

การพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น



ปริญญานิพนธ์
ของ
อภิชา น้อมศิริ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
ธันวาคม 2558

การพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น



ปริญญานิพนธ์
ของ
อภิชา น้อมศิริ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
ธันวาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
ธันวาคม 2558

อภิชา น้อมศิริ. (2558). การพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น.

ปริญญาณิพนธ์ ปร.ด. (วิทยาศาสตรบัณฑิตการกีฬาและสุขภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะกรรมการควบคุม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน, อาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการ วิจัยและพัฒนา มีจุดมุ่งหมายเพื่อ สร้างและพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยมีขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ระยะการวิเคราะห์องค์ประกอบย่อย และจัดกลุ่มตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ด้วยการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัย อย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหา คัดสรร สกัด องค์ประกอบตัวชี้วัดของ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น 2) นำร่าง องค์ประกอบตัวชี้วัดของ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่น ตอนต้น มาตรวจสอบ คุณภาพตัวชี้วัดด้วยการ ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด จากผู้เชี่ยวชาญ 3) ระยะการตรวจสอบความสอดคล้อง ความถูกต้องขององค์ประกอบระหว่างแบบจำลอง การวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิง ปริมาณ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยทำการเก็บข้อมูลกับนักเรียนในระดับช่วงชั้นที่ 3 เป็นจำนวน 600 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการศึกษา พบว่า

1. องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีทั้งสิ้น 28 ตัวชี้วัด ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ 7 ตัวชี้วัด องค์ประกอบ ด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ 5 ตัวชี้วัด องค์ประกอบ ด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน 3 ตัวชี้วัด องค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง 4 ตัวชี้วัด องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ 3 ตัวชี้วัด องค์ประกอบ ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ 3 ตัวชี้วัด และองค์ประกอบ ด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ 3 ตัวชี้วัด

2. ผลการทดสอบความตรงของตัวชี้วัด ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง พบว่าแบบจำลองของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีค่า ไค-สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 352.60 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงเท่ากับ 0.052 ที่องศาอิสระเท่ากับ 311 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จากค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.96 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.95 รวมทั้งค่าดัชนี รากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .010 และมีค่านำหนัก องค์ประกอบมีค่าเป็นบวกโดยมีขนาดตั้งแต่ 0.32 ถึง 0.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า

3. ผลการกำหนดน้ำหนักความสำคัญ ในการสร้างองค์ประกอบ ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น พบว่า องค์ประกอบ ที่มีความสำคัญ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ องค์ประกอบ ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 28.09 องค์ประกอบ ด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน คิดเป็นร้อยละ 17.98 องค์ประกอบ ด้านความสามารถในการ ป้องกันความรุนแรงทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 15.17 องค์ประกอบ ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 14.04 องค์ประกอบ ด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 11.80 องค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองคิดเป็นร้อยละ 7.30 และองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 5.62 ตามลำดับ



DEVELOPMENT OF SEXUAL HEALTH LITERACY INDICATORS
FOR EARLY ADOLESCENTS



Present in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy in Sport Science and Health
at Srinakharinwirot University
December 2015

Aphicha Nomsiri. (2015). *Development of Sexual Health Literacy Indicators for Early Adolescents*.

Dissertation Ph.D. (Sport Science and Health). Bangkok: Graduate School,
Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist. Prof. Dr. Sununta Srisiri,
Assist. Prof. Dr. Kamonmarn Virutsetazin, Dr. Anan Malarat.

This study was a research and development and aims were to create and to develop sexual health literacy indicators for early adolescents. There were three phases; Phase 1: Sub components analysis and sexual health literacy indicators grouping. I was done by systematic reviews in order to search, to select and extract the indicators components. Phase 2: A draft of indicators components of sexual health literacy were used to adjusted and tested qualitatively through the verification in term of accuracy, propriety, and feasibility from expert under the operational level. Phase 3: The agreement and accuracy between components of sexual health literacy indicators measurement model and quantitative data were tested by confirmatory factor analysis (CFA). Data from 600 students of the level 3 were collected and were analyzed by content analysis descriptive statistics, and confirmatory factor analysis. The results were:

1. The sexual health literacy indicators for early adolescents consist of 7 elements and 28 indicators which are 7 indicators in sexual health knowledge, 5 indicators in good attitude towards to sexual and sexual relationship, 3 indicators in respect to sexuality different from their own, 4 indicators in ability to manage their own sexual health, 3 indicators in ability to prevent sexual violence, 3 indicators in sexual media literacy, 3 indicators in ability to communicate sexually.

2. The Validation of indicators results employing second-order confirmatory factor analysis indicators that the model of sexual health literacy fits the empirical data with value $\chi^2 = 352.60$, p-value = 0.052, df = 311, GFI = 0.96, AGFI = 0.95, RMSEA = .010, All of the factor determined were positive with rang between 0.32 - 0.89 and significant at the level of .01

3. The results from data analysis for weighting the importance in creating the elements of sexual health literacy indicators for early adolescents show that the elements important ranking form maximums to minimum are 28.09% in sexual media literacy, 17.98 % in respect to sexuality different from their own, 15.17% in ability to prevent sexual violence, 14.04% in sexual health knowledge, 11.80% in good attitude towards to sexual and sexual relationship, 7.30 % in ability to manage their own sexual health, and 5.62% in ability to communicate sexually.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ของ

อภิชา น้อมศิริ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุสิต โยเหลา)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2558

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก

.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ)

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

.....ที่ปรึกษาร่วม

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วรรณศรี)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ)

.....ที่ปรึกษาร่วม

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วรรณศรี)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นจันทร์)

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยครั้งนี้ดำเนินการสำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับความเมตตา กรุณา และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ ในฐานะอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และอาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์ ในฐานะอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ร่วมที่คอยให้คำปรึกษา คำแนะนำต่างๆ ที่มีคุณค่า ตลอดจนสั่งสอนความรู้ด้านงานวิจัย และคอยอดทน ตรากตรำดูแลงานวิจัยจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย ประธาน คณะกรรมการสอบงานวิจัย และรองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ คณะกรรมการสอบงานวิจัย ที่ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์ศิริ กาญจนวาสี รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม อาจารย์ ดร.รณิดา เชยชุม อาจารย์ ดร.วสัน ปุ่นผล และอาจารย์ ดร.สายฝน วิบูลรังสรรค์ ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ ให้กับผู้วิจัยจนสำเร็จ ลุล่วง รวมถึง ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร และที่ปรึกษาวิชาการ ที่ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัย มาโดยตลอด อีกทั้งขอขอบพระคุณ คณาจารย์ใน ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุนของสถานเวชศาสตร์ชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่เข้าใจ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ขอขอบคุณคุณทศพร ทองแท้ และคุณบุญญารัตน์ อัทธายุชิตี สำหรับความช่วยเหลือทุกอย่าง

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณไปยังครอบครัวพ่อ แม่และน้องๆ ที่คอยให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างทั้งยามสุข และยามทุกข์ รวมทั้งขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ วิชาเอกการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ และสาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา วิชาเอกการจัดการเรียนรู้ สุขศึกษา คณะพลศึกษา ทุกท่านที่เป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษามา

อภิชา น้อมศิริ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
คำถามการวิจัย	6
ความมุ่งหมายของการวิจัย	6
ความสำคัญของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
สมมุติฐานในการวิจัย	12
2 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพทางเพศ	13
คำนิยามและความหมาย	13
องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ	19
เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน	25
การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ	28
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด	31
ความหมายของตัวชี้วัด	31
คุณสมบัติของตัวชี้วัด	33
การพัฒนาตัวชี้วัด	36
แนวคิดสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
ความหมายของสุขภาพทางเพศ	47
องค์ประกอบพื้นฐานของสุขภาพทางเพศ	50
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางเพศ	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย	85
การดำเนินการวิจัย	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	92
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	97

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การวิเคราะห์ข้อมูล	98
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	98
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	101
ตอนที่ 1 ผลการสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ฯ	103
ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาและปรับตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ฯ	119
ตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐาน กับข้อมูลเชิงปริมาณ	123
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	155
สรุปผลการวิจัย	156
อภิปรายผล	157
ข้อเสนอแนะ	175
บรรณานุกรม	177
ภาคผนวก	194
ภาคผนวก ก	195
ภาคผนวก ข	199
ภาคผนวก ค	211
ภาคผนวก ง	227
ประวัติย่อผู้วิจัย	254

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 การสรุปสังเคราะห์นิยามความฉลาดทางสุขภาพ	15
2 สรุปองค์ประกอบการวัดและผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแนวคิดของนักวิชาการ ปี ค.ศ. 2000 - 2012	20
3 ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง สาระที่ 1 การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ของมนุษย์	63
4 ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง สาระที่ 2 ชีวิตและครอบครัว	64
5 ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง สาระที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพและการป้องกันโรค	65
6 ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง สาระที่ 5 ความปลอดภัยในชีวิต	65
7 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและที่มาของ ตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	105
8 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศและ ที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	107
9 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนและที่มา ของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	109
10 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง และที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	110
11 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ และที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	111
12 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศและที่มาของตัวชี้วัด ที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	112
13 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศและที่มาของ ตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	113
14 ร่างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่ได้ จากการวิเคราะห์เอกสาร / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	115
15 สรุปข้อ ข้อที่ อำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความฉลาด ทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น	122
16 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และ ค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพทางเพศ	123

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ.....	124
18 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน.....	125
19 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง.....	125
20 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ.....	126
21 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ.....	127
22 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ.....	127
23 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ.....	129
24 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ.....	130
25 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน.....	130
26 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง.....	131
27 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ.....	132
28 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ.....	132

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
29 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบ ด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ.....	133
30 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลอง องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ.....	135
31 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลอง องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ.....	137
32 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลององค์ประกอบ ด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน.....	139
33 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลององค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง.....	141
34 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลอง องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ.....	143
35 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลอง องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ.....	145
36 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลอง องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ.....	146
37 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของแบบจำลอง ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น (SHL).....	149
38 สัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ ร้อยละและลำดับความสำคัญของ องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น	150
39 ผลการวิเคราะห์ความถูกต้องของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา.....	200
40 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมในการชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ตามความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญด้านความสุขทางเพศ หรือเพศศึกษา.....	203

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
41 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมในการชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ตามความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา.....	207
42 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดความฉลาด ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ตามความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา.....	231
43 คำอธิบายจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความฉลาด ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น	235
44 สรุปข้อที่ อำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความฉลาด ทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น.....	237
45 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น จำแนกตามองค์ประกอบ	238
46 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่2 ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ แบบสถานการณ์.....	240
47 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่3 แบบวัดเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและ ความสัมพันธ์ทางเพศแบบมาตราส่วนประมาณ.....	240
48 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่4 ของแบบวัดความเคารพต่อเพศวิถี ที่แตกต่างจากตนแบบสถานการณ์.....	241
49 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่5 แบบวัดความสามารถในการจัดการกับ สุขภาพทางเพศตนเองแบบมาตราส่วนประมาณค่า.....	241
50 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่6 ของแบบวัดความเคารพต่อเพศวิถี ที่แตกต่างจากตนแบบสถานการณ์.....	241
51 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่7 ของแบบวัดความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ แบบสถานการณ์.....	241
52 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่8 แบบวัดความสามารถในการสื่อสารทางเพศ แบบมาตราส่วนประมาณค่า.....	242

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
53 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ.....	243
54 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ.....	244
55 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน.....	246
56 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง.....	247
57 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ.....	249
58 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ.....	250
59 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ.....	251

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น.....	11
2 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย.....	86
3 รูปแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับ วัยรุ่นตอนต้น ที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร /งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	118
4 รูปแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับ วัยรุ่นตอนต้น ที่ได้จากการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด	121
5 แบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ.....	134
6 แบบจำลององค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ ทางเพศ.....	137
7 แบบจำลององค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน.....	139
8 แบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง...	141
9 แบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ.....	142
10 แบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ.....	144
11 แบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ.....	146
12 แบบจำลององค์ประกอบตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น (SHL).....	148

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ นำโลกไปสู่สังคมยุคโลกาภิวัตน์ หรือ ยุคแห่งข้อมูลข่าวสารไร้พรมแดน ซึ่งเป็นยุคที่สามารถสื่อสารได้ทั่วถึงกันได้อย่างรวดเร็ว จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก รวมไปถึงประเทศไทย ก่อให้เกิดผลกระทบอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ของคนในสังคม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลมาจากการ มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจ ส่งผลให้พ่อแม่จำเป็นต้องออกไปทำงานทั้งคู่เพื่อหารายได้ให้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ของครอบครัว ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นลูกหลานในครอบครัว ส่งผลให้เด็กและเยาวชนเหล่านั้นขาดการอบรมสั่งสอนในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมจากครอบครัว จึงเป็นส่วนหนึ่งทำให้ เด็กและเยาวชนในยุคปัจจุบันจึงขาดความรู้เท่าทันในสิ่งผิดชอบชั่วดี

อีกทั้งจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ส่งผลให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงสื่อ และข้อมูลข่าวสารได้ง่ายขึ้น ซึ่งสื่อบางสื่อได้แฝงเนื้อหาสิ่งชั่วร้าย โดยเฉพาะสิ่งชั่วร้ายทางเพศในรูป แบบต่างๆ มาสู่เด็กและเยาวชน มากมายหลากหลายรูปแบบ เช่น สื่ออินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ โดยมีการ แอบแฝงภาพลามกอนาจาร ที่ชั่วร้ายให้เกิดอารมณ์ทางเพศ ซึ่งเป็น เหตุปัจจัยหนึ่งที่นำมาสู่การเกิดปัญหาการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม นำมาซึ่งปัญหาทางสังคมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการท้องไม่พร้อม การทำแท้งที่ผิด กฎหมาย การใช้ความรุนแรงทางเพศ การข่มขืนกระทำชำเรา ไปจนถึงการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ เป็นต้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความอยากรู้อยากเห็น อยากลอง เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่กำลังเปลี่ยนจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางเพศ โดยวัยรุ่นตอนต้นจะเริ่มให้ความสนใจในเพศตรงข้าม เริ่มมีความรู้สึกทางเพศ ประกอบกับเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองทั้งที่ตนเองยังมีความเข้าใจใน เรื่องเพศไม่ถูกต้อง รวมทั้งสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ชั่วร้ายชักนำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย

ข้อมูลจากแผนงานสร้างเสริมสุขภาพด้านเพศ (องค์การแพธ (PATH). 2551) เผยแพร่โดยมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง(สสส.) ได้ระบุสถานการณ์สุขภาพทางเพศในประเทศไทย โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมทางเพศในกลุ่ม วัยรุ่น พบว่า การเรียนรู้เรื่องเพศผิดๆ

ผ่านสื่อโป๊ มีผลให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้วัยรุ่นไทยเป็นกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น และมีจำนวนแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้งคดีทางเพศก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้กระทำที่อายุน้อยลง นอกจากนี้ภาครัฐต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากปีละไม่ต่ำกว่า 300 ล้านบาท เพื่อรักษาผู้ป่วยจากการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย และจากการสำรวจของ ศูนย์เครือข่าย วิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2552) ซึ่งได้ดำเนิน โครงการสำรวจ “ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ : เด็กและเยาวชนไทยอายุ 9-18 ปี ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น ชลบุรี และสงขลา” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดตามข้อมูล ข่าวสารที่ เกี่ยวกับเรื่องเพศจากหนังสือพิมพ์หรือวารสาร รองลงมาติดตามจากวิทยุหรือโทรทัศน์ รายการเรื่องเพศ โดยเพศหญิงจะมีการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศในเชิงวิชาการ มากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายจะให้ความสนใจติดตามโดยการดูจากเว็บไซต์ ส่วนประเด็นในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความรู้ความ เข้าใจเรื่องเพศในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และจะมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นไปตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ในส่วน ประเด็นที่น่าสนใจคือ ร้อยละ 63.3 ไม่ทราบวิธีคุมกำเนิด โดยพบว่าเพศหญิงจะทราบวิธีการคุมกำเนิด มากกว่าเพศชายคือ ร้อยละ 41.5 ในขณะที่เพศชายทราบเพียง ร้อยละ 27.9 เท่านั้น นอกจากนี้กลุ่ม ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 64.3 ไม่ทราบวิธีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าหาก จำแนกตามเพศ เพศหญิงจะทราบวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศชาย แต่ยังไม่ถึง ครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 38.5 ในขณะที่เพศชายทราบเพียง ร้อยละ 32.9 เท่านั้น สอดคล้องกับรายงาน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่รายงานสถานการณ์เยาวชนไทยใน ปัจจุบัน พบว่า วัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 15-19 ปี ปัจจุบันจำนวน 5 ล้านคน มีพฤติกรรมเสี่ยงทาง เพศสัมพันธ์ถึง 1.25 ล้านคน มีอัตราการตั้งครรภ์อยู่ที่ 2.5 แสนคนต่อปี โดยครึ่งหนึ่งเลือกที่จะทำแท้ง และมีอัตราการคลอดบุตร เฉลี่ย 1.2 แสนรายต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 360 คน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ขาด การดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาที่ตามมาคือ การคลอดก่อนกำหนดทารกน้ำหนักตัวน้อย และมีร้อยละ 1 ที่มีการตายคลอด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ . 2554)

นอกจากนี้ ในเรื่องการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมนั้น ทาสานักระบาดวิทยา โดยวัชรพล สีนอ และคณะ (2556) ได้ศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 17,851 คน เป็นเพศชายจำนวน 8,139 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 และเป็นเพศหญิงจำนวน 9,712 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.4 อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชาย เท่ากับ 13.2 ปี ส่วน อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงเท่ากับ 13.3 ปี โดย ในกลุ่มนักเรียนชาย

ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพียง ร้อยละ 52.9 และนักเรียนหญิงมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพียง ร้อยละ 50 นอกจากนี้ จากข้อมูลสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ .ศ. 2547-2554 พบว่า การคลอดบุตรจากแม่ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2554 มีแม่คลอดบุตรที่มีอายุ 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.5 (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. 2555) นอกจากนี้ ข้อมูลการคลอดระหว่างปี พ .ศ. 2548-2554 แสดงให้เห็นว่า อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2554 มีอัตราการคลอด คิดเป็น 54.9 ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน หากเปรียบเทียบกับอัตราการคลอดของหญิง อายุ 15-19 ปี กับนานาชาติ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการคลอดสูงเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศในกลุ่ม อาเซียน นอกจากนี้ อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2553 พบอัตราป่วย 79.8 ต่อแสน ประชากรอายุ 15-24 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าแม่ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีบุตรน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงขึ้นด้วย (สำนักงานอนามัย. 2555)

โดยสรุป วัยรุ่นไทย ในปัจจุบันมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยและไม่มีการป้องกัน เท่าที่ควร ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ โรคเอดส์ รวมทั้งวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน มีทัศนคติที่เปิดกว้างเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์มากขึ้น ซึ่งถือเป็นเรื่องเสี่ยงที่ส่งผลให้เด็กและเยาวชนเหล่านี้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น ปัญหาวัยรุ่นโดยเฉพาะในเรื่องปัญหาการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นกำลังจะกลายเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรงเพิ่มขึ้นทุกวัน และกำลังเป็นปัญหาใหญ่ของสังคม ไทย ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ดังนั้นจึงควรการเร่งแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน ซึ่งสิ่งหนึ่งที่สำคัญและควรทำคือการติดอาวุธทางปัญญาด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้องตรงไปตรงมา สร้างการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวข้องกับเพศ เพื่อสร้างความฉลาดทางสุขภาพ พในเรื่องเพศ เพื่อให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมต่อไป

ตลอดหลายปีที่ผ่านมาในสังคมโลกโดยเฉพาะในศาสตร์ทางด้านสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ มักจะได้ยินคำว่าความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health Literacy มากขึ้น ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health Literacy ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso J.M. 2009) ต่อมาทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 1998) ได้ให้คำนิยาม Health Literacy ว่าเป็นทักษะทางสังคม และทักษะทางปัญญา ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลเพื่อเข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศที่ได้รับ เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นนิยามหรือการให้ความหมายในระดับนานาชาติครั้งแรก และเป็นนิยามที่ให้ไว้เป็นแนวทางให้ กับประเทศต่างๆ นำไปใช้เป็นหลักฐานและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองและจากการประชุมระดับโลก Global Health Promotion Conference

ครั้งที่ 6 ที่ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548 ได้มีการให้คำนิยามว่า Health literacy หมายถึงทักษะด้านความคิด และทักษะด้านสังคมที่กำหนดแรงจูงใจหรือความสามารถส่วนบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจ และสามารถใช้องค์ความรู้เพื่อส่งเสริมและธำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ นอกจากนี้ Health Literacy ยังเป็นประเด็นสำคัญในการประชุม Global Health Promotion Conference ครั้งที่ 7 กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ในปี ค.ศ. 2009 โดยได้ระบุถึงความสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและการกระทำหรือการปฏิบัติตัวโดยรวมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งเน้นใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร และสารสนเทศ การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ การเพิ่มการไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการธำรงรักษาสุขภาพ และการพัฒนาการวัดหรือประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งการรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก ได้รณรงค์และเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกมุ่งเน้นการพัฒนา และส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพเพื่อสร้าง และพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล เพื่อการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน เนื่องจากการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพส่งผลกระทบต่อความสามารถของประชาชนในการชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ (นฤมล ตรีเพชรอุไร ; และเดช เกตุจำเริญ. 2554)

ในประเด็นเรื่องการวัดความฉลาดทางสุขภาพนั้น คัทเนอร์ และคณะ (Kutner; et al. 2006) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ทำการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชน พบว่า ประชาชนประมาณ 40 ล้านคนมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำซึ่งหมายความว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศทางสาธารณสุขน้อย จึงทำให้ป่วยบ่อยเข้าโรงพยาบาลบ่อย หรือพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ประกอบกับผลวิจัยของ รัดเดอร์ และคณะ (Rudd; et al. 2007) พบว่า ผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะต้องใช้ค่าบริการพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงถึงประมาณปีละ 1,000 ดอลลาร์ ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้รัฐบาลประเทศต่างๆ ในทวีปอเมริกาและทวีปยุโรปได้เริ่มดำเนินการเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ แต่กิจกรรมต่างเน้นที่หน่วยงานการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ได้มีการสร้างแบบทดสอบระดับความฉลาดทางสุขภาพของคนที่มาหาแพทย์ เพื่อแพทย์จะได้รับรู้ว่าจะสื่อสารอย่างไรจึงจะเหมาะสม นอกจากนี้ ชาง (Chang, L. 2010) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพตนเอง ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 16-18 ปี ใน 6 จังหวัดของไต้หวัน พบว่า วัยรุ่นที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำมีการรับรู้ของตนเองมีสุขภาพดี และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมต่ำกว่าวัยรุ่นที่มีระดับความฉลาดทาง

สุขภาพปกติ (AOR: 0.59, 0.58) ตามลำดับ โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านโภชนาการและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลออกจากนี้ เมอร์ฟี และคณะ (Murphy; et al. 2010) ได้ทำการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและการกินยาอย่างต่อเนื่องของวัยรุ่นที่ติดเชื้อ HIV อายุ 16-24 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 186 คน พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างต่อเนื่อง จำนวนไวรัส ความเชื่อประสิทธิภาพในตนเองด้านการกินยาการนัดพบแพทย์ จำนวนครั้งในการเข้าห้องฉุกเฉิน จำนวนวันที่ต้องพักโรงพยาบาล แต่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการรักษา นอกจากนี้ในเรื่องของการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ ดอน นัทบีม (Nutbeam. 2008) ได้จำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน โดย คิกบัสช์ (Kickbusch. 2001: 292) อธิบายเพิ่มเติมว่า ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียน และวาจาการแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมายระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative or Interactive Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักและใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกันรวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical Health Literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

จากการสืบค้นพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพจำนวนเพียง 1 เรื่อง โดย นฤมล ตรีเพชรอุไร และเดช เกตุฉ่ำ (2554) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1) ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นเพียงการวัดในประเด็นโรคอ้วนเท่านั้นยังไม่มียานวิจัยเรื่องใดในประเทศไทย ที่พัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศ ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาในข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจที่จะพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นขึ้น เพื่อใช้ตรวจสอบวัยรุ่นที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่จะนำไปสู่การเป็นวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีลักษณะของแบบจำลองการวัดเป็นอย่างไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง
2. ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงหรือไม่ เพียงใด และแบบจำลองการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณเพียงใด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น
2. เพื่อทดสอบแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นไทยที่มีความเหมาะสมสามารถนำไปจำแนกความฉลาดทางสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ได้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อนำไปกำหนดแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ การให้สุศึกษา เพศศึกษาให้กับวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการวิจัยสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ตลอดจนประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยผู้ใหญ่ ในประเด็นด้านอื่นๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology) ระหว่างระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การศึกษาทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ได้ทำการใช้เทคนิควิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยกำหนดระยะเวลาของการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่น โดยในระยะนี้เป็นการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น อย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) แล้วทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อค้นหา คัดสรร สกัดตัวชี้วัด และ จัดกลุ่มองค์ประกอบของ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยในระยะนี้เป็นการนำตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จากระยะที่ 1 มาตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของ ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับ วัยรุ่นตอนต้น จากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงดำเนินการสร้างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น และหาคุณภาพของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้อง ขององค์ประกอบระหว่างแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นเชิงสมมติฐานกับข้อมูล ซึ่งปริมาณด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรม LISREL

แหล่งข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดแหล่งข้อมูลตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 แหล่งข้อมูลคือเอกสารวิชาการตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 แหล่งข้อมูลคือ

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับความถูกต้องของตัวชี้วัดตลอดจนเพื่อการประเมินคุณภาพ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของเครื่องมือวัด ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญจากการศึกษาประวัติ วุฒิการศึกษา เอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ หรืองานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ามีความเชี่ยวชาญจริงๆ (Critical Incident Technique) ในเรื่องดังกล่าวเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจำนวน 9 คน แบ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านเพศศึกษา หรือสุขภาพทางเพศ จำนวน 5 คน และผู้เชี่ยวชาญในด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 4 คน สำหรับการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นไทย

2. กลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในช่วงชั้นที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน สำหรับการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ระยะที่ 3 แหล่งข้อมูลคือ

กลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในช่วงชั้นที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเนื่องจากในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโดยการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม LISREL จึงจำเป็นต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสม ซึ่ง แฮร์, แอนเดอร์สัน, และธัทัม (Hair, Tatham, Anderson; & Black. 2009) เสนอวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์โดยพิจารณาจากจำนวนตัวแปรในการวิจัยโดยใช้

กลุ่มตัวอย่าง 5 หรือ 10 เท่าของจำนวนตัวแปร ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 10 เท่าของจำนวนตัวแปรซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรจำนวน 28 ตัวแปร เท่ากับว่า ผู้วิจัยต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 280 คน ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล เพิ่มจากเกณฑ์ข้างต้น เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองการวัดตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณเป็นจำนวน 600 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ หมายถึง ความสามารถของ วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางสุขภาพในด้านสุขภาพทางเพศ โดยมีทักษะ การดำเนินชีวิตประกอบการเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพทางเพศ สามารถดูแลสุขอนามัยทาง เพศให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง มีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ มีความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน มีความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ และมีความสามารถในการสื่อสารทางเพศ รวมถึงมีความสามารถในการจัดการสุขภาพทางเพศตนเองได้

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ หมายถึง การเป็นผู้มีความรู้ ความ เข้าใจ จนสามารถวิเคราะห์ และนำความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศไปประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตได้ ได้แก่ เรื่อง การแปลงทางร่างกายของตนเอง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางเพศ การดูแลสุขอนามัยทางเพศของตน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสิทธิในเรื่องเพศ

เจตคติที่ดี ต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง การมีความรู้สึกต่อพฤติกรรมทางเพศ ว่ามีความถูกต้อง หรือไม่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม กับค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาพทางเพศ การให้เกียรติผู้อื่น มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตลอดจนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และยับยั้งใจตนเองไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน หมายถึง การแสดงการยอมรับ และ การเคารพต่อผู้อื่นที่มีเพศวิถีหรือการแสดงออกทางเพศ ที่แตกต่างจากตน สามารถปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความแตกต่าง ทางเพศ ด้วยความเท่าเทียมทางเพศ รวมไปถึงการยอมรับบรรทัดฐานทางเพศที่หลากหลาย

ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง หมายถึง ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองในเรื่องสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ไปจนถึงควบคุมดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย เป็นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ไปสู่พฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ได้แก่ การ กำหนดเป้าหมาย การวางแผนในการปฏิบัติตนสามารถ ในการ ทำตามแผนที่กำหนด และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย

ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ หมายถึง ความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันการกระทำที่เป็นความรุนแรงทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศ ละเมิดสิทธิทางเพศต่างๆ ที่เป็นเหตุให้ได้รับอันตรายต่อร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนสามารถเข้าถึง บุคคล หรือสถานที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อตนถูกกระทำความรุนแรง และถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ หมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการวิเคราะห์ แยกแยะองค์ประกอบของสื่อ ในบริบทเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับทางเพศ สุขภาพทางเพศ เพื่อทำความเข้าใจดีความ และประเมินค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอ ตลอดจนสามารถ เลือกใช้สื่อ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ หมายถึง ความสามารถทางการสื่อสาร ของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และสุขภาพทางเพศ ทั้งการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศ ทางเพศ การแสวงหาข้อมูลสารสนเทศ ทางเพศ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ เพื่อให้ตนเองมีความสามารถการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพ ทางเพศที่ดี

ตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งบ่งบอกหรือสะท้อนลักษณะหรือประเด็นที่ต้องการจะวัด หรือเป็นองค์ประกอบที่แสดงถึงคุณลักษณะผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ด้าน เจตคติที่ดีเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ด้านความเคารพ ต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง ด้านความสามารถในการป้องกันความ รุนแรงทางเพศ ด้านความรู้เท่าทันสื่อ ทางเพศ และด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

วัยรุ่นตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีสถานภาพทางเพศตามกฎหมาย คือ เพศชาย และเพศหญิง อายุระหว่าง 12 - 15 ปี ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์แบ่งอายุตามระดับการศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงชั้นที่ 3 ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 เพื่อใช้เป็นตัวแทนในการพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

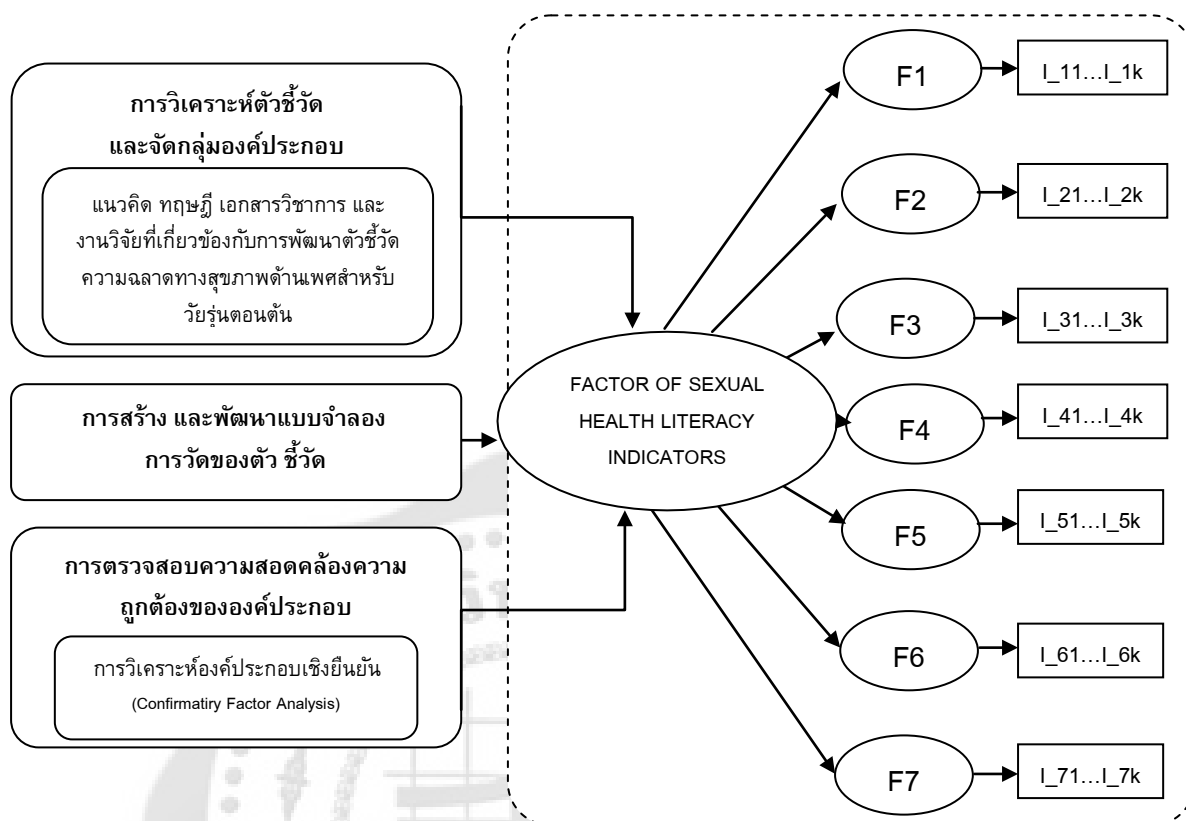
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการพัฒนาตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นไทยจะทำให้ได้ผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์สูงสุดดังนี้

1. ประโยชน์ทางวิชาการ งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการเชิงปริมาณด้วย กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติขั้นสูงร่วมกับวิธีการเชิงคุณภาพ ย่อมเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำให้ได้มาซึ่งผลการวิจัยที่มีความตรง ทั้งความตรงภายในและความตรงภายนอกสูงขึ้น นอกจากนี้ชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นไทยที่ได้ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมด้วยวิธีการเชิงคุณภาพตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านเพศศึกษา พฤติกรรมทางเพศ สุขภาพด้านเพศ และการวัดและประเมินผล และยังผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ทำให้ได้ข้อมูลใหม่เชิงวิชาการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพ สุขภาพทางเพศ และเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อชี้วัดสถานะของสิ่งต่างๆต่อไป
2. ประโยชน์ทางการปฏิบัติ งานวิจัยชิ้นนี้สามารถนำตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เพื่อใช้ในการวัดกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้กับสถานศึกษา ผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดแนวทางในการวางแผนส่งเสริมและพัฒนาในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นตอนต้น มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป อีกทั้งเพื่อเป็นแนวทางให้กับครูและนักวิชาการที่สนใจในการพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นไทยต่อไป นอกจากนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นไทยครั้งนี้ สามารถนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยภาพรวมได้ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

FACTOR OF SEXUAL HEALTH LITERACY INDICATORS คือ ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

F1 คือ องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

F2 คือ องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ

F3 คือ องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน

F4 คือ องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

F5 คือ องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ

F6 คือ องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

F7 คือ องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

I_11...I_1k คือ ตัวชี้วัดด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ตัวที่ 1 ถึง k

I_21...I_2k คือ ตัวชี้วัดเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศตัวที่ 1 ถึง k

$I_{31} \dots I_{3k}$ คือ ตัวชี้วัดด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ตัวที่ 1 ถึง k

$I_{41} \dots I_{4k}$ คือ ตัวชี้วัดองค์ประกอบด้านการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง ตัวที่ 1 ถึง k

$I_{51} \dots I_{5k}$ คือ ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ ตัวที่ 1 ถึง k

$I_{61} \dots I_{6k}$ คือ ตัวชี้วัดด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ ตัวที่ 1 ถึง k

$I_{71} \dots I_{7k}$ คือ ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ ตัวที่ 1 ถึง k

สมมติฐานในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

แบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นเชิง

สมมติฐานที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด
3. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health Literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso J.M. 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้นิยาม โดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนา และส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลักจากคำว่า Health Literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน สมิทธี และคณะ (Smith; et al. 2004)

คำนิยามและความหมาย

การใช้คำเรียก “Health Literacy” ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทย มีหลายคำ อาทิ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดรู้ทางสุขภาพและความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นต้น เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจผู้วิจัยขอใช้คำว่าความฉลาดทางสุขภาพตลอดการทำวิจัย และจากการรวบรวมข้อมูลพบว่าการใช้คำนิยามที่ ปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

องค์การอนามัยโลก (1998) นิยามว่า “Health Literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า คือ ทักษะต่างๆ ทางความรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (สวรส. 2541)

คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999: 553) ให้คำจำกัดความ Health Literacy ว่าเป็นทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ

สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) นิยาม Health Literacy ว่าเป็นความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำ เมื่อได้รับ ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ

โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People. 2010) ซึ่งประกาศใช้ในปี ค.ศ. 2000 นิยาม Health Literacy ว่าเป็นระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหาตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูล พื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine: IOM (2004) นิยามว่า เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยอธิบายว่า Health Literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบ การศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

ดอน นัทบีม (Nutbeam D. 2000, 2008) นิยามไว้ดังนี้

1. ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และ ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบท ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง (Nutbeam D. 2000)

2. สมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ ด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต(Nutbeam D. 2008)

3. ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรง จูงใจ และความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อ ส่งเสริมและรักษาสุขภาพ (Nutbeam D. 2009)

ซาร์คาโดลาส พลีแซนด์ และเกียร์ (Zarcadoolas C.; Pleasant A.; & Greer D.S. 2005) นิยามว่า ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถ ของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและ นำแนวคิดที่ได้มาเป็น แนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต

คิกบัสช์ และแม็ก (Pleasant A.; & Kuruvilla S. 2008; citing Kickbusch; & Maag. n.d.) นิยาม Health Literacy ว่าเป็นความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน และมีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วย ตนเอง

เพลียน และคุรุวิลลา (Pleasant A.; & Kuruvilla S. 2008) นิยาม Health Literacy ว่าเป็นความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ

อิชิคาว่า และคณะ(Inshikawa H.; et al. 2008) นิยาม Health Literacy ว่าเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สมน อมรวิวัฒน์ ให้แนวคิด Health Literacy หรือ ความฉลาดทางสุขภาพ คือ ความเป็นสุขอย่างฉลาด เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ การเรียนรู้เพื่อรู้ (Learning to Learn) หรือการฝึกฝนให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (Learning to Do) หรือการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ที่แวดล้อม การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (learning to Live Together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของมวลมนุษย และการเรียนรู้เพื่อชีวิต (Learning to Be) หรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการที่จำเป็น ประพฤติด้วยความรับผิดชอบและอย่างเป็นธรรม ซึ่งองค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรม แห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ให้ความสำคัญกับวิธีเรียนรู้ 4 แบบนี้ ว่าเป็นเสาหลักของการจัด กิจกรรมการเรียนรู้ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา . 2551) ซึ่งจากการสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพสามารถสรุปได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 การสรุปสังเคราะห์นิยามความฉลาดทางสุขภาพ

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความฉลาดทางสุขภาพ
องค์การอนามัยโลก (1998) ซึ่งแปลความโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส. 2541)	ทักษะต่างๆ ทางความรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนด แรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษา สุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น
The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999: 553)	ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถ พื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตน ในการดูแลรักษาสุขภาพ”

ตาราง 1 (ต่อ)

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความฉลาดทางสุขภาพ
Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss (1999) อ้างอิงจาก อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557)	ความฉลาดทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลตรงต่อความตั้งใจ หรือความสามารถของแต่ละคนในการเกาะติดกับข้อมูลสารที่ จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง
The Center for Health Care Strategies Inc. (2000)	ความสามารถในการอ่าน ตลอดจนการทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับ ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ
Shoou-Yih D. Lee, Ahsan M. Arozullahb, Young Ik Cho (2004) อ้างอิงจาก อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557)	ความฉลาดทางสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับสภาวะทางสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ โดยมี 4 ปัจจัยชั้นกลางที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกันตนเองและการตรวจสุขภาพเป็นประจำ 4) การปฏิบัติตามการรักษา เมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ ทำให้ล่าช้าในการแสวงหาหนทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล
Institute of Medicine: IOM (2004)	เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูล และบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยอธิบายว่า Health Literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้านที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย
Zarcadoolas C., Pleasant A. & Greer D.S., (2005)	ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถ ของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็น แนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต
Kwan, Frankish & Rootman (2006) อ้างอิงจาก อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557)	ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสาร ข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกัน ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

ตาราง 1 (ต่อ)

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความฉลาดทางสุขภาพ
Kickbusch (2006) อ้างอิงจาก อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557)	การกระทำที่เป็นพลวัตรและมีพลังจูงใจตนเอง และเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้ และเป็นทางเลือกในชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ
Kickbusch & Maag อ้างอิงจาก Pleasant A. & Kuruville S. (2008) Ishikawa H.; et al. 2008	ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในชีวิตประจำวัน และมีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วย ตนเอง
Nutbeam D. (2000, 2008)	ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม 1. ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบท ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง (ในปี ค.ศ. 2000) 2. สมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ ด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (ในปี ค.ศ. 2008) 3. ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ Pleasant A. & Kuruville S. (2008) ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ

ตาราง 1 (ต่อ)

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความฉลาดทางสุขภาพ
สมน อมรวิวัฒน์ (2551)	ความเป็นสุขอย่างฉลาดที่เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ การเรียนรู้เพื่อรู้ (Learning to Learn) หรือการฝึกฝนให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (Learning to Do) หรือการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ที่แวดล้อม การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (Learning to Live Together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของมวลมนุษย และการเรียนรู้เพื่อชีวิต (Learning to Be) หรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการที่จำเป็น ประพฤติตนด้วยความรับผิดชอบและอย่างเป็นธรรม
Rootman (2009) อ้างอิงจาก อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557)	เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็นที่ต้องการในด้านการรู้คำศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย
The US Healthy People (2010)	ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหาดีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูล พื้นฐานหรือข้อมูลบริการซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ
Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) อ้างอิงจากอังคินันท์ อินทรกำแหง (2557)	ความฉลาดทางสุขภาพได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

ตาราง 1 (ต่อ)

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความฉลาดทางสุขภาพ
Chin et al. (2011) อ้างอิงจาก อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557)	เป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพซึ่งทั้ง 2 คำ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพ เช่น หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความฉลาดทางสุขภาพ
อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557)	การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

นอกจากนี้จากการทบทวนนิยามและความหมายของ Health Literacy พบว่า ยังมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็น ปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่างๆ คำนิยามที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุด เป็นนิยามของ ดอน นัทบีม (Nutbeam D.) ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะของบุคคล ส่วนนิยามอื่นๆ มีความแตกต่างออกไป เช่น การอ่านข้อความ การคำนวณตัวเลข ความจำ ความรู้ การทำความเข้าใจ การตัดสินใจหลังจาก ใช้ข้อมูล และ ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ เป็นต้น

องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557) ได้ทำการสังเคราะห์เกี่ยวกับองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพหรือความฉลาดทางสุขภาพไว้ ดังตาราง 2

ตาราง 2 สรุปองค์ประกอบการวัดและผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแนวคิดของนักวิชาการ
ปี ค.ศ. 2000 – 2012

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
แนวคิดของ Nutbeam D. (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 Basic / Functional Literacy หรือความฉลาดทางสุขภาพ ระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหา สารด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบท ด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล ทั้งข้อความเขียน และวาจาจากแพทย์ พยาบาล เกสสิกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น ระดับ 2 Communicative / Interactive Literacy หรือความฉลาดทางสุขภาพ ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้ สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ความรู้ที่ตนเองมีให้ ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น ระดับ 3 Critical Literacy หรือความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงที่อย่างต่อเนื่อง แนวคิดของ Shooou-Yih D. Lee (2004) ประกอบด้วย 4 ด้านหลักได้แก่ 1) ความรู้ เรื่องโรคและการดูแลตนเอง (Knowledge of Disease and Self-Care) 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ(Health Risk Behavior) 3) การดูแลป้องกันและการตรวจสุขภาพ (Preventive care and physician visits) และ 4) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Compliance with medications) เมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพน้อยก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดีไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมไปถึงการ ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล	มีประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ 1) ได้พัฒนาความรู้เพื่อป้องกัน ความเสี่ยง 2) มีมาตรฐานต่อ การดูแลตนเอง 3) ได้เพิ่ม ความสามารถในการปฏิบัติตน ภายใต้ความรู้ 4) สร้าง แรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจใน ตนเอง 5) เพิ่มความทนทาน ต่อการเผชิญปัญหา มีประโยชน์ต่อชุมชน/สังคม ได้แก่ 1) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชากร 2) พัฒนาปัจจัยเพื่อปรับปรุง บรรทัดฐานทางสังคมและการ สื่อสารทางสังคม 3) เข้าถึง ปัจจัยทางสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และ 4) เพิ่มขีดความสามารถของ ชุมชน สถานภาพทางสุขภาพ และ การใช้บริการสุขภาพ (Health Status and Health Service Utilization)

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
แนวคิดของ Rootman (2009) ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การรู้หนังสือด้านทั่วไป (General Literacy) เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวณ การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์และการตัดสินใจ 2) การรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์และสื่อต่างๆ เป็นต้น แนวคิดนี้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) กับการรู้หนังสือ (Literacy) ในด้านอื่นๆ ได้แก่ การรู้หนังสือด้านทั่วไป เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวณ การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์และการตัดสินใจ และการรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อ ต่างๆ เป็นต้น โดยการรู้หนังสือที่ต่ำหรือสูงในทุกด้านจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรงได้แก่การใช้ยาที่ถูกต้องตาม คำสั่งของแพทย์ ความสม่ำเสมอของการกินยา การปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัยส่วนผลทางอ้อม อันเกิดจากความสามารถในการรู้หนังสือ อาจจะไม่เห็นผลตรงๆ แต่กลับมีผลกระทบต่อสุขภาพตามมาอย่างมาก ได้แก่ ความเครียด สิ่งแวดล้อมในการทำงาน รายได้ การรู้จักเลือกรับบริการ และวิถีในการดำรงชีวิตในแนวทางในการเพิ่มหรือพัฒนาให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพคือ 1. การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) การสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. การพัฒนาศักยภาพ (Capacity Development) ด้วยการจัดโปรแกรมให้การศึกษาและอบรม (Education and Training) 3. การพัฒนาชุมชน (Community Development) โดยเพิ่มพลังอำนาจแก่ชุมชน โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตตามบริบทของแต่ละชุมชน 4. การพัฒนาองค์กร (Organizational Development) โดยการพัฒนาสถานที่ต่างๆ (Settings) เช่น ที่อยู่อาศัย สถานศึกษา ที่ทำงานเพื่อให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น 5. การพัฒนานโยบาย (Policy Development) โดยการนำนโยบาย กฎหมาย กฎ ข้อบังคับ ให้เกิดการบังคับใช้ 6. การผสมผสาน (Combined Approach) เป็นการนำวิธีการต่างๆ ที่กล่าวมาเพื่อปรับใช้ด้วยกัน โดยแนวทางต่างๆ จะนำไปสู่การเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพ	สภาวะทางสุขภาพ และ คุณภาพชีวิต

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
แนวคิดของ Paasche - Orlow & Wolf (2007) “Integrated Model of Health Literacy” ประกอบด้วย 3 ด้านหลักได้แก่ 1) เข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบการดูแลสุขภาพ (Access and Utilization of Health Care), 2) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ (Provider-Patient Interaction) และ 3) การดูแลตนเอง (Self-Care) ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพจะถูกกำหนดโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน โดยปัจจัยทั้งสาม ได้แก่ เข้าถึง และการใช้ประโยชน์จากระบบดูแลสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ และการดูแลตนเอง มีอิทธิพลที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะเข้าใช้บริการสุขภาพวิธี พุดคุยโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง	ก่อให้เกิด 1) การใช้บริการทางสุขภาพ ราคา ในการใช้บริการสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมทางสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และ 4) ความเท่าเทียมทางสุขภาพและความยั่งยืน
แนวคิดของ Nutbeam D. (2008) “ Conceptual Model of Health Literacy as a Risk” ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) 4) การจัดการตนเอง (Self Management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลสุขภาพทางคลินิก (Clinical Care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public Health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการ ปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการวิจัยการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญ ต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีความควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยน ปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น	มีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
แนวคิดของ Von Wagner et al. (2009) ได้อธิบายความสามารถในการใช้ความรู้ทักษะ และการคำนวณ เมื่อบุคคลจะต้องแก้ปัญหา (Ability to rely on Literacy and numeracy skills when they are required to solve problems) กรอบแนวคิดนี้ พัฒนาจากรูปแบบของการรู้คิดทางปัญญาและสังคม (Social cognition models) เพื่ออธิบายถึงความฉลาดทางสุขภาพที่มีพื้นฐานของทักษะพื้นฐาน เช่น การอ่าน การคำนวณ ที่ใช้สำหรับแปลความหมายทำความเข้าใจกับข้อมูลจากข้อความต่าง ๆ ซึ่งมีความจำเป็น ระดับของความรู้คิดในขั้นที่สูงขึ้น	ทำให้มีการปฏิบัติ) การเข้าถึงและการใช้ บริการสุขภาพ 2) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและให้บริการ 3) การจัดการสุขภาพ และความเจ็บป่วย
แนวคิดของ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012) “The Health Literacy Pathway Model” ประกอบด้วย 1) ความรู้ทางสุขภาพ (Health knowledge) 2) ประสิทธิภาพในการสืบหา และใช้ข้อมูลสารสนเทศ (Active information seeking and use) 3) ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Actively communicating with health professionals) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self Management skills) 5) การแสวงหาและการเจรจาต่อรองเลือกในการรักษา (Seeking and Negotiating treatment options) 6) การตัดสินใจ (Decision Making) มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางสุขภาพ (Influences on Health Literacy) และ 7) ผลลัพธ์ของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ(Health Literacy Outcomes) โดยมีขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจสุขภาพ 5 ขั้นตอน คือ	ก่อให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพ (Decision Making) เพื่อการจัดการ สุขภาพตนเอง (Self-Management)
ขั้นตอนที่ 1 สร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปที่บุคคลมีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตัวเอง โดยความรู้พื้นฐานนี้จะเกิดขึ้นโดยผ่านการอ่าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพหรือผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษาหารือ เรื่องสุขภาพกับเพื่อนและครอบครัว การรับสื่อสุขภาพ	
ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะ การปฏิบัติด้านการมีความฉลาดทางสุขภาพซึ่งแสดงออกถึง ความสามารถในการฟัง พูด การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยการแสวงหา และการใช้ข้อมูล (เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ในการแสวงหา ข้อมูลและการวิเคราะห์ ความสำคัญของข้อมูล) และทักษะการจัดการตนเอง เช่น การฉีดยาด้วยตนเอง การวัด ระดับน้ำตาล ซึ่งความรู้ทางสุขภาพจะพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เพิ่มขึ้น	

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
ขั้นที่ 3 การแสดงถึงความฉลาดทางสุขภาพเป็นทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญ ทางสุขภาพและบริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษา การบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล	
ขั้นที่ 4 ผู้ให้บริการหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผลิตข้อมูลทางสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพ ของทางเลือกในการรักษา หรือบางคนสามารถผลิตข้อมูลทางสุขภาพของตัวเอง หลักจาก การพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงการค้นหาความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง ที่ได้จากทักษะขั้นตอนที่ 3 ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตสื่อสุขภาพเพื่อเป็นทางเลือก และนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองต่อไป	
ขั้นที่ 5 การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ในขั้นตอนนี้สร้างให้เกิดความเข้มข้นในการตัดสินใจทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเองทางสุขภาพ โดยบุคคลที่มีพฤติกรรมในขั้นนี้จะมีพฤติกรรมจากขั้นที่ 1 ผ่านขั้นต่าง ๆ มาถึงขั้นที่ 5 อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนอาจมีการสลับขั้นตอนกันได้	
แนวคิดของ Sorensen et al. (2012) “Integrated model of health Literacy” ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) 2) การเข้าใจ (Understand) 3) การประเมิน (Appraise) 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) อธิบายได้ ดังนี้ 1. การเข้าถึงหมายถึงความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2. เข้าใจ หมายถึงความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ 3. ประเมิน ความสามารถในการอธิบายตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ จากการเข้าถึง และ 4. การปฏิบัติ ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการ ตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง	มีการปรับปรุงเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน

การวัดความฉลาดทางสุขภาพเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชน ทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือชุดแรกๆ ขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนตัวของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสารและการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์มีช่องว่างเกิดขึ้นมากมาย ส่งผลให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลอย่างที่ควร ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ขึ้น

เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Child & Teenage)

ได้แก่

1. แบบทดสอบการจำคำศัพท์ทางการแพทย์ในกลุ่มวัยรุ่น หรือ REALM-Teen: Medical Word Recognition Test for Adolescents and Teens. ประยุกต์จากแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ อย่างเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM)

2. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชน หรือ TOFHLA for Teens: Health Information Comprehension and Numeracy for Teens ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA)

3. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชนแบบสั้น หรือ STORHLA: The Short Test of Functional Health Literacy ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่และพัฒนาให้เป็นแบบสั้น

4. เครื่องมือวัด ความฉลาดทางสุขภาพ เกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 เครื่องมือดังกล่าว ได้ถูกพัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam โดยวัดจาก 4 ด้านคือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและ 4) การรู้เท่าทันสื่อมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับในระดับสูง เท่ากับ 0.86

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นและนำเสนอในรายงานการวิจัย ต่างๆ ยังมีการนำออกมาเผยแพร่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้ วัดคุณลักษณะด้านความจำ การคำนวณตัวเลข การประเมินการรับสื่อ และเริ่มมีการใช้การจำแนกระดับของ ดอน นัทบีม มาพัฒนาเครื่องมือตัวอย่างของเครื่องมือที่มีใช้กันแพร่หลาย สรุปได้ดังนี้

1. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็วใน กลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy: REALM)

พัฒนาขึ้นโดย เดวิส และคณะ (Mancuso J.P. 2009; citing Davis; et al. n.d.) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ การให้สุศึกษา และหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อประเมิน และปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ REALM ประกอบด้วยคำจำนวน 125 คำ ที่นำมาใช้ทดสอบ โดยเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตามจำนวนพยางค์ และความยาว ผู้ป่วยจะถูกขอให้อ่านคำทั้งหมดดังๆ โดยจะหาคะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง คะแนนจำแนกตามระดับการศึกษา ได้แก่ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 3 ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบนี้ประมาณ 3 - 5 นาที เกณฑ์ การแบ่งกลุ่ม คือ (1) อายุ 0 - 18 ปี (ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 3) ไม่สามารถอ่านสื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ (2) อายุ 19 - 44 ปี (ประถมศึกษาปีที่ 4 - 6) ใช้สื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ ซึ่งไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ (3) อายุ 45 - 60 ปี (มัธยมศึกษาตอนต้น) สามารถใช้สื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ บ้างไม่จำเป็นต้องใช้สื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ และ (4) อายุ 61 - 66 ปี (สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น) สามารถอ่านสื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ (Mancuso J.P. 2009; Sudore R.L.; et al. 2006)

2. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็วใน กลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น

(Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM)

แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้นพัฒนาขึ้นโดย เดวิส และ คณะ (Davis; et al. 1993)

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับมากขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการ ทดสอบ โดยจัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1-2 นาที

3. แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์(Medical Achievement Reading Test: MART)

พัฒนาโดยฮานสัน- ไตรเวอร์ (Mancuso J.M. 2009; citing Hanson-Drivers. 1997) แบบทดสอบนี้มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมิน การอ่านศัพท์ หรือคำทางการแพทย์

ลักษณะและวิธีการใช้

มีคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 42 คำ แบบทดสอบถูกออกแบบโดยคำนึงถึงเหตุผลสำคัญที่ต้องการทราบว่าทำไมแต่ละคนไม่สามารถอ่านเครื่องมือได้ ได้แก่ คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับการศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้ ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 3-5 นาที

4. The Newest Vital Sign (NVS)

วิสส์และคณะ (Mancuso J.M. 2009; citing Weiss; et al. 2005) ได้สร้างเครื่องมือในการวัดความฉลาด ที่ชื่อว่า NVS

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมินซึ่งมาจากฉลากโภชนาการของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับ NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ต่ำ

5. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA)

นำเสนอโดย ปาร์คเกอร์ และคณะ (Parker; et.al. 1995) เพื่อใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลีที่มีตัวเลขโดยใช้ สื่อสิ่งพิมพ์จากหน่วยให้บริการสุขภาพ

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่าน ประกอบด้วยสิทธิของผู้ป่วย และหน้าที่รับผิดชอบรูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และส่วนการทดสอบด้านตัวเลขประกอบด้วยรายละเอียดของฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบการอ่านและทำความเข้าใจเป็นข้อความ ที่มี ช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5-7 คำ ผู้ถูกทดสอบอ่านและเลือกคำจาก ตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ทดสอบด้านตัวเลขมีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบประมาณ 22 นาที (Mancuso J.M. 2009)

6. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่ม ผู้ใหญ่แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult: S-TOFHLA)

นำเสนอโดย บาเกอร์ และคณะ (Baker; et al. 1999) โดยเป็นแบบทดสอบที่มีการวัดในด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล

ลักษณะและวิธีการใช้

ทำการทดสอบ 2 ส่วน ส่วนการทดสอบการอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที รวมทั้งสิ้น 36 รายการ (Federman A.D.; et al. 2009)

7. แบบสอบถามคัดกรองความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Questions (SBSQ))

พัฒนาและเผยแพร่โดย ชิว และคณะ (Chew D. L.; et al. 2004) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ อาทิ การได้รับเอกสารนัดหมายที่อ่านและเข้าใจง่าย การได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์ที่เขียนให้อ่านได้และเข้าใจง่าย วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) จำนวน 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บ้างครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่มีเลย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ หรือ ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

8. การประเมินระดับชาติเรื่องความรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL)

NAAL เป็นเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยประเมิน จากความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบ ในกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอ่านตารางรถโดยสารหรือหนังสือพิมพ์ บทบรรณาธิการ) รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ฉลากยา คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอม

ลักษณะและวิธีการใช้

จำนวนข้อคำถามทางด้านความฉลาดทางสุขภาพมีทั้งสิ้น 28 ข้อ จาก 152 ข้อ และกำหนดให้มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 500 คะแนน

เครื่องมือและการวัดความฉลาดทางสุขภาพมีการพัฒนาไปตามการ ให้คำนิยามและความหมาย รวมทั้งการกำหนดคุณลักษณะที่ชัดเจนสามารถสะท้อนถึงความฉลาดทางสุขภาพและมีความเฉพาะเจาะจงมากพอที่สามารถวัดได้ ดังนั้น จึงยังคงต้องมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่และกลุ่มวัยต่างๆ ต่อไปในอนาคต

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และการเรียนรู้เรื่องความฉลาดทางสุขภาพโดยศึกษาพัฒนาการ คำนิยาม และความหมาย ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพชัดเจนขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยคุณลักษณะเหล่านี้ในการออกแบบกระบวนการดำเนินงาน (Intervention) และสร้างแนวทางพัฒนาในด้านต่างๆ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อลดข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนา “ความฉลาด” ให้เกิดขึ้นซึ่งอาจจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพได้ดังนี้

1. กลุ่มประชาชนที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (Illiteracy Populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ ได้แก่ บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือ ไม่ได้หรือพูดไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติ รวมทั้งมีปัญหาในการใช้ภาษาหลักและภาษาท้องถิ่นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้เช่น คนที่เรียนหนังสือน้อย คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา คนต่างชาติ คนอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

2. กลุ่มประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ (Low-Literacy Populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ข้อจำกัดและอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้มีน้อย แต่ขาดความตระหนักและละเลยการเอาใจใส่ในการเรียนรู้ทำให้การดูแลเรื่องสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หลงลืมง่าย คนที่ไม่ชอบถาม คนขี้อาย คนพูดเสียงเบา คนที่บอกอะไรไม่ค่อยได้ หรือเล้าล้าดับความไม่ถูก คนที่ไม่ช่างสังเกต กรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ตกหล่นไม่ครบถ้วน เป็นต้น

3. กลุ่มประชาชนทั่วไป (General Populations)

ประชาชนกลุ่มนี้เป็นประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความสามารถและสร้างโอกาสในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อาทิ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เครียด ระวังอารมณ์รุนแรงไม่ได้ เมาแล้วขับซิ่ง กินอาหารตามใจปาก เทียวหญิงขายบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรค ฯลฯ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (Health Provider Groups)

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ เนื่องจาก อยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในการปฏิบัติการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพบุคคลกลุ่มนี้ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน ครูสุศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขด้านต่างๆ หากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ละเลยการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย ก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ อาทิ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะอ่านคำแนะนำที่หมอเขียนไม่ออก ไม่เข้าใจคำแนะนำที่พยาบาลอธิบาย ฯลฯ

เมื่อกล่าวถึงคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS (1999) ชี้ว่าควรประกอบด้วย ทักษะสำคัญ 6 ประการคือ (1) ทักษะด้านตัวเลข หรือ quantitative (2) ทักษะด้านเหตุผลและผลที่พิสูจน์ได้ หรือ scientific Literacy (3) ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ หรือ technological Literacy (4) ทักษะความเข้าใจทางวัฒนธรรม หรือ cultural Literacy (5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อหรือ media Literacy และ (6) ทักษะการใช้อุปกรณ์และเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือ Computer Literacy

การกำหนดคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ อาจสะท้อนได้จากมาตรฐานสุขศึกษาระดับชาติ (The National Health Education Standards: NHES) ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษาของสหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดคุณลักษณะ 8 ประการที่ต้องการให้ผู้เรียนมีพัฒนาการไปตามช่วงชั้น ประกอบด้วย (1) มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้มีสุขภาพดี (2) มีความสามารถในการ

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ ครอบครัว เพื่อน วัฒนธรรม สื่อ เทคโนโลยี ฯลฯ (3) มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม (4) มีทักษะในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ (5) มีทักษะในการตัดสินใจ เพื่อสุขภาพ (6) มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ (7) มีทักษะในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ และ (8) มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทั้งกับบุคคลรอบรู้ ชุมชน และสังคม

จากการทบทวนองค์ความรู้และการศึกษาของกองสุศึกษาพบว่า คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลก สมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ (6) การจัดการตนเอง (Self-Management)

ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจึงอาศัยการสร้างเสริม คุณลักษณะเหล่านี้เป็นแนวทาง โดยพัฒนาคุณลักษณะแต่ละด้านตั้งแต่ระดับ แรก คือ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional Health Literacy ระดับที่สอง ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/Interactive Health Literacy และระดับที่สาม คือ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ หรือ Critical health Literacy ซึ่งคณะทำงานของกองสุศึกษา ได้ยกร่างแนวทางการจำแนกระดับการ พัฒนาตามคุณลักษณะสำคัญที่กำหนดขึ้นร่วมกับภาคีเครือข่าย สำหรับใช้เป็นแนวทางพัฒนาเครื่องมือการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ แนวทางดังกล่าว ได้มาจากการสังเคราะห์ คำนิยามและความหมายที่กำหนดขึ้นจากหน่วยงาน ระดับชาติ และรายงานผลการวิจัยที่ผ่านมา โดยยึดหลักการของตอน นั ทบิม ที่จำแนกคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับ และคณะทำงานถือว่า “การรู้เท่าทันสื่อ” เป็นคุณลักษณะหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพตามทฤษฎีระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของ แคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS (1999) กำหนดไว้

จะเห็นได้ว่าความฉลาดทางสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา คนที่ฉลาดในวันนี้ก็มิใช่ว่าจะฉลาดตลอดไป เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับกาลสมัย ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพอยู่เสมอ จึงจะเป็นหนทางช่วยให้เป็นคนทันโลกและทันโรคโดยอาศัย การเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของโรคภัยไข้เจ็บ ต่างๆ เมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว คนร่วมชุมชน และสังคมได้อีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด

ความหมายของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด (Indicator) ในภาษาไทยมีคำที่นำมาใช้ในความหมายเดียวกันอยู่หลายคำ เช่น ดัชนี ตัวชี้ ตัวชี้หน้า ตัวชี้วัด ตัวบ่งชี้ และเครื่องชี้วัด เป็นต้น โดยถอดความมาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “Indicator” และ “Index” คำว่า Indicator และ Index มีความหมายแตกต่างกัน กล่าวคือ index หมายถึง ตัวแปร หรือตัวแปรรวมที่ใช้แทนปริมาณการเปลี่ยนแปลงของคุณลักษณะต่างๆ (a variable or composite of variables employed to represent in quantitative form changes in a trait) ซึ่งเป็นสารสนเทศในเชิงปริมาณเท่านั้น หรือต้องอยู่ในรูปของอัตราส่วนระหว่างปริมาณสองจำนวน แต่ตัวชี้วัดไม่มีข้อจำกัดว่าจะต้องอยู่ในรูปอัตราส่วน (วรรณิ แกมเกตุ. 2554)

จอห์นสโตน (Johnstone. 1981) กล่าวว่า ตัวชี้วัด หมายถึง สารสนเทศที่บ่งบอกปริมาณเชิงสัมพันธ์หรือสภาวะของสิ่งที่มุ่งวัดในเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยไม่จำเป็นต้องบ่งบอกสภาวะที่เจาะจงหรือชัดเจน แต่บ่งบอกหรือสะท้อนภาพของสถานการณ์ที่เราสนใจเข้าไปตรวจสอบอย่างกว้างๆ หรือให้ภาพเชิงสรุปโดยทั่วไป และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของบันจ์ (Bunge. 1981) ที่กล่าวว่า ตัวชี้วัดหมายถึง สารสนเทศสำคัญที่ชี้ให้เห็น ถึงสิ่งที่กำลังศึกษา อาจอยู่ในรูปของข้อความ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตเห็นได้เป็นตัวเลข มีความชัดเจนเชิงปริมาณที่สามารถวิเคราะห์ให้เห็นคุณภาพได้และค่าของตัวชี้วัดเป็นค่าชั่วคราวในช่วง เวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งสารสนเทศที่ได้สามารถใช้เป็นหลักการพื้นฐานในการพัฒนาทฤษฎี

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary. 1983) ได้ให้ความหมายของตัวชี้วัดไว้ว่า ตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่ชี้บอกหรือชี้ให้เห็นสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้ค่อนข้างแม่นยำไม่มากก็น้อย (something which points out or points to with more or less exactness) ซึ่งสอดคล้องกับ พจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด (Oxford Dictionary. 1989) ที่ได้ให้ความหมายของตัวชี้วัดไว้ว่า ตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่ชี้วัดหรือบอกทิศทางไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Indicators as that which points out or directs attention to something)

สคริฟเวน (Scriven. 1991) กล่าวว่า ตัวชี้วัดหมายถึง ปัจจัย ตัวแปร หรือข้อสังเกตที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับตัวแปรที่เป็นบรรทัดฐาน

เบิร์สไตน์ โอ๊ค และกิตัน (Burstein, Oakes; & Guiton. 1992) ได้ให้ความหมายของตัวชี้วัด (Indicators) ไว้ว่าตัวชี้วัดเป็นค่าสถิติที่ให้สารสนเทศเกี่ยวกับสถานะ คุณภาพ หรือผลการปฏิบัติงานของระบบการศึกษา ซึ่งอาจเป็นค่าสถิติเฉพาะเรื่องหรือค่าสถิติรวม (Single or Composite Statistics) ก็ได้ โดยจะต้องมีเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการตัดสินใจ นอกจากนี้ยังต้องให้สารสนเทศที่สอดคล้องกับคุณลักษณะที่ต้องการจะวัดด้วย

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2541) ได้สรุปความหมายของตัวชี้วัดไว้ว่า ตัวชี้วัดหมายถึง ตัวแปรประกอบหรือองค์ประกอบที่มีค่าแสดงถึงลักษณะหรือปริมาณของสภาพที่ต้องการศึกษา ณ จุดเวลา หรือช่วงเวลาหนึ่ง ค่าของตัวชี้วัดแสดง/ระบุ/บ่งบอก ถึงสภาพที่ต้องการศึกษาเป็นองค์รวมอย่างกว้างๆ แต่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะใช้ในการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อประเมินสภาพที่ต้องการศึกษาได้ และใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างจุดเวลา /ช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของสภาพที่ต้องการศึกษาได้

ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริชัย กาญจนวาสี (2545) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ตัวชี้วัดหมายถึง ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ซึ่งใช้บ่งบอกสถานภาพ หรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน หรือผลการดำเนินงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่งในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ตัวชี้วัดเป็นสารสนเทศหรือค่าที่สังเกตได้เชิงปริมาณ หรือเป็นสารสนเทศเชิงคุณภาพซึ่งใช้บ่งบอกสถานะของสิ่งที่มุ่งวัด หรือสะท้อนลักษณะ / ผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานอย่างกว้างๆ ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งสามารถสรุปเป็นลักษณะที่สำคัญของตัวบ่งชี้ได้ 5 ประการ ดังนี้ (วรรณิ์ แกมเกตุ. 2554)

1. ตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่บ่งบอก/กำหนดเป็นปริมาณ หรือสามารถทำให้เป็นปริมาณได้ ไม่ว่าสิ่งที่ศึกษานั้นจะเป็นเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ ในการแปลความหมายค่าตัวเลขของตัวชี้วัดแต่ละตัวจะต้องนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่สร้างขึ้น จึงจะสามารถบอกได้ว่าค่าตัวเลขที่ได้สูงหรือต่ำมีความหมายว่าอย่างไร และในการกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายระบบ ตัวเลขของตัวบ่งชี้ที่สร้างขึ้นต้องมีความชัดเจน

2. ค่าของตัวชี้วัดเป็นค่าชั่วคราวไม่ถาวร มีการผันแปรตามเวลาและสถานที่ นั่นคือตัวชี้วัดจะบ่งบอกความหมายโดยมีเงื่อนไขของเวลาและสถานที่กำกับ กล่าวคือ ตัวบ่งชี้จะบ่งบอกความหมายเฉพาะในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และเฉพาะเขตพื้นที่หรือบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบที่ต้องการตรวจสอบ ตัวบ่งชี้อาจจะมีช่วงเวลาเป็นเดือน หรือเป็นปี ก็ได้ เช่น ตัวชี้วัดในช่วง 3 เดือน หรือช่วง 5 ปี ของจังหวัด เขต ภูมิภาค หรือประเทศใดๆ ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการจัดทำตัวชี้วัดนั้นๆ

3. ตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่บ่งบอกสถานะของสิ่งที่มุ่งวัดในลักษณะกว้างๆ หรือให้ภาพเชิงสรุปโดยทั่วไป มากกว่าที่เป็นภาพที่เฉพาะเจาะจงในรายละเอียดส่วนย่อย

4. ตัวชี้วัดแตกต่างจากตัวแปร ถึงแม้ว่าตัวชี้วัดจะให้สารสนเทศแสดงคุณลักษณะเกี่ยวกับสิ่งหรือสภาพที่ศึกษาเหมือนกับตัวแปร ซึ่งให้ค่าที่แสดงถึงปริมาณหรือลักษณะของสิ่งหรือปรากฏการณ์ที่นักวิจัยสนใจศึกษา แต่ตัวชี้วัดก็ไม่เหมือนตัวแปร เพราะตัวแปรจะให้สารสนเทศของสิ่งหรือสภาพที่ต้องการศึกษาเฉพาะเพียงด้าน (Facet) เดียว ไม่สามารถสรุปภาพโดยรวมทุกด้านได้ แต่ตัวชี้วัดเป็นการรวมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกัน นำเสนอเป็นภาพรวมกว้างๆ ของสิ่งหรือสภาพที่ต้องการศึกษา โดยความหมายนี้ ตัวชี้วัดจึงเป็นตัวแปรประกอบ (Composite Variable) หรือองค์ประกอบ (Factor) ก็ได้ และไม่จำเป็นต้องมีเพียงตัวเดียว ตัวชี้วัดอาจมีหลายตัวได้

5. ตัวชี้วัดเป็นหน่วยพื้นฐาน (Basic Unit) สำหรับการพัฒนาทฤษฎี

บอร์เดน และบอททริล (Katz-Berro; & Talmud. 2005; citing Borden; & Bottrill. 1994) ได้เสนอคุณลักษณะที่สำคัญของตัวชี้วัดไว้ 4 ประเด็น

1. ตัวชี้วัดจะต้องสามารถกำหนดจุดอ้างอิงที่ชัดเจน (Point of Reference) จุดอ้างอิงในที่นี้เปรียบเสมือนเป็นเกณฑ์ หรือบรรทัดฐานสำหรับการประเมินบริบท และตัดสินคุณค่าของการปฏิบัติการ

2. มีลักษณะเชิงสัมพัทธ์ (Relativity) ตัวชี้วัด ไม่มีค่าที่แน่นอนตายตัว ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของเวลาและบริบทเป็นสำคัญ
3. ความสามารถในการย่อข้อมูล (Data reduction) ตัวชี้วัดจะอยู่ในรูปแบบที่ง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ด้วยการลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล เป็นการจัดข้อมูลอย่างสรุป และ
4. ความหลากหลายของระดับการวิเคราะห์ (Multi-level of analysis) สามารถนำไปใช้ได้กับทุกระดับไม่ว่าจะเป็นองค์กรระดับประเทศหรือในหน่วยงานย่อย

คุณสมบัติของตัวชี้วัด

คุณสมบัติของเครื่องชี้วัดและมาตรวัดที่ดี (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2541) ประกอบด้วย

1. ความถูกต้อง หมายถึง ความสามารถของมาตรวัดที่สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการจะวัดจริง ๆ
2. ความเชื่อถือได้ หมายถึง มาตรวัดที่ให้ผลเป็นที่น่าเชื่อถือได้เมื่อทำการวัดซ้ำให้ผลอย่างเดียวกัน
3. ความเกี่ยวข้อง หมายถึง มาตรวัดแต่ละมาตรวัด ต้องมีเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะวัด
4. ความครบถ้วน หมายถึง มาตรวัดที่จะใช้ในการประเมินควรครอบคลุม วัตถุประสงค์ที่สำคัญ ๆ ทั้งหมดที่ต้องการประเมิน
5. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หมายถึง ความเป็นไปได้นี้อาจขึ้นอยู่กับวิธีการที่สร้างมาตรวัด ค่าใช้จ่ายในการเก็บข้อมูลมาสร้างมาตรวัด ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด
6. ความว่องไว หมายถึง มาตรวัดที่สร้างขึ้นจะต้องสามารถวัดความแตกต่างของหน่วยที่ศึกษาได้ดี มาตรวัดที่วัดความแตกต่างเล็กๆ น้อยๆ ได้มากเท่าใดเรียกว่ามีความว่องไวมาก ในทางตรงกันข้าม ตัวอย่างเช่น การประเมินผลโครงการที่ให้ประชาชนร่วมประเมิน เช่น เรื่องอัตราความพึงพอใจ แทนที่จะให้ระบุเพียงความพึงพอใจหรือไม่เพียงพอซึ่งจะมีการผันแปรแคบมากคือ 1 เท่านั้น ควรจะให้กลุ่มที่มีความพอใจและไม่พอใจนั้นบอกว่า มีความพอใจหรือไม่พอใจมากน้อยเท่าใด
7. ความเป็นกลางของเครื่องชี้วัด (Neutrality) หมายถึง ความไม่ลำเอียง (Bias) ของเครื่องชี้วัดผลของการประเมินอาจเกื้อกูลต่อกิจกรรม โครงการหรือแผนงานที่เป็นประเภทเดียวกัน แต่จัดทำโดยหน่วยงานที่แตกต่างกัน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2539)
8. ความเป็นวัตถุวิสัยของเครื่องชี้วัด (Objectivity) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของเครื่องชี้วัด มิได้เกิดจากการคิดเอาเองตามความรู้สึกของผู้ประเมินหรือที่เรียกว่าตามจิตวิสัย (Subjectivity) แต่ขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่ หรือเป็นรูปธรรมของคุณสมบัติที่ผู้ประเมินจะประเมิน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2539)

9. ค่าของมา ตรวัดหรือเครื่องชี้วัด ควรมีความหมายหรือตีความหมายได้อย่างสะดวก (Meaningfulness and Interpretability) กล่าวคือ ค่าของมา ตรวัดควรมีจุดสูงสุดและจุดต่ำสุดง่ายแก่ความเข้าใจ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2539)

นอกจากนี้ตัวชี้วัดที่ดี อาจมีคุณสมบัติสำคัญ ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี. 2547)

1. ความตรง (Validity)

ตัวชี้วัดที่ดีจะต้อง ชีวัดได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการวัดอย่างถูกต้องแม่นยำ ตัว ชีวัดที่สามารถชี้ได้แม่นยำ ตรงตามคุณลักษณะที่มุ่งวัดนั้นมีลักษณะดังนี้

1.1 มีความตรงประเด็น (Relevant) ตัวชี้วัดต้องชี้วัดได้ตรงประเด็น มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณลักษณะที่มุ่งวัด เช่น กระดาษลิทมัสเป็นตัว ชีวัดสภาพความเป็นกรด/ด่างของสารละลาย, GPA ใช้เป็นตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยทั่วไป เป็นต้น

1.2 ความเป็นตัวแทน (Representative) ตัวชี้วัดต้องมีความเป็นตัวแทนคุณลักษณะที่มุ่งวัด หรือมีมุมมองที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของคุณลักษณะที่มุ่งวัดอย่างครบถ้วน เช่น อุณหภูมิร่างกาย เป็นตัว ชีวัดสภาพการมีไข้ของผู้ป่วย คุณภาพของผู้ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ สามารถชี้วัดด้วยลักษณะการให้สารสนเทศ ความรวดเร็ว ในการตอบสนองความต้องการ ลักษณะการพูดจา สีหน้าท่าทางการให้บริการ เป็นต้น

2. ความเที่ยง หรือความเชื่อมั่น (Reliability)

2.1 ตัวชี้วัดที่ดี จะต้องชี้วัดคุณลักษณะที่มุ่งวัดได้อย่างน่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา หรือ ชีวัดได้คงที่เมื่อทำการวัดซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน ตัวชี้วัดที่สามารถชี้ได้อย่างคงเส้นคงวาเมื่อทำการวัดซ้ำนั้นมีลักษณะ ดังนี้

2.2 ความเป็นปรนัย (Objectivity) ตัวชี้วัดต้องชี้วัดได้อย่างเป็นปรนัย การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวชี้วัดควรขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่หรือคุณสมบัติของสิ่งนั้นมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับความรู้สึกตามอัตวิสัย เช่น การรับรู้ประสิทธิภาพของหลักสูตรกับอัตราการสำเร็จการศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตรต่างก็เป็นตัว ชีวัดตัวหนึ่งของคุณภาพหลักสูตร แต่อัตราการสำเร็จการศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตรจะเป็นตัว ชีวัด ที่วัดได้อย่างมีความเป็นปรนัย มากกว่า การรับรู้ประสิทธิภาพของหลักสูตร

2.3 มีความคลาดเคลื่อนต่ำ (Minimum Error) ตัวชี้วัดต้องชี้วัดได้อย่างมีความคลาดเคลื่อนต่ำ ค่าที่ได้จะต้องมาจาก แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น คะแนนผลสัมฤทธิ์จากการทดสอบจะเป็นตัวชี้วัดที่น่าเชื่อถือ หรือมีความคลาดเคลื่อนจากการวัดต่ำกว่า

3. ความเป็นกลาง (Neutrality)

ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องชี้วัดด้วยความเป็นกลางปราศจากความลำเอียง (Bias) ไม่โน้มเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ไม่ชี้นำโดยการเน้นการบ่งชี้เฉพาะลักษณะความสำเร็จ หรือความล้มเหลว หรือความไม่ยุติธรรม

4. ความไว (Sensitivity)

ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องมีความไวต่อคุณลักษณะที่มุ่งวัด สามารถแสดงความผันแปรหรือความแตกต่างระหว่างหน่วยวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน โดยตัวชี้วัดจะต้องมีมาตรและหน่วยวัดที่มีความละเอียดเพียงพอ เช่น ตัวชี้วัดระดับการปฏิบัติไม่ควรมีความผันแปรที่แคบ เช่น ไม่ปฏิบัติ (0) และ ปฏิบัติ (1) แต่ควรมีระดับของการปฏิบัติที่มีการระบุความแตกต่างของคุณภาพอย่างกว้างขวางและชัดเจน เช่น ระดับ 0 ถึง 10 เป็นต้น

5. สะดวกในการนำไปใช้ (Practicality)

ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องสะดวกในการนำไปใช้ได้ดีและได้ผลโดยมีลักษณะดังนี้

5.1 เก็บข้อมูลง่าย (Availability) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องสามารถนำไปใช้วัดหรือเก็บข้อมูลได้สะดวก สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจ นับ วัด หรือสังเกตได้ง่าย

5.2 แปลความหมายง่าย (Interpretability) ตัวชี้วัดที่ดีควรให้ค่าการวัดที่มีจุดสูงสุดและต่ำสุด เข้าใจง่ายและสามารถสร้างเกณฑ์ตัดสินคุณภาพได้ง่าย

ประเด็นที่ต้องพิจารณาในการพัฒนาเครื่องชี้วัด (บุญธรรม กิจปรีดาภิรต. 2540) มีดังนี้

1. จำนวนตัวชี้วัด จะต้องกำหนด และเลือกกว่าแต่ละแนวความคิดหรือตัวแปรที่วัดนั้นจะใช้ตัวชี้วัดกี่ตัว แนวความคิดหรือตัวแปรหนึ่งๆ นั้นอาจใช้ตัวชี้วัดตัวเดียวหรือหลายตัววัดก็ได้

2. การพัฒนาตัวชี้วัด จะพัฒนาขึ้นได้โดยวิเคราะห์จากผลงานวิจัยของคนอื่นที่ทำไว้แล้วหรือวิเคราะห์จากหนังสือตำรา หรืออาจจะสำรวจอย่างไม่เป็นทางการกับตัวอย่างน้อยๆ เพื่อนำคำตอบมาใช้กำหนดตัวชี้วัดต่อไปได้

3. จำนวนและรูปแบบคำถาม การพัฒนาตัวชี้วัดจะ ต้องคำนึงด้วยว่า จะใช้จำนวนคำถามเท่าใด และจะใช้คำถามในรูปแบบอย่างไร จึงจะทำให้สามารถวัดแนวความคิดในการวิจัยนั้นได้อย่างครบถ้วน และถูกต้องมากที่สุด

วู หลิว เกทเดอเมน และซัมโบ (Wu, Liu, Gadermann; & Zumbo. 2010) เสนอว่าตัวชี้วัดที่ดีควรมีลักษณะที่สำคัญ 10 ประการ ดังนี้

1. มีความตรงประเด็น (Relevant) ที่จะนำไปใช้เป็นสารสนเทศที่จำเป็นและเพียงพอต่อการกำหนดนโยบาย

2. มีความถูกต้อง สามารถวัดหรือผูกโยงกับสิ่งที่ต้องการได้ รวมทั้งสามารถตรวจสอบได้ (Valid and accountable)

3. มีจุดมุ่งหมาย และเชื่อถือได้ (Goal oriented and reliable)

4. มีเป้าหมายเพื่อผู้รับประโยชน์มากกว่ามูลค่าทางการเงิน (Beneficiary oriented)

5. มีความไวต่อการวัดเปลี่ยนแปลงที่ต้องการประเมิน (Sensitive)

6. มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อชี้วัดสิ่งที่ต้องการ (Specific)

7. เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย (Universal acceptable)

8. ต้องไม่ถูกรบกวนงาด้วยบุคคล เวลา หรือสถานที่ (Un-influential)

9. การตีความหมายต้องเป็นที่เข้าใจได้โดยคนทั่วไป (Simple and non-scientist) และ

10. ง่ายสำหรับการหาข้อมูลการคำนวณ และประหยัดทรัพยากรในการวัด (Low cost) ซึ่งอาจทำได้โดยการใช้ข้อมูลที่มีการจัดเก็บไว้ตามแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ตามปกติ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ตัวชี้วัดที่ดีมีคุณภาพ ควรมีคุณสมบัติที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ตัวชี้วัดควรมีความทันสมัย ทันเหตุการณ์ เหมาะสมกับเวลาและสถานที่
2. ตัวชี้วัดควรตรงกับความต้องการ หรือจุดมุ่งหมายในการใช้งานและให้สารสนเทศที่จำเป็นและเพียงพอต่อการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง
3. ตัวชี้วัดควรมีความตรง ความเที่ยง ความเป็นปรนัย มีความคลาดเคลื่อนต่ำและปฏิบัติได้จริง
4. ตัวชี้วัดควรมีกฎเกณฑ์การวัด (Measurement Rules) ที่มีความเป็นกลาง ความเป็นทั่วไป และให้สารสนเทศเชิงปริมาณที่ใช้เปรียบเทียบกันได้ ไม่ว่าจะเป็นการเปรียบเทียบระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตในประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือระหว่างประเทศ
5. ตัวชี้วัดควรมีความไว สามารถแสดงความแตกต่างได้ แม้สถานการณ์ที่วัดจะเปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อย
6. ตัวชี้วัดควรมีความเฉพาะเจาะจง จะเปลี่ยนแปลงก็แต่เฉพาะสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้นโดยตรง เท่านั้น
7. ตัวชี้วัดควรมีความเชื่อถือได้ ค่าที่ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพควรจะสอดคล้องกัน ถ้าวัดในสิ่งเดียวกัน ไม่ว่าผู้วัดจะเป็นกลุ่มใดก็ตาม
8. ตัวชี้วัดควรมีความสะดวกในการนำไปใช้ และประหยัดทรัพยากรในการวัดหรือเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งง่ายในการคำนวณและการแปลความหมาย

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ตัวชี้วัด (Indicator) หมายถึง ตัวแปรที่กำหนดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ เช่น ใช้วัดความเปลี่ยนแปลง ใช้บ่งบอกสถานะหรือสถานการณ์ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ใช้สะท้อนลักษณะการดำเนินงาน ใช้วัดความสำเร็จหรือความบกพร่องใช้วัดผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ทราบถึง ระดับ ขนาด หรือสถานะที่ต้องการวัด

การพัฒนาตัวชี้วัด

วิธีการในการพัฒนาตัวชี้วัดมีอยู่หลายวิธี และในแต่ละวิธีการส่วนใหญ่จะเน้นการพิจารณาตัดสินใจใน 5 ประเด็นหลัก (Johnstone. 1981) คือ 1) การกำหนดนิยามของตัวชี้วัด 2) การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา 3) การกำหนดวิธีการรวมตัวแปร 4) การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร และ 5) การตรวจสอบคุณภาพตัวชี้วัด

นางลักษณ์ วิรัชชัย (2541) ได้สรุปขั้นตอนของการพัฒนาตัวชี้วัดทางการศึกษาไว้ว่า มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาตัวชี้วัด ที่ชัดเจนจะช่วยให้ได้ตัวชี้วัดที่มีคุณภาพ เป็นประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 คือการกำหนดนิยามของตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 3 การรวบรวมข้อมูลในกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด ได้แก่ การสร้างเครื่องมือ การทดลองใช้ การปรับปรุงเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างตัวชี้วัด นักวิจัยจะทำการสร้างสเกลตัวชี้วัด โดยนำตัวแปรย่อยที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมา วิเคราะห์รวมให้ได้เป็นตัวชี้วัด โดยใช้วิธีรวมตัวแปรย่อย กำหนดน้ำหนักตัวแปรย่อยตามที่นิยามไว้

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นทั้งเรื่องความเที่ยง (Reliability) ความตรง (Validity) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเหมาะสม (Appropriateness) และความเชื่อถือได้ (Credibility)

ขั้นตอนที่ 6 การนำเสนอรายงาน

วรรณิ์ เกมเกตุ (2554) สรุปเป็นขั้นตอนในการพัฒนาตัวชี้วัด ดังนี้

1. การกำหนดกรอบแนวคิดและนิยามของตัวชี้วัด

OECD (2008) กล่าวว่า กรอบทฤษฎี (Theoretical Framework) เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาตัวชี้วัด กรอบทฤษฎีควรให้คำจำกัดความเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ต้องการวัดและองค์ประกอบของสิ่งที่ต้องการวัดอย่างชัดเจน ซึ่ง Burstein, Oakes และ Guiton (1992) ได้แยกการนิยามตัวชี้วัดออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก คือ การกำหนดกรอบแนวคิด (Conceptualization) การนิยามในส่วนนี้เป็นการให้ความหมายคุณลักษณะของสิ่งที่ต้องการจะวัดโดยกำหนดรูปแบบหรือโมเดล กรอบแนวคิด (Conceptual Model) ของสิ่งที่ต้องการวัดก่อนว่าจะมีส่วนประกอบแยกย่อยเป็นกี่มิติ และกำหนดว่าแต่ละมิติประกอบด้วยสิ่งใด (Concept) อะไรบ้าง ส่วนที่ 2 คือการพัฒนาตัวแปรส่วนประกอบหรือตัวแปรย่อย (Development of Component Measures) และการสร้าง/กำหนดสเกลการวัด (Construction and Scaling) การนิยามในส่วนนี้เป็นการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรย่อยตามโมเดลกรอบแนวคิด และการกำหนดวิธีการรวมตัวแปรย่อยเป็นตัวชี้วัด จากการนิยามตัวชี้วัดจะทำให้ได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Relationship Model) ที่อธิบายว่าตัวชี้วัดที่ต้องการศึกษาประกอบด้วยตัวแปรย่อยอะไรบ้าง ตัวแปรย่อยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันตัวบ่งชี้อย่างไร และตัวแปรย่อยแต่ละตัวมีน้ำหนักความสำคัญต่อตัวชี้วัดต่างกันอย่างไร (นงลักษณ์ วิรัชชัย . 2542) วิธีการกำหนดนิยามของตัวชี้วัดดังกล่าวข้างต้น สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 วิธีการหลัก ได้แก่ การนิยามเชิงทฤษฎี การนิยามเชิงประจักษ์ และการนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีหลักการของแต่ละวิธีพอสรุปได้ดังนี้

1) การพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงทฤษฎี (The Theoretical Definition of Indicators) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัด โดยการจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหรือคุณลักษณะที่สนใจ และจัดลำดับหรือกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรเหล่านั้น โดยอาศัยหลักเหตุผลหรือพื้นฐานทางทฤษฎีเป็นหลัก เพื่อสังเคราะห์ตัวแปรขึ้นเป็นตัวชี้วัด

2) การพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงประจักษ์ (The Empirical Definition of Indicators) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์ แล้วจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวแปรและกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรเหล่านั้น โดยใช้วิธีการทางสถิติเป็นหลัก เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) การวิเคราะห์จำแนก (Discriminate Analysis) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์ แล้วจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวแปรและกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรเหล่านั้น โดยใช้วิธีการทางสถิติเป็นหลัก เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) การวิเคราะห์จำแนก (Discriminate Analysis) และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล (Canonical Correlation Analysis) เป็นต้น

3) การพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงปฏิบัติ (The Pragmatic Definition of an Indicators) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดโดยการเลือกตัวแปรจากตัวแปรที่มีอยู่จำนวนหนึ่ง หรือรวมตัวแปรที่มีอยู่จำนวนหนึ่งเข้าด้วยกัน ตามการพิจารณาตัดสินของผู้พัฒนาซึ่งจะขึ้นอยู่กับเจตคติ (หรืออคติ) ส่วนตัวในการเลือกตัวแปรหนึ่งคุณลักษณะหนึ่งๆ มากกว่าตัวแปรอื่นๆ วิธีการนี้ถือได้ว่าเป็นวิธีการที่มีจุดอ่อนมากกว่าวิธีการที่ 1 และ 2

OECD (2008) กล่าวถึง การนำกรอบแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในการระบุเกณฑ์การคัดเลือก (Selection criteria) ตัวชี้วัดในการสร้างตัวชี้วัดรวมหรือดัชนีรวม (Composite Indicator/Index) เกณฑ์การคัดเลือกตัวชี้วัดเปรียบเสมือนแนวทางที่บอกว่าตัวแปรใดควรอยู่หรือไม่ควรอยู่ในดัชนีรวม และเกณฑ์การคัดเลือกควรมีความชัดเจนให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้และควรอธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการวัด เช่น ปัจจัยป้อน (Input) ผลผลิต (Output) หรือกระบวนการ (Process) ในการสร้างดัชนีรวมมักจะรวมทั้งการวัดปัจจัยป้อนและผลผลิต ตัวอย่าง เช่น ดัชนีนวัตกรรม(The Innovation Index) อาจรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนา (ปัจจัยป้อน) และจำนวนของผลผลิต (Output)

2. การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา

การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา เริ่มจากการจัดกลุ่มตัวแปรที่พิจารณาแล้วหาความสัมพันธ์กับสภาพการณ์ที่ต้องศึกษา โดยระบุลักษณะของตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบให้ครอบคลุมกับสภาพที่ต้องการศึกษาอย่างละเอียดและชัดเจน โดยอาศัยผลจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารทฤษฎี หรือผู้เชี่ยวชาญร่วมกันพิจารณาตัวแปรที่จะสร้างเป็นตัวชี้วัด ทั้งนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ตัวแปรหลายตัวที่มุ่งวัดคุณลักษณะเดียวกัน เพราะอาจทำให้มิติของสิ่งที่มุ่งศึกษามีความซับซ้อน (Complex Concept) และยากในการแปลความหมาย และควรหลีกเลี่ยงการนำตัวแปรที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด เพื่อให้ตัวชี้วัด ที่พัฒนามีความสอดคล้องกับคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษามากที่สุด ซึ่งควรพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา หากมีตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กันสูงและมุ่งวัดในสิ่งเดียวกัน ควรตัดสินใจเลือกใช้ตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพื่อลดความยุ่งยากและซับซ้อนในการประเมินสิ่งที่ศึกษาภายหลัง โดยพิจารณาเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์กับแนวความคิดโดยรวมที่ต้องการศึกษาได้อย่างตรงและใกล้เคียงที่สุด หรือกล่าวโดยสรุปได้ว่า การคัดเลือกตัวแปรโดยอาศัยข้อเสนอทางทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ หรือการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญนั้น ควรคัดเลือกตัวแปรให้ครอบคลุมแต่ละคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษา

ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการใช้ตัวแปรจำนวนมาก ที่มุ่งวัดคุณลักษณะเดียวกันและตัวแปรที่มีความคลาเคลื่อนในการวัดมาก เพราะอาจทำให้มีโทษของสิ่งที่มุ่งศึกษามีความซับซ้อน(Complex Concept) และยากในการแปลความหมาย

3. การจัดการกับข้อมูลที่ขาดหาย

ข้อมูลที่ขาดหายมักเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาตัวบ่งชี้ให้มีความแกร่ง ข้อมูลอาจขาดหายอย่างสุ่ม และไม่ได้ขาดหายอย่างสุ่ม ประเภทของข้อมูลที่ขาดหายอาจเป็นไปได้ 3 แบบ ได้แก่

3.1 การขาดหายอย่างสุ่มโดยสมบูรณ์(Missing Completely at Random หรือ MCAR) เป็นการขาดหายของข้อมูลที่ไม่ขึ้นกับตัวแปรที่สนใจศึกษาหรือตัวแปรอื่นๆ

3.2 การขาดหายอย่างสุ่ม (Missing at Random หรือ MAR) เป็นขาดหายของข้อมูลโดยไม่ขึ้นกับตัวแปรที่สนใจศึกษา แต่ขาดหายอย่างมีเงื่อนไขกับตัวแปรอื่นในชุดข้อมูล

3.3 การขาดหายโดยไม่ได้เป็นไปอย่างสุ่ม (not missing at random หรือ NMAR) เป็นการขาดหายซึ่งขึ้นอยู่กับค่าของตัวแปรโดยตัวของมันเอง เช่น ครวี่เรือน ที่มีรายได้สูงมักไม่ตอบคำถามเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว การทราบว่าคุณมีการขาดหายเป็นแบบใดมีความสำคัญ เพราะวิธีการแทนค่าข้อมูลที่ขาดหายส่วนใหญ่จะใช้ได้เมื่อข้อมูลมีการขาดหายแบบ MCAR และแบบ MAR แต่ถ้าข้อมูลมีการขาดหายแบบ NMAR จะไม่สามารถตรวจสอบได้โดยวิธีทางสถิติ แต่ถ้ามีหลักฐานหรือข้อมูลทำให้เชื่อได้ว่าข้อมูลมีการขาดหายโดยไม่ได้เป็นไปอย่างสุ่ม (NMAR) รูปแบบการขาดหายที่พบจะต้องนำมาพิจารณาในการวิเคราะห์ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์มีความยุ่งยาก และการขาดหายดังกล่าวอาจมีผลต่อการพัฒนาตัวชี้วัดทั้งกระบวนการส่วนวิธีการที่ นำมาใช้ในการทดแทนข้อมูลที่ขาดหายมีหลายวิธี ได้แก่ การลบทิ้ง (Case Deletion) การทดแทนเดี่ยว (Single Imputation) และการทดแทนพหุ (Multiple Imputation) ดังนี้ (OECD. 2008)

วิธีการแรกคือ การลบทิ้ง (Case Deletion) เป็นการตัดหน่วยตัวอย่างที่มีการขาดหายทิ้งไป วิธีการนี้มีข้อเสียคือทำให้ละเลยความแตกต่างอย่างเป็นระบบที่เป็นไปได้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ครบถ้วนกับไม่ครบถ้วน และการจัดการกับข้อมูลที่ขาดหายโดยวิธีนี้จะให้ผลที่มีความลำเอียง(Bias) ถ้าหน่วยตัวอย่างที่ถูกลบทิ้งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างย่อยแบบสุ่มของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่ลดน้อยลงยังทำให้ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีขนาดสูงขึ้น และทำให้มีสารสนเทศน้อยลง Little และ Rubin (OECD. 2008; citing Little; & Rubin. 2002) ให้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) ว่าไม่ให้ใช้วิธีการลบหน่วยตัวอย่างทิ้ง ถ้าตัวแปรใดมีข้อมูลขาดหายมากกว่าร้อยละ 5 สำหรับการทดแทนข้อมูลที่ขาดหายอีกสองวิธีเป็นการพิจารณาว่าข้อมูลที่ขาดหายเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ และพยายามทดแทนค่าที่ขาดหายทั้งโดยการทดแทนเดี่ยว (Single Imputation) เช่น การทดแทนด้วยค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน หรือค่าฐานนิยม การทดแทนโดยการวิเคราะห์ถดถอย และการทดแทนแบบพหุ (Multiple Imputation) เช่น วิธี Markov Chain Monte Carlo algorithm

4. การวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate Analysis)

การวิเคราะห์พหุตัวแปรเป็นการวิเคราะห์ขั้นต้นเพื่อประเมินความเหมาะสมของชุดข้อมูล และจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในลักษณะของข้อมูลและนำไปสู่การเลือกวิธีการที่เหมาะสมในขั้นตอนต่อไปของการพัฒนาตัวชี้วัด เช่น วิธีการรวมตัวแปร หรือการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร ขั้นตอนนี้เป็นการตรวจสอบว่าการจัดกลุ่ม ตัวแปรตามที่ได้มีการนิยามไว้ในขั้นตอนที่หนึ่งมีความชัดเจนและสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการวัดหรือไม่ รวมทั้งช่วยให้ผู้พัฒนาตัวชี้วัดเกิดความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับโครงสร้างของตัวชี้วัด และเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างกรอบแนวคิดในการพัฒนาตัวบ่งชี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ วิธีการวิเคราะห์พหุตัวแปรที่สามารถนำมาใช้ เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน การจัดกลุ่มตัวบ่งชี้โดยใช้การวิเคราะห์การจัดกลุ่ม (Cluster Analysis) การหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach เป็นต้น

5. การแปลงเป็นค่าปกติ (Normalization)

การแปลงค่าตัวแปรให้เป็นค่าปกติเป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องกระทำก่อนการรวมตัวแปร เนื่องจากข้อมูลดิบจะมีพิสัยที่แตกต่างกัน ซึ่งถ้าไม่มีการแปลงค่าตัวแปร จะทำให้ดัชนีรวมมีความลำเอียง (Bias) ต่อตัวแปรที่มีพิสัยกว้างและทำให้การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรดังกล่าวจะมีอิทธิพลอย่างไม่มีนัยสำคัญต่อตัวชี้วัดรวม (Composite Indicators) การแปลงให้เป็นค่าปกติสามารถกระทำได้หลายวิธีดังนี้

5.1 การเรียงอันดับ (Ranking) เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดในการแปลงข้อมูลเป็นค่าปกติ วิธีการนี้จะไม่ได้รับอิทธิพลจากตัวแปรที่มีค่าสุดโต่ง (OECD. 2008) การเรียงอันดับเป็นเทคนิคที่ให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ประเมินเป็นผู้แปลความหมาย (Interpret) ของตัวแปร และทำการจัดกลุ่มตัวแปรโดยใช้มาตราเรียงลำดับ (Ordinal Scale) ซึ่งมักกำหนดให้มีค่าลำดับระหว่าง 1-5 หรือ 1-10 การใช้มาตราเรียงลำดับมีการใช้ใน The World Competitiveness Report 2002 โดยการใช้แบบสำรวจการจัดเรียงลำดับของตัวแปรต่างๆ และนำคำตอบที่ได้ของแต่ละตัวแปรมาหาค่าเฉลี่ย (Salzman. 2003)

5.2 การทำให้เป็นค่ามาตรฐาน (Standardization) หรือ ค่าคะแนน z เป็นการแปลงค่าตัวชี้วัดให้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1 การแปลงค่าตัวชี้วัดโดยวิธีนี้มีผลทำให้ค่าสุดโต่งมีอิทธิพลมากกว่าตัวชี้วัดอื่น ซึ่งสามารถแก้ไขได้ในขั้นตอนการรวมตัวแปรโดยตัดคะแนนตัวชี้วัดที่ดีที่สุดหรือแย่ที่สุดออกไป หรือกำหนดน้ำหนักที่แตกต่างกันตามลักษณะของคะแนนตัวชี้วัด (OECD. 2008)

5.3 การแปลงเป็นค่าปกติโดยใช้ค่าสูงสุด-ต่ำสุด (Min-Max Normalize) เป็นการทำให้ตัวชี้วัดทุกตัวมีพิสัยเท่ากัน (0.1) โดยการลบด้วยค่าต่ำสุดและหารด้วยพิสัยของตัวชี้วัด วิธีการนี้อาจจะเกิดอิทธิพลจากค่าสุดโต่ง แต่ข้อดีของวิธีนี้คือช่วยเพิ่มความกว้างของพิสัยของตัวชี้วัดที่มีพิสัยแคบ และเพิ่มอิทธิพลของตัวชี้วัดรวมได้มากกว่าการแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน (คะแนน z) (OECD. 2008) เทคนิคนี้ใช้ในการแปลงพิสัยของตัวแปรให้เป็นค่ามาตรฐาน โดยการประมาณค่าสูงสุดและต่ำสุดของค่าตัวแปรที่แสดงถึงพิสัยที่เป็นไปได้ของตัวแปรในช่วงเวลาทั้งหมดและในทุกพื้นที่ และกำหนดเป็นค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) ตามลำดับ จากนั้นข้อมูลจะถูกแปลงค่า ถ้าค่าตัวแปรที่เพิ่มขึ้นทำให้ค่าตัวชี้วัดรวมหรือค่าดัชนีเพิ่มขึ้น ใช้สูตร

$$\frac{\text{Value} - \text{Max}}{\text{Max} - \text{Min}}$$

$$\text{Max} - \text{Min}$$

ในกรณีนี้จะเห็นได้ว่าค่าตัวแปรจะเพิ่มขึ้นไปในทิศทางเดียวกับค่าคะแนนที่ถูกแปลค่าแล้วในทางตรงกันข้าม ถ้าการเพิ่มขึ้นของค่าตัวแปรทำให้ค่าตัวชี้วัดรวมหรือค่าดัชนีลดลง จะใช้สูตร

$$\frac{\text{Max} - \text{Value}}{\text{Max} - \text{Min}}$$

$$\text{Max} - \text{Min}$$

การใช้สูตรทั้งสองกรณีนี้ ค่าตัวแปรที่ได้จะมีพิสัยของค่าตัวแปรอยู่ระหว่าง 0-1 ซึ่ง 1 เท่ากับระดับที่สูงสุด และ 0 เท่ากับระดับที่ต่ำสุด มีการใช้เทคนิคนี้ในการสร้างดัชนีต่างๆ เช่น Human Development Index ของ UNDP, Index of Social health โดย Human Resource Development Canada, และ Index of Economic Freedom โดย the Heritage Institute and Economic Freedom ของ Calo institute (Salzman. 2003)

5.4 ระยะห่างจากจุดอ้างอิง (Distance to reference) เป็นการวัดระยะห่างสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้กับจุดอ้างอิง ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในช่วงเวลาที่กำหนด วิธีการนี้เหมาะสมในการคำนวณตัวชี้วัดรวมหรือดัชนีรวมเพื่อเป็นการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ เช่น การเปรียบเทียบระหว่างประเทศ โดยการกำหนดให้มีพื้นที่อ้างอิง เป็นตัวเทียบเคียงสมรรถนะ (Benchmark) พื้นที่ที่ใช้เป็นจุดอ้างอิงควรเป็นค่าเฉลี่ยของกลุ่มและจะกำหนดให้มีค่าเท่ากับ 1 ส่วนพื้นที่อื่นจะมีการกำหนดค่าตามระยะห่างจากค่าเฉลี่ย ดังนั้นตัวบ่งชี้ที่มีการแปลเป็นค่ามาตรฐานแล้วมีค่าเกิน 1 หมายความว่าค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ย หรืออาจกำหนดให้พื้นที่ที่เป็นผู้นำของกลุ่ม (Leader) เป็นจุดอ้างอิงและมีค่าเท่ากับ 1 ส่วนพื้นที่อื่นจะมีการกำหนดค่าตามระยะห่างจากผู้นำของกลุ่ม แต่วิธีการนี้อาจได้รับอิทธิพลจากค่าสุดโต่งได้ (OECD. 2008)

5.5 การให้คะแนนแบบมาตรการจัดประเภท (Categorical scale) โดยการให้ค่ากับมาตรการจัดประเภท เช่น การให้ 1, 2 หรือ 3 ดาว หรือการให้คะแนนเชิงคุณภาพ เช่น การบรรลุเป้าหมายอย่างสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายบางส่วน หรือไม่บรรลุเป้าหมาย และนำมาให้คะแนนโดยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ของการกระจายของตัวชี้วัด เช่น พวกที่อยู่ระดับสูงสุด 95 - 100 เปอร์เซ็นต์ไทล์ได้รับคะแนน 100 ส่วนหน่วยที่อยู่ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 85 - 95 มีคะแนนเท่ากับ 80 ตามลำดับจนถึง 0 คะแนน แต่วิธีการนี้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาได้ และการวัดโดยใช้มาตรการจัดประเภทจะทำให้สูญเสียสารสนเทศเกี่ยวกับความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ และเมื่อคะแนนเดิมมีการเปลี่ยนแปลง เพียงเล็กน้อย แต่การแปลงคะแนนโดยกำหนดเปอร์เซ็นต์ไทล์อาจทำให้ไม่สอดคล้องกับแบบแผนการกระจายของคะแนนเดิม วิธีการแก้ไขคือการปรับช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ของตัวชี้วัดทุกตัวเพื่อให้การแปลงตัวแปรมาตรการจัดประเภทมีความใกล้เคียงกับการแจกแจงปกติ (Normal Distribution) มากที่สุด (OECD. 2008)

5.6 การแปลตัวชี้วัดให้มีค่าสูงหรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เช่น ค่าที่ใกล้เคียงค่าเฉลี่ยให้คะแนน 0 และค่าที่อยู่สูงกว่าและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีค่า 1 และ -1 ตามลำดับ การแปลงให้เป็นค่าปกติโดยวิธีนี้เป็นวิธีการที่ง่ายและไม่ได้รับอิทธิพลจากค่าสุดต่ง แต่จะทำให้ความแปรปรวนของข้อมูลลดลง (OECD. 2008)

5.7 การทำเป็นค่ามาตรฐานโดยใช้ปีฐาน (Normalization to Base Year) การแปลงเป็นค่ามาตรฐานในวิธีนี้ ตัวแปรแต่ละตัวจะถูกแปลงเป็นค่าปกติโดยใช้ข้อมูลในปีแรกเป็นฐานในการแปลงเป็นค่าปกติ และค่าปกตินี้จะถูกนำมารวมกัน เทคนิคนี้เป็นการรวมร้อยละของการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาหนึ่งของตัวแปรแต่ละตัว ข้อดีของวิธีการนี้คือการเน้นให้เห็นร้อยละที่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่กำหนดซึ่งมีประโยชน์ในการติดตามแนวโน้ม ส่วนข้อเสียของวิธีการนี้คือในกรณีที่ตัวแปรมีค่าในปีฐานต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับพิสัยของค่าตัวแปรอาจทำให้ดัชนี กิดการเบ้ (Skew) และทำให้การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยของตัวแปรจะมีอิทธิพลต่อดัชนีรวมเกินกว่าความเป็นจริง (Salzman. 2003)

6. การกำหนดวิธีการรวมตัวแปร

แนวคิดในการรวมตัวแปรมี 2 แนวทาง คือ การรวมทางพีชคณิตหรือการรวมแบบบวก (Additive) และการรวมแบบทวีคูณ (Multiplicative) ซึ่งการรวมทั้ง 2 วิธีมีข้อดกของเบื้องต้น แตกต่างกัน ดังนี้

6.1 การรวมทางพีชคณิตหรือการรวมแบบบวก (Additive) มีข้อดกของเบื้องต้น คือ ความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัวสามารถชดเชยหรือทดแทนกันได้ กล่าวคือ ถ้าตัวแปร V_1 มีค่าต่ำก็สามารถชดเชยด้วยค่าของ V_2 ที่สูง เป็นผลให้ค่าตัวบ่งชี้ (1) ไม่เปลี่ยนแปลง เช่น กรณีที่ $V_1 = 20$, $V_2 = 20$ จะมีผลเท่ากับกรณีที่ 2 เมื่อ $V_1 = 5$, $V_2 = 35$ การรวมตัวแปรองค์ประกอบด้วยวิธีการนี้ มักจะมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ซึ่งค่าของตัวบ่งชี้ที่ได้จะนำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ยตามวิธีการรวมตัวแปรดังนี้

6.1.1 การรวมหรือการสังเคราะห์ตัวแปรด้วยการหาค่าเฉลี่ยมัธมิมเลขคณิต (Arithmetic Mean) ขององค์ประกอบ เป็นวิธีการรวมตัวแปรโดยผู้เชี่ยวชาญกำหนดน้ำหนักของตัวแปร ซึ่งอาจจะกำหนดให้น้ำหนักตัวแปรแต่ละตัวเท่ากันหรือไม่เท่ากัน ก็ได้ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาความเหมาะสม ดังสมการ

กรณีที่ 1 เมื่อกำหนดให้น้ำหนักตัวแปรเท่ากัน

$$I = (V_1 + V_2 + V_3 + \dots + V_n)/n$$

กรณีที่ 2 เมื่อกำหนดให้น้ำหนักตัวแปรต่างกัน

$$I = (W_1V_1 + W_2V_2 + W_3V_3 + \dots + W_nV_n)/W$$

เมื่อ W คือ ผลรวมของน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร จำนวน n ตัว

n คือ จำนวนตัวแปร

6.1.2 การรวมหรือการสังเคราะห์ตัวแปรโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์แล้วนำมาจัดกลุ่มตัวแปรโดยอาศัยหลักเกณฑ์ทางสถิติ เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เป็นวิธีการที่ใช้ค่าคะแนนมาตรฐานและการให้น้ำหนักก่อนที่จะนำมาบวกกัน เพื่อให้ได้ค่าสุดท้ายของตัวชี้วัดรวม การสร้างด้วยวิธีการนี้จะได้ตัวบ่งชี้ที่มีความแม่นยำในการวัดมาก สมการเขียนได้ดังนี้

$$I = (W_1Z_1 + W_2Z_2 + W_3Z_3 + \dots + W_nZ_n)$$

เมื่อ I คือ ค่าตัวบ่งชี้รวม

W_n คือ น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร ตัวที่ n

Z_n คือ คะแนนมาตรฐานของตัวแปร ตัวที่ n

6.2 การรวมแบบทวีคูณ (Multiplicative) มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ การเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหนึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของอีกตัวแปรหนึ่ง ไม่อาจขัดแย้งหรือทดแทนกันได้ กล่าวคือ ตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นจะมีค่าสูงได้ก็ต่อเมื่อ ตัวแปรองค์ประกอบทุกตัวมีค่าสูงทั้งหมด และตัวแปรองค์ประกอบแต่ละตัวจะต้องเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อค่าตัวบ่งชี้ เช่น จากกรณีตัวอย่างที่กล่าวถึงข้างต้น ตัวบ่งชี้ในกรณีที่ 1 มีค่าเท่ากับ 400 ซึ่งได้มาจาก 20×20 ส่วนกรณีที่ 2 มีค่าเท่ากับ 175 ซึ่งได้มาจาก 5×35 แสดงว่าค่า V_1 ซึ่งมีค่าต่ำในกรณีที่ 2 ไม่สามารถขัดแย้งด้วยค่า V_2 ได้ สมการการรวมแบบทวีคูณของตัวแปร V_1 และ V_2 เป็นดังนี้

$$I = V_1 * V_2$$

เมื่อ I คือ ตัวบ่งชี้

V_1 คือ ค่าของตัวแปรที่ 1

V_2 คือ ค่าของตัวแปรที่ 2

การรวมวิธีนี้ ตัวชี้วัดที่สร้างขึ้นจะมีค่าสูงได้ก็ต่อเมื่อตัวแปรองค์ประกอบทุกตัวมีค่าสูงทั้งหมด โดยทั่วไปวิธีนี้จะใช้เปรียบเทียบ 2 ระบบขึ้นไปว่าระบบหนึ่งมีค่าตัวชี้วัดสูงกว่าอีกระบบหนึ่งอยู่กี่เท่า หรือคิดเป็นร้อยละเท่าไร อย่างไรก็ตาม การหาค่าเฉลี่ยแบบทวีคูณ (Geometric Means) เป็นวิธีที่ไม่นิยมใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัดในการวิจัย

สรุปได้ว่า วิธีการรวมตัวแปรเข้าด้วยกันเพื่อสร้างตัวชี้วัดโดยทั่วไปมักจะใช้กันอยู่ 2 วิธี คือ การรวมทางพีชคณิต (Additive) และการรวมแบบทวีคูณ (Multiplicative) ซึ่งการรวมทั้ง 2 วิธีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นและวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกัน กล่าวคือ การรวมทางพีชคณิตมีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ความสำคัญของแต่ละตัวแปรสามารถขัดแย้งหรือทดแทนกันได้ และมักจะมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปว่าในเรื่องที่มุ่งศึกษานั้น มีความแตกต่างกันกี่หน่วย ส่วนการรวมแบบทวีคูณ มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ การเปลี่ยนแปลงของค่าตัวแปรตัวหนึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของอีกตัวแปรหนึ่ง ไม่อาจทดแทนหรือขัดแย้งกันได้ การรวมตัวแปรด้วยวิธีการนี้มักจะใช้เมื่อต้องการเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ว่าระบบหนึ่ง มีค่าตัวชี้วัดสูงกว่าอีกระบบหนึ่งอยู่กี่เท่า หรือคิดเป็นร้อยละเท่าไร นอกจากนี้การรวมตัวแปรแบบบวกด้วยการสังเคราะห์โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์แล้วนำมาจัดกลุ่มตัวแปรโดยอาศัยหลักเกณฑ์ทางสถิติ เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เป็นวิธีการที่ใช้ค่า คะแนนมาตรฐานและการให้น้ำหนักก่อนที่จะนำมาบวกกัน เพื่อให้ได้ค่าสุดท้ายของตัวบ่งชี้รวม การสร้างด้วยวิธีการนี้จะได้ตัวชี้วัดที่มีความแม่นยำในการวัดมากกว่า

7. การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร

การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรสามารถทำได้ 2 วิธี คือ กำหนดน้ำหนัก ความสำคัญของตัวแปรให้เท่ากัน (Equal Weight) และให้ต่างกัน (Differential Weight) สำหรับการ กำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้ต่างกันั้น อาจใช้วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Judgement) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร โดยพิจารณาจากเวลา (Time Taken) หรือ ค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร นั้น หรือวิธีการใช้ข้อมูลเชิง ประจักษ์ (Empirical Data) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติก็ได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

7.1 วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Judgment) เป็นการพิจารณาลง ความเห็นในหมู่ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษานั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นักวิจัยหรือนักวางแผนที่ เกี่ยวข้องโดยให้สมาชิกแต่ละคนเสนอค่าน้ำหนักของตัวแปรแล้วจึงพิจารณาหาข้อยุติด้วยการใช้ ค่าเฉลี่ยหรือการอภิปรายลงความเห็น หรืออาจใช้แบบสอบถามเพื่อหาคำร้อยละที่ผู้ตอบเห็นด้วยกับ น้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปรที่ระบุ นอกจากนี้อาจใช้วิธีการที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น การใช้ เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อสำรวจหาฉันทมติจากผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องเผชิญหน้า กัน แล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้หาค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปรต่อไป

7.2 วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure Effort Required) โดยพิจารณาจากเวลา (Time Taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น วิธีการนี้ สมมติว่า ถ้าเวลาหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง สำหรับตัวแปรหนึ่งมากกว่า อีกตัวแปรหนึ่ง ตัวแปรนั้นควรจะมีน้ำหนักความสำคัญมากกว่า (หรือน้อยกว่า) อีกตัวแปรหนึ่งทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของสิ่งที่ต้องการศึกษานั้นๆ

7.3 วิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical Data) เป็นการใช้วิธีการทางสถิติในการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปร โดยอาจใช้หลักการวิเคราะห์ องค์ประกอบ (Factor Analysis) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) การวิเคราะห์จำแนก (Discriminate Analysis) หรือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล (Canonical Correlation Analysis) เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป วิธีการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร ไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัวว่า ควรใช้วิธีการใดจึงจะมีความเหมาะสมมากที่สุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการที่ต้อง พิจารณาถึง เช่น ธรรมชาติของตัวแปรที่จะนำมาใช้พัฒนาตัว ชีวัด รวมทั้งธรรมชาติของตัว ชีวัดที่จะ พัฒนาขึ้น ตลอดจนการนำตัว ชีวัดที่พัฒนาขึ้นนั้นไปใช้ประโยชน์ต่อไป ในทางปฏิบัติมักใช้ทั้ง หลักการเชิงทฤษฎี และการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติควบคู่กันไป กล่าวคือ ในขั้นการวางแผน รวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาตัวชีวัด ใช้หลักการเชิงทฤษฎีในการระบุคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษาและ คัดเลือกตัวแปรที่สามารถใช้วัดแต่ละคุณลักษณะ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วจึงอาศัยหลักการทางสถิติใน การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร

8. การตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัด

ในกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดสิ่งที่ควรคำนึงถึงและให้ความสำคัญอีกขั้นหนึ่งก็คือ การตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัด ทั้งเรื่องความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability) ความตรง (Validity) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเหมาะสม (Appropriateness) และความเชื่อถือได้ (Credibility) การตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัดโดยทั่วไป ประกอบด้วยหลักการกว้างๆ 2 อย่างคือ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี และการตรวจสอบด้วยวิธีการทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การตรวจสอบด้วยวิธีการทางสถิติเป็นเพียงหลักฐานหรือข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนคุณภาพของตัวชี้วัดเท่านั้น ความสำคัญที่แท้จริงของการตรวจสอบคุณภาพตัวชี้วัดจึงอยู่ที่กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ขาดคุณภาพแล้ว เทคนิควิธีการทางสถิติก็ไม่สามารถทำให้ผลการพัฒนามีคุณภาพดีขึ้นมาได้

จากหลักการพัฒนาตัวชี้วัดดังกล่าวข้างต้น สามารถดำเนินการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1) การตรวจสอบคุณภาพในเรื่องตัวแปรและการคัดเลือกตัวแปร ผู้พัฒนาตัวชี้วัดจะต้องมีกรอบแนวคิดในเชิงทฤษฎีที่ชัดเจน และมีคุณภาพ มีนิยามเชิงปฏิบัติการที่ถูกต้องรัดกุมสอดคล้องกับเป้าหมายในการนำตัวชี้วัดไปใช้ประโยชน์ รวมไปถึงลักษณะ ประเภท ระดับการวัดกรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปร และการสร้างโมเดล หรือการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่จะช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีคุณภาพและได้ตัวชี้วัดที่มีความตรงภายใน (Internal Validity) มากขึ้น โดยมีแหล่งอิทธิพลอย่างน้อย 3 แหล่งที่จะทำให้ความตรงภายในลดลง หากการดำเนินการขาดการตรวจสอบหรือระมัดระวัง (Johnstone. 1981) ได้แก่

ก) ความครอบคลุมในการวัดตัวแปร การวัดตัวแปรเพียงบางส่วน ซึ่งไม่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของมโนทัศน์ที่ต้องการศึกษาอาจจะเกิดจากการนิยาม เชิงปฏิบัติการไม่รัดกุมเพียงพอ หรือเครื่องมือวัดไม่สามารถวัดในสิ่งที่นิยามไว้ได้

ข) ความหมายของมโนทัศน์ที่ต้องการศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของเวลาหรือระบบ (การศึกษา) ของแต่ละสังคม

ค) ความเป็นตัวแทนของตัวแปร กล่าวคือ นิยามของตัวแปรที่ใช้ ไม่ได้เป็นตัวแทนที่ดีของมโนทัศน์ที่ต้องการศึกษา นอกจากนี้ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องตรวจสอบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวัด และให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือได้ เช่นความสอดคล้องระหว่างนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้กับการนิยามเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการวัดตัวแปร กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ และกระบวนการจัดทำข้อมูล รวมไปถึงการพิจารณาความเป็นอิสระของมโนทัศน์ต่างๆ ที่อาจจะมีตัวแปรบางตัวร่วมกันอยู่ เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่มีความตรงมากขึ้น

2) การตรวจสอบคุณภาพในเรื่องการรวมตัวแปรเนื่องจากวิธีการในการรวมหรือสังเคราะห์ตัวแปรมีอยู่หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีเงื่อนไขและความเหมาะสมในการนำไปใช้ประโยชน์แตกต่างกัน การศึกษาและพิจารณารายละเอียดเหล่านี้ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ตัวชี้วัดที่ได้มีคุณภาพสอดคล้องกับเป้าหมายในการนำไปใช้มากขึ้น

3) การตรวจสอบคุณภาพในเรื่องการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร แม้ว่าจะไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัว แต่การเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับธรรมชาติของตัวแปร และเป้าหมายในการนำไปใช้ประโยชน์ เป็นประเด็นที่จะต้องพิจารณาตรวจสอบ

ส่วนการพัฒนาตัวชี้วัดให้มีความแกร่ง (Robustness) ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจเกี่ยวกับ การเลือกตัวชี้วัด วิธีการแปลงข้อมูลให้เป็นค่าปกติ วิธีการถ่วงน้ำหนักและการรวมตัวชี้วัด รวมทั้งการวิเคราะห์ความไม่แน่นอน (Uncertainty Analysis) และการวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis) เพื่อเพิ่มความแกร่งและความโปร่งใส (Transparency) ของตัวชี้วัด การวิเคราะห์ความไม่แน่นอน เน้นการวิเคราะห์ว่าองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยป้อนที่ส่งผลต่อโครงสร้างของตัวชี้วัดรวมและการส่งผลต่อค่าตัวชี้วัดรวมมีความไม่แน่นอนอย่างไร ส่วนการวิเคราะห์ความไวเป็นการประเมินว่าแหล่งของความไม่แน่นอนมีผลต่อความแปรปรวนของผลผลิต (Output Variance) อย่างไร (OECD, 2008) โดยทั่วไปแล้วจะเป็นการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนมากกว่าการวิเคราะห์ความไวและมักแยกกันวิเคราะห์ การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนและการวิเคราะห์ความไวโดยทำซ้ำๆ ตลอดขั้นตอนการพัฒนาตัวชี้วัดจะช่วยปรับปรุงด้านโครงสร้างของตัวชี้วัด โดยการระบุแหล่งความไม่แน่นอนทั้งหมดที่เป็นไปได้ เช่น การเลือกตัวชี้วัด คุณภาพของข้อมูล การแปลงข้อมูลเป็นค่าปกติ การกำหนดน้ำหนัก และการรวมตัวชี้วัด การประเมินความไม่แน่นอนควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

- 1) การรวมเข้าและการตัดออกของตัวชี้วัด
- 2) การกำหนดรูปแบบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โดยใช้สารสนเทศที่มีอยู่ในการประมาณค่าความแปรปรวน
- 3) การใช้วิธีการอื่นๆ ในการจัดการกับข้อมูล เช่น การทดแทนข้อมูลที่ขาดหายโดยวิธีการทดแทนเดี่ยว (Single Imputation) หรือการทดแทนพหุ (Multiple Imputations)
- 4) ใช้วิธีการอื่นๆ ในการแปลงข้อมูลให้เป็นค่าปกติ เช่น การใช้ค่าสูงสุด – ต่ำสุด การแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน การใช้การเรียงอันดับ
- 5) ใช้วิธีการอื่นๆ ในการกำหนดน้ำหนัก เช่น Analytic Hierarchy Process (AHP)
- 6) ใช้วิธีการอื่นๆ ในการรวมตัวชี้วัด เช่น การรวมเชิงเส้น การใช้ค่าเฉลี่ยเรขาคณิต
- 7) การใช้ค่าการถ่วงน้ำหนักที่แตกต่างออกไป ส่วนการวิเคราะห์ความไวเป็นการวิเคราะห์ว่าความไม่แน่นอนของตัวชี้วัดจะลดลงอย่างไรเมื่อแหล่งของความไม่แน่นอนได้ถูกกำจัดออกไป ผลของการวิเคราะห์ความไวมักแสดงในรูปของแผนภูมิกระจัดกระจาย (Scattered Plot) โดยให้ค่าดัชนีรวมอยู่บนแกนตั้ง และแหล่งของความไม่แน่นอนอยู่บนแกนนอน

9. การกลับมาข้อมูล (Back to Data)

ขั้นตอนนี้เป็นการแยกวิเคราะห์ว่าส่วนประกอบย่อย (Sub-Components) ของตัวชี้วัดรวมและแต่ละตัวชี้วัดมีอิทธิพลอย่างไร โดยอาจใช้การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) หรือการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling) เพื่อช่วยตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดรวมและส่วนประกอบย่อย ขั้นตอนนี้ยังมีประโยชน์ในการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานระหว่างพื้นที่ เพื่อตรวจสอบว่าแต่ละตัวชี้วัดมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันอย่างไร และยังสามารถใช้ในการตรวจสอบว่าตัวชี้วัดรวมได้รับอิทธิพลจากตัวชี้วัดใดที่มีอิทธิพลครอบงำ (Dominated) ตัวชี้วัดอื่นๆ หรือไม่ (OECD. 2008)

10. การตรวจสอบความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ

ขั้นตอนนี้เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดรวมที่พัฒนาขึ้นกับผลการวัดปรากฏการณ์อื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อเป็นการตรวจสอบความสามารถในการอธิบายปรากฏการณ์ของตัวชี้วัดรวมที่พัฒนาขึ้น เช่น ตัวชี้วัดรวมของความสำเร็จทางเทคโนโลยีควรมีความสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ เป็นต้น (OECD. 2008)

11. การนำเสนอผลการศึกษา

ขั้นตอนนี้เป็นการนำเสนอผลการพัฒนาตัวชี้วัดต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยควรใช้วิธีการนำเสนอที่สามารถสื่อสารสารสนเทศให้มากที่สุด มีความถูกต้องและชัดเจนมากที่สุด นางลักษณะ วิรัชชัย (2541) กล่าวว่า การนำเสนอรายงานเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากเพราะเป็นการสื่อสารจากผู้พัฒนาตัวชี้วัดหลังจากสร้างและตรวจสอบ ต้องวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ค่าของตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบท โดยอาจวิเคราะห์ตีความแยกตามระดับการศึกษา และประเภทของบุคลากร

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

สุขภาพทางเพศ

สุขภาพทางเพศ (Sexual Health) เป็นองค์รวมของมิติทางเพศทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ในลักษณะของการเสริมสร้างบุคลิกภาพ การติดต่อสื่อสารและความรัก พื้นฐานของแนวคิดเหล่านี้มาจากสิทธิในการรับข้อมูล และความพึงพอใจทางเพศของบุคคล (WHO. 1975)

องค์การเพื่อความร่วมมือทางการศึกษาวัฒนธรรมเรื่องเพศของสหรัฐอเมริกา (วิลลพรณ ดอยคำ. 2551; อ้างอิงจาก Pan merican Health Organization, World Association oc Sexology. 2001) สุขภาพทางเพศเป็นองค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่จะมีความสัมพันธ์ต่อลักษณะของพฤติกรรมทางเพศของบุคคล สุขภาพทางเพศเป็นพื้นฐานของความเป็นอิสระ ความรับผิดชอบ ความสมดุลย์ของบุคคลที่จะแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมต่อตนเองและสังคม ทั้งนี้ไม่ได้รวมถึงเพียงแค่การสูญเสียสมรรถภาพ การเป็นโรค หรือการเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องทางเพศเท่านั้น แต่เป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออกทางเพศอันจะต้องเป็นที่ยอมรับทางสังคมด้วย

กองยุทธศาสตร์สุขภาพทางเพศและโรคเอดส์แห่งชาติ (The National Strategy for Sexual Health; & HIV. 2001) กล่าวว่า สุขภาพทางเพศเป็นส่วนสำคัญของร่างกายและจิตใจ สิ่งที่เป็นส่วนประกอบของการมีสุขภาพที่ดี คือการมีสัมพันธ์ภาพที่เป็นมิตรและพึงพอใจเรื่องเพศ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และแหล่งให้บริการที่จะป้องกันความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ และโรคทางเพศสัมพันธ์

โรบินสัน และคณะ (Robinson; et al. 2002) สุขภาพทางเพศเป็นองค์รวมของสถานภาพทางเพศ ประกอบไปด้วยการมีความรู้เรื่องเพศ การตระหนักรู้ การยอมรับตัวเอง การมีค่านิยม อารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อให้บุคคลสามารถมีสัมพันธ์ทางเพศที่ดี เลือกที่จะแสดงความต้องการทางเพศที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับได้ในสังคม มีความพึงพอใจต่อการตอบสนองที่ได้รับ สุขภาพทางเพศยังรวมถึงความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเอง สามารถจัดการเพื่อให้ตนเองปลอดภัย และปราศจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการข่มเหงทางเพศ

องค์การอนามัยโลก (WHO. 2002) สุขภาพทางเพศเป็นสภาวะของสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพทางอารมณ์ สุขภาพทางจิตใจ และสุขภาพทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับเพศวิถี มันไม่ได้เป็นเพียงการปราศจากโรค การเสื่อมสมรรถภาพหรือความเจ็บป่วย สุขภาพทางเพศต้องใช้วิธีการเชิงบวกและความเคารพกับเรื่องเพศวิถี และความสัมพันธ์ทางเพศเช่นเดียวกับการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสพการณ์ที่น่าพอใจและปลอดภัยเป็นอิสระจากการบังคับ การเลือกปฏิบัติและความรุนแรง

จากที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า สุขภาพทางเพศ หมายถึงการมีความสมบูรณ์ทางเพศครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม มีความคิดเชิงบวกต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ มีเจตคติ ความเชื่อ และค่านิยมทางเพศที่ดี มีความเคารพ ยอมรับวิถีทางเพศของตนเองและที่แตกต่างจากตน มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ปราศจากการบังคับ เลือกปฏิบัติ และความรุนแรงทางเพศ

วัยรุ่นตอนต้น มีช่วงอายุระหว่าง 12-15 ปี จัดเป็นระยะเวลาที่เริ่มพัฒนาจากสิ้นสุดความเป็นเด็กไปสู่ภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ (Kargan; & Coles. 1972; citing Steinberg. 1996) วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มสร้างพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพทางเพศในวัยผู้ใหญ่เนื่องจากเป็นวัยที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการทางเพศอย่างรวดเร็ว (Wong; et al. 1999) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของวัยรุ่นเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของฮอร์โมนเพศที่เห็นได้ชัด คือ การเจริญเติบโตทางร่างกายและลักษณะทางเพศขั้นที่สอง (Secondary Sex Characteristics) เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการมีวุฒิภาวะทางเพศลักษณะทางร่างกายที่แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นหญิงกำลังเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศ คือ การเปลี่ยนแปลงของเต้านมการมีขนขึ้นบริเวณหัวเหน่า การเพิ่มขึ้นของความสูงอย่างรวดเร็ว และการมีประจำเดือนครั้งแรก สำหรับเพศชายลักษณะทางร่างกายที่แสดงให้เห็นว่ากำลังเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ คือ การขยายขนาดของอวัยวะ การมีขนขึ้นบริเวณหัวเหน่า ใบหน้า รักแร้ และหน้าอก การเพิ่มขึ้นของความสูงอย่างรวดเร็วและการหลั่งน้ำอสุจิ (Wong; et al. 2001) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยเฉพาะที่ระบบสืบพันธุ์นั้นนับว่าเป็นประสบการณ์ใหม่ของชีวิต วัยรุ่นจึงเกิดความขงใจหรือความวิตกกังวล เกี่ยวกับอวัยวะเพศของตนเองมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นหลีกเลี่ยง

ที่จะสำรวจภาวะเพศของตนเอง อีกทั้งการขาดความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยเจริญพันธุ์ ทำให้มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรักษาความสะอาดรวมทั้งการไม่สามารถสังเกตสิ่งผิดปกติที่อวัยวะสืบพันธุ์ได้ถูกต้อง ทำให้พบว่าปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประชากรวัยรุ่น คือ การติดเชื้อที่ระบบสืบพันธุ์ เช่น ตกขาว อากาโรคัน หรือแสบที่อวัยวะเพศ เป็นต้น (Podhisita; & Pattaravanich. 1996)

การเปลี่ยนแปลงและการเจริญเติบโตทางร่างกายทั้งภายในและภายนอกกระตบกระเทือนแบบแผนอารมณ์ของวัยรุ่นโดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นนั้นเกิดจากร่างกายของวัยรุ่นเติบโตเป็นหนุ่มเป็นสาวเต็มที่ เมื่อรวมกับอิทธิพลจากฮอร์โมนเพศทำให้วัยรุ่นเริ่มมีความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้น (พรพิมล จันทรพลับ. 2538; อ้างอิงจาก Lee. 2001) เมื่อวัยรุ่นได้รับการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศไม่ว่าจะเป็นรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัสแล้ว ร่างกายและสมองจะสั่งการให้รู้สึกถึงการมีอารมณ์ทางเพศและมีการตอบสนองทางเพศนั้น โดยความสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองหรือการมีเพศสัมพันธ์ได้ (พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ . 2542) อีกทั้งความเจริญเติบโตของจิตใจทางเพศส่งผลให้วัยรุ่นเริ่มมีความสนใจต่อเพศตรงข้าม โดยที่ฝ่ายชายและหญิงต่างก็ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน พยายามให้ออกาสและหาโอกาสอยู่ใกล้ชิดกัน ความสัมพันธ์ระหว่างเพศในรูปแบบต่างๆ ก็เกิดขึ้น (สุชาติ โสมประยูร และวรรณ โสมประยูร 2541) อีกทั้งการที่วัยรุ่นไทยรับรู้และลอกเลียนแบบพฤติกรรมทางเพศจากวัยรุ่นตะวันตก ไม่ว่าจะเป็นการคบเพื่อนต่างเพศ การออกเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ การแต่งกายให้ดึงดูดความสนใจทางเพศ ตรงข้ามด้วยแฟชั่นตะวันตก การแสดงออกทางเพศของวัยรุ่นในที่สาธารณะเพิ่มขึ้น รวมทั้งอิทธิพลของ สื่อมวลชนที่เผยแพร่ภาพของตัวละครที่แสดงความรู้สึกทางเพศอย่างเปิดเผย การมีเพศสัมพันธ์อย่างเสรี การแต่งกายที่เปิดเผยเนื้อตัว และการทำแท้งซึ่งเพื่อดึงดูดเพศตรงข้าม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้วัยรุ่นมีความต้องการทางเพศและวัยรุ่นเกิดการเลียนแบบได้ (พรพิมล เจียมมนาคินทร์ . 2539) การแสดงออกต่อเพศตรงข้ามในลักษณะต่างๆ เหล่านี้ กระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดความต้องการทางเพศและถ้าไม่สามารถควบคุมแรงขับทางเพศนี้ได้ ก็จะทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ตามมา (Haffner. 1998) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในปัจจุบันวัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 12 – 15 ปี (พูนสุข ช่วยทอง ; และคณะ . 2542; อ้างอิงจาก กุลยา พรหมสาหร่าย. 2538)

สาเหตุของ การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่นอกเหนือจากสิ่งต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้วอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงทางกายอย่างรวดเร็วเป็นแรงกระตุ้นให้วัยรุ่นรวมกลุ่ม เพราะสามารถร่วมกันแก้ไขและเข้าใจปัญหาของกันและกันดีกว่าคนต่างวัยและกลุ่มยังสนองตอบต่อความต้องการทางสังคมทำให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจและภูมิใจในตนเองว่ามีผู้อื่นยอมรับตน วัยรุ่นจะพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน (ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2545; อ้างอิงจาก ทิพย์ภา เซษฐ์เชาวลิต . 2537) เมื่อรวมกับอารมณ์ของวัยรุ่นซึ่งเปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว มีความเข้มของอารมณ์สูง ไม่นั่นคง จึงเป็นเรื่องที่ง่ายต่อการยุแหย่หรือชักนำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอยากลองดี ทั้งในทางที่ดีและทางที่เลว (พรพิมล จันทรพลับ . 2538: 25) เมื่อเพื่อนที่เป็น

นำกลุ่มชักชวนให้ทำในสิ่งที่ผิดโดยเฉพาะพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก็จะทำให้วัยรุ่นกระทำการชักชวนของเพื่อน จะเห็นได้จากการศึกษาของ รัชนี ลักษิตานนท์ (2552) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดราชบุรีพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์ การรับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศจากคนรักหรือเพื่อน สอดคล้องกับพรทิพย์ รินนาศักดิ์ (2552) ได้ทำการศึกษาปัจจัยจิต-สังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษามหาวิทยาลัยอิทธิพลของการคบเพื่อน พฤติกรรมของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษาอย่างมี สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับณัฐกานต์ อมาตยกุล (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้นักเรียน นักศึกษาหญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรพบว่า ความไว้น้ำใจเชื่อใจที่มีให้กับเพศตรงข้าม และปัจจัยด้านเพื่อนเป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นหญิงเหล่านี้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และยังเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้วัยรุ่นหญิงเหล่านี้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผลจากการ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่เป็นวัยรุ่นตอนต้นนั้น ทำให้เกิดปัญหาต่อร่างกายของวัยรุ่นตาม มา เนื่องจากพัฒนาการทางร่างกายของวัยรุ่นเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้นนั้น สรีระบริเวณช่องคลอด และอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายเป็นบริเวณที่มีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงจำนวนมากและเยื่อบุบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์มีลักษณะที่บอบบางเนื่องจากยังเจริญไม่เต็มที่ จึงมีการฉีกขาดง่ายเมื่อมีเพศสัมพันธ์ซึ่งต้องมีการเสียดสีจากการสอดใส่อวัยวะเพศ ทำให้เกิดการระคายเคืองจนเกิดแผล (Niestien; & Anderson. 1996; citing Chilman. 1990) จึงทำให้เกิดปัญหาตามมา การที่จะป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียต่อวัยรุ่นดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะต้องให้ ความฉลาดทางสุขภาพ ที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศตั้งแต่อยู่ในวัยรุ่นตอนต้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นนำไปปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศได้ถูกต้องเหมาะสม

องค์ประกอบพื้นฐานของสุขภาพทางเพศ

องค์ประกอบพื้นฐานของสุขภาพทางเพศ ประกอบด้วย 3 องค์ ประกอบพื้นฐานดังนี้ คือ

1. ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางเพศที่ดีนั้น คือ ผู้ที่มีความสุขและควบคุมพฤติกรรมทางเพศให้เป็นไปตามค่านิยมของตนเองและสังคม สอดคล้องกับ เฮฟเนอร์ (Heffner. 1998) กล่าวว่า สุขภาพทางเพศประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลทั้งสองเพศอย่างมีความรับผิดชอบและในวิถีทางที่เหมาะสมรวมทั้งการแสดงออกถึงความรู้สึก ความรัก และความใกล้ชิดที่สอดคล้องกับค่านิยมของตนเองและ สังคม อย่างไรก็ตาม ชิลแมน (Chilman. 1990) กล่าวว่า วัยรุ่นที่มีสุขภาพทางเพศที่ดีควรมีการคิดพิจารณาไตร่ตรองก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมทางเพศออกมาโดยอยู่ในขอบเขตค่านิยมของตนเองและจากบุคคลสำคัญในชีวิต
2. ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางเพศที่ดีนั้น ต้องเป็นผู้ที่ปราศจากความกลัว ความอาย และความละอายใจ ความเชื่อที่ผิดและป จจัยทางจิตใจอื่นๆ ที่จะมายับยั้งการตอบสนองทางเพศ และขัดขวางสัมพันธ์ทางเพศ สอดคล้องกับ ชิลแมน (Chilman. 1990) กล่าวว่า วัยรุ่นที่มีสุขภาพทางเพศที่ดีนั้นควรยอมรับว่าความต้องการทางเพศของตนเองนั้นเป็นสิ่งปกติ

3. ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางเพศที่ดีนั้น ต้องปราศจากโรคที่จะมาขัดขวางการหน้าที่ ทางเพศ และระบบสืบพันธุ์ของตนเอง

นอกจากสุขภาพทางเพศ จะมีความสำคัญกับสภาพร่างกายและสุขภาพจิตอย่างแนบแน่น มนุษย์นอกจากจะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตแล้ว ยังอาจเจ็บป่วยหรือทุกข์ทรมานจาก ความเป็นเพศของตนเอง ดังนั้นองค์การอนามัยโลก จึงกำหนดลักษณะของควมมีสุขภาพ อนามัยทางเพศที่สมบูรณ์ได้ว่า

1. มีความสามารถที่จะเป็นสุข และควบคุมพฤติกรรมทางเพศของตนเอง ให้สอดคล้องกับ จรรยาของสังคม และไม่ละเมิดศีลธรรมของผู้อื่น

2. ปราศจากความรูสึกกลัว อับอายและละอายใจ ความหลงผิด และสภาวะทางจิตใจจะ ยับยั้งการตอบสนองทางเพศ และทำให้สัมพันธ์ทางเพศเสื่อมลง

3. ปราศจากความผิดปกติทางร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บ และความบกพร่องต่างๆที่จะขัดขวาง การทำหน้าที่ทางเพศ

เรื่องของเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคล โดยที่บุคคลนั้นย่อมสามารถมีความรัก ความสุข และ ความพอใจจากเพศของตนเอง และสามารถที่จะแบ่งปันความสุขและความพอใจนั้นกับผู้อื่นโดยอยู่ ในหลักของศีลธรรมอันดี โดยไม่เบียดเบียนหรือเอาเปรียบกันและโดยปลอดภัยจากโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ เนื่องจาก ความเป็นเรื่องส่วนบุคคลนี้เองย่อมไม่สามารถนำเรื่อง เพศของแต่ละคนมา เปรียบเทียบกันได้ บางคนอาจจะเข้าใจผิดว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศทั้งๆ ที่ เป็นปกติ ใน อดีตสังคมค่อนข้างจะจำกัดความรู้ เรื่องทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเยาวชนความรู้เรื่องเพศมัก ได้มาจากคำบอกกล่าวของเพื่อนรุ่นพี่ การไปใช้บริการหญิงโสเภณี การอ่านหนังสือ ดู วิดีโอลามก อนาจาร ทำให้เยาวชนรับรู้เรื่องเพศอย่างผิดๆ และทำให้เกิดความหลงผิดตามมา เช่น ผู้ชายบางคน เข้าใจว่าสุขภาพทางเพศที่ดี หมายถึง ต้องมีความสามารถในการร่วมเพศได้หลายๆ ครั้ง ร่วมเพศได้ นานและมีคู่นอนจำนวนมากๆ ทศนคติผิดๆ ดังกล่าวนำมาซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เสริม อวัยวะเพศด้วยวิธีการต่างๆ การสำส่อนทางเพศ ฯลฯ สร้างปัญหาให้กับตัวเองตามมา

องค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดสุขภาพทางเพศ เมื่อมองแบบองค์รวมและในเชิงบวก : (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2010) ได้แก่ สุขภาพทางเพศเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเป็นอยู่ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค สุขภาพทางเพศเกี่ยวข้อง กับความเคารพความปลอดภัยและเป็นอิสระจากการเลือกปฏิบัติและความรุนแรง สุขภาพทางเพศ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามสิทธิมนุษยชน สุขภาพทางเพศมีความเกี่ยวข้องของแต่ละบุคคลตลอดชีวิต ไม่เพียง แต่ผู้ที่อยู่ในช่วงปีเจริญพันธุ์ แต่ยังรวมถึงทั้งในช่วงวัยเด็กและวัยผู้สูงอายุ สุขภาพทางเพศ แสดงออกผ่านเพศวิถีที่มีความหลากหลายและรูปแบบของการแสดงออกทางเพศ สุขภาพทางเพศ ได้รับอิทธิพลอย่างยิ่งโดยบรรทัดฐานทางเพศสภาพ บทบาทความคาดหวังและการเปลี่ยนแปลง อำนาจ สุขภาพทางเพศจะต้องมีการเข้าใจในบริบทที่เฉพาะเจาะจงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางเพศ

ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบไปด้วยองค์ประกอบมากมายที่เกี่ยวกับ สภาพและลักษณะ ส่วนตัว ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีดังนี้

1. การมีความรู้ในเรื่องสุขภาพทางเพศ

ความรู้เป็นแนวทางหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ ซึ่งการที่บุคคลจะมีความรู้ ความเข้าใจที่ดีจะเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง เบนจามิน บลูม (Benjamin Bloom. 1975) ได้นำเสนอจุดมุ่งหมายทางการศึกษา ด้านการพัฒนาทางสติปัญญา (Cognitive Domain) โดยบลูมได้มีการแบ่งการพัฒนาทางสติปัญญาออกเป็น 6 ชั้น จากชั้นพื้นฐานไปสู่ชั้น สูงที่ซับซ้อนดังนี้ คือ 1. ชั้นความรู้ (Knowledge) คือ เป็นความสามารถที่จะจดจำหรือระลึกเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มาแล้ว 2. ชั้นความเข้าใจ (Comprehensive) คือ เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้เรื่องราวต่างๆ แล้วแสดงความเข้าใจออกมาในรูปแบบการแปลความเป็นการจับใจความได้ถูกต้องกับสิ่งที่สื่อความหมาย 3. ชั้นการนำความรู้ไปใช้ (Application) คือ เป็นความสามารถในการนำความรู้ต่างๆ ที่ได้รับมาไปปรับหรือประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ 4. ชั้นการวิเคราะห์ (Analysis) คือ เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ไปสู่ส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่ ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหา หรือเรื่องราวเหล่านั้น 5. ชั้นการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ เป็นความสามารถในการนำส่วนย่อยๆ มารวมกันเป็นหมวดหมู่ หรือเรื่องเดียวกัน ซึ่งมีการผสมผสานจัดเรียงเป็นโครงสร้างใหม่ ก่อให้เกิดเป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 6. ชั้นประเมินค่า (Evaluation) คือ เป็นความสามารถในการให้คุณค่าหรือข้อเท็จจริงต่างๆ ทั้งในรูปของปริมาณและคุณภาพโดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเองหรือผู้อื่นกำหนด ในเรื่องของการวัดความรู้สามารถวัดได้โดยใช้แบบทดสอบชนิดต่างๆ ทั้งแบบอัตนัยและปรนัย แบบปรนัยที่นิยมกันมาก ได้แก่ แบบถูกผิด แบบเลือกตอบ แบบจับคู่ และแบบเติมความ (สุชาติ โสมประยูร; และเอมอัชฌา วัฒนบุรณนท์. 2542) และอรพรรณ พรหมเชยธีระ (2549)

การมีความรู้ในเรื่องสุขภาพทางเพศ ทำให้วัยรุ่นสามารถ เข้าใจ แยกบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบระหว่างเพศได้ถูกต้อง เข้าใจการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย มีความพร้อมทางวุฒิภาวะทางอารมณ์การปรับตัวในการใช้ชีวิตคู่ การเตรียมตัวในการวางแผนครอบครัว ทำให้ลดปัญหาทางเพศและปัญหาทางสังคมได้ (สุชาติ โสมประยูร; และคณะ. 2546) จากการศึกษาพบว่า การมีความรู้เรื่องเพศโดยเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการปฏิบัติตนของวัยรุ่น ทั้งด้านความรู้ ทักษะคิดซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังสามารถปรับเปลี่ยนค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้ (Rutchanagul. 2003) สิทธิทางเพศ (Sexual Rights) เป็นสิทธิมนุษยชนที่ได้รับการยอมรับทางด้านกฎหมายในระดับนานาชาติ ยังรวมถึง การมีอิสระโดยปราศจากความรุนแรง และการแบ่งแยก การบีบบังคับในด้านเพศ ได้แก่ 1) การได้รับมาตรฐานที่สูงในด้านสุขภาพทางเพศ รวมถึงการได้รับการรักษาทางสุขภาพต่างๆ 2) การได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศ 3) ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ 4) การเลือกคู่ 5) ความพึงพอใจในการมีกิจกรรมทางเพศ 6) ความสัมพันธ์ทางเพศโดยความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย 7) ความพึงพอใจในการสมรสของทั้งสองฝ่าย 8) การเลือกว่าจะมีบุตรหรือไม่ 9) การทำตามความพึงพอใจ และมีเพศสัมพันธ์ที่พึงพอใจ และปลอดภัย

นอกจากนี้ยังพบว่า หากวัยรุ่นมีความรู้เรื่องทางเพศที่ดีสามารถเป็นปัจจัยที่จะทำนายการเลือกคบเพื่อนต่างเพศที่เหมาะสมได้ (เมรินี ก้อนแก้ว. 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ส่งผลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศ Shelley Jones and Bonny Norton (2007) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้เรื่องเพศเพียงพอ โดยรู้ว่าเรื่องสุขภาพทางเพศนั้นเป็นเรื่องที่หมายถึงการมีความรู้และความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และความสามารถที่จะป้องกันตนเองจาก เชื้อเอชไอวี และเอดส์ จึงมีความตระหนักถึงความปลอดภัย ในเรื่องเพศ อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย พวกเขาเชื่อว่าถุงยางมีส่วนช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ และบอกให้คู่นอนของพวกเขา ใช้ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการท้อง และการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ สมิทธี และคณะ (Smith A, Agius P; Mitchell A; Barrett C; Pitts M. 2009) ยังพบว่า เรื่องความรู้ทางสุขภาพด้านเพศนั้นผู้หญิงจะมีความรู้สูงกว่าผู้ชาย

2. เจตคติ หรือทัศนคติทางเพศ รวมถึงค่านิยมเรื่องเพศ

ไอเซน และฟิชไบน์ กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude Towards Behavior) (พัชรี ดวงจันทร์. 2550; อ้างอิงจาก Ajzen; & Fishbein. 1980) หมายถึงความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นในการกระทำมากเท่านั้น เจตคติถือเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำนายพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนหรือเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นได้ ปัจจุบันมีแนวคิดที่อธิบายองค์ประกอบไว้ 3 แนวคิด ดังนี้ (นิออน พิณประดิษฐ์ . 2541)

เจตคติมี 3 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่าเจตคติมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้คิด (Cognitive Component) ประกอบด้วย ความเชื่อ ความรู้ ความคิด และความคิดเห็น 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ หรือทำทางที่ดี-ไม่ดี (Behavioral Component) 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม หมายถึง แนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติ

เจตคติมี 2 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่าเจตคติมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้คิด (Cognitive Component) และ 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective Component)

เจตคติมีองค์ประกอบเดียว แนวคิดนี้จะระบุว่าเจตคติมีองค์ประกอบเดียวคือ อารมณ์ความรู้สึกในทางชอบ-ไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

นอกจากนี้ เจตคดียังมีลักษณะอีก 2 ประการ คือ 1) มีทิศทาง (Direction) หมายถึงเจตคติของบุคคลที่มีทิศทางไปในทางบวกหรือลบ ดีหรือเลว พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด 2) เจตคติมีปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มหรือความรุนแรง กล่าวคือ บุคคลมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งรุนแรงสูงหรือเจตคติต่ออีกสิ่งหนึ่งไม่รุนแรง หรือบางเบา ปริมาณเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของสิ่งของหรือสถานการณ์นั้น จึงควรจะวัดเจตคติตามองค์ประกอบ และคะแนนทิศทาง ตลอดจนความรุนแรงของเจตคติ การวัดเจตคติถือว่าเป็นเรื่องที่

ยากมาก เพราะเป็นการวัดสิ่งที่วัดไม่ได้ ดังนั้นนักวิชาการจึงหาวิธีวัดขึ้นมาโดยการสร้างเครื่องมือวัด เรียกว่า สเกล (Scale) ซึ่งเป็นการสร้างเครื่องมือโดยใช้ประเด็นต่างๆ ของแต่ละเรื่องที่วัดมา ชั่งน้ำหนัก และให้ค่าคะแนนมากกว่ากันอย่างไร ซึ่งเมื่อสร้างวิธีวัดเสร็จก็ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ (Validity) แล้วก็ใช้วัดเจตคตินั้นๆ กับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา เจตคติในเรื่องนั้นจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับคะแนนที่ได้นับ ซึ่งแบบวัดเจตคติมีอยู่หลายแบบ หนึ่งในนั้นคือ มาตรฐานวัดของลิเคิร์ต (Likert's Summated Rating Scale) คือ การจัดให้มีข้อความที่แสดงเจตคติต่อที่หมายในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง แล้วให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็น กรอตอบว่า เห็นด้วย- ไม่เห็นด้วย กับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด คำตอบของแต่ละข้อความจะมีให้เลือกตอบ 5 ช่วง ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย เฉยๆ หรือยังไม่ตัดสินใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างมาก มาตรฐานนี้นิยมใช้กันมาก เพราะสร้างง่าย และในระยะหลังๆ มีการดัดแปลง หรือบางครั้งก็มีการเพิ่มช่วงคำตอบเป็น 6-7 หรือ 8-9 ช่วง แล้วแต่จุดประสงค์ของการวัด

เจตคติทางเพศของวัยรุ่นจะขึ้นอยู่กับ หลายปัจจัย อาทิ ครอบครัว เพื่อน ค่านิยม และวัฒนธรรม และสื่อ เป็นต้น (สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน. 2555)

ครอบครัว โดยครอบครัวถือว่าเป็นสถาบันแรกที่ทำให้การอบรมเลี้ยงดู รวมถึงการสอนและปลูกฝังความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนต่างๆ ในชีวิตประจำวันให้กับเด็ก ซึ่งสถาบันครอบครัวนี้จะประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ถ้าครอบครัวใดที่พ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัวมีการศึกษาจะสามารถถ่ายทอดสิ่งที่ดีมีคุณค่าให้กับเด็ก เด็กก็จะได้รับการซึมซับสิ่งที่ดีมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แต่เด็กที่เกิดในครอบครัวที่เป็นแบบอย่างในทางตรงข้าม เช่น พ่อ แม่ หรือบุคคลในครอบครัวมีการศึกษาน้อย ยากจน พ่อแม่มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น พุดจาหยาบคาย ไม่สุภาพ และมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เด็กก็จะซึมซับเอาพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้นมาเป็นพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นการพูดคุยและการสื่อสารระหว่างพ่อ แม่ และลูกเป็นสิ่งจำเป็น และควรมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันด้วย ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยเปลี่ยนแปลงเจตคติทางเพศได้ โดยเฉพาะองค์ประกอบของเจตคติด้านความเชื่อ

เพื่อน ในช่วงวัยรุ่นเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเจตคติทางเพศของวัยรุ่นอย่างมาก เด็กที่อยู่ในวัยเดียวกันมักจะชอบ และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน หรือใกล้เคียงกัน มีรสนิยมและสนใจเรื่องต่างๆ เหมือนกัน เพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากทั้งทางที่ดีและทางที่ไม่ดี เด็กที่รู้จักคบเพื่อนที่ดีมาจากครอบครัวที่เป็นแบบอย่างที่ดีเด็กก็จะได้เพื่อนที่ดีชักชวนกันทำกิจกรรมที่ดีมีประโยชน์ เช่น รักเรียน ช่วยเหลือผู้อื่น อยู่ในกรอบระเบียบที่ดีของสังคม แต่ถ้าเลือกคบเพื่อนที่ไม่ดีก็จะพาไปในทางเสียหายได้ นักเรียนจึงต้องอาศัยการคิดและวิเคราะห์ในการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และสร้างสรรค์ ถูกต้องตามกรอบวัฒนธรรมไทย

ค่านิยมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกของสังคม เป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างสรรค์ขึ้นด้วยภูมิปัญญา เพื่อเป็นวิถีชีวิตของคนในสังคม เป็นกฎระเบียบหรือ มาตรฐานของพฤติกรรมที่คนในสังคมยอมรับ โดยเป็นตัวกำหนด ชัดเจนว่า สร้างสรรค์มนุษย์ให้มีชีวิตที่ดีงาม โดยวัฒนธรรมมีผลต่อค่านิยมทางเพศ ค่านิยมทางเพศตามสังคมและวัฒนธรรมไทยในอดีตมีความแตกต่างจากในปัจจุบัน

อย่างเห็นได้ชัด โดยของยกตัวอย่าง เช่น ผู้หญิงต้องอยู่กับเหย้าเฝ้ากับเรือน ถูกกดขี่ข่มเหงด้วยความไม่เสมอภาคทางเพศ ผู้ชายมักเป็นใหญ่ในบ้าน มีอำนาจในการตัดสินใจทุกอย่าง เป็นต้น ในส่วนค่านิยมทางเพศตามสังคมและวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งการเลียนแบบวัฒนธรรมตะวันตกไม่ว่าจากสื่อโทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือ หรืออินเทอร์เน็ตก็ตามได้ทำให้ชนบทธรรมเนียม จารีตประเพณี วัฒนธรรมที่ดั้งเดิมของสังคมไทยเปลี่ยนไป ซึ่งวัฒนธรรมบางอย่างส่งผลดี เช่น การกล้าแสดงความคิดเห็น ความขยัน และความทุ่มเทให้กับงาน การมองโลกในแง่บวก การมีแนวคิดที่ดีต่างๆ เป็นต้น ในขณะที่วัฒนธรรมบางอย่างกลายเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี ไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย จากพฤติกรรมวัยรุ่น เช่น เสรีภาพในการคบเพื่อนต่างเพศ ซึ่งบางครั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ การถูกเนื้อต้องตัวระหว่างชายกับหญิงมีมากขึ้น พฤติกรรมการแสดงออกทางเพศในที่สาธารณะ เช่น การโอบกอด การแต่งกายที่ล่อแหลม กิริยามารยาทที่ไม่เรียบร้อย การแสดงออกอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศ หรือการที่วัยรุ่นหญิงบางคนตามจับผู้ชาย เป็นต้น

สื่อ สื่อมีอิทธิพลอย่างมากต่อการปลูกฝังเจตคติทางเพศ โดยเฉพาะในกลุ่มของวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองในสิ่งใหม่ๆ และชอบเลียนแบบบุคคลที่เป็นที่ยกย่องหรือให้ความสำคัญ ตัวอย่างสื่อในที่นี้ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เว็บไซต์ในอินเทอร์เน็ต นิตยสาร หนังสือการ์ตูน เป็นต้น สื่อเหล่านี้บางชนิดจะมีข้อมูลด้านเพศโดยตรง แต่บางชนิดก็จะแอบแฝงอยู่ ซึ่งข้อมูลในด้านเพศในสื่อที่กล่าวมาข้างต้น อาจจะทำให้วัยรุ่นมีความเชื่อหรือมีทัศนคติทางเพศที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นด้านลบ การคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อสิ่งที่นักเรียนได้รับจากสื่อ

ดังนั้นหากวัยรุ่นตอนต้นมีเจตคติทางเพศที่ดีก็จะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ด้วยจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความสุขทางเพศนั้นอาจถูกวัดจากความสบายหรือความพึงพอใจต่อเอกลักษณ์ทางเพศ (WHO. 2010) ความตระหนักมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ เชลลีย์ และบอนนี่ (Shelley Jon.es; & Bonny Norton. 2007) พบว่า เยาวชนส่วนมากมีความตระหนักถึงความปลอดภัยในเรื่องเพศอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยพวกเขาว่าถุงยางมีส่วนช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ และจำนวน 9 คน ในจำนวน 10 คนได้บอกให้คู่นอนของพวกเขาใช้ก่อนการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการท้อง และการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ฮัทชินสันและคณะ (Hutchinson; et al. 2003) และ ฮิวบเนอร์ และโฮเวลล์ (Huebner; & Howell. 2003) ที่ว่าการสื่อสารเรื่องเพศจากบิดามารดาจะส่งผลต่อความเข้าใจและเจตคติต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ซึ่งสะท้อนแบบแผนของความเชื่อและค่านิยมทางสังคมเรื่องเพศที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์และบรรทัดฐานทางสังคมที่ก่อตัวขึ้นจากระบบสังคมวัฒนธรรมไทย (สุจิตรา ทองรอง. 2546)

3. ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน

เพศวิถี (Sexuality) คือ การมีค่านิยม บรรทัดฐานและระบบวิธีคิด วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนา และการแสดงออกทางเพศ ความคิดเกี่ยวกับคู่รักเกี่ยวกับคู่ชีวิตในอุดมคติ ไม่ใช่พฤติกรรมตามธรรมชาติแต่เป็นการสร้างความหมายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับมิติทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่กำหนดและสร้างความหมายให้แก่เรื่องเพศในทุกแง่มุม (จิตติมา ภาณุเดชะ; ญัฐยา บุญภักดี; และธัญญา ใจดี. 2550) เงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ

และประวัติศาสตร์ มีส่วนกำหนดเพศวิถีของผู้คนในแต่ละสังคม และในแต่ละช่วงเวลา ความหมายของเพศวิถีเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในแต่ละสังคม หรือแม้กระทั่งในบุคคลเดียวกันแต่แตกต่างกันในช่วงเวลา เพศวิถีมีความหมายและรูปแบบที่หลากหลาย องค์ประกอบของเพศวิถีประกอบด้วย การให้ความหมายเรื่องเพศของปัจเจกบุคคล ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรู้สึก ความปรารถนาทางเพศ ความสุขทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ และเพศภาวะ รสนิยมทางเพศ คู่ความสัมพันธ์ทางเพศ การให้ความหมายกับคู่ความสัมพันธ์ทางเพศในแต่ละคน ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศ (พิมพวัลย์ บุญมงคล. 2550)

จากนิยามสุขภาพทางเพศขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2002) แสดงให้เห็นว่า สุขภาพทางเพศเกี่ยวข้องกับเพศวิถี และความเคารพกับเรื่องเพศวิถี มีเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่าง นอกจากนี้ในด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดสุขภาพทางเพศ ขององค์การอนามัยโลก เมื่อมองแบบองค์รวมและในเชิงบวก (World Health Organization. 2010) ซึ่งแนวคิดสิทธิมนุษยชนถือเป็นหลักการเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานในประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญ เพื่อสร้างความเสมอภาคให้กับประชาชนทุกเพศในประเทศไทย การที่วัยรุ่นอยู่ในสังคมที่มีความหลากหลายทางเพศวิถีจะช่วยให้วัยรุ่น เข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศ รู้จักประพฤติดนตามบทบาททางเพศ รู้จักปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมเพศ และต่างเพศได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2549) การส่งเสริมเพื่อสร้างความเข้าใจให้เยาวชนการเปิดใจกว้างยอมรับวิถีทางเพศของแต่ละบุคคล มองในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความดี มากกว่าตัดสินตัวบุคคลจากวิถีทางเพศ จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับด้าน ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน มีเพียงเนื้อหาที่ถูกบรรจุไว้ในหนังสือเรียนกลุ่มสาระการเรียนรู้ สุขศึกษาและพลศึกษา คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา ที่จัดทำโดยองค์การแพธ (PATH) แนวทางเชิงวิชาการสากลของเพศวิถีศึกษา การใช้ข้อมูลเชิงหลักฐานสำหรับโรงเรียน ครู และผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (International Technical Guidance on Sexuality Education: an Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators) มี 2 เล่ม เล่มที่ 1 เป็นหลักการและเหตุผลของเพศวิถีศึกษาและเล่มที่ 2 เกี่ยวกับหัวข้อเรื่องและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ขององค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) และ“Sex”คู่มือการให้ความรู้ เรื่องสุขภาพทางเพศ เรื่องที่อยากรู้แต่ไม่กล้าถาม โดย องค์การพิพิธภัณฑสถานวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (อพวช.)

4. การจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

การจัดการ สุขภาพทางเพศ ตนเอง มีแนวคิดพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยมีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ ปัจจุบันมีการนำการจัดการตนเองมาสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพ ซึ่งการจัดการสุขภาพทางเพศตนเองจึงเป็นการทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพทางเพศ สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อเป็นการป้องกัน หรือควบคุมสุขภาพทางเพศ รวมถึงสามารถประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพทางเพศ เพื่อให้สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพทางเพศได้อย่างเหมาะสม

เคลียร์ (Creer. 2000) การจัดการตนเองเป็นการกระทำเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง และเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้ และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง การจัดการตนเองเป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการจัดการสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่น ซึ่งตามแนวคิดของ เคลียร์ มีขั้นตอนการจัดการตนเอง ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งควรเป็นลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ ซึ่งการที่จะตั้งเป้าหมายเป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ และเป็นการเพิ่มข้อผูกมัดในการปฏิบัติตนให้บรรลุเป้าหมาย

2. การรวบรวมข้อมูล (Information Collection) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (Self-Monitoring) การสังเกตตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-Recording) การเฝ้าระวังตนเองถือเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายและจัดการตนเองได้สำเร็จ

3. การประมวล และประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการเกิดขึ้นด้วยตนเอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นมาตราสากลหรือค่าเฉพาะของแต่ละคน ซึ่งวัยรุ่นจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องสุขภาพทางเพศมาก่อนจึงจะสามารถสังเกตตนเอง และประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น

4. การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง โดยหลังจากรวบรวมข้อมูล ประมวลผล และประเมินข้อมูลของตนเองแล้ว ต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เป็นการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นฐาน และตัดสินใจในการจัดการตนเองได้

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศให้เหมาะสม สม่่าเสมอ

6. การประเมินผล (Self-Reaction) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติตนเองในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมสุขภาพทางเพศว่าสามารถควบคุมหรือดำเนินการได้ตามที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อให้สามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติเป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับสุขภาพทางเพศ พบว่าความฉลาดทางสุขภาพ พที่ีได้รับจากการถ่ายทอดหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมสร้างให้ตนเองเกิดความสามารถจนกลายเป็นผู้มีความฉลาดทางสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา (Edwards, Wood, Davies; & Edwards. 2012) ความสำเร็จของคนเกิดจากการรู้จักวางแผน และลงมือปฏิบัติให้เกิดผลซึ่งเป็นผลมาจากการรู้จักจัดการตนเอง โดยความสามารถในการจัดการตนเองถือ

เป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ เพราะคนที่มีความสามารถในการจัดการตนเอง นั้น จะมีวินัย สามารถควบคุมตนเองได้มี มีอำนาจในตนเอง มีความสามารถในตนเองสูงขึ้น (Marshall. John C; & Bob McHardy. 1999) องค์การอนามัยโลก (สมศักดิ์ สันธุระเวช . 2544; อ้างอิงจากWHO. 1993) กำหนดว่าองค์ประกอบที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการตนเอง ได้อย่างเหมาะสม คือ การมีทักษะชีวิต พฤติกรรมการจัดการชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับของปัจจัย ที่ทำให้เกิดการประสบความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีสุขภาพที่ดี ปัจจัยด้านการมีอารมณ์ใน ทางบวก (Freund; & Baltes. 1998)

5. ความสามารถในการจัดการความรุนแรงทางเพศ

องค์การอนามัยโลก (เพ็ญประภา สุธรรมมา ; และมยุรฉัตร กันยะมี . 2557; อ้างอิงจาก WHO. 2002) ได้ให้ความหมายของการกระทำความรุนแรงว่า หมายถึง การกระทำพฤติกรรมใด ๆ ที่เป็นเหตุให้ได้รับอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ หรือทางเพศ การกระทำความรุนแรงรวมถึงการกระทำที่ รุกรานด้านร่างกาย เช่น การตบ การตี การแตะ ล้วงละเมิด ด้านจิตใจ หมายถึง การข่มขู่ พุดจาจู่ แคลนให้เกิดความอับอายตอสู การบีบบังคับในรู้แบบต่างๆ การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ การควบคุม พฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น แยกออกจากครอบครัว และกักขังหน่วงเหนี่ยวไม่ให้ไปไหน ไม่ให้ ติดต่อกับและขอความช่วยเหลือจากใคร

รูปแบบของการกระทำความรุนแรง

ซอลซ์แมน และคณะ (เพ็ญประภา สุธรรมมา ; และมยุรฉัตร กันยะมี . 2557; อ้างอิงจาก Saltzman, Fanslow, McMahon; & Shelley. 2002) ได้แบ่งรูปแบบของการกระทำความรุนแรงไว้ ดังนี้

1. การกระทำความรุนแรงทางด้านจิตใจ เป็นการกระทำความรุนแรงต่อบุคคลโดยใช้วาจา ทำที่ และการกระทำหรือการละเว้นไม่กระทำ การพุดข่มขู่ การคุกคามด้วยวิธีต่างๆ การไม่ให้เกียรติ การทำร้ายจิตใจ การทำให้เกิดความอับอายต่อห น้าคนอื่นหรือครอบครัว มีผลให้ผู้ถูกกระทำได้รับความเสียใจ เสียสิทธิและเสรีภาพ ได้แก่ การพุดจาจู่ถูกเหยียดหยาม การประชดประชัน ตำว่าด้วย คำหยาบคาย ตะคอก ตวาด เปรียบเทียบว่าเป็นสัตว์ ประณามว่าชั่วช้า การทำทำที่โกรธ การทำให้ ขายหน้า การโดดเดี่ยวไม่ให้คบกับบุคคลอื่น น ปล่อยปละ ทอดทิ้ง ปฏิเสธสิทธิพึงมีพึงได้ การ โทรศัพท์ก่อกวน การทำลายข้าวของ ของรักของหวง

2. ความรุนแรงทางกาย เป็นการกระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น โดยใช้กำลังทำร้ายผู้อื่นให้ ได้รับบาดเจ็บหรือเป็นอันตราย มีเจตนาใช้ความรุนแรงให้ผู้อื่นพิการหรือตาย การกระทำควา รุนแรงทางด้านร่างกาย เช่น การปลัก การตบ ตี ต่อย ทูบ ตะ กระที่บ กระชาก บีบคอ การเขย่า การกักขังล่ามโซ่ การขวางปาสิ่งของใส่จนถึงการทำร้ายร่างกายชนิดที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสด้วยอาวุธ หรือของมีคมต่างๆ

3. ความรุนแรงทางเพศ เป็นการกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่นทางเพศ ได้แก่ การกระทำในลักษณะข่มขืน ลวนลามทางเพศ ละเมิดสิทธิทางเพศต่างๆ ตั้งแต่การอวดอวัยวะเพศ การจับต้อง ลูบคลำ การใช้กำลังบังคับบุคคลอื่นให้ยอมมีเพศสัมพันธ์กับตนในลักษณะที่บุคคลนั้นไม่ชอบและไม่ต้องการ การกระทำความรุนแรงทางเพศในลักษณะที่ไม่เหมาะสม

การล่วงละเมิดทางเพศเด็กและวัยรุ่น หมายถึง การกระทำ ทางเพศโดยที่เด็กไม่เข้าใจ ไม่สามารถยินยอม พร้อมใจ เป็นการกระทำ ผิดทางเพศต่อเด็กในรูปแบบ ต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการทางเพศของผู้ใหญ่ ซึ่งมีระดับความรุนแรงต่างกัน มีทั้งการกระทำ ต่อเด็ก โดยตรง ได้แก่การลูบคลำ บริเวณอวัยวะเพศ การทำ อนาจาร การเล้าโลมเด็ก (Fondling) การร่วมเพศกับเด็ก การข่มขืน โดยการสอดใส่อวัยวะเพศทางช่องคลอด ทวารหนัก และทางปาก เป็นต้น หรือเป็นการกระทำ ที่มีเจตนาสนองความพึงพอใจทางเพศ เช่น การให้ เด็กดูภาพหรือภาพยนตร์ ที่ทำให้เกิดแรงกระตุ้น ทางเพศ ให้เด็กกระทำ กิจกรรมทางเพศให้ตนดูรวมทั้ง เสนอให้เด็กค้าประเวณีซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งกับเด็กหญิง และเด็กชาย (จิตติมา ทรงมัจฉา. 2555; อ้างอิงจาก Leserman, J. 2005)

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2549) ได้แบ่งลักษณะพฤติกรรมของการล่วงละเมิดทางเพศไว้ 3 ประเภท คือ

1. การล่วงละเมิดทางเพศทางคำพูด ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา การแต่งกาย ที่ส่อในทางลามก การเล่าเรื่องตลกลามก เรื่องสองแง่สองง่าม การตามจับ ตามตื้อ เกี่ยวพาราสิ่ต่างๆ ที่รู้ว่าอีกฝ่ายไม่ชอบ การพูดจาแทะโลม การใช้คำพูดเพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

2. การล่วงละเมิดทางเพศทางการกระทำที่ไม่ถูกเนื้อต้องตัว ได้แก่ การจ้องมองของสงวน การโชว์ภาพโป้หรือภาพที่ส่อไปในทางเพศ การแอบดูตามห้องน้ำ (ถ้ามอง) การแอบถ่ายภาพ (ตามห้องลงเสื้อผ้า ห้องน้ำ) การโชว์อวัยวะเพศ การเผยแพร่ภาพถ่ายทางอินเทอร์เน็ต สื่อลามกคลิปวิดีโอโป้

3. การล่วงละเมิดทางเพศที่เป็นการกระทำขัดแย้ง ได้แก่ การแตะต้องเนื้อตัวที่ไม่พึงประสงค์ การกระทำอนาจาร (การกระทำต่อเนื้อตัว หรือ ต่อร่างกายของบุคคลอื่น เช่น กอดจูบ ลูบคลำ ร่างกายของหญิง เป็นการแสดงความใคร่ทางเพศ) การขอมิเพศสัมพันธ์ การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ การข่มขืน

มีเอกสารและ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความรุนแรง และการล่วงละเมิด ทางเพศ พบว่า พฤติกรรมการละเมิดทางเพศเริ่มตั้งแต่อายุตอนต้นๆ มักถูกแสดงออกโดยการจู่โจมทางคำพูด และคำหยาบคาย มีการศึกษาในเด็กอายุ 8 -18 ปี พบว่าการล่วงละเมิดเกิดขึ้นอย่างเปิดเผย การละเมิดทางเพศเกิดได้ทั้งเด็กหญิงและเด็กชาย เด็กหญิงที่ถูกล่วงละเมิดมักถูกเพิกเฉย มองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ทั้งที่ความจริงเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดจะมีปัญหาทั้งทางร่างกายและอารมณ์ (Besman; et al. 2003) ในเพศชายการมีเพื่อนเคยล่วงเกินสัมผัสร่างกายหรือข่มขืนผู้หญิงเป็นปัจจัย ที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดต่อการทำความรุนแรงทางเพศของวัยรุ่นชาย ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ที่ข่มขืนวัยรุ่นหญิงคือ คู่รัก (จำไพ ศรินวล . 2546) ผู้หญิงมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงทางเพศมากกว่าเพศชาย โดยวิธีการแก้ปัญหาจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงทางเพศคือการบอกผู้ใหญ่ให้รับรู้ และแจ้งตำรวจ

(กฤตยา แสงเจริญ ; และคณะ . 2548) วิธีการป้องกันตนเองจากการสื่อสารด้วยคำพูดเพื่อการปฏิเสธหรือต่อรอง มีผลในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และช่วยพัฒนาทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ (Leclerc, Wortley; & Smallbone. 2011) และฐานดา เกียรติเกาะ (2557)

6. ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

ความรู้เท่าทันสื่อเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากสื่อในปัจจุบันมีความหลากหลาย และมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการเข้าถึง การประเมิน การวิเคราะห์ และการสร้างสื่อ เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกรับข่าวสารได้อย่างถูกต้อง (เทอดศักดิ์ ไม้เท้าทอง . 2557) การรู้เท่าทันสื่อ เป็นแนวคิด ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากล ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการบริโภคสื่ออย่างชาญฉลาดของผู้บริโภคสื่อ เพราะหากบุคคลใดขาดการรู้เท่าทันสื่อย่อมตกเป็นเหยื่อของข้อมูลข่าวสาร (บุบผา เมฆศรีทองคำ. 2554)

แนวคิดเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อ ได้กล่าวถึงโครงสร้างการรู้เท่าทันสื่อไว้ 2 มิติ ปัจจัยเกี่ยวข้อง กับสภาพแวดล้อม และความสามารถส่วนบุคคล (บุบผา เมฆศรีทองคำ. 2554; อ้างอิงจาก Celot; & Perez Tornero. 2009)

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม (Environmental Factors) เป็นระดับพื้นฐานซึ่งเป็นชุดของปัจจัยที่เป็นไปตามบริบทที่มีผลต่อบุคคลแต่ละคน และเชื่อมโยงถึงสื่อมวลชนศึกษา และสิทธิของพลเมือง ซึ่งประกอบไปด้วย 2 มิติย่อย ได้แก่

1.1 ความสามารถในการเข้าถึงสื่อ (Media Availability) ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ

1.2 บริบทการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Context) ได้แก่ สื่อมวลชนศึกษา นโยบายการรู้เท่าทันสื่อ ประชาสังคม และอุตสาหกรรมสื่อ

2. ความสามารถส่วนบุคคล (Individual Competences) หมายถึงความสามารถเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติทางทักษะ (การเข้าถึง การวิเคราะห์ และการสื่อสาร) เพื่อเพิ่มระดับความตระหนัก การวิเคราะห์อย่างวิพากษ์ และความสามารถที่สร้างสรรค์เพื่อแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วย 2 มิติย่อย ได้แก่

2.1 ความสามารถของบุคคล (Personal Competences) ประกอบด้วย

2.1.1 ทักษะการใช้สื่อ (Use Skills) เป็นเงื่อนไขแรกของการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นการประสานระหว่างความสามารถ ในการเข้าถึงสื่อ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ได้แก่ การใช้สื่ออย่างเหมาะสมและคล่องแคล่ว ทักษะทางคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต และการใช้อินเทอร์เน็ตที่รู้ดหน้า

2.1.2 ทำความเข้าใจในสื่ออย่างพินิจพิเคราะห์ (Critical Understanding) เป็นส่วนสำคัญสุดของความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและสื่อ โดยที่แต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์กับสื่ออย่างไรขึ้นกับความเข้าใจอย่างพินิจพิเคราะห์ทั้งในแง่ของเนื้อหาและบริบท ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสื่อและข้อบังคับของสื่อ ความเข้าใจในเนื้อหาสื่อและพฤติกรรมของผู้ใช้สื่อ

2.2 ความสามารถทางสังคม (Social Competences) ประกอบด้วย ความสามารถทางการสื่อสาร ได้แก่ การมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ทางสังคม และการสร้างสรรค์เนื้อหา

โดยเฉพาะในประเด็นการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพทางเพศ ซึ่งในงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรู้เท่าทันสื่อเป็นทักษะที่สำคัญในเรื่องของความฉลาดทางสุขภาพ โดยเฉพาะในด้าน ทักษะส่วนบุคคล และทักษะการใช้สื่อ มีเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ พบว่าพบว่า นักเรียน ของโรงเรียนที่ได้รับความรู้ในเรื่องของ ความรู้เท่าทันสื่อสามารถที่จะมีการเข้าใจถึงการโฆษณาชวนเชื่อได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมและยังสามารถเข้าใจถึงลักษณะของเนื้อหาที่มีการพูดถึงในโฆษณา (Austin; & Johnoson. 1997) ในกรอบแนวคิดการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 (21ST Century Learning) ของภาคีเครือข่ายภาคีเพื่อทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (Partnership for 21ST Century Skills. 2007) กำหนดให้ความรู้เท่าทันสื่อเป็นยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อการจัดการศึกษาเรียนรู้ในยุคใหม่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการจัดการเรียนรู้ (อนุชา โสมาบุตร. 2556)

7. ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

การสื่อสารจัดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในชีวิตของมนุษย์ยกเหนือจากปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์ อันได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค แม้การสื่อสารจะไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับความ เป็นความตายกับมนุษย์เหมือนปัจจัยสี่ข้างต้น แต่การที่จะให้ได้มาซึ่งปัจจัยทั้งสี่นั้นย่อมต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือแน่นอน มนุษย์อาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมใดๆ ของตน และเพื่ออยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม การสื่อสารเป็นพื้นฐานของการติดต่อของมนุษย์ และเป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการทางสังคม ยิ่งสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้นเพียงใด และประกอบด้วยคนจำนวนมากเท่าใด การสื่อสารก็ยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และสังคมที่นำมาซึ่งความสับสน ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจและความไม่แน่ใจแก่สมาชิกของสังคม ย่อมต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว (ปรมะ สตะเวทิน. 2546)

การสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ให้เกิดความสัมพันธ์และความผูกพัน การสื่อสารที่มีคุณภาพจะส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และสัมพันธภาพที่ดีในเรื่องทั่วไปก็จะส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ทางเพศที่ดีด้วย และนอกจากการสื่อสารโดยตรงไปแล้วการสื่อสารเรื่องเพศก็เป็นการสื่อสารอีกรูปแบบหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งความพึงพอใจทางเพศ (สุรางค์รัตน์ คงศรี. 2547; อ้างอิงจาก Neller; & Fitzpatrick. 1991)

การสื่อสารทางเพศเป็นกระบวนการที่ใช้สัญลักษณ์ ได้แก่ คำพูด ท่าทางการเคลื่อนไหว เป็นตัวกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ทั้งนี้พฤติกรรมการสื่อสารมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา (สุรางค์รัตน์ คงศรี. 2547; อ้างอิงจาก Strong; et al. 2001) ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการทำความเข้าใจและกำหนดบทบาทหรือกฎในการสื่อสารทุกๆ เรื่อง รวมถึงประเด็นในเรื่องการสื่อสารทางเพศด้วย

ปัจจัยด้านวัฒนธรรมจะกล่าวถึงการใช้ภาษาซึ่งจะสัมพันธ์กับค่านิยม ความเชื่อ และธรรมเนียมปฏิบัติของสังคม ซึ่งในแต่ละกลุ่มวัฒนธรรมก็จะมี การสื่อสารเรื่องเพศที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการใช้ภาษาและค่านิยมของวัฒนธรรมนั้นๆ เช่น บางวัฒนธรรมจะมองเรื่องเพศในแง่ลบ ประเด็นเรื่องเพศจึงเป็นสิ่งต้องห้าม เรื่องเพศไม่สามารถเผยแพร่ในทางสื่อมวลชน และในบางวัฒนธรรมจะใช้เฉพาะภาษาท่าทางในการสื่อสารทางเพศเท่านั้น

ปัจจัยด้านสังคม จะกล่าวถึงบทบาทในสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารทางเพศ เช่น บทบาทความเป็นชาย (Masculine) และบทบาทความเป็นหญิง (Femenine) ซึ่งบทบาทจะให้ความสัมพันธ์กับเรื่องเพศในประเด็นของเพศสภาพ (Gender) เช่น ผู้ชายสามารถพูดถึงเรื่องเพศในที่สาธารณะได้ ในขณะที่การกล่าวถึงเรื่องเพศในที่สาธารณะของผู้หญิงเป็นสิ่งต้องห้าม

ปัจจัยด้านจิตวิทยา จะกล่าวถึงความสำคัญของการแสดงลักษณะเฉพาะบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ การแสดงออกถึงความเด็ดเดี่ยว การคล้อยตาม การข่มขู่หรือการยัดเยียด การรับรู้ความรู้สึกได้ง่าย หรือรับรู้ความรู้สึกได้ยาก ตัวอย่างเช่นคนที่มีความข่มขู่สูง ไร้ความยัดเยียด จะส่งผลให้คุณภาพการสื่อสารลดลง หรือคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะมี การเปิดใจยอมรับสิ่งอื่นๆ สูง

นอกจากนี้การสื่อสารทางเพศในการวิจัยครั้งนี้พบว่าการสื่อสารทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งการสื่อสารระหว่างบุคคล นั้น เป็นการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความรู้สึก และความต้องการของผู้ส่งสาร และเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง โดยจะต้องสื่อสารกันระหว่าง 2-3 คนในระยะใกล้กัน (Dyad) เห็นหน้ากัน (Face to Face) หรือไม่เห็นหน้ากันก็ได้ และมีการเข้าใจความหมายร่วมกัน (Sharing of Meaning) ทั้งในแบบของวัจนภาษา และอวัจนภาษา เพื่อให้คนได้รู้จักตัวเอง เข้าใจผู้อื่นและโลกภายนอก สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน และเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น (ศูนย์สื่อสารนานาชาติแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554)

มีเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศ พบว่า สื่อมีอิทธิพลต่อวัยรุ่น วัยรุ่นใช้สื่อหลายแบบในการหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ (Brown, Halpern และ L'Engle. 2005) เชลลีย์ และบอนนี่ (Shelley Jones; & Bonny Norton. 2007) พบว่า วัยรุ่นหญิงยังคิดว่าอินเทอร์เน็ตถือเป็นแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ นอกจากนี้ในเรื่อง การสื่อสารทางเพศ พบว่า มีการพูดคุยเรื่องสุขภาพทางเพศ กับเพื่อนเพศเดียวกันหรือ กับเพื่อนต่างเพศ รวมถึง ครูและนักสาธารณสุขบ้าง นอกจากนี้ยังพบว่า ความอาย ทำให้ไม่กล้าที่จะพูดถึงเรื่อง เพศ อย่างเปิดเผย แม้แต่กับครอบครัว และกลัวการเข้าไปขอคำแนะนำจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ เนื่องจากกลัวว่าข้อมูลอาจถูกเปิดเผย (Celia McMichael; & Sandra Gifford. 2009)

หลักสูตรการเรียนการสอนด้านเพศศึกษาเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศที่สำคัญของวัยรุ่น จากการศึกษาลักษณะการศึกษาระดับชั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาของช่วงชั้นที่ 3 พบว่า มีเนื้อหาสาระการเรียนรู้แกนกลาง และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ ดังตาราง 3 – 6

ตาราง 3 ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง สาระที่ 1 การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์

ชั้น	ตัวชี้วัด	สาระการเรียนรู้แกนกลาง
ม.1	1. อธิบายความสำคัญของระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อที่มีผลต่อสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของวัยรุ่น 2. อธิบายวิธีดูแลรักษาระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อให้ทำงานตามปกติ	• ความสำคัญของระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อที่มีผลต่อสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของวัยรุ่น • วิธีดูแลรักษาระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ ให้ทำงานตามปกติ
ม.2	1. อธิบายการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาในวัยรุ่น	• การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาในวัยรุ่น
ม.3	1. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา แต่ละช่วง ของชีวิต 2. วิเคราะห์อิทธิพลและความคาดหวังของสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น 3. วิเคราะห์ สื่อ โฆษณา ที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่น	• การเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาในแต่ละวัย - วัยทารก - วัยก่อนเรียน - วัยเรียน - วัยรุ่น - วัยผู้ใหญ่ - วัยสูงอายุ • อิทธิพลและความคาดหวังของสังคมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น • สื่อ โฆษณา ที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่น - โทรทัศน์ - วิทยุ - สื่อสิ่งพิมพ์ - อินเทอร์เน็ต

ตาราง 4 ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง สาระที่ 2 ชีวิตและครอบครัว

ชั้น	ตัวชี้วัด	สาระการเรียนรู้แกนกลาง
ม.1	1. อธิบายวิธีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการทางเพศอย่างเหมาะสม	• การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการทางเพศ - ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการทางเพศ - การยอมรับและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการทางเพศ - การเบี่ยงเบนทางเพศ
ม.2	2. แสดงทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ 1. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ เจตคติในเรื่องเพศ 2. วิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน 3. อธิบายวิธีป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ และการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ 4. อธิบายความสำคัญของความเสมอภาคทางเพศ และวางตัวได้อย่างเหมาะสม	• ทักษะปฏิเสธเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ • ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเจตคติในเรื่องเพศ - ครอบครัว - วัฒนธรรม - เพื่อน - สื่อ • ปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน • โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ • โรคเอดส์ • การตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ • ความสำคัญของความเสมอภาคทางเพศ • การวางตัวต่อเพศตรงข้าม • ปัญหาทางเพศ • แนวทางการแก้ไขปัญหาทางเพศ
ม.3	2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์	• ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ - แอลกอฮอล์ - สารเสพติด - บุหรี่ - สภาพแวดล้อม - การติดเชื้อ - โรคที่เกิดจากภาวะการตั้งครรภ์

ตาราง 5 ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง สาระที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพและการป้องกันโรค

ชั้น	ตัวชี้วัด	สาระการเรียนรู้แกนกลาง
ม.3	2. เสนอแนวทางป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายของคนไทย	- โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายของคนไทย โรคติดต่อ เช่น - โรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ - โรคเอดส์ - โรคไข้หวัดนก ฯลฯ - โรคไม่ติดต่อ เช่น - โรคหัวใจ - โรคความดันโลหิตสูง - เบาหวาน - มะเร็ง ฯลฯ

ตาราง 6 ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง สาระที่ 5 ความปลอดภัยในชีวิต

ชั้น	ตัวชี้วัด	สาระการเรียนรู้แกนกลาง
ม.2	2. อธิบายวิธีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและสถานการณ์เสี่ยง	- การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและสถานการณ์เสี่ยง - การมั่วสุม - การทะเลาะวิวาท - การเข้าไปในแหล่งอบายมุข - การแข่งขันจักรยานยนต์บนท้องถนน ฯลฯ
	3. ใช้ทักษะชีวิตในการป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงสถานการณ์คับขันที่อาจนำไปสู่อันตราย	ทักษะชีวิตในการป้องกันตนเอง (ทักษะปฏิเสธ ทักษะการต่อรอง ฯลฯ) และหลีกเลี่ยงสถานการณ์คับขันที่อาจนำไปสู่อันตราย
ม.3	1. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและแนวทางป้องกัน	- ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ - แนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ

จากตาราง การเรียนการสอน ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ สุขภาพทางเพศ ตามหลักสูตร แกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน ช่วงชั้นที่ 3 พุทธศักราช 2551 กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา พบว่า มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับเพศและสุขภาพทางเพศเกือบทุกสาระ แต่มี สาระที่ 2 ชีวิตและครอบครัว ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเพศและสุขภาพทางเพศมากที่สุด นอกจากนี้เมื่อย้อนไปดูเนื้อหา ในช่วงชั้นที่ 1 – 2 ยังพบว่า มีเนื้อหาพื้นฐานที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ อาทิ ลักษณะความแตกต่างทางเพศ พฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศ การเปลี่ยนแปลงทางเพศ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่นำไปสู่ การล่วงละเมิดทางเพศ การปฏิเสธการกระทำที่เป็นอันตรายและไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ พฤติกรรม เสี่ยงที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ และการท้องก่อนวัยอันควร นอกจากนี้เมื่อศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวของเชื่อมโยงกับสุขภาพทางเพศในเนื้อหาของช่วงชั้นที่ 4 พบว่า มีเนื้อหาที่เชื่อมโยงกับช่วงชั้นที่ 1 – 3 แต่เน้นหนักในเรื่องของการฝึกการคิดวิเคราะห์หิทธิพลของ สิ่งแวดล้อมตั้งแต่ในระดับครอบครัว ไปจนถึงระดับสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ตลอดจนถึง การพัฒนาทักษะที่เหมาะสมในการป้องกัน ลดความขัดแย้งและแก้ปัญหาเรื่องเพศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำ ข้อมูลที่ได้จากการเนื้อหา ตลอดจนนำเอาตัวชีวิตในแต่ละสาระที่เกี่ยวข้องมารวมวิเคราะห์เพื่อ ให้อำนาจได้ ตัวชีวิตสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นต่อไป

การที่จะมีสุขภาพทางเพศที่ดี หมายถึง การเดินสายกลาง โดยมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ใน เวลาที่เหมาะสม ไม่ชิงสุกก่อนห่าม และมีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน ด้วยความรัก ความเข้าใจ การมี เพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (Safe Sex) ปราศจากการเสี่ยงต่อการติดเชื้อกามโรค และโรคเอดส์ การ มีความเข้าใจในเรื่องการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา รู้จักยับยั้งชั่งใจ ในเมื่อไม่ ถึงเวลา และโอกาสอันควร รู้จักเคารพในสิทธิส่วนบุคคล และให้เกียรติเพศตรงข้ามโดยเฉพาะผู้เยาว์ และผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งหมดนี้ ย่อมจะนำมา ซึ่งสุขภาพอนามัยทางเพศที่สมบูรณ์ภายใต้ขอบเขต ของศีลธรรมจรรยาอันดีงามในสังคม (สัญญา ภัทรราชย์. 2541)

คนที่มีสุขภาพทางเพศ คือ คนที่มีความคิดเชิงบวกต่อเรื่องเพศ และสัมพันธ์ทางเพศ สามารถแสดงออกและตัดสินใจด้วยตนเองโดยอิสระ และไม่เบียดเบียนผู้อื่น มีความเคารพต่อวิถีทาง เพศของคนอื่นที่แตกต่างจากตัวเอง มีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัยโดยมีความสุข ความพึงพอใจ ไม่ถูก บังคับ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ถูกกระทำความรุนแรง (องค์การแพธ (PATH). 2551)

นอกจากนี้ วัณวลี ศรีสุข (2557) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติ ของเด็กวัยรุ่นที่จะมีสุขภาพทาง เพศที่ดีว่า

1. มีความตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง พอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่และเป็นไปของตนเอง
2. มีทักษะในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา สามารถพัฒนาทักษะตอบปฏิเสธเมื่อยังไม่ถึง เวลาที่เหมาะสมทางเพศหรือเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม
3. รู้จักยับยั้งชั่งใจ ไม่ล่วงละเมิดทางเพศผู้อื่น และสามารถควบคุมอารมณ์ ไม่ปล่อยตนไป ตามอารมณ์จนถูกล่วงละเมิดทางเพศ
4. ยอมรับผิดและรับผิดชอบพฤติกรรมทางเพศของตนหากไปล่วงละเมิดทำให้ผู้อื่น เสียหาย

5. เคารพสิทธิเรื่องเพศของผู้อื่น ไม่บังคับ ช่มชู้ คุกคาม หรือให้ความรุนแรง
6. รับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง
7. ชื่นชม มีความภูมิใจ มีความสุขในเพศที่ตนเป็น ตลอดจนสามารถมีความสุขทางเพศได้ตามวิธี และวิถีที่ควรจะเป็นในเวลาที่เหมาะสม
8. สามารถคบหาสมาคมเพื่อนต่างเพศได้ฉันมิตร โดยไม่สร้างปัญหาให้ตนเองและครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านเพศ หรือความรุนแรง

ในเรื่องของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ไม่พบว่าใครให้ความหมายหรือคำนิยามไว้แต่อย่างไรรักดี ผู้วิจัยพบว่ามีผู้ให้คำนิยามที่ใกล้เคียงไว้คือ นภาพรณี หะวานนท์ (2554) ได้ให้ความหมายของเกี่ยวกับ ความฉลาดรู้ในเรื่องเพศ (Sexual Literacy) หมายถึง การตระหนักรู้ถึงนัยยะสำคัญในเรื่องเพศทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวตนของตนเองไปจนถึงการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคม และสามารถสื่อสารเรื่องราวคำพูดของตนเองเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยสามารถยืนยันสิ่งที่ตนเองถือว่ามีคุณค่า สามารถปฏิเสธ หรือหากจำเป็นก็สามารถยืนหยัดสู้ หรือปฏิเสธสิ่งที่สังคมถือว่าเป็นบรรทัดฐาน

ส่วนในประเด็นเกี่ยวกับการวัดสุขภาพทางเพศ ทางองค์การอนามัยโลก (2010) มีแนวคิดและการปฏิบัติและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ มีในลักษณะการวัดในภาพรวมเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพทางเพศ เช่น มีกฎหมายห้ามไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติ มีกฎหมายห้ามไม่ให้การแต่งงานก่อนที่จะอายุ 18 ปี มีกฎหมายห้ามไม่ให้ความรุนแรงทางเพศ มีกฎหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นอันตราย เช่น มีกฎหมายห้ามไม่ให้มีการขลิบอวัยวะเพศสตรี Female Genital Mutilation (FGM) ในทุกรูปแบบ มีการบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ มีการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เปิดโอกาสให้มีการมีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เป็นต้น ผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีตัวชี้วัดสุขภาพทางเพศที่ชี้วัดในระดับบุคคล

Centre for Communicable Diseases and Infection Control (2012) ได้ทำการสำรวจตัวชี้วัดสุขภาพทางเพศของชาวแคนาดา พบว่า ตัวชี้วัดสุขภาพทางเพศครอบคลุมเนื้อหาการสำรวจในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางอารมณ์ สุขภาพทางสังคม วิธีการทางเพศวิถี ความสัมพันธ์ทางเพศ ประสพการณ์ทางเพศ ธรรมชาติของประสพการณ์ทางเพศ ตลอดจนการเลือกปฏิบัติ การช่มชู้ และความรุนแรง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ ดังนี้

1. สุขภาพทางเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

ซีเลีย และซานดร้า (Celia McMichael; & Sandra Gifford. 2009) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในกลุ่มเยาวชนที่เป็นผู้ลี้ภัยที่ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย ในช่วงเดือนสิงหาคมถึง ธันวาคม ปี ค.ศ. 2007 ผลการศึกษา พบว่า เยาวชนยังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกเหนือจากเรื่องเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบว่าพวกเขามี ความต้องการเพิ่มพูนความรู้ของตนเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศเป็นอย่างดี

มาก ซึ่งเห็นได้ว่าเยาวชนผู้ลี้ภัยหลายคนนั้นมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทางเพศอย่างจำกัดก่อนที่จะเหล่านั้นจะเข้ามาอาศัยอยู่ในออสเตรเลีย โดยสิ่งที่พบเหมือนกันคือเรื่องของการได้รับผลกระทบด้านการเรียน การได้ใช้เวลานานในค่ายผู้ลี้ภัย การมีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น การมีประสบการณ์เกี่ยวกับการ ถูกคุกคามด้านเพศ และการแบ่งแยกของครอบครัว ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนั้นมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ทางเพศ โดยเยาวชนส่วนใหญ่ ไม่มีใครได้รับการสอนในเรื่องสุขภาพทางเพศพวกเขาเรียนรู้เรื่องสุขภาพทางเพศด้วยตัวเองจากการเติบโตขึ้น มีเพียงเยาวชนส่วนน้อยมาก ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่อง เพศอย่างเป็นทางการจากโรงเรียน หรือจากค่ายอพยพ ซึ่งความรู้จะเป็นความรู้ในเชิงการแพทย์ เช่น เพศสัมพันธ์เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ และการยับยั้งชั่งใจ และการใช้ถุงยางอนามัยนั้นเป็นตัวป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ และการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ อีกทั้ง บริบททางสังคม ยังเป็นข้อจำกัดในการ เรียนรู้สุขภาพด้านเพศ ได้แก่ 1) ความอาย และการไม่สื่อสารเรื่องเพศ อย่างเปิดเผย เยาวชนหลายคนไม่กล้าที่จะพูดถึงเรื่องนี้แม้แต่กับครอบครัว และกลัวการเข้าไปขอคำแนะนำจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ เนื่องจากกลัวว่าข้อมูลอาจถูกเปิดเผย และครอบครัวรวมถึงคนในชุมชน หรือแม้แต่กับเพื่อนของตนจะรู้ 2) บริบทของการย้ายเข้ามาอยู่นั้น มีผลที่ทำให้ความต้องการความรู้ด้านนั้นน้อย เพราะมีเรื่องอื่นๆ ที่สำคัญกว่า เช่น การหาที่อยู่ การหางาน การต้องช่วยเหลือคนในครอบครัว การหาที่เรียน นอกจากนี้ยังพบว่า ในเรื่องการเรียนรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพทางเพศ นั้น มีเยาวชนส่วนมากอยากที่จะได้รับข้อมูลในเรื่องดังกล่าวโดยไม่ผ่านโปรแกรมทางการเรียน แต่ให้เป็นการเรียนรู้แบบกิจกรรมกลุ่มก่อนที่จะไปมีความสัมพันธ์ทางเพศ

สมิทธิ์ และคณะ (Smith A; Agius P; Mitchell A.; Barrett C; Pitts M. 2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศกับนักเรียนมัธยมศึกษาในปี 2008 โดยเป็นผลจากการสำรวจระดับชาติครั้งที่ 4 กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ของประเทศออสเตรเลียเกี่ยวกับเรื่อง เอชไอวี / เอดส์ และสุขภาพทางเพศ โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรม และสุขภาพ โดยเปรียบเทียบระหว่าง ปี 2002 – 2008 พบว่า นักเรียนมีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวีสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2002 โดยเพศหญิงมีความรู้มากกว่าเพศชาย นักเรียนส่วน มากถึงร้อยละ 96 นั้นรู้ว่าเชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ร้อยละ 98 บอกว่าการกอดกับผู้มีเชื้อเอชไอวีนั้นไม่ทำให้ติดโรค เพศหญิงร้อยละ 93 รู้ว่าการใช้ยาคุมกำเนิด ไม่สามารถป้องกันการติด เชื้อได้ ร้อยละ 82 รู้ว่าการติดเชื้อมีสามารถส่งผ่านจากแม่สู่ลูกในการตั้งครรภ์ได้ และร้อยละ 88 รู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยนั้นสามารถป้องกันเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 83 รู้ว่าคนที่ดูแข็งแรงสามารถเป็นพาหะเชื้อได้

เชลลีย์ และบอนนี่ (Shelley Jones; & Bonny Norton. 2007) ได้ทำการศึกษา ข้อจำกัดของความฉลาดทางสุขภาพทางเพศ โดยศึกษาข้อมูลเชิงลึก เด็กนักเรียนหญิงในโรงเรียนของประเทศยูกันดา เพราะผู้คนมักเข้าใจว่าความรู้ของการปฏิบัติ ตัวในเรื่องทางเพศแบบไม่ปลอดภัยจะเป็นตัวนำที่ทำให้พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตมีความเปลี่ยนแปลง โดยการศึกษาทำการศึกษาดังแต่เดือนสิงหาคม ค.ศ. 2004 ถึงเดือนกันยายน ปี ค.ศ. 2006 โดยศึกษากับเด็กผู้หญิง ยูกันดาจำนวน 15 คน ในเขตชนบท ซึ่งในสังคมนั้นนั้นมีปัญหาหลายประการทางด้านเพศ ด้วยความยากจน

จึงจำเป็นที่จะต้องการเงิน ผลจากการวิจัย พบว่า เด็กหญิงเหล่านั้นมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องใช้กิจกรรมทางเพศเป็นตัวแลกเงิน แลกการศึกษา แลกกับการเดินทางที่จะได้ไปโรงเรียน เนื่องจากในสังคมของผู้หญิงนั้นมีความยากลำบากในเรื่องของการหาเงิน แตกต่างจากผู้ชายที่สามารถใช้แรงงานในการแลกเงิน ซึ่งเด็ก 12 ใน 13 คน อธิบายว่า ในบางครอบครัวนั้นพ่อแม่ก็มีส่วนร่วมในการสนับสนุนเรื่องนี้ด้วย จึงเกิดปัญหาการถูกใช้เป็นเครื่องมือในทางเพศแบบผิดๆ โดยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์กับครูผู้ชายที่มีอายุ หรือกับหมอ นอกจากนี้เด็กหญิงในยุคนั้นยังมีอัตราการตายจากการทำแท้ง และเสียโอกาสในการเรียนเพราะการ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ พบว่าเด็กหญิงจำนวน 7 ในจำนวน 12 คนบอกว่าตนมีความรู้เรื่องเพศเพียงพอ โดยรู้ว่าเรื่องสุขภาพทางเพศนั้นเป็นเรื่องที่หมายถึงการมีความรู้ และความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และความสามารถที่จะป้องกันตนเองจาก เชื้อเอชไอวี และเอดส์ โดยแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศส่วนใหญ่ได้มาจากโรงเรียน ในการศึกษาพบว่าเยาวชนส่วนมากมีความตระหนักถึงความปลอดภัย ในเรื่องเพศ อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในเรื่อง การใช้ถุงยางอนามัยพวกเขาว่าถุงยางมีส่วนช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ และจำนวน 9 คน ในจำนวน 10 คน ได้บอกให้คู่นอนของพวกเขาใช้ก่อนการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการท้อง และการติดเชืเอชไอวี และเอดส์ และยังพบว่าเด็กหญิงยังคิดว่าอินเทอร์เน็ตถือว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ นอกจากนี้ยังมีการสื่อสาร พูดคุยเรื่องสุขภาพทางเพศ กับเพื่อนเพศเดียวกันหรือต่างเพศ รวมถึงครูและนักสาธารณสุขบ้าง เป็นที่น่าสังเกตว่าในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศนั้นยังพบว่าเด็กหญิงจำนวน 11 คน ในจำนวน 12 คน ยังมีข้อสงสัยมากมายในเรื่องสุขภาพทางเพศอยู่

ศรีพรรณ ถาวรรัตน์ ปญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2556) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองนักเรียนชายกลุ่มทดลองมีคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับดีมากว่า ก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ความสามารถในการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพทางเพศดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.50$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถ และการตัดสินใจดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.50$) และในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.50$) โดยกลุ่มทดลองยังมีความรู้ การรับรู้ความสามารถ และการตัดสินใจอยู่ในระยะติดตามผล

มรรยาท รุจิวิชญ์ และสารรัตน์ วุฒิอาภา (2555) ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางเพศในเยาวชนไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศในเยาวชนไทย เปรียบเทียบ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ/ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศในเยาวชนไทย

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ได้แก่ ตัววัยรุ่น ครอบครัว เพื่อน และสื่อและแหล่งข้อมูล 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ความเชื่อ/ทัศนคติ และการปฏิบัติตน พบว่า 2.1) ความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาของเยาวชนและสถานภาพสมรสของบิดามารดา 2.2) ความเชื่อ/ทัศนคติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเกรดเฉลี่ย การมีโรคประจำตัว และจำนวนพี่น้อง 2.3) ด้านการปฏิบัติตนไม่มีความแตกต่างกัน 3) การเปรียบเทียบความรู้ความเชื่อ/ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ พบว่าคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อ/ทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ แต่บ่อยครั้ง 4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ/ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.36, 0.34, 0.29$) ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักในเรื่องเพศ การคุมกำเนิดกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การสร้างความเท่าเทียมทางเพศ หรือ การล่วงละเมิดทางเพศ

หงส์ จิงฟาง (2552) การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และการป้องกันเอชไอวีสำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้นชาวจีน ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศในเด็กวัยรุ่นตอนต้นในประเทศจีน ประกอบด้วย การมีความรักและการมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุน้อย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ครอบคลุม องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การสร้างแรงจูงใจและทักษะในการปฏิบัติ โปรแกรมมีทั้งหมด 6 ตอน ประกอบด้วยเนื้อหา 15 หัวข้อ รวมทั้งกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส์ วนร่วมที่หลากหลาย กระบวนการนำโปรแกรมไปใช้ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพผู้ฝึกอบรมในการนำโปรแกรมไปใช้ การใช้โปรแกรมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนจากโรงเรียนในการใช้โปรแกรม และการสะท้อนคิดจากผู้ฝึกอบรมในเนื้อหาของการฝึกอบรมแต่ละตอน ผลลัพธ์ของการนำโปรแกรมไปใช้พบว่า 1) คะแนนของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การสร้างแรงจูงใจ และทักษะการปฏิบัติ มีการเปลี่ยนแปลงทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนนำโปรแกรมไปใช้ ($p < 0.01$) 2) ผลจากการสะท้อนคิดของเด็กวัยรุ่นตอนต้นพบว่าเนื้อหาของโปรแกรมนี้มีประโยชน์มาก และครอบคลุมผู้ฝึกอบรมมีความเป็นมิตรและมีความรู้ และเด็กวัยรุ่นรู้สึกประทับใจในรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ควบคู่ไปกับสาระบันเทิง โดยสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ครอบครัวรวมทั้งกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมที่ใช้ทฤษฎีเป็นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับวัยรุ่นตอนต้นในประเทศจีน ซึ่งสามารถนำไปบูรณาการใช้ในโรงเรียนได้ และโปรแกรมนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้กำหนดนโยบายในการประยุกต์ใช้

วิมลพรรณ ดอยคำ (2551) ได้ทำการศึกษา ผลของการฝึกทักษะชีวิตที่เลือกสรรเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นหญิงที่เสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีปัญหาสุขภาพทางเพศ ก่อนหน้าทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการรับรู้ สมรรถนะในการดูแลสุขภาพทาง เพศในระดับปานกลาง ภายหลังการฝึกทักษะชีวิตที่เลือกสรร วัยรุ่นหญิงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะระหว่างก่อนหลังการทดลองมากกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตนี้ มีประสิทธิผลในการทดสอบเบื้องต้นและสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ต่อไป

ดุริฎฐยา สมสืโส (2550) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนปลาย ผลการศึกษา 1) การรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่าวัยรุ่นตอนปลายมีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 55.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.37 ระดับการรับรู้ความสามารถส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.42 2) การรับรู้ประโยชน์ พบว่าวัยรุ่นตอนปลายมีการรับรู้ประโยชน์ มีระดับคะแนนเฉลี่ย 55.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.45 ระดับการรับรู้ประโยชน์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.63 3) การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ($r = 0.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4) การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ($r = 0.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของวัยรุ่นตอนปลายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศภาพที่เหมาะสม

นัยนชนก หอมโกศล(2550) ได้ทำการศึกษา ผลของการใช้เว็บไซต์ www.health4teen.com ต่อความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ผลการวิจัย พบว่า 1) นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่เข้าศึกษาในเว็บไซต์ www.health4teen.com มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศหลังเข้าศึกษาสูงกว่าก่อนเข้าศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($\bar{X}$ ก่อนทดลอง = 14.57, $\bar{X}$ หลังทดลอง = 25.20, $df = 29$, $t = 12.144$, $p = .000$) 2) นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่เข้าศึกษาในเว็บไซต์ www.health4teen.com มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $SD = 0.749$)

วัชรรา สุขแท้ (2546) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการสอนเรื่องสุขภาพทางเพศต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมการสอนเรื่องสุขภาพทางเพศภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมการสอนเรื่องสุขภาพทางเพศภายหลังการทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับความรู้ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการสอนเรื่องสุขภาพทางเพศสามารถส่งเสริมให้วัยรุ่นตอนต้นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศได้

ธราพงษ์ กัปโก และปริญธร เนื่องเนาวนิตย์ (2546) ได้ทำการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขอนามัยทางเพศ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตเทศบาล จ.อุดรดิตถ์ ปีการศึกษา 2546 ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยทางเพศของนักเรียนส่วนมากมีความรู้ในระดับปานกลาง, มีความรู้ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 16.6 ด้านการปฏิบัติตนทางเพศ นักเรียนร้อยละ 7.12 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ส่วนมากมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 14 ปี โดยเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจะมีกับคนรักมากที่สุด และมีการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยวิธีที่นิยมมากที่สุดคือการใช้ถุงยางอนามัย นักเรียนหญิงและชายส่วนใหญ่ สามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขอนามัยทางเพศมีความสัมพันธ์กับเพศ และเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยระดับความรู้ความเข้าใจสุขอนามัยทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติตนด้านการป้องกันการตั้งครรภ์และสถานภาพของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน แหล่งความรู้เรื่องสุขอนามัยทางเพศส่วนใหญ่ ได้มาจากโรงเรียนคืออาจารย์และเพื่อน ผู้ที่นักเรียนต้องการให้ มีส่วนร่วมในการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขอนามัยทางเพศมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การวิจัยเชิงคุณภาพ พบ ว่า ความรู้ในเรื่องสุขอนามัยทางเพศของนักเรียนส่วนใหญ่ได้มาจากเพื่อน, อาจารย์, และสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์, อินเทอร์เน็ต เป็นต้น วิธีการคุมกำเนิดที่นักเรียนคิด ว่าปลอดภัยที่สุดคือการ ใช้ถุงยางอนามัย ปัญหาสุขอนามัยทางเพศที่สำคัญคือ ปัญหาการเบี่ยงเบนทางเพศและ ปัญหาการตั้งครรภ์ และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน โดยในกลุ่มนักเรียนชายเบี่ยงเบนทางเพศมีการดูแลรักษาสุขอนามัยทางเพศที่ต่ำกว่านักเรียนชายปกติ พฤติกรรมทางเพศที่นักเรียนเห็น ว่าเหมาะสม กับเพศและวัยในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คือเป็นลักษณะเพื่อนกันอาจมีการจับมือกันได้

สุจิตรา ทองรอง (2546) สุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ชนบทในบริบททางสังคมวัฒนธรรม : กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งใน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า สะท้อนให้เห็นความหลากหลายของการอบรมขัดเกลาสุขภาพทางเพศในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมเรื่องเพศ มีการให้ความหมายสุขภาพทางเพศ 4 รูปแบบ คือความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ การไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ /โรคเอดส์ การมีพฤติกรรมที่ไม่สำส่อนทางเพศ และความสะอาดของร่างกาย สุขภาพทางเพศมี 5 รูปแบบคือด้านการรับรู้และป้องกันโรคติดต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การรับรู้และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ /โรคเอดส์ การรับรู้และป้องกันการถูกข่มขืน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศ และความพึงพอใจในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งสะท้อนแบบแผนของความเชื่อและค่านิยมทางสังคมเรื่องเพศที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์และบรรทัดฐานทางสังคมที่ก่อตัวขึ้นจากระบบสังคมวัฒนธรรมไทย และบุคคลที่วัยรุ่นปรึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศคือเพื่อนสนิทและมารดา จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคคลในครอบครัวควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ปลูกฝังบทบาทหญิงชายและเจตคติที่ถูกต้องเรื่องเพศให้แก่บุตร และเน้นการให้ครอบครัวใช้เวลาร่วมกันอย่างมีคุณค่าเพื่อให้วัยรุ่น นตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศของตน

ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศตั้งแต่อยู่ในวัยรุ่นตอนต้น เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นมีความฉลาดรู้เท่าทันสุขภาพทางเพศ ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศได้ถูกต้องเหมาะสม และการที่วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศจะเป็นเหมือนเกราะป้องกัน หรือภูมิคุ้มกันที่จะช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบอื่นๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยส่งผลให้ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไปจนถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นต้น นอกจากนี้การสร้างความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศด้วยข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับร่างกาย ระบบสืบพันธุ์ การคุมกำเนิด การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รู้เกี่ยวกับสิทธิทางเพศ มีแนวทางในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม (นภาพร หะวานนท์ . 2554)

2. สุขภาพทางเพศในด้านจิตวิทยา

ศรัทธา ธารรัตน์ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2556) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง นักเรียนชายกลุ่มทดลองมีคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับดีมากว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถในการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพทางเพศดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .50$) เนื่องจากโปรแกรมมีการกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเพื่อน เช่น ผลกระทบของการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและสังคม ให้เรียนรู้จากตัวแบบ จากข่าววัยรุ่นที่มีปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถ และการตัดสินใจดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .50$) และในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .50$) โดยกลุ่มทดลองยังมีความรู้ การรับรู้ความสามารถ และการตัดสินใจอยู่ในระยะติดตามผล

มรรยาท รุจิวิชญ์ และสารรัตน์ วุฒิอาภา (2555) ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางเพศในเยาวชนไทยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศในเยาวชนไทยเปรียบเทียบ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ/ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศในเยาวชนไทย ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริม สุขภาพทางเพศ ได้แก่ ตัววัยรุ่น ครอบครัว เพื่อน และสื่อและแหล่งข้อมูล 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ความเชื่อ/ทัศนคติ และการปฏิบัติตนพบว่า 2.1) ความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาของเยาวชนและสถานภาพสมรสของบิดามารดา 2.2) ความเชื่อ/ทัศนคติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเกรดเฉลี่ย การมีโรคประจำตัวและจำนวนพี่น้อง 2.3) ด้านการปฏิบัติตนไม่มีความแตกต่างกัน 3) การเปรียบเทียบ

ความรู้ความเชื่อ/ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ พบว่าคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อ/ทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ แต่บ่อยครั้ง 4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ/ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.36, 0.34, 0.29$) ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักในเรื่องเพศ การคุมกำเนิดกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การสร้างความเท่าเทียมทางเพศ หรือ การล่วงละเมิดทางเพศ

วารุณี พองแก้ว เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล กังวาล พองแก้ว และณัฐกาญจน์ สุรภักดี (2554) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์โดยแกนนำเยาวชนในเตี กวียรุ่นไทยตอนต้น ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์ ความเชื่อที่สนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์และความคิดเห็นต่อการใช้ถุงยางอนามัยภายหลัง การอบรม 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความเชื่อที่ไม่สนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์ และสมรรถนะในตนเองต่อการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มี ความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยแกนนำเยาวชนสามารถเสริมสร้างความเข้าใจของวัยรุ่นในบางมิติที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและ อนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2553) ได้สำรวจร้อยละของประชาชนที่มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับความเสมอภาคหญิงชาย โดยได้สำรวจประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดรวม 76 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 48,353,722 คน โดยมีสัดส่วนของกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) จำนวน 9,396,486 คน โดยได้ผลการสำรวจดังนี้ ผลการสำรวจเจตคติเหล่านี้ล้วนสะท้อนว่าแม้โดยภาพรวมแล้ว ประชาชนมีเจตคติในทางบวกต่อเรื่องความเสมอภาคระหว่างเพศหญิงชายค่อนข้างสูง แต่หากพิจารณาแล้ว ร้อยละของผู้หญิงนั้น มีเจตคติทางบวกมากกว่าชาย ซึ่งอาจสะท้อนว่าผู้หญิงเข้าใจบทบาทหรือรับรู้ถึงผลกระทบทางลบของความไม่เสมอภาคระหว่างเพศมากกว่าชายในสังคม จึงทำให้มีการแสดงความคิดเห็นดังกล่าวออกมา ในขณะที่ผู้ชายไม่ได้รับรู้หรือเข้าใจมากเท่าผู้หญิง จึงทำให้ในภาพรวมร้อยละของเจตคติในเชิงบวกต่อเรื่องความเสมอภาค ระหว่างเพศอยู่ในระดับสูง การเสริมสร้างความเสมอภาคระหว่างหญิงชายนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ทั้งสองเพศพึงจะตระหนัก เข้าใจ บทบาทและเคารพยอมรับระหว่างกัน หากมีเพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งนโยบายส่งเสริมความเสมอภาค ก็ไม่สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและไม่อาจเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

3. สุขภาพทางเพศในด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน

วิภาดา เอี่ยมคง (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลสะท้อนของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในสังคมไทย ผลจากการศึกษาพบว่า การต่อสู้เคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในสังคมไทย ได้ก่อให้เกิดผลสะท้อนต่อทั้งกระบวนการทางนโยบายสาธารณะ และมติการยอมรับทางสังคมต่อผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ กล่าวคือ ประการแรก การต่อสู้เคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการทางนโยบายสาธารณะ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของกลุ่มตน แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มพื้นที่ทางการเมืองของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในระบบการเมือง ประการที่สอง ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านมติการยอมรับทางสังคมเกี่ยวกับเพศวิถี และเพศภาวะเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต

4. สุขภาพทางเพศในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ

Lou, Wang, Tu & Gro (2008) ได้ศึกษาผลของการฝึกอบรมทักษะชีวิตในการปรับเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงพฤติกรรมทางเพศและการใช้ยาคุมกำเนิดของนักศึกษาโรงเรียนอาชีวศึกษาในเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในด้านสัดส่วนการรับรู้ความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ โดยการเรียนรู้โรคติดต่อเชื้อเอชไอวีและประโยชน์การใช้ถุงยางอนามัยและความรู้ความสามารถในการคุมกำเนิด และพบว่าการเปลี่ยนแปลงไม่ก็คนในกลุ่มเปรียบเทียบ ในการวิเคราะห์พบคะแนนการรับรู้ของความเสี่ยง ($p=0.0001$) การรับรู้ประโยชน์ ($p=0.0001$) การรับรู้อุปสรรค ($p=0.001$) ในกลุ่ม A,B และ $P= 0.0034$ สำหรับกลุ่ม C และการรับรู้ Self-Efficacy ($p=0.0001$)

Magnani R., et al. (2005) ได้ศึกษาผลการให้สุขศึกษาโดยใช้โปรแกรมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเมือง Kwazulu-Natal ประเทศแอฟริกาใต้ เพื่อประเมินผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในเรื่องความรู้และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการแพร่เชื้อเอชไอวีและเอชไอวี โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 14 -24 ปี พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถแห่งตน เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และครั้งล่าสุดจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลที่ได้ไม่มีความคงที่ในวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมของคู่นอนของวัยรุ่น

สุปรียา จรทะผา (2555) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ใน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการทดลองทันทีที่นักเรียนมีความตระหนักและการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 โดยมีขนาดผลโปรแกรม 1.7 และ 2.3 เท่า ตามลำดับ หลังติดตามผล ความตระหนัก และการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนยังคงอยู่ไม่ต่างกับหลังการทดลองทันที และยังคงอยู่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นักเรียนกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมเฉลี่ยร้อยละ 92.5 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001

เนตรทราย ปัญญชุนห์ รัตตล เก่งการพาณิชย์ สุปรียา ตันสกุล และสุพร อภินันทเวช (2552) ได้ศึกษาการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 105 คน พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แม้ว่าจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.123$) อย่างไรก็ตามพบว่า นักเรียนหญิงกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในบางประเด็นซึ่งช่วยลดโอกาสของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เช่น หลีกเลี่ยงการไปไหนสองต่อสองกับเพื่อนชาย เป็นต้น

รัชดาภรณ์ ใจอ้าย (2551) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการชีวิตกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียน ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัจจัยด้านการจัดการชีวิตกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง ($r = .535$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ปัจจัยในด้านการจัดการชีวิต การประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศ และระดับการศึกษา เป็นกลุ่มตัวทำนายที่มีประสิทธิภาพร่วมกันในการทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียน ได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวคิดด้านการจัดการชีวิตมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียน แนวคิดด้านการจัดการชีวิตจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ควรสนับสนุนและพัฒนาควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยต่อไป

วิมลพรรณ ดอยคำ (2551) ได้ทำการศึกษา ผลของการฝึกทักษะชีวิตที่เลือกสรรเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นหญิงที่เสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีปัญหาสุขภาพทางเพศ ก่อนหน้าทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสุขภาพทางเพศ ในระดับปานกลาง ภายหลังการฝึกทักษะชีวิตที่เลือกสรร วัยรุ่นหญิงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะระหว่างก่อนหลังการทดลองมากกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตนี้มีประสิทธิผลในการทดสอบเบื้องต้นและสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ต่อไป

เจนนิพัฐ สมมาตรย์ (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 36 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ทักษะชีวิต และพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะชีวิต และพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .001$)

5. สุขภาพทางเพศในด้านความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศ

ชญาณุตม์ นิลมร (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ ทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเซนต์โยเซฟทิพวัล จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษา พบว่า 1) นักเรียนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ ทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศอยู่ในระดับสูง 2) ระดับชั้น และประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศทางกายของนักเรียนมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน 3) ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศและทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการล่วงละเมิดทางเพศของนักเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมพร จรัสเจริญวิทยา (2550) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ของเด็กนักเรียนหญิงวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า เด็กนักเรียนหญิงวัยรุ่นใน กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในระดับสูง เด็กนักเรียนหญิงที่มีภูมิหลังต่างกันในเรื่องการศึกษา ระดับการศึกษาของบุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย และการมีกิจกรรมยามว่างที่ทำ มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศที่แตกต่างกัน เด็กนักเรียนหญิงที่มีปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ทางสังคมเกี่ยวกับประสบการณ์เสี่ยงต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศที่แตกต่างกัน เด็กนักเรียนหญิงวัยรุ่นมีความรู้เรื่องการตกเป็นเหยื่อและการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ แต่การมีความรู้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศไม่แตกต่างกัน

กฤตยา แสงวงเจริญ และคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศของวัยรุ่น จำนวน 2,014 คน พบว่า วัยรุ่นจำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 ที่ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ (95% CI อยู่ระหว่างร้อยละ 4.2 ถึง 11.6) ปัญหาที่ประสบมากคือถูกใช้สายตาและโลม รองลงมาคือจ้องมองอวัยวะเพศกับพูดจาสองแง่สองง่าม เป็นการถูกกระทำโดยเพื่อน และส่วนใหญ่เกิดขึ้นในที่สาธารณะ ในเรื่องการรับรู้ปัญหาความรุนแรงทางเพศวัยรุ่นส่วนใหญ่เห็นว่าพฤติกรรมความรุนแรงสาหัสมี 15 พฤติกรรม ได้แก่ การข่มขืน การทำแท้ง การพยายามข่มขืน การตัดอวัยวะเพศ การใช้เด็กเพื่อหาผลประโยชน์ทางเพศ การล่อลวงทางเพศ เป็นต้น โดยเพศหญิงมีคะแนนการรับรู้มากกว่าเพศชาย 19.8 คะแนน (95% CI อยู่ระหว่างร้อยละ 15.5 ถึง 24.2) วัยรุ่นในกลุ่มที่มีลักษณะไม่ใช่สารเสพติด บุตรคนที่ 1 วัยรุ่นจากครอบครัวที่จัดการปัญหาความขัดแย้งโดยการพูดคุยปัญหา และตัดสินอย่างยุติธรรม และครอบครัวที่จัดการกับปัญหาด้วยการเฆี่ยนตี ไม่พูดกัน รับรู้พฤติกรรมความรุนแรงมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีลักษณะดังกล่าวอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ความคิดเห็นวิธีการจัดการแก้ปัญหาของวัยรุ่นเมื่อเกิดความรุนแรงทางเพศ คิดว่าควรแก้ปัญหาโดยการบอกผู้ใหญ่ให้รับรู้ แจ้งตำรวจ แต่ในกลุ่มที่มีปัญหาเกิดขึ้นพบว่า ถ้าเป็นปัญหา

เรื่องความรักปกติจะใช้วิธีการผ่อนคลาย ฟังเพลง ออกกำลังกาย ส่วน เมื่อเกิดปัญหาความรุนแรงทางเพศวัยรุ่นใช้วิธีบอกให้ผู้กระทำหยุดการกระทำ หากทางเอาตัวรอดด้วยคำพูด แก้อั้วร่วมกับเพื่อน ส่วนความต้องการการบริการสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือสูงสุด คือ บริการความรู้กฎหมายสิทธิเด็ก รองลงมาคือบริการสุขภาพเด็กและเยาวชน และองค์กรดูแลสิทธิเด็กและเยาวชน

รำไพ ศรีนวล (2546) ได้ทำการศึกษาความรุนแรงทางเพศโดยศึกษาจากกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน จำนวน 1,292 คน พบว่า วัยรุ่นในโรงเรียนมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา มีสัดส่วนสูงสุดในวัยรุ่นอาชีวศึกษา คือสองในสามของวัยรุ่นทั้งชายและหญิง ขณะที่วัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้นอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงเป็น 10-11 ปี ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงชั้นอาชีวศึกษาที่เคยมีเพศสัมพันธ์ 1 ใน 4 เคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ และครึ่งหนึ่งเคยถูกล่วงเกินสัมผัสร่างกาย โดยร้อยละ 70 ของผู้ที่ข่มขืนวัยรุ่นผู้หญิงคือคู่รัก ปัจจุบันที่มีอำนาจทำนายสูงสุดต่อการทำความรุนแรงทางเพศของวัยรุ่นชายทั้ง 4 รูปแบบ คือ การมีเพื่อนเคยล่วงเกินสัมผัสร่างกายหรือข่มขืนผู้หญิง

6. สุขภาพทางเพศในด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

Tracy Marie Scull (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ วิธีการศึกษาเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อไปยังกลุ่มวัยรุ่นรอบการศึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศ โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับวัยรุ่นจำนวน 64 คน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นมีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น และมีการพูดคุยเกี่ยวกับคู่นอนของตน กับพ่อแม่ หรือนักสาธารณสุขก่อนการ มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลจากการวิจัยนั้น พบว่า การรู้เท่าทันสื่อ Media Literacy มีผลกระทบที่เป็นทางบวกต่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพทางเพศ

Bruce E. Pinkleton (2012) ได้ทำการศึกษา บทบาทของการรู้เท่าทันสื่อในการทำให้วัยรุ่นเข้าใจและตอบสนองต่อภาพแทนทางเพศในสื่อมวลชน กับกลุ่มวัยรุ่นจำนวน 922 คน โดยมีใช้การทดสอบก่อนและหลังโดยซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อวัดว่าการรู้เท่าทันสื่อที่มีภาพแทนทางเพศมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจต่อกระบวนการในเรื่องทางเพศอย่างไร ประเมินโดยใช้พื้นฐานจากกระบวนการตีความในการตัดสินใจ ผลของการประเมินชี้ให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการรู้เท่าทันสื่อมีความเข้าใจในเรื่องของการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องทางเพศของวัยรุ่นมากกว่า การให้ความรู้ในเรื่องของการรู้เท่าทันสื่อช่วยเพิ่มขีดจำกัดในการควบคุมการเลือกสื่อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางเพศ นอกจากนี้ วัยรุ่นที่ได้รับการรู้เท่าทันสื่อสามารถทนทานต่อแรงกดดันในรูปแบบอื่นๆ ผลของการวิจัย ยังชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการรู้เท่าทันสื่อมีส่วนร่วมในการช่วยลดต่อพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพและช่วยเพิ่มสมรรถนะการรับรู้ โปรแกรมการรู้เท่าทันสื่อ นี้ยังมีผลต่อเจตคติทาง ตรงกับการชะลอกิจกรรมทางเพศ โดยพบว่า มีผลกระทบ กับเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง โดยเด็กชายนั้นมีเจตคติและความเชื่อที่เป็นทางบวกมากกว่าเด็กหญิง

อุริษา นามวุฒิวร (2553) ได้ศึกษาการเปิดรับสื่อละครโทรทัศน์ การรู้เท่าทันสื่อ ความคิดเห็นต่อความนิยมทางเพศ และการเรียนแบบพฤติกรรมชายรักชายในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 400 คน ผลการวิจัยเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อพบว่า การรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง การเปิดรับสื่อ การรู้เท่าทันสื่อ และความคิดเห็นต่อค่านิยมทางเพศเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความคิดเห็นต่อการเลียนแบบพฤติกรรมชายรักชายของ

เยาวชน โดยการเปิดรับสื่อ การรู้เท่าทันสื่อเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงในการอธิบายความคิดเห็นต่อการเลียนแบบพฤติกรรมชายรักชาย ส่วนความคิดเห็นต่อค่านิยมทางเพศเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรง และทางอ้อมในการอธิบายความคิดเห็นต่อการเลียนแบบพฤติกรรมชายรักชาย

7. สุขภาพทางเพศในด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

Smith A, Agius P, Mitchell A, Barrett C, Pitts M. (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพทางเพศกับนักเรียนมัธยมศึกษาในปี 2008 โดยเป็นผลจากการสำรวจระดับชาติครั้งที่ 4 กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ของประเทศ ออสเตรเลีย เกี่ยวกับเรื่อง เอชไอวี / เอดส์ และสุขภาพทางเพศ พบว่านักเรียนส่วนมากนั้นมีการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ จากการคุยกับแม่เพื่อนหญิงเป็นส่วนใหญ่ และจากการร่วมโครงการกับโรงเรียน หรือศึกษาจากแผ่นพับ และพบว่าแพทย์ถือเป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ที่สุด และพบว่า นักเรียนมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น และกล้าสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่พี่มากขึ้น

Celia McMichael and Sandra Gifford (2009) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในกลุ่มเยาวชนที่เป็นผู้ลี้ภัยที่ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในเมลเบิร์น ประเทศ ออสเตรเลีย ในช่วงเดือนสิงหาคมถึง ธันวาคม ปี ค.ศ. 2007 ผลการศึกษาในประเด็นการสื่อสาร พบว่าเยาวชนผู้ลี้ภัยทุกคนมีความต้องการคล้ายกันคือไม่มีใครอยากได้ยินเกี่ยวกับเรื่องเพศ เรื่องเพศจึงยังคง เป็นเรื่องที่ต้องเก็บซ่อนไว้ไม่มีใครพูดถึงมากเพราะ ประเด็นทางวัฒนธรรม เยาวชนยังมีความคิดว่าการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยยังเป็นเรื่องของผู้ใหญ่ เป็นเรื่องยากที่จะพูดสื่อสารในเรื่องเพศสัมพันธ์กับพ่อแม่ของพวกเขา แหล่งความรู้ที่สำคัญที่สุดในเรื่องเพศ คือ เครือข่ายทางสังคมของเยาวชนเอง เยาวชนหลายคนได้อธิบายว่าเค้าชอบมากกว่าที่จะพูดเรื่อง เพศสัมพันธ์กับเพื่อน เนื่องจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมทำให้เยาวชนส่วนใหญ่มีความอายทำให้เยาวชนหลายคนไม่กล้าที่จะพูดถึงเรื่องเพศแม้แต่กับครอบครัว และกลัวการเข้าไปขอคำแนะนำจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ เนื่องจากกลัวว่าข้อมูลอาจถูกเปิดเผย อีกทั้งบริบทในเรื่องของการย้ายเข้ามาอยู่มีผลที่ทำให้ความต้องการความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ น้อยไป เพราะมีเรื่องอื่นๆ ที่สำคัญกว่า เช่น การหาที่อยู่ การหางาน การต้องช่วยเหลือคนในครอบครัว การหาที่เรียน การเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศยังพบว่า เยาวชนส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ โดยให้เป็นการเรียนในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ก่อนที่พวกเขาเหล่านั้นจะไปมีเพศสัมพันธ์

กมลทิพย์ ทิพย์สังวาล รุ่งรัตน์ ศรีสุริยะเวศน์ และพ รรณภา หอมสินธุ์ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดาและบุตรวัยรุ่นหญิงตอนต้น อายุระหว่าง 11 – 15 ปี จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมมีทัศนคติทางการสื่อสารทางเพศ ($p < .001$) ความสะดวกใจในการสื่อสาร ($p < .05$) และทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ($p < .05$) ดีกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ผ่านการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสื่อสารในเรื่องเพศมีบทบาทสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมารดาในการสื่อสารกับลูกสาวเกี่ยวกับการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผลลัพธ์ยังทำให้พ่อแม่ และลูกต่างมีความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศเพิ่มขึ้นมีเจตคติทางบวกต่อการสื่อสารมากขึ้น และรับรู้ปัญหาการสื่อสารเรื่องเพศลดลง การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมยังเป็นการช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกได้

กรรณิกา บัญญัติ (2556) อิทธิพลของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู การสื่อสารเรื่องเพศ และการเฝ้าสังเกตของบิดามารดาที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 89 คน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย การสื่อสารเรื่องเพศ และการเฝ้าสังเกตของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .546$, $r = .456$, และ $r = .463$, $p < .01$ ตามลำดับ) ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมได้ดีที่สุดคือ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย โดยสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 29.8 และตัวแปรที่สามารถทำนายเป็นลำดับที่ 2 คือ การเฝ้าสังเกตของบิดามารดา ทำนายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 18.9 โดยตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 48.7 ($R^2 = .487$, $F_{2,86} = 40.757$, $p < .001$)

วรรณิ เตียววิศเรศ กิ่งกาญจน์ คงสาคร และศิริพร ภาณุวาทกุล (2554) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและวัยรุ่นในครอบครัวไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองหลัก และบุตรวัยรุ่นอายุระหว่าง 10 -15 ปี ผลการศึกษาพบว่า บุตรวัยรุ่นและผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อทางบวกของการสื่อสารเรื่องเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.25 \pm 0.53$ และ $x = 3.41 \pm 0.71$) ตามลำดับบุตรและผู้ปกครองมีความเชื่อเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศโดยรวม ($p = 0.0213-0.0932$) ไม่ต่างกัน ยกเว้นความรู้สึกลำบากใจที่ต้องพูดคุยเรื่องเพศ พบว่า บุตรวัยรุ่นเชื่อว่ารู้สึกลำบากใจที่จะคุยมากกว่าผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(120) = 1.98$, $p = .05$) และบุตรวัยรุ่นและผู้ปกครองมีลักษณะส่วนบุคคลต่างกัันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อทางบวกเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศไม่ต่างกัน

แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์ (2553) ได้ศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนสำหรับผู้ปกครองเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาแก่บุตรหลานวัยรุ่น ประชากรเป็นผู้ปกครองที่มีบุตรหลานมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นระหว่าง 11-14 ปี พักอาศัยอยู่ด้วยกัน ที่เข้ารับคำปรึกษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ปกครองมีความต้องการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง โดยต้องการเรียนรู้ในด้านทักษะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรมทางเพศ ด้านสุขอนามัยทางเพศ และด้านการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา อยู่ในระดับมาก ในขณะที่บุตรหลานต้องการเรื่องเพศศึกษาอยู่ในระดับมาก โดยต้องการเรียนรู้ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านสุขอนามัยทางเพศและด้านสังคมและวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง 2) โปรแกรมการศึกษาเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาประกอบด้วย 6 หน่วยการเรียนรู้ คือ การเข้าใจเรื่องเพศ การสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่น เมื่อลูกโตเป็นหนุ่มเป็นสาว การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะการแก้ไขปัญหา และการเข้าใจสัมพันธ์ภาพของวัยรุ่น 3) โปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่พัฒนาขึ้น สามารถเสริมสร้างความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาของผู้ปกครองแก่บุตรหลานวัยรุ่นได้ โดยผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา เจตคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา

ทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้นกว่า ก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้บุตรหลานของกลุ่มทดลองก็มีการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาของผู้ปกครองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วย 4) ปัจจัยที่ส่งเสริมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นคือปัจจัยด้านผู้เรียน ด้านผู้สอน ด้านเนื้อหาและด้านกิจกรรมการเรียนรู้ ส่วนเงื่อนไขของการใช้โปรแกรมคือเจตคติของผู้เรียน การออกแบบกลุ่มผู้เรียนให้เหมาะสม ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ ส่วนปัญหาในการนำโปรแกรมไปใช้คือ การใช้สื่อการเรียนรู้ในการอบรม และสถานที่อบรม

สายทิพย์ สพมานะ (2552) ได้ศึกษาการสื่อสารในครอบครัวกับทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2-3 ปีการศึกษา 2552 จำนวน 436 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับเรื่องเพศจากสื่อบุคคล ได้แก่ เพื่อนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวเป็นแบบเปิดมากที่สุด รองลงมาเป็นแบบปิด และแบบปล่อย กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์แบบยึดมั่นประเพณี รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวที่เป็นแบบเปิดและแบบปิดมีความสัมพันธ์กับทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์แบบยึดมั่นประเพณี ส่วนรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยมีความสัมพันธ์กับทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ยึดมั่นประเพณี

ชลนิทรา แสงบุราณ (2551) ได้ศึกษารูปแบบการเลี้ยงดูและการสื่อสารเรื่อง เพศระหว่างมารดาและบุตรสาวต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นหญิงเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตการศึกษาที่ 1 2 และ 3 ผลการศึกษาพบว่า มารดามีการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาวโดยรวมน้อย โดยเฉพาะในด้านการสืบพันธุ์ การปฏิสนธิ การคบเพื่อนต่างเพศ การปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และผลกระทบการจัดการกับอารมณ์ทางเพศ แต่จะมีการสื่อสารเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีรอบเดือน (ระดู) เช่น วิธีการใส่ผ้าอนามัย การรักษาความสะอาดอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 2.62 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 0.7 ส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ร้อยละ 72.6 ปัจจัยด้านอายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของมารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมทางเพศของบุตรสาว ปัจจัยด้านรายได้ที่ได้รับจากบิดามารดา การสื่อสารเรื่องเพศ สถานที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมทางเพศของบุตรสาว ($p\text{-value} < .05$ และ $.01$ ตามลำดับ) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศของบุตรสาว ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดู การสื่อสารเรื่องเพศ และสถานที่อยู่อาศัย ซึ่งสามารถทำนายได้ ร้อยละ 5.7 ผลการศึกษารังนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้มีนโยบายด้านต่างๆ ที่ส่งเสริมให้มีการสื่อสาร ระหว่างมารดากับบุตรสาว ควร มีการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการตระหนักถึงผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยให้วัยรุ่นมีทักษะในการปฏิเสธ การเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น รวมทั้งการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่อาจเกิดขึ้นกับวัยรุ่น

อาภาพร เฝ้าวัฒนา (2551) ได้ศึกษาความแตกต่างของรูปแบบการเลี้ยงดูต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดา และบุตรสาวอำนาจการต่อรองในสัมพันธภาพทางเพศความนึกคิดที่ใช้ในสัมพันธภาพการรับรู้สมรรถนะทางเพศและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นหญิงที่อาศัยในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-20 ปี (อายุเฉลี่ย 17 ปี) จำนวน 343 คน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นร้อยละ 28.4 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 17.8 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ร้อยละ 51.6 รองลงมาคือการเลี้ยงดูแบบคุ้มครอง ร้อยละ 4.7 มารดาพูดคุยด้วยเป็นบางครั้งในเรื่องความต้องการทางเพศการคบเพื่อนต่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์ และผลกระทบส่วนใหญ่ มีอำนาจ ต่อรอง ในสัมพันธภาพ และรับรู้ความสามารถในสัมพันธภาพ ต่ำใช้ความนึกคิดในสัมพันธภาพในการจำกัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ รูปแบบการเลี้ยงดูที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะตนเองในเรื่องเพศด้านการปฏิเสธ ($F=3.06$, $p\text{-value}=0.010$) การป้องกัน ($F=3.32$, $p\text{-value}=0.006$) และความถี่ในการสื่อสารเรื่องเพศ ($F=2.90$, $p\text{-value}=0.014$)

วิศนีย์ บุญหมั่น (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างบิดา และ บุตรชายวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 34 คน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บิดาที่มีบุตรชายกำลังศึกษาอยู่ใน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อายุ 11-14 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านเจตคติและการปฏิบัติตน ในการสื่อสารเรื่องเพศ แต่แตกต่างกันในด้านความรู้เรื่องเพศและการสื่อสารเรื่อง เพศโดยพบว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลอง หลังการ ทดลอง 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ ($p < 0.001$) เจตคติ ($p < 0.05$) และ การปฏิบัติตนในการสื่อสารเรื่องเพศ ($p < 0.001$) มีค่าสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บิดาสอดวกใจที่จะพูดคุยกับบุตรในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สัมพันธภาพ กับเพื่อนต่างเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ตามลำดับ แต่เรื่องที่บิดาไม่สะดวกใจที่จะพูดคุยกับบุตร คือ การ จัดการกับอารมณ์ทางเพศ การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ตนในการสื่อสารเรื่องเพศของบิดาได้ ซึ่งทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศของบิดาจะเป็นกุญแจสำคัญในการลด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

พรฤดี นิธิรัตน์ (2550) ได้ศึกษาสถานการณ์การสื่อสารเรื่องเพศศึกษาระหว่างพ่อแม่กับลูกวัยรุ่นในครอบครัวไทย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย และผู้ปกครอง ที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 56 คน ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่กับลูกวัยรุ่นเกิดขึ้นในบางครอบครัว เนื้อหาที่พูดคุยกันส่วนใหญ่เป็นการเตือนไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ มีเพียงไม่กี่ครอบครัวที่พูดคุยเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย พ่อแม่ไทยส่วนใหญ่สอนเรื่องเพศจากประสบการณ์ตรงของตนเองเป็นหลัก พ่อแม่หลายคนยอมรับว่าตนเองไม่มีความสามารถในการเป็นผู้สอนเรื่องเพศ สำหรับครอบครัวที่ไม่พูดคุยเรื่องเพศ ให้เหตุผลหลักว่าลูกยังเด็กเกินไปที่จะเรียนรู้เรื่องเพศ สรุปได้ว่ามีบางครอบครัวที่มีการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา แต่เนื้อหาที่สื่อสารกันนั้น เป็นเพียงเนื้อหาบางส่วนของเพศศึกษาเท่านั้น อุปสรรคสำคัญที่สุดของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวคือ การที่พ่อแม่มองว่าลูกของตนยังเด็กเกินไปที่จะเรียนรู้เรื่องเพศ

นรมนต์ มหาศิริมงคล (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่นตอนต้นกับพ่อแม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2548 จำนวน 264 คน เป็นเพศชาย 138 คน เพศหญิง 126 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่นตอนต้นกับพ่อแม่ คือ การเฝ้าสังเกตของผู้ปกครอง เพศของวัยรุ่น เพศของผู้ปกครอง และการเลี้ยงดูในแบบเอาใจใส่โดยปัจจัยดังกล่าวสัมพันธ์ต่อการสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่นตอนต้นกับพ่อแม่ถึงร้อยละ 21.50 ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ประภาพร สุวรรณภู (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของมารดาในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาววัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรสาววัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียน ในเขตอำเภอพยุหะคีรี จ.มหาสารคาม ปีการศึกษา 2547 จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง 5 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาววัยรุ่นตอนต้น ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) หลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เจตคติความสนใจ และการปฏิบัติในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาววัยรุ่นตอนต้นดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) หลังการทดลอง 5 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาววัยรุ่นตอนต้นดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คณิตรา พุทธรักษาโร (2548) ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดาและบุตรสาววัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของมารดากลุ่มทดลองในด้านความรู้เรื่องเพศศึกษาทัศนคติต่อการสื่อสารในเรื่องเพศ และการปฏิบัติการสื่อสารในเรื่องเพศระหว่างมารดา และบุตรสาววัยรุ่น ซึ่งทำการวัดผลภายหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีค่าเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประสบผลสำเร็จของโปรแกรมการสื่อสารนี้ เนื่องจากการดามีเวลาทบทวนความรู้และได้นำไปใช้ปฏิบัติจริงจึงมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น การใช้ประสบการณ์ชีวิตของมารดา กลุ่มเพื่อนมารดาต้นแบบ และการประเมินตนเองของมารดาเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาการรับรู้ในเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศ มารดาส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสะอึกใจที่จะพูดกับบุตรสาวในเรื่องของพัฒนาการทางเพศ สุขอนามัย บทบาทและค่านิยมทางเพศ และทักษะส่วนบุคคล แต่ถึงอย่างไรก็ยังมีมารดาจำนวนไม่น้อยที่มีความรู้สึกกลัวปากใจที่จะพูดถึงเรื่อง ความสัมพันธ์ทางเพศ การคุมกำเนิด การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ กับบุตรสาวของตน โดยให้เหตุผลว่าบุตรสาวของตนยังเด็กเกินกว่าที่จะเรียนรู้ในเรื่องเหล่านี้ จากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศให้แก่มารดาได้ ทั้งนี้ในการพูดคุยเรื่องเพศกับบุตรสาว มารดาควรจะต้องเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมกับวัยและระยะของพัฒนาการทางเพศของบุตร เพื่อเป็นการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของบุตรสาววัยรุ่นในแต่ละช่วงวัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ การสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น ระยะการพัฒนาแบบจำลองการวัดของ ตัวชี้วัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น และระยะตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับ วัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐาน กับข้อมูลเชิง ปริมาณ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

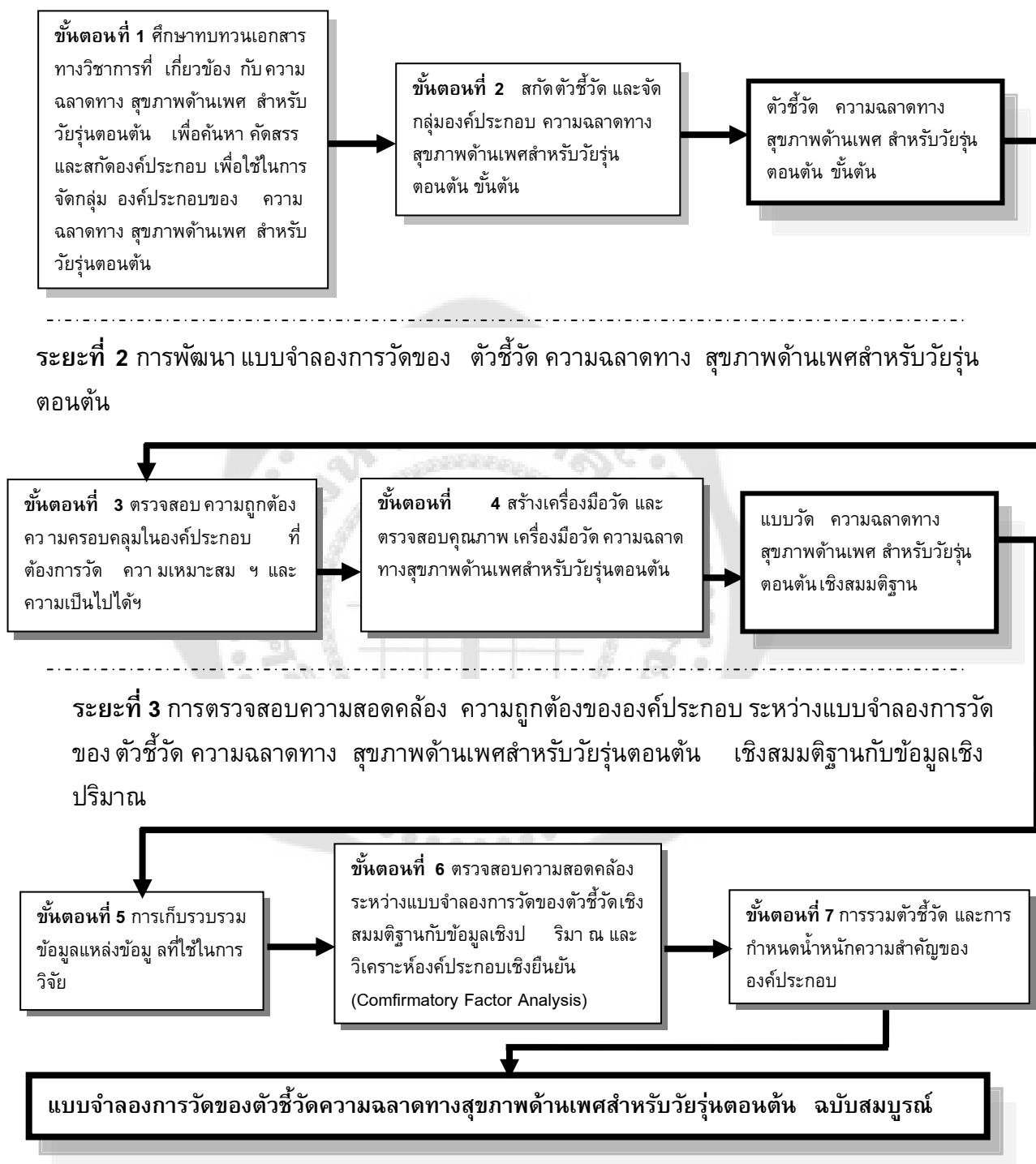
การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่น ตอนต้น โดยใน ระยะนี้เป็นการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น อย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) แล้วทำการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อค้นหา คัดสรร และสกัดตัวชี้วัด จากนั้นนำตัวชี้วัดมาจัดกลุ่มองค์ประกอบ ของความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับ วัยรุ่นตอนต้น โดยนำตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จากระยะที่ 1 มาตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จากผู้เชี่ยวชาญ และนำมาปรับตัวชี้วัด ขององค์ประกอบ ความฉลาด ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จากนั้นจึงดำเนินการสร้างเครื่องมือวัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น (ฉบับร่าง) และนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อ ตรวจสอบหา คุณภาพของเครื่องมือ

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้อง ขององค์ประกอบระหว่างแบบจำลองการวัดของ ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยในระยะที่ 3 นี้เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง แบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐาน กับข้อมูลเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรม LISREL ดังภาพประกอบ 2

ระยะที่ 1 การสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น



ภาพประกอบ 2 ระยะการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ องค์ประกอบ และจัดกลุ่ม ตัวชี้วัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น สำหรับใช้เป็นแนวทางในการสร้าง และพัฒนาตัวแปร องค์ประกอบ ในการสร้าง ตัวชี้วัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดย ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ในระยะการวิเคราะห์ องค์ประกอบ และจัดกลุ่ม ตัวชี้วัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดย ในระยะนี้เป็นการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการและ สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น อย่างเป็น ระบบ (Systematic Reviews) ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ .ศ. 2546 - 2556 และเผยแพร่ใน ฐานข้อมูลในประเทศ Thai Digital Collection – Thai Library Integrated System (TDC-ThaiLIS) และฐานข้อมูล Thai Journals Online (ThaiJo) และเผยแพร่ใน ฐานข้อมูล ต่างประเทศได้แก่ ฐานข้อมูล Pub Med และฐานข้อมูล SCOPUS แล้วทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อ ค้นหาศัตรู และสกัด องค์ประกอบเพื่อจัดกลุ่ม องค์ประกอบของความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ขั้นตอนที่ 2 นำองค์ประกอบและตัวชี้วัดดังกล่าวไปสร้างตัวชี้วัด ความฉลาดทาง สุขภาพ ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ขั้นต้น เพื่อให้ ผู้เชี่ยวชาญด้านความสุขทางเพศ หรือเพศศึกษา ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบจำลองการวัดของ ตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับ วัยรุ่นตอนต้น

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างแบบจำลองการวัดของ ตัวชี้วัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐาน โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 นำร่างองค์ประกอบ และตัวชี้วัด ดังกล่าวไปตรวจสอบความถูกต้อง ความ เหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้เป็น ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับ วัยรุ่นตอนต้น จากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดย ความเห็นชอบของคณะกรรมการ ควบคุมปริญญาโท ปรกอบ ด้วยผู้เชี่ยวชาญที่เป็น นักวิชาการที่มีผลงานการศึกษาค้นคว้า วิจัย ด้านความสุขทางเพศ หรือเพศศึกษา ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและความเป็นไป ได้ของตัวชี้วัด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำตัวชี้วัดที่ได้จากการคัดสรร และมาจัดกลุ่มองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เพื่อ สร้างแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความถูกต้องของ ตัวชี้วัดจากผู้เชี่ยวชาญด้านความฉลาดทางสุขภาพ

2. เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ 2 กลุ่ม จำนวน 9 คน แบ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านความสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา จำนวน 5 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 9 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาคูณลักษณะผู้เชี่ยวชาญจาก ผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ข้องกับด้านความสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และคัดเลือกข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องต้องกันว่า สามารถวัดตัวชี้วัด นั้นๆ ได้ถูกต้อง และเพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่มีความถูกต้องอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึง ได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวชี้วัด ที่มีความถูกต้อง โดยพิจารณาคัดเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ ที่มากกว่า 0.5 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2541: 240-247) ถือว่าองค์ประกอบนั้นเป็นตัวแทนของคุณลักษณะ หรือองค์ประกอบที่ต้องการวัดมาสร้างแบบสอบถามความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ขององค์ประกอบตัวชี้วัดและปรับปรุง แก้ไข องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นที่ต้องการวัด ก่อนนำไปสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

4. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 3 มาวิเคราะห์เพื่อหาองค์ประกอบตัวชี้วัดที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา (เกียรติสุดา ศรีสุข. 2545: 108) ดังนี้

1) ความเหมาะสมพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความเหมาะสมและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งยึดเกณฑ์ค่าเฉลี่ยเป็นหลัก ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
มากกว่า 3.50	องค์ประกอบตัวชี้วัดนั้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.50	องค์ประกอบตัวชี้วัดนั้นไม่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

2) ความเป็นไปได้ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามองค์ประกอบตัวชี้วัดนั้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งยึดเกณฑ์ค่าเฉลี่ยเป็นหลัก ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
มากกว่า 3.50	องค์ประกอบตัวชี้วัดนั้นมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.50	องค์ประกอบตัวชี้วัดนั้นไม่มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

โดยองค์ประกอบตัวชี้วัดนั้นๆ จะต้องผ่านเกณฑ์การพิจารณาทั้งในด้านความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น จึงจะถือว่าเป็นองค์ประกอบที่มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นได้

ขั้นตอนที่ 4 นำร่างองค์ประกอบ และตัวชี้วัดในขั้นตอนที่ 3 มาปรับแก้ และนำไปร่างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น โดยมีลำดับขั้นดังนี้

1. นำร่างองค์ประกอบ และตัวชี้วัดในขั้นตอนที่ 3 มาปรับแก้ และนำไปร่างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ที่มีลักษณะเป็น แบบสถานการณ์ ตัวเลือกทุกคำตอบ มีคะแนน ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน และแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีการแปลงคำตอบเป็นตัวเลือก

2. นำแบบวัดฯ ดังกล่าวมาให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน ตรวจสอบความชัดเจนในการสื่อความหมาย โดยพิจารณาคัดเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นสามารถนำไปใช้เป็นแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นได้

3. นำแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือกับนักเรียน ที่กำลังศึกษาในช่วงชั้นที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง ยืนยัน จำนวน 60 คน ตอบแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ตามลำดับดังนี้

3.1 ในขั้นแรกผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จากเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษา ทั้งหมด 42 เขตพื้นที่การศึกษา สุ่มมาศึกษาจำนวน 2 เขตพื้นที่การศึกษา คือ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4

3.2 จากนั้นผู้วิจัยใช้ การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อสุ่มโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตละ 1 โรงเรียน โดยผู้วิจัยกำหนด เกณฑ์และวิธีการได้มาซึ่งโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.2.1 เลือกเฉพาะโรงเรียนขนาดใหญ่ หรือใหญ่พิเศษ ที่มี จำนวนนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ ตั้งแต่ 1,500 คนขึ้นไป

3.2.2 เป็นโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือช่วงชั้นที่ 3 รวมไม่ต่ำกว่า 500 คน

3.2.3 ทำการสุ่มออกมา เขตละ 1 โรงเรียน สุ่มได้โรงเรียนปทุมวิไล เป็นโรงเรียนที่เป็นตัวแทนของสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 และโรงเรียนกุนนทีรุทธธารามวิทยาคม เป็นโรงเรียนที่เป็นตัวแทนของเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2

3.3 จากนั้นดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยผู้วิจัยได้กำหนดโควตา (Quota) นักเรียนที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละโรงเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยในแต่ละระดับชั้นแบ่งเป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 5 คน รวมทั้ง 3 ระดับชั้นเป็นจำนวน 30 คน รวมทั้ง 2 โรงเรียนเป็นจำนวนทั้งสิ้น 60 คน จากนั้นผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์คุณภาพ

1. ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของ แบบวัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item Total Correlation)

2. หาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล มาปรับให้เป็น ตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น ฉบับสมบูรณ์ แล้วนำมาสร้างเป็นแบบจำลองการวัด ตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐาน

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้อง ขององค์ประกอบระหว่างแบบจำลองการวัด ของ ตัวชี้วัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองการวัด ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิง ประจักษ์ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ขั้นตอนที่ 5 การเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

1. นำตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นที่ได้ จากระยะที่ 2 ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจึงจำเป็นต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสม ซึ่ง Hair, Tatham, Anderson & Black (2009) ได้เสนอวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์ โดยพิจารณาจากจำนวนตัวแปรในการวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 5 หรือ 10 เท่าของจำนวนตัวแปร ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยกำหนดเท่ากับ 600 คน (คิดเป็น 21 เท่าโดยประมาณ) และใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ตามลำดับดังนี้

1.1 ในขั้นแรกผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster (Area) Random Sampling) จากเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาทั้งหมด 42 เขตพื้นที่การศึกษา สุ่มมาศึกษาจำนวน 2 เขตพื้นที่การศึกษา คือ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4

1.2 จากนั้นผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อสุ่มโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตละ 1 โรงเรียน โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์และวิธีการได้มาซึ่งโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.2.1 เลือกเฉพาะโรงเรียนขนาดใหญ่ หรือใหญ่พิเศษ ที่มีจำนวนนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ ตั้งแต่ 1,500 คนขึ้นไป

1.2.2 เป็นโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หรือช่วงชั้นที่ 3 รวมไม่ต่ำกว่า 500 คน

1.2.3 ทำการสุ่มออกมาเขตละ 1 โรงเรียน สุ่มได้โรงเรียนปทุมวิไลเป็นโรงเรียนที่เป็นตัวแทนของสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 และโรงเรียนกุนนทีรุทธารามวิทยาคม เป็นโรงเรียนที่เป็นตัวแทนของสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2

1.3 จากนั้นดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยผู้วิจัยได้กำหนดโควตา (Quota) นักเรียนที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละโรงเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยในแต่ละระดับชั้นแบ่งเป็นเพศชาย 50 คน เพศหญิง 50 คนรวมทั้ง 3 ระดับชั้นเป็นจำนวน 300 คน รวมทั้ง 2 โรงเรียนเป็นจำนวนทั้งสิ้น 600 คน

2. ผู้วิจัยให้นักเรียนตอบแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ จากนั้น ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองการวัดของ ตัวชี้วัดเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยได้นำผลคะแนนที่ได้จากนักเรียนที่ทำแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้นมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL)

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยในขั้นตอนแรก เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับหนึ่ง (First Order Confirmatory Factor Analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์แบบจำลอง ตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อสร้างสเกลขององค์ประกอบ และในตอนที่สอง เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second Order Confirmatory Factor Analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์แบบจำลอง ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น เพื่อสร้างสเกลองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ในภาพรวม

ขั้นตอนที่ 7 การรวมตัวชี้วัด และการกำหนดน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการในสามส่วนคือ ส่วนที่หนึ่งผู้วิจัยดำเนินการรวมตัวชี้วัด และกำหนดน้ำหนักความสำคัญของ ตัวชี้วัดแต่ละตัว ชี้วัดขององค์ประกอบต่างๆ ของ ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient)

ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงอิทธิพลของตัวชี้วัดแต่ละตัวตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบที่พิจารณา ว่าส่งผลต่อองค์ประกอบนั้นๆ มากน้อยเพียงใด โดยค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบดังกล่าวได้จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง (First Order Confirmatory Factor Analysis) จากนั้นจึงสร้างเป็นสมการสเกลองค์ประกอบเรียงตามรายองค์ประกอบที่พิจารณา ในส่วนที่สอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวมองค์ประกอบและกำหนดน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบของความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงอิทธิพลขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบ ว่าส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นมากน้อยเพียงใด โดยค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบดังกล่าวได้จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second Order Confirmatory Factor Analysis) จากนั้นจึงสร้างเป็นสมการสเกลองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น และในส่วนที่สาม ผู้วิจัยนำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง มาบวกรวมกันแล้วเปรียบเทียบสัดส่วน ให้เป็นค่าน้ำหนัก ความสำคัญในรูปร้อยละของความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น เพื่อจัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความถูกต้องของ ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ของความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

ใช้สำหรับตรวจสอบความถูกต้องของ ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ที่ต้องการวัด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 เมื่อแน่ใจว่า ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ สามารถวัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นนั้นถูกต้อง

0 เมื่อไม่แน่ใจว่า ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ นี้สามารถวัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นนั้นถูกต้องหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ นี้สามารถวัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นนั้นไม่ถูกต้อง

ตัวอย่าง

คำชี้แจง ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดตามองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ว่ามีความถูกต้องหรือไม่ โดยพิจารณาจาก 2 ประเด็น คือ

1. พิจารณาตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ แต่ละตัว ว่าสามารถวัดความฉลาดทาง สุขภาพ ด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นว่ามีความถูกต้องหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ ตามความคิดเห็นของท่าน และหากไม่เห็นด้วยกรุณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. พิจารณาว่าโดยภาพรวมแล้ว กลุ่มตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ นี้สามารถวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นนั้นมีความครอบคลุมคุณลักษณะสำคัญของวัยรุ่นตอนต้น ที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ตามที่ต้องการวัดหรือไม่ หากท่านคิดว่ายังไม่ครอบคลุมและมีตัวชี้วัด อื่นๆ ที่ท่านคิดว่าสามารถวัดคุณลักษณะสำคัญนั้นได้ดีกว่า โปรดกรุณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่าง

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ	ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
	ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
1. องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ				
1.1 วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย	✓			

คำอธิบาย

- คำตอบ ✓ ในช่องถูกต้อง แสดงว่า ผู้ตอบคิดว่า การวิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย เป็นตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ที่ถูกต้องสามารถวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นได้

2. แบบสอบถามเรื่องความเหมาะสมของตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่จะนำไปใช้สร้าง ตัวชี้วัดความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ในการใช้เป็นตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่จะนำไปใช้สร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

ใช้สำหรับตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการ นำตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ไปใช้สร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

2.1 ความเหมาะสม ของตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ที่จะนำไปใช้สร้าง ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

ตัวอย่าง

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่า ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ที่จะนำไปใช้สร้าง ตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นต่อไปนี้มีความเหมาะสมที่จะไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ที่จะนำ ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ที่จะนำไปใช้สร้าง ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นหรือไม่เพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความคิดเห็นของท่าน

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ	ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัด					ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูล				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ										
1.1 วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย										✓

คำอธิบาย

- คำตอบ ✓ ในช่องความเหมาะสมที่จะนำ ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ไปใช้สร้าง ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นซึ่งตรงกับหมายเลข 5 (มากที่สุด) แสดงว่า ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าการรู้และจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มี สุขภาพทางเพศที่ดี มีความเหมาะสมมากที่สุดที่จะ นำตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ไปใช้สร้าง ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

- คำตอบ ✓ ในช่องความเหมาะสมที่จะนำ ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ไปใช้สร้าง ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นซึ่งตรงกับหมายเลข 4 (มาก) แสดงว่า ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าการรู้และจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มี สุขภาพทางเพศที่ดี มีความเป็นไปได้มากที่จะนำตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ ไปใช้สร้าง ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

3. แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

ใช้สำหรับวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ
- 2) ด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ
- 3) ด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน
- 4) ด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ
- 5) ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง
- 6) ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ
- และ 7) ด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสถานการณ์ และแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5.1 แบบสถานการณ์ มีลักษณะเป็นโจทย์สถานการณ์โดยให้นักเรียนพิจารณาและเลือกคำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับพฤติกรรม ความคิดเห็นหรือเหตุผลของนักเรียนเสมือนกับเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตัวนักเรียนเองมากที่สุด โดนมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ให้ 4 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากที่สุด
- ให้ 3 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมาก
- ให้ 2 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศปานกลาง
- ให้ 1 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศน้อย
- ให้ 0 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่า ไม่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ

5.2 แบบมาตราส่วนประมาณค่า มีลักษณะเป็นข้อคำถาม โดยให้วัยรุ่นตอนต้นพิจารณาและเลือกคำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความคิดเห็นหรือพฤติกรรมการปฏิบัติของวัยรุ่นตอนต้นมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าข้อความใดมีลักษณะเป็นข้อความทางบวก

- ให้ 4 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นมากที่สุด
- ให้ 3 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นมาก
- ให้ 2 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นปานกลาง
- ให้ 1 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นน้อย
- ให้ 0 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นน้อยที่สุด

ถ้าข้อความใดมีลักษณะเป็นข้อความทางลบ

- ให้ 4 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นน้อยที่สุด
- ให้ 3 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นน้อย
- ให้ 2 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นปานกลาง
- ให้ 1 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นมาก
- ให้ 0 คะแนนเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นมากที่สุด

5.3 การกำหนดเกณฑ์กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ โดยใช้การวิเคราะห์คะแนนมาตรฐาน T ปกติ (Normalized T-Score) มีการจำแนกกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับสูงมาก กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับสูง กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับปานกลาง กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับต่ำ และกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับต่ำมาก โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับ ดังนี้

คะแนน T 65 ขึ้นไป	แปลว่า	เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนน T ระหว่าง 55 -64	แปลว่า	เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับสูง
คะแนน T ระหว่าง 45 – 54	แปลว่า	เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับปานกลาง
คะแนน T ระหว่าง 35 - 44	แปลว่า	เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับต่ำ
คะแนน T ระหว่าง 34 และต่ำกว่า	แปลว่า	เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ถึง

1.1 ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ทำแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความถูกต้องของตัวชี้วัดตามองค์ประกอบในการนำไปสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ความเหมาะสมของตัวชี้วัดตามองค์ประกอบในการนำไปสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ของตัวชี้วัดตามองค์ประกอบในการนำไปสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

1.2 ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ในกรณีศึกษาด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนในระดับช่วงชั้นที่ 3 ในการตอบแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.1 ข้อมูลจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) แล้วทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1 การวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น โดยพิจารณาจากค่าความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งในส่วนของความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการอธิบายข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ดำเนินการศึกษา โดยนำเสนอในรูปของความถี่และร้อยละ

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบปัญหาการวิจัย ดำเนินการดังนี้

2.3.1 ตรวจสอบ ความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหาของ ตัวชี้วัด โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง

2.3.2 ตรวจสอบความเหมาะสมของตัวชี้วัด ที่จะนำไปใช้วัดตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ได้กับเกณฑ์ที่กำหนด

2.3.3 ตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ได้กับเกณฑ์ที่กำหนด

2.3.4 ตรวจสอบความเหมาะสมของแบบจำลองการวัด ของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิง ปริมาณ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน

วิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของ ตัวชี้วัด ที่ได้ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

2. สถิติสำหรับตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 ความเที่ยงตรง (Validity) วิเคราะห์โดยพิจารณาจาก

2.1.1 ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่สามารถให้สารสนเทศเกี่ยวกับสภาพหรือคุณลักษณะของ วัยรุ่นตอนต้น ที่มีความฉลาดทาง สุขภาพ ด้านเพศ ได้อย่างถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง

2.1.2 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เป็นคุณสมบัติของแบบวัด / แบบวัด ที่สามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาในแต่ละด้าน ซึ่งหาได้โดยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณา ตรวจสอบแล้วดำเนินการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป

2.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัด / แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น หมายถึงความคงที่ของคะแนนของผู้ทำแบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น แต่ละคนจากการทำแบบวัดนั้นๆ ซึ่งวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

2.3 อำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบวัด หมายถึง คุณสมบัติของแบบวัด ความฉลาดทาง สุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น ที่สามารถจำแนกหรือแยกผู้ตอบออกโดย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item Total Correlation)

3. สถิติสำหรับใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวชี้วัด โดยคำนวณค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร เพื่อนำผลไปตรวจสอบ ความกลมกลืน ของแบบจำลองการวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น เชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิง ปริมาณ

3.2 การวิเคราะห์แบบจำลองการวัดตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่น ตอนต้น เชิงสมมติฐาน ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จ รูป LISREL (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542) เพื่อ

3.2.1 ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบจำลองการวัดของ ตัวชี้วัด ด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.2 ตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองการวัด ตัวชี้วัด ด้วยข้อมูลเชิง ปริมาณ เป็นการตรวจสอบความกลมกลืนของข้อมูลเชิง ปริมาณกับแบบจำลองการวัด ตัวชี้วัดเชิง สมมติฐานที่สร้างขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit measures) เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของแบบจำลองการวัดในภาพรวมทั้งหมด โดยที่การ ตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณกับแบบจำลองการวัด ตัวชี้วัด คือ การตรวจสอบ ความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองวัด ตัวชี้วัดที่สร้างและพัฒนาขึ้นกับข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงที่รวบรวม จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลว่ามีความใกล้เคียงกันมากน้อยเพียงใด โดยพิจารณาจากค่าสถิติ 4 ตัว (Hair; et al. 1995; Kelloway.1996; Maruyama. 1998) ได้แก่

1) ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากรแตกต่างจากเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมที่ประมาณค่าจาก ตัวชี้วัด ที่ต้องการทดสอบหรือไม่ ถ้าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญแสดงว่าเมทริกซ์ ความแปรปรวนร่วม ทั้งสองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งก็หมายความว่าแบบจำลองการวัด ตัวชี้วัด ที่ทดสอบมีความกลมกลืนกัน ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็น 0 กล่าวคือ ถ้าค่าไค-สแควร์ มีค่าต่ำมากหรือมีค่าเท่ากับค่าองศาความเป็นอิสระจะยิ่งดี แสดงว่าแบบจำลองการวัดตัวบ่งชี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ

2) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน(Goodness of Fit Index: GFI) ซึ่ง พิจารณาจากร้อยละของความแปรปรวนร่วมจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถอธิบายได้จากความแปรปรวนร่วมที่ประมาณขึ้นจากตัวชี้วัดที่สร้างขึ้นโดย GFI จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 และ 1 ถ้า GFI มีค่าใกล้ 1 จะดี แสดงว่าแบบจำลองการวัด ตัวชี้วัด ที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิง ปริมาณ เกณฑ์การตัดสินใจที่นิยมใช้คือ ควรมีค่าดัชนี GFI ไม่ต่ำกว่า .90

3) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) ซึ่งเมื่อนำ GFI มาปรับแก้ โดยคำนึงถึงองศาความเป็นอิสระค่า AGFI จะมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ GFI กล่าวคือ ถ้า AGFI มีค่าใกล้ 1 จะดี แสดงว่าแบบจำลองการวัด ตัวชี้วัด ที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ เกณฑ์การตัดสินใจที่นิยมใช้คือ ควรมีค่าดัชนี AGFI ไม่ต่ำกว่า .90

4) ดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ(Root Mean Square Error of Approximation : RMSEA) เป็นดัชนีที่พัฒนาขึ้นโดย สไตเกอร์ (Steiger. 1990) โดยพิจารณาจากค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากรกับเมทริกซ์ ความแปรปรวนร่วมที่ประมาณค่าจากรูปแบบที่ต้องการทดสอบ โดย RMSEA เป็นดัชนีที่สร้างขึ้นจากสถิติไค-สแควร์ ที่มีการแจกแจงแบบ non – central distribution โดยค่า RMSEA ยิ่งมีค่าน้อย และเข้าใกล้ 0 มากขึ้น ก็ยิ่งแสดงว่ารูปแบบนั้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลสูง ซึ่งบรวน์และคูเด็ค (Brown; & Cudeck. 1993) ได้เสนอแนะเกณฑ์การตัดสินใจไว้ว่า รูปแบบที่มีความกลมกลืนควรมีค่า RMSEA ไม่เกิน .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

ข้อมูลการพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ผลการสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาและปรับตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นด้วยโปรแกรมลิสเรล (LISREL)

เพื่อให้การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสะดวกและมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับผล และการแปลความหมาย การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์และความหมายที่ใช้แทนองค์ประกอบและตัวชี้วัดต่างๆ ดังนี้

SHL หมายถึง ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น
ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบ ได้แก่

SHK หมายถึง องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ซึ่งประกอบด้วย
ตัวชี้วัด 7 ตัวชี้วัด ได้แก่

shk1 หมายถึง สามารถวิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของ
ตนได้ถูกต้องสมวัย

shk2 หมายถึง สามารถประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยทางเพศ

shk3 หมายถึง สามารถวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง

shk4 หมายถึง สามารถประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
ได้อย่างเหมาะสม

shk5 หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ

shk6 หมายถึง สามารถประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้
อย่างเหมาะสม

shk7 หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศที่ตนเองควรได้รับ

ARS หมายถึง องค์ประกอบด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ
ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

ars1 หมายถึง มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย

ars2 หมายถึง มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น

ars3 หมายถึง มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ

ars4	หมายถึง	มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
ars5	หมายถึง	มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
RSD	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด ได้แก่
rsd1	หมายถึง	มีการเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน
rsd2	หมายถึง	มีการปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม
rdp3	หมายถึง	มีการยอมรับรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย
MSH	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ ตนเอง ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด ได้แก่
msh1	หมายถึง	มีการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี
msh2	หมายถึง	มีการวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม
msh3	หมายถึง	มีการดำเนินการตามแผนที่กำหนดในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ทางเพศที่วางไว้
msh4	หมายถึง	มีการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตน ด้านสุขภาพทางเพศตามที่วางไว้ได้
PSV	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด ได้แก่
psv1	หมายถึง	สามารถวิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศ ได้ถูกต้อง
psv2	หมายถึง	มีทักษะในการปกป้องตนเองจากการถูกกระทำความรุนแรง และ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
psv3	หมายถึง	รู้จักและสามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อถูกกระทำ ความรุนแรง และถูกล่วงละเมิดทางเพศ
SML	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศซึ่งประกอบด้วย ตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด ได้แก่
sml1	หมายถึง	สามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้
sml2	หมายถึง	สามารถทำการประเมินค่าสิ่งที่สื่อเสนอว่ามีคุณภาพและมีคุณค่ามาก น้อยเพียงไร
sml3	หมายถึง	สามารถเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม
ACS	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด ได้แก่
acs1	หมายถึง	มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ

acs2	หมายถึง	มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูล น่าเชื่อถือ
acs3	หมายถึง	มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ
GFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน
AGFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว
RMSEA	หมายถึง	ดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ
b	หมายถึง	น้ำหนักองค์ประกอบ
SE	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
FS	หมายถึง	สัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ
df	หมายถึง	องศาความเป็นอิสระ
p	หมายถึง	ความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริง
R ²	หมายถึง	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์
**	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญที่ .01

ตอนที่ 1 ผลการสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

การศึกษานี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) เป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยจากแหล่งตีพิมพ์ผลงานวิจัยในประเทศไทย และต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวมาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource)

1.1.1 ผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูลเอกสารฉบับเต็มในรูปอิเล็กทรอนิกส์ หรือ TDC (<http://tdc.thailis.or.th/tdc/>) และ ฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทยหรือ ThaiJO (<http://www.tci-thaijo.org/>) และฐานข้อมูลต่างประเทศ ได้แก่ Pub Med และฐานข้อมูล SCOPUS ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการจากงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และบทความทางวิชาการที่มีความเกี่ยวข้อง

1.1.2 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

1.1.3 สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปสืบค้นเพื่อหางานวิจัยต้นฉบับต่อไป

1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น(Key word) ได้แก่ “สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น” “ตัวชี้วัดสุขภาพทางเพศ” “ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ” “Sexual Health for Adolescents” and “Sexual Health Indicator” “Sexual Health literacy”

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion Criteria)

1.3.1 เป็นงานวิจัย วิทยานิพนธ์ หรือบทความวิชาการในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น หรือการพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น

1.3.2 ระยะเวลาที่รายงานผล หรือตีพิมพ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 – 2556

1.3.3 เป็นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่สามารถค้นหารายงานฉบับเต็มได้ (Full text)

2. ผลการสืบค้นตามข้อ 1 พบ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ หรือบทความวิชาการต่างๆ จำนวน 78 เรื่อง และมีเรื่องที่ผ่านมาคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในข้อ 1.3 ข้างต้น จำนวน 49 เรื่อง แบ่งเป็นภาษาไทย จำนวน 37 เรื่อง ภาษาอังกฤษจำนวน 12 เรื่อง

จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อแยกร่างพบว่ามีตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จำนวนทั้งสิ้น 28 ตัวชี้วัด จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาจัดกลุ่มตัวชี้วัด โดยพิจารณาตามองค์ประกอบซึ่งแสดงได้ดังตาราง 7 ถึงตาราง 13



ตาราง 7 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด											
	Public Health Agency of Canada (2012)	World Health Organization (2010)	Celia McMichael and Sandra Gifford (2009)	Smith A, Agius P, Mitchell A, Barrett C, Pitts M. (2009)	MedFASH (2008)	Shelley Jones and Bonny Norton (2007)	World Health Organization (2006)	ศรีพรชัย ถาวรรัตน์ และคณะ (2556).	มรยาท รุจิวิชญ์ และสารรัตน์ วุฒิอาภา (2555)	อพวช. (2554)	นภาพร หะวานนท์ และคณะ (2554)	หงส์ จิงฟาง (2552)
1. วิเคราะห์และประเมิน ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย										✓		✓
2. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยทางเพศ								✓		✓	✓	✓
3. วิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง			✓	✓						✓	✓	
4. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
6. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม	✓				✓			✓	✓	✓	✓	
7. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศที่ตนเองควรได้รับ		✓			✓		✓		✓	✓	✓	

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด										
	วิมลพรรณ ดอยคำ (2551)	เจนนิพัฐ สมมาตย์ (2550)	นัยน์ชนก หอมโกศล (2550)	ดุริฎฐยา สมสืโส (2550)	วัชรรา สุขแท้ (2546)	รราพงษ์ กักโปและ ปรีณทร เนื่องนาวันดี (2546)	สุจิตรา ทองรอง. (2546)	องค์การแพธ (PATH) (2551) 1	องค์การแพธ(PATH) 2551) 2	องค์การแพธ(PATH) (2551) 3	สำนักวิชาการและมาตรฐาน การศึกษา(2551)
1. วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเองได้ถูกต้องสมวัย	✓				✓			✓	✓	✓	✓
2. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ	✓				✓	✓	✓	✓			✓
3. วิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง								✓	✓	✓	✓
4. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ		✓	✓	✓		✓				✓	✓
6. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
7. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศที่ตนเองควรได้รับ							✓				

ตาราง 8 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศและที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร/
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด									
	World Health Organization (2010)	ศรัทธพรษ์ ภาวรัตน์ และคณะ (2556).	มรรยาท รุจิวิชญ์ และสารรัตน์ วุฒิกานา (2555)	วารุณี ฟองแก้ว และคณะ (2554)	นภาพรณ หะวานนท์ และคณะ(2554)	อพวช. (2554)	สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2553)	วิมลพรรณ ดอยคำ (2551)	องค์การแพธ (PATH) (2551) ¹	องค์การแพธ(PATH) (2551) ²
1. มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย						✓			✓	✓
2. มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น	✓				✓				✓	✓
3. มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ	✓					✓	✓			✓
4. มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
5. มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ		✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด
	นโยบายเอก หอมโกศล (2550) ธราพงษ์ กับโกและ ปริฉัตร เนื่องเนาวินิตย์ (2546) วัชรรา สุธแท้ (2546).
1. มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย	✓
2. มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น	
3. มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ	
4. มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	✓
5. มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	✓

ตาราง 9 ตัวชี้วัดทางองค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนและที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด								
	World Health Organization (2010)	UNESCO (2555)	นภาพร หะวานนท์ และคณะ (2554)	อพวช. (2554)	วิภาดา เอี่ยมคง (2553)	องค์การแพธ (PATH) (2551) 1	องค์การแพธ (PATH) (2551) 2	องค์การแพธ (PATH) (2551) 3	สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา (2551)
1. เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. ยอมรับบรรทัดฐานทางเพศที่หลากหลาย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตาราง 10 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองและที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร/
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด							
	Lou, Wang, Tu & Gro (2008)	Magnani R., et al. (2005)	สุปรียา จระทะผา (2555)	วิภาดา เอี่ยมคง (2553)	เนตรทราย ปัญญะพันธุ์ (2552)	รัชดาภรณ์ ใจอ้าย (2551)	วิมลพรรณ ดอยคำ (2551)	เจนนิษฐ์ สมมาตย์ (2550)
1. ตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. วางแผนใน การปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. ดำเนินการตามแผนที่กำหนด ในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่วางไว้	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. ปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศตามที่วางไว้ได้	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตาราง 11 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศและที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร/
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด								
	World Health Organization (2010)	ชญาณต์ นิ่มมร (2554)	นภาพรณัฏฐ์ พะวานนท์ และ คณะ (2554) อพวช. (2554)	องค์การแพธ (PATH) (2551)1	องค์การแพธ (PATH) (2551) 3	สมพร จรัสเจริญวิทยา (2550)	กฤตยา แสงเจริญ และ คณะ (2548).	ราไพ ศรีนวล (2546)	สุจิตรา ทองรอง. (2546)
1. วิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
2. มีทักษะการปกป้องตนเองจากการถูกกระทำ ความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	✓	✓	✓						
3. รู้จักและสามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อถูกกระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	✓			✓	✓		✓		

ตาราง 12 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศและที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด						
	Tracy Marie Scull (2014)	Bruce E. Pinkleton (2012)	นภาพร หะวานนท์ และคณะ (2554)	อริษา งามวุฒิวร (2553)	องค์การแพธ (PATH) (2551) 2	องค์การแพธ (PATH) (2551) 3	สำนักวิชาการและมาตรฐาน การศึกษา (2551)
1. ความสามารถเข้าใจและตีความ ในสิ่งที่สื่อ นำเสนอได้	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. สามารถทำการประเมินค่าสิ่งที่สื่อเสนอว่ามี คุณภาพและมีคุณค่ามากน้อยเพียงไร	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. สามารถเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่าง เหมาะสม		✓					

ตาราง 13 ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศและที่มาของตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด											
	World Health Organization (2010)	Smith A, Agius P, Mitchell A, Barrett C, Pitts M. (2009)	Celia McMichael and Sandra Gifford (2009)	กมลทิพย์ ทัพย์สังวาล (2556)	กรรณิกา บัญญัติ (2556)	วราณี เดียวศิริเรศ (2554)	อพพร. (2554)	นภาพร หะวานนท์ และคณะ (2554)	แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์ (2553)	สายทิพย์ สพมานะ (2552)	ชลนิทรา แสงโบราณ (2551)	องค์การแพธ (PATH) (2551) 3
1. มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ	✓	✓	✓				✓			✓		✓
2. มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	✓	✓	✓				✓					✓
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล สารสนเทศ ที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ที่มาของตัวชี้วัด					
	อภาพร เภาพัฒนา (2551)	วิศิษฐ์ บุญหมื่น (2550)	พรฤดี นิธิรัตน์ (2550)	นรมนต์ มหาศิริมงคล (2548)	ประภาพร สุวรรณภูมิ (2548)	คณิตรา พุทธิธรรมาโรช (2548)
1. มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ						
2. มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ						
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล สารสนเทศ ที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ	✓	✓	✓	✓	✓	✓

จากตารางผลการวิเคราะห์ตามตาราง 13 ข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์ ตัวชี้วัด โดยพิจารณาจาก ความถี่และความ สำคัญ เพื่อจัดทำเป็นร่างตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น พบว่าความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่างๆ จำนวน 7 องค์ประกอบ 28 ตัวชี้วัด ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ประกอบด้วยจำนวน 7 ตัวชี้วัด
 2. องค์ประกอบด้าน การมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ประกอบด้วยจำนวน 5 ตัวชี้วัด
 3. องค์ประกอบด้านการเคารพอ่อนเพศวิถีที่แตกต่างจากตนประกอบด้วยจำนวน 3 ตัวชี้วัด
 4. องค์ประกอบด้านความ สามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองประกอบด้วยจำนวน 4 ตัวชี้วัด
 5. องค์ประกอบด้านความ สามารถในการ ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ ประกอบด้วยจำนวน 3 ตัวชี้วัด
 6. องค์ประกอบด้านความ รู้เท่าทันสื่อทางเพศประกอบด้วยจำนวน 3 ตัวชี้วัด
 7. องค์ประกอบด้านความ สามารถในการสื่อสารทางเพศ ประกอบด้วยจำนวน 3 ตัวชี้วัด
- สามารถแสดงรายละเอียดตามตาราง 14

ตาราง 14 ร่างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่ได้จากการวิเคราะห์ เอกสาร/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด
1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ	1.1. วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย 1.2. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลสุขอนามัยทางเพศ 1.3. วิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง 1.4. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการ มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม 1.5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ 1.6. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม 1.7. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สิทธิทางเพศที่ตนเองควรได้รับ

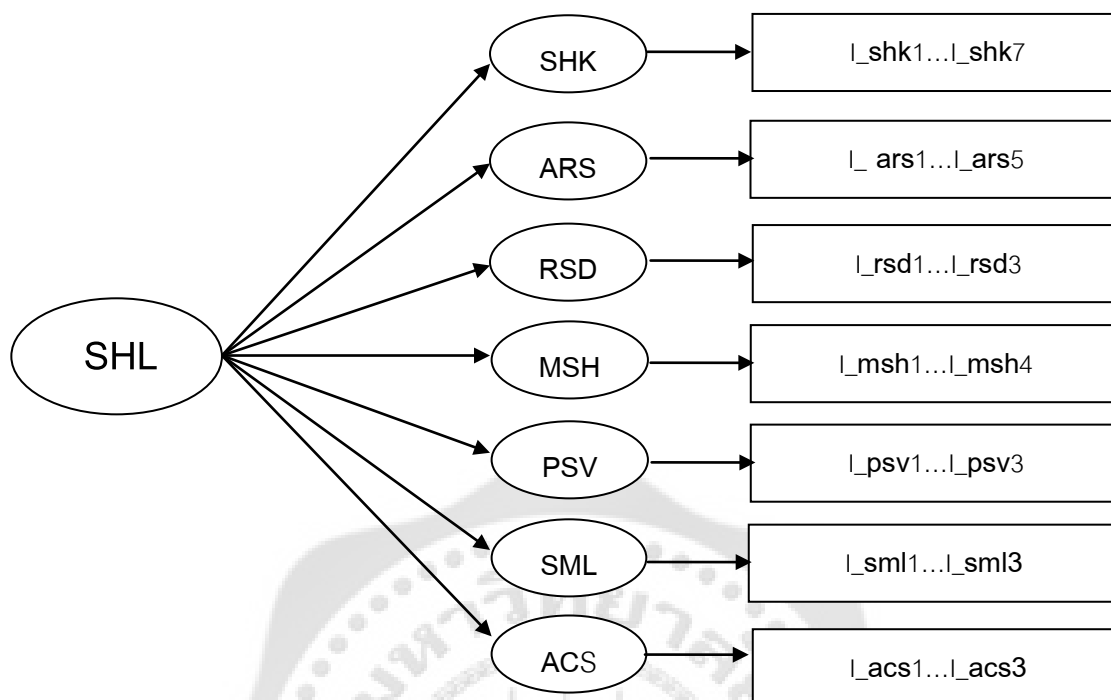
ตาราง 14 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด
2. เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ	2.1. มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย 2.2. มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น 2.3. มีการยึดมั่น ค่านิยม เรื่องความเสมอภาคทางเพศ 2.4. มีความตระหนัก ต่อการมีเพศสัมพันธ์ ที่ปลอดภัย 2.5. มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
3. ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	3.1 เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน 3.2 ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม 3.3 ยอมรับรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย
4. ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง	4.1 ตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี 4.2 วางแผนใน การปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม 4.3 ดำเนินการตามแผนที่กำหนด ในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศที่วางไว้ 4.4 ปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตน อย่างเหมาะสม เมื่อไม่สามารถปฏิบัติตน ด้านสุขภาพทางเพศตามที่วางไว้ได้
5. ความสามารถในการ ป้องกันความรุนแรงทางเพศ	5.1 วิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง 5.2 มีทักษะการปกป้องตนเองจากการถูกกระทำ ความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ 5.3 รู้จัก และสามารถเข้าถึงแหล่ง ให้ความช่วยเหลือเมื่อ ถูกกระทำ ความรุนแรงและ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ตาราง 14 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด
6. ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ	6.1. สามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้ 6.2. สามารถทำการประเมินค่าสิ่งที่สื่อนำเสนอว่ามีคุณภาพและมีคุณค่ามากน้อยเพียงไร 6.3. สามารถเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม
7. ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ	7.1 มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ 7.2 มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 7.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านเพศ
รวม 7 องค์ประกอบ	28 ตัวชี้วัด

จากตาราง 14 พบว่าสมรรถนะที่จะร่างแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ดังภาพประกอบ 2



SHL	หมายถึง	ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น
SHK	หมายถึง	องค์ประกอบด้าน ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ
ARS	หมายถึง	องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ
RSD	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน
MSH	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง
PSV	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ
SML	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ
ACS	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

I_shk1...I_shk7	หมายถึง	ตัวชี้วัดด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ตัวที่ 1 ถึง 7
I_ars1...I_ars5	หมายถึง	ตัวชี้วัดด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ตัวที่ 1 ถึง 5
I_rsd1...I_rsd3	หมายถึง	ตัวชี้วัดด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนตัวที่ 1 ถึง 3
I_msh1...I_msh4	หมายถึง	ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองตัวที่ 1 ถึง 4
I_psv1... I_psv3	หมายถึง	ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศตัวที่ 1 ถึง 3
I_sml1...I_sml3	หมายถึง	ตัวชี้วัดด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศตัวที่ 1 ถึง 3
I_acs1...I_acs3	หมายถึง	ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศตัวที่ 1 ถึง 3

ภาพประกอบ 3 ร้างแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร /งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาและปรับตัวชีวิต ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

เมื่อผู้วิจัยได้ร่างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพตัวชี้วัดด้วยการพิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของตัวชี้วัดโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านความสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา จำนวน 5 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 9 คน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความชัดเจนในการสื่อความหมาย ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้เป็น ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยพิจารณาคัดเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไปถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ยอมรับได้ และให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาค่าความเหมาะสม และค่าความเป็นไปได้ขององค์ประกอบตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดเกณฑ์ค่าเฉลี่ยต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 ขึ้นไป มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่เกิน 1.0 จึงจะถือว่าเป็นองค์ประกอบที่มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำไปใช้ชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้นได้

2.1 ผลการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของตัวชี้วัด และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัด

การตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัด เป็นการตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัดในเบื้องต้นว่ามีความถูกต้องในการชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ได้หรือไม่ อย่างไร ซึ่ง หากมีความถูกต้อง จึงจะดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น หรือไม่อย่างไร โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัดจาก การสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษารวมเป็นจำนวน 9 คน

2.1.1 ผลการตรวจสอบความถูกต้องของตัวชี้วัด

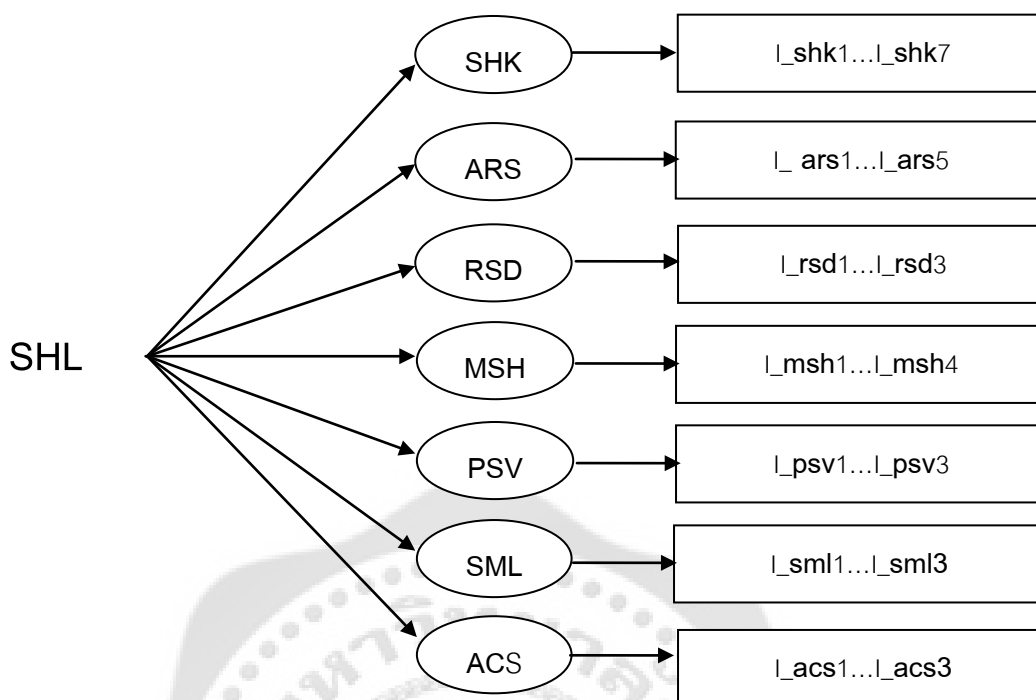
การตรวจสอบความถูกต้องของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษามีความเห็นสอดคล้องกันว่าตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีความถูกต้องในการเป็นตัวชี้วัดที่ดี โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80 – 1.00 จำนวน 7 องค์ประกอบ 28 ตัวชี้วัด (รายละเอียดดังตาราง 39 ในภาคผนวก)

2.1.2 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของตัวชี้วัด และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัด

การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จากค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นว่าตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลทั้งสองเกณฑ์ จำนวน 7 องค์ประกอบ 28 ตัวชี้วัด (รายละเอียดดังตาราง 40 - 41 ในภาคผนวก)

สามารถร่างเป็นแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น จากการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด ได้ดังภาพ ประกอบ 3





SHL	หมายถึง	ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น
SHK	หมายถึง	องค์ประกอบด้าน ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ
ARS	หมายถึง	องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ
RSD	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน
MSH	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง
PSV	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ
SML	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ
ACS	หมายถึง	องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

I_shk1...I_shk7 หมายถึง ตัวชี้วัดด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ตัวที่ 1 ถึง 7

I_ars1...I_ars5 หมายถึง ตัวชี้วัดด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ตัวที่ 1 ถึง 5

I_rsd1...I_rsd3 หมายถึง ตัวชี้วัดด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนตัวที่ 1 ถึง 3

I_msh1...I_msh4 หมายถึง ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองตัวที่ 1 ถึง 4

I_psv1... I_psv3 หมายถึง ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศตัวที่ 1 ถึง 3

I_sml1...I_sml3 หมายถึง ตัวชี้วัดด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศตัวที่ 1 ถึง 3

I_acs1...I_acs3 หมายถึง ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศตัวที่ 1 ถึง 3

ภาพประกอบ 4 รวบรวมจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่ได้จากการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด

2.2 ผลการหาคุณภาพแบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่น

ตอนต้น

คุณภาพแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยพิจารณาใน 3 ด้าน คือ ค่า ความเที่ยงตรง ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น พบว่า ค่าความเที่ยงตรงที่ประเมินโดย ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีความเห็นว่าแบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจำนวน 58 ข้อ จากทั้งหมด 75 ข้อ (รายละเอียดดังตาราง 42 ในภาคผนวก) ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับปรุงข้อที่ใช้ภาษาไม่ ชัดเจนในการสื่อความหมาย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึง นำแบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือกับนักเรียน ที่กำลังศึกษาในช่วงชั้นที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะ ดำเนินการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิง ยืนยัน จำนวน 60 คน ตอบแบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

ตาราง 15 สรุปข้อ ข้อที่ อำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้าน เพศของวัยรุ่นตอนต้น	จำนวน ตัวชี้วัด	จำนวน ข้อ	ข้อที่	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าความ เชื่อมั่น
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ					
- แบบสถานการณ์	7	10	1 - 10	.611 - .834	.929
2. ด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ					
- แบบมาตราส่วนประมาณค่า	5	27	11 - 37	.473 - .857	.973
3. ด้านการเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน					
- แบบสถานการณ์	3	3	38 - 40	.564 - .733	.773
4. ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง					
- แบบมาตราส่วนประมาณค่า	4	8	41 - 48	.519 - .702	.862
5. ด้านความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ					
- แบบสถานการณ์	3	4	79 - 52	.492 - .755	.754
6. ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ					
- แบบสถานการณ์	3	3	53 - 55	.488 - .737	.774
7. ด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ					
- แบบมาตราส่วนประมาณค่า	3	3	56 - 58	.450 - .858	.881
รวมทั้งฉบับ	28	58	1 - 58		.989

ตอนที่ 3 ผลการ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง รูปแบบ เชิงสมมติฐานกับ ข้อมูลเชิง ปริมาณด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ องค์ประกอบ เชิงยืนยันด้วยโปรแกรม LISREL

3.1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบ

ในตอนนี้เป็นการนำเสนอค่าสถิติพื้นฐานของตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบโดยเรียงเป็นราย องค์ประกอบ ดังปรากฏผลตามตาราง 21 – 27

3.1.1 องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (SHK)

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (n = 600)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ค่าความเบ้ (Skewness)	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
1	shk1	2.673	1.148	-.762	-.304
2	shk2	2.658	1.211	-.888	-.075
3	shk3	2.483	1.241	-.467	-.735
4	shk 4	2.363	1.091	-.328	-.699
5	shk5	2.902	1.141	-1.033	.222
6	shk6	2.693	1.126	-.442	-.767
7	shk7	2.403	1.296	-.375	-.891

จากตาราง 16 พบว่า ตัวชี้วัดขององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศมี ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.363 ถึง 2.902 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตั้งแต่ 1.091 ถึง 1.296 โดยตัวชี้วัดที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด shk5 ($\bar{X}$ = 2.902) รองลงมาได้แก่ ตัวชี้วัด shk6 ($\bar{X}$ = 2.693) มีตัวชี้วัด ตัวที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด shk4 ($\bar{X}$ = 2.363)

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) พบว่า ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลตัวชี้วัดใน องค์ประกอบนี้ ทั้งหมดเบ้ทางลบ (Negative Skewness) ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากค่าความเบ้ของ ข้อมูลทั้งหมดที่มีค่าเป็นลบ แสดงว่าทั้งหมดมีค่าคะแนนสูง (ศิริชัย กาญจนวาสี. 2547: 91) และเมื่อ พิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าลักษณะการแจกแจงของตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ เกือบทุก ตัวมีความโด่งน้อยหรือเตี้ยแบนกว่าโค้งปกติ (Platykurtic) ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากค่าความโด่ง ของข้อมูลเกือบทุกตัวมีค่าเป็นลบ หรือน้อยกว่า 0 แสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดเกือบทุกตัวมีการกระจาย ของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ย มากกว่าการแจกแจงปกติ ยกเว้นในตัวชี้วัด shk5 ที่มีค่าเป็นบวก หรือ มากกว่า 0 แสดงว่าตัวชี้วัด shk5 การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ มีการ กระจายของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ยน้อยกว่าการแจกแจงปกติ (Glass; & Hopkins. 1995: 92)

3.1.2 องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ (ARS)

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ (n = 600)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ค่าความเบ้ (Skewness)	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
1	ars1	2.565	.604	-.198	1.221
2	ars2	2.349	.553	-.035	.242
3	ars3	2.529	.660	-.267	.123
4	ars4	2.373	.587	-.080	.066
5	ars5	2.516	.679	-.197	.064

จากตาราง 17 พบว่าตัวชี้วัดขององค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.349 ถึง 2.565 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตั้งแต่ .553 ถึง .679 โดยตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด ars1 ($\bar{X}=2.565$) รองลงมาได้แก่ ตัวชี้วัด ars3 ($\bar{X}=2.529$) ส่วนตัวชี้วัดตัวที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด ars2 ($\bar{X}=2.349$)

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) พบว่า ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ ทั้งหมดเบ้ทางลบ (Negative Skewness) แสดงว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ทั้งหมดมีค่าคะแนนสูง และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าลักษณะการแจกแจงของตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ ทุกตัว มีความ สูงโด่ง มากกว่าโค้งปกติ (Leptokurtic) แสดงว่าตัวชี้วัด ทุกตัว มีการกระจายของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ยค่อนข้างน้อยกว่าการแจกแจงปกติ

3.1.3 องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน (RSD)

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน (n = 600)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ค่าความเบ้ (Skewness)	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
1	rsd1	2.468	1.561	-.395	-1.457
2	rsd2	2.328	1.450	-.447	-1.146
3	rsd3	2.775	1.255	-.675	-.677

จากตาราง 18 พบว่า ตัวชี้วัดขององค์ประกอบด้านความมีเหตุผลและรอบคอบมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.328 ถึง 2.775 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตั้งแต่ 1.255 ถึง 1.561 โดยตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด rsd3 ($\bar{X}=2.775$) รองลงมาได้แก่ตัวชี้วัด rsd1 ($\bar{X}=2.468$) ส่วนตัวชี้วัดตัวที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด rsd2 ($\bar{X}=2.328$)

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) พบว่า ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ ทั้งหมดเบ้ทางลบ (Negative Skewness) แสดงว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ทั้งหมดมีค่าคะแนนสูง และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าลักษณะการแจกแจงของตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ทั้งหมดมีความโด่งน้อยหรือเตี้ยแบนกว่าโค้งปกติ (Platykurtic) แสดงว่าตัวชี้วัดทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ยมากกว่าการแจกแจงปกติ

3.1.4 องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง(MSH)

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง (n = 600)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ค่าความเบ้ (Skewness)	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
1	msh1	1.206	.766	.517	.349
2	msh2	1.374	.920	.382	.001
3	msh3	1.242	.831	.597	.652
4	msh4	1.407	.821	.327	.324

จากตาราง 19 พบว่า ตัวชี้วัดขององค์ประกอบด้าน ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.206 ถึง 1.407 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตั้งแต่ .766 ถึง .920 โดยตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด msh4 ($\bar{X}=1.407$) รองลงมา ได้แก่ ตัวชี้วัด msh2 ($\bar{X}=1.374$) ส่วนตัวชี้วัดตัวที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด msh1 ($\bar{X}=1.206$)

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) พบว่า ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ ทั้งหมดเบ้ทางบวก (Positive Skewness) แสดงว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนต่ำ และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าลักษณะการแจกแจงของตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ทุกตัวมีความสูงโด่งมากกว่าโค้งปกติ (Leptokurtic) แสดงว่าตัวชี้วัดทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ยค่อนข้างน้อยกว่าการแจกแจงปกติ

3.1.5 องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ (PSV)

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ (n = 600)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ค่าความเบ้ (Skewness)	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
1	psv1	2.136	1.035	.010	-.597
2	psv2	2.308	1.389	-.459	-1.086
3	psv3	2.160	1.500	-.224	-1.413

จากตาราง 20 พบว่า ตัวชี้วัดขององค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.136 ถึง 2.308 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตั้งแต่ 1.035 ถึง 1.500 โดยตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด psv2 ($\bar{X}=2.308$) รองลงมาได้แก่ ตัวชี้วัด psv3 ($\bar{X}=2.160$) ส่วนตัวชี้วัดตัวที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด psv1 ($\bar{X}=2.136$)

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) พบว่า ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ เกือบทั้งหมดเบ้ทางลบ (Negative Skewness) แสดงว่าความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ตามตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ เกือบทั้งหมดมีค่าคะแนนสูง ยกเว้นในตัวชี้วัด psv1 ที่เบ้ทางบวก (Positive Skewness) แสดงว่าตัวชี้วัด psv1 ในองค์ประกอบนี้มีค่าคะแนนต่ำ และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าลักษณะการแจกแจงของตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ ทั้งหมดมีความโด่งน้อยหรือเตี้ยแบนกว่าโค้งปกติ (Platykurtic) แสดงว่าตัวชี้วัดทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ยมากกว่าการแจกแจงปกติ

3.1.6 องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ(SML)

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ (n = 600)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ค่าความเบ้ (Skewness)	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
1	sml1	1.953	1.371	.018	-1.252
2	sml2	2.623	1.116	-.669	-.145
3	sml3	2.230	1.342	-.247	-1.147

จากตาราง 21 พบว่า ตัวชี้วัดขององค์ประกอบด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ มีค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.953 ถึง 2.623 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตั้งแต่ 1.116 ถึง 1.371 โดยตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด sml2 ($\bar{X}$ =2.623) รองลงมาได้แก่ ตัวชี้วัด sml1 ($\bar{X}$ = 2.230) ส่วนตัวชี้วัดตัวที่มี ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด sml3 ($\bar{X}$ =1.953)

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) พบว่า ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลตัวชี้วัดใน องค์ประกอบนี้ เกือบทั้งหมดเบ้ทางลบ (Negative Skewness) แสดงว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ เกือบทั้งหมดมีค่าคะแนนสูง ยกเว้นในตัวชี้วัด sml1 ที่เบ้ทางบวก (Positive Skewness) แสดงว่า ตัวชี้วัด sml1 ในองค์ประกอบนี้มีค่าคะแนนต่ำและเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าลักษณะ การแจกแจงของตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ทั้งหมดมีความโด่งน้อยกว่าหรือเทียบเท่ากับโค้งปกติ (Platykurtic) แสดงว่าตัวชี้วัดทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ยมากกว่าการแจกแจงปกติ

3.1.7 องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ (ACS)

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ (n = 600)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ค่าความเบ้ (Skewness)	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
1	acs1	1.483	.861	.264	-.133
2	acs2	1.397	.659	.472	.208
3	acs3	1.502	.924	.620	.142

จากตาราง 22 พบว่าตัวชี้วัดขององค์ประกอบด้าน ความสามารถในการสื่อสารทางเพศมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.397 ถึง 1.502 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตั้งแต่ .659 ถึง .924 โดยตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ตัวชี้วัด acs3 ($\bar{X}=1.502$) รองลงมาได้แก่ตัวชี้วัด acs1 ($\bar{X}=1.483$) ส่วนตัวชี้วัดตัวที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด acs2 ($\bar{X}=1.397$)

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) พบว่า ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ ทั้งหมดเบ้ทางบวก (Positive Skewness) แสดงว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้ส่วนใหญ่มีค่าคะแนน ต่ำและเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าลักษณะการแจกแจงของตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้เกือบทุกตัว มีความโด่งน้อย หรือเตี้ยแบนกว่าโค้งปกติ (Platykurtic) แสดงว่าตัวชี้วัดเกือบทุกตัว มีการกระจายของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ย ค่อนข้างน้อย กว่าแจกแจงปกติยกเว้นในตัวชี้วัด acs1 ที่มีค่าเป็นลบ หรือน้อยกว่า 0 แสดงว่าตัวชี้วัด acs1 การมีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศมีการกระจายของข้อมูลออกจากค่าเฉลี่ยมากกว่าการแจกแจงปกติ

3.2 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์

องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ในตอนนี้เป็นการตรวจสอบความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่ ว่ามีความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใด หากตัวแปรคู่ใดมีความสัมพันธ์กันมาก ก็ เพราะว่ามี ปัจจัยร่วม ที่สามารถอธิบายหรือเป็นตัวแทนของตัวแปรกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันมากได้ดี โดยควรมีค่าสหสัมพันธ์มากกว่า 0.40 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจะถือว่ามีความเหมาะสม รวมถึงพิจารณาจากค่า Bartlett's Test และค่า KMO ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาคือหากผลการวิเคราะห์ Bartlett's Test พบว่าปฏิเสธสมมติฐานหลัก ก็แสดงว่ามีความเหมาะสม และหากค่า KMO มากกว่า .50 ก็ถือว่ามีความเหมาะสมในการที่จะนำข้อมูลชุดดังกล่าวไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป (กัลยา วาณิชยบัญชา. 2548: 260 - 267) โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแยกตามรายองค์ประกอบ ดังปรากฏผลตามตาราง 28 –34 ดังนี้

3.2.1 องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (SHK)

ตาราง 23 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

ตัวชี้วัด	shk1	shk2	shk3	shk4	shk5	shk6	shk7
shk1	1.000**						
shk2	.184**	1.000**					
shk3	.212**	.185**	1.000**				
shk4	.158**	.117**	.113**	1.000**			
shk5	.268**	.132**	.258**	.113**	1.000**		
shk6	.144**	.127**	.131**	.192**	.144**	1.000**	
shk7	.137**	.110**	.159**	.085**	.093**	.210**	1.000**
Bartlett's Test of Sphericity = 247.815 p = 0.00							
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0.717							

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 23 พบว่า ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้มีค่าตั้งแต่ 0.085 ถึง 0.268 และเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 247.815 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้แตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี KMO ที่มีค่าเท่ากับ 0.717 จึงแสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป

3.2.2 องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ (ARS)

ตาราง 24 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ

ตัวชี้วัด	ars1	ars2	ars3	ars4	ars5
ars1	1.000**				
ars2	.680**	1.000**			
ars3	.833**	.618**	1.000**		
ars4	.604**	.765**	.761**	1.000**	
ars5	.819**	.654**	.964**	.787**	1.000**
Bartlett's Test of Sphericity = 3599.634 p = 0.00					
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0.762					

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 24 พบว่า ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้มีค่าตั้งแต่ 0.604 ถึง 0.964 และเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 3599.634 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้แตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี KMO ที่มีค่าเท่ากับ 0.762 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป

3.2.3 องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน (RSD)

ตาราง 25 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน

ตัวชี้วัด	rsd1	rsd2	rsd3
rsd1	1.000**		
rsd2	.121**	1.000**	
rsd3	.141**	.052**	1.000**
Bartlett's Test of Sphericity = 21.569 p = 0.00			
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0.530			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 25 พบว่า ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้าน ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้มีค่าตั้งแต่ 0.052 ถึง 0.141 และเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 21.569 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้แตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี KMO ที่มีค่าเท่ากับ 0.530 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป

3.2.4 องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง(MSH)

ตาราง 26 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

ตัวชี้วัด	msh1	msh2	msh3	msh4
msh1	1.000**			
msh2	.678**	1.000**		
msh3	.655**	.625**	1.000**	
msh4	.678**	.612**	.756**	1.000**
Bartlett's Test of Sphericity = 1370.685 p = 0.00				
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0.817				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 26 พบว่า ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้าน ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้มีค่าตั้งแต่ 0.756 ถึง 0.612 และเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 1370.685 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้แตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี KMO ที่มีค่าเท่ากับ 0.817 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป

3.2.5 องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ(PSV)

ตาราง 27 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบ
ด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ

ตัวชี้วัด	psv1	psv2	psv3
psv1	1.000**		
psv2	.331**	1.000**	
psv3	.259**	.260**	1.000**
Bartlett's Test of Sphericity = 133.060 p = 0.00			
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0.615			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 27 พบว่า ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้าน ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้มีค่าตั้งแต่ 0.259 ถึง 0.331 และเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 133.060 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้แตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี KMO ที่มีค่าเท่ากับ 0.615 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป

3.2.6 องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ(SML)

ตาราง 28 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบ
ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

ตัวชี้วัด	sml1	sml2	sml3
sml1	1.000**		
sml2	.195**	1.000**	
sml3	.177**	.136**	1.000**
Bartlett's Test of Sphericity = 48.696 p = 0.00			
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0.572			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 28 พบว่า ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้มีค่าตั้งแต่ 0.136 ถึง 0.195 และเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 48.696 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้แตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี KMO ที่มีค่าเท่ากับ 0.572 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป

3.2.7 องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ (ACS)

ตาราง 29 ค่าสหสัมพันธ์ ค่า Bartlett's Test และค่า KMO ของตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

ตัวชี้วัด	acs1	acs2	acs3
acs1	1.000**		
acs2	.647**	1.000**	
acs3	.521**	.378**	1.000**
Bartlett's Test of Sphericity = 515.320 p = 0.00			
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0.633			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

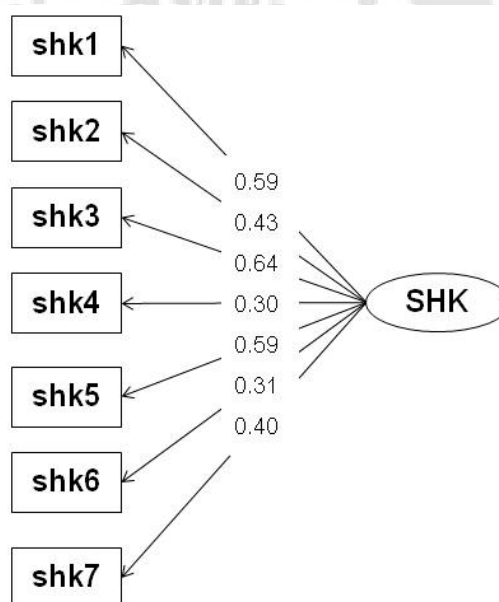
จากตาราง 29 พบว่า ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดในองค์ประกอบนี้มีค่าตั้งแต่ 0.378 ถึง 0.647 และเมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 515.320 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้แตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี KMO ที่มีค่าเท่ากับ 0.633 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป

3.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ในขั้นตอนนี้เป็นผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม LISREL ดำเนินการวิเคราะห์ใน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง (First order confirmatory factor analysis) ของตัวชี้วัดในแบบจำลองแต่ละองค์ประกอบ ดังรายละเอียดในหัวข้อย่อย 3.3.1 ถึง 3.3.7 และขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second order confirmatory factor analysis) ขององค์ประกอบในแบบจำลองตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอน ต้น ดังรายละเอียดในหัวข้อย่อยที่ 3.3.8

3.3.1 องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (SHK)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของตัวชี้วัดในแบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เพื่อตรวจสอบ ความสอดคล้องของแบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศกับข้อมูลเชิงปริมาณ เมื่อกำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยจึงปรับรูปแบบ โดยพิจารณาจากดัชนีปรับรูปแบบ (Model Indices) ซึ่งเป็นค่าความคาดหวังในการลดลงของค่าไค-สแควร์ เมื่อกำหนดค่าพารามิเตอร์ให้เป็นอิสระ โดยได้ดำเนินการปรับรูปแบบโดยการเพิ่มเส้นอิทธิพลในรูปของเมตริกซ์ความแปรปรวนความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ภายนอก (Theta Delta: TD) ครั้งละ 1 เส้น เป็นจำนวนทั้งหมด 14 เส้น ทำให้ได้แบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพ 4 และตาราง 35 ดังนี้



Chi-Square = 0.00, df = 0, P-value = 1.00000, RMSEA = 0.000

ภาพประกอบ 5 แบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลององค์ประกอบ
ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนักองค์ประกอบ b (SE)	R ²	สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ
1	shk1	0.59**(0.16)	0.27	0.27
2	shk2	0.43**(0.12)	0.13	0.14
3	shk3	0.64**(0.17)	0.27	0.29
4	shk4	0.30**(0.07)	0.05	0.05
5	shk5	0.59**(0.16)	0.27	0.27
6	shk6	0.31**(0.08)	0.08	0.08
7	shk7	0.40**(0.11)	0.11	0.11
Chi-square = 0.00 df = 0 p = 1.000				
GFI = 1.00 AGFI = 1.00 RMSEA = 0.000				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพประกอบ 4 และตาราง 30 พบว่า แบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ มีความสอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยพิจารณาได้จากค่า ไค- สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 0.00 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้น ถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงเท่ากับ 1.000 ที่องศาอิสระเท่ากับ 0 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จาก ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 รวมทั้งค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .000

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ของตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวชี้วัด พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดตั้งแต่ 0.30 ถึง 0.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ โดยตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ตัวชี้วัด shk3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.64 รองลงมาคือตัวชี้วัด shk5 และตัวชี้วัด shk1 โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.59 เท่ากัน และทั้ง 3 ตัวชี้วัดมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ 0.27 หมายความว่า ตัวชี้วัด shk3 สามารถอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศได้ร้อยละ 64 ในขณะที่ตัวชี้วัด shk5 และตัวชี้วัด shk1 สามารถอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศได้ร้อยละ 59 ตามลำดับ

และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกถึงอิทธิพลของตัวชี้วัดแต่ละตัวที่มีต่อองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศว่ามีมากน้อยเพียงใด และเป็นค่าที่ใช้ในการถ่วงน้ำหนักในการสร้างสมการสเกลองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศนั้น พบว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัด shk5 ตัวชี้วัด shk1 และตัวชี้วัด shk3 ตามลำดับ หมายความว่าตัวชี้วัดมีอิทธิพลต่อองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศมากที่สุด คือตัวชี้วัด shk5 รองลงมาคือตัวชี้วัด shk1 และตัวชี้วัด shk3 ตามลำดับ

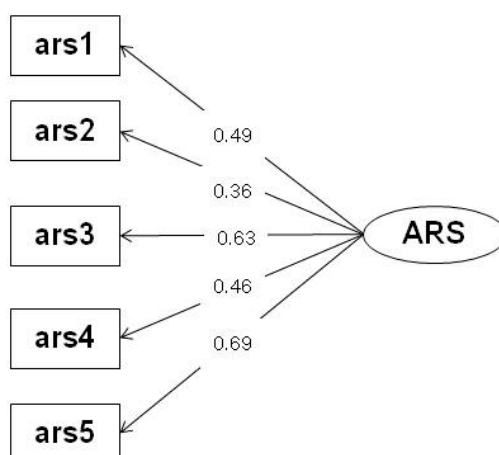
สำหรับการสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ในการสร้างสเกลองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศด้วยวิธีการบวก เพื่อให้ได้ผลการพยากรณ์ และเป็น ตัวแปรใหม่สำหรับการนำไปวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาเป็นแบบจำลองตัวชี้วัดรวมความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นต่อไป ซึ่งได้สเกลองค์ประกอบ ดังสมการต่อไปนี้

$$\text{SHK} = 0.27(\text{shk1}) + 0.14(\text{shk2}) + 0.29(\text{shk3}) + 0.05(\text{shk4}) + 0.27(\text{shk5}) \\ + 0.08(\text{shk6}) + 0.11(\text{shk7})$$

จากสมการสเกลองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น พบว่าการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด shk5 ส่งผลต่อองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (SHK) มากที่สุด กล่าวคือ การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของค่าคะแนนของตัวชี้วัด shk5 1 หน่วย ทำให้ค่าคะแนนขององค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (SHK) เพิ่มขึ้นหรือลดลง 0.27 หน่วยในทิศทางเดียวกัน (เนื่องในองค์ประกอบอื่นๆ นั้นผู้วิจัยใช้แนวทางการแปลผลการวิเคราะห์ เช่นเดียวกันกับการแปลผลในองค์ประกอบนี้ทุกประการ)

3.3.2 องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ (ARS)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของตัวชี้วัดในแบบจำลององค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง ๙ กับข้อมูลเชิง ปริมาณเมื่อกำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลอง ๙ ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยจึงปรับรูปแบบ โดยพิจารณาจากดัชนีปรับรูปแบบ (Model Indices) ซึ่งเป็นค่าความคาดหวังในการลดลงของค่าไค- สแควร์ เมื่อกำหนดค่าพารามิเตอร์ให้เป็นอิสระ โดยได้ดำเนินการปรับรูปแบบโดยการเพิ่มเส้นอิทธิพลในรูปของเมตริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ภายนอก (Theta Delta: TD) ครั้งละ 1 เส้น เป็นจำนวนทั้งหมด 5 เส้น ทำให้ได้แบบจำลององค์ประกอบด้านเจตคติที่ดี ต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพประกอบ 5 และตาราง 36 ดังนี้



Chi-Square = 0.00, df = 0, P-value = 1.00000, RMSEA = 0.000

ภาพประกอบ 6 แบบจำลององค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลององค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนักองค์ประกอบ b (SE)	R ²	สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ
1	ars1	0.49**(0.02)	0.66	0.33
2	ars2	0.36**(0.02)	0.42	0.12
3	ars3	0.63**(0.02)	0.91	0.40
4	ars4	0.46**(0.02)	0.61	0.26
5	ars5	0.69**(0.02)	0.92	0.43
Chi-square = 0.00 df = 0 p = 1.000				
GFI = 1.00 AGFI = 1.00 RMSEA = 0.000				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพประกอบ 5 และผลการวิเคราะห์ตาราง 31 พบว่า แบบจำลององค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาตร โดยพิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 0.00 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้น ถ้าสมมติฐานหลัก

เป็นจริงเท่ากับ 1.000 ที่องศาอิสระเท่ากับ 0 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จากค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 รวมทั้งค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .000

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ของตัวชี้วัดทั้ง 5 ตัวชี้วัด พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดตั้งแต่ 0.36 ถึง 0.69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์ประกอบด้าน เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ โดยตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ตัวชี้วัด ars5 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.69 รองลงมาคือตัวชี้วัด ars3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.63 และตัวชี้วัด ars1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.49 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ 0.92, 0.91 และ 0.66 ตามลำดับ

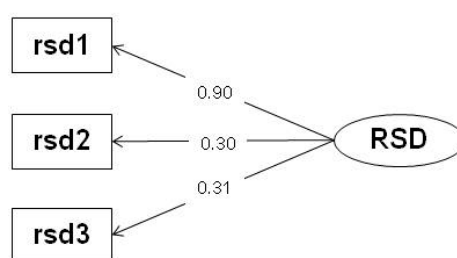
และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient) พบว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้าน เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัด ars5 รองลงมาคือตัวชี้วัด ars3 และตัวชี้วัด ars1 หมายความว่าตัวชี้วัดที่มีอิทธิพลต่อองค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศมากที่สุด คือ ตัวชี้วัด ars5 รองลงมาคือตัวชี้วัด ars3 และตัวชี้วัด ars1 ตามลำดับ

สำหรับการสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ในการสร้างสเกลองค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศด้วยวิธีการบวก เพื่อให้ได้สมการพยากรณ์ และตัวแปรใหม่ สำหรับการนำไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นแบบจำลองตัวชี้วัดรวม ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ต่อไปซึ่งได้สเกลองค์ประกอบ ดังสมการต่อไปนี้

$$ARS = 0.33(ars1) + 0.12(ars2) + 0.40(ars3) + 0.26(ars4) + 0.43(ars5)$$

3.3.3 องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน (RSD)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของตัวชี้วัดในแบบจำลององค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง ๙ กับข้อมูลเชิงปริมาณเมื่อกำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลอง ๙ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพ 6 และตาราง 37 ดังนี้



Chi-Square = 0.00, df = 0, P-value = 1.00000, RMSEA = 0.000

ภาพประกอบ 7 แบบจำลององค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถิที่แตกต่างจากตน

ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลององค์ประกอบ
ด้านความเคารพต่อเพศวิถิที่แตกต่างจากตน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนักองค์ประกอบ b (SE)	R ²	สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ
1	rsd1	0.90**(0.38)	0.33	0.34
2	rsd2	0.30**(0.14)	0.04	0.09
3	rsd3	0.31**(0.14)	0.06	0.13
Chi-square = 0.00		df = 0	p = 1.000	
GFI = 1.00		AGFI = 1.00	RMSEA = 0.000	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพประกอบ 6 และผลการวิเคราะห์ตามตาราง 32 พบว่า แบบจำลององค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถิที่แตกต่างจากตนมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาตร โดยพิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 0.00 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้น ถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงเท่ากับ 1.000 ที่องศาอิสระเท่ากับ 0 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จากค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 รวมทั้งค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .000

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ของตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัด พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดตั้งแต่ 0.30 ถึง 0.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์ประกอบ ด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน โดยตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ตัวชี้วัด rsd1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.90 รองลงมาคือตัวชี้วัด rsd3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.31 และตัวชี้วัด rsd2 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.30 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ 0.33, 0.06 และ 0.04 ตามลำดับ

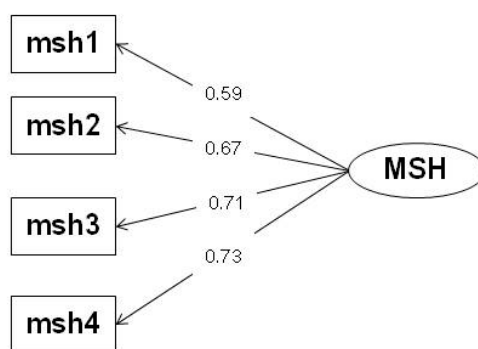
และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient) พบว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ ตัวชี้วัด rsd1 รองลงมาคือตัวชี้วัด rsd3 และ ตัวชี้วัด rsd2 ตามลำดับ

สำหรับการสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ในการสร้างสเกลองค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ด้วยวิธีการบวก เพื่อให้ได้สมการพยากรณ์ และตัวแปรใหม่ สำหรับการนำไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นแบบจำลองตัวชี้วัดรวม ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ต่อไป ซึ่งได้สเกลองค์ประกอบ ดังสมการต่อไปนี้

$$RSD = 0.34(rsd1) + 0.09(rsd2) + 0.13(rsd3)$$

3.3.4 องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง(MSH)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของตัวชี้วัดในแบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองฯ กับข้อมูลเชิงปริมาณเมื่อกำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลองฯ ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยจึงปรับรูปแบบ โดยพิจารณาจากดัชนีปรับรูปแบบ (Model Indices) ซึ่งเป็นค่าความคาดหวังในการลดลงของค่าไคสแควร์เมื่อกำหนดค่าพารามิเตอร์ให้เป็นอิสระ โดยได้ดำเนินการปรับรูปแบบโดยการเพิ่มเส้นอิทธิพลในรูปของเมตริกซ์ความแปรปรวน- ความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ภายนอก (Theta Delta: TD) ครั้งละ 1 เส้น เป็นจำนวนทั้งหมด 2 เส้น ทำให้ได้แบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง ที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพ 7 และตาราง 38 ดังนี้



Chi-Square = 0.00, df = 0, P-value = 1.00000, RMSEA = 0.000

ภาพประกอบ 8 แบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนักองค์ประกอบ	R^2	สัมประสิทธิ์
		b (SE)		คะแนนองค์ประกอบ
1	msh1	0.59**(0.03)	0.59	0.19
2	msh2	0.67**(0.04)	0.53	0.17
3	msh3	0.71**(0.03)	0.73	0.39
4	msh4	0.73**(0.03)	0.78	0.54
Chi-square = 0.00		df = 0	p = 1.000	
GFI = 1.00		AGFI = 1.00	RMSEA = 0.000	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพประกอบ 7 และผลการวิเคราะห์ตาราง 33 พบว่า แบบจำลององค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาตร โดยพิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 0.00 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้น ถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงเท่ากับ 1.000 ที่องศาอิสระเท่ากับ 0 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จากค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 รวมทั้งค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .000

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ของตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัวชี้วัด พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดตั้งแต่ 0.59 ถึง 0.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองโดยตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ตัวชี้วัด msh4 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.73 รองลงมาคือตัวชี้วัด msh3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.71 และตัวชี้วัด msh2 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.67 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ 0.78, 0.73 และ 0.53 ตามลำดับ

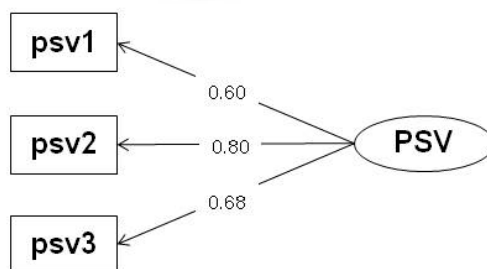
และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient) พบว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง ที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัด msh4 รองลงมาคือตัวชี้วัด msh3 และตัวชี้วัด msh1 ตามลำดับ

สำหรับการสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ในการสร้างสเกลองค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง ด้วยวิธีการบวก เพื่อให้ได้สมการพยากรณ์ และตัวแปรใหม่ สำหรับการนำไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นแบบจำลองตัวชี้วัดรวม ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นต่อไป ซึ่งได้สเกลองค์ประกอบ ดังสมการต่อไปนี้

$$MSH = 0.19(msh1) + 0.17(msh2) + 0.39(msh3) + 0.54(msh4)$$

3.3.5 องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ (PSV)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของตัวชี้วัดในแบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองฯ กับข้อมูลเชิง ปริมาณเมื่อกำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลองฯ มีความ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริ มาณ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพ 8 และตาราง 39 ดังนี้



$$\text{Chi-Square} = 0.00, \quad df = 0, \quad P\text{-value} = 1.00000, \quad \text{RMSEA} = 0.000$$

ภาพประกอบ 9 แบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ

ตาราง 34 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลององค์ประกอบด้าน
ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนักองค์ประกอบ b (SE)	R ²	สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ
1	psv1	0.60**(0.07)	0.33	0.37
2	psv2	0.80**(0.09)	0.33	0.28
3	psv3	0.68**(0.08)	0.20	0.17
Chi-square = 0.00		df = 0	p = 1.000	
GFI = 1.00		AGFI = 1.00	RMSEA = 0.000	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพประกอบ 8 และผลการวิเคราะห์ตามตาราง 34 พบว่า แบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริ มาณ โดยพิจารณาได้จากค่าไค- สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 0.00 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้น ถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงเท่ากับ 1.000 ที่องศาอิสระเท่ากับ 0 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จากค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 รวมทั้งค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .000

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ของตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัด พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดตั้งแต่ 0.60 ถึง 0.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศโดยตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ตัวชี้วัด psv2 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.80 รองลงมาคือตัวชี้วัด psv3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.68 และตัวชี้วัด psv1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.60 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ 0.33, 0.33 และ 0.20 ตามลำดับ

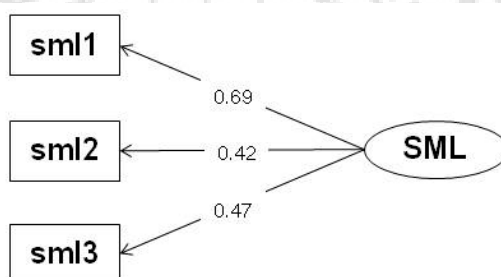
และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient) พบว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ ตัวชี้วัด psv1 รองลงมาคือตัวชี้วัด psv2 และตัวชี้วัด psv3 ตามลำดับ

สำหรับการสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ในการสร้างสเกลองค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศด้วยวิธีการบวก เพื่อให้ได้สมการพยากรณ์ และตัวแปรใหม่ สำหรับการนำไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นแบบจำลองตัวชี้วัดรวมความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นต่อไป ซึ่งได้สเกลองค์ประกอบ ดังสมการต่อไปนี้

$$PSV = 0.37(psv1) + 0.28(psv2) + 0.17(psv3)$$

3.3.6 องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ(SML)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของตัวชี้วัดในแบบจำลอง องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง ๙ กับข้อมูลเชิงปริมาณเมื่อกำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กันนี้ ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลอง ๙ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพ 9 และตาราง 40 ดังนี้



Chi-Square = 0.00, df = 0, P-value = 1.00000, RMSEA = 0.000

ภาพประกอบ 10 แบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลององค์ประกอบ
ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนักองค์ประกอบ b (SE)	R ²	สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ
1	sml1	0.69**(0.14)	0.25	0.30
2	sml2	0.43**(0.09)	0.15	0.25
3	sml3	0.47**(0.10)	0.12	0.18
Chi-square = 0.00 df = 0 p = 1.000				
GFI = 1.00 AGFI = 1.00 RMSEA = 0.000				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพประกอบ 9 และผลการวิเคราะห์ตามตาราง 35 พบว่า แบบจำลององค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาตร โดยพิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 0.00 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้น ถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงเท่ากับ 1.000 ที่องศาอิสระเท่ากับ 0 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จากค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 รวมทั้งค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .000

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ของตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัด พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดตั้งแต่ 0.43 ถึง 0.69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ โดยตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ตัวชี้วัด sml1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.69 รองลงมาคือตัวชี้วัด sml3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.47 และตัวชี้วัด sml2 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.43 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ 0.25, 0.12 และ 0.15

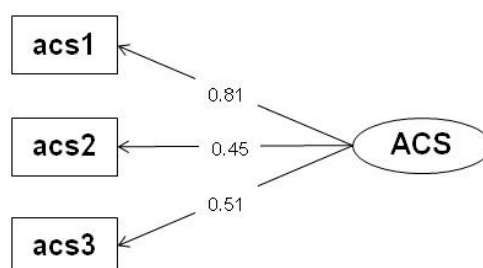
และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient) พบว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ ตัวชี้วัด sml1 รองลงมาคือตัวชี้วัด sml3 และ ตัวชี้วัด sml2 ตามลำดับ

สำหรับการสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ในการสร้างสเกลองค์ประกอบด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศด้วยวิธีการบวกเพื่อให้ได้สมการพยากรณ์ และตัวแปรใหม่ สำหรับการนำไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นแบบจำลองตัวชี้วัดรวมความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นต่อไป ซึ่งได้สเกล องค์ประกอบดังสมการต่อไปนี้

$$SML = 0.30(sml1) + 0.25(sml2) + 0.18(sml3)$$

3.3.7 องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ (ACS)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของตัวชี้วัดในแบบจำลอง องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง ๙ กับข้อมูลเชิง ปริมาณ เมื่อกำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลอง ๙ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพ 10 และตาราง 41 ดังนี้



Chi-Square = 0.00, df = 0, P-value = 1.00000, RMSEA = 0.000

ภาพประกอบ 11 แบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของแบบจำลององค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนักองค์ประกอบ b (SE)	R ²	สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ
1	acs1	0.81**(0.04)	0.89	0.96
2	acs2	0.45**(0.03)	0.47	0.18
3	acs3	0.51**(0.04)	0.30	0.08
Chi-square = 0.00		df = 0	p = 1.000	
GFI = 1.00		AGFI = 1.00	RMSEA = 0.000	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพประกอบ 10 และผลการวิเคราะห์ตามตาราง 36 พบว่า แบบจำลององค์ประกอบ ด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาตร โดยพิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 0.00 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้น ถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงเท่ากับ 1.000 ที่องศาอิสระเท่ากับ 0 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จากค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.00 รวมทั้งค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .000

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ของตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัด พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดตั้งแต่ 0.45 ถึง 0.81 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์ประกอบด้าน ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ โดยตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ตัวชี้วัด acs1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.81 รองลงมาคือตัวชี้วัด acs3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.51 และตัวชี้วัด acs2 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.45 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ 0.89, 0.30 และ 0.47

และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score Coefficient) พบว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ ตัวชี้วัด acs1 รองลงมาคือตัวชี้วัด acs2 และ ตัวชี้วัด acs3 ตามลำดับ

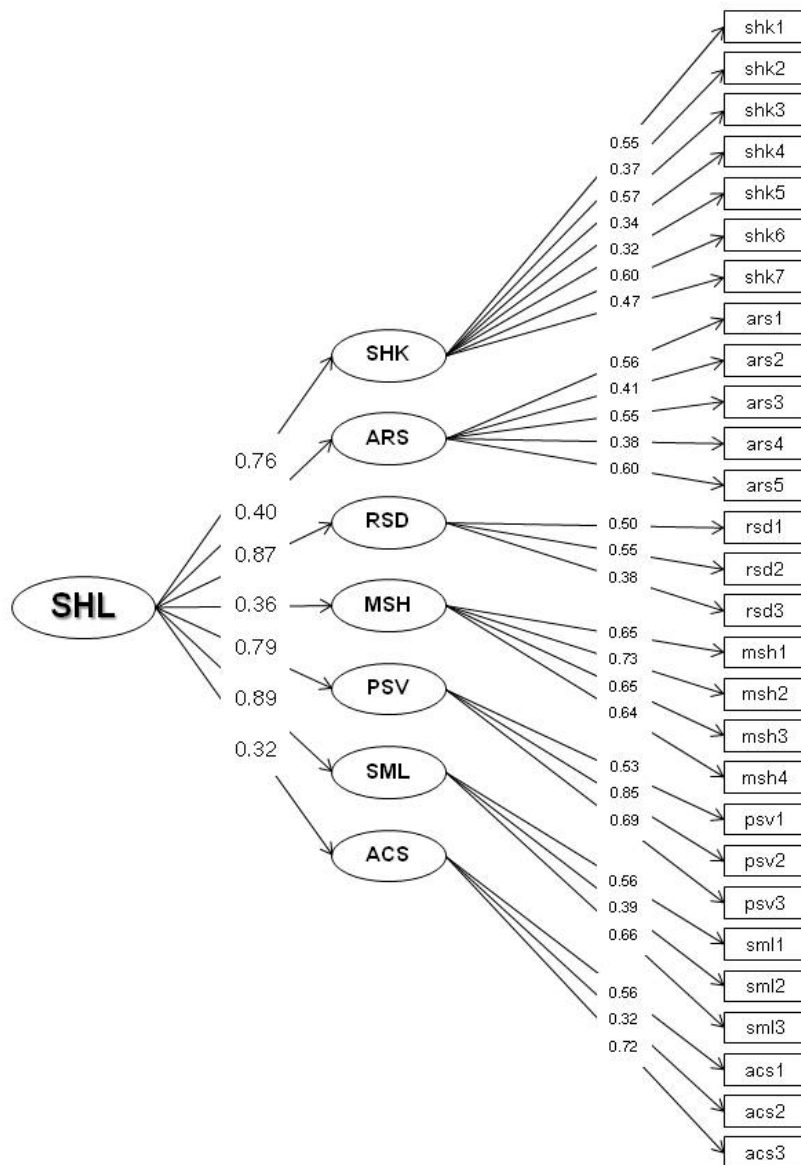
สำหรับการสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ในการสร้างสเกลองค์ประกอบด้าน ความสามารถในการสื่อสารทางเพศด้วยวิธีการบวก เพื่อให้ได้ผลการพยากรณ์ และตัวแปรใหม่ สำหรับการนำไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นแบบจำลองตัวชี้วัดรวม ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ต่อไป ซึ่งได้สเกลองค์ประกอบ ดังสมการต่อไปนี้

$$ACS = 0.96(acs1) + 0.18(acs2) + 0.08(acs3)$$

3.3.8 ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น (SHL)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองขององค์ประกอบในแบบจำลอง ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง ๙ กับข้อมูลเชิงปริมาตรเมื่อกำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลอง ๙ ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาตร ผู้วิจัยจึงปรับรูปแบบ โดยพิจารณาจากดัชนีปรับรูปแบบ (Model Indices) ซึ่งเป็นค่าความคาดหวังในการลดลงของค่าไค-สแควร์ เมื่อกำหนดค่าพารามิเตอร์ให้เป็นอิสระ โดยได้ดำเนินการปรับรูปแบบ โดยการเพิ่มเส้นอิทธิพล ครั้งละ 1 เส้น เป็นจำนวนทั้งหมด 49 เส้น โดยเป็นการเพิ่มเส้นอิทธิพลในรูปเมตริกซ์ความแปรปรวน- ความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ภายใน (Theta

Epsilon : TE) จำนวน 27 เส้น เมตริกซ์ความแปรปรวน- ความแปรปรวนร่วมของความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรแฝงภายในกับตัวแปรแฝงภายนอก (Gamma : GA) จำนวน 7 เส้น และเมตริกซ์ความแปรปรวน- ความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนของตัวแปรแฝงภายใน (Psi :PS) จำนวน 15 เส้นทำให้ได้แบบจำลองความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพ 11 และตาราง 37 ดังนี้



Chi-Square = 352.60, df = 311, P-value = 0.05203, RMSEA = 0.015

ภาพประกอบ 12 แบบจำลององค์ประกอบตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น (SHL)

ตาราง 37 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของแบบจำลองตัวชี้วัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น (SHL)

ลำดับ	องค์ประกอบ	น้ำหนักองค์ประกอบ b (SE)	R ²	สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ
1	SHK	0.76**(0.13)	0.58	0.25
2	ARS	0.40**(0.08)	0.49	0.21
3	RSD	0.87**(0.32)	0.70	0.32
4	MSH	0.36**(0.07)	0.17	0.13
5	PSV	0.79**(0.12)	0.62	0.27
6	SML	0.89**(0.16)	0.76	0.50
7	ACS	0.32**(0.08)	0.16	0.10
Chi-square = 352.60df = 311 P = 0.05203				
GFI = 0.92 AGFI = 0.91 RMSEA = 0.015				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพประกอบ 11 และผลการวิเคราะห์ตามตาราง 37 พบว่า แบบจำลองตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาตร โดยพิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ ที่มีค่าเท่ากับ 352.60 และมีค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้น ถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงเท่ากับ 0.052 ที่องศาอิสระเท่ากับ 311 นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองได้จากค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.96 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.95 รวมทั้งค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .010

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ขององค์ประกอบทั้ง 7 องค์ประกอบ พบว่าค่า น้ำหนักองค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีขนาดตั้งแต่ 0.32 ถึง 0.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าองค์ประกอบเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะพัฒนาเป็นตัวชี้วัดในการประเมินความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 6 (SML) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.89 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ 0.76 รองลงมาคือองค์ประกอบที่ 3 (RSD) มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบเท่ากับ 0.87 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ 0.70 และจากการพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบของ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับ วัยรุ่นตอนต้น ที่มีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 6 (SML) องค์ประกอบที่ 3 (RSD) และองค์ประกอบที่ 5 (PSV) โดยมีค่าเท่ากับ 0.50, 0.32 และ 0.27 ตามลำดับ

สำหรับการสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ในการสร้างสเกลองค์ประกอบของ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ด้วยวิธีการบวก ได้ผลดังสมการต่อไปนี้

$$\text{SHL} = 0.25(\text{SHK}) + 0.21(\text{ARS}) + 0.32(\text{RSD}) + 0.13(\text{MSH}) + 0.27(\text{PSV}) + 0.50(\text{SML}) + 0.10(\text{ACS})$$

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญในการสร้างองค์ประกอบ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันผู้วิจัยได้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบมาบวกรวมกันแล้วเปรียบเทียบสัดส่วนให้เป็นค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปร้อยละของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ได้ดังตาราง 43

ตาราง 38 สัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ ร้อยละและลำดับความสำคัญขององค์ประกอบ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ลำดับ	องค์ประกอบ	สัมประสิทธิ์ คะแนนองค์ประกอบ	ร้อยละ	ลำดับ ความสำคัญ
1	ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (SHK)	0.25	14.04	4
2	เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ (ARS)	0.21	11.80	5
3	ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน (RSD)	0.32	17.98	2
4	ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง (MSH)	0.13	7.30	6
5	ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ (PSV)	0.27	15.17	3
6	ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ(SML)	0.50	28.09	1
7	ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ (ACS)	0.10	5.62	7
รวม		1.78	100.00	

จากตาราง 38 พบว่า น้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่มีความสำคัญเป็นลำดับแรก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 6 ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 28.09 รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบที่ 3 ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน คิดเป็นร้อยละ 17.98 และที่มีความสำคัญเป็นลำดับสุดท้าย ได้แก่ องค์ประกอบที่ 7 ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 5.62

ตอนที่ 5 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยสร้างเกณฑ์ปกติ โดยใช้คะแนนที่ปกติ (Normalized T-Score) โดยกำหนดเกณฑ์กลุ่มสูงและกลุ่มต่ำโดยการวิเคราะห์ คะแนนมาตรฐาน T ปกติ (Normalized T-Score) มีการจำแนกกลุ่มเป็น 5 กลุ่มได้แก่กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับสูงมาก กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับสูง กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับ ปานกลาง กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับต่ำ และกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศโดยรวมระดับต่ำมาก โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับรายด้านดังนี้

1. เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 24.5 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 20.5 - 24.4	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับสูง
คะแนนระหว่าง 15.6 – 20.4	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 11.5 – 15.5	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 11.4 และต่ำกว่า	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

2. เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 16.4 ขึ้นไป	แปลว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 13.6 -16.3	แปลว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับสูง

- คะแนนระหว่าง 10.8 – 13.5 แปลว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับปานกลาง
- คะแนนระหว่าง 8.1 – 10.7 แปลว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับต่ำ
- คะแนนระหว่าง 8 และต่ำกว่า แปลว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

3. เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน

เกณฑ์การตัดสิน

- คะแนน 12 ขึ้นไป แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนโดยรวมระดับสูงมาก
- คะแนนระหว่าง 9 - 11 แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนโดยรวมระดับสูง
- คะแนนระหว่าง 7 – 8 แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนโดยรวมระดับปานกลาง
- คะแนนระหว่าง 4 - 6 แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนโดยรวมระดับต่ำ
- คะแนนระหว่าง 3 และต่ำกว่า แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนโดยรวมระดับต่ำมาก

4. เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 9.5 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ ตนเองโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 6.6 - 9.4	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ ตนเองโดยรวมระดับสูง
คะแนนระหว่าง 3.7 – 6.5	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ ตนเองโดยรวมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 0.8 - 3.4	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ ตนเองโดยรวมระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 0.7 และต่ำกว่า	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ ตนเองโดยรวมระดับต่ำมาก

5. เกณฑ์ ปกติของ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบความสามารถในการป้องกัน
ความรุนแรงทางเพศ

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 11 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ โดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 8 - 10.5	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ โดยรวมระดับสูง
คะแนนระหว่าง 5.5 – 7.3	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ โดยรวมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 2.5 - 5	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ โดยรวมระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 2 และต่ำกว่า แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ
โดยรวมระดับต่ำมาก

6. เกณฑ์ ปกติของ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 11 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 8 -10	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับสูง
คะแนนระหว่าง 6 – 7	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 3 - 5	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศใน ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 2 และต่ำกว่า	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

7. เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาด
ทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 7.3 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถ ในการสื่อสารทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 5.3 -7.1	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถ ในการสื่อสารทางเพศโดยรวม ระดับสูง
คะแนนระหว่าง 3.3 – 5.2	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถ ในการสื่อสารทางเพศระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 1.3 – 3.2	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถ ในการสื่อสารทางเพศโดยรวมระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 1.2 และต่ำกว่า	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความสามารถ ในการสื่อสารทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนา ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น และเพื่อทดสอบแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น นวิธีดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการ วิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่น เพื่อสร้างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยในระยะนี้เป็นการศึกษาทบทวน เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น อย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2556 และเผยแพร่ในฐานข้อมูลในประเทศ Thai Digital Collection – Thai Library Integrated System (TDC-ThaiLIS) และฐานข้อมูล Thai Journals Online (ThaiJo) และเผยแพร่ในฐานข้อมูลต่างประเทศได้แก่ ฐานข้อมูล Pub Med และฐานข้อมูล SCOPUS แล้วทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อค้นหา คัดสรร เพื่อสกัดตัวชี้วัด และ จัดกลุ่มองค์ประกอบ ตัวชี้วัด ของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นขึ้นต้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เป็นการพัฒนา แบบจำลองการวัดของ ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยในระยะ นี้เป็นการพัฒนา ตัวชี้วัด โดยนำร่างตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่น ตอนต้น จากระยะที่ 1 มาตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นตามองค์ประกอบ การชี้วัด จากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา จำนวน 5 คนและผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษาจำนวน 4 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาปรับตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น และนำไปร่างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นในแต่ละองค์ประกอบ โดยมีเครื่องมือมี ลักษณะเป็น แบบสถานการณ์ และแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่มีการแปลงคำตอบเป็นตัวเลือกนั้นนำแบบวัดฯ ดังกล่าวมาให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน ตรวจสอบความชัดเจนในการสื่อความหมาย และนำเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่ได้ (ฉบับร่าง) นำแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ไปทดลองใช้ (Try Out) เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือกับนักเรียนที่กำลังศึกษาในช่วงชั้นที่ 3 ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจำนวน 60 คน ตอบแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling)

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบระหว่างแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยในระยะที่ 3 นี้เป็นการตรวจสอบความสอดคล้อง ระหว่างแบบจำลองการวัด ของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน(Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรม LISREL โดยนำตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นที่ได้ จากระยะที่ 2 ไปเก็บรวบรวมข้อมูล กับนักเรียนที่กำลังศึกษาในช่วงชั้นที่ 3 จำนวน 600 คน เพื่อตอบแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น ได้ตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จำนวน 7 องค์ประกอบ 28 ตัวชี้วัด ได้แก่ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ 7 ตัวชี้วัด องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ 5 ตัวชี้วัด องค์ประกอบ ด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน 3 ตัวชี้วัด องค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง 4 ตัวชี้วัด องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ 3 ตัวชี้วัด องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ 3 ตัวชี้วัด และองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ 3 ตัวชี้วัด

2. นำผลที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้อง ที่จะนำมาใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น ไปใช้กับผู้เชี่ยวชาญ พบว่าผู้เชี่ยวชาญด้านมีความเห็นสอดคล้องกันว่าตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีความถูกต้องในการเป็นตัวชี้วัดที่ดี ซึ่งพิจารณาจากตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง 0.80 – 1.00 จำนวน 7 องค์ประกอบ 28 ตัวชี้วัด

3. จากนั้นนำผลที่ได้ไปตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นพบว่าผู้เชี่ยวชาญด้านความสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา มีความเห็นว่าตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลทั้งสองเกณฑ์ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.80 – 1.00 จำนวน 7 องค์ประกอบ 28 ตัวชี้วัด สามารถร่างเป็นแบบจำลองการวัดของตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ได้

4. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับสอง พบว่า มีความสอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่นกัน โดยพิจารณาจาก ค่าสถิติไคสแควร์ เท่ากับ 352.60 ($P = 0.05$) ที่องศาอิสระ เท่ากับ 311 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.96 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.95 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMR) เท่ากับ 0.03

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง 7 องค์ประกอบ พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.32 – 0.89 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกองค์ประกอบ และจากผลการประเมินค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ พบว่า น้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบลำดับแรก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 6 ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 28.09 รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบที่ 3 ความเคารพต่อเพศวิถีสื่อต่างจากตน คิดเป็นร้อยละ 17.98 องค์ประกอบที่ 5 ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 15.17 องค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 14.04 องค์ประกอบ ที่ 2 ด้านเจตคติที่ดี ต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 11.80 องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองคิดเป็นร้อยละ 7.30 และ องค์ประกอบที่ 7 ด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 5.62 ตามลำดับ

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีข้อค้นพบที่สามารถนำมาอภิปรายผล 2 ประเด็น คือ ลักษณะองค์ประกอบตัวชี้วัดที่พัฒนา และน้ำหนักความสำคัญ และการจัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบที่ชี้วัดถึงความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ลักษณะองค์ประกอบ ตัวชี้วัดที่พัฒนา และน้ำหนักความสำคัญ

จากผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่ผ่านกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่การสร้างตัวชี้วัดด้วยการศึกษาและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของตัวชี้วัด ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการวัดของตัวชี้วัด จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ทำให้ได้ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จำนวน 7 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ องค์ประกอบ ด้านความเคารพต่อเพศวิถีสื่อต่างจากตน องค์ประกอบ ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ และองค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

เมื่อผู้วิจัยได้พิจารณาผลการวิจัยที่ได้ พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดว่า แบบจำลองการวัดของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นซึ่งสมมติฐานที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้ได้ผลดังกล่าว เนื่องจากกระบวนการในการพัฒนาตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ในการวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการในลักษณะที่เป็นการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยได้มีการ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างรัดกุม โดยใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพเหมาะสม จึงทำให้ตัวชี้วัดที่ได้สะท้อนถึงลักษณะวัยรุ่นตอนต้นที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ อย่างแท้จริง รวมถึงในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อนำมาวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้อย่างแท้จริง จึงทำให้สะท้อนถึงลักษณะ วัยรุ่นตอนต้นที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวน โดยสามารถพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 องค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ จัดเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากสำหรับวัยรุ่น เพราะความรู้เป็นแนวทางหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ ซึ่งการที่บุคคลจะมีความรู้ ความเข้าใจที่ดีจะเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง การมีความรู้ในเรื่องสุขภาพทางเพศ จะทำให้วัยรุ่นสามารถ เข้าใจ แยกแยะบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบระหว่างเพศได้ถูกต้อง เข้าใจการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย มีความพร้อมทางวุฒิภาวะทางอารมณ์การปรับตัวในการใช้ชีวิตคู่ การเตรียมตัวในการวางแผนครอบครัว ทำให้ลดปัญหาทางเพศและปัญหาทางสังคมได้ (สุชาติ โสมประยูร; และคณะ. 2546) การมีความรู้เรื่องเพศโดยเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการ ปฏิบัติตนของวัยรุ่นทั้งด้านความรู้ ทักษะซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังสามารถปรับเปลี่ยนค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้ (Rutchanagul. 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าหากวัยรุ่นมีความรู้เรื่องทางเพศที่ดีสามารถเป็นปัจจัยที่จะทำนายการเลือกคบเพื่อนต่างเพศที่เหมาะสมได้ (เมธินี ก้อนแก้ว. 2546)

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในองค์ประกอบ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ซึ่งมีจำนวน 7 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีมีความถูกต้อง มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยตัวชี้วัดที่มีน้ำหนัก องค์ประกอบสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ shk3: สามารถวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.64 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ร้อยละ 27 สอดคล้องกับ การศึกษาของ Magnani R.; et al. (2005) ได้ศึกษาผลการให้สุขศึกษาโดยใช้โปรแกรมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเมือง Kwazulu-Natal ประเทศแอฟริกาใต้ ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และครั้งล่าสุดดีขึ้น และสอดคล้องกับ ศรีพรรณ ถาวรรัตน์ และคณะ (2556) ที่พบว่า ความรู้จากการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลกระทบของการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและสังคมผ่านการเรียนรู้จากตัวแบบทำให้มี คะแนนเฉลี่ยความรู้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับสภาพทั่วไปที่พบว่าผู้มีความรู้ สามารถวิเคราะห์ และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้

ในขณะที่พบว่ามีความสำคัญที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ รองลงมา ได้แก่ ตัวชี้วัด shk1: สามารถวิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ของตนได้ถูกต้องสมวัย โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.59 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ คือ ร้อยละ 27 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เริ่ม พัฒนาจากสิ้นสุดความเป็นเด็กไปสู่ภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ (Kargan; & Coles. 1972; อ้างอิงจาก Steinberg. 1996) วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มสร้างพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพทางเพศในวัยผู้ใหญ่เนื่องจากเป็นวัยที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการทางเพศอย่างรวดเร็ว (Wong; et al. 1999) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของวัยรุ่นเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของฮอร์โมนเพศ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและ ลักษณะทางเพศ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยเฉพาะที่ระบบสืบพันธุ์นี้นับว่าเป็นประสบการณ์ใหม่ของชีวิต วัยรุ่นจึงเกิดความรู้สึกขงใจหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับอวัยวะเพศของตนเองมากขึ้น การขาดความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนที่ต้องการ ซึ่งการขาดความรู้ความเข้าใจอาจส่งผลให้วัยรุ่นไม่สามารถวิเคราะห์และประเมินสิ่งผิดปกติที่อวัยวะสืบพันธุ์ได้ อาจส่งผลต่อสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นได้ สอดคล้อง ชาย โพธิ์สิตา และ อุมาภรณ์ ภัทรวิเศษ (Podhisita, C; & Pattaravanich, U. 1996) พบว่าปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประชากรวัยรุ่น คือ การติดเชื้อที่ระบบสืบพันธุ์ เช่น ตกขาว อาการคัน หรือแสบที่อวัยวะเพศ อีกทั้ง การมีความรู้ในเรื่องสุขภาพทางเพศเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย ช่วยลดปัญหาทางเพศและปัญหาทางสังคมได้ (สุชาติ โสมประยูร; และคณะ. 2546)

นอกจากนี้ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญอีกตัวหนึ่งคือ ตัวชี้วัด shk5: มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.59 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ร้อยละ 27 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดอีกตัวที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด เนื่องจากสอดคล้อง Magnani R.; et al. (2005) ได้ศึกษาผลการให้สุขศึกษาโดยใช้โปรแกรมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเมือง Kwazulu-Natal ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก และครั้งล่าสุดจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลที่ได้ไม่มีความคงที่ในวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมของกลุ่มวัยรุ่น

1.2 องค์ประกอบที่ 2 เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ

การมีเจตคติทางเพศ ความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นในการกระทำมากเท่านั้น เจตคติทางเพศของวัยรุ่นจะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย อาทิ ครอบครัว เพื่อน ค่านิยม และวัฒนธรรม และสื่อ เป็นต้น (สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน. 2555) ดังนั้น เจตคติ จึงถือเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำนายพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นได้ หากวัยรุ่นตอนต้นมีเจตคติทางเพศที่ดีก็จะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมด้วย และความตระหนักมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในองค์ประกอบ เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งมีจำนวน 5 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดทั้ง 5 ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีความถูกต้อง มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ ars5: มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.69 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ร้อยละ 92 สอดคล้องกับ เชลลีย์ และบอนนี่ (Shelley Jon.es; & Bonny Norton. 2007) พบว่า เยาวชนส่วนมากมีความตระหนักถึงความปลอดภัยในเรื่องเพศอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย พวกเขาเชื่อว่าถุงยางมีส่วนช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ และการติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ และสอดคล้องกับ ฮัทชินสัน และคณะ (Hutchinson; et al. 2003) และ ฮิวบเนอร์ และโฮเวลล์ (Huebner; & Howell. 2003) ที่ว่าการสื่อสารเรื่องเพศจากบิดามารดาจะส่งผลต่อความเข้าใจ และเจตคติต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ สอดคล้องกับ ศรีพรรษ ถาวรรัตน์ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2556) ที่ว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและสังคม ให้เรียนรู้จากตัวแบบ จากข่าววัยรุ่นที่มีปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่งผลให้เกิดเจตคติที่ดี ทำให้มีความสามารถในการตัดสินใจ และพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ การปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศดีขึ้น (มรรยาท รุจิวิชัย; และสารรัตน์ วุฒิอาภา. 2555)

ในขณะที่พบว่าตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบรองลงมา ได้แก่ ตัวชี้วัด ars3: มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.59 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ร้อยละ 91 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด เนื่องจากความไม่เสมอภาคในสังคมไทย ยังปรากฏในทุกภาคส่วน ในเรื่องสุขภาพทางเพศนั้น ปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น พบว่าฝ่ายหญิงมักเป็นฝ่ายที่ต้องลาออกจากโรงเรียนมากกว่าฝ่ายชาย เพราะมีหน้าที่ต้องไปดูแลลูก และเนื่องจากความอับอาย การเลือกปฏิบัติระหว่างชายหญิง ล้วนมีปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งมาจากเจตคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับเรื่องเสมอภาคทางเพศ โดยไม่ได้มองที่ความสามารถ ทั้งที่ ประเทศไทยได้มีการรับรองและมีการส่งเสริมเรื่องความเสมอภาคระหว่างเพศภายใต้กฎหมายเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติทางเพศ โดยเฉพาะที่ปรากฏอยู่ในรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ในมาตรา 30 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ในมาตราเดียวกันว่า “บุคคลย่อมเสมอในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายที่เท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน ” ดังนั้นการมีเจตคติมีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุผลความแตกต่างในเรื่องเพศจึงไม่สามารถกระทำได้ เรื่องความเสมอภาคทางเพศยังสอดคล้อง แนวคิดสุขภาพทางเพศ ขององค์การอนามัยโลก เมื่อมองแบบองค์รวมและในเชิงบวก

(World Health Organization. 2010) สอดคล้องกับสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2553) สะท้อนว่าประชาชนมีเจตคติในทางบวกต่อเรื่องความเสมอภาคระหว่างเพศหญิงชายค่อนข้างสูง ซึ่งเพศหญิงมีเจตคติทางบวกมากกว่าเพศชายสะท้อนให้เห็นว่าผู้หญิงเข้าใจบทบาทหรือรับรู้ผลกระทบทางลบของความไม่เสมอภาคระหว่างเพศมากกว่าชายในสังคม

นอกจากนี้ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญอีกตัวหนึ่งคือ ตัวชี้วัด ars1: มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.59 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ร้อยละ 66 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดอีกตัวที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด เนื่องจากในสังคมไทยได้มีการปลูกฝังในเรื่องค่านิยมและวัฒนธรรมไทย โดยใช้เป็นตัวกำหนด ขั้วเกลาสรางสรรค์คนในสังคมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเจตคติของวัยรุ่น โดยเฉพาะในเรื่องเพศ ในบทเรียนต่างๆ รวมถึงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ยังคงมีแนวความคิดบางประการ อาทิ การมีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงวัยอันควร สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย เช่น การรักษานวลสงวนตัว ไม่ชิงสุกก่อนห่าม เป็นต้น รวมถึงการแต่งกายเพื่อดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม โดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสม สอดคล้อง องค์การพิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์แห่งชาติ (อพวช.) (2554), องค์การแพธ (PATH). (2551), สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2555), และ นัยน์ชนก หอมโกศล (2550)

1.3 องค์ประกอบที่ 3 ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน

จากเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ และประวัติศาสตร์ มีส่วนกำหนดเพศวิถีของผู้คนในแต่ละสังคม และในแต่ละช่วงเวลา ความหมายของเพศวิถีเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในแต่ละสังคม หรือแม้กระทั่งในบุคคลเดียวกันแต่แตกต่างกันช่วงเวลา เพศวิถีมีความหมายและรูปแบบที่หลากหลายองค์ประกอบของเพศวิถีประกอบด้วยการให้ความหมายเรื่องเพศของปัจเจกบุคคล ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรู้สึก ความปรารถนาทางเพศ ความสุขทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ และเพศภาวะ รสนิยมทางเพศ คู่ความสัมพันธ์ทางเพศ การให้ความหมายกับคู่ความสัมพันธ์ทางเพศในแต่ละคน ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. 2550) ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดสุขภาพทางเพศจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลเพื่อมองแบบองค์รวมและในเชิงบวก (World Health Organization. 2010) จากนิยามสุขภาพทางเพศของ องค์การอนามัยโลก (WHO. 2002) แสดงให้เห็นว่า สุขภาพทางเพศเกี่ยวข้องกับเพศวิถี และความเคารพกับเรื่องเพศวิถี มีเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่าง นอกจากนี้ในด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดสุขภาพทางเพศขององค์การอนามัยโลก เมื่อมองแบบองค์รวมและในเชิงบวก (World Health Organization. 2010) ซึ่งแนวคิดสิทธิมนุษยชนถือเป็นหลักการเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานในประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญ เพื่อสร้างความเสมอภาคให้กับประชาชนทุกเพศในประเทศไทย การที่วัยรุ่นอยู่ในสังคมที่มีความหลากหลายทางเพศวิถีจะช่วยให้อักรู้ เข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศ รู้จักประพฤติดนตามบทบาททางเพศ รู้จักปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมเพศ

และต่างเพศได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2549) การส่งเสริมเพื่อสร้างความเข้าใจให้เยาวชนการเปิดใจกว้างยอมรับวิถีทางเพศของแต่ละบุคคล มองในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความดี มากกว่า ตัดสินตัวบุคคลจากวิถีทางเพศ จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับด้าน ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน มีเพียงเนื้อหาที่ถูกบรรจุไว้ในหนังสือเรียนกลุ่มสาระการเรียนรู้ สุขศึกษาและพลศึกษา คู่มือการจัดการกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา ที่จัดทำโดยองค์การแพธ (PATH) แนวทางเชิงวิชาการสากลของเพศวิถีศึกษา การใช้ข้อมูลเชิงหลักฐานสำหรับโรงเรียน ครู และ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (International Technical Guidance on Sexuality Education: an Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators) มี 2 เล่ม เล่มที่ 1 เป็นหลักการและเหตุผลของเพศวิถีศึกษาและเล่มที่ 2 เกี่ยวกับหัวข้อเรื่องและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ขององค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) และ“Sex”คู่มือการให้ความรู้ เรื่องสุขภาพทางเพศ เรื่องที่อยากรู้แต่ไม่ถาม โดย องค์การพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ (อพวช.)

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในองค์ประกอบ ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ซึ่งมีจำนวน 3 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามี ความถูกต้อง มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ rsd1: มีการเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่าง จากตน ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.90 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ร้อยละ 33 เนื่องมาจากสภาพสังคมในปัจจุบันบทบาททางเพศในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งในอดีตสังคม ให้ความสำคัญของผู้ชายเป็นผู้นำและบทบาทของผู้หญิงเป็นผู้ตาม ในปัจจุบันสังคมไทยให้ความสำคัญกับเรื่อง ความเสมอภาคทางเพศมากขึ้น ทั้งนี้การเคารพสิทธิทางเพศของตนเองและผู้อื่น โดยการไม่เลือกปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างจากตนเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การที่วัยรุ่นอยู่ในสังคมที่มีความหลากหลายทางเพศวิถีจะช่วยให้อายุรุ่น เข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศ รู้จักประพฤติตนตามบทบาททางเพศ รู้จักปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมเพศและต่างเพศได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2549) ซึ่งสอดคล้องกับ การให้ความหมายของสุขภาพทางเพศขององค์การอนามัยโลก WHO (2002) ที่ว่าสุขภาพทางเพศมันไม่ได้เป็นเพียงการปราศจากโรค การเสื่อมสมรรถภาพหรือความเจ็บป่วย สุขภาพทางเพศต้องใช้วิธีการเชิงบวกและความเคารพกับเรื่องเพศวิถี ซึ่งคนที่มีสุขภาพทางเพศนอกจากจะเป็นคนที่มีความคิดเชิงบวกต่อเรื่องเพศและสัมพันธภาพทางเพศ ยังต้องมีความเคารพต่อวิถีทางเพศของคนอื่นที่แตกต่างจากตัวเอง นอกจากนี้ องค์การแพธ (PATH)(2551)

ในขณะที่พบว่า มีตัวชี้วัดที่มี ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ รองลงมา ได้แก่ ตัวชี้วัด rsd3: มีการยอมรับสนิยมทางเพศที่หลากหลาย โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.31 มีความผันแปร ร่วมกับองค์ประกอบ ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ร้อยละ 6 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด โดยจากการเรียนการสอน หรือแม้แต่การให้ความรู้ในเรื่องเพศพบว่ามี การนำเสนอเนื้อหาเพื่อแสดงถึงวิถีทางเพศที่มีความแตกต่าง เพื่อสร้างความเข้าใจถึงประเด็นเพศวิถีในที่มีในปัจจุบัน อาทิ คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา ที่จัดทำโดย องค์การแพธ (PATH) หนังสือเรียนเสริม เรื่อง แนวทางเชิงวิชาการสากลของเพศวิถีศึกษา การใช้ข้อมูลเชิงหลักฐานสำหรับโรงเรียน ครู และ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมี 2 เล่ม เล่มที่ 1 เป็นหลักการและเหตุผลของเพศวิถีศึกษา และเล่มที่ 2 เกี่ยวกับหัวข้อเรื่องและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ของ องค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และ วัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) และ “Sex” คู่มือการให้ความรู้ เรื่องสุขภาพทางเพศ เรื่องที่อยากรู้แต่ไม่ถาม โดย องค์การพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ (อพวช.) นอกจากนี้ในเรื่อง การยอมรับสนิยมทางเพศที่หลากหลาย ยังสอดคล้อง วิภาดา เอี่ยมคง (2553) การต่อสู้เคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในสังคมไทย ได้ก่อให้เกิดผลต่อทั้งกระบวนการทางนโยบายสาธารณะ และมติการยอมรับทางสังคมต่อผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมากขึ้น

นอกจากนี้ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญอีกตัวหนึ่งคือ ตัวชี้วัด rsd2: มีการปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม มีค่าเท่ากับ 0.30 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ร้อยละ 4 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดอีกตัวที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด การปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม สอดคล้องกับแนวคิดสิทธิมนุษยชน และในประเทศไทยได้มีการรับรองและมีการส่งเสริมเรื่องความเสมอภาคระหว่างเพศภายใต้กฎหมายเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติทางเพศ และในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และ พุทธศักราช 2550 ในมาตรา 30 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งแนวคิดสิทธิมนุษยชนถือเป็นหลักการเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อสร้างความเสมอภาคให้กับประชาชนทุกเพศในประเทศไทย การที่วัยรุ่นอยู่ในสังคมที่มีความหลากหลายทางเพศวิถีจะช่วยให้วัยรุ่น เข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศ รู้จักประพฤติดนตามบทบาททางเพศ รู้จักปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมเพศและต่างเพศได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2549)

1.4 องค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

การจัดการสุขภาพทางเพศตนเองจึงเป็นการทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันหรือควบคุมสุขภาพทางเพศ รวมถึงสามารถประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ เพื่อให้สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพทางเพศได้อย่างเหมาะสม ความฉลาด

ทางสุขภาพที่ได้รับจากการถ่ายทอดหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมสร้างให้ตนเองเกิดความสามารถจนกลายเป็นผู้มีความฉลาดทางสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา (Edwards, Wood, Davies; & Edwards. 2012) ความสำเร็จของคนเกิดจากการรู้จักวางแผน และลงมือปฏิบัติให้เกิดผล ซึ่งเป็นผลมาจากการรู้จักจัดการตนเอง โดยความสามารถในการจัดการตนเองถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ เพราะคนที่มีความสามารถในการจัดการตนเองนั้น จะมีวินัย สามารถควบคุมตนเองได้ มีอำนาจในตนเอง มีความสามารถในการทนตนเองสูงขึ้น (Marshall. John C; & Bob McHardy. 1999) องค์การอนามัยโลก (สมศักดิ์ สันธุระเวช. 2544; อ้างอิงจาก WHO. 1993) กำหนดว่าองค์ประกอบที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม คือ การมีทักษะชีวิต พฤติกรรมการ จัดการชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับของปัจจัยที่ทำให้เกิดการประสบความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีสุขภาพที่ดี ปัจจัยด้านการมีอารมณ์ในทางบวก (Freund; & Baltes. 1998) ในขณะที่การจัดการตนเอง (Self Management) ยังเป็นหนึ่งในองค์ประกอบฉลาดทางสุขภาพ เพื่อใช้ในการ การควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามแนวคิด ความของ ดอน นัทบีม (Nutbeam D. 2008) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยในกรณีบุคคลมีความ ฉลาดทาง สุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว และการจัดการทางสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด เอ็ดเวิร์ด และคณะ (Edwards M., Wood, Davies; & Edwards A. 2012) กล่าวว่า ทักษะการจัดการตนเอง (Self Management skills) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อ ก่อให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพ (Decision Making) เพื่อการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-Management)

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในองค์ประกอบ ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง ซึ่งมีจำนวน 4 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามี ความถูกต้อง มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งผลการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยตัวชี้วัดที่มีน้ำหนัก องค์ประกอบสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ msh4: มีการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อ ไม่สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศตามที่วางไว้ ได้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.73 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง ร้อยละ 78 การปฏิบัติเพื่อให้เกิดภาวะที่เหมาะสม เป็นการพัฒนาเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการมีสุขภาพทางเพศที่ดี การปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม เป็นการเลือกแนวทางการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ โดยใช้วิธีการ ทักษะ หรือกลยุทธ์ใหม่ๆ อาจเป็นวิธีการที่ไม่คุ้นเคย หรือใช้แบบอย่างจากผู้ที่ประสบความสำเร็จเพื่อใช้เป็น การทดแทนวิธีเดิมที่ผ่านมา อันจะนำไปสู่เป้าหมาย การมีสุขภาพทางเพศที่ดีตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ สอดคล้องกับ รัชดาภรณ์ ใจอ้าย (2551) ที่ว่าแนวคิดด้านการจัดการชีวิตมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น แนวคิดด้านการจัดการจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ควรสนับสนุนและพัฒนาควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยต่อไป

ในขณะที่พบว่ามิตัวชีวิตที่มี ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ รองลงมา ได้แก่ ตัวชีวิต msh3: มีการดำเนินการตามแผนที่กำหนดในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศที่วางไว้ โดยมีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ เท่ากับ 0.71 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบความสามารถในการจัดการกับสุขภาพ ทางเพศตนเอง ร้อยละ 73 ถือได้ว่าเป็นตัวชีวิตที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด เนื่องจาก แผนจะเป็นแนวทางหรือตัวกำหนดให้ การดำเนินการบรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าในความเป็นจริงการดำเนินการอาจมีอุปสรรคไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ทั้งหมดทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง อาทิ ประสิทธิภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะ ซึ่งหากมีการฝึกทักษะจนเกิดความชำนาญย่อม ส่งผลให้สามารถ ดำเนินการตามแผนที่กำหนดในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ทางเพศที่วางไว้ ได้ สอดคล้อง เจนนิพัฐ สมมาตย์ (2550) สุปรียา จรทะผา (2555) เนตรทราย ปัญญชุนท์ ธาราดล เก่งการพาณิชย์ สุปรียา ตันสกุล และสุพร อภินันท์เวช (2552) และเจนนิพัฐ สมมาตย์ (2550) ที่พบว่า พบว่ากลุ่มทดลองมี ทักษะชีวิต และพฤติกรรมเกี่ยวกับด้านสุขภาพทางเพศดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

นอกจากนี้ตัวชีวิตที่มีความสำคัญอีกตัวหนึ่งคือ ตัวชีวิต msh2: มีการวางแผนในการ ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม เท่ากับ 0.67 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง ร้อยละ 53 ถือได้ว่าเป็นตัวชีวิตอีกตัวที่มี ความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด เนื่องจากการวางแผนเป็นการตั้งเป้าหมายตลอดจนหาวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพ ทางเพศที่ดี ถ้าวางแผนการไม่เหมาะสมจะมีผลทำให้การดำเนินการขั้นต่อไปไร้ประสิทธิภาพตามไป ด้วย แต่ถ้าเริ่มต้นด้วยการวางแผนที่ดีจะเป็นการลดช่องว่างและจะช่วยให้กิจกรรมสามารถดำเนินไป ได้อย่างราบรื่นการปฏิบัติตนเพื่อจะให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้อง สุปรียา จรทะผา (2555) เนตรทราย ปัญญชุนท์ ธาราดล เก่งการพาณิชย์ สุปรียา ตันสกุล และสุพร อภินันท์เวช (2552) และเจนนิพัฐ สมมาตย์ (2550) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะชีวิต และ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.5 องค์ประกอบที่ 5 ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ

เนื่องจาก สุขภาพทางเพศเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และเป็นอิสระจาก การเลือกปฏิบัติและความรุนแรง แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันยังพบพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง ทางเพศรวมถึงการล่วงละเมิดทางเพศในกลุ่มเด็กและเยาวชนอยู่ โดย พฤติกรรมการละเมิดทางเพศ เริ่มตั้งแต่อายุตอนต้นๆ มักถูกแสดงออกโดยการจู่โจมทางคำพูด และคำหยาดคาย มีการศึกษาใน เด็กอายุ 8 -18 ปี พบว่าการล่วงละเมิดเกิดขึ้นอย่างเปิดเผย การละเมิดทางเพศเกิดได้ทั้งเด็กหญิง และเด็กชาย เด็กหญิงที่ถูกล่วงละเมิดมักถูกเพิกเฉย มองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ทั้งที่ความจริงเป็นผู้ถูก ล่วงละเมิดจะมีปัญหาทั้งทางร่างกายและอารมณ์ (Besman; et al. 2003) ในเพศชายการมีเพื่อนเคย ล่วงเกินสัมผัสร่างกายหรือข่มขืนผู้หญิงเป็นปัจจัย ที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดต่อการทำค วามรุนแรง ทางเพศของวัยรุ่นชาย ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ที่ข่มขืนวัยรุ่นหญิงคือคู่รัก (ราไฟ ศรีนวล. 2546) ผู้หญิง

มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงทางเพศมากกว่าเพศชาย โดยวิธีการแก้ปัญหาจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงทางเพศคือการบอกผู้ใหญ่ให้รับรู้ และแจ้งตำรวจ (กฤตยา แสงเจริญ ; และคณะ . 2548) นอกจากนี้ ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ ถือเป็น องค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดสุขภาพทางเพศขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 2010)

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในองค์ประกอบ ความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ ซึ่งมีจำนวน 3 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามี ความถูกต้อง มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งผลการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยตัวชี้วัดที่มีน้ำหนัก องค์ประกอบสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ psv2: มีทักษะในการปกป้องตนเองจาก การถูกกระทำความรุนแรง และถูกล่วงละเมิดทางเพศซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.80 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศร้อยละ 33 สอดคล้องกับ องค์ประกอบที่สำคัญของ แนวคิดสุขภาพทางเพศเมื่อมองแบบองค์รวมและในเชิงบวก (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2010) ที่กล่าวว่า สุขภาพทางเพศเป็นเรื่องเกี่ยวกับความ เป็นอยู่ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค สุขภาพทางเพศเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและเป็น อิสระจากการเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพทางสุขภาพทางเพศที่ดีจำเป็นต้อง มีทักษะในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Leclerc, Wortley, & Smallbone (2011) และฐานดา เกียรติเกาะ (2557) ที่ว่า วิธีการป้องกันตนเองด้วย คำพูดเพื่อการปฏิเสธหรือต่อรอง มีผลในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และช่วยพัฒนา ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ ในหลักสูตรการเรียน การสอนเพศศึกษา มีการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนรู้และสามารถ ปกป้องตนเองจาก การถูกกระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยการสอนเกี่ยวกับวิธี การหลีกเลี่ยงและปฏิเสธ สอดคล้อง กับ กฤตยา แสงเจริญ และคณะ (2548) ที่พบว่า เมื่อเกิดปัญหาความรุนแรงทางเพศวัยรุ่นใช้วิธี บอกให้ผู้กระทำหยุดการกระทำ หากทางเอาตัวรอดด้วยคำพูด ในขณะที่พบว่า มีตัวชี้วัดที่มี ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบรองลงมา ได้แก่ ตัวชี้วัด psv3: รู้จักและสามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อถูก กระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.68 มีความ ผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 33 ถือได้ว่า เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมาก น้อยเพียงใด สอดคล้อง กับ ผลการศึกษาของ กฤตยา แสงเจริญ และคณะ (2548) ที่ว่าวิธีการ จัดการแก้ปัญหาของวัยรุ่นเมื่อเกิดความรุนแรงทางเพศ คิดว่าควรแก้ปัญหาโดยการบอกผู้ ให้รับรู้ แจ้งตำรวจ

นอกจากนี้ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญอีกตัวหนึ่งคือ ตัวชี้วัด psv1: สามารถวิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง เท่ากับ 0.60 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 20 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดอีกตัวที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับ กฤตยา แสงเจริญ และคณะ (2548) ที่ว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่เห็นว่าพฤติกรรมความรุนแรงสาหัสมี 15 พฤติกรรม ได้แก่ การข่มขืน การทำแท้ง การพยา ยามข่มขืน การตัดอวัยวะเพศ การใช้เด็กเพื่อหาผลประโยชน์ทางเพศ การล่อลวงทางเพศ เป็นต้น

1.6 องค์ประกอบที่ 6 ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

เป็นองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดจากจำนวน 7 องค์ประกอบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เข้ามามากกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ปัจจุบัน วัยรุ่นตอนต้นสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ เพื่อค้นคว้าหาข้อมูลที่ตนสนใจได้อย่างง่ายดายทั้งสื่อที่ดีที่เป็นสาระความรู้ที่เป็นประโยชน์ ไปจนถึงสื่อบางประเภท เช่น สื่อลามกที่อาจมอมเมาชักจูงให้วัยรุ่นหามีค่านิยมที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ ไปจนถึงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ และในปัจจุบันมีการความรู้เท่าทันสื่อถือเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากสื่อในปัจจุบันมีความหลากหลาย และมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการเข้าถึง การประเมิน การวิเคราะห์ และการสร้างสื่อ เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกรับข่าวสารได้อย่างถูกต้อง (เทอดศักดิ์ ไม่เท่าทอง. 2557) การรู้เท่าทันสื่อ เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากล ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการบริโภคสื่ออย่างชาญฉลาดของผู้บริโภคสื่อ เพราะหากบุคคลใดขาดการรู้เท่าทันสื่อย่อมตกเป็นเหยื่อของข้อมูลข่าวสาร (บุบผา เมฆศรีทองคำ . 2554) นอกจากนี้ ในกรอบแนวคิดการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 (21ST Century Learning) ของภาคีเครือข่ายภาคีเพื่อทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (Partnership for 21ST Century Skills.2007) กำหนดให้ความรู้เท่าทันสื่อเป็นยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อการจัดการศึกษาเรียนรู้ในยุคใหม่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการจัดการเรียนรู้ (อนุชา โสมาบุตร. 2556) สอดคล้องกับการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของ เจนนีเฟอร์ แมนเกเนลโล (Jennifer A. Manganello. 2008) โดยมุมมองเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) เป็นหนึ่งในระดับของความฉลาดทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ Media Literacy มีผลกระทบที่เป็นทางบวกต่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพทางเพศ (Tracy Marie Scull. 2014)

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในองค์ประกอบ ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ ซึ่งมีจำนวน 3 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามี ความถูกต้อง มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ sm11: สามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.69 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ ร้อยละ 25 เนื่องจาก

ในปัจจุบันสื่อมีอิทธิพลต่อเด็กและเยาวชนมาก ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรม เด็กและเยาวชน ในปัจจุบันสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว ในด้านดีสื่อจะเป็นสิ่งที่ช่วยเปิดมุมมองความรู้จากทั่วทุกมุมโลกให้กับเด็กและเยาวชน แต่ก็ต้องยอมรับว่าสื่อก็มีด้านลบเปรียบเหมือนเป็นดาบสองคม ซึ่งเราไม่สามารถป้องกันสื่อที่สร้างผลกระทบด้านลบได้ โดยเฉพาะสื่อลามกที่มีเนื้อหาช่วยยั่วยุอารมณ์ทางเพศ หรือนำเสนอภาคความรุนแรงให้กับเยาวชน การปลูกฝังให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเรียนรู้ที่จะเข้าใจสื่ออย่างรู้เท่าทันจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญการสอนให้เด็กและเยาวชนรู้เท่าทันสื่อทางเพศ สามารถเข้าใจวัตถุประสงค์ที่สื่อ นำเสนอ รู้จักคิด วิเคราะห์จากหลากหลายด้านทั้งด้านดีและด้านร้าย แยกแยะสื่อได้อย่างเหมาะสม และเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่พบว่า มีตัวชี้วัดที่มี คำนวณหาค่าองค์ประกอบ รองลงมา ได้แก่ ตัวชี้วัด sm13: สามารถเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.47 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ ร้อยละ 12 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bruce E. Pinkleton (2012) ที่พบว่าการให้ความรู้ในเรื่องของการรู้เท่าทันสื่อช่วยเพิ่มขีดจำกัดในการควบคุมการเลือกสื่อที่เกี่ยวกับเรื่องทางเพศ ผลของการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าการรู้เท่าทันสื่อมีส่วนในการช่วยลดต่อพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และมีผลต่อเจตคติทางตรงกับการชะลอกิจกรรมทางเพศ

นอกจากนี้ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญอีกตัวหนึ่งคือ ตัวชี้วัด sm12: สามารถทำการประเมินค่าสิ่งที่สื่อ นำเสนอว่ามีคุณภาพ และมีคุณค่ามากน้อยเพียงไร เท่ากับ 0.43 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ ร้อยละ 15 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดอีกตัวที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam D. (2000) ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) ต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงที่อย่างต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับ รุทแมน (อังคินันท์ อินทรกำแหง . 2557; อ้างอิงจาก Rootman. 2009) ที่กล่าวว่า ความฉลาดทางสุขภาพเป็นทักษะการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท

1.7 องค์ประกอบที่ 7 ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

การสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์และความผูกพัน การสื่อสารที่มีคุณภาพจะส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และสัมพันธ์ภาพที่ดีในเรื่องทั่วไปก็จะส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ทางเพศที่ดีด้วย และนอกจากการสื่อสารดดยทั่วไปแล้วการสื่อสารเรื่องเพศก็เป็นกา รสื่อสารอีกรูปแบบหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งความพึงพอใจทางเพศ (สุรางค์รัตน์ คงศรี. 2547; อ้างอิงจาก Neller; & Fitzpatrick. 1991) การสื่อสารทางเพศเป็นกระบวนการที่ใช้สัญลักษณ์ ได้แก่ คำพูด ท่าทางการเคลื่อนไหวเป็นตัวกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และ

การแลกเปลี่ยนทัศนคติ ทั้งนี้พฤติกรรมการสื่อสารมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา (สุรางค์รัตน์ คงศรี. 2547; อ้างอิงจาก Strong; et al. 2001) ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการทำความเข้าใจและกำหนดบทบาทหรือกฎในการสื่อสารทุกๆเรื่อง รวมถึงประเด็นในเรื่องการสื่อสารทางเพศด้วย ในขณะที่ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ยังเป็นหนึ่งในองค์ประกอบฉลาดทางสุขภาพ ตาม แนวคิดความของ ดอน นัทบีม (Nutbeam D. 2008) และประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Actively communicating with health professionals) ยังเป็นหนึ่งในองค์ประกอบฉลาดทางสุขภาพ ตามแนวคิดความของ เอ็ดเวิร์ด และคณะ (Edwards M., Wood, Davies; & Edwards A. 2012) โดยเป็นทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญ ทางสุขภาพและบริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษา การบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในองค์ประกอบ ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ ซึ่งมีจำนวน 3 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีมีความถูกต้อง มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดย ตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ acs1: มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.81 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบ ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ ร้อยละ 89 สอดคล้องกับ กองยุทธศาสตร์สุขภาพทางเพศและโรคเอดส์แห่งชาติ (The National Strategy for Sexual Health and HIV. 2001) ที่กล่าวว่า สุขภาพทางเพศเป็นส่วนสำคัญของร่างกายและจิตใจ สิ่งที่เป็นส่วนประกอบของการมีสุขภาพที่ดี คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ในขณะที่พบว่า ตัวชี้วัดที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบรองลงมา ได้แก่ ตัวชี้วัด acs3: มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านเพศ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.51 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบความสามารถในการสื่อสารทางเพศ ร้อยละ 30 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด เนื่องจากปัจจุบันสังคมไทยเปิดกว้างสำหรับการสื่อสารเรื่องเพศมากขึ้น หลายภาคส่วนออกมารณรงค์ให้มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว เนื่องจากพ่อแม่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารเรื่องเพศให้กับลูกในช่วงวัยรุ่น เป็น การแลกเปลี่ยนข้อมูล สารสนเทศ ที่เกี่ยวกับเพศและสุขภาพ ด้านเพศ เพื่อให้ลูกได้เรียนรู้และทำความเข้าใจในเรื่องเพศและสุขภาพทางเพศได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศกับลูกยังช่วยปรับทัศนคติ ช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เมอร์รี่ (Murry. 2007) บุตรในกลุ่มทดลองมีคะแนนการสื่อสารเรื่องเพศ ความภูมิใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความมีคุณค่าในตนเอง การยอมรับจากเพื่อนเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยกว่าบุตรในกลุ่มควบคุม ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แม็คเคนซี (Mackenzie. 2015) พบว่า การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

การแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ด้านเพศยังส่งผลต่อความรู้ โดย จากการศึกษาของ ศรีพรรษ์ ถาวรรัตน์ และคณะ (2556) ที่พบว่า การกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเพื่อน เช่น ผลกระทบของการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและสังคม ให้เรียนรู้จากตัวแบบ จากข่าววัยรุ่นที่มีปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนน เหนือความรู้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับสภาพทั่วไปที่พบว่าผู้มีความรู้สามารถวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้

นอกจากนี้ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญอีกตัวหนึ่งคือตัวชี้วัด acs2: มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เท่ากับ 0.45 มีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบความสามารถในการสื่อสารทางเพศร้อยละ 47 ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดอีกตัวที่มีความสำคัญในการแสดงว่าวัยรุ่นตอนต้นคนนั้นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศมากน้อยเพียงใด เนื่องจากในปัจจุบันสื่อสมัยใหม่ได้เข้ามามีอิทธิพลต่อคนในสังคมอย่างมาก เนื่องจากมีความสะดวกในการเข้าใช้งาน สามารถสืบค้นข้อมูลได้ สะดวกและรวดเร็ว สอดคล้องกับ ชูชูกิ และคาลโซ (Suzuki; & Calzo. 2004) ที่ศึกษาการใช้กระดานข่าวบนอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น ซึ่งพบว่า วัยรุ่นแสดงความสนใจในเรื่องสุขภาพทางเพศในกระดานข่าวบนอินเทอร์เน็ต มากกว่าถึงสองเท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกระดานข่าวทั่วไป แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ต ในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ สิ่งที่แตกต่างจากสื่ออื่นๆ ก็คือ ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสามารถมีส่วนร่วมอย่างทันใดทันควันในการโต้ตอบเรื่องเพศ

2. การจัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบที่ชี้วัดถึง ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น

จากผลการวิจัยพบว่าในการจัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบใน ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า น้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่มีความสำคัญสูงสุดเป็นลำดับแรก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 6 ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ (SML) คิดเป็นร้อยละ 28.09 รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบที่ 3 ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน (RSD) คิดเป็นร้อยละ 17.98 องค์ประกอบที่ 5 ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ (PSV) คิดเป็นร้อยละ 15.17 องค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (SHK) คิดเป็นร้อยละ 14.04 องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ (ARS) คิดเป็นร้อยละ 11.80 องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง(MSH) คิดเป็นร้อยละ 7.30 และองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นลำดับสุดท้าย ได้แก่ องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ (ACS) คิดเป็นร้อยละ 5.62 ตามลำดับ ทำให้ได้ข้อสรุปว่าองค์ประกอบด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มากที่สุด

สาเหตุที่องค์ประกอบที่ 6 ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ (SML) มีความสำคัญสูงสุดเป็นลำดับแรก เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทำให้สามารถรับรู้ข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากการเรียนแบบตามที่สื่อนำเสนอ เช่น การแต่งกายที่เป็นการเปิดเผยสัดส่วนทรวดทรงจนเกิดพอติ การวางตัวกับเพศตรงข้าม การแสดงกริยาที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนค่านิยมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม จึงไม่น่าแปลกใจที่ปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาการกระทำรุนแรงทางเพศ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ อันนำมาซึ่งปัญหาการท้องไม่พร้อม การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย การแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ โดยจะมีสื่อลามกอนาจารเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญดังกล่าวข้างต้นทำให้เด็กและวัยรุ่นสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องกับสื่อทางเพศเหล่านี้ได้ง่ายด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์เพราะขาดความรู้เท่าทันไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสื่อ เปิดรับหรือแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่อย่างมากมาย ปัจจุบันจะมีทั้งคุณและโทษ ในการเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์กับ เด็กและเยาวชนจึงเป็นวาระหนึ่งที่หลายภาคส่วนทั้งภาควิชาการและภาคธุรกิจต่างเข้ามามีส่วนร่วมปลูกฝังให้เด็ก และเยาวชนได้รู้จักเลือกสื่อที่ดีได้ ใช้สื่อเป็นหรือใช้สื่ออย่างรู้เท่าทัน คือเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารที่ดีจากสื่อต่างมาเติมเต็มความรู้ และรู้เท่าทันสื่อไม่ดีโดยไม่หลงเชื่อ ไม่หลงไปกับสิ่งยั่วยวลที่สื่อเหล่านั้นนำเสนอ เช่น ภาพที่ส่งไปในทางกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ เป็นต้นการปลูกฝังทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจรรย์ญาณในการรู้เท่าทันสื่อทางเพศ โดยมุ่งเน้นพัฒนา ให้เด็กและเยาวชนได้คิดวิเคราะห์เป็น จำเป็นต้องมีการอบรมสั่งสอนทั้งจากครอบครัว และสถานศึกษา พ่อแม่ผู้ปกครองต้องมีเวลาในการสอนสั่งให้เด็กและเยาวชนได้รู้จักสื่อต่างๆ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีลูกที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นที่เป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางเพศส่งผลให้มีความสนใจในเรื่องเพศมีความอยากรู้อยากเป็น บางรายถึงขั้นแสวงหาความรู้ทางแหล่งหรือสื่อต่างๆ มีโอกาสที่จะเจอทั้งสื่อที่ดีและสื่อที่ไม่ดี โดยที่เราไม่สามารถเข้าไปป้องกันการรับสื่อที่ไม่ดีดังกล่าวได้ตลอดเวลา

ทั้งที่การรู้เท่าทันสื่อได้ถูกยกให้เป็นเรื่องสำคัญในระดับโลกโดยมีการระบุไว้ในยุทธศาสตร์การดำเนินงานขององค์การยูเนสโก (UNESCO) อีกทั้งการรู้เท่าทันสื่อยังเป็นแนวคิดสำคัญอย่างยิ่งของแนวคิด การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของภาคีเครือข่ายภาคีเพื่อทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (Partnership for 21st Century Skills. 2007) แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจว่าสื่อมีอิทธิพลต่อเด็กและเยาวชน หากทุกภาคส่วนเพิ่มความสำคัญประสานความร่วมมือกันอย่างจริงจัง ตั้งแต่ระดับ ผู้บริหารระดับนโยบายไปจนถึงระดับผู้ปฏิบัติการ ครอบครัว ชุมชน สถาบันการศึกษา ไปจนถึงระดับสังคม ถือเป็นการสานพลังในการสร้างภูมิคุ้มกันทางปัญญา สร้างความเข้าใจ มีวิจรรย์ญาณ สามารถ รู้จักคิด วิเคราะห์ แยกแยะ ประเมินและเลือกใช้สื่อเพื่อนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์มา พัฒนา ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้อย่างเหมาะสม เป็นการป้องกัน และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนของชาติที่ต้นเหตุ เพื่อเด็กและเยาวชนในวันนี้พัฒนาไปเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพให้กับประเทศชาติต่อไปในอนาคต

และสาเหตุที่ องค์ประกอบที่ 3 ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน (RSD) มีลำดับความสำคัญเป็นอันดับสอง เนื่องมาจากในสังคมโลกยุคปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับสิทธิความเท่าเทียมระหว่างเพศมากขึ้น ส่งผลให้มีการเปิดกว้างในเรื่องเพศ โดยเฉพาะเรื่องของเพศวิถีมากขึ้น โดยเชื่อว่าทุกคนในสังคมล้วนมีความแตกต่างกันเป็นผลมาจากการอบรมจากครอบครัว สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ การดำ เนินชีวิต ประสบการณ์ทางเพศที่แตกต่างกัน ตลอดจนองค์ประกอบอื่นๆ ที่เป็นตัวหล่อหลอมให้คนแต่ละคนมี การแสดงออกทางเพศที่ แตกต่างกันไป รวมถึงมีค่านิยมทางเพศที่แตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นการทำความเข้าใจบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ทางกลางสังคมที่มีความหลากหลายทางเพศ อย่างในปัจจุบันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้คนสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข สอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าเลน เชี่ยวว่าด้วยเรื่องสิทธิทางเพศ ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นมูลฐานที่ได้มีการประกาศไว้ในปี ค .ศ. 1994 ที่กรุงวาเลนเซีย ประเทศสเปน ประเด็นหนึ่งที่สำคัญคือเรื่องสิทธิความเท่าเทียมทางเพศ โดยคนทุกคนมีสิทธิความเท่าเทียมทางเพศ มีเสรีภาพปราศจากการกีดกัน แบ่งแยกในทุกรูปแบบรวมถึงการให้ความเคารพในความหลากหลายทางเพศ ไม่ว่าจะเป็นชาย หรือหญิง และไม่ว่าจะมีอายุ เชื้อชาติ ศาสนา ชนชั้น หรือมีรสนิยมทางเพศแบบใด

การเคารพยังถือเป็นหัวใจของความสัมพันธ์ที่ดี และความเคารพยังเป็นหลักสากลในด้านสิทธิมนุษยชนที่มนุษย์ทุกคนไม่ควรมีเชื้อชาติ ศาสนา มีเพศภาวะหรือมีเพศวิถีแบบใดล้วนมีคุณค่าที่จะได้รับความเคารพ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในช่วงวัยรุ่นตอนต้นส่งผลให้วัยรุ่นมีความสนใจในเพศสภาพตรงข้ามหรือเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ในด้านดีคือเขาจะพยายามเรียนรู้ทำความเข้าใจ ยอมรับ และเคารพในความแตกต่างทางเพศวิถี ช่วยป้องกันการใช้ความรุนแรงทางเพศ การการกลั่นแกล้งรังแก หรือการถูกเลือกปฏิบัติไม่ว่าจะเป็น ทางกาย ทางวาจา ที่เกิดจากการเกลียดกลัวคนที่มีเพศวิถีที่แตกต่างจากตน ซึ่งถือเป็นความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงทางศีลธรรม เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นร้ายแรง และอาจส่งผลกระทบในเกิดปัญหาอื่นตามมา จากการศึกษาวิจัยขององค์การแพนอเมริกันเนชั่นแนลประเทศไทย UNESCO และมหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2555 ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรังแกคนที่ เป็นหรือถูกมองว่าเป็นเลสเบี้ยน เกย์ รักสองเพศ หรือคนข้ามเพศในโรงเรียน ตลอดจนผลกระทบต่อบุคคลที่ตกเป็นเหยื่อของการรังแกดังกล่าว พบว่ามีตั้งแต่การขาดเรียนไปจนถึงมีภาวะซึมเศร้า หรือแม้กระทั่งพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นการชี้แนะอบรมสั่งสอนทั้งจากพ่อแม่ผู้ปกครองในครอบครัว และจากครูอาจารย์ในสถานศึกษา โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิความเท่าเทียมทางเพศ ความแตกต่างทางเพศว่าเป็นเรื่องปกติ สากล สอดคล้องกับทางองค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) (2555) ได้สนับสนุนการจัดทำ แนวทาง เชิงวิชาการสากลของเพศ วิถีศึกษา เพื่อให้เกิดการยอมรับและอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างสงบสุข เนื่องจาก มนุษย์เป็นสัตว์สังคมย่อมมีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีความคิด ความพึงพอใจ ที่แตกต่างกัน การที่จะอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข ทุกคนในสังคมจำเป็นต้องอดทนต่อความแตกต่างที่ตนเองชอบหรือไม่ชอบ และให้ความเคารพต่อ

สิทธิของกันและกันทั้งในเรื่องค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกัน การปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความเคารพ การเปิดใจยอมรับความแตกต่าง การเปิดกว้าง การเห็นอกเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าแต่ละคนจะมีสถานะหรือเพศวิถีอย่างไรเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้โลกนี้น่าอยู่ขึ้น

ส่วนองค์ประกอบในด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง(MSH) และด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ (ACS) ที่มีน้ำหนักความสำคัญต่ำ เป็น 2 อันดับสุดท้ายในการชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยในเรื่องความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ อาจเนื่องมาจากการที่วัยรุ่นมีความรู้มีความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศที่ถูกต้อง แต่ยังอาจไม่เพียงพอ กับการที่จะมีสุขภาพทางเพศที่ดี การส่งเสริมให้วัยรุ่นมี การจัดการตนเอง (self-management) เป็นเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหา ด้านเพศในปัจจุบันเกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะปฏิบัติ ตนให้มี พฤติกรรม สุขภาพทางเพศที่ถูกต้องและ เหมาะสม ผ่านการเรียนรู้โดยการเสริมแรงอย่างมีระบบการจัดการตนเองเป็นการทำให้วัยรุ่นรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศตนเอง สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม สามารถประเมินและปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพทางเพศได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การจัดการกับสุขภาพทางเพศ ยังสอดคล้องกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ ของ เอ็ดเวิร์ด และคณะ (Edwards M., Wood, Davies; & Edwards A. 2012) “The Health Literacy Pathway Model” โดยการจัดการกับสุขภาพ ตนเองเป็นหนึ่งในทักษะ ที่สำคัญของความฉลาดทางสุขภาพอันจะนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนตนเองให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม นอกจากนี้ความฉลาดทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดหรือแม้แต่การเป็นผู้มีส่วนร่วม มีส่วนสร้างให้เกิดความสามารถจนกลายเป็นผู้มีความฉลาดทางสุขภาพในการจัดการภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพของตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมให้วัยรุ่นตอนต้นมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการปฏิบัติตน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพให้วัยรุ่นมีความสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนด และสามารถทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพทางเพศที่ดีต่อไป ในประเทศไทย ถึงแม้จะมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษา แต่ก็ยังพบว่าวัยรุ่น ไม่สามารถนำความรู้ที่มีนั้นมา การจัดการกับสุขภาพ เพศตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ยังคงเกิดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การขาดทักษะการจัดการในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันโรค ตลอดจนการคุมกำเนิด จึงนำมาซึ่งปัญหาทางเพศ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ปัญหาท้องไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างในปัจจุบัน และด้วยสาเหตุนี้จึงทำให้องค์ประกอบในด้าน ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองมีน้ำหนักความสำคัญต่อการชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศต่ำ เป็นสองอันดับ สุดท้าย ด้วยสาเหตุนี้ จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการพัฒนาทักษะ การจัดการกับสุขภาพ ทางเพศตนเอง ในหลักสูตรการเรียนการสอนเสริมในสถานศึกษา นอกเหนือจากการเรียนการสอนในหลักสูตรปกติอันจะนำไปสู่การเป็นผู้มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศที่สมบูรณ์ต่อไป

และในด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ (ACS) ที่มีน้ำหนักความสำคัญต่อการชีวิต ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศต่ำเป็นอันดับสุดท้าย อาจเนื่องมาจากในสังคมไทยเรื่องเพศเป็น เรื่องที่ไม่นำมาพูดคุยสื่อสารกันทั้งในครอบครัวและในสังคมสังคมไทยมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอาย หยาดปอน ไม่ควรแม้แต่จะพูดถึง พ่อแม่ผู้ปกครองจึงมีความวิตกกังวลใจที่จะพูดคุยสื่อสารกับลูกใน เรื่องเพศอย่างไร ทั้งที่เรื่องเพศเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นเรื่องที่มีการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ในเรื่องเพศและสุขภาพทางเพศ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาทางเพศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการมีพฤติกรรม ทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการรู้เท่าทัน ขาดการป้องกัน อันจะนำมา ซึ่งปัญหาต่างๆ ทั้งปัญหาท้องโดยไม่ ตั้งใจ การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย การติดโรคทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ไปจนถึงปัญหาความรุนแรง การข่มขืน การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งมีให้เห็นตามสื่อ ต่างๆ ไม่เว้นแต่ละวัน พ่อแม่ผู้ปกครองรวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนควรต้องหันมา สนใจในประเด็นการสื่อสารเรื่องเพศให้มากขึ้น ต้องเปลี่ยนมุมมองเรื่องเพศว่าเรื่องเพศมีทั้งด้านดี และด้านร้าย มีทั้งสุขและทุกข์ เรื่องเพศไม่ใช่เรื่องลึกลับ เรื่องเพศไม่ใช่เรื่องสกปรก ไม่ใช่เรื่องน่าอาย หรือเป็นเรื่องที่ควรปกปิดซึ่งอาจนำมาสู่ความเข้าใจผิดได้ เรื่องเพศเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องสื่อสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิตของเราทุกคน

ซึ่งในสังคมปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการ สื่อสารได้ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว สามารถติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีข้อมูลข่าวสารทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมมากมาย การสื่อสารเรื่องเพศเพื่อให้เด็กและ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะความสามารถ ในการสื่อสารเรื่องเพศที่เหมาะสม รู้จักบทบาทและ คุณค่าทางเพศที่เหมาะสม เปลี่ยนวิธีอบรมสั่งสอน เช่น การห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สิ่งเหล่านี้จะเป็นเหมือนภูมิคุ้มกันให้กับเด็กและเยาวชนเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น ประเด็นที่น่าสนใจคือในหลักสูตรการเรียนการสอน ในเรื่องเพศศึกษาตาม หลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขก็มีการสอนที่เน้นแนวคิดในการพัฒนาการ เรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอยู่แล้ว และครอบคลุมในทุกประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นด้านพัฒนา การทางเพศ ด้านสุขอนามัยทางเพศ ด้านพฤติกรรมทางเพศ ด้านสัมพันธภาพ ด้านทักษะส่วนบุคคล ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านบทบาททางเพศ แต่ยังขาดการให้ความสำคัญในเรื่องการสื่อสาร เรื่องเพศ ทั้งที่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องเช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พยายามรณรงค์ให้มีพื้นที่การสื่อสารเรื่องเพศมากขึ้นทั้งในระดับครอบครัวซึ่งเป็นระดับที่เด็ก และเยาวชนมีความใกล้ชิดมากที่สุด โดยมุ่งส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนทัศนคติมุมมองใน เรื่องเพศ มีการอบรมเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง ที่มีความสนใจ แต่ก็ยังทำ ได้ส่วนน้อยเมื่อเทียบกับพ่อแม่ผู้ปกครองทั่วประเทศ สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศซึ่งมีเป็น จำนวนมากต่างมุ่งศึกษาประเด็นเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว แต่กลับไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับการ ส่งเสริมให้ความรู้ในประเด็นวิธีการเปิดรับสื่อทางเพศ การแสวงหาสื่อทาง เพศ และการเลือกใช้ สื่อทางเพศที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีแนวความคิดว่าการสอนในประเด็นเหล่านี้

อาจเป็นการชี้นำมากกว่าการป้องกัน แต่ถ้าเราไม่สอนวิธีการเลือกใช้สื่อทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสม เด็กและเยาวชนเหล่านั้นก็ไปแสวงหามาดูอยู่ดี ดังนั้นการฝึกให้วัยรุ่นได้มีทักษะดังกล่าวจะช่วยทำให้วัยรุ่นมีความฉลาดทางการสื่อเรื่องเพศมากขึ้น จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะหาอะไรที่จะปรับเปลี่ยนมุมมองเรื่องเพศจากที่เป็นเรื่องน่าอาย ลามก หยาบโลน ให้ประเด็นที่สามารถสื่อสารพูดคุยกันได้ อย่างเปิดเผย พ่อแม่ผู้ปกครอง รวมไปถึงครูอาจารย์จะมีความตระหนักในเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศให้มากขึ้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้กำกับนโยบาย ไปจนถึงระดับปฏิบัติการ จะหันมาปรับเปลี่ยนแนวคิดวิธีการในเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศเสียใหม่ โดยมีการบูรณาการการสื่อสารทุกชนิดทุกรูปแบบโดยเฉพาะสื่อใหม่ เช่น โทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ ขยายกลุ่มเป้าหมายการสื่อสารเรื่องเพศจากวัยรุ่นไปเป็นวัยเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง การพัฒนาตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้นจำเป็นต้องมีการวัดทั้ง 28 ตัวชี้วัด ครอบคลุมทั้ง 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเองด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ และด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ ซึ่งผลจากการวัด จะช่วยจำแนกระดับ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตั้งแต่ช่วงตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากที่สุด

1.2 จากผลการจัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบที่ชี้วัดถึงความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ทำให้ทราบว่าน้ำหนักความสำคัญ ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ มีลำดับความสำคัญสูงสุด ซึ่งยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานขององค์การยูเนสโก (UNESCO) และความรู้เท่าทันสื่อยังเป็นหนึ่งในแนวคิดสำคัญการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นตอนต้นมีความสนใจ และตระหนัก ในประเด็นความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ มาก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรต้องมีการตอบสนองความสนใจ โดยการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะความรู้เท่าทันสื่อทางเพศทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตรการศึกษา ซึ่งการจัดการเรียนรู้ควรนำตัวชี้วัดในด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศทั้งในเรื่องความสามารถในการเข้าใจ และตีความสิ่งที่สื่อทางเพศนำเสนอได้ ความสามารถในการประเมินสิ่งที่สื่อนำเสนอได้ว่ามีคุณภาพและมีคุณค่ามากน้อยเพียงใด และความสามารถเลือกใช้สื่อทางเพศให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม โดยนำมาใช้เป็นกรอบในการออกแบบการเรียนรู้ เนื้อหา รวมถึงสื่อ และกิจกรรมที่ใช้ในการเรียนรู้

1.3 ควรที่การพัฒนาทักษะความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นในอีก 6 ด้าน โดยนำตัวชี้วัดมาเป็นกรอบในการออกแบบการเรียนรู้ เนื้อหา รวมถึงสื่อ และกิจกรรมที่ใช้ในการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดในแต่ละด้าน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สมบูรณ์ครอบคลุมความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำแบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้นที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปสอบวัดกับกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นเพิ่มเติม เพื่อวิเคราะห์หาเกณฑ์ปกติที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปเปรียบเทียบกับวัยรุ่นตอนต้นในทุกกลุ่มได้อย่างแท้จริง

2.2 การพัฒนาตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นในครั้งนี้ ทำในภาพรวมของวัยรุ่นซึ่งเป็นนักเรียนในช่วงชั้นที่ 3 ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนต้น เพื่อให้ได้ตัวชี้วัด ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศที่มีคุณลักษณะเฉพาะมากขึ้นควรมีการศึกษาในแต่ละวัย เช่น วัยเด็ก วัยรุ่นตอนปลาย วัยผู้ใหญ่ วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.3 ควรมี การขยาย การศึกษาและพัฒนา เครื่องมือวัด ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นเฉพาะด้านตามองค์ประกอบและตัวชี้วัดนี้ เพื่อจะได้มีเครื่องมือวัด ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ในด้านต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม ยั่งยืน

2.4 ควรมีการหาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้วัยรุ่นมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ซึ่งจะเป็นข้อมูลให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้นำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศต่อไป



บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ ทิพย์สังวาล; รุ่งรัตน์ ศรีสุริยะเวศน์; และพรนภา หอมสินธุ์. (2556). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดาและบุตรวัยรุ่นหญิงตอนต้น. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*. 8(2): 69-80.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2554). *จำนวนประชากรแยกตามอายุ*. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2555, จาก <http://stat.bora.dopa.go.th/hpstat9/inhouse.htm>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถานการณ์เรื่องเพศของวัยรุ่นไทยจากงานวิจัย*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2556, จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th>
- กรรณิกา บัญญัติ. (2556). อิทธิพลของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู การสื่อสารเรื่องเพศ และการเฝ้าสังเกตของบิดามารดาที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น. *วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)*. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- กฤตยา แสงวงเจริญ; นีออน กลิ่นรัตน์; ภาณุทิลา อธิรัตน์; ศิริพร คำสะอาด; และยุพา ถาวรพิทักษ์. (2548). *รายงานการวิจัยเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศของวัยรุ่น*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2553). *ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลยา สุหรั่งพรหม. (2538). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและสายอาชีพในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนสำหรับผู้ปกครองเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาแก่บุตรหลานวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ ค.ด.(การศึกษานอกระบบโรงเรียน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญจิต ดิสัก (2548). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยผู้นำกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นวิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง; และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2553). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ*. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 6 (23): 46-55.

- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอ็ดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายสุขภาวะทางเพศ.
- คณิตรา พุททสาโรช. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดาและบุตรสาววัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) วิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์แรม ทองศิริ. (2539). *พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดน่าน*. การค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จิตติมา ทรงมัจฉา วิมลนันท์ พุฒินิชพงศ์ และยาใจ สิทธิมงคล (2555). การประเมินการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กและวัยรุ่น: วิธีการประเมิน ตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*. 27(3): 116-126.
- จิตติมา ภาณุเดชะ; ญัฎฐา บุญภักดี; และธัญญา ใจดี. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- จุพารัตน์ ห้าวหาญ. (2539). *พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชาย*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจตนิพิฐ สมมาตย์. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกำบังกั้นการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น*. ม.ป.พ.
- ชญาอนุตม์ นิรมร. (2554). *ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ ทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และพฤติกรรมกำบังกั้นตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเซนต์โยเซฟพิวล์ จังหวัดสมุทรปราการ*. ปญหาพิเศษ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ชลนิตรา แสงบุราณ. (2551). *รูปแบบการเลี้ยงดูและการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดาและบุตรสาวต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นหญิงเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) วิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธาราน่า อิมบราฮีม; สันทัด เสริมศรี; และบังอร เทพเทียน. (2555). ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัย ประเทศมัลดีฟ. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*. 10 (3): 31-46.

ฐานดา เกียรติเกาะ; นฤมล เอี่ยมณีกุล; สุนีย์ ละกำปน์; และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยง.

วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 28: 57-69.

ณัฐกานต์ อมาตยกุล. (2548). ปัจจัยที่ทำให้นักเรียน นักศึกษาหญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร.

ปริญญาณิพนธ์ ศษ.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ณัฐฤดี สันทิพย์สมบูรณ์. (2541). ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนสถาบัน

เทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตเทคนิคกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (คหกรรมศาสตรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ดวงหทัย นุ่มนวม. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ทิพย์ภา เชษฐ์ชาวลิต. (2537). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เทอดศักดิ์ ไม่ทำทอง. (2557). การรู้เท่าทันสื่อ: ทักษะสำหรับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. วารสาร

สารสนเทศศาสตร์. 32 (3): 74-91.

ธราพงษ์ กัปโก; และปริฉัตร เนื่องนาวินิตย์. (2546). ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ

สุขอนามัยทางเพศ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขต

เทศบาล จ.อุตรดิตถ์ ปีการศึกษา 2546. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2557, จาก

[http://www.med.nu.ac.th/chem/New%20Folder%20\(2\)/New%20Folder/Research/Download/Research6/Uttaradit/2/Sexual%20health.pdf](http://www.med.nu.ac.th/chem/New%20Folder%20(2)/New%20Folder/Research/Download/Research6/Uttaradit/2/Sexual%20health.pdf)

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2537). ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (lisrel) สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย

ทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์. (2546). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นรมนต์ มหาศิริมงคล. (2548). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่นตอนต้นกับพ่อแม่.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เพศศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ถ่ายเอกสาร.

นภาพร หะวานนท์; กิตติกร สันคติประภา; อุษณีย์ ธโนศวรรย์; และ ชีรวัลย์ วรรณโนทัย. (2554).

การสร้างความรู้เรื่องเพศในวัฒนธรรมบริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เอเอ็นที ออฟฟิศเอ็กเพรส.

นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร; และเดช เกตุจำ. (2554). รายงานการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวัดความ

ฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1).

กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

- นัยน์ชนก หอมโกศล (2550). ผลของการใช้เว็บไซต์ www.health4teen.com ต่อความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- น้ำผึ้ง ชุริกาหนท์. (2554). การขับเคลื่อนทางสังคมด้านบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน. การค้นคว้าอิสระ ศษ.ม. (การจัดการการเสริมสุขภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นุศรา วิจิตรแก้ว (2545). จริยธรรมด้านสุขอนามัยทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เนตรทราย ปัญญชุนห์; และคณะ. (2552). ได้ศึกษาการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสุขศึกษา. 32(111): 32-41.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุบผา เมฆศรีทองคำ. (2554). การรู้เท่าทันสื่อ: การก้าวทันบนโลกข่าวสาร. วารสารนักบริหาร. 31(1): 117-123.
- บุปผา ศิริธัมมี. (2546). รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับนักเรียนชาย หญิงที่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์. นครปฐม: โครงการกาญจนบุรี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประพจน์ บุญมี. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชาย ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตเมืองและชนบท จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาศ ภูคำใบ. (2550). บทเรียนสำเร็จรูปเรื่องชีวิตและครอบครัว. อุตรธานี: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดอุตรธานี.
- ประภาพร สุวรรณภู. (2548). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของมารดาในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาววัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลครอบครัว). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณี ทองคำ. (2539). เครื่องมือทางการศึกษา. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปรียกมล รัชกุล. (2546). โปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปวีณา สายสูง. (2541). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน. การค้นคว้าอิสระ สม. (สาขารณสุขศาสตร์ เชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- พนม เกตุมาน. (2551). การสอนเพศศึกษาตามพัฒนาการทางเพศ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- พรทิพย์ รินนาศักดิ์. (2552). ปัจจัยจิต-สังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส ของนักศึกษามหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ. ถ่ายเอกสาร.
- พรพิมล จันท์พลับ. (2538). พัฒนาการวัยรุ่น. พระนครศรีอยุธยา: วัฒนาพร.
- พรพิมล เจียมนาครินทร์. (2539). พัฒนาการวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ต้นอ้อแถมมี.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2551). แนวคิด ทฤษฎี และวิธีวิทยาในการศึกษาเพศวิถี. รายงานการประชุม ประจำปีเพศวิถีศึกษาในสังคมไทย ครั้งที่ 1 หัวข้อ: วิพากษ์องค์ความรู้และธรรมเนียม ปฏิบัติเรื่องเพศวิถีศึกษาในสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์. 28-37.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. (2542). เรียนรู้เรื่องเพศ: การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง. หมอชาวบ้าน. 21(246): 7-9.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. (2545). สอนวัยใสรู้เรื่องเพศ. กรุงเทพฯ: เนชั่น มัลติมีเดีย กรุ๊ป.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการ วิจัยทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญประภา สุธรรมมา และมยุรฉัตร กันยะมี (2557). ความรุนแรงต่อคู่วัยรุ่น: ความท้าทาย สำหรับพยาบาลสาธารณสุข. วารสารพยาบาลตำรวจ. 6(1): 247-257.
- ภัทรา นิคมานนท์. (2543). การประเมินผลการเรียน. กรุงเทพฯ: อักษราพิพัฒน์.
- มธุรส จิรสิริสุนทร; และสุจิตรา สุนทรทรัพย์ (2555). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. 13(2): 136-148.
- มรรยาท รุจิวิชญ์; และคณะ. (2548). การวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพทางเพศในเยาวชนไทย ระยะที่ 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาไทย. (2553). โครงการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของเด็ก เยาวชนและครอบครัวด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2555, จาก http://thaihl.org/wpcontent/uploads/2010/12/Ch1-_1-12_-fix.pdf
- รัชดาภรณ์ ใจอ้าย (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการชีวิตกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- รัชนี้ ลักษิตานนท์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นหญิงชั้น มัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผน ประชากร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

- รำไพ ศรีนวล. (2546). ความรุนแรงทางเพศ: การศึกษาจากวัยรุ่นในโรงเรียน. วิทยานิพนธ์ ปร.ด. (ประชากรศาสตร์). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณิ์ เดียววิเศษ; กิ่งกาญจน์ คงสาคร; และศิริพร ภาณุวาทกุล. (2554). ความเชื่อเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและวัยรุ่นในครอบครัวไทย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*. 6(2): 48-58.
- วัชรพล สีนอ; สุปิยา จันทรมณี; และอรพรรณ แสงวรรณลอย. (2556). ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรรา สุขแท้. (2546). ผลของโปรแกรมการสอนเรื่องสุขภาพทางเพศ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นวิทยานิพนธ์พย.ม. (พยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วิญวลี ศรีสุโข. (2557). สุขภาพทางเพศของวัยรุ่น. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.naewna.com/lady/columnist/10695>
- วารุณี ฟองแก้ว; เสาวลักษณ์ เศรษฐกุล; กังวาล ฟองแก้ว; และณัฐกาญจน์ สุรภักดี. (2554). ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์โดยแกนนำเยาวชนในเต็่วัยรุ่นไทยตอนต้น. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 15 (2): 81-96.
- วิจารณ์ พานิช (2555). *วิถีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์
- วิมลพรรณ ดอยคำ. (2551) ผลของการฝึกทักษะชีวิตที่เลือกสรรเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นหญิงที่เสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วิศนีย์ บุญหมั่น. (2550). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างบิดา และบุตรชายวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.
- ศรีพรรษ ถาวรรัตน์; ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา; และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 27(2): 14-26.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิวิมล ทองกลม. (2555, มกราคม-มีนาคม). ตัวชี้วัดพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชน. *วารสารกระบวนการยุติธรรม*. 5 (1): 89-10.

- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2547). ทฤษฎีการประเมิน (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต; และปนัดดา สุขสำราญ. (2548). พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในเขตสาธารณสุขที่ 11 และ 14. อุบลราชธานี: กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 7.
- ศูนย์สื่อสารนานาชาติแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2554). ประเภทของการสื่อสาร. สืบค้นเมื่อ 14 ตุลาคม 2555, จาก <http://www.chulapedia.chula.ac.th>
- ศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2552). รายงานผลการสำรวจเรื่อง ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ: เด็กและเยาวชนไทย อายุ 9-18 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น ชลบุรี และสงขลา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. ฉบับปรับปรุง แปลโดยพิสมัย จันทิมล นนทบุรี.
- สมพร จรัสเจริญวิทยา. (2550). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็กนักเรียนหญิงวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การบริหารงานยุติธรรม). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สมศักดิ์ สินธุระเวชญ์. (2544). กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช.
- สายทิพย์ สพมานะ. (2552). การสื่อสารในครอบครัวกับทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (นิเทศศาสตร์). นนทบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554). พบวัยรุ่นไทย 5 ล้านคนเสี่ยงมีเพศสัมพันธ์ 1.25 ล้านคน. สืบค้นเมื่อ 14 ตุลาคม 2555, จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/20227
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2553). โครงการสำรวจร้อยละของประชาชนที่มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับความเสมอภาคและบทบาทหญิงชาย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2555). แผนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา. สืบค้นเมื่อ 14 ตุลาคม 2555, จาก <http://www.academic.obec.go.th/web/doc/d/672>
- สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกระทรวงศึกษาธิการ (2551). ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551. สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2557, จาก <http://school.obec.go.th/takotapi/word/05PHYSICAL.doc>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555, กรกฎาคม). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. Fact Sheet. 1: 1-4.

- สุจิตรา ทองรอง. (2546). สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นชนบทในบริบททางสังคมวัฒนธรรม: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชา จันท์เอม. (2536). จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: แพร์พิตา.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2539). ตัวบ่งชี้ทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมสำหรับตรวจสอบผลการปฏิบัติงานโครงการและแผนงาน. วารสารวิจัยการศึกษา. 19(4): 3-11.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2541). การประเมินผลโครงการ: หลักการและการประยุกต์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เลียงเชียง.
- สุชาติ โสมประยูร; และวรรณ โสมประยูร. (2541). เพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุปรียา จรทะผา. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- สุภักดิ์ อนุกุล. (2530). วันสำคัญของไทย. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต,
- สุรางค์รัตน์ คงศรี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารทางเพศและการเห็นคุณค่าในตนเองต่อความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงที่สมรสแล้วในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เพศศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สุรางรัตน์ โฆษิตชนสาร. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์; และคณะ. (2547). ประสบการณ์และทรรศนะของวัยรุ่นต่อปัญหาพฤติกรรมทางเพศในปัจจุบัน: กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนที่มีอายุ 15-25 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
- สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2551). กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล, บรรณารักษ์. (2545). คู่มือการสอนเพศศึกษา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- หงส์ จิงฟาง. (2552). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันเอชไอวีสำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้นชาวจีน. ปรินญาณินพนธ์ พย.ด. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- องค์การพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ (อพวช.). (2554). “Sex”คู่มือการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศ เรื่องที่ยากรู้แต่ไม่ยากถาม. สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2555, จาก http://resource.thaihealth.or.th/system/files/documents/Sex_khuumuueekaaraihkhwaamruu_eruueugsukhphaawathaangephs_eruueengthiiaakruuaetaimyaakthaam.pdf
- องค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO). (2555). แนวทางเชิงวิชาการสากล ของเพศวิถีศึกษา การใช้ข้อมูลเชิงหลักฐานสำหรับโรงเรียน ครู และผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (*International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*) เล่มที่ 1 หลักการและเหตุผลของเพศวิถีศึกษา. สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2556, จาก <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281tha.pdf>
- (2555). แนวทางเชิงวิชาการสากล ของเพศวิถีศึกษา การใช้ข้อมูลเชิงหลักฐานสำหรับโรงเรียน ครูและผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (*International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*) เล่มที่ 2 หัวข้อเรื่องและวัตถุประสงค์การเรียนรู้. สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2556, จาก http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/media/content/migrated/user/pdf/2012/Guidance_Sex_Vol_2_21June.pdf
- องค์การแพธ (PATH). (2551). คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เออร์เจนท์ แพธ.
- (2551). คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เออร์เจนท์ แพธ.
- (2551). คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เออร์เจนท์ แพธ.
- (2551). คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เออร์เจนท์ แพธ.
- อนงค์ ชีระพันธุ์. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมวิทยาการพัฒนา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- อรชร อัฐทิวลาภ. (2544). พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในจังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2557). การสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งดสูบบุหรี่. สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2558, จาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/158.pdf>

- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2549). *พฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น*. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2555, จาก <http://www.icamtalk.com/article.php?msid=57>
- อาภาพร เฝ้าวัฒนา. (2551). ความแตกต่างของรูปแบบการเลี้ยงดูต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดา และบุตรสาวอำนาจการต่อรองในสัมพันธ์ทางเพศ ความนึกคิดที่ใช้ในสัมพันธ์ทางเพศ การรับรู้สมรรถนะทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นหญิงที่อาศัยในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสภาการพยาบาล*. 23(4): 56-71
- Talk about sex : เปิดพื้นที่วัยใส เข้าใจเรื่องเพศ. (2555). *ใจตั้งครรภ์ติดเชื้อเอดส์เพิ่ม 1%*. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2556, จาก <http://talkaboutsex.thaihealth.or.th/news/2879>
- AlJohara M AlQuaiz, Ambreen Kazi , and Maha Al Muneef. (2013). Determinants of sexual health knowledge in adolescent girls in schools of Riyadh-Saudi Arabia: a cross sectional study. *BMC Women's Health*. 13: 1-8.
- Angsana Boonthum. (2008). *Multidimensional Indicators of Healthy Women in Reproductive Age*. Dissertation, Ph.D. (Population and Development). School of Applied Statistics, National Institute of Development Administration. Photocopied.
- Antony, G.M.; & Rao, K.V. (2007). A composite index to explain variations in poverty, health, nutritional status and standard of living: Use of multivariate statistical method. *Public Health*. 121 (8): 578-587.
- Aro H.; & Taipale V. (1987). The Impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among 14 to 16 year old finnish girls. *Child development*. 58, 261-268.
- Baker, D.W.; et al. (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *ARCH INTERN MED*. 167(14).
- Baker,R.R.; & Bellis, M.A. (1995). *Human Sperm Competition: Copulation, Masturbation and Infidelity*. London: Chapman & Hall.
- Belsky. J, Steinberg L.; & Draper P. (1991). Childhood experience, interpersonal development and reproduction stritye: an evolutionary theory of socialization. *Child Development*. 62, 647-670
- Berkman, N.D.; Davis, T.C.; McCormack, L. (2010). Health Literacy: What is it?, *Journal of Health Communication*. 15: 9-19.
- Berkman, N.D.; DeWalt, D. A.; Pignone, M. P.; Sheridan, S. L.; Lohr, K. N., Lux, L.; et al. (2004). *Literacy and Health Outcomes* (AHRQ Publication No. 04-E007-2). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Besman, H; et al. (2003). *Sexual Harassment: The Unacknowledged face of violence in the livea of girls*. Presented at International Conferer on Impact of Global issues on women and children. Ambassador Hotel, Bangkok.
- Brooks – Gunn, J.; & Reiter E.O. (1990). *The role of pubertal processes*. In S.S Feldman and G.R. Elliot (eds), *At the threshold: The Developing Adolescent*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Burstein, L.; Oakes, J.; & Guiton, G. (1992). Education indicators. *Encyclopedia of Educational Research*. 2: 409-418.
- Centre for Communicable Diseases and Infection Control. (2012). Canadian sexual health indicators survey: pilot test and validation phase: a report on results from the pilot-testing and validation of the Canadian sexual health indicators survey: final technical report. Retrieved January 20, 2013, from http://www.creces.uqam.ca/Page/Document/Sexual_Health_Indicators_Survey_EN_Web.pdf
- Chang, L. (2010). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviors for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 20: 190-196.
- Chilman, C.S. (1990, April). Family life education. *Family relation*. 39: 123-131.
- Crittenden Murray, Colleen: Hatfield-Timajchy, Kendra: Kraft, Joan Marie: Bergdall, Anna R.: Habel, Melissa A.: Kottke, Melissa: Diclemente, Ralph J. (2013). In Their Own Words: Romantic Relationships and The Sexual Health of Young African American Women. *Public Health Reports*. 128 (1): 33.
- Deniel Wight; & Deirdre Fullerton. (2013). A Review of Interventions With Parents to Promote the Sexual Health of Their Children. *Journal of Adolescent Health*. 52: 4-27.
- Devon J. Hensel; & J. Dennis Fortenberry. (2013). A Multidimensional Model of Sexual Health and Sexual and Prevention Behavior Among Adolescent Women. *Journal of Adolescent Health*. 52: 219-227.
- DeWalt; et al. (2004). Literacy and Health outcomes. *Journal of General International Medicine*. 19: 1228-1239.
- Fogel, C.I.; & Lauver, D. (1990). *Sexual health promotion*. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Ge X, Conger R D.; & Elder GH. (1996). Coming of age too early: Pubertal influences on girl's vulnerability to psychological distress. *Child Development*. 67: 3386-3400.

- Golbeck A.L.; Ahlers-Schmidt C.R.; Paschal A.M. (2005). Health Literacy and adult basic education assessments. *Adult basic Education*. Fall, 15(3): 151-168
- Greenberg, J.S. Bruess, C.E.; & Haffner, D.W. (2002). *Exploring the dimensions of human sexuality*. Boston: Jones and Bartlett.
- Hair J.F, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. (2006). *Multivariate Data Analysis*. 6th ed. Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Hair, J.F.; Tatham, R.L.; Anderson, R.E.; & Black, W. (2009). *Multivariate Data Analysis*. USA: Prentice Hall.
- Hajkowicz, S. (2006). Multi-attributed environmental index construction. *Ecological Economics*. 57: 122-139.
- Hsiang-Chu Pai, Sheuan Lee, Wen-Jiuan Yen, Wen-Jiuan Yen and Ming-Yuag Lee (2013). Testing of the Factor Structure of the Sexual Health Knowledge Measure With Young Adolescent Taiwanese Girls. *Health Care for Women International*. 0: 1-13
- Huebner AJ, Howell L. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *J Adolesc Health*. 33: 71-8.
- Hutchinson MK, Jemmott JB, Jemmott LS, Braverman P, Fong GT. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: A prospective study. *J Adolesc Health*.: 33: 98-107.
- Institute of Medicine: IOM. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Retrieved January 20, 2013, from <http://www.iom.edu>
- Ishikawa, H.; Nomura, K.; Sato, M.; Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy : a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*. 23(3): 269-274.
- Johnstone, J.N. (1981). *Indicators of Education Systems*. The United Kingdom: The Anchor Press Tiptree Essex.
- Jordan J.E.; Buchbinder R.; Osborne R.H. (2010). Health Literacy and Communication: Conceptualizing health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*. 79: 36-42.
- Katz-Gerro, T.; & Talmud, L. (2005). Structural analysis of a consumption-based stratification indicator: Relational proximity of household expenditures. *Social Indicators Research*. 73(1): 109-132.

- Kickbusch, I.S. (2001). *Health Literacy: addressing the health and education divide*. Yale University School of Public Health. New Haven, CT, USA.
- Kickbusch, I.S. (2008). Health Literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education*. 108(2).
- Kutner, M.; Greenberg, E.; Jin, Y.; & Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)*. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Leclerc B, Wortley R, Smallbone S. (2011). Victim resistance in child sexual abuse: a look into the efficacy of self-protection strategies based on the offender's experience. *J Interpers*. 26: 1868-83
- Lou, C.H. Wang, XJ. Tu, X.W.; & Gao, E.S. (2008). Impact of life skills Training to Improve Cognition on Risk of Sexual Behavior and Contraceptive Use among Vocational School Students in Shanghai, China. *Journal of Reproduction and Contraception*. 19(4). 22-29.
- Mackenzie S. (2002). *What are young women's HIV prevention needs?*. Retrieved [2015 January 25], Available from: <http://www.caps.ucsf.edu/pdfs/youngwomenFS.pdf>.
- Magnani R.; et al. (2005) The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviors in Kwazulu-Natal, South Africa. *J Adolesc Health* Retrieved [2013 January 5], Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15780784>
- Mancuso J.M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*. 11: 77-89.
- Manganello, J.A. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. 23: 5.
- Marshall. John C; & Bob McHardy. (1999). *Principle of Self-Management*. Canada: Selection Testing Consultants International Ltd.
- Medical Foundation for AIDS & Sexual Health (MedFASH) (2008). *London sexual health indicators: a data-driven needs assessment prepared by the London Health Observatory and the Health Protection Agency, and commissioned by MedFASH for the London Sexual Health Programme*. Retrieved January 20, 2013, from http://www.londonsexualhealth.org/uploads/London_sexual_health_indicators_PUBLISHED_ONLINE.pdf

- Miles, Ian. (1985). *Social Indicators for human development*. London: Frances Printer.
- Murphy, D.A.; Lam, P.; Naar-King, S.; & Harris, D.R. (2010). Health literacy and antiretroviral adherence among HIV-infected adolescents. *Patient Education and Counseling*. 79: 25-29.
- Murry VM; Berkel C; Brody GH; Gerrard M; Gibbons FX. (2007). The Strong African American Families program: longitudinal pathways to sexual risk reduction. *J Adolesc Health*. 41: 333-42.
- NAAL. (2006). National Assessment of Adult Literacy. *The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education.
- Nutbeam D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54: 303-305.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*. 15(8):
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67: 2072-2078.
- OECD. (2008). *Handbook on constructing composite indicators: Methodology and user guide*. Retrieved January 20, 2013, from <http://www.oecd.org>
- Parker, RM.; Baker, D.W.; William, M.V.; Nurss, J.R. (1995). The test of Functional Health Literacy In Adult: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General internal Medicine*. 10: 537-541.
- Partnership for 21th Century Skills. (2009). P21 framework definitions. Retrieved 16 January 2015, from http://www.p21.org/storage/documents/P21_Framework_Definitions.pdf
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion on Nursing Practice*. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.
- Pleasant, A., Kuruvilla S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*. 23(2): 152-159.
- Podhisita, C.; & Pattaravanich, U. (1996). *Youth in contemporary Thailand: Results form the family and youth survey*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

- Public Health Agency of Canada. (2012). *Canadian Sexual Health Indicators Survey Pilot Test And Validation Phase: A Report on Results from the Pilot-testing and Validation of the Canadian Sexual Health Indicators Survey*. Retrieved January 20, 2013, from http://www.creces.uqam.ca/Page/Document/Sexual_Health_Indicators_Survey_EN_Web.pdf
- Rudd, R. E.; Anderson, J. E.; Oppenheimer, S.; & Nath, C. (2007). Health literacy: An update of public health and medical literature. In J. P. Comings, B. Garner, & C. Smith. (Eds.), *Review of Adult Learning and Literacy*, 7. 175–204. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rutter M; & Rutter M. (1992). *Developing Mind's: Challenge and Continuity across the lifespan*. Haemondsworth: Penguin.
- Saizman, J. (2003). *Methodological choices encountered in the construction of composite indices of economic and social well being*. Retrieved January 20, 2013, from <http://www.csls.ca/events/cea2003/saizman-typol-cea2003.pdf>[March 27, 2010]
- Strinberg.L (1996). *Adolescence*. 4th ed. Boston: McGraw-Hill.
- Vincent Guilamo-Ramos, Vincent Goldberg, Jane Lee, Katherine McCarthy, and Sarah Leavitt. (2012). Latino Adolescent Reproductive and Sexual Health Behaviors and Outcomes: Research Informed Guidance for Agency-based Practitioners. *Clinical Social Work Journal*. 40(2): 144-156.
- Wilson, L.; & Kneisl, S. (1992). *Psychiatric Nursing*. Redwood City: Addison-Wesley Nursing.
- Wong, D.L.; et al. (1999). *Whaiey & Wong's Nursing care of infants and children*. St.Louis: Mosby.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. Retrieved June 11, 2012, from, http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf
- World Health Organization, UNFPA. (2010). *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Retrieved January 20, 2013, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion*. WHO Publications.
- World Health Organization. (2002). *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2006). *Reproductive health indicators : guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Retrieved January 20, 2013, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf

- World Health Organization. (2006). Commonwealth Medical Association Trust and UNICEF. *Orientation programmed on adolescent health for health-care providers: Hand out New Module*. Department of Child and Adolescent Health Development, Geneva: World Health Organization, B-5.
- World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development*. Nairobi, Kenya.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.; & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 20(2): 195-203.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญด้านความสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา ที่พิจารณาความถูกต้องของ
ตัวชี้วัดฯ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด ความฉลาด
ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์ศิริ กาญจนวาสี	คณะวิทยาศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย	รักษาการแทนผู้ช่วยอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง	รองคณบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์	หัวหน้าภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษาที่พิจารณาความถูกต้องของตัวชี้วัด
ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม	รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
อาจารย์ ดร.รณิดา เขยชุม	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
อาจารย์ ดร.สายฝน วิบูลรังสรรค์	หัวหน้าภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ดร.วสัน ปุ่นผล	สาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	โรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย ลพบุรี



**รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ
สำหรับวัยรุ่นตอนต้น**

รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์ศิริ กาญจนวาสี	คณะวิทยาศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง	รองคณบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม	รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
อาจารย์ ดร.รณิดา เขยชุม	หัวหน้าภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ภาคผนวก ข
ผลการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้

ตาราง 39 ผลการวิเคราะห์ความถูกต้องของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา (n = 9)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ผู้เชี่ยวชาญ (n = 9)	
		ค่า IOC	ผลสรุป
1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ	1.1. วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย	1.00	ผ่านเกณฑ์
	1.2. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ	1.00	ผ่านเกณฑ์
	1.3. วิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง	1.00	ผ่านเกณฑ์
	1.4. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม	0.89	ผ่านเกณฑ์
	1.5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ	1.00	ผ่านเกณฑ์
	1.6. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม	1.00	ผ่านเกณฑ์
	1.7. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศที่ตนเองควรได้รับ	0.89	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 39 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ผู้เชี่ยวชาญ (n = 9)	
		ค่า IOC	ผลสรุป
2. เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และ ความสัมพันธ์ทางเพศ	2.1. มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย	1.00	ผ่านเกณฑ์
	2.2. มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น	0.89	ผ่านเกณฑ์
	2.3. มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ	1.00	ผ่านเกณฑ์
	2.4. มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	0.89	ผ่านเกณฑ์
	2.5. มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	1.00	ผ่านเกณฑ์
3. ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่าง จากตน	3.1 เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	1.00	ผ่านเกณฑ์
	3.2 ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม	0.89	ผ่านเกณฑ์
	3.3 ยอมรับรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย	1.00	ผ่านเกณฑ์
4.ความสามารถในการจัดการกับ สุขภาพทางเพศตนเอง	4.1 ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี	1.00	ผ่านเกณฑ์
	4.2 วางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม	0.89	ผ่านเกณฑ์
	4.3 ดำเนินการตามแผนที่กำหนดในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศ ที่วางไว้	0.89	ผ่านเกณฑ์
	4.4 ปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อ ไม่สามารถปฏิบัติตน ด้านสุขภาพทางเพศตามที่วางไว้ได้	1.00	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 39 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ผู้เชี่ยวชาญ (n = 9)	
		ค่า IOC	ผลสรุป
5. ความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ	5.1 วิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง	0.89	ผ่านเกณฑ์
	5.2 มีทักษะในการปกป้องตนเองจาก การถูกกระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	0.89	ผ่านเกณฑ์
	5.3 รู้จักและสามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อถูกกระทำ ความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	1.00	ผ่านเกณฑ์
6. ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ	6.1. สามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้	1.00	ผ่านเกณฑ์
	6.2. สามารถทำการประเมินค่าสิ่งที่สื่อเสนอว่ามีคุณภาพและมีคุณค่ามากน้อยเพียงไร	1.00	ผ่านเกณฑ์
	6.3. สามารถเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม	0.89	ผ่านเกณฑ์
7. ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ	7.1 มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ	0.89	ผ่านเกณฑ์
	7.2 มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	0.89	ผ่านเกณฑ์
	7.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ	1.00	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 40 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมในการชีวิตความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูล
ตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทางเพศ หรือเพศศึกษา (n = 5)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ความเหมาะสมในการชีวิต			ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล			ผลสรุป
		($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	
1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ	1.1. วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.2. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.3. วิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.4. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ	3.80	0.836	ผ่านเกณฑ์	3.80	0.836	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.6. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.7. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศที่ตนเองควรได้รับ	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 40 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ความเหมาะสมในการชีวิต			ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล			ผลสรุป
		($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	
2. เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ	2.1. มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	2.2. มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	2.3. มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ	4.40	0.547	ผ่านเกณฑ์	4.40	0.547	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	2.4. มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	2.5. มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.60	0.547	ผ่านเกณฑ์	4.60	0.547	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
3. ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	3.1 เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	3.2 ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	3.3 ยอมรับรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย	4.00	1.000	ผ่านเกณฑ์	4.00	1.000	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 40 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ความเหมาะสมในการชีวิต			ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล			ผลสรุป
		($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	
4.ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง	4.1 ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี	4.40	0.547	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	4.2 วางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม	4.40	0.547	ผ่านเกณฑ์	4.20	0.447	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	4.3 ดำเนินการตามแผนที่กำหนดในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศที่วางไว้	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	3.80	0.836	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	4.4 ปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศตามที่วางไว้ได้	4.40	0.547	ผ่านเกณฑ์	3.80	0.836	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
5. ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ	5.1 วิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	5.2 มีทักษะในการปกป้องตนเองจากการถูกกระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	5.3 รู้จักและสามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อถูกกระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 40 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ความเหมาะสมในการชี้วัด			ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล			ผลสรุป
		($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	
6. ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ	6.1. สามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	3.80	0.836	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	6.2. สามารถทำการประเมินค่าสิ่งที่สื่อนำเสนอว่ามีคุณภาพและมีคุณค่ามากน้อยเพียงไร	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	3.80	0.836	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	6.3. สามารถเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	3.60	0.894	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
7. ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ	7.1 มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ	4.40	0.547	ผ่านเกณฑ์	4.00	0.707	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	7.2 มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	3.80	0.836	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	7.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ	4.20	0.836	ผ่านเกณฑ์	3.60	0.894	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

- หมายเหตุ 1. เกณฑ์การพิจารณาว่าตัวชี้วัดมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จะต้องมียุทธศาสตร์มากกว่า 3.50
2. เกณฑ์การพิจารณาว่าตัวชี้วัดมีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จะต้องมียุทธศาสตร์มากกว่า 3.50
3. ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่ผ่านเกณฑ์ จะต้องผ่านเกณฑ์ของความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการวัดทั้งสองเกณฑ์

ตาราง 41 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมในการชีวิตความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา(n = 4)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ความเหมาะสมในการชีวิต			ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล			ผลสรุป
		($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	
1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ	1.1. วิเคราะห์และประเมินภาวะการณ์เปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.2. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.3. วิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.4. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.6. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	1.7. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศที่ตนเองควรได้รับ	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 41 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ความเหมาะสมในการชี้นำ			ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล			ผลสรุป
		($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	
2. เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ	2.1. มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	2.2. มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	2.3. มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	2.4. มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	2.5. มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
3. ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	3.1 เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	3.2 ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	3.3 ยอมรับรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 41 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ความเหมาะสมในการชีวิต			ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล			ผลสรุป
		($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	
4.ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง	4.1 ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	4.2 วางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	4.3 ดำเนินการตามแผนที่กำหนดในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศที่วางไว้	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	4.4 ปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศตามที่วางไว้ได้	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
5. ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ	5.1 วิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	3.75	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	5.2 มีทักษะในการปกป้องตนเองจากการถูกกระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	5.3 รู้จักและสามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อถูกกระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	4.75	0.500	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 41 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ความเหมาะสมในการชี้วัด			ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล			ผลสรุป
		($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ผลประเมิน	
6. ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ	6.1. สามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้	4.00	0.816	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	6.2. สามารถทำการประเมินค่าสิ่งที่สื่อนำเสนอว่ามีคุณภาพและมีคุณค่ามากน้อยเพียงไร	4.00	0.816	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	6.3. สามารถเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม	4.00	0.816	ผ่านเกณฑ์	4.25	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
7. ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ	7.1 มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.75	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	7.2 มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.75	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	7.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ	4.50	0.577	ผ่านเกณฑ์	4.75	0.957	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

- หมายเหตุ 1. เกณฑ์การพิจารณาว่าตัวชี้วัดมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จะต้องมียุทธศาสตร์มากกว่า 3.50
2. เกณฑ์การพิจารณาว่าตัวชี้วัดมีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น จะต้องมียุทธศาสตร์มากกว่า 3.50
3. ตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ที่ผ่านเกณฑ์ จะต้องผ่านเกณฑ์ของความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการวัดทั้งสองเกณฑ์



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ตัวอย่างแบบสอบถามความถูกต้องของตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพ
ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น**

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

การตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

DEVELOPMENT OF SEXUAL HEALTH LITERACY INDICATORS FOR EARLY ADOLESCENTS

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วัฒนเศรฐสุนิ

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทร่วม อาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์

ผู้วิจัย นายอภิชา น้อมศิริ

นิสิตปริญญาเอก สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ

(การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ)

คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำชี้แจง ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นว่าถูกต้องหรือไม่ โดยพิจารณาจาก 2 ประเด็น คือ

1. พิจารณาตัวชี้วัดแต่ละตัว ว่าสามารถวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นได้ถูกต้องหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านซ้ายมือ ตามความคิดเห็นของท่าน และหากไม่เห็นด้วยกรุณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
2. พิจารณาประเด็นข้อคำถามย่อยของตัวชี้วัดแต่ละตัว ว่าสามารถวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นได้ถูกต้องหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ ตามความคิดเห็นของท่าน และหากไม่เห็นด้วยกรุณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
3. พิจารณาโดยภาพรวมแล้ว กลุ่มตัวชี้วัดแต่ละตัว ว่าสามารถวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นนั้นมีความครอบคลุมความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศที่ต้องการวัดหรือไม่ หากท่านคิดว่ายังไม่ครอบคลุมและมีตัวบ่งชี้อื่นๆ ที่ท่านคิดว่าสามารถวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศได้ดีกว่า โปรดกรุณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่าง

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ		ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
1. องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ					
1.1	วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย	✓			

คำอธิบาย (ต่อ)

- คำตอบ ✓ ในช่องถูกต้อง แสดงว่า ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าการวิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัยเป็นตัวชี้วัดที่ถูกต้องสามารถใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นได้
- คำตอบ ✓ ในช่องสอดคล้อง แสดงว่า ผู้ตอบมีความคิดเห็น่า ประเด็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์มีความสอดคล้อง สามารถเป็นประเด็นคำถามเพื่อใช้วัดตัวชี้วัดการวิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัยได้

นิยามศัพท์

สุขภาพด้านเพศ หมายถึง ความสามารถของ วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางสุขภาพ ในด้านสุขภาพทางเพศ โดยมีทักษะ การดำเนินชีวิตประกอบด้วยการเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพทางเพศ สามารถดูแลสุขอนามัยทางเพศให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง มีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ มีความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน มีความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ และมีความสามารถในการสื่อสารทางเพศ รวมถึงมีความสามารถในการจัดการสุขภาพทางเพศตนเองได้

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

นิยามเชิงปฏิบัติการ: การเป็นผู้มีความรู้ความ เข้าใจ จนสามารถวิเคราะห์ และนำความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศไปประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตได้ ได้แก่เรื่อง การ แปลงทางร่างกายของตนเองโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางเพศ การดูแลสุขอนามัยทางเพศของตน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสิทธิในเรื่องเพศ

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ		ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
1. องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ					
1.1	วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย				
.....					

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ

นิยามเชิงปฏิบัติการ : การมีความรู้สึกต่อ พฤติกรรมทางเพศ ว่ามีความ ถูกต้อง หรือไม่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม กับค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็น หรือเลือกที่จะเป็น มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่อง ความเสมอภาพทางเพศ การให้เกียรติผู้อื่น มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตลอดจนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และยับยั้งใจตนเองไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ		ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
2. องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ					
2.1	มีค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย				
....					

ส่วนที่ 3 องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน

นิยามเชิงปฏิบัติการ: หมายถึง การแสดงการยอมรับ และ การเคารพต่อผู้อื่นที่มีเพศวิถีหรือการแสดงออกทางเพศที่แตกต่างจากตน สามารถปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความแตกต่าง ทางเพศด้วยความเท่าเทียมทางเพศ รวมไปถึงการยอมรับรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ		ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
3. องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน					
3.1	เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน				
.....					

ส่วนที่ 4 องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

นิยามเชิงปฏิบัติการ : ความสามารถในการ จัดการสุขภาพตนเองในเรื่องสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ไปจนถึงควบคุมดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย เป็นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ไปสู่พฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ เหมาะสม ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การวางแผนในการปฏิบัติตน สามารถในการทำตามแผนที่กำหนด และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ		ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
4. องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง					
4.1	ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี				
.....					

ส่วนที่ 5 องค์ประกอบด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ

นิยามเชิงปฏิบัติการ: ความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันการกระทำที่เป็นความรุนแรงทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศ ละเมิดสิทธิทางเพศต่าง ๆ ที่เป็นเหตุให้ได้รับอันตรายต่อร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนสามารถเข้าถึง บุคคล หรือสถานที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อตนถูกกระทำ ความรุนแรง และถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ		ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
5. องค์ประกอบด้านความรุนแรงทางเพศ					
5.1	วิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง				
.....					

ส่วนที่ 6 องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

นิยามเชิงปฏิบัติการ : ความสามารถของบุคคล ในการวิเคราะห์ แยกแยะองค์ประกอบของสื่อ ในบริบทเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับทางเพศ สุขภาพทางเพศ เพื่อทำความเข้าใจ ดีความ และประเมินค่าในสิ่งที่ สื่อนำเสนอ ตลอดจนสามารถ เลือกใช้สื่อ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ		ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
6. องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ					
6.1	สามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้				
.....					

ส่วนที่ 7 องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

นิยามเชิงปฏิบัติการ: ความสามารถทางการสื่อสารของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และสุขภาพทางเพศ ทั้งการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางเพศ การแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางเพศ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ เพื่อให้ตนเองมีความสามารถการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ		ความถูกต้องของตัวชี้วัด			ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง	
7. องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ					
7.1	มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ				
.....					

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

**ตัวอย่างแบบสอบถามความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพ
ด้านเพศ และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น**

**แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง**

การพัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

DEVELOPMENT OF SEXUAL HEALTH LITERACY INDICATORS FOR EARLY ADOLESCENTS

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วรรธนะเศรษฐิน

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทร่วม อาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์

ผู้วิจัย

นายอภิชา น้อมศิริ

นิสิตปริญญาเอก สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ

(การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ)

คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ ใช้เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดคุณความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นได้หรือไม่ เพียงใด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ความเหมาะสม ที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

5 หมายถึง ตัวชี้วัดนี้มีความเหมาะสมมากที่สุดที่จะนำไปใช้วัดความฉลาด

ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

4 หมายถึง ตัวชี้วัดนี้มีความเหมาะสมมากที่จะนำไปใช้วัดความฉลาด

ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

3 หมายถึง ตัวชี้วัดนี้มีความเหมาะสมปานกลางที่จะนำไปใช้วัดความฉลาด

ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

2 หมายถึง ตัวชี้วัดนี้มีความเหมาะสมน้อยที่จะนำไปใช้วัดความฉลาด

ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

1 หมายถึง ตัวชี้วัดนี้มีความเหมาะสมน้อยที่สุดที่จะนำไปใช้วัดความฉลาด

ทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

2. ความเป็นไปได้ ที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

- 5 หมายถึง มีความเป็นไปได้มากที่สุดที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น
- 4 หมายถึง มีความเป็นไปได้มากที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น
- 3 หมายถึง มีความเป็นไปได้ปานกลางที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น
- 2 หมายถึง มีความเป็นไปได้น้อยที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น
- 1 หมายถึง มีความเป็นไปได้น้อยที่สุดที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ตัวอย่างเช่น

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่าตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นต่อไปนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศฯ และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น หรือไม่เพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความคิดเห็นของท่าน

ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบ	ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ					ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดฯ				
	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
1. องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ										
1. วิเคราะห์และประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้ถูกต้องสมวัย	✓						✓			

ตัวชี้วัดตาม องค์ประกอบ	ความเหมาะสม ที่จะนำไปใช้วัดความฉลาด ทางสุขภาพด้านเพศ					ความเป็นไปได้ ที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล ตามตัวชี้วัดฯ				
	5 มาก ที่สุด	4 มาก	3 ปาน กลาง	2 น้อย	1 น้อย ที่สุด	5 มาก ที่สุด	4 มาก	3 ปาน กลาง	2 น้อย	1 น้อย ที่สุด
4. องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง										
4.1 ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ ตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศ ที่ดี										
.....										
5. องค์ประกอบด้านความรุนแรงทางเพศ										
5.1 วิเคราะห์รูปแบบการใช้ ความรุนแรงและการล่วง ละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง										
.....										
6. องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ										
6.1. สามารถเข้าใจและ ตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้										
.....										
7. องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ										
7.1 มีการเปิดรับข้อมูล สารสนเทศทางสุขภาพด้าน เพศ										
.....										

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ตัวอย่างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

คำชี้แจง

1. แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มี 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศแบบสถานการณ์ จำนวน 10 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เช่น ใดหากต้องพบกับสถานการณ์ที่กำหนดให้และจะปฏิบัติตัวเช่นใดในสถานการณ์นั้นๆ

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ แบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 27 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนแบบสถานการณ์ จำนวน 3 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน เช่น ใดหากต้องพบกับสถานการณ์ที่กำหนดให้และจะปฏิบัติตัวเช่นใดในสถานการณ์นั้นๆ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง แบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 8 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรุนแรงทางเพศแบบสถานการณ์ จำนวน 4 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศเช่น ใดหากต้องพบกับสถานการณ์ที่กำหนดให้และจะปฏิบัติตัวเช่นใดในสถานการณ์นั้นๆ

ส่วนที่ 7 แบบวัดความรู้เท่าทันสื่อทางเพศแบบสถานการณ์ จำนวน 3 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เช่น ใดหากต้องพบกับสถานการณ์ที่กำหนดให้และจะปฏิบัติตัวเช่นใดในสถานการณ์นั้นๆ

ส่วนที่ 8 แบบวัดความสามารถในการสื่อสารทางเพศ แบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 42 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด

2. เมื่อนักเรียนอ่านแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นแล้วให้ตอบตามพฤติกรรม ความคิดเห็นหรือเหตุผลของนักเรียนเสมือนกับเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตัวนักเรียนเอง คำตอบของนักเรียนไม่มีถูกหรือผิด ไม่มีผลต่อการเรียนและตัวของนักเรียน จึงขอให้ตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด

3. วิธีการตอบให้นักเรียนทำลงในแบบวัดฉบับนี้ได้เลย

4. แบบวัดฉบับนี้ ใช้เวลาทำ 30 นาที

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง
2. เรียนอยู่ในระดับชั้น ☐ (1) ม.1 ☐ (2) ม.2 ☐ (3) ม.3
3. อายุ ☐ (1) 12 ปี ☐ (2) 13 ปี ☐ (3) 14 ปี ☐ (4) 15 ปี
4. เกรดเฉลี่ยปัจจุบัน (GPA)

☐ (1) ต่ำกว่า 1.00	☐ (2) ระดับ 1.00-1.99
☐ (3) ระดับ 2.00-2.99	☐ (4) ระดับ 3.00-4.00

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

คำชี้แจง ให้นักเรียนอ่านสถานการณ์ที่กำหนดให้แล้วทำเครื่องหมาย X บนข้อที่เห็นว่าตรงกับพฤติกรรม ความคิดเห็นหรือเหตุผลของนักเรียนเสมือนว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตัวนักเรียนมากที่สุด

1. ข้อใดต่อไปนี้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เป็นตัวชี้วัดว่าวัยรุ่นมีวุฒิภาวะทางเพศ และพร้อมต่อการเจริญพันธุ์

- ก. วัยรุ่นหญิงมีร่างกายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นชายมีกล้ามเนื้อและกระดูกที่แข็งแรง
- ข. วัยรุ่นหญิงมีรูปร่างอวบอ้วนขึ้น ในขณะที่วัยรุ่นชายจะมีร่างกายผอมเกร็งกว่า
- ค. วัยรุ่นหญิงมีหน้าอกโตขึ้น เริ่มมีประจำเดือน วัยรุ่นชายมีอวัยวะเพศใหญ่ขึ้น เริ่มมีการฝันเปียก
- ง. วัยรุ่นหญิงมีหน้าอกโตขึ้น เสียงแหลม วัยรุ่นชายมีอวัยวะเพศใหญ่ขึ้น เสียงแหบและห้าวขึ้น
- จ. วัยรุ่นชายและหญิงเริ่มมีสิวขึ้นที่ใบหน้า และเริ่มมีขนขึ้นบริเวณรักแร้ อวัยวะเพศ

2. บุคคลข้อใดมีภาวะผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการตรวจรักษา

- ก. สมปอง อายุ 15 ปี มีภาวะฝันเปียกในบางครั้งเวลานอนหลับ
- ข. สมชาย อายุ 14 ปี ยังไม่มีหนวดขึ้นเหมือนเพื่อนของตนเอง
- ค. สมใจ อายุ 13 ปี เริ่มมีประจำเดือน แต่มีไม่สม่ำเสมอ และมากในบางครั้ง
- ง. สมศักดิ์ อายุ 14 ปี มีอาการเจ็บบริเวณหุ้มปลายองคชาติทุกครั้งเมื่อมีอารมณ์ทางเพศ
- จ. สมหญิง อายุ 15 ปี มีอาการตกขาว คัน และมีกลิ่นเหม็น

3.
-
-
-

ส่วนที่ 2 เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ

คำชี้แจง ให้นักเรียนอ่านข้อความที่กำหนดให้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือเพียงช่องเดียวที่เห็นว่าตรงกับความคิดเห็นหรือพฤติกรรมการปฏิบัติของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	ระดับของความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การตอบสนองค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย					
11. ผู้หญิงที่รักษานวลสงวนตัวเป็นคนหัวโบราณ ลำสมัย					
12. การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เป็นการทดลองเรียนรู้กันก่อนจะตัดสินใจใช้ชีวิตร่วมกัน					
.....					
.....					

ส่วนที่ 3 องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน

คำชี้แจง ให้นักเรียนอ่านสถานการณ์ที่กำหนดให้แล้วทำเครื่องหมาย X บนข้อที่เห็นว่าตรงกับพฤติกรรม ความคิดเห็นหรือเหตุผลของนักเรียนเสมือนว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตัวนักเรียนเองมากที่สุด

38. สมศักดิ์เป็นเพื่อนในชั้นเรียนของนักเรียนมีอัธยาศัยดี ชอบอาสาช่วยเหลือเพื่อน ๆ และคุณครูเสมอ แต่เขามีท่าทางกระตือรือร้น บางครั้งก็ทาลิปสติกหรือเครื่องสำอางเวลาอยู่ในโรงเรียน ต่อมาสมศักดิ์ได้รับคัดเลือกเป็นประธานนักเรียน แต่เขาถูกเพื่อนนักเรียนบางส่วนมองว่าไม่เหมาะสม เพราะการแสดงออกทางเพศที่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่ส่งผลต่อภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ นักเรียนมีความคิดกับเรื่องนี้อย่างไร

- ก. เห็นด้วย เพราะประธานนักเรียนต้องมีภาพลักษณ์การเป็นผู้นำที่น่าเชื่อถือ
- ข. เห็นด้วย เพราะสมศักดิ์มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมกับเพศของตน
- ค. ไม่เห็นด้วย เพราะรสนิยมทางเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคล ทุกเพศมีสิทธิและความเท่าเทียมกัน
- ง. ไม่เห็นด้วย เพราะสมศักดิ์มีความเป็นผู้นำ น่าเชื่อถือ มีอัธยาศัยดี
- จ. ไม่เห็นด้วย เพราะนักเรียนส่วนใหญ่ยอมรับในตัวของสมศักดิ์และเลือกเขาเป็นประธานนักเรียน

39.

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

คำชี้แจง ให้นักเรียนอ่านข้อความที่กำหนดให้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือเพียงช่องเดียวที่เห็นว่าตรงกับความคิดเห็นหรือพฤติกรรมการปฏิบัติของนักเรียนมากที่สุด

พฤติกรรมความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง	ระดับพฤติกรรมปฏิบัติ				
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	บางครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย
การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี					
41. ฉันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี					
.....					

ส่วนที่ 5 องค์ประกอบด้านความรุนแรงทางเพศ

คำชี้แจง ให้นักเรียนอ่านสถานการณ์ที่กำหนดให้แล้วทำเครื่องหมาย X บนข้อที่เห็นว่าตรงกับพฤติกรรม ความคิดเห็นหรือเหตุผลของนักเรียนเสมือนว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตัวนักเรียนเองมากที่สุด

49. นักเรียนคิดว่าเหตุการณ์ต่อไปนี้แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงทางเพศ

- ก. เซอร์รี่ ถูกผู้ชายบนรถประจำทางจับก้นในขณะที่กำลังจะลงรถ
- ข. อร ถูกพวกโรคจิตแอบดูและถ่ายรูปในขณะที่ล้างหน้าในห้องน้ำหญิง
- ค. ก้อย ถูกแสบตมภ์ทำร้ายร่างกายเพราะความหึงหวง
- ง. แจน ถูกพวกโรคจิตโทรมาพูดเรื่องเรื่องลามกอนาจาร
- จ. พลอย ยินยอมมีเพศสัมพันธ์กับเพชร

50.

.....

.....

.....

ส่วนที่ 6 องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ

คำชี้แจง ให้นักเรียนอ่านสถานการณ์ที่กำหนดให้แล้วทำเครื่องหมาย X บนข้อที่เห็นว่าตรงกับพฤติกรรม ความคิดเห็นหรือเหตุผลของนักเรียนเสมือนว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตัวนักเรียนมากที่สุด

53. นักเรียนคิดอย่างไรกับภาพของนางแบบ นายแบบที่ใส่เสื้อผ้าน้อยชิ้น โปสท่าถ่ายภาพในเลนส์ที่ว่ายวนตามสื่อนิยายสารหรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ

- ก. หากไม่โป๊ ไม่วาบหวีว ไม่เซ็กซี่ก็ไม่ได้ได้รับความสนใจ
- ข. ถือเป็นแฟชั่นที่ได้รับอิทธิพลมาจากต่างประเทศ
- ค. มันเป็นศิลปะที่อาศัยมุมมอง การจัดแสงและการตกแต่งภาพเข้าช่วย
- ง. ภาพนำเสนอในเชิงสร้างสรรค์สวยงามมีสุนทรีย์ภาพถือเป็นศิลปะ ภาพที่นำเสนอในเชิงยั่วยุคมารมณเปิดเผยให้เห็นถึงอวัยวะเพศถือว่าอนาจาร
- จ. เป็นกลยุทธ์การนำเสนอที่ดึงเอาเรื่องเพศมาเป็นจุดขาย เพื่อกระตุ้นยอดขาย

54.

.....

.....

.....

ส่วนที่ 7 องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

คำชี้แจง ให้นักเรียนอ่านข้อความที่กำหนดให้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือเพียงช่องเดียวที่เห็นว่าตรงกับความคิดเห็นหรือพฤติกรรมการปฏิบัติของนักเรียนมากที่สุด

56. ในชีวิตประจำวันนักเรียนได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศ อย่างไร

ประเภทของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ที่เปิดรับจากสื่อ	ความถี่ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)				
	บ่อยมาก (มากกว่า เดือนละ 5 ครั้ง)	บ่อย (เดือนละ 4 - 5 ครั้ง)	บางครั้ง (เดือนละ 2 - 3 ครั้ง)	นาน ๆ ครั้ง (เดือนละครั้ง)	ไม่เคย ได้รับ
โทรทัศน์					
วิทยุกระจายเสียง					
.....					

57. ในชีวิตประจำวันนักเรียนแสวงหาข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศ อย่างไร

ประเภทของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ที่แสวงหาจากสื่อ	ความถี่ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)				
	บ่อยมาก (มากกว่า เดือนละ 5 ครั้ง)	บ่อย (เดือนละ 4 - 5 ครั้ง)	บางครั้ง (เดือนละ 2 - 3 ครั้ง)	นาน ๆ ครั้ง (เดือนละครั้ง)	ไม่เคย ได้รับ
โทรทัศน์					
วิทยุกระจายเสียง					
.....					

58. การแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศ

ประเด็นของเนื้อหาแลกเปลี่ยนข้อมูล สารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพ ด้านเพศ	ความถี่ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)				
	บ่อยมาก (มากกว่า เดือนละ 5 ครั้ง)	บ่อย (เดือนละ 4-5 ครั้ง)	บางครั้ง (เดือนละ 2-3 ครั้ง)	นาน ๆ ครั้ง (เดือนละ ครั้ง)	ไม่เคย ได้รับ
สุขอนามัยทางเพศของวัยรุ่น					
พัฒนาการและการปรับตัวทางเพศของ วัยรุ่น					

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ



ภาคผนวก ง
คู่มือการใช้แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

คู่มือการใช้

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

1. ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ หมายถึง ความสามารถของ วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางสุขภาพในด้านสุขภาพทางเพศ โดยมีทักษะ การดำเนินชีวิตประกอบด้วยการเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพทางเพศ สามารถดูแลสุขอนามัยทางเพศให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง มีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ มีความสามารถ ในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน มีความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ และมีความสามารถในการสื่อสารทางเพศ รวมถึงมีความสามารถในการจัดการสุขภาพทางเพศตนเองได้

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ หมายถึง การเป็นผู้มีความรู้ ความ เข้าใจ จนสามารถวิเคราะห์ และนำความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศไปประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตได้ ได้แก่ เรื่อง การแปลงทางร่างกายของตนเองโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางเพศ การดูแลสุขอนามัยทางเพศของตน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสิทธิในเรื่องเพศ

เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง การมีความรู้สึกต่อพฤติกรรมทางเพศว่ามีความถูกต้อง หรือไม่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับค่านิยมทางเพศตามวัฒนธรรมไทย มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาพทางเพศ การให้เกียรติผู้อื่น มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตลอดจนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และยับยั้งใจตนเองไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

ความเคารพต่อ เพศวิถีที่แตกต่างจากตน หมายถึง การแสดงการยอมรับ และ การเคารพต่อผู้อื่นที่มีเพศวิถีหรือการแสดงออกทางเพศ ที่แตกต่างจากตน สามารถปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความแตกต่าง ทางเพศ ด้วยความเท่าเทียมทางเพศ รวมไปถึงการยอมรับรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย

ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพ ทางเพศตนเอง หมายถึง ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองในเรื่องสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ไปจนถึงควบคุมดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย เป็นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ไปสู่พฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ได้แก่ การ กำหนดเป้า หมาย การวางแผนในการปฏิบัติตน สามารถในการทำตามแผนที่กำหนด และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย

ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ หมายถึง ความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันการกระทำที่เป็นความรุนแรงทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศ ละเมิดสิทธิทางเพศต่างๆ ที่เป็นเหตุให้ได้รับอันตรายต่อร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนสามารถเข้าถึง บุคคล หรือสถานที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อตนถูกกระทำความรุนแรง และถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ หมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการวิเคราะห์ แยกแยะ องค์ประกอบของสื่อในบริบทเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับทางเพศ สุขภาพทางเพศ เพื่อทำความเข้าใจ ตีความ และประเมินค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอ ตลอดจนสามารถเลือกใช้สื่อ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนิน ชีวิต เพื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ หมายถึง ความสามารถทางการสื่อสาร ของบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และสุขภาพทางเพศ ทั้งการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศ ทางเพศ การ แสวงหาข้อมูลสารสนเทศ ทางเพศ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล สารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ เพื่อให้ตนเองมีความสามารถ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพ ทางเพศที่ดี

2. ความมุ่งหมายของการใช้แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น สร้างขึ้นเพื่อใช้วัด วัยรุ่น ตอนต้น ว่ามีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ อยู่ในระดับใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและ พัฒนาวัยรุ่นตอนต้น ให้มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ที่พึงประสงค์ต่อไป

3. โครงสร้างของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

โครงสร้างของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น มี จำนวน 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศแบบสถานการณ์ จำนวน 10 ข้อ โดย ต้องการทราบว่ามีนักเรียนมีความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เช่นใดหากต้องพบกับสถานการณ์ที่ กำหนดให้และจะปฏิบัติตัวเช่นใดในสถานการณ์นั้นๆ

ตอนที่ 2 แบบวัดเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ แบบมาตราส่วนประมาณ ค่า จำนวน 27 ข้อ โดยต้องการทราบว่ามีนักเรียนมีความคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับ ข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด

ตอนที่ 3 แบบวัดความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนแบบสถานการณ์ จำนวน 3 ข้อ โดยต้องการทราบว่ามีนักเรียนมีความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน เช่นใดหากต้องพบกับ สถานการณ์ที่กำหนดให้และจะปฏิบัติตัวเช่นใดในสถานการณ์นั้นๆ

ตอนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง แบบมาตราส่วน ประมาณค่า จำนวน 8 ข้อ โดยต้องการทราบว่ามีนักเรียนมีความคิดเห็นหรือมี พฤติกรรมการปฏิบัติ เกี่ยวกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด

ตอนที่ 5 แบบวัดความรุนแรงทางเพศแบบสถานการณ์ จำนวน 4 ข้อ โดยต้องการทราบ ว่านักเรียนมีความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เช่นใดหากต้องพบกับสถานการณ์ที่กำหนดให้และจะ ปฏิบัติตัวเช่นใดในสถานการณ์นั้นๆ

ตอนที่ 6 แบบวัดความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ แบบสถานการณ์ จำนวน 3 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศเช่นใดหากต้องพบกับสถานการณ์ที่กำหนดให้และจะปฏิบัติตัวเช่นใดในสถานการณ์นั้นๆ

ตอนที่ 7 แบบวัดความสามารถในการสื่อสารทางเพศแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 3 ข้อ โดยต้องการทราบว่านักเรียนมีความคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด

4. การพัฒนาแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

ในการพัฒนาแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ได้ดำเนินการพัฒนาแบบวัดและปรับปรุง ดังนี้

4.1 คุณภาพของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

4.1.1 ความเที่ยงตรง

1) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความครอบคลุมในองค์ประกอบที่ต้องการวัด โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน แบ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทางเพศหรือเพศศึกษา จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา จำนวน 2 คน แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง เป็นความสามารถของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้นที่วัดได้ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบแล้วคัดเลือกข้อที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไป

4.1.2 อำนาจจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item Total Correlation)

4.1.3 ความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronach's Alpha Coefficient) ดังรายละเอียด ตาราง 39

ตาราง 42 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ
ด้านเพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพทางเพศ
หรือเพศศึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา (n = 5)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (n = 5)	
			ค่า IOC	ผลสรุป
1. ความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพทางเพศ	1.1. วิเคราะห์และประเมินภาวะการ	1	1.00	ผ่านเกณฑ์
	เปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนได้	2	1.00	ผ่านเกณฑ์
	ถูกต้องสมวัย			
	1.2. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการ	3	1.00	ผ่านเกณฑ์
	ดูแลสุขอนามัยทางเพศ			
	1.3. วิเคราะห์และประเมินพฤติกรรม	4	0.80	ผ่านเกณฑ์
	เสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง			
	1.4. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการมี	5	0.80	ผ่านเกณฑ์
	เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่าง	6	1.00	ผ่านเกณฑ์
	เหมาะสม			
	1.5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ	7	1.00	ผ่านเกณฑ์
	วิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ			
	1.6. ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ	8	1.00	ผ่านเกณฑ์
	หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่าง	9	0.80	ผ่านเกณฑ์
	เหมาะสม			
	1.7. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ	10	0.80	ผ่านเกณฑ์
	สิทธิทางเพศที่ตนเองควรได้รับ			
2. เจตคติที่ดีต่อ เรื่องเพศและ ความสัมพันธ์ทาง เพศ	2.1. มีค่านิยมทางเพศตาม	11	1.00	ผ่านเกณฑ์
	วัฒนธรรมไทย	12	1.00	ผ่านเกณฑ์
		13	1.00	ผ่านเกณฑ์
		14	0.80	ผ่านเกณฑ์
		15	1.00	ผ่านเกณฑ์
		16	1.00	ผ่านเกณฑ์
		17	0.80	ผ่านเกณฑ์
		18	1.00	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 42 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (n = 5)	
			ค่า IOC	ผลสรุป
2. เจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ (ต่อ)	2.2. มีความสุขในวิถีทางเพศที่ตนเป็นหรือเลือกที่จะเป็น	19	1.00	ผ่านเกณฑ์
		20	1.00	ผ่านเกณฑ์
		21	1.00	ผ่านเกณฑ์
		22	1.00	ผ่านเกณฑ์
	2.3. มีการยึดมั่นค่านิยมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ	23	1.00	ผ่านเกณฑ์
		24	1.00	ผ่านเกณฑ์
		25	1.00	ผ่านเกณฑ์
		26	1.00	ผ่านเกณฑ์
		27	1.00	ผ่านเกณฑ์
		28	0.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
		29	1.00	ผ่านเกณฑ์
		30	1.00	ผ่านเกณฑ์
	2.4. มีความตระหนักต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	31	1.00	ผ่านเกณฑ์
		32	0.80	ผ่านเกณฑ์
		33	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
		34	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
	2.5. มีเจตคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	35	1.00	ผ่านเกณฑ์
		36	1.00	ผ่านเกณฑ์
		37	1.00	ผ่านเกณฑ์
		38	1.00	ผ่านเกณฑ์
		39	1.00	ผ่านเกณฑ์
		40	1.00	ผ่านเกณฑ์
3. ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	3.1 เคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	41	1.00	ผ่านเกณฑ์
	3.2 ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีเพศวิถีที่แตกต่างด้วยความเท่าเทียม	42	1.00	ผ่านเกณฑ์
	3.3 ยอมรับบรรทัดฐานทางเพศที่หลากหลาย	43	1.00	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 42 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (n = 5)	
			ค่า IOC	ผลสรุป
4.ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง	4.1 ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี	44	1.00	ผ่านเกณฑ์
		45	1.00	ผ่านเกณฑ์
		46	1.00	ผ่านเกณฑ์
		47	0.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
		48	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
		49	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
		50	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
	4.2 วางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม	51	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
		52	1.00	ผ่านเกณฑ์
		53	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
	4.3 ดำเนินการตามแผนที่กำหนดในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศที่วางไว้	54	0.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
		55	0.80	ผ่านเกณฑ์
		56	0.80	ผ่านเกณฑ์
		57	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
5. ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ	4.4 ปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางเพศตามที่วางไว้ได้	58	1.00	ผ่านเกณฑ์
		59	1.00	ผ่านเกณฑ์
		60	0.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
		61	0.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
		62	0.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
		63	0.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
	5.1 วิเคราะห์รูปแบบการใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศได้ถูกต้อง	64	1.00	ผ่านเกณฑ์
	5.2 มีทักษะในการปกป้องตนเองจากการถูกกระทำความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ	65	0.80	ผ่านเกณฑ์

ตาราง 42 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (n = 5)	
			ค่า IOC	ผลสรุป
5. ความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ (ต่อ)	5.3 รู้จักและสามารถเข้าถึงแหล่ง	66	1.00	ผ่านเกณฑ์
	ให้ความช่วยเหลือเมื่อถูกกระทำ	67	1.00	ผ่านเกณฑ์
	ความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทาง	68	0.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
	เพศ (ต่อ) เพศ	69	0.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
6. ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ	6.1. สามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้	70	0.80	ผ่านเกณฑ์
	6.2. สามารถทำการประเมินค่าสิ่งที่สื่อเสนอว่ามีคุณภาพและมีคุณค่ามากน้อยเพียงไร	71	1.00	ผ่านเกณฑ์
	6.3. สามารถเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม	72	1.00	ผ่านเกณฑ์
7. ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ	7.1 มีการเปิดรับข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศ	73	1.00	ผ่านเกณฑ์
	7.2 มีการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพด้านเพศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	74	1.00	ผ่านเกณฑ์
	7.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านเพศ	75	1.00	ผ่านเกณฑ์

จากตาราง 42 พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าแบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ สำหรับวัยรุ่นตอนต้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา จำนวน 58 ข้อ จากทั้งหมด 75 ข้อ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับปรุงข้อที่ใช้ภาษาไม่ชัดเจนในการสื่อความหมายตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ตาราง 43 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้าน
เพศสำหรับวัยรุ่นตอนต้น

องค์ประกอบ	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ	ค่าความเชื่อมั่น
1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ	1	.765	.929
	2	.715	
	3	.698	
	4	.630	
	5	.611	
	6	.575	
	7	.820	
	8	.834	
	9	.792	
	10	.813	
2. เจตคติที่ดี ต่อเรื่องเพศและ ความสัมพันธ์ทางเพศ	11	.487	.973
	12	.593	
	13	.776	
	14	.843	
	15	.802	
	16	.815	
	17	.473	
	18	.656	
	19	.709	
	20	.618	
	21	.760	
	22	.641	
	23	.817	
	24	.857	
	25	.824	
	26	.818	
	27	.738	
	28	.850	
	29	.780	

ตาราง 43 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ	ค่าความเชื่อมั่น
2. เจตคติที่ดี ต่อเรื่องเพศและ ความสัมพันธ์ทางเพศ (ต่อ)	30	.830	
	31	.756	
	32	.808	
	33	.798	
	34	.840	.929
	35	.790	
	36	.855	
	37	.566	
3. ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่าง จากตน	38	.564	
	39	.608	.773
	40	.733	
4. ความสามารถในการจัดการกับ สุขภาพทางเพศตนเอง	41	.693	
	42	.529	
	43	.611	
	44	.605	
	45	.595	.862
	46	.519	
	47	.629	
	48	.702	
5. ความสามารถในการป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ	49	.492	
	50	.594	.754
	51	.695	
	52	.755	
6. ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ	53	.737	
	54	.699	.774
	55	.488	
7. ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ	56	.450	
	57	.531	.881
	58	.858	

ตาราง 44 สรุปข้อที่ อำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ
ด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น	จำนวน ตัวชี้วัด	จำนวน ข้อ	ข้อที่	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าความ เชื่อมั่น
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ					
- แบบสถานการณ์	7	10	1 – 10	.611 - .834	.929
2. ด้านเจตคติที่ดี ต่อเรื่องเพศและ ความสัมพันธ์ทางเพศ					
- แบบมาตราส่วนประมาณค่า	5	27	11 - 37	.473 - .857	.973
3. ด้านการเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่าง จากตน					
- แบบสถานการณ์	3	3	38 - 40	.564 - .733	.773
4. ด้านความสามารถในการจัดการกับ สุขภาพทางเพศตนเอง					
- แบบมาตราส่วนประมาณค่า	4	8	41 - 48	.519 - .702	.862
5. ด้านความสามารถในการป้องกัน ความ รุนแรงทางเพศ					
- แบบสถานการณ์	3	4	49 – 52	.492 - .755	.754
6. ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ					
- แบบสถานการณ์	3	3	53 - 55	.488 - .737	.774
7. ด้านความสามารถในการสื่อสารทาง เพศ					
- แบบมาตราส่วนประมาณค่า	3	3	56 – 58	.450 - .858	.881
รวมทั้งฉบับ	28	58	1 - 58		.989

เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยสร้างเกณฑ์ปกติ โดยใช้คะแนนที่ปกติ (Normalized T-Score) ดังแสดงรายละเอียด ตาราง 42

ตาราง 45 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศ ของ วัยรุ่นตอนต้น จำแนกตาม องค์ประกอบ

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น	คะแนนที่ปกติ
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ	ตั้งแต่ $T_{18} - T_{71}$
2. ด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ	ตั้งแต่ $T_{14} - T_{75}$
3. ด้านการเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน	ตั้งแต่ $T_{26} - T_{66}$
4. ด้านความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง	ตั้งแต่ $T_{32} - T_{87}$
5. ด้านความสามารถในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ	ตั้งแต่ $T_{29} - T_{68}$
6. ด้านความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ	ตั้งแต่ $T_{27} - T_{70}$
7. ด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ	ตั้งแต่ $T_{30} - T_{86}$

5. วิธีดำเนินการสอบ

วิธีดำเนินการสอบ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การเตรียมตัวก่อนสอบ วิธีปฏิบัติขณะสอบและเมื่อสอบเสร็จ มีลำดับขั้น ดังนี้

5.1 การเตรียมตัวก่อนสอบ ควรปฏิบัติ ดังนี้

5.1.1 กำหนดวัน เวลา สถานที่สอบ ล่วงหน้าและแจ้งให้นักเรียนทราบวัตถุประสงค์ของการสอบ

5.1.2 ผู้ดำเนินการสอบเตรียมวัสดุที่ใช้ในการสอบ คือ แบบวัด ของใส่แบบวัด โดยให้มากกว่าผู้เข้าสอบประมาณ 5 เปอร์เซนต์

5.1.3 การเตรียมตัวสำหรับผู้ดำเนินการสอบ ผู้ดำเนินการสอบต้องศึกษาคำชี้แจงของแบบวัดล่วงหน้า เพื่อให้สามารถดำเนินการสอบได้อย่างถูกต้อง

5.2 วิธีดำเนินการสอบ ควรปฏิบัติ ดังนี้

5.2.1 พูดย้ำให้นักผู้สอบมีความกระตือรือร้นที่จะสอบอย่างเต็มความสามารถ

5.2.2 ผู้ดำเนินการสอบอ่านรายละเอียดคำชี้แจงที่อยู่บนแผ่นหน้าของแบบวัด ดังนี้

1) การสอบแต่ละฉบับต้องสอบภายในเวลาที่กำหนดเท่านั้น

2) ก่อนลงมือสอบให้เขียนรายละเอียดเกี่ยวกับผู้สอบให้เรียบร้อย

3) ลงมือทำแบบวัด เมื่อผู้ดำเนินการสั่งให้ “ลงมือทำได้”

5.3 วิธีปฏิบัติเมื่อหมดเวลา ควรปฏิบัติ ดังนี้

5.3.1 สั่งให้ผู้สอบวางปากกา หยุดทำทันทีแล้วเก็บแบบวัด

5.3.2 เมื่อเสร็จสิ้นการสอบแล้ว ก่อนจะให้ผู้สอบออกจากห้อง ผู้ดำเนินการสอบ กล่าวชมเชยผู้สอบที่ตั้งใจทำแบบวัดอย่างดี เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเป็นการสร้างเจตคติที่ดีในการทำแบบวัด

6. วิธีการตรวจให้คะแนน

ลักษณะวิธีการตรวจให้คะแนนใช้เกณฑ์ ดังนี้

6.1 ลักษณะการกำหนดน้ำหนักคะแนนของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ที่มีลักษณะเป็นแบบทดสอบสถานการณ์ (ในตอนที่ 2 ของแบบวัด) ใช้เกณฑ์การตรวจให้คะแนนแต่ละตัวเลือก ดังนี้

ให้ 4 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นมากที่สุด

ให้ 3 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นมาก

ให้ 2 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นปานกลาง

ให้ 1 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นน้อย

ให้ 0 คะแนน สำหรับตัวเลือกที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นน้อยที่สุด

6.2 ลักษณะการกำหนดน้ำหนักคะแนนของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้นที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ใช้เกณฑ์การตรวจให้คะแนนดังนี้

ถ้าข้อความใดมีลักษณะเป็นข้อความทางบวก

ให้ 4 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นมากที่สุด

ให้ 3 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นมาก

ให้ 2 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นปานกลาง

ให้ 1 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นน้อย

ให้ 0 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นน้อยที่สุด

ในทางกลับกันถ้าข้อความใดมีลักษณะเป็นข้อความทางลบ

ให้ 4 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นน้อยที่สุด

ให้ 3 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นน้อย

ให้ 2 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นปานกลาง

ให้ 1 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นมาก

ให้ 0 คะแนน เมื่อนักเรียนเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องนั้นมากที่สุด

สำหรับคะแนนตัวเลือกแต่ละข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 46 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่2 ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศแบบ
สถานการณ์

ข้อ	ก	ข	ค	ง	จ	ข้อ	ก	ข	ค	ง	จ
1	1	0	4	3	2	6	1	4	3	2	0
2	0	1	2	3	4	7	4	1	3	2	0
3	3	1	4	0	2	8	0	1	2	3	4
4	0	1	2	3	4	9	0	1	2	3	4
5	0	1	2	3	4	10	0	1	2	3	4

ตาราง 47 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่3 แบบวัดเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ ทางเพศ
แบบมาตราส่วนประมาณค่า

ข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11	0	1	2	3	4	25	0	1	2	3	4
12	0	1	2	3	4	26	0	1	2	3	4
13	4	3	2	1	0	27	0	1	2	3	4
14	0	1	2	3	4	28	0	1	2	3	4
15	4	3	2	1	0	29	0	1	2	3	4
16	4	3	2	1	0	30	4	3	2	1	0
17	0	1	2	3	4	31	4	3	2	1	0
18	0	1	2	3	4	32	4	3	2	1	0
19	4	3	2	1	0	33	4	3	2	1	0
20	4	3	2	1	0	34	4	3	2	1	0
21	4	3	2	1	0	35	4	3	2	1	0
22	4	3	2	1	0	36	4	3	2	1	0
23	0	1	2	3	4	37	4	3	2	1	0
24	0	1	2	3	4						

ตาราง 48 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่4 ของแบบวัดความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนแบบ
สถานการณ์

ข้อ	ก	ข	ค	ง	จ	ข้อ	ก	ข	ค	ง	จ
38	1	0	4	3	2	40	0	1	2	4	3
39	0	4	2	3	1						

ตาราง 49 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่5 แบบวัดความสามารถในการจัดการกับสุขภาพทางเพศ
ตนเองแบบมาตราส่วนประมาณค่า

ข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
41	4	3	2	1	0	45	4	3	2	1	0
42	4	3	2	1	0	46	4	3	2	1	0
43	4	3	2	1	0	47	4	3	2	1	0
44	4	3	2	1	0	48	4	3	2	1	0

ตาราง 50 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่6 ของแบบวัดความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตนแบบ
สถานการณ์

ข้อ	ก	ข	ค	ง	จ	ข้อ	ก	ข	ค	ง	จ
49	4	2	1	3	0	51	0	1	2	3	4
50	0	1	2	3	4	52	0	1	2	3	4

ตาราง 51 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่7 ของแบบวัดความรู้เท่าทันสื่อทางเพศแบบสถานการณ์

ข้อ	ก	ข	ค	ง	จ	ข้อ	ก	ข	ค	ง	จ
53	0	1	2	3	4	55	0	1	2	3	4
54	0	1	2	3	4						

ตาราง 52 คะแนนในแต่ละข้อของตอนที่ 8 แบบวัดความสามารถในการสื่อสารทางเพศแบบมาตรา
ส่วนประมาณค่า

ข้อ	บ่อย มาก	บ่อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ	ข้อ	บ่อย มาก	บ่อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
56	4	3	2	1	0	77	4	3	2	1	0
57	4	3	2	1	0	78	4	3	2	1	0
58	4	3	2	1	0	79	4	3	2	1	0
59	4	3	2	1	0	80	4	3	2	1	0
60	4	3	2	1	0	81	4	3	2	1	0
61	4	3	2	1	0	82	4	3	2	1	0
62	4	3	2	1	0	83	4	3	2	1	0
63	4	3	2	1	0	84	4	3	2	1	0
64	4	3	2	1	0	85	4	3	2	1	0
65	4	3	2	1	0	86	4	3	2	1	0
66	4	3	2	1	0	87	4	3	2	1	0
67	4	3	2	1	0	88	4	3	2	1	0
68	4	3	2	1	0	89	4	3	2	1	0
69	4	3	2	1	0	90	4	3	2	1	0
70	4	3	2	1	0	91	4	3	2	1	0
71	4	3	2	1	0	92	4	3	2	1	0
72	4	3	2	1	0	93	4	3	2	1	0
73	4	3	2	1	0	94	4	3	2	1	0
74	4	3	2	1	0	95	4	3	2	1	0
75	4	3	2	1	0	96	4	3	2	1	0
76	4	3	2	1	0	97	4	3	2	1	0

7. เกณฑ์ปกติของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น

เกณฑ์ปกตินี้เป็นเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในรูปคะแนนที่ปกติ (Normalized T-score) ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ดังนี้

ตาราง 53 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
4.5	18	13	38	20.5	55
5	20	13.5	39	21	57
6	22	14	40	21.5	58
6.5	23	14.5	42	22	59
7.5	25	15	43	22.5	60
8	27	15.5	44	23	61
8.5	28	16	45	23.5	62
9	29	16.5	46	24	63
9.5	30	17	47	24.5	65
10	31	17.5	48	25	66
10.5	32	18	50	25.5	67
11	33	18.5	51	26	68
11.5	35	19	52	26.5	69
12	36	19.5	53	27	70
12.5	37	20	54	27.5	71

* หมายเหตุ ในกรณีที่คะแนนดิบที่ได้จากแบบวัดไม่ตรงกับเกณฑ์ปกตินี้ ให้ใช้ค่าที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ เช่น ถ้าได้คะแนนดิบ 2.12 ให้ไปใช้คะแนนดิบที่ 2.2 ในการเปรียบเทียบหาค่าคะแนนที่ปกติ

เกณฑ์การตัดสินด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

คะแนน 24.5 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 20.5 - 24.4	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับสูง
คะแนนระหว่าง 15.6 – 20.4	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 11.5 – 15.5	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับต่ำ
คะแนนต่ำกว่า 11.4	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

ตาราง 54 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความ
ฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ
และความสัมพันธ์ทางเพศ

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
2.5	14	10.4	43	14.3	57
3.6	19	10.5	43	14.4	57
5.6	25	10.6	44	14.4	58
6	27	10.7	44	14.5	58
6.3	28	10.8	44	14.6	58
6.4	29	10.8	45	14.7	58
6.7	30	10.9	45	14.7	59
6.8	30	11	45	14.8	59
6.9	30	11.1	45	14.9	59
7	31	11.1	46	15	60
7.1	31	11.2	46	15.1	60
7.2	31	11.3	46	15.2	60
7.3	32	11.4	47	15.3	61
7.4	32	11.5	47	15.4	61
7.5	32	11.6	47	15.5	61
7.7	33	11.7	48	15.6	62
7.8	34	11.9	48	15.7	62
7.9	34	12	49	15.8	62
8	34	12.1	49	16	63
8.1	35	12.2	49	16.1	63
8.2	35	12.3	50	16.1	64
8.3	35	12.4	50	16.2	64
8.4	36	12.5	50	16.3	64
8.5	36	12.5	51	16.4	65
8.6	36	12.6	51	16.5	65
8.6	37	12.7	51	16.7	66
8.7	37	12.8	52	16.9	66
8.8	37	12.9	52	17	67
8.9	38	13	52	17.1	67
9	38	13.1	53	17.2	67
9.1	38	13.2	53	17.3	68
9.3	39	13.3	54	17.5	69

ตาราง 54 (ต่อ)

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
9.4	39	13.4	54	17.6	69
9.5	40	13.5	54	17.7	69
9.6	40	13.5	54	17.8	70
9.7	40	13.6	54	17.9	70
9.8	41	13.6	55	18	70
9.9	41	13.7	55	18.1	71
10	42	13.8	55	18.3	71
10.1	42	13.9	56	18.4	72
10.2	42	14	56	18.5	72
10.3	42	14.1	56	19	74
10.3	43	14.2	57	19.5	76

* หมายเหตุ ในกรณีที่คะแนนดิบที่ได้จากแบบวัดไม่ตรงกับเกณฑ์ปกตินี้ ให้ใช้ค่าที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ เช่น ถ้าได้คะแนนดิบ 2.12 ให้ไปใช้คะแนนดิบที่ 2.2 ในการเปรียบเทียบหาค่าคะแนนที่ปกติ

เกณฑ์การตัดสินด้านเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ

คะแนน 16.4 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 13.6 -16.3	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับสูง
คะแนนระหว่าง 10.8 – 13.5	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 8.1 – 10.7	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับต่ำ
คะแนนต่ำกว่า 8	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

ตาราง 55 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความเคารพต่อเพศวิถี
ที่แตกต่างจากตน

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
1	26	5	41	9	55
2	30	6	44	10	59
3	33	7	48	11	63
4	37	8	52	12	66

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 12 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน โดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 9 - 11	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน โดยรวมระดับสูง
คะแนนระหว่าง 7 - 8	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน โดยรวมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 4 - 6	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน โดยรวมระดับต่ำ
คะแนนต่ำกว่า 3	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน โดยรวมระดับต่ำมาก

ตาราง 56 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความสามารถใน
การจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
0.1	32	4.2	46	7.6	58
0.3	33	4.2	47	7.7	58
0.4	33	4.3	47	7.7	59
0.5	34	4.4	47	7.8	59
0.6	34	4.5	47	7.9	59
0.7	34	4.5	48	8	59
0.8	35	4.6	48	8	60
0.9	35	4.7	48	8.1	60
1	35	4.8	48	8.3	60
1.1	36	4.8	49	8.3	61
1.2	36	4.6	49	8.3	61
1.3	36	5	49	8.5	61
1.3	37	5.1	49	8.6	62
1.4	37	5.1	50	8.7	62
1.5	37	5.2	50	8.9	63
1.6	38	5.3	50	9	63
1.7	38	5.4	50	9.2	64
1.8	38	5.4	51	9.3	64
1.9	38	5.5	51	9.4	64
2	39	5.6	51	9.5	65
2.1	39	5.7	51	9.6	65
2.2	39	5.7	52	9.7	65
2.3	40	5.8	52	9.8	66
2.4	40	5.9	52	9.9	66
2.5	41	6	53	10	67
2.6	41	6.1	53	10.1	67
2.7	41	6.2	53	10.3	67
2.8	41	6.3	54	10.9	70
2.8	42	6.4	54	11.3	71
2.9	42	6.5	54	11.7	72
3	42	6.6	55	12	73
3.1	43	6.7	55	12.5	75
3.2	43	6.8	55	12.6	75

ตาราง 56 (ต่อ)

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
3.3	43	6.9	56	12.7	76
3.4	44	7	56	13.1	77
3.5	44	7.1	56	13.4	78
3.6	44	7.1	57	13.8	79
3.7	45	7.2	57	14.3	81
3.8	45	7.3	57	15	84
3.9	45	7.4	57	15.2	84
4	46	7.4	58	16	87
4.1	46	7.5	58		

* หมายเหตุ ในกรณีที่คะแนนดิบที่ได้จากแบบวัดไม่ตรงกับเกณฑ์ปกตินี้ ให้ใช้ค่าที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ เช่น ถ้าได้คะแนนดิบ 2.12 ให้ไปใช้คะแนนดิบที่ 2.2 ในการเปรียบเทียบหาค่าคะแนนที่ปกติ

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 9.5 ขึ้นไป

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพ
ทางเพศตนเองโดยรวมระดับสูงมาก

คะแนนระหว่าง 6.6 - 9.4

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพ
ทางเพศตนเองโดยรวมระดับสูง

คะแนนระหว่าง 3.7 – 6.5

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพ
ทางเพศตนเองโดยรวมระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 0.8 - 3.4

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพ
ทางเพศตนเองโดยรวมระดับต่ำ

คะแนนต่ำกว่า 0.7

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการจัดการกับสุขภาพ
ทางเพศตนเองโดยรวมระดับต่ำมาก

ตาราง 57 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบความสามารถในการป้องกัน
ความรุนแรงทางเพศ

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
0.5	29	4.5	43	8.5	57
1	30	5	44	9	58
1.5	32	5.5	46	9.5	60
2	34	6	48	10	62
2.5	36	6.5	50	10.5	64
3	37	7	51	11	65
3.5	39	7.5	53	11.5	67
4	41	8	55	12	69

*หมายเหตุ ในกรณีที่คะแนนดิบที่ได้จากแบบวัดไม่ตรงกับเกณฑ์ปกตินี้ ให้ใช้ค่าที่สูงกว่าเป็น
เกณฑ์เปรียบเทียบ เช่น ถ้าได้คะแนนดิบ 2.12 ให้ไปใช้คะแนนดิบที่ 2.2 ในการเปรียบเทียบหา
ค่าคะแนนที่ปกติ

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 11 ขึ้นไป

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการป้องกันความรุนแรง
ทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก

คะแนนระหว่าง 8 - 10.5

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการป้องกันความรุนแรง
ทางเพศโดยรวมระดับสูง

คะแนนระหว่าง 5.5 – 7.3

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการป้องกันความรุนแรง
ทางเพศโดยรวมระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 2.5 - 5

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการป้องกันความรุนแรง
ทางเพศโดยรวมระดับต่ำ

คะแนนต่ำกว่า 2

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน
ความสามารถในการป้องกันความรุนแรง
ทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

ตาราง 58 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัด
ความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความรู้เท่าทันสื่อ
ทางเพศ

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
1	27	5	43	9	59
2	31	6	47	10	62
3	35	7	51	11	66
4	39	8	55	12	70

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 11 ขึ้นไป	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนนระหว่าง 8 -10	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับสูง
คะแนนระหว่าง 6 – 7	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 3 - 5	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับต่ำ
คะแนนต่ำกว่า 2	แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้าน ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

ตาราง 59 เกณฑ์ปกติของความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น ของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศของวัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
0.4	30	3.6	46	6.6	61
0.5	31	3.7	46	6.7	61
0.7	32	3.7	47	6.7	62
0.8	32	3.8	47	6.8	62
0.9	33	3.9	48	6.9	63
10	33	4	48	7	63
1.1	34	4.1	48	7.1	63
1.2	34	4.1	49	7.1	64
1.3	35	4.2	49	7.3	64
1.4	35	4.3	50	7.3	65
1.5	36	4.4	50	7.4	65
1.6	36	4.5	50	7.5	66
1.7	37	4.5	51	7.5	66
1.8	37	4.6	51	7.6	66
1.9	37	4.7	51	7.7	66
1.9	38	4.8	52	7.7	67
2	38	4.9	52	6.8	67
2.1	39	4.9	53	6.9	67
2.2	39	5	53	8	68
22	39	5.1	53	8.1	68
2.3	39	5.1	54	8.1	69
2.3	40	5.2	54	8.2	69
2.4	40	5.3	54	8.3	70
2.5	40	5.3	55	8.4	70
2.5	41	5.4	55	8.5	71
2.6	41	5.5	55	8.6	71
2.7	41	5.5	56	8.7	72
2.7	42	5.6	56	8.8	72
2.8	42	5.7	56	9	73
2.9	42	5.7	57	9.1	73
2.9	43	5.8	57	9.2	74
3	43	5.9	57	9.4	75
3.1	43	5.9	58	9.7	76

ตาราง 59 (ต่อ)

คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ	คะแนนดิบ	คะแนนที่ปกติ
3.1	44	6	58	9.9	77
3.2	44	6.1	58	10.2	79
3.3	44	6.1	59	11	83
3.3	45	6.2	59	11.2	84
3.4	45	6.3	60	11.3	85
3.5	45	6.4	60	11.7	86
3.5	46	6.5	61		

* หมายเหตุ ในกรณีที่คะแนนดิบที่ได้จากแบบวัดไม่ตรงกับเกณฑ์ปกตินี้ ให้ใช้ค่าที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ เช่น ถ้าได้คะแนนดิบ 2.12 ให้ไปใช้คะแนนดิบที่ 2.2 ในการเปรียบเทียบหาค่าคะแนนที่ปกติ

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนน 7.3 ขึ้นไป

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศโดยรวมระดับสูงมาก

คะแนนระหว่าง 5.3 - 7.1

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศโดยรวมระดับสูง

คะแนนระหว่าง 3.3 - 5.2

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1.3 - 3.2

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศโดยรวมระดับต่ำ

คะแนนต่ำกว่า 1.2

แปลว่า มีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศในด้านความสามารถในการสื่อสารทางเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

8. เกณฑ์การตัดสิน

ผู้วิจัยได้สร้างเกณฑ์ปกติ อยู่ในรูปของคะแนนที่ปกติ (Normalized T-score) โดยสร้าง
ถ้าต้องการทราบว่าวัยรุ่นคนใดมีความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศอยู่ในระดับใด ให้นำคะแนนดิบมา
แปลงเป็นคะแนนที่ปกติ แล้วพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน T 65 ขึ้นไป	แปลว่า เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศโดยรวมระดับสูงมาก
คะแนน T ระหว่าง 55 -64	แปลว่า เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศโดยรวมระดับสูง
คะแนน T ระหว่าง 45 – 54	แปลว่า เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศโดยรวมระดับปานกลาง
คะแนน T ระหว่าง 35 - 44	แปลว่า เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศโดยรวมระดับต่ำ
คะแนน T ระหว่าง 34 และต่ำกว่า	แปลว่า เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านเพศโดยรวมระดับต่ำมาก

ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	อภิชา น้อมศิริ
วันเดือนปีเกิด	13 ตุลาคม 2520
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	55/196 หมู่บ้านทรัพย์หมื่นแสน หมู่ที่ 2 ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี 12000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2543	ศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการศึกษา จาก มหาวิทยาลัยศิลปากร
พ.ศ. 2547	การศึกษามหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการศึกษา จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2552	นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2558	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (วิชาเอกการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ