ความต้องการด้านการเรียนรู้และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบบรรยาย

สิตานันท์ ศรีใจวงศ์ พย.ด.[1]
สืบตระกูล ตันตลานุกุล ส.ด.[2]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่เป็นประเด็นที่มีความสำคัญยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในยุคที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วและทัศนคติของสังคมยังไม่เปิดกว้างต่อประเด็นเพศศึกษา แม้ว่าจะมีความพยายามในการส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศและการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับเยาวชน แต่การเข้าถึงยังคงเผชิญข้อจำกัดจากหลากหลายปัจจัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทวัฒนธรรมภาคเหนือที่ยังคงมีค่านิยมดั้งเดิม การทำความเข้าใจความต้องการเรียนรู้และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของเยาวชนผ่านมุมมองของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจึงมีความสำคัญต่อการออกแบบบริการสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความต้องการเรียนรู้ อุปสรรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเด็กและเยาวชนวัยเจริญพันธุ์ในเขตสุขภาพที่ 2 2) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศกับเด็กและเยาวชนตามการรับรู้ของนักเรียน ครู และผู้ปกครอง และ 3) ศึกษาการรับรู้และแนวทางการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับเด็กและเยาวชนตามการรับรู้ของนักเรียนและบุคลากรสาธารณสุข

การออกแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายที่ใช้กระบวนทัศน์ของนักสร้างสรรค์/นักตีความ เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้และมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาบริการสุขภาพที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ความต้องการด้านการเรียนรู้ 2) อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และ 3) ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง การวิจัยยังนำแนวคิดสุขภาพทางเพศเชิงบวกและแนวคิดการให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนมาเป็นแนวทางของการศึกษา

การดำเนินการวิจัย การวิจัยดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 – มิถุนายน พ.ศ. 2566 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและการเลือกแบบลูกโซ่จากผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 100 คน ประกอบด้วย นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนต้น 50 คน (อายุ 9–15 ปี) ผู้ปกครอง 20 คน ครู 15 คน และบุคลากรสาธารณสุข 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (50 ครั้ง)

[1]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sitanan@unc.ac.th*

[2]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: seubtrakul@unc.ac.th*

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v40i4.274900

การสนทนากลุ่ม (8 กลุ่ม) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (15 แห่ง) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs โดยใช้โปรแกรม NVivo 12 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตรวจสอบด้วยการตรวจสอบระหว่างสมาชิก การตรวจสอบแบบสามเส้าทั้งด้านข้อมูล ผู้วิจัย และวิธีการ และการสะท้อนกลับของผู้วิจัย

ผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญ 3 ด้านตามวัตถุประสงค์การวิจัย ด้านแรกความต้องการเรียนรู้ของนักเรียนแบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ย่อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการดูแลตนเอง ทักษะความสัมพันธ์และการสื่อสาร การป้องกันและความปลอดภัยทางเพศ การใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์อย่างปลอดภัย และความหลากหลายทางเพศและการยอมรับ นักเรียนที่เคยใช้บริการสุขภาพแสดงความต้องการในการปรับปรุงบริการใน 4 ด้าน ได้แก่ การปรับปรุงกระบวนการให้บริการ การพัฒนาสื่อการสอนที่ทันสมัย การพัฒนาแพลตฟอร์มออนไลน์ และการฝึกอบรมผู้ให้บริการ อุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการพบ 4 หมวดหมู่หลัก ได้แก่ อุปสรรคด้านทัศนคติและความเชื่อ (3 หมวดหมู่ย่อย) อุปสรรคด้านการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง (4 หมวดหมู่ย่อย) อุปสรรคด้านระบบบริการสุขภาพ (5 หมวดหมู่ย่อย) และอุปสรรคด้านครอบครัวและโรงเรียน (3 หมวดหมู่ย่อย) ด้านที่สองการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศพบว่า นักเรียนรับรู้ว่าผู้ปกครองและครูไม่มั่นใจในการพูดคุยเรื่องเพศ ครูรับรู้ว่าตนเองขาดความมั่นใจและทักษะในการสื่อสาร และผู้ปกครองรับรู้ว่าตนเองกลัวการพูดคุยเรื่องเพศจะกระตุ้นความสนใจของลูกและขาดความรู้ที่ทันสมัย ด้านที่สาม การรับรู้ต่อบริการปัจจุบันและแนวทางการพัฒนา นักเรียนรับรู้ว่าบริการปัจจุบันไม่เป็นมิตรและมีการตัดสิน บุคลากรสาธารณสุขรับรู้ว่าตนเองขาดเวลาและทักษะเฉพาะทาง แนวทางการพัฒนาบริการที่เป็นมิตรตามการรับรู้ของทุกฝ่ายประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและกระบวนการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยี และการสร้างเครือข่ายและการทำงานร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าความต้องการเรียนรู้ของวัยรุ่นมีความแตกต่างตามช่วงวัยและมีความต้องการใหม่เกี่ยวกับเทคโนโลยีและความหลากหลายทางเพศ อุปสรรคในการเข้าถึงบริการเป็นปัญหาหลายระดับที่เชื่อมโยงกัน และการสื่อสารระหว่างทุกฝ่ายขาดประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะหลัก 5 ประการ ได้แก่ 1) การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาแบบบูรณาการที่เพิ่มเนื้อหาการประเมินข้อมูลออนไลน์และความหลากหลายทางเพศ 2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรแบบเป็นรูปธรรม โดยจัดตั้งคลินิกเยาวชนแยกต่างหาก พัฒนาแอปพลิเคชันให้คำปรึกษา และปรับเวลาให้บริการ 3) การสร้างกลไกการประสานงานระหว่างภาคส่วน โดยจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพทางเพศเยาวชนระดับอำเภอและระบบส่งต่อดิจิทัล 4) การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการสื่อสารทางเพศโดยพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารแบบลำดับขั้นและสร้างกลุ่มสนับสนุน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบยั่งยืน โดยจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ชุมชนและเครือข่ายผู้นำชุมชน การวิจัยนี้สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับความต้องการที่หลากหลายของวัยรุ่นในยุคดิจิทัล และเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย

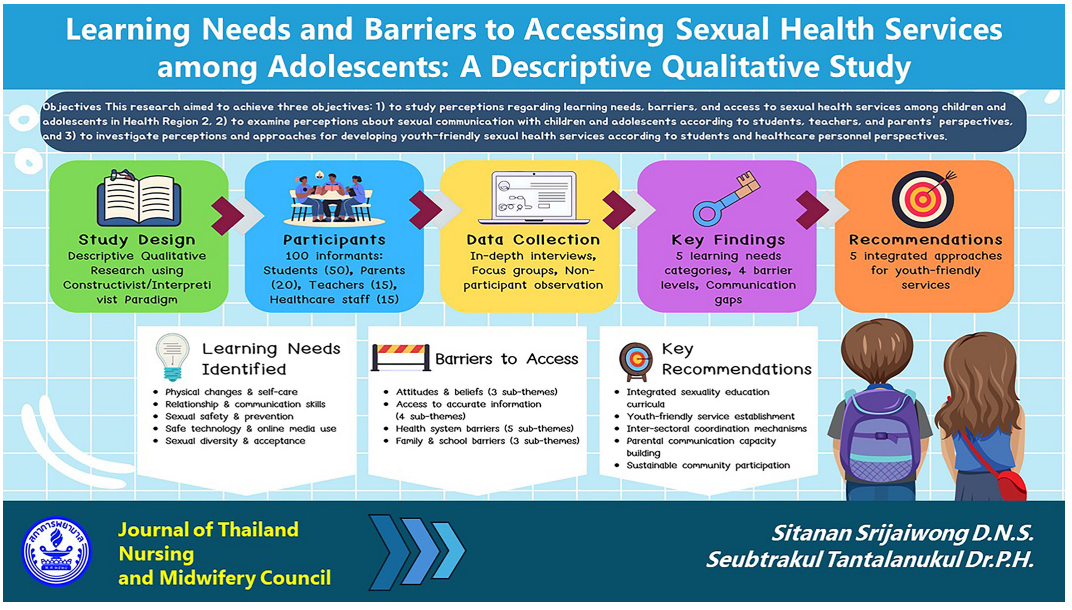
คำสำคัญ ความต้องการด้านการเรียนรู้ อุปสรรคการเข้าถึงบริการ สุขภาพทางเพศ วัยรุ่น การวิจัยเชิงคุณภาพ

วันที่ได้รับ 19 เม.ย. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 24 ส.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 9 ก.ย. 68

Learning Needs and Barriers to Accessing Sexual Health Services among Adolescents: A Descriptive Qualitative Study

Sitanan Srijaiwong D.N.S.

Seubtrakul Tantalanukul Dr.P.H.



Extended Abstract

Introduction Adolescent sexual health during the transitional phase from childhood to adulthood represents a critical issue requiring heightened attention particularly in an era marked by rapid information exchange and prevailing societal attitudes that remain resistant to comprehensive sex education. Despite ongoing efforts to promote sexual education and expand youth-friendly health services, access remains constrained by a constellation of factors at the personal, family, school, and health services system levels. These challenges are especially pronounced within the cultural context of Northern Thailand, where traditional values continue to shape perceptions and practices surrounding sexuality. Understanding adolescents' learning needs and the barriers they face in accessing services through the perspectives of multiple stakeholders is essential for designing interventions appropriately.

Objectives This study aimed to 1) describe perceptions regarding the learning needs, barriers, and access to sexual health services among adolescents of reproductive age within Health Region 2, 2) explore perceptions of sexual communication with children and adolescents, as perceived by students, teachers, and parents, and 3) study perceptions and proposed strategies for developing youth-friendly sexual health services, based on perceptions of students and public health personnel.

[1]*Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand; E-mail: sitanan@unc.ac.th*

[2]*Corresponding author, Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand; E-mail: seubtrakul@unc.ac.th*

Design This study employs a descriptive qualitative research design, grounded in the constructivist/ interpretivist paradigms, to explore the perceptions and perspectives of multiple stakeholders regarding adolescent sexual health. The researchers applies a health service development framework including 3 components: 1) learning needs, 2) barriers to service access, and 3) stakeholder experiences and perceptions. Additionally, the study employs the concepts of positive sexual health approach and youth-friendly services as theoretical foundations.

Methodology This study was conducted within Health Region 2, including five provinces: Phitsanulok, Phetchabun, Tak, Sukhothai, and Uttaradit, between September 2022 and June 2023. Informants were selected through purposive sampling and snowball sampling techniques, resulting in a total of 100 informants. These included 50 students in late primary and early secondary education (aged 9-15 years), 20 parents, 15 teachers, and 15 public health personnel. Instruments for data collection comprised semi-structured interview guides, focus group discussion protocols, non-participatory observation forms, and personal information recording sheets. The data were gathered through 50 in-depth interviews, 8 focus group discussions, and non-participatory observations conducted at 15 sites. Content analysis was conducted following the approach outlined by Elo and Kyngäs, utilizing NVivo 12 software. Trustworthiness was ensured through member checking, triangulation across data sources, researchers, and methods, and researcher reflexivity.

Results The data analysis revealed three major themes aligned with the study's objectives. First, Learning Needs: Students' learning needs regarding sexual health were categorized into five sub-themes: 1) physical changes and self-care, 2) relationship and communication skills, 3) sexual protection and safety, 4) safe technology and online media use, and 5) sexual diversity and acceptance. Among students who had previously accessed health services, four areas for service improvement were identified: enhancing service delivery processes, developing modern educational media, expanding online platforms, and providing training for service providers. Barriers to accessing information and services consisted of four main categories: attitude and belief-related barriers (3 subcategories), barriers to accessing accurate information (4 subcategories), health system-related barriers (5 subcategories), and family and school-related barriers (3 subcategories). Second, Perceptions of Sexual Communication: Students perceived that parents and teachers lacked confidence in discussing sexual topics. Teachers reported feeling unprepared and lacking communication skills, while parents expressed concerns that such discussions might stimulate curiosity and acknowledged their own limited access to up-to-date knowledge. Third, Perceptions of Current Services and Recommendations for Youth-Friendly Development: Students perceived existing services as unfriendly and judgmental. Public health personnel reported constraints in time and specialized skills. Recommendations for developing youth-friendly services, as identified across stakeholder groups, included four key areas: 1) improving service environments and processes, 2) enhancing personnel capacity, 3) integrating innovation and technology, and 4) fostering networks and collaborative partnerships.

Recommendation Based on the findings, five key recommendations are proposed: 1) Develop an integrated sex education curriculum that incorporates content on evaluating online information and understanding sexual diversity, 2) Establish concrete youth-friendly sexual health services, including dedicated youth clinics, digital counseling applications, and flexible service hours, 3) Create cross-sectoral coordination mechanisms, such as district-level youth sexual health committees and digital referral systems, 4) Enhance parental capacity for sexual communication through tiered communication training programs and peer support groups, and 5) Foster sustainable community engagement by establishing community learning centers and networks of local leaders. This research contributes new knowledge on the diverse and emerging needs of adolescents in the digital era and serves as a foundational resource for policy development and practice that genuinely responds to the lived realities of the target population.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(4) 622-640

Keywords learning needs/ access barriers/ sexual health/ adolescents/ qualitative research

Received 19 April 2025, Revised 24 August 2025, Accepted 9 September 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น โดยเฉพาะในช่วงอายุ 9–15 ปี เป็นประเด็นสาธารณสุขสำคัญที่ต้องการความสนใจเร่งด่วน ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก วัยรุ่น (adolescence) หมายถึง ช่วงอายุ 10–19 ปี ซึ่งเป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างรวดเร็ว[1] ผลการศึกษาระดับนานาชาติพบประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศของเยาวชนอย่างต่อเนื่อง โดยเยาวชนช่วงอายุ 15–24 ปี ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ 25 ของประชากรที่มีความเสี่ยงทางเพศ แต่กลับมีสัดส่วนการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 48 ของผู้ป่วยทั้งหมด[2] ในประเทศไทย อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วงโดยในปี ค.ศ. 2023 (พ.ศ. 2566) มีอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 15–19 ปี คือ 20.9 ต่อ 1,000 คน[3] และพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

ผลกระทบจากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่น ก่อให้เกิดปัญหาระยะสั้นและระยะยาวที่รุนแรง ในระยะสั้นพบการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของเยาวชน[4] ในระยะยาว ส่งผลต่อการศึกษา โอกาสในอนาคต และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนหญิงที่อาจต้องออกจากระบบการศึกษาเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยเรียน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของวัยรุ่นตอนต้นหญิงในประเทศไทย และส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและมีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด[5]

อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเยาวชนวัยเจริญพันธุ์มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายระดับ การศึกษาในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอุปสรรคด้านบุคคล ได้แก่ ข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับบริการสุขภาพทางเพศ ความกลัวถูกครอบครัวพบเห็น การรับรู้ต่อบริการและข้อจำกัดทางการเงิน อุปสรรคด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ ครอบครัวไม่ให้การสนับสนุนและขาดการสื่อสารเปิดเผยระหว่างผู้ปกครองกับวัยรุ่นเกี่ยวกับประเด็นทางเพศ[6] อุปสรรคด้านระบบบริการ ได้แก่ ขาดความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ ทัศนคติของผู้ให้บริการ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อ การเข้าถึงที่ยากลำบาก และการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยที่มีบริบททางวัฒนธรรมเฉพาะ พบว่าค่านิยมดั้งเดิมเกี่ยวกับความบริสุทธิ์ก่อนการแต่งงาน การมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้าม และความไม่เท่าเทียมทางเพศ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเยาวชน[7]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านการเรียนรู้และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเยาวชนในช่วงอายุ 9–15 ปี ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพยังมีน้อย การศึกษาส่วนใหญ่มักศึกษากลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย (15–19 ปี) และใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณที่ไม่สามารถสำรวจความลึกซึ้งของประสบการณ์และความต้องการได้อย่างครอบคลุม[8] นอกจากนี้การศึกษาเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจมุมมองและประสบการณ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่าย ทั้งเยาวชน ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรสาธารณสุข ยังมีจำนวนจำกัด[9] ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเยาวชนยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่ม

ที่มีความเปราะบาง เช่น เยาวชนในพื้นที่ชนบท เยาวชนจากครอบครัวยากจน และเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ การพัฒนาบริการสุขภาพทางเพศที่มีประสิทธิภาพต้องมาจากการบูรณาการระหว่างหลายภาคส่วน และคำนึงถึงความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรมและเพศสภาพ[10]

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจถึงประสบการณ์และมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งและครอบคลุม[11] ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงประสบการณ์ชีวิต อุปสรรค ความต้องการเรียนรู้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ ผ่านการรวบรวมและวิเคราะห์ประสบการณ์จากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้จะสร้างคุณค่าในการพัฒนาแนวทางการจัดการเรียนรู้และการให้บริการสุขภาพทางเพศที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของเยาวชน โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของภาคเหนือที่เน้นค่านิยมครอบครัว ความเคารพต่อผู้ใหญ่ และการรักษาประเพณีดั้งเดิม[12] เพื่อนำไปสู่การลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ การส่งเสริมสุขภาพทางเพศที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการระหว่างระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุข ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทยอย่างยั่งยืนต่อไป[13]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความต้องการเรียนรู้ อุปสรรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเด็กและเยาวชนวัยเจริญพันธุ์ในเขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศกับเด็กและเยาวชนตามการรับรู้ของนักเรียน ครู และผู้ปกครอง
3. เพื่อศึกษาการรับรู้และแนวทางการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับเด็กและเยาวชนตามการรับรู้ของนักเรียนและบุคลากรสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาบริการสุขภาพ (Health Service Development Framework) ที่พัฒนาจากงานวิจัยของ Lassi ZS และคณะ[14] และ Levesque JF และคณะ[15] ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจประสบการณ์และการรับรู้ของผู้เกี่ยวข้องในการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ โดยกรอบแนวคิดนี้มีการนำไปใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพในหลายประเทศและแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการระบุปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย[16]

กรอบแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ความต้องการด้านการเรียนรู้ (learning needs) หมายถึง ความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมกับช่วงวัย ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความสัมพันธ์ สุขอนามัยทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้เทคโนโลยีอย่างปลอดภัย (2) อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (access barriers) หมายถึง ปัจจัยที่ขัดขวางหรือจำกัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพทางเพศของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในระดับบุคคล (ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ) ระดับครอบครัวและสังคม (การสื่อสาร ค่านิยม) หรือระดับระบบ (ความเป็นมิตรของบริการ นโยบาย) และ (3) ประสบการณ์และ

การรับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง (stakeholders' experiences and perceptions) หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ที่เกิดขึ้นจริงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้และรับบริการสุขภาพทางเพศ[17]

การวิจัยนี้ยังนำแนวคิดสุขภาพทางเพศเชิงบวก (positive sexual health approach) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกมาเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งกำหนดให้สุขภาพทางเพศเป็น "สถานะของความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค ความผิดปกติหรือความอ่อนแอ สุขภาพทางเพศต้องการแนวทางที่เป็นบวกและการเคารพต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการมีประสบการณ์ทางเพศที่ให้ความสุขและปลอดภัย ปราศจากการบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง[18] แนวคิดนี้นำมาใช้ในการศึกษาโดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาวะทางเพศที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และความสัมพันธ์มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงการป้องกันปัญหาหรือโรค การวิจัยจึงสำรวจความต้องการเรียนรู้ในมิติที่หลากหลาย เช่น ความรู้เกี่ยวกับร่างกาย ทักษะความสัมพันธ์ การสื่อสาร และการเคารพความหลากหลายทางเพศ[19]

นอกจากนี้ ยังใช้แนวคิดการให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน (youth-friendly services) ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) เป็นกรอบในการวิเคราะห์คุณลักษณะของระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 5 หลักการสำคัญ คือ (1) สามารถเข้าถึงได้ (accessible) หมายถึง บริการที่เยาวชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้โดยไม่คำนึงถึงอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ หรือความสามารถในการจ่าย (2) ยอมรับได้ (acceptable) หมายถึง บริการที่เยาวชนรู้สึกสบายใจและพอใจ มีความเป็นส่วนตัวและความลับ และไม่ถูกตัดสิน (3) เหมาะสม (appropriate) หมายถึง บริการที่ตรงกับความต้องการและพัฒนาการของเยาวชนแต่ละช่วงวัย (4) มีประสิทธิภาพ (effective) หมายถึง บริการที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีและปลอดภัย และ (5) เป็นธรรม (equitable) หมายถึงบริการที่ไม่เลือกปฏิบัติและให้โอกาสเท่าเทียมกัน[20] การนำแนวคิดนี้มาใช้ช่วยให้การวิจัยสามารถประเมินและเสนอแนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรและตอบสนองต่อความต้องการของเยาวชนได้อย่างครอบคลุม

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ช่วยให้การศึกษาสามารถวิเคราะห์และทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการเรียนรู้และการให้บริการสุขภาพทางเพศที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนทัศน์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายเชิงพรรณนา (descriptive qualitative research) ซึ่งเป็นวิธีการวิจัยที่มุ่งเน้นการอธิบายและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องยึดติดกับกรอบทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งโดยเฉพาะ วิธีวิทยาที่ใช้คือ constructivist/interpretivist paradigm ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่าความจริงเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นทางสังคมและมีความหลากหลายตามบริบทและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การเลือกใช้กระบวนทัศน์นี้มีเหตุผลเนื่องจาก (1) เหมาะสมกับการศึกษาการรับรู้และมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่าย (2) ช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางเพศของวัยเจริญพันธุ์ และ (3) สามารถสำรวจประเด็นที่หลากหลายโดยไม่จำกัดอยู่ในกรอบทฤษฎีที่ตายตัว

ลักษณะของผู้วิจัยและการสะท้อนกลับ

ผู้วิจัยหลักเป็นอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพและด้านวิจัยเกี่ยวกับเยาวชนมากกว่า 15 ปี และเคยมีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพของเยาวชนในพื้นที่ภาคเหนือ ซึ่งอาจส่งผลต่อการตีความข้อมูลในเชิงบวกต่อการพัฒนาบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงใช้การสะท้อนกลับ (reflexivity) ตลอดกระบวนการวิจัยโดยการจดบันทึกภาคสนาม การหารือกับผู้ร่วมวิจัย และการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อลดอคติส่วนบุคคล

บริบท

การวิจัยดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ การเลือกพื้นที่นี้มีเหตุผลเนื่องจาก (1) เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (2) มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ทั้งพื้นที่เมืองและชนบท (3) มีการจัดบริการสุขภาพทางเพศในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การบูรณาการในระบบบริการปกติจนถึงการจัดคลินิกเฉพาะทาง และ (4) เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พื้นที่ดังกล่าวมีประชากรวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 10–19 ปี) รวมประมาณ 280,000 คน และมีโรงเรียนประถมและมัธยมศึกษารวม 1,247 แห่ง[21]

การเลือกผู้ให้ข้อมูล

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และการเลือกแบบลูกโซ่ (snowball sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ (1) นักเรียน จำนวน 50 คน แบ่งเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย (อายุ 9–12 ปี) จำนวน 25 คน และนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุ 13–15 ปี) จำนวน 25 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือกำลังศึกษาในโรงเรียนในเขตสุขภาพที่ 2 มีความสมัครใจเข้าร่วม และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง (2) ผู้ปกครอง จำนวน 20 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นพ่อแม่หรือผู้ปกครองของนักเรียนในกลุ่มเป้าหมาย อาศัยอยู่กับนักเรียนอย่างน้อย 1 ปี และมีความสมัครใจเข้าร่วม (3) ครู จำนวน 15 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือสอนวิชาสุขศึกษาหรือเป็นครูแนะแนว มีประสบการณ์การสอนเรื่องเพศศึกษาอย่างน้อย 1 ปี และมีความสมัครใจเข้าร่วม และ (4) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 15 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพทางเพศแก่เด็กและเยาวชน มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และมีความสมัครใจเข้าร่วม การกำหนดความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) พิจารณาจากการที่ข้อมูลใหม่ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไม่ได้เพิ่มความเข้าใจหรือมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ภายใต้โครงการการวิจัยหมายเลขรับรอง COA No.008/65 UPHO REC No.005/65 เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยการขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent) จากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นเด็กใช้แบบฟอร์มความยินยอมของเด็ก (Assent Form) ร่วมกับความยินยอมจากผู้ปกครอง การรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล การใช้ภาษาที่เหมาะสมกับช่วงวัยและบริบท และการจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นส่วนตัวในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

(Semi-structured Interview Guide) พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ แยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยมีประเด็นหลักสำหรับนักเรียน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความต้องการเรียนรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาบริการ สำหรับผู้ปกครอง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศกับบุตรหลาน ความคิดเห็นต่อการให้ความรู้เพศศึกษา และบทบาทในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ สำหรับครู ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา ปัญหาและอุปสรรคในการสอน และแนวทางการพัฒนา สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการให้บริการ ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาบริการที่เป็นมิตร (2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion interview guide) จัดแยกตามประเภทของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มนักเรียนประถม กลุ่มนักเรียนมัธยม กลุ่มผู้ปกครอง กลุ่มครู และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มละ 6-8 คน ใช้เวลา 90-120 นาที มีประเด็นคำถามที่สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกแต่เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมุมมองที่หลากหลายภายในกลุ่ม (3) แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participatory observation form) พัฒนาจากแนวทางของ WHO เพื่อบันทึกข้อมูลสภาพแวดล้อม บรรยากาศ และปฏิสัมพันธ์ในการให้บริการสุขภาพทางเพศ[22] และ (4) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 - มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยใช้วิธีการหลากหลาย ได้แก่ (1) การสัมภาษณ์เชิงลึก จัดในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสบายใจ ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง บันทึกเสียงโดยขออนุญาตและจดบันทึกประเด็นสำคัญ (2) การสนทนากลุ่ม จัด 8 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน ใช้เวลา 90-120 นาทีต่อครั้ง มีผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก และบันทึกเสียงการสนทนา และ (3) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในสถานบริการสาธารณสุข 5 แห่ง และโรงเรียน 10 แห่ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล (เก็บข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธี) ด้านผู้วิจัย (มีผู้ร่วมวิจัยหลายคนในการเก็บและตรวจสอบข้อมูล) และด้านวิธีการ (ใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต)

การจัดการข้อมูล

การจัดการข้อมูลดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อความปลอดภัยและความถูกต้อง โดย (1) การถอดเทป ดำเนินการภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังการเก็บข้อมูล ใช้วิธีการถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) (2) การตรวจสอบความสมบูรณ์เปรียบเทียบข้อมูลจากการถอดเทปกับบันทึกการสังเกตและบันทึกภาคสนาม (3) การจัดทำข้อมูลแบบนิรนาม ใช้รหัสแทนชื่อจริงและตัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลออก (4) การจัดเก็บข้อมูล เก็บไฟล์เสียงและข้อมูลถอดเทปในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านและสำรองข้อมูลในระบบคลาวด์ที่ปลอดภัย และ (5) การกำหนดรหัส ใช้ระบบรหัสตามลำดับการสัมภาษณ์และประเภทของผู้ให้ข้อมูล เช่น S01-S50 สำหรับนักเรียน P01-P20 สำหรับผู้ปกครอง T01-T15 สำหรับครู และ H01-H15 สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs[23] โดยมีขั้นตอนดังนี้ (1) การเตรียมข้อมูล อ่านข้อมูลถอดเทปทั้งหมดเพื่อทำความคุ้นเคยและเข้าใจข้อมูล

ในภาพรวม (2) การจัดหมวดหมู่ (organizing) แบ่งข้อมูลเป็นหน่วยความหมาย (meaning units) และกำหนดรหัส (codes) ให้กับข้อความที่มีความหมายสำคัญ และ (3) การรายงานผล (reporting) นำรหัสที่มีความหมายคล้ายคลึงกันมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ย่อย (sub- categories) และพัฒนาเป็นหมวดหมู่หลัก (main categories) ที่สะท้อนการรับรู้และมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัย 2 คน วิเคราะห์ข้อมูลแยกกันแล้วมาหารือเพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง การวิเคราะห์ใช้โปรแกรม NVivo 12 เพื่อช่วยในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยใช้เกณฑ์ของ Lincoln และ Guba[24] ประกอบด้วย (1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ใช้การตรวจสอบระหว่างสมาชิก (member checking) โดยนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล 30% ตรวจสอบความถูกต้อง และการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล ผู้วิจัย และวิธีการ (2) ความสามารถในการถ่ายทอด (transferability) อธิบายบริบทและลักษณะของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาการนำไปใช้ (3) ความมั่นคง (dependability) ใช้การตรวจสอบร่องรอยการตรวจสอบ (audit trail) โดยบันทึกกระบวนการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย และ (4) ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ใช้การสะท้อนกลับของผู้วิจัยและการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 100 คน ประกอบด้วย (1) นักเรียน 50 คน แบ่งเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย 25 คน (อายุระหว่าง 9 ถึง 12 ปี อายุเฉลี่ย 11.2 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 1.1 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 52) และนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 25 คน (อายุระหว่าง 13 ถึง 15 อายุเฉลี่ย 14.1 ปี SD 0.9 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 56 (2) ผู้ปกครอง 20 คน (อายุระหว่าง 28 ถึง 58 อายุเฉลี่ย 42.3 ปี SD 8.7 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 การศึกษาระดับประถมร้อยละ 35 มัธยมต้นร้อยละ 40 มัธยมปลายร้อยละ 20 อุดมศึกษาร้อยละ 5) (3) ครู 15 คน (อายุระหว่าง 25 ถึง 52 ปี อายุเฉลี่ย 38.7 ปี SD 7.2 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 ประสบการณ์การสอน 2 ถึง 25 ปี เฉลี่ย 12.4 ปี SD 6.8 ปี สอนวิชาสุขศึกษาร้อยละ 60 ครูแนะแนวร้อยละ 40 และ (4) บุคลากรสาธารณสุข 15 คน (อายุระหว่าง 24 ถึง 48 ปี อายุเฉลี่ย 35.9 ปี SD 6.5 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 73 พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 53 แพทย์ร้อยละ 27 นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 20 มีประสบการณ์การทำงาน 1 ถึง 18 ปี)

1. การรับรู้เกี่ยวกับความต้องการเรียนรู้ อุปสรรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเด็กและเยาวชน

1.1 ความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

ผลการวิเคราะห์พบว่าความต้องการเรียนรู้ของนักเรียนแบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ย่อย (sub-themes) ดังนี้

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการดูแลตนเอง นักเรียนประถมต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ในขณะที่นักเรียนมัธยมต้องการเรียนรู้การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้ว

"อยากรู้ว่าทำไมเพื่อนบางคนสูงเร็ว บางคนเสียงแตก แต่หนูยังไม่เปลี่ยน" (นักเรียนชาย ป.6, S015)

"อยากรู้วิธีดูแลตัวเองตอนมีประจำเดือนแล้วก็อยากรู้ว่าปกติไหมที่ปวดท้องมาก" (นักเรียนหญิง ม.2, S032)

1.1.2 ทักษะความสัมพันธ์และการสื่อสาร นักเรียนทั้งสองระดับต้องการเรียนรู้วิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนต่างเพศและการปฏิเสธที่เหมาะสม

"ไม่รู้จะคุยกับเพื่อนผู้ชายยังไง บางครั้งพูดผิดแล้วเขาโกรธ" (นักเรียนหญิง ม.1, S027)

1.1.3 การป้องกันและความปลอดภัยทางเพศ นักเรียนมัธยมต้องการเรียนรู้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้อง

"ที่โรงเรียนสอนแค่ทฤษฎี ไม่ได้สอนวิธีการจริง ๆ ถ้าเกิดมีอะไรขึ้นมาจะทำยังไง" (นักเรียนหญิง ม.3, S045)

1.1.4 การใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์อย่างปลอดภัย นักเรียนทั้งสองระดับต้องการเรียนรู้วิธีการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลออนไลน์และการป้องกันตนเองจากการล่อลวง

"ค้นหาเรื่องเพศในกูเกิล ข้อมูลเยอะมาก ไม่รู้อันไหนถูกอันไหนผิด" (นักเรียนชาย ม.2, S038)

1.1.5 ความหลากหลายทางเพศและการยอมรับ นักเรียนต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับความแตกต่างทางเพศและการเคารพในความหลากหลาย

"เพื่อนในห้องบางคนไม่แน่ใจว่าตัวเองเป็นอะไร อยากให้มีคนมาอธิบายว่าเป็นเรื่องปกติ" (นักเรียนหญิง ม.3, S048)

1.2 ความต้องการในการพัฒนาบริการและสื่อการเรียนรู้ นักเรียนที่เคยใช้บริการสุขภาพแสดงความต้องการในการปรับปรุงบริการใน 4 ด้านหลัก

1.2.1 การปรับปรุงกระบวนการให้บริการ ต้องการให้มีความเป็นส่วนตัวมากขึ้นและลดขั้นตอนที่ซับซ้อน

"ถ้าไปโรงพยาบาล ต้องผ่านคนเยอะมากกว่าจะได้เจอหมอ รู้สึกอายที่ต้องบอกปัญหากับหลายคน" (นักเรียนหญิง ม.3, S043)

1.2.2 การพัฒนาสื่อการสอนที่ทันสมัย ต้องการสื่อที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบ และไม่อาย

"อยากให้มีวิดีโอการ์ตูนที่อธิบายเรื่องร่างกาย ดูแล้วไม่อาย และเข้าใจง่าย" (นักเรียนหญิง ป.6, S024)

1.2.3 การพัฒนาแพลตฟอร์มออนไลน์ ต้องการเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและปลอดภัย

"อยากให้มีแอปที่ถามคำถามได้ แล้วมีคนตอบ ไม่ต้องเอาชื่อจริง" (นักเรียนชาย ม.2, S037)

1.2.4 การฝึกอบรมผู้ให้บริการ ต้องการให้ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีและไม่ตัดสิน

"อยากให้หมอและพยาบาลไม่ถามว่าทำไมอายุน้อยแล้วมาถามเรื่องพวกนี้" (นักเรียนหญิง ม.3, S044)

1.3 อุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพทางเพศ ผลการวิเคราะห์พบอุปสรรค 4 หมวดหมู่หลัก แต่ละหมวดหมู่มีหมวดหมู่ย่อยดังนี้

1.3.1 อุปสรรคด้านทัศนคติและความเชื่อ (3 หมวดหมู่ย่อย) ประกอบด้วย ความเชื่อว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้าม การตีตราเยาวชนที่สนใจเรื่องเพศ และความกลัวถูกตัดสินจากสังคม

"ผู้ใหญ่มักคิดว่าถ้าเด็กถามเรื่องเพศ แสดงว่าเป็นเด็กเกเร" (นักเรียนชาย ม.3, S047)

1.3.2 อุปสรรคด้านการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง (4 หมวดหมู่ย่อย) ประกอบด้วย ขาดแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ภาษาที่ใช้เข้าใจยากสำหรับเด็ก ข้อมูลไม่ตรงกับช่วงวัย และข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ มีความขัดแย้งกัน

"หาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต แต่ข้อมูลเยอะมาก บางอย่างก็ขัดแย้งกัน ไม่รู้ว่าอันไหนถูก" (นักเรียนหญิง ม.1, S029)

1.3.3 อุปสรรคด้านระบบบริการสุขภาพ (5 หมวดหมู่ย่อย) ประกอบด้วย ขาดความเป็นส่วนตัว ขั้นตอนการให้บริการซับซ้อน เวลาให้บริการไม่เหมาะสม ทัศนคติของผู้ให้บริการ และค่าใช้จ่ายที่เด็กไม่สามารถจ่ายได้

"คลินิกวัยรุ่นเปิดแค่เวลาเรียน เสาร์อาทิตย์ปิด พอหยุดเรียนก็ไปไม่ได้" (นักเรียนหญิง ม.2, S034)

1.3.4 อุปสรรคด้านครอบครัวและโรงเรียน (3 หมวดหมู่ย่อย) ประกอบด้วย ขาดการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนไม่เพียงพอ ขาดระบบส่งต่อระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาล

"ที่บ้านไม่เคยคุยเรื่องเพศ ที่โรงเรียนสอนแค่นิดเดียว ไม่รู้จะไปถามใครถ้ามีปัญหา" (นักเรียนหญิง ป.6, S025)

2. การรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศกับเด็กและเยาวชนตามการรับรู้ของนักเรียน ครู และผู้ปกครอง

2.1 การรับรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศ

2.1.1 การสื่อสารกับผู้ปกครอง นักเรียนส่วนใหญ่รับรู้ว่าผู้ปกครองไม่มั่นใจในการพูดคุยเรื่องเพศ

"แม่ดูไม่สบายใจตอนหนูถามเรื่องประจำเดือน บอกว่าโตขึ้นรู้เอง" (นักเรียนหญิง ป.6, S022)

2.1.2 การสื่อสารกับครู นักเรียนรับรู้ว่าครูบางคนหลีกเลี่ยงการตอบคำถามที่ละเอียดอ่อน

"ครูสอนแค่ในหนังสือ พอถามเพิ่มเติมก็บอกว่าไปถามพ่อแม่" (นักเรียนชาย ม.1, S031)

2.2 การรับรู้ของครูเกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศ

2.2.1 ความท้าทายในการสอน ครูรับรู้ว่าตนเองขาดความมั่นใจและทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศ

"เราไม่แน่ใจว่าควรสอนลึกแค่ไหน กลัวผู้ปกครองว่า กลัวเด็กเข้าใจผิด" (ครูสุขศึกษา, T05)

2.2.2 ข้อจำกัดของหลักสูตร ครูรับรู้ว่าเวลาเรียนไม่เพียงพอและเนื้อหาไม่ครอบคลุม

"วิชาสุขศึกษาสอนเรื่องเพศแค่ 2-3 คาบต่อเทอม ซึ่งไม่พอเลย" (ครูสุขศึกษา, T07)

2.3 การรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศ

2.3.1 ความกังวลและความกลัว ผู้ปกครองรับรู้ว่าตนเองกลัวการพูดคุยเรื่องเพศจะกระตุ้นความสนใจของลูก

"กลัวว่าถ้าพูดเรื่องเพศมาก ลูกจะอยากลอง" (ผู้ปกครอง, P08)

2.3.2 ขาดความรู้และทักษะ ผู้ปกครองรับรู้ว่าตนเองขาดความรู้ที่ทันสมัยและไม่รู้วิธีการพูดคุยเรื่องเพศที่เหมาะสม

"สมัยเราไม่เคยเรียนเรื่องพวกนี้ ไม่รู้จะอธิบายลูกยังไง" (ผู้ปกครอง, P12)

3. การรับรู้และแนวทางการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับเด็กและเยาวชน

3.1 การรับรู้ของนักเรียนต่อบริการปัจจุบัน

3.1.1 ประสบการณ์เชิงลบ นักเรียนรับรู้ว่าบริการปัจจุบันไม่เป็นมิตรและมีการตัดสิน

"พยาบาลถามว่า 'มีแฟนแล้วเหรอ ทำไมอายุเพิ่งเท่านี้ถึงอยากรู้เรื่องพวกนี้' ทำให้รู้สึกแย่" (นักเรียนหญิง ม.3, S044)

3.1.2 ความคาดหวังในบริการ นักเรียนต้องการบริการที่เป็นส่วนตัว ไม่ตัดสิน และเข้าใจง่าย

"อยากให้มีห้องที่เป็นส่วนตัว พยาบาลใจดี ไม่ถามมากเกินไป" (นักเรียนชาย ม.2, S036)

3.2 การรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขต่อการให้บริการ

3.2.1 ความท้าทายในการให้บริการ บุคลากรรับรู้ว่าตนเองขาดเวลาและทักษะเฉพาะทาง

"เวลาน้อย ผู้ป่วยเยอะ วัยรุ่นต้องการเวลาในการสร้างความไว้วางใจ แต่เราไม่มีเวลาพอ" (พยาบาลวิชาชีพ, H06)

3.2.2 ความต้องการในการพัฒนา บุคลากรต้องการการฝึกอบรมและระบบสนับสนุน

"อยากได้การฝึกอบรมเรื่องการสื่อสารกับวัยรุ่น เพราะแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน" (แพทย์, H02)

3.3 แนวทางการพัฒนาบริการที่เป็นมิตรตามการรับรู้ของทุกฝ่าย

3.3.1 การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและกระบวนการ (จากทุกกลุ่ม) ประกอบด้วย จัดพื้นที่เฉพาะสำหรับเยาวชนที่เป็นส่วนตัว ลดขั้นตอนการให้บริการ และปรับเวลาให้บริการให้เหมาะสมกับวัยรุ่น

"ควรมีคลินิกเยาวชนแยกต่างหาก ไม่ต้องนั่งรอปนกับผู้ใหญ่" (นักเรียนหญิง ม.3, S042) *"เด็กต้องการความเป็นส่วนตัว ถ้าเราจัดสภาพแวดล้อมให้ดี เขาจะกล้ามาใช้บริการมากขึ้น"* (ผู้ปกครอง, P15)

3.3.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (จากครูและบุคลากรสาธารณสุข) ประกอบด้วย ฝึกอบรมทักษะการสื่อสารกับเยาวชน สร้างความเข้าใจเรื่องพัฒนาการวัยรุ่น และเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวกต่อเยาวชน

"ครูและบุคลากรควรได้รับการอบรมร่วมกัน เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน" (ครูแนะแนว, T09)

3.3.3 การพัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยีในการให้บริการ (จากนักเรียนและครู) ประกอบด้วย สร้างแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับให้คำปรึกษา พัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่ายและไม่อาย ใช้เทคโนโลยีช่วยในการให้บริการ

"ถ้ามีแอปที่ปรึกษาได้แบบไม่ต้องเอาชื่อจริง จะดีมาก" (นักเรียนชาย ม.2, S037)

3.3.4 การสร้างเครือข่ายและการทำงานร่วมกัน (จากทุกกลุ่ม) ประกอบด้วย สร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ครอบครัว และโรงพยาบาล พัฒนาระบบส่งต่อที่ชัดเจน และให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของลูก

"ทุกฝ่ายต้องทำงานร่วมกัน ไม่ใช่ทิ้งให้เด็กแก้ปัญหาเอง" (ผู้ปกครอง, P18) *"ควรมีระบบที่โรงเรียนกับโรงพยาบาลคุยกันได้ เพื่อดูแลเด็กร่วมกัน"* (ครูอนามัย, T12)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความต้องการเรียนรู้ที่แตกต่างตามช่วงวัยและมี

ความต้องการใหม่เกี่ยวกับเทคโนโลยีและความหลากหลายทางเพศ (2) อุปสรรคหลายระดับตั้งแต่บุคคล ครอบครัว จนถึงระบบบริการ (3) การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพระหว่างทุกฝ่าย และ (4) ความต้องการในการพัฒนาบริการที่เป็นมิตรและใช้เทคโนโลยี ผลการศึกษาสะท้อนมุมมองที่สอดคล้องกันระหว่างกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่ม ในการเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบบูรณาการ

ความต้องการเรียนรู้ที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของสังคมยุคดิจิทัล ผลการวิจัยพบว่านักเรียนมีความต้องการเรียนรู้ใหม่เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีอย่างปลอดภัยและความหลากหลายทางเพศ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่มุ่งเน้นเฉพาะการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[25] สิ่งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ McCormack และคณะ[26] ที่พบว่าเยาวชนในยุค 2020 มีความต้องการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยออนไลน์และการยอมรับความหลากหลายมากขึ้น ความแตกต่างตามช่วงวัยที่พบในการศึกษานี้ โดยนักเรียนประถมต้องการเรียนรู้การเตรียมความพร้อม ขณะที่นักเรียนมัธยมต้องการทักษะการจัดการ สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางเพศของ Hirst[27] ที่เน้นการให้ความรู้ตามความพร้อมทางพัฒนาการ อย่างไรก็ตาม ความรู้ใหม่ที่ค้นพบคือความต้องการเรียนรู้เรื่องการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลออนไลน์ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในยุคที่ข้อมูลสุขภาพทางเพศผิด ๆ แพร่กระจายได้ง่าย ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของหลักสูตรเพศศึกษาปัจจุบันที่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นใหม่เหล่านี้ จึงจำเป็นต้องปรับปรุงให้ทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลง

อุปสรรคเชิงระบบที่เชื่อมโยงกันและต้องการการแก้ไขแบบองค์รวม การวิจัยพบอุปสรรค 4 ระดับที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ ระดับบุคคล (ความกลัว ความอาย) ระดับครอบครัว (การสื่อสารไม่เพียงพอ) ระดับโรงเรียน (การสอนที่จำกัด) และระดับระบบสุขภาพ (บริการไม่เป็นมิตร) ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sidamo และคณะ[6] ในแอฟริกาใต้ที่พบอุปสรรคในระดับต่าง ๆ เช่นเดียวกัน แต่การศึกษานี้พบความเฉพาะเจาะจงในบริบทภาคเหนือของไทย คือ ผลกระทบของค่านิยมดั้งเดิมเรื่องความบริสุทธิ์ก่อนแต่งงานที่มีอิทธิพลมากกว่าในพื้นที่อื่น ความรู้ใหม่ที่ค้นพบคือการที่อุปสรรคเหล่านี้มีผลเสริมซึ่งกันและกัน เช่น เมื่อครอบครัวไม่พูดเรื่องเพศ นักเรียนจึงพึ่งพาข้อมูลออนไลน์ที่อาจไม่ถูกต้อง และเมื่อไปใช้บริการสุขภาพก็ถูกตัดสินจากผู้ให้บริการ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาต้องดำเนินการพร้อมกันในหลายระดับ ไม่สามารถแก้ไขเพียงระดับเดียวได้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโครงการพัฒนาในอดีตที่มุ่งเน้นเพียงระดับบุคคลหรือระดับบริการเพียงอย่างเดียว

ช่องว่างในการสื่อสารระหว่างทุกฝ่ายที่ต้องการกลไกเชื่อมโยง การศึกษาพบว่าทุกกลุ่มต่างมีความกังวลและความต้องการที่คล้ายกัน แต่ขาดช่องทางในการสื่อสารและทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้ปกครองกังวลเรื่องความปลอดภัยของลูกเช่นเดียวกับที่ครูและบุคลากรสาธารณสุขกังวล แต่ขาดการประสานงานในการดูแลร่วมกัน ผลนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Tangmunkongvorakul และคณะ[12] ที่ทำในภาคเหนือเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ซึ่งยังไม่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วน ความรู้ใหม่ที่ได้คือการที่นักเรียนต้องการให้ทุกฝ่าย “พูดเสียงเดียวกัน” และมีข้อมูลที่สอดคล้องกัน ไม่ใช่แค่การมีบริการที่ดี แต่ต้องเป็นระบบที่เชื่อมโยงกัน สิ่งนี้ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของการพัฒนาแยกส่วน และความจำเป็นในการสร้างกลไกการประสานงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงเรียน ครอบครัว และระบบสุขภาพ

ความต้องการนวัตกรรมที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้ การศึกษาพบความต้องการในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้และการเข้าถึงบริการ

เช่น แอปพลิเคชันให้คำปรึกษา แพลตฟอร์มออนไลน์ที่ปลอดภัย และสื่อการเรียนรู้แบบโต้ตอบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ (digital health) ที่เพิ่มขึ้นหลังโควิด-19[28] แต่การศึกษานี้พบความเฉพาะเจาะจงคือความต้องการให้มีการรับรองความน่าเชื่อถือจากหน่วยงานราชการเนื่องจากประสบการณ์การได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากอินเทอร์เน็ต ความรู้ใหม่ที่ค้นพบคือการที่เยาวชนต้องการเทคโนโลยีที่ช่วยให้พวกเขาสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองก่อน แล้วจึงตัดสินใจว่าจะใช้บริการใด ไม่ใช่การถูกบังคับให้ใช้บริการโดยไม่มีข้อมูล สิ่งนี้ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของการออกแบบบริการแบบ “ผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง” และความจำเป็นในการเปลี่ยนเป็น “ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” โดยให้เยาวชนมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาแบบบูรณาการ จากผลการวิจัยที่พบความต้องการเรียนรู้ใหม่ เสนอให้ปรับปรุงหลักสูตรเพศศึกษาโดย (1) เพิ่มเนื้อหาการประเมินข้อมูลออนไลน์ ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยสอนการแยกแยะเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือ (2) บูรณาการเนื้อหาความหลากหลายทางเพศในวิชาสังคมศึกษาและสุขศึกษา โดยเน้นการเคารพและไม่เลือกปฏิบัติ (3) พัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบโต้ตอบที่เหมาะกับแต่ละช่วงวัย เช่น เกมการศึกษาสำหรับประถม และจำลองสถานการณ์สำหรับมัธยม และ (4) จัดอบรมครูอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยเน้นการฝึกทักษะการตอบคำถามที่ละเอียดอ่อนและการใช้สื่อเทคโนโลยี

2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรแบบเป็นรูปธรรม จากผลการวิจัยที่พบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เสนอให้ (1) จัดตั้งคลินิกเยาวชนแยกต่างหากในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 2 พร้อมป้ายบอกทางที่ชัดเจนและห้องรอที่เป็นส่วนตัว (2) พัฒนาแอปพลิเคชัน “Teen Health Consult” ที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลในพื้นที่ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นและนัดหมายได้โดยไม่ต้องผ่านแผนกอื่น (3) ปรับเวลาให้บริการเป็นวันเสาร์ 08.00-16.00 น. และ (4) กำหนดให้บุคลากรที่ให้บริการเยาวชนต้องผ่านการอบรม “Youth-Friendly Service” และทดสอบผ่านก่อนปฏิบัติงาน

3. การสร้างกลไกการประสานงานระหว่างภาคส่วน จากผลการวิจัยที่พบช่องว่างในการสื่อสาร เสนอให้ (1) จัดตั้ง “คณะกรรมการสุขภาพทางเพศเยาวชนระดับอำเภอ” ประกอบด้วยผู้แทนโรงเรียน โรงพยาบาล และผู้ปกครอง (2) พัฒนาระบบ “ใบส่งต่อดิจิทัล” ที่ช่วยให้ครูสามารถส่งต่อนักเรียนที่ต้องการความช่วยเหลือไปยังโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยและรวดเร็ว (3) จัดอบรมร่วม “การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว” สำหรับผู้ปกครองและครู โดยใช้กรณีศึกษาจากผลการวิจัยนี้ และ (4) สร้าง “เครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทางเพศ” ที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี

4. การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการสื่อสารทางเพศ จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ปกครองขาดความมั่นใจแม้จะมีคู่มือ เสนอให้ (1) พัฒนา “โปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวแบบลำดับขั้น” โดยเริ่มจากการฝึกพูดคุยเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจนถึงการพูดคุยเรื่องความสัมพันธ์ (2) จัดตั้ง “กลุ่มพ่อแม่พูดคุยเรื่องเพศ” ในระดับชุมชน มีการพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมมีผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำ (3) สร้างไลน์กรุ๊ป “ผู้ปกครองปรึกษาเรื่องเพศ” ที่มีผู้เชี่ยวชาญคอยตอบคำถามตลอด 24 ชั่วโมง และ (4) จัดทำ “คู่มือการสื่อสาร

ฉบับย่อ" เป็น infographic ที่อ่านง่าย พร้อมคำถาม-คำตอบที่ผู้ปกครองถามบ่อย โดยนำข้อมูลจากการวิจัยนี้มาใช้

5. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบยั่งยืน จากผลการวิจัยที่พบความต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วม เสนอให้ (1) จัดตั้ง "ศูนย์เรียนรู้สุขภาพทางเพศชุมชน" ในวัดหรือศูนย์ชุมชน โดยมีอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมคอยให้ข้อมูลเบื้องต้น (2) จัด "วันสุขภาพทางเพศเยาวชน" ประจำปีในระดับตำบล มีกิจกรรมให้ความรู้ การตรวจสุขภาพ และการแสดงจากเยาวชน (3) สร้าง "เครือข่ายผู้นำชุมชนสุขภาพทางเพศ" ที่ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำศาสนา ที่สามารถเป็นแกนนำในการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพทางเพศของเยาวชน และ (4) พัฒนา "รางวัลชุมชนดีเด่นด้านสุขภาพทางเพศเยาวชน" เพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านขอบเขตพื้นที่และการถ่ายทอดผลการวิจัยนี้ดำเนินการเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของภาคเหนือตอนล่าง การนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางวัฒนธรรมแตกต่าง เช่น ภาคใต้ที่มีความหลากหลายทางศาสนา หรือกรุงเทพมหานครที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ

2. ข้อจำกัดด้านช่วงเวลาการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 10 เดือน อาจไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของความต้องการและอุปสรรคในระยะยาว โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การศึกษาติดตามผลระยะยาวจึงมีความจำเป็นเพื่อให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความต้องการ

3. ข้อจำกัดด้านความอ่อนไหวของประเด็นและการมีส่วนร่วม แม้ว่าผู้วิจัยจะใช้มาตรการในการสร้างความไว้วางใจและรักษาความลับอย่างเข้มงวด แต่ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่เต็มใจเปิดเผยข้อมูลในบางประเด็นที่อ่อนไหว โดยเฉพาะ (1) ประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์หรือการใช้บริการสุขภาพทางเพศ (2) ปัญหาในครอบครัวเกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศ และ (3) ทัศนคติส่วนตัวของครูและบุคลากรสาธารณสุขที่อาจขัดแย้งกับนโยบายหน่วยงาน นอกจากนี้ ผู้ปกครองและนักเรียนร้อยละ15 และ 8 ตามลำดับ ขอไม่เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ระบุเหตุผล ซึ่งอาจส่งผลต่อความครอบคลุมของข้อมูล การศึกษาในอนาคตอาจต้องใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม หรือการใช้เทคโนโลยีช่วยในการเก็บข้อมูลเพื่อลดความรู้สึกอ่อนไหว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ นักเรียน ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 (พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์) ที่สละเวลาและแบ่งปันประสบการณ์ อันเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้การวิจัยนี้มีความสมบูรณ์และสะท้อนความเป็นจริงในพื้นที่

Declaration Statements

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest

Author Contribution: Sitanan Srijaiwong: Conceptualization, Methodology, Data collection, Qualitative data analysis, Writing – original draft, Writing – review & editing. **Seubtrakul Tantalanukul:** Supervision, Validation, Writing – review & editing, Project administration.

AI Use Disclosure: The authors declare that AI was used only for editing purposes.

References

1. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2024 Dec 17]. Available from: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health
2. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Population Affairs. Data and statistics on adolescent sexual and reproductive health [Internet]. Washington (DC): HHS; 2024 [cited 2024 Dec 17]. Available from: https://opa.hhs.gov/adolescent-health/adolescent-sexual-and-reproductive-health/data-and-statistics-on-adolescent-sexual-and-reproductive-health
3. Phantra T, Rattananupong T, Saejeng K, Jiamjarasrangsi W. Modeling and mapping of contextual factors associated with adolescent birth rates in Thailand between 2009 and2018.BMCPublicHealth.2025;25(1):1060. https://doi.org/10.1186/s1288 902522327w. PMID: 40108554
4. ChandraMouli V, Plesons M, Barua A, Mohan A, MellesBrewer M, Engel DMC. Adolescent sexual and reproductive health and rights: a stocktaking and calltoaction on the 25th anniversary of the International Conference on Population and Development. Sexual and Reproductive Health Matters. 2019;27(1):1676006. https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1676006 PMID: 31701814.
5. Wungrath J, Phrommasen P, Ritthimon W. Addressing the teen mom situation in Thailand: a systematic review on challenges, initiatives and recommendations for improvement. Jurnal Keperawatan Indonesia. 2024; 27(3):129-45. https://doi.org/ 10.7454/jki.v27i3.1242
6. Sidamo NB, Kerbo AA, Gidebo KD, Wado YD. Socio-ecological analysis of barriers to access and utilization of adolescent sexual and reproductive health services in Sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review. Open Access J Contracept. 2023; 14:103-18. https://doi.org/10.2147/OAJC.S411924 PMID: 37398897
7. Leekuan P, Kane R, Sukwong P, Kulnitichai W. Understanding sexual and reproductive health from the perspective of late adolescents in northern Thailand: a phenomenological study. Reprod Health. 2022; 19(1):230. https://doi.org/10.1186/ s12978-022-01528-1 PMID: 36564833
8. Mason-Jones AJ, Crisp C, Momberg M, Koech J, De Koker P, Mathews C. A systematic review of the role of school-based healthcare in adolescent sexual, reproductive, and mental health. Syst Rev. 2012;1:49. https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-49 PMID: 23098138
9. Cassidy C, Bishop A, Steenbeek A, Langille D, MartinMisener R, Curran J. Barriers and enablers to sexual health service use among university students: a qualitative descriptive study using the Theoretical Domains Framework and COMB model. BMC Health Serv Res. 2018 Jul 24;18(1):581. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3379-0 PMID: 30041649
10. ChandraMouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F, Temmerman M. Twenty years after the International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? J Adolesc Health. 2015 Jan;56(1 Suppl):S1-S6. https://doi.org/ 10.1016/j.jadohealth.2014.09.015 PMID: 25528975

11. Sandelowski M. What's in a Name? Qualitative Description Revisited. Research Nurs Health. 2010 Feb;33(1):77–84. https://doi.org/10.1002/nur.20362 PMID: 20014004
12. Tangmunkongvorakul A, Carmichael G, Banwell C, Seubsman SA, Sleigh A. Coital experience among adolescents in three socialeducational groups in urban Chiang Mai, Thailand. Asian Popul Stud. 2012;8(1):39–63. https://doi.org/10.1080/17441730.2012.646837 PMID: 22754584; PMCID: PMC3380584
13. Wiwatkamonchai A, Mesukko J, Klunklin P, Fongkaew W. Youths' perceptions regarding access to sexual and reproductive health services. Pac Rim Int J Nurs Res. 2023;27(1):121–37. https://doi.org/10.60099/prijnr.2023.260337
14. Lassi ZS, Mansoor T, Salam RA, Bhutta ZA. Review of nutrition guidelines relevant for adolescents in low and middleincome countries. Ann N Y Acad Sci. 2017 Apr;1393(1):51–60. https://doi.org/10.1111/nyas.13332 PMID: 28436099
15. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patientcentred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18 PMID: 23496984
16. Nair M, Baltag V, Bose K, BoschiPinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standardsdriven approach. J Adolesc Health. 2015;57(3):288–98. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.05. 011. PMID: 26299556
17. Haynes A, Loblay V. Rethinking barriers and enablers in qualitative health research: limitations, alternatives, and enhancements. Qualitative Health Research. 2024 Dec; 34(14):1371–83. https://doi.org/10.1177/10497323241230890 PMID: 38459909
18. Vasconcelos P, Carrito ML, QuintaGomes AL, Patrão AL, Nóbrega CAP, Costa PA, et al. Associations between sexual health and wellbeing: a systematic review. Bull World Health Organ. 2024 Nov 4;102873-887D. https://doi.org/10.2471/BLT.24. 291565
19. Crocker BCS, Pit SW, Hansen V, JohnLeader F, Wright ML. A positive approach to adolescent sexual health promotion: a qualitative evaluation of key stakeholder perceptions of the Australian Positive Adolescent Sexual Health (PASH) Conference. BMC Public Health. 2019;19(1):681. https://doi.org/10.1186/s12889-019-6993-9 PMID: 31159767.
20. United Nations Population Fund. Adolescent and youth-friendly health services [Internet]. New York: UNFPA; 2014 [cited 2024 Dec 17]. Available from: https://www.unfpa.org/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health
21. National Statistical Office of Thailand. Population and Housing Census 2020 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2021 [cited 2025 Jul 31]. Available from: https://www.nso.go.th (in Thai)
22. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semistructured interview guide. J Adv Nurs. 2016 Dec;72(12):2954-65. https://doi.org/10.1111/jan.13031 PMID: 27221824
23. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008 Apr;62(1):107–15. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x. PMID:18352969
24. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1985. Available from: https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8

25. Haberland N, Rogow D. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. J Adolesc Health. 2015;56(1 Suppl):S15–S21. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.013 PMID: 25528976

26. McCormack M, Wignall L, Morris M. Gay guys using gay language: friendship, shared values and the intentcontexteffect matrix. Br J Sociol. 2016;67(4): 747–67. https://doi.org/10.1111/1468-4446.12203 PMID: 27412064

25. Hirst J. Developing sexual competence? Exploring strategies for the provision of effective sexualities and relationships education. Sex Educ. 2008;8(4): 399–413. https://doi.org/10.1080/14681810802433929

26. Bacchus LJ, Reiss K, Church K, Colombini M, Pearson E, Naved R, et al. Using digital technology for sexual and reproductive health: are programs adequately considering risk? Global Health: Science and Practice. 2019;7(4):507-14. https://doi.org/ 10.9745/GHSP-D-19-00239