไปกับใคร ที่ไหน เวลาเท่าไร ไปกี่คน ฯลฯ เพราะสภาพแวดล้อมสำคัญมาก (ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ และคณะ, 2524) เนื่องจากในบางครั้งวัยรุ่นมีการตัดสินใจที่ผิด เพราะมีอารมณ์มาเบียดบัง เคลิบเคลิ้มกับบรรยากาศที่เร่รุ่มเร้าความรู้สึกทางเพศ ประกอบกับวัยรุ่นเป็นช่วงที่กำลังมีแรงขับทางเพศมาก ทำให้น่าไปสู่พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้นในการมีนัดกับเพศตรงข้าม สถานที่ที่ไม่ควรจะไป ได้แก่ ที่ที่ไกลเกินไปจนต้องพักแรมไม่ควรไปสองต่อสอง โรงแรมที่มีลักษณะไม่เหมาะสม ที่เปลี่ยวและรโหฐาน เพราะอาจจะมีการเฝ้าทางเพศขึ้นโดยง่าย หากเป็นนักเรียนนักศึกษา ซึ่งยังไม่มีอาชีพ ไม่ควรเลือกที่

นัดหมายราคาแพงและจะต้องใช้เงินมาก เช่น คอฟฟี่ชอป สถานที่เดินร่ำร้อนแรงอันอาจจะมีกรรโชกทางเพศสูง ไม่นัดหมายกันไปตามสถานที่ที่ประกอบธุรกิจหากำไรจากเยาวชนโดยขาดความรับผิดชอบและศีลธรรม มีการจัดกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางเพศได้โดยง่าย จากการศึกษาของ ดารุณี ภูณสุวรรณศรี (2540) พบว่า การมีนัดและอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษาผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05

3) ลักษณะพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน เพื่อนเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการสร้างค่านิยม ลักษณะนิสัยและพฤติกรรมต่างๆของวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นต้องการการยอมรับจากเพื่อน ต้องการให้เพื่อนชื่นชมและชอบพอ ดังนั้นจึงทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมคล้อยตามกลุ่มได้ง่ายเมื่อถูกชักจูง โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนสนิทที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมากขึ้น

การศึกษาของขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ (2541) พบว่าการมีเพื่อนสนิทที่เข้าร่วมเพศมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากผลการศึกษาของ ทวีวรรณ ชาลีเครือ (2541) พบว่าเพื่อนสนิทที่มีเพศสัมพันธ์กับคนรัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 จากการค้นคว้าอิสระของ จันทรแรม ทองศิริ (2539) ในนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน พบว่าเพื่อนในสถาบันเดียวกันชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์มากที่สุด ถึงจำนวนร้อยละ 93.3 จุฬารัตน์ ห้าวหาญ (2539) พบว่า การมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001 และมีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี 1.95 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของดารุณี ภูณสุวรรณศรี (2540) พบว่า นักศึกษาผู้ใหญ่ที่มีลักษณะพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อนเที่ยวที่ไม่ถูกต้อง มีแนวโน้มจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าลักษณะพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อนเที่ยว เป็นตัวแปรลำดับที่หนึ่งในกลุ่มปัจจัยเสริม ที่สามารถทำนายการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส ของนักศึกษาผู้ใหญ่ และสอดคล้องกับการศึกษาของหนึ่งฤทัย โอภาสพสุ (2546) ในเรื่องของกระบวนการเข้าสู่การขายบริการทางเพศวัยรุ่นหญิง พบว่าอิทธิพลของเพื่อนที่มีการแข่งขันด้านบริโภค การแต่งกาย เพื่อแสดงสัญลักษณ์เป็นคนเมืองทันสมัย และกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด พบว่ามีการขายบริการเพื่อแลกยาเสพติด

4) การยอมรับค่านิยมทางเพศในกลุ่มเพื่อน สำหรับในประเด็นการยินยอมให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของเพื่อน มีทิศทางเดียวกันกับการยินยอมให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของตัวเอง จากการศึกษาของ ดารุณี ภูณสุวรรณศรี (2540) พบว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่า

เพื่อนส่วนใหญ่ของเขามีประสบการณ์ทางเพศแล้ว ก็มักจะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มเป็นวัยรุ่น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาผู้ใหญ่ระดับมัธยมต้น ศูนย์การศึกษา นอกโรงเรียน เขตกรุงเทพมหานคร ก็พบว่า นักศึกษาผู้ใหญ่ที่เพื่อนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสที่ไม่ถูกต้อง มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสเพิ่มมากขึ้น แต่เพื่อนกลุ่มใหญ่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์และความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในเด็กอายุ มากกว่า 12 ปี มากกว่าเพื่อนสนิท ซึ่งช่วงแรกเพื่อนอาจมีผลแค่เพียงบางส่วน แต่ความรู้สึกสนใจ เรื่องเพศมากอยู่แล้วในวัยรุ่นที่ส่งผลให้เกิดมีเพศสัมพันธ์ขึ้น นอกจากนี้ความรู้สึกต่อถุงยางอนามัย ก็มีผลต่อการใช้ ถุงยางอนามัย การต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนในการมีเพศสัมพันธ์ช่วยชะลอ ระยะเวลาในการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (Buhi & Goodson, 2007)

5) แหล่งความรู้เรื่องเพศ มีหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาในประเด็น ของความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาทางเพศกับค่านิยมทางเพศ ซึ่ง ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ทั้งสองตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน (วิชาญ รุ่งอุทัย, 2533) นอกจากนี้ก็ยังพบว่า การเปิดรับสื่อมวลชนประเภทโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับข้อความที่ แสดงถึงการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่น กล่าวคือ การที่วัยรุ่นมีการเปิดรับ สื่อมวลชนประเภทโทรทัศน์มาก ทำให้ยังมีการยอมรับข้อความที่แสดงถึงการยอมรับการมี เพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่นน้อย แต่สำหรับสื่อมวลชนประเภทนิตยสาร และสื่อบุคคลซึ่ง ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว และเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมี เพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่นอย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าว ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ รัตนา พุ่มสวรรค์ (2544) ที่พบว่า การได้รับข่าวสารเรื่องเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมทางเพศ ทั้ง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับข่าวสารในเรื่องเพศสูงมาก แต่เมื่อทดสอบทางสถิติกลับไม่พบว่าตัว แปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับค่านิยมทางเพศ

6) สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อต่างๆ ในปัจจุบันถือว่าเป็นยุคของข้อมูล ข่าวสาร สื่อมวลชนมีอิทธิพลและบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมของคนในสังคมเป็นอย่างมาก การ เสนอสื่อมีหลากหลายรูปแบบที่ทำให้มีผลกระทบต่อความสนใจ โดยเฉพาะการที่สังคมโลกเป็น สังคมโลกไร้พรมแดนทำให้การติดต่อสื่อสารต่างๆ เป็นไปโดยง่ายและเป็นไปอย่างรวดเร็ว คนใน สังคมสามารถหาความรู้ได้หลากหลาย แต่สื่อบางชนิดมีการนำเสนอไม่เหมาะสม ไม่สร้างสรรค์ ส่งผลกระทบต่อการสร้างพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อผู้บริโภคสื่อ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีธรรมชาติไวต่อการ รับรู้อยากรู้ อยากเห็น ถ้ายังเป็นสื่อที่มีลักษณะชั่วร้ายและกระตุ้นความต้องการทางเพศ เช่น หนังสือ ภาพเปลือย วีดีโอ หรือการติดต่อทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งทำให้สามารถรับรู้ข่าวสารและตอบสนองความ ต้องการได้อย่างง่ายดาย

มีการศึกษาเชิงสำรวจของ กรรณิการ์ เกตุแก้ว (2546) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ ปริมาณการเปิดรับสื่อที่มีเนื้อหาทางเพศ การดูแนวปฏิกิริยาสื่อป่า สอดคล้องกับการศึกษาเชิงสำรวจของ จุฑารัตน์ จุฑารอด และพรชัย สติปัญญา (2538) โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยากับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในวัยรุ่นชายจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การอ่านหนังสือและดูวิดีโอลามก เป็นปัจจัยกระตุ้นความรู้สึกทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาของ ปวีณา สายสูง (2541) พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่เคยพบเห็นสิ่งพิมพ์ สื่อกระตุ้นทางเพศ มีสัดส่วนที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเห็น ดังนั้นกล่าวได้ว่าสื่อสิ่งพิมพ์มีส่วนกระตุ้นความรู้สึกทางเพศอันนำมาให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ การสำรวจเนื้อหาในการดูญี่ปุ่นและฉากเลิฟซีนในภาพยนตร์ต่างประเทศ มีผลต่อพฤติกรรมการลอกเลียนแบบวัยรุ่นของไทยอย่างมาก และเริ่มผลักดันให้ทั้งชายและหญิงเริ่มการมีเพศสัมพันธ์จากการเที่ยวด้วยกันครั้งแรก การที่เด็กชายมีโอกาสเรียนรู้เรื่องเพศจากสื่อต่างๆ โดยการยอมรับของสังคมที่เห็นว่าเป็นเรื่องของเด็กผู้ชาย ดังจะเห็นได้จากเด็กผู้ชายเคยดูหนังโป๊ บางคนเคยดูวิดีโอซึ่งสื่อช่วยอารมณ์ทางเพศเหล่านี้ ได้มาจากในบ้านของบิดา หรือพี่ชาย บางคนเคยถูกชักชวนพี่ชาย ซึ่งตัววัยรุ่นเองเมื่อดูสื่อเหล่านี้ก็ยอมรับว่าอยากทดลองเมื่อมีโอกาส นับว่าผู้หญิงมีโอกาสเสี่ยงถ้าไม่รู้ทักษะการปฏิเสธ อาจเกิดมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้ จากผลการศึกษาในเด็กเยาวชนที่กระทำผิด พบว่า เด็กและเยาวชนที่กระทำผิดยอมรับว่าเรียนรู้วิธีการร่วมเพศจากหนังสือและสิ่งพิมพ์ลามก รวมทั้งวิดีโอลามก ซึ่งเผยแพร่โดยทั่วไปในกลุ่มวัยรุ่น และอาจช่วยให้เกิดการกระทำผิดทางเพศ หรือเกิดพฤติกรรมเสียหายทางเพศได้โดยง่าย (Wolak, Finkelhor , Mitchell , & Ybarra, 2008)

จะเห็นได้ว่าสื่อมวลชนเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญยิ่งเพราะเป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ ความคิด และศิลปวัฒนธรรมของบุคคลต่าง ๆ และเป็นการศึกษานอกระบบของวัยรุ่นที่ได้รับการเรียนรู้ตลอดช่วงชีวิตสื่อที่สามารถสื่อสารสัญลักษณ์ต่างๆ ทั้งที่มาจากในหรือต่างประเทศ อีกทั้งภาพความรุนแรง การช่วยทางกามารมณ์ก็ไม่ได้พบแต่เฉพาะสื่อโทรทัศน์เท่านั้น แต่ยังพบมากในเกมส์ อิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต ทำให้การควบคุมการรับและสื่อสารของบิดามารดาทำได้ยากหรือทำไม่ได้เลย

7) การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศจากสื่อมวลชน ในยุคแห่งการสื่อสาร การเข้าถึงสื่อต่างๆ ทำได้ง่ายและรวดเร็ว รวมถึงสื่อที่มีเนื้อหาทางเพศ ไม่ว่าสื่อเหล่านั้นจะมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ในเรื่องเพศโดยตรงหรือโดยอ้อม ก็ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นจะมีการแสดงออกหรือเลียนแบบตามสื่อที่ได้รับนั้น

จากการศึกษาของขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ (2541) พบว่าการอ่านหนังสือปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ การดูโทรทัศน์ วิดีทัศน์ หรือภาพยนตร์ปลุกเร้าอารมณ์เพศมีความสัมพันธ์กับการร่วมเพศของเยาวชนหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ทวีวรรณ ชาลีเครือ (2541) พบว่าการดูวิดีโอ หรือภาพยนตร์ปลุกเร้าอารมณ์เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ คารุณี ภูณศสุวรรณศรี (2540) พบว่า การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชนในเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษาผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 อย่างไรก็ตาม ในบางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ตัวอย่างเช่น จุฬารัตน์ ห้าวหาญ (2539) พบว่า การใช้สื่อปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ ทั้งการดูวิดีโอ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ การอ่านหนังสือกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชาย จังหวัดสุรินทร์

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว สังคม ล้วนแล้วมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยปัจจัยปกป้องมีความสำคัญ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญทางด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยการพัฒนาด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น ในการเรียนรู้และการแสดงออกในเรื่องเพศของวัยรุ่น ที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม

3. แนวทางการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

เนื่องด้วยปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษาและทำวิจัยในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ผลจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องนำมาสู่การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ตามรายละเอียดดังนี้ โดยได้แบ่งระดับของ Intervention ในการป้องกันปัญหา 3 ระดับคือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention)

เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยรุ่นกลุ่มทั่วไป ก่อนเกิดปัญหา ได้แก่ การเลี้ยงดูให้เด็กมีความภูมิใจในตนเอง ให้มีความรู้ เจตคติ ความเชื่อที่ถูกต้องในการป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีจุดมุ่งหมายที่จะให้เด็ก มีทัศนคติที่ถูกต้องเรื่องความเป็นชายหญิง ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาของร่างกาย และอารมณ์ เพื่อที่จะขจัดความกลัว ความวิตกกังวลหรือความสงสัยในขั้นตอนต่างๆ ของการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ช่วยให้มีการเตรียมตัวเพื่อให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม รู้จักป้องกันตนเองจากโรค และการล่วงเกินทำร้ายทางเพศ การรู้จักจิตใจ และอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น มีความภูมิใจ และมั่นใจในตัวเอง สามารถใช้ความคิดวิเคราะห์

เพื่อการตัดสินใจ หรือปฏิเสธสิ่งที่อาจก่อให้เกิดปัญหากับตนเองได้ และสิ่งสำคัญที่สุดอีกประการ คือ เพื่อการตัดสินใจ หรือปฏิเสธสิ่งที่อาจก่อให้เกิดปัญหากับตนเองได้ และ การสร้างทัศนคติที่ดี ต่อเรื่องเพศ ไม่คิดว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอับอาย น่ารังเกียจ หรือเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด สามารถ พูดคุยและโต้แย้งกันได้ เพื่อนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติที่เหมาะสมกับศีลธรรมและประเพณี อันดี งาม ตัวอย่างการป้องกันระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การศึกษาของราชันี ชีระกิตติวัฒนา (2546) เกี่ยวกับ โปรแกรมการสอนสุขอนามัยทางเพศต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติสุขอนามัยทางเพศของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ และการปฏิบัติสุขอนามัยทางเพศสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention)

เป็นการวินิจฉัยและค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีปัญหาตั้งแต่ ระยะเวลาแรก และให้การป้องกันหรือรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โปรแกรมป้องกัน ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การจัดตั้งเครือข่ายคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียนและโรงพยาบาล โครงการ เครือข่ายสายใยเพื่อวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย ระบบคัดกรองในโรงเรียน และให้คำปรึกษาแนะนำตาม ปัญหาเฉพาะในรูปแบบต่างๆ การให้ความมั่นใจแก่เด็กในเรื่องที่คุยกันนั้นเป็นความลับ ก็จะทำให้ วัยรุ่นยินดีที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวมากขึ้น การให้การช่วยเหลือวัยรุ่น โดยเน้นที่ทัศนคติต่อ พฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจะช่วยยับยั้งการแพร่กระจายของพฤติกรรมเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง สูงได้ ตัวอย่างโปรแกรมป้องกันระดับนี้ ได้แก่ การศึกษาของ Wang และคณะ (2005) ในเยาวชนที่ ยังไม่แต่งงาน ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว อายุ 15 – 24 ปี จำนวน 1,148 คน ในเมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน โดยให้ความรู้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด เป็นระยะเวลา 20 เดือน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเจตคติ และ มีการใช้ถุงยางอนามัย และการคุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)

เป็นการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคมให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว โปรแกรมป้องกันระดับตติยภูมิ ได้แก่ การมีบริการบ้านพักฉุกเฉิน ในกรณีที่เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ พึงประสงค์ ถูกทอดทิ้ง โดยมีการให้การดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ ฝึกอาชีพ และให้การศึกษา ตัวอย่างโปรแกรมป้องกันระดับนี้ เช่น การศึกษาของ Jemmott และคณะ (2005) ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ชาว ออฟริกัน-อเมริกัน และชาวลาติน-อเมริกันที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์แล้ว ซึ่งมีรายได้ต่ำอยู่ใน ชุมชนเมือง อายุ 12-19 ปี จำนวน 682 คนในคลินิกให้บริการของโรงพยาบาลเด็ก ประเทศ สหรัฐอเมริกา วัตถุประสงค์ของการศึกษาคือ เพื่อเปรียบเทียบ โปรแกรมที่มีการฝึกทักษะกับ โปรแกรมที่มีการให้ข้อมูลอย่างเดียว โดยการฝึกทักษะ เน้นการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง และทักษะ

การเจรจาต่อรองให้คู่ไต่ถ่วงของนามัย จึงให้เห็นอุปสรรคในเรื่องการการใช้ถ่วงของนามัย จากการตีผลแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มฝึกทักษะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และมีการป้องกันมากกว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในวัยรุ่น ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าการป้องกันปัญหาพฤติกรรมทางเพศควรดำเนินการทุกระดับ โดยควรให้ความสำคัญในระดับปฐมภูมิมากขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม หรือมีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันปัญหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคต ในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ทุกระยะของการพยาบาล แต่การศึกษาส่วนใหญ่ในต่างประเทศ พยาบาลจิตเวชมักเป็นผู้ให้การพยาบาลและดูแลวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่มีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแล้ว

ทฤษฎีที่ใช้ในโปรแกรม

การใช้ทฤษฎีกรอบแนวคิดในการช่วยเป็นแนวทางในการคิดพัฒนางานวิจัยโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีที่ใช้มากที่สุดมี 2 ทฤษฎี คือ

ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) จากทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bandura (1977) เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกเป็นผลจากการเรียนรู้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันได้แก่ ปัจจัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยในตัวตนและปัจจัยทางพฤติกรรม ซึ่งอิทธิพลระหว่างปัจจัยทั้ง 3 มีต่อกันไม่ได้มีในลักษณะสมมาตรเสมอไป บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยอื่น และไม่ได้เกิดขึ้นเวลาเดียวกัน ทำให้มีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล พฤติกรรมและสถานการณ์แวดล้อมที่แตกต่างกัน (Bandura, 1989)

การเรียนรู้สมรรถนะของตนเป็นแนวคิดพื้นฐานหนึ่งของทฤษฎีปัญญาสังคม ที่ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลักที่ช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้และพัฒนา คือ

- 1) แนวคิดการเรียนรู้จากการสังเกต (Observation) เป็นการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจากการสังเกตการณ์กระทำของคนอื่นและแรงเสริมที่คนอื่นได้รับจากการกระทำ สำหรับเทคนิคที่ใช้สำหรับการเรียนรู้แบบนี้คือการเสนอตัวแบบ (Modeling) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นทำให้บุคคลนำมาวิเคราะห์และปรับพฤติกรรมตนเอง

2) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตน (Self efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการและดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยที่ความเชื่อนี้เป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจให้บุคคลกระทำ การรับรู้สมรรถนะตนมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของบุคคล มองปัญหาเป็นเรื่องท้าทายและพยายามแก้ไข การสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนทำได้โดยการ ฝึกทักษะให้มีความสามารถทำสิ่งที่กำหนดให้สำเร็จ การได้เห็นตัวแบบที่คล้ายคลึงกับเขาประสบความสำเร็จ การพูดชักจูงให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกกลัว เกลียด หรือชอบ และอยากทำพฤติกรรม นอกจากนั้นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปจากเดิมตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง การสร้างรูปแบบพฤติกรรมใหม่ต้องเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นเห็นว่าน่าจะทำก่อให้เกิดผลที่ต้องการ และมีความเชื่อว่าเขาสามารถจะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 อ้างใน รุจา ภูพบุลย์, 2547) หากมีเพียงข้อใดข้อหนึ่งจะไม่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self regularity) บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่ได้เป็นผลจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเท่านั้น แต่บุคคลมีความสามารถในการสังเกต ตัดสินและแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อตนเอง และความสามารถนี้พัฒนาได้โดยผ่านกระบวนการฝึก

นอกจากนี้ทฤษฎีปัญญาสังคม กล่าวว่า การเรียนรู้ของบุคคลสามารถเกิดขึ้นจากการสอนแบบอย่าง และการชักจูงทางสังคม ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Coyle และคณะ (2006) ในนักเรียนอายุ 14- 18 ปี จำนวน 988 คน ใน 24 โรงเรียน รัฐ California ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม All4you มีทั้งหมด 14 session โดยมีอาสาสมัครให้ความรู้และมีกิจกรรมร่วม โดยใช้นักเรียนแบบอย่างในชุมชนให้ความรู้ ดังนั้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เน้นกระบวนการกลุ่มซึ่งถือเป็นกระบวนการทางสังคมที่วัยรุ่นได้มีโอกาสได้ตอบกับบุคคลแวดล้อม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนและผู้อื่นได้ผ่านการเรียนรู้ร่วมกัน

จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีปัญญาสังคมเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ เน้นการกระทำให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในระดับบุคคล ในการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม ควรคำนึงถึงการพัฒนาทักษะในการกำกับตัวเองและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen (1991) เป็นทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ได้รับการพัฒนาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action) ของ Fishbien และ Ajzen (1975) ที่ได้รับการทดสอบและมีรายงานวิจัยแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่า 200 เรื่องทั้งในการศึกษาเชิงพรรณนา

และทดลอง (เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล) ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมประกอบด้วยมโนคติหลัก 4 ประการ ได้แก่ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยมีคำนิยามของมโนคติหลักดังนี้

ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง การเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งอาจเป็นทัศนคติเชิงลบหรือเชิงบวก สามารถประเมินได้โดยตรง หรือ โดยอ้อม การประเมินทางตรงเป็นการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ โดยรวมว่าเป็นสิ่งที่ตนเห็นด้วยหรือไม่ และสามารถประเมินทางอ้อมโดยถามเกี่ยวกับความเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นมีผลกระทบต่อตนหรือไม่ รวมทั้งค่านิยมที่มีกับผลลัพธ์ของการกระทำนั้นๆ ตัวอย่างเช่น การประเมินว่าบุคคลเชื่ออย่างไรเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ประเมินทัศนคติได้โดยตรงจากการที่เขาเห็นด้วยกับพฤติกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด และประเมินทางอ้อมจากความคิดว่าการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์มีผลอย่างไรกับตัวเขา

บรรทัดฐาน (Subjective norm) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ว่าเป็นที่ยอมรับสำหรับคนทั่วไปหรือไม่ เป็นองค์ประกอบด้านสังคมหรือเป็นการรับรู้แรงผลักดันของสังคมที่ให้กระทำหรือไม่ให้กระทำสามารถประเมินโดยตรง เช่นถามว่าพฤติกรรมการสวมถุงยางอนามัยนั้นเป็นพฤติกรรมที่คนทั่วไปยอมรับหรือไม่ยอมรับ สำหรับการประเมินทางอ้อมเป็นการระบุนความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาว่ายอมรับพฤติกรรมหรือไม่ บุคคลเหล่านั้นมักเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดต่อเขา และคาดว่าเขาเหล่านั้นอาจจะเป็นเพื่อน บิดามารดา ครู ตามที่เขาระบุว่าเป็นผู้สนับสนุนหรือคัดค้านการที่เขาจะสวมถุงยางอนามัย

การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Perceived behavioral control) หมายถึง ความเชื่อว่า ตนจะสามารถควบคุมการที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมใดหรือไม่ โดยถามการรับรู้ได้โดยตรงจากการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรมโดยรวมหรือโดยอ้อมสามารถประเมินจากความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมและการรับรู้พลังอำนาจของตน เป็นการรับรู้โอกาสที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆที่อาจเสริมหรือยับยั้ง และมีโอกาสจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุม จึงเป็นการรับรู้ผลกระทบของสถานการณ์ต่างๆที่จะทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้นๆยากหรือง่าย

ความตั้งใจที่จะกระทำ (Intention) หมายถึง การรับรู้โอกาสของการทำพฤติกรรมของตนว่าจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมในอนาคต เช่น ประเมินความตั้งใจในช่วง 6 เดือนข้างหน้าจะสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์หรือไม่

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สำหรับทฤษฎีนี้เป็นการกระทำกิจกรรมภายใต้เงื่อนไขของบริบทเฉพาะให้ตอบตามการปฏิบัติจริง โดยเป็นการถามสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว เช่นใน 6 เดือน ที่ผ่านมา ท่านสวมถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์บ่อยเพียงใด

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ บรรทัดฐาน และการรับรู้ สามารถกล่าวโดยรวมคือ ถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม การรับรู้พฤติกรรมเหล่านั้นเป็นที่ยอมรับของสังคมและบุคคลแวดล้อม และรับรู้ว่าคุณจะสามารถควบคุมตนเองให้ทำพฤติกรรมได้สำเร็จ เขาจะตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ งานวิจัยที่ระบุอิทธิพลของทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำและมีผลต่อพฤติกรรมด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมทางเพศ ตัวอย่างการศึกษาของ Kirby และคณะ (2004) ในนักเรียนชั้นมัธยมปลายจำนวน 3,869 คน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม “Safer Choices” เพื่อให้มีสมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การใช้ถุงยางอนามัย การสื่อสารเพื่อให้เกิดเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า มีผู้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นอย่างแพร่หลายและต่อเนื่อง มีผู้ทำการศึกษารวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าว เป็นระยะ ดังนี้คือ

Delgado และ Austin (2007) ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมที่ใช้สื่อต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่ามีการศึกษาวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 44 รายงาน โดยครอบคลุมถึงโปรแกรมด้านสื่อต่างๆมีผลกระทบต่อวัยรุ่นโดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตในการให้ความรู้ใหม่ๆ เพิ่มความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และช่วยส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและเด็กวัยรุ่น

Buhi และ Goodson (2007) ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีเป็นแนวทางในการทำนายพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 69 เรื่องในระหว่าง ปี ค.ศ. 1999 – 2005 จากผลการศึกษานำไปสู่ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติว่า การไม่ปฏิบัติตามแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนในการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยชะลอระยะเวลาในการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้

Bertrand และคณะ (2006) ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของสื่อชนิดต่างๆในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยมีการสืบค้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 24 เรื่อง ระหว่างปี ค.ศ. 1990-2004 พบว่า สื่อโทรทัศน์และวิทยุสามารถเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย การใช้สื่อนขนาดเล็กและการสื่อสารระหว่างบุคคลในการให้ความรู้ การป้องกันได้มีประสิทธิภาพเท่ากับสื่อโทรทัศน์และวิทยุ ซึ่งก็ยังไม่ครอบคลุมในด้านของผู้ปกครองและกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมทัศนคติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผู้ปกครองมีความสำคัญในการสื่อสารเรื่องเพศ และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

Sales และคณะ (2006) มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมที่ใช้ในการลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น โดยมีการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 39 เรื่อง พบว่าการให้ความรู้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและรับผิดชอบ การตัดสินใจและแก้ปัญหา การสร้างแรงจูงใจจากการให้ข้อมูล การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน ทำให้มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น ลดระยะเวลาและความถี่ของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลดอัตราการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน มีความรู้และทักษะในการป้องกันดีขึ้น ลดการมีจำนวนคู่นอนหลายคน

Douglas และคณะ (2006) ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการสืบค้นงานวิจัย 83 เรื่อง เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะ โปรแกรมการใช้กลุ่มให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยพบว่า 2 ใน 3 ของงานวิจัยทั้งหมดมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โปรแกรมช่วยในการชะลอระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์หรือเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิด ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือควรเพิ่มปัจจัยด้านจิตสังคมในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์

Robin และคณะ (2006) ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยรวบรวมจากงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองระหว่างปี ค.ศ. 1990-2000 จำนวน 24 เรื่อง ผลจากการวิเคราะห์พบว่า โปรแกรมที่มีประสิทธิผลครอบคลุมถึง การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ การป้องกันการกระทำรุนแรง การป้องกันการดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ การตัดสินใจและแก้ปัญหา การใช้ถุงยางอนามัย การเปลี่ยนอิทธิพลกลุ่มเพื่อน การวัดผลลัพธ์รวมถึงการชะลอระยะเวลาการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิดและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาของโปรแกรมมีตั้งแต่ 1 ถึง 80 บทเรียน ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยผู้ใหญ่เป็นแกนนำรวมทั้งมีกิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ การตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยใช้กลยุทธ์ด้านศิลปะและการเรียนรู้ระบบบริการในชุมชน

Johnson และคณะ (2003) ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 44 เรื่อง เพื่อสรุปประสิทธิผลของโปรแกรมที่ลดพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยการเพิ่มทักษะการสื่อสาร การใช้ถุงยางอนามัย และยังลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการลดจำนวนคู่นอนได้

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่มีหลักฐานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิผลที่ศึกษาในประเทศไทยอย่างพอเพียง ตัวอย่างงานวิจัยในประเทศไทย เช่น นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2541) ได้ศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา พบว่าภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ นักเรียนกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ความตระหนักในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาเพชร (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง ทักษะชีวิตในด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจ ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพและทักษะการปฏิเสธในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่าโปรแกรมการสอนพัฒนาทักษะชีวิตมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และการเลือกคบเพื่อนต่างเพศที่เหมาะสมในทางที่ดีขึ้น แม้บางประเด็นไม่ชัดเจนมาก เพราะการพัฒนาทักษะชีวิตต่างๆต้องใช้เวลาในการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตอย่างต่อเนื่องและเพิ่มระยะเวลาการเรียนการสอนให้มากขึ้น

จะเห็นได้ว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องและศึกษาในหลายประเทศ ในส่วนของประเทศไทยเป็นการศึกษาในระดับกึ่งทดลอง ยังไม่มีการศึกษาทบทวนเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมที่ป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญเพราะมีการเปลี่ยนแปลงอันซับซ้อนและสับสนร่วมกันหลายด้านในระบบต่างๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจริยธรรม ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศโดยจะมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์และพร้อมจะมีเพศสัมพันธ์

ได้การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรมทางเพศ ในปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและปัญหาทางสังคม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยและไม่คุมกำเนิด การดื่มสุราหรือยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีคู่นอนหลายคน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และมีปัจจัยบางอย่างที่ป้องกันไม่ให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จากผลการศึกษาปัจจัยดังกล่าวนำมาซึ่งการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ปัจจุบันมีงานวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ (Systematic review) จะทำให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น โดยความรู้ที่ได้ไปใช้จะเป็นประโยชน์กับพยาบาลในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลการศึกษาในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ผลที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ต่อไป โดยวิธีการดำเนินการศึกษา มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นแหล่งข้อมูลสารสนเทศ (Information resource) พิจารณาจาก วารสารที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยมีการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic resource) และการสืบค้นด้วยตนเอง (Hand search) ระยะเวลาในการสืบค้นตั้งแต่เดือน มกราคม 2549 – ตุลาคม 2550 โดยมีกระบวนการสืบค้น ดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ดำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ในประเทศไทยจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (MULINET) และแหล่งข้อมูลของหน่วยงานสถาบันที่เกี่ยวข้อง

2) สืบค้นจากหลักฐานอ้างอิงจากงานวิจัยบางส่วนที่สามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยต้นฉบับทั้งในและต่างประเทศได้

3) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ MULINET ,PUBMED, OVID , Science Direct, CINAHL, Blackwell Synergy และ Cochrane Library ตั้งแต่ ปี 2004 -2008 คำสำคัญ (key words) ที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ “adolescents” “teenager” “puberty” “youth” “prevention” “pregnant” “Sexually transmitted disease / STD” “Sexually transmitted infection / STI” “HIV” “sexual risk reduction” งานวิจัยภาษาไทยมาจากฐานข้อมูล ของมหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยใช้คำสำคัญเดียวกับข้างต้น

เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย

เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกรงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ดังนี้

1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในวัยรุ่นชายและหญิงที่มีอายุอยู่ในช่วง 10 – 21 ปี
2. เป็นงานวิจัยที่มีการจัดกระทำ (Intervention) ที่มีการออกแบบเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยที่งานวิจัยที่คัดเลือกต้องมีการระบุรายละเอียดของโปรแกรมชัดเจน เช่น เนื้อหา จำนวนครั้ง และผู้ดำเนินการ
3. เป็นงานวิจัยที่มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ตัวอย่างผลลัพธ์ของงานวิจัย ได้แก่ การชะลอระยะเวลาในการมีเพศสัมพันธ์ ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน การตั้งครภ์ การทำแท้ง การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อ เอชไอวีและเอดส์ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ยาคุมกำเนิด เป็นต้น
4. เป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized controlled trials design) หรืองานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi-experimental design) โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รวมทั้งมีการวัดประเมินผลหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม
5. เป็นงานวิจัยจากแหล่งข้อมูลที่อยู่ในช่วงระยะเวลา 5 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2551 (ค.ศ. 2004 - 2008) และสามารถเข้าถึงรายงานฉบับเต็ม (full text) ได้

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นจากฐานข้อมูล 8 ฐานข้อมูล

ฐานข้อมูล	คำสำคัญที่สืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก
1. MULINET	adolescents and sexual risk reduction	2	1
	adolescents and prevention STD/ STI/HIV	66	1
	adolescents and pregnant	7	1
	prevention and pregnant and youth	10	1
	prevention and pregnant and teenager	1	0

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นจากฐานข้อมูล 8 ฐานข้อมูล (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญที่สืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก
2. PUBMED	adolescents and sexual risk reduction	102	0
	adolescents and prevention STD/ STI/HIV	30	1
		32	0
	adolescents and pregnant	102	1
	prevention and pregnant and youth prevention and pregnant and teenager	100	1
3. OVID	adolescents and sexual risk reduction	517	2
	adolescents and prevention STD/ STI/HIV	644	1
		198	1
	adolescents and pregnant	145	1
	prevention and pregnant and youth prevention and pregnant and teenager	300	0
4. Science Direct	adolescents and sexual risk reduction	438	3
	adolescents and prevention STD/ STI/HIV	375	3
		146	2
	adolescents and pregnant	12	0
	prevention and pregnant and youth prevention and pregnant and teenager	3	0
5. CINAHL	adolescents and sexual risk reduction	438	1
	adolescents and prevention STD/ STI/HIV	375	1
		146	0
	adolescents and pregnant	56	0
	prevention and pregnant and youth prevention and pregnant and teenager	21	0

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นจากฐานข้อมูล 8 ฐานข้อมูล (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญที่สืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก
6. Blackwell Synergy	adolescents and sexual risk reduction	2	0
	adolescents and prevention STD/ STI/HIV	108	1
	adolescents and pregnant	2	0
	prevention and pregnant and youth	45	1
	prevention and pregnant and teenager	11	0
7. Cochrane Library	adolescents and sexual risk reduction	60	0
	adolescents and prevention STD/ STI/HIV	234	1
	adolescents and pregnant	215	0
	prevention and pregnant and youth	12	0
	prevention and pregnant and teenager	4	0
8. มหาวิทยาลัย ขอนแก่น (www.kku.ac. th)	adolescents and sexual risk reduction	54	1
	adolescents and prevention STD/ STI/HIV	18	1
	adolescents and pregnant	43	0
	prevention and pregnant and youth	15	0
	prevention and pregnant and teenager	9	0
	รวม	4,646	27

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นจากฐานข้อมูล 8 ฐานข้อมูล จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้จำนวน 4,646 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือก และสามารถเข้าถึงรายงานฉบับเต็มได้จำนวนทั้งหมด 27 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยจากประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยจากต่างประเทศจำนวน 26 เรื่อง จากนั้นนำงานวิจัยทั้งหมดไปวิเคราะห์และสังเคราะห์

2. การประเมินคุณภาพระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence)

ภายหลังจากการคัดเลือกรงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์แล้ว นำงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพ โดยการประเมินคุณภาพระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัย ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัย หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized controlled trials)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized controlled trials) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ Non-randomized controlled trials, Cohort study, and Case control study

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

3. การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย

ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะสกัดจากงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกทั้งหมด 27 เรื่อง ดังนี้

1. องค์ประกอบสำคัญของการศึกษา ได้แก่
 - 1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Population of Interest)
 - 1.2 การออกแบบงานวิจัย (Design)
 - 1.3 ทฤษฎีที่ใช้ (Theory)
 - 1.4 การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measures)
 - 1.5 ผลการศึกษา (Results)
2. ลักษณะของโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ได้แก่
 - 2.1 ระยะเวลา (Duration) และความเข้มข้น (Intensity) ของโปรแกรม
 - 2.2 ผู้ดำเนินกิจกรรม (Facilitators)
 - 2.3 เนื้อหากิจกรรม (Content)
 - 2.4 กลยุทธ์ (Intervention Strategies)

4. การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษานำผลที่ได้จากการสกัดข้อมูล มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อหาแนวทางที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสำหรับวัยรุ่นต่อไป



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ซึ่งผลการวิเคราะห์ห้วงค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

4.1 คุณภาพงานวิจัย

4.2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรม

4.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Population of Interest)

4.2.2 การออกแบบงานวิจัย (Design)

4.2.3 ทฤษฎีที่ใช้ (Theory)

4.2.4 การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measures)

4.3 ลักษณะของโปรแกรมในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

4.3.1 ระยะเวลา (Duration) และความเข้มข้น (Intensity) ของโปรแกรม

4.3.2 ผู้ดำเนินกิจกรรม (Facilitators)

4.3.3 เนื้อหากิจกรรม (Content)

4.3.4 กลยุทธ์การดำเนินกิจกรรม (Intervention Strategies)

4.1 คุณภาพงานวิจัย

จากการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยทั้ง 27 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นการศึกษาที่เป็น Randomized Control Trial อยู่ในระดับ A จำนวน 18 เรื่อง และเป็น Quasi Experimental Research อยู่ในระดับ B จำนวน 9 เรื่อง เป็นงานที่ศึกษาในต่างประเทศจำนวน 26 เรื่อง และงานศึกษาในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง

4.2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรม

ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 27 เรื่อง ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 ในภาคผนวก ก ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Population of Interest)

อายุกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษามีความแตกต่างกันในส่วน of วัยรุ่นกลุ่มที่มีพัฒนาการต่างๆและตามกลุ่มอายุ จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 9 - 24 ปี มีทั้งในวัยรุ่นกลุ่มทั่วไป วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง และวัยรุ่นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแล้ว โดยมีการศึกษาในนักเรียนมัธยมปลายมากที่สุด จำนวนร้อยละ 28 (จำนวน 8 การศึกษา) รองลงมาคือในกลุ่มเยาวชนทั่วไป และนักเรียนเกรด 6-8 มีอัตราที่เท่ากันคือร้อยละ 14 (จำนวน 4 งานวิจัย) ในกลุ่มนักเรียนมัธยมต้นกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นชาวแอฟริกันอเมริกัน มีอัตราที่เท่ากันคือร้อยละ 10 นอกจากนี้แล้วยังพบว่าเชื้อชาติที่มีอัตราเสี่ยงสูงคือ กลุ่มวัยรุ่นชาว แอฟริกันอเมริกันและลาตินอเมริกัน เป็นจำนวนร้อยละ 24 นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นวัยรุ่นแล้ว ยังพบว่ามีพ่อแม่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8 ของการศึกษา

4.2.2 การออกแบบงานวิจัย (Design)

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนรวมทั้งหมด 77,417 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยพบว่ามีการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดถึง 24,550 คน (Sulak, et al, 2006) และน้อยที่สุดที่พบ คือมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 37 คน (บุปผาสวรรค์ อุดมพิชน์, 2547) โดยส่วนใหญ่จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 501 - 1000 คน คิดเป็นร้อยละ 35 (10 งานวิจัย) และรองลงมาจะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 37 - 500 คน และ 2,001- 5,000 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และ 17 ตามลำดับ

สถานที่ดำเนินการศึกษา

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่าในแต่ละการศึกษามีความหลากหลายของสถานที่ในการดำเนินการ โดยส่วนใหญ่เกินครึ่งของการศึกษาทั้งหมด เป็นการให้ความรู้ในโรงเรียน (School-based intervention) มีจำนวน 20 เรื่อง และพบว่า 1 ใน 3 ของการศึกษา เป็นการให้ความรู้ในชุมชน (Community-based intervention) จำนวน 7 เรื่อง และเป็นให้ความรู้ในคลินิก (Clinic-based intervention) ร้อยละ 7 นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการร่วมกันของการให้ความรู้ในโรงเรียน และการให้ความรู้ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 10

ประเทศที่ทำการศึกษา

จากงานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่อง พบว่ามีการศึกษามากที่สุดในทวีปอเมริกา ซึ่งเกือบครึ่งของงานวิจัย เป็นการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45 และเป็นประเทศเม็กซิโก 2 เรื่อง และประเทศแคนาดา 1 เรื่อง การศึกษาในทวีปเอเชียมีจำนวนรองลงมาคิดเป็น 1 ใน

5 ของการศึกษา (จำนวน 5 เรื่อง) โดยพบว่าเป็นการศึกษาที่ทำในประเทศจีน 3 เรื่อง เป็นการศึกษาในประเทศไทย และในประเทศเวียดนาม ประเทศละ 1 เรื่อง ส่วนการศึกษาในทวีปยุโรปพบจำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14 โดยที่เป็นการศึกษาในประอังกฤษ ประเทศสกอตแลนด์ ประเทศสวีเดน และประเทศอิตาลี ประเทศละ 1 เรื่อง และในทวีปแอฟริกาใต้ มีการศึกษา 4 เรื่อง

4.2.3 ทฤษฎีที่ใช้ (Theory)

จากผลการศึกษาทั้งหมด 27 เรื่อง พบว่า ส่วนใหญ่พบว่ามีการใช้ทฤษฎีอ้างอิงเป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีที่ใช้มากที่สุดคือทฤษฎี Social Cognitive Theory มีจำนวน 11 เรื่อง รองลงมาเป็นทฤษฎี Social Learning Theory มีจำนวน 5 เรื่อง และทฤษฎี Cognitive Behavior Theory มีจำนวน 3 เรื่อง และทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่ Theory of Behavior Change, Rational Model of Decision Making, Social Inoculation Theory และ Problem Behavior Theory นอกจากนี้มีการศึกษาที่ไม่ได้กล่าวถึงทฤษฎี จำนวน 5 เรื่อง (Pettifor et al., 2005; Wang et al., 2005; Larsson et al., 2006; Lightfoot et al., 2007; Murry et al., 2007)

4.2.4 การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measures)

จากการวิเคราะห์ผลศึกษางานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่อง พบว่าการวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ คือ การวัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมทางเพศ (Sexual behavior) และ การวัดผลลัพธ์ของตัวแปรที่ส่งผลทางพฤติกรรม (Mediator)

พฤติกรรมทางเพศที่วัดผลตามกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ทางเพศมาก่อน คือ การชะลอการมีเพศสัมพันธ์ (N=5) อายุของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (N=6) และในกลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศแล้ว วัดพฤติกรรมด้านการใช้ถุงยางอนามัย (N=13) การใช้ยาคุมกำเนิด (N=5) ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ (N=6) อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (N=4) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (N=7) การติดเชื้อ HIV/AIDS (N=3) หรือ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ จำนวนคู่นอนหลายคน (N=6) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน (N=8)

การวัดผลลัพธ์ของตัวแปรที่ส่งผลทางพฤติกรรม (Mediator) ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) (N=4) สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) (N=3) บรรทัดฐานของสังคม (social norm) การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Perceived behavioral control) ความเชื่อถือส่วนบุคคล (Personal normative beliefs) และความรู้ เจตคติและทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสารกับคู่นอน การสื่อสารในครอบครัว ส่วนใหญ่ผลลัพธ์ที่วัดมากที่สุดคือ ความรู้ เจตคติด้านการป้องกันเชื้อ HIV (N=15) รองลงมาการใช้ถุงยางอนามัย (N=13) และอัตราการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้ป้องกัน (N=8) ส่วนระยะเวลาการวัดมีความหลากหลาย ในการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์

พบว่าการกำหนดกรอบเวลาที่วัดผลลัพธ์พฤติกรรม ได้แก่ การวัดตลอดชีวิต (Life time) ภายในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ผลลัพธ์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ อาจกำหนดช่วงเวลาของพฤติกรรมเป็น ภายในช่วง 3 เดือน หรือ 12 เดือน

4.3 ลักษณะของโปรแกรมในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

ลักษณะของโปรแกรมในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 27 เรื่อง ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3 ในภาคผนวก ข ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.3.1 ระยะเวลา (Duration) และความเข้มข้น (Intensity) ของโปรแกรม

จากผลการวิเคราะห์การศึกษางานวิจัย ทั้งหมด 27 เรื่องพบว่า ความถี่จำนวนครั้งในการฝึก ที่มีระยะสั้นที่สุดคือจำนวน 1 ครั้ง โดยฝึก 2 วัน (บุปผาสวรรค์ อุดมพิชน์, 2547) ส่วนจำนวนการฝึกที่ระยะยาวที่สุด คือจำนวน 20 ครั้ง (Coyle et al., 2004; Henderson et al., 2006) งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เวลา 2 ชั่วโมง/ ครั้งขึ้นไป มีจำนวน 11 เรื่อง (Cheng et al., 2008; Coyle et al., 2006; DiClemente et al., 2004; Dilocio et al., 2006; Kiene and Barta, 2006; Larsson et al., 2006; Murry et al., 2007; Stephenson et al., 2004; Wang et al., 2005; Walker et al., 2006; บุปผาสวรรค์ อุดมพิชน์, 2547) จำนวนชั่วโมงการฝึกในระดับชุมชนใช้เวลาสูงสุด 7 – 8 ชั่วโมง มีจำนวน 4 เรื่อง (Jewkes et al., 2006; Pettifor et al., 2005; Villarruel et al., 2006; Wingood et al., 2006) ในด้านช่วงเวลาดำเนินการของโปรแกรมที่มีระยะสั้นที่สุดคือ 2 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Caron et al., 2004) และมีการศึกษาที่ใช้ช่วงเวลาระยะยาวสูงสุดถึง 3 ปีในการดำเนินโปรแกรม (Coyle et al., 2004) และในด้านความต่อเนื่องของกิจกรรมใช้ความถี่มากถึง 6 ครั้งใน 1 สัปดาห์ (Pettifor et al., 2005)

4.3.2 ผู้ดำเนินกิจกรรม (Facilitators)

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 27 เรื่อง พบว่า ผู้ดำเนินกิจกรรม คือ ผู้ที่ผ่านการอบรมและเตรียมในการสอนเกี่ยวกับโปรแกรม ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่ให้ความรู้ (N=19) และกลุ่มเพื่อนแกนนำ (N = 7) มี 1 โปรแกรมที่แกนนำเลือกเฉพาะนักวิชาการสาธารณสุขเพศหญิงชาวแอฟริกันอเมริกัน ผู้ใหญ่ให้ความรู้ มีความหลากหลายประกอบด้วย ครูแกนนำ มีจำนวน 7 เรื่อง พ่อแม่ มีจำนวน 3 เรื่อง บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ผู้วิจัย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข มีจำนวน 9 เรื่อง อาสาสมัครผู้ใหญ่แกนนำ มี 2 เรื่องและในกลุ่มเพื่อนแกนนำได้แก่ กลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน จำนวน 4 รายการ กลุ่มเพื่อนรุ่นพี่ มีจำนวน 2 เรื่อง กลุ่มเพื่อนเพศเดียวกัน มีจำนวน 1 เรื่อง

4.3.3 เนื้อหากิจกรรม (Content)

จากผลการศึกษางานวิจัยทั้งหมด เนื้อหา กิจกรรม แบ่งได้ 3 ด้านคือการให้ความรู้ การสร้างและเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติและการสร้างทักษะต่างๆ ดังนี้

การให้ความรู้ มีเนื้อหา ดังนี้ คือ สรีรวิทยาและพัฒนาการวัยรุ่น, Sexual health, Sex ethics and laws การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe sex) การป้องกัน HIV/AIDS การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์และการทำแท้ง ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ (Dating) และสัมพันธ์ภาพ ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การสร้างความเข้มแข็งในบทบาทเพศ

การสร้างและเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีเนื้อหา คือ อิทธิพลกลุ่มเพื่อน ความเชื่อที่ผิด (Myth) บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ทักษะต่อการใช้อย่างอนามัย การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้อย่าง การรับรู้ภาวะเสี่ยงและโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อ HIV/STDs การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม

การเสริมสร้างทักษะ มีเนื้อหา คือ การใช้อย่างอนามัย การสื่อสารกับคู่ (Partner) การสื่อสารในครอบครัว การปฏิเสธ การตัดสินใจและแก้ปัญหา การสื่อสารเรื่องเพศกับวัยรุ่น

นอกจากเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีเนื้อหากิจกรรมอื่นๆที่เข้าร่วมกับโปรแกรม โดยจากผลการศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่พบว่า มีการส่งเสริมทางด้านการสร้างบุคลิกในการทำประโยชน์ต่อชุมชน การให้คุณค่าทางวัฒนธรรม ให้ข้อมูลจากการดื่มแอลกอฮอล์ และการได้รับคำปรึกษา โดยมีการศึกษาอย่างละ 3 เรื่อง รองลงมาเป็นการทนต่อแรงกดดันต่อการกลัขโมย การโกหก ทักษะที่จำเป็นในการสร้างสมรรถนะแห่งตน การสูบบุหรี่ สัมพันธภาพ ความรักและการแต่งงาน โดยมีการศึกษาอย่างละ 2 เรื่อง นอกจากนี้ยังพบเนื้อหาที่มีความแตกต่างของกิจกรรมการให้ความรู้ ดังนี้ คือการใช้และขายสารเสพติด กีฬาและกิจกรรมสร้างสรรค์ อบรมด้านคอมพิวเตอร์ การทำอาหาร การฝึกผ่อนคลายลดความเครียด การสอนละครสั้น การเผชิญกับความเครียด การวางแผนชีวิตในอนาคต

4.3.4 กลยุทธ์การดำเนินกิจกรรม (Intervention Strategies)

จากผลการศึกษางานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการมีกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มย่อย สะท้อนความคิด วิดีโอ เกมส์ การสาธิต บทบาทสมมุติ การฝึกทักษะ การทำแบบฝึกหัด การระดมสมอง กิจกรรมสร้างทักษะ นอกจากนี้ยังมีความหลากหลายในกลยุทธ์ที่ใช้ ตัวอย่างเช่นโปรแกรม *Keep in' It R.E.A.L.* มีการแสดงตามบทละคร (Crafts) (Dilocio et al., 2006) โปรแกรม *All4you* ใช้แบบตัวอย่างบุคคล (Coyle et al., 2006) โปรแกรม *Reducing the Risk* เป็นการฟังประสบการณ์ตรงจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Zimmerman et al., 2008) โปรแกรมการเตรียมการสอนเรื่องเพศศึกษา ให้ร่วมคิดคำขวัญ สุภาษิต คำกลอนเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา (บุปผาสวรรค์ อุดมพิชน์, 2547)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ สังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น โดยผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายดังต่อไปนี้

5.1 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การออกแบบงานวิจัย ทฤษฎีที่ใช้ และการวัดผลลัพธ์ศึกษา

5.2 ลักษณะของโปรแกรม ได้แก่ ระยะเวลา (Duration) และความเข้มข้น (Intensity) ของโปรแกรม ผู้ดำเนินโปรแกรม (Facilitators) เนื้อหาโปรแกรม (Content) และกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม (Intervention Strategies)

5.3 การแบ่งประเภทของโปรแกรม

5.1 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

อายุ (Age) ในบรรดาการศึกษาทั้งหมด 27 เรื่อง พบว่ามีความแตกต่างกันของช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการศึกษาในอายุน้อยที่สุดคือ ช่วงก่อนเข้าสู่วัยรุ่นคืออายุ 9 ปี เช่น โปรแกรม The Protection Express (Caron et al., 2004) กลุ่มเข้าสู่วัยรุ่นมีอายุ 11- 15 ปี และโปรแกรมในกลุ่มเยาวชนมีอายุตั้งแต่ 15 - 24 ปี เช่น โปรแกรม Love life NAFCI (Pettifor et al. , 2005) โดยส่วนใหญ่ อายุของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในช่วง 14 - 18 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นทั่วไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 16 ปี (Manlove et al., 2006) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกได้เป็น 2 กลุ่มตามลักษณะของประสบการณ์ทางเพศ คือ กลุ่มวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ทางเพศและกลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่มีประสบการณ์ทางเพศ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ โปรแกรมที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการป้องกันต้องเลือกในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 16 ปี ในกลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศแล้ว โปรแกรมที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

โดยจากผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นแสดงให้เห็นว่าควรจัดให้มีโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นทุกกลุ่มอายุ แต่จะส่งผลดีมากถ้ามีการป้องกันตั้งแต่ก่อนย่างเข้าสู่วัยรุ่น เพราะในช่วงวัยนี้วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีประสบการณ์ทางเพศ อีกทั้งยังขาด

ทักษะในการตัดสินใจ การสื่อสารและสัมพันธภาพทางเพศ (Pedlow & Carey, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับ Grunseit และ Kippax (1993) ที่กล่าวว่า การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาจะได้ผลดีที่สุดก็ต่อเมื่อผู้เรียนได้รับข้อมูลที่รอบด้านในเรื่องเพศ และได้รับข้อมูล “ก่อน” ที่จะมีเพศสัมพันธ์ โดยการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จะทำให้เด็กไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศเมื่อยังไม่พร้อม

จะเห็นว่าการเลือกโปรแกรมที่ใช้ต้องมีความสอดคล้องกับพัฒนาการวัยรุ่น เพื่อเพิ่มปัจจัยปกป้องต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และสอดคล้องกับความต้องการด้านพัฒนาการทางสังคม เพื่อส่งเสริมวุฒิภาวะทางสังคม สถิติปัญหาและประสบการณ์ทางเพศที่ต้องการพัฒนาตามวัย

เพศ (Gender) ในบรรดาการศึกษาทั้งหมด 27 เรื่อง การศึกษาส่วนใหญ่มีทั้งเพศชายและเพศหญิงรวมกัน การศึกษาที่เฉพาะในเพศหญิงอย่างเดียว มีจำนวน 4 เรื่อง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสำคัญในการจัดโปรแกรมที่มีความสอดคล้องตามมา โดยมีเนื้อหาที่สอนแบ่งเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านสรีระที่แตกต่างกันของหญิงและชาย และด้านทัศนคติและค่านิยมทางเพศ โดยการสอนในเพศเดียวกันมีข้อดีคือ มีความสะดวกใจในการอภิปรายและแสดงความคิดเห็น (Larsson et al., 2006) การฝึกทักษะที่เฉพาะ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย ควรแยกสอนตามเพศ (Kiene and Barta 2006) ในการศึกษาที่เฉพาะในเพศหญิงอย่างเดียว มีการสอนทักษะที่เฉพาะ เช่น การป้องกันการตั้งครรภ์และทำแท้ง สอนเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด (Henderson et al., 2006) ข้อเสียของการจัดโปรแกรมเฉพาะเพศใดเพศหนึ่งคือ วัยรุ่นจะมีมุมมองด้านเดียว ได้รับฟังความคิดที่ไม่หลากหลาย ส่วนข้อดีของการจัดโปรแกรมละเพศ มีข้อดีคือ วัยรุ่นมีความคิดเห็นที่หลากหลาย เพิ่มมุมมองที่ต่างกันในทัศนคติทางเพศ ได้รับรู้ความคิดเห็น และความแตกต่างของเพศตรงข้าม เช่นวัยรุ่นเพศหญิงและเพศชาย สามารถเข้าชั้นเรียนรู้อบรมร่วมกันในประเด็นด้านการให้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ (Jemmott et al., 2005) ความรู้เรื่องบทบาททางเพศ โดยการอภิปรายร่วมกัน (DiClemente et al., 2004) การแสดงออกและสัมพันธภาพ (Caron et al., 2004) อย่างไรก็ตามในการอภิปรายบางหัวข้อ เช่นประสบการณ์ทางเพศ วัยรุ่นบางคนอาจจะไม่อยากจะเปิดเผยให้เพศตรงข้ามรับรู้ แต่อาจจะสะดวกใจที่จะพูดในกลุ่มเพศเดียวกัน

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านเพศ นำมาซึ่งความแตกต่างในการพัฒนาโปรแกรม ดังนั้นการนำโปรแกรม มาใช้ควรให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ เพราะในบางกิจกรรมอาจจะไม่เหมาะในการฝึก ร่วมกันในทั้งสองเพศ ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละสังคมวัฒนธรรม การให้คุณค่า และการเปิดเผยในการแสดงออกทางเพศมากหรือน้อย ดังนั้นการจัดกิจกรรมควรคำนึงถึงวัฒนธรรม สังคมทางเพศต่างกัน (DiClemente, Wingood, Harrington, et al., 2004) ซึ่งปัจจัยปกป้องด้านสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อการนำมาออกแบบโปรแกรมให้มีความสอดคล้อง ซึ่งแต่ละประเทศ มีความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ

โดยในวัยรุ่นชนกลุ่มน้อยของสังคมอเมริกา เช่นแอฟริกันอเมริกัน และลาตินอเมริกัน มีอุบัติการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง (Boyer et al., 2000) ลักษณะด้านวัฒนธรรมและค่านิยมต่างๆ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ที่มีการมองเรื่องเพศเป็นสิ่งต้องห้าม ไม่นำมาพูดเปิดเผยในที่สาธารณะ (Kirby et al., 2007) ดังนั้นการศึกษาเปรียบเทียบด้านสังคมวัฒนธรรมในแต่ละโปรแกรมสามารถช่วยอธิบายประสิทธิผลของโปรแกรม โดยโปรแกรมที่มีลักษณะสังคมวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกันสามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายกันได้

การออกแบบงานวิจัย

ระดับการมีส่วนร่วม จากงานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่อง พบว่า มีการมีส่วนร่วมในทุกระดับของกลุ่ม ตัวอย่าง คือ ร่วมในระดับบุคคล ระดับโรงเรียน และระดับชุมชน การมีส่วนร่วมในระดับบุคคล สถานที่ศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นที่คลินิก ซึ่งกิจกรรมที่ให้อยู่ในลักษณะรายบุคคล หรือรายกลุ่ม จากงานวิจัยทั้งหมดที่นำมาศึกษา โดยส่วนใหญ่เป็นการมีส่วนร่วมในระดับโรงเรียน ข้อดีของการมีส่วนร่วมวิธีนี้คือ เพื่อลดความน่าจะเป็นในการที่อาจเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันเองภายในโรงเรียนเดียวกัน ข้อเสียคือ อาจเกิดความแตกต่างกันในกลุ่มที่ต้องเปรียบเทียบ เช่นความแตกต่างของอายุ และเพศของนักเรียนระหว่างโรงเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนการมีส่วนร่วมระดับชุมชน ควรมีความสอดคล้องของลักษณะบุคคลของกลุ่มในชุมชนที่มีเกณฑ์คัดเข้า และมีพื้นที่ไม่เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตัวอย่างเช่น โปรแกรม Keep in' It R.E.A.L. (Dilorio et al., 2006) มีการมีส่วนร่วมตามสะดวกในระดับชุมชน โดยเลือกพื้นที่ต่างชุมชนกันของกลุ่มทดลองและควบคุม ซึ่งกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ เป็นสมาชิกชมรมวัยรุ่นชาวแอฟริกันอเมริกัน ที่มีอายุ 11 - 14 ปี พร้อมกับมารดาที่มีเกณฑ์คัดเลือกตามที่ต้องการ เพื่อเปรียบเทียบและลดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในระดับบรรทัดฐานสังคม (Social norm) ให้ได้ผลตามตัวแปรที่ต้องการมากที่สุด

สถานที่ดำเนินการ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาด้านสถานที่ดำเนินกิจกรรม พบว่ามีความหลากหลายของสถานที่ในการดำเนินการ ดังนี้

1. การจัดโปรแกรมที่โรงเรียน (School based program) จากจำนวนงานวิจัยทั้งหมด โดยส่วนใหญ่จะจัดขึ้นที่โรงเรียน ซึ่งโรงเรียนถือว่าเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญ เนื่องจากวัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่ที่โรงเรียน อีกทั้งโรงเรียนยังเป็นสถานศึกษาที่มีเครือข่ายของเพื่อน ครูและพ่อแม่ร่วมอยู่ด้วย ถ้าเครือข่ายดังกล่าวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะสามารถช่วยลดและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้ (Voisin et al., 2005) อย่างไรก็ตามการจัดโปรแกรมที่โรงเรียนยังมีข้อจำกัดบางประการ เพราะจะมีเพียงนักเรียนที่อยู่ในระบบโรงเรียนเท่านั้นที่จะได้รับประโยชน์จากโปรแกรม แต่ในเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและเป็นผู้ที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียน ทำให้

ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมที่จัดขึ้นที่โรงเรียนได้ ดังนั้นการจัดโปรแกรมขึ้นที่ชุมชนจะช่วยให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมได้

2. การจัดโปรแกรมที่ชุมชน (Community based program) โปรแกรมที่จัดขึ้นในชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยมีความร่วมมือในภาคส่วนต่างๆ ของคนในชุมชน ในการมองเห็นปัญหาและร่วมมือกันป้องกันภาวะเสี่ยงของกลุ่มวัยรุ่นในชุมชน ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Pettifor และคณะ (2005) ได้มีการระดมบุคคลในชุมชนออกมาให้ความรู้ตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยสอนในคลินิกและในชุมชน เปิดให้บริการที่ศูนย์ในชุมชน 6 วันต่อสัปดาห์ โดยบริการที่ให้ได้แก่ การส่งเสริมวิถีชีวิตทางบวก และฝึกทักษะด้านเพศวิถี ความรู้เรื่องพัฒนาการทางเพศในวัยรุ่น รวมทั้งกีฬาและกิจกรรมสร้างสรรค์ การอบรมด้านคอมพิวเตอร์ การให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยผู้ให้บริการดังกล่าวคือ บุคลากรสาธารณสุขในคลินิกและในชุมชน รวมทั้งเยาวชนแกนนำ ในการให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อในชุมชน

3. การจัดโปรแกรมที่คลินิก (Clinic based program) โปรแกรมที่คลินิก เป็นโปรแกรมที่มีความเฉพาะ โดยส่วนใหญ่แล้วจะเน้นที่กลุ่มเสี่ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว (DiClemente et al., 2004; Jemmott et al., 2005; Wingood et al., 2006) นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายที่สูงจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Jemmott และคณะ (2005) ทำการศึกษาในวัยรุ่นหญิงชาวอเมริกันและลาตินอเมริกัน ที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์แล้วซึ่งมีรายได้ต่ำอยู่ในชุมชนเมือง มีอายุ 12 - 19 ปี โดยโปรแกรมที่จัดขึ้นที่คลินิกวางแผนครอบคลุมในโรงพยาบาล โดยมีผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่นเมืองเดียวกันเป็นแกนนำให้ความรู้

4. การจัดโปรแกรมให้ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ (Computer based program) จากงานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่องที่นำมาวิเคราะห์ มีจำนวน 3 เรื่องที่เป็นโปรแกรมให้ความรู้ผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (Kiene and Barta, 2006; Lou et al., 2006; Lightfoot et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมให้ความรู้ผ่านสื่อ (media) ทุกชนิด จำนวน 1 เรื่อง (Pettifor et al., 2005) โปรแกรมให้ความรู้ผ่านทางภาพยนตร์ จำนวน 1 เรื่อง (Wang et al., 2005) การจัดโปรแกรมให้ความรู้ทางคอมพิวเตอร์จัดเป็นนวัตกรรมใหม่ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น โดยมีวิธีการแตกต่างไปจากการให้ความรู้แบบเดิมที่ตัวผู้เรียนและผู้สอนเห็นหน้าซึ่งกันและกัน ซึ่งจากหลักฐานงานวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น (Kiene and Barta, 2006; Lou et al., 2006; Lightfoot et al., 2007)

ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าคอมพิวเตอร์เป็นอุปกรณ์สำคัญสำหรับวัยรุ่น และอินเทอร์เน็ตนับเป็นแหล่งความรู้ที่วัยรุ่นบางกลุ่มเข้ามาหาความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาทางเพศ ซึ่งเป็นหัวข้อ

หนึ่งที่คิดอันดับหัวข้อที่วัยรุ่นนิยมค้นหาคำตอบออนไลน์ (Wingood et al., 2003) หัวข้อที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมทางเพศ ในเพศหญิงมีหัวข้อเฉพาะที่พบมากที่สุด คือ การคุมกำเนิด การกระทำรุนแรงทางร่างกายและทางเพศ (Borzechowski & Rickert, 2001)

ส่วนในประเทศไทยมีการจัดตั้งโครงการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น โดยผ่านทาง Website ชื่อ teenpath.net โดยมีองค์การแพธเป็นผู้บริหารโครงการ มีการให้บริการ ข้อมูลเรื่องเพศที่ถูกต้องโดยตรงแก่วัยรุ่นในการหาคำตอบออนไลน์ เปิดโอกาสให้วัยรุ่นในการสำรวจทัศนคติเรื่องเพศ สร้างคุณค่าและค่านิยมเรื่องเพศ สร้างเสริมความมั่นใจและการตระหนักในคุณค่าตัวเอง ตลอดจนหน้าที่และความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น การพัฒนาทักษะ การสื่อสารระหว่างบุคคล การตัดสินใจ การต่อรอง การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่พร้อม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี พร้อมทั้งมีแบบเรียนสำเร็จรูปให้บริการออนไลน์

Kiene และ Barta (2006) ได้กล่าวถึงข้อดีของการจัดโปรแกรมให้ความรู้ผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ดังนี้ คือผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงโปรแกรมได้อย่างแพร่หลาย อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินโปรแกรม เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแบบเดิม อีกทั้งผู้เข้าร่วมโปรแกรมยังสามารถเข้าไปใช้บริการได้ทุกที่ ทุกเวลาที่สะดวก มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นส่วนตัว มีการรักษาความลับ และลดความกังวลในการที่จะถูกสังคมประณามเมื่อตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ถึงแม้ว่าการจัดโปรแกรมให้ความรู้ผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิผลในการช่วยป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น แต่ยังคงต้องการงานวิจัยศึกษาเพิ่มเติมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นที่มีฐานะยากจนและด้อยการศึกษา ซึ่งในกลุ่มนี้โอกาสที่จะได้ใช้คอมพิวเตอร์มีน้อย

นอกจากการจัดโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นตามสถานที่ต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีการบูรณาการร่วมกันของการให้ความรู้ในโรงเรียน และการให้ความรู้ในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมโดยการมีส่วนร่วมทุกภาค เป็นสิ่งสำคัญให้เกิดความร่วมมือและแก้ไขปัญหาได้ยั่งยืนทั้งในส่วนของโรงเรียนที่มีการติดต่อช่วยเหลือและส่งเสริมที่ดีกับวัยรุ่น จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ (Resnick, Bearman, Blum, Bauman, Haris, Jones et al., 1997)

การวัดผลก่อนและหลังให้โปรแกรม และการติดตามประเมินผล

จากการศึกษาทั้งหมด 27 เรื่อง ช่วงระยะเวลาวัดพฤติกรรมทางเพศ คือ 3, 6, 12 เดือน และในการรายงานติดตามผลการศึกษาระยะยาวยาวที่สุดคือ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 53 เดือน (Henderson et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับ Kirby (2007) แนะนำว่าการวัดผลด้านพฤติกรรมทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรมีการประเมินหลังจาก 3 เดือนไป

แล้ว เพื่อลดการเกิดผลลวงจากนั้นจัดให้มีการนัดติดตามต่ออีกทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี เมื่อผลปกติจึงแสดงว่ามีผลปกติจริง จำนวนครั้งของการติดตามประเมินผล คือ ก่อนให้กิจกรรมและหลังให้กิจกรรม มีตั้งแต่ 2 - 4 ครั้ง มีการประเมินมากที่สุด 4 ครั้ง จำนวน 3 เรื่อง (Kaljee et al., 2005; Dilocio et al., 2006; Coyle et al., 2006) เนื่องจากการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรม โดยการวัดถี่มากครั้งจะสามารถบอกผลของโปรแกรมในแต่ละช่วงได้ละเอียดมากขึ้น เพราะเป็นพฤติกรรมที่ต้องรอให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลังจากการได้รับความรู้และทักษะที่เกิดขึ้นตามมา โดยเฉพาะที่เป็นพฤติกรรมทางเพศ ส่วนใหญ่หลังจากได้รับโปรแกรมจะมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่การวัดด้านพฤติกรรม ควรวัดหลัง 3 เดือนเพื่อให้ทราบผลด้านพฤติกรรมทางเพศ แต่ในบางการศึกษาที่มีข้อจำกัดในด้านตัวของนักเรียนในการย้ายและเปลี่ยนโรงเรียน ทำให้มีการรับวัดประเมินผล ซึ่งอาจทำให้การวัดประสิทธิผลของโปรแกรมคลาดเคลื่อนได้

การออกแบบการวัดประเมินผลจึงมีความสำคัญในการศึกษาผลของโปรแกรมว่ามีประสิทธิภาพคงอยู่ได้นานมากน้อยเพียงใด หากการติดตามแล้วผลที่ได้ไม่คงอยู่ แสดงให้ทราบว่าควรพิจารณาโปรแกรมนั้นต้องมีการให้กิจกรรมซ้ำตามระยะเวลาใด

ทฤษฎีที่ใช้ในโปรแกรม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่ มีการใช้ทฤษฎีอ้างอิง โดยทฤษฎีที่นำมาอ้างอิงส่วนใหญ่คือ ทฤษฎี Social Cognitive Theory, Social Learning Theory, Theory of Reasoned Action และ Cognitive Behavior Theory ตัวอย่างเช่น การนำทฤษฎี Social Learning Theory (Bandura, 1997) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในโปรแกรม Keep in' It R.E.A.L. (2006) โดยทำการศึกษาในวัยรุ่นชาวอเมริกัน อายุ 11-14 ปีพร้อมกับมารดา จากกรอบแนวคิดอธิบายได้ว่า ลักษณะพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรม ดังนั้นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถทำได้ด้วยการเสริมสร้างด้านความคิดปัญญา พฤติกรรม ทักษะสมรรถนะ และการหาแหล่งสนับสนุนเฉพาะด้านพฤติกรรม จากแนวความคิดดังกล่าว นำมาซึ่งการออกแบบโปรแกรม โดยที่เนื้อหาของโปรแกรมครอบคลุมถึงการให้ความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในมารดา การส่งเสริมทักษะให้เพิ่มสมรรถนะแห่งตนในบุตร เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดในการใช้ทฤษฎีสอดคล้องกับที่ DiClemente (2000) ได้กล่าวถึงความต้องการใช้ทฤษฎีกรอบแนวคิดในการช่วยเป็นแนวทางในการคิดพัฒนางานวิจัยโปรแกรมในการป้องกันต่อไปภายหน้า

การวัดผลลัพธ์

จากผลการศึกษาทั้ง 27 เรื่อง พบว่าแบบวัดด้านพฤติกรรมที่ใช้วัดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นแบบวัดจากการวัดผลด้านร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการและแบบวัดจากการรายงานพฤติกรรมโดยแบบสอบถาม โดยมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

- แบบประเมินด้านร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory test) ในการวัดประสิทธิผลของโปรแกรม มีความน่าเชื่อถือสูง และสามารถแสดงผลที่แท้จริงและอ้างอิงถึงพฤติกรรมทางเพศได้ชัดเจนที่สุด เช่น วัดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี (Jewkes et al., 2006; Pettifor et al., 2005) การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Wingood et al., 2006) อัตราการตั้งครรภ์ (DiClemente et al., 2004; Stephenson et al., 2004) อัตราการทำแท้ง (Henderson et al., 2006)

- แบบสอบถามโดยวัดจากการรายงานพฤติกรรม (Self reported) ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการศึกษาวัดพฤติกรรมทางเพศจากแบบสอบถาม และวัดพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย เช่น การใช้สารเสพติด ดื่มแอลกอฮอล์ วัดระดับของสมรรถนะแห่งตน จะเห็นว่าข้อจำกัดด้านแบบสอบถามรายงานพฤติกรรม ทำให้เกิดผลหลงได้ ในกลุ่มที่อยู่ในโปรแกรม เมื่อเข้าโปรแกรมต้องมีพฤติกรรมดีขึ้น ทำให้เกิดการแปรผลผิดได้ว่าโปรแกรมได้ผลดี การลดผลหลง สามารถทำได้โดยใช้การวัดผลทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ซึ่งทำได้ยากและมีค่าใช้จ่ายสูง

ผลลัพธ์ของโปรแกรม (Outcomes)

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 27 เรื่อง พบว่าในแต่ละโปรแกรมมีการวัดผลพฤติกรรมทางเพศที่หลากหลาย แต่สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทหลักๆคือ ด้านพฤติกรรมทางเพศ และด้านความรู้และเจตคติ ด้านพฤติกรรมทางเพศได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย อายุของวัยรุ่นในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อัตราการตั้งครรภ์ (DiClemente et al., 2004; Stephenson et al., 2004) อัตราการทำแท้ง (Henderson et al., 2006) อัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเชื้อรา (DiClemente et al., 2004; Wingood et al., 2006) อัตราการติดเชื้อเอชไอวี (Jewkes et al., 2006) จำนวนคู่นอน (Borgia et al., 2004; Kirby et al., 2004; Jemmott et al., 2005 ;Villarruel et al., 2006; Wingood et al., 2006 ;Lightfoot et al., 2007) การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (DiClemente et al., 2004; Wu et al., 2005; Coyle et al., 2006; Henderson et al., 2006; Kiene and Barta, 2006 ;Villarruel et al., 2006; Wingood et al., 2006) การใช้ยาคุมกำเนิด (Wang et al., 2005; Kaljee et al., 2005; Larsson et al., 2006)

ส่วนอีกด้านได้แก่ การวัดผลลัพธ์ด้านของความรู้ เจตคติ และบรรทัดฐานเกี่ยวกับเรื่องเพศ อิทธิพลกลุ่มเพื่อน การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยง สมรรถนะแห่งตน การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว (Family interaction) การให้คุณค่าของวัยรุ่นและผู้ปกครอง (values) การมองหาประสบการณ์ความตื่นเต้น (Sensation seeking) และแรงจูงใจ ซึ่งการวัดที่หลากหลายนี้สอดคล้องกับ Smoak และคณะ (2006) ที่ได้กล่าวถึงว่าตัวแปรที่วัดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ไม่จำเพาะในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยอย่างเดียว นอกจากนี้ Sales และคณะ (2007) ได้ให้คำแนะนำในการวัดผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไว้ว่า ควรมุ่งเน้นไปยังพฤติกรรมที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมยินยอมที่จะเปลี่ยน ซึ่งในที่นี้การ

วัดผลลัพธ์จากพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย มีจำนวนมากถึง 13 เรื่อง มีจำนวนน้อยในบางโปรแกรมที่วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับ การเพิ่มขึ้นของการงดการมีเพศสัมพันธ์ หรือการลดจำนวนคู่นอน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพวกที่มีประสบการณ์ทางเพศแล้วและยังมีสมาธิเสมอ จากหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า การใช้ถุงยางอนามัยนับว่าเป็นตัวแปรที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนมากที่สุด

5.2 ลักษณะของโปรแกรม

ระยะเวลา (Duration) และความเข้มข้น (Intensity) ของโปรแกรม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยสรุประยะเวลาในการฝึก มีตั้งแต่ 1 - 20 ครั้ง โดยใช้เวลาในแต่ละบทเรียนแต่ละครั้ง 40-120 นาที/ ครั้ง มีช่วงเวลาดำเนินการของโปรแกรมตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 3 ปีในการดำเนินกิจกรรม และใช้ความต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง จนถึงใช้ความถี่มากถึง 6 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ในการดำเนินการที่ชุมชน และการดำเนินในโรงเรียน ระยะเวลาการสอนในชั้นเรียนชั่วโมงปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kirby (2004) กล่าวว่า ระยะเวลาที่ดีที่สุดในการดำเนินกิจกรรม ควรเป็นชั่วโมงเรียนในทุกระดับชั้นและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือก่อนเข้าสู่วัยรุ่น และกลุ่มเยาวชน โดยมีจำนวนชั่วโมงไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อภาคเรียน เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

ผู้ดำเนินโปรแกรม (Facilitators)

จากผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา ในส่วนของผู้นำในการดำเนินกิจกรรม มีทั้งผู้ใหญ่และเพื่อนให้ความรู้ โดยผู้ดำเนินการต้องเป็นผู้ผ่านการอบรมตั้งแต่ 3 - 40 ชั่วโมง ได้รับการเตรียมเป็นผู้สอน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านกรอบแนวคิดเรื่องเพศ เพศวิถี ตลอดจนทัศนคติ ที่ส่งผลต่อเรื่องเพศ การสื่อสารเรื่องเพศ เพื่อให้ทักษะของผู้นำยังคงอยู่ ควรมีการพัฒนาในระยะของการนำไปดำเนินการซ้ำ (Booster session) และเพิ่มโอกาสให้มีหลากหลายทางในการเข้ารับการฝึกอบรม ทักษะด้านพฤติกรรมต่าง ๆ มากขึ้น (Pedlow & Carey, 2004) โดยที่ประเภทผู้ดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. ครู ในบรรดางานวิจัยที่คัดเลือกทั้งหมด ส่วนใหญ่เกินครึ่งของงานวิจัย เลือกครูเป็นผู้ดำเนินโปรแกรม โดยที่ครูเป็นบุคคลที่สำคัญที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่นในโรงเรียน รองจากพ่อแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่กล่าวว่า ครูมีอิทธิพลในการให้ความรู้ในโรงเรียน (Borgia et al., 2004; Kirby et al., 2004) การที่โปรแกรมในโรงเรียนจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคลากรในโรงเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งครูที่จะเข้าร่วมในโปรแกรม ดังนั้นการคัดเลือกและการฝึกครูจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการที่โปรแกรมจะถูกถ่ายทอดออกไปได้ตรงตามที่ต้องการ

และการคงอยู่ ดังนั้นครูต้องมีความเต็มใจในการให้ความร่วมมือในการดำเนินโปรแกรม ตลอดทั้งปีการศึกษา

2. พ่อแม่ พ่อแม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะเสี่ยงทางเพศ ทั้งด้านความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของวัยรุ่น (Dilorio, Pluher, & Belcher, 2003; Hutchinson, 2000; Hutchinson et al., 2003) จากการศึกษาของ Rink และคณะ (2007) พบว่าสัมพันธภาพใกล้ชิดกับผู้ปกครอง จะช่วยชะลออายุในการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การรับรู้เจตคติที่ดีและมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพของผู้ปกครอง จะช่วยทำนุถุ้ยการป้องกันการตั้งครรภ์และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ (Dittus & Jaccard, 2000) และการรับรู้การใช้การคุมกำเนิดจากการสอนของมารดา ช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทั้งเพศชายและหญิง ลดอัตราการตั้งครรภ์ภายใน 12 เดือนที่ติดตาม (Jaccard & Dittus, 2000) นอกจากนี้ Miller และคณะ (1999) พบว่าการสื่อสารเรื่องเพศของพ่อแม่กับวัยรุ่น จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ การอภิปรายร่วมกันเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยก่อนวัยที่มีเพศสัมพันธ์ ช่วยทำให้เกิดการใช้อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการสื่อสารเรื่องเพศของพ่อแม่ที่ให้กับวัยรุ่นนั้น ควรจัดให้มีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและการยอมรับจากวัยรุ่น ในช่วงวัยก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ ในปัจจุบันได้มีการส่งเสริมที่จะให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพศศึกษาเพิ่มมากขึ้น และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผล ในการส่งเสริมการสื่อสารพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่และวัยรุ่น ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

3. บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลชุมชน และพยาบาลในโรงเรียน พยาบาลในคลินิก แพทย์และจิตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญเพศศึกษา และเป็นทีมวิจัย ซึ่งบุคลากรสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้ความรู้ร่วมกันในการป้องกันปัญหา ในบทบาทให้บริการโดยตรงกับกลุ่มเสี่ยงในคลินิก (Pettifor et al., 2005) บทบาทการส่งเสริมสนับสนุนการให้ความรู้กับแกนนำในรับต่างๆ เช่น สอนครูและแกนนำกลุ่มเพื่อนในโรงเรียน (Larsson et al., 2006; Lui et al., 2006) รวมทั้งสอนอาสาสมัครในชุมชน (Coyle et al., 2004; Sulak et al., 2006; Wingood, et al., 2006)

4. กลุ่มเพื่อนให้ความรู้ ได้แก่ กลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน (Borgia et al., 2004; Kaljee et al., 2005; Wang et al., 2005; Zimmerman et al., 2008) เพื่อนรุ่นพี่ (Caron et al., 2004 ; Stephenson et al., 2004) และเพื่อนเพศเดียวกัน (DiClemente et al., 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพื่อนนับว่ามีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของวัยรุ่น ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่อยู่กับเพื่อนที่ใช้สารเสพติด มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น (Chen & Thompson, 2007) จากการศึกษาโดย Borgia และคณะ (2004) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมป้องกัน HIV ที่นำโดยกลุ่มเพื่อนกับโปรแกรมที่นำโดยครู ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองกลุ่ม มีการเพิ่มขึ้นของทักษะในการป้องกันโรค ความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมที่นำโดยกลุ่มเพื่อนมีความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มที่นำโดยครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ผลของการศึกษาโดย Stephenson และคณะ (2004) ยังพบว่าทั้งวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชาย มีความพึงพอใจในโปรแกรมที่นำโดยกลุ่มเพื่อนมากกว่าโปรแกรมที่นำโดยครู จากหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีเพื่อนเป็นผู้นำกิจกรรม เนื่องจากกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก จากการที่วัยรุ่นรับข้อมูลได้ง่ายจากกลุ่มพวกและภาษาเดียวกัน จึงมีแนวโน้มพฤติกรรมเลียนแบบทำตามบุคคลแบบอย่าง ใกล้เคียงกันกลุ่มเพื่อน เป็นแหล่งข้อมูลของกลุ่มวัยรุ่นเรื่องการคุมกำเนิดและข้อมูลเรื่องเพศ (Borzekowski & Rickert, 2001) การคัดเลือกเพื่อนแกนนำจากการอาสาสมัครและกลุ่มเพื่อนให้การต้อนรับ เป็นแบบตัวอย่างที่ดี น่าเชื่อถือ มีการสื่อสารและสัมพันธภาพที่ดี

จะเห็นได้ว่า ผู้นำในการดำเนินกิจกรรม มีทั้งผู้ใหญ่และกลุ่มเพื่อน โดยผู้ดำเนินการต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในทุกโปรแกรมที่ต้องมีการฝึกอบรมก่อนดำเนินการ ประสิทธิผลของโปรแกรมขึ้นกับการเตรียมผู้นำโปรแกรมให้มีความเข้าใจในตัวโปรแกรม นักวิจัยเสนอแนะว่า ควรมีการประเมินผลด้านกระบวนการอบรม ซึ่งมีความสำคัญในด้านการส่งข้อมูล โดยเฉพาะการศึกษาที่ไม่มีครูอยู่ในชั้นเรียนร่วมด้วย ต้องให้มั่นใจว่ากลุ่มเพื่อนสามารถสื่อสารได้ตรง พบว่ามีบางการศึกษาที่ประเมินการสอนของผู้ดำเนินกิจกรรมควบคู่ไปกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม

เนื้อหาของโปรแกรม (Content)

จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด เนื้อหากิจกรรมของโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ตามรายละเอียดดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมทางเพศ โดยเป็นการให้ความรู้เรื่องเพศ ทักษะเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ ดังนี้

การให้ความรู้เรื่องเพศ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ การใช้ถุงยางอนามัย การคุมกำเนิด การดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด สรีรวิทยาและพัฒนาการวัยรุ่น สุขภาพทางเพศ และเพศวิถี (Sexual health and sexuality) การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe sex)

ทักษะเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการเสริมสร้างทัศนคติ ด้านอิทธิพลกลุ่มเพื่อน การรับรู้ภาวะเสี่ยงและโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อ การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ถุงยาง

การเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจและแก้ปัญหา การปฏิเสธ สัมพันธภาพ และทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ในมิติด้านครอบครัว เพื่อน การคบเพื่อน การเป็นพ่อแม่ ทักษะส่วนบุคคล ซึ่งการสอนทักษะชีวิต ทักษะคิด และค่านิยม เพื่อนำไปสู่ความสามารถที่แท้จริง โดยทำให้บุคคลมีศักยภาพในตนเองและสังคมเพิ่มมากขึ้น รู้จักและเข้าใจตนเอง รับรู้และเข้าใจคนอื่น ยกตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Jemmott และคณะ (2001) ในการใช้โปรแกรมที่เพิ่มด้านสมรรถนะแห่งตนและการสร้างทักษะในการป้องกันและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งมีผลในการลดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อ HIV ซึ่งสอดคล้องกับ Pedlow และ Carey (2004) ที่ได้กล่าวถึง โปรแกรมที่ให้ควรรออกแบบให้มีเนื้อหาสอดคล้องตามพัฒนาการวัยรุ่น คือ พัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และสังคม กล่าวคือต้องส่งเสริมในด้านการตัดสินใจ การวางแผนและทักษะการแก้ปัญหาโดยมีความครอบคลุมถึงความสำคัญของอิทธิพลกลุ่มเพื่อนและพ่อแม่ในการมีบทบาทป้องกันหรือมีภาวะเสี่ยงด้านพฤติกรรมมากขึ้น

2. ด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 27 เรื่อง สามารถแบ่งเนื้อหาของโปรแกรมออกเป็น 2 ด้านคือ เนื้อหาที่มุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศ และเนื้อหาที่ส่งเสริมปัจจัยปกป้องเพื่อลดผลกระทบที่ตามมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

เนื้อหาที่มุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยง จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น คือ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด และ พฤติกรรมเกเร ดังนั้นในบางงานวิจัย จึงได้มีการผนวกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงอื่นที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศรวมไว้ในโปรแกรม เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Kelly et al., 2005; Jemmott et al., 2005; Wu et al., 2005) การป้องกันการใช้และขายสารเสพติด (DiClemente et al., 2004; Jemmott et al., 2005; Wu et al., 2005; Cheng et al., 2008) พิษภัยจากการสูบบุหรี่ (Wu et al., 2005) การทนต่อแรงกดดันต่อการลักขโมย การโกหก (Coyle et al., 2004)

เนื้อหาที่มุ่งเน้นส่งเสริมปัจจัยปกป้อง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นที่มีปัจจัยปกป้องจะถูกป้องกันจากปัจจัยเสี่ยงอื่นที่อยู่รอบๆตัวได้ เนื้อหาในโปรแกรมที่สร้างเสริมปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคล ตัวอย่างเช่น การสนับสนุนสมรรถนะแห่งตน ส่งเสริมการให้มุมมองทางบวกต่อตนเอง (Dilorio et al., 2006) ทักษะการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหา การสอนเทคนิคในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกอย่างเหมาะสม (Murry et al., 2007) การฝึกผ่อนคลายลดความเครียด (Dilorio et al., 2006) การวางแผนชีวิตในอนาคต (Cheng et al., 2008) การส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น การส่งเสริมด้านกีฬา กิจกรรมสร้างสรรค์และ

อบรมด้านคอมพิวเตอร์ (Pettifor et al., 2005) การทำอาหาร (Coyle et al., 2006) และการส่งเสริมการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (Caron et al., 2004 ;Wingood et al.,2006; Murry et al., 2007; Cheng et al., 2008) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ มีผลต่อวัยรุ่นในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทั้งนี้ยังพบว่า การให้ความรู้และฝึกทักษะตามพัฒนาการตามวัย และให้ก่อนที่วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมทางเพศ จะช่วยให้เพิ่มปัจจัยปกป้องเพิ่มมากขึ้น

กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม

จากผลการศึกษางานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่อง มีใช้กลยุทธ์ เหมือนกันคือ การอภิปรายกลุ่มย่อย สะท้อนความคิด วีดีโอ เกมส์ การสาธิต บทบาทสมมุติ การฝึกทักษะ การทำแบบฝึกหัด การระดมสมอง กิจกรรมสร้างทักษะ หุ่นแบบจำลอง การฟังเทป เพลง การใช้ภาษาตามกลุ่มตัวอย่าง กลยุทธ์เฉพาะ ได้แก่ การแสดงตามบทละคร (Dilorio et al., 2006) แบ่งกลุ่มย่อยร่วมคิดคำขวัญ สุภาษิต คำกลอนเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา (บุปผาสวรรค์ อุดมพินันท์, 2547) การฟังประสบการณ์ตรงจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี HIV (Coyle et al., 2004; Zimmerman et al., 2008) การใช้แบบตัวอย่างบุคคล (Coyle et al., 2006; Dilorio et al., 2006) จะเห็นว่าแนวโน้มในการใช้กลยุทธ์ในปัจจุบันที่คิดนวัตกรรมใหม่ๆ เป็นด้านการให้ความรู้ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของวัยรุ่นปัจจุบัน มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Pedlow และ Carey (2004) ในการเสนอการใช้กลยุทธ์ที่มีความหลากหลาย เพิ่มความสามารถทางความคิด สติปัญญาของวัยรุ่น

5.3 การแบ่งประเภทของโปรแกรม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 27 เรื่อง พบว่าโปรแกรมในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น สามารถจำแนกประเภทได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. โปรแกรมที่ให้ครอบคลุมทุกคน (Universal prevention program) เป็นโปรแกรมที่จัดให้สำหรับวัยรุ่นทั่วไปทั้งที่เคยและยังไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มาก่อน และไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเติบโตพัฒนาไปได้ดี โดยแนวทางการช่วยเหลือสามารถแบ่งได้หลายระดับ ตัวอย่างเช่น

โปรแกรมระดับบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้แก่วัยรุ่นตามพัฒนาการช่วงวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Wang และคณะ (2005) ในกลุ่มเยาวชนที่ยังไม่แต่งงาน อายุ 15 – 24 ปี จำนวน 1,148 คน เมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เพศศึกษา เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย พัฒนาการวัยรุ่นและการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม

โปรแกรมระดับครอบครัว ได้แก่การฝึกทักษะพ่อแม่เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศ การสื่อสารในครอบครัว การสอนเพศศึกษาแก่บุตรวัยรุ่น ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Murry และคณะ (2007) ในครอบครัวชาวอเมริกันพร้อมบุตรวัยรุ่นอายุ 11 ปี จำนวน 284 ครอบครัว เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะพ่อแม่ในการสื่อสาร เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เพิ่มเอกลักษณ์บุคคลทางบวกในด้านสัมพันธภาพ โดยการสาธิตการส่งเสริมทางอารมณ์ ส่วนเนื้อหาของโปรแกรมที่ให้แก่พ่อแม่คือ การช่วยเหลือพ่อแม่ในการเผชิญกับความเครียดที่พบในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการให้มุมมองทางบวกต่อตนเอง ส่งเสริมการสื่อสารในครอบครัว

โปรแกรมระดับโรงเรียน เน้นสัมพันธภาพกลุ่มเพื่อน อิทธิพลกลุ่มเพื่อน สัมพันธภาพต่อเพื่อน การคบเพื่อน การมีน้ำใจ การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการกับอารมณ์ การเผชิญความเครียด การสร้างทักษะชีวิต ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Zimmerman และคณะ (2008) ในนักเรียนมัธยมเกรด 9 - 11 อายุ 13 - 16 ปี จำนวน 1,944 คน จาก 17 โรงเรียนทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้กลุ่มเพื่อนแกนนำ การส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ การรับฟัง และพิจารณาเหตุผลด้านบุคคล ต่อภาวะเสี่ยงต่างๆ การต่อต้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยจากบุคคลตัวอย่าง พุดเล่าประสบการณ์ เปลี่ยนค่านิยมทางการมองหาความตื่นเต้นของวัยรุ่น ให้กลุ่มเพื่อนดำเนินกิจกรรมในการสอนและฝึกทักษะ

โปรแกรมระดับชุมชน ได้แก่การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์หลังเลิกเรียน (After school program) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Coyle และคณะ (2006) ในกลุ่มนักเรียน อายุ 14 - 18 ปี จำนวน 988 คนในชุมชนของรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เพิ่มเติมจากชั้นเรียน โดยมีอาสาสมัครให้ความรู้และมีกิจกรรมร่วมในการอภิปรายกลุ่ม การแสดงตามบทบาท เล่นเกมส์ การทำอาหาร การทำแบบฝึกหัด และการสร้างบุคลิกในการทำประโยชน์ต่อชุมชนฝึกทักษะการแก้ปัญหา การรับบริการด้านสุขภาพ การอภิปรายประโยชน์ของการเข้ามาเป็นอาสาสมัคร

2. โปรแกรมที่เลือกเฉพาะกลุ่ม (Selective prevention program) เป็นโปรแกรมที่ช่วยเหลือวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยแนวทางการช่วยเหลือสามารถแบ่งได้หลายระดับ ตัวอย่างเช่น

โปรแกรมระดับบุคคล ได้แก่การให้ความรู้แก่วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ในเรื่องการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ และการทำแท้ง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย

โปรแกรมระดับครอบครัว ได้แก่การส่งเสริมพ่อแม่ที่มีบุตรกลุ่มเสี่ยงในการสื่อสารเรื่องเพศ การสื่อสารในครอบครัว การสอนเพศศึกษาแก่บุตรวัยรุ่นการป้องกันภาวะเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ป้องกันการตั้งครรภ์ และการทำแท้ง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Dilorio และคณะ (2006) ในกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงชาวอัฟริกัน-อเมริกัน อายุ 11-14 ปีพร้อมกับมารดา จำนวน 582 คนในชุมชน เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย การฝึกมารดาในการให้ความรู้และ อภิปรายร่วมกันกับวัยรุ่น ฝึกทักษะการสื่อสาร การใช้ถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิด

โปรแกรมระดับโรงเรียน ได้แก่การฝึกให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การฝึกทักษะด้านการใช้ถุงยางอนามัย การสื่อสารกับคู่ (Partner) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Kirby และคณะ (2004) ในนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ชั้นมัธยมปลาย จำนวน 3,869 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย การฝึกทักษะการปฏิเสธ การฝึกทักษะด้าน การใช้ถุงยางอนามัย

โปรแกรมระดับชุมชน ได้แก่การจัดกิจกรรมให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยการจัดให้มีกิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติด แอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่โยงไปถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Kaljee และคณะ (2005) ในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15- 20 ปี จำนวน 480 คนในชุมชน ในประเทศเวียดนาม เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้และป้องกันสารเสพติด แอลกอฮอล์ให้กับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

3. โปรแกรมที่ระบุบุคคล (Indicated prevention program) เป็นโปรแกรมให้การช่วยเหลือวัยรุ่นที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำและลดพฤติกรรมเสี่ยงลง โปรแกรมครอบคลุมถึงการให้ความรู้และการป้องกันในคลินิกบริการ การให้คำปรึกษา ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Wingood และคณะ (2006) ในเด็กหญิงชาว อัฟริกัน-อเมริกัน ที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว อายุ 14 - 18 ปี จำนวน 1,133 คน เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้และบริการให้คำปรึกษาในคลินิก เพื่อช่วยลดอัตรา การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ คือ สืบค้น วิเคราะห์ งานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น เพื่อนำไปเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 27 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A (Randomized control trial) จำนวน 18 เรื่อง และเป็นระดับ B (Quasi experimental research) จำนวน 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 1 เรื่อง และงานวิจัยที่ศึกษาต่างประเทศ 26 เรื่อง โดยสามารถนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ และสรุปเป็นสาระสำคัญดังนี้

1. โปรแกรม ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น มี 3 วิธีคือ

1. 1 โปรแกรม ด้านพฤติกรรมทางเพศ โดยเป็นการให้ความรู้ สร้างทัศนคติ เสริมสร้างทักษะ ดังนี้

- การให้ความรู้ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรรภ์ การใช้ถุงยางอนามัย การคุมกำเนิด การดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด สรีรวิทยาและพัฒนาการวัยรุ่น สุขภาพทางเพศและเพศวิถี (Sexual health and sexuality) การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe sex)

- เสริมสร้างทัศนคติ ด้านอิทธิพลกลุ่มเพื่อน การรับรู้ภาวะเสี่ยงและโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อ การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ถุงยาง

- เสริมสร้างทักษะ ด้านการสื่อสาร การตัดสินใจและแก้ปัญหา การปฏิเสธ สัมพันธภาพและ ทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง ในมิติด้านครอบครัว เพื่อน การคบเพื่อน การเป็นพ่อแม่ ทักษะส่วนบุคคล

1.2 โปรแกรม ด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการใช้และขายสารเสพติด การสูบบุหรี่ การทนต่อแรงกดดันต่อการลักขโมย การโกหก การสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคล เช่น

สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confidence) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การส่งเสริมสัมพันธภาพ การจัดการกับอารมณ์ การฝึกผ่อนคลายลดความเครียด

1. 3 โปรแกรม ด้านพฤติกรรมอื่นๆโดยมีกิจกรรมที่มีความหลากหลายเพื่อให้เกิดความสนใจของวัยรุ่น โดยส่งเสริมทางด้านการสร้างบุคลิกในการทำประโยชน์ต่อชุมชน การให้คุณค่าทางวัฒนธรรม การส่งเสริมด้านกีฬาและกิจกรรมสร้างสรรค์ อบรมด้านคอมพิวเตอร์การทำอาหาร

2. ผลของโปรแกรม ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น สามารถเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย และระดับความรู้ เจตคติในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ชะลออายุของวัยรุ่นในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ลดอัตราการตั้งครรภ์ ลดอัตราการทำแท้ง อัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเชื้อรา ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ลดจำนวนคู่นอน และเพิ่มการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพิ่มการใช้ยาคุมกำเนิด มีทักษะที่ดีขึ้น

3. สารสำคัญขององค์ประกอบที่สำคัญของโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษา คือ กลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่มีประสบการณ์ทางเพศ เพื่อให้เกิดการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ เลือกในกลุ่มที่ย่างเข้าสู่วัยรุ่น อายุ 11- 14 ปีเป็นกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ทางเพศแล้ว เพื่อเป็นการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นกลุ่มเสี่ยง ทุกกลุ่มอายุ คือ อายุ 15 – 24 ปี ไม่จำกัดเพศ ในการจัดชั้นเรียนให้ความรู้ ควรเป็นกลุ่มอายุ วัย เพศ และเชื้อชาติ ที่ใกล้เคียงกันของกลุ่มมากที่สุด

3.2 จำนวนสมาชิก ควรมีจำนวนมากที่สุด โดยไม่น้อยกว่า 100 คน โดยการทำกลุ่มในการดำเนินการจะแบ่งเป็นกลุ่มย่อย และแบ่งกลุ่มในแต่ละกิจกรรม ในการร่วมกันอภิปรายจำนวน 6- 8 คนต่อกลุ่ม มีการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็นมากที่สุด

3.3 สถานที่ดำเนินกิจกรรม ควรมีการบูรณาการร่วมกันทั้งในระดับโรงเรียน ระดับคลินิก และระดับ Computer base โดยเฉพาะในระดับของชุมชนซึ่งอาศัยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆทั้งระดับ พ่อแม่ ครอบครัว ร่วมกับโรงเรียน กลุ่มเพื่อน และตลอดจนคลินิกในชุมชน ซึ่งมีความเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง การดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในกระบวนการเกิดขึ้น มีความสำคัญในการป้องกันที่มีความยั่งยืนที่สุด

3.4 กลยุทธ์เนื้อหากิจกรรม ควรมีการใช้ทฤษฎีในการนำกรอบแนวคิดในการช่วยเป็นแนวทางในการคิดพัฒนางานวิจัยโปรแกรมในการป้องกันต่อไปภายหน้า

ควรใช้กลยุทธ์ที่มีความหลากหลาย ในการเพิ่มความสามารถทางความคิด สถิติปัญญาของวัยรุ่น ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มย่อย สะท้อนความคิด วีดีโอ เกมส์ การสาธิต บทบาทสมมุติ การฝึกทักษะ การทำแบบฝึกหัด การระดมสมอง กิจกรรมสร้างทักษะ การแสดงตามบทละคร (Crafts) แบ่งกลุ่มย่อยร่วมคิดคำขวัญ สุภาษิต คำกลอนเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา การถ่ายทอดประสบการณ์ตรงจากผู้ติดเชื้อ HIV ใช้แบบตัวอย่างบุคคล การฟังเทป เพลง การใช้ภาษาตามวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง และควรมีการต่อเนื่องของกิจกรรมในการให้การบ้าน โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมที่บ้านกลุ่มประเทศที่ทำการศึกษาคำนึงถึงความสำคัญในการป้องกันปัญหาตามบริบทของแต่ละสังคมวัฒนธรรม โดยปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม

3. 5 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและประเมินผล ระยะเวลาที่ดีที่สุดในการดำเนินกิจกรรมถ้าเป็นโรงเรียน ควรเป็นชั่วโมงเรียนในทุกระดับชั้นและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ ก่อนเข้าสู่วัยรุ่นโดยมีจำนวนชั่วโมงไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อภาคเรียน และกลุ่มเยาวชนที่อยู่นอกสถานศึกษา กลุ่มเสี่ยงในชุมชนใช้เวลาตั้งแต่ 2- 8 ชั่วโมง / ครั้ง ในการดำเนินกิจกรรม อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ควรใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้มีความต่อเนื่อง ตามพัฒนาการของช่วงวัย ส่วนระยะเวลาในการติดตามประเมินผล จำนวนครั้งของการติดตามประเมินผล 2-3 ครั้ง คือ ก่อนให้กิจกรรม หลังให้กิจกรรม และควรเป็นการติดตามประเมินผลด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระยะยาวที่สุดเท่าที่สามารถติดตามได้ คือ 1 ปี ขึ้นไป

3.6 ผู้นำในการดำเนินกิจกรรม มีทั้งผู้ใหญ่และเพื่อนให้ความรู้ซึ่งได้แก่ ครู พ่อแม่ และกลุ่มเพื่อน โดยผู้ดำเนินการต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรม ซึ่งมีความสำคัญมากกว่าลักษณะของผู้นำ ทุกโปรแกรมมีการฝึกอบรมก่อนดำเนินการ โดยได้รับการเตรียมผู้สอนจากบุคลากรทางสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญทางเพศศึกษา ให้มีความรู้ ความเข้าใจ กรอบแนวคิดเรื่องเพศ เพศวิถี ตลอดจนทัศนคติ ที่ส่งผลต่อเรื่องเพศ และการสื่อสารเรื่องเพศ

สรุป จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 27 เรื่อง พบว่าผลของการสอนเพศศึกษา สามารถป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้ โดยส่วนใหญ่ช่วยเพิ่มความรู้ เจคติ ค่านิยม อธิพละกลุ่มเพื่อน ในการป้องกันภาวะเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงมากขึ้น จะลดอายุในการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ลดจำนวนคู่นอน เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย มีทักษะเพิ่มขึ้น ลดอัตราการเกิดโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งการนำไปใช้ต้องประยุกต์ ให้เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมแต่ละพื้นที่ และมีการเตรียมผู้ดำเนินกิจกรรมอย่างเหมาะสมในแต่ละกิจกรรม

ข้อจำกัดจากงานวิจัยที่ศึกษา

จากการศึกษาจากรายงานการศึกษาวิจัย มีข้อจำกัดในด้านการศึกษาถึงวิธีการดำเนินการ อย่างรายละเอียดในตัวโปรแกรมที่ใช้ เนื่องจากอุปสรรคที่เป็นจาก ข้อจำกัดในการตีพิมพ์ และผู้ศึกษาไม่มีงานวิจัยฉบับละเอียดทั้งหมดของการศึกษาในต่างประเทศ จึงทำให้ข้อมูลด้านวิธีการ ในบางการศึกษาไม่มีรายละเอียดที่เพียงพอ และข้อมูลที่ผู้ศึกษาเลือกเสนอที่เฉพาะที่เป็นผลในทางบวก ส่วนผลที่ออกมาทางลบไม่ได้มีการนำเสนอ ทำให้เกิดข้อขัดแย้งในการนำไปศึกษา

นอกจากนี้ข้อจำกัดในด้านของหลักจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในเด็ก เรื่องทางเพศในบางประเทศที่ต่างวัฒนธรรมยังไม่มีการนำมาพูดต่อในที่สาธารณะ ทำให้การศึกษายังไม่มีมากในบางประเทศ

6.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการให้ความรู้เพศศึกษา พบว่าสามารถนำมาใช้เป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้

6.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในคลินิก

1) สำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข มีบทบาทร่วมกับครูและพ่อแม่ในการเป็นพี่เลี้ยงให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มเพื่อน ตลอดจนอาสาสมัครต่างๆ โดยไม่จำเพาะสำหรับพยาบาลทั่วไปและพยาบาลจิตเวช แต่บุคคลทั่วไปที่จะนำแนวคิดการให้ความรู้เพศศึกษาไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยรุ่น ควรได้รับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การเลือกสอนหัวข้อและเนื้อหาที่สร้างความสะดวกใจแก่ผู้สอน มีความทันสมัย และการสร้างบรรยากาศที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ไม่น่าเบื่อ มีความท้าทายต่อความสนใจของวัยรุ่น

2) ควรนำแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นไปศึกษานำร่อง ก่อนนำไปปรับประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง และควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของแนวคิดที่ได้ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปประกอบเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

6.2.2 ข้อเสนอแนะในด้านการศึกษา

1) ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายประเทศ ที่ควรให้ความสำคัญต่อปัญหา และสนับสนุนให้มีการดำเนินอย่างครอบคลุมในวัยรุ่นทุกกลุ่มวัยทั่วประเทศ โดยตั้ง เป็นนโยบายสาธารณะระดับประเทศ ที่มีหลายหน่วยงานทั้งการศึกษาและสาธารณสุข ตลอดจน ด้านสังคม

วัฒนธรรม สื่อต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มวัยรุ่นในยุคปัจจุบันมากที่สุด ได้มีส่วนร่วม และร่วมมือกัน อย่างจริงจังในการแก้ปัญหา

2) ควรนำไปพัฒนาเป็นหลักสูตรการสอนทั้งในระดับของ หลักสูตรการสอนในสาขาการพยาบาล และหลักสูตรการสอนให้ครูผู้สอน และการเตรียมพ่อแม่วัยรุ่น ตลอดจน การสอนโดยตรงกับวัยรุ่นในคลินิก

6.2.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาในระดับต่างๆ เพิ่มขึ้นในประเทศไทย นอกจากในโรงเรียน ควรเพิ่มในระดับพ่อแม่ กลุ่มเพื่อน ชุมชนและสื่อ Internet ที่ส่งผลกับวัยรุ่นในปัจจุบันให้มีเนื้อหาที่ ทันสมัย ดึงดูดความสนใจ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางเพศแก่เยาวชน

2) สำหรับประเทศไทย ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาทางด้านประสิทธิผล ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ก่อนข้างน้อย ซึ่งพบจากการศึกษาใน วิทยานิพนธ์ส่วนใหญ่ ควรทำการศึกษา และเพิ่มระดับเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพเป็นหลักฐานเชิง ประจักษ์ระดับ A ให้มากขึ้น

3) โปรแกรมที่มีการดำเนินการ ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม และ นำไปเผยแพร่ให้ทราบความก้าวหน้า และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมไทย เนื้อหากิจกรรมอื่นๆ ที่ใช้ร่วมกับโปรแกรม การส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เช่น ในด้าน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4) การวัดผลลัพธ์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ควรมีการวัดผลลัพธ์ ทางด้านร่างกายเพื่อติดตามผลของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ นอกเหนือจากการวัดจากแบบสอบถาม เพียงอย่างเดียว

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น
A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SEXUAL RISK BEHAVIOR PREVENTION
AND REDUCTION PROGRAMS IN ADOLESCENTS

ภาวิตา รัตนพันธ์ 4836255 RAMH/M

พย. ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพัฒนาการทางเพศที่เปลี่ยนแปลง ร่างกายจะสร้างฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่การมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ มีความสนใจต่อตนเองและเพศตรงข้าม เริ่มมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเพศในรูปแบบต่างๆที่จะนำไปสู่การมีชีวิตร่วมเพศ และการสร้างครอบครัวต่อไปในอนาคต (Erikson, 1986) จากข้อมูลของ Youth Risk Behavior Survey ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2003 พบว่า ร้อยละ 47 ของนักเรียนมัธยมปลายมีเพศสัมพันธ์แล้ว การศึกษาในต่างประเทศของ Villarruel และคณะ (2007) พบว่าวัยรุ่นชาวลาตินอเมริกันมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี 6 เดือน ส่วนในประเทศไทย จากรายงานสถิติของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งได้มีการสำรวจพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นไทยโดยเฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550) และมีการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้น (ศิริยุพานันสนานนท์, 2549) จากการสำรวจของเอแบคในปี พ.ศ. 2545, 2547 และ 2548 พบว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสูงขึ้น โดยเฉพาะในเด็กมัธยมปลาย มีอัตราเพิ่มสูงกว่าเด็กที่ศึกษาสายอาชีพ และวัยรุ่นหญิงมีอัตราเพิ่มสูงกว่าวัยรุ่นชาย (สุวิมล เหลืองคำนสกุล, 2549) จากข้อมูลสถิติที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น นำมาซึ่งผลเสียที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง และการติดเชื้อทาง

เพศสัมพันธ์ ในปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น จากรายงานของกรมอนามัย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นถึงร้อยละ 28.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ในวัยรุ่น พบถึงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด รายงานโดยสำนักโรคระบาดเมื่อธันวาคม ปี 2550 พบว่าในส่วนของวัยรุ่นที่เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ อายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นและพบว่าวัยรุ่นหญิงเป็นผู้ป่วยเอดส์มีอัตราสูงกว่าวัยรุ่นชาย 2 เท่า (สำนักโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค, 2550)

การวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยแบ่งเป็น ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ ปัจจัยด้านเพศและอายุ วัยรุ่นชายมักเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วกว่าวัยรุ่นหญิง (Kerry et al., 2004; ทวีวรรณ ชาลีเครือ, 2541) จากการศึกษาของ Manlove, Terry-Humen และ Ikramullah (2006) พบว่า วัยรุ่นชายและหญิงที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง มีแนวโน้มที่จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คือเมื่ออายุ 14 ปีมากขึ้น เจตคติและความรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์นับว่า เป็นปัจจัยหนึ่งในการที่จะทำนายการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Rock, Ireland, Resnick & McNeely, 2005) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวนับเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น Gilliam และคณะ (2007) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นและผู้ปกครองในครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ มีผลทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ช้ากว่า นอกจากนี้การพูดคุยอย่างเปิดเผยถึงเรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ มีความสำคัญในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Weiss, 2007) ส่วนปัจจัยด้านสังคม ซึ่งได้แก่กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์และความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ (Sieving, Eisenberg, Pettingell & Skay, 2006) และการไม่ปฏิบัติตามแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนทำให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (Buhi & Goodson, 2007) ปัจจัยด้านสื่อ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เพราะสื่อเข้าถึงวัยรุ่นได้ง่าย โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ (Bertrand, et al., 2006) ในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นมีการค้นคว้าหาความรู้ทาง Internet เพิ่มมากขึ้น และเนื้อหาทางเพศ เป็นหัวข้อหนึ่งที่ติดอันดับ หัวข้อที่วัยรุ่นนิยมค้นหาคำตอบ Online (Wingood et al., 2003) หัวข้อที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมทางเพศ ในเพศหญิงมีหัวข้อเฉพาะที่พบมากที่สุด คือ การคุมกำเนิด การกระทำการรุนแรงทางร่างกาย และทางเพศ (Borzechowski & Rickert, 2001) ส่วนปัจจัยปกป้องที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง ได้แก่การที่วัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ โดยจะช่วยให้วัยรุ่นปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ตลอดจนยังช่วยให้วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีในการใช้ถุงยางอนามัยอีกด้วย (Donna, et al., 2003)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ นำมาซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่ามีผู้ทำการศึกษาเพื่อที่จะรวบรวมงานวิจัยดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะๆ สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีการรวบรวมแนวคิด วิเคราะห์ การให้ความรู้และการฝึกทักษะ เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตให้กับผู้รับบริการตามกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ การศึกษางานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น เพื่อนำมาเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ในการสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น โดยมีการสรุปผลในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับ องค์ประกอบสำคัญของการศึกษา (ได้แก่กลุ่มประชากรที่สนใจ รูปแบบงานวิจัย ทฤษฎีที่ใช้ และการวัดผลลัพธ์) และลักษณะของโปรแกรม (ได้แก่ ระยะเวลาและความเข้มข้นของโปรแกรม ผู้ดำเนินโปรแกรม เนื้อหาโปรแกรม และกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อให้แนวคิดในการประยุกต์ใช้ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นประเทศไทย

นิยามศัพท์

วัยรุ่น หมายถึง บุคคลเพศชาย หญิงที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี เป็นวัยมีการพัฒนาทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม มีการเปลี่ยนจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่จากภาวะที่ต้องพึ่งพามุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง (WHO, 1999) ในการศึกษานี้กำหนดอายุของวัยรุ่นคือตั้งแต่อายุ 9- 24 ปี ตามช่วงอายุในรูปแบบที่มีการนำวัยรุ่นเข้าร่วมโปรแกรมในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติทางเพศที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและปัญหาทางสังคม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยและไม่คุมกำเนิด การดื่มสุราหรือยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีคู่นอนหลายคน (จันทิชาติ พุกยานนท์, 2538)

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methodology)

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา วิเคราะห์ผล และประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น นำมาเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. การสืบค้น ได้ทำการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ MULINET , PUBMED, OVID ,Science Direct, CINAHL, Blackwell Synergy และ Cochrane Library ตั้งแต่ ปี 2004 -2008 คำสำคัญ (key words) ที่ใช้ในการสืบค้นหลักงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ “adolescents” “teenager” “puberty” “youth” “prevention” “pregnant” “Sexually transmitted disease / STD” “Sexually transmitted infection / STI” “HIV” “sexual risk reduction” งานวิจัยภาษาไทยมาจากฐานข้อมูล ของมหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้คำสำคัญ เดียวกับข้างต้น

2. การคัดเลือกงานวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยคือ (1) เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อที่จะประเมินผลของโปรแกรมด้านพฤติกรรม ในการที่จะป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (2) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2551 (ค.ศ. 2004- 2008) (3) เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาชัดเจน ระบุข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรม และเป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลอง (4) เป็นงานวิจัยที่สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็มได้ (full text) โดยในการศึกษานี้ มีจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่อง ที่มีลักษณะตามเกณฑ์

3. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ นำงานวิจัยที่ได้มาทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ในประเด็นดังต่อไปนี้

องค์ประกอบสำคัญของการศึกษา

- กลุ่มประชากรที่สนใจ
- รูปแบบงานวิจัย
- ทฤษฎีที่ใช้
- การวัดผลลัพธ์

ลักษณะของโปรแกรม

- ระยะเวลา (Duration) และความเข้มข้น (Intensity) ของโปรแกรม
- ผู้ดำเนินโปรแกรม (Facilitators)
- เนื้อหาโปรแกรม (Content)
- กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม (Intervention Strategies)

ข้อสรุปเพื่อนำไปใช้ (Implication)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ องค์ประกอบสำคัญของการศึกษา และ ลักษณะของโปรแกรม

องค์ประกอบสำคัญของการศึกษา

กลุ่มประชากรที่สนใจ

ในบรรดาการศึกษาทั้งหมด 27 เรื่อง พบว่ามีความแตกต่างกันของช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการศึกษาในอายุน้อยที่สุดคือ ช่วงก่อนเข้าสู่วัยรุ่นคืออายุ 9 ปี เช่น โปรแกรม The Protection Express (Caron et al., 2004) กลุ่มเข้าสู่วัยรุ่นมีอายุ 11- 15 ปี และโปรแกรมในกลุ่มเยาวชนมีอายุตั้งแต่ 15 – 24 ปี เช่น โปรแกรม Love life NAFCI (Pettifor et al. , 2005) โดยส่วนใหญ่ อายุของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในช่วง 14 – 18 ปี การศึกษาที่เฉพาะในเพศหญิงอย่างเดียว มีจำนวน 4 เรื่อง การศึกษาที่มุ่งเน้นในกลุ่มเสี่ยงเป็นวัยรุ่นชาวแอฟริกันอเมริกันจำนวน 5 เรื่อง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์แล้ว จำนวน 6 เรื่อง

รูปแบบงานวิจัย

ในบรรดาการศึกษาทั้งหมด 27 เรื่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่จำนวนน้อยที่สุดคือ 37 คน (บุปผาสวรรค์ อุดมพีชน์, 2547) จนถึงจำนวนมากที่สุดคือ 24,550 คน (Sulak et al., 2006) โดยมีการศึกษาจำนวน 19 เรื่อง ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 500 คน การสุ่มเลือกโดยส่วนใหญ่ใช้สุ่มแบบเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ มีจำนวนการศึกษาระดับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (Randomized Control Trial; RCT) จำนวน 18 เรื่อง และเป็น การศึกษาระดับกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) จำนวน 9 เรื่อง สถานที่ดำเนินการศึกษา โดยส่วนใหญ่จัดขึ้นที่โรงเรียนจำนวน 18 เรื่อง ในชุมชนทั้งหมดจำนวน 12 เรื่อง (โดยแบ่งเป็นที่ ศูนย์เยาวชน จำนวน 2 เรื่อง ที่คลินิก จำนวน 3 เรื่อง และที่ชุมชนจำนวน 7 เรื่อง) และจัดรวมกันทั้ง ที่โรงเรียน และชุมชน และคลินิก จำนวน 2 เรื่อง จำนวนครั้งในการติดตามประเมินผล ส่วนใหญ่ วัดประเมิน ผล 2 ครั้งคือ ก่อนให้กิจกรรมและสิ้นสุดกิจกรรม ซึ่งมีระยะเวลาประเมินผลสั้นที่สุด 4 สัปดาห์และการติดตามผลระยะยาวที่สุด 4 ปี 6 เดือน มีการศึกษาจำนวน 21 เรื่อง ที่มีการติดตาม ประเมิน ผลหลังจาก 12 เดือนหลังให้กิจกรรม และมีการศึกษา 6 เรื่องที่ติดตามประเมินผลน้อยกว่า 1 ปี

ทฤษฎีที่ใช้

จากผลการศึกษาทั้งหมด 27 เรื่อง พบว่า ส่วนใหญ่พบว่ามีการใช้ทฤษฎีอ้างอิงเป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีที่ใช้มากที่สุดคือทฤษฎี Social Cognitive Theory มีจำนวน 11 เรื่อง รองลงมาเป็นทฤษฎี Social Learning theory มีจำนวน 5 เรื่อง และทฤษฎี Cognitive Behavior Theory มีจำนวน 3 เรื่อง และทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่ Theory of Reasoned Action, Theory of Behavior Change, Rational Model of Decision Making, Socio- Psychological and Sociological theory, Problem Behavior theory นอกจากนี้มีการศึกษาที่ไม่ได้กล่าวถึงทฤษฎี จำนวน 5 เรื่อง

การวัดผลลัพธ์

จากการวิเคราะห์ผลศึกษางานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่อง พบว่าการวัดผลลัพธ์ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ การวัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมทางเพศ (Sexual behavior) และ การวัดผลลัพธ์ของตัวแปรที่ส่งผลทางพฤติกรรม (Mediator) พฤติกรรมทางเพศที่วัดผลตามกลุ่มตัวอย่าง โดยที่ในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ทางเพศมาก่อน ตัวแปรที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การชะลอการมีเพศสัมพันธ์ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และในกลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศแล้ว ตัวแปรที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ จำนวนคู่นอน การใช้ปากหรือทวารหนักในการร่วมเพศ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของคู่นอน ส่วนการวัดผลลัพธ์ของตัวแปรที่ส่งผลทางพฤติกรรม (Mediator) ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) บรรทัดฐานของสังคม (social norm) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ความเชื่อส่วนบุคคล (Personal normative beliefs) และความรู้ เจตคติและทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสารกับคู่นอน การสื่อสารในครอบครัว ส่วนใหญ่ผลลัพธ์ที่วัดมากที่สุดคือ ความรู้ เจตคติด้านการป้องกันเชื้อเอชไอวี (15 เรื่อง) รองลงมาการใช้ถุงยางอนามัย (13 เรื่อง) และอัตราการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้ป้องกัน (8 เรื่อง) ระยะเวลาการวัดมีความหลากหลายในการศึกษาที่นำมาเป็นกรอบเวลาที่วัดผลลัพธ์พฤติกรรม ได้แก่ การวัดตลอดชีวิต (Life time) 12 เดือน 6 เดือน 3 เดือน 1 เดือน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การศึกษาส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการวัดหลากหลายขึ้นกับตัวแปรที่ศึกษา แต่มีในบางการศึกษาไม่ได้รายงานช่วงระยะเวลาของพฤติกรรมที่ต้องการจะวัด

ลักษณะของโปรแกรม

ระยะเวลา (Duration) และความเข้มข้น (Intensity) ของโปรแกรม

จากผลการวิเคราะห์การศึกษางานวิจัย ทั้งหมด 27 เรื่องพบว่า จำนวนครั้งของโปรแกรม ตั้งแต่ระยะสั้นที่สุดคือจำนวน 1 ครั้ง ถึงระยะยาวที่สุดคือจำนวน 20 ครั้ง จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยของการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ 7 ครั้ง งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้งขึ้นไป ในบางการศึกษาโดยเฉพาะที่ทำในชุมชน ใช้เวลานานประมาณ 7 – 8 ชั่วโมงต่อครั้ง ในด้านความถี่ของโปรแกรมอยู่ในช่วง 6 ครั้งใน 1 สัปดาห์ จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยของการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ในด้านช่วงเวลาดำเนินการของโปรแกรมเริ่มตั้งแต่ 2 สัปดาห์จนถึง 3 ปี จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยของการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 ปี

ผู้ดำเนินโปรแกรม (Facilitators)

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 27 เรื่อง พบว่า ผู้ดำเนินกิจกรรม คือ ผู้ที่ผ่านการอบรมและเตรียมในการสอนในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม โดยส่วนใหญ่ผู้ดำเนินกิจกรรมจะเป็นผู้ใหญ่ จำนวน 20 เรื่อง และกลุ่มเพื่อนจำนวน 7 เรื่อง ซึ่งผู้ดำเนินกิจกรรมที่เป็นผู้ใหญ่ประกอบด้วย ครูแกนนำ มีจำนวน 7 เรื่อง พ่อแม่ มีจำนวน 3 เรื่อง บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ผู้วิจัย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข มีจำนวน 9 เรื่อง อาสาสมัครผู้ใหญ่แกนนำ มี 2 เรื่อง และในกลุ่มเพื่อนแกนนำได้แก่ กลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน จำนวน 4 เรื่อง กลุ่มเพื่อนรุ่นพี่ มีจำนวน 2 เรื่อง กลุ่มเพื่อนเพศเดียวกัน มีจำนวน 1 เรื่อง

เนื้อหาโปรแกรม (Content)

เนื้อหาที่ใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย 2 ด้านตามลักษณะพฤติกรรม คือ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมอื่นร่วมด้วย ตามรายละเอียดดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมทางเพศ โดยเป็นการให้ความรู้ สร้างทัศนคติ เสริมสร้างทักษะ ดังนี้

การให้ความรู้เรื่องเพศ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการให้ความรู้ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ การใช้ถุงยางอนามัย การคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิดและใช้สารเสพติด สรีรวิทยาและพัฒนาการวัยรุ่น สุขภาพทางเพศและเพศวิถี การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการเสริมสร้างทัศนคติ ด้านอิทธิพลกลุ่มเพื่อน การรับรู้ภาวะเสี่ยงและโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อ การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้อย่าง

การเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่มีการเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจและแก้ปัญหา การปฏิเสธ

สัมพันธภาพ และทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ในมิติด้านครอบครัว เพื่อน การคบเพื่อน การเป็นพ่อแม่ ทักษะส่วนบุคคล ซึ่งการสอนทักษะชีวิต ทักษะคิด และค่านิยม เพื่อนำไปสู่ความสามารถที่แท้จริง โดยทำให้บุคคลมีศักยภาพในตนเองและสังคมเพิ่มมากขึ้น รู้จักและเข้าใจตนเอง รับรู้และเข้าใจคนอื่น

2. ด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 27 เรื่อง สามารถแบ่งเนื้อหาของโปรแกรมออกเป็น 2 ด้านคือ เนื้อหาที่มุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศ และส่งเสริมปัจจัยปกป้องเพื่อลดผลกระทบที่ตามมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

เนื้อหาที่มุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงอื่นที่เกิดขึ้นร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการใช้และขายสารเสพติด การสูบบุหรี่ การทนต่อแรงกดดันต่อการลักขโมย การโกหก

เนื้อหาที่มุ่งเน้นส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เนื้อหาที่สร้างเสริมปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคล ตัวอย่างเช่น การสนับสนุนสมรรถนะแห่งตน ส่งเสริมการให้มุมมองทางบวกต่อตนเอง ทักษะการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหา การสอนเทคนิคในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกลักษณะเหมาะสม การฝึกผ่อนคลายลดความเครียด การวางแผนชีวิตในอนาคต การส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น การส่งเสริมด้านกีฬาและกิจกรรมสร้างสรรค์ อบรมด้านคอมพิวเตอร์ การทำอาหาร และการส่งเสริมการสื่อสารในครอบครัว เป็นต้น

กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม (Intervention Strategies)

จากผลการศึกษางานวิจัยทั้งหมด 27 เรื่อง ส่วนใหญ่เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มย่อย สะท้อนความคิด วิดีโอ เกมส์ การสาธิต บทบาทสมมุติ การฝึกทักษะ การทำแบบฝึกหัด การระดมสมอง กิจกรรมเสริมสร้างทักษะ นอกจากนี้ยังมีความหลากหลายในกลยุทธ์ที่ใช้ ตัวอย่างเช่น โปรแกรม *Keep in' It R.E.A.L.* มีการแสดงตามบทละคร (Dilocio et al., 2006) โปรแกรม *All4you* ใช้แบบตัวอย่างบุคคล (Coyle et al., 2006) โปรแกรม *Reducing the Risk* เป็นการฟังประสบการณ์ตรงจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Zimmerman et al., 2008) โปรแกรมการเตรียมการสอนเรื่องเพศศึกษา ให้ร่วมคิดคำขวัญ สุภาษิต คำกลอนเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา (บุปผาสวรรค์ อุดมพินันท์, 2547)

ข้อสรุปเพื่อนำไปใช้ (Implication)

จากผลการศึกษาการให้ความรู้เพศศึกษา พบว่าสามารถนำมาใช้เป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในคลินิก

1.1) สำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข มีบทบาทร่วมกับครูและพ่อแม่ในการเป็นพี่เลี้ยงให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มเพื่อน ตลอดจนอาสาสมัครต่างๆ โดยไม่จำเพาะสำหรับพยาบาลทั่วไปและพยาบาลจิตเวช แต่บุคคลทั่วไปที่จะนำแนวคิดการให้ความรู้เพศศึกษาไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยรุ่น ควรได้รับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การเลือกสอนหัวข้อและเนื้อหาที่สร้างความสะดวกใจแก่ผู้สอน มีความทันสมัย และการสร้างบรรยากาศที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ไม่น่าเบื่อ มีความท้าทายต่อความสนใจของวัยรุ่น

1.2) ควรนำแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นไปศึกษานำร่อง ก่อนนำไปปรับประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง และควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของแนวคิดที่ได้ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปประกอบเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ข้อเสนอแนะในด้านการศึกษา

2.1) ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายประเทศ ที่ควรให้ความสำคัญต่อปัญหา และสนับสนุนให้มีการดำเนินอย่างครอบคลุมในวัยรุ่นทุกกลุ่มวัยทั่วประเทศ โดยตั้ง เป็นนโยบายสาธารณะระดับประเทศ ที่มีหลายหน่วยงานทั้งการศึกษาและสาธารณสุข ตลอดจน ด้านสังคม วัฒนธรรม สื่อต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มวัยรุ่นในยุคปัจจุบันมากที่สุด ได้มีส่วนร่วม และร่วมมือกันอย่างจริงจังในการแก้ปัญหา

2.2) ควรนำไปพัฒนาเป็นหลักสูตรการสอนทั้งในระดับของ หลักสูตรการสอนในสาขาการพยาบาล และหลักสูตรการสอนให้ครูผู้สอน และการเตรียมพ่อแม่วัยรุ่น ตลอดจน การสอนโดยตรงกับวัยรุ่นในคลินิก

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.1) ควรมีการศึกษาในระดับต่างๆเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย นอกจากในโรงเรียน ควรเพิ่มในระดับพ่อแม่ กลุ่มเพื่อน ชุมชนและสื่อ Internet ที่ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นในปัจจุบันให้มีเนื้อหาที่ทันสมัย ดึงดูดความสนใจ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางเพศแก่เยาวชน

3.2) สำหรับประเทศไทย ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาทางด้าน ประสิทธิภาพในการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ก่อนข้างน้อย ซึ่งพบจากการศึกษาในวิทยานิพนธ์ส่วนใหญ่ ควรทำการศึกษา และเพิ่มระดับเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ A ให้มากขึ้น

3.3) โปรแกรมที่มีการดำเนินการ ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม และนำไปเผยแพร่ให้ทราบความก้าวหน้า และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมไทย เนื้อหากิจกรรมอื่นๆที่ใช้ร่วมกับโปรแกรม การส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เช่นในด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล



A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SEXUAL RISK BEHAVIOR PREVENTION AND REDUCTION PROGRAMS IN ADOLESCENTS

PAVITA RATTANAPAN 4836255 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

INTRODUCTION

Adolescents undergo drastic changes physically and psychologically, especially sexual development. During this period, the body produces sexual hormones, which causes rapid physical changes, which makes adolescents enter sexually developed state. Generally, adolescents begin to develop interest in themselves and the opposite sex, and they learn to establish different forms of sexual relationships which will eventually lead to marriage and family life in the future (Erikson, 1986). The Youth Risk Behavior Survey conducted in the United States in 2003 has shown that 47% of high school students already have sexual relationships. In addition, Villarruel et al. (2007) have found that Latin Americans first have sexual intercourse when they are 13 years and six months old. In Thailand, the Health Promotion Fund (B.E. 2550) has reported that Thai adolescents have their first sexual intercourse when they are about 16 years old on average, and they are more likely to accept premarital sex (Siriyupa Nansunanon, B.E. 2549). Moreover, the ABAC Polls conducted in 2002, 2004, and 2005 have revealed that the prevalence of sexual intercourse in adolescents tend to increase, especially among high school students when compared to vocational school students and among female adolescents when compared to male adolescents (Suwimol Laungdansakul, B.E. 2549). Thus, it can be

concluded that the rate of sexual intercourse has the tendency to increase among Thai adolescents.

Sexually risky behaviors generally lead to negative effects on adolescents' physical, psychological, and social well-being such as unwanted pregnancy, abortion, and sexually transmitted diseases. At present, the prevalence of sexually transmitted diseases tends to increase especially among adolescents. According to the Department of Health, adolescents account for 28.7% of patients with sexually transmitted diseases, and adolescents make up 15% of the patients suffering from AIDS. The Office of Epidemics has reported that in 2007, adolescents aged 15 to 24 years constitute a large proportion of newly diagnosed cases of HIV infection, and it has been found that the prevalence of AIDS is twice higher in female adolescents than in male adolescents (AIDS Office, Department of Disease Control, B.E. 2550).

Research conducted both in Thailand and abroad has indicated that there are different factors that influence risk behaviors of individuals. Personal factors include gender and age, as male adolescents tend to have sexual relationships sooner than female adolescents (Kerry et al., 2004; Taweewan Chaliekru, B.E. 2541). Manlove, Terry-Humen, and Ikramullah (2004) carried out a study with male and female adolescents who did not live with their parents and discovered that these adolescents began to have a sexual relationship when they were 14 years old. Furthermore, attitudes and knowledge of sexual relationships are considered factors that could predict individuals' risk behaviors (Rock, Ireland, Resnick, & McNeely, 2005), while the family factor is also an important factor that affects sexual behaviors among adolescents (Gilliam, Berline, Kozlosky, Hernandez, & Grundy, 2007). Previous studies have shown that relationship between adolescents and parents affects sexual behaviors as adolescents who live with both parents tend to have a sexual relationship later. Moreover, open discussion about sex between parents and adolescents have a favorable effect on adolescents' practice of safe sex (Weiss, 2007). Besides, social factors also play an important role as peer groups have been found to affect sexual relationships and risk of pregnancy among adolescents (Sieving, Eisenberg, Pettingell, & Skay, 2006), and defiance against peer pressure can also reduce risk behaviors (Buhi & Goodson, 2007). Finally, media factors are also found to be a significant factor that has an effect on risk behaviors of adolescents. This is

because media is easily accessible to adolescents, especially television (Bertrand et al., 2006). It can also be seen that at present adolescents like to search for knowledge from the Internet, and sex-related topics are among the most popular topics for online search of adolescents (Wingood et al., 2003). The topics that are frequently searched by adolescents include sexually transmitted diseases and sexual behaviors for male adolescents and birth control and physical and sexual assaults for female adolescents (Borzehowski & Rickett, 2001). According to Donna, Gina, and Ralph et al. (2003), adolescents who regularly attend religious services are more likely to reject unsafe sex and have a more positive attitude toward the use of condoms.

A review of literature has suggested that in Thailand, there is no study that has been conducted to compile, analyze, and synthesize concepts to disseminate knowledge and skill practice to prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents. As a result, the research, as a psychiatric nurse who has direct responsibility to promote mental health and prevent mental health problems of adolescents, a major risk group, is interested in compiling, analyzing, and synthesizing existing research on prevention and reduction of sexual risk behaviors among adolescents to develop an evidence-based clinical nursing practice guideline to more effectively prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents.

Objectives of the Study

1. To systematically review research on prevention and reduction of sexual risk behaviors among adolescents.
2. To analyze results and other issues related to prevention and reduction of sexual risk behaviors among adolescents including the following:
 - 2.1 Key features of studies including population of interest, study design, theory, and outcome measures
 - 2.2 Components of a program to prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents including duration and intensity of program, facilitators, program content, and intervention strategies.

Expected Outcomes and Benefits

To develop an evidence-based clinical nursing practice guideline to more effectively prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents.

Definition of Terms

Adolescents refer to male and female individuals who are ranged in age from 10 to 24 years who have physical, intellectual, emotional, and social developments that make them change from children to adults and from being dependent on other family members to being independent and self-reliant. The adolescents' age is determined in accordance with developmental psychiatry and implication patterns to prevent and reduce sexual risk behaviors.

Sexual risk behaviors refer to sexual conducts that result in adverse effects on physical well-being and lead to social problems such as premature sex, unprotected sex, use of alcohol or drugs before having a sexual intercourse, or having multiple sexual partners or promiscuity.

Research Methodology

The present review of literature aimed at studying and analyzing research findings and issues related to prevention and reduction of sexual risk behaviors among adolescents to synthesize and develop a clinical nursing practice guideline. The methodology used in the analysis and synthesis was as follows:

1. Search: Research was searched from a total of eight health and nursing databases including CINAHL, High wire, Ovid, and PubMed, with the keywords used in the search including adolescents, sexual risk behaviors, HIV/STD/STIs, pregnancy, and prevention programs. In addition, a manual search of various journals was conducted.

2. Selection: The selection criteria were as follows: 1) They were research studies which aimed at assessing the programs to prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents; 2) They were published between 2004 and 2008; 3) They were experimental or quasi-experimental research studies which had clear objectives and the programs were clearly specified; and 4) They were research studies

whose full text was accessible. In the present study, there were altogether 27 research studies which met the selection criteria.

3. Analysis and synthesis: The selected research studies were analyzed and synthesized in the following topics:

Major components of the studies

- Interested populations
- Research designs
- Theoretical frameworks
- Assessment of outcomes

Characteristics of the programs

- Duration and intensity of the programs
- Facilitators
- Contents
- Intervention strategies

Implications of the findings

Findings

The findings can be divided into two major issues: major components of the selected studies and characteristics of the programs.

Major components of the studies

Interested populations

Of the selected 27 studies, there was a discrepancy in the ages of the study samples. The youngest age of the sample was nine years old, before they entered adolescence, such as the Protection Express Program (Caron et al., 2004). Other studies included the subjects who were between 11 and 15 years old, or those who were as old as 15 to 24 years old such as the Love Life NAFCI Program (Pettifor et al., 2005). In brief, most of the subjects ranged in age from 14 to 18 years old. In addition, there were four studies which were conducted with only female subjects, five studies which were carried out with African-American adolescents, and six studies which were done with risk groups of adolescents who had had sexual intercourses.

Research designs

Of the 27 studies, the smallest sample size was 37 subjects (Buphasawan Udompuech, B.E. 2547), while the largest sample size was 24,550 subjects (Sulak et al., 2006). There were 19 studies with the sample size larger than 500 subjects. Most of the studies recruited their subjects by means of convenience sampling. Furthermore, in terms of research design, there were 18 randomized control trials, and nine quasi-experimental research studies. As regards research settings, 18 studies were conducted at schools, 12 studies were carried out in a community, with two studies conducted at a youth center, three at a clinic, and seven in a community, and two studies were done at schools, communities, and clinics. As for assessment of outcomes, most of the studies involved two assessments of outcomes—before and after the implementation of the programs, with the shortest interval of four weeks and the longest interval of four years and six months. Furthermore, there were 21 studies with a follow-up conducted 12 months after program implementation and six studies with a follow-up within one year after program implementation.

Theoretical frameworks

Of the 27 studies selected in this study, 11 studies used the social cognitive theory as their conceptual framework, five studies employed the social learning theory, and three studies utilized the cognitive behavior theory. Other theories employed in the studies included theory of reasoned action, theory of behavioral changes, rational model of decision making, socio-psychological and sociological theory, and problem behavior theory. It is worth noting that there were five studies which did not mention their theoretical framework.

Assessment of outcomes

An analysis of the selected 27 studies revealed that the outcomes of prevention and reduction of sexual risk behaviors could be divided into two categories of sexual behavior and mediator. The variables used in the assessment of sexual behaviors among the subjects who had never had sexual experience were sexual abstinence and age at which they had their first sexual intercourse. On the other hand, the variables used in the assessment of sexual behaviors among the subjects who

already had sexual experience were use of condoms, use of contraceptives, frequency of sexual intercourses, rate of teenage pregnancy, sexually transmitted diseases, HIV infection/AIDS, or sexual risk behaviors such as number of sexual partners, practice of oral sex or anal sex, and perceived risks of sexual partners. On the other hand, the variables used in the assessment of the mediator among the subjects included self-esteem, self-efficacy, social norm, perceived behavioral control, personal normative belief, and knowledge, attitudes, and skills such as communication with sexual partners and family communication. The factors which were most commonly assessed were attitudes toward HIV prevention (15 studies), use of condoms (13 studies), and practice of unsafe or unprotected sex (eight studies). In addition, the durations used as a timeframe in assessing the behavioral outcomes varied among studies, ranging from one month, three months, six months, 12 months, to lifetime, or the last time the subjects had a sexual intercourse or the first time they had a sexual intercourse. Most of the studies used different durations depending on the study variables. However, some studies did not mention the duration of the behaviors they assessed.

Characteristics of the programs

Duration and intensity of the programs

Of the 27 studies, the lowest frequency of the program was one time, while the highest frequency was 20 times, with the mean frequency of seven times. Most of the programs were implemented for at least two hours per session. In some studies, the programs implemented in the community lasted as long as seven to eight hours per time. In terms of intensity, most of the programs were implemented once a week, and the duration of program implementation ranged from two weeks to three years, with mean of one year.

Facilitators

The analysis showed that facilitators were those who had undergone training and prepared the contents related to the programs. In 20 studies, the facilitators were adults, but the facilitators were peer groups in the other seven studies. Of the adult facilitators, seven studies had teachers as facilitators, three studies had parents as facilitators, nine studies had healthcare team members including researchers, nurses, or public health officers as facilitators, and two studies had adult

volunteers as facilitators. As for the studies with peer group facilitators, four studies had facilitators who were at the same age as the subjects, two studies had facilitators who were seniors, and one study had facilitators who had the same sex as the subjects.

Contents

The contents of the programs could be divided into three aspects—sexual behaviors, behaviors affecting sexual behaviors, and other behaviors, which could be explained below.

1. Sexual behaviors

The programs aimed at providing knowledge and promoting attitudes and skills as follows:

Dissemination of knowledge about sex

The analysis revealed that most of the studies offered knowledge on prevention of HIV infection, sexually transmitted diseases, pregnancy, use of condoms, birth control, alcohol and drug abuse, physiology and development of adolescents, sexual health and sexual conducts, and safe sex.

Attitudes toward sexual intercourse

It was discovered that most of the studies promoted attitudes, peer influence, perceived risks, chances of infection, and perceived barriers to use of condoms.

Promotion of sexual relationship skills

Most of the studies promoted communication skills, decision making skills, problem solving skills, and interpersonal skills related to family, friends, parenting, and personal skills including life skills, attitudes, and values leading to an increase in adolescents' personal and social potentials, self-understanding, self-perception, and perception and understanding of others.

2. Sexual risk behaviors

The contents of the programs could be divided into two aspects—contents to reduce risk factors of sexual behavior problems and contents to promote protection factors and reduce effects of sexual risk behaviors.

Content to reduce risk factors

The contents included dissemination of knowledge on other risk behaviors that accompanied sexual risk behaviors such as alcohol abuse, substance abuse, smoking, and resistance to pressure to steal or lie.

Content to promote protection factors

The contents aimed to promote protection factors such as promotion of personal mental health including perceived self-efficacy and positive self-image, problem coping skills, skills to appropriately manage emotions and feelings, relaxation techniques, life planning, as well as promotion of appropriate leisure activities such as sports, recreational activities, computer training, cooking, and family communication, etc.

Intervention strategies

Most of the 27 studies emphasized participation of the subjects in small group discussions, reflections, videos, games, demonstrations, role plays, skill practices, exercises, brainstorming, and skill promoting activities. Furthermore, there were a variety of strategies used in these activities such as a drama in the Keepin' It R.E.A.L. Program (Dilocio et al., 2006), a model in the All4you Program (Coyle et al., 2006), a direct experience sharing of HIV-infected speaker in the Reducing the Risk Program (Zimmerman et al., 2008), and writing sex education poems, mottos, and sayings in the sex education preparation program (Buphasawan Udompeuch, B.E. 2547).

Implications of the Findings

Based on the findings of the study, a clinical nursing practice guideline can be developed to prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents as follows:

1. Implications for clinical practice

1.1 Healthcare team members should play a role together with parents and teachers to offer knowledge to adolescents and peer groups. Not only general nurses and psychiatric nurses but also anybody who is going to apply the concept of sex education among adolescents should undergo training to equip them with knowledge, understanding, and positive attitudes toward sex-related communication.

They should also be able to select the teaching topics and contents that are interesting and make the teachers feel at ease. The selected topics and contents should be up-to-date, and the knowledge providers should know how to generate the learning atmosphere that is motivating and challenging for adolescents as well.

1.2 The concept on prevention and reduction of sexual risk behaviors of adolescents should be tried out in a pilot study before it is implemented in an actual situation. Research should be conducted to determine the effectiveness of the concept so that there is evidence for the implementation of the concept to prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents.

2. Implications for nursing education

2.1 On a national level, the government should realize the significance of the problem and promote extensive and comprehensive implementation of the concept by including this as part of the nation's public health policy involving different agencies in education and public health. The government should also promote cooperation and participation of social, cultural, and media sectors that have most influences on the present-day adolescents to fully help one another solve problems.

2.2 The concept should be developed into a lesson for nurses, teachers, parents of adolescents, and adolescents in the clinical setting.

3. Implications for nursing research

3.1 Studies should be conducted at different levels in Thailand. In addition to schools, studies should be carried out with parents, peer groups, communities, and the Internet media influential to present-day adolescents. The program contents should be updated, interesting, and attractive, and they should also create sexual immunity among adolescents.

3.2 As there is little research on the effectiveness of programs to prevent and reduce sexual risk behaviors among adolescents in Thailand, and as most of the existing research was in the form of a thesis conducted to partially fulfill program requirements, most research should be conducted, especially randomized control trials, so as to generate more Level A evidence relating to this particular issue.

3.3 Studies should be carried out to determine the effectiveness of the programs currently in use, and the findings should be disseminated among the general

public. Also, the programs should be continuously developed to suit the Thai social and cultural contexts. Other topics related to the programs such as promotion of protection factors including personal skill development and interpersonal relationship should be added into the existing programs as well to further increase their efficiency and effectiveness.



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
สำหรับครู. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2532). วัยรุ่น และอนามัยเจริญพันธุ์. 7, 81
- กรรณิการ์ เกตุแก้ว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อการดูหนังที่มีเนื้อหาทางเพศกับ
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสหศึกษา
ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (การเจริญพันธุ์
และวางแผนประชากร). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2549). สรุปรายงานเฝ้าระวังโรคเอดส์ วันที่ขึ้น 20 สิงหาคม
2550, แหล่งที่มา http://www.aids-thai.org/sathana_050131.html
- กฤตยา อาชวนิจกุล และวารภรณ์ แซ่มสนิท. (2545). ผู้หญิงเสี่ยงติดเอดส์มากกว่าชาย, วันที่ขึ้น 18
มีนาคม 2550, แหล่งที่มา <http://www.clinicrak.com/std/std-aids22.html>
- กาญจนา ปัญญาเพชร. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตต่อความสัมพันธ์กับ
เพื่อนต่างเพศของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ปญฺญุท. (2540). คำนึงกับพฤติกรรมทางเพศและอำนาจแห่งตนในการควบคุมทาง
สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัด นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตร์ มหาบัณฑิต
(สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนิรี จันทรรัตน์. (2544). ประสิทธิภาพของการเรียนรู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อ
ป้องกัน ปัญหา ทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต, (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์. (2541). พฤติกรรมทางเพศของเยาวชนโสด ในสังกัดศูนย์การศึกษา
นอกโรงเรียน จังหวัดอุดร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (การเจริญ-
พันธุ์และวางแผนครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จอมขวัญ อร่ามกชกร. (2544). ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสรรของนักเรียนหญิงวิทยาลัยอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันท์จิตา พกษานนท์. (2538). พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 12(มีนาคม):141-144
- จันทร์แรม ทองศิริ. (2539). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมืองน่าน. วิทยานิพนธ์สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์. (2551). คลินิกการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น “Teenage Pregnancy Clinic” วันที่ 20 สิงหาคม 2551, แหล่งที่มา <http://www.teenrama.com>
- จุฑารัตน์ จุลรอด และพรชัย สติรปัญญา. (2538). ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 12(2), 69-71.
- จุฬาลักษณ์ ห้าวหาญ. (2539). พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยวัฒน์ ปั่นจวงส์ และคณะ. (2524). *เพศศึกษาแผนใหม่*. กรุงเทพมหานคร. บารมีการพิมพ์.
- ชุลีพร อินทรไพบูลย์. (2536). *ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมในเรื่องเพศของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวศึกษาและงานยุติธรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐพร สายพันธุ์ . (2546). พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงใจ สกานติกุล. (2536). *วัยรุ่นในเกษม ต้นติผลาชีวะ (บรรณาธิการ.)*, ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- คุณุณี เจริญสุข. (2540). ผลการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่5. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- คารุณี ภูณสุวรรณศรี. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษาผู้ใหญ่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-มหิดล.
- ทวิวรรณ ชาลีเครือ. (2541). พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์, วารสารสาขารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 11(4), 22-28.
- ชนพร สง่าศรี และคณะ. (2546). รายงานการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การศึกษา. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข .
- นงลักษณ์ เอ็มประดิษฐ์ , วันทนี วาสิตะสิน, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง และสมบูรณ์. (2540). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษาครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภาพร หะวานนท์. (2542). รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เจนเดอร์เพรส.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาขารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญสิน ผิวจำ. (2548). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนเอกชนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรบัณฑิตสาขารณสุข มหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารอาชีวและเทคนิคศึกษา ภาควิชาบริหารเทคนิคศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- บุปผาสวรรค์ อุดมพีชน. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเรื่องเพศศึกษาแก่บิดาหรือมารดาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว .บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพัญญ์ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิระพัชรา.
- ปวีณา สายสูง. (2541). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ปรีชา แจ่มวิถิเลิศ. (2540). การประยุกต์ทักษะชีวิตในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิมล เจียมนาครินทร์. (2539). พัฒนาการวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: บริษัทคอมฟอร์ท.
- พิชัย ไทยอุดม(2541).การประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตศึกษาในการสอนเพศศึกษาแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3 จังหวัดปราจีนบุรี.วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชาภรณ์ จันทนกุล. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พร หนูราม. (2547). การพัฒนาเว็บเพจที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องเพศของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ภูมิภัทร ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา. (2547).ผลของโปรแกรมแนะแนวกลุ่มต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมการทะเลาะวิวาทของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจบ้านมูทิตา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- มาลี ชันศิริ. (2542). การประยุกต์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสหศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดบุรีรัมย์.วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา พุ่มสวรรค์ . (2544). คำนิยมต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาปริญญาตรีสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guildlines). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 18(6)
- รุจา ภูไพบูลย์. (2547).ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมวัยรุ่น. ราชบัณฑิตยสารพยาบาล, 10 (1), 24-36.

- วันทนี วาสีละสิน. (2526). ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิชาญ รุ่งอุทัย. (2533). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในเรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา นาควัชร. (2531). การยอมรับเลี้ยงดูเด็กวัยรุ่น. เอกสารการสอนชุดพัฒนาการและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 1-7 สาขาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชนจำกัด.
- วรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์. (2546). การมีเพศสัมพันธ์ก่อนงานแต่งงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). รายงานสุขภาพคนไทย 2548. กรุงเทพฯ: อิงค์ ออน เปเปอร์ จำกัด.
- สายสุนีย์ อุดมณา. (2541). คำนึงต่อพฤติกรรมทางเพศของนิสิตปริญญาตรี คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. วิทยานิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2550). “รัก” หรือ “เซ็กส์” เด็กไทยพร้อมรับมือ? จดหมายข่าวสร้างสุข 65, (กุมภาพันธ์ 2550): 10.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การปรึกษาสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549) วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. วันที่ค้น 31 กรกฎาคม 2550 แหล่งที่มา [http:// www.aids-thai.org/sathana_050131.html](http://www.aids-thai.org/sathana_050131.html).
- สุชา จันทรเฒ. (2524). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันทรเฒ. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ โสมประยูร และ วรณี โสมประยูร. (2541). เพศศึกษา. ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2550). วัยรุ่นกับเพศสัมพันธ์ ข้อเสนอเชิงนโยบาย: สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นไทย. วันที่ค้น 1 มกราคม 2550 แหล่งที่มา [http:// www.whaf.or.th](http://www.whaf.or.th)
- สุวรรณา เรืองกาจนเศรษฐ์. (2547). Sexual behavior in Thai Teenagers: From Risk Factors to Prevention. รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่. บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 177-184.

- สุวรรณี พุทธิศรี. (2547). School Mental Health. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ, วิภาณ ปุณสิทธิ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ), *กลยุทธ์การดูแลและสร้างสุขภาพวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ ฯ: ชัยเจริญ.
- สุวิมล เหลืองด่านสกุล. (2549). *Sexual behavior in adolescent*. วันที่ค้น 20 สิงหาคม 2550 แหล่งที่มา <http://www.ramamenthal.com/>
- สุพัตรา สุภาพ . (2542). *สังคมวิทยา*. ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุกรี สุวรรณจุฑะ. (2547). *Adolescent Health Care Development: Past, present and future*. ในพัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ, วิภาณ ปุณสิทธิ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ), *กลยุทธ์การดูแลและสร้างสุขภาพวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ ฯ: ชัยเจริญ.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์, วรรณา เดชวณิชย์พงศ์. (2543). *ทบทวนสถานการณ์พฤติกรรมทางเพศของเด็กและเยาวชน อายุ 6- 24 ปี ที่กำลังศึกษาในสถานศึกษา พ. ศ. 2532-2542*. กรุงเทพฯ ฯ: เจริญดีการ พิมพ์.
- ศิริยุพา นันสุนานนท์. (2549). *โครงการวิจัย “การศึกษาความรู้ เจตคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไทย”*. สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ ฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีพัทธา จาริวงค์. (2539). *ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2547). *ศักยภาพในการป้องกันการใส่สารเสพติดของเด็กรุ่นในชุมชนแออัดเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. *Thai Journal of Nursing Research*, 8(1), 39-51.
- หนึ่งฤทัย โอภาสพสุ. (2546). *การขยายบริการทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นหญิง*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อุมารพร ตรังคสมบัติ, อัมพล สุอัมพันธ์, ชัยยันตร์ สุขบาล และสวณะ พบสุข. (2541). *พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น : ความสุขและปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง*. รายงานผลการวิจัยทุนองค์การอนามัยโลก.
- องค์การยูนิเซฟ. (2546). *ข้อเสนอเชิงนโยบาย: สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นไทย*. มุณินิสรสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง. ค้นวันที่ 31 มกราคม 2550 แหล่งที่มา <http://www.whaf.or.th>
- Anderson, K. G., Beutel, A. M., & Maughan-Brown, B. (2007). HIV risk perceptions and first sexual intercourse among youth in Cape Town South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 33(3), 98-105.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Edition – text revision. (DSM-IV-TR) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bertrand, J.T., O'Reilly, K., Denison, J., Anhang, R., & Sweat, M. (2006). Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health Education Research*, 21(4), 567-97.
- Bryan, A., Ray, L. A., & Cooper, M. L. (2007). Alcohol use and protective sexual behaviors among high-risk adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 68(3), 327-335.
- Buhi, S., & Goodson. (2007). Predictor of adolescent sexual behavior and intervention: A theory-guided systemic review. *Journal of Adolescent Health*, 40, 4-21.
- Campbell, C., & MacPhail, C. (2002). Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, 55(2), 331-345.
- Caron, F., Godin, G., Otis, J., & Lambert, L. (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research*, 19, 185–97.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). Sexual transmitted disease surveillance United States, *MMWR - Morbidity & Mortality Weekly Report*, 50(14), 262-265.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Youth risk behavior surveillance in United States, *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 53(SS02), 1Y96.
- Cheng, Y., Lou, C.-H., Mueller, L. M., Zhao, S.-L., Yang, J.-H., Tu, X.-W., et al. (2008). Effectiveness of a school-based AIDS education program among rural students in HIV high epidemic area of China. *Journal of Adolescent Health*, 42(2), 184-191.
- Coyle, K., Kirby, D., Marin B., et al. (2004). Draw the Line/Respect the Line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal Public Health*, 94, 843–51.

- Coyle, K. K., Kirby, D. B., Robin, L. E., Banspach, S. W., Baumler, E., & Glassman, J. R. (2006). All4You! A randomized trial of an HIV, other STDs, and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 187-203.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K., Davies, S., & Malow, R. (2002). Participation by African-American adolescent females in social organizations: associations with HIV-protective behaviors. *Ethnicity & Disease*, 12(2), 186-192.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Rose, E., & Lang, D. (2003). Correlates of continued risky sex among pregnant African American teens: implications for STD prevention. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(1), 57-63.
- Damon, S., Michele, R., John E., et al. (2003). Sociocultural contexts of adolescent sexual behavior in rural Hanover, Jamaica. *Journal of Adolescent Health*, 33, 41-48.
- Daneen, P.D., David, B.H., Michael, E.S., et al. (2006). Adolescent sexual behavior and attitudes: A costs and benefits approach. *Journal of Adolescent Health*, 38, 35-43.
- Daniel, R., & Bonita, F.S. (2003). Feelings about risk and the epidemic diffusion of adolescent sexual behavior. *Prevention Science*, 4, 39-52.
- Delgado, H.M., & Austin, S.B. (2007). Can media promote responsible sexual behaviors among adolescents and young adults? *Current opinion in pediatrics*, 19(4), 405-10.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., et al. (2001). Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107(6), 1363-1368.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., et al. (2004). Efficacy of HIV prevention intervention for African-American adolescent girls: a randomized controlled trial. *Journal of American Adolescents*, 292, 171-179.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Salazar, L. F., Rose, E., Sales, J. M., et al. (2008). Prevalence, correlates, and efficacy of selective avoidance as a sexually transmitted disease prevention strategy among African American adolescent females. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(1), 60-65.

- DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A., & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 324(7351), 1426.
- DiIorio, C., Resnicow, K., McCarty, F., De, A. K., Dudley, W. N., Wang, D. T., et al. (2006). Keepin' it R.E.A.L.! results of a mother-adolescent HIV prevention program. *Nursing Research*, 55(1), 43-51.
- Dilys, W., Juan, L., Jamaa, N., Duunkle, K., Khuzwayo, N., Koss, K., Wood, K., & Duvvury, N. (2006). HIV Prevent in Mexican school: prospective randomized evaluation of intervention. Retrieved on April 30, 2007. From <http://www.BMJ.doi:10.1136/bms>.
- Dittus, P. J., & Jaccard, J. (2000). Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 26(4), 268-278.
- Donald, F.S., Kathleen, E.M., Michael, P.F., et al. (1999). High school athletic participation, sexual behavior and adolescent pregnancy: A regional study. *Journal of Adolescent Health*, 25, 207- 216.
- Dunkle, K.L., Jewkesb, R.K., Ndunad, M., Levin, J., Jama, N., Khuzwayo, N., Kosse, M.P., & Duvvury, N. (2006). Perpetration of partner violence and HIV risk behavior among young men in the rural Eastern Cape, South Africa. *AIDS*, 20, 2107-2114.
- Eaton, L., Flisher, A. J., & Aaro, L. E. (2003). Unsafe sexual behaviour in South African youth. *Social Science & Medicine*, 56(1), 149-165.
- East, P., Kiernan, E., & Chavez, G. (2003). An evaluation of California's adolescent sibling pregnancy prevention program. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 35(2), 62-70.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity youth and crisis*. New York: Bombay.
- Caron, F., Godin, G., Otis, J., & Lambertr, D. (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescent attending high school. *Health Education Research Theory & Practice*, 19 (2), 185-197.
- Fatusi, A. O., & Blum, R. W. (2008). Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents. *BMC Public Health*, 8, 136.

- Flay, B. R., Graumlich, S., Segawa, E., Burns, J. L., Holliday, M. Y., & Aban Aya, I. (2004). Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth: a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(4), 377-384.
- Genna, N., De, M., & Cornelius, R.C. (2007). Marijuana use and sexually transmitted infections in young women who were teenage mothers. *Women's Health Issues*, 17, (5), 300-309.
- Gutgesell, M.E., & Pagne, N. (2004). Issues of adolescent psychological development in the 21st. centry. *Pediatrics in Review*, 25(3), 79-85.
- Hamburg, B.A. (1998). Psychosocial development. In B.S.Friedman (Ed.). *Comprehensive Adolescent health care*. (2 nd Ed.) . (pp 38-48). St.Louis: Mosby.
- Hamerlynck, S.M., Cohen-Kettenis, P.T., Vermeiren, R., Jansen, L.M., Bezemer, P.D., & Doreleijers, T.A. (2007). Sexual risk behavior and pregnancy in detained adolescent females: a study in Dutch detention centers. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. 26, 1(1), 4.
- Hartell, C. G. (2005). HIV/AIDS in South Africa: a review of sexual behavior among adolescents. *Adolescence*, 40(157), 171-181.
- Harvey, B., Stuart, J., & Swan, T. (2000). Evaluation of a drama-in-education programme to increase AIDS awareness in South African high schools: a randomized community intervention trial. *International Journal of STD /AIDS*, 11(2), 105-111.
- Houston, A. M., Fang, J., Husman, C., & Peralta, L. (2007). More than just vaginal intercourse: anal intercourse and condom use patterns in the context of "main" and "casual" sexual relationships among urban minority adolescent females. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 20(5), 299-304.
- Howard, D.E., Wang, M.Q., Yan, F. (2007). Prevalence and psychosocial correlates of forced sexual intercourse among U.S. high school adolescents. *Adolescent journal*, 42(168), 629-43.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., Braverman, P. K., & Fong, G. T. (2005). HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(5), 440-449.

- Jewkes, R., Dunkle, K., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Khuzwayo, N., et al. (2006). Factors associated with HIV sero-status in young rural South African women: connections between intimate partner violence and HIV. *International Journal of Epidemiology*, 35(6), 1461-1468.
- Jewkes, R., Dunkle, K., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Khuzwayo, N., et al. (2006). A cluster randomized-controlled trial to determine the effectiveness of Stepping Stones in prevent HIV infection and promoting safer sexual behaviour among youth in the rural Eastern Cape, South Africa: trial design, methods and baseline finding. *Tropical Medicine and International Health*, 2 (1), 3-16.
- Johnson, B. T., Carey, M. P., Marsh, K. L., Levin, K. D., & Scott-Sheldon, L. A. J. (2003). Interventions to reduce sexual risk for the human immunodeficiency virus in adolescents, 1985-2000: a research synthesis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(4), 381-388.
- Kaljee, L. M., Genberg, B., Riel, R., Cole, M., Tho, L. H., Thoa, L. T. K., et al. (2005). Effectiveness of a theory-based risk reduction HIV prevention program for rural Vietnamese adolescents. *AIDS Education & Prevention*, 17(3), 185-199.
- Kapiga, S. H., Lwihula, G. K., Shao, J. F., & Hunter, D. J. (1995). Predictors of AIDS knowledge, condom use and high-risk sexual behaviour among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *International Journal of STD & AIDS*, 6(3), 175-183.
- Kelly, J. A., Somlai, A. M., Benotsch, E. G., Amirkhanian, Y. A., Fernandez, M. I., Stevenson, L. Y., et al. (2006). Programmes, resources, and needs of HIV-prevention nongovernmental organizations (NGOs) in Africa, Central/Eastern Europe and Central Asia, Latin America and the Caribbean. *AIDS Care*, 18(1), 12-21.
- Kerry, M.R., et al. (2004). Contraceptive use and consistency in U.S. teenagers' most recent sexual relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(6), 265-275.
- Kiene, S. M., & Barta, W. D. (2006). A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 404-410.

- Kirby, D. (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing. *Journal of Sex Research*, 39(1), 51-57.
- Kirby, D. B., Baumler, E., Coyle, K. K., Basen-Engquist, K., Parcel, G. S., Harrist, R., et al. (2004). The "Safer Choices" intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 442-452.
- Kirby, D. B., Laris, B. A., & Roller, L. A. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206-217.
- Kirby, D., Obasi, A., & Laris, B. A. (2006). The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. *World Health Organization Technical Report Series*, 938, 103-150; discussion 317-141.
- Klien, J.D. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Journal of Pediatric*, 116(1), 281-6.
- Kourtis, A. P., Kraft, J. M., Gavin, L., Kissin, D., McMichen-Wright, P., & Jamieson, D. J. (2006). Prevention of sexually transmitted human immunodeficiency virus (HIV) infection in adolescents. *Current HIV Research*, 4(2), 209-219.
- Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R., & Tyden, T. (2006). Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal Public Health*, 34(2), 124-131.
- Lieberman, L. D., Gray, H., Wier, M., Fiorentino, R., & Maloney, P. (2000). Long-term outcomes of an abstinence-based, small-group pregnancy prevention program in New York City schools. *Family Planning Perspectives*, 32(5), 237-245.
- Lightfoot, M., Comulada, W. S., & Stover, G. (2007). Computerized HIV preventive intervention for adolescents: indications of efficacy. *American Journal Public Health*, 97(6), 1027-1030.
- Lou, C.-h., Zhao, Q., Gao, E.-S., & Shah, I. H. (2006). Can the Internet be used effectively to provide sex education to young people in China? *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 720-728.

- Manlove, J., Terry-Humen, E., & Ikramullah, E. (2006). Young teenagers and older sexual partners: correlates and consequences for males and females. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(4), 197-207.
- Murry, V. M., Berkel, C., Brody, G. H., Gerrard, M., & Gibbons, F. X. (2007). The Strong African American Families program: longitudinal pathways to sexual risk reduction. *Journal Adolescent Health*, 41(4), 333-342.
- Neistein, L. S., & Anderson, M. (1996). Adolescent sexuality in L.S. Neistein (Eds.), *Adolescent Health care: A practical guide* (3rd Ed.) (pp. 571-603). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- O'Donnell, B. L., O'Donnell, C. R., & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: the reach for health study. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 268-275.
- Ott, M. A., Pfeiffer, E. J., & Fortenberry, J. D. (2006). Perceptions of sexual abstinence among high-risk early and middle adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 192-198.
- Patrica, J. & Sulak, et al. (2006). Impact of an adolescent sex education program that was implemented by an academic medical center. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 195, 78-84.
- Pedlow, C. T., & Carey, M. P. (2004). Developmentally appropriate sexual risk reduction interventions for adolescents: rationale, review of interventions, and recommendations for research and practice. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(3), 172-184.
- Pettifor, A. E., Kleinschmidt, I., Levin, J., Rees, H. V., MacPhail, C., Madikizela-Hlongwa, L., et al. (2005). A community-based study to examine the effect of a youth HIV prevention intervention on young people aged 15-24 in South Africa: results of the baseline survey. *Tropical Medicine & International Health*, 10(10), 971-980.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Portnoy, D. B., Scott-Sheldon, L. A. J., Johnson, B. T., & Carey, M. P. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-

- analysis of 75 randomized controlled trials, 1988-2007. *Preventive Medicine*, 47(1), 3-16.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278(10), 823-832.
- Rink, E., Tricker, R., & Harvey, S. M. (2007). Onset of sexual intercourse among female adolescents: the influence of perceptions, depression, and ecological factors. *Journal of Adolescent Health*, 41(4), 398-406.
- Rock, E.M., Ireland, M., Resnick, M.D., & McNeely, C.A. (2005). A rose by any other name? objective knowledge, perceived knowledge, and adolescent male condom use. *Pediatrics*, 115 (3) 667-672.
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Ethier, K., Mezooff, J., et al. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34, 3-26.
- Robinson, B. E., Uhl, G., Miner, M., Bockting, W.O., Scheltema, K. E., Rosser, B.S., et al. (2002). Evaluation of a sexual health approach to prevent HIV among low income, urban, primarily African American women: results of a randomized controlled trial. *AIDS Education & Prevention*, 14(3 Suppl A), 81-96.
- Sales, J.M., Milhausen, R.R., & Diclemente, R.J. (2006). A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimise future prevention efforts. *Sexually Transmitted Infection*, 82(6), 431-6.
- Santrock, J.W. (2001). *Adolescent*. (8 th Ed.). New York: McGraw Hill.
- Saxena, R., Borzekowski, D.L., & Rickert, V.I. (2002). Physical activity levels among urban adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 15(5), 279-84.
- Schinke, S.P., & Gilchrist, L.D. (1977). Adolescent pregnancy: An interpersonal skill training approach to prevention. *Social Work Health Care*, 3(2), 159-167.
- Siegel, D. M., Aten, M. J., & Enaharo, M. (2001). Long-term effects of a middle school- and high school-based human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(10), 1117-1126.

- Shrier, L. A., Harris, S. K., Sternberg, M., & Beardslee, W. R. (2001). Associations of depression, self-esteem, and substance use with sexual risk among adolescents. *Preventive Medicine, 33*(3), 179-189.
- Silenzio, V.M., Pena, J.B., Duberstein, P.R., Cerel, J., & Knox, K.L. (2007). Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults. *American Journal of Public Health, 97*(11), 2017-9.
- Silverman, J. G., Raj, A., & Clements, K. (2004). Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics, 114*(2), e220-225.
- Smook, N. D., Scott-Sheldon, L. A., Johnson, B. T., & Carey, M. P. (2006). Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior: a meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome, 41*(3), 374-384.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescent*. (5 th ed.). New York: McGraw Hill.
- Stephenson et al. (2003). A school-base randomized controlled trial of peer-led sex education in England. *Controlled Clinical Trials, 24*, 643-657.
- Stephenson, J.M., Strange, V., Forrest, S., Oakley, P.A., Copas, A., Allen, E., et al. (2004). Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet, 364*, 338-46.
- Sulak, P. J., Herbelin, S. J., Fix, D. D., & Kuehl, T. J. (2006). Impact of an adolescent sex education program that was implemented by an academic medical center. *American Journal of Obstetrics Gynecology, 195*(1), 78-84.
- Toscano SE. (2007). A grounded theory of female adolescents' dating experiences and factors influencing safety: the dynamics of the Circle. *Biomed Central Nursing, 20*, 6-7.
- Veira, B. (2001). Cognitive behavioral therapies for Children and Adolescent. *Advances in Psychiatric Treatment, 7*, 224-232.
- Vickers, B. (2002). Cognitive behavior therapy for adolescent with psychological disorder: A group treatment program. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(2), 249-262.
- Villarruel, Jemmott, Loretta, Ronis, et al. (2007). Predicting condom use among sexually experienced Latino adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, retrieved September 7, 2007 from <http://wjn.sagepub.com/doi:10.1177/0193945907303102>

- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., 3rd, & Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 772-777.
- Wang, B., Hertog, S., Meier, A., Lou, C., & Gao, E. (2005). The potential of comprehensive sex education in China: findings from suburban Shanghai. *International Family Planning Perspectives*, 31(2), 63-72.
- Walker, D., Gutierrez, J. P., Torres, P., & Bertozzi, S. M. (2006). HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *BMJ*, 332(7551), 1189-1194.
- Weiss. (2007). Let us talk about it: Safe adolescent sexual decision making. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 19(9), 450-458.
- Wetherill, R. & Fromme, K. (2007). The effects of perceived awareness and caring, family motives and social motives on alcohol use by high school and first year of college. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 294-306.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., McCree, D. H., Harrington, K., & Davies, S. L. (2001). Dating violence and the sexual health of black adolescent females. *Pediatrics*, 107(5), E72.
- Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K. J., & Ybarra, M. L. (2008). Online "predators" and their victims: myths, realities, and implications for prevention and treatment. *American Psychologist*, 63(2), 111-128.
- World Health Organization. (1999). Coming of age: From facts to action for adolescent sexual reproductive health. Switzerland.
- World Health Organization and United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1994). School Health Education to Prevent AIDS and STD—A resource package for Curriculum Planners. Geneva.
- Zimmerman, R. S., Cupp, P. K., Donohew, L., Sionean, C. K., Feist-Price, S., & Helme, D. (2008). Effects of a school-based, theory-driven HIV and pregnancy prevention curriculum. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 40(1), 42-51.



ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Peer – led education Borgia et al. (2004)	- กลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ระดับโรงเรียน (School-based convenience sample) - นักเรียนมัธยมชาย อิตาลี อายุเฉลี่ย 18.3 ปี	- นักเรียนจำนวนทั้งหมด 1,295 คน - การศึกษาทั้งทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเพศโดยเพื่อน (Peer – led education) จำนวน 613 คนและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเพศโดยครู (Teacher-led education) จำนวน 682 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 5 เดือน	Social Learning theory	- ความรู้เกี่ยวกับโรค HIV และการป้องกัน - ทักษะในการป้องกัน - ทักษะในการสื่อสาร และทักษะการต่อรอง - การรับรู้ภาวะเสี่ยง - เจตคติต่อผู้ขายยาเสพติด - พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย จำนวนก่อน	- ทั้ง 2 กลุ่ม มีการเพิ่มขึ้นของความรู้ทักษะด้านต่างๆ เจตคติ และการรับรู้ภาวะเสี่ยง - กลุ่มเพื่อนผู้นำ มีความรู้เกี่ยวกับโรค HIV เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มครูผู้นำ - อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีผลกับพฤติกรรมทางเพศ คือ ไม่ทำให้ลดจำนวนคู่นอนลง หรือ ลดการใช้ถุงยางอนามัย
Protection Express Program Caron et al. (2004)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน - นักเรียนชายแคนาดา - มีจำนวนต้น 698 คน และมัธยมปลาย 306 คน	- จำนวนทั้งหมด 1,004 คน - การศึกษาทั้งทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม Protection Express จำนวน 369 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนเพศศึกษาตามปกติ จำนวน 329 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 9 เดือน 2 อาทิตย์ และหลังทดลอง 9 เดือน	Theory of Planned Behavior & Theory of Interpersonal Behavior	- พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การชะลอเวลาการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย โดยตัวแปรที่วัดภายใต้ผลลัพธ์หลักทั้ง 2 ได้แก่ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตัวเองเป็นหลัก 2 ตัว คือการชะลอเวลาการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย	กลุ่มทดลองทั้งในชั้นมัธยมต้นและมัธยมปลายมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตัวเองเป็นหลัก 2 ตัว คือการชะลอเวลาการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Kids program Kaljee et al. (2005)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับชุมชน -เยาวชนชาวเวียดนาม อายุ 15- 20 ปี อายุเฉลี่ย 17.1 ปี	- จำนวนทั้งหมด 480 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม Kids program จำนวน 240 คน และกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 240 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลองทันที และ 6, 12, 18 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลอง	Protection Motivation theory	- ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการติดเชื้อ HIV/ AIDS - การรับรู้สมรรถนะแห่งตน - ความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งหน้า	กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการติดเชื้อ HIV/ AIDS การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม
Safer Choices Kirby et al. (2004)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน - นักเรียนมัธยมปลายชาวอเมริกัน อายุเฉลี่ย 14.5 ปี	- จำนวนทั้งหมด 3,869 คน - การศึกษาเชิงทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม Safer Choices จำนวน 1909 คน และกลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมให้ความรู้เพศศึกษา จำนวน 1960 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 31 เดือน	Social Cognitive theory	- การมีเพศสัมพันธ์ - จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกัน - จำนวนครั้งก่อนอนที่มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกัน - จำนวนครั้งก่อนอนที่มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกัน - การคุมกำเนิด - การใช้ถุงยางอนามัย	กลุ่มทดลอง มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น ลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่สวมถุงยางอนามัย ลดจำนวนก่อนอนที่มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกัน เพิ่มการคุมกำเนิด และ การใช้ถุงยางอนามัย แต่ไม่มีผลชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Computer-Delivered Intervention(CDI) Kiene and Barta (2006)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน - นักศึกษามหาวิทยาลัยชาวอเมริกัน อายุเฉลี่ย 18.86 ปี	- จำนวนทั้งหมด 157 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม CDI จำนวน 112 คน และ กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนโภชนาการจำนวน 45 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 4 อาทิตย์	Information-Motivation Behavioral Skills model of Health Behavior Change	- การใช้หรือชักชวนให้เพื่อนลองใช้ถุงยางอนามัย - ความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย - แรงจูงใจในการเตรียมที่จะใช้ถุงยางอนามัย - ทักษะการใช้ถุงยางอนามัย	กลุ่มทดลองสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อ HIV/ AIDS มีการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ และมี ความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นหลัง 4 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม
Computerized HIV Preventive Lightfoot et al. (2007)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน - นักเรียนชาวอเมริกัน อายุ 14- 18ปี อายุเฉลี่ย 16 ปี	- จำนวนทั้งหมด 107 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่ม 1 ได้รับโปรแกรม Computer-base จำนวน 38 คน กลุ่ม 2 ได้รับการสอนแบบกลุ่มเล็กจำนวน 31 คน และ กลุ่ม 3 ไม่ได้รับการสอนจำนวน 38 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 3 เดือน	-	- จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ - จำนวนคู่นอน - จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ ที่ไม่ป้องกัน	- กลุ่มที่ได้รับการรู้ทาง Computer-base รายงานการมีเพศสัมพันธ์ลดลงมากกว่า มีการลดจำนวนคู่นอนลงมากกว่า ในกลุ่มที่ได้รับการสอนกลุ่มเล็ก และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Youthhood website Lou et al. (2006)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน - นักเรียนชาวอินอายุ 15-19 ปี อายุเฉลี่ย 16 ปี	- จำนวนทั้งหมด 1,337 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม Youthhood website จำนวน 624 คน และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 713 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 10 เดือน	-	- ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา การป้องกันติดเชื้อ HIV/ AIDS โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย -ทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์โดยเสรี	- กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันติดเชื้อ HIV/ AIDS โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยเสรี
The Strong African American Families (SAAF) Murry et al. (2007)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับชุมชน - ครอบครัวพร้อมบุตรวัยรุ่นชาว ออฟริกัน-อเมริกัน อายุ 11 ปี	- จำนวนทั้งหมด 284 ครอบครัว - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้ความรู้โดยพ่อแม่ (SAAF) จำนวน 157 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 127 ครอบครัว - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 29 เดือน	Resilience & Family Functioning model	- ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ - การสื่อสารเรื่องเพศ - ความภูมิใจในตนเอง - ความภูมิใจในตนเอง - การยอมรับจากเพื่อน	- กลุ่มทดลอง มีคะแนนการสื่อสารเรื่องเพศ ความภูมิใจในตนเอง ภายลักษณ์ ความมีคุณค่าในตนเอง การยอมรับจากเพื่อนเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
HIV Risk Reduction intervention Wu et al. (2005)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับชุมชน - วัยรุ่นชาว ออฟริกัน-อเมริกัน อายุ 13 – 16 ปี อายุเฉลี่ย 14 ปี	- จำนวนทั้งหมด 817 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรม ให้ความรู้เกี่ยวกับ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แก่วัยรุ่น ร่วมกับให้ความรู้พ่อแม่ - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 6, 12 เดือน	Protection Motivation Theory	- พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (ใช้ถุงยางอนามัย) การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (ไม่ใช้ถุงยางอนามัย) - พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่น เช่น ความรุนแรง การใช้สารเสพติด - ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว	กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นที่เป็นปัญหาลดลง เมื่อเวลาผ่านไป เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม
HIV Prevention Wingood et al. (2006)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับชุมชน - วัยรุ่นหญิงชาว ออฟริกัน-อเมริกันที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว อายุ 14 – 18 ปี	- จำนวนทั้งหมด 146 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกัน HIV จำนวน 73 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนเกี่ยวกับ การสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 73 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 6, 12 เดือน	Social Cognitive Theory & Theory of Gender and Power	- การใช้ถุงยางอนามัย - อัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - จำนวนคู่นอน - ทักษะการสื่อสาร - ความภาคภูมิใจในเพศและเชื้อชาติของตนเอง - ความรู้เกี่ยวกับโรค HIV -ทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย	- กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยกว่าและมี การใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ มี พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันน้อยกว่า มีจำนวนคู่นอนใหม่น้อยกว่า มีการป้องกัน และใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
การเตรียมการสอนเรื่องเพศศึกษา บุปผาสวรรค์ อุดมพีชน์ (2004)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน - นักเรียนมัธยมปีที่ 2 พร้อมมารดาที่เรียนอายุเฉลี่ย 14 ปี	- จำนวนทั้งหมด 111 คน - การศึกษาที่ทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรมการเตรียมพ่อแม่ในการสอนเพศศึกษา จำนวน 37 คน และ กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการเตรียมการสอน จำนวน 74 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 7 สัปดาห์	Participatory Learning	- ความรู้เรื่องเพศศึกษา - เจตคติต่อการสอนเพศศึกษา - ความสะดวกใจในการสอนเพศศึกษา	บิดา มารดาและนักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติต่อการสอนเพศศึกษา ความสะดวกใจในการสอนเพศศึกษา และการสอนดีกว่ากลุ่มควบคุม
Condom & Emergency Contraception (ECP) Larsson et al. (2006)	- กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย ระดับโรงเรียน (School-based convenience sample) - นักเรียนมัธยมสายอาชีพทวีสวีเดนอายุ 16-20 ปี อายุเฉลี่ย 17 ปี	- จำนวนทั้งหมด 461 คน - การศึกษาที่ทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรม ECP จำนวน 282 คน และกลุ่มควบคุม ได้รับ การสอนเพศศึกษาตามปกติ จำนวน 179 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 12 เดือน	Health Belief Model & Social Cognitive theory	- ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ - ความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน - ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัย - การใช้หรือมีแนวโน้มที่จะใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ในอนาคต	- กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิด โดยถุงยางอนามัยจะเป็นทางเลือกแรก - กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีทัศนคติในแง่บวกเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน - คะแนนความรู้ไม่เปลี่ยนแปลงหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Sulak et al. (2005)	คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน นักเรียนเกรด 6-8 อายุ 11 – 14 ปี	- จำนวนทั้งหมด 24,550 คน - การศึกษาเชิงทดลอง แบ่งออกเป็น 1 กลุ่มทดลอง 12 เดือน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 12 เดือน	Social Cognitive theory	- ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - เจตคติการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ - พฤติกรรมการกระทำผิดทางเพศ การตั้งครรภ์	กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น มีความคิดเห็นเรื่องของการรอคอยที่จะมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาชั้นสูงสุด โปรแกรม
Wang et al. (2005)	แบ่งกลุ่มเข้าทดลอง ระดับชุมชน เป็นเยาวชนชาวจีนที่ยังไม่แต่งงาน ผ่านการมีเพศสัมพันธ์แล้ว อายุ 15 – 24 ปี อายุเฉลี่ย 18.5 ปี	- จำนวนทั้งหมด 2,042 คน - การศึกษาเชิงทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มทดลอง 1 ปี โปรแกรม เพศศึกษา จำนวน 1,148 คนและกลุ่มควบคุม ได้รับ การสอนตามปกติ จำนวน 894 คน - วัดประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 20 เดือน	-	- การใช้ถุงยางอนามัย และการคุมกำเนิด - การชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ - เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน - การตั้งครรภ์	- กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเจตคติ มีการใช้ถุงยางอนามัย และการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น ลดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ มากกว่ากลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลองไม่สามารถจะล่ออยู่ใน การเริ่มมีเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Draw the line/Respect the line Coyle et al. (2004)	- กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย ระดับโรงเรียน (School-based convenience sample) - นักเรียนมัธยมชาวอเมริกันเกรด 6 อายุเฉลี่ย 11.5 ปี	- จำนวนทั้งหมด 2,829 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม Draw the line/Respect the line และกลุ่มควบคุม ได้รับการสอนเพศศึกษาตามปกติ - วัดประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 3 ปี	Social Cognitive theory & Social Inoculation theory	- จำนวนครั้งการใช้เข็มฉีดยา - ความรู้การใช้ถุงยางอนามัย - ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ - บรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อนที่สนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์	- กลุ่มทดลองเพศชายมีการจะล่ออายุในการมีเพศสัมพันธ์ แต่ไม่มีความแตกต่างในเพศหญิง - กลุ่มทดลองเพศชายมีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีการยอมรับบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อนที่สนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์น้อยลง มีทัศนคติในแง่บวกเกี่ยวกับการไม่มีเพศสัมพันธ์ และการกำหนดขอบเขตของการมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ในกลุ่มทดลองเพศหญิง ไม่มีผลดังกล่าว
HIV prevention DiClemente et al. (2004)	- กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย ระดับคลินิกชุมชน - วัยรุ่นหญิงชาวอัฟริกัน อเมริกัน อายุ 14-18 ปีที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว อายุเฉลี่ย 15.9 ปี	- จำนวนทั้งหมด 522 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม HIV prevention จำนวน 251 คนและกลุ่มควบคุม ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 271 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 6, 12 เดือน	Social Cognitive theory & Theory of Gender and Power	- การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ - ทักษะการใช้ถุงยางอนามัย - อุบัติการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์	- กลุ่มทดลองมีการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ มีทักษะการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มมากขึ้น และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Villarruel et al. (2006)	คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับชุมชน - วัยรุ่นชาวลาตินอเมริกันอายุ 13-18 ปี อายุเฉลี่ย 14.9 ปี	- จำนวนทั้งหมด 656 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม HIV prevention จำนวน 312 คน กลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมสอนเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 344 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลองทันที และ 3, 6, 12 เดือน	Social Cognitive theory	- จำนวนครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์ - การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ - จำนวนคู่นอน - จำนวนวันที่มีเพศสัมพันธ์ แบบไม่ป้องกัน	กลุ่มทดลองพบว่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์น้อยลง จำนวนคู่นอนลดลง จำนวนวันที่ไม่ได้รับการป้องกันลดลง มีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม
All4you Coyle et al. (2006)	- กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย ระดับโรงเรียน - นักเรียนอายุ 14-18 ปี อายุเฉลี่ย 15.5 ปี	- จำนวนทั้งหมด 988 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม All4you จำนวน 412 คน และกลุ่มควบคุม ได้รับการสอนเพศศึกษาตามปกติ จำนวน 576 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 6, 12, 18 เดือน	Social Cognitive theory & Theory of Reasoned Action & Theory of Planned Behavior	- จำนวนครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์ - การใช้ถุงยางอนามัย - จำนวนคู่นอน	- กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงคือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย จำนวนคู่นอนที่ไม่ได้ป้องกันน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อติดตาม 6 เดือน แต่ไม่แตกต่างกันในช่วง 12 และ 18 เดือน

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Keep in' It R.E.A.L. Dilocio et al. (2006)	- คัดเลือกเข้าสู่กลุ่มทดลองในระดับชุมชน - วัยรุ่นชาวอัฟริกัน-อมริกัน อายุ 11-14 ปี พร้อมกับการมารดา - วัยรุ่นอายุเฉลี่ย 12.2 ปี - มารดาอายุเฉลี่ย 37.9 ปี	- จำนวนทั้งหมด 582 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม มี 2 กลุ่มทดลอง คือ ได้รับโปรแกรม Social cognitive theory (SCT) จำนวน 194 คน และได้รับ โปรแกรม Life skill program (LSK) จำนวน 187 คน และมี 1 กลุ่มควบคุม ได้รับสอนเพศศึกษาตามปกติ จำนวน 201 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 4, 12, 24 เดือน	Social Learning theory & Problem Behavior Theory	- ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ - ความรู้ HIV - การใช้ถุงยางอนามัย - จำนวนคู่นอน - ความมั่นใจที่จะละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ - การพูดคุยสื่อสารเกี่ยวกับเพศของวัยรุ่นและของมารดา	- กลุ่ม LSK มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นมากกว่า แต่กลุ่ม SCT และกลุ่มควบคุมมีความรู้ HIV มากกว่ากลุ่ม LSK - ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันในอัตราการใช้ถุงยางอนามัย - มารดาที่มีการเพิ่มขึ้นของการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับวัยรุ่นมากขึ้น
The Peer – Led Sex education Stephenson et al. (2004)	- กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย ระดับโรงเรียน - นักเรียนอายุ 13-14 ปี อายุเฉลี่ย 14.7 ปี	- จำนวนทั้งหมด 9,508 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม The Peer – led sex education จำนวน 4,837 คนและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสอน จำนวน 4,671 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 18 เดือน	Social Learning theory	- ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ - การใช้ถุงยางอนามัย - อัตราการตั้งครรภ์	- กลุ่มทดลองเพศหญิงพบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันในเพศชาย - การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ไม่ได้มีการป้องกัน ไม่แตกต่างกันในเพศหญิง แต่เพศชายมีความแตกต่างกันในกลุ่มทดลองเพศหญิงมีอัตราการตั้งครรภ์ต่ำกว่าก่อนทดลอง

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Life Planning Skill(LPS) Cheng et al. (2008)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน - นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายชายจีน อายุ 14- 18 ปี อายุเฉลี่ย 16.2 ปี	- จำนวนทั้งหมด 1,174 คน - การศึกษาที่ทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรม Life Planning Skill จำนวน 717 คน และกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการสอนเพศศึกษาตามปกติ จำนวน 475 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 3 เดือน	Cognitive Social Learning theory	- ความรู้และเจตคติเรื่อง HIV/AIDS - สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเอง - เจตคติของการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนการแต่งงาน - การสื่อสารในเรื่อง HIV/AIDS กับพ่อแม่	กลุ่มทดลองมีความรู้และเจตคติเรื่อง HIV/AIDS และสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างในเจตคติของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานและการสื่อสารในเรื่อง HIV/AIDS กับพ่อแม่
HIV education Walker et al. (2006)	- กลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ระดับโรงเรียน - นักเรียนมัธยมชายเม็กซิกัน อายุเฉลี่ย 16.2 ปี	- จำนวนทั้งหมด 10,954 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม มี 2 กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรม HIV education ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 2,499 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมเดียวกับกลุ่มที่ 1 ร่วมกับค่าใช้จ่ายค่าเงินจำนวน 2,897 คน และมี 1 กลุ่มควบคุม ได้รับสอนเพศศึกษาตามปกติ จำนวน 1,803 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 16 เดือน	Life Skill training	- ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ - ความรู้และเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย - การใช้ถุงยางอนามัย / ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	- การใช้ถุงยางอนามัยและการมีเพศสัมพันธ์ ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ฟังสองกลุ่มทดลองมีความรู้ HIV และเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินมีความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิดฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผล โปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Reducing the Risk Zimmerman et al. (2008)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับโรงเรียน - นักเรียนมัธยมเกรด 9-11 อายุ 13 – 16 ปี	- จำนวนทั้งหมด 2,681 คน - การศึกษาทั้งทดลอง กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่ม1 ได้รับโปรแกรม Reducing the Risk จำนวน 681 คน กลุ่ม2 ได้รับโปรแกรม Modified Reducing the Risk จำนวน 1149 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่มได้รับการสอนปกติ จำนวน 851 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 12, 18 เดือน	Rational Model of Decision Making	- ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับ HIV/AIDS - การใช้ถุงยางอนามัย - การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์	- กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างในผลลัพธ์หลักส่วนใหญ่ - กลุ่มทดลองมีความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันโรคติดต่อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นใน 12 เดือนแต่ 18 เดือนหลังให้กิจกรรม ไม่มีความแตกต่างของการใช้ถุงยางอนามัยและการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ทั้งสองกลุ่ม
Skill-Based HIV/ STD Risk-Reduction Jemmott et al. (2005)	- กลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ระดับคลินิก - วัยรุ่นหญิงชาวอเมริกันที่ผ่านลาตินอเมริกันที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์แล้วซึ่งมีรายได้ต่ำอยู่ในชุมชนเมือง อายุ 12-19 ปี อายุเฉลี่ย 15.5 ปี	- จำนวนทั้งหมด 682 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม มี 2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรม Skill-Based HIV/ STD Risk-Reduction จำนวน 253 คนและโปรแกรม Information -Based HIV/ STD จำนวน 228 คน และมี 1 กลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 219 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 3, 6, 12 เดือน	Cognitive Behavior Theory	- ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ - อัตราการมีเพศสัมพันธ์ - จำนวนวันที่ไม่ได้อีก - จำนวนคู่นอน - การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ - การใช้ถุงยางอนามัย	- ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Information – Based กับกลุ่มที่ได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ - ภายหลังทดลอง 12 เดือน กลุ่มที่ได้รับ Skill – Based มีอัตราการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันลดลง ลดจำนวนคู่นอน กว่ากลุ่ม Information – Based กับกลุ่มที่ได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Love life NAFCI Pettifor et al. (2005)	- กลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ระดับชุมชน -เยาวชนเพศชายและ หญิงชาวแอฟริกาใต้ อายุ 15-24 ปี	-จำนวนทั้งหมด 8,749 คน - การศึกษาทั้งทดลอง มี 2 กลุ่มทดลอง กลุ่ม1 ได้รับ โปรแกรม Love life NAFCI จำนวน 2,611 คน กลุ่ม2 ได้รับ โปรแกรม Youth Centre จำนวน 3,493 คน และมี 1 กลุ่มควบคุมได้รับ โปรแกรมการสอนปกติ จำนวน 2,645 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 12 เดือน	Cognitive Behavior Theory	- อัตราการติดเชื้อ HIV - การติดเชื้อหนองในและเชื้อ ราจากการมีเพศสัมพันธ์	ไม่มีความแตกต่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในอัตราการติดเชื้อ หนองในและเชื้อรา
The SHARE Henderson et al. (2006)	- สุ่มเข้ากลุ่มตามเกณฑ์ ระดับโรงเรียน - นักเรียนหญิงชั้น มัธยมต้น ชาวสก็อต แลนด์ อายุเฉลี่ย 14 ปี	-จำนวนทั้งหมด 4,196 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้า กลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรม Sexual Health and Relationships (The SHARE) จำนวน 2,080 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการ สอนเพศศึกษา จำนวน 2,135 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 4.5 ปี	Socio- Psychologic al and Sociological theoretical	อัตราการตั้งครรภ์และการทำ แท้งต่อ 1,000 ราย	กลุ่มทดลองมีอัตราการตั้งครรภ์ และการทำแท้งสูงกว่ากลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ลักษณะสำคัญของการศึกษาการประเมินผลโปรแกรมจำนวน 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	การออกแบบงานวิจัย	ทฤษฎี	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลของผลลัพธ์ทางพฤติกรรม
Stepping Stones Jewkes et al. (2006)	- คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองในระดับชุมชน - วัยรุ่นชาวอัฟริกัน อายุ 15-26 ปี อายุเฉลี่ย 18.5 ปี	- จำนวนทั้งหมด 2,776 คน - การศึกษาเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม Stepping Stones จำนวน 1409 คนและกลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมป้องกันโรคติดต่อ HIV จำนวน 1367 คน - ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง 6, 12, 24 เดือน	Theories of Behavior Change	- อัตราการติดเชื้อ HIV - ความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์	การศึกษารายงานเฉพาะผลก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีดำเนินการโปรแกรม
Peer – led education Borgia et al. (2004)	ให้ความรู้ในโรงเรียน จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ภายใน ระยะเวลา 3 เดือน	- เพื่อนผู้นำโปรแกรมผ่านการอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมที่ให้โดยนักจิตวิทยา เป็นเวลา 5 วัน - คัดเลือกครูผู้นำโปรแกรมจากครูที่หน้าที่สอนเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพอยู่แล้ว และมีการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมโดยบุคลากรสุขภาพ เป็นเวลา 6 ชั่วโมง	- ความรู้การป้องกันการติดเชื้อ HIV - อิทธิพลของบรรทัดฐานของสังคมในการรับผิดชอบพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ - การตัดสินใจ การสื่อสาร และทักษะที่จำเป็นในการสร้างสมรรถนะแห่งตน	การอภิปรายกลุ่มย่อย การสาธิต บทบาทสมมุติ การฝึกทักษะ
Protection Express Program Caron et al. (2004)	ให้ความรู้ในชั้นเรียน ปกติ นำเสนอจำนวน 5 หัวข้อผนวกเข้าไป ในบทเรียน	เพื่อนนักเรียนชั้นสูงสุดให้ความรู้ผ่านการอบรม 25 ชั่วโมง จากครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน	- การชะลอการมีเพศสัมพันธ์ - การสื่อสารและแสดงออกถึงความต้องการของตนในด้านสัมพันธ์ภาพ - ความเสมอภาคในสัมพันธ์ภาพ - ลักษณะของสัมพันธ์ภาพที่ดี - การใช้ยางอนามัย	การอภิปรายกลุ่มย่อย บทบาทสมมุติ ละครสั้น การฝึกทักษะ

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
ได้ผลดี Kids program Kaljee et al. (2005)	ให้ความรู้ในชั้นเรียน 8 ครั้งและในชุมชน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง อาทิตย์ละครั้งเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์	ครูเยาวชนแกนนำและ บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ให้ความรู้ได้รับการอบรม 3 วัน 3 ภาษาเวียดนาม	- ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV/AIDS โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ การคุมกำเนิดและใช้ถุงยางอนามัย - ทักษะการตัดสินใจและการสื่อสาร - ผลของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อสัมพันธภาพและการมีเพศสัมพันธ์	กิจกรรมมีความหลากหลายให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม การจับคู่ตามเพศของวัยรุ่นกับครอบครัว โดยมีวิธีการการฟังเรื่องเล่า บทละคร บทบาทสมมติ สาธิตการใช้ถุงยาง ปรับปรุงการสื่อสาร
Safer Choices Kirby et al. (2004)	ให้ความรู้ในโรงเรียน จำนวน 20 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที เป็นระยะเวลา 2 ปี (10 ครั้ง/ปี)	ครูได้รับการอบรมและสนับสนุนสื่อการสอน	- ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ HIV โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ - ทักษะการใช้ถุงยางอนามัย - ทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์และการสื่อสารกับคู่ในการใช้ถุงยางอนามัย และการคุมกำเนิดวิธีอื่น	อภิปรายกลุ่มย่อย กิจกรรมเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนผ่านแหล่งสื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้การบ้านวัยรุ่นมีการพูดคุยเรื่องเพศกับพ่อแม่ และชุมชนมีส่วนร่วม

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินการ	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
Computer - Delivered Intervention(CDD) Kiene and Barta (2006)	ให้ความรู้ผ่านระบบโปรแกรม Computer 2 ครั้ง ครั้งที่ 1: ใช้เวลา 15-40 นาที ครั้งที่ 2: ใช้เวลา 10-20 นาที	ทีมวิจัยให้ความรู้ในการออกแบบโปรแกรม Computer เป็นสื่อการสอน	- ความรู้ในการป้องกันติดเชื้อ HIV/ AIDS - การสร้างแรงจูงใจการใช้ถุงยางอนามัย - ทักษะการใช้ถุงยาง - ทักษะการสื่อสาร ทักษะการปฏิเสธ	โปรแกรมให้ความรู้ผ่านทาง Computer ที่มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับแต่ละบุคคล ขึ้นกับความพร้อมและแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
Computerized HIV Preventive Lightfoot et al. (2007)	ให้ความรู้ผ่านระบบโปรแกรม Computer ในโรงเรียน เป็นระยะเวลา 3 เดือน	ทีมวิจัยให้ความรู้ในการออกแบบโปรแกรม Computer เป็นสื่อการสอน	- ทักษะในการป้องกันติดเชื้อ HIV/ AIDS - การส่งเสริมทางด้านสมรรถนะแห่งตน - การเกิดทักษะใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น - การใช้ถุงยางอนามัย	อภิปรายกลุ่มย่อย โปรแกรมให้ความรู้ผ่านทาง Computer

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
Youthhood website Lou et al. (2006)	ให้ความรู้เพศศึกษาผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เป็นระยะเวลา 10 เดือน	ทีมวิจัยให้ความรู้ในการออกแบบโปรแกรม เว็บไซต์เป็นสื่อการสอน	เพศศึกษาสุขภาพ ระบบบริการ การให้คำปรึกษาสัมพันธ์ภาพ ความรักและการแต่งงาน การป้องกันการติดเชื้อ HIV/AIDS โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ยาคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ร่วมทั้งการทำแท้ง จริยธรรมทางเพศและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเพศ	การให้เข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ต มี Username และ Password ในการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ วิดีโอและการถาม ตอบผ่าน web site การอภิปราย
The Strong African American Families (SAAF) Murry et al. (2007)	ให้ความรู้ในชุมชนจำนวน 7 ครั้ง ระยะเวลา 120 นาที เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์	บิดา มารดาให้ความรู้ โดยได้รับการอบรม เรื่องเพศศึกษา	- ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ - เพิ่มเอกลักษณ์บุคคลทางบวกในด้านสัมพันธ์ภาพ โดยการสาธิตการส่งเสริมทางอารมณ์ - พ่อแม่ช่วยเหลือในการเผชิญกับความเครียดที่พบในชีวิต - การสื่อสารในครอบครัว	แสดงความคิดเห็นเรื่องเพศโดยใช้สื่อหนังสือพิมพ์ ไปสเตอร์ แผ่นพับ การอภิปรายกลุ่ม เล่นเกมส์ การฝึกทักษะ วิดีโอ สะท้อนความคิด

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินการ	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
HIV Risk Reduction intervention Wu et al. (2005)	ใช้เวลา 1 ปี โดยให้ความรู้ แก่วัยรุ่นในชุมชน จำนวน 8 ครั้ง จากนั้น 6 เดือน ให้ความรู้พ่อแม่โดยใช้วีดิโอ 20 นาที และอีก 6 เดือน ให้ความรู้แก่วัยรุ่นซ้ำอีกครั้ง	ผู้สอนที่ให้ความรู้แก่วัยรุ่น และ พ่อแม่	โปรแกรมสำหรับวัยรุ่น: - ทักษะการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมาย การสื่อสาร การปฏิเสธ ความสัมพันธ์ที่ยินยอมทั้งคู่ - การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย - พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้และขายสารเสพติด โปรแกรมสำหรับพ่อแม่: - ทักษะการสื่อสารและการติดตามดูแลโดยพ่อแม่	วีดิโอ การสาธิต บทบาทสมมติ การฝึกทักษะ
HIV Prevention Wingood et al. (2006)	ให้ความรู้ในชุมชนจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์	นักวิชาการสาธารณสุขเขตหญิงชาวแอฟริกันอเมริกัน	การส่งเสริมเอกลักษณ์ และความท้าทายในการเป็นวัยรุ่นชาวแอฟริกัน-อเมริกัน การเลือกคู่ครอง การเพิ่มความตระหนักในการลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ความเชื่อที่ผิดเรื่องเพศ การสื่อสาร การใช้ถุงยางอนามัยสัมพันธ์ภาพที่ดี การคบเพื่อน บทบาทเพศ การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ชุมชน	การอภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะ ให้ความรู้มีเพศและเชื้อชาติ เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
บุปผาสวรรค์ อุดมพีชน์ (2547)	ให้ความรู้ในโรงเรียน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 2 วัน	บิดา และ มารดา ให้ความรู้กับบุตร	- เพศศึกษา การเปลี่ยนแปลงและการเจริญเติบโต พัฒนาการวัยรุ่น สุขปฏิบัติ - การคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ภาพข่าวสะท้อนความคิดเห็น อภิปรายกลุ่มเล็ก คิดคำขวัญ สุภชาติ วิดีโอ เกมสื่ บทบาทสมมติ การฝึกทักษะ
Sulak et al. (2005)	โปรแกรมระยะเวลา 2 อาทิตย์ โดยผนวกเข้า กับการเรียนในชั้นเรียน ปกติ	ให้ความรู้ในชั้นเรียน โดยผ่าน อบรม 2 วัน และบุคลากรสาธารณสุข สอน นักเรียนเกรด 8	- การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - นำพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ - ด้วย มุ่งเน้นในเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย - การปฏิเสธรามีเพศสัมพันธ์ - การพัฒนานาบุคลิกภาพ	การอภิปรายกลุ่มย่อย การฝึกทักษะ

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
HIV prevention Villarruel et al. (2006)	ให้ความรู้ในชุมชน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์	แกนนำผู้ให้ความรู้ผ่านการอบรม 2 วัน ครึ่ง พูดสองภาษา ทั้งชายและหญิง เป็นชาว ลาตินเช่นเดียวกับวิทยากรกลุ่มตัวอย่าง	- การเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV - การใช้ถุงยางอนามัย โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ชาวลาติน ลักษณะของครอบครัวและการให้ ความสำคัญต่อครอบครัวและการคาดหวังใน บทบาททางเพศ	การอภิปรายกลุ่มย่อย วีดีโอ บทบาทสมมติฝึกทักษะ
All4you Coyte et al. (2006)	โปรแกรมให้ความรู้ จำนวน 14 ครั้ง (26 ชั่วโมง) แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 สอน ในห้องเรียน 9 ครั้ง (13.5 ชั่วโมง) ส่วนที่ 2 อาสาสมัครนอก สถานที่ 5 ครั้ง (12.5 ชม.) ในระยะเวลา 7 สัปดาห์	ครูและกลุ่มเพื่อนอาสาสมัครให้ความรู้	- การป้องกัน HIV/AIDS และการตั้งครรภ์ โดยเน้นปัจจัยปกป้องด้านพฤติกรรมเสี่ยงทาง เพศ ด้านเจตคติ การรับรู้ สมรรถนะแห่ง ตน - ฝึกทักษะ การสาธิต ใช้ถุงยางอนามัยอย่าง ถูกต้อง - สร้างแรงใจในการพัฒนาจิตคิดและ พฤติกรรม ความเชื่อในสังคม	การอภิปรายกลุ่ม การแสดงตาม บทบาท เล่นเกมส์ จัดโปสเตอร์ การทำอาหาร การทำแบบฝึกหัด ฝึกทักษะการแก้ปัญหา การรับ บริการด้านสุขภาพ การเข้ามาเป็น อาสาสมัครในการทำประโยชน์ต่อ ชุมชน

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
Condom & Emergency Contraception (ECP) Larsson et al. (2006)	ให้ความรู้ในโรงเรียน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที หลังจากนั้น 1 เดือน จัดครั้งที่ 2-4 ครั้งละ 40 นาที เป็นระยะเวลา 10 เดือน	พยาบาลและนักศึกษาแพทย์ให้ความรู้	- ความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน - ทักษะการติดต่อกับการใช้ถุงยางอนามัย - การตัดสินใจแก้ปัญหา	- การอภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับ การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน - ละการตัดสินใจแก้ปัญหา - ให้เบอร์โทรศัพท์ในการรับคำปรึกษาการคุมกำเนิด - การขอรับถุงยางอนามัยฟรี
Wang et al. (2005)	ให้ความรู้ในชุมชนผ่าน วิดีโอและภาพยนตร์ 3 ครั้ง แต่ละครั้งมีเวลา 40 นาที ผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้ 1 ครั้ง	ผู้เชี่ยวชาญเรื่องเพศศึกษา กลุ่มเพื่อนแกนนำและบุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้	- การป้องกันการติดเชื้อ HIV - พัฒนาการและการเจริญเติบโตด้านร่างกาย จิตสังคม พัฒนาการด้านจิตคิดและการให้คุณค่าทางสุขภาพทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด การพบเพื่อนและสัมพันธ์ทางบรรทัดฐานทางสังคม เพศสัมพันธ์และการตัดสินใจ การตกลงมีเพศสัมพันธ์ ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน	- แจกเอกสาร แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับเพศ ชมวิดีโอภาพยนตร์ การอภิปรายกลุ่มย่อย การแจกถุงยางอนามัยฟรี - การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีดำเนินการโปรแกรม
Draw the line/Respect the line Coyle et al. (2004)	ให้ความรู้ในชั้นเรียน มีทั้งหมด 20 บทเรียน ใช้เวลา 40 – 50 นาทีต่อครั้ง โดยแยกสอนตามชั้นของนักเรียนตั้งแต่เกรด 6 – 8 เป็นระยะเวลา 3 ปี	นักวิชาการสาธารณสุขให้ความรู้ผ่านการอบรมจำนวน 40 ชั่วโมง	- ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ - การใช้ถุงยางอนามัย - พฤติกรรมเสี่ยงอื่นที่เกิดขึ้นร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การทนต์ต่อแรงกดดันต่อการลักขโมย การโกหก การใช้สารเสพติด	อภิปรายกลุ่มย่อย กลุ่มใหญ่ และเปรียบเทียบ ฝึกปฏิบัติจากเนื้อเรื่องในกลุ่มย่อย กิจกรรมรณรงค์ตรงจากถ่ายทอดประสบการณ์ตรงจากผู้ติดเชื้อ HIV
HIV prevention DiClemente et al. (2004)	ให้ความรู้ในคลินิกจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์	ครูและกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นผ่านการอบรมชาวอเมริกัน	- บทบาททางเพศ - การเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV - การใช้ถุงยางอนามัย - การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การฝึกเจรจาต่อรองกับคู่ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย - การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย - การป้องกันสารเสพติดต่างๆ	การอภิปรายร่วมกัน อ่าน โคลงกลอน บทบาทสมมติ ฝึกทักษะ

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
Keep in' It R.E.A.L. Dilocio et al. (2006)	ให้ความรู้ ใน โรงเรียน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็น ระยะเวลา 4 สัปดาห์	ทีมผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านการอบรม	การป้องกันการติดเชื้อ HIV การอยู่ร่วมกับผู้ ติดเชื้อ HIV ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ การใช้ ถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิด การต่อสู้กับ อิทธิพลค่านิยมกลุ่มเพื่อน การตัดสินใจมี เพศสัมพันธ์ ฝึกผ่อนคลายความเครียด	บทบาทสมมติ วิดีโอ อภิปรายกลุ่ม ย่อย เกมส์ เข้าร่วมกิจกรรมใน ชุมชน การสาธิต และฝึกทักษะ (Crafts) การฝึกปฏิบัติและให้ การบ้านในบทเรียนสุดท้าย
The Peer – led Sex education Stephenson et al. (2004)	ให้ความรู้ในชั้น เรียนและชุมชน ทั้งหมด 3 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงเป็น ระยะเวลา 12 เดือน	กลุ่มเพื่อนรุ่นพี่ได้รับการอบรมจากทีมวิจัย	ความรู้ด้านสัมพันธภาพทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและ กิจกรรมในการสร้างสัมพันธภาพ การฝึกทักษะ การระดมสมอง การ อภิปรายกลุ่ม การแสดงตาม บทบาท เล่นเกมส์ บัตรคำ

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
Life Planning Skill (LPS) Cheng et al. (2008)	ให้ความรู้ในโรงเรียนจำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 3 เดือน	ครูที่ได้รับการคัดเลือกโดยเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดีและเป็นที่ยอมรับจากนักเรียน ได้รับการอบรม 5 วัน เกี่ยวกับเนื้อหาในโปรแกรมและ กลวิธีในการดำเนินโปรแกรม	พัฒนาการของวัยรุ่น การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ การประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจ การวางแผนครอบครัวและผลิตภัณฑ์การคุมกำเนิดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การวางแผนชีวิตในอนาคต การป้องกันการใช้สารเสพติด	ใช้กิจกรรมการมีส่วนร่วม อภิปรายกลุ่ม การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกัน บทบาทสมมุติในเรื่องความคิดริเริ่มสร้าง การฝึกทักษะ การระดมสมอง กรณีศึกษาใช้ในการฝึกวิเคราะห์และอภิปรายเกมส์
HIV education Walker et al. 2006	ให้ความรู้ในชั้นเรียนจำนวน 15 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 15 สัปดาห์	ครูได้รับการฝึกอบรม 40 ชั่วโมง ส่วนครูที่เข้าร่วมใน โปรแกรมสอนการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน ได้รับการอบรมเพิ่มเติมอีก 2 ชั่วโมง	ความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันโรคติดต่อ HIV/AIDS การใช้ถุงยางอนามัย เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การป้องกันตนเอง การจัดการกับแรงกดดันทางสังคม อิทธิพลกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมทางเพศ การให้คุณค่าทางวัฒนธรรม ทักษะในการสื่อสารทักษะการปฏิเสธ	บรรยาย อภิปราย ฝึกทักษะ

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
The Reducing the Risk Zimmerman et al. (2008)	ให้ความรู้ ในโรงเรียนและชุมชนจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์	ครูและกลุ่มเพื่อนให้ความรู้	ความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ HIV/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การปฏิเสธ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การคุมกำเนิดก่อนมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้การมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มเพื่อน เจตคติในการที่จะคอยการมีเพศสัมพันธ์ สมรรถนะแห่งตน ความมั่นใจ	บุคคลตัวอย่าง วิดีโอ เล่นเกมส์ เพลง การอภิปรายร่วมกับผู้ปกครอง และการใช้บทบาทสมมติ การฝึกทักษะ
Skill-Based HIV/Information-base STD Risk-Reduction Jemmott et al. (2005)	ให้ความรู้ในคลินิกจำนวน 3 ครั้งๆละ 250 นาที	ผู้ให้ข้อมูลที่รู้	ความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ HIV/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสื่อสารเปิดเผยข้อมูลเรื่องทางเพศ การเฝ้าระวังลดภาวะเสี่ยงทางเพศในความสัมพันธ์เชิงสุภาพ การให้ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย และความเชื่อที่ผิดเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย	อภิปรายกลุ่มย่อย กิจกรรมกลุ่ม วิดีโอ เกม ฝึกทักษะ บทบาทสมมติ เกมส์

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
Love life NAFCI Pettifor et al. (2005)	ให้ความรู้ ในชุมชน และคลินิก จำนวน 52 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง เป็น ระยะเวลา 12 เดือน	บุคลากรสาธารณสุขในคลินิกและในชุมชน แนะนำให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อ	ความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การปฏิเสธ การให้ถุงยางอนามัย การส่งเสริมวิถีชีวิตทางบวกและฝึกด้านเพศวิถี รวมทั้งกีฬาและกิจกรรมสร้างสรรค์ อบรมด้าน คอมพิวเตอร์	สื่อณรงค์ระดับประเทศ มีทั้งสื่อ โทรทัศน์ วิทยุ ป้ายแผ่นพับและ สื่ออื่นๆ ให้ในโรงเรียนและกลุ่ม เยาวชนในชุมชน
The SHARE Henderson et al. (2006)	ให้ความรู้ในชั้น เรียน จำนวน 15 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 2 ปี	ครูผ่านการอบรมจำนวน 5 วันจากผู้เชี่ยวชาญ เรื่องเพศศึกษา	เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อลดการตั้งครรภ์ที่ไม่ พึงประสงค์ การใช้ถุงยางอนามัย เพศศึกษา การ เข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิ	การทำกิจกรรมกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม ย่อย เล่นเกมส์ การเรียนรู้จาก VDO บทบาทสมมุติ การสาธิต พัฒนาทักษะ

ตารางที่ 3 ลักษณะของโปรแกรมจากการศึกษา 27 เรื่อง (ต่อ)

โปรแกรม	ระยะเวลา/ความถี่ ของโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม	เนื้อหาโปรแกรม	กลวิธีการดำเนินโปรแกรม
Stepping Stones Jewkes et al. (2006)	ให้ความรู้ในชุมชน จำนวน 13 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ภายในระยะเวลา 8 อาทิตย์	กลุ่มเพื่อนให้ความรู้ โดยได้รับการอบรม 4 วันและสอนกลุ่มเพื่อนเพศเดียวกัน	ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ บทบาทเพศ สัมพันธ์ภาพและการสื่อสารกับคู่ (Partners) และส่งเสริมโอกาสในการเป็นผู้นำของกลุ่ม เพื่อนในการสะท้อน และการสร้างแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนพฤติกรรม	การอภิปรายกลุ่มย่อย บทบาท สมมติ ละครสั้น การฝึกทักษะ

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – นามสกุล นางสาวภาวิตา รัตนพันธ์
วัน เดือน ปีเกิด วันที่ 20 มิถุนายน 2517
สถานที่เกิด จังหวัดจันทบุรี
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
พ.ศ. 2538 - 2546
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2546 - ปัจจุบัน
ศูนย์สุขภาพชุมชนโป่งน้ำร้อน
งานสุขภาพจิตและจิตเวช
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน
จังหวัดจันทบุรี
โทรศัพท์ 039 – 387105
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 93/31 หมู่ 1 ถนน ญาณวิโรจน์
ต. เกาะขวาง อ. เมือง จ. จันทบุรี