

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อประยุกต์ใช้ ในการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชนใน จังหวัดระยอง ดังนี้

1. พัฒนาการของวัยรุ่นและเยาวชน
2. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชน
3. การบริการด้านอนามัยวัยเจริญพันธุ์สำหรับเยาวชน
4. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

พัฒนาการของวัยรุ่นและเยาวชน

วัยรุ่น (Adolescence) หมายถึง การก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ (To Grow into Adulthood) เป็นช่วง เปลี่ยนผ่านจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ได้ให้คำจำกัด ความของวัยรุ่นว่าเป็นผู้ที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ เป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยมีการเจริญเติบโตในด้านส่วนสูง น้ำหนัก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศในลักษณะที่ พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้ เป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้านจิตใจจากเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ (Maturity) มีการเพิ่มความสามารถในความคิดที่เป็นนามธรรมมากขึ้น และมีพัฒนาการทางด้านสังคม โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในครอบครัว ไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งตนเอง ได้ (Independence) และได้กำหนดให้วัยรุ่นหมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี

พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น หรือ Adolescent หมายถึงบุคคล ที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี หรือบุคคลที่เริ่มมีอายุเข้าสู่วัยแรกรุ่นจนถึงวัยก่อนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และ เยาวชน (Youth) หมายถึงผู้ที่มีอายุ 15-24 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2548, หน้า 4) จะเห็นได้ว่าเยาวชนและวัยรุ่นมีช่วงอายุที่ซ้อนกันอยู่ ซึ่งโดยทั่วไปจะพบการใช้คำว่า เยาวชน และวัยรุ่นแทนกันอยู่เสมอ ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงใช้คำว่าเยาวชนแทนกลุ่มนักเรียน อาชีวศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากช่วงอายุของคำว่าเยาวชนครอบคลุมช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

นั่นคือวัยรุ่น หรือเยาวชน เป็นช่วงวัยที่เด็กเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ทำให้มี พัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม พร้อมทั้งจะพัฒนาไปสู่วุฒิภาวะที่สมบูรณ์

ในวัยผู้ใหญ่ โดยพิจารณาจุดเริ่มต้นการเป็นวัยรุ่นจากวุฒิภาวะทางเพศ และสิ้นสุดการเป็นวัยรุ่นจากการมีวุฒิภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจที่สามารถพึ่งตนเองได้ โดยไนสไตน์ (Neinstein, 1996) ได้แบ่งวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) เพศชายช่วงอายุระหว่าง 12-14 ปี เพศหญิงช่วงอายุ 10-13 ปี เป็นช่วงวัยแรกเริ่ม มีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็กอยู่มาก วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) เพศชายช่วงอายุระหว่าง 14-17 ปี เพศหญิงมีอายุระหว่าง 13-16 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นตอนกลาง มีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ และวัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) ช่วงอายุ 17- 21 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนปลาย กระบวนการทางพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเป็นผู้ใหญ่ การที่จะกำหนดช่วงอายุของการเข้าสู่วัยรุ่นนั้น ไม่สามารถกำหนดได้ชัดเจน เพราะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพันธุกรรม เพศ การเลี้ยงดูสังคม และปัจจัยอื่น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นในแต่ละช่วงมีรายละเอียดดังนี้ (สุชา จันทร์อม, 2529)

วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) คือ ช่วงอายุประมาณ 10-13 ปี เป็นวัยเริ่มย่างเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ เป็นระยะของการเปลี่ยนสภาวะร่างกาย จากความเป็นเด็กมาเป็นหนุ่มสาว เป็นช่วงที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนและรวดเร็ว แขนขายาว เสี่ยงเปลี่ยน รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป โดยเฉพาะลักษณะประจำเพศขั้นที่สอง (Secondary Sex Characteristics) เริ่มเจริญสมบูรณ์และทำหน้าที่ได้ โดยเด็กหญิงจะเริ่มมีประจำเดือนในขณะที่เด็กชายจะมีฟันเปื่อย มีการทำงานของต่อมไขมันและต่อมเหงื่อทำให้มีสิวและกลิ่นตัว โดยทั่วไปเด็กผู้หญิงจะเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วกว่าเด็กผู้ชายประมาณ 1-2 ปี คืออายุระหว่าง 9-10 ปีสำหรับเด็กหญิง และอายุระหว่าง 10-11 ปี สำหรับเด็กชายการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะเจริญพันธุ์นี้เป็นการเข้าสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และง่ายต่อการเกิดพฤติกรรมความเสี่ยงต่อสุขภาพทางเพศอื่น ๆ โดยเด็กวัยนี้จะมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หมกมุ่นคิดว่าตนเองแตกต่างจากเพื่อนหรือไม่ วิตกกังวลทางเพศที่เกิดขึ้น โดยธรรมชาติโดยเด็กเองไม่เข้าใจ เป็นวัยที่เด็กค้นหาอัตลักษณ์และวิถีทางเพศของตน และแสวงหาคำตอบ

วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) เป็นช่วงที่วัยรุ่นยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มสาวได้แล้ว มีการพัฒนาสติปัญญา มีความนึกคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สามารถจินตนาการและเข้าใจรวบยอดที่ลึกซึ้งได้ เด็กจะมีความคิดสร้างสรรค์ และทุ่มเทในสิ่งที่ตนเองสนใจอย่างมากจนบางครั้งเป็นผลเสีย และอาจตกเป็นเหยื่อในการลองเสี่ยงสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายหากจิตใจไม่หนักแน่นพอ ต้องการเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น และให้การยอมรับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น มีการคล้อยตามพฤติกรรมต่าง ๆ ตามกลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะการมีประสบการณ์ทางเพศและพบว่าเด็กวัยรุ่นมักมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงระยะวัยรุ่นตอนกลาง (วารุณี ฟองแก้ว และคณะ, 2549 ก)

วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่มีความสมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่และมีความสามารถในการคิดและเข้าใจนามธรรมมากขึ้น เข้าใจเหตุผลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น รู้จักบทบาทของตนเอง เป็นช่วงวัยของการตัดสินใจเลือกอาชีพที่ตนสนใจและคาดหวังตามความเหมาะสมกับความสามารถของตนเอง ต้องการเป็นอิสระจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

โดยทั่วไปจะมีการแบ่งพัฒนาการของการวัยรุ่นเป็น 5 ด้าน ดังนี้ (สุชา จันทรธัม, 2529; ดวงใจ กสณตกุล, 2536)

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย (Physical Development) มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กมาสู่วัยรุ่นอย่างชัดเจน เป็นระยะรอยต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ เรียกว่า “Puberty” ในระยะนี้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกอยู่ 4 ลักษณะคือ

- 1.1 เสียงเปลี่ยนไป โดยเด็กชายมีเสียงแตกและห้าวขึ้น และเด็กหญิงเสียงแหลมขึ้น
- 1.2 มีขนขึ้นตามจุดต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น รักแร้ อวัยวะเพศ แขน ขา
- 1.3 สัดส่วนของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เช่น เด็กชายมีไหล่ขยายกว้างขึ้น เด็กหญิงมีหน้าอก สะโพกขยาย

- 1.4 ต่อมเพศเริ่มทำงาน เช่น เด็กชายมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน

2. พัฒนาการทางด้านอารมณ์ (Emotional Development) วัยรุ่นจะมีความรู้สึกลบสับสนและสองจิตสองใจในหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ทำให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย และอาจมีปฏิกิริยาต่อต้าน ก้าวร้าว เนื่องมาจากความเครียดและความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การปรับตัวให้สมกับวัย การต่อสู้กับความขัดแย้งระหว่างความต้องการเป็นอิสระและการต้องพึ่งพาผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังต้องปรับตัวกับความต้องการของผู้ใหญ่ ที่มีหน้าที่ต่อตนเปลี่ยนไป การปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนและเพื่อนต่างเพศ ความสับสนว่าตนเองจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางสังคมและวัฒนธรรม ค่านิยมและเจตคติที่ขัดแย้งกัน ถ้าปรับตัวไม่ได้ จะเกิดความสับสนคับข้องใจ เพราะความเข้าใจโลกและชีวิตไม่เพียงพอ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากฮอร์โมนเพศและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย บางคนจะแสดงอารมณ์ประจำตัวออกมาอย่างชัดเจน เช่น อารมณ์รัก ชอบ โกรธ เกลียด วิตกกังวล อ่อนไหวง่าย เข้าอารมณ์ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ บางครั้งคือรู้ใจตัวเอง มีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย จนได้รับการขนานนามว่า “วัยแห่งพายุบูแคม”

3. พัฒนาการทางด้านสังคม (Social Development) วัยรุ่นจะมีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะทำให้ตนเป็นที่ยอมรับนับถือของเพื่อน ๆ และบุคคลในสังคม วัยรุ่นจะพยายามอย่างสุดความสามารถในการเอาชนะใจเพื่อน สังเกตได้จากการแต่งตัวที่พิถีพิถันเป็นพิเศษ การเอาใจใส่

กิริยาท่าทางของตนเองและบุคคลในครอบครัวมากขึ้นเป็นพิเศษ ในบางกรณีวัยรุ่นบางคนต้องการให้ผู้ใหญ่ยอมรับว่าตนเป็นผู้ใหญ่ แต่บางครั้งยังอยากเป็นเด็กที่ไม่ต้องการความรับผิดชอบ ทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง บางครั้งอยากเป็นผู้ใหญ่ที่มีอิทธิพลต่าง ๆ ในสังคม ความสับสนนี้ทำให้วัยรุ่นจับกลุ่มกันเองในสังคม สร้างลักษณะเฉพาะกลุ่ม มีค่านิยมของกลุ่ม จะเข้าหากกลุ่มเพื่อน ส่วนใหญ่เป็นเพศเดียวกันเพื่อจะได้เป็นอิสระจากครอบครัว ขณะเดียวกันอาจถูกเพื่อนชักจูงให้ลองทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพและอนาคต และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีผลต่อการพัฒนาการทางด้านสังคม ทำให้วัยรุ่นมีความกังวลใจในเรื่องสัมพันธภาพ การคบเพื่อนเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่สำคัญต่อสภาพจิตใจของวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลอย่างมากต่อความประพฤติ การแต่งกาย กิริยาท่าทาง ความเจริญเติบโตของลักษณะบุคลิกภาพทางเพศเป็นแรงกระตุ้นให้วัยรุ่นเริ่มสนใจซึ่งกันและกัน มีความพึงพอใจ พบปะสังสรรค์ การเข้ากลุ่มเป็นการเปิดโอกาสให้เพศชายและหญิงรู้จักคุ้นเคยกัน เข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศ รู้จักประพฤติตนตามบทบาททางเพศ รู้จักประพฤติตนต่อเพื่อนร่วมเพศและเพื่อนต่างเพศ ช่วยพัฒนาทักษะการเข้าสังคม ครอบครัวต้องตระหนักถึงความสำคัญของกลุ่มเพื่อน ไม่ควรขัดขวางและทำความเข้าใจ ชี้แนวทางที่ถูกต้อง ปลุกฝังความคิด เจตคติในการคบเพื่อนต่างเพศ เพื่อให้วัยรุ่นเข้าใจและมีประสบการณ์ทางสังคมที่ดีต่อไป

4. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา (Intellectual Development) ประกอบจากพัฒนาการทางด้านร่างกายอย่างเต็มที่รวดเร็ว ทำให้สมองมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ทั้ง 2 ด้าน กับมีการพัฒนาประสิทธิภาพทางสติปัญญาอย่างมากผ่านระบบการศึกษา เริ่มมีปรัชญาชีวิต สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล เพียงแต่ยังขาดประสบการณ์ มุ่งค้นหาตัวตนของตนเอง เริ่มรู้จักใช้ชีวิตอย่างลึกซึ้ง

5. พัฒนาการทางด้านเพศ (Sexual Development) ในวัยรุ่นจะมีพลังงานทางเพศสูงจึงเป็นเหตุให้วัยรุ่นสนใจกับกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของตนเองมากขึ้น และอาจทดลองลงมือปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศด้วยความอยากรู้อยากเห็น และเพื่อปลดปล่อยพลังงานเพศที่มีอยู่

ในการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาในเยาวชน เนื่องจากเยาวชนคือวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีความสมบูรณ์ด้านร่างกายและจิตใจ เข้าใจเหตุผลและมีการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ตามที่ตนคิดว่าเหมาะสมและเป็นอิสระแต่ยังขาดประสบการณ์ ทำให้เยาวชนปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และอาจนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ได้

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชน

จากการที่เยาวชน อยู่ในระยะการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ จึงเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญของชีวิต ในการปรับตัว เพื่อเผชิญปัญหาความยุ่งยากและสับสน ประกอบกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการกระตุ้นยั่วยุ ในเรื่องทางเพศมากขึ้น อีกทั้งเยาวชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากสื่อที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดพฤติกรรม ทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาในเยาวชน จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบปัญหาสุขภาพอนามัยของวัยรุ่นและเยาวชน ได้แก่ ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์เร็ว การตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น ปัญหาการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และอื่น ๆ ปัญหา ที่สำคัญของวัยรุ่นและเยาวชนไทย คือ

1. ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์เร็ว มีการศึกษาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของ เด็กวัยรุ่นหลายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าเด็กวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ดังรายงานของ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 15-16 ปี (กระทรวง สาธารณสุข, 2553) เช่นเดียวกับ ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ (2554) ที่พบว่าการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรกของวัยรุ่นมีอายุเฉลี่ยเพียง 15-16 ปี และมีแนวโน้มว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ใน วัยรุ่นจะลดลงเรื่อย ๆ วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา บางคนคิดว่าการ มีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวไม่ทำให้ท้องได้ นอกจากนั้นยังพบว่าวัยรุ่นยอมรับว่ามีเพื่อนหรือคน รู้จักมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และอยู่ก่อนแต่งงานร้อยละ 77.7 จะเห็นได้ว่า หากวัยรุ่นและเยาวชน นั้นยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ จะมีผลต่อการดูแลสุขภาพด้าน เพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นในอนาคต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างค่านิยมทางเพศที่ เหมาะสม สร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพด้านเพศและอนามัยการ เจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชน

2. ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ก่อให้เกิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ในวัยรุ่นหญิงยังมีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดย พบว่า มีแม่วัยรุ่นตั้งครรภ์และคลอด อายุระหว่าง 15-19 ปี เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.5 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2552 ขณะเดียวกัน ข้อมูลมีแนวโน้มสถานการณ์แม่วัยเด็ก ในสังคมไทย ที่จัดทำโดย ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์แสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2551 เด็กหญิงในประเทศไทยมีแนวโน้ม การตั้งครรภ์และคลอดบุตรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 0.13 ในปี พ.ศ. 2540 เป็น ร้อยละ 0.38 ในปี พ.ศ. 2551 (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2554) สัมพันธ์กับข้อมูลกรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2553 ระบุว่า ในแต่ละปีมีหญิงไทยตั้งครรภ์ประมาณ 1 ล้านรายทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มีประมาณ

8 แขนงรายที่คลอดออกมาเป็นทารกส่วนที่เหลืออีกเกือบ 2 แขนงรายต้องเสียชีวิตจากการทำแท้งหรือแท้งเอง ซึ่งจะพบว่าการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิงที่ไม่พร้อมทางออกสุดท้ายคือการการทำแท้งเพราะยังไม่อยากเป็นแม่ สอดคล้องกับข้อมูลของกองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย ที่สำรวจพบว่าสตรีที่ทำแท้งและมีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2552 ร้อยละ 29.3 ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2554) ส่งผลกระทบระยะสั้นที่ตามมาคือ ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกไม่แข็งแรง เสียชีวิตง่ายภายใน 1 เดือน ปัญหาสภาวะอารมณ์ของแม่วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการเกิดความคิดและภาวะซึมเศร้า จนถึงการฆ่าตัวตาย หรือ ฆ่าทารกดังกล่าว ข้อสำคัญในรายที่เป็นแม่ขณะเป็นนักเรียน ส่วนใหญ่ต้องออกจากโรงเรียน หรือแก้ปัญหาด้วยการทำแท้งเองหรือทำแท้งเถื่อน จนอาจเกิดอันตรายถึงชีวิต (สิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2554)

3. ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ได้ เนื่องจากการใช้ถุงยางอนามัยนับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ และช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้กับกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (Jemmott & Jemmott, 1991) แต่ในประเทศไทยนั้นการใช้ถุงยางอนามัยยังค่อนข้างต่ำและวัยรุ่นยังไม่ให้ความสำคัญในการใช้ถุงยางอนามัยเช่น การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ พฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นและเยาวชน: สถานการณ์ปัจจุบันของ วารุณี ฟองแก้ว และคณะ (2549-ก) ที่ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ลักษณะ รูปแบบของพฤติกรรมทางเพศ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 13-22 ปี ในเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2548 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11,297 คน ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นและเยาวชน ร้อยละ 28.4 เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยในเพศชาย (ร้อยละ 36.3) สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 20.9) อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 16 ปี (ช่วงอายุ 5-22 ปี) และรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ได้เปลี่ยนไปโดยมีลักษณะการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน การสลับเปลี่ยนคู่นอน การมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งกับหญิง ชายและเพศที่สาม มีการเล่นเซ็กซ์หมู่และส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นชาย 691 ราย และวัยรุ่นหญิง 334 ราย ร้อยละ 34.4 และ 27.6 เท่านั้นที่ระบุว่าได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ให้ความสนใจกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากนัก โดยวัยรุ่นบางส่วนบอกว่าไม่เห็นผลระยะสั้น ส่วนมากจะเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าทั้งนี้เพราะไม่ต้องการรับผิดชอบและกลัวผลกระทบต่อการเรียน เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัย คือ ความไว้วางใจและเชื่อมั่นจากการสืบประวัติและสังเกตจากพฤติกรรม สัมพันธ์กับการศึกษาของ สุปิยา จันทรมณี และธนรักษ์ ผลิพัฒน์

(2550) ที่ศึกษาผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 โดยเก็บข้อมูลจากพื้นที่เฝ้าระวัง 24 จังหวัด ในนักเรียนจำนวน 15,412 คน พบว่านักเรียนชายเพียงร้อยละ 45.5 และนักเรียนหญิงเพียงร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และสำนักกระบาดวิทยาระบุว่า ผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 8.6 เป็นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 (สำนักกระบาดวิทยา, 2553)

4. การใช้สารเสพติด วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ ต้องการประสบการณ์แปลกใหม่ คิดเพื่อนจากการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นและเยาวชน มีการใช้สารเสพติดเป็นประจำ โดยสารเสพติดที่ใช้มีหลายประเภท ได้แก่ ยาบ้า ยาอี เหล้า บุหรี่ กัญชา กาว ยาบ้า เป็นต้น ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันและนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โดยมีรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพจากสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2547 พบว่า เยาวชนอายุ 15- 24 ปี จำนวน 33 ราย เพศชาย 24 ราย และเพศหญิง 9 ราย ใช้สารเสพติดทั้งชนิดฉีดและกินหรือสูบมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดจากความสนิทสนมคุ้นเคยกันในระดับหนึ่งและการดื่มหรือใช้สารเสพติดจนมึนเมาโดยไม่ได้ป้องกัน เนื่องจากสถานการณ์ที่ไม่ได้เตรียมพร้อม (วารุณี ฟองแก้ว และคณะ, 2549 ข)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพบว่าปัญหาสุขภาพอนามัยของเยาวชนเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสังคมทั้งระบบ การให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องแก่เยาวชน จะช่วยให้มีเกราะคุ้มกันทางความคิด วิเคราะห์และเรียบเรียงได้อย่างมีเหตุผล ส่งผลต่อพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

การบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับเยาวชน

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดนโยบายขอบเขตการให้บริการด้านอนามัยวัยเจริญพันธุ์ โดยกำหนดเป็นนโยบายเมื่อปี พ.ศ. 2540 ว่า “คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” โดยกำหนดองค์ประกอบของการให้บริการงานอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ 10 ประการ ดัดแปลงมาจากการประชุมระหว่างประเทศเรื่องประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development-ICOPD) ณ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อปี พ.ศ. 2540 ดังนี้

1. การวางแผนครอบครัว
2. การอนามัยแม่และเด็ก
3. โรคเอดส์

4. โรคติดเชื้อทางระบบสืบพันธุ์
5. มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์
6. เพศศึกษา
7. การแท้งและภาวะแทรกซ้อน
8. อนามัยวัยรุ่น
9. ภาวะการมีบุตรยาก
10. ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงวัย

ดังนั้นกรมอนามัยได้เห็นความสำคัญของการขยายบริการสุขภาพอนามัยกรมอนามัยได้จัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพอนามัยและอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามโครงการพัฒนาบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2549 (กรมอนามัย, 2548) ดังนี้

หลักการพื้นฐาน

การดำเนินงานเพื่อจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นที่มีความเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีหลักการพื้นฐานดังต่อไปนี้

1. การจัดบริการต้องให้ความสำคัญกับการบริการแบบผสมผสาน ความเป็นส่วนตัว ระบบการรักษาความลับของวัยรุ่น ให้เกียรติ และการตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของวัยรุ่น
2. การมีส่วนร่วมของวัยรุ่นและเยาวชนมีความสำคัญต่อการดำเนินงานในทุกขั้นตอน เพราะทำให้มั่นใจว่าความต้องการของกลุ่มเป้าหมายนี้ได้รับความสนใจและตอบสนอง
3. การยอมรับและการสนับสนุนของชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของวัยรุ่นมีความสำคัญต่อการดำเนินงานให้ได้ผลและมีความยั่งยืน
4. บริการสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนควรประกอบด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาและฟื้นฟู
5. บริการควรมีระบบบริหารจัดการที่ดี มีนโยบาย การนำ การสนับสนุนจากผู้บริหาร แผนงาน พัฒนาบุคลากร ประชาสัมพันธ์ นิเทศ ติดตามและประเมินผล และการจัดการความรู้
6. บริการควรให้ความสำคัญกับบริการเชิงรุกและกิจกรรมเพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และสร้างความต้องการในการใช้บริการ
7. การทำให้วัยรุ่นในชุมชนยอมรับ และสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของวัยรุ่นนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีกลไกในการประสานและทำงานกับภาคีและเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

องค์ประกอบในการบริหารจัดการมาตรฐานบริการสุขภาพอนามัยและอนามัยการเจริญพันธุ์ประกอบด้วย

1. องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยดังนี้

1.1 วิสัยทัศน์และนโยบายจากผู้บริหารในการสนับสนุนโครงการนี้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการถ่ายทอดสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.2 คณะทำงานจากสหสาขาวิชาชีพ และมีการแบ่งงานรับผิดชอบอย่างชัดเจนทั้งแผนงานและโครงการ

1.3 การจัดเก็บข้อมูล

1.4 การประชาสัมพันธ์

1.5 ภาครีเอช

1.6 การสนับสนุนและการควบคุมกำกับ

1.7 การประเมินผล

2. องค์ประกอบด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความต้องการในการใช้บริการประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยดังนี้

2.1 มีการสำรวจและประสานงานกับองค์กรเครือข่ายผู้รับบริการ

2.2 มีการประชาสัมพันธ์บริการและข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ

2.3 มีเวทีประชาคม/ เวทีสัญจรเพื่อหาข้อมูลและความต้องการการบริการ

2.4 มีแผนการจัดบริการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในองค์กรภาครีเอชและในชุมชน

2.5 มีการติดตามประเมินพัฒนาการเข้าถึงและเพิ่มการใช้บริการของกลุ่มเป้าหมาย

3. องค์ประกอบด้านบริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยดังนี้

3.1 มีบริการให้ข้อมูล ความรู้ด้วยระบบวิธีการและสื่อที่หลากหลายผ่านช่องทางต่าง ๆ ของเครือข่าย สะดวกแก่การเข้าถึงโดยครอบคลุมบริการต่อไปนี้

3.1.1 Self Esteem

3.1.2 ทักษะชีวิตทั้งทักษะชีวิตพื้นฐานและทักษะชีวิตเฉพาะ

3.1.3 ปัญหาสุขภาพและพัฒนาการของวัยรุ่น

3.1.4 อนามัยการเจริญพันธุ์ (เพศศึกษา การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฯ)

3.1.5 บุหรี่ สุรา ยาเสพติด

3.1.6 การติดเกม

3.1.7 การดูแลผิวพรรณ

3.1.8 โภชนาการ ฯลฯ

3.1.9 มีคู่มือให้ความรู้สำหรับผู้เกี่ยวข้อง

3.1.10 มีโปรแกรมให้ความรู้ทางคอมพิวเตอร์

3.2 มีบริการให้การปรึกษา

3.2.1 ทั้งในและนอกเวลาราชการผ่านช่องทางและวิธีการที่หลากหลายทั้งโรงพยาบาลและในระบบของภาคีเครือข่าย

3.2.2 มีคู่มือให้การปรึกษา

3.2.3 มีบริการดูแลสุขภาพครอบคลุมความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชน

3.2.4 มีระบบส่งต่อ

4. องค์ประกอบด้านระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรต่อวัยรุ่นประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยดังนี้

4.1 สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการของวัยรุ่น โดยมีห้อง/หน่วยบริการและมุมให้การปรึกษาที่เป็นสัดส่วน คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของวัยรุ่น เป็นสถานที่ที่สะดวกเข้าถึงง่ายและปลอดภัย รวมทั้งบรรยากาศของห้อง/หน่วยบริการ สะอาด อากาศถ่ายเทและดึงดูดความสนใจของวัยรุ่น

4.2 ระบบ ขั้นตอนการบริการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับวัยรุ่น

4.3 มีเครือข่ายการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ มีการเชื่อมโยงกับสถานบริการเพื่อให้เกิดการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5. องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยดังนี้

5.1 มีการเสริมสร้างทัศนคติและความมุ่งมั่นในการให้บริการวัยรุ่นและเยาวชนแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร

5.2 ผู้ให้บริการมีความเป็นมิตรโดยผู้ให้บริการผ่านการอบรมทักษะความรู้ที่จำเป็นในการให้บริการแก่วัยรุ่นเพื่อให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการ

ดังนั้นการพัฒนาระบบให้บริการสุขภาพอนามัยและการเจริญพันธุ์ของเยาวชน จึงเป็นหน้าที่ของทุกส่วนที่ต้องมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาให้เกิดการจัดการด้านสุขภาพของเยาวชนโดยเฉพาะด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะข้อ 3.1.3 และ 3.1.4 คือ ปัญหาสุขภาพและการพัฒนาการของวัยรุ่นและ อนามัยการเจริญพันธุ์ (เพศศึกษา การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฯ) เพราะหากเยาวชนได้ทราบและเข้าถึงบริการที่มีในเรื่องสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แล้วปัญหาสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในเยาวชนน่าจะลดลง

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) พัฒนาขึ้นโดย Ajzen and Fishbein (1980) ในช่วงปี ค.ศ. 1970-1980 กล่าวถึงการกระทำด้วยเหตุผลว่าบุคคลจะตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมตามข้อมูลที่มีอยู่ การกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจะถูกกำหนดโดยความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น (Behavioral Intention: BI) ความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม เป็นผลจากตัวประกอบ 2 อย่างคือ ทัศนคติต่อพฤติกรรมดังกล่าว และการรับรู้ถึงความกดดันหรืออิทธิพลทางสังคมต่อการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น หรือความคิดที่ว่าบุคคลส่วนใหญ่เห็นว่าเขาควรหรือไม่ควรแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เพียงใด ตัวประกอบอันที่สองนี้ เรียกว่าบรรทัดฐานเชิงอัตวิสัย (Subjective Norm: SN)

ตามแนวคิดของ Ajzen and Fishbein (1980) ยังกล่าวถึงแนวทางในการควบคุมและทำนายพฤติกรรมของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์มีเหตุผลและใช้เหตุผลที่ตนมีอย่างเป็นระบบ พิจารณาการกระทำของตนก่อนลงมือกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่ง (Behavior: B) บุคคลจะประกอบพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมนั้น (BI) ในขณะเดียวกันความตั้งใจดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญ คือ เจตคติต่อการประกอบพฤติกรรม (AB) และปัจจัยทางสังคมทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม คือ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (SN) โดยเจตคติต่อการประกอบพฤติกรรม (AB) จะขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับผลของการประกอบพฤติกรรม (bi) และการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับผลการประกอบพฤติกรรม (EI) ส่วนบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (SN) ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อที่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NB) และแรงจูงใจที่คล้อยตามความเชื่อของกลุ่มอ้างอิง (MC) ดังรายละเอียดของทฤษฎีดังนี้

แนวคิดหลักของทฤษฎี

1. บุคคลจะประกอบพฤติกรรม (Behavior: B) ไใด ๆ ส่วนมากอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจของบุคคลที่เรียกว่า ความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรม (Behavioral Intention: BI) ดังนั้น ความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมของบุคคล จึงเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิดกับการกระทำพฤติกรรม

2. ความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 2 ตัว คือ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นการคิด ประเมินความรู้สึกภายในตัวของบุคคลต่อพฤติกรรมนั้น ในแง่ทางบวก-ลบ เรียกว่า “เจตคติต่อการประกอบพฤติกรรม” (AB)

เจตคติต่อการประกอบพฤติกรรม (AB) ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับผลของการประกอบพฤติกรรม (Behavioral Beliefs: BI) และการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับผลของการประกอบพฤติกรรม (Evaluation of Consequences: EI) เขียนเป็นสมการได้ว่า

$$AB = \sum_{i=1}^n b_i e_i$$

เมื่อ AB = ทศนคติต่อพฤติกรรม

b_i = ความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับผลของการกระทำ

e_i = การประเมินผลของการกระทำ

n = จำนวนข้อความที่เกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลต่อการกระทำนั้น

การวัดเจตคติต่อการประกอบพฤติกรรม เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลที่เห็นด้วยหรือคัดค้าน โดยใช้มาตรการจำแนกความหมายของออสกู๊ดและคณะ (Osgood's Semantic Differential Technique) ที่นำเสนอไว้ในปี ค.ศ. 1957 (Ajzen & Fishbein, 1980) ไม่เพียงแต่ใช้ในการวัดทัศนคติเท่านั้น ยังเป็นเครื่องมือสำหรับวัดความหมาย (Meaning) ด้วย โดยได้เสนอว่า ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ คือ การให้กลุ่มตัวอย่างบอกความหมายหรือคุณลักษณะของสิ่งที่จะวัดให้มากที่สุด แล้วนำมาสร้างเป็นข้อคำถามจะให้ความหมายของสิ่งนั้นมากขึ้น และเพื่อเพิ่มคุณค่าของการวัดได้เสนอให้แบ่งช่วงการวัดเป็น 5 ช่วง ระหว่าง 2 ขั้วของคุณลักษณะนั้น จะช่วยให้การวัดนั้นสามารถระบุทิศทางของการให้ความหมาย หรือทัศนคติและบอกถึงน้ำหนัก (Intensity) ด้วย ทั้งนี้ตามหลักจิตวิทยาการเรียนรู้ ในลักษณะที่การกระทำของบุคคลที่นำไปสู่การได้รับผลบวก บุคคลนั้นย่อมมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำนั้นและมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำอีก ในทางตรงกันข้ามหากการกระทำใดของบุคคล ที่นำไปสู่การได้รับผลทางลบ บุคคลนั้นย่อมมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

2.2 ปัจจัยทางสังคม เป็นการประมาณของบุคคลว่าตนจะมีบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm: SN) เพียงใด กลุ่มอ้างอิง หมายถึง บุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญกับกลุ่มตัวอย่าง บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (SN) ขึ้นอยู่กับความเชื่อของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการประกอบพฤติกรรมของตน (Normative Belief: NB)) หมายถึง การรับรู้ความคาดหวังของบุคคลหรือกลุ่มคนที่แวดล้อมตัวเขาว่า เขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm (SN)) ยังขึ้นอยู่กับการแรงจูงใจที่จะคล้อยตามความเชื่อของกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply: MC) ด้วย

เขียนสมการได้ดังนี้

$$SN = \sum_{i=1}^n NB_i MC_i$$

เมื่อ SN = การรับรู้บรรทัดฐานของบุคคลอื่นเกี่ยวกับพฤติกรรม

NB_i = ความเชื่อของบุคคลว่ากลุ่มอ้างอิงหรือบุคคลอ้างอิงคิดว่าเขาควรจะทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรม

MC_i = แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลอ้างอิงในพฤติกรรมนั้น

n = จำนวนของความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด

ดังนั้นการรับรู้บรรทัดฐานของบุคคลจึงเป็นการคล้อยตามความเชื่อของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตัวผู้รู้กันว่า เขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น คือ ถ้าการรับรู้ของบุคคลว่าผู้ที่มีความใกล้ชิดหรือความสำคัญต่อตนคิดว่า ควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ถ้าผู้ที่มีความใกล้ชิดหรือความสำคัญต่อตนคิดว่าไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

3. น้ำหนักความสัมพันธ์ของเจตคติต่อการประกอบพฤติกรรม (w_1) และบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (w_2) เป็นน้ำหนักของพฤติกรรมที่ได้จากการคำนวณสมการถดถอยพหุคูณ หมายถึง พฤติกรรมบางพฤติกรรมอาจกำหนดโดย เจตคติต่อการประกอบพฤติกรรมมากกว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ($w_1 > w_2$) ส่วนพฤติกรรมบางพฤติกรรมอาจได้รับอิทธิพลจากบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมากกว่าเจตคติต่อการประกอบพฤติกรรม ($w_1 < w_2$) แต่พฤติกรรมบางพฤติกรรมอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งสอง ความสำคัญของปัจจัยทั้งสองอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

4. จากข้อ 1, 2 และ 3 สามารถเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$B \sim I = (AB) w_1 + (SN) w_2$$

เมื่อ B = พฤติกรรมที่แสดงออกมา

I = ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม

AB = ทิศนคติต่อพฤติกรรม

SN = การรับรู้บรรทัดฐานของบุคคลอื่นเกี่ยวกับพฤติกรรม

w_1 และ w_2 เป็นน้ำหนักที่จะได้จากการคำนวณสมการถดถอยพหุคูณ

5. ตัวแปรภายนอก (External Variables) ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์ในการใช้บริการ ทิศนคติต่อการบริการ มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรม

6. ความจำเพาะของการกำหนดพฤติกรรมที่จะศึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

6.1 การกระทำ (Action) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง หรือ พฤติกรรมเดี่ยว (Single Act) เช่น การให้ลูกรับประทานอาหารเช้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น และเป็นกลุ่มของพฤติกรรม (Behavior Category) เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งอาจประกอบด้วยการกระทำหลายกิจกรรม ได้แก่ การวิ่ง การกระโดดเชือก หรือกิจกรรมอื่นที่เป็นการออกกำลังกาย

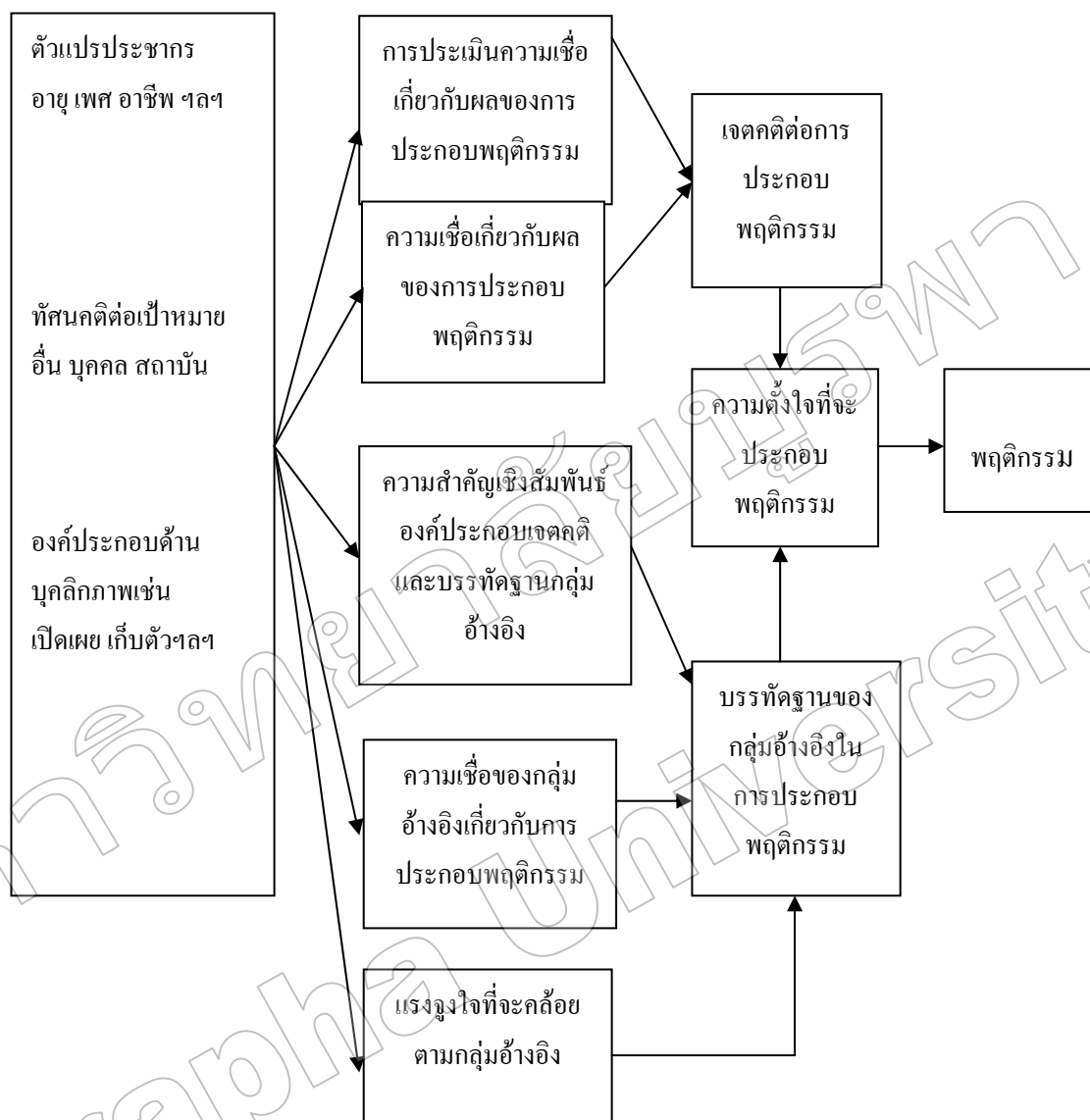
6.2 เป้าหมาย (Target) หมายถึง เป้าหมายของการกระทำ เช่น การให้ลูกรับประทาน อาหารอาจกำหนดให้เป็นนมแม่

6.3 เวลา (Time) เวลาที่จะแสดงพฤติกรรมที่เราจะศึกษา เช่น การกินนมแม่ตอนค่ำ

6.4 บริบท (Context) หมายถึงสถานการณ์ของพฤติกรรมที่สนใจศึกษา เช่น การกิน นมแม่ที่บ้าน ในการกำหนดพฤติกรรมที่จะศึกษานี้ สามารถกำหนดให้มีความจำเพาะได้ตามความ สนใจที่จะศึกษา

เมื่อกำหนดพฤติกรรมได้แล้ว การวัดเจตคติต่อพฤติกรรม ก็จะต้องวัดให้สอดคล้องกับ พฤติกรรม ส่วนการวัดพฤติกรรมจำเป็นต้องวัดให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นนอกจากนั้น ได้มีการนำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพโดยมีความเชื่อว่า ความตั้งใจนั้นเกิดจากเจตคติต่อพฤติกรรม ความเชื่อของกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการ รับรู้สมรรถนะแห่งตน (Fishbein, 2008)

ทั้งนี้เป็นไปตามหลักจิตวิทยาการเรียนรู้ในลักษณะที่การกระทำของบุคคลที่นำไปสู่การ ได้รับผลทางบวก บุคคลย่อมมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำนั้นและมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำ อีก ในทางตรงกันข้ามหากการกระทำใดของบุคคลที่นำไปสู่การได้รับผลทางลบ บุคคลนั้นย่อมมี ทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ดังนั้นทัศนคติในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการ เจริญพันธุ์ของวัยรุ่นจึงเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของวัยรุ่นเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและ อนามัยเจริญพันธุ์ อาจเป็นในเชิงลบและเชิงบวก เช่น หากวัยรุ่นเชื่อว่าการใช้บริการสุขภาพด้านเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์เป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ ก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้บริการสุขภาพด้านเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ และมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและ อนามัยการเจริญพันธุ์ และหากวัยรุ่นเชื่อว่าการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เป็น สิ่งที่ไม่ดีและไม่มีประโยชน์ ก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์และมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจไม่ไปใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัย ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Ajzen & Fishbein, 1980, p. 84)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีนี้เกิดจากนักจิตวิทยา เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ที่ใช้เป็นรูปแบบในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ต่อโรคที่มีความรุนแรง หรือมีอาการเจ็บป่วย โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการรักษาโรคต่าง ๆ สำหรับใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะ กล่าวถึง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคโดยตรง ทำให้เข้าใจว่า ทำไมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ กัน และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคล โดยเชื่อว่า การรับรู้ของ

บุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม ต่อมา Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น และจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในเยาวชน (Fisher & Fisher, 2002) พบว่าปัจจัยเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงเป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรค นั้นอาจหมายถึงอาจเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับความตั้งใจในการใช้บริการด้านเพศ ฯ ของเยาวชนได้ ผู้วิจัยจึงได้ยืมตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาร่วมอธิบายความตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ศึกษายังไม่พบว่ามีการใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen and Fishbein (1980) และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาอธิบายในเรื่องการให้บริการด้านสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชน แต่มีงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและความเชื่อด้านสุขภาพมาในการอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนจำนวนหนึ่ง ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ ได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้อง ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ ในวัยรุ่นจะมีพลังงานทางเพศสูงจึงเป็นเหตุให้วัยรุ่นสนใจกับกิจกรรมหรือปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของตนเองมากขึ้นและอาจทดลองลงมือปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศด้วยความอยากรู้อยากเห็น และเพื่อปลดปล่อยพลังทางเพศที่มีอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ ดาราวดี นันทขว้าง (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในจังหวัดลำพูน ปี พ.ศ. 2548 พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า และพิศสมัย นพรัตน์ (2543) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา พบว่าเพศชาย ร้อยละ 100 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับสูง โดยนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ร้อยละ 76.92 และร้อยละ 75 ส่วนนักเรียนหญิงทั้งมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษามี

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 25 ตามลำดับ ส่วนผลการศึกษาของการศึกษาของ พัชรินทร์ พูลทวี (2549) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยและลักษณะด้านประชากร กับความตั้งใจคัดกรองโรคหาลัสซีสของประชากรวัยเจริญพันธุ์จังหวัดชลบุรี พบว่าเพศที่แตกต่างกันจะมีความตั้งใจคัดกรองโรคไม่แตกต่างกันและการศึกษาของ สุวรรณจันทร์ประเสริฐ (2538) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตนาและพฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักของผู้ประกันตนในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับเจตนาที่จะเลือกสถานพยาบาล ดังนั้น เพศของเยาวชนน่าจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจไปใช้บริการด้านเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์

2. อายุ พัฒนาการของมนุษย์จะเปลี่ยนไปตามวัย บุคคลจะมีวิถีภาวะทางกาย จิตใจ สูงขึ้นตามวัย ในขณะที่บุคคลมีพัฒนาการตามวัยบุคคลจะสังสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัว และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา ด้วยประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นสามารถตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดถ้าปฏิบัติแล้วเกิดประโยชน์แก่ตน ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศโดยตรง อายุของบุคคลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมทางเพศ ดังการศึกษาของ โชติ เขมฤกษ์อำพล (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ในเขตชุมชนแออัด จังหวัดขอนแก่น: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแออัด เทพารักษ์ ศึกษาในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 264 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ เช่นเดียวกับ พัชรินทร์ พูลทวี (2549) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคัดกรองโรคหาลัสซีส โดยผู้ที่มียุมากจะมีความตั้งใจในการคัดกรองโรคมก อายุน้อยจะมีความตั้งใจคัดกรองโรคน้อย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลมีวิถีภาวะทางความคิด กายและจิตใจสูงขึ้นเชื่อมโยงไปยังทัศนคติและส่งผลถึงพฤติกรรม (วรารักษ์ อ่ำช้าง, 2544)

3. ประสบการณ์การใช้บริการ สามารถกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการได้โดยเชื่อว่าพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่ได้แยกออกจากกันและบุคคลมักใช้เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป ดังเช่น จากการศึกษาของ พัชรินทร์ พูลทวี (2549) พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยจะมีความตั้งใจคัดกรองโรคมกกว่าผู้ที่ไม่ม่ประสบการณ์การเจ็บป่วย

เจตคติต่อพฤติกรรม

เจตคติต่อพฤติกรรมเป็นการประเมินความรู้สึกรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าเป็นไปในทางบวกหรือลบต่อพฤติกรรม ดังนั้นทัศนคติต่อการบริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์จึงมีผลต่อการใช้บริการเช่น กรมอนามัย (2548) ได้ทำการประเมินผล มุมเพื่อนใจ

วัยรุ่นพบว่ามีทัศนคติที่ดีต่อมุมมองเพื่อนใจวัยรุ่น โดยร้อยละ 95.1 คิดว่าจะมารับบริการและแนะนำเพื่อนมาใช้บริการ จากการศึกษาของ วรรณภา กาวิละ (2544) ศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผลการศึกษาพบว่า เจตคติ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิดได้ร้อยละ 57 ($p < .01$) พชรินทร์ พูลทวี (2549) พบว่าทัศนคติต่อการคัดกรองโรคธาลัสซีเมียสามารถกำหนดความตั้งใจในการคัดกรองโรคธาลัสซีเมียได้ ร้อยละ 48.2 และวรรณุช เชื้อบาง (2545) ศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของสตรีวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 370 ราย ผลการวิจัยพบว่าสตรีวัยรุ่นมีเจตคติทางบวกระดับปานกลางต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ($r = .41, p < .01$)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการพิจารณาถึงบุคคลที่มีความสำคัญหรือแรงจูงใจในการต่อการกระทำของเยาวชน ดังการศึกษาของโกศัย หอมหนูหัก, จุฑาธิป ศีลบุตร และบุญยง เกี่ยวการค้า (2551) ได้ศึกษาถึงความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า บรรทัดฐานของบุคคลอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อนักเรียนในเรื่องการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ในระดับดี และร้อยละ 41.54 และมาเซลินา ซิลิ ปาปู, จุฑาธิป ศีลบุตร และบุญยง เกี่ยวการค้า (2551) ศึกษาความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเมืองมานาคู ประเทศอินโดนีเซีย ผลศึกษาพบว่าความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักเรียนบรรทัดฐานของบุคคลอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อนักเรียนในเรื่องการป้องกันเอชไอวี/เอดส์อยู่ในระดับสูง จีรวรรณ พนายิ่งไพศาล (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการขับเคลื่อนการยอมรับอย่างปลอดภัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการขับเคลื่อนการยอมรับอย่างปลอดภัย สัมพันธ์กับการศึกษาของ กมลวรรณ ศรีเจริญจิตต์ (2547) ที่ศึกษาการให้บริการปรึกษาปัญหาทางเพศของวัยรุ่นในเขตจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเมื่อมีปัญหาวัยรุ่นใช้แหล่งปรึกษาปัญหาทางเพศ 3 แห่ง คือ ปรึกษาบิดา มารดา ปรึกษาเพื่อนนักเรียน หรือเพื่อนวัยเดียวกัน และปรึกษาญาติหรือคนที่นับถือเหมือนญาติ และวรรณุช เชื้อบาง (2545) ศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของสตรีวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดอุดรดิตถ์ ผลการวิจัยพบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง สัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ($r = .43, p < .01$)

ปถมาวดี เดชฤกษ์ปาน (2548) ศึกษาเจตคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำของวัยรุ่นหญิงในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดพัทลุงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงใน การบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.12)

การรับรู้ความเสี่ยงสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชน ดังนี้

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551-2552 ระบุว่า ผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 8.6 เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-24 ปี นอกจากนั้น วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษาบางคนคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่ทำให้ท้องได้ ผลสำรวจยังพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นมีอายุเฉลี่ยเพียง 15-16 ปี และมีแนวโน้มว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นจะลดลงเรื่อย ๆ (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิตและคณะ, 2554) และจากการศึกษา ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ประเทศไทยปี พ.ศ. 2549 (สุปียา จันทรมณี และธนรัชต์ ผลิพัฒน์, 2550) พบว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในผู้หญิงและผู้ชายเท่ากับ 13 ปี โดยนักเรียนชายเพียง ร้อยละ 45.5 และนักเรียนหญิงเพียง ร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ พฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นและเยาวชน: สถานการณ์ปัจจุบันของ วารุณี ฟองแก้ว และคณะ (2549ก) ที่ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ลักษณะ รูปแบบของพฤติกรรมทางเพศ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 13-22 ปี ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11,297 คน ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นและเยาวชน ร้อยละ 28.4 เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยในเพศชาย ร้อยละ 36.3 สูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 20.9 และรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ได้เปลี่ยนไปโดยมีลักษณะการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน การสลับเปลี่ยนคู่นอน การมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งกับหญิง ชายและเพศที่สาม มีการเล่นเซ็กส์หุ้มและส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นชาย 691 ราย และวัยรุ่นหญิง 334 ราย ร้อยละ 34.4 และ 27.6 เท่านั้นที่ระบุว่าได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ให้ความสนใจกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากนัก โดยวัยรุ่นบางส่วนบอกว่าไม่เห็นผลระยะสั้น ส่วนกรรมการ มังกรโรทัย (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดนนทบุรี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา ชูเกียรติ (2543) ที่ศึกษาความเชื่อใน แหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อเอดส์ ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .29$, $r = .21$ และ $r = .39$) ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามการศึกษาในหลาย ๆ เรื่องไม่พบความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยง กับพฤติกรรม ดังการศึกษาของ วิลาวัณย์ กล้าแรง (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ อายุระหว่าง 14-21 ปี จำนวน 409 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ การรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ และ การศึกษาของ วริษา เจริญเวช (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมที่ เสี่ยงต่อเอดส์ของนักเรียนวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและ ปลายที่ศึกษาอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 413 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อ เอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่พบว่า ทักษะคิดต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้น หรือ ความตั้งใจต่อการทำพฤติกรรมนั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าทักษะคิดต่อพฤติกรรมมี ความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความตั้งใจหรือพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ เชิงบวกต่อความตั้งใจหรือพฤติกรรม นอกจากนั้นในต่างประเทศได้นำแนวคิดด้านการรับรู้ ความเสี่ยงด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ยังไม่มีการศึกษาว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความ ตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชนหรือไม่อย่างไร นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ นั้นมีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจ หรือพฤติกรรมด้วยเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามในแต่ละพฤติกรรมนั้นมีความสำคัญของเจตคติต่อ

พฤติกรรมและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงยังมีความสำคัญแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชนว่าจะมีตัวแปรสำคัญใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวตามกรอบแนวคิดของ Ajzen and Fishbein (1980)

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University