พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2

Sexual Healthcare Behaviors and Factors Affecting Sexual Healthcare Behaviors among the 5th and the 6th Grade Children in the Regional Health 2 Office

ดุจเดือน เขียวเหลือง (Dujduean Khiaolueang) [1*]
สิตานันท์ ศรีใจวงศ์ (Sitanan Srijaiwong) [2]
ปฐพร แสงเขียว (Pataporn Saengkhiew) [3]
สืบตระกูล ตันตลานุกูล (Seubtrakul Tantalanukul) [4]

Corresponding author E-mail: dujduean@unc.ac.th *
(Received: May 1, 2020; Revised: August 12, 2021; Accepted: August 17, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนายในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ทั้งเพศชายและหญิง ปีการศึกษา 2563 ในโรงเรียนประถมศึกษาระดับกลางที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 1,200 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยใช้วิธีการจับสลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามเรื่องทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน การเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ซึ่งได้รับการตรวจคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 - .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและสถิติสมการถดถอยพหูคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2 ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ได้แก่ ทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศได้ ร้อยละ 13.70 อย่างมีระดับนัยสำคัญที่ $p<.001$ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรจัดโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวให้แก่เด็กวัยประถมศึกษาตอนปลายและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาให้เด็กวัยประถมศึกษามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ, สุขภาพทางเพศ, เด็กวัยประถมศึกษา

1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

The purposes of descriptive predictive research were to 1) examine sexual healthcare behaviors among school-Age children; grade 5 and 6, regional health 2. 2) the factors affecting to sexual healthcare behaviors among school-age children; grade 5 and 6, regional health 2. The sample consisted of 1,200 school-age children; grade 5 and 6 of the academic year 2020 by a simple random sampling using a lottery method. Research instruments were the questionnaire of Perception and Sexual Attitude, Family Communication on Sexual Issues, Perception of Friends' Sexual Risk Behavior, Sexual Media Access and Sexual Healthcare Behaviors. The Cronbach's alpha coefficient ranged from .87 - .95. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The result showed that 1) the level of sexual healthcare behaviors of among school-Age children; grade 5 and 6 was at a medium level. 2) the factors affecting to sexual healthcare behaviors among school-age children; grade 5 and 6 were the perception & sexual attitude and the family communication on sexual issues which influenced on the sexual healthcare behaviors with 13.70 percent ($p < .001$). The results of this research can serve as the basis for the health team personnels to educate the school-age children and the steak-holders about the perception & sexual attitude and the family communication on sexual issues which lead to promote appropriate sexual healthcare behaviors.

Keywords: Sexual Healthcare Behaviors, Sexual Health, School-Age children

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยเรียนตอนปลาย อายุ 9-13 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่น โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งภายในและภายนอกที่มองเห็นได้ชัดเจน เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปหน้า และสัดส่วนของร่างกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว มีความคิดเห็นเป็นของตนเองมากขึ้น อยากเป็นอิสระทางความคิด มีความอยากรู้อยากลอง รวมทั้งมีแรงขับเคลื่อนทางเพศต่อเพศตรงข้าม (Tripathi, 2011) ความเปราะบางของประชากรในวัยนี้ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยงและปัญหาระยะยาวตามมา เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การบาดเจ็บพิการหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ความรุนแรงจากการทะเลาะเบาะแว้ง หรือ ปัญหายาเสพติดและการพนัน เป็นต้น (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาดังนี้คือ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้ง การขาดโอกาสทางการศึกษา การพึ่งพิงครอบครัวทางด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ (Hoyrat & Wongsawat, 2017) สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ที่ระบุว่าปัญหาสุขภาพในประชากรกลุ่มวัยรุ่นที่สำคัญปัญหาหนึ่งคือการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยพบว่าอายุของการมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยในครั้งแรกมีอายุน้อยลงจาก 15-16 ปี ในปี พ.ศ. 2545-2550 เป็นอายุ 12-15 ปี ในปี พ.ศ.2554 จากสถิติการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในช่วง 14

ปีที่ผ่านมาพบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้นถึง 1.4 เท่า และพบวัยรุ่นทำแท้งปีละ 300,000 คน (Directing Committee of National Health Development Plan No. 12., 2016) อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในปี 2560 เท่ากับ 161.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจากปี 2559 ที่มีอัตราป่วยเท่ากับ 143.4 ต่อแสนประชากร (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2019) นอกจากนี้ผลการสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย ของ วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, พิชานัน หนูวงษ์, รัชนี ลักษิตานนท์ และ เบ็ญจา ยมสาร (Sittipiyasakul, Nuwong, Lucksitanon & Uamasan, 2013) ที่พบว่าอายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 13.46 ปี และ 15.66 ปี ใน ม. 2 และ ปวช. 2 ตามลำดับ โดยพบว่าอายุที่น้อยที่สุดที่มีเพศสัมพันธ์ คือ อายุ 10 ปี และมีคู่นอนเฉลี่ย 1-2 คน ซึ่งบางคนมีคู่นอนมากกว่า 20 คน

ทั้งนี้จากสถิติของสำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 1.2 ต่อประชากร 1,000 คน โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 จังหวัด (พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์) ซึ่งเป็นเขตภาคเหนือตอนล่าง มีอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี สูงที่สุดคือมีอัตราเท่ากับ 1.6 ต่อประชากร 1,000 คน (Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2018) จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าเด็กวัยเรียนตอนปลาย อายุ 9-13 ปี เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเด็กวัยนี้เป็นช่วงวัยที่ต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมเพื่อก้าวสู่วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง เด็กควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม และควรได้รับการเตรียมตัวเพื่อให้มีพื้นฐานสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับ พัชนียา เชียงตา และคณะ (Chiengta et al., 2018) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตเทศบาลเมืองสระบุรี พบว่าการส่งเสริมสุขภาพทางเพศมีประสิทธิภาพต่อการเสริมสร้างความรู้ และทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความเปราะบางที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของเด็กวัยเรียนตอนปลาย จึงควรมีการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของบุคคลเพื่อให้เกิดสุขภาพทางเพศที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพ การมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพทางเพศ และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพทางเพศ (WHO, 2006) และมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศหลายปัจจัย ดังเช่นงานวิจัยของ ฐิติมา เพชรสัมฤทธิ์, ไชยรัตน์ ปราณี และสุพัฒนา หอมบุปผา (Phetsumrit, Pranee & Hombubpha, 2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างคือ การบริโภคสื่อ การคบเพื่อน และทัศนคติเรื่องเพศ นอกจากนี้ วรรณศิริ ประจันโน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และ พรนภา หอมสินธุ์ (Prachanno, Srisuriyawet & Homsin, 2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย พบว่าการรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน การเข้าถึงสื่อที่ยั่วยุความรู้สึกทางเพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์และการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นและกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ทั้งในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับอุดมศึกษา แต่การศึกษาสุขภาพทางเพศในเด็กวัยเรียนระดับ

ประถมศึกษาตอนปลาย อายุ 9-13 ปี พบว่ามีจำนวนน้อย ซึ่งวัยนี้ถือว่าเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญที่จะก้าวเข้าสู่วัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพทางเพศเด็กวัยเรียนตอนปลาย ในเขตสุขภาพที่ 2 เนื่องจากเขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี สูงที่สุดมากกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ และผู้วิจัยจะนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เด็กวัยนี้มีการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเองให้ปลอดภัยจากปัญหาตามมาในระยะยาว เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้ง และการขาดโอกาสทางการศึกษา และเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสุขภาพทางเพศตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพทางเพศที่ดี ทั้งด้านกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม และหมายรวมถึงการมีเจตคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เพศภาวะ เคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างของบุคคล มีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัยและพึงพอใจ ปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติและความรุนแรง โดยผู้วิจัยจะเลือกศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ 5 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมการรักษาสิทธิและการต่อรองทางเพศ และพฤติกรรมการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านเพศศึกษา เนื่องจากมีความเหมาะสมกับการรับรู้ของเด็กวัยเรียนตอนปลายมากที่สุด และใช้กรอบแนวคิด Socio-ecological model พัฒนาโดย McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz (1988); อ้างใน Srijaiwong, Sindthu, Ratinthorn & Viwatwongkasem (2019) ซึ่งมีแนวคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นอย่างไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคล โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ และลักษณะทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ ทัศนคติ หรือบุคลิกภาพ เป็นต้น 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมสถาบัน และสภาพแวดล้อมในครอบครัว 3) ปัจจัยด้านสถาบัน คือ สถานที่ทำงาน หรือสถาบันการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐาน หรือกฎ ระเบียบข้อบังคับ นโยบาย ให้กับสมาชิกในสถาบันนั้น 4) ปัจจัยด้านชุมชน คือ เครือข่ายสังคม ค่านิยมหรือธรรมเนียมระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล และองค์กร และ 5) นโยบายสาธารณะ ได้แก่ การออกกฎหมาย การวางนโยบาย การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนหรือสื่อต่าง ๆ หรือมาตรการต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กรอบ Socio-ecological model มาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีที่มีผลต่อสุขภาพทางเพศ 2 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ ทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน และการเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศ เนื่องจากเป็นระดับที่มีความใกล้ชิดกับวัยเรียนตอนปลายมากที่สุด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research)

ประชากรที่ศึกษาเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ปีการศึกษา 2563 ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาของจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ มีจำนวน 55,824 คน คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่ทราบค่าประชากร โดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973) ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าร้อยละ 3

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = 1,089.46 คน

เพื่อให้ได้ข้อมูลในการศึกษาครอบคลุม การศึกษาในครั้งนี้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดตัวอย่าง 1,200 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) สุ่มอำเภอในจังหวัด จังหวัดละ 2 อำเภอ ได้จำนวน 10 อำเภอ 2) สุ่มโรงเรียนในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 1 โรงเรียน ได้จำนวน 10 โรงเรียน สุ่มตัวอย่างโรงเรียนละ 120 คน (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ชั้นละ 60 คน) ซึ่งลักษณะของแต่ละโรงเรียนเป็นโรงเรียนประถมศึกษาระดับกลางที่มีจำนวนนักเรียน 121 คนขึ้นไป เนื่องจากจำนวนนักเรียนจะเกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่มีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น (Srijaiwong, 2016)

<u>เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย</u>

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลของครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และสถานภาพครอบครัว 2) สุขภาพทั่วไป ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ และ 3) ประสบการณ์ทางเพศ ได้แก่ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

2. แบบสอบถามทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อของเด็กวัยเรียนตอนปลายเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดื่มสุราและใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการมีคู่นอนหลายคน ข้อคำถามมีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้ ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศดี (< 20 คะแนน) ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศดีปานกลาง (20-29 คะแนน) ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศไม่ดี (30 คะแนนขึ้นไป)

3. แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การพูดคุยเรื่องเพศ การรับฟังความคิดเห็นเรื่องเพศ การให้คำปรึกษาเรื่องเพศ ข้อคำถามมีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยได้รับข้อมูลนี้เลย แทบจะไม่เคยได้รับข้อมูลนี้เลย เคยได้รับข้อมูลนี้บ้าง เคยได้รับข้อมูลนี้มาก คะแนนจะอยู่ในช่วง 8 ถึง 32 แปลผลคะแนน ดังนี้ การสื่อสาร

เรื่องเพศในครอบครัวอยู่ในระดับสูง (24 คะแนนขึ้นไป) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (16-23 คะแนน) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ (< 16 คะแนน)

4. แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อนเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การคบเพื่อนต่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์ ข้อคำถามมีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีใครเลย บางคน ครึ่งหนึ่ง เกือบทุกคน ทุกคน คะแนนจะอยู่ในช่วง 8 ถึง 40 แปลผลคะแนน ดังนี้ การสื่อสารเรื่องเพศการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับสูง (30 คะแนนขึ้นไป) การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ (< 20 คะแนน)

5. แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามการเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศเกี่ยวกับสื่อหนังสือ ภาพยนตร์ เว็บไซต์ รูปภาพ คลิปหนัง เฟสบุ๊ก การสนทนาผ่านไลน์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ คะแนนจะอยู่ในช่วง 7 ถึง 28 แปลผลคะแนน ดังนี้ การเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศอยู่ในระดับสูง (21 คะแนนขึ้นไป) การเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง (14-20 คะแนน) การเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศอยู่ในระดับต่ำ (< 14 คะแนน)

6. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมด้านการดูแลสุขอนามัยทางเพศ จำนวน 9 ข้อ 2) พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 8 ข้อ 3) พฤติกรรมด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 5 ข้อ 4) พฤติกรรมด้านการรักษาสิทธิและการต่อรองทางเพศ จำนวน 5 ข้อ และ 5) พฤติกรรมด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านเพศศึกษา 6 ข้อ คำถามมีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ โดยด้านที่ 1 ด้านที่ 4 และด้านที่ 5 แบ่งระดับเป็น ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ ส่วนด้านที่ 2 และด้านที่ 3 แบ่งระดับเป็น จะไม่ทำ จะทำเป็นบางครั้ง จะทำแทบทุกครั้ง จะทำทุกครั้ง ซึ่งคะแนนโดยรวมจะอยู่ในช่วง 37 ถึง 148 แปลผลคะแนน ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับสูง (99 คะแนนขึ้นไป) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง (66-98 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับต่ำ (< 66 คะแนน)

<u>การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ</u>

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน มีค่า IOC เท่ากับ .80 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ที่มีลักษณะและบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ของแบบสอบถามได้ ดังนี้ แบบสอบถามทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ เท่ากับ .91 แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว เท่ากับ .95 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน เท่ากับ .88 แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศ เท่ากับ .90 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ เท่ากับ .87

<u>การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง</u>

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (COA No. 037/2020 RREC No. 001/63) โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่นักเรียน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจะได้รับซองเอกสารที่

ประกอบด้วย 1) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 2 ฉบับ สำหรับบิดามารดาหรือผู้ปกครองและนักเรียน 2) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยฯ จำนวน 2 ฉบับ สำหรับบิดามารดาหรือผู้ปกครองและนักเรียน และ 3) ซองเล็กที่บรรจุแบบสอบถามทั้งหมด หากบิดา มารดาหรือผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการ บิดา มารดาหรือผู้ปกครองจะลงนามในเอกสารทั้ง 2 ฉบับ ส่วนนักเรียนมีเอกสารหมายเลข 1 และ 2 ให้อ่านและลงนาม ถ้าสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้นให้นักเรียนนำหมายเลข 2 ใส่ลงในซองใหญ่และปิดผนึกให้เรียบร้อย ส่งคืนที่ครูประจำชั้น ให้นักเรียนทำแบบสอบถามที่โรงเรียนที่มีความเป็นส่วนตัว โดยไม่จำกัดระยะเวลาในการตอบ เมื่อตอบเสร็จแล้วให้นักเรียนนำแบบสอบถามทั้งหมดใส่ในซองเล็กและปิดผนึกให้สนิท เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศแก่นักเรียน โดยจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และมอบเอกสารเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศให้กับนักเรียนที่ฟังบรรยายดังกล่าว แบบสอบถามทุกชุดไม่มีการระบุ ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวของนักเรียน และชื่อของโรงเรียน เพื่อเป็นการรักษาความลับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกรวบรวม วิเคราะห์และรายงานผลในภาพรวมเท่านั้น

<u>การเก็บรวบรวมข้อมูล</u>

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนและอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่กับครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 เพื่อนำหนังสือขอเก็บข้อมูลไปให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 และ 6 และให้นักเรียนนำหนังสือไปให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมให้เข้าร่วมวิจัยล่วงหน้าหนึ่งสัปดาห์ เพื่อให้นักเรียนและผู้ปกครองพิจารณาการเข้าร่วมการวิจัย โดยครูประจำชั้นเป็นผู้รวบรวมใบยินยอมก่อนวันเก็บข้อมูลและประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลที่เป็นส่วนตัว หรือสถานที่สามารถจัดที่นั่งให้ห่างกันพอสมควร

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยจึงขอนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายขั้นตอน วิธีการเก็บข้อมูล เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

3. แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทั้งที่ยินยอมให้ข้อมูลและผู้ปกครองให้ความยินยอมด้วย โดยขอความร่วมมือจากนักเรียนในการตอบแบบสอบถาม ให้ตอบตามความเป็นจริงทุกข้อ

4. ขณะนักเรียนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเปิดโอกาสให้นักเรียนตอบแบบสอบถามโดยอิสระ โดยไม่มีอาจารย์ของโรงเรียนอยู่ในห้องหรือบริเวณที่นักเรียนตอบแบบสอบถาม ถ้ามีข้อสงสัยให้สอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา และใช้เวลา 45-60 นาที ในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามของแต่ละคนที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะถูกเก็บอย่างมิดชิดในซองกระดาษปิดสนิท

5. ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนและความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

<u>การวิเคราะห์ข้อมูล</u>

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน และการเข้าถึงสื่อยั่วยุทางเพศ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ด้วยสถิติสมการถดถอยพหูคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด จำนวน 1,200 คน)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 9-13 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 11.53 ปี (SD= .61) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 58.10 เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.26 – 4.00 สถานภาพสมรสของพ่อแม่ปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 58.70 โครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลักษณะพ่อและแม่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 62.20 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ คิดเป็นร้อยละ 49.90 ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดาและบิดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 24.80 และ 22.00 ตามลำดับ อาชีพของมารดาและบิดาส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 36.90 และ 45.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 72.60 รองลงมาดื่มตามโอกาสร้อยละ 21.20 และมีร้อยละ 1.90 ที่ดื่มเป็นประจำ (3-4 วันต่อสัปดาห์) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 93.80 สูบตามโอกาสร้อยละ 2.50 และสูบเป็นประจำร้อยละ 0.50 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีแฟนคิดเป็นร้อยละ 89.50 มีร้อยละ 10.50 ที่กำลังมีแฟน ในจำนวนนี้มีแฟนเป็นเพศเดียวกันร้อยละ 17.89 ต่างเพศร้อยละ 82.11 ส่วนใหญ่เห็นว่าถ้าในอนาคตจะมีเพศสัมพันธ์จะดูแลตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 81.50 รองลงมาคือวิธีใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 14.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 99.30 มีร้อยละ 0.70 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และในจำนวนนี้เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุ 12 ปี มากที่สุด และมีเพศสัมพันธ์ในอายุน้อยที่สุดคือ 10 ปี ซึ่งสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่เกิดจากเมาไม่รู้สึกตัว คิดเป็นร้อยละ 50.00 และเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น อยากรู้อยากลอง และโดนขู่บังคับ

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ

เด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.00) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศโดยรวมเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ถ้าพิจารณารายด้านจะพบว่าด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเหมาะสมในระดับสูง ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และด้านการรักษาสิทธิและการต่อรองทางเพศ เท่ากับร้อยละ 65.00, 70.80 และ 76.60 ตามลำดับ ด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศเหมาะสมในระดับปานกลาง คือ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เท่ากับร้อยละ 90.00 ส่วนด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเหมาะสมในระดับต่ำ คือ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านเพศศึกษา เท่ากับร้อยละ 46.10 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน (n = 1,200)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการดูแลสุขอนามัยทางเพศ (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)		
27 – 36 คะแนน (สูง)	777	65.00
18 – 26 คะแนน (ปานกลาง)	370	30.90
< 18 คะแนน (ต่ำ)	49	4.10

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
($\bar{x}$ = 27.81, SD=5.80)		
ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (คะแนนเต็ม 32 คะแนน)		
24 – 32 คะแนน (สูง)	849	70.80
16 – 23 คะแนน (ปานกลาง)	174	14.50
< 16 คะแนน (ต่ำ)	177	14.80
($\bar{x}$ = 24.92, SD=6.58)		
ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)		
15 – 20 คะแนน (สูง)	38	3.20
10 – 14 คะแนน (ปานกลาง)	1080	90.00
< 10 คะแนน (ต่ำ)	82	6.80
($\bar{x}$ = 11.69, SD=1.61)		
ด้านการรักษาสิทธิและการต่อรองทางเพศ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)		
15 – 20 คะแนน (สูง)	919	76.60
10 – 14 คะแนน (ปานกลาง)	125	10.40
< 10 คะแนน (ต่ำ)	156	13.10
($\bar{x}$ = 16.52, SD=4.99)		
ด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านเพศศึกษา (คะแนนเต็ม 24 คะแนน)		
18 – 24 คะแนน (สูง)	204	17.00
12 – 17 คะแนน (ปานกลาง)	443	36.90
< 12 คะแนน (ต่ำ)	553	46.10
($\bar{x}$ = 12.50, SD=4.79)		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศโดยรวม (คะแนนเต็ม 132 คะแนน)		
99 – 132 คะแนน (สูง)	554	45.30
66 – 98 คะแนน (ปานกลาง)	588	49.00
< 66 คะแนน (ต่ำ)	68	5.70
($\bar{x}$ = 93.43, SD=15.91)		

3) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ

ทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .370 และสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศได้ร้อยละ 13.70 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ $\pm$ 4.449

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่าทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2 ได้สูงสุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่า

สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,β) เป็น 1.307 กับ .285 รองลงมาเป็นการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,β) เป็น .621 และ .248 ดังตารางที่ 2

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตสุขภาพ ที่ 2 สามารถแสดงในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ = 36.899 + 1.307 ทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ + .621 การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเพื่อพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 (n = 1,200)

ตัวแปร	b	SE_b	β	t	p-value
ทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ	1.307	.123	.285	10.620	.001
การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว	.621	.067	.248	9.212	.001
ค่าคงที่ 36.899; SE_{est} = $\pm$ 4.449					
R = .370 ; R^2 = .137 ; F = 95.141 ; p-value = .001					

อภิปรายผล

1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.32) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการเรียนเรื่องเพศศึกษาโดยเฉพาะ แต่จะสอดแทรกในวิชาพื้นฐานสุขศึกษาและวิชาวิทยาศาสตร์ ซึ่งรายวิชาพื้นฐานสุขศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 มีสาระการเรียนรู้เรื่องพัฒนาการทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพียงสาระละ 4 ชั่วโมงเท่านั้น สอดคล้องกับรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทยของ พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ (Boonmongkon et al., 2016) ที่พบว่าโรงเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทยส่วนหนึ่งสอนเพศวิถีศึกษาเป็นเนื้อหาหนึ่งของวิชาสุขศึกษา โดยสอนเพศวิถีศึกษา 2-4 คาบ จากทั้งหมด 18 คาบ (คาบละ 40-55 นาที) ใน 1 ภาคการศึกษา และพบว่ามีการสอนสอดแทรกเพศวิถีศึกษาในรายวิชาอื่นๆ เช่น วิชาสังคมศึกษา วิทยาศาสตร์ ภาษาไทย พระพุทธศาสนาและแนะแนว และใช้เวลาในการสอนเรื่องเพศวิถีเพียง 5-10 นาที ก่อนสอนเนื้อหาในสาระวิชาหลัก และส่วนใหญ่การสอนเน้นที่ทฤษฎีแต่ขาดการเชื่อมโยงรอบด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สิตานันท์ ศรีใจวงศ์, ศิริอร สินธุ, เอมพร รตินธร และชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม (Srijaiwong, Sindthu, Ratinthorn & Viwatwongkasem, 2019) ที่พบว่าปัจจุบันรูปแบบการสอนของการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในประเทศไทย มี 2 รูปแบบ คือ เปิดเป็นวิชาเพศวิถีศึกษาเฉพาะ และบูรณาการในรายวิชาอื่น ๆ ซึ่งโรงเรียนส่วนใหญ่มีการสอนเพศวิถีศึกษาแบบบูรณาการกับวิชาอื่น ๆ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษายังใช้การเรียนทฤษฎีเป็นส่วนใหญ่ซึ่งอาจจะทำให้ผู้เรียนขาดการคิด วิเคราะห์ และตั้งคำถามและไม่สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ไปพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศให้เหมาะสมได้ รวมถึงการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างเรื่องสุขภาพทางเพศและเพศศึกษามีอยู่เฉพาะในหลักสูตรเป็นส่วนใหญ่ และกลุ่มตัวอย่างยังมีการแสวงหาความรู้ในเรื่องนี้จากแหล่งอื่น ๆ น้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านเพศศึกษา ในหัวข้อ “ฉันเรียนรู้หรือศึกษาเรื่องเพศศึกษาจากครู” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และหัวข้อการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางเพศศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2 อันดับสุดท้ายคือ “ฉันเรียนรู้หรือศึกษาเรื่องเพศศึกษาจากผู้ปกครอง” และ “ฉันเรียนรู้หรือศึกษาเรื่องเพศศึกษาจากหนังสือและตำรา” นอกจากนี้การเรียนในหลักสูตรยังไม่ได้เน้นเรื่องวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาเพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร ของ วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และ เบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี (Thampanichawat & Olanratmanee, 2018) ที่กลุ่มตัวอย่างนักเรียนมากกว่าครึ่งหนึ่งระบุว่าต้องการให้โรงเรียนสอนเนื้อหาเพิ่มขึ้นในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด เนื่องจากการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในปัจจุบันนั้นควรใช้วิธีการคุมกำเนิด 2 วิธี (dual protection) คือการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีอื่นอีก 1 วิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด หรือยาฉีดคุมกำเนิด (Chuchot, 2018) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 96.50 ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ โดยเฉพาะในหัวข้อ “การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์” และ “การรับประทานยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์” ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแต่เป็นหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด ดังนั้นครูผู้สอนควรมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องสุขภาพทางเพศที่หลากหลาย เช่น แบ่งกลุ่มศึกษากรณีตัวอย่างหรือสถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นความสนใจของเด็ก โดยเน้นให้เด็กได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ เพื่อให้เกิดความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ไปพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศได้เหมาะสมมากขึ้น รวมทั้งสถานศึกษาควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศเสริมจากการเรียนการสอนปกติโดยให้บุคลากรทางสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเพศศึกษามาเป็นผู้ให้ความรู้แก่เด็กนักเรียน โดยเฉพาะความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 คือ ทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ตามลำดับ ดังนี้

ทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศ สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ($b = 1.307$, $\beta = .285$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะทัศนคติ คือ สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มของพฤติกรรมที่บุคคลมีต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ถ้าบุคคลมีท่าทีความรู้สึกหรือทัศนคติเชิงบวกบุคคลย่อมปฏิบัติออกมาในทางบวก แต่ถ้าบุคคลมีท่าทีความรู้สึกเชิงลบก็ปฏิบัติออกมาในทางลบ ส่วนการรับรู้ เป็นการทำความเข้าใจตนเองทั้งทางบวกและทางลบ บุคคลจะทำความเข้าใจตนเองในด้านต่าง ๆ ทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ การรับรู้ตนเองทำให้บุคคลเกิดประสบการณ์และรู้ว่าตนเองว่ามีความสามารถและความถนัดในด้านใดเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมตามที่ตนเองรับรู้ (Srilasudtro & Suppongpatch, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติมา เพชรสัมฤทธิ์, ไชยรัตน์ ปราณี และ สุพัฒนา หอมบุปผา (Phetsumrit, Pranee & Hombubpha, 2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง คือ การบริโภคสื่อ การคบเพื่อน และทัศนคติเรื่องเพศ นอกจากนี้ยังพบว่า ทัศนคติและการรับรู้เรื่องเพศในหัวข้อ “เรื่องเพศเป็นเรื่องที่น่าอาย ไม่ควรพูดอย่างเปิดเผย” มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 69.67 เห็นด้วยกับหัวข้อนี้มากถึงมากที่สุด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากมีการปลูกฝังทัศนคติและการรับรู้ทางเพศด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็น

กันเองแก่เด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 น่าจะเป็นการสร้างความไว้วางใจและลดความอาย ทำให้การพูดคุยหรือแสดงความคิดเห็นเรื่องเพศเป็นไปอย่างมีอิสระและเป็นธรรมชาติ ไม่กลัวการถูกตำหนิจากครูหรือผู้ปกครอง ซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมส่งผลให้ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลงได้ สอดคล้องกับ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (Tungsaengsakul et al., 2017) ที่กล่าวว่าการพัฒนาทักษะชีวิตด้านสุขภาพทางเพศ ภายใต้การจัดกิจกรรมด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม จับกลุ่มกันเองตามความพึงพอใจเพื่อลดความรู้สึกกลัวหรือเขินอายในการแสดงความคิดเห็นเรื่องเพศ จะกระตุ้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 (b = .621, β =.248) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เพราะครอบครัวเป็นสถาบันหลักของสังคม และเป็นสถาบันพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพมนุษย์ รวมทั้งเป็นแหล่งปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม และขัดเกลาให้บุคคลเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดในการหล่อหลอมวิถีชีวิต ค่านิยม เจตคติ จริยธรรม ความสามารถ ความคิด และวิธีการแก้ปัญหา สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลมาจากพื้นฐานครอบครัวทั้งสิ้น ดังนั้นผู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจของเด็กคือ พ่อ แม่ และผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับ จรรยา จันทร์ผ่อง (Chanphong, 2017) ที่กล่าวว่าสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมแห่งแรกของมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อเรื่องเพศ ซึ่งบิดามารดานับว่าเป็นครูคนแรกของลูก การพูดคุยเรื่องเพศกับลูกตั้งแต่วัยเด็กอย่างต่อเนื่องโดยเด็กได้รับแบบอย่างและคำสั่งสอน หรือคำแนะนำต่าง ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศจากบิดามารดา หรืออาจกล่าวได้ว่าการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศไม่ว่าจะถูกต้องหรือไม่ก็ตาม ได้เกิดขึ้นมาจากบ้านก่อนก้าวสู่สังคมภายนอกครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสชญา โพประยูร, พัชราภรณ์ เกษะประกร และมัลลิกา ผลอนันต์ (Phoprayun, Kesaprakorn & Polanan, 2014) เรื่องรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยแตกต่างกัน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านเพศศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2 อันดับสุดท้ายคือ “ฉันเรียนรู้หรือศึกษาเรื่องเพศศึกษาจากผู้ปกครอง” และ “ฉันเรียนรู้หรือศึกษาเรื่องเพศศึกษาจากหนังสือและตำรา” ซึ่ง จรรยา จันทร์ผ่อง (Chanphong, 2017) ได้กล่าวว่าการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไทยยังเกิดขึ้นน้อยและไม่ครอบคลุมในทุกมิติ นอกจากนี้ยังคิดว่าการสื่อสารเรื่องเพศจะเป็นการชี้โพรงให้กระรอก และควรเป็นหน้าที่ของครูที่จะสอนเรื่องเพศศึกษา เนื่องเพราะผู้ปกครองส่วนมากยังขาดทักษะที่จะสื่อสารพูดคุยกับลูกเรื่องเพศ ทำให้ขาดความมั่นใจและไม่รู้จะเริ่มต้นพูดคุยกับลูกอย่างไร ส่วนหัวข้อของการสื่อสารเรื่องเพศที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าพ่อแม่และผู้ปกครองพูดคุยด้วยมากที่สุดคือหัวข้อ “การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นทั้งชายและหญิง” หัวข้อที่พ่อแม่และผู้ปกครองพูดคุยด้วยน้อยที่สุด 2 อันดับสุดท้ายคือ “การยับยั้งชั่งใจหรือการจัดการกับอารมณ์เมื่อมีความรู้สึกและความต้องการทางเพศ” และ การแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อมีความสนใจต่อเพศเดียวกัน หรือเพศตรงข้าม” สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ของ รุ่งนภา มหาวรรณศรี (Mahawannasri, 2015) ที่พบว่าเรื่องที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับนักเรียนมากที่สุด คือ เรื่องการวางตัวให้เหมาะสมกับบทบาททางเพศของตนเอง เช่น การแต่งกาย การพูดจา และการดูแลตัวเองเมื่อเข้าสู่

วัยรุ่น สำหรับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวที่มีการสื่อสารน้อยที่สุด คือ เรื่องสื่อลามกไม่เหมาะสม ดังนั้นพ่อแม่ผู้ปกครองคือบุคคลที่ใกล้ชิดและเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสอนเรื่องเพศให้กับลูกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เด็กจนโต การพูดคุยเรื่องเพศกับลูกควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ไม่รู้สึกกดดัน ซึ่งนับเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพ่อแม่ ผู้ปกครองกับลูก ทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศว่าไม่ใช่เรื่องที่น่าอายหรือเป็นความลับ เมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่นลูกก็จะกล้าที่จะเปิดใจพูดคุยหรือปรึกษาเรื่องเพศกับพ่อแม่ผู้ปกครองมากขึ้น นอกจากนี้พ่อแม่ผู้ปกครองควรเน้นการสื่อสารเรื่องเพศในประเด็นของการจัดการกับอารมณ์และความต้องการทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์และติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ให้มากขึ้น นอกเหนือไปจากการพูดคุยเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการปฏิบัติปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับบทบาททางเพศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านนโยบาย

1. สถานศึกษาควรมีนโยบายให้มีการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาโดยเปิดเป็นวิชาเพศวิถีศึกษาเฉพาะมากกว่าที่จะสอดแทรกในวิชาพื้นฐานสุขศึกษาและวิชาวิทยาศาสตร์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเรียนทฤษฎีและมีจำนวนชั่วโมงน้อย เนื่องจากการเปิดเป็นวิชาเฉพาะจะทำให้ครูได้ออกแบบกิจกรรมการสอนได้หลากหลาย และช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ไปพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศได้อย่างเหมาะสม

2. สถานศึกษาควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศเสริมจากการเรียนการสอนปกติโดยให้บุคลากรทางสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเพศศึกษามาเป็นผู้ให้ความรู้แก่เด็กนักเรียน โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

ด้านการปฏิบัติ

1. พยาบาลอนามัยชุมชนควรมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการอนามัยโรงเรียนเพื่อให้ความรู้ในเรื่องเพศศึกษาแก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะเรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหรือปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

2. ครูผู้สอนควรมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องสุขภาพทางเพศที่หลากหลาย เช่น แบ่งกลุ่มศึกษากรณีตัวอย่างหรือสถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นความสนใจของเด็ก โดยเน้นให้เด็กได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ เพื่อให้เกิดความสามารถในประยุกต์ใช้ความรู้ไปพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศได้เหมาะสมมากขึ้น

3. ครูผู้สอนควรสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย ทำให้การพูดคุยหรือแสดงความคิดเห็นเรื่องเพศเป็นไปอย่างมีอิสระและเป็นธรรมชาติและเป็นกันเอง เพื่อสร้างความไว้วางใจ และลดความเขินอายของเด็ก เพื่อเป็นการปลูกฝังทัศนคติและการรับรู้ทางเพศที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

4. พ่อแม่และผู้ปกครอง ควรมีบทบาทสำคัญในการสอนเรื่องเพศให้กับลูกอย่างต่อเนื่อง ควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง เพื่อให้เด็กรับรู้ว่าเรื่องเพศไม่ใช่เรื่องที่น่าอายหรือเป็นความลับ ทำให้ลูกกล้าที่จะเปิดใจพูดคุยหรือปรึกษาเรื่องเพศกับพ่อแม่ผู้ปกครองมากขึ้น และควรเน้นการสื่อสารเรื่องเพศ

ในประเด็นของการจัดการกับอารมณ์และความต้องการทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์และติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะการดูแลสุขภาพทางเพศสำหรับเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองของนักเรียนวัยประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อเป็นการปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมตั้งแต่สถาบันครอบครัว

3. ควรมีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลายระหว่างเพศชายและเพศหญิง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะการดูแลสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมกับเพศ

References

Boonmongkon P. et al. (2016). Research report on review of sexuality education in Thai schools. Bangkok: UNICEF Thailand. (in Thai).

Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). Situation of adolescent pregnancy in 2018. Retrieved (2019, October 19). from http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/ index/situation RH_2561_Website.pdf. (in Thai).

Chanphong J. (2017). Parent-child sexual communication. Nursing Science Journal of Thailand, 37(1), 4-16. (in Thai).

Chuchot R. (2018). The birth control bampaign in adolescents: the roles of smart nurse 4.0. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19(Supplement May–August), 42-52. (in Thai).

Chiengta, P., Tumchea S., Maneechot M., Lorhhan S., Pumprayool P. & Yingrengreung S. (2018). Effects of sexual health promotion program on pregnancy prevention of teenage in Saraburi municipal. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 34(2), 101-111. (in Thai).

Directing Committee of National Health Development Plan No. 12. (2016). The national health development plan No. 12. (2017-2021). Ministry of Public health. Retrieved (2016, October 25). from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf. (in Thai).

Hoyrat, P. & Wongsawat, P. (2017). Thai adolescent with early sexual intercourse. Journal of Phrapokklao Nursing College, 28(2), 173-182. (in Thai).

Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2019). Thai health 2019 “Online social media – a double edged sword 92 Thai health in the context of a socially-connected world”. Retrieved (2021, January 8). from https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/ThaiHealth2019t.pdf. (in Thai).

Mahawannasri, R. (2015). Factor influence family communication on sexual issues among secondary school students in Chiang Dao district, Chiang Mai province. (Master's Thesis). Chiangmai University, Chiangmai. (in Thai).

Maturachon T., Konggumnerd R., Boonrod W. & et al. (2018). A Situation analysis of sexual risk behavior, sexual health protection and assessing sexual health service system of young adult. The Office of Nursing Science, Suranaree University of Technology. (in Thai).

Prachanno W., Srisuriyawet R. & Homsin P. (2017). Factors influencing sexual behaviors among primary school students based on the information–motivation–behavioral skills model. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2017, 29(2), 39-51. (in Thai).

Phoprayun N., Kesaprakorn P. & Polanan M. (2014). Family communication patterns affecting sexual risk behaviors amongst undergraduate female students in Bangkok metropolitan. Journal of Behavioral Science for Development, 6(1), 235-249. (in Thai).

Phetsumrit T., Pranee C. & Hombubpha S. (2014). Factors affecting sexual health behavior in students of junior high schools in Nakhon Sawan Province. Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities, 4(6), 71-84. (in Thai).

Sittipiyasakul V., Nuwong P., Lucksitanon R., & Benja Uamasan. (2013). A survey on sexual experiences, opinions and sexual risk behaviors among teenage students in Thailand. Journal of Health Science, 22(6), 979-987. (in Thai).

Srijaiwong S. (2016). Sexual risk behaviors among teenage having sexual experience: A multilevel study. [dissertation] (PhD's thesis). Mahidol University, Bangkok.

Srijaiwong S., Sindthu S., Ratinthorn A. & Viwatwongkasem C. (2019). Sexuality education and teachers' attitudes towards sexual double standard influencing on sexual risk behaviors among adolescents. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 11(2), 91-102. (in Thai).

Srilasudtro k. & Suppongpatch R. (2015). Social psychology and behavior of individuals perceived in living. Journal of MCU Humannities Review, 1(2), 11-21. (in Thai).

Thampanichawat W. & Olanratmanee B. (2018). Sex education for adolescents in school: a case study in BangkokThai. Journal of Nursing Council, 33(3), 82-98. (in Thai).

Tripathi S. (2011). Life assets of Thai children and youth. 8th ed. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai).

Tungsaengsakul S., Suwonnaroop N., Nakakasien P. & Panitrat R. (2017). Effects of sexual health life skills program on perceived self- efficacy in safe sex of early adolescent students. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18(2), 119-128. (in Thai).

World Health Organization. (2006). Sexual health. Retrieved (2021, January 8). from https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1