



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากหลายปีที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูงขึ้นเป็นอย่างมาก และมีการติดเชื้อกระจายไปในทุกเพศ ทุกวัย ทุกสาขาอาชีพ ทุกสังคมและทุกชนชั้น ซึ่งจนถึงปัจจุบันนี้ก็ยังไม่พบว่ามียาที่สามารถรักษาโรคนี้ให้หายได้ และการใช้ถุงยางอนามัยยังคงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ (AIDS) ทางเพศสัมพันธ์

Cohen (2000) ได้พูดถึงการติดต่อของเชื้อ HIV ในการประชุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นานาชาติครั้งที่ 13 (XIII International AIDS Conference Prevention of Sexual HIV Transmission) ได้มีการสรุปไว้ว่าเชื้อ HIV สามารถติดต่อได้ 3 ทาง คือ

- การติดต่อทางเลือด ไม่ว่าจะเป็นการถ่ายเลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือการได้รับอุบัติเหตุที่มีการแลกเปลี่ยนเลือดกันได้
- การถ่ายทอดจากแม่ไปสู่ลูกในระหว่างคลอดหรือการให้นม
- การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าเป็นช่องทางที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV มากที่สุด

สำหรับในประเทศไทยนั้น โรคเอดส์เริ่มต้นเข้าสู่ประเทศไทยครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.2527 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2546) จากตารางที่ 1.1 แสดงรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2527 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2546 พบว่า ในปี พ.ศ.2527 เริ่มพบผู้ป่วยโรคนี้เพียง 3 ราย ซึ่งเป็นชายทั้งหมด และมีอายุในช่วง 20-34 ปี

สำหรับการติดเชื้อในเพศหญิงในประเทศไทยนั้น พบว่ามีผู้ติดเชื้อและได้รับรายงานเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2531 โดยในปีนั้นมีผู้ติดเชื้อที่เป็นสตรีจำนวน 1 คน หลังจากนั้นมียารายงานพบว่ามีผู้ติดเชื้อที่เป็นสตรีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และขยายวงกว้างออกไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในสตรีและที่น่าสนใจ คือใน *กลุ่มสตรีวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น* เนื่องจากพบว่า

1. สตรีในช่วงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงกว่าเพศชายในวัยเดียวกันอย่างต่อเนื่อง นับแต่ปี 2536 จนถึงปัจจุบัน และเมื่อรวมจำนวนผู้ติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นในปี 2527-2546 พบว่าวัยรุ่นหญิงติดเชื้อมากถึง 1,067 คน ในขณะที่วัยรุ่นชายติดเชื้อเพียง 873 คน (ตารางที่ 1.1)

2. ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นสตรี พบว่ากลุ่มอายุที่มีการติดเชื้อเป็นจำนวนสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 25-29 ปี รองลงมาคือ กลุ่ม 30-34 ปี และ กลุ่มอายุ 20-24 ปี ตามลำดับ เมื่อรวมจำนวนของทั้ง 3

กลุ่มนี้ จะพบว่าในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา มีรายงานสตรีไทยในช่วงอายุ 20-34 ปี ที่ติดเชื้อเป็นจำนวนสูงถึง 39,906 คน (ตารางที่ 1.1)

3. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อมากที่สุดในเพศหญิงมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ (ตารางที่ 1.2)

ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากรายงานของกรมควบคุมโรคนั้น มีการประมาณการว่าอาจยังไม่ใช่จำนวนที่ตรงกับความเป็นจริงในประเทศไทย โดยเฉพาะในกรณีของสตรีวัยรุ่น เนื่องจากคนกลุ่มนี้มักจะยังไม่แต่งงานและมีความอายที่จะมาขอรับบริการรักษาโรคด้านเพศสัมพันธ์ในสถานบริการของรัฐ เนื่องจากสถานบริการอาจไม่มีความเป็นส่วนตัว และมีความกลัวว่าจะถูกมองว่ามีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2541)

ตารางที่ 1.1

แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามอายุและปีที่เริ่มป่วย (ประเทศไทย ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2527 - 31 ตุลาคม พ.ศ. 2546)

ปี	จำนวนผู้ติดเชื้อในแต่ละปี จำแนกตามอายุ (15-44 ปี)											
	15 - 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 44	
	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช
2527	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
2528	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
2529	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2530	0	0	0	5	0	2	0	3	0	2	0	1
2531	0	0	0	3	0	2	0	5	0	1	1	0
2532	0	0	1	8	2	12	5	19	2	9	0	7
2533	5	1	2	22	2	30	3	36	3	21	2	13
2534	6	10	9	56	13	111	15	116	8	86	1	31
2535	12	22	69	214	43	432	33	330	13	233	14	101
2536	63	51	201	746	213	1,160	154	1,217	67	829	37	422
2537	78	72	476	1,480	465	3,438	357	2,637	200	1,749	86	813
2538	119	111	830	1,919	942	5,061	666	4,122	389	2,580	164	1,210
2539	152	113	1,091	1,976	1,446	5,812	900	4,995	487	2,973	309	1,512
2540	155	114	1,291	1,640	1,820	5,987	1182	5,491	662	3,182	381	1,730
2541	106	95	1,313	1,483	2,118	5,520	1409	5,753	803	3,325	476	1,790
2542	102	86	1,267	1,191	2,387	4,786	1721	5,313	1,000	3,272	590	1,810
2543	98	58	1,098	915	2,455	4,130	1916	5,174	1,128	3,282	621	1,773
2544	90	58	899	762	2,214	3,284	1985	4,680	1,192	3,137	700	1,709
2545	50	59	670	607	1,970	2,580	1903	3,974	1,246	2,970	655	1,513
2546	31	23	297	292	1,042	1,058	1011	1,996	613	1,385	338	784
Total	1,067	873	9,514	13,321	17,132	43,907	13,260	45,917	7,813	29,036	4,375	15,239

(สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ตารางที่ 1.2

แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามสาเหตุการติดเชื้อและปีที่เริ่มป่วย (ประเทศไทย ระหว่าง กันยายน พ.ศ. 2527 - 31 ตุลาคม พ.ศ. 2547)

ปี	จำนวนผู้ติดเชื้อในแต่ละปี จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง										
	เพศสัมพันธ์		สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น		รับเลือด		อื่นๆ		ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง		
			ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
2527	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2528	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2529	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2530	0	12	0	2	0	0	0	0	0	0	0
2531	0	8	0	0	1	1	0	0	0	0	2
2532	9	46	0	10	0	1	0	0	0	0	0
2533	17	102	1	28	0	1	0	0	1	4	
2534	48	395	2	55	1	2	0	0	3	15	
2535	117	1,210	3	154	3	5	0	0	10	106	
2536	706	4,439	13	491	4	6	0	1	74	581	
2537	1,589	9,222	22	900	3	2	0	2	163	1,008	
2538	3,048	13,544	20	1,314	2	6	0	1	235	1,386	
2539	4,407	16,434	20	1,068	548	660	1	2	213	1,284	
2540	5,452	17,041	35	1,080	568	697	0	2	316	1,430	
2541	6,138	16,401	20	1,186	535	621	2	2	411	1,741	
2542	7,049	15,450	39	1,012	500	580	2	3	412	1,464	
2543	7,399	14,491	39	1,043	475	486	3	6	399	1,116	
2544	7,071	12,806	36	847	388	402	2	6	471	1,238	
2545	6,199	10,356	36	884	348	331	5	2	465	1,216	
2546	1,995	3,235	20	348	119	121	1	0	149	377	
Total	51,349	135,200	306	10,449	18	39	16	27	3,322	12,969	

(สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

จากข้อมูลต่างๆข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV ในสตรีไทยวัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น เพราะเป็นวัยที่น่าจะมีความเสี่ยงสูงสุด และเนื่องจากมีรายงานสาเหตุการติดเชื้อในสตรีไทยว่ามาจากสาเหตุการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกต่างเพศ ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาพฤติกรรมทางเพศในสตรีกลุ่มนี้ โดยจะเน้นในกลุ่มสตรีที่คนทั่วไปในสังคมมองว่าเป็น "ผู้หญิงสมัยใหม่" หรือ สตรีโสดที่เข้าไปที่เห็นกันอยู่ในสังคมที่น่าจะดูแลตนเองได้ดีในเรื่องเพศสัมพันธ์ คือ เป็นสตรีที่ยังไม่สมรสแต่มีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือคู่นอน มีการศึกษา และมีความรู้ในเรื่องโรค AIDS และการป้องกันการติดเชื้อ HIV เป็นอย่างดี เพื่อที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศและแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของบุคคลกลุ่มนี้ นอกจากนั้นยังจะเน้นศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกัน ตลอดจนเหตุผลที่ทำให้สตรีในกลุ่มนี้เลือกที่จะไม่ป้องกันตัวเองในขณะที่มีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือคู่นอนทั้งที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้เป็นอย่างดี ทั้งนี้โดยคาดว่าจะสามารถหาคำตอบที่ชัดเจนได้ในระดับหนึ่ง เพื่อสามารถใช้เป็นแนวทางการแก้ปัญหาการมีพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกันในสตรีไทย ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากกว่าจะเป็นการทุ่มเทงบประมาณในการให้ความรู้เรื่องโรค AIDS เพียงด้านเดียว

แนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้วางแนวคิดในการวิจัย โดยต้องการศึกษาเหตุผลหลักของการมีพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกันของสตรีวัยรุ่นตอนปลายและวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในประเทศไทย เพื่อที่จะตอบคำถามการวิจัย 2 ข้อ คือ

1. เหตุผลหลักด้านใดที่สตรีไทยวัยรุ่นตอนปลายและสตรีวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้นอ้างถึงมากที่สุด ในการให้เหตุผลการยินยอมมีพฤติกรรมทางเพศแบบขาดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่นอน

จากการค้นคว้างานวิจัยพบว่า สตรีวัยรุ่นยินยอมรับว่าการมีเพศสัมพันธ์เริ่มมาจากการใกล้ชิด และอารมณ์ การมีความสัมพันธ์ทางเพศเกิดเนื่องมาจากความรัก ความอบอุ่น และความผูกพัน (พีระพันธ์ พยุงวิระน้อย, 2543) โดยบุคคลที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ด้วยมากที่สุดคือคนรัก และมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์น้อยมากและใช้อย่างไม่สม่ำเสมอ(ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต , 2542 วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล, 2538 กระจวงสารารณสุข, 2547) นอกจากนี้สตรีจำนวนมากยังรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของน้อยมากหรือไม่มีโอกาสติดเชื้อเลย และมีความคิดว่าคู่นอนของตนจะไม่นำโรคมาติด (วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล, 2538) และมีงานวิจัยที่พบว่าวัยรุ่นมีความคิดว่าถุงยางอนามัยไม่ใช่สิ่งจำเป็นในการมีเพศสัมพันธ์และทำให้เสียบรรยากาศ (ชัยสิทธิ์ พงพัฒน์, 2544) ซึ่งแม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้

ดูยางอนามัยมาก่อนหน้านี้แล้ว แต่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพียงการสำรวจทั่วไป และไม่ได้วิเคราะห์คำตอบเหล่านั้นถึงสาเหตุที่แท้จริงและจำแนกสาเหตุหลักอย่างเป็นทางการว่าสาเหตุที่ทำให้สตรียินยอมมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีกำบังนั้นมาจากเหตุผลใดเป็นหลัก ดังนั้นทำให้ไม่สามารถที่จะมุ่งเน้นในการแก้ไข ปัญหาหรือหาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาถึงสาเหตุของพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกันในประเทศไทยส่วนใหญ่ทำกับวัยรุ่น ในขณะที่การศึกษาพฤติกรรมทางเพศในสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หรือวัยทำงานที่ยังมีสถานภาพโสดมีจำนวนน้อยมากหรือแทบจะไม่พบเลยก็ว่าได้ ซึ่งงานวิจัยที่พบโดยมากของวัยทำงานหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ทำการศึกษากับสตรีที่แต่งงานแล้ว หรือสตรีที่มีอาชีพพิเศษ การขาดการศึกษาถึงสาเหตุของพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อของสตรีที่ยังไม่แต่งงาน แต่มีเพศสัมพันธ์กับคูรักรหรือคู่นอนในวัยนี้ ทำให้ความเข้าใจถึงคนกลุ่มนี้ในประเทศไทยมีน้อยมาก

2. ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของสตรี มีความสัมพันธ์กับการยอมตามใจคู่นอนในการไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่

สาเหตุที่ผู้วิจัยสนใจเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองที่มากเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกัน เนื่องมาจากการศึกษาค้นคว้าต่างๆที่สนับสนุนว่าสาเหตุหนึ่งที่สตรีไทยยอมให้คูรักรเป็นผู้ตัดสินใจเนื่องมาจากความรักและความกลัวว่าจะถูกทิ้ง ดังเช่นในงานวิจัยของ Barrette, Suttiwan, & Chanyoo (2003) ที่ทำในวัยรุ่นไทย และจากงานวิจัยของวิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2538) พบสอดคล้องกันว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีวัยรุ่นยอมมีเพศสัมพันธ์กับคูรักร เนื่องจากต้องการดึงดูดให้ฝ่ายชายรัก และสงสาร และเลือกใช้ชีวิตคู่ร่วมกับตนเอง และ จากการรับร่ำของเพื่อนชายต่อความต้องการทางเพศ และการศึกษาของสุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ วัฒนา นานาศิลป์ นิลาวรรณ จันทะปรีดา และกฤติยา แสงเจริญ (2542) พบว่า การไม่สามารถปฏิเสธคู่นอนได้ เป็นสาเหตุหนึ่งของการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีเหล่านี้ไม่สามารถปฏิเสธเพื่อนชายได้ หรือสาเหตุที่ยินยอมมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากต้องการให้อีกฝ่ายรักและสงสาร เกี่ยวข้องกับระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองหรือไม่

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ พบว่ามีงานวิจัยจำนวนน้อยมากศึกษาความเกี่ยวข้องในเรื่องของการยอมมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคกับการเห็นคุณค่าในตนเองในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่ายังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้อย่างจริงจังในประเทศไทย และแม้ในงานวิจัยต่างประเทศก็พบไม่มากนัก จึงอาจกล่าวได้ว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการศึกษาที่เกี่ยวข้องในด้านนี้ต่อไปในอนาคต

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าจากทฤษฎีและงานวิจัยจากหลายด้านที่เกี่ยวข้องทั้งเอกสารภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ รวมถึงการขอพบและสนทนากับผู้เชี่ยวชาญในหลากหลายสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ โดยทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้และจะกล่าวถึงต่อไปนั้น ประกอบไปด้วยแนวคิดและงานวิจัย คือ แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการมนุษย์ แนวคิดด้านพัฒนาการของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวถึงสาเหตุและปัจจัยที่จะทำให้บุคคลเลือกที่จะมีพฤติกรรมอันนำมาซึ่งการไม่มีโรค หรือการดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem) รวมถึงเนื้อหาข้อมูลของการมีเพศสัมพันธ์ที่ขาดการป้องกันและนำไปสู่การติดเชื้อ นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าในงานวิจัยนี้ คือ งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศทั้งของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคของวัยรุ่น งานวิจัยเกี่ยวกับระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพ

ในการศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมทางเพศแบบขาดการป้องกันการติดโรคเอดส์ของสตรีในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้ ถือได้ว่าเป็นการศึกษาที่มีประโยชน์ เนื่องจากข้อมูลที่ได้จะทำให้เราเข้าใจความคิดและพฤติกรรมทางเพศของสตรีในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้มากขึ้น อันเป็นช่วงวัยที่มีการรายงานให้ทราบว่าเป็นกลุ่มใหญ่ของสตรีที่ติดเชื้อ HIV สูง นอกจากนี้ยังทำให้เห็นถึงที่มาของการเกิดปัญหาการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ในสตรีได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะเอื้อให้เราสามารถศึกษาและหาแนวทางในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในสตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไปในอนาคต

1.1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการมนุษย์

โยธิน ศันสนียุทธ (2533) ได้กล่าวถึงพัฒนาการของมนุษย์ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพของชีวิตมนุษย์ ตั้งแต่เกิดไปสู่การเจริญวัย การมีวุฒิภาวะ การเป็นผู้ใหญ่และความซราภาพตามลำดับ มนุษย์จะมีการพัฒนาไปตลอดเวลาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา

สำหรับแนวคิดในเรื่องการแบ่งวัยต่างๆ ในช่วงชีวิตของมนุษย์นั้น จากการค้นคว้าหลักฐานทางเอกสารวิชาการ พบว่า มีหลากหลายแนวคิดด้วยกัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์ตัดสินช่วงวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยการแบ่งแบบระดับอายุ โดยอ้างอิงจากแนวคิดของ Daniel Levinson ซึ่งทฤษฎีของเขาเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ที่ศึกษาศาสตร์ในด้านพัฒนาการมนุษย์ เพื่อให้สามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 วัยได้อย่าง

ศึกษาศาสตร์ในด้านพัฒนาการมนุษย์ เพื่อให้สามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 วัยได้อย่างชัดเจน และจะขอกล่าวถึงประเด็นเรื่องของทฤษฎี Theory of the Seasons of Life ของ Daniel Levinson โดยละเอียดต่อไป

1.1.1. Theory of the Seasons of Life (Daniel Levinson)

แนวคิดของ Levinson (1986) พุดถึงพัฒนาการมนุษย์ครอบคลุมตั้งแต่วัยทารกไปจนถึงวัยชรา ในแต่ละระดับพัฒนาการ จะมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เป็นแบบฉบับของตนเอง และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะมีความสำคัญอย่างมากต่อวงจรชีวิตในส่วนรวมของบุคคล และเน้นมากในช่วงของวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ยาวนานที่สุดในชีวิต โดยเขาอธิบายว่าชีวิตของคนในแต่ละช่วงเวลาที่สำคัญๆ สามารถแยกย่อยได้เป็น 2 ระยะเวลาคือ ระยะเวลามั่นคง (Stable Period) และ ระยะเวลาเชื่อมต่อระหว่างวัย (Transitional Period)

- ระยะเวลามั่นคง (Stable period) คือ ช่วงเวลาที่บุคคลอยู่ในช่วงวัยใดวัยหนึ่ง มีทางเลือกที่สำคัญๆ (crucial choices) เข้ามาในชีวิตและบุคคลจำเป็นต้องเลือกกระทำในทางเลือกที่เข้ามา เพื่อพัฒนาโครงสร้างชีวิตของตนเองให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

- ระยะเวลาเชื่อมต่อระหว่างวัย (Transitional period) เป็นช่วงเวลาที่สิ้นสุดของวัยใดวัยหนึ่งเพื่อก้าวขึ้นสู่วัยที่เติบโตขึ้นกว่าเดิมนั่นเอง

โดย Levinson แบ่งพัฒนาการมนุษย์ออกเป็น 4 ระยะเวลา (Stages) ใหญ่ๆ ตามอายุ ได้แก่

1. ก่อนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ อายุ 0-20 ปี
2. วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-40 ปี
3. วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40-60 ปี
4. วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 60 ปีขึ้นไป

แม้ว่าช่วงชีวิตของมนุษย์จะแบ่งได้ออกเป็น 4 ระดับ แต่ Levinson อธิบายว่ามนุษย์มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และมีงานในช่วงวัยต่างๆ ที่แตกต่างกันไป โดยได้อธิบายว่ามนุษย์จะมีพัฒนาการเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาเข้าสู่วัยที่เติบโตขึ้น ซึ่งประกอบด้วยระยะที่มั่นคงและระยะเชื่อมต่อระหว่างวัยเกิดขึ้นสลับกันไปตลอดช่วงชีวิต อธิบายได้ดังนี้

- ระยะเวลาเด็ก หรือก่อนเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ (Pre-adult stage) ตั้งแต่อายุ 0-17 ปี
- ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ (Early Adulthood transition) อยู่ในช่วงอายุ 17-20 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงจาก เด็กเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ บุคคลเริ่มมีการสำรวจถึง

ความสามารถที่ตนเองทำได้จริง และเริ่มมีการวางแผนหรือวางรากฐานในชีวิตอย่างคร่าวๆ แต่ยังเป็นแผนการที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ไม่ตายตัว

- ระยะเวลาผู้ใหญ่ (Entering the adult world) อายุ 22-28 ปี บุคคลจะเริ่มมีการสร้างโครงสร้างชีวิตที่แน่นอนของตนเอง วางแผนถึงอนาคตและเริ่มดำเนินตามแผนการนั้นอย่างจริงจัง ช่วงนี้จึงอาจมีการแต่งงานและสร้างครอบครัวเกิดขึ้น

- ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัย 30 ปี (Age 30 transition) อายุระหว่าง 28-33 ปี บุคคลจะเริ่มมีการประเมินคุณค่าของตนเอง และมีการวางแผนเพื่อที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพัฒนา รากฐานชีวิตให้มีความมั่นคงมากขึ้นหลังจากที่ได้เริ่มต้นสร้างเมื่อแรกเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น

- ระยะเวลาสร้างรากฐาน (Settling Down) ช่วงอายุ 33-40 ปี ในช่วงนี้บุคคลจะดำเนินการสร้างรากฐานชีวิตระยะที่สองให้มีความมั่นคงมากขึ้น ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการครอบครัว หน้าที่การงาน เพื่อน หรือระบบสังคมอื่นที่บุคคลนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องอยู่

- ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Midlife transition) ช่วงอายุระหว่าง 40-45 ปี ช่วงเวลานี้บุคคลจะเริ่มหันมาตั้งคำถามกับตนเองว่า ที่ผ่านมาเขาได้ทำอะไรกับชีวิตตนเองมาบ้าง ช่วงนี้จึงอาจมีการเกิดวิกฤติของชีวิตขึ้นได้

- ระยะเวลาวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Entering Middle Adulthood) ช่วงอายุระหว่าง 45-50 ปี ในช่วงเวลานี้ บุคคลจะมีการสร้างแบบแผน หรือมีการวางแผนรากฐานให้กับชีวิตใหม่อีกครั้ง จึงอาจนำไปสู่เรื่องของการเปลี่ยนงานหรือการแต่งงานใหม่ได้

- ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัย 50 ปี (Age 50 transition) อายุ 50-55 ปี จะคล้ายกับช่วงเกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัย 30 ปี (Age 30 transition) กล่าวคือเมื่อเข้าสู่กลางคนแล้วบุคคลจะเริ่มมีการประเมินคุณค่าของตนเอง และมีการวางแผนเพื่อที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพัฒนา รากฐานชีวิตให้มีความมั่นคงอีกครั้ง

- ระยะเวลาสิ้นสุดวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Culmination of Middle Adulthood) ช่วงอายุ 55-60 ปี เมื่อเข้าสู่วัยนี้ บุคคลจะหันไปช่วยสร้างหรือให้คำแนะนำกับชีวิตของคนอื่นมากขึ้น หากบุคคลสามารถปรับตัวได้และสามารถวางแผนและสร้างรากฐานในทุกๆระยะที่ผ่านมาจนถึงระยะนี้แล้ว อาจกล่าวได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมความสำเร็จในชีวิตสูงสุด

- ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Late Adult Transition) ช่วงอายุ 60-65 ปี บุคคลเริ่มต้นที่จะปลดเกษียณตนเองจากภาระหน้าที่ต่างๆ ที่มีอยู่

- ระยะเวลาวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Late Adulthood) อายุ 65 ปีขึ้นไป บุคคลจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบใหม่หลังการปลดเกษียณตนเองและดูแลสุขภาพ บุคคลจะต้องจัดการกับ

สภาพทางจิตใจเพื่อยอมรับให้ได้ว่าตนเองมีอายุเพิ่มมากขึ้น และไม่สามารถย้อนกลับไปเป็นหนุ่มสาวได้อีก

ผู้ใหญ่ ตอนปลาย	: อายุ 65 ปี ขึ้นไป	ระยะผู้ใหญ่ตอนปลาย
	: อายุ 60 - 65 ปี	ระยะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย
ผู้ใหญ่ ตอนกลาง	: อายุ 55 - 60 ปี	ระยะสิ้นสุดวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง
	: อายุ 50 - 55 ปี	ระยะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัย 50 ปี
	: อายุ 45 - 50 ปี	ระยะผู้ใหญ่ตอนกลาง
	: อายุ 40 - 45 ปี	ระยะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง
ผู้ใหญ่ ตอนต้น	: อายุ 33-40 ปี	ระยะสร้างรากฐาน
	: อายุ 28-33 ปี	ระยะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัย 30 ปี
	: อายุ 20-28 ปี	ระยะการเป็นผู้ใหญ่
ก่อนเข้าสู่วัย ผู้ใหญ่	: อายุ 17-20 ปี	ระยะการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่
ผู้ใหญ่	: อายุ 0-17 ปี	วัยเด็ก

ภาพที่ 1.1 พัฒนาการของบุคคล ตามแนวคิดทฤษฎีของ Daniel Levinson (1986)

แนวคิดของ Levinson ให้ความสำคัญกับช่วงวัยผู้ใหญ่ค่อนข้างมาก โดยเป็นช่วงเวลาที่มิภาระหน้าที่ที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิต คือการสร้างรากฐานและจัดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรากฐานของชีวิต เมื่อบุคคลสร้างความเป็นปึกแผ่นให้ตนเองได้แล้ว จึงจะเข้าสู่ระยะมั่นคง (Periods of stability) และเมื่อไรที่เกิดคำถามขึ้นหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของรากฐานชีวิตบุคคลก็จะกลับเข้าสู่ระยะเชื่อมต่อระหว่างวัย (Periods of stability)

1.2. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นตอนปลาย

จากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัย (วราพร สุนทร, 2545 บัณฑิตย์ ใจตรงดี, 2545 สุชา จันทร์เอม, 2536 Chantry, 1998 Elkind & Weiner, 1978) อาจสรุปการกำหนดระยะวัยรุ่นของสตรีแบ่งย่อยได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

- วัยรุ่นตอนต้น

อยู่ระหว่างช่วงอายุประมาณ 12-15 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจ มีความนึกคิด มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างชัดเจน แต่การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ยังไม่สมบูรณ์ มีความหมกมุ่นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของ

ร่างกาย และมีอารมณ์แปรปรวนมาก ให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านม
ขยายขนาดขึ้น มีขนที่รักแร้และอวัยวะเพศ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศมีผลต่อการเจริญของ
รังไข่ ทำให้พร้อมต่อการเจริญพันธุ์ ซึ่งสตรีวัยรุ่นบางรายอาจมีประจำเดือนเป็นครั้งแรก

- วัยรุ่นตอนกลาง

ช่วงอายุประมาณ 15-17 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกายและ
จิตใจ วัยนี้เป็นวัยที่มีแรงผลักดันทางเพศรุนแรง เริ่มสนใจและพัฒนาความสัมพันธ์กับเพื่อนต่าง
เพศ เป็นช่วงที่มีแรงขับทางเพศสูงที่สุด ซึ่งอาจมีผลต่อความสนใจและความต้องการทางเพศที่เพิ่ม
มากขึ้นกว่าอดีต อาจมีการนัดเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ เริ่มมีความนึกคิดในเรื่องเพศมากขึ้น และนึก
คิดเกี่ยวกับสัญลักษณ์ที่เร้าใจให้คิดถึงเรื่องเพศ พัฒนาการด้านสติปัญญาที่ดีขึ้นกว่าวัยเด็กตอน
ปลายมีส่วนทำให้วัยโดยสอดคล้องในการนึกฝันและสร้างจินตนาการด้วยตนเอง

- วัยรุ่นตอนปลาย

อายุประมาณ 18-21 ปี ในวัยนี้ เด็กจะเริ่มเข้าสู่การมีวุฒิภาวะสมบูรณ์มากขึ้นกว่าใน
วัยรุ่นตอนต้น และวัยรุ่นตอนกลางที่ผ่านมา พัฒนาการทางด้านร่างกายจะไม่ชัดเจนเหมือนระยะ
วัยรุ่นตอนต้นและตอนกลาง แต่จะมีพัฒนาการทางจิตใจมากขึ้น วัยนี้มีการเจริญเติบโตของระบบ
อวัยวะเพศ และสามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ มีการพัฒนาการทางด้านจิตใจมากกว่าทางด้าน
ร่างกาย มีการใช้เหตุผลพิจารณาความปลอดภัยต่อสุขภาพและรับรู้บทบาทของตนเอง เริ่ม
ตั้งเป้าหมายที่ตนเองต้องการและพยายามปฏิบัติตามเป้าหมายนั้นๆ ให้สำเร็จ มีการปรับตัวที่ดีขึ้น
ร่างกายระยะนี้มีความสมบูรณ์สูงสุด และเริ่มเข้าสู่วุฒิภาวะที่สมบูรณ์แบบ เริ่มมีการแยกตัวออก
จากเพื่อนกลุ่มใหญ่ แต่ให้ความสำคัญเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะเพื่อนต่างเพศ หรือเพื่อนสนิทเพศ
เดียวกัน สตรีวัยรุ่นระยะนี้มักมีการแสดงออกในด้านเพศที่สะดักใจมากขึ้น เช่น การนัดเที่ยวกับ
เพื่อนต่างเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

จากแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการของมนุษย์ Psychosocial Theory ของ Erik H. Erikson
(1993) พูดถึงวัยรุ่นว่าเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการ
เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ นับเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ซึ่งเป็น
ระยะเวลาที่มนุษย์มีความสับสนทางจิตใจมากที่สุดยิ่งกว่าวัยอื่นๆ การที่เด็กวัยรุ่นพยายามค้นหา
เอกลักษณ์แห่งตน ทำให้เด็กวัยรุ่นมีนิสัยของความชอบเป็นอิสระ ชอบทดลอง ต้องการเป็นตัวของ
ตัวเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมของการชอบแสวงหาประสบการณ์ สำหรับทางด้าน
ร่างกายนั้น เมื่อวัยรุ่นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ
ร่างกายและเกิดแรงขับทางเพศ (Sex drive) ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อมีความรู้สึกต้องการทาง

เพศ วัยรุ่นจึงอาจมีพฤติกรรมความสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง อาจเกิดความรู้สึกชอบพอและแสดง อารมณ์ทางเพศกับเพื่อนต่างเพศ หรือ เพศเดียวกัน วัยรุ่นจะพยายามสร้างจุดเด่นให้ตัวเองเพื่อให้ เป็นที่สนใจและยอมรับจากเพศตรงข้าม การมีแฟนหรือมีความรักใคร่ชอบพอก็เป็นการสนอง ความต้องการอีกด้านหนึ่งที่สำคัญต่อจิตใจของวัยรุ่น จากนั้นจึงมีการแสดงความรัก ความชอบ พอ และทดลองทางเพศกับเพศตรงข้าม

นอกจากนี้ นักจิตวิทยาหลายท่าน (ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2530 Elkind & Weiner, 1978) อธิบายถึงลักษณะสำคัญของวัยรุ่น ว่าจะมีพฤติกรรมที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentrism) เป็นวัยที่มีพัฒนาการของเอกลักษณ์แห่งตน (Erikson, 1968) และรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองมี เอกลักษณ์แห่งตน (Identity) ที่แตกต่างไปจากคนอื่น และเชื่อว่าตนเองได้รับยกเว้นจากกฎเกณฑ์ บางอย่าง มีความคิดว่าผลลัพธ์ทางด้านลบในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สามารถเกิดขึ้นกับคนอื่น ๆ ได้ แต่จะไม่เกิดขึ้นกับตนเอง (Invulnerability) (Erikson, 1983; Snyder, 1997; Bee & Boyd, 2002) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณภาพตนเองอยู่ห่างไกลจากความตาย ความตายเป็นสิ่งที่ยังไม่มาถึงในเวลาอันใกล้ จึงยังไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของตนเอง (Death Anxiety) เมื่อวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้วความเชื่อเหล่านี้จะค่อยๆ ลดลง (Elkind & Weiner, 1978; Bee & Boyd, 2002)

สำหรับพัฒนาการของวัยรุ่นนั้น Papalia, Olds & Feldman (2001) ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร (2533) สุชา จันทน์เอม (2536) ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) กล่าวโดยสรุปไว้ใกล้เคียง กันว่า เมื่อเด็กก้าวเข้าสู่วัยรุ่น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเราอาจกล่าวถึงพัฒนาการของวัยรุ่นโดยแบ่งเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้

- พัฒนาการทางด้านอารมณ์

สามารถเห็นลักษณะของอารมณ์ชัดเจนขึ้น เช่น อารมณ์รัก ชอบ โกรธ เกลียด หลงใหล สับสน และหงุดหงิด เป็นต้น วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีอารมณ์รุนแรง อ่อนไหว เปลี่ยนแปลง ง่าย ทำให้ถูกยั่วยุหรือชักจูงให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย เป็นช่วงที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ฟุ้งฟุ้งตนเองสูง ต้องการมีความมั่นคง และต้องการการยอมรับจากเพศตรงข้ามและเพศ เดียวกัน

- พัฒนาการทางด้านสังคม

การเข้าสังคมของวัยรุ่นจะกว้างขวางขึ้น กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก จะไม่ ชอบรวมกลุ่มกับสมาชิกในครอบครัวเพราะต้องการอิสระจากบ้าน เกิดการรวมตัวและเลียนแบบ บุคคลที่ตนเองชื่นชอบ มีความคิดเป็นของตัวเอง อยากเป็นตัวของตัวเอง ชอบอิสระ ไม่ค่อยเชื่อฟัง

ใคร ยกเว้นเพื่อนในกลุ่มเดียวกัน มีค่านิยม ความเชื่อ และความคิดคล้ายกันในกลุ่ม พฤติกรรมของวัยรุ่นจึงเป็นการทำตามเพื่อน และต้องการการยอมรับในกลุ่ม มีการสนิทสนมกับเพศตรงข้าม และเริ่มจับกันเป็นคู่ๆ

- พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

วัยรุ่นจะชอบเรียนรู้ด้วยการลองผิดลองถูก จึงเป็นวิธีสำคัญที่ทำให้ได้พบปัญหา ได้คิดวิธีแก้ไขปัญหาจนกว่าจะได้เป็นที่พอใจ เป็นช่วงเวลาที่มีความกระตือรือร้น มีความสามารถเพิ่มขึ้นหลายอย่าง สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล แสดงความสามารถในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่นได้ รู้จักสังเกตความรู้สึกของคนอื่น และรู้จักปรับตัว ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางจะมีความคิดแบบเพ้อฝันอยู่แต่มีความเป็นนามธรรมมากขึ้น สามารถเชื่อมโยงสาเหตุผลและเข้าใจผลลัพธ์ที่จะเกิดได้ดีพอควร วัยรุ่นที่มีสติปัญญาเพิ่มพูนมากขึ้น สามารถหาทางออกให้กับแรงผลักดันทางเพศอย่างเหมาะสม มีความคิดเป็นเหตุเป็นผลถึงอนาคตได้ และสามารถวิเคราะห์และประเมินความสามารถของตนเองได้

- พัฒนาการทางด้านเพศ

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น ร่างกายมีการเจริญเข้าสู่สุกภาวะ รูปร่างเริ่มเปลี่ยนแปลง วัยรุ่นจะมีความวิตกกังวลและอยากรู้ อยากเห็นเกี่ยวกับร่างกายของตนและเปรียบเทียบกับกลุ่มเพื่อน เริ่มมีความคิดเพ้อฝันเกี่ยวกับเรื่องเพศ จึงอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกผิดโดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง กิจกรรมทางเพศมักไม่เกี่ยวกับการสัมผัสถูกเนื้อต้องตัวหรือมีเพศสัมพันธ์ แต่เป็นการพูดคุยโทรศัพท์ในกลุ่มเพื่อน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย พัฒนาการทางร่างกายเข้าสู่สุกภาวะอย่างสมบูรณ์ มีพลังงานทางเพศสูง เริ่มมีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง พฤติกรรมทางเพศมักเกิดจากการอยากรอง และเป็นไปตามธรรมชาติ มีการนัดหมาย และสัมผัสกอดจูบ ส่วนวัยรุ่นตอนปลายมีการเจริญเติบโตเข้าสู่สุกภาวะอย่างสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และสังคม เริ่มแสดงพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น เริ่มพัฒนาความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมทางเพศกับเพศตรงข้าม จนมีการคบหากันเป็นคนรัก และอาจจบลงด้วยการมีความสัมพันธ์ทางเพศ

1.3. แนวคิดเกี่ยวกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

Santrock (2004) พูดถึงการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นนี้ว่าบุคคลจะได้เจอสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตที่มีความซับซ้อนมากขึ้น พบเจอสิ่งท้าทายในการทำงานที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น นอกจากนั้นในวัยนี้บุคคลมีเสรีภาพในการทำสิ่งต่างๆ มากขึ้น เช่นเดียวกับที่จะต้องมีความรับผิดชอบต่อสิ่งต่างๆ มากขึ้นด้วยเช่นกัน

Birren and Renner (1977, อ้างถึงใน โยธิน คັນสนยุทธ และคณะ, 2533) ได้เสนอแนะวิธีการวัดการเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่โดยดูจาก

- การมีอายุทางชีววิทยา (Biological Aging) โดยดูจากสุขภาพทางกายของบุคคล
- การมีอายุทางจิต (Psychological Aging) ตัดสินจากความสามารถในการ

ปรับตัว ความสามารถทางสติปัญญา อารมณ์ สังคม และการจูงใจของบุคคล

- การมีอายุทางสังคม (Social Aging) ดูได้จากการมีบทบาทและลักษณะนิสัยตามความคาดหวังของสังคมในระดับอายุต่างๆ
- การมีอายุในการทำหน้าที่ทางสังคม (Function Aging) ดูจากความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ทางสังคม โดยส่วนรวม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการมีอายุทางชีววิทยา ทางจิต และทางสังคม

Bischof (1969) ได้เสนอแนะว่าความเป็นผู้ใหญ่กับคำว่าความสมบูรณ์ทางวุฒิภาวะ (Maturity) เป็นสิ่งที่ใช้แทนกันได้แม้จะไม่เหมือนกันทีเดียวนัก ความสมบูรณ์ทางสภาวะ จะพิจารณาจากองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

- ความสมบูรณ์ของวุฒิภาวะทางปัญญา (Intellectual Maturity) เน้นการนำเอาความสามารถทางสติปัญญามาใช้ในทางปฏิบัติ
- ความสมบูรณ์ของวุฒิภาวะทางอารมณ์ (Emotional Maturity) เน้นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกอย่างถูกต้องตามสถานการณ์
- ความสมบูรณ์ของวุฒิภาวะทางสังคม (Social Maturity) เน้นการใช้เทคนิคในการเข้าสังคมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1.3.1. พัฒนาการวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่ อาจกล่าวได้ว่าเป็นวัยที่พัฒนาการทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก ถือได้ว่าเป็นวัยที่มีการเรียนรู้ทางกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม (Socialization) สูงสุด มีความสามารถในการมองโลกได้กว้างไกลกว่าวัยอื่น (โยธิน คันสนยุทธ และคณะ, 2533)

เนื่องจากงานวิจัยนี้ มุ่งเน้นการศึกษาเฉพาะวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ดังนั้น จึงขอกล่าวถึงเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับช่วงวัยที่ต้องการศึกษามากกว่าวัยอื่นๆ

จากการอ้างอิงแนวคิดของ Daniel Levinson (1986) ซึ่งกล่าวว่าบุคคลจะเริ่มต้นระยะผู้ใหญ่ (Entering the adult world) ในช่วงอายุประมาณ 22-28 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงระยะเวลา

ใกล้เคียงกับแนวคิดของ Elkind & Weiner (1978) จากการค้นคว้าข้อมูลสามารถสรุปได้ว่า พัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ แบ่งออกเป็น 3 ระยะด้วยกันคือ (โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ, 2533 Schulz & Salthouse, 1999; Gould, 1978; Elkind & Weiner, 1978)

- วัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ได้แก่ บุคคลอายุราว 20-25 ปี ถึง 40 ปี พัฒนาการทางกายเจริญเต็มที่ เป็นระยะทดลองเพื่อหาแนวทางชีวิตที่ตนต้องการและพึงพอใจสืบเนื่องมาจากวัยรุ่น เช่น อาชีพ เพื่อน คู่ครองและอื่นๆ ระยะนี้จึงมักเรียกว่า ระยะสำรวจ (Exploration period) พัฒนาการที่น่าสนใจใน ระยะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งพึงบรรยาย ได้แก่ การประกอบอาชีพ การเลือกคู่ครอง การปรับตัวในชีวิตสมรส การปรับตัวเพื่อทำหน้าที่บิดามารดา การปรับตัวในชีวิตโสด พัฒนาการทางสติปัญญา และพัฒนาการทางกาย ระยะนี้เป็นระยะที่ความเจริญเติบโตทางกายพัฒนาเต็มที่และสมบูรณ์ อวัยวะทุกส่วนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปบุคคลมักมีร่างกายแข็งแรง ในด้านอารมณ์นั้น ผู้เข้าถึงภาวะอารมณ์แบบผู้ใหญ่มีความคับข้องใจน้อย ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีความแน่ใจ และมีความมั่นคงทางจิตใจดีกว่าในระยะวัยรุ่น ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือลักษณะ พัฒนาการทางสังคมนั้น ระยะนี้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยเริ่มลดลง เปลี่ยนแปลงมาสู่สัมพันธ์ภาพและผูกพันกับเพื่อนต่างเพศแบบคู่ชีวิต สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงานไม่ลึกซึ้ง เหมือนสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยในวัยรุ่น จุดศูนย์กลางของสัมพันธ์ภาพคือครอบครัว ส่วนผู้ใหญ่ที่ยังไม่มีคู่ครองและครอบครัว ยังคงให้ความสำคัญกับเพื่อนร่วมวัย แต่ความเข้มของความผูกพันและภักดีเริ่มลดลง จำนวนสมาชิกในกลุ่มลดลงด้วย

- วัยกลางคน

ได้แก่ บุคคลอายุราว 40-65 ปี เมื่อเริ่มระยะวัยนี้ แบบแผนชีวิตเข้ารูปหรือเกือบเข้ารูปเข้ารอยแล้ว บุคคลผู้มีพัฒนาการสมวัยที่ผ่านมาจะประสบความสำเร็จในชีวิตด้านอาชีพ ในระดับและในแนวทางตามประสบการณ์ที่ได้สะสมมาตั้งแต่ระยะวัยทารก จึงได้รับสมญาว่ายุคสุดยอดของชีวิต หรือยุคความสำเร็จสุดยอด

- ผู้สูงอายุ

ได้แก่ บุคคลอายุราว 60-65 ปีขึ้นไป วัยนี้ปรากฏความเสื่อมถอยทางร่างกาย และอาจมีความเสื่อมทางสังคม ทางอารมณ์ และจิตใจร่วมด้วย การเตรียมตัวและการปรับตัวเตรียมรับภาระความเสื่อมถอยต่างๆ เหล่านี้เป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญเพื่อเป็นบุคคลที่ดำรงชีวิตวัยสูงอายุด้วยความผาสุก

จากการค้นคว้าแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยผู้ใหญ่ นั้น พบว่ามีนักจิตวิทยา และนักพัฒนาการที่ได้กล่าวถึงพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ไว้หลายท่านด้วยกัน แต่พบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่ยังไม่แต่งงานในสังคมทั่วไปที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศยังมีน้อยมาก โดยไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยที่ทำการวิจัยกับกลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่ในสังคมทั่วไป แต่มีการศึกษาหลายฉบับที่ศึกษากับสตรีที่แต่งงานมีครอบครัวแล้ว หรือสตรีที่มีอาชีพขายบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยไม่ขออ้างอิงถึงงานวิจัยเหล่านั้น เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้

1.4. แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้น ผู้วิจัยได้ค้นคว้าทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงไว้หลายทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎี The Expanded Health Belief Model (EHBM) ของ Kurt Lewin (1951) The Theory of Reasoned Action (TRA) สร้างขึ้นโดย Martin Fishbein และ Icek Ajzen (1980) ซึ่งทฤษฎีนี้ มีการพัฒนาต่อเนื่อง ภายหลังเกิดเป็นทฤษฎีใหม่ที่ได้กล่าวถึงไว้ในวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้ด้วยคือ A Theory of Planned Behavior โดย Icek Ajzen และคณะ (1985) ซึ่งทฤษฎีนี้ เป็นแนวคิดทฤษฎีสุขภาพที่ผู้วิจัยใช้เป็นหลักในการอ้างอิงการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1.4.1. Theory of Planned Behavior

แนวคิดนี้ เกิดขึ้นโดย Icek Ajzen และคณะ ในปี 1985 (Ajzen, 1985; Ajzen and Madden, 1986; Schifter and Ajzen, 1985 cited in Ajzen, 1988) เป็นแนวคิดที่ให้อธิบายว่า ความตั้งใจของบุคคลที่จะทำพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจของบุคคลมี 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

1.4.1.1. เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior)

- ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (Behavioral believe) คือบุคคลจะมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นๆ นำไปสู่การได้รับผลทางด้านบวกหรือลบ

- การประเมินคุณค่าของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Outcome evaluation) เป็นการประเมินว่าการกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้ผลอย่างไรและการลงมือกระทำพฤติกรรมนั้น คุ่มค่ากับการต้องลงมือกระทำหรือไม่

1.4.1.2. บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm)

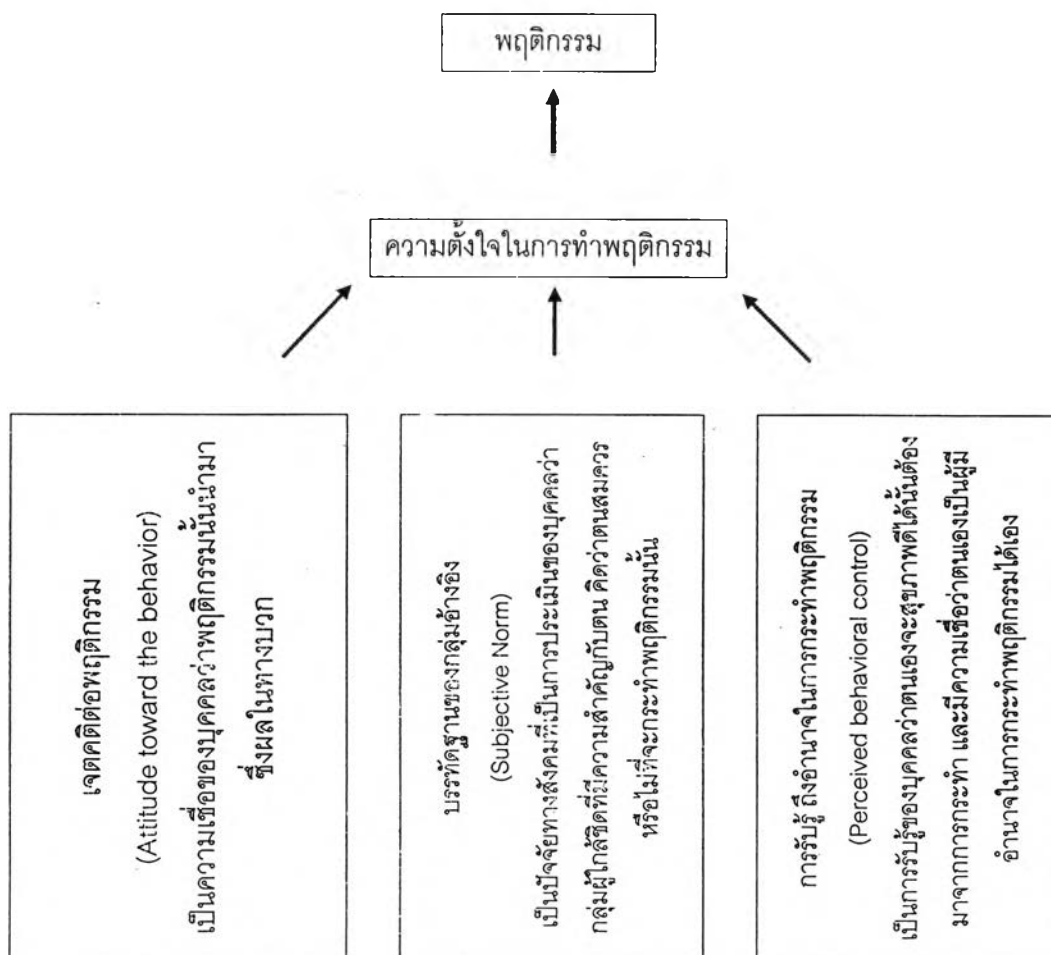
- ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตน

คิดว่าตนสมควรหรือที่สมควรกระทำพฤติกรรมนั้น (Normative beliefs)

- แรงจูงใจที่บุคคลจะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตน (Motivation to comply)

1.4.1.3. การรับรู้ถึงอำนาจในการกระทำพฤติกรรม (Perceived behavioral control)

เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองจะสุขภาพดีได้นั้นต้องมาจากการกระทำ และมีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้มีอำนาจในการกระทำพฤติกรรมได้เอง (Control belief) การมีสุขภาพดีไม่ได้เกิดจากอำนาจภายนอกของตัวบุคคลเข้ามามีอิทธิพลเหนือการกระทำของตนเอง แต่มองว่าการรับรู้ที่มาของผลลัพธ์พฤติกรรมนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความตั้งใจ นอกจากนี้ยังอาจส่งผลไปสู่พฤติกรรมได้โดยตรง ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนจะมีสุขภาพดีได้ต่อเมื่อตนเองต้องเป็นผู้ลงมือกระทำพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีนั้นด้วยตนเองแล้ว บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพที่ 1.2 โครงสร้างการทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล
(Theory of Planned Behavior) (Ajzen & Fishbein, 1985)

1.5. แนวคิดและทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเองและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

Coopersmith (2002) ให้คำนิยามของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ไว้ว่าเป็น การประเมินค่าตนเองของบุคคลเพื่อสร้างหรือแสดงถึงคุณค่าภายในที่มีอยู่ภายในตนเอง โดยจะ ออกมาในรูปแบบของทัศนคติ (attitude) ซึ่งนำไปสู่การบ่งชี้ให้เห็นถึงความเชื่อส่วนตัวของบุคคล นั้นๆว่ามีความคิดต่อตนเองว่ามีความสามารถ เป็นบุคคลที่มีความหมาย ประสบความสำเร็จ และ เป็นบุคคลที่มีคุณค่า ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้มีที่มาจากประสบการณ์ในอดีตที่แตกต่างกันไปของแต่ละ บุคคล และบุคคลจะแสดงความรู้สึกนี้ให้บุคคลอื่นรับรู้ได้จากการสื่อสารด้วยคำพูดหรือการกระทำ

พฤติกรรม ซึ่งความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นสัมพันธ์กับเรื่องของการประเมินค่าตนเอง (Self-appraisal) ซึ่งการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลอยู่ภายในเงื่อนไขของประสบการณ์ที่ได้ลงมือกระทำสิ่งต่างๆ นอกจากนี้ Coopersmith ยังกล่าวว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองจะมีความคงทนของความรู้สึกว่าตนเองมีค่าไปอย่างน้อยเป็นเวลาหลายปี กล่าวคือบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองจะมีความคงที่ในความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสำคัญอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง ไม่เปลี่ยนแปลงความรู้สึกไปได้ง่ายๆ

แนวคิดของ Stanley Coopersmith พุถึงถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ในมุมมองของ Global self-esteem โดยมีที่มาจาก 4 ด้าน (1981 cited in Harter, 1996)

- การได้รับความสำเร็จในสิ่งที่ทำ หรือสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตนเองต้องการ
- การแสดงให้เห็นถึงศีลธรรมและจรรยาบรรณตามมาตรฐานของสังคม
- การมีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ หรือรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญต่อบุคคลอื่นๆ
- การได้รับการยอมรับ ความใส่ใจและมีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น

การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลพัฒนาขึ้นได้จากรูปแบบความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลใกล้ชิดรอบตัวที่ใช้เวลาร่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่ในชีวิต กล่าวคือรูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลนั่นเอง รองลงมาจากเรื่องของความสัมพันธ์แล้ว การยอมรับและการเห็นความสำคัญของคนที่อยู่ในกลุ่มสังคมหลักของบุคคลมีส่วนทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน บุคคลที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่มที่ตนเองสังกัดจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่ใช่คนสำคัญในกลุ่ม

ลักษณะของคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง คือ

- บุคคลจะไม่มีความคิดว่าตนเองสมบูรณ์แบบกว่าคนอื่น (Superiority) ไม่คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ยอดเยี่ยมยิ่งไปกว่าคนอื่น หรือเป็นบุคคลที่ไม่มีข้อบกพร่อง ในทางตรงข้ามกัน บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความคิดว่าตนเองมีข้อบกพร่องมากมายและด้อยกว่าผู้อื่น (Inferiority)
- บุคคลจะรับรู้ถึงข้อจำกัดของตนเองว่าคุณค่าตนเองมีข้อจำกัดในเรื่องใดบ้าง และรับรู้ว่าคุณค่าทั่วไป รวมทั้งตนเองนั้นสามารถที่จะมีข้อบกพร่องในบางเรื่องได้ มนุษย์โดยทั่วไปแล้วไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์แบบ แต่หากเมื่อพบข้อบกพร่องหรือผิดพลาดแล้วเราสามารถที่จะปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้นไปได้โดยไม่สิ้นหวัง
- บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นบุคคลที่ยอมรับกับความสามารถที่ตนเองมี

แต่ไม่ใช่การอวดอ้างความสามารถที่ตนเองมีหรือเป็นอยู่ บุคคลจะมีความรู้สึกยอมรับสภาพและความเป็นจริงในสิ่งที่ตัวเองเป็นได้ทั้งในจุดดีและจุดด้อย ยอมรับในข้อผิดพลาดที่ตนเองมีอยู่และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไข ยอมรับได้ว่าทุกคนย่อมจะมีการตัดสินใจที่ผิดพลาดได้เป็นบางครั้งคราว ไม่มีใครที่จะทำทุกอย่างได้ถูกต้องอยู่เสมอ รวมทั้งยอมรับว่าในสังคมที่อยู่นั้น คนแต่ละคนอาจเป็นทั้งที่รักและที่ชังของคนอื่นๆ ได้ ดังนั้นบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจึงเป็นบุคคลที่ใจกว้าง และมีความอดทน รู้จักที่จะให้อภัยผู้อื่น

- บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความรู้สึกชื่นชอบตนเอง (Self-like)

เช่นเดียวกับที่ชื่นชอบผู้อื่น

- บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเคารพ ในการเป็นมนุษย์และเห็นคุณค่าของการมีชีวิต กล่าวคือเคารพในความเป็นมนุษย์ (Human Being) โดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ถึงคุณค่าใดๆ หรือเงื่อนไขในทางสังคม เช่น ชื่อเสียง เงินทอง เกียรติยศ แต่ทั้งนี้อาจมีเงื่อนไขที่เป็นมาตรฐานของตัวบุคคลเองเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เรื่องของศีลธรรม ความสามารถ การเคารพตนเอง (Self-respect)

นอกจากนี้ แนวความคิดของ Coopersmith (1981) ยังอธิบายว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันความเจ็บป่วย และเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เชื่อมมั่นในอำนาจและการกระทำของตนเองว่าจะเกิดผลตามมาที่ตนเองต้องการในการดำรงรักษาสุขภาพของตนไว้ นำมาซึ่งพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเมื่อเจ็บป่วยสามารถจะฟื้นฟูสุขภาพปกติได้เร็ว ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีในการรักษา ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากผู้อื่น เนื่องจากกังวลว่าจะได้รับการปฏิเสธหรือได้รับการตำหนิ กลัวที่จะทำให้อื่นโกรธและกังวลต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ นอกจากนี้จะมีความรู้สึกเก็บกด (depress) อยู่ภายใน (Rosenberg, 1985)

ในมุมมองของการเห็นคุณค่าในตนเองกับพัฒนาการนั้น มีการศึกษาพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นจากช่วงวัยรุ่นไปจนกระทั่งวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Bachman, O'Malley, & Johnston, 1978; Cairns, McWhirter, Duffy, & Barry, 1990; Chiam, 1987; Labouvie, Pandina, White, & Johnson, 1990; McCarthy & Hoge, 1982; O'Malley & Bachman, 1983) และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของมนุษย์อย่างหนึ่งคือเรื่องของการรับรู้ในความสามารถ ที่ตนเองมี (Harter, 1985; Branden, 1985; Harter & Marold, 1991) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการมีหน้าที่การงาน ซึ่งเกี่ยวพันไปถึงเรื่องของความสามารถในการรับผิดชอบตนเอง หรือความสามารถในการจัดการหรือทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ซึ่งการ

เห็นคุณค่าในตนเองส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมของบุคคลด้วยเช่นกัน การที่บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมาได้นั้นเป็นเพราะบุคคลมีความกลัวหรือความวิตกกังวลมายับยั้งการแสดงออกอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ไม่กล้าพูดหรือกระทำในสิ่งที่ควรจะทำหรือกระทำ เพราะเกิดความรู้สึกกลัว หรือวิตกกังวลไปต่างๆ นานา ว่าพูดหรือกระทำไปแล้วจะให้ผลในทางลบ พฤติกรรมที่ไม่กล้าแสดงออก หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการแสดงออกจึงเป็นนิสัยและเป็นการแสดงออกที่มีความวิตกกังวลควบคู่กันไปด้วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) (กาญจนา พงศ์พุกฤษ, 2523)

มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยอื่นๆ พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในชีวิตต่ำ (Low life satisfaction) การมีความวิตกกังวล (anxiety) และความซึมเศร้า (depression) (Rosenberg, 1985) และในทางกลับกัน การเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการศึกษาระดับมัธยม (academic success in high school) (O'Malley & Bachman, 1979) มีทัศนคติทางบวกในเรื่องการรับรู้ว่าตนเองเป็นบุคคลที่น่าสนใจ (positive sense of self-attractiveness) และ ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง (internal locus of control) (Griffore, Kallen, Popovich, & Powell, 1990)

ซึ่งการเชื่ออำนาจควบคุมภายในและภายนอกตนเอง (Locus of Control) นี้ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในการทำพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลที่สำคัญอย่างหนึ่ง (Rotter, 1966) โดยมีอิทธิพลผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในแง่มุมมองที่ว่า หากบุคคลมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนเองมีผลมาจากการพฤติกรรมของตน ดังนั้น บุคคลก็จะตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง แต่หากบุคคลมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอกเป็นเหตุ และตนไม่สามารถจัดการกับสุขภาพของตนเองได้ การตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมสุขภาพก็จะแตกต่างไปจากในกรณีแรก

รูปแบบ การเชื่ออำนาจควบคุมภายในและภายนอกตนเอง (Locus of control) ของบุคคลมีความสัมพันธ์กับระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ของบุคคล โดยบุคคลที่เชื่อในอำนาจควบคุมภายนอกตนเอง (External Locus of Control) คือเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นและส่งผลต่อตนเองนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยภายนอก ตนเองไม่สามารถที่จะกำหนดหรือควบคุมได้นั้น จะมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าคนที่เชื่อในอำนาจควบคุมภายในตนเอง (Internal Locus of

Control) (Rotter, 1966 cited in Lloyd, 1985) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Martin (1978) ที่พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับของการเชื่ออำนาจควบคุมภายใน และภายนอกตนเอง (Locus of Control) ในวัยรุ่นอเมริกันและอินเดีย

จากการค้นคว้าพบว่า วิ. แนวคิดที่พูดถึงการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่หลายแนวคิดด้วยกัน เช่น แนวคิดของ Stanley Coopersmith, Morris Rosenberg, William James, Dennis Lawrence เป็นต้น แต่ในงานวิจัยนี้ จะใช้แนวคิดของ Coopersmith เป็นหลักในการศึกษา โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ฉบับที่ใช้กับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventories: Adult Form) มาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปทดสอบ ค่าความตรงและความเที่ยง (กล่าวถึงในบทที่ 2 ต่อไป) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวัดระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อย่าง

1.6. แนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์

นพ. สุขุมล วิชาวิพลกุล (2548) ให้ความหมายของคำว่า การปฏิบัติทางเพศอย่างปลอดภัย (Safe Sex) หมายถึง กิจกรรมทางเพศอะไรก็ได้ที่ทำแล้วมีความสุขทางเพศและไม่มีโอกาสรับเชื้อต่าง ๆ ซึ่งติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะ HIV และได้ให้ความหมายของกิจกรรมทางเพศ (Sexual Activity) ว่า หมายถึง กิจกรรมใดที่นำไปสู่การสำเร็จความใคร่ได้ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นสองส่วน คือ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) และ เพศสัมพันธ์ (Sexual Relationship)

1.6.1. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation)

ถือเป็นกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสมที่สุดของวัยรุ่นและคนโสด หรือกรณีผู้ที่มีคู่สมรสแล้ว เวลาที่คู่มืออยู่ หรืออยู่แต่ไม่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ด้วยก็ใช้วิธีนี้

1.6.2. เพศสัมพันธ์ (Sexual Relationship)

หมายถึงการมีกิจกรรมทางเพศกับคู่นอน ซึ่ง สามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

1.6.2.1. เพศสัมพันธ์ภายนอก (Sexual Outercourse)

หมายถึงเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการสอดใส่อวัยวะเพศชายเข้าไปในช่องคลอด ช่องปาก หรือทวารหนัก จึงไม่ทำให้เกิดครรภหรือติดเชื้อ

1.6.2.2. ร่วมเพศ (Sexual Intercourse)

หมายถึงเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่อวัยวะเพศชายเข้าไปในช่องคลอด ช่องปาก หรือทวารหนัก มีการสัมผัสกับน้ำ/สารคัดหลั่ง การเสียดสีอาจทำให้มีการฉีกขาดหรือรอยถลอกที่

บริเวณผิวหนังอวัยวะเพศ ซึ่งเกิดขึ้นได้ง่าย หากร่วมเพศโดยน้ำหล่อลื่นช่องคลอดไม่เพียงพอหรือร่วมเพศรุนแรง การฉีกขาดหรือรอยถลอกเหล่านี้จะเป็นทางเข้าของเชื้อ HIV โดยติดจากน้ำอสุจิหรือน้ำหล่อลื่นช่องคลอดของคุณอน

การร่วมเพศ (Sexual Intercourse) มี 3 ช่องทาง

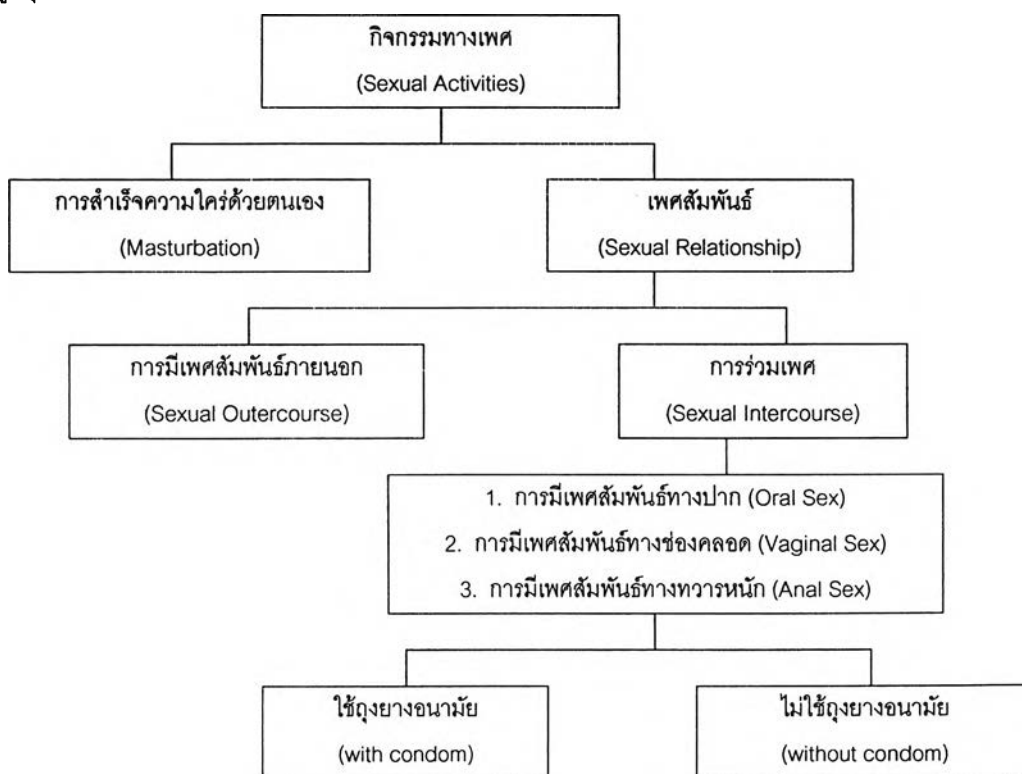
- การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral sex) คือการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะเพศของอีก

ฝ่ายหนึ่ง

- ร่วมเพศทางช่องคลอด (Vaginal sex) สามารถทำให้ตั้งครรภ์ได้

- ร่วมเพศทางช่องทวารหนัก (Anal sex) ไม่ทำให้ตั้งครรภ์ แต่โอกาสติดเชื้อ HIV

สูงสุด



ภาพที่ 1.3 รูปแบบของกิจกรรมทางเพศ (สุกมล วิชาวีพลกุล, 2548)

จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการติดเชื้อ HIV และการค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์, 2548 สุกมล วิชาวีพลกุล, 2548 Wagoner, 2003) สามารถสรุปได้ว่า การป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ได้รับความเชื่อถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูง คือ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เพศสัมพันธ์ภายนอก

และการร่วมเพศโดยการสวมถุงยางอนามัย

การจัดลำดับพฤติกรรมทางเพศที่มีความปลอดภัยจากมากที่สุดไปน้อย มีดังนี้คือ

1. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) ถือว่ามีความปลอดภัยสูงสุด แม้จะมีการใช้วัสดุในการช่วยทางเพศ (Sex aid) เข้ามาร่วมด้วยแต่หากไม่มีการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น ในการใช้วัสดุร่วมกัน ก็เป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อที่มีความ ปลอดภัยสูงสุด แต่หากมีการใช้วัสดุ ช่วยในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นโดยไม่ผ่านการทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อมาก่อน จะทำให้ เสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ได้

2. เพศสัมพันธ์ภายนอก (Sexual Outercourse) หรือ การสำเร็จความใคร่ให้กันและ กัน กล่าวคือให้การเสียดสีภายนอกหรือช่วยกันสำเร็จความใคร่ให้อีกฝ่ายด้วยมือและนิ้ว ซึ่งหากน้ำ อสุจิหรือน้ำหล่อลื่นของคลอเดอะเปรอะเปื้อนมือหรือผิวหนัง ถ้าไม่มีบาดแผลที่ผิวหนังก็ไม่ทำให้ ติดเชื้อ เพราะผิวหนังเป็นส่วนของร่างกายซึ่งมีหน้าที่ป้องกันเชื้อโรคจากภายนอกมิให้เข้าสู่กระแส เลือด

3. การร่วมเพศโดยสวมถุงยางอนามัย (Sexual Intercourse with condom) เนื่องจากถุงยางอนามัยเป็นเครื่องกีดขวางมิให้เชื้อ HIV (ซึ่งอยู่ในน้ำอสุจิหรือน้ำหล่อลื่นของ คลอด) เข้าสู่ร่างกายของอีกฝ่ายหนึ่ง โดยปกติแล้วถือว่าการร่วมเพศโดยสวมถุงยางอนามัยเป็นวิธี ที่การปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อ HIV อย่างไรก็ตาม คุณภาพของถุงยางอนามัย และ เทคนิคการสวมถุงยางอนามัย มีผลต่อประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ การร่วมเพศโดยการ ใช้ถุงยางอนามัยจึงยังมีความเสี่ยงอยู่บ้างหากการสวมหรือถอดถุงยางผิดเทคนิค ทั้งนี้เพื่อ ประสิทธิภาพในการป้องกันที่ดีแล้ว ต้องรู้ถึงวิธีการสวมถุงยางอนามัยที่ถูกต้องด้วย

หากไม่มีการสวมถุงยางอนามัย ถือว่าเป็นการร่วมเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูงมาก เพราะเชื้อ HIV มีความเข้มข้นสูงมากในน้ำกามและน้ำหล่อลื่นของคลอด สามารถติดทาง บาดแผลเข้าสู่กระแสเลือดของอีกฝ่าย

4. การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก (Oral sex)

ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก (Oral Sex) ไม่มี โอกาสติดเชื้อแน่นอน แต่อย่างไรก็ตามวิธีนี้ก็มิได้เสี่ยงมากเมื่อเทียบกับการร่วมเพศทางช่องคลอด หรือช่องทวารหนัก โดยทั่วไปมีการจัดให้การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก (Oral Sex) มีความเสี่ยง ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะถ้ามีแผลในช่องปากมีโรคเหงือกหรือฟันผุ จะเป็นทางเข้าของ เชื้อ โอกาสเสี่ยงก็มากขึ้นจึงเป็นข้อแนะนำว่า การทำ Oral Sex ควรมีการป้องกันโดยการสวม

ถุงยางอนามัย กรณีทำ Oral Sex ให้เพศชาย หรือใช้แผ่นยางปิดกั้น (ซึ่งเรียกว่า Dental Dam)
กรณีทำ Oral Sex ให้เพศหญิง

5. การร่วมเพศทางช่องทวารหนัก (Anal sex)

กล่าวได้ว่าเป็นการร่วมเพศที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูงที่สุด เนื่องจากช่องทวารหนักไม่มีน้ำหล่อลื่นเหมือนในช่องคลอด การฉีกขาดจึงเกิดขึ้นได้ง่าย และช่องคลอดสามารถยืดหยุ่นขยายตัวได้ดี แต่ช่องทวารหนักมีหูรูดรัดตัวถึงสองชั้น การฉีกขาดจึงเกิดขึ้นได้ง่าย ทำให้เกิดบาดแผล และง่ายต่อการรับเชื้อ นอกจากนี้เยื่อเมือกในช่องทวารหนักบางกว่าช่องคลอด การฉีกขาดจึงเกิดขึ้นได้ง่าย รอบๆช่องทวารหนักมีหลอดเลือดมาเลี้ยงมาก การติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดจึงเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าในช่องคลอด

สำหรับงานวิจัยนี้ วิธีการในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ สามารถแบ่งระดับความสามารถในการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV จากคู่นอนได้ดังนี้

1. วิธีการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV

วิธีการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้ มีทั้งหมด 19 วิธี ได้แก่

- การหลังข้างนอก
- การล้างน้ำ การอาบน้ำ การสวนล้างช่องคลอด
- การมีเพศสัมพันธ์ในน้ำ
- การมีเพศสัมพันธ์ในสระว่ายน้ำ
- การมีเพศสัมพันธ์ในอ่างน้ำอุ่น
- การสอบถามประวัติทางเพศในอดีตของคู่นอน
- การตรวจสอบลักษณะอวัยวะเพศภายนอกของคู่นอน
- การกินยาคุมกำเนิด
- การฉีดยาคุมกำเนิด
- การใช้ยาฆ่าเชื้อหลังการมีเพศสัมพันธ์
- การมีคู่นอนเพียงคนเดียว
- การมีเพศสัมพันธ์กับเฉพาะคนที่เรารู้จักอย่างดี
- การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่อายุน้อย หรือมีประสบการณ์ทางเพศน้อย

- การมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้ปาก (Oral sex)
- การมีเพศสัมพันธ์แบบหลังข้างนอกและ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารคัดหลั่งหรือของเหลวจากร่างกายคู่นอน
- การเช็ดหรือบุขาสั่งศักดิ์สิทธิ์
- การเชื่อในดวงชะตาที่กำหนดมาแล้วและหลีกเลี่ยงไม่ได้
- การเชื่อว่าตนเองไม่น่าจะติดเชื้อ HIV จากคู่นอนได้
- การคบหากับคู่นอนระยะหนึ่งก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อศึกษานิสัยใจคอ

2. วิธีการที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงได้บ้างถ้ามีการใช้อย่างถูกต้อง

วิธีการที่สามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีเงื่อนไขการ

กระทำ จากการสัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้ มีทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่

- การใช้วัตถุต่างๆ ที่ช่วยในการมีเพศสัมพันธ์ (Sex toy) สอดใส่แทนการใช้อวัยวะเพศชาย

ประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ หากไม่มีการใช้วัตถุต่างๆ ที่ช่วยในการมีเพศสัมพันธ์ (Sex toy) ร่วมกับผู้อื่น หรือหากจะใช้ร่วมกับผู้อื่น ต้องผ่านการล้างทำความสะอาดก่อนนำมาใช้ทุกครั้ง และไม่มี การสอดใส่อวัยวะเพศชายเข้าไปในช่องคลอด ทวารหนัก หรือทางปาก ก็ถือเป็นวิธีการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe Sex) อีกวิธีหนึ่ง

- การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เคยตรวจแล้วว่าไม่มีเชื้อ HIV
ต้องพิจารณาเรื่องของ สถานที่ตรวจ ช่วงเวลาที่ตรวจ และพฤติกรรมทางเพศในช่วงเวลา ก่อนและหลังตรวจเลือด เนื่องจากการตรวจพบเชื้อ HIV จะใช้พบหลังจากเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้วอย่างน้อย 3-6 เดือน ดังนั้น ต้องมั่นใจว่าคู่นอนมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายก่อนตรวจเลือดไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และระหว่างที่รอผลตรวจเลือด จะต้องไม่มีพฤติกรรมทางเพศแบบขาดการป้องกัน การติดเชื้อเอดส์ด้วยเช่นกัน

ในกรณีของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ได้รับการตรวจแล้วว่าไม่มีเชื้อ HIV นั้น ผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าต้องพิจารณาระยะเวลาที่ผ่านการตรวจมาแล้วว่านานเท่าไรแล้ว และเนื่องจากเมื่อเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกายแล้วใช้เวลาอย่างน้อย 3-6 เดือน ในการตรวจพบเชื้อ จึงอาจเป็นไปได้ว่าหากบุคคลได้รับเชื้อมาแล้ว และไปตรวจเลือด โดยอยู่ในช่วงระยะเวลาน้อยกว่าที่กำหนด ผลการตรวจเลือดก็อาจไม่พบเชื้อ HIV ได้ ทั้งที่บุคคลนั้นมีเชื้อ HIV อยู่ในตัว ดังนั้นจึง

เป็นได้ว่าผลการตรวจ HIV ไม่สามารถยืนยันได้อย่างสมบูรณ์ว่าบุคคลนั้นไม่มีเชื้อ HIV จริง และอาจทำให้คุณอนตติเชื้อ HIV ได้หากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย

ดังนั้นการตรวจเลือดที่น่าเชื่อถือกว่าผลที่ได้รับจะถูกต้อง บุคคลต้องมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ครั้งสุดท้ายมากกว่า 3-6 เดือน จนถึงวันตรวจเลือด โดยระหว่างนั้นไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลย หากผลการตรวจพบว่าไม่มีเชื้อ HIV ก็พอจะเชื่อถือได้ว่าบุคคลนั้นไม่มีเชื้อ HIV จริง

- การสวมถุงยางอนามัยมากกว่าหนึ่งชิ้นในการมีเพศสัมพันธ์ และการสวมถุงยางอนามัยอย่างถุงยางอนามัยอย่างรีบร้อน หรือสวมตามความสะดวก

แม้ว่าการสวมถุงยางอนามัยมากว่า 1 ชิ้น จะเพิ่มโอกาสที่จะทำให้อาณานิยมแตกในช่วงมีเพศสัมพันธ์ได้มากขึ้น รวมทั้งการสวมถุงยางอนามัยอย่างรีบร้อน ก็จะทำให้ถุงยางอนามัยมีโอกาสแตกหรือหลุดระหว่างการใช้งานได้ แต่อย่างไรก็ตาม หากถุงยางอนามัยแตกหรือหลุดและมีการเปลี่ยนใหม่ โดยในการมีเพศสัมพันธ์นั้น มีการสวมถุงยางอนามัยตลอดเวลา ก็ยังช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ได้มากกว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

- การใช้สารหล่อลื่นร่วมกับการสวมถุงยางอนามัย

การใช้สารหล่อลื่นร่วมกับการสวมถุงยางอนามัย ต้องพิจารณาว่าเป็นสารหล่อลื่นที่เป็นส่วนผสมจากน้ำ (Water base) และไม่ใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมจากน้ำมันหรือซีผึ้ง เนื่องจากสารดังกล่าวอาจทำให้ถุงยางอนามัยรั่วหรือแตกได้ และหากไม่สามารถหาสารหล่อลื่นได้ การใช้น้ำลายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการใช้สารประเภทน้ำมัน

3. วิธีการที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ มี 3 วิธีคือ

- การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

การใช้ถุงยางอนามัยยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะสามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ 100 เปอร์เซ็นต์ (Wright, 2002) แต่ก็ถือว่าเป็นวิธีการที่ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงหากคุณอนเป็นผู้ติดเชื้อ HIV (UNICEF, 2005)

โดยปกติแล้วหากมีเพศสัมพันธ์โดยมีการสอดใส่อวัยวะเพศชาย ไม่ว่าจะเป็นการสอดใส่เข้าไปในช่องคลอด ทวารหนัก หรือทางปากของคู่่นอนก็ตาม หากไม่มีการสวมถุงยางอนามัยแล้ว ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ขาดการป้องกัน และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ได้ทั้งสิ้น

- การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายเสพยาติ
- การใช้วิธีการสำเร็จความใคร่ให้กันและกัน หรือมีเพศสัมพันธ์ภายนอก

(Sexual Outcourse)

- งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีความเสี่ยง

หมายถึงพฤติกรรมที่เมื่อเกิดความไม่มั่นใจ หรือกังวลว่าหากมีการร่วมเพศแล้ว อาจทำให้ติดเชื้อ HIV ได้ จึงยุติหรืองดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การยุติการมีเพศสัมพันธ์เมื่อเกิดสถานการณ์ถุงยางอนามัยแตกในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ หรือการงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงการรอผลการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ HIV เป็นต้น

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าการมีเพศสัมพันธ์เริ่มมาจากการใกล้ชิด และอารมณ์ ความสัมพันธ์ทางเพศเป็นเรื่องของความรัก ความอบอุ่น ความผูกพัน (พีระพันธ์ พยุงวีระน้อย, 2543) มีงานวิจัยหลายฉบับที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าอายุในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกใกล้เคียงกัน โดยอยู่ในช่วงประมาณ 16-20 ปี (วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล, 2538 ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, 2542 พชรินทร์ ดำรงกิตติกุล, 2535 ปวีณา สายสูง, 2541 อัญชลี คติอนุรักษ์, 2535) โดยการศึกษาของวิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2538) ที่ศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรีในกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมัธยฐานเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 17 ปี การศึกษาของพชรินทร์ ดำรงกิตติกุล (2535) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 16 ปี การศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่านของปวีณา สายสูง (2541) พบว่า นักศึกษาหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 17.8 ปี แต่ทั้งนี้พบว่าอายุของการมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรกของวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มลดลง โดยงานวิจัยในช่วงก่อนปี 2540 ที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของอายุเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรกของวัยรุ่น จะอยู่ในช่วง 16-18 ปี แต่งานวิจัยที่ศึกษาช่วงหลังจากปี 2542 เป็นต้นมานั้น พบว่าอายุเฉลี่ยของวัยรุ่นที่เริ่มมี

เพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุประมาณ 15 ปี นอกจากนี้ งานวิจัยศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลายและอาชีวศึกษาของจังหวัดนครราชสีมาปี 2539 พบว่า มีนักเรียนหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 3 (ชนะพงศ์ จินวงษ์, 2539). ในขณะที่การศึกษาในนักเรียนชั้น ม.5 ในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี 2545 (บุญยงค์ เกียวการค้า, 2545) พบว่า นักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 6 ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่าวัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วขึ้น คืออายุน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาในอดีต และมีจำนวนมากขึ้นกว่าเดิม และการศึกษาในปี 2547 (รวีวรรณ ดนัยดุชะฎีกุล, 2547) ที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมปลายและอาชีวศึกษา ในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีนักเรียนหญิงมัธยมปลายที่รายงานว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วถึงร้อยละ 36.00 และยิ่งไปกว่านั้น คือ หากเป็นนักเรียนหญิงระดับ ปวช. มีจำนวนถึงร้อยละ 63.70 ที่รายงานว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ดูเหมือนว่า แนวโน้มของพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ของสตรีไทยไม่ได้เริ่มที่ระดับมัธยมปลายดังที่ได้รายงานมาข้างต้นอีกต่อไปแล้ว แต่ยังมีภาวะระบาดของพฤติกรรมดังกล่าวไปยังเด็กนักเรียนหญิงระดับมัธยมต้นด้วย ดังที่มีการรายงานจาก การศึกษาของ สิทธิพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ (2548) ที่พบว่า มีนักเรียนหญิงระดับ ม. 3 ในกรุงเทพมหานครที่รายงานว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วถึง ร้อยละ 4.26 ในขณะนี้

การศึกษาของ ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2542) ยังพบด้วยว่าบุคคลที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ด้วยมากที่สุดคือคนรักของตน และงานวิจัยนี้ยังพบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยน้อยมากและใช้อย่างไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ อีกหลายฉบับ โดยการศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย มีถึงร้อยละ 25.00 ใช้น้ำเป็นบางครั้ง มีถึงร้อยละ 41.00 เมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง มีเพียงร้อยละ 33.00 (พัชริน ดำรงกิตติกุล, 2535) งานวิจัยของ จีรพรรณ อินทา (2542) พบว่ามีวัยรุ่นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพียง ร้อยละ 25.00 และไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 51.50 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2538) ที่ศึกษากับกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่านของปวีณา สายสูง (2541) และการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของคณาจารย์ของศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2542) ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้พบตรงกันว่ายังมีวัยรุ่นจำนวนมากที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

การศึกษาของวิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2538) รายงานเพิ่มเติมถึงเหตุผลที่ทำให้วัยรุ่นไม่ใช้ถุงยางอนามัย อันเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ มีความคิดว่าการใช้ถุงยางทำให้ความรู้สึกทาง

เพศลดลง ความเม้าไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยมาก่อน และความคิดว่าคุณนอนของตนจะไม่นำโรคมาติด และในงานวิจัยเดียวกันนี้ ยังศึกษาพบอีกว่าวัยรุ่นส่วนมากคิดว่าตนเองปลอดภัยและอยู่ห่างไกลจากความเสี่ยงต่อการติดโรค โดยเมื่อถามถึงความคิดที่ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์อย่างน้อยเพียงใด พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่จะตอบว่า เสี่ยงน้อย หรือไม่มีโอกาสติดเลย โดยสัดส่วนของวัยรุ่นหญิงที่ตอบว่าไม่มีโอกาสติดเลยจะสูงกว่าในวัยรุ่นชาย และมีการศึกษาที่พบว่าเหตุผลของสตรีที่ยินยอมมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นจากอารมณ์รัก หรือต้องการดึงดูดใจฝ่ายชายเพื่อให้รัก สงสาร และเลือกใช้ชีวิตคู่ร่วมกับตนเอง และจากการรับร่ำของเพื่อนชายต่อความต้องการทางเพศ นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้วัยรุ่นไม่ใช้ถุงยางอนามัยได้แก่ การที่วัยรุ่นเข้าใจว่า การใช้ถุงยางอนามัยไม่เหมาะสมในความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความรัก เพราะทำให้เกิดความไม่ไว้เนื้อเชื่อใจกัน และขาดความใกล้ชิด ไม่เป็นธรรมชาติ รวมถึงการขาดการรับรู้ถึงการเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และขาดการสื่อสารทางเพศระหว่างวัยรุ่นชายหญิงในเรื่องการคุมกำเนิดและการป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ประกอบกับการที่วัยรุ่นหญิงถูกคาดหวังว่าต้องไม่รู้จักเรื่องเพศ ดังนั้นการพูดถึงถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยาก นอกจากนี้วัยรุ่นหญิงบางคนมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์น้อยครั้ง จะไม่ตั้งครรภ์ ไม่เชื่อว่าตนเองจะตั้งครรภ์ได้ง่าย คิดว่าตนเองร่วมเพศในระยะเวลาที่ปลอดภัย และกลัวว่าผู้ปกครองจะรู้ว่าตนใช้ยาคุมกำเนิด (สุวทนา อารีพรค, 2543) คิดว่า การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ความเม้าไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยมาก่อน และคิดว่าคู่นอนของตนจะไม่นำโรคมาติด การมีเพศสัมพันธ์กะทันหัน ไม่ได้เตรียมตัวที่จะมีเพศสัมพันธ์มาก่อน และการไม่มีสติที่จะยับยั้ง (บุญยงค์ เกียวการค้า, 2545)

จากการศึกษาถึงค่านิยมเรื่องเพศของนักศึกษาชายในมหาวิทยาลัย (วันทนิย์ วาสิกะสิน, 2538) และการรายงานของกองโรคเอดส์ ในปี 2548 (กองโรคเอดส์, 2548) พบว่า ค่านิยมของนักศึกษาชายเริ่มเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอดส์ โดยเปลี่ยนจากการซื้อบริการมาเป็น การมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนนักศึกษาหญิงด้วยกัน เพราะคิดว่าจะปลอดภัยจากการติดโรคมมากกว่า ซึ่งค่านิยมนี้เป็นช่องทางในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มของวัยรุ่นที่สำคัญมาก และยังเป็นเหตุผลที่ทำให้วัยรุ่นหญิงมีการติดเชื้อ HIV สูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องของการที่วัยรุ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย จากงานวิจัยของวิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2538) ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีนักศึกษาเพียงร้อยละ 42.10 เท่านั้นที่รู้วิธีการถอดถุงยางอนามัยที่ถูกวิธี ยิ่งไปกว่านั้น ความคาดหวังจากสังคม หรือทัศนคติที่สังคมมีต่อวัยรุ่น ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์

ของวัยรุ่น พี่ระพันธ์ พยุงวิระน้อย (2543) ได้กล่าวถึงความแตกต่างของมุมมองด้านต่างๆเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในสังคมไทยที่มีต่อวัยรุ่นหญิง-ชาย พบว่าในเรื่องการยอมรับทางสังคม เพศชายจะได้รับการยอมรับในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และการแสดงออกถึงท่าทีต่อความรู้สึกทางเพศมากกว่าเพศหญิง หรือในเรื่องของการใช้ถุงยางอนามัยนั้นผู้ชายก็สามารถทำได้ อย่างเป็นที่ยอมรับแต่ก็จะใช้กับหญิงบริการ ไม่ใช้กับคู่นอนของตน ในขณะที่เพศหญิงจะมีความอยากรู้แต่ก็ไม่หาทางป้องกันหรือพกพาไว้ เพราะกลัวว่าจะถูกมองในทางลบ ทำให้อาจเกิดการติดเชื้อ HIV จากคู่นอนได้

นอกจากนี้ พฤติกรรมที่นำไปสู่การติดเชื้อ HIV ซึ่งได้มีการศึกษาพบเพิ่มเติมคือ การมีคู่นอนมากกว่า 1 คน โดยการศึกษาของ กฤติยา อาชวณิชกุล ในปี 2545 พบว่าวัยรุ่นหญิงและชายจำนวนมากกล่าวว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน เป็นเรื่องธรรมดา การมีคู่นอนหลายคนกำลังเป็นค่านิยมที่เป็นปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นเนื่องจากการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ ทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อ HIV สูง ซึ่งจะเห็นได้จากการเพิ่มของอุบัติการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น

1.1. พฤติกรรมทางเพศ

จากงานวิจัยหลายฉบับที่ศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นหญิง (พัชรินทร์ สิมทะราช, 2544 วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2533 วราพร สุนทร, 2545 พี่ระพันธ์ พยุงวิระน้อย, 2543) ซึ่งจากรายงานวิจัยเหล่านี้ สามารถสรุปเป็นพฤติกรรมทางเพศที่พบมากในวัยรุ่นหญิงได้แก่

- การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation)

จากการศึกษาของ วิจิตร ศรีสุพรรณ (2533) ที่ศึกษาความรู้ ความคิดเห็น และพฤติกรรมเกี่ยวกับเพศศึกษาของนักเรียน นักศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 966 คน พบว่าร้อยละ 49.6 มีประสบการณ์สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง โดยเริ่มที่ครั้งแรกมาที่สุด คืออายุระหว่าง 15-19 ปี

- การสัมผัส (Petting)

มีการศึกษาของพัชรินทร์ สิมทะราช (2544) พบว่า วัยรุ่นชายมีการสัมผัสเต้านมของวัยรุ่นหญิงครั้งแรก เมื่ออายุประมาณ 13-18 ปี และพบว่าวัยรุ่นหญิงถูกสัมผัสเต้านมเป็นครั้งแรก อายุประมาณ 17-19 ปี

- การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral Sex)

- การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (Anal Sex)

- การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (Homosexual)
- การมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม (Heterosexual Intercourse)

จากการที่วัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้ อยากรลอง และอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเฉพาะทางเพศระยะที่สอง ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางเพศทำให้วัยรุ่นมีความตื่นตัวทางเพศ เป็นวัยที่มีพลังทางเพศมาก และอาจทดลองมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามได้ ประกอบกับพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมที่เริ่มมีการเข้าสังคม มีความสนใจในเพศตรงข้ามมากขึ้น มีการสร้างสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม จนถึงมีการนัดเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ วัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์เพื่อตอบสนองแรงผลักดันทางเพศและความอยากรู้อยากเห็นทางเพศ รวมถึงเพื่อให้มีประสบการณ์ของความรู้สึกพึงพอใจ การแสดงออกถึงความรัก หรือการทำตามอย่างกันในกลุ่มเพื่อน จากการศึกษาของ วราพร สุนทร (2545) พบว่า พฤติกรรมทางเพศที่แสดงออกกับเพศตรงข้าม มักพบในระยะวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย ได้แก่ การนัดเที่ยว (dating) โดยช่วงแรกของการนัดเที่ยวจะเป็นในลักษณะของการศึกษานิสัยใจคอและเป็นการแสดงให้เห็นถึงความมีคุณค่าของสตรีวัยรุ่น เพื่อให้ได้รับความสนใจจากคู่รัก และหลังจากนั้นเมื่อสตรีวัยรุ่นเกิดความไว้วางใจในคู่รักของตนเองอาจยินยอมให้เล้าโลมกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ (petting) เพื่อแสดงให้เห็นถึงความรักที่มีต่อคู่รัก รวมถึงต้องการระบายอารมณ์ทางเพศ

1.1.1. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคในวัยรุ่น

จากรายงานวิจัยหลายฉบับที่ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า สามารถสรุปพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคที่พบมากในวัยรุ่นหญิง ได้แก่

- 1.1.1.1. การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย
- 1.1.1.2. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- 1.1.1.3. การมีจำนวนคู่นอนมากกว่า 1 คน
- 1.1.1.4. การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีอาการมีนเมมาจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

หรือมีการใช้สารเสพติด

ซึ่งการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากการใช้สารเสพติดและการดื่มสุรา ทำให้นักชลาตสติสัมปชัญญะและการควบคุมตนเองลดลง และวัยรุ่น วัยรุ่นบางกลุ่มจะมีความเชื่อว่า การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดบางชนิด จะช่วยเพิ่มความสุขมากขึ้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จึงส่งผลให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ได้ การศึกษาของ สุวิทนา อารีพรรค (2543)

พบว่า ความเมมาเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และ การศึกษาของ อูรินทร์ เขมฤกษ์อำพร (2535) ทำการศึกษากับวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า วัยรุ่นที่มีคนในบ้านดื่มสุราและเที่ยวกลางคืนเป็นประจำ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์จากทางเพศสัมพันธ์จะมีน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีคนในบ้านดื่มสุราและเที่ยวกลางคืนเป็นประจำ

1.1.2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ของวัยรุ่น

จากการค้นคว้างานวิจัยที่มีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่นำไปสู่การติดโรคเอดส์ได้ 7 ประเด็น คือ

1.1.2.1. การเชื่อว่าตนเองไม่น่าจะติดเชื้อ HIV (Invulnerability)

วัยรุ่นจะมีความคิดของการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Erikson, 1968) เชื่อว่าตนเองแข็งแรง และเป็นวัยที่อยู่ห่างไกลจากความตาย จึงมีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วยน้อย และรับรู้ว่าคุณค่าตนเองห่างไกลจากผลลัพธ์ทางด้านลบจากพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่าตนเองอยู่ห่างไกลจากความตาย ความตายเป็นสิ่งที่ยังไม่มาถึงในเวลาอันใกล้ จึงยังไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของตนเอง (Death Anxiety) (Snyder, 1997; Bee & Boyd, 2002) ซึ่งการศึกษาวิจัยของ วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2538) ศึกษาพบว่าวัยรุ่นส่วนมากคิดว่าตนเองปลอดภัยและอยู่ห่างไกลจากความเสี่ยงต่อการติดโรค โดยเมื่อถามถึงความคิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์มากน้อยเพียงใด พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่จะตอบว่า เสี่ยงน้อย และไม่มีโอกาสติดเลย โดยสัดส่วนของวัยรุ่นหญิงที่ตอบว่าไม่มีโอกาสติดเลยจะสูงกว่าในวัยรุ่นชาย

1.1.2.2. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

จากการค้นคว้าในประเทศไทย มีงานวิจัยที่พูดถึงการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมทางเพศน้อยมาก มีการพบในงานวิจัยของต่างประเทศว่าอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของสตรีมีความสัมพันธ์กับระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Chilman, 1979) งานวิจัยของ UNICEF (2004) ยังพบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความเสี่ยงในการติดโรคไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ต่ำ แต่ทั้งนี้ ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับเพศชายในการติดโรคจากคู่นอน แต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์แบบเสี่ยงในเพศหญิง (Magnani, Serber, Gutierrez & Vereau, 1999) โดยมีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนความคิดนี้ก็คือ มี

การศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีความพยายามและไม่รู้สึกกังวลในการต่อรองกับคู่นอนในการใช้ถุงยางอนามัยและมีการพูดคุยกับคู่นอนในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากกว่าสตรีที่การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Salazar, Crosby, DiClemente, Wingood, Lescano, Brown, Harrington & Davies, 2005) นอกจากนี้ ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคุมกำเนิดและการปฏิบัติตนเพื่อมีสุขภาพที่ดีด้วย (Herold, Goodwin, & Lero, 1979)

งานวิจัยในปี 1995 ยังพบอีกว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการให้คุณค่าและการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น (Rivas Torres & Fernandez Fernandez, 1995; Rivas Torres, Fernandez Fernandez, & Maceira, 1995) และสำหรับวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้นก็เช่นเดียวกัน งานวิจัยของ Daniele & Snizek (1996) ที่ศึกษาเรื่องระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยมากกว่าคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาที่ค้นพบในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้น การศึกษาในเรื่องนี้ยังมีอยู่น้อย

1.1.2.3. การขาดทักษะการสื่อสารและการต่อรองทางเพศ

สำหรับพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกันอันเนื่องมาจากขาดทักษะการสื่อสารและการต่อรองทางเพศกับคู่นอนนั้น น.พ. พันธุ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์ (2546) อธิบายว่าเพศชายมักมีโอกาสเป็นผู้เลือกในการใช้ถุงยางอนามัยได้ง่ายกว่าเพศหญิงเพราะเป็นผู้ใช้ถุงยางอนามัยด้วยตนเอง ดังนั้นฝ่ายหญิงอาจต้องมีการสื่อสารถึงความต้องการที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย แต่เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทย ผู้หญิงมีความจำกัดในการแสดงออกถึงความต้องการและความพึงพอใจในเรื่องเพศ อาจทำให้ผู้หญิงไม่กล้าที่จะเป็นฝ่ายเรียกร้องให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย และเป็นเหตุนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศโดยขาดการป้องกัน และไม่กล้าที่จะแสดงความต้องการที่จะใช้ถุงยางอนามัยให้ฝ่ายชายทราบ ซึ่งงานวิจัยของ Busayawong & Chuamanochan (1995) ที่ศึกษาวัยรุ่นในภาคเหนือ พบว่าเมื่อคู่นอนไม่ใช้ถุงยางอนามัย สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่กล้าต่อรองให้คู่นอนใช้ เนื่องจากกลัวว่าคู่นอนจะคิดว่าตนเองเป็นผู้หญิงที่มีประสบการณ์ทางเพศสูง

นอกจากนี้ ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์กรุงเทพฯธุรกิจ ฉบับวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2546 (อ้างถึงใน ห้องสมุดสุขภาพ, 2546) ได้ทำการสำรวจข้อมูลของชายหญิง และรายงานว่าเป็นฝ่ายหญิงมักจะไม่กล้าพกถุงยางอนามัย แต่จะให้ฝ่ายชายเป็นคนจัดการในการเตรียมหาและเลือกใช้ด้วย

ตนเอง เนื่องจากกลัวว่าฝ่ายชายจะมองว่าตนเป็นผู้หญิงไม่ดี และในความคิดของฝ่ายชายนั้น หากผู้หญิงเป็นฝ่ายเสนอให้ใช้ถุงยางอนามัย ฝ่ายชายส่วนใหญ่มักเกิดความคิดว่า ผู้หญิงคนนั้นคงมีประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์มาแล้วอย่างโชกโชนก่อนจะมาถึงตนเอง หรือฝ่ายหญิงไม่ไว้ใจตน คิดว่าตนมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรืออาจเป็นไปได้ว่าฝ่ายหญิงเป็นผู้ที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เองจึงเสนอให้ใช้ถุงยางอนามัย หรือมีความคิดว่าฝ่ายหญิงมีพฤติกรรมนอกใจตนจึงรู้สึกเหินห่างและต้องการใช้ถุงยางอนามัยกับตน ซึ่งองค์การ UNICEF (2004) ให้ความเห็นว่า หากต้องการที่จะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่มีการป้องกันนั้น เพียงแค่ให้ความรู้เรื่องการป้องกันไม่เพียงพอ แต่ต้องพัฒนาและส่งเสริมทักษะการต่อรองทางเพศให้ด้วย

1.1.2.4. กลุ่มเพื่อนและคู่อรัก

เนื่องจากพัฒนาการทางด้านจิตใจและสังคมของวัยรุ่น มีการแสวงหาความเป็นตัวของตัวเอง และต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน ทำให้วัยรุ่นนี้ง่ายต่อการถูกชักจูงให้ทำกิจกรรมที่เห็นว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มนักเรียนที่ตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์นั้น มีพฤติกรรมทางเพศตามค่านิยมแนวใหม่ กล่าวคือเมื่อมีสิ่งยั่วยุ หรือกระตุ้น ทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศ จะตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจมีกับคนรักหรือคนที่พึงพอใจ เพื่อเป็นการสนองความต้องการทางเพศของตนเองและฝ่ายตรงข้าม และยังถือว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดาที่จะต้องเกิดขึ้น ไม่วันใดก็วันหนึ่ง จึงไม่แปลกที่จะมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีโอกาส ซึ่งการศึกษาของ แสง อัมพา บำรุงธรรม (2543) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในเมืองเชียงใหม่ พบว่า วัยรุ่นทั้งชายและหญิง มีความเชื่อว่าการสัมผัสถูกเนื้อต้องตัว การมีคู่อรักมากกว่า 1 คน และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องธรรมดา มีการนัดพบและไปเที่ยวด้วยกัน ซึ่งนำไปสู่การมีความสัมพันธ์แบบคู่อรัก การถูกเนื้อต้องตัว และการมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มเพื่อนมีส่วนสำคัญในการเริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าหากเพื่อนสนิทมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นนั้นจะโอกาสสูงที่จะมีเพศสัมพันธ์ตามเพื่อนภายในระยะเวลา 1 ปี (จันทิชาติตา พุกษานนท์, 2537 เสาวรส มีกุล, 2543) โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีคู่อรักมีโอกาสถูกชักจูงให้มีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายหากอยู่ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การอยู่ตามลำพังกับคู่อรักหรือเพื่อนต่างเพศในที่รโหฐาน การแสดงความรักกับคู่อรักหรือเพื่อนต่างเพศ การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ และการไปเที่ยวค้างคืนกับเพื่อนต่างเพศ โดยไม่มีผู้ใหญ่ไปด้วย

นอกจากอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนแล้ว การมีคู่อรักก็เป็นปัจจัยประการหนึ่ง que เอื้อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามมาได้ การศึกษาของ ปวีณา สายสูง (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรม

เสี่ยงทางเพศในนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคูรักรักเคยมีเพศสัมพันธ์กับคูรักรักมาแล้วทั้งสิ้น และไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยสาเหตุที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับคูรักรักนั้น เกิดจากการใกล้ชิดกันสองต่อสองและความอยากรู้อยากลองของทั้งสองฝ่าย โดยไม่ได้คำนึงถึงการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวิจัยของ Busayawong & Chuamanochan (1995) ที่ศึกษาวัยรุ่นในภาคเหนือ พบว่าวัยรุ่นหญิงยอมมีเพศสัมพันธ์กับคนรักโดยไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเพราะไว้ใจในตัวคูรักรัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Amber (2002) ที่ทำการสัมภาษณ์วัยรุ่นในอเมริกา พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นหญิงมาจากไว้ใจในตัวคูรักรัก การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่คิดว่าพิเศษกว่าคนอื่น ๆ กังวลว่าคู่นอนจะมองว่าตนไม่ดี รู้สึกเป็นธรรมชาติ เป็นความรักที่พิเศษกว่าครั้งใด นอกจากนี้ ในงานวิจัยของ Barrette, Suttiwan, & Chanyoo (2003) ที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นไทย และงานวิจัยของวิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2538) ยังพบสอดคล้องกันอีกว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีวัยรุ่นยอมมีเพศสัมพันธ์กับคูรักรัก เนื่องจากต้องการดึงดูดให้ฝ่ายชายรัก สงสาร และเลือกใช้ชีวิตคู่ร่วมกับตนเอง

1.1.2.5. ครอบครัว

การรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ที่ได้รับจากครอบครัว การมีความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว รวมถึงการรู้สึกว่าครอบครัวมีความสำคัญ เป็นที่รักและต้องการของครอบครัว ครอบครัวที่มีบุตรเป็นวัยรุ่นต้องมีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัยรุ่นด้วย บิดามารดาที่มีบทบาทสำคัญในเรื่องเพศในการช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และระบบฮอร์โมนเพศสัมพันธ์ เพื่อเตรียมตัวและเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บิดามารดาเป็นรากฐานที่สำคัญในการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่บุตรในเรื่องการคบเพื่อนต่างเพศ การหลีกเลี่ยง หรือการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ถ้าบิดามารดาให้ความรู้แก่วัยรุ่นจนเข้าใจ วัยรุ่นก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในทางตรงข้าม หากบิดามารดาให้ค่านิยมแก่วัยรุ่นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องของตัว หรือปกปิดไม่ให้ความรู้เรื่องเพศแก่วัยรุ่น วัยรุ่นจะหันไปหาเพื่อนหรือแหล่งความรู้อื่นๆ ที่อาจไม่ถูกต้องหรือเหมาะสม ก่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ และวัยรุ่นที่เติบโตมาจากครอบครัวที่เป็นแบบอย่างที่ดีและเหมาะสมจะมีความรู้สึกว่าคุณเองมีความปกติ มีความสามารถ รู้สึกอิสระ และมีความรู้ว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมชาติ เรียนรู้ในการแสดงออกของความรักที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ หากครอบครัวไม่เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความผูกพันทางด้านจิตใจที่มีต่อกัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) ทำให้วัยรุ่นชอบอยู่กับเพื่อนมากกว่า

อยู่กับครอบครัว และมีแนวโน้มที่จะทำตามกลุ่มเพื่อนและมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้

ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นนั้น มีการศึกษาอยู่หลายฉบับด้วยกัน ได้แก่การศึกษาของ อังสนา บุญธรรม (2539) จีรพรรณ อินทา (2542) และ สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ (2542) มีผลการศึกษาสอดคล้องไปในทางเดียวกัน โดยพบว่า โครงสร้างของสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ได้ โดยที่ถ้าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแตกแยกย่อมทำให้วัยรุ่นมีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมได้มาก ทั้งนี้รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร นอกจากนี้การศึกษาของจันทร์แรม ทองศิริ (2539) และ ปวีณา สายสูง (2541) และพิสมัย นพรัตน์ (2543) พบสอดคล้องกันว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่นที่มีครอบครัวอบอุ่น บิดามารดามีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยกว่ากลุ่มที่มีครอบครัวแตกแยก

1.1.2.6. การเห็นแบบอย่างในสังคม

ความเชื่อและค่านิยม รวมทั้งสื่อหรือสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยสื่อเป็นสิ่งเร้าที่มีส่วนกระตุ้นความต้องการทางเพศของวัยรุ่นให้มีระดับสูงขึ้นจนถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์หากไม่มีการป้องกันที่ถูกต้อง อาจนำมาซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า สื่อมวลชน มีอิทธิพลและบทบาทที่สำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น การศึกษาของ เบญจารักษ์ (2541) พบว่า สื่อมวลชนมีอิทธิพลสำคัญต่อการเรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมและการเลียนแบบพฤติกรรมที่พบเห็นจากสื่อต่างๆ นอกจากนี้การอ่านหนังสือลามก ดูวีดิทัศน์ลามก เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้วัยรุ่นมีความรู้สึกทางเพศและส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์และเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.1.2.7. สภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย

สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล วัยรุ่นที่อาศัยเพียงลำพังในสิ่งแวดล้อมที่ง่ายต่อการเข้าถึงแหล่งบันเทิง ทำให้เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ งานศึกษาวิจัยในหลายๆฉบับ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2533 ศุภจวี วชิภักดิ์, 2533 จันทร์แรม ทองศิริ, 2539 ปวีณา สายสูง, 2541 จีรพรรณ อินทา, 2542) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์นั้น ส่วนมากจะเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักหรือบ้านในชุมชนเมืองและอยู่ใกล้สถานบันเทิงหรือสถานบริการทางเพศ จากการศึกษาเชิงสำรวจของคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2537, อ้างถึงในบัวทิพย์ ใจตรงดี, 2545) พบว่า วัยรุ่นทั้งชายและหญิงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ ส่วนมากจะเป็นเด็กนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และ อุดมศึกษา ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักหรือบ้านพักในเมือง และอยู่ใกล้สถานเริงรมย์ หรือสถานบริการทางเพศ เนื่องจากวัยรุ่นเหล่านี้มีอิสระเต็มที่ ไม่มีผู้ใหญ่คอยควบคุมดูแลเหมือนอยู่กับครอบครัว เมื่อกลุ่มวัยรุ่นอยู่ใกล้สถานเริงรมย์ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยอยากรู้ อยากลอง ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจเข้าไปในสถานเริงรมย์ เกิดการมีเพศสัมพันธ์สุรา เสพยาเสพติด และมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบอีกด้ยว่าการพักอาศัยกับผู้ปกครองอย่างใกล้ชิดจะมีผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าการพักอาศัยอยู่ตามลำพัง ซึ่งอาจหมายถึงความอบอุ่น และมีผู้คอยให้ชี้แนะ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศันสนีย์ พิจพานิช และคณะ ในปี 2539 ที่ศึกษากับเด็กนักเรียนในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ที่มีความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันโรคเอดส์ดีมักเป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาในขณะที่ศึกษา และมีหลักฐานงานวิจัยที่พบว่าการพักอาศัยขณะที่ศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา (เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์ และคณะ, 2536) นอกจากนี้ การศึกษาของ สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ (2542) ยังพบว่า การที่วัยรุ่นไปมาหาสู่กับเพื่อนต่างเพศ การไปเที่ยวและไปสถานเริงรมย์นั้น มีโอกาสทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้

1.1.3 พฤติกรรมการป้องกันการติดโรคติดต่อทางเพศ

ในส่วนของงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคทางเพศสัมพันธ์นั้น งานวิจัยของ Berrett และคณะ (2003) ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลวิธีที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในสตรีผู้ใช้แรงงานในประเทศไทยพบว่าสตรีที่แต่งงานแล้ว ส่วนใหญ่ทราบว่าจะถูกต้องอย่างอนามัยสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ได้ แต่พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับค่านิยมมากกว่าที่ฝ่ายหญิงจะเป็นผู้กำหนด นอกจากนี้งานวิจัยของกรมควบคุมโรค (พัฒน์วดี เสริมวัฒน์ และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2542) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและค่านิยมทางเพศกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นชายไทย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มี ความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้

คำถามในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ ต้องการจะหาแนวทางเพื่อตอบคำถามดังนี้คือ

1. เหตุผลหลักในด้านใดที่สตรีไทยวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอ้างถึงมากที่สุด ในการให้เหตุผลการยินยอมมีพฤติกรรมทางเพศแบบขาดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากคู่นอน
2. ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของสตรี มีความสัมพันธ์กับการยอมตามใจคู่นอนในการไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ 3 ข้อ คือ

- ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ยังไม่ได้แต่งงาน
- ศึกษาถึงเหตุผลหลักของการมีพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกันของสตรีวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองของสตรี (Self - esteem) และการยอมตามใจคู่นอนในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีการระบุช่วงอายุไว้ ตั้งแต่ 18-21 ปี และ 25-35 ปี โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลเท่านั้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดตามลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพต่างๆ ไปคือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ไม่สามารถเป็นตัวแทนที่แท้จริงของประชากรได้
2. การสุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้หลักการ Randomization
3. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีไทยและยีนดีที่จะให้สัมภาษณ์ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศได้ ถือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่หายากสำหรับสังคมไทย ดังนั้นผู้ที่ยีนดีให้สัมภาษณ์อาจจะมี ความลำเอียงในคุณสมบัติบางด้าน (Subject Bias)

4. จำนวนตัวอย่างมีขนาดเล็ก โดยธรรมชาติของการวิจัยที่ต้องการสัมภาษณ์รายบุคคล และหากกลุ่มตัวอย่างได้ยาก เช่นงานวิจัยนี้ ทำให้ไม่สามารถหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนมากได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สตรีไทยในวัยรุ่นตอนปลาย

หมายถึง สตรีไทยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด และมีอายุอยู่ในระหว่าง 18-21 ปี

2. สตรีไทยในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

หมายถึง สตรีไทยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด และมีอายุอยู่ในระหว่าง 25 - 29 ปี และ 30 - 35 ปี

3. คู่นอน

หมายถึง บุคคลเพศชายที่สตรีมีเพศสัมพันธ์ด้วย แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

- 3.1 คู่นอนถาวร หมายถึง คนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยโดยมีข้อผูกมัดต่อกัน หรือมีการตกลงกันว่าทั้งคู่มีความสัมพันธ์ต่อกันแบบคู่รัก
- 3.2 คู่นอนชั่วคราว หมายถึง คนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยโดยไม่มีข้อผูกมัดใดๆต่อกัน อาจจะเป็นคนที่ไม่ได้คาดการณ่มาก่อนหรือไม่ได้ตั้งใจจะมีเพศสัมพันธ์ด้วย หรือเป็นบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยเพียงชั่วคราว

4. เพศสัมพันธ์

หมายถึง การสอดใส่อวัยวะเพศชายเข้าไปในช่องคลอด หรือทวารหนัก และ/หรือทางปาก

5. การเห็นคุณค่าในตนเอง

หมายถึง คะแนนดิบที่วัดจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith

6. เหตุผลหลักของการมีพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกัน

หมายถึง เหตุผลที่สตรีอ้างถึงเมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งแบ่งแยกย่อยออกเป็น 3 ด้าน คือ

6.1 เหตุผลหลักภายในบุคคล (Intrapersonal Domain)

หมายถึง เหตุผลที่เกิดจากความคิด ความเชื่อ หรือความพอใจตัวบุคคลเอง ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศแบบขาดการป้องกันการติดโรคเอดส์ เช่น ความพอใจที่จะมีไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ชอบใช้ คิดว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนแสดงให้เห็นถึงความจริงใจต่อกัน

6.2 เหตุผลหลักจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Domain)

หมายถึง เหตุผลที่มีที่มาจากบุคคลอื่นหรือคู่นอน ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศแบบขาดการป้องกันการติดโรคเอดส์ เช่น ความรู้สึกไว เชื่อใจว่าคู่นอนของตนจะปลอดภัยจากโรค ภาวะที่ไม่สามารถปฏิเสธคู่นอน ต้องการหาเลี้ยงความรู้สึกขุนช่องหมองใจ

6.3 เหตุผลหลักจากสถานการณ์ (Situational Domain)

หมายถึง เหตุผลที่มีที่มาจากสถานการณ์หรือภาวะภายนอกในขณะนั้น ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศแบบขาดการป้องกันการติดโรคเอดส์ เช่น การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด หรือไม่สามารถหาถุงยางอนามัยได้ในขณะที่ต้องการมีเพศสัมพันธ์

ในการวิจัยนี้การจำแนกเหตุผลหลักทั้ง 3 ด้านได้จากการทำ content analysis ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จากการสัมภาษณ์ด้านที่ 3 โดยใช้เกณฑ์การจำแนกเหตุผลแต่ละด้านตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

7. การยอมตามใจคู่นอนในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย

หมายถึง การที่สตรียอมให้คู่นอนเป็นผู้เลือก หรือตัดสินใจว่าจะไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่กล้าปฏิเสธคู่นอนเมื่อคู่นอนไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย ในงานวิจัยนี้วัดได้จาก การทำ Content analysis จากแบบสัมภาษณ์ ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปในบทที่ 2 หัวข้อ "2.2.3.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Content Analysis)"

8. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับดี

หมายถึง การมีคะแนนจากแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ในระดับไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้ถือเป็นการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของสตรีไทย โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกันการติดโรคเอดส์ ทั้งที่คนเหล่านี้มีความรู้

ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์และการติดเชื้อ HIV เป็นอย่างดี การศึกษานี้จะสามารถตอบคำถามในระดับต้นได้ถึงเหตุผลที่ทำให้สตรีไทยเลือกที่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกัน ช่วยจำแนกให้เห็นถึงปัจจัยในด้านความเชื่อ ความคิด และทัศนคติในด้านเพศสัมพันธ์ที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของตน และช่วยเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนการให้ความช่วยเหลือให้ถูกทาง ตลอดจนช่วยสร้างเสริมให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ HIV ในสตรีไทยอย่างเหมาะสมต่อไป