

บทบรรณาธิการรับเชิญ เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย

วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์*, RN, PhD

เมื่อเร็วๆ นี้ ข่าวความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งของนักเรียนดังกับดาราสาวคนหนึ่งดูจะเป็นที่สนใจและมีการพูดคุยกันอย่างกว้างขวางในสังคมไทย ทั้งในแง่ของสิทธิสตรี การยืนยันความสัมพันธ์ทางสายโลหิตด้วยการตรวจดีเอ็นเอ และการเสนอข่าวของสื่อมวลชนประเด็นสำคัญในข่าวนี้ที่ไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนักก็คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันจึงเกิดคำถามขึ้นว่า พฤติกรรมหรือการกระทำแบบนี้กำลังจะเป็นสิ่งที่เรากันเคยและอาจจะชินชามากเกินไปหรือไม่ ในสภาพสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีและการสื่อสาร รวมทั้งค่านิยมและความเป็นอิสระทางเพศที่เพิ่มมากขึ้น แต่ขาดทักษะในการจัดการหรือการป้องกันที่เหมาะสม ซึ่งพบว่า กำลังเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและจริงจัง

ในเวทีเสวนา “โครงการรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น” ที่จัดโดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมา มีการนำเสนอตัวเลขสถิติที่น่าเป็นห่วงจากที่ประชุมองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เมื่อปี พ.ศ. 2552 ว่า ค่าเฉลี่ยของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีของทั่วโลกอยู่ที่ 65 ต่อ 1,000 คน ส่วนค่าเฉลี่ยของผู้หญิงใน

ทวีปเอเชียอยู่ที่ 56 ต่อ 1,000 คน โดยประเทศไทยมีผู้หญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 70 ต่อ 1,000 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงสุดของประเทศในทวีปเอเชีย¹ และตัวเลขเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ ข้อมูลสภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทยที่รวบรวมโดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2552 มีมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีที่คลอดบุตร จำนวน 787,739 คน คิดเป็นร้อยละ 13.55¹ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 และข้อมูลของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ ยังพบด้วยว่า อายุเฉลี่ยของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยจะอยู่ที่ 13-15 ปี โดยอายุน้อยสุดที่มากลอดบุตรในโรงพยาบาลรัฐพบว่า เป็นเด็กอายุเพียง 10 ปี¹

นอกจากปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมแล้วยังมีข้อมูลที่แสดงถึงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นไทยด้วย การสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปี 2 พบว่า นักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ในรอบปี พ.ศ. 2552 มีประมาณร้อยละ 23 กลุ่มนักเรียนที่มีคู่นอนเป็นคู่อีกหรือแฟน มีสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในอัตราที่ต่ำ ประมาณร้อยละ 21 โดยนักเรียนชายมีสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อีก

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หรือแฟนมากกว่านักเรียนหญิง (ร้อยละ 25.0, 17.8)² นอกจากนี้ สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุว่า สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทยมีแนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2552 กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี ซึ่งแนวโน้มการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³

สถิติและหลักฐานจากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า วัยรุ่นไทยยังมีความรู้ที่จำกัดในเรื่องเพศศึกษา มีค่านิยมทางเพศที่เป็นอิสระ และมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ รวมทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการเรียนและอนาคตของตัววัยรุ่นเอง ปัญหาสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นไทยจึงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องให้ความสนใจเพิ่มมากขึ้น งานวิจัยที่ศึกษาความต้องการในการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาของวัยรุ่นไทยในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อค่านิยมและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมี 5 ประการ คือ 1) บทบาททางสังคมที่คลุมเครือ ซึ่งนำไปสู่การรับรู้เอกลักษณ์ที่สับสน (confused identity), 2) มีความอยากรู้อยากเห็นและการรับรู้ทางเพศที่สูงขึ้น, 3) ขาดความรู้และทักษะชีวิต (life skills) ที่จำเป็น, 4) บิดามารดาไม่ค่อยมีส่วนร่วม, และ 5) ขาดการควบคุมตนเองและชอบความเสี่ยง วัยรุ่นชายต้องการที่จะเป็น “ผู้ชายที่แน่” ซึ่งจะขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถในทางเพศและการเอาชนะใจผู้หญิง ในขณะที่วัยรุ่นหญิงแม้ว่าจะถูกควบคุมด้วยค่านิยมทางสังคมให้เป็น “ผู้หญิงที่หัวอ่อน” แต่ก็เริ่มยอมรับแนวคิดใหม่ของ

การมีคู่อริหรือเพื่อนชาย โดยที่บิดามารดาอาจจะไม่เห็นด้วย ในขณะเดียวกัน ก็ขาดทักษะชีวิตที่จะช่วยให้สามารถจัดการกับความต้องการทางเพศของตนเอง หรือเจรจาต่อรองในสถานการณ์ที่อาจถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่เต็มใจ⁴

นอกจากนี้ ยังพบว่า การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนส่วนใหญ่จะเน้นเฉพาะเนื้อหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระและร่างกาย และยังมีเนื้อหาที่ทอตนอหาเพศศึกษาที่ไม่สม่เสมอด้วย ครูส่วนมากยอมรับว่า รู้สึกอึดอัดใจที่ต้องสอนเพศศึกษาให้แก่วัยรุ่น ครูผู้สอนบางคนจึงปรับเปลี่ยนเนื้อหาในหลักสูตรเพศศึกษาไปตามความคิดเห็นของตน หรือบางครั้งก็อาจตัดเนื้อหาบางส่วนทิ้งไปเลย สำหรับบิดามารดาของวัยรุ่นนั้น มากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่า ไม่ควรสอนเพศศึกษาในโรงเรียน แต่ก็มีบิดามารดาเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่มีความพร้อมในการให้คำแนะนำเรื่องเพศแก่บุตรของตน และประมาณเกือบ 1 ใน 3 เชื่อว่าเพศศึกษาจะทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น⁴

อุปสรรคหนึ่งในการสอนเพศศึกษาให้แก่วัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ก็คือ ความเชื่อของครูผู้สอน บิดามารดา และคนทั่วไปที่มองว่า การสอนเพศศึกษานั้นเปรียบเสมือน “การชี้โพรงให้กระรอก” เพราะเพศศึกษาจะทำให้วัยรุ่นอยากทดลองและมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น แต่หลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาไม่ได้ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อดังกล่าวเลย จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเพศศึกษาและโรคเอดส์แก่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 25 ปี ในหลักสูตรของโรงเรียนอย่างเป็นระบบ จำนวน 83 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของโปรแกรมการสอนเพศศึกษาทั้งหมด สามารถช่วยปรับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นให้ดีขึ้น และมีหลักฐานบ่งชี้ชัดเจนว่า โปรแกรมการสอนเพศศึกษา

เหล่านี้ ไม่ได้เร่งให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น หรือมีพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม โปรแกรมการสอนเพศศึกษาบางส่วนนั้น สามารถช่วยให้วัยรุ่นชะลอการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีพฤติกรรมทางเพศลดลง หรือใช้ถุงยางอนามัยหรือยาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น โดยโปรแกรมเหล่านี้ช่วยให้วัยรุ่นมีความรู้เรื่องเพศเพิ่มขึ้น และทราบวิธีการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ ตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ปรับเปลี่ยนค่านิยมทางเพศ มีความเชื่อมั่นมากขึ้นที่จะใช้ถุงยางอนามัย หรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เต็มใจ และมีความตั้งใจที่จะงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ จำกัดจำนวนคู่นอน หรือใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์⁵ สอดคล้องกับหลักฐานจากงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเพศศึกษาที่เน้นค่านิยมของสังคมไทยในการรักษาพรหมจรรย์จนกว่าจะแต่งงาน ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3-5 อายุ 13-18 ปี จำนวน 552 คน โดยใช้เวลาในการสอน 2 สัปดาห์ๆ ละ 3 ชั่วโมง กิจกรรมที่ใช้ในการสอน มีทั้งการอภิปรายกลุ่ม วิดีโอ เกมส์ การแสดงบทบาทสมมติ การสาธิต การประชุมระดมสมอง และกิจกรรมในการสร้างทักษะ ผลการวิจัยพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการสอนไปแล้ว 3 และ 6 เดือน นักเรียนกลุ่มทดลองรายงานจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า และมีความตั้งใจที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ในอนาคตสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ยังพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมด้วย⁶

พยาบาลที่ดูแลสุขภาพในโรงเรียนอาจนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยข้างต้นไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นไทย โดยสิ่งที่ต้องคำนึงถึง

เป็นอันดับแรกคือ พยาบาลต้องมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการสอนเพศศึกษาก่อน โปรแกรมการสอนเพศศึกษาที่ได้ผล ควรจะเริ่มสอนตั้งแต่เด็กอายุน้อย ตัวอย่างก็คือ ประเทศเนเธอร์แลนด์ที่มีอัตราการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี อยู่ที่ 7.2 ต่อ 1,000 คน ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำสุดของประเทศในทวีปยุโรป จะเริ่มการสอนเพศศึกษาตั้งแต่เด็กอายุ 5 ขวบ⁷ และใช้โปรแกรมการสอนเพศศึกษาจากงานวิจัย ในบรรยากาศที่ครูผู้สอนสามารถให้คำแนะนำเรื่องเพศได้อย่างมั่นใจ โดยไม่ต้องกลัวการเซ็นเซอร์ และบิดามารดาไม่มีสิทธิห้ามไม่ให้เด็กเข้าชั้นเรียน เนื้อหาในหลักสูตรเพศศึกษา ควรจะครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์ความรู้สึกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ความสัมพันธ์ทางเพศ บทบาททางสังคม และค่านิยมทางเพศ และสุขภาพทางเพศ ซึ่งรวมถึงการคุมกำเนิด เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเน้นการพัฒนาทักษะชีวิตที่วัยรุ่นจำเป็นต้องใช้ในสถานการณ์ที่อาจถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่เต็มใจ^{4,7,8} วิธีการหนึ่งที่เป็นที่นิยมและใช้ได้ผลดีในการสอนเพศศึกษา คือ การจำลองเรื่องราวความสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นชายหญิงคู่หนึ่ง โดยในแต่ละเหตุการณ์จะเอื้อให้วัยรุ่นที่เข้าร่วมกิจกรรมได้วิเคราะห์สถานการณ์ การกระทำของวัยรุ่น และผลที่จะเกิดตามมาทั้งทางด้านบวกและด้านลบ นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาสื่อการสอนเพศศึกษาที่เหมาะสมกับวัยรุ่นไทย ในหลากหลายรูปแบบ เช่น ภาพยนตร์สั้น วารสารหรือบทความต่าง ๆ วิดีโอ เกมส์ และเพลง เพื่อเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นมีการเรียนรู้เรื่องเพศด้วยตนเอง⁴

นอกจากพยาบาลที่ดูแลสุขภาพในโรงเรียน จะแสดงบทบาทเป็นครูผู้สอนเพศศึกษาหรือให้

คำปรึกษาเรื่องเพศแก่วัยรุ่นโดยตรงแล้ว พยาบาล
ยังอาจช่วยสนับสนุนครูที่สอนเพศศึกษาในโรงเรียน
ด้วยการจัดฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เรื่องเพศ
ศึกษา และช่วยให้ครูมีความมั่นใจมากขึ้นที่จะให้คำ
แนะนำเรื่องเพศแก่วัยรุ่น และถ่ายทอดเนื้อหาใน
หลักสูตรเพศศึกษาอย่างสม่ำเสมอ โดยควรมีการ
ติดตามและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม
งานวิจัยที่ศึกษาความต้องการในการเรียนรู้เรื่องเพศ
ศึกษาของวัยรุ่นไทยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรใช้เพื่อน
เป็นผู้สอนเพศศึกษาในโรงเรียน เพราะวัยรุ่นไทยชอบ
พูดคุยซักถามเรื่องเพศกับเพื่อนมากกว่า ในขณะที่
ครูและบิดามารดาต่างก็มีข้อจำกัดที่จะสอนเพศศึกษา
ให้แก่วัยรุ่น แต่ก็จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมกลุ่มเพื่อน
ของวัยรุ่นก่อน เพื่อให้มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง
ในเรื่องเพศ และมีทักษะชีวิตที่จำเป็นด้วย⁴

กลวิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศของ
วัยรุ่น ก็คือ การสนับสนุนให้บิดามารดาเป็นผู้รับผิดชอบ
ในการสอนเพศศึกษาให้แก่บุตรของตน แม้ว่าจะเป็น
เรื่องที่น่าอึดอัดใจและอาจทำได้ยากสำหรับบิดา
มารดาไทยก็ตาม ผลงานวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศ
รายงานว่า วัยรุ่นต้องการทราบข้อมูลเรื่องเพศจาก
บิดามารดาของตน และบิดามารดาสามารถมีอิทธิพล
อย่างมากต่อทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น
ได้ แต่ในขณะเดียวกัน ก็พบว่า บิดามารดาเป็น
จำนวนมากต้องการความช่วยเหลือในการพูดคุย
และตอบคำถามเรื่องเพศให้แก่บุตรที่เป็นวัยรุ่น⁹
ดังนั้น พยาบาลอาจช่วยเหลือให้บิดามารดาประสบ
ความสำเร็จในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรได้โดยควร
คำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้⁹

1. *จังหวะเวลาของการพูดคุย* บิดามารดาควร
เริ่มพูดคุยกับบุตรตั้งแต่อายุ 10-12 ปี ในเรื่องที่
เกี่ยวข้องกับเพศ เช่น การคบเพื่อนต่างเพศ (dating)

ก่อนที่บุตรจะเริ่มมีกิจกรรมทางเพศ การเริ่มต้นพูดคุย
เรื่องเพศเร็ว จะช่วยให้บิดามารดามีโอกาสต่าง ๆ ที่จะ
อธิบายข้อมูลเรื่องเพศให้บุตรเข้าใจ โดยอาจปรับเนื้อหา
ของการพูดคุยให้เหมาะสมกับวัยและพัฒนาการ
ของบุตรได้

2. *เนื้อหาของการพูดคุย* บิดามารดาอาจพูดคุย
เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น
การรักษาพรหมจรรย์ และผลของการมีเพศสัมพันธ์ต่อ
สุขภาพของวัยรุ่น พยาบาลอาจต้องให้ความช่วยเหลือ
แก่บิดามารดาในการพูดคุยเรื่องการคุมกำเนิด การใช้
ถุงยางอนามัย และผลทางด้านบวกที่จะตามมาจาก
การตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ วิธีการที่เป็นประโยชน์
ก็คือ “คิดถึงผลเชิงสุขภาพ แต่พูดคุยเชิงสังคม”
เพราะความห่วงใยของบิดามารดาที่ต้องการให้บุตร
ที่เป็นวัยรุ่นปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
โรคเอดส์ และการตั้งครรภ์นั้น เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้
บิดามารดาพูดคุยกับบุตรในเรื่องเพศ แต่บิดามารดา
ควรเข้าใจด้วยว่า วัยรุ่นตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์
เพราะความคาดหวังในผลทางด้านบวกที่จะตามมา
เช่น รู้สึกว่าได้รับความรักจากคูรักหรือแฟน เชื่อว่าจะ
มีความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ หรือคิดว่าการมี
เพศสัมพันธ์จะทำให้ตนเองเป็นที่รู้จัก ดังนั้น บิดา
มารดาควรพูดคุยกับบุตร ทั้งในเรื่องผลของกิจกรรม
ทางเพศที่มีต่อสุขภาพ และเหตุผลที่วัยรุ่นใช้ในการ
ตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์

3. *ความถี่ของการพูดคุย* การพูดคุยเรื่อง
เพียงครั้งเดียวมักไม่ได้ผล บิดามารดาจำเป็นต้องพูดคุย
กับบุตรหลายครั้ง และปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับ
ความต้องการของบุตร พยาบาลควรช่วยบิดามารดา
ให้เข้าใจว่า การพูดคุยเรื่องเพศเป็นกระบวนการที่
ต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ยิ่งบิดามารดา
พูดคุยกับบุตรในเรื่องเพศอย่างชัดเจนเท่าใดก็จะ

ยังช่วยให้บุตรเข้าใจและสามารถนำสิ่งเหล่านั้นไปปฏิบัติในชีวิตจริงได้มากขึ้น

4. *บรรยากาศของการพูดคุย* การพูดคุยที่จะได้ผลดีกับวัยรุ่น คือ บิดามารดาควรพูดคุยอย่างเปิดเผย เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของบุตร มีความรู้และน่าเชื่อถือ รวมทั้งมีเวลาให้แก่บุตร พยายามอาจช่วยให้บิดามารดาพัฒนาทักษะในการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศ ด้วยการแสดงบทบาทสมมติ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ ยังอาจช่วยให้บิดามารดาค้นหาจังหวะเวลาที่ควรจะสอนเพศศึกษาให้แก่บุตรได้ เช่น เวลาที่ทำงานบ้าน หรือดูโทรทัศน์ด้วยกัน สิ่งนี้จะช่วยให้บิดามารดามีโอกาสหลายครั้งที่พูดคุยเรื่องเพศ และบุตรรู้สึกว่ บิดามารดาเอาใจใส่และมีเวลาให้กับตน

การส่งเสริมสุขภาพทางเพศด้วยการสอนเพศศึกษาให้แก่วัยรุ่นไทยนั้น เป็นเรื่องที่จำเป็นเร่งด่วน และต้องการความร่วมมือและการสนับสนุนจากบุคคลหลายบทบาท ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ครูและผู้บริหารของโรงเรียน บิดามารดาของวัยรุ่น และตัววัยรุ่นเอง แต่ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้การสอนเพศศึกษาประสบความสำเร็จได้ ก็คือ การมีนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนในการสอนเพศศึกษาให้แก่วัยรุ่น ซึ่งจะรวมถึงการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็น การประเมินผล และการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรและสื่อในการสอนเพศศึกษาที่เหมาะสมกับสังคมไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ‘ชู’ ชี้ไทยตั้งท้องอันดับ 1 ‘เอเชีย’ ตะลึงเด็กวัยแค่ 10 ขวบคลอดลูก. *มติชน* 13 ตุลาคม 2553; หน้า 13.
2. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, บังอร เทพเทียน, สมศักดิ์ วงศาวัส, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์, ปรีดา ตาสี. การศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีใน 7 กลุ่มประชากรเป้าหมาย ปี 2552. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
3. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2552. หน้า 95-6. สืบค้นจาก URL: <http://epid.moph.go.th> เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2553.
4. Vuttanont U, Greenhalgh T, Griffin M, Boynton P. “Smart boys” and “sweet girls”—sex education needs in Thai teenagers: A mixed-method study. *Lancet* 2006; 368: 2068-80.
5. Kirby DB, Laris BA, Rollieri LA. Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health* 2007; 40: 206-17.
6. Thato R, Jenkins RA, Dusitsin N. Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *J Adv Nurs* 2008; 62(4): 457-69.
7. Jones SA. Provision of sex and relationships education for young people. *Nurs Stand* 2008; 23(14): 35-40.
8. McKay A, Bissell M. Sex health education in the schools: Questions & answers (3rd edition). *Can J Hum Sex* 2009; 18(1-2): 47-60.
9. Guilamo-Ramos V, Bouris A. Working with parents to promote healthy adolescent sexual development. *Prev Res* 2009; 16(4): 7-11.