

## วัยรุ่นกับเพศสัมพันธ์

นพ.สุริยเดว ทรีปาตี\*

ประชากรในประเทศไทยมีประมาณ 70 ล้านคนในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 10 เป็นวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 19 ปี จากการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ ในปี ค.ศ.2003 พบว่าครอบครัวเดี่ยวมีปริมาณเพิ่มขึ้น โดยในขณะนี้อายุเฉลี่ยของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวและในจำนวนนี้อายุเฉลี่ย 30 เป็นครอบครัวเดี่ยวประเภทที่แม่เป็นผู้ปกครองเพียงคนเดียว และอีกร้อยละ 30 เด็กวัยรุ่นต้องใช้ชีวิตตามลำพัง

### พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

จากรายงานสำรวจของสถาบันประชากรและสังคมร่วมกับสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี ค.ศ.2003 พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยพบว่า อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ อายุ 16 ปี และจากข้อมูลของสถาบันรามจิตติ ในรอบปี 2548-2549 ในเด็กมัธยมถึงอุดมศึกษา พบว่ามีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับ 2-3 ปีที่ผ่านมา และในกลุ่มนี้ร้อยละ 30 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในขณะที่การแต่งงานช้าลงโดยเฉลี่ยอายุ 24 ปี จะเห็นได้ว่าช่องว่างที่เกิดขึ้นจากค่าเฉลี่ยของการเริ่มมีเพศสัมพันธ์กับการแต่งงานราว 8 ปีนี้ สะท้อนให้เห็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์มากขึ้นและยาวนานขึ้นและเป็นการมีเพศสัมพันธ์แบบขาดความรับผิดชอบ (sex without responsibilities) หรือสังคมยังไม่ยอมรับ โดยมีปัจจัยที่เป็นเหตุกระตุ้นหลายประการเช่นการเข้าวัยรุ่นที่เร็วขึ้น การกระตุ้นโดยสื่อที่ไม่เหมาะสม ทำให้ปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และผลของการกระทำที่ความรุนแรงและสลับซับซ้อนมากขึ้นเห็นได้จากการหย่าร้างที่เพิ่มขึ้นหรือฝ่ายชายทิ้งไปปล่อยให้ฝ่ายหญิงแบกรับภาระและความเครียดทั้งหมด การทำแท้งเถื่อนที่เพิ่มมากขึ้นแม้ว่าไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนแต่จากรายงานภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งเถื่อนของโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้คณะได้ว่าเป็นแต่ละปีมีวัยรุ่นที่ทำแท้งประมาณ 2-3 แสนรายต่อปี นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นที่เครียดและหาทางออกของตนเองไม่ได้ก็ทิ้งลูกหรือทำร้ายลูกเช่นฆ่าลูกโดยปรากฏทางหน้าหนังสือพิมพ์ไม่ต่ำกว่า 30 รายต่อปี การให้องค์ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อพฤติกรรมทางเพศหรือเพศศึกษา ยังไม่เข้มข้น โดยพบว่าเพศศึกษาในวัยรุ่นเริ่มช้าอายุเฉลี่ยราว 14 ปี ในขณะที่วัยรุ่นได้ข้อมูลส่วนใหญ่จากเพื่อน และสื่อเช่นอินเทอร์เน็ต ประมาณร้อยละ 60 การรู้จักป้องกันตนเองไม่จะเป็นการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ หรือการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย (ปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 20 ) การใช้ยาคุมกำเนิด ยังอ่อนแอและเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันมากจนทำให้ประเทศไทยกลายเป็นประเทศในลำดับต้นๆของเอเชียที่มีปัญหา

วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และวัยรุ่นคลอดลูก ( จากข้อมูลของUNICEF ในปี ค.ศ.2003 พบว่าค่าเฉลี่ยวัยรุ่นไทยคลอดลูกอยู่ที่ 70 ต่อพันคนของหญิงวัย 15-19 ปี ปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็น 90 ต่อพัน หรือวันละ เกือบ 200 คน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยทั่วทวีปเอเชียอยู่ที่ 56 ต่อพันคนของหญิงวัย 15-19 ปี และค่าเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 65 ต่อพันคนของหญิงวัย 15-19 ปี) และวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นเรื่อยๆเมื่อเทียบกับ 2-3ปีที่ผ่านมา วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์มากกว่า ร้อยละ 60 คิดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือตั้งครรภ์ภายใน 1 ปีของการมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ในขณะที่วัยรุ่นกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่เริ่มความหาคความช่วยเหลือเพื่อป้องกันตนเองเมื่อมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์มาแล้ว เกิน 1 ปี แล้วแทบทั้งสิ้น

---

\* ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ม.มหิดล

\* ผู้จัดการแผนงานสุขภาพเด็กและเยาวชน สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นอกจากนี้ปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่นก็เป็นอีกปัญหาที่น่าสนใจและน่าเป็นห่วง กล่าวคือวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ราว 60,000 คนที่กำลังติดเชื้อเอชไอวีจากพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกันและเป็นสาเหตุการตายของวัยรุ่นในลำดับที่ 2 รองจากอุบัติเหตุ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ก็มีอุบัติการณ์มากในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีเช่นกันไม่ว่าจะเป็นหนองในแท้(Gonorrhoea) หรือหนองในเทียม(C.Trachomatis) แม้ว่าหลายรายมักไม่มีอาการแต่หากปล่อยไว้นอกจากจะทำให้การติดต่อของโรคนี้อันตรายแล้วยังทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นเองด้วยเช่น ภาวะอู้งิงกรานอักเสบเรื้อรัง การมีบุตรยาก ท้องนอกมดลูก รวมไปถึงจนถึงมะเร็งปากมดลูก

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้สำรวจในปีค.ศ.2003 เชื้อหนองในเทียมในทุกกลุ่มอายุพบว่า วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พบมากที่สุด โดยพบ 2,536 คนต่อประชากรวัยนี้แสนคน และยังสำรวจพบว่าเชื้อหูดหงอนไก่ (Human Pappiloma virus) ที่เป็นต้นกำเนิดของการเป็นมะเร็งปากมดลูกก็มีความสำคัญในวัยนี้เช่นกัน กล่าวคือในเด็กวัยรุ่นที่ยังไม่พบเชื้อนี้หากมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกันภายใน 3 ปี พบว่าจะตรวจพบเชื้อนี้ประมาณร้อยละ 55 ของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก แม้ว่าในวัยรุ่นเชื้อนี้โดยส่วนใหญ่ร่างกายสามารถขจัดได้ในระดับหนึ่งแต่ก็ยังคงมีความสำคัญต่อการเป็นจุดตั้งต้นการเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้เช่นกัน

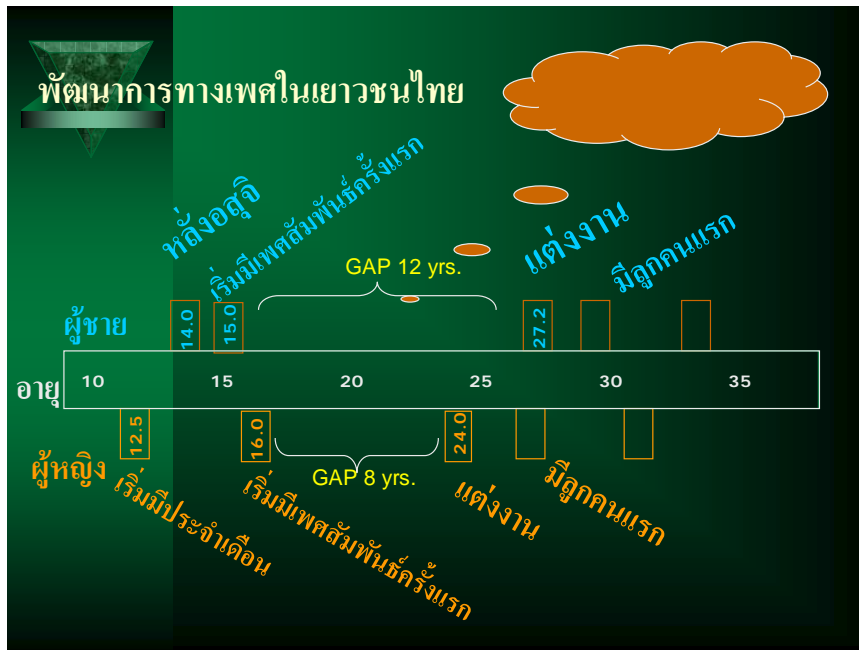
วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดมากกว่าวัยอื่นๆ กล่าวคือ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์คือวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี นี้เอง และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์คือ หนองใน หนองในเทียม เอดส์ เชื้อไวรัสก่อมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

### เหตุผลที่วัยรุ่นติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่ายมากที่สุดเพราะ

1. จำนวนคู่นอนที่มีการเปลี่ยนเร็วและบ่อยมาก
2. ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์
3. ขาดการป้องกันเช่นการใช้ถุงยางอนามัย
4. ลักษณะสรีระของฝ่ายผู้หญิงวัยรุ่นที่อ่อนแอ โดยปากมดลูกเผยออกเปิดให้รับเชื้อโรคได้ง่ายมาก ประกอบกับสภาพความเป็น

กรดที่มีน้อยในช่องคลอดเมื่อเทียบกับช่องคลอดของผู้หญิงที่อายุมากขึ้นทำให้ลดความสามารถในการฆ่าเชื้อโรค

5. ขาดการดูแลรักษาอย่างทันทีเพราะอับอายและไม่มีเงินต้องขอพ่อแม่ ซึ่งยิ่งเพิ่มแรงกดดัน
6. กลัวความลับถูกเปิดเผยทำให้ไม่อยากแม้แต่การปรึกษาหรือการสร้างทักษะป้องกันตนเอง



ภาพที่ 1 แสดง พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นทั้งชายและหญิง ที่ชายเริ่มเข้าวัยรุ่นที่อายุ 12 ปี ในขณะที่วัยรุ่นหญิงเริ่มเข้าวัยรุ่นที่อายุ 10 ปี หญิงเริ่มมีประจำเดือน อายุ 12.5 ปี ชายเริ่มหลังอสุจิที่อายุ 14 ปี ค่าเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ในชายอายุ 15 ปี และหญิงที่อายุ 16 ปี ทำให้เพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้มากขึ้นประกอบกับการแต่งงานที่ช้าขึ้น ทำให้การมีเพศสัมพันธ์โดยที่สังคมไม่ยอมรับและขาดความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น gap period ที่เกิดขึ้นในระหว่างค่าเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์กับการแต่งงานจึงมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุหลายเรื่องทั้ง โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์นั่นเอง



ภาพที่ 2 แสดง อัตราคลอดลูกของวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี ทั่วโลกเมื่อปี คศ. 2003 เมื่อเทียบกับหญิงวัยเดียวกันพันคน ค่าเฉลี่ยทั่วโลกเท่ากับ 65 ต่อพัน ในขณะที่ประเทศไทย 70 ต่อพันคน โดยที่มากที่สุดในประเทศอาเซียนด้วยตัวเอง ในขณะที่ประเทศที่รายงานน้อยที่สุดในโลกคือ ญี่ปุ่น สวิสเซอร์แลนด์ เกาหลี ส่วนสหรัฐอเมริกา มีค่าเฉลี่ยที่ 60 ต่อพันคนเท่านั้น

ทิศทางของประเทศไทยเพื่อลดปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์คือ

1. กลยุทธ์ กิจกรรมสร้างสรรค์ผู้สร้างเสริมต้นทุนชีวิตและทักษะชีวิต (unsexual Assets)

2. กลยุทธ์ การรู้เท่าทันเรื่องเพศด้วยครอบครัวศึกษา เพศศึกษาทั้งในรั้วบ้าน และรั้วโรงเรียน (Comprehensive Sex Education)

3.กลยุทธ์ การป้องกันตัวเองให้กับวัยรุ่นห่างไกลภาวะเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์ ด้วยความปลอดภัย (Safe sex)

    อุ้งยางอนามัยทุกครั้ง ( No condom No sex ) ทักษะการใช้จ่ายคุมกำเนิดและการเข้าถึงบริการ

4.กลยุทธ์การให้ความช่วยเหลือ หน่วยงานความช่วยเหลือเช่นบ้านพักฉุกเฉิน รวมทั้งการพัฒนาตนเองสู่การกลับคืนสู่ระบบโรงเรียน ครอบครัว และ

    สังคม (Sex advocacy)

5. กลยุทธ์การเฝ้าระวัง/จัดการ จุดเสี่ยงต่างๆ เช่น สื่อ หรือแหล่งมั่วสุม ด้วย การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังที่เชื่อมโยงกับภาคประชาชนในชุมชน(Sex Watch)

6. กลยุทธ์ทางกฎหมาย เช่น สิทธิเยาวชน (Sex Regulation; confidentiality law)

## 1.มาตรการเชิงรุก

มีกลุ่มเป้าหมายเป็นวัยรุ่นอายุ 10- 20 ปี โดยแบ่งกลุ่มวัยรุ่นในระบบที่มีโรงเรียนคอยดูแลได้และเด็กวัยรุ่นนอกระบบกลุ่มเป้าหมายเช่น วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง แรงงาน เร่ร่อน เพื่อน ครูและเยาวชนแกนนำ ช่วยในการคัดกรอง พร้อมกับการสร้างทักษะself esteem , life skill และ เพศศึกษา ซึ่งสามารถกำหนดเป็น หลักสูตรพร้อม ๆ ไปด้วย การสร้างสื่อที่ดีในทักษะที่กล่าวมาเพื่อความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายได้ดีขึ้น

## 2. มาตรการเชิงรับ

2.1 กรณีที่ห้องไม่พร้อมระบบของคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลที่มีกุมารแพทย์ สูติแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาให้การดูแลต่อ ซึ่งขณะนี้มีระบบของ กระทรวงสาธารณสุขใน OSCC (One Stop Crisis Center) อยู่ 20 จังหวัดซึ่งสามารถดำเนินการนำร่องได้เลย และหากเด็กวัยรุ่นที่คลอดลูกแล้วบ้านพักฉุกเฉิน ของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี สหทัยมูลนิธิ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งระบบ OSCC น่าจะเป็นระบบที่ช่วยเหลือได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การอาศัยเครื่องมือคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสทอดทิ้งเด็กหรือทำร้ายลูก เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตาม และการสร้างระบบ Youth campus ให้มีกิจกรรมที่หลากหลายฝึกอาชีพ ฝึกทักษะต่าง ๆ หรืออาจมีระบบครอบครัวร่วมกับเครือข่ายในการอาสาสมัครดูแลในรูปแบบ foster family

2.2 การพัฒนา ศูนย์ hotline ของ กระทรวงการพัฒนาความมั่นคงและสังคมของมนุษย์ คือหมายเลข 1300,1507 ให้มีศักยภาพในการให้การปรึกษา และจึงค่อยกระจายไปตามเครือข่ายต่างๆ ตามความจำเป็น ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมทางจิตวิทยา ปรึกษาแนะนำในภาวะวิกฤต โดยในขณะนี้อย่างขาด บุคลากรอย่างมาก ทั้งที่มีตัวตนแต่ขาดตำแหน่ง เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

2.3 การเพิ่มบ้านพักฉุกเฉินที่มากขึ้นโดยไม่ซ้ำซ้อนมากเกินไป กระจายตามพื้นที่ทั่วประเทศ บ้านพักฉุกเฉินของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี เป็นต้นแบบเพื่อเรียนรู้การวางระบบการให้ความช่วยเหลือไว้เป็นอย่างดี

## 3. การผลักดันด้านนโยบาย โดยสามารถนำเสนอได้ 3 รูปแบบ

3.1 เสนอผ่านคณะกรรมการเด็กและเยาวชนแห่งชาติให้มีอนุกรรมการขึ้นมาตรวจสอบและติดตามการปฏิบัติอย่างเป็นทางการพร้อมทั้งผลักดันให้มีการสนับสนุนงบประมาณได้ด้วย

3.2 เสนอผ่าน กระทรวง โดยเฉพาะกระทรวง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (แม่งานในเรื่องนี้รวมทั้งการเตรียมศูนย์ประสานงานติดตาม ประเมินผล บ้านพักฉุกเฉิน ระบบ hotline การดูแลเด็กนอกระบบ) มีกระทรวงที่เกี่ยวข้องด้วย คือ กระทรวงสาธารณสุข(การพัฒนาบริการที่เป็นมิตรในวัยรุ่น การพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข และ OSCC) กระทรวงศึกษาธิการ(บูรณาการการเรียนการสอนเพศศึกษาอย่างทั่วถึง ทั้งในนักเรียน ครูและพ่อแม่ รวมทั้งระบบการช่วยเหลือ) กระทรวงมหาดไทย(อบต.งานด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว และการมีพื้นที่กิจกรรมอย่างกว้างขวาง) กระทรวงวัฒนธรรม(ศูนย์เฝ้าระวัง สื่อ การพัฒนากิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่น)

3.3 ภาคเอกชนที่ พร้อมที่จะให้การสนับสนุนงานของวัยรุ่น เช่น hotline , บ้านหลังเรียนการสร้างและนำเสนอสื่อในด้านบวก หรือ teens tip เป็นต้น

## 4. การประชาสัมพันธ์ งานที่ทำและแนวทางแก้ปัญหาผ่านทางสื่อต่าง ๆ อาศัยหลาย ๆ สื่อไม่ว่าจะเป็น ทีวี , แม่เหล็ก , หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

**เชิงรุก :**  
 กลุ่มเป้าหมาย  
 Peer to Peer  
 วัยรุ่น กลุ่ม  
 เสี่ยง โรงเรียน/  
 นอกระบบ/เด็ก  
 เร่ร่อน

**เชิงรับ :**  
 Service : love  
 care , Teen  
 clinic \* สื่อสาร



นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี  
 ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ม.มหิดล