

เจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี  
ที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

นางสุตริภักดิ์ ลครพล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2554  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

ATTITUDE TOWARDS SEXUALITY OF HIV ADOLESCENTS AT THE THAI  
RED CROSS AIDS RESEARCH CENTER

Mrs. Sudrak Lakhonphon

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

เจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี  
ที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

โดย

นางสุดรัก ลครพล

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ นายแพทย์ ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ ศิริวรรณ ศิริบุญ

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
ของภาควิชาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ นายแพทย์ ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ )

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ ศิริวรรณ ศิริบุญ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จินตนาถ อนันต์วรณิชย์)

สุตรัก ลครพล : เจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์  
 สภากาชาดไทย. (ATTITUDE TOWARDS SEXUALITY OF HIV ADOLESCENTS AT  
 THE THAI RED CROSS AIDS RESEARCH CENTER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:  
 อ.นพ.ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ.ศิริวรรณ ศิริบุญ, 124 หน้า.

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา  
 เจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อเรื่องเพศที่จะส่งผล  
 ถึงแนวโน้มของพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ที่รู้  
 สถานการณ์มีเชื้อเอชไอวีของตนเอง และมารับบริการที่คลินิกศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง  
 ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์  
 สภากาชาดไทย โดยทำการศึกษาเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมิน  
 เจตคติต่อเรื่องเพศจำนวน 80 คน และทำการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 29  
 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independence T-Test, One way Anova, Mann-  
 Whitney U, Kruskal-Wallis และ Logistic Regression Analysis ตามความเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีอายุ 16-18 ปี มีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มที่เจต  
 คติเรื่องเพศค่อนข้างบวกมากกว่าเด็กที่อายุ 13-15 ปี 5 เท่า และร้อยละ 96 ของกลุ่มเด็กที่ยังไม่เคย  
 มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสมีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวกน้อยกว่ากลุ่มเด็กที่มี  
 ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้ว และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก  
 ของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เบี้ยเลี้ยงหรือค่า  
 ขนมน ปริมาณไวรัสเอชไอวี การใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ เหล้า การเที่ยวกลางคืน เช่น เคค ผับ บาร์  
 คาราโอเกะ การมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ การมีแฟน การถูกห้ามแฟนและการมี  
 ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของตนเอง

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....  
 สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....  
 ปีการศึกษา.....2554.....ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

## 5234808730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: ATTITUDE / SEXUALITY / HIV ADOLESCENTS / SEXUAL WELLING

SUDRAK LAKHONPHON : ATTITUDE TOWARDS SEXUALITY OF HIV

ADOLESCENTS AT THE THAI RED CROSS AIDS RESEARCH CENTER. ADVISOR :

PUCHONG LAURUJISAWAT : CO-ADVISOR : SIRIWAN SIRIBOON., 124 pp.

A cross-sectional descriptive study was designed to examine the attitude towards sexuality of HIV adolescents and its associated factors. The study was conducted at The HIV Netherland Australia Thailand Research Collaboration clinic located at The Thai Red Cross AIDS Research Center. Eighty adolescents completed questionnaires on demographics, knowledge, attitude and intention to engage in sexual of behavior, also an in-dept-interview was used in 29 adolescents. Data were analyzed by using descriptive statistics, independence T-test, one way Anova, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U and Logistic Regression analysis as appropriate.

The results showed that HIV adolescents age between 16-18 have 5 times more positive attitude towards sexuality than HIV adolescents age between 13-15. And 96% of the group who were not have sexual intercourse were less likely to have a positive attitude than those who were sexually active. Factors that were significantly associated with positive attitude towards sexuality were ages, level of education, income, viral load, substance-use (cigarette and alcohol), night life, friends' sexual activities, having boyfriend or girlfriend, prohibition to have boyfriend or girlfriend and experience to have sexual intercourse.

Department : ..... Psychiatry ..... Student's Signature.....

Field of Study : ..... Mental Health ..... Advisor's Signature.....

Academic Year : ..... 2012 ..... Co-advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีทุกคน ที่ให้ความไว้วางใจและอนุญาตให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ดูแลเด็กทุกท่านที่อนุญาตให้พูดคุยกับลูกหลาน

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจินตนาถ อนันต์วรณิชย์ หัวหน้าใจดีที่อนุญาตให้ใช้เวลาดำเนินการทำการวิจัย และขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานคุณแสงหว่า นานใจ และคุณชุติมา เกตุบำรุงที่คอยช่วยเหลือในการสัมภาษณ์เด็กและให้เวลาทำงานวิจัย ขอขอบพระคุณคุณสุธีราภรณ์ ภิญญาภรณ์ในการช่วยวิเคราะห์สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ประพันธ์ ภาณุภาค ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกของศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้ความช่วยเหลือ แนะนำแนวทางและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ชัยชนะ นิมมวล ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานและรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจินตนาถ อนันต์วรณิชย์ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อันช่วยทำให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์วิทยา เพ็ชรดาชัย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า คุณมณี เย็นตั้งพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก นัดน้อง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล นัดเด็กเพื่อทำการทดสอบแบบสอบถามและคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

ขอขอบคุณ คุณวิสุทธิ ดิสงฆานูรัตน์ที่เป็นทั้งเพื่อนและครูในการทำงานวิจัยให้เสร็จลุล่วง

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาคนอกและภาคในเวลาราชการที่ให้ความช่วยเหลือกันและให้กำลังใจด้วยดี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์/เอชไอวีในเด็ก.....	9
สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี.....	15
ความหมายของเจตคติ (Attitude).....	18
ความหมายของเพศ (Sexuality).....	21
ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการลักษณะทางเพศ.....	23
เพศศึกษาในประเทศไทย.....	27
สิทธิทางเพศ.....	29
วัยรุ่นกับสุขภาพทางเพศ.....	32
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ.....	34

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	40
การเลือกกรณีศึกษา.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
บทที่ 5 การสรุป การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	85
รายการอ้างอิง.....	96
ภาคผนวก.....	101
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	124



## สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงจำนวนเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีจำแนกตามอายุ.....	1
ตารางที่ 2	ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
ตารางที่ 3	เจตคติต่อเรื่องเพศกับการเป็นเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี .....	54
ตารางที่ 4	ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (n=14).....	55
ตารางที่ 5	แสดงค่าคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบและเจตคติต่อ เรื่องเพศค่อนข้างบวก.....	60
ตารางที่ 6	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อ เรื่องเพศด้วยสถิติ Mann-Whitney U หรือ Kruskal-Wallis It-test .....	71
ตารางที่ 7	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ ต่อเรื่องเพศด้วยสถิติ Independent t test .....	77
ตารางที่ 8	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ ต่อเรื่องเพศด้วยสถิติ One – way ANOVA .....	78
ตารางที่ 9	การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเจตคติ ต่อเรื่องเพศกับปัจจัยด้านต่างๆ.....	81

## สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2	ภาพ Histogram คะแนนรวมของเจตคติต่อเรื่องเพศ.....	58

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่ได้มีการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกเมื่อปี 2523<sup>(1)</sup> ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ (HIV/AIDS) ได้กลายเป็นความท้าทายทางสาธารณสุขทั่วโลก สถิติล่าสุดแสดงว่าประชากรโลกมากกว่า 22 ล้านคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ (HIV/AIDS) สำนักงานโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) คาดการณ์ว่า ในช่วงปลายปี 2552 มีผู้ติดเชื้อ HIV ทั่วโลกประมาณ 33.3 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุต่ำกว่า 15 ปี 2.5 ล้านคน<sup>(2)</sup> องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) คาดการณ์ว่าทุกๆวัน จะมีเด็กติดเชื้อที่อายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 1,700 คน โดยเด็กส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากแม่ ผู้ซึ่งไม่รู้ว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีและเด็ก 16.6 ล้านคนทั่วโลก อายุ 0-17 ปี สูญเสียพ่อแม่จากการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(3)</sup>

ในปีพ.ศ. 2552 ทวีปเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีเด็กและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี 4.1 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นเด็กและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี 270,000 คน และมีเด็กและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตเกี่ยวกับโรคเอดส์ 260,000 คน ความชุกของการติดเชื้อ ในคนอายุ 15-49 ปี เท่ากับ 0.3%<sup>(4)</sup>

สำหรับประเทศไทย โปรแกรมสถิติด้านการระบาดในเอเชีย (Asia Epidemic Model)<sup>(5)</sup> คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2552 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทุกช่วงวัยของประเทศไทยมี 513,914 คน โดยมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 0-19 ปี จำแนกตามอายุดังตารางข้างล่างนี้

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีจำแนกตามอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ร้อยละ
0-9 ปี	6,415	24
10-14 ปี	8,176	30
15-19 ปี	12,384	46
รวม	26,975	100

ในปัจจุบัน สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กเกือบทั้งหมดเกิดจากการ ถ่ายทอดเชื้อ จากมารดาสู่ทารก ซึ่งอาจเกิดในช่วงตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดหรือจากการรับประทานนมมารดา มี เด็กจำนวนน้อยมากที่ติดเชื้อจากการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด หรือจากการถูกล่วงละเมิด ทางเพศ อาจกล่าวได้ว่าหากสามารถป้องกันการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกได้จะเป็นการ ป้องกัน โรคเอดส์ในเด็กได้เกือบทั้งหมด โดยในแต่ละปีจะมีทารกคลอดใหม่ประมาณ 8 แสนคน

ข้อมูลในปี พ.ศ.2551 แสดงว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์มีร้อยละ 0.74 ดังนั้นในแต่ละปีจะมีทารกประมาณ 6,000 คน ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทารกในกลุ่มนี้ เป็นทารกที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์และสังคม โดยเฉพาะหาก ทารกนั้นติดเชื้อจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมให้มีการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีอย่าง เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาที่จะเกิดตามมาในระยะยาว<sup>(6)</sup>

เด็กติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดต้องการการดูแลรักษาที่ถูกต้องได้มาตรฐานเหมือนผู้ติดเชื้อ ผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังต้องการการดูแลเฉพาะและการให้การสนับสนุนในทุกด้าน ในประเทศที่ ยากจนที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เด็กจะเสียชีวิตก่อนอายุ 5 ปีอย่างมี นัยสำคัญ โดย 30% จะเสียชีวิตในช่วงขวบปีแรกและ 50%จะเสียชีวิตในช่วงอายุ 2 ปี<sup>(7)</sup> ในประเทศ ไทยได้มีการศึกษาเด็กจำนวน 192 คนที่มีระดับภูมิคุ้มกันหรือ CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 % ก่อนการรักษา การศึกษาได้ติดตามเด็กเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี พบว่า อัตราการรับการรักษา ด้วยการนอนในโรงพยาบาลลดลงจาก 30.7% ใน 24 อาทิตย์เป็น 2.0% ในระหว่างอาทิตย์ที่ 120-144 หลังจากมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส<sup>(8)</sup> การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้เด็กเจริญเติบโตและ รอดชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาเด็ก 749 คนที่ประเทศอูกานดา พบว่าน้ำหนักต่อ อายุเพิ่มขึ้นรวดเร็วมากกว่าส่วนสูงอย่างมีนัยสำคัญหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส<sup>(9)</sup>

ปัจจุบันเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่เติบโตเป็นวัยรุ่นและเป็นผู้ใหญ่ นอกจากต้องเผชิญกับการ พัฒนาจิตใจให้เป็นวัยรุ่นและเป็นผู้ใหญ่แล้วยังต้องใช้ชีวิตอยู่กับการมีโรคเรื้อรัง การถูกตีตราจาก สังคมและความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจที่สามารถผ่านเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์<sup>(10)</sup> วัยรุ่น เป็นช่วงเวลาที่ชอบการทดลอง และมีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องเพศ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เด็กวัยรุ่นที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากแม่หรือได้รับเชื้อเอชไอวีจากการรับเลือดเริ่มมีความสนใจและมี เพศสัมพันธ์ (sexually active) มีความรู้เรื่องการผ่านเชื้อทางพฤติกรรมเสี่ยงต่อเพศสัมพันธ์ต่ำ

อย่างมีนัยสำคัญ ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อเพศสัมพันธ์ขึ้นอยู่กับอายุ การประเมินประสิทธิภาพของตัวเองในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและความเชื่อว่าจะมีความกดดันที่จะต้องมิเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุของความเป็นวัยรุ่น คนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วไม่ได้มีความรู้มากกว่าคนที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ เด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่ามีคนส่วนใหญ่ในวัยเดียวกับตนมีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์แล้ว จึงเพิ่มความกดดันที่จะทำเหมือนเพื่อนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีโดยการมีเพศสัมพันธ์ดังเช่นคนปกติ<sup>(11)</sup>

เนื่องจากปัจจุบัน ในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีทั้งในเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศที่ดีและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจที่จะศึกษาเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีว่ามีเป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบต่อตนเอง ถูกบอกหรือถูกสอนมาอย่างไร ชอบหรือไม่ชอบ การผสมผสานระหว่างความนึกคิดที่มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึก ความเชื่อซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม ความคิดเห็น ความรู้และแรงจูงใจต่อแนวโน้มที่จะแสดงออกต่อเรื่องเพศเป็นอย่างไร มีสภาวะจิตใจหรือความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือจัดการเรื่องเพศอย่างไร มีการจัดการเพศวิถีของตนเองและต่อบุคคลอื่นอย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยใดบ้างที่นำไปสู่พฤติกรรมของการ มีสุขภาวะทางเพศที่ดีและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

และจากการที่ผู้วิจัยได้ทำงานการดูแลเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับเชื้อผ่านทางแม่ สู่ลูกที่คลินิกของศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยให้บริการการดูแลที่ครอบคลุมด้านกาย จิตใจและสังคมด้วยการให้คำปรึกษา การติดตามเยี่ยมบ้านและการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กเรียนรู้เข้าใจเรื่องโรค สามารถดูแลและจัดการตนเองให้เติบโตพร้อมกับเชื้อไวรัสเอชไอวี มาเป็นเวลา 4 ปีกว่าแล้ว พบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นวัยรุ่นมีจำนวนสูง ขึ้น ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศที่ดีมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ ซึ่งถูกกดดันจากคนในครอบครัวและสังคมว่า จะเป็นผู้ผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ของตนเอง การห้ามมีเพศสัมพันธ์ การต้องการทำหมันให้เด็กจากผู้ดูแล สร้างความทุกข์ใจและก่อให้เกิด พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นความรู้ความเข้าใจ การมีความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี จะส่งผลต่อการมีชีวิตที่มีความสุขและมีสุขภาวะทางเพศที่ดีของตนเองและส่วนร่วมต่อไป

## คำถามในการวิจัย

1. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีมีเจตคติต่อเรื่องเพศเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีมีอะไรบ้าง

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่รัฐสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนเอง ที่มารับบริการที่คลินิกคลินิกของศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทยเท่านั้น

### 2. ตัวแปรที่ศึกษา

#### 2.1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ

ลักษณะทางสังคม ระดับการศึกษา ระบบการศึกษา สถานที่พักอาศัย บุคคลที่อยู่ด้วย

ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพการทำงาน รายได้/เบี้ยเลี้ยง แหล่งที่มาของรายได้

ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ระดับปริมาณไวรัสเอชไอวี

พฤติกรรมเสี่ยงและภาวะแวดล้อม ได้แก่ การใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา สารเสพติด การมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

อื่นๆ การเปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนเองแก่คู่ การได้รับการสั่งสอนเรื่องเพศ

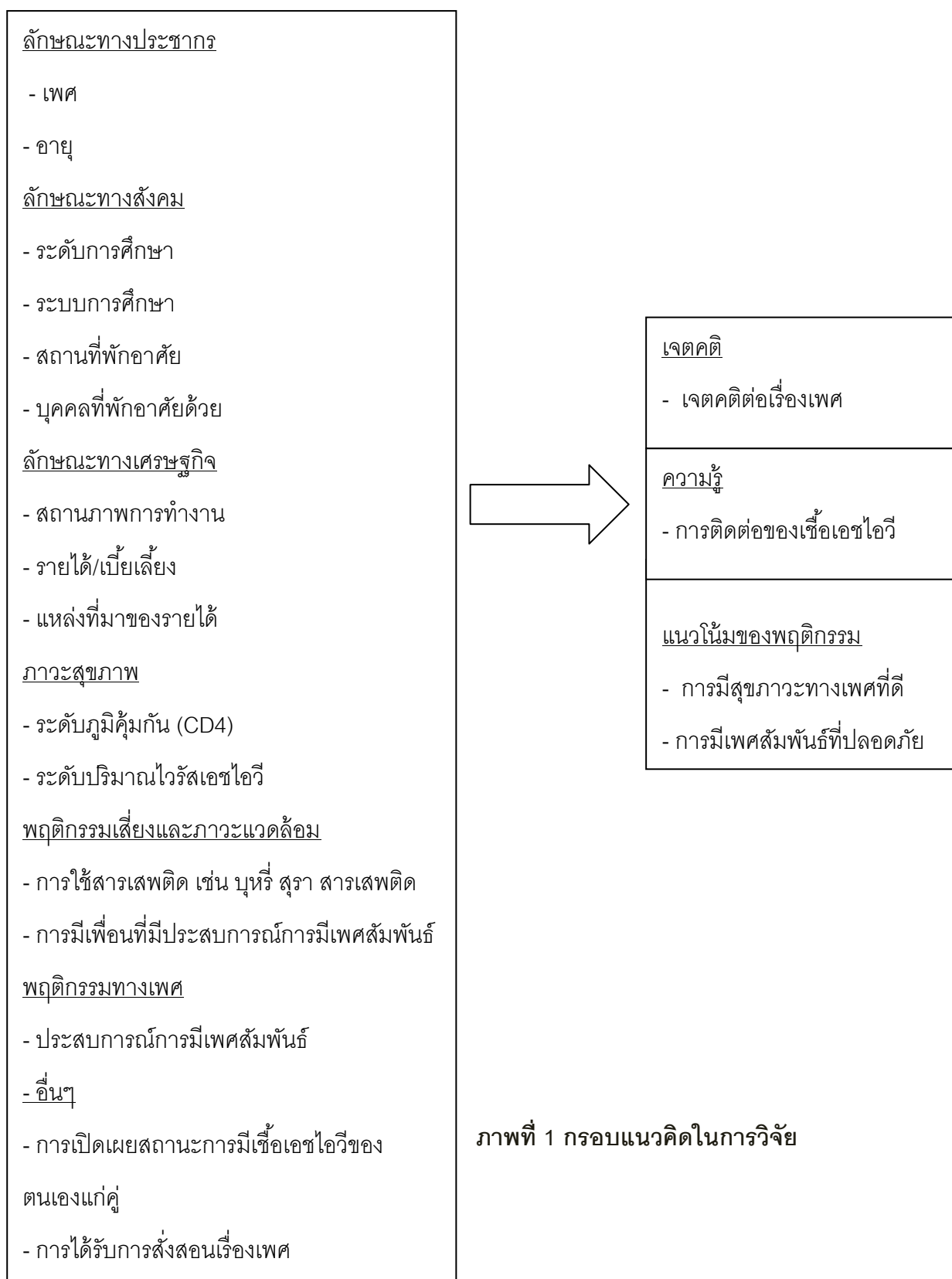
#### 2.2. ตัวแปรตาม

เจตคติต่อเรื่องเพศ

ความรู้เรื่องการติดต่อของเชื้อเอชไอวี

แนวโน้มของพฤติกรรม การมีสุขภาพทางเพศที่ดี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวัยรุ่นครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและด้วยวิธีการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึกเกี่ยวกับเรื่องเพศซึ่งเป็นประเด็นที่ไม่ได้ถูกพูดถึงหรือพูดได้โดยตรงและเปิดเผยในสังคมไทย ข้อคำถามบางข้อที่มีความอ่อนไหวต่อความรู้สึกมาก อาจยังมีข้อจำกัดในการได้ข้อมูลเชิงลึก อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยจะพยายามสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจแก่ผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุด เพื่อความถูกต้อง แม่นตรง และเชื่อถือได้ของข้อมูลที่รวบรวมมา

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี (HIV Adolescents) หมายถึงเด็กอายุ 13 -18 ปี ที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากคลินิกศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวัยรุ่นทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV – NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง

เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึก ความชอบหรือไม่ชอบ พึงใจหรือไม่พึงใจเป็นความคิดเห็น ที่บุคคลนั้นมีต่อเรื่องเพศของตนเอง การรับรู้ของบุคคล สถานการณ์ต่างๆที่ เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ โดย เจตคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้และเจตคติสามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์

เพศวิถี (Sexuality) หมายถึง ความเข้าใจต่อเรื่องเพศทางกายภาพ ภาวะความเป็นหญิงเป็นชาย ความปรารถนา วิถีปฏิบัติ และอัตลักษณ์เรื่องเพศ

สุขภาวะทางเพศที่ดี (Sexual wellbeing) หมายถึง การมีชีวิตทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัย ในงานวิจัยนี้จะมุ่งเน้นที่สุขภาวะทางเพศระดับบุคคล โดยให้กลุ่มเป้าหมายมีสัมพันธภาพทางเพศที่ปลอดภัยและมีความพึงพอใจ โดยปราศจากการบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง โดยมีความคิดและความรู้สึกเชิงบวกต่อเรื่องเพศและสัมพันธภาพทางเพศ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี และอาจเป็นแนวทางในการให้บริการดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีให้เข้ากับความต้องการและข้อจำกัดของวัยรุ่น มีทางออกเชิงสร้างสรรค์และสร้างกิจกรรมที่เหมาะสม



2. ได้ข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการเป็นคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี

### ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

#### 1. การเตรียมก่อนเก็บข้อมูล

- 1.1 เตรียมอุปกรณ์การวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์
- 1.2 จัดทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ถึงผู้อำนวยการเพื่อขออนุญาตเก็บ

ข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องอนุมัติในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยนำหนังสือวิจัยเข้าพบแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ผู้รับผิดชอบ “คลินิกนัดน้อง” เพื่อเสนอเรื่องอนุมัติในการเข้าทดสอบแบบสัมภาษณ์และทดสอบการใช้แนวคำถามในการทำสัมภาษณ์เชิงลึกกับเด็ก 10 คน

1.5 ผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล

#### 2. การเตรียมรวบรวมข้อมูล

2.1 รวบรวมรายชื่อของเด็กวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้โดยดูจากแฟ้มประวัติ เพื่อที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคล

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบ และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งปิดข้อมูลเป็นความลับ

2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติต่อไป

## ปัญหาทางจริยธรรม

ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยนี้ เป็นการใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก โดยให้อิสระแก่ผู้ตอบในการตอบคำถามหรือร่วมในโครงการวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและไม่นำข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแต่ละท่านมาเปิดเผย และการนำเสนอรายงานการวิจัยในการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก จะใช้นามแฝงในการรายงานเพื่อที่ไม่เปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของผู้ให้ข้อมูล ในการตอบคำถามผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ตอบทราบว่าถ้าข้อใดไม่ยินดีที่จะเปิดเผยก็สามารถที่จะไม่ตอบได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้รับทราบข้อมูลในการทำวิจัย และแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม และสามารถออกจากการทำวิจัยเมื่อใดก็ได้ก่อนที่ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะ โดยชอบด้วยกฎหมาย ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ยินดีให้บอกผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะ ผู้วิจัยจะยึดผลประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ แต่ถ้าเกิดผลกระทบที่จะส่งผลกระทบต่อชีวิตหรือความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น

### อุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข (Obstacles)

เนื่องจากกลุ่มประชากรมีหลายระดับวัยและการรับรู้ จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้ตอบมีความยากลำบากในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งในประเด็นดังกล่าวนี้ ผู้วิจัย จะใช้การทดสอบแบบสอบถามก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง เพื่อหาข้อสรุปสำหรับการปรับแก้คำถาม ให้สามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติให้มากที่สุด

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์/เอชไอวีในเด็ก
2. สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี
3. ความหมายของเจตคติ (Attitude)
4. ความหมายของเพศ (Sexuality)
5. ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการลักษณะทางเพศ
6. สิทธิทางเพศ
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ

#### แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์/เอชไอวีในเด็ก

##### สถานการณ์เด็กติดเชื้อเอดส์ทั่วโลก<sup>(12)</sup>

องค์การอนามัยโลก(WHO) ได้ประมาณการณ์ว่า ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มากกว่า 5 ล้านคน ในจำนวนนี้ 90% อยู่ในแอฟริกา อย่างไรก็ตาม จำนวนเด็กติดเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้น ในทวีปอื่น ๆ ด้วย เช่น ในเอเชียกลาง, ยุโรปตะวันออก, อินเดีย และแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อตอนปลายปี 2545 มีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) ที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ประมาณ 3.2 ล้านคน จากประชากรทั่วโลกที่ติดเชื้อ 42 ล้านคน HIV/AIDS ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 7 ของเด็กอายุ 1-4 ปี ในสหรัฐอเมริกา ลักษณะการดำเนินโรคนี้ค่อนข้างเร็ว ในเด็กที่ติดเชื้อ 10-20 % จะตายก่อนอายุ 4 ขวบ ในขณะที่ 80-90% จะอยู่รอดถึงอายุ 9-10 ปี ในแถบแอฟริกา อัตราการตายสูงมากขึ้นถึง 75% ในปัจจุบัน

จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ในเด็กมีมากกว่า 2,000 คนต่อวัน จนถึงปลายปี 2545 คาดการณ์ว่า มีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตแล้ว จำนวน 610,000 คน

### การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

การติดเชื้อจากแม่สู่ลูกคิดเป็น 80% ของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กทั้งหมด การถ่ายทอดจากแม่ไปยังลูกนี้ สามารถถ่ายทอดได้ตั้งแต่ในช่วงที่มารดาตั้งครรภ์, ช่วงคลอดบุตร และหลังคลอดบุตร ตลอดจนถึงช่วงให้นมบุตร สำหรับการถ่ายทอดอื่น ๆ ซึ่งอาจจะ เป็นสาเหตุได้ ได้แก่ การให้เลือด หรือการให้ส่วนประกอบของเลือด พบน้อยในสหรัฐอเมริกา แต่ยังคงปรากฏอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ยังพบอยู่ประปรายซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อจะให้ผลเลือด positive ต่อ HIV-1 และ positive สำหรับ HIV-1 และ HIV-2 แต่ในแอฟริกาการติดเชื้อ HIV-2 จะพบได้บ่อย การติดเชื้อในเด็กส่วนใหญ่เป็นการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก โดยปกติความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีประมาณ 25%

### สถานการณ์เด็กติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

หลังจากที่มีการระบาดของเอชไอวีในกลุ่มคนที่ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในปี 2530 หลังจากนั้นประมาณ 2 ปี มีการระบาดในกลุ่มของหญิงขายบริการ หลังจากนั้นการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจะเกิดจากผู้ชายที่ไปใช้บริการของหญิงขายบริการ แล้วนำเชื้อมาแพร่ให้ภรรยา ซึ่งส่งผลให้มีการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จังหวัดในภาคเหนือ เช่น เชียงใหม่ , เชียงราย , พะเยาและแม่ฮ่องสอน จากการศึกษาในจังหวัดทางภาคเหนือตอนบนพบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงปี 2532-2535 สูงถึง 37%-45% ในขณะที่เด็กส่วนใหญ่ที่มมมารดาและยังไม่มี การป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ในช่วงปี 2537-2539 มีการรณรงค์มารดาที่มีเชื้อ เอชไอวีงดให้นมบุตร ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อลดลงถึง 19-31% จากนั้นในช่วงปี 2539 มีการใช้ AZT และ รณรงค์การให้นมบุตร ทำให้อัตราการติดเชื้อลดลงเหลือน้อยกว่า 10%

การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ จะติดจากแม่ไปสู่ลูก เช่นเดียวกับในสหรัฐอเมริกาและแถบอื่น ๆ ของโลก ในประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 15,000 – 20,000 คนต่อปี การศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

จากแม่สู่ลูกอยู่ระหว่างร้อยละ 21-28 ดังนั้นในประเทศไทยจะมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ประมาณ 3,000 – 5,000 รายต่อปี จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ค่ามัธยฐานของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เริ่มจาก 0.6% ในปี 2534 และขึ้นสูงสุด 2.3% ในปี 2538 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆจนกระทั่งถึง 1.4% ในกลางปี 2545 สำหรับจำนวนเด็กที่ป่วยเป็นโรคเอดส์จากการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกพบว่า เริ่มจากประมาณ 800 รายในปี 2537 และสูงขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 1,250 รายต่อปี ในปี 2540 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ถึงประมาณ 680 ราย ในปี 2544

### **ระบาดวิทยาการติดเชื้อเอดส์ในเด็ก**

จากข้อมูลล่าสุดขององค์การอนามัยโลก จนกระทั่งถึงปลายปี 2544 พบว่าในประเทศไทย ซึ่งมีประชากรประมาณ 63.5 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่มีชีวิตอยู่ มีอยู่ประมาณ 670,000 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 21,000 คน คาดว่า อัตราความชุกของโรคเท่ากับ 1.8% จากรายงานของสำนักระบาดวิทยา จากปี 2531 – 2543 พบว่า มีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่การพบเด็กติดเชื้อในประเทศไทย และจำนวนได้เพิ่มขึ้นสูงสุดในปี 2540 หลังจากนั้นแนวโน้มเริ่มชะลอตัวลง จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในเด็กที่ได้รับรายงานมีทั้งสิ้น 7,844 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 57.3 เริ่มป่วยเมื่ออายุน้อยกว่า 2 ปี โดยมีแนวโน้มของอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกสูงขึ้น และส่งผลให้เด็กเสียชีวิตเมื่ออายุมากขึ้นด้วย จังหวัดที่พบผู้ป่วยเด็กมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ กรุงเทพฯ, เชียงใหม่, เชียงราย, พะเยาและขอนแก่น โดยที่ร้อยละ 25 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตภาคเหนือ อัตราการตายของเด็กติดเชื้อเอชไอวีในช่วงปีแรก ๆ พบว่าสูงถึง 48% และลดลงเหลือ 20% ในช่วงปีหลัง ๆ

### **1.การดำเนินโรคจากภาวะติดเชื้อเอชไอวีสู่โรคเอดส์**

หลังจากผู้ป่วยรับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ไวรัสจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว (ในทางคลินิก วัดได้จากปริมาณไวรัสเอชไอวีในพลาสมาที่เรียกว่า HIV viral load และจะค่อย ๆ ทำลายภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยไปที่ละน้อย (ในทางคลินิกประเมินจากระดับภูมิคุ้มกัน CD4) เมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปมาก ผู้ป่วยจึงเริ่มแสดงอาการเจ็บป่วย เริ่มมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

(opportunistic infection) และมีอาการแสดงของโรคเอดส์ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อมีระดับ CD4 สูง ย่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตน้อย ต่อมาเมื่อผู้ติดเชื้อมีระดับ CD4 ต่ำลง ย่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตมากขึ้นตามลำดับ ส่วนค่า HIV viral load เป็นตัวพยากรณ์อัตราการตกลงของระดับภูมิคุ้มกัน ถ้าผู้ป่วยมี viral load สูง จะมีการดำเนินโรค ไปอย่างรวดเร็ว และมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ดังนั้นในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย เด็กติดเชื้อเอชไอวี นั้น จะเริ่มต้นจากการประเมินระยะของโรค โดยประเมินจาก 1) อาการแสดงทางคลินิก 2) ระดับ ภูมิคุ้มกัน CD4 และ 3) ปริมาณไวรัสเอชไอวีในพลาสมา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### การประเมินอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

การประเมินอาการทางคลินิกที่นิยมใช้กันมากอ้างอิงจากวิธีการจำแนกระยะของโรคของ ศูนย์ควบคุมโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ซึ่งมีใช้กันมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 ดังแสดงในตารางที่ 1

### ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงทางคลินิกของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

#### กลุ่ม N ไม่มีอาการ

กลุ่ม A มีอาการน้อย โดยที่มีภาวะเหล่านี้ 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่

- ต่อมน้ำเหลืองโต (>0.5 ซม. มากกว่า 2 แห่ง ตำแหน่งเดียวกันโต 2 ซ้ำง นับเป็น 1 แห่ง
- ตับโต
- ม้ามโต
- ผิวน้ำอักเสบ
- ต่อมน้ำลายพารอทิดอักเสบ
- โรคติดเชื้อระบบหายใจส่วนบนซ้ำซ้อนหรือเป็นอยู่นาน ไชนัสอักเสบหรือหูชั้นกลางอักเสบ

กลุ่ม B คือกลุ่มที่มีอาการปานกลาง ได้แก่ อาการที่มากเกินกว่ากลุ่ม A แต่ไม่ใช่อาการ ของกลุ่ม C

ตัวอย่างภาวะที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่

- เลือดจาง (ฮีโมโกลบิน < 8 กรัม/ดล.), เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (<1,000 เซลล์/ลบ.มม.) หรือภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (<100,000/ลบ.มม.) นาน >30 วัน

- เยื่อหุ้มสมองอักเสบ , ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย , หรือการติดเชื้อในกระแสเลือด (ครั้งเดียว) ติดเชื้อรา Candidiasis ในปากและลำคอเรื้อรัง
- กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (cardiomyopathy)
- โรคติดเชื้อ cytomegalovirus ที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 1 เดือน
- อูจจาระร่วงเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำ
- ตับอักเสบ
- ปากอักเสบจาก herpes simplex virus (HSV) ที่เป็น ๆ หาย ๆ >2 ครั้งใน 1 ปี
- หลอดลมอักเสบ, ปอดอักเสบหรือหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อ HSV ที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 1 เดือน
- Herpes zoster ที่เป็นอย่างน้อย 2 ครั้งและที่ปริมาณมากกว่า 1 ตำแหน่ง (dermatome)
- Leiomyosarcoma
- Lymphoid interstitial pneumonia (LIP) หรือ (pulmonary lymphoid hyperplasia complex
- ความผิดปกติที่ไต
- Nocardiosis
- ใช้เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
- Toxoplasmosis ที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 1 เดือน
- Varicella ชนิดแพร่กระจาย, อีสุกอีใสที่มีโรคแทรกซ้อน

### กลุ่ม C อาการมาก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็น “เอดส์”

โรคหรือภาวะในกลุ่มนี้ ได้แก่

- การติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรงหลายครั้งหรือกลับเป็นซ้ำ (ผลการเพาะเชื้อได้ผลบวก พิสูจน์ได้อย่างน้อย 2 ครั้งภายในระยะ 2 ปี) ในโรคต่อไปนี้: การติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของ กระดูกและข้อ หรือฝีของอวัยวะภายใน (ยกเว้น หนองกลางอักเสบ ฝีที่บริเวณผิวหนังหรือเยื่อบุ และโรคติดเชื้อจากการใส่คาสายสวนต่าง ๆ)
- ติดเชื้อรา Candidia ที่หลอดอาหาร, หลอดลมคอ หรือปอด

- Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายที่อวัยวะอื่น, ที่เกิดร่วมกับการติดเชื้อที่ปอด, ต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือที่ขั้วปอด
- Cryptococcosis ชนิดที่ติดเชื้อนอกปอด
- Cryptosporidiosis หรือ isosporiasis ที่มีอุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
- โรคติดเชื้อ cytomegalovirus ที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมากกว่า 1 เดือน (ที่อวัยวะอื่นนอกจากตับ ม้าม หรือต่อมน้ำเหลือง)
- Encephalopathy มีอาการแสดงของการลุกลามต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่างเป็นเวลานานกว่า 2 เดือน โดยไม่มีอาการแสดงอย่างอื่นที่จะอธิบายสาเหตุได้ นอกจากนี้มีหลักฐานการติดเชื้อเอชไอวี อาการแสดงเหล่านี้ได้แก่
  1. เลี้ยงไม่โต หรือพัฒนาการล่าช้า หรือปัญญาอ่อน ซึ่งพิสูจน์ได้โดยการใช้เครื่องมือในการประเมินพัฒนาการหรือทดสอบทางจิตประสาท
  2. สมองเติบโตช้าหรือมี microcephaly จากการวัดเส้นรอบวงศีรษะ หรือมีสมองผิดปกติพบโดย CT scan หรือ MRI (ในเด็กอายุเกิน 2 ปีจะต้องทำ CT หรือ MRI ต่อไปเป็นระยะๆ)
  3. มี acquired symmetric moter deficit ซึ่งมีการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง : แขนขาอ่อนแรง
  4. รีเฟล็กซ์ผิดปกติ ataxia หรือท่าเดินผิดปกติ
- การติดเชื้อไวรัส HSV ทำให้เกิดแผลที่เยื่อและผิวหนังเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน หรือการมีหลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ หรือหลอดอาหารอักเสบในเด็กอายุมากกว่า 1 เดือน
- Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจาย (> 1 แห่งเพิ่มเติมจากที่ปอด ต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือที่ขั้วปอด)
- มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดปฐุมภูมิในสมอง
- มะเร็งต่อมน้ำเหลือง, small noncleaved cell (Burkitt's) หรือ immunoblastic หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด B-cell ที่มีเซลล์ขนาดใหญ่ หรือ immunologic phenotype ที่ไม่ทราบแน่นอน
- Mycobacterium tuberculosis ชนิดแพร่กระจายหรืออยู่นอกปอด



- Mycobacterium ชนิดอื่น ๆ ชนิดแพร่กระจายที่ตำแหน่งอื่นนอกจากหรือเพิ่มเติมจากที่ปอด ผิวหนัง ต่อมมน้ำเหลืองที่คอและที่ขั้วปอด
- Mycobacterium avium complex หรือ Mycobacterium kansasii ชนิดแพร่กระจาย (ที่ตำแหน่งอื่นหรือที่เพิ่มเติมจากที่ปอด ผิวหนัง และต่อมน้ำเหลืองที่คอและขั้วปอด)
- Pneumocystis carinii pneumonia
- Multifocal Leukoencephalopathy ชนิดลุกลาม
- การติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำซ้อนจาก nontyphoid Salmonella
- Toxoplasmosis ของสมองซึ่งมีอาการเริ่มเป็นเมื่ออายุ > 1 เดือน
- กลุ่มอาการผอมแห้งโดยไม่มีภาวะเจ็บป่วยอื่นที่สามารถจะอธิบายอาการแสดงต่อไปนี้ได้นอกจากการติดเชื้อเอชไอวี
  1. น้ำหนักลดลง > 10% ของ baseline หรือ
  2. อัตราส่วนของน้ำหนัก : อายุลดลงจากเกณฑ์ปกติอย่างน้อย 2 ระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ เช่น 95th, 75th, 50th, 25th, 5th ในเด็กอายุ > 1 ปี หรือ
- อัตราส่วนของน้ำหนัก: ความสูงต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5 จากการวัด 2 ครั้งห่างกัน 30 วัน ร่วมกับภาวะร่วงเรื้อรัง (อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งนาน > 30 วัน) หรือมีไข้ลอยหรือสูง ๆ ต่ำ ๆ > 30 วัน

### สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี<sup>(13)</sup>

จากประสบการณ์การทำงาน เครือข่ายคนทำงานด้านเด็กและเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวี โดยกลุ่มเราเข้าใจ ซึ่งเป็นเครือข่ายที่ประสานงานกับ 4 พื้นที่ ได้แก่ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ จังหวัดเชียงราย หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ แบ่งตามภาคได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานการทำงานด้านจิตสังคม

เฉพาะกับเด็กและเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวี มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของเด็ก และเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้ร่าย งานสภาพปัญหา ผลกระทบอันเนื่องมาจากเอดส์ต่อเด็กและเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวีที่ดูแลรักษา ประมาณ 1,000 ราย โดยมีผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคมดังนี้

### ผลกระทบต่อสุขภาพกาย

ตั้งแต่ปีงบประมาณปี พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการยาต้านไวรัสฯ แก่ ผู้ป่วยเอดส์ กระทั่งปี พ.ศ. 2545 ได้ผลิตยาต้านไวรัสฯ โดยองค์การเภสัชกรรม เป็นผลทำให้ราคา ยาถูกลง และในปีงบประมาณ 2547 ได้ขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ เด็กที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ซึ่งช่วยลดความเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ แข็งแรงขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคที่ส่งผลให้เด็กบางคนไม่สามารถรับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ต่อเนื่อง หรือมีความยากลำบากในการรับการรักษา กินยา หรือการที่ เด็กไม่ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ ก่อนที่ความเจ็บป่วยจะรุนแรง ส่งผลให้เด็กบางคนยังเผชิญความ เจ็บป่วยเรื้อรัง พัฒนาการไม่เป็นไปตามวัยและเสียชีวิต

### ผลกระทบต่อสุขภาพจิต

ภาวะผลกระทบจากเอดส์ที่เด็กเผชิญมักส่งผลต่อจิตใจของเด็กแตกต่างกันไป เด็กบางคน อยู่ในความรู้สึกกลัว กังวลใจที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือไม่สามารถกินยาได้ กังวลใจว่าจะมีผู้รู้เรื่องการติดเชื้อของตนเอง เด็กบางคนอยู่ในภาวะที่คลุมเครือไม่ชัดเจนกับการ ติดเชื้อของตนเอง หรือลังเลใจว่าจะบอกให้เพื่อนทราบดีหรือไม่ เด็กที่มีเชื้อ เอชไอวีที่เข้าสู่วัยรุ่น อาจเริ่มมีความกังวลในภาพลักษณ์ของตัวเองที่ผิวหนังเป็นตุ่ม ตัวเล็กหรือมีพัฒนาการทางเพศที่ ช้ากว่าเพื่อนวัยเดียวกัน นอกจากนี้บางคนกังวลต่ออนาคตของตนเนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระ

นอกจากนี้เด็กบางคนรู้สึกโกรธที่พ่อหรือแม่มาเชื่อมาให้ หรือโกรธพ่อแม่ที่เสียชีวิต หย่าร้างและทอดทิ้งเด็กไป ทำให้เด็กต้องเผชิญปัญหาหรือต้องรับภาระในครอบครัว แต่ใน

ขณะเดียวกันเด็กก็อาจจะรู้สึกผิดต่อการโกรธพ่อแม่ เด็กจึงอยู่ในสภาวะสับสนและเป็นทุกข์ใจ นอกจากนี้เด็กอาจจะรู้สึกโกรธผู้ที่แสดงท่าทีรังเกียจ ล้อเลียน หรือเด็กบางคนมีความโกรธหรือเบื่อกินยาที่ขมหรือกลิ่นยาก จำนวนมาก หรือเพราะถูกดูต่ำ /ตีถ้าไม่กินยา รวมทั้งการที่เด็กรู้สึกไม่ถูกรัก ไม่ได้รับการยอมรับก็ส่งผลให้เด็กบางคนรู้สึกโกรธ เช่นกัน

เด็กอาจรู้สึกเศร้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของครอบครัว การเป็นภาระของครอบครัว หรือการถูกรังเกียจ หรือรู้สึกเศร้าจากการไม่สามารถจัดการผลกระทบต่างๆ ในชีวิตได้ ไม่เป็นที่รัก หรือยอมรับ ส่วนหนึ่งเด็กบางคนรู้สึกอิจฉาหรือน้อยใจที่พี่หรือน้องไม่ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งเพื่อนๆ ที่ได้รับโอกาสมากกว่าตนเองอีก

ภาวะผลกระทบด้านจิตใจดังกล่าว ทำให้เด็กเผชิญกับความเครียด ทุกข์ทรมานใจ อาจส่งผลให้เด็กโดดเดี่ยว ตัวเองออกจากสังคม ขาดโอกาสในการพัฒนาตัวเอง สูญเสียความหวัง และความมั่นใจในตัวเอง หรือเด็กบางคนอาจแสดงพฤติกรรมตอบโต้ เช่น หนีออกจากบ้าน ทำร้ายเพื่อนที่มาล้อเลียน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือทำร้ายตนเอง หรือเด็กบางคนทำทุกอย่างเพื่อเอาชนะผู้อื่นให้ได้เพื่อสร้างการยอมรับ หรือในทางตรงข้ามเด็กบางคนก็ยอมจำนนทุกทางเพื่อแลกกับการถูกรักหรือยอมรับ ซึ่งบางพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก อาจไม่ได้ช่วยให้ปัญหาคลี่คลายแต่อาจทำให้เด็กเป็นทุกข์มากขึ้น

### **ผลกระทบต่อการอยู่ร่วมกันในสังคม การศึกษาเรียนรู้**

การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อเด็กและเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวียังคงเกิดขึ้น ทั้งรูปแบบที่ตรงไปตรงมา เช่น ในบางชุมชนประท้วงให้เด็กมีเชื้อเอชไอวีออกจากโรงเรียน ห้ามลูกหลานตนเองไม่ให้มาเล่นกับเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ห้ามเด็กร่วมกิจกรรมเหมือนเด็กทั่วไป ญาติไม่รับดูแลเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีหลังพ่อแม่เด็กเสียชีวิต หรือมีรูปแบบที่ไม่ตรงไปตรงมา จนเสมือนว่าอาจไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น การโน้มน้าวให้ผู้ปกครองเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีไม่ให้เด็กไปเรียนเพราะอาจป่วยได้ง่าย หรือผู้ปกครองห้ามลูกหลานที่มีเชื้อเอชไอวีไปเล่นกับผู้อื่นเพราะไม่ยากให้มีผลกระทบ เป็นต้น

การที่เด็กเติบโตขึ้นท่ามกลางสภาพการถูกเลือกปฏิบัติ ถูกรังเกียจหรือกีดกัน อยู่โดดเดี่ยวออกจากสังคม ได้ส่งผลกระทบต่อเด็ก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และทำให้เด็กและเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวี ขาดทักษะในการดำรงชีวิตและการสร้างสัมพันธภาพ กับผู้อื่นในสังคม การขาดโอกาสด้านต่างๆ ที่รวมถึงการศึกษาเรียนรู้ รวมทั้งเด็กบางคนขาดผู้ใหญ่ที่จะช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือเห็นความสำคัญในการส่งเสริมการศึกษาเรียนรู้ของเด็ก ทำให้เด็กไม่มีความหวังกับอนาคตของตนเอง ไม่มีทางเลือกในการดำรงชีวิต พวกเขามีโอกาสตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์ ถูกเอารัดเอาเปรียบและล่อลวงได้ค่อนข้างสูง

มีข้อมูลสนับสนุนจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งทำการสำรวจครอบคลุม 40,511 ครอบครัวจากการสุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 พบประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในสังคม ดังนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ระบุว่า จะไม่ซื้ออาหารจากคนชายที่เป็นโรคเอดส์มากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 37) จะเก็บเรื่องของคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นความลับ และมากกว่า 1 ใน 4 (ร้อยละ 29) บอกว่าจะไม่ยอมให้ครูที่ป่วยเป็นโรคเอดส์สอนหนังสือ ข้อสังเกตคือ ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 79 เห็นด้วยกับความคิดเห็นที่ เป็นการเลือกปฏิบัติดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งข้อ

#### ความหมายของเจตคติ (Attitude)<sup>(14)</sup>

เจตคติมาจากคำในภาษาอังกฤษว่า Attitude เดิมใช้คำว่าทัศนคติแต่ปัจจุบันใช้คำว่าเจตคติแทน มีผู้ให้ความหมายของคำว่าเจตคติหลายท่านดังสรุปคือ เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกที่คนเรามีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือหลายสิ่ง ในลักษณะที่เป็นอัตวิสัย (Subjective) อันเป็นพื้นฐานเบื้องต้น หรือการแสดงออกที่เรียกว่า พฤติกรรม

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก หรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ ความรู้สึก หรือท่าทีจะเป็นไปในทำนองที่พึงพอใจ หรือไม่พอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

เจตคติ หมายถึง สภาพความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกเชิงประเมินที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น วัตถุ สถานการณ์ ความคิด ผู้คน เป็นต้น ซึ่งเจตคติทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของทัศนคติที่มีอยู่

เจตคติ คือ สภาพความรู้สึกทางด้านจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคลอันเป็นผลทำให้เกิดมีท่าทีหรือมีความคิด เห็นรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นหรือไม่เห็นด้วย เจตคติมี 2 ประเภทคือ เจตคติทั่วไป เจตคติเฉพาะอย่าง

**องค์ประกอบของเจตคติ** ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การรู้ (Cognition) ประกอบด้วยความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเป้าหมาย เจตคติ เช่น ทัศนคติต่อลัทธิคอมมิวนิสต์ สิ่งสำคัญขององค์ประกอบนี้ก็คือ จะประกอบด้วยความเชื่อที่ได้ประเมินค่าแล้วว่าน่าเชื่อถือหรือไม่น่าเชื่อถือ ดีหรือไม่ดี และยังรวมถึง ความเชื่อในใจว่าควรจะมีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างไรต่อเป้าหมายทัศนคตินั้นจึงจะเหมาะสมที่สุด ดังนั้น การรู้และแนวโน้มพฤติกรรมจึงมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

2. ความรู้สึก (Feeling) หมายถึง อารมณ์ที่มีต่อเป้าหมาย เจตคติ นั้น เป้าหมายจะถูกมองด้วยอารมณ์ชอบหรือไม่ชอบ ถูกใจหรือไม่ถูกใจ ส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึกนี้เองที่ทำให้บุคคลเกิดความดีดั่งยึดมั่น ซึ่งอาจกระตุ้นให้มีปฏิกิริยาตอบโต้ได้ หากมีสิ่งขัดกับความรู้สึกมากกระทบ

3. แนวโน้มพฤติกรรม (Action tendency) หมายถึง ความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเจตคติ ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อเป้าหมาย จะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมช่วยเหลือหรือสนับสนุนเป้าหมายนั้น ถ้าบุคคลมีเจตคติในทางลบต่อเป้าหมาย จะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมทำลาย หรือทำร้าย เป้าหมายนั้นเช่นกัน

**เจตคติเกิดจากการเรียนรู้**ของบุคคล ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่ว่าจะชอบหรือไม่ชอบสิ่งใดต้องเกิดภายหลัง เมื่อตนเองได้มีประสบการณ์ในสิ่งนั้น ๆ แล้ว ดังนั้น เจตคติเกิดขึ้นจากเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ การรวบรวมความคิดอันเกิดจากประสบการณ์หลาย ๆ อย่าง และ เกิดจากการเห็นตามคนอื่น

**ลักษณะของเจตคติ** มี 4 ประการ คือ

1. เจตคติ เป็นสภาวะก่อนที่พฤติกรรมได้ตอบ (Predisposition to respond) ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะหรือจะเรียกว่าสภาวะพร้อมที่จะมีพฤติกรรมจริง

2. เจตคติ จะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลา (Persistence overtime) แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3. เจตคติ เป็นตัวแปรหนึ่ง นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่าง พฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกโดยวาจา หรือการแสดงความรู้สึก ตลอดจนงานที่จะต้องเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

4. เจตคติ มีคุณสมบัติของแรงจูงใจ ในอันที่จะทำให้บุคคลประเมินผล หรือเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งหมายความต่อไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมจริงด้วย

เจตคตินับว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการทำงานอย่างหนึ่ง นอกจากความพร้อมและการจูงใจ บุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อการทำงานจะช่วยให้ทำงานได้ผลทั้งนี้เพราะเจตคติเป็นต้นกำเนิดของความคิดและการแสดงการกระทำออกมานั่นเอง

กล่าวโดยสรุป เจตคติ เป็นลักษณะทางจิตของบุคคลที่เป็นแรงขับแรงจูงใจของบุคคล แสดงพฤติกรรมที่จะแสดงออกไปในทางต่อต้านหรือสนับสนุน ต่อสิ่งนั้นหรือสถานการณ์นั้น ถ้าทราบเจตคติของบุคคลใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้ โดยปกติคนเรามักแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่สอดคล้องกับเจตคติที่มีอยู่

#### หน้าที่และประโยชน์ของเจตคติ

- (1) เป็นประโยชน์โดยการเป็นเครื่องมือ ปรับตัว และเป็นประโยชน์ในการใช้เพื่อทำการต่างๆ
- (2) ทำประโยชน์โดยการใช้ป้องกัน สภาวะจิตใจ หรือปกป้องสภาวะจิตของบุคคล (Ego defensive function) เพราะความคิด หรือความเชื่อบางอย่าง สามารถทำให้ผู้เชื่อ หรือคิดสบายใจ ส่วนจะผิดจะถูกเป็นอีกเรื่องหนึ่ง
- (3) เจตคติทำหน้าที่แสดงค่านิยม ให้คนเห็นหรือรับรู้ (Value expressive function)
- (4) มีประโยชน์หรือให้คุณประโยชน์ทางความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้คนและสิ่งต่างๆ
- (5) ช่วยให้คุณมีหลักการและกฎเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยพัฒนาค่านิยมให้กับบุคคล การที่บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคล สถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้คุณสามารถประเมินและตัดสินใจได้ว่าควรจะทำอะไรอย่างไรจึงจะเหมาะสมและดีงาม

#### การเปลี่ยนแปลงเจตคติ

- 1) การชักชวน (Persuasion) ทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงใหม่ได้หลังจากที่ได้รับคำแนะนำ บอกเล่า หรือได้รับความรู้เพิ่มพูนขึ้น

2) การเปลี่ยนแปลงกลุ่ม (Group change) ช่วยเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้

3) การโฆษณาชวนเชื่อ (Propaganda) เป็นการชักชวนให้บุคคลหันมาสนใจหรือรับรู้โดยการสร้างสิ่งแปลกๆ ใหม่ขึ้น

### สิ่งที่มีอิทธิพลต่อเจตคติ คือ

1. บิดา มารดา ของเด็ก
2. ระเบียบแบบแผน วัฒนธรรมของสังคม
3. การศึกษาเล่าเรียน
4. สิ่งแวดล้อมในสังคม
5. การพักผ่อนหย่อนใจที่แต่ละคนใช้ประจำตัว

### การแก้ไขเจตคติหรือวิธีสร้างเจตคติ

1. การค่อย ๆ ชี้นลงของความเข้าใจ
2. การหาสิ่งเร้าและสิ่งจูงใจอย่างเข้มข้นมาช่วย
3. การคบหาสมาคมกับเพื่อนดี
4. การให้อ่านหนังสือดีมีประโยชน์
5. การให้ลองทำจนเห็นชอบแล้วกลับตัวตัวเอง

### ความหมายของเพศ (Sexuality)

#### ความหมายของเพศ<sup>(15)</sup>

คำว่า “เพศ” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Sex” ซึ่งคนทั่วไปมักจะตีความหมายไปถึงความต้องการทางเพศหรือความรู้สึทางเพศ เช่น คำว่า Sexy แปลว่า ความเย้ายวนทางเพศ หรือความต้องการทางเพศ คำว่า Sexy Symbol แปลว่า สัญลักษณ์ทางเพศ จึงทำให้เรื่องเพศถูกมองไปในลักษณะที่ไม่สุภาพ หยาบคาย น่าละอายที่จะคิดหรือพูดถึงจนกลายเป็นเรื่องต้องห้ามไปในบางสังคม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2525; 602) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “เพศ” หมายถึง “รูปที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย” ซึ่งตีความหมายว่า เพศคือลักษณะที่บอกให้ใครๆ รู้ว่าคนคนนั้น

เป็นผู้หญิงหรือผู้ชายเท่านั้น ยังเป็นความหมายที่ค่อนข้างแคบเกินไปและเป็นการยากที่จะทำความเข้าใจในความหมายของเพศได้อย่างสมบูรณ์

พจนานุกรมเวบสเตอร์ (Webster's Encyclopedia Unabridged Dictionary of English Language 1994: 1307) ได้ให้ความหมายของคำว่า “เพศ” ไว้โดยสรุปได้ 4 นัย คือ

1. เป็นการแบ่งสิ่งมีชีวิตโดยเฉพาะมนุษย์ออกเป็นเพศชายและหญิง
2. เป็นลักษณะโครงสร้างทางร่างกายของสิ่งมีชีวิต ซึ่งเกิดจากการสัมพันธ์ของบิดามารดา โดยแบ่งแยกและรวมกันทางโครโมโซมเพศ จนแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเป็นชายหรือหญิง
3. เป็นขอบเขตพฤติกรรมระหว่างบุคคล โดยเฉพาะระหว่างชายและหญิงที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการอยู่ร่วมกัน
4. เป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ และการแสดงออกของสัญชาตญาณทางเพศนี้จะอยู่ในรูปของการมีเพศสัมพันธ์

ไคร์เคนดัล (Kirkendall 1960: 8) ได้อธิบายไว้ว่า เรื่องเพศมีความหมายและขอบเขตที่กว้างขวางมาก เช่นเดียวกับคำว่า “ชีวิต” จึงไม่อาจจะให้คำจำกัดความที่รวบรัดได้ แต่พอจะสรุปโดยแยกออกเป็นข้อๆ ได้ 5 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. เพศ เป็นแรงผลักดันที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้มนุษย์เกิดความปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต และสามารถกระทำหรือแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุผลตามที่ตั้งใจไว้
2. เพศ เป็นแรงกระตุ้นหรือเครื่องเร้าอันทรงพลัง ที่ทำให้ชายและหญิงเกิดความสนใจซึ่งกันและกัน
3. เพศ เป็นสิ่งที่กำหนดบทบาท กิริยาท่าทาง ตลอดจนลักษณะการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เพศชายและหญิงให้แตกต่างกันออกไป
4. เพศ เป็นธรรมชาติที่แฝงอยู่ในร่างกายและจิตใจของมนุษย์อย่างลึกซึ้งและถาวร ซึ่งธรรมชาตินี้จะแสดงบทบาทให้เห็นได้อย่างชัดเจนที่สุดในเรื่องชีวิตรักและการครองเรือน



5.เพศ เป็นสิ่งที่สามารถทำให้ชีวิตมีความต่อเนื่องกัน จากช่วงชีวิตหนึ่งไปยังอีกช่วงชีวิตหนึ่งโดยกระบวนการสืบพันธุ์ ซึ่งการต่อเนื่องนี้จะช่วยทำให้มนุษย์สามารถดำรงเผ่าพันธุ์ไว้ได้

## ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการลักษณะทางเพศ (Psychological Theories of Gender Identity Development)<sup>(16)</sup>

### ทฤษฎีของ Freud

Freud เชื่อว่า พัฒนาการของมนุษย์เป็นผลจากพัฒนาการทางเพศ Freud เรียกพลังทางเพศว่า Libido เป็นตำแหน่งที่ให้ความสุขทางเพศ ตำแหน่งนี้จะเปลี่ยนไปตามการเจริญเติบโต ตำแหน่ง Libido เรียกว่าตำแหน่งความสุขทางเพศ (Erogenous Zone) แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ คือ ระยะเวลาปาก (Oral Stage) เป็นระยะตั้งแต่เกิดจนกระทั่งอายุประมาณ 1 ½ ปี ทารกที่เกิดมา รับประสบการณ์ต่าง ๆ ทางปากได้แก่ การดูด การกินนมแม่หรือนมขวด จึงตอบสนองความต้องการทั้งในแง่ของอาหารและเพศ เด็กที่หย่านมเร็วเกินไปจะทำให้เกิดความขัดอกขัดใจ เกิดความต้องการยึดติดกับพฤติกรรมทางปากทั้งหลาย เช่น ชอบรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ ติดสุรากลัดเล็บ เหมือนทารกที่ต้องการดูดนมวัวเนี่ยอยู่กับแม่ตลอดเวลา ส่วนเด็กที่กินนมเป็นเวลานานเกินความพอดี เมื่อโตขึ้นกลายเป็นคนที่ขาดความเพียรพยายาม

ระยะที่ทวาร (Anal Stage) อายุตั้งแต่ 1 ½ - 3 ปี เป็นระยะที่พลังเชิงจิตแสดงออกทางทวารหนัก ความพึงพอใจอยู่ที่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการขับถ่ายได้ สามารถขับถ่ายเป็นที่ เป็นทางเป็นเวลาตามที่พ่อแม่พยายามฝึกอบรม ถ้าพ่อแม่เคี่ยวเข็ญมากเกินไปหรือน้อยเกินไปเกิดการยึดติดกับระยะนี้ ทำให้มีลักษณะเกี่ยว กับด้านความสะอาด สะอาดมากหรือสกปรก ความสมบูรณ์ ความเป็นเลิศ หรือความบกพร่อง ความหยาบ ความมั่งง่าย ความเป็นระเบียบ หรือความสับสนยุ่งเหยิง ระยะที่อวัยวะเพศ (Phallic Stage) อายุตั้งแต่ 3-5 ปี เป็นระยะที่เริ่มเรียนรู้ลักษณะทางเพศ มีความสุขกับการได้จับต้องอวัยวะเพศตนเองโดยเฉพาะเด็กผู้ชายและเด็กผู้ชายจะติดแม่ เกิดความรู้สึกต้องการเป็นเจ้าของแข่งกับแม่ เด็กผู้หญิงจะติดแม่ เกิดความรู้สึกต้องการเป็นเจ้าของข้างกับแม่ แต่ก็กลัวว่าจะถูกลงโทษ ในเด็กผู้ชายกลัวว่า พ่อจะลงโทษด้วยการเอา

องศาของตนไป เรียกความกลัวนี้ว่ากา รตอนวิตก (Castration Anxiety) ความวิตกกังวลนี้เกิดจากการที่เคยมีประสบการณ์ถูกพรากความสุขมาแล้ว คือระยะที่อดนมและระยะที่ถูกฝึกระบบขับถ่าย ในเด็กผู้หญิงซึ่งไม่มีองศาทำให้เกิดความเชื่อว่าองศาของตนถูกเอาไปแล้ว การเกิดลักษณะทางเพศของผู้ชาย เริ่มเกิดขึ้นระยะ นี้เพื่อแก้ความรู้สึกขัดแย้งที่เรียกว่า Male Oedipus Complex ซึ่งได้จากชื่อตัวละครกรีกที่ชื่อ Oedipus Rex เป็นผู้ที่ถูกฆาตกรรมแล้วแต่งงานกับพระราชินี ซึ่งต่อมาปรากฏว่าเป็นแม่ของ Oedipus เอง เด็กที่รู้ตัวดีว่าไม่สามารถเอาชนะพ่อหรือแม่ได้ จึงเกิดการเลียนแบบ เด็กผู้ชายเลียนแบบพ่อ ทำให้เกิดความมั่นใจว่าในอนาคตจะสามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้เช่นเดียวกับพ่อของตน ในเด็กผู้หญิงเกิด Female Oedipus Complex เมื่อรู้ตัวดีว่าไม่มีองศาจะรู้สึกโกรธและอิจฉาผู้มี จึงเรียกระยะนี้เป็นระยะอิจฉาองศา (Penis Envy) เด็กผู้หญิงจะโทษแม่ของตนและต้องการเป็นเจ้าของพ่อ แต่เมื่อรู้ตัวว่าเป็นไปไม่ได้จึงเกิดการเลียนแบบแม่ด้วยขบวนการเดียวกับเด็กผู้ชาย

ระยะแอบแฝง (Latency Stage) เป็นระยะที่เก็บกดความต้องการเพศด้วยการมุ่งเน้นการเรียนรู้ และการแสดงออกที่เหมาะสมกับเพศของตน เป็นระยะที่ เด็กจะชอบเล่นเฉพาะกับเพื่อนเพศเดียวกับตน

ระยะสืบพันธุ์ (Genital Stage) เกิดขึ้นในระยะแรกเข้าวัยรุ่น ความเก็บกดเรื่องเพศก่อนระยะนี้จะหายไป จะสนใจเพศตรงข้าม เด็กผู้ชายชอบเด็กผู้หญิงที่เหมือนขวัญใจแม่คือพ่อ ความต้องการของระยะนี้ต้องการร่วมเพศมากกว่าที่จะกระตุ้นอวัยวะเพศตนเองเหมือนระยะก่อน ความรู้สึกถึงจุดสุดยอดมี 2 ชนิด คือเกิดจากการร่วมเพศและเกิดจากการกระตุ้นอวัยวะเพศตนเอง

### ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ในเรื่องบทบาททางเพศได้แก่ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขดำเนินการ (Operant Conditioning) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในเรื่องการฝึกเรื่องต่างๆ เช่น เด็กผู้ชายอาจถูกสอนไม่ให้ร้องไห้เวลาหกล้ม ลูกผู้ชายต้องไม่ร้องไห้ และเวลาที่เด็กหกล้มและไม่ร้องไห้ก็จะได้รับคำชมเชย แต่เขาจะถูกดูถูกทำโทษ เวลาที่เขาลิปสติกของ แม่มาทา การลงโทษและการให้รางวัลจะเป็นของหรือคำพูดก็ตาม เป็นวิธีฝึกลักษณะทางเพศของเด็ก นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นให้เด็กผู้ชายช่วยพ่อซ่อมรั้ว

เปลี่ยนหลอดไฟ ฯลฯ เด็กผู้หญิงช่วยแม่ทำกับข้าว ทำความสะอาดบ้าน ฯลฯ ซึ่งเป็นบทบาทของผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ จากการวิจัยพบว่าเด็กไม่ได้เรียนรู้ทุกอย่างด้วยพฤติกรรมตนเองตามทฤษฎีนี้ เด็กจะใช้วิธีสังเกตว่าลักษณะทางเพศและบทบาททางเพศมีพฤติกรรมใดของเพื่อน ของคนรอบ ๆ ตัวที่ได้รับการยอมรับจากสังคมก็นำมาเป็นแบบอย่างโดยไม่จำเป็นว่าพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นจากการที่ตนเองได้รับรางวัลหรือถูกลงโทษโดยตรงตามทฤษฎีนี้ เด็กผู้ชายบางคนไม่เคยเอาลิปสติกของแม่มาทาเลย ไม่ใช่เพราะเคยถูกลงโทษ แต่เป็นเพราะเรียนรู้จากพฤติกรรมของเพื่อนว่า ถ้าทำเช่นนั้นจะถูกลงโทษหรือเป็นที่หัวเราะเยาะของเพื่อน

**ทฤษฎีการเรียนรู้สังคม (Social Learning Theory)** เด็กๆ ชอบเลียนแบบผู้ใหญ่ โดยเฉพาะพ่อและแม่ พ่อทำอะไรลูกชายมักจะทำตาม และแม่ทำอะไรลูกสาวมักจะทำตาม การถามเด็กว่าพ่ออยู่บ้านทำอะไร แม่อยู่บ้านทำอะไร คำตอบของเด็กจะทำให้เราทราบบทบาทของแต่ละเพศที่เด็กเรียนจากที่บ้าน เด็กๆ จะพยายามทำในสิ่งที่พ่อแม่ทำ แต่ระยะเวลาในการสังเกตกับระยะเวลาที่แสดงพฤติกรรมที่เลียนแบบค่อนข้างยาวนาน

ทฤษฎีทั้งสองอาจเสริมซึ่งกันและกัน เช่น เด็กอาจทดลองเลียนแบบพฤติกรรมผู้ใหญ่เป็นครั้งแรก และพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนจากผู้ใหญ่ เด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นอีกเป็นการช่วยให้พฤติกรรมนั้นเกิดการเรียนรู้เร็วขึ้น

### **ทฤษฎีการพัฒนาการการรู้คิด (Cognitive – Developmental Theory)**

ทฤษฎีนี้มีทฤษฎีที่ว่า ทารกเป็นนักแสวงหาข้อมูล (Information Seeker) การที่เด็กคลานไปเจออะไรก็หยิบใส่ปาก เพราะเด็กยังแสวงหาข้อมูลทางภาษาไม่ได้ โลกของทารกจึงได้จากข้อมูลที่เกิดจากการแสวงหาเขาเองว่า สิ่งรอบๆ ตัว แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กินได้กับกินไม่ได้และที่กินได้ก็ยังแบ่งออกเป็นอร่อย ไม่อร่อย หรือไม่มีรสชาติ

คำว่า “ผู้หญิง” เด็กจะเรียนรู้จากการสังเกตผู้ที่อยู่รอบๆ ตัว แม่เป็นผู้หญิงและตัวเด็กผู้หญิงจะรู้สึกว่าเขาเหมือนแม่ไม่เหมือนพ่อ และเริ่มแสวงหาข้อมูลว่า ผู้หญิงควรมีพฤติกรรมอะไรและอย่างไร พฤติกรรมอะไร เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม เด็กผู้ชายก็จะเกิดขบวนการทำนองเดียวกัน

ในขณะที่ยังเด็กความเข้าใจเรื่องเพศหญิงและเพศชายยังเป็นรูปธรรม ตัวชี้นำยังเป็นพวก รูปร่าง เครื่องแต่งกาย ฯลฯ นักทฤษฎีรู้คิดเชื่อว่า ถึงแม้เด็กจะเรียนรู้ว่าตัวเองเป็นเด็กผู้หญิงหรือ เด็กผู้ชาย เมื่ออายุประมาณ 3 ปี แต่ก็ยังไม่มีความเข้าใจว่าเพศไม่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น เด็กหญิง อายุ 4 ปีเข้าใจว่าเป็นเด็กผู้หญิงเพราะไว้ผมยาว ถ้าตัดผมสั้นก็จะเป็นผู้ชาย หรือเวลานุ่งกระโปรงก็จะเป็นเด็กผู้หญิง ถ้าถอดกระโปรงเปลี่ยนเป็นนุ่งกางเกงก็จะเป็นเด็กผู้ชายแล้ว ถ้าถอดกางเกง กลับมานุ่งกระโปรงก็จะกลับเป็นเด็กผู้หญิงใหม่ เด็กจะเข้าใจและเริ่มรู้จักคิดเรื่องความไม่เปลี่ยนแปลงของเพศเมื่ออายุ 6-7 ปี

### ทฤษฎีทางชีวะ (Biological Theory)

ความแตกต่างทางเพศเป็นความแตกต่างทางร่างกายเชิงชีวะ แม้แต่ความแตกต่าง ทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ก็มีสาเหตุจากชีวะ เช่น ผู้ชายมีความแคล่วคล่องว่องไว แข็งแรง ก้าวร้าวมากกว่าผู้หญิง ทั้งนี้เพราะมีฮอร์โมนผู้ชาย คือ Testosterone มากกว่าผู้หญิงหรืออาจ กล่าวได้ว่า ปัจจัยสำคัญทางชีวะเป็นตัวกำหนดบทบาททางเพศ แต่จากการศึกษาผู้หญิงที่ได้รับ ฮอร์โมน DES (Diethylstilbestrol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนผู้ชายที่มักจะให้กับผู้หญิงที่แท้งลูกง่าย ฮอร์โมน นี้ไม่ได้ทำให้เด็กมีลักษณะทางร่างกายเป็นผู้ชาย เด็กจึงไม่ได้รับการปฏิบัติผิดจากเด็กทั่วไป แต่ ในสัตว์ฮอร์โมนชนิดนี้จะทำให้สัตว์ตัวเมียมีพฤติกรรมคล้ายสัตว์ตัวผู้

จากการศึกษาเด็กในสาธารณรัฐโดมินิกัน และการศึกษาเด็กคูแผลไตไบเดียวกันที่เกิดจาก การขลิบองคชาตพลาดของ Money ในปี ค.ศ.1987 ดังได้กล่าวมาแล้วแสดงว่าปัจจัยทางชีววิทยา และปัจจัยทางสังคมมีความสำคัญเท่าๆ กัน

บทบาททางเพศมีเกณฑ์ซึ่งเป็นมาตรฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมและเจตคติของผู้หญิงและ ผู้ชาย บทบาททางเพศจึงแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม ในปี ค.ศ.1989 Risman และ Schwartz อธิบายลักษณะสำคัญของพัฒนาการบทบาททางเพศไว้ 2 ทฤษฎีดังต่อไปนี้

### ทฤษฎีปัจเจกชน (Individualistic Theory)

อธิบายว่า บุคลิกลักษณะของแต่ละคนเกิดขึ้นในวัยเยาว์ และไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงตลอด ชีวิต คุณลักษณะนี้จะเป็นตัวแสดงออกว่าเป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย ผู้หญิงจะไม่เลือกอาชีพของผู้ชาย

และผู้ชายก็จะไม่เลือกอาชีพของผู้หญิง บุคลิกและความเข้าใจตัวเองจะเป็นตัวบ่งชี้ไม่ให้เลือกอาชีพเหล่านั้น

### ทฤษฎี Microstructure (Microstructure Theory)

ความคาดหวังทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของผู้หญิงและผู้ชาย ฉะนั้นผู้หญิงและผู้ชายจะประพฤติเหมือนกันถ้าสังคมคาดหวังให้เหมือนกัน บทบาทของผู้ชายและผู้หญิงต่างกันเพราะสังคมคาดหวังให้ต่างกัน มนุษย์เรามีปฏิริยาต่อสังคมแวดล้อมและต่อมนุษย์กันเอง ปฏิริยานี้เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสภาพการณ์

ในระยะก่อนปี ค .ศ.1970 มีทฤษฎีที่ว่า ความเป็นผู้หญิงและผู้ชายอยู่บนสเกลที่ต่อเนื่อง สเกลเดียวกันโดยมีแต่ละเพศอยู่ที่ปลายสุดแต่ละข้างของสเกลเป็นทฤษฎีมิติเดียว

ทฤษฎีนี้ถูกปฏิรูปในปี ค .ศ.1973 โดย Anne Constantinople ความเป็นผู้หญิงและผู้ชายมีลักษณะเป็นอิสระจากกัน ทำให้เกิดทฤษฎีชาย-หญิง ( Theory of Androgyny) เป็นทฤษฎี 2 มิติ คือคนเราสามารถเป็นได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิงและเป็นบทบาทที่สมบูรณ์ที่สุดที่สังคมปรารถนา ในปี ค.ศ.1991 Biernat วิจัยพบว่าเด็กและวัยรุ่นใช้ลักษณะตายตัวทางเพศเป็นตัวตัดสินความเป็นผู้หญิงและความเป็นผู้ชาย และใช้มาตรฐานชนิดนี้มาโดยตลอด แต่เมื่อโตขึ้นมีข้อมูลมากขึ้น การตัดสินจึงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าการตัดสินนั้นจะไม่สอดคล้องกับลักษณะตายตัวทางเพศที่เคยใช้เป็นมาตรฐานในการตัดสินใจมาก่อน

### เพศศึกษาในประเทศไทย<sup>(17)</sup>

พบว่าเริ่มขึ้นตั้งแต่ 69 ปีที่แล้วคือ เมื่อ พ.ศ.2485 สภาวัฒนธรรมแห่งชาติได้ตั้งคณะอนุกรรมการวางหลักสูตรเพศศึกษาเพื่อศึกษาค้นคว้าหลักสูตรในเรื่องเพศศึกษา ได้ผลออกมาเป็น “แนวการสอนเพศศึกษา” สำหรับชั้นอนุบาล ชั้นประถม ชั้นมัธยมและเตรียมอุดมศึกษา เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2501 แต่ก็ไม่ได้รับการบรรจุไว้ในหลักสูตรการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ เพราะเหตุผลว่าสภาพการศึกษาของไทยยังไม่พร้อมที่จะรับการศึกษารื่องเพศศึกษา

ถัดมาอีก 20 ปี จึงมีการบรรจุเนื้อหาเรื่องเพศศึกษาอย่างเป็นทางการครั้งแรกไว้ใน พ.ศ. 2521 แต่เพราะเรื่องเพศยังถูกมองว่า เป็นเรื่องต้องห้ามที่จะนำมาสอนในโรงเรียน จึงเลี่ยงไปใช้คำอื่นๆ แทน เช่น ธรรมชาติแห่งชีวิต บุคคลและชีวิตครอบครัว ชีวิตและครอบครัวศึกษา เป็นต้น และบูรณาการเนื้อหาไว้ในวิชาต่างๆ เช่น วิชาส่งเสริมประสบการณ์ชีวิต วิทยาศาสตร์ สุขศึกษา ฯลฯ หลังจากนั้น กระทรวงศึกษาธิการรวมถึงหน่วยงานระดับกรมของกระทรวงส่งเสริมให้จัดการเรียนการสอน “เพศศึกษา” ทั้งในโรงเรียนและนอกโรงเรียนอีกหลายช่วงเวลา ดังนี้

- ใน พ.ศ.2525 สอดแทรกว่า “เพศศึกษา” ในหมวดวิชาสุขศึกษา สังคมศึกษา วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ลูกเสือ อนุภาษาด หรือกิจกรรมแนะแนว และมีการอบรมครูผู้สอนเรื่องเพศศึกษา
- ใน พ.ศ.2530 ร่วมมือกับสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท.) จัดทำหนังสือคู่มือการสอนเรื่องครอบครัวศึกษา และผลิตสื่อการเรียนการสอนเรื่องชีวิตครอบครัวศึกษา เพื่อนำไปใช้ในโรงเรียนสังกัดของกรมสามัญศึกษา ระดับมัธยมศึกษาทั่วประเทศ
- ใน พ.ศ.2543 ร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต จัดทำโครงสร้างหลักสูตรเพศศึกษา แต่เมื่อกระทรวงศึกษาธิการนำไปใช้จริง ก็เปลี่ยนชื่อหลักสูตรจากเพศศึกษา เป็น “ชีวิตและครอบครัวศึกษา” นำไปบรรจุไว้ในวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา โดยจัดทำคู่มือชุด”แนวทางให้การศึกษาเรื่องชีวิตและครอบครัวศึกษา: ขอบข่ายสาระตามระดับชั้นขึ้น และมีการประกาศใช้หลักสูตรนี้อย่างเป็นทางการใน พ.ศ.2545

### เพศวิถี (sexuality)<sup>(17)</sup>

วิลาลินี พิพิฑกุลให้ความหมายว่า เพศวิถี คือ ระบบความคิด ความเชื่อเรื่องเพศเป็นกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมที่กำหนด จัดการ กำกับ ควบคุม รวมทั้งการแสดงออกเกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ ความปรารถนา ความพึงพอใจในเรื่องเพศ การแสดงท่าทีที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ การแต่งกาย เป้าหมายในความสนใจทางเพศ และการสร้างจินตนาการที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ไปจนถึงการออกกฎเกณฑ์ ระเบียบกฎหมายต่างๆ ที่มาควบคุมหรือกำกับดูแลเรื่องเพศของคนในสังคม โดยทั่วไปแล้ว สังคมจะมีการสร้างบรรทัดฐานชุดหนึ่งที่ยอมรับหรือให้ความชอบธรรมกับ

เพศวิถีที่กำหนดขึ้นเท่านั้น ส่วน ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์ ได้ให้รายละเอียดถึงแง่มุมของเพศวิถีว่ามี 6 มิติ ดังนี้

(1) มิติของความปรารถนา การประพฤติ ปฏิบัติ และอัตลักษณ์ (Erotic desires, practices and identity) เพศวิถีที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ คือ การนิยามตัวเองในทางเพศ ซึ่งเชื่อมโยงกับเพศภาวะ (gender) แต่อัตลักษณ์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการที่นิยามตัวเองเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับการที่คนอื่นนิยามหรือมองว่าเราเป็นอย่างไรในทางเพศด้วย

(2) มิติการนำเสนอร่างกาย (Appearances and display) เราอยากให้เห็นเราเป็นอย่างไรเราก็นำเสนอตัวเองอย่างนั้น อาจด้วยทรงผม หรือเสื้อผ้า เพื่อนำความเป็นเพศหญิง เพศชาย หรือเพศทางเลือกอื่นๆ

(3) มิติของพฤติกรรม และกิริยามารยาท (behaviors and manners) ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นตัวตนในทางเพศ ซึ่งการกระทำแบบเดียวกันแต่อาจถูกตีความไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับบริบท ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ หรือความรู้สึกที่เรามีต่อคนคนนั้น เป็นความรู้สึกส่วนตัว

(4) มิติของการดึงดูดทางเพศ (attraction) สังคมวางกฎกติกาของความรัก ให้รักเฉพาะเพื่อนต่างเพศเท่านั้น แต่คนที่รักเพศเดียวกันก็ไม่ได้หลุดออกจากกติกาของการรักต่างเพศ เพราะคนที่รักเพศเดียวกัน ก็จะรักกับคนที่มีความเพศภาวะเดียวกันเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่มีใครหลุดจากกรอบนี้ ซึ่งถ้าหลุดจากกรอบนี้คือ สามารถสนใจหรือดึงดูดกับคนได้ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย นอกจากนี้ความรักก็ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการที่เราต้องรักต่างเพศเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับ เชื้อชาติ ชนชั้น และอื่นๆ อีกด้วย

(5) มิติของความสัมพันธ์ (relationship) กฎกติกาว่าด้วยการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างชาย-หญิงเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย และวัฒนธรรม ซึ่งบางสังคมไม่มีกติกาของการจบความสัมพันธ์

(6) มิติของเพศสัมพันธ์ (having sex) เพศวิถีมีการนิยามว่าอะไรคือการร่วมเพศ ทำอย่างไรจึงเรียกว่าการร่วมเพศ และการร่วมเพศที่ถูกต้องเป็นอย่างไร และที่ผิดปกติเป็นอย่างไร

### สิทธิทางเพศ<sup>(18)</sup>

**สิทธิทางเพศ หรือ Sexual Right** คือสิทธิของบุคคลที่ถูกระบุไว้แล้วในกฎหมายและข้อตกลงต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ เป็นสิทธิของคนทุกคนที่ต้องได้รับโดยไม่ถูก

เลือกปฏิบัติ ไม่มีการบังคับ และไม่มี ความรุนแรงในเรื่องต่อไปนี้เป็นคือ การได้รับการบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐาน \* การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศวิถี \* การได้รับการให้การศึกษาเรื่องเพศวิถี \* การควบคุมเนื้อตัวร่างกายของตนเอง \* การเลือกคู่ครอง \* การตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ \* การสมัครใจมีความสัมพันธ์ทางเพศ \* การสมัครใจที่จะแต่งงาน \* การตัดสินใจว่าจะมีบุตรหรือไม่และมีเมื่อใด \* การมีชีวิตด้านเพศที่พึงพอใจและปลอดภัย

**อนามัยเจริญพันธุ์ หรือ Reproductive Health** หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกายใจ และสังคม ซึ่งไม่ได้หมายถึงการไม่มีโรคหรือปราศจากความทุกข์ทรมาน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบการเจริญพันธุ์และการทำหน้าที่ของระบบเจริญพันธุ์

**สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หรือ Reproductive Right** คือสิทธิที่ถูกระบุไว้แล้วในกฎหมายและข้อตกลงต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ เป็นสิทธิพื้นฐานของบุคคลและของคู่สมรสที่จะตัดสินใจอย่างเป็นอิสระและมีความรับผิดชอบในเรื่องจำนวนลูก การเว้นระยะการมีลูก และเวลาที่พร้อมจะมีลูก โดยต้องได้รับข้อมูลและเครื่องมือที่ช่วยให้บรรลุสิทธิเหล่านี้ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ยังรวมถึงสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของตนเองโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ถูกบีบบังคับ ไม่ได้รับความรุนแรง ดังเช่นที่ระบุไว้ในกลไกสิทธิมนุษยชนต่าง ๆ

**ความเสมอภาคทางเพศ หรือ Gender Equality** หมายถึงการปฏิบัติต่อหญิงและชายอย่างเท่าเทียมกันในด้านกฎหมาย นโยบาย การเข้าถึงทรัพยากร และบริการต่าง ๆ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม

**ความยุติธรรมทางเพศ หรือ Gender Equity** หมายถึง ความยุติธรรมในการแบ่งสรรผลประโยชน์และความรับผิดชอบให้แก่หญิงและชาย ซึ่งในการสร้างความยุติธรรมทางเพศ มักต้องมีการสร้างนโยบายและมาตรการเฉพาะสำหรับผู้หญิงเพื่อที่จะลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคทางเพศที่ดำรงอยู่ในสังคม



**การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งเพศ หรือ Gender Discrimination** หมายถึง การแบ่งแยก การกีดกัน หรือการสร้างข้อจำกัดโดยใช้ความแตกต่างของเพศภาวะเป็นข้ออ้าง อันเป็นเหตุให้บุคคลไม่สามารถใช้สิทธิขั้นพื้นฐานของตนเองได้

### **สิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์**

1. สิทธิในชีวิต (Right to life)
2. สิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล (Right to Liberty and Security of person)
3. สิทธิในความเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ (Right to Equality and to Be Free All forms of Discrimination)
4. สิทธิในความเป็นส่วนตัว (Right to Privacy)
5. สิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด (Right to Freedom of Thought)
6. สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษา (Right to Information and Education)
7. สิทธิในการเลือกสมรสการวางรากฐานและการวางแผนครอบครัว (Right to Choose Whether or Not to Marry and to Found and Plan a Family)
8. สิทธิในการตัดสินใจว่าจะมีบุตรหรือไม่และจะมีเมื่อใด (Right to Decide Whether of When to Have Children)
9. สิทธิในการดูแลและป้องกันสุขภาพ (Right to Health Care and Health Protection)
10. สิทธิในเสรีภาพการชุมนุมและการมีส่วนร่วมทางการเมือง (Right to Freedom of Assembly and Political Participation)
11. สิทธิในการได้รับความปลอดภัยจากการทารุณกรรมและการปฏิบัติมิชอบ (Right to Be Free From Torture and Ill Treatment)

**สุขภาพทางเพศแบ่งเป็น 2 ระดับ คือระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคม<sup>(19)</sup>**

#### **1. สุขภาพทางเพศระดับบุคคล**

หมายถึง การที่บุคคลสามารถแสดงออกทางเพศและตัดสินใจด้วยตนเองโดยอิสระและไม่เบียดเบียนผู้อื่น มีความเคารพต่อวิถีทางเพศที่แตกต่างจากตน มีสัมพันธภาพทางเพศที่ปลอดภัย

และมีความพึงพอใจ โดยปราศจากการบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง โดยมีความคิดเชิงบวกต่อเรื่องเพศและสัมพันธ์ภาพทางเพศ

## 2. สุขภาวะทางเพศระดับสังคม

หมายถึง การที่สังคมมีองค์ประกอบที่สร้างเสริมสุขภาวะทางเพศของคนในสังคมนั้น ประกอบด้วย การมีรัฐบาลที่ตระหนักว่าสุขภาวะทางเพศเป็นสิทธิพื้นฐานของบุคคล และแสดงความรับผิดชอบที่จะสนับสนุนสุขภาวะทางเพศ โดยกำหนดนโยบาย และกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิทางเพศของพลเมืองอย่างชัดเจน การให้การศึกษารองเรื่องเพศที่เหมาะสมกับวัยและเพศตลอดช่วงอายุ การมีโครงสร้างพื้นฐานที่เพียงพอต่อการให้บริการทางสังคมและสุขภาพ การศึกษาวิจัยและระบบเฝ้าระวังที่รอบด้าน และเพียงพอให้เกิดการป้องกันปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม และเป็นสังคมที่เปิดกว้าง และให้ความสำคัญแก่สุขภาวะทางเพศของสมาชิกในสังคม

สุขภาวะทางเพศ ทั้งสองระดับสะท้อนความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันของแนวคิดเพศภาวะ เพศวิถี และสิทธิ (genders, sexualities, rights based approach) ซึ่งมีนัยยะว่า การสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศต้องคำนึงถึงความหลากหลายของวิถีทางเพศของคนในสังคม ต้องคำนึงว่าชีวิตทางเพศของคนในสังคมเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลจากระบบความเชื่อและคุณค่าหลายระบบ และที่มีอิทธิพลมากคือระบบความเชื่อและคุณค่าที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะความเป็นผู้หญิง/ความเป็นผู้ชาย ต้องคำนึงว่าความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งผิดปกติ และเป็นสิ่งที่สามารถแปรเปลี่ยนตามกาลเวลาและประสบการณ์ในชีวิต และต้องคำนึงว่า “เพศ” เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการใช้ชีวิต การเคารพสิทธิทางเพศของตนเองและผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นความจำเป็นสำหรับคนทุกเพศทุกวัยที่จะทำให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพดี

### วัยรุ่นกับสุขภาวะทางเพศ<sup>(20)</sup>

วัยรุ่นอายุประมาณ 13-18 ปี จะเป็นคนที่มีสุขภาวะทางเพศ ถ้าได้รับข้อมูลเรื่องเพศที่ถูกต้องและรอบด้าน เช่น

1. รู้จักร่างกายตัวเองอย่างลึกซึ้ง สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพราะเมื่อมีอาการผิดปกติ แม้เพียงเล็กน้อยเกิดขึ้นกับร่างกายเพื่อที่จะรู้ได้เร็วและให้ข้อมูลกับแพทย์ได้โดยละเอียด

2. เข้าใจชีวิตทางเพศของคนในสังคมมีความหลากหลาย ไม่ใช่ความผิดปกติหรือเบี่ยงเบน เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน
3. มีการเคารพสิทธิทางเพศของตนเองและผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นในการมีความสุขและมีสุขภาพดี
4. เข้าใจว่าเพศสัมพันธ์มีทั้งแง่มุมของความสุข และการคำนึงถึงความปลอดภัย จึงควรมีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับวิธีการและอุปกรณ์เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อให้หยิบความรู้มาใช้ได้ในยามที่จำเป็น

วัยรุ่นควรได้รับการอบรมให้มองความรักและเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่สร้างสรรค์ไม่ใช่เรื่องของการเอาัดเอาเปรียบหรือศักดิ์ศรี ผู้ชายไม่ควรมองว่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์ผู้ชายเป็นฝ่ายได้กำไร ส่วนผู้หญิงเป็นฝ่ายเสียตัวและหมดคุณค่า หรือหากไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก ผู้ชายจะเสียหน้าหรือเสียศักดิ์ศรี สามารถแยกแยะได้ว่าความพร้อมทางร่างกายเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่มีความสุขและปลอดภัยได้เพราะ “เช็กส์” ไม่ใช่แค่เรื่องสนุก แต่มีผลติดตามมาอีกมาก ความพร้อมในแง่ของความรู้และทักษะในการป้องกันผลด้านลบของเช็กส์จึงเป็นเรื่องจำเป็นมาก อีกอย่างหนึ่ง ควรมองว่าการช่วยตัวเองให้มีความสุขทางเพศเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่ความผิดหรือการทำบาป และไม่ใช่ “การหมกมุ่นอยู่กับเรื่องไม่ดี” ควรมีความสุขและมั่นใจในวิถีทางเพศที่ตัวเองเลือก เช่น อาจรักคนเพศเดียวกันหรือต่างเพศ หรือทั้งสองเพศ ถ้าการเลือกนั้นอยู่บนพื้นฐานของความพึงพอใจและการเคารพกัน สามารถแยกแยะระหว่างภาพมายากับความจริงเรื่องความงาม ความหล่อได้ เพราะน้อยคนที่จะมีรูปร่างหน้าตาและสีผิวตามอย่างโฆษณาทีวี หรือนิตยสาร สามารถแยกแยะระหว่างการตั้งท้องกับการเป็นแม่ได้ เพราะการตั้งท้องเป็นเรื่องทางร่างกาย ส่วนการเป็นแม่เป็นการเรียนรู้ทางสังคมไม่ใช่เรื่องธรรมชาติที่ติดตัวผู้หญิงมาแต่เกิด ถ้ามีความพร้อมจริง ๆ ผู้ชายบางคนก็สามารถทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กได้ดี ในขณะที่ผู้หญิงบางคนไม่มีความพร้อมก็ไม่สามารถดูแลเด็กได้ดีพอ มีความรักให้ตัวเองเป็น ซึ่งไม่ใช่ความเห็นแก่ตัว แต่เป็นการดูแลร่างกายและจิตใจ เพื่อตัวเองอย่างแท้จริง ไม่ใช่การพยายามปรุงแต่งร่างกายพฤติกรรม และแม้กระทั่งอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อให้คู่รักชื่นชม ไม่ทอดทิ้งเราไป

วัยรุ่นควรได้ฝึกที่จะ“แตกต่าง” และเป็นตัวของตัวเอง เพราะวัยรุ่นคือมนุษย์ไม่ใช่หุ่นยนต์ การคิดต่างจึงเป็นเรื่องปกติ จึงไม่ต้องกังวลถ้ามีความเห็นและระสนิยมต่างจากเพื่อนสนิท เช่น การแต่งกาย การเลือกคบเพื่อน และการแก้ปัญหาต่าง ๆ การมีความสามารถใช้อุปกรณ์เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่างถูกต้องวิธี สร้างความสัมพันธ์กับคู่ บนพื้นฐานของความเท่าเทียมและรับผิดชอบ สามารถบอกเล่าอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวก

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

จากสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย<sup>(21)</sup> มีทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและการมีชีวิตครอบครัว ทัศนคติต่อการมีแฟน การมีเพศสัมพันธ์และบทบาทหญิงชายดังนี้ จากการศึกษาวิจัยกับนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน พบว่า ทั้งชายและหญิงมีทัศนคติว่า การมีคู่หลายคนหรือมีกิ๊ก (อาจมีหรือไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ได้) เป็นเรื่องทันสมัย ถ้าไม่มีเพื่อนจะล่อเลียน มีเพื่อต้องการแสวงหาคนที่ใช่ที่สุด เป็นการเติมสีสันให้ชีวิต ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า เป็นคนที่สังคมต้องการ ได้ทำอะไรที่แปลกใหม่ไม่ซ้ำซากจำเจ

จากการศึกษาวัยรุ่นในสถานศึกษาและโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า วัยรุ่นหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ส่วนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายพบว่าร้อยละ 60 ของนักเรียนชายเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานไม่ใช่เรื่องเสียหาย ในขณะที่นักเรียนหญิงร้อยละ 80.3 - 94.0 เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องน่าอาย

ในระดับอาชีวศึกษา พบว่า ร้อยละ 36.7 มองว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นสิทธิส่วนบุคคล ร้อยละ 27.2 เห็นว่าเป็นเรื่องเสียหาย นักศึกษาหญิงร้อยละ 85.6 เห็นด้วยกับการรักษานวลสงวนตัว นักศึกษาชายร้อยละ 30.3 เห็นว่าสามีสามีสามารถมีภรรยาหลายคนได้ ในขณะที่นักศึกษาหญิงร้อยละ 8.3 เท่านั้นที่เห็นด้วย

วัยรุ่นในระบบการศึกษาระดับมัธยม พบว่า นักเรียนชายมีเจตคติเรื่องเพศเชิงลบ เช่น ชายหญิงโอบกอดกันในที่สาธารณะเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ และการมีคู่อรักหลาย ๆ คน ในเวลา

เดียวกันเป็นเรื่องดี เป็นต้น และรับรู้บทบาทเพศ เช่น การแต่งงานคือการที่ผู้ชายเป็นฝ่ายเลือกผู้หญิง ผู้ชายสามารถมีภรรยาได้หลายคนในเวลาเดียวกัน

ทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย พบว่า วัยรุ่นมองว่าไม่ควรใช้ถุงยางอนามัยกับการมีเพศสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความรัก เพราะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจกันและขาดความใกล้ชิด ในกลุ่มระดับอาชีวศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติว่าถ้ายังไม่พร้อมมีบุตรควรคุมกำเนิด และควรมีงานที่มั่นคงก่อนมีคู่ครอง หรือแต่งงานเมื่อมีเศรษฐกิจที่มั่นคง (ร้อยละ 91.3) ในกลุ่มระดับอุดมศึกษา พบว่าผู้หญิงมีความคิดเกี่ยวกับความเสมอภาคของบทบาทเพศสูงกว่าเพศชาย เช่น ร้อยละ 25 ของผู้ชายมีทัศนคติว่าผู้ชายสามารถมีภรรยาได้หลายคนในเวลาเดียวกัน ในขณะที่ผู้หญิงเห็นด้วยเพียงร้อยละ 4.1 ร้อยละ 85.1 ของผู้หญิงเห็นว่าผู้ชายควรมีหน้าที่ทำงานบ้านเช่นเดียวกับผู้หญิง ในขณะที่ผู้ชายเห็นด้วยร้อยละ 62.2

การศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย<sup>(22)</sup> ที่เกี่ยวกับ เพศ การพักอาศัยกับพ่อแม่ ลำดับบุตร ผลการเรียน สถานภาพสมรสของพ่อแม่ จำนวนพี่น้อง แห้งที่ตั้งของโรงเรียน พฤติกรรมเสี่ยง ความฉลาดทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนรัฐบาลในเขตตรวจราชการที่ 8 (5 จังหวัด) จำนวน 1,000 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า 1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ 2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับไม่เหมาะสม 3. การพักอาศัยกับบิดามารดา ผลการเรียน ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ ส่วนเพศและพฤติกรรมเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมเสี่ยง ความฉลาดทางอารมณ์ เพศ ผลการเรียน ร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศได้ร้อยละ 2.68 อย่างมีนัยสำคัญ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

จากการศึกษาของ Murphy<sup>(23)</sup> เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจและพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี โดยการศึกษา จากการสังเกตเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีจำนวน 323 คน ใน 15 คลินิกที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า 65% ของกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและมีเพศสัมพันธ์ (sexual active) ประมาณ 43% มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่สูง ขึ้นจะสัมพันธ์กับการดื่มเหล้าและการมี

เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในครั้งสุดท้ายที่มีเพศสัมพันธ์และวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลสัมพันธ์กับการใช้กัญชาเป็นประจำและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่นานมานี้

จากการศึกษาของ Wiener LS<sup>(11)</sup> พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีได้รายงานการมีเพศสัมพันธ์เมื่อเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 และจำนวน 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งครรรภ์หรือมีคนที่รู้จักตั้งครรรภ์ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของการไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จำนวน 1 ใน 3 ของผู้เข้าร่วมโครงการที่มี sexual active บอกว่าไม่แน่ใจว่าจะสามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และจากการศึกษาย้อนหลังพบว่า 43 % ของคนที่เคยมีประสบการณ์ทางเพศแล้ว เป็นการยากที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ในครั้งต่อไป สิ่งสำคัญเฉพาะที่เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีก็คือผลกระทบจากการเปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีทำให้ขาดทักษะในการพูดคุยกับคู่ ขาดความมั่นใจในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ และการขาดความรู้ที่เพียงพอในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การศึกษานี้สนับสนุนว่า การขาดแคลนความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงสัมพันธ์กับการติดต่อเชื้อเอชไอวี ความรู้เรื่องเพศและความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ Amy D. Leonard<sup>(24)</sup> และคณะในการศึกษาเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี 20 คน ที่มีอายุระหว่าง 13-24 ปีและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลด้านสุขภาพ 15 คน ที่ทำงานกับเด็กกลุ่มนี้ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าเด็กวัยรุ่น 18 คน จาก 20 คน ได้เคยเปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนเองต่อผู้อื่นอย่างน้อย 1 ครั้ง ในจำนวนนี้ 11 คนรายงานว่ามีการมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในจำนวนนี้ 3 คนเป็นเด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากแม่ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพได้เปิดเผย 4 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีว่าเกี่ยวข้องกับ 1) การตีตราและอารมณ์ 2) ประเด็นความไว้วางใจ 3) เหตุผลของการเปิดเผยสถานะและ 4) ยุทธศาสตร์ในการพูดหรือเริ่มการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งพบ 5 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงเรื่องเพศ คือ 1) การท้าทายในการนัดพบ (dating challenges) 2) ทักษะติดต่อการใช้ถุงยางอนามัย 3) ประสิทธิภาพในการต่อรองเพื่อจะใช้ถุงยางอนามัย 4) ทักษะติดต่อการตั้งครรรภ์ และ 5) ยุทธศาสตร์ในการลดความเสี่ยงเรื่องเพศ (sexual risk reduction strategies) ผู้ให้การดูแลหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพรายงานการเข้าถึงสื่อการศึกษาที่ Interactive ในคลินิกที่มากกว่า ทำให้ลดการให้

คำปรึกษาภาวะเสี่ยงในเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวี ในข้อสรุปได้เสนอให้เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องมีวิธีใหม่ ๆ หรือเครื่องมือใหม่ ๆ เพื่อช่วยเด็กวัยรุ่นให้มีทักษะในการลดพฤติกรรมในเรื่องเพศ

จากการศึกษาแบบย้อนหลังของ Jelly Beyeza-Kashesya<sup>(25)</sup> และคณะที่ได้ศึกษาเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย อายุ 15-24 ปี จำนวน 276 คนและเด็กวัยรุ่นที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี 501 คนในประเทศยูกันดา เพื่อเปรียบเทียบการใช้ยาหรืออุปกรณ์สำหรับการคุมกำเนิดในกลุ่มเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีและไม่มีเชื้อเอชไอวี ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือนเมษายน 2552 ได้ติดตามเป็นระยะเวลา มากกว่า 1 ปี พบว่า ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีที่มีเพศสัมพันธ์ใช้ยาหรืออุปกรณ์สำหรับคุมกำเนิด 34% ขณะที่กลุ่มเด็กที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีใช้ 59% อุปกรณ์คุมกำเนิดที่ถูกใช้บ่อยที่สุดคือถุงยางอนามัย แต่มีเพียง 24% ของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ 38% เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มากกว่า ส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะมีลูกแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามต่อเนื่อง 1 ปี พบว่ามีเพียง 24% ในเด็กวัยรุ่นที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี 18% ในเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวียังคงใช้ยาหรืออุปกรณ์สำหรับคุมกำเนิด ขณะที่ 12% ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี และ 28% ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีไม่ใช้ยาหรืออุปกรณ์สำหรับคุมกำเนิดใด ๆ เลย จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ในกลุ่มเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีดูเหมือนจะคงการใช้ยาหรืออุปกรณ์คุมกำเนิดน้อยกว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาหรืออุปกรณ์สำหรับการคุมกำเนิดอย่างถาวร คือ อายุและความรับผิดชอบ สถานะภาพการสมรส และการเป็นผู้ชาย ในทางกลับกันเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีดูเหมือนจะเป็นผู้ริเริ่มในการใช้ยาหรืออุปกรณ์สำหรับการคุมกำเนิดน้อยกว่าในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี การแต่งงานหรือการยังอยู่ในสัมพันธภาพกับคู่เกี่ยวข้องกับการริเริ่มการใช้ยาหรืออุปกรณ์สำหรับการคุมกำเนิดที่ไม่สม่ำเสมอหรือเป็นครั้งคราวสูงขึ้น การริเริ่มการใช้ยาหรืออุปกรณ์คุมกำเนิดอย่างถาวรในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีพบน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้บริการการวางแผนครอบครัวที่เข้มแข็งและพัฒนาความคิด และวิธีใหม่ ๆ ในการสนับสนุนให้ใช้

ถูกวางอนามัยจำเป็น นโยบายและแนวทางที่จะ empower เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ช่วยเด็กวัยรุ่น โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ได้แสดงสภาวะพฤติกรรมเกี่ยวกับเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน

จากการศึกษาของ Marguaerita<sup>(26)</sup> และคณะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศและการใช้สารเสพติดในเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำนวน 349 คน ระหว่างปี 2537 ถึงปี 2539 และ 175 คนระหว่างปี 2542 ถึงปี 2543 หลังจากได้มีการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างกว้างขวาง โดยทำการศึกษาความแตกต่างของเรื่องเพศ พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติด และคุณภาพชีวิต พบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็น 2 เท่าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เด็กวัยรุ่นที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วมีการใช้สารเสพติดประเภทเหล้าหรือกัญชามากกว่า 2 เท่า ใช้โคเคนมากกว่า 2 เท่าและมีการใช้สารเสพติดอย่างหนักเกือบ 3 เท่าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รวมทั้งมีการประพฤติดังไม่ดีและมักทำผิดกฎหมายที่จะนำไปสู่การใช้ชีวิตในคุกมากกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เด็กวัยรุ่นที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีสภาวะอารมณ์ที่ทุกข์ทรมานใจหรือขาดความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

จากการศึกษาของ Nachman S<sup>(27)</sup> และคณะเกี่ยวกับอาการทางจิตของเด็กวัยรุ่นที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากแม่ ที่มีอาการป่วยรุนแรงในเด็กอายุ 6-17 ปีจำนวน 319 คน ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และเปอร์โตริโก พบว่าเมื่อเข้าสู่การศึกษา(Study entry) เด็กที่อายุมากและมีระดับภูมิคุ้มกัน(CD4) ที่ต่ำสุด ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะมีอาการ conduct disorder รุนแรงมากกว่า ส่วนเด็กที่มีปริมาณไวรัสเอชไอวีสูง เมื่อเข้าสู่การศึกษาจะมีอาการซึมเศร้าที่อาการรุนแรงมากกว่า เด็กที่มีระดับภูมิคุ้มกัน(CD4) ต่ำกว่าจะมีอาการซึมเศร้าที่อาการรุนแรงน้อยกว่า ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ที่ต่ำที่สุดของเด็กมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าและระดับปัญญาที่ไม่ดี



รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมไม่ดี (worse Wechsler Intelligence Scale for Children Coding Recall scores, and worse social functioning)

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ( Descriptive Study) และเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่ไม่ใช่การทดลอง (Non-experimental design) เก็บข้อมูลแบบตัดขวาง (Cross-sectional design) ที่แสดงถึงสถานะข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งในการศึกษานี้คือ ข้อมูลของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แสดงถึงลักษณะส่วนบุคคลของเด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปี ที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและทัศนคติของประชากรเป้าหมายกลุ่มนี้ในปีพ.ศ.2554-2555 เท่านั้น

##### ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัย 2 แบบ คือ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งใช้วิธีวิจัย (research methods) สำหรับแต่ละระเบียบวิธีดังนี้

1. ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างใช้แบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเริ่มจากการสร้างแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองให้มีความเฉพาะกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมาขอรับบริการ

2. ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) สำหรับการศึกษานี้วิธีที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลคือ การสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก (In – depth Interview) โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี อายุ 13 – 18 ปี ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2. สม่ครใจและเต็มใจพร้อมที่จะให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

## การเลือกกรณีศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเลือกกรณีศึกษาจึงจำแนกเป็น 2 วิธีดังนี้

1. ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เนื่องจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือเด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปี ที่รู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง และมารับบริการที่คลินิกศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV – NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย มีขนาดประชากรเพียง 80 คน ดังนั้น การศึกษานี้จึงไม่ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง แต่จะเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรเป้าหมายทั้งหมด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจำกัดเวลาไว้ที่ 3 เดือน ดังนั้น จำนวนประชากรในการศึกษาอาจมีน้อยกว่า 80 คน ทั้งนี้เพราะในกระบวนการรักษาแพทย์จะนัดเด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปี ที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองมารับการรักษา 3 เดือนครั้ง

2. ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากประชากรกลุ่มเป้าหมายมีลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลแตกต่างกัน ดังนั้นจึง เลือกผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก(Key informants) สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้กำหนดเกณฑ์ในการเลือก ผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เป็นตัวแทนประชากรที่มีความหลากหลาย โดยกำหนดคุณสมบัติและจำนวนประชากรเป้าหมายดังนี้

1. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่กำลังศึกษาอยู่มัธยมศึกษาตอนต้น ชาย 2 คน และหญิง 2 คน
2. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่กำลังศึกษาอยู่มัธยมศึกษาตอนปลาย ชาย 2 คน และหญิง 2

คน

3. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่กำลังศึกษานอกระบบ (กศน.) ชาย 2 คน และหญิง 2 คน
4. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา ชาย 2 คน และหญิง 2

คน

5. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา ชาย 2 คน และหญิง 2 คน
6. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่ทำงานแล้ว ชาย 2 คน และหญิง 2 คน
7. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่มีเพศสัมพันธ์ชายกับชาย ชาย 2 คน
8. เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่มีเพศสัมพันธ์หญิงกับหญิง หญิง 2 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. แบบสอบถามสำหรับระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

แบบสอบถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาจาก “Quiz 10 วิธีมีสุขภาวะทางเพศอย่างง่าย ๆ” ของโครงการกล้าเลือกกล้ารับผิดชอบ (Our Choice Our Responsibility) <sup>(28)</sup> ดำเนินการโดยเครือข่ายเยาวชนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Youth Net) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คำถามเกี่ยวกับข้อมูลการติดต่อของเชื้อเอชไอวีเป็นคำถามที่เด็กที่มีเชื้อเอชไอวีมักจะถามเป็นประจำ ผู้ทำการวิจัยได้รวบรวมคำถามและได้สร้างแบบสัมภาษณ์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นได้นำแบบสัมภาษณ์เชิงปริมาณและแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกไปทดสอบกับเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี อายุ 13-18 ปีจำนวน 10 คน ที่รู้สถานการณ์มีเชื้อของตนเองที่คลินิกนัดน้อง โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งพบว่าเด็ก ๆ เข้าใจข้อคำถามทั้งหมด มีเพียงบางข้อที่ต้องการอธิบายเพิ่มเติมเช่น เด็กส่วนใหญ่ไม่เข้าใจข้อคำถามเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐานว่าหมายความว่าอย่างไร ซึ่งผู้ทำการวิจัยได้ยกตัวอย่างให้เด็กเข้าใจให้ชัดเจนขึ้น

แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อเรื่องเพศประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องการติดต่อของเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เจตคติต่อเรื่องเพศ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แนวโน้มของพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ

รวมข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ คิดเป็นคะแนนรวมทั้งหมด 32 คะแนน ถ้าตอบถูกได้ 2 คะแนน ถ้าไม่ทราบได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน เนื่องจากเจตคติไม่สามารถตัดสินถูกหรือผิดได้ จึงได้แบ่งคะแนนเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จะเป็นตัวแทนของวัยรุ่นที่มีทัศนคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ และกลุ่มที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนจะเป็นตัวแทนของวัยรุ่นที่มีทัศนคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก

### 2. แนวคำถาม (Guideline) สำหรับการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิง

คุณภาพดำเนินการพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นกรอบในการสัมภาษณ์เด็ก โดยการร่างแนวคำถามที่จะใช้ในการศึกษา และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพิจารณาแก้ไข และได้นำไปทดสอบกับเด็กกลุ่มเดียวกันที่คลินิกนัดน้อง โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

## การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

### 1. แหล่งข้อมูล ประกอบด้วยแหล่งข้อมูล 2 แหล่งคือ

1.1. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ คือ เด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปีที่รัฐสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและมารับบริการที่คลินิกศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV – NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

1.2 แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ คือ แฟ้มข้อมูลประวัติของผู้ให้ข้อมูล

### 2. วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ทำหนังสือขออนุญาตยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อทดสอบแบบสอบถามกับเด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปีที่รัฐสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและมารับบริการที่คลินิกนัดน้อง ซึ่งเป็นคลินิกที่ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยขอความ มยินยอมจากอาสาสมัครด้วยการให้เอกสารข้อมูลและคำอธิบายตอบคำถาม จนอาสาสมัครเข้าใจชัดเจนยินยอมให้ทดสอบแบบสอบถาม ทั้งนี้อาสาสมัครไม่ต้องลงนาม

2.2 ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และประสานงานกับคลินิกศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV – NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม เริ่มดำเนินการโดยการสร้างแบบสอบถามและส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อเสนอแนะความเห็น ปรับแก้ ตัดออก หรือ เพิ่มเติมคำถาม หลังจากนั้นจะนำแบบสอบถามไปทดสอบกับเด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปีที่รัฐสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและมารับบริการที่คลินิกนัดน้อง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีจำนวน 10 ราย ซึ่งเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับประชากรกลุ่มเป้าหมายของการศึกษา หลังจากทดสอบแบบสอบถามแล้ว ได้นำผลจากการทดสอบแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและปรับแก้แบบสอบถาม ภายหลังจากได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจริงในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง

เนื่องจากผู้วิจัยทำงานอยู่ที่คลินิกศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV – NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์

สภากาชาดไทยด้วย จึงสามารถพบกับผู้ให้ข้อมูลหลังจากรับการตรวจจากแพทย์เสร็จแล้ว หรือ สัมภาษณ์ในขณะที่รอรับยา

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึกได้ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์บันทึกเสียงและแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า การนำเสนอข้อมูลจะถูกนำเสนอโดยไม่มี การเปิดเผยชื่อ เช่น เด็กหญิงม.1 อายุ 13 ปีกล่าวว่า"...” เป็นต้น หลังจากนั้นจะ ดำเนินการเก็บข้อมูลจริงในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 29 คน ในกลุ่มเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษามีตัวแทน 2 คน แต่ตัวแทนกลุ่มเด็กที่กำลัง ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีเพิ่มขึ้นคือ หญิง 4 คนและเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัย อาชีวศึกษาหญิง 3 คน

2.5 การใช้หลักการสังเกต ผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรม กิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลเพื่อ ประกอบในการเก็บข้อมูลด้วยทุกครั้ง เมื่อพบความลำบาก ยุ่งยากใจหรือพบปัญหาที่จะเกี่ยวข้อง หรือไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้คำปรึกษาหรือให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น

### 1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษา คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะ ประชากร

2. ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทีละคู่โดยใช้ One-Way ANOVA, Independent t-test, Mann-Whitney U หรือ Kruskal-Wallis It-test ตามความ เหมาะสม การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพร้อมกันหลายตัวที่อาจเป็นปัจจัยต่อเจตคติ ต่อเรื่องเพศ ได้เลือกตัวแปรเข้าวิเคราะห์จากผลการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรทีละคู่ (Univariate analysis) นำมาวิเคราะห์ถดถอย Multiple Logistic Regression Analysis เนื่องจาก เป็นการหาความสัมพันธ์ของกลุ่มคะแนนของเจตคติ 2 กลุ่มคือกลุ่มของเจตคติต่อเรื่องเพศ

ค่อนข้างลบ คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนนกลุ่มของเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

## 2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

นำข้อมูลคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อให้ความหมายหรือตีความข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และแปลความข้อมูล และนำข้อมูลนั้นมาสนับสนุนผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 5 ตอนตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไป

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศ

ตอนที่ 3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ตอนที่ 4 การหาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยด้านต่างๆร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไป

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ (n=80)</b>		
ชาย	30	34.5
หญิง	50	62.5
<b>อายุ (n=80)</b>		
13-15	45	56.3
16-18	35	43.7
<b>ระดับการศึกษา (n=80)</b>		
ประถมศึกษา	10	12.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	50.0
ไม่ได้เรียน(หยุดเรียน)	10	12.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส./มหาวิทยาลัย	20	25.0



ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ระบบการศึกษา (n=80)</b>		
ในระบบ	63	78.8
นอกระบบ	8	10.0
หยุดเรียน	9	11.3
<b>ลักษณะที่พักอาศัย (n=80)</b>		
บ้านพ่อ/แม่	22	27.5
บ้านเช่า/ห้องเช่า/หอพัก	30	37.5
อาศัยกับญาติ	20	25.0
สถานสงเคราะห์	8	10.0
<b>สภาพแวดล้อม (n=80)</b>		
ชุมชนแออัด	7	8.8
ไม่ใช่ชุมชนแออัด	73	91.2
<b>ผู้ดูแลหลักที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย (n=80)</b>		
พ่อ แม่ พี่ น้อง	37	46.3
ญาติผู้ใหญ่	24	30
เพื่อน แฟน ผู้ดูแลชั่วคราว	8	10.0
สถานสงเคราะห์	8	10.0
อื่น ๆ	3	3.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>การประกอบอาชีพ (n=80)</b>		
ไม่ได้ทำงาน	67	83.8
รับจ้างทั่วไป	13	16.3
<b>รายได้/เบี้ยเลี้ยง/ค่าขนม ต่อวัน (n=80)</b>		
0-50 บาท	26	32.5
50-100 บาท	39	48.8
มากกว่า 100 บาท	15	18.8
<b>รายได้/เบี้ยเลี้ยง/ค่าขนม มาจาก (n=80)</b>		
ทำงานด้วยตนเอง	7	8.75
พ่อ/แม่	29	36.25
ญาติผู้ใหญ่	21	26.25
กองทุนช่วยเหลือ/สถานสงเคราะห์	23	28.75
<b>ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 (n=80)</b>		
0-200 cells/mm <sup>3</sup>	5	6.25
201-500 cells/mm <sup>3</sup>	22	27.5
มากกว่า 500 cells/mm <sup>3</sup>	53	66.25

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 (%) (n=80)</b>		
0-15 %	12	15
16-24 %	24	30
มากกว่าหรือเท่ากับ 25 %	44	55
<b>ปริมาณไวรัสเอชไอวี (n=80)</b>		
น้อยกว่า 50 copies/ml	60	75
51-400 copies/ml	4	5
มากกว่า 400 copies/ml	12	20
<b>ประวัติการใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ (n=80)</b>		
เคยใช้	12	15.0
ไม่เคยใช้	68	85.0
<b>ประวัติการใช้สารเสพติดประเภทเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (n=80)</b>		
เคยดื่ม	44	55.0
ไม่เคยดื่ม	36	45.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ประวัติการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย (n=80)</b>		
ใช้แต่เลิกแล้ว	4	5.0
ไม่เคยใช้เลย	76	95.0
<b>ประวัติการเที่ยวกลางคืน เช่น เทรค ฝับ บาร์ คาราโอเกะ (n=80)</b>		
เคยเที่ยว	9	11.3
ไม่เคยเที่ยว	71	88.8
<b>การมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (n=80)</b>		
มีเพื่อนที่มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์	36	45.0
ไม่มีเพื่อนที่มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์	31	38.8
ไม่ทราบ	13	16.3
<b>การส่งผลกระทบต่อความคิดที่เพื่อนมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้ว (n=80)</b>		
ไม่ส่งผลใด ๆ	67	83.8
ทำนรู้สึกกดดันแต่ไม่ทำแบบเพื่อน	8	10.0
ทำนอยากมีเพศสัมพันธ์แบบเพื่อน	4	5.0
อื่น ๆ ไม่มีเพื่อนที่มีเพศสัมพันธ์	1	1.3

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>มีแฟน (n=80)</b>		
มี	34	42.5
ไม่มี	46	57.5
<b>เพศของแฟนคนปัจจุบัน (n=80)</b>		
ไม่มีแฟน	45	56.3
เพศเดียวกัน	6	7.5
ต่างเพศ	29	36.3
<b>การมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ (n=80)</b>		
เคยมีประสบการณ์	14	17.5
ไม่เคยมีประสบการณ์	66	82.5
<b>การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n=80)</b>		
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย	66	82.5
มีเมื่ออายุ 15 ปี	5	6.3
มีเมื่ออายุ 16 ปี	6	7.5
มีเมื่ออายุ 17 ปี	3	3.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจุบันยังคงมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่ออยู่ (n=80)</b>		
มี	10	12.4
ไม่มี	4	5.0
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย	66	82.5
<b>ชนิดของเพศสัมพันธ์ (n=80)</b>		
ชาย – หญิง	11	13.8
ชาย – ชาย	2	2.5
หญิง – หญิง	1	1.3
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย	66	82.5
<b>การเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับเพื่อน (n=80)</b>		
เคยบอก	16	20
ไม่เคยบอก	64	80
<b>การเปิดเผยสถานะ การเชื้อเอชไอวีกับแฟน (n=80)</b>		
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	66	82.5
เคยบอก	3	3.8
ไม่เคยบอก	11	13.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ความต้องการเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับแฟน (n=80)</b>		
อยากบอก	42	52.5
ไม่อยากบอก	38	47.5
<b>ประสบการณ์การเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับแฟนคนปัจจุบัน (n=80)</b>		
ไม่มีแฟน	46	57.5
เคยบอก	11	13.8
ไม่เคยบอก	23	28.8
<b>ประสบการณ์การเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย (n=80)</b>		
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	66	82.5
เคยบอก	3	3.8
ไม่เคยบอก	11	13.8
<b>ความต้องการเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย (n=80)</b>		
อยากบอก	39	48.8
ไม่อยากบอก	41	51.3
<b>การถูกห้ามมีแฟน (n=80)</b>		
เคยถูกห้าม	40	50.0
ไม่เคยถูกห้าม	40	50.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>การถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์ (n=80)</b>		
เคยถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์	49	61.3
ไม่เคยถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์	31	38.8
<b>การถูกสอนเรื่องเพศศึกษาว่าเป็นเรื่องน่าอาย (n=80)</b>		
เคยถูกสอน	26	32.5
ไม่เคยถูกสอน	54	67.5

ตารางที่ 3 เจตคติต่อเรื่องเพศกับการเป็นเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี

ความรู้สึกเมื่อคิดถึงเรื่องเพศและการมีเชื้อเอชไอวีของตัวเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่อยากรู้ถึง	44	55.0
รู้สึกแย่	14	17.5
รู้สึกสงสารตัวเอง	14	17.5
รู้สึกไม่เหมือนวัยรุ่นทั่วไป	29	36.3
รู้สึกไม่ชอบตัวเอง	3	3.8
รู้สึกรังเกียจตัวเอง	3	3.8
รู้สึกเฉย ๆ เหมือนคนอื่นทั่วไป	8	10



**ตารางที่ 4** ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (n=14)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ผู้ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิด(ตัวท่านหรือคู่ทั้งในอดีตและปัจจุบัน) (n=14)</b>		
ท่านเท่านั้นที่เคยใช้	3	3.8
คู่ของท่านเท่านั้นที่เคยใช้	3	3.8
ทั้งท่านและคู่เคยใช้	5	6.3
ไม่เคยใช้เลยทั้งสองคน	3	3.8
<b>ชนิดของการคุมกำเนิดที่เคยใช้(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ใส่ถุงยางอนามัย	6	46.2
ฉีดยาคุมกำเนิด	1	7.7
ใส่ถุงยางอนามัยและใช้ยาคุมฉุกเฉิน	2	15.4
ใส่ถุงยางอนามัยและฉีดยาคุม	2	15.4
ใส่ถุงยางอนามัย กินยาคุมกำเนิดทุกวัน ฉีดยาคุมกำเนิด	1	7.7
ไม่เคยใช้	2	15.4
<b>ประสบการณ์การตั้งครรภ์(n=หญิง 10)</b>		
เคยตั้งครรภ์	1	7.1
ไม่เคยตั้งครรภ์	9	92.9

**ตารางที่ 4** ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (n=14)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์การทำแท้ง (n= หญิง 10)</b>		
ไม่เคยทำแท้ง	10	100
<b>ประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n=14)</b>		
เคยเป็น	5	35.7
ไม่เคยเป็น	9	64.3
<b>ชนิดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
หนองใน	2	22.2
เริม แบคทีเรีย หูดหงอนไก่ เชื้อรา	3	33.3
ไม่เคยเป็น	5	55.6

#### ผลการศึกษา

**ลักษณะของประชากร**เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีที่ทำการศึกษ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 62.5% อายุโดยเฉลี่ยจะอยู่ที่ 14-15 ปี **ลักษณะทางสังคม**ของเด็ก 50% กำลังเรียนอยู่มัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระบบในโรงเรียน 78.8% ลักษณะที่พักอาศัยอยู่บ้านเช่า ห้องเช่า 62.5% และ 10% อยู่ในบ้านพักสถานสงเคราะห์ สภาพแวดล้อมไม่ใช่ชุมชนแออัด 91.2% เด็ก 46.3% อยู่กับผู้ดูแล พ่อ แม่ พี่น้อง และ30% อยู่กับญาติผู้ใหญ่ 10% อยู่กับเพื่อน แฟน ญาติวัยใกล้เคียงกันและอีก 10% อยู่กับ ครอบครัวอุปถัมภ์

**ลักษณะทางเศรษฐกิจ** เด็กส่วนใหญ่ 83.8% ไม่ได้ทำงาน เด็กมีรายได้ เบี้ยเลี้ยงหรือเงินค่าขนม ประมาณ 50-100 บาทต่อวัน รายได้เบี่ยเลี้ยงค่าขนมมาจากพ่อแม่ 46.3% ญาติหรือกองทุนช่วยเหลือ 40% **ภาวะสุขภาพ** ไม่มีอาการป่วยเอดส์ ระดับภูมิคุ้มกันมากกว่า 450 cells/mm<sup>3</sup> 70.1% ปริมาณไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำน้อยกว่า 50copies/ml

**พฤติกรรมเสี่ยงและภาวะแวดล้อม** เด็กส่วนใหญ่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ยี่ 85.0% แต่เด็กมีประวัติที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 55.0% มีเด็กจำนวนน้อย 5% ที่เคยใช้สารเสพติดประเภทอื่น ๆ เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ เด็ก 11.3% มีประวัติการเที่ยวกลางคืน เช่น เคค ผับ บาร์ คาราโอเกะ เด็กที่มีเพื่อนสนิทมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ 45% ซึ่งเด็กส่วนใหญ่ 83.8% บอกว่าไม่ส่งผลใด ๆ ต่อตนเอง ไม่รู้สึกกดดัน ที่จะต้องทำตามเพื่อน

**พฤติกรรมทางเพศ** เด็กมีแฟน 42.5% และ 36.3% มีแฟนต่างเพศ 7.5% มีแฟนเพศเดียวกัน เด็กที่มีประสบการณ์แบบสอดใส่กับคู่ 17.5% และ 13.8% มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-16 ปี มีเพียง 12.4% ที่ปัจจุบันยังคงมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่อยู่ เด็กส่วนใหญ่ 82.5% ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย มีการคุมกำเนิด 78.6% ชนิดของการคุมกำเนิดที่ใช้คือการใส่ถุงยางอนามัย 46.2% ไม่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใด ๆ เลย 15.4% และ ในจำนวน 14 คนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มีเพียงหนึ่งคนที่ตั้งครรรภ์ เด็กทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์การทำแท้ง เด็ก 35.7% เคยมีประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เป็นเริม แบคทีเรีย หูดหงอนไก่ และเชื้อรา เด็ก 20 % เคยเปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีกับเพื่อน เด็ก 32.35 % เคยเปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีกับแฟนคนปัจจุบัน เด็กเกือบครึ่ง 52.5% มีความต้องการอยากบอกแฟนหรือผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยว่าตนมีเชื้อเอชไอวี แต่มีเพียง 21.42% ที่เคยเปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย เด็ก 50% เคยถูกห้ามมีแฟน และ 61.3% ถูกห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ เด็กส่วนใหญ่ 67.5% บอกว่าไม่เคยถูกสอนว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าละอาย ความรู้สึกเมื่อคิดถึงเรื่องเพศและการมีเชื้อเอชไอวีของตนเอง 55% ไม่อยากนึกถึง และ 36.3% มีความรู้สึกไม่เหมือนวัยรุ่นทั่วไป

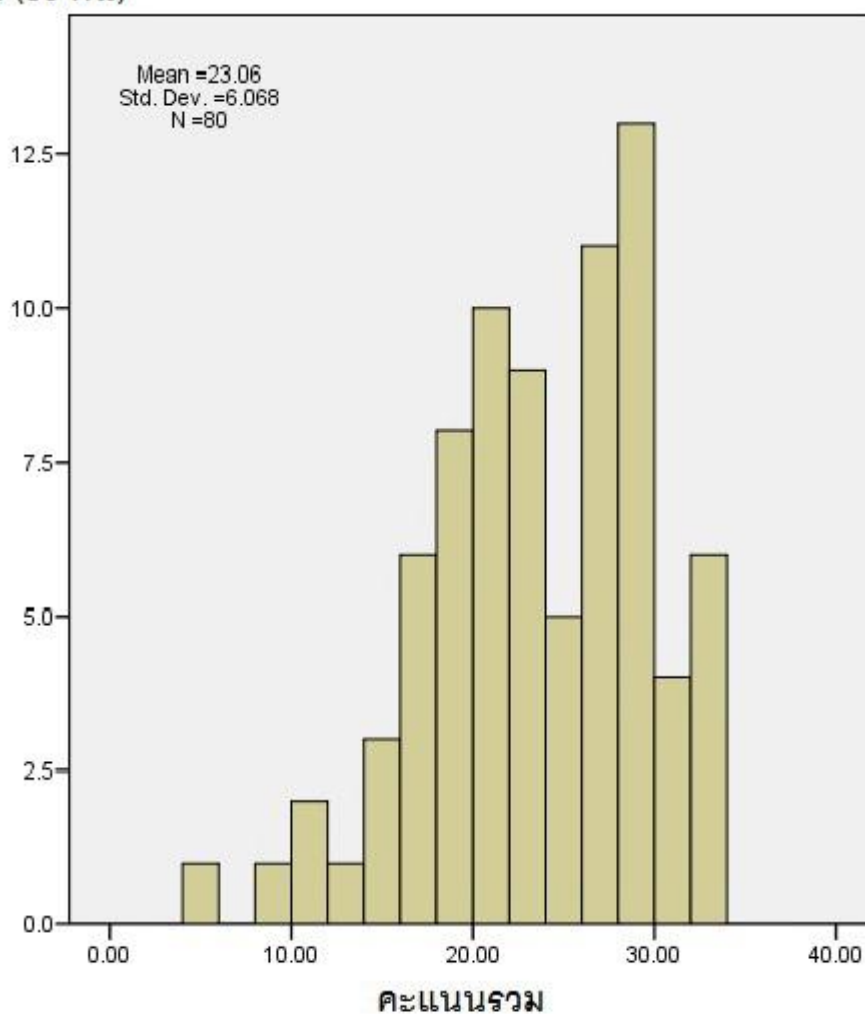
## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศ

การวิเคราะห์คะแนนรวมประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน คำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการติดต่อของเชื้อเอชไอวีมีทั้งหมด 5 ข้อ คำถามเกี่ยวกับเจตคติต่อเรื่องเพศมีทั้งหมด 5 ข้อ คำถามเกี่ยวกับแนวโน้มของพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางเพศที่ดีมีทั้งหมด 8 ข้อ รวมคะแนนของคำถาม 18 ข้อ

จากการวิเคราะห์พบว่า ค่า Mean = 23.06 มีการแจกแจงคะแนนไม่ปกติ เป็นไปตามรูป Histogram จึงได้แบ่งคะแนนออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- 1.เจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน
- 2.เจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

### จำนวน (80 คน)



ภาพที่ 2 Histogram แสดงคะแนนรวมของเจตคติต่อเรื่องเพศ

### ผลการศึกษาคะแนนรวมเจตคติต่อเรื่องเพศพบว่า

1. เจตคติต่อเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับความรู้อะไรเกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอชไอวี พบว่า เด็กจำนวน 10% เข้าใจว่ายามีเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีหนึ่งในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เด็กจำนวน 28.75% เข้าใจว่าการหลังข้างนอกรสามารถส่งผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ได้ เด็กจำนวน 36.25% เข้าใจว่า ผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณไวรัสเอชไอวีน้อยสามารถผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ได้ในเวลาที่มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน เด็ก 50% เข้าใจว่า ลูกทุกคนของคนที่มีเชื้อเอชไอวี ไม่มีเชื้อเอชไอวีได้ และเด็กจำนวน 93.75% เข้าใจว่า การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ สามารถทำให้คู่ของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีปลอดภัย
2. เจตคติต่อเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกละและความเชื่อพบว่า เด็กจำนวน 57.5% เชื่อว่า สามารถมีลูกได้เหมือนคนอื่น ๆ ทั่วไป เด็กจำนวน 58.75% รู้สึกผิดถ้าจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ถึงแม้ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เด็กจำนวน 52.5% เชื่อและรู้สึกว่าการช่วยตัวเองเป็นเรื่องผิดปกติ ผิดบาป และเป็นภาระหมกมุ่นอยู่กับเรื่องไม่ดี เด็กจำนวน 51.25% เชื่อว่าการพูดถึงการใช้ถุงยางบ่อย ๆ ทำให้คู่ระแวงว่ามีเชื้อเอชไอวี และเด็กจำนวน 81.25% ไม่เชื่อว่าการที่จะแสดงว่าแฟนรักหรือรักแฟน จะต้องพิสูจน์ด้วยการมีเพศสัมพันธ์
3. ทักษะคติต่อเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้มของพฤติกรรมกรรมกรรมมีสุขภาวะทางเพศที่ดี พบว่า เด็กจำนวน 86.25% สามารถสัมผัสผัสและดูแลอวัยวะเพศของตนเองเหมือนกับที่ทำกับอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เด็กจำนวน 46.25% สามารถปรึกษา ชักถาม และให้ข้อมูลเรื่องเพศโดยไม่รู้สึกเขินอายหรือรังเกียจ เด็กจำนวน 45% เข้าใจว่าสามารถรับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีเด็กจำนวน 43.75% ไม่ทราบว่ามีบริการด้านสุขภาพทางเพศ เด็กจำนวน 53.75% เข้าใจว่าสามารถมีแฟนและมีเพศสัมพันธ์กับคู่ได้เหมือนคนในสังคม เด็กจำนวน 75% เข้าใจและเคารพคนที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่นชายรักชาย หญิงรักหญิงหรือคนรักสองเพศ เด็กจำนวน 77.5% บอกว่า สามารถพูดคุยกับแฟนหรือคู่ได้เมื่อไม่พร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ เด็กจำนวน 81.25% รู้สึกว่าตัวเองต้องรับผิดชอบในการไม่ผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ เด็กจำนวน 20% เตรียมถุงยางอนามัยไว้เสมอเพื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและจากการท้องไม่พร้อม

ตารางที่ 5 แสดงค่าคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างลบและเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	เจตคติค่อนข้างลบ		เจตคติค่อนข้างบวก	
	คะแนนรวม < 25		คะแนนรวม >=25	
	(n=45)	(n=35)	รวม (n=80)	
<b>เพศ</b>				
ชาย	15 (33.3)	15 (42.9)	30 (37.5)	
หญิง	30 (66.7)	20 (57.1)	50 (62.5)	
<b>อายุ</b>				
13-15	35 (77.8)	10 (28.6)**	45 (56.3)	
16-18	10 (22.2)	25 (71.4)*	35 (43.8)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (8.9)	6 (17.1)**	10 (12.5)	
ประถมศึกษา	9 (20)	1 (2.9)*	10 (12.5)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	28 (62.2)	12 (34.3)	40 (50)	
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	4 (8.9)	16 (45.7)	20 (25)	
<b>ระบบการศึกษา</b>				
ในระบบ	38 (84.4)	25 (71.4)	63 (78.8)	
นอกระบบ	4 (8.9)	4 (11.4)	8 (10.0)	
หยุดเรียน	3 (6.7)	6 (17.1)	9 (11.3)	
<b>ลักษณะที่พักอาศัย</b>				
บ้านพ่อแม่	28 (62.2)	18 (51.4)	46 (57.5)	
บ้านเช่า/ห้องเช่า/หอพัก	17 (37.8)	17 (48.6)	34 (42.5)	

\*\*P -value < 0.001 \*P -value < 0.05

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างลบและเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่างๆ	เจตคติค่อนข้างลบ		เจตคติค่อนข้างบวก	
	คะแนนรวม < 25		คะแนนรวม >=25	
	(n=45)	(n=35)	รวม (n=80)	
<b>สภาพแวดล้อม</b>				
ชุมชนแออัด	5 (11.1)	2 (5.7)	7(8.8)	
ไม่ใช่ชุมชนแออัด	40 (88.9)	33 (94.3)	73 (91.3)	
<b>ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ด้วย</b>				
อยู่กับผู้ดูแล	34 (75.6)	27 (77.1)	61 (76.3)	
ไม่ได้อยู่กับผู้ดูแล	11 (24.4)	8 (22.9)	19 (23.8)	
<b>การประกอบอาชีพ</b>				
ไม่ได้ทำงาน	39 (86.7)	28 (80)	67 (83.8)	
รับจ้างทั่วไป	6 (13.3)	7 (20.0)	13 (16.3)	
<b>รายได้/เบี้ยเลี้ยง/ค่าขนม ต่อวัน</b>				
0-50 บาท	20 (44.4)	6 (17.1)*	26 (32.5)	
50-100 บาท	22 (48.9)	17 (48.6)	39 (48.8)	
มากกว่า 100 บาท	3 (6.7)	12 (34.3)*	15 (18.8)	
<b>รายได้/เบี้ยเลี้ยง/ค่าขนม มาจาก</b>				
ทำงานด้วยตนเอง	5 (11.1)	6 (17.1)	11 (13.8)	
พ่อ/แม่	19 (42.2)	18 (51.4)	37 (46.3)	
ญาติ/กองทุนช่วยเหลือ	21 (46.7)	11 (31.4)	32 (40.0)	

\*P -value < 0.05

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างลบและเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่างๆ	เจตคติค่อนข้างลบ		เจตคติค่อนข้างบวก	
	คะแนนรวม < 25		คะแนนรวม >=25	
	(n=45)	(n=35)	รวม (n=80)	
<b>ระดับภูมิคุ้มกัน</b>				
0-200	4 (8.9)	1 (2.9)	5 (6.3)	
201-500	9 (20.0)	13 (37.1)	22 (27.5)	
มากกว่า 500	32 (72.1)	21 (60.0)	53 (66.3)	
<b>ปริมาณร้อยละของภูมิคุ้มกัน CD4</b>				
0-15 %	5 (11.1)	7 (20.0)	12 (15.0)	
15-24 %	14 (31.1)	10 (28.6)	24 (30.0)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 25 %	26 (57.8)	18 (51.4)	44 (55.0)	
<b>ปริมาณไวรัสเอชไอวี</b>				
0-50 copies/ml	38 (84.4)	22 (62.9)*	60 (75)	
50-999 copies/ml	1 (2.2)	3 (8.6)	4 (5.0)	
1000 copies/ml ขึ้นไป	6 (13.3)	10 (28.6)	16 (20.0)	
<b>ประวัติการใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่</b>				
เคยใช้	43 (95.6)	25 (71.4)	68 (85.0)	
ไม่เคยใช้	2 (4.4)	10 (28.6)*	12 (15.0)	
<b>ประวัติการใช้สารเสพติดประเภทเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>				
เคยดื่ม	28 (62.2)	8 (22.9)**	36 (45)	
ไม่เคยดื่ม	17 (37.8)	27 (77.1)*	44 (55)	

\*\*P -value < 0.001 \*P -value < 0.05



ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างลบและเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	เจตคติค่อนข้างลบ		เจตคติค่อนข้างบวก	
	คะแนนรวม < 25		คะแนนรวม >=25	
	(n=45)	(n=35)	รวม (n=80)	
<b>ประวัติการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย</b>				
ไม่เคยใช้เลย	45 (100)	31 (88.6)	76 (95)	
ใช้แต่เลิกแล้ว	0 (0)	4 (11.4)	4 (5)	
<b>ประวัติการเที่ยวกลางคืน เช่น เทรค ฝับ บาร์ คาราโอเกะ</b>				
เคยเที่ยว	43 (95.6)	28 (80.0)*	71 (88.8)	
ไม่เคยเที่ยว	2 (4.4)	7 (20.0)*	9 (11.3)	
<b>ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่ของเพื่อนสนิท</b>				
มีประสบการณ์	13 (28.9)	23 (65.7)*	36 (45.0)	
ไม่มีประสบการณ์	23 (51.1)	8 (22.9)*	31 (38.8)	
ไม่ทราบ	9 (20.0)	4 (11.4)	13 (16.3)	
<b>การส่งผลต่อความคิดที่เพื่อนมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์แล้ว</b>				
ไม่ส่งผลใด ๆ	37 (82.2)	30 (85.7)	67 (83.8)	
ทำนรู้ลึกกุดดินแต่ไม่ทำแบบเพื่อน	7 (15.6)	1 (2.9)	8 (10.0)	
ทำนอยากมีเพศสัมพันธ์แบบเพื่อน	0 (0)	4 (11.4)	4 (5)	
อื่น ๆ ไม่มีเพื่อนที่มีเพศสัมพันธ์	1 (2.2)	0 (0)	1 (1.3)	
<b>มีแฟน</b>				
มี	12 (26.7)	22 (62.9)*	34 (42.5)	
ไม่มี	33 (73.3)	13 (37.1)*	46 (57.5)	

\*P -value < 0.05

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างลบและเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	เจตคติค่อนข้างลบ		เจตคติค่อนข้างบวก	
	คะแนนรวม < 25		คะแนนรวม >=25	
	(n=45)	(n=35)	รวม (n=80)	
<b>ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์</b>				
เคยมีประสบการณ์	1 (2.2)	13 (37.1)**	14 (17.5)	
ไม่เคยมีประสบการณ์	44 (97.8)	22 (62.9)*	66 (82.5)	
<b>เพศสัมพันธ์ครั้งแรก</b>				
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย	44 (97.8)	22 (62.9)	66 (82.5)	
มีเมื่ออายุ 15 ปี	0 (0)	5 (14.3)	5 (6.3)	
มีเมื่ออายุ 16 ปี	2 (2.2)	5 (14.3)	6 (7.5)	
มีเมื่ออายุ 17 ปี	0 (0)	3 (8.6)	3 (3.8)	
<b>ชนิดของเพศสัมพันธ์</b>				
ชาย-หญิง	1 (2.2)	10 (45.5)	11 (16.5)	
ชาย-ชาย	0 (0)	2 (9.0)	2 (3.0)	
หญิง-หญิง	0 (0)	1 (4.5)	1 (1.5)	
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย	44 (97.8)	22 (62.9)	66 (82.5)	
<b>ผู้ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิด(n=14)</b>				
ท่านเท่านั้นที่เคยใช้	1	2	3	
คู่ของท่านเท่านั้นที่เคยใช้	0	8	8	
ทั้งท่านและคู่เคยใช้	0	2	2	
ไม่เคยใช้เลยทั้งสองคน	0	1	1	

\*\*P -value < 0.001 \*P -value < 0.05

**ตารางที่ 5** แสดงคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างลบและเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	เจตคติค่อนข้างลบ		เจตคติค่อนข้างบวก	
	คะแนนรวม < 25		คะแนนรวม >=25	
	(n=45)	(n=35)	รวม (n=80)	
<b>การเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับเพื่อน</b>				
เคยบอก	7 (15.6)	9 (25.7)	16 (20.0)	
ไม่เคยบอก	38 (84.4)	26 (74.3)	64 (80.0)	
<b>การเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย</b>				
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	44 (97.8)	22 (62.9)	66 (82.5)	
เคยบอก	0 (0)	3 (8.6)	3 (3.8)	
ไม่เคยบอก	1 (2.2)	10 (28.6)	11 (13.8)	
<b>ความต้องการการเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย</b>				
อยากบอก	18 (40.0)	21 (60.0)	39 (48.8)	
ไม่อยากบอก	27 (60.0)	14 (40.0)	41 (51.3)	
<b>ประสบการณ์การเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย</b>				
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	33 (73.3)	13 (37.1)	46 (57.5)	
เคยบอก	2 (4.4)	9 (25.7)	11 (13.8)	
ไม่เคยบอก	10 (22.2)	13 (37.1)	23 (28.8)	
<b>ความต้องการเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับแฟน</b>				
อยากบอก	20 (44.4)	22 (62.9)	42 (52.5)	
ไม่อยากบอก	25 (55.6)	13 (37.1)	38 (47.5)	

**ตารางที่ 5** แสดงคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างลบและเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	เจตคติค่อนข้างลบ		เจตคติค่อนข้างบวก	
	คะแนนรวม < 25		คะแนนรวม >=25	
	(n=45)	(n=35)	รวม (n=80)	
<b>การถูกห้ามมีแฟน</b>				
เคยถูกห้าม	27 (60.0)	13 (37.1)*	40 (50.0)	
ไม่เคยถูกห้าม	18 (40.0)	22 (62.9)	40 (50.0)	
<b>การถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์</b>				
เคยถูกห้าม	31 (68.9)	18 (51.4)	49 (61.3)	
ไม่เคยถูกห้าม	14 (31.1)	17 (48.6)	31 (38.8)	
<b>การถูกสอนเรื่องเพศศึกษาว่าเป็นเรื่องน่าอาย</b>				
เคยถูกสอน	15 (33.3)	11 (31.4)	26 (32.5)	
ไม่เคยถูกสอน	30 (66.7)	24 (68.6)	54 (67.5)	

\*P -value < 0.05

### ตอนที่ 3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

#### ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศ

เด็กส่วนใหญ่เข้าใจเรื่องเพศว่า หมายถึงการมีเพศสัมพันธ์และผลจากการมีเพศสัมพันธ์ทำให้ท้อง เด็กเกือบทั้งหมดเข้าใจว่า การป้องกันตัวเองไม่ให้ท้องและการไม่ผ่านเชื้อเอชไอวีต้องใช้ถุงยางอนามัย และเข้าใจเรื่องการติดต่อเชื้อเอชไอวีดังนี้

เด็กหญิงม.ปลายอายุ 16 ปีกล่าวว่า "...ถ้าไม่ป้องกันด้วยถุงยางอนามัยก็ทำให้ท้องได้ เาเป็นเชื้อแบบนั้นแล้วไปมีเพศสัมพันธ์ก็ทำให้คนอื่นติดได้..."

เด็กหญิงกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...คิดถึงมีลูก อนาคต การมีเพศสัมพันธ์ ก็เวลาที่มีเพศสัมพันธ์ ต้องทำอะไร การดูแลตัวเอง การป้องกันตัวเอง ไม่ให้ตัวเองท้อง เพราะเรายังไม่พร้อม เราก็ต้อง รู้จักปฏิเสธ...”

เด็กชายกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...การมีเพศสัมพันธ์ การป้องกัน เช่น กินยาคุม แล้วก็ใส่ถุงยาง ฉีดยาคุม หรือป้องกันทุกอย่างไม่ให้มีลูก...”

**ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** เด็กส่วนใหญ่เข้าใจว่า ต้องใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันไม่ให้ท้องและไม่ส่งผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ และยังเข้าใจว่าการกินยาคุมหรือฉีดยาคุมเป็น วิธีที่ช่วยให้ปลอดภัย เช่น

เด็กหญิงม.ต้นอายุ 15 ปี บอกว่า “...ใส่ถุงยาง กินยาคุม ฉีดยา...”

เด็กหญิงม.5 อายุ 16 ปี บอกว่า “...ต้องป้องกันตัวเอง ให้คู่เราใส่ถุงยาง เพราะเราเป็นผู้หญิง แล้วก็คือ เมื่อคุมกำเนิดก็กินยาคุม และควรจะมีมดระวางเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ให้มากที่สุด คือ ถ้าเราไม่พร้อมจริงๆก็จะไม่ทำ หรือรอให้มันสมควรกับวัยก่อน...”

เด็กชายกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...ใส่ถุงยางอนามัย แล้วก็ไม่ต้องมีอะไรกันเลย...”

**การเรียนรู้เรื่องเพศ** เด็กส่วนใหญ่เรียนรู้เรื่องเพศที่โรงเรียนจากอาจารย์สอนวิชาสุขศึกษา จากคนรอบตัว เช่น เพื่อนหรือผู้ใหญ่ในบ้าน จากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต และจากการมาเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการเด็กและเยาวชน เช่น ค่ายเพศศึกษา

เด็กชายม.1 อายุ15 ปีบอก

“...คนรอบกายเรา เช่น เพื่อน พ่อ ทั่วๆไป ไม่มีแล้ว ก็ได้มาจากพวกพี่ๆ...”

เด็กหญิงม.5 อายุ 16 ปี บอกว่า “...ก็จะเรียนที่โรงเรียน และที่นี่ เพราะส่วนใหญ่จะมาทำค่ายที่นี่ มากกว่าก็จะรู้เรื่องพวกนี้เยอะ บางทีก็ศึกษาเอาในคอม...”

เด็กชายม. 6 อายุ18 ปี บอกว่า “...รู้ครั้งแรกตอนม.ต้น โรงเรียนสอน แต่เขาก็แยกสอน ก็ไม่เข้าใจ เป็นคนที่เรียนรู้อะไรช้ามากเลยนะ อยู่ ม.1 ยังไม่รู้จักระบายชักว่าเลย เพิ่งมารู้ตอนม.2 และรู้น้อย หลังๆก็รู้จากคนอื่น มาบอกก็รู้อะไรๆ รู้จากเพื่อนมากที่สุดแล้ว...”

**การที่เป็นเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี** เด็กส่วนใหญ่ถูกสอนเรื่องเกี่ยวกับเพศว่าให้ป้องกันไม่ให้ผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ ซึ่งเด็กส่วนใหญ่เห็นด้วยเพราะคิดว่ายังไม่ถึงเวลา ยังเด็ก และการผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่เป็นบาป

เด็กชายม.1 อายุ 15 ปี บอกว่า “...อย่า อย่า อย่า อย่าไปยุ่งกับเรื่องเพศอย่างงี้ เกิดเขาต้องขึ้นมาเราต้องมารับผิดชอบเขาอีก ต้องบรรลุนิติภาวะไปก่อน...”

เด็กหญิงม.5 อายุ 16 ปี บอกว่า “...ตัวเรามีเชื้อ แต่เราไม่ควรทำให้คนอื่นรับเชื้อไป มันจะเป็นบาปแก่ตัว คือ เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ มีได้ แต่มันยังไม่ถึงวัย คือเราก็ต้อง อยู่อย่างเนี้ยะ คู่กันไปเรื่อยๆ ดีกว่า ไม่ใช่กลัวเขาไม่รัก เลยมีเพศสัมพันธ์กับเขาดีกว่า ก็เห็นด้วยกับที่ที่บ้านสอน คือ รักกันก็ไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์กันเสมอไป บางคู่เขาแบบคบกันก็ไม่เห็นต้องมีเพศสัมพันธ์กันเลย ก็ยังรักกันได้...”

เด็กหญิงกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...เห็นด้วยและหนูก็ไม่อยากท้อง ไม่อยากเป็นแม่คน เห็นความลำบากของคนอื่น พอมีแฟนตั้งแต่เด็กๆ พอท้องเผื่อไม่มีพ่อ หนูคิดว่าเขาคงเรียนรู้มาก่อนก็เลยสอนแบบนี้ หนูไม่ได้ยึดอัด เพราะไม่ได้สนใจเรื่องนี้ สนใจแต่เรื่องอื่น...”

**การสื่อสารเรื่องเพศ** เด็กส่วนใหญ่บอกว่ายากที่จะพูดคุยเรื่องเพศกับคนในครอบครัว จะคุยกับเพื่อนและผู้ใหญ่ที่ไว้ใจ

เด็กหญิงม.1 อายุ 13 ปี บอกว่า “...ยากค่ะ อายว่าจะพูดยังไง และไม่เคยพูดเหมือนกัน...”

เด็กชายปวช.3 อายุ 17 ปี บอกว่า “...ไม่อยากพูด เวลาผมอยู่กับแม่ ผมไม่อยากพูด ผมไม่ชอบพูดเท่าไร แม่เขาชอบซักไซ้ ผมไม่ชอบตอบ...”

เด็กชายกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...ไม่ได้ เพราะเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ใหญ่ เขาเชื่อว่ามันเป็นสิ่งที่ไม่ดี...”

**ทัศนคติต่อเรื่องเพศ** เด็กส่วนใหญ่จะมีทัศนคติค่อนข้างลบต่อเรื่องเพศเพราะคิดว่า เรื่องเพศจะนำไปสู่การผ่านเชื้อเอชไอวีให้กับคู่

เด็กหญิงม.2 อายุ 13 ปี บอกว่า “...รู้สึกไม่ค่อยดีเท่าไร ถ้าจะรักกัน เรามีความรักกันได้ ไม่ต้องไปติดที่ว่า เรามีเชื้อแล้วเราจะรักใครไม่ได้ รู้สึกแย่ คนอื่นเขาก็คบกันได้ แต่ทำไมเราคบกับใครไม่ได้...”

เด็กหญิงม.3 อายุ 15 ปี บอกว่า “... หนูจะไม่มีเพศสัมพันธ์ ตั้งใจไว้เลย เพราะหนูกลัว กลัวเขาถาม และผู้ชายส่วนใหญ่ไม่ชอบใส่ถุงยาง เห็นเพื่อนเขาคุยกันว่าเอาไปให้ใส่เขาก็ไม่ใส่ เขาก็นั่นเลย...”

**ความรู้สึกผิดบาปต่อเรื่องเพศ** เด็กส่วนใหญ่รู้สึกผิดต่อการมีเพศสัมพันธ์ เพราะคิดว่าสามารถจะผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ได้ ถึงแม้ว่าจะมีเพศสัมพันธ์โดยการใส่ถุงยางอนามัย

เด็กหญิงม.2 อายุ 13 ปี บอกว่า “...รู้สึกผิด เพราะเหมือนกับเอาเชื้อไปให้เขา ทำให้เขาติดโรค แม้ใส่ถุงยางก็กลัวเขาจะติดโรคจากเราอยู่ดี...”

เด็กหญิงกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...รู้สึกผิด แต่ถ้าเราป้องกันก็คงไม่เป็นไร ใส่ถุงยางแต่ก็ไม่สามารถใส่ได้ทุกครั้ง เพราะบางทีก็ไม่ได้พกไป ลืม บางที่สถานการณ์มันก็พาไป เราไม่ได้เตรียมไว้...”

เด็กชายกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...ผิดครับ เพราะมันก็มีโอกาสติดเชื้อ ถึงจะป้องกัน...”

**ทัศนคติต่อถุงยาง** ส่วนใหญ่คิดว่าต้องใส่ถุงยางเพื่อไม่ให้ผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่

เด็กหญิงม.3 อายุ 15 ปี บอกว่า “... หนูไม่กล้าพกถุงยาง เพราะอาย กลัวเขาจะมองเราแก่แดด เป็นเด็กหัดพกถุงยาง...”

เด็กหญิงกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...ใส่มันก็ป้องกัน แต่ถ้าไม่ใส่มันก็ดีกว่า ความจริงไม่ชอบใส่ แต่ต้องใส่ เพราะต้องป้องกัน...”

เด็กชายกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “... ใส่ถุงมันอาจจะช้ากว่า แต่ไม่ใส่มันจะไวกว่า เท่าที่ผมรู้มานะ แต่ผมคิดว่ามันดีกว่า ใช้ดีกว่า ช้าแต่ก็ยังรู้สึก...”

**ทัศนคติต่อการจัดการอารมณ์เพศ** เด็กส่วนใหญ่รู้สึกว่าการมีอารมณ์เพศเป็นเรื่องไม่ปกติ ไม่อยากพูดถึง และไม่รู้ว่าจะจัดการกับอารมณ์เพศของตัวเองอย่างไร ซึ่งมักจะใช้วิธีการเลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่น ๆ มีเพียงส่วนน้อยที่จัดการอารมณ์เพศ โดยการช่วยตัวเอง

เด็กหญิงม.1 อายุ 13 ปี บอกว่า “... หนูรู้ว่าอารมณ์ทางเพศเกิดขึ้นเมื่อคู่นอนจะเกิดอารมณ์อย่างนี้ คิดเรื่องอื่น บางทีก็ดูหนังอยู่แล้วมีเรื่องแบบนั้นขึ้นมา หนูก็รีบเปลี่ยนไปช่องอื่น ดูหนังการ์ตูนอย่างนี้ บางทีเปลี่ยนไปช่องอื่นไม่มีอะไรดูก็ปิดทีวีนอนเลย...”

เด็กชายปวช. 2 อายุ 16 ปี บอกว่า “...สบายมากครับ เพราะผมก็ช่วยตัวเองอยู่ รู้สึกดี ผ่อนคลาย หน้าใสครับ รู้ว่ามีอารมณ์ทางเพศครับ ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น โทรทัศน์ อย่างนี้ครับ หรือผู้หญิงที่แต่งตัวโป๊...”

เด็กชายม.6 อายุ18 ปี บอกว่า “...เคยลองช่วยตัวเองครับ แต่ไม่เสร็จ เราสู้ครับเวลามีอารมณ์เพศ เหมือนเวลามีความรัก ถ้ารักใครซักคน เหมือนแบบอยากจะมีเพศสัมพันธ์กับเขา แต่ผมไม่สามารถ มีได้ เราเล่นคอม เจอสื่อต่างๆ อาจจะเปิดเจอ ก็ดูไป...”

เด็กชายม. 6 อายุ18 ปี บอกว่า “...ไม่เคยช่วยตัวเองเลย เพราะเป็นเรื่องที่ผู้ชายทำ ไม่อยากทำ มัน ก็เป็นเรื่องปกติอะ แต่ไม่อยากทำ ก็เคยนั่งคุยกับเพื่อนที่เป็นกระเทย มันก็บอกว่าเคยทำ ก็คุยกันว่า ทำไม่ไม่ทำ ก็คิดว่าเป็นผู้หญิง ต้องทำแบบผู้ชายก็ไม่อยากทำ สำหรับคนอื่นก็เป็นเรื่องธรรมชาติ ถ้ามากับตัวเองก็ไม่ทำอะ รู้ว่าเวลาไหนมีอารมณ์ทางเพศ เวลาเห็นหน้า.....ชอบมาก มีอารมณ์ แต่ ไม่ได้นึกภาพ เวลาเมื่อก่อนกับเพื่อนให้เป็นเรื่องขำเดี๋ยวก็นั่งไปเอง...”

**ทัศนคติเรื่องเพศกับการที่เป็นวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี** เด็กส่วนใหญ่รู้สึกตัวเองว่าไม่เหมือนวัยรุ่น ทั่วไป คิดถึงเรื่องการผ่านเชื้อให้คู่ และการเปิดเผยสถานะการมีเชื้อของตัวเองกับคู่

เด็กหญิงม.3 อายุ 15 ปี บอกว่า “... รู้สึกว่าไม่เหมือนวัยรุ่นทั่วไป มันลำบาก ก็กลัวเวลากินยา อย่างเดียว เพราะสีมันไม่เหมือนของคนอื่น ไม่เหมือนยาทั่วไป เขาก็จะสงสัยกัน...”

เด็กชายปวช. 2 อายุ 16 ปี บอกว่า “... รู้สึกไม่เหมือนวัยรุ่นทั่วไป ตัวเรารู้ตัวเรา ก็ไม่อยากมีแฟนอะ ครับ ปมด้อย ถ้าเราไปมี แล้วเราผิดพลาด ไปทำให้เขาติด ก็เป็นบาป ยิ่งไปทำให้เขามีลูกก็ยิ่ง บาปเข้าไปใหญ่ ไปแพร่เชื้อให้เขา บาป...”

เด็กหญิงปวช. 1 อายุ 16 ปี บอกว่า “...เวลาที่มีแฟนแล้วเขาขอมีอะไรด้วย ก็ลำบากใจนะ คือ เรา เลือกว่าจะไม่ทำ เรากลัวว่าบางคนเขาจะไม่ป้องกัน บางคนบอกให้ใส่ถุง ก็บอกว่า ไม่เอาใส่ถุงไม่ ถนัด ก็เลยเลือกว่าจะไม่ทำดีกว่า เพราะกลัวเอาเชื้อให้เขา แล้วก็กลัวเราท้องด้วย...”

เด็กหญิงกศน.อายุ 18 ปี บอกว่า “...น้อยใจ ที่คนอื่นไม่เป็นแล้วเราเป็น คืออยากเป็นปกติเหมือน คนอื่นๆ แต่หนูเฉยๆแล้ว ทำใจได้แล้ว ถ้าเรากินยากี่ใช้ชีวิตเหมือนคนอื่นๆได้ ก็ไม่มีอะไรส่งผลมาก นัก ไม่ได้ลำบาก เวลามีคนมาชอบก็คิดถึงเรื่องนี้ และไม่อยากจะให้เขาเป็นเหมือนเรา ก็มีกังวล ว่า เราเป็นแล้วไม่อยากทำให้เขาเป็น...”



ตอนที่ 4 การหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยด้านต่าง ๆ รวมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ Mann-Whitney U หรือ Kruskal-Wallis It-test

ปัจจัย	n	Median	IQR	Mann-Whitney U/ Kruskal-Wallis	P-Value
<b>อายุ</b>				345.000	<0.001**
13-15	45	21.00	18-23		
16-18	35	28.00	24-29		
<b>ระดับการศึกษา</b>				17.562	0.001**
ประถมศึกษา	10	18.50	17-22		
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	21.50	19-26.5		
ไม่ได้เรียน(หยุดเรียน)	10	26.50	19-28		
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	20	28.00	25.5-29		
<b>สถานที่พักอาศัย</b>				744.000	0.711
อยู่บ้านของตนเอง	46	23.00	20-28		
อยู่ที่อื่น เช่น หอเช่า	34	24.50	17-28		
<b>ระดับภูมิคุ้มกัน</b>				4.436	0.109
0-200	5	20.00	19-23		
201-500	22	25.09	20-29		
มากกว่า 500	53		22.00	19-27	

\*\*P- value < 0.001 \*P –value < 0.05

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ Mann-Whitney U หรือ Kruskal-Wallis It-test (ต่อ)

ปัจจัย	n	Median	IQR	Mann-Whitney U/ Kruskal-Wallis	P-Value
ระดับปริมาณไวรัสเอชไอวี				7.099	0.029*
น้อยกว่า 50	60	22.00	19-27		
51-400	4	26.50	22-31		
มากกว่า 400	16	25.68	22-29		

\*P -value < 0.05

ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สัมพันธ์กับปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษาดังนี้

เด็กหญิงม.1 อายุ 13 ปี “...ไม่ค่อยรู้เรื่องเพศค่ะ... รู้จากครูที่โรงเรียนเขาบอกว่า อวัยวะของผู้หญิงเป็นยังไงผู้ชายเป็นยังไง มีอะไรบ้าง...อยากรู้ว่าทำไมเพศหญิงกับเพศชายถึงไม่เหมือนกัน อยากรู้ว่าทำไมผู้ชายถึงต้องมีอวัยวะที่ส่วนเดียวไม่เหมือนของผู้หญิง...จะเป็นยังไงถ้าได้กันแล้ว มันจะยังไง มันจะเกิดอะไรขึ้นอย่างเงี้ยะ...”

เด็กชายม.1 อายุ 15 ปีกล่าวว่า “...อย่า อย่า อย่า อย่าไปยุ่งกับเรื่องเพศอย่างเงี้ย เกิดเขาท้องขึ้นมาเราต้องมารับผิดชอบเขาค่ะ ต้องบรรลุนิติภาวะไปก่อน...”

เด็กหญิงมัธยมศึกษาสองอายุ 15 ปีบอกว่า “...เราไม่เหมือนเด็กวัยรุ่นทั่วไป เทียวไม่ได้ ต้มแอลกอฮอล์ไม่ได้ ไปค้างคืนที่ไหนก็ไม่ได้ แล้วก็คบกับใครก็ไม่ค่อยได้ ที่บ้านห้าม...มีเพศสัมพันธ์แล้วไปติดเขา แล้วเขาจะไม่ชอบเรา เดี่ยวเขารู้ เขาจะแฉเรา...”

นางสาวม.5 อายุ 16 ปีกล่าวว่า “...รู้เกี่ยวกับการป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์อย่างถูกวิธี... ถ้าเรามีเพศสัมพันธ์จริงๆต้องป้องกัน เพราะตัวเรามีเชื้อก็ต้องช่วยป้องกันอีกฝ่ายหนึ่งไม่ให้เขาติดไป รู้สึก

ว่าถ้าเขาติดไปจะเป็นความผิดต่อเรามาก...ถ้าเราใช้ปากต่อปากจะติดกันใหม่ การที่เราอยู่กับตัวเราเอง แล้วมีอาการเราจะทำยังไง เราต้องควบคุมอารมณ์ยังไง...”

นายม.6 อายุ 18 ปีบอกว่า “...อนาคตก็น่าจะมี ส่วนตัวก็ต้องเตรียมพร้อม ฤงยาง...ถ้าเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวก็ต้องทำใจ อดใจ...ป้องกันเหตุการณ์เช่นนี้ได้โดยเตรียมฤงยางไว้... ก็น่าจะได้ฤงยาง เพราะถ้าเรารักเขา เราก็ต้องดูแลเขา ไม่อยากให้เขามาเป็นแบบเรา ต้องตื่นมากิน (ยา) แบบนี้ทุกวันๆ เขาไม่เคยเป็นจะลำบากหนักกว่าเรา ถ้ามเพศสัมพันธ์แล้วไม่ป้องกัน ก็เท่ากับว่า นำความลำบากใจไปให้เขา นำเชื้อไปให้เขา เก็บไว้คนเดียวดีกว่า ให้ความสุขเขาดีกว่า...”

### ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สัมพันธ์กับปัจจัยด้านปริมาณไวรัสเอชไอวี

เด็กหญิงทำงานแล้วอายุ 17 ปีบอกว่า “...อยากมีแฟนเหมือนเด็กวัยรุ่นทั่วไป และตอนที่ไม่มีแฟนก็ไม่ได้นึกว่าตัวเองเป็นอะไร แต่ถ้าป่วยจะนึกถึงเวลาที่เราแข็งแรงสบายดี ถ้าอยากมีอะไรกันก็มี แต่พอเราไม่สบาย แฟนอยากมีอะไร เราไม่ให้จะมีปัญหาตามมา เขาจะเบื่อกว่าทำให้หนูกลับมาตั้งใจกินยา...”

เด็กชายกศน.อายุ 18 ปีบอกว่า “...เวลาอินเลิฟไม่เคยคิดเรื่องตัวเราใจมันหมกมุ่นแต่เรื่องผู้หญิงแรก ๆ คิดว่าจะชวนเขาไปเที่ยวไหนดี พอคบกันนาน ๆ เข้าก็คิดถึงเรื่องจะมีอะไรกัน เวลาไปเล่นกีฬาถึงคิดว่าภูมิจะขึ้น แต่เวลาที่มีความรักไม่เคยคิดถึงเรื่องไวรัสเลย...”

**ตารางที่ 6** แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ Mann-Whitney U หรือ Kruskal-Wallis It-test (ต่อ)

ปัจจัย	n	Median	IQR	Mann-Whitney U/ Kruskal-Wallis	P-Value
<b>การใช้สารเสพติด(สุรา)</b>				407.500	<0.001**
ใช้	44	25.29	22-29		
ไม่ใช้	36	20.33	17-24		
<b>การมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์</b>				14.068	0.001**
มี	36	27.00	22-29.5		
ไม่มี	31	20.00	17-26		
ไม่ทราบ	13	22.00	19-26		
<b>การมีแฟน</b>				479.500	0.003**
มีแฟน	34	26.50	23-29		
ไม่มีแฟน	46	21.00	17-27		
<b>การมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่</b>				182.500	<0.001**
เคยมี	14	28.00	27-30		
ไม่เคยมี	66	22.00	19-27		

\*\*P –value < 0.001 \*P –value < 0.05

**ตารางที่ 6** แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ

Mann-Whitney U หรือ Kruskal-Wallis It-test (ต่อ)

ปัจจัย	n	Median	IQR	Mann-Whitney U/ Kruskal-Wallis	P-Value
<b>การเปิดเผยสถานการณ์มีเชื้อเอชไอวีของตนเองกับแฟน</b>				1.448	0.229
ไม่มีแฟน	46	21.00	17-27		
เคยมีแฟน	11	26.00	26-32		
ไม่เคยมีแฟน	23	26.00	22-29		
<b>การถูกห้ามมีแฟน</b>				566.500	0.024*
เคยถูกห้ามมีแฟน	40	21.50	19-26		
ไม่เคยถูกห้ามมีแฟน	40	27.00	20.5-29		
<b>การถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์</b>				535.000	0.026*
เคยถูกห้ามมีแฟน	49	22.00	19-26		
ไม่เคยถูกห้ามมีแฟน	31	27.00	20-29		

\*P –value < 0.05

**ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สัมพันธ์กับการมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมี**

**เพศสัมพันธ์** เด็กชาย ม.6 อายุ 18 ปี บอกว่า “...เห็นเพื่อนมีคิดว่าเราต้องมีบ้าง เป็นเรื่องปกติ น่าสนุก ใคร ๆ เขาก็มีกัน เราก็ทำได้ เวลาที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก็กังวล กลัวคนรู้ รู้สึกผิด ถูกสอนมาว่าเป็นเด็กไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์...”

เด็กหญิงที่ทำงานแล้วอายุ 17 ปี บอกว่า “...เห็นเพื่อนมีอยากมีเหมือนเพื่อน อยากรู้ว่าที่เขามีความสุขกันมันเป็นยังไง และอยากรู้จักอารมณ์ของตัวเอง อยากรู้ความต้องการเรื่องเพศของตัวเองว่าเป็นแบบไหน...”

### ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สัมพันธ์กับการมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่

เด็กหญิงหยุดเรียน อายุ 17 ปี บอกว่า “...ตอนที่หนูมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หนูรู้สึกดีมีความสุข มีความมั่นใจเรื่องการคบกัน คิดว่าเขายอมรับเรา เขามีท่าที่ไม่รังเกียจเรา ตอนมีแฟนทำให้หนูอยากไปเรียน...และเวลาที่หนูมีความผิดปกติทางเพศ หนูก็จะมาปรึกษา ตอนที่หนูเป็นเริม มันทำให้หนูรู้มากขึ้น...”

เด็กชายม.6 อายุ 18 ปี บอกว่า “...เด็กที่มีแฟนแล้วมีประสบการณ์มีอะไรกับแฟนแล้ว ทำให้ได้รู้สามารถเอามาแลกเปลี่ยน พูดคุยกับเพื่อน ๆ ได้ และเพื่อนชอบมาถาม เพื่อนไม่กล้าถามแฟน แต่จะเอามาคุยกัน เช่น คุยกันว่า รู้สึกอย่างไร เวลาทำ Oral Sex...”

### ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สัมพันธ์กับการถูกห้ามมีแฟนและการถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์

เด็กหญิงหยุดเรียนชั่วคราว อายุ 16 ปีบอก “...แม่ไม่ได้ห้าม แต่แม่ไม่ชอบเรื่องเพศ แม่ว่าควรตั้งใจเรียน เป็นเด็กอยู่ ยังไม่ถึงเวลา แม่ไม่ได้พูดว่า อย่า แต่ทำที่ การกระทำ สายตาบอก ทำให้ไม่คุย ไม่อยากให้แม่มารับรู้ แม่จะคิดเองเออเอง ชอบคิดไปก่อน ไม่รู้จะคุยทำไม แม่ไม่เชื่อ ไม่ไว้ใจ...”

เด็กหญิงม.5 อายุ 16 ปี “...รู้สึกไม่ค่อยดีเท่าไร ถ้าจะรักกัน เรามีความรักกันได้ ไม่ต้องไปติดที่ว่าเรามีเชื่อแล้วเราจะรักใครไม่ได้ รู้สึกแย่ คนอื่นเขาก็คบกันได้ แต่ทำไมเราคบกับใครไม่ได้...”

นางสาวปวส.1 อายุ 18 ปีบอก “...ยายด่า เวลาเห็นคนไหนคนนี้ไปมีอะไรกับแฟน เขาก็จะบ่นให้ฟัง แต่เขาไม่ได้พูดห้ามอะไร เขาด่าๆ บ่นๆ เขาก็จะพูดไปเรื่อย เ็งอย่าไปทำแบบมันนะ มันทำอะไร มันไปมีอะไรกัน อย่าไปทำแบบมันนะ หนูรำคาญ แล้วก็เบื่อ เลยย้ายไปอยู่ข้างนอก...”

เด็กชายปวช. 3 อายุ 17 ปี “...ไม่มีใครห้าม รู้สึกดีที่ไม่ห้าม ถ้าถูกห้ามก็เหมือนถูกกัก ก็รู้สึกอึดอัดระบายออกไม่ได้ เหมือนถูกขังอยู่ ทำให้เครียด แล้วก็เกิดความหงุดหงิด แต่ผม 2-3 นาทีก็หาย... ผมไม่รู้สึกลบ เพราะผมรู้สึกว่าถ้าเราป้องกันก็รู้สึกถ้าเราป้องกันก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น ผิดยังไง ซ่าใครมาถึงผิด รู้จักถุงยางไหม ถุงยาง...”

**ตารางที่ 7** แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ

Independent t test

ตัวแปร	n	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
<b>เพศ</b>						
ชาย	30	24.13	6.14	1.227	78	0.224
หญิง	50	22.42	5.99			
<b>บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย</b>						
อยู่กับผู้ดูแล	61	23.62	5.17	1.177	22.579	0.251
ไม่ได้อยู่กับผู้ดูแล	9	21.26	8.24			
<b>สถานภาพการทำงาน</b>						
ไม่ทำงาน	67	23.08	6.02	0.090	78	0.929
ทำงาน	13	22.92	6.53			
<b>การใช้สารเสพติด(บุหรี่)</b>						
ใช้	12	27.33	4.37	-2.752	78	0.007*
ไม่ใช้	68	22.30	6.03			
<b>การไปเที่ยวกลางคืน เช่น เคค ผับ บาร์ คาราโอเกะ</b>						
เที่ยว	9	27.68	4.34	-2.626	78	0.010*
ไม่เที่ยว	71	22.45	6.00			

\*P-value < 0.05

ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สัมพันธ์กับการมีประวัติใช้สารเสพติดและการไปเที่ยวกลางคืน เช่น เคค ผับ บาร์ คาราโอเกะ

เด็กหญิง ปวช.1 อายุ 16 ปี เล่าให้ฟังว่า “...ออกจากบ้านหกโมงเย็น นั่งอยู่ร้านเกม บางที่ซัอนมอร์เตอร์ไซด์เข้าบ้านสองถึงสามทุ่ม เพื่อนจะคุยเรื่องเพศกันอย่างเปิดเผย พวกเพื่อนหนูออกเที่ยวกันบ่อย เคยชิน เกิดอะไรก็ช่างไม่แคร์ตัวเอง ถ้ามีเพศสัมพันธ์ก็ไม่มีอะไรเสียแล้ว เวลาทำอะไรกันที่บ้านเพื่อน...”

เด็กหญิงทำงานแล้วอายุ 17 ปี เล่าให้ฟังว่า “...เด็กที่ออกนอกบ้านเป็นเด็กที่ออกนอกกรอบอยู่ห่างการควบคุมของผู้ใหญ่ ทำให้ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวเอง และได้ความรู้จากเพื่อน คนรอบข้างได้มาก ได้เลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ เป็นการตัดสินใจของเราเอง...” และยังได้เล่าถึงประสบการณ์เวลาที่ได้ใช้สารเสพติดให้ฟังว่า “...เวลาที่หนูใช้ยาแล้วมีอาการผิดปกติ เผลย เหนื่อย หนูจะกังวลมาก หนูจะมาถามพี่ ๆ ทำให้หนูรู้ เข้าใจ ว่าจะทำอย่างไร...”

เด็กชาย ม.6 อายุ 18 ปี เล่าให้ฟังอีกว่า “...เด็กที่เที่ยวกกลางคืนจะเป็นเด็กที่กล้าระดับหนึ่ง เรื่องเพศไม่ใช่เรื่องแปลก...และเด็กที่เข้าไปอยู่ในสังคมใหญ่จะมีโอกาสดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ถึงเราไม่กินแต่เพื่อนกิน เราก็ต้องกิน เพื่อให้เข้ากับเพื่อนได้ แต่ไม่ชอบ ไม่ติด ได้เจอคน ได้แลกเปลี่ยนเรื่องที่เราอยากรู้ เวลาเล่าเรื่องเพศทำให้สนิทกันง่าย ชวนให้คุยกันต่อ ตลกขำ ฮาคุยกันได้นาน...”

**ตารางที่ 8** แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ One – way ANOVA

ตัวแปร	n	Mean	SD	F	df	Sig. (2-tailed)
<b>ระบบการศึกษา</b>				0.712	2	0.494
ในระบบ	63	22.65	5.92			
นอกระบบ	8	25.00	6.90			
หยุดเรียน	10	24.22	6.57			

\*P-value < 0.05



**ตารางที่ 8** แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของเจตคติต่อเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ One – way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean	SD	F	df	Sig. (2-tailed)
<b>รายได้/เบี้ยเลี้ยง/ค่าขนมต่อวัน</b>				6.400	2	0.003*
0-50 บาท	26	20.38	6.60			
50-100 บาท	39	23.35	5.57			
มากกว่า 100 บาท	15	26.93	3.95			
<b>แหล่งที่มาของรายได้</b>				1.032	3	0.383
ทำงานด้วยตนเอง	7	21.85	9.02			
พ่อหรือแม่	29	23.44	5.07			
ญาติผู้ใหญ่	21	24.57	5.79			
กองทุน/สถานสงเคราะห์	23	21.56	6.44			
<b>ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4 %)</b>				1.009	2	0.369
0-15%	12	27.00	6.37			
15-24%	24	23.37	5.80			
มากกว่าหรือเท่ากับ 25%	44	22.34	6.12			
<b>การเปิดเผยสถานการณ์มีเชื้อเอชไอวีกับคู่</b>				6.414	2	0.003*
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	66	22.01	5.96			
เคยบอก	3	28.66	3.05			
ไม่เคยบอก	11	27.81	4.04			

\*P-value < 0.05

### ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สัมพันธ์กับรายได้ เบี้ยเลี้ยง ค่าขนมต่อวัน

เด็กหญิงปวช.1 อายุ 16 ปีบอกว่า “...หนูได้เงินวันละ 150 บาท หนูเอาไปซื้อข้าว ซื้อขนม แต่งตัว เข้าร้านเน็ต อยากได้อะไรก็เก็บสตางค์ไว้ซื้อ ไม่รู้สึกขาดสน บางทีหนูซื้อหนังสือนิยายอ่าน...หนู มาร่วมกิจกรรมได้ทุกครึ่ง...”

เด็กมหาวิทยาลัยบอกว่า “...ถ้าเรามีเงินเราจะสามารถคิดวางแผนเรื่องการใช้เงินและเราจะ สามารถเข้าถึงการศึกษาและสังคมที่มีคุณภาพได้มากกว่า...เวลาหนูมีเงินแล้วหนูเอาไปซื้อหนังสือ ไม่เคยคิดเสียตาย...”

เด็กชายกศน. ม.ปลาย อายุ 18 ปีบอกว่า “...สำหรับผมแล้ว ซื้อถุงยาง เตรียมติดกระเป๋าไว้ แต่ เดี่ยวนี้ไม่แล้วมีคนเดียว เตรียมไว้ที่บ้าน...”

### ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ลักษณะของกลุ่มเด็กได้สรุปเป็นช่วงค่ามัธยฐานและ interquartile (IQR) สำหรับตัวแปร ที่ต่อเนื่องและตัวเลขสัดส่วน categorical variables การวิเคราะห์การถดถอย (Logistic regression) ถูกนำมาใช้เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการอยู่ในกลุ่มของคะแนนรวม มากกว่า หรือเท่ากับ 25 (เจตคติค่อนข้างบวก) ตัวแปรต่อเนื่องได้กลายเป็นตัวแปรที่เด็ดขาดโดยใช้ค่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ตัวแปรถูกจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มของลักษณะทางประชากร ลักษณะ ทางสังคม ลักษณะทางเศรษฐกิจและภาวะสุขภาพกับกลุ่มของพฤติกรรมเสี่ยงสภาวะแวดล้อมและ พฤติกรรมทางเพศ ในขั้นตอน Univariate ตัวแปรที่มีค่า P-value <0.10 มีตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว จะ ถูกนำไปวิเคราะห์แบบ Multivariate

**ตารางที่ 9** การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 25) กับปัจจัยด้านต่างๆ

Parameters	Univariate		Multivariate	
	(95%CI)	P-value	(95%CI)	P-value
<b>อายุ</b>		<0.001**		
13-15		Ref.		
16-18	8.8 (3.2-24.1)		5.1 (1.1-23.3)	0.04*
<b>เพศ</b>		0.38		
ชาย		Ref.		
หญิง	0.7 (0.3-1.7)	0.38		
<b>ระดับการศึกษา</b>		<0.001**		
ไม่ได้เรียน (หยุดเรียน)		Ref.		
ประถมศึกษา	0.3 (0.07-1.2)	0.04*	0.2 (0.02-3.5)	0.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.1 (0.01-0.8)	0.09	1.3 (0.2-9.0)	0.8
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	2.7 (0.5-14.2)	0.25	2.4 (0.4-15.4)	0.4
<b>สถานที่พักอาศัย</b>		0.33		
อยู่บ้านของตนเอง		Ref.		
อยู่ที่อื่น เช่น ห้องเช่า	1.6 (0.6-3.8)	0.33		
<b>บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย</b>		0.87		
อยู่กับผู้ดูแล		Ref.		
ไม่ได้อยู่กับผู้ดูแล	0.9 (0.3-2.6)	0.87		

\*\*P –value < 0.001 \*P –value < 0.05

**ตารางที่ 9** การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 25) กับปัจจัยด้านต่างๆ (ต่อ)

Parameters	Univariate		Multivariate	
	Odds Ratio (95%CI)	P-value	Odds Ratio (95%CI)	P-value
<b>รายได้</b>		<b>0.001*</b>		
0-50 บาท	Ref.			
50-100 บาท	2.6 (0.5-14.2)	0.095	1.5 (0.4-5.2)	0.53
มากกว่า 100 บาท	13.3 (2.8-63.4)	0.001*	3.5 (0.6-22.2)	0.18
<b>แหล่งที่มาของรายได้</b>		<b>0.36</b>		
ทำงานด้วยตนเอง	Ref.			
พ่อหรือแม่	0.8 (0.2-3.0)	0.73		
ญาติผู้ใหญ่	0.4 (0.1-1.8)	0.24		
<b>สถานะ การทำงาน</b>		<b>0.42</b>		
ไม่ทำงาน	Ref.			
ทำงาน	1.6 (0.5-5.3)	0.43		
<b>ระดับภูมิคุ้มกัน CD4</b>		<b>0.16</b>		
0-200	Ref.			
201-500	5.8 (0.6-60.1)	0.14		
มากกว่า 500	0.3 (0.3-25.1)	0.4		
<b>ระดับภูมิคุ้มกัน CD4%</b>		<b>0.55</b>		
0-15 %	0.5 (0.1-2.0)	0.35		
15-24 %	0.5 (0.1-1.8)	0.28		

\*P –value < 0.05

**ตารางที่ 9** การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 25) กับปัจจัยต่างๆ (ต่อ)

Parameters	Univariate		Multivariate	
	(95%CI)	P-value	(95%CI)	P-value
<b>ระดับปริมาณไวรัสเอชไอวี</b>		<b>0.08*</b>		
น้อยกว่า 50		Ref.		
50-400	5.2 (0.5-52.9)	0.17		
มากกว่า 400	2.9 (0.9-9.0)	0.07		
<b>การใช้สารเสพติด(บุหรี่)</b>		<b>0.002*</b>		
ใช้		Ref.		
ไม่ใช้	8.6 (1.7-42.4)	0.008*	4.1 (0.5-32.7)	0.19
<b>การใช้สารเสพติด(สุรา)</b>		<b>0.0003**</b>		
ใช้		Ref.		
ไม่ใช้	5.6 (2.1-15.0)	0.001*	2.1 (0.6-6.8)	0.23
<b>การไปเที่ยวกลางคืน</b>		<b>0.03*</b>		
เคยเที่ยว		Ref.		
ไม่เคยเที่ยว	5.4 (1.0-27.7)	0.05	1.0 (0.1-8.5)	0.99
<b>การมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์</b>		<b>0.004*</b>		
มี		Ref.		
ไม่มี	0.2 (0.07-0.6)	0.002	0.3 (0.09-1.1)	0.08
ไม่ทราบ	0.3 (0.06-0.1)		0.3 (0.05-1.6)	0.16

\*\*P -value < 0.001 \*P -value < 0.05

**ตารางที่ 9** การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเจตคติต่อเรื่องเพศก่อนข้างบวก (คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 25) กับปัจจัยต่างๆ(ต่อ)

Parameters	Univariate		Multivariate	
	(95%CI)	P-value	(95%CI)	P-value
<b>การมีแฟน</b>		<b>0.001*</b>		
มีแฟน		Ref.		
ไม่มีแฟน	0.2 (0.08-0.6)	0.002*		
<b>การมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่&lt;0.001**</b>				
เคย		Ref.		
ไม่เคย	0.04 (0.005-0.3)	0.002*	0.06(0.005-0.58)	0.02*
<b>การถูกห้ามมีแฟน</b>		<b>0.04*</b>		
เคยถูกห้ามมีแฟน		Ref.		
ไม่เคยถูกห้ามมีแฟน	2.5 (1.0-6.3)	0.05	2.6 (0.8-8.4)	0.11
<b>การถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์</b>		<b>0.11</b>		
เคยถูกห้าม		Ref.		
ไม่เคยถูกห้าม	2.1 (0.08-5.2)	0.11		

\*\*P –value < 0.001 \*P –value < 0.05

จากการทำ Multivariate Analysis พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ได้แก่ อายุ และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ โดยที่เด็กอายุ 16-18 ปี มีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มที่เจตคติเรื่องเพศบวกมากกว่าเด็กที่อายุ 13-15 ปี 5 เท่า Odds ratio (95% CI): 5.1 (1.1-23.3) และเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มที่เจตคติเรื่องเพศบวกน้อยกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศแล้ว 94% Odds ratio (95% CI): 0.06(0.005-0.58)

## บทที่ 5

### การสรุป การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีที่คลินิกศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

#### สรุปผลการวิจัย

##### ผลสรุปคะแนนรวมของเจตคติต่อเรื่องเพศ

เจตคติต่อเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจเรื่องการติดต่อ พบว่าเด็กมีความรู้ความเข้าใจค่อนข้างต่ำ เช่นเด็กจำนวน 10% เข้าใจว่ายาเม็ดคุมกำเนิดไม่ใช่เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ปลอดภัย เด็กจำนวน 28.75% เข้าใจว่าการหลังขังนอกรทำให้คู่สามารถรับเชื้อเอชไอวีได้ เด็ก 36.25% เข้าใจว่าผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีน้อยสามารถผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ได้เมื่อเวลามีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน แต่ เด็กจำนวน 93.75% เข้าใจว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถทำให้คู่ของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีปลอดภัย

เจตคติต่อเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกคิดพบว่าเด็กรู้สึกค่อนข้างลบต่อเรื่องเพศคือเด็กจำนวน 58.75% รู้สึกผิดถ้าจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ถึงแม้ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพราะจะสามารถผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ได้ เด็กจำนวน 52.5% เชื้อและรู้สึกว่าการช่วยตนเองเป็นเรื่องผิดปกติ ผิดบาปและเป็นการหมกมุ่นอยู่กับเรื่องไม่ดี ไม่มองว่าการช่วยตนเองให้มีความสุขทางเพศเป็นเรื่องปกติ

เจตคติต่อเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้มของพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี พบว่า เด็กจำนวน 86.25% มีความรู้สึกบวกต่อร่างกายของตนเอง สามารถสัมผัสและดูแลอวัยวะเพศของตนเองเหมือนกับที่ทำกับอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เด็กจำนวน 81.25% รู้สึกว่าตนเองต้อง

รับผิดชอบในการไม่ผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ เด็กแต่มีเด็กเพียงจำนวน 20% ที่เตรียมถุงยางอนามัยไว้เสมอเพื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและจากการท้องไม่พร้อม

เด็กจำนวน 75% มีความเข้าใจว่าการเลือกคู่อหรือแฟนนั้นอยู่บนพื้นฐานของความพึงพอใจและการเคารพต่อบุคคลและชีวิตทางเพศของคนในสังคมมีความหลากหลายไม่ใช่ความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนทางเพศ เช่น ชายรักชาย หญิงรักหญิง หรือคนรักสองเพศ

**ผลสรุปของการศึกษาคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มของเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก(คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน)**

**และกลุ่มของเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ(คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน)**

พบว่า เด็กอายุ 13-15 ปีมีสัดส่วนของกลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ (77.8%) สูงกว่ากลุ่มคะแนนที่มีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก (28.6%) ในกลุ่มนี้มีเด็กเพียง 10 คนที่อยู่ในกลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก ในเด็กอายุ 16-18 ปีมีสัดส่วนของกลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก (71.4%) สูงกว่ากลุ่มคะแนนที่มีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ (22.2%)

ในเด็กที่มีปริมาณไวรัสเอชไอวีต่ำมีสัดส่วนของเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ (84.4%) สูงกว่ากลุ่มคะแนนที่มีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก(62.9%)

ในเด็กที่มีประวัติเคยใช้สารเสพติดพบว่าเด็กที่มีประวัติเคยใช้บุหรี่ เหล้า สารเสพติด ผิดกฎหมาย(ยาบ้าหรือยาไอซ์) มีสัดส่วนของกลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบสูงกว่าเด็กที่ไม่มีประวัติเคยใช้สารเสพติด ดังนี้ บุหรี่(95.6%) เหล้า(62.2%) สารเสพติด ผิดกฎหมาย(100%)

ในเด็กที่มีเพื่อนสนิทที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้วจะมีสัดส่วนของกลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก(65.7%) สูงกว่ากลุ่มเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ (28.9%) และสูงกว่าเด็กที่ไม่มีเพื่อนสนิทที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

ในเด็กที่มีแฟนจะมีสัดส่วนของกลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก (62.9%) สูงกว่ากลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ(26.7%) และสูงกว่าเด็กที่ไม่มีแฟน

ในเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์จะมีสัดส่วนของกลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบ(97.8%) สูงกว่ากลุ่มคะแนนเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวก (62.9%)



## ปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติต่อเรื่องเพศด้านบวกของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คือ อายุ ( $P < 0.001$ ) ระดับการศึกษา ( $P < 0.001$ ) รายได้ เบี้ยเลี้ยงหรือค่าขนมต่อวัน ( $P = 0.001$ ) ปริมาณไวรัสเอชไอวี ( $P = 0.08$ ) การใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ ( $P = 0.002$ ) การใช้สารเสพติดประเภทเหล้า ( $P = 0.0003$ ) การไปเที่ยวกลางคืน ( $P = 0.03$ ) การมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ( $P = 0.004$ ) การมีแฟน ( $P = 0.001$ ) การถูกห้ามมีแฟน ( $P = 0.04$ ) การมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ของตนเอง ( $P < 0.001$ )

ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเพศ สถานที่พักอาศัย บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย สถานภาพการทำงาน ระดับภูมิคุ้มกัน

### การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ได้แก่ อายุ และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ โดยที่เด็กอายุ 16-18 ปี มีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มที่เจตคติเรื่องเพศบวกมากกว่าเด็กที่อายุ 13-15 ปี 5 เท่า Odds ratio (95% CI): 5.1 (1.1-23.3) และเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มที่เจตคติเรื่องเพศบวกลดลงกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศแล้ว 94% Odds ratio (95% CI): 0.06(0.005-0.58)

### การอภิปรายผล

จากการค้นพบที่ได้จากการวิจัยมีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติหรือทัศนคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีดังนี้

#### 1. อายุ

พบว่าเด็กที่อายุมากขึ้นจะมีเจตคติเรื่องเพศค่อนข้างบวกมากกว่าเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoff T<sup>(29)</sup> ที่แสดงถึงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอชไอวี และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพิ่มขึ้น ส่งผลถึงพฤติกรรมของการใช้ถุงยางอนามัยที่สูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Childs G<sup>(30)</sup> เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มีเพศสัมพันธ์ (sexual abstinence) กับกิจกรรมทางเพศในวัยรุ่นหญิงอเมริกัน แอฟริกันที่มีรายได้ต่ำ ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 94 คนที่ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนระหว่างความรู้เรื่องเอชไอวีกับสิ่งที่เกี่ยวกับจิตใจ ความรู้สึกหรืออารมณ์และสังคมที่มีต่อทัศนคติการไม่มีเพศสัมพันธ์ ทัศนคติ

ต่อการใช้ถุงยาง ความสามารถในการจัดการเรื่องเพศของตนเอง การได้รับทัศนคติจากผู้ปกครองต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานพบว่าอายุเป็นสิ่งที่สามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญเพียงอย่างเดียว เมื่อเปรียบเทียบผลจากการวิจัยของ ศิริยุพา<sup>(31)</sup> และคณะที่ศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไทยทั้งหมด 5,996 คน ในเขตกรุงเทพฯ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ พบว่า ไม่มีความรู้เรื่องอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเพศชายและหญิงมีคะแนนความรู้เรื่องถุงยางอนามัยในระดับน้อย ร้อยละ 57.7 ขณะที่เด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ ร้อยละ 93.8 มีความรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถทำให้คู่ของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีปลอดภัย แต่ยังไม่สามารถส่งผลไปถึงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้เพราะมีเด็กจำนวนเพียง 20% ที่เตรียมถุงยางอนามัยไว้เสมอเพื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและจากการท้องไม่พร้อม

## 2. รายได้ เบี้ยเลี้ยงหรือค่าขนมที่เด็กได้รับต่อวัน

พบเด็กที่มีรายได้ เบี้ยเลี้ยงหรือค่าขนมที่ได้รับต่อวันมากกว่า 100 บาทจะมีเจตคติเรื่องเพศบวกสูงกว่าเด็กที่มีรายได้ เบี้ยเลี้ยงหรือค่าขนมที่ได้รับต่อวันต่ำกว่า 50 บาท เด็กมีเชื้อเอชไอวีได้รับ เบี้ยเลี้ยงหรือค่าขนมที่ได้รับต่อวันจากผู้ปกครองค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีที่อยู่ที่บ้านพักหรือสถานสงเคราะห์ ไม่ได้รับเบี้ยเลี้ยงหรือค่าขนมที่ได้รับต่อวันเลย เมื่อเปรียบเทียบกับเงินที่เด็กได้รับจากผู้ปกครองของเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ปี 2551-2552 จากข้อมูลของโครงการ Child Watch<sup>(32)</sup> ในเด็กมัธยมต้น(อายุประมาณ 13-15ปี) เด็กจะได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวัน 57.18 บาท เด็กมัธยมปลาย(อายุประมาณ 16-18 ปี)เด็กจะได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวัน 67.84 บาทและเด็กอาชีวะเด็กจะได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวัน 110.06 บาท ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ ลัษณา<sup>(33)</sup> พบว่าเด็กเพศชายอายุ 17-19 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่ได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บและไม่เพียงพอ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อเรื่องเพศสูงกว่าเด็กที่ได้รับค่าใช้จ่ายเพียงพอ ซึ่งอาจจะเป็นได้ว่าเด็กที่ได้รับค่าใช้จ่ายเพียงพอมีทางเลือกในการมีกิจกรรมที่หลากหลายมากกว่า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจและเจตคติต่อเรื่องเพศทั้งทางตรงและทางอ้อมได้

### 3. บุคคลที่เด็กพักอาศัยอยู่

พบว่าในกลุ่มเด็กที่มีเจตคติเรื่องเพศค่อนข้างบวกอยู่กับผู้ดูแลร้อยละ 77.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murpuy DA<sup>(34)</sup> ที่ได้ศึกษาผลกระทบของแม่ที่มีเชื้อเอชไอวีกับลูกที่ได้รับผลกระทบ แต่ไม่มีเชื้อเอชไอวี ในเด็กวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางจำนวน 118 คู่ พบว่า มีอัตราเสี่ยงต่อพฤติกรรมเรื่องเพศต่ำกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไป เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่ปิดกั้นยอมรับและเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ส่งผลเกิดการแสวงหาความรู้ ความเข้าใจต่อเรื่องเพศใหม่ ๆ ให้กับตนเอง การเลี้ยงดูของมารดาที่มีเชื้อเอชไอวีที่ให้การดูแลอย่างประจำและมีการตรวจสอบเพื่อดูปัจจัยที่ป้องกันเด็กวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางในสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์บางอย่างพบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลอย่างประจำ (frequent family routines) มีอัตราของความก้าวร้าว, ความวิตกกังวล (anxiety), ความกังวล (worry), ความซึมเศร้า, พฤติกรรมขโมย พุดบด ชกต่อย (conduct disorder) , การดื่มสุรามากเกินไปที่ลดลงและมีการเพิ่มความคิดมีคุณค่าต่อตนเองมากขึ้น

### 4. ภาวะสุขภาพระดับภูมิคุ้มกัน และปริมาณไวรัสเอชไอวี

พบว่าเด็กที่มีระดับภูมิคุ้มกันมากและปริมาณไวรัสเอชไอวีน้อย จะมีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวกมากกว่าเด็กที่มีระดับภูมิคุ้มกันน้อยและปริมาณไวรัสเอชไอวีมาก เมื่อศึกษาจากงานวิจัยของ Marguerita พบว่าเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว มีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น ดูเหมือนว่าจะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีก่อนการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า เมื่อร่างกายแข็งแรงขึ้น เติบโตและเข้าสู่วัยรุ่น ทำให้เด็กมีโอกาสที่จะเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น

### 5. การใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ เหล้า และการเที่ยวกลางคืน

พบว่าเด็กที่เคยมีประวัติการใช้สารเสพติดบุหรี่ เหล้า และการเที่ยวกลางคืน มีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวกมากกว่าเด็กที่ไม่เคยมีประวัติการใช้สารเสพติดบุหรี่ เหล้า และการเที่ยวกลางคืน และเด็กกลุ่มนี้มีเพียง(20%) เท่านั้นที่เตรียมถุงยางอนามัยไว้เสมอเพื่อจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy ที่พบว่าเด็กที่ใช้สารเสพติดจะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและสอดคล้องกับ Marguerita และคณะ ที่พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ได้รับเชื้อเอชไอวี หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะมีการใช้สารเสพติดมากขึ้นเป็นสองเท่าและมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน 42 % ต่อ

ครั้งเมื่อเทียบกับก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เมื่อพิจารณาที่พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จะขึ้นอยู่กับความสามารถในการพูดคุยกับคู่ และความรักที่มีต่อกัน ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ Farnet <sup>(35)</sup> ที่ว่า วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในเรื่องเพศที่มีอารมณ์ความรู้สึกรักเชิงเพื่อนเข้ามาเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพเพื่อฝัน (romantic relationships) ทำให้มีความสามารถในการปฏิเสธน้อย เกิดการละล้าละลัง ถ้าเปิดเผยสถานการณ์มีเชื้อเอชไอวี กลัวจะถูกบอกเลิก การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเครื่องเตือนถึงการติดเชื้อเอชไอวี และเครื่องกีดขวางความผูกพันของคู่

## 6. การมีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

เด็กที่มีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์จะมีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวกมากกว่าเด็กที่ไม่มีเพื่อนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ การศึกษาของ Wiener พบว่าเด็กที่มีเชื่อรับรู้ว่าผู้คนส่วนใหญ่ในวัยเดียวกับตนมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้วจึงเพิ่มความกดดันที่จะทำเหมือนเพื่อน โดยการมีเพศสัมพันธ์ดังเช่นคนทั่วไป จากการศึกษาทำให้แบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่มคือเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และเด็กที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้วพบว่าเด็กที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้วให้ข้อมูลว่าเห็นเพื่อนมีเพศสัมพันธ์แล้วอยากมีแบบเพื่อน แต่ในกลุ่มเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ได้ผลที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Wiener เด็กกลุ่มนี้บอกว่าไม่ส่งผลใด ๆ เด็กรู้สึกกดดันแต่ไม่ทำตามเพื่อน

## 7. การมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ของตนเอง

จากการศึกษานี้พบว่าเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีเจตคติต่อเรื่องเพศด้านบวกน้อยกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศแล้ว 94% แต่ยังไม่ส่งผลการมีพฤติกรรมที่จะทำให้เด็กมีสุขภาวะทางเพศที่ดีในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยทุกครั้ง ถึงแม้ว่าเด็กจำนวน 93.75% จะเข้าใจว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถทำให้คู่ของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีปลอดภัย แต่จากการศึกษานี้เกี่ยวกับความรู้เรื่องการติดต่อของเชื้อเอชไอวีมีเด็กเพียง 10% ที่เข้าใจว่ายามีคุมกำเนิดไม่ใช่เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ปลอดภัย เด็กจำนวน 28.75% เข้าใจว่าการหลังข้างนอกทำให้คู่สามารถรับเชื้อเอชไอวีได้ เด็ก 36.25% เข้าใจว่าผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีน้อยสามารถผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ได้เมื่อเวลามีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Wiener ที่สรุปว่า เด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีที่ยังคงมีความสนใจต่อเรื่องเพศและมีเพศสัมพันธ์ (Sexually active) มีความรู้เรื่องการผ่านเชื้อทางพฤติกรรมต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ต่ำ

## 8. เด็กที่ถูกห้ามมีแฟนและการถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์

พบว่าเด็กที่ไม่เคยถูกห้ามไม่ให้มีแฟนจะมีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวกมากกว่าเด็กที่เคยถูกห้าม ถึงแม้ว่าพ่อแม่จะไม่เคยพูดคุยกับลูกเรื่องเพศเลยก็ตาม พฤติกรรมทางเพศของพ่อแม่ก็ยังคงเป็นแบบอย่างแก่ลูก เด็กหลายคนเกิดเจตคติเชิงลบกับเรื่องเพศ<sup>(36)</sup> ความคิด ความเชื่อของผู้ดูแลส่งผลถึงความรู้ ความเข้าใจ ทศนะต่อเรื่องเพศของเด็ก เด็กยิ่งอายุน้อยมีเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างลบกว่าเด็กที่อายุมากขึ้นที่เริ่มห่างจากผู้ดูแล สร้างตัวตนของตนเอง วัยรุ่นช่วงแรกมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ความเชื่อมั่นในรูปลักษณ์ของตนเองถูกสั่นคลอนจากการเปลี่ยนแปลง จึงมีปัญหาคความกังวลและอารมณ์แปรปรวนโดยยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง จึงมีปัญหากับพ่อแม่หรือผู้ดูแลมากกว่าช่วงวัยอื่น เป็นวัยที่กำลังแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง จึงทำให้เกิดความสับสนและการต่อต้าน (turmoil and rebellion)<sup>(37)</sup> ถ้าการเลี้ยงดูของสมาชิกในบ้านหรือผู้ดูแลที่เป็นการห้าม ชมเชยให้กลัว ใช้ความรุนแรง และการลงโทษที่เจ็บปวด “...ถ้าออกไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ห้ามเข้าบ้าน ปู่จะตีและไล่ส่ง หนูเคยโดนตีด้วยรองเท้า...” ทำให้เด็กมีความประพฤติก้าวร้าวมากขึ้นหรือเก็บกด มีความทุกข์ใจ “...หนูรู้สึกอึดอัด เบื่อ เซ็ง อยากหนีไปให้ไกล ๆ...” ความต้องการควบคุมเด็กโดยการกระทำในรูปแบบนี้ของผู้ดูแล ทำให้เด็กไม่มีความสุข รู้สึกว่าตนเองไม่ดี รู้สึกต่ำต้อย เครียด สอดคล้องกับการวิจัยของ Mussi S<sup>(38)</sup> ที่ได้ศึกษาผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีในเมืองใหญ่ในประเทศอุกันดาพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (55.6%) ของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีจำนวน 82 คนที่อายุต่ำกว่า 15 มีความทุกข์ทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ และ 14 (17.1%) มีการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 12 เดือน ทำการทดสอบความผิดปกติเฉพาะทางจิตเวชโดยใช้เกณฑ์ ICD-10, มีความวิตกกังวล 45.6% มีภาวะซึมเศร้า 40.8% มี somatisation 18.0%, มีอาการชัก 8.4% มีอาการคลุ้มคลั่ง 1.2% และมีภาวะทางสมองที่เกี่ยวข้องจากเอชไอวี encephalopathy ก้าวหน้า 4.8%

## 9. เจตคติต่อเรื่องเพศ ความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาพบว่าเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกค่อนข้างลบต่อตนเอง เด็ก 55% ไม่อยากนึกถึงว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี 17.5% รู้สึกแย่ 17.5% รู้สึกสงสารตัวเอง 36.3% รู้สึกไม่เหมือนวัยรุ่นทั่วไปและ 7.6% รู้สึกไม่ชอบตัวเองและรู้สึกรังเกียจตัวเอง มีเพียง 10% ที่รู้สึกเฉย ๆ เหมือนคนอื่นทั่วไป เด็กผู้ชายอายุ 16 ปีกล่าวว่า "...รู้สึกไม่เหมือนวัยรุ่นทั่วไป ตัวเรารู้ตัวเรา ก็ไม่อยากมีแฟน รู้สึกเป็นปมด้อย เราเป็นอย่างนี้ คนอื่นที่รู้เขาจะรังเกียจเรา เขาจะไม่อยากยุ่งกับเรา ถ้าเราไปมีแล้วเราเผลอพลาด ไปทำให้เขาติด ก็เป็นบาป ยิ่งไปทำให้เขามีลูกก็ยิ่งบาปเข้าไปใหญ่ ไปแพร่เชื้อให้เขา บาป..." และเด็กหญิงกศน. อายุ 18 ปีบอกว่า "...น้อยใจ ที่คนอื่นไม่เป็นแล้วเราเป็น คืออยากเป็นปกติเหมือนคนอื่น ๆ...เวลามีคนมาชอบก็คิดถึงเรื่องนี้ และไม่อยากให้เขาเป็นเหมือนเรา ก็มีกังวล ว่าเราเป็นแล้วไม่อยากทำให้เขาเป็น..." ซึ่งขัดแย้งกับสรุปข้อมูลงานวิจัย ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมความเสี่ยงด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ<sup>(39)</sup> ที่สำรวจความคิดเห็นของวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี อายุ 9-18 ปีในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดพะเยา จำนวน 200 คน พบว่า 70.9% รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่นเมื่อทราบว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี และจากการศึกษานี้ยังพบอีกว่าเด็กจำนวน 81.25% มีความรู้สึกที่ตนเองต้องมีความรับผิดชอบในการไม่ผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ มีความรู้สึกผิดถ้าจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ถึงแม้ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ King R<sup>(40)</sup> และคณะที่ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้หญิงและผู้ชายที่มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 1,092 คน ในประเทศยูกันดา พบว่าเหตุผลที่ทำให้ผู้ที่เชื้อเอชไอวีรู้สึกรับผิดชอบต่อการป้องกันการผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่เชื่อมโยงกับความเชื่อว่า การผ่านเชื้อเอชไอวีเท่ากับเป็นการฆาตกรรม ทำให้บาดเจ็บต่อความรู้สึกจิตใจและสุขภาพกาย และทำให้เด็กต้องเป็นเด็กกำพร้า เหตุผลแรกในการป้องกันการผ่านเชื้อเอชไอวี คือเด็กที่ยังไม่ได้เกิดขึ้นมาเป็นเด็กที่บริสุทธิ์ (Innocent) ผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อการไม่ผ่านเชื้อเอชไอวีรายงานว่าคุณสมบัติที่รับผิดชอบนำไปพวกเขาลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการผ่านเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนให้คู่มารับการตรวจเลือด การเปิดเผยผลเลือดและมีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี

## 10. การเปิดเผยสถานการณ์มีเชื้อเอชไอวี

พบว่าได้มีการเปิดเผยสถานการณ์มีเชื้อเอชไอวีกับเพื่อน 20% และ 32.35% เคยเปิดเผย สถานการณ์มีเชื้อเอชไอวีกับแฟนคนปัจจุบัน เด็กเกือบครึ่ง 52.5% มีความต้องการอยากบอกแฟน หรือผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยว่าตนมีเชื้อเอชไอวี แต่มีเพียง 21.4% ที่เคยเปิดเผยสถานการณ์มีเชื้อเอชไอวี ของตนกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัย ความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรม ความเสี่ยงด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ พบว่าผลใกล้เคียง กัน โดย เด็กที่มีเชื้อเอชไอวี 28.1% จะบอกผลเลือดกับแฟน 23.6% จะไม่บอกผลเลือดกับแฟน และ 64.3 % สามารถบอกคู่เรื่องผลเลือด 34.2 % ไม่สามารถบอกคู่เรื่องผลเลือด

เด็กหญิงหยุดเรียน อายุ 17 ปี บอกว่า “...บางคนรับได้ บางคนรับไม่ได้ แต่ส่วนใหญ่ในความคิดของหนูรับไม่ได้หรอก ตัวเราเองยังไม่อยากเป็นเลย บอกให้เด็กป้องกันใส่ถุงไว้ก่อน ทำง่ายกว่าให้บอก แฟนว่า เราเป็นอะไร มีเชื้อ ง่ายกว่าเยอะ...หนูไม่อยากบอก กลัวถูกทิ้ง กลัวเจ็บ กลัวทรมาณ กลัวว่า เวลาสุดท้ายของเราจะไม่มีใครอยู่ด้วย จะไม่มีใครดูแล เวลานั้นจะไม่เหลือใคร...” จากการศึกษาของ Rongkavilit <sup>(41)</sup> ในเรื่องการติดตามเรื่องการมีเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานการณ์มีเชื้อเอชไอวีและความทุกข์ใจของเด็กวัยรุ่นไทยที่มีเชื้อเอชไอวีอายุ 16-25 ปีจำนวน 70 คน พบว่า 88.6% รายงานว่ามีคนที่รู้จักอย่างน้อย 1 คนรู้สถานการณ์มีเชื้อเอชไอวีของพวกเขา ชายที่มีความสัมพันธ์กับชายจะเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับเพื่อนมากกว่าครอบครัว แต่ผู้หญิงจะเปิดเผยสถานะ การมีเชื้อเอชไอวีกับครอบครัวมากกว่าเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญ เจตคติของสังคมหรือสาธารณะต่อเอชไอวี ส่งผลถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และปัญหาทางสุขภาพจิต

## 11. ทักษะคิดต่อการใช้ถุงยางอนามัย

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อของประเทศไทย พบว่า วัยรุ่นมองว่าไม่ควรใช้ถุงยางอนามัยกับการมีเพศสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความรัก เพราะจะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจกันและขาดความใกล้ชิด ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในครั้งใหม่ที่เด็กวัยรุ่นมีทัศนคติต่อการ ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการผ่านเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่ของตน วัยรุ่น 81.3% รู้สึกว่าตนต้องรับผิดชอบในการไม่ส่งผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ของตนเอง และจากข้อมูลของเด็กที่มีประสบการณ์การมี

เพศสัมพันธ์แล้วพบว่า มีการใช้วิธีการคุมกำเนิดค่อนข้างสูง 78.6% มี 46.2% ที่ใช้ถุงยางแสดงว่ามีเด็ก 53.8% ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy ที่พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี 43% มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จากการศึกษาของงานวิจัยชิ้นนี้ พบว่ามีเด็กเพียง (20%) เท่านั้นที่เตรียมถุงยางอนามัยไว้เสมอเพื่อจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดังนั้นเจตคติต่อเรื่องเพศค่อนข้างบวกไม่สามารถส่งผลถึงการมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพราะยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วยการพกถุงยางอนามัยไว้ติดตัวเสมอ

## 12. การรับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน

การศึกษานี้พบว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่เข้าใจและไม่ทราบว่ามีการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศ มี 45% ที่เข้าใจและทราบว่ามีการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศจากคลินิกที่รักษาอยู่เป็นประจำ มีเด็กเพียง 46.25% ที่สามารถปรึกษาซักถามและให้ข้อมูลเรื่องเพศโดยไม่รู้สึกลินอายหรือรังเกียจ เด็กส่วนใหญ่คิดถึงการใช้บริการด้านสุขภาพทางเพศเมื่อตนเองมีปัญหาเจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮมิกา<sup>(42)</sup> ที่ศึกษาความต้องการบริการด้านสุขภาพทางเพศของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 541 คน พบว่าควรจัดบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นโดยผู้ให้บริการที่เป็นมิตรและเข้าใจ วัยรุ่นควรมีอยู่ในระบบการให้บริการสุขภาพทั่วไปและการให้บริการควรให้ครอบคลุมเรื่องสุขภาพทางเพศ ความรักและความสัมพันธ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง

### ข้อเสนอแนะ

เจตคติเป็นต้นกำเนิดของความคิดและการกระทำ คนเรามักแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่สอดคล้องกับเจตคติที่มีอยู่ การค้นหาแนวทางหรือวิธีใหม่ในการปรับ เปลี่ยนเจตคติต่อเรื่องเพศเช่น กระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เพื่อ เปลี่ยนเจตคติด้านลบต่อเรื่องเพศให้มีเจตคติต่อเรื่องเพศบวกมากขึ้น อาจส่งผลถึงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วยการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เกิดความมั่นใจว่าคู่ของตนเองจะไม่สามารถรับเชื้อจากตนได้ การมีความเข้าใจเรื่องทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่หลากหลาย เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การมี



เพศสัมพันธ์ไม่สอดใส่ การชะลอการร่วมเพศ การควบคุมปริมาณไวรัสด้วยการกินยาต้านอย่างสม่ำเสมอ การมีความรู้สึกบวกลบต่อตนเองมากขึ้นและความรู้สึกบวกลบต่อเรื่องเพศ การไม่รู้สึกผิดถ้าจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การมีทางออกในการจัดการอารมณ์เพศด้วยการช่วยตัวเอง ความเข้าใจว่าสามารถมีลูกได้เหมือนคนทั่ว ๆ ไป และลูกที่เกิดมาไม่มีเชื้อเอชไอวี อาจส่งผลให้เด็กที่มีเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมของการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี กล่าวซักถาม ปรีกษาหรือหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตัวเองในเรื่องเพศ ความเปิดกว้างและให้โอกาสตัวเองในการเรียนรู้เรื่องเพศ การสร้างความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศกับคู่ คนในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเตรียมถุงยางไว้เสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การชะลอการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่พร้อม ความตั้งใจที่จะไม่ผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ ที่ผ่านมายังไม่มีกระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ในการสร้างพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอย่างถาวร

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. แบบสอบถามเพื่อประเมินเจตคติต่อเรื่องเพศครั้งนี้ได้ถูกสร้างขึ้นให้มีการเฉพาะกับกลุ่มประชากรเฉพาะ ไม่ได้ทำการทดสอบความตรงและความเที่ยง ดังนั้นจึงใช้การเปรียบเทียบค่าคะแนนเจตคติจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้เท่านั้น
2. ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กที่ผู้ทำวิจัยได้ทำกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องเอชไอวีและเรื่องเพศโดยผ่านการให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมกลุ่มและการเข้าค่ายมาก่อนเข้าโครงการวิจัย ดังนั้นผลของงานวิจัยนี้อาจจะไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีที่อื่นได้
3. การวิจัยไม่ได้วัดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ดังนั้นไม่สามารถสรุปได้ว่าการมีทัศนคติที่ค่อนข้างบวกทางเพศนั้นจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ปลอดภัยหรือไม่ ซึ่งประเด็นนี้ควรนำไปศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

## รายงานอ้างอิง

- (1) Kourrouski MF, Lima RA. Treatment adherence: the experience of adolescents with HIV/AIDS. *17, 6*, (Nov-Dec,2009): 947-52. PMID: 20126935 [PubMed]
- (2) NAIDS, Global report (Online). 2010. Available from: [www.unaids.org/](http://www.unaids.org/)  
[/Global\\_report.htm](http://www.unaids.org/Global_report.htm) (2011, March 2)
- (3) UNICEF. The challenge of treating children with HIV (Online), 2006, Available from: [www.unicef.org/infobycountry/files/06\\_hiv\\_aids.pdf](http://www.unicef.org/infobycountry/files/06_hiv_aids.pdf) (2011, March 9)
- (4) National AIDS Prevention and Alleviation Committee. UNGASS Country Progress Report, Thailand Reporting period: January 2006 - December 2007 (Online), 2006. Available from: [www.unaids.org/pub/report/2008thailand\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/pub/report/2008thailand_2008_country_progress_report_en.pdf) (2011, Feb 14)
- (5) Ministry of Public Health. Age ranges of children living with HIV are proportionate to the estimation of Thailand AEM Projection :2005-2025 (Online), 2006, Available from: [www.aidsdatahub.org](http://www.aidsdatahub.org) (2011, Feb 10)
- (6) กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติปีพ.ศ.2553. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.2553
- (7) UNICEF The challenge of treating children with HIV2006, Available from: [www.unicef.org/infobycountry/files/06\\_hiv\\_aids.pdf](http://www.unicef.org/infobycountry/files/06_hiv_aids.pdf) (2011 , March 9)
- (8) Thanyawee P, Linda A, Peninnah O et al., Hospitalization and mortality among HIV-infected children after receiving highly active antiretroviral therapy. Infect Dis. 2007.; 44,4 (Feb 15,2007):599-604.
- (9) Kabue MM, Kekitiinwa A, Maganda A et al., Growth in HIV-infected children receiving antiretroviral therapy at a pediatric infectious diseases clinic in Uganda. AIDS Patient Care STDS. 22,3 (Mar, 2008):245-51


- (10) Fernet M, Wong K, Richard ME, Otis J et al., Romantic relationships and sexual activities of the first generation of youth living with HIV since birth. AIDS Care. 23,4 (Apr, 2011),:393-400.
- (11) Wiener LS, Battles HB, Wood LV, A longitudinal study of adolescents with perinatally or transfusion acquired HIV infection: sexual knowledge, risk reduction self-efficacy and sexual behavior. AIDS Behav. 11,3 (May,2007);:471-8
- (12) เอื้อมพร โอเบอร์ดอร์เฟอร์, วิรัตน์ ศิริสันธนะ สถานการณเด็กติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย. ประชุมวิชาการประจำปี 2546 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ออนไลน์). 2546 แหล่งที่มา [www.med.cmu.ac.th/dept/pediatrics/](http://www.med.cmu.ac.th/dept/pediatrics/)(2011, Feb 14)
- (13) ชุตติมา สายแสงจันทร์. การดูแลเด็กและเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม.สถาบันคลังสมองของชาติ ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม 2553
- (14) Socialscience,การสร้างแนวคิดและเจตคติของบุคคล สังคมศาสตร์(ออนไลน์),16 ตุลาคม 2554 แหล่งที่มา: socialscience.igetweb.com (22 มิถุนายน 2555)
- (15) รัชนี นพเกตุ. มนุษย์ : จิตวิทยาทางเพศ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประกายพริ้ง, 2542
- (16) จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. เพศศึกษา.กรุงเทพมหานคร : ไสภณการพิมพ์ , 2548
- (17) กฤตยา อาชวนิจกุล.เพศศึกษาที่กำลังเปลี่ยนไปในสังคมไทย. (ออนไลน์). 2550. แหล่งที่มา <http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-03.pdf> (15 ตุลาคม 2553)
- (18) จิตติมา ภาณเดชะ. สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง Reproductive Right : the Key to Women's Health. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง,2011
- (19) วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี.สุขภาพะทางเพศ.(ออนไลน์). แก้ไขล่าสุด วันที่ 17 มกราคม 2554 เวลา 05:07 น. แหล่งที่มา <http://th.wikipedia.org/wiki/สุขภาพะทางเพศ> (6 มีนาคม 2554)
- (20) แผนงานส่งเสริมสุขภาพะทางเพศ.มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง(สคส.). วัยรุ่นกับสุขภาพะทางเพศ (แผ่นพับ). 2 มิถุนายน 2552

- (21) สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รายงานการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การปรึกษา (ออนไลน์). 2547 แหล่งที่มา: [www.li.mahidol.ac.th/book/recommend](http://www.li.mahidol.ac.th/book/recommend) (10 พฤษภาคม 2555)
- (22) รุจิดา ศิริวัฒนา .ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในเขตตรวจราชการที่ 3.วารสารที่ตีพิมพ์ รายงานวิจัย, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 พ.ศ. 2549(ออนไลน์). 2547 แหล่งที่มา: [www.klb.dmh.go.th](http://www.klb.dmh.go.th) (10 พฤษภาคม 2555)
- (23) Murphy DA, Durako SJ, Moscicki AB et al., No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. *Journal of Adolescent Health*(On line). 2001 Available from: [www.jahonline.org/article](http://www.jahonline.org/article) (2011, April 1)
- (24) Amy D. Leonard et al., Lowering the risk of secondary HIV transmission: Insights from HIV positive youth and health care providers. *Perspect Sex Report Health*.(On line) 2011 June Available from: [www.onlinelibrary.wiley.com](http://www.onlinelibrary.wiley.com) (2012, April 3)
- (25) Jelly Beyeza-Kashesya et al., To use or not to use a condom: A prospective cohort study comparing contraceptive practices among HIV-infected and HIV-negative youth in Uganda. *BMC infectious Diseases* (On line), 2011 Available from: [www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com)(2012, May 20)
- (26) Marguerita et al, Risk Behaviors of Youth Living With HIV: Pre-and Post-HAART. *J Health Behav* (On line).2005 Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) (2012, May 20)
- (27) Nachman S et al., Human Immunodeficiency Virus Disease Severity, Psychiatric Symptoms, and Functional Outcomes in Perinatally Infected Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. (On line). 2012 Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) (2012, May 20)
- (28) เครือข่ายเยาวชนเพื่อการเปลี่ยนแปลง.โครงการกล้าเลือก กล้ารับผิดชอบ (แผ่นพับ) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- (29) Hoff T, Greene L, Davis J. Kaiser family foundation. Sexual health knowledge, attitudes and experiences. In: Henry J, editor. National survey of adolescents and young adults. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; (On line) 2003. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) (2012, May 20)
- (30) Childs G, Moneyham L, Felton G. Correlates of sexual abstinence and sexual activity of low-income African American adolescent females. *J Assoc Nurses AIDS Care*. (On line). 2008. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) (2012, May 20)
- (31) ศิริยุพา นันสุนานนท์. การศึกษาความรู้ เจตคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไทย(ออนไลน์).2553 แหล่งที่มา [www.chonlinet.lib.buu.ac.th](http://www.chonlinet.lib.buu.ac.th) (15 ตุลาคม 2553)
- (32) ข้อมูลโครงการ Child Watch, ข้อมูลระดับประเทศ 2549-2550 (ออนไลน์) แหล่งที่มา: <http://www.-childwatchthai.org> เข้าถึงวันที่ 5 พ.ค.2555
- (33) ลัชณา ฉายศิริ,จรรยาพร สุภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ฉบับที่ 2 วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 40.2553
- (34) Murphy DA, Roberts KJ. HIV-positive Mothers' Communication About Safer Sex And STD Prevention With Their Childern. *J Fam Issues* (On line) 2012. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) (2012, May 20).
- (35) Farnet M, Wong K, Richard ME, et al. Romantic relationships and sexual activities of the first generation of youth living with HIV since birth. *AIDS Care*. (On line) 23, 4(Apr, 2011):393-400
- (36) ขวลิต เฟ้ามม คณะบรรณารักษาร.เรื่องเพศที่ไม่อยากให้ลูกรู้(แต่กลัวอยู่ว่าลูกจะถาม) พิมพ์ครั้งแรก.บริษัท เนชั่นมัลติมีเดีย กรุ๊ป จำกัด, 2547
- (37) เข็ดชู อริยศิริวัฒนา, “การเลี้ยงลูกในยุคการสื่อสาร” , กลุ่มงานเวชกรรมสังคม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- (38) Musisi S, Kinyanda E., Emotional and behavioural disorders in HIV seropositive adolescents in urban Uganda .*East Afr Med J*. (On line) 86,1.(Jan, 2009) 16-24 Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) (2012, May 20).

- (39) มุลนิธิรักษ์ไทย.สรุปข้อมูลงานวิจัยความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมความเสี่ยงด้านอนามัยเจริญพันธ์ของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โครงการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และบริการอนามัยเจริญพันธ์ุแก่เยาวชนมีเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ. 2554 (อัดสำเนา)
- (40) King R et al., The virus stops with me: HIV-infected Ugandans' motivations in preventing HIV transmission. Soc Sci Med.(On line) 2009 Feb. Available from:www.ncbi.nlm.nih. Gov (2012, May 20).
- (41) Rongkavilit C et al., HIV stigma, disclosure and psychosocial distress among Thai youth living with HIV. Int J STD AIDS.(On line) 2010 Feb. Available from:www.ncbi. nlm.nih.gov (2012, May 20).
- (42) เขมิกา ยามะรัต,มนทกานตี เชื้อมซิด,ปิยลัมพร หะวานนท์,ณัฐวรรณ ดีเลิศเย็นง. ภาวะสุขภาพและความต้องการบริการด้านสุขภาพทางเพศของนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร Sexual Health Status and Services for University Students in Bangkok : กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554

ภาคผนวก

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม (Informed Consent Form)</b></p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/3</p>
---	--

โครงการวิจัยเรื่อง เจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย  
วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

(ชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรม) ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น ..... ของ ด.ช./ด.ญ./

นาย/นาง/นางสาว ..... ( ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการ

วิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิ จัยที่แนบมาฉบับวันที่

..... แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด .ช./ ด.ญ./ นาย /นาง /นางสาว

..... ( ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย ) เข้าร่วมใน


โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม  
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนาม  
ในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลา  
และโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ  
คำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า  
และผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง  
เหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วม  
การวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะ  
เปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุน  
การวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม (Informed Consent Form)</b></p> <p style="text-align: right;">หน้า 2/3</p>
---	--

อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้อง  
 กระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม  
 การศึกษาวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของ  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้า  
 ขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ /หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ  
 ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัว  
 ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้  
 โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของ  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและ  
 ในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ  
 รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/  
 นาง/นางสาว.....( ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย )  
 เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม  
 (.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง  
 .....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม  
 กับผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม (Informed Consent Form)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 3/3</p>
--	---

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ของ  
ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดง  
ความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสุตรัก ละครพล)


ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> ( Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 5</p>
---	--

**ชื่อโครงการวิจัย** เจตคติต่อเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย  
**ผู้ทำวิจัย**

**ชื่อ** นางสุตลัก ลครพล

**ที่อยู่** 321/201 ซอยอภาภิรม ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

**เบอร์โทรศัพท์** ที่ทำงาน 02-254-2566 ต่อ 118 และมือถือ 089-607-3267


### **เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการ วิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปีที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่าน มีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### **เหตุผลความเป็นมา**

เนื่องจากปัจจุบัน ในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีทั้งในเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพะทางเพศที่ดีและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และยังพบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นวัยรุ่นมีจำนวนสูงขึ้น ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพะทางเพศที่ดีมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ ซึ่งถูกกีดกันจากคนในครอบครัวและสังคมว่า จะเป็นผู้ผ่านเชื้อเอชไอวี ให้คู่ของตนเอง การห้ามมีเพศสัมพันธ์ การต้องการทำหมันให้เด็กจากผู้ดูแล สร้างความทุกข์ใจและก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นความรู้ความเข้าใจมีทัศนคติหรือ

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> ( Information sheet for research participant )</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2 / 5</p>
---	---

ความรู้สึกที่ดีในธรรมชาติเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี จะส่งผลต่อการมีชีวิตที่มีความสุขและมีสุขภาวะทางเพศที่ดีของตนเองและส่วนร่วมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือเพื่อศึกษาทัศนคติของเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศที่ดีและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของการมีสุขภาวะทางเพศที่ดีและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย  
จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 80 คน

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ในกรณีที่ท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย


หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ท่านจะได้รับเชิญให้มาพบผู้ทำวิจัยตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย เพื่อการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 3 เดือนและมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 2 ครั้ง

### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มิได้มีการทดลองใดๆ กับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณาอนุมัติก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> ( Information sheet for research participant )</p> <p style="text-align: right;">หน้า 3 / 5</p>
---	---

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ผลหรือประโยชน์ต่อเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีให้มีความเข้าใจตนเอง พัฒนาความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และการสื่อสารที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างรู้เท่าทันความต้องการของตนเอง สามารถหาทางออกกับแรงกดดันหรือสิ่งชักจูงใจทั้งจากเพื่อนและสิ่งแวดล้อมได้อย่างผู้รู้คิด สามารถรับมือกับสิ่งที่ไม่ดีและหลีกเลี่ยงและลดความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบในทางลบอันเนื่องมาจากพฤติกรรมทางเพศ เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การส่งผ่านเชื้อเอชไอวี ให้กับคู่ รวมทั้งสามารถช่วยพัฒนาพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม อันได้แก่ การมีสุขภาวะทางเพศที่ดีและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เคารพสิทธิทางเพศของตนเองและผู้อื่น

### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้


- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง

### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับค่าเดินทาง ในการมาให้สัมภาษณ์แบบมีแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึกทุกครั้ง ครั้งละ 300 บาท รวมทั้งหมด 2 ครั้ง

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ( Information sheet for research participant ) หน้า 4 / 5</p>
--	--

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้ รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อ ประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูล ของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการ เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับคำอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้ รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
6. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ( Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 5 / 5</p>
--	---

7. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอา นันทมหิดล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

## แบบสอบถาม

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วมกิจกรรม

ข้อ	คำถาม	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	เพศ	ชาย..... 1 หญิง..... 2	
2.	ปัจจุบันอายุเท่าไร	อายุ _____ ปี	
3.	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ..... 1 ประถมศึกษา..... 2 มัธยมศึกษาตอนต้น..... 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช..... 4 อนุปริญญา/ปวส..... 5 มหาวิทยาลัย..... 6 อื่นๆ (ระบุ) _____	
4.	ท่านศึกษาในระบบหรือนอกระบบ โรงเรียน	ในระบบโรงเรียน..... 1 นอกระบบโรงเรียน/กศน..... 2 อื่นๆ (ระบุ) _____	
5.	ลักษณะที่พักอาศัยอยู่ที่ไหน	บ้านพ่อ/แม่..... 1 บ้านเช่า..... 2 ห้องเช่า..... 3 หอพัก..... 4 อาศัยบ้านญาติ..... 5 อื่นๆ (ระบุ) _____	



ข้อ	คำถาม	หมวดรหัส	ข้ามไป
6.	สภาพแวดล้อมรอบๆที่อยู่อาศัย	ชุมชนแออัด..... 1 ไม่ใช่ชุมชนแออัด..... 2	
7.	ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร (อบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	อยู่คนเดียว..... 1 อยู่กับพ่อแม่ พี่น้อง..... 2 อยู่กับบิดา..... 3 อยู่กับมารดา..... 4 อยู่กับพี่น้อง..... 5 อยู่กับญาติผู้ใหญ่..... 6 อยู่กับญาติวัยเดียวกันหรือ ใกล้เคียงกัน..... 7 อยู่กับเพื่อน..... 8 อยู่กับแฟน..... 9 อยู่กับครอบครัวอุปถัมภ์..... 10 อยู่ในสถานสงเคราะห์..... 11 อื่นๆ (ระบุ) _____	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
8.	ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร	ไม่ทำ..... 0 เกษตรตนเอง/ครอบครัว .....1 รับจ้างทำเกษตรกรรม .....2 รับจ้างอุตสาหกรรม.....3 รับจ้างทั่วไป .....4 ค้าขาย .....5 อื่นๆ (ระบุ) _____	
9.	ท่านมีรายได้/เบียดเบียนวันละเท่าใด	ระบุ _____ บาท	
10.	ท่านมีรายได้/เบียดเบียนมาจากใคร	ทำงานด้วยตนเอง.....1 พ่อและ/หรือ แม่.....2 อื่นๆ (ระบุ) _____	
11.	<b>พนักงานสำรวจ:</b> ตรวจสอบจาก ทะเบียนประวัติผู้ป่วยและบันทึกผล เลือด และระบุผล - ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)  - ปริมาณไวรัสเอชไอวี	ระบุ _____ cell/mm <sup>3</sup> _____ %  ระบุ _____ copies/ mm <sup>3</sup>	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
12.	ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่	ไม่เคย.....1 เคยแต่เลิกแล้ว.....2 สูบทุกวัน.....3 สูบแต่ไม่ได้สูบทุกวัน.....4 อื่นๆ (ระบุ) _____	
13.	ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่	ไม่เคย.....1 เคยแต่เลิกแล้ว.....2 ดื่มทุกวัน.....3 ดื่มแต่ไม่ได้ดื่มทุกวัน.....4 อื่นๆ (ระบุ) _____	
14.	ท่านเคยเสพสารเสพติดผิดกฎหมายหรือไม่	ไม่เคย.....1 เคยแต่เลิกแล้ว.....2 เสพทุกวัน.....3 เสพแต่ไม่ได้เสพทุกวัน.....4 อื่นๆ (ระบุ) _____	→ ข้อ 16

ข้อ	คำถาม	หมวดรหัส	ข้ามไป
15.	สารเสพติดที่ท่านเคยเสพคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	กัญชา..... 1 ยาบ้า.....2 ยาไอซ์.....3 ยาเลิฟ.....4 ยาอี.....5 สารระเหย.....6 อื่นๆ (ระบุ) _____	
16.	ท่านไปเที่ยวกลางคืนเช่น เชน ฝับบาร์ คาราโอเกะ หรือไม่	ไม่เคยไป..... 1 ไปนานๆครั้ง.....2 ไป1-2 ครั้งต่อสัปดาห์.....3 อื่นๆ (ระบุ) _____	
17.	เพื่อนสนิทของท่านเคยมี ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบ สอดใส่กับคู่นอนหรือไม่	มี..... 1 ไม่มี.....2 ไม่ทราบ.....3	

ข้อ	คำถาม	หมวดรหัส	ข้ามไป
18.	เพื่อนสนิทของท่านมีประสบการณ์ การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่อ แบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	ชาย-หญิง..... 1 ชาย-ชาย.....2 หญิง-หญิง.....3 ไม่ตอบ.....4 อื่นๆ (ระบุ) _____	
19.	การที่เพื่อนสนิทของท่านมี ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้ว ส่งผลต่อความคิดของท่านอย่างไร	ไม่ส่งผลใดๆ..... 1 ท่านรู้สึกกดดันแต่ ไม่ทำแบบเพื่อน .....2 ท่านอยากมีเพศสัมพันธ์ แบบเพื่อน .....3 อื่นๆ (ระบุ) _____	
20.	ขณะนี้ท่านมีแฟนหรือไม่	มี..... 1 ไม่มี.....2	→ ข้อ 22
21.	แฟนคนปัจจุบันของท่านเป็นเพศใด	เพศเดียวกับท่าน..... 1 ต่างเพศ.....2	

ข้อ	คำถาม	หมวดรหัส	ข้ามไป
22.	ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่อหรือไม่	เคย.....1 ไม่เคย.....2 ไม่ขอตอบ.....3	} → ข้อ 34
23.	ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเท่าไร	อายุ.....ปี	
24.	ปัจจุบันท่านยังมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่อหรือไม่	มี.....1 ไม่มี.....2 ไม่ตอบ.....3	
25.	ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์แบบไต่บ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	ชาย-หญิง.....1 ชาย-ชาย.....2 หญิง-หญิง.....3 ไม่ขอตอบ.....4	
26.	ปัจจุบันท่านมีเพศสัมพันธ์แบบไต่บ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	ปัจจุบันไม่มีเพศสัมพันธ์.....1 ชาย-หญิง.....2 ชาย-ชาย.....3 หญิง-หญิง.....4 ไม่ขอตอบ.....5	

ข้อ	คำถาม	หมวดรหัส	ข้ามไป
27.	ท่านและหรือผู้ที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ ด้วยเคยใช้วิธีคุมกำเนิดหรือไม่	ท่านเท่านั้นที่เคยใช้.....1 คู่ของท่านเท่านั้นที่เคยใช้.....2 ทั้งท่านและคู่เคยใช้.....3 ไม่เคยใช้เลยทั้ง 2 คน.....4	→ ข้อ 29
28.	ท่านและหรือผู้ที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ ด้วยใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	ใส่ถุงยางอนามัย.....1 การหลั่งข้างนอก.....2 กินยาคุมฉุกเฉิน.....3 กินยาคุมทุกวัน.....4 ฉีดยาคุมกำเนิด.....5 ฝังยาคุมกำเนิด.....6 การนับวันปลอดภัย.....7 อื่นๆ (ระบุ) _____	
29.	ท่านหรือผู้ที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ด้วย เคยตั้งครรรภ์หรือไม่ จำนวนกี่ครั้ง	ไม่เคย.....0 เคย จำนวน _____ ครั้ง เคยแต่ไม่ตอบจำนวนครั้ง.....2 ไม่ตอบ.....3	
30.	ท่านเคยทำแท้งหรือไม่	ไม่เคย.....0 เคย จำนวน _____ ครั้ง	→ ข้อ 32

ข้อ	คำถาม	หมวดรหัส	ข้ามไป
31.	ท่านเคยทำแท้งที่ใด	โรงพยาบาล..... 1 คลินิกของสมาคม วางแผนครอบครัว..... 2 คลินิกเถื่อน.....3 ซั้ยยามากินเอง.....	
32.	ท่านเคยเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์หรือไม่	เคย..... 1 ไม่เคย..... 2	→ ข้อ 34
33.	ท่านเคยเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์โรคใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	เริ่มที่อวัยวะเพศ.....1 หนองใน.....2 เชื้อราบริเวณช่องคลอด.....3 ซิฟิลิส..... 4 เคยเป็นแต่จำชื่อโรคไม่ได้.....5 อื่นๆ (ระบุ) _____	
34.	ท่านเคยบอกเรื่องการติดเชื้อเชไอวี กับเพื่อนหรือไม่	เคย..... 1 ไม่เคย..... 2	
35.	ท่านเคยบอกเรื่องการติดเชื้อเชไอวี กับผู้ที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ด้วยหรือไม่	ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์.....0 เคย..... 1 ไม่เคย..... 2	



ข้อ	คำถาม	หมวดรหัส	ข้ามไป
36.	ท่านอยากบอกเรื่องการติดเชื้กับผู้ที่ ท่านมีเพศสัมพันธ์ด้วยหรือไม่	อยากบอก..... 1 ไม่อยากบอก..... 2	
37.	ท่านเคยบอกเรื่องการติดเชื้เอชไอวี กับแฟนคนปัจจุบันหรือไม่	ไม่มีแฟน..... 0 เคย..... 1 ไม่เคย..... 2	
38.	ท่านอยากบอกเรื่องการติดเชื้กับ แฟนหรือไม่	อยากบอก..... 1 ไม่อยากบอก..... 2	
39.	ท่านเคยถูกห้ามมีแฟนหรือไม่	เคย..... 1 ไม่เคย..... 2	
40.	ท่านเคยถูกห้ามมีเพศสัมพันธ์หรือไม่	เคย..... 1 ไม่เคย..... 2	
41.	ท่านเคยถูกสอนว่าเรื่องเพศศึกษา เป็นเรื่องน่าละอายหรือไม่	เคย..... 1 ไม่เคย..... 2	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
42.	เมื่อคิดถึงเรื่องเพศและการมีเชื้อเอชไอวีของตัวเอง ท่านรู้สึก	ไม่อยากนึกถึง..... 1 รู้สึกแย่..... 2 รู้สึกสงสารตัวเอง..... 3 รู้สึกไม่เหมือนวัยรุ่นทั่วไป..... 4 รู้สึกไม่ชอบตัวเอง..... 5 รู้สึกรังเกียจตัวเอง..... 6 อื่นๆ (ระบุ) _____	

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็น		
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	ท่านสามารถสัมผัสและดูแลอวัยวะเพศของตนเองเหมือนกับที่ทำกับอวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย	1	2	3
2.	ท่านสามารถปรึกษา ชักถามและให้ข้อมูลเรื่องเพศโดยไม่รู้สึกรังเกียจหรือรังเกียจ	1	2	3
3.	ท่านเข้าใจว่าท่านสามารถรับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐาน	1	2	3
4.	ท่านเข้าใจว่าท่านสามารถมีแฟนและมีเพศสัมพันธ์กับคู่ได้เหมือนคนในสังคม	1	2	3
5.	ท่านสามารถพูดคุยกับแฟนหรือคู่ได้เมื่อไม่พร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์	1	2	3
6.	ท่านเตรียมถุงยางอนามัยไว้เสมอเพื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและจากการท้องไม่พร้อม	1	2	3
7.	ท่านเข้าใจและเคารพคนที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่น ชายรักชาย หญิงรักหญิงหรือคนรักสองเพศ	1	2	3
8.	ท่านรู้สึกว่าคุณต้องรับผิดชอบในการไม่ผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่	1	2	3

### ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ข้อ	ชุดคำถามเกี่ยวกับความรู้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	ลูกทุกคนของคนที่มีเชื้อเอชไอวี ต้องมีเชื้อเอชไอวี	1	2	3
2.	การหลังข้างนอกทำให้ไม่สามารถรับเชื้อเอชไอวี	1	2	3
3.	ผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณไวรัสเอชไอวีน้อย จะไม่สามารถผ่านเชื้อเอชไอวีให้คู่ได้ในเวลาที่มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน	1	2	3
4.	การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถทำให้คู่ของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีปลอดภัย	1	2	3
5.	เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยคือ ถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สอดใส่	1	2	3

### ส่วนที่ 4 ชุดคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อเรื่องเพศ

ข้อ	ชุดคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อเรื่องเพศ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	ท่านเชื่อว่าท่านสามารถมีลูกได้เหมือนคนอื่นทั่วไป	1	2	3
2.	ท่านรู้สึกผิด ถ้าจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ ถึงแม้ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	1	2	3
3.	ท่านเชื่อและรู้สึกว่าการช่วยตัวเอง(Masturbation) เป็นเรื่องผิดปกติ ผิดบาปและเป็นกรหมกมุ่นอยู่กับเรื่องไม่ดี	1	2	3
4.	ท่านเชื่อว่าการพูดถึงการใช้ถุงยางอนามัยบ่อย ๆ ทำให้คู่ของท่านระแวงว่ามีเชื้อเอชไอวี	1	2	3
5.	ท่านเชื่อว่าการที่จะแสดงว่าแฟนรักท่านนั้น จะต้องพิสูจน์ด้วยการมีเพศสัมพันธ์	1	2	3

## แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่..... หมายเลขประจำตัว.....

สัมภาษณ์วันที่..... ครั้งที่.....

หมวดการมองตนเอง( Identity)

- ถ้าให้พูดถึงตัวเอง โดยใช้คำ 5 คำ จะคิดถึงอะไร
- เมื่อพูดถึงเรื่องเพศ คิดถึงอะไรบ้าง
- เรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับเพศอย่างไร (ที่ไหน,จากใคร)
- มีความรู้เรื่องเพศอย่างไร รู้อะไรบ้าง
- มองตัวเองที่เป็นวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี กับเรื่องเพศอย่างไร
- รู้สึกถูกหรือผิดกับการมีเพศสัมพันธ์

หมวดการสั่งสอนจากบุคคลอื่น

- การที่เป็นเด็กวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวี ถูกสอนเรื่องเกี่ยวกับเพศอย่างไร
- ถูกห้ามเรื่องเกี่ยวกับเพศเรื่องอะไรบ้าง
- คิดเห็นอย่างไรหรือรู้สึกอย่างไรต่อสิ่งที่ถูกสอนหรือห้าม

หมวดการสื่อสาร

- รู้สึกว่ายากหรือง่ายในการคุยเรื่องเพศ อย่งไร
- สามารถคุยเรื่องเพศกับคนในครอบครัวได้หรือไม่ ถ้าคุยได้ คุยเรื่องอะไร กับใคร
- ถ้าคุยไม่ได้ เพราะอะไร และจะไปคุยกับใคร

หมวดพฤติกรรม

- เข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยว่าอย่างไร
- รู้สึกอย่างไรกับการใช้ถุงยางอนามัย (ชอบ / ไม่ชอบ) อย่งไร  
ถ้าเลือกได้ จะใช้หรือไม่ใช้อย่างไร
- คิดอย่างไรกับการช่วยตัวเอง / รู้สึกอย่างไรกับคนที่ช่วยตัวเอง/ เวลาไหนที่ช่วยตัวเอง
- จัดการตัวเองอย่างไร เวลาอารมณ์ทางเพศ
- เคยมีเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ สามารถป้องกันได้หรือไม่ได้
  - ถ้าได้ ทำอย่างไร
  - ถ้าไม่ได้ ทำอย่างไร

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสุตริภัก ละครพล
วัน เดือน ปีเกิด	6 ธันวาคมพ.ศ.2508 จังหวัด นครราชสีมา ปัจจุบันอายุ 46 ปี
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2532-2533	ทำงานในตำแหน่ง พยาบาลห้องเด็กแรกเกิด สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2533-2537	ทำงานในตำแหน่ง พยาบาลประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน สถานที่ทำงาน มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์
พ.ศ. 2537-2538	ทำงานในตำแหน่ง พยาบาลห้องเด็กแรกเกิด รพ.บำรุงราษฎร์ ระยะเวลา
พ.ศ. 2538-2550	ทำงานในตำแหน่ง พยาบาลประจำโครงการเอชไอวี/เอดส์ สถานที่ทำงาน องค์การหมอไร้พรมแดนเบลเยียม แห่งประเทศไทย
พ.ศ. 2550-ปัจจุบัน	ทำงานในตำแหน่ง ผู้จัดการโครงการเด็กและเยาวชน สถานที่ทำงาน หน่วยวิจัยเซิร์ช ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และเข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553