

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น ในสังกัดศูนย์การศึกษาออกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น
2. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น
3. ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น

1. แนวคิดและนิยามคำว่า “วัยรุ่น”

วัยรุ่น ภาษาอังกฤษใช้คำว่า Adolescence สำหรับนิยามคำว่าวัยรุ่น จากการทบทวนผู้วิจัยพบว่า มีผู้แสดงคำนิยามหรือคำจำกัดความของวัยรุ่นไว้หลากหลาย ไม่สามารถกำหนดอายุที่เริ่มต้น ระยะเวลา ของช่วงวัยรุ่น อายุสิ้นสุดของวัยรุ่นอย่างแน่นอน เนื่องจากมีความเลื่อมล้ำกัน ขึ้นอยู่กับประเพณี วัฒนธรรม ศาสนาของและ สภาพสังคม ที่จะยอมรับในฐานะผู้ใหญ่เมื่อใด (ศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2549) มีผู้กำหนดนิยามวัยรุ่นไว้ดังนี้

World Health Organization (WHO, 2008) กำหนดคำนิยาม วัยรุ่น หมายถึง ระยะเวลาที่มีการพัฒนาทางจิตใจมาจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ตั้งแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศกระทั่งมี วุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ พัฒนาด้านจิตใจจากเด็กเป็นผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจโดยจากการพึ่งพาครอบครัวมาเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพ มีรายได้เป็นของตนเอง

Marcell (2007) กำหนดคำนิยาม วัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งการเปลี่ยนนั้นแตกต่างจากวัยเด็กอย่างชัดเจน (สุภรี สุวรรณจุฑะ, 2547, หน้า 1)

ปรีชา วิหคโต (2548) กำหนดคำนิยาม วัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรมโดยเฉพาะพัฒนาการสูงและน้ำหนัก มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหรือเรียกว่าการเปลี่ยนแปลงแบบพุ่งขึ้น ยึดกลุ่มเพื่อนเป็นหลักและเริ่มมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศและมีปัญหาเชิงเหตุผลและคุณธรรมส่วนมากเรียนในระดับมัธยมศึกษา

ศรีเรื่อน แก้วกังวาน (2549) กำหนดคำนิยาม วัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีช่วงเวลาระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต

โดยสรุป วัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีวุฒิภาวะทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดอารมณ์จากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ระบบสืบพันธุ์เริ่มทำงาน เป็นวัยที่สนใจตนเอง สนใจเพื่อนต่างเพศมากขึ้น และสามารถรับผิดชอบและพึ่งพาตนเองทางสังคมและเศรษฐกิจได้

2. การแบ่งช่วงอายุตามการแบ่งช่วงอายุของ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัยรุ่นตามนิยามขององค์การอนามัยโลก คือ บุคคลที่มีอายุ 10-19 ปี และแบ่งวัยรุ่นเป็น 3 ช่วง คือวัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย (WHO, 2005)

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) ช่วงอายุวัยรุ่นตอนต้นระหว่าง 10-14 ปี มีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็ก (ศรีเรื่อน แก้วกังวาน, 2549, หน้า 299) หรือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายส่งผลกระทบต่อจิตใจ วัยรุ่นมักมีอาการหงุดหงิด สนใจทำกิจกรรมกับพ่อ แม่ สนใจการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สภาวะหนุ่ม สาว มีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนเพศเดียวกัน ต้องการความเป็นส่วนตัว มีความเพ้อฝันมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของตนเอง เริ่มมีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เริ่มมีกิจกรรมทางเพศที่ไม่ใช่การร่วมเพศ วัยรุ่นชายจะมีความคล้ายวัยรุ่นหญิงอยู่บ้าง (สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551, หน้า 4-10) และมีความอยากอาหารมากขึ้น จับกลุ่มทำกิจกรรมแปลกๆ (พิมพ์พารณ กัลั่นกลั่น, 2555, หน้า 160)

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) ช่วงอายุวัยรุ่นตอนกลางระหว่าง อายุ 15-17 ปี หรือนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย (สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551, หน้า 4) การทำงานของกล้ามเนื้อเล็กดีขึ้น ต่อมเหงื่อทำงานมากขึ้น ทำให้เป็นสิว (พิมพ์พารณ กัลั่นกลั่น, 2555, หน้า 160) มีความขัดแย้งกับพ่อ แม่ สูงสุด หงุดหงิดที่จะทำให้ตนเองเป็นที่น่าสนใจ ให้ความสำคัญกับเพื่อน ปฏิบัติตามเพื่อน และมีกิจกรรมเกี่ยวกับเพศมากขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรมที่

โลดโผนเสี่ยงภัย วัยรุ่นชายลักษณะคล้ายผู้หญิงจะเริ่มหมดไป เริ่มมีการนัดพบและมีเพศสัมพันธ์ ไม่ยอมรับผลแทรกซ้อนของพฤติกรรมทางเพศ (สุวรรณมา เรื่องกาญจนเศรษฐี, 2551, หน้า 6) และมีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 299)

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) ช่วง 10 อายุวัยรุ่นตอนปลายมีอายุ 18 ปีขึ้นไป หรือ นักศึกษาวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย (สุวรรณมา เรื่องกาญจนเศรษฐี, 2551, หน้า 4) ถ้าไม่ได้เรียนต่อชั้นอุดมศึกษาก็จะเข้าสู่การทำงาน มีความรับผิดชอบและพัฒนาตนเองเป็นผู้ใหญ่ขึ้น มีการตัดสินใจเลือกวิชาชีพหรืออาชีพที่วัยรุ่นคาดหวังที่เหมาะสมกับความสามารถ ความถนัดของวัยรุ่นเอง (วินเพ็ญ บุญประกอบ, 2547, หน้า 30) นอกจากนั้นช่วงนี้พฤติกรรมของวัยรุ่นค่อนข้างเป็นผู้ใหญ่ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 299) เริ่มมีความยืดหยุ่น และตั้งกฎเกณฑ์ให้ตนเองได้ มีการแสดงออกด้านพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น เริ่มมีความสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามแบบ ชู้สาว (สุวรรณมา เรื่องกาญจนเศรษฐี, 2551, หน้า 54)

3. พัฒนาการของวัยรุ่น

พัฒนาการที่สำคัญของวัยรุ่นจะประกอบไปด้วยพัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางด้านอารมณ์ พัฒนาการทางด้านสังคม และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย จึงสรุปพัฒนาการของวัยรุ่นได้ดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย (physical development) ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทั่วไป และการเปลี่ยนแปลงทางเพศ เนื่องจากวัยนี้ มีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนเพศ (sex hormones) และฮอร์โมนของการเจริญเติบโต (growth hormone) อย่างมากและรวดเร็ว (พนม เกตุมาน, 2550) เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปหน้า สัดส่วนของร่างกาย และการเจริญเติบโตภายใน เช่น การทำงานของต่อมบางชนิด โครงกระดูกแข็งแรงขึ้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 331) รูปร่างจะเข้าสัดส่วนของผู้ใหญ่ลักษณะทางเพศในวัยรุ่นหญิงจะมีการเจริญของรังไข่อย่างรวดเร็วพร้อมจะมีการปฏิสนธิได้ ประจำเดือนจะคงที่มากกว่าวัยแรกเริ่ม ขนาดเต้านมใกล้เคียงผู้ใหญ่ สะโพกพวยออก วัยรุ่นชายมีเสียงแตกพว้า มีการหลั่งน้ำอสุจิ (พิมพ์พากรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555, หน้า 158-161)

2. พัฒนาการด้านอารมณ์ (emotional development) วัยรุ่นจะเริ่มสงบลงกว่าเมื่ออายุมากขึ้น ยอมรับความเป็นหญิง เป็นชาย รวมทั้งรูปลักษณ์ของตน (วินเพ็ญ บุญประกอบ, 2547, หน้า 25-31) อารมณ์จะเปลี่ยนแปลงง่าย รุนแรง เปิดเผย เชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกชอบไม่ชอบ แบบรุนแรง ต้องการความมั่นคง และการยอมรับ (วงเดือน สุวรรณศิริ, 2549, หน้า 7) การเปลี่ยนทางด้านอารมณ์ที่รุนแรงและเปลี่ยนแปลงง่ายนี้ จะส่งผลทำให้เกิดการปรับตัวได้ยาก และเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ง่าย จากการศึกษาของ จุลจรรยา ศรีเพชร (2544) และพบว่า

ลักษณะอารมณ์ของวัยรุ่นที่เป็นเช่นนี้ทำให้วัยรุ่นเข้ากับบุคคลต่างวัยได้ยาก วัยรุ่นจึงมักเกาะกลุ่มกันดีเป็นอย่างดีเพราะมีความเข้าใจกัน และยอมรับซึ่งกันและกัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 336)

3. พัฒนาการด้านสังคม (social development) วัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับเพื่อนร่วมวัย มีความแน่นแฟ้น และผูกพันในกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นจะไม่ชอบรวมกลุ่มกับสมาชิกในครอบครัว ต้องการความมีอิสระ เชื่อฟังเพื่อน และความสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงในวัยนี้จะมีความสัมพันธ์ที่แนบแน่น ไว้เนื้อเชื่อใจและมักแสดงความรู้สึกร่วมกัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 337) ในช่วงนี้วัยรุ่นจะให้ความสนใจและมีเหตุผลในการคบเพื่อนมากขึ้น นอกจากการคบเพื่อนแล้ววัยรุ่นตอนกลางจะมีความสนใจเพศตรงข้าม มักรู้สึกว่าตนเองมีความรัก หรือ ตกหลุมรัก โดยวัยรุ่นมักจะหลงรัก เพศตรงข้ามที่มีอะไรบางอย่างคล้ายตน และอาจจะรู้สึกรักร่วมเพศแอบแฝงด้วย (กัลยา นาคเพ็ชร, 2548, หน้า 124)

4. พัฒนาการด้านสติปัญญา (intellectual development) วัยรุ่นจะมีการคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น เรียนรู้โดยการลองผิดลองถูกจนประสบความสำเร็จหลายๆ ด้าน อยากจะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสังคมให้ดีขึ้น มีการสร้างเสริมคุณธรรมและค่านิยมในตนเอง เพื่อเป็นตัวของตัวเองเป็นอิสระจากครอบครัวสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เหมาะสม (กัลยา นาคเพ็ชร, 2548, หน้า 125) นอกจากนี้ วัยรุ่นชอบวิพากษ์วิจารณ์ ชอบทลายปัญหา สามารถคิดสร้างสรรค์วางแผนการอนาคต (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 352) ความคิดจะเป็นแบบจริงจัง และยึดเอาความถูกต้องและเป็นเลิศ จนบางครั้งเปลี่ยนความคิดดั้งเดิมมารับความเชื่อและค่านิยมใหม่ๆ ซึ่งอาจติดปฏิบัติไปจนโต ทำให้วัยรุ่นตกเป็นเหยื่อและถูกชักชวนได้ง่าย (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547, หน้า 25-31)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมที่นำมาหรือเป็นสาเหตุให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตราย สูญเสียหน้าที่ ขาดโอกาสพัฒนาตามปกติ หรือเสียชีวิต วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก เนื่องจากจิตใจวัยรุ่นนี้ต้องการความสนุกสนาน ตื่นเต้น ทำทายเป็นที่ต้องการเป็นที่ยอมรับของคนอื่น อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง มีอารมณ์ทางเพศมากขึ้น แต่ยังขาดการยั้งคิด ไตร่ตรอง และการควบคุมตนเอง การเข้าใจและหาทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมและผลเสียหายที่จะเกิดตามมา (พนม เกตุมาน, 2550)

1. ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health risk behavior) ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมจากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ สามารถสรุปได้ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข (2547) และ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centre of Disease Control and Prevention; CDC) (2005) ให้ความหมาย พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่เสี่ยงในชีวิตประจำวัน มีลักษณะของการปฏิบัติที่อาจส่งผล หรือก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและอาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

จิรนาถ บวรธรรมรัตน์ (2548) ให้ความหมาย พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในชีวิตประจำวันที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือพิการ ทูพผลภาพ ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งในระยะสั้นหรือในระยะยาว จากการกระทำนั้น

มณฑนา ธนะพันธ์ (2551) ให้ความหมาย พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมภายนอก ซึ่งเป็นกิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลในชีวิตประจำวันของวัยรุ่น อันทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วย การเกิดโรค

นวลฉวี ประเสริฐสุข (2551) ให้ความหมาย พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำแล้วเกิดผลเสียต่อสุขภาพะ ทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมรวมถึงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของนักเรียนที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการเจ็บป่วย หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต พิการ หรือทุพพลภาพ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุ จราจร พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงและการทะเลาะวิวาท พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. ประเภทของพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

พฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนวัยรุ่น มีการศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centre of Disease Control and Prevention: CDC) ได้วางระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของเยาวชน (Youth Risk Behaviour Surveillance System: YRBS) ซึ่งประกอบด้วยงาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสำรวจนักเรียนระดับมัธยมในโรงเรียนระดับท้องถิ่น ระดับรัฐ และระดับประเทศ (school-based survey) ซึ่งทำทุกสองปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 2) การสำรวจที่บ้าน (household survey) เพื่อศึกษาเยาวชนอายุ 12-21 ปี ไม่ว่าจะกำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนหรือนอกโรงเรียน เริ่มทำในปี พ.ศ. 2535 และ 3) การ

สำรวจในวิทยาลัยทั่วประเทศ(National College Health Risk Behaviour Survey: NCHRBS) ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของเยาวชน (YRBSS) เพื่อที่จะติดตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพชนิดต่างๆ โดยแบ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพออกเป็นหมวดต่างๆ ดังนี้พฤติกรรมที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ การใช้สุราและสารเสพติด พฤติกรรมทางเพศซึ่งทำให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่ถูกสุขภาพ และการไม่ออกกำลังกาย ผลการศึกษาของโครงการนี้จัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่งของความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ระดับชาติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับ องค์กรต่างๆ นำไปใช้เพื่อวางแผนโครงการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพแก่นักศึกษาได้ (CDC, 2012)

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นที่น่าสนใจ ได้แก่ กรมสุขภาพจิต (2548) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพฯ และ 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ โดยทำการศึกษาวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปี แบ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพออกเป็นหมวดต่างๆ 5 หมวด ดังนี้ พฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุจราจร พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงและการทะเลาะวิวาท พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย (2551) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย โดยแบ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพออกเป็นหมวดต่างๆ 4 หมวดดังนี้ พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ความรู้สึกซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ทำการศึกษาในนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา (ม.1 ถึง ม.6) ในโรงเรียนรัฐบาล และโรงเรียนเอกชน ในเขตชนบทและเขตเมืองทั้งใน กรุงเทพมหานคร ปริมณฑล ภาคกลาง ภาคเหนือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ของ ประเทศไทย ผลการสำรวจทำให้ทราบว่าแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและการใช้สารเสพติดในนักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและต้องการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย และคณะ, 2551)

ศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2551) ได้สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงเด็กไทยในพื้นที่ 75 จังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพออกเป็นหมวดต่างๆ 7 หมวดดังนี้ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการเรียน พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรง และความปลอดภัย

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพใจ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภค บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และ
 สิ่งเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรักและพฤติกรรมทางเพศ และ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้
 เวลาว่างและการบันเทิง

สำหรับ การวิจัยในครั้งนี้ได้แบ่งพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นทั้งหมด 5 หมวดตาม
 การแบ่งของกรมสุขภาพจิต (2548) ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุจราจร พฤติกรรมเสี่ยงด้าน
 ความรุนแรงและการทะเลาะวิวาท พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทาง
 เพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ดังมีรายละเอียด
 ดังต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุจราจร

จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่าพฤติกรรมการขับขี่รถยนต์/
 รถจักรยานยนต์ ขณะขับขี่ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์วัยรุ่นจะสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งร้อยละ 37.7
 สวมบางครั้ง ร้อยละ 45.2 และไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 17.1 ขณะขับ/โดยสารรถยนต์วัยรุ่นจะ
 คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 55.5 คาดบางครั้ง ร้อยละ 29.5 และไม่คาดเข็มขัดนิรภัยร้อยละ
 15.0 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขับรถยนต์/รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 13.4 และเคยนั่งรถไปกับ
 ผู้ขับขี่ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 32.3 (กรมสุขภาพจิต, 2548, หน้า 37) ระหว่างปี
 2542-2552 เกิดอุบัติเหตุจากความเร็ว 17,000 ครั้งต่อปี โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ
 จราจรของวัยรุ่น เพศชายเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า โดยวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี
 เสียชีวิตมากที่สุด เมื่อปี 2552 วัยรุ่นเสียชีวิต 23.5 คนต่อแสนประชากร และบาดเจ็บ 342.8 คนต่อ
 แสนประชากร ยานพาหนะที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์
 60% และสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุอันดับ 1 คือ การขับรถเร็วเกินอัตราที่กำหนด (ศูนย์วิชาการ
 เพื่อความปลอดภัยทางถนน, 2552) สอดคล้องกับ รายงานการเสียชีวิตของวัยรุ่นในประเทศ
 สหรัฐอเมริกา ในปี 1998 พบว่า การเสียชีวิตของวัยรุ่น อายุ 10 - 24 ปี ร้อยละ 30 เกิดจาก
 อุบัติเหตุรถยนต์ (CDC, 2005) และเพศชายจะดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้วขับมากกว่า
 เพศหญิง (จรรยา เศรษฐพงศ์, 2550, หน้า 55) และใช้ความเร็วสูงกว่าเพศหญิง (ประณีต
 ปานจันทร์, 2550, หน้า 55) เนื่องจากวัยรุ่นยังมีการตัดสินใจไม่ดี อารมณ์ร้อน ชอบพฤติกรรมที่
 เสี่ยงอันตราย จึงพบว่า วัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุน้อย (พิมพ์พากรณ์ กลั่นกลิ่น,
 2555, หน้า 172)

ผลกระทบจากอุบัติเหตุด้านอุบัติเหตุจราจรของวัยรุ่น จากการทบทวนเอกสาร
 และงานวิจัยต่างๆ พบว่า เกิดการบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต โดยการบาดเจ็บที่รุนแรงส่วนมากคือการ
 บาดเจ็บที่ศีรษะ (กรมการขนส่งทางบก, 2552) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อุบัติเหตุจาก

รถจักรยานยนต์ ทำให้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงกว่าอุบัติเหตุรถยนต์ ในรายที่พิการต้องสูญเสียเวลาในการฟื้นฟูสภาพนานถึง 132.5 วัน (WHO, 2004 อ้างอิงใน นฤชา เนตรวิชัย, 2550, หน้า 10) และต้องสูญเสียเงินในการรักษา ค่าซ่อมแซมรถ สูญเสียทรัพย์สิน ค่าฟ้องร้อง สูญเสียรายได้และส่งผลทางเศรษฐกิจของชาติ และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งการสูญเสียแรงงานของชาติ สำหรับค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องจ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน 365 บาท/คน/วัน (กรมการขนส่งทางบก, 2552)

โดยสรุปพฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุจราจร เป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหนึ่งของนักเรียนวัยรุ่น ที่ส่งผลต่อสุขภาพของวัยรุ่น และพฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุจราจร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมการขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนวัยรุ่นที่อาจเกิดการบาดเจ็บ เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น พฤติกรรมไม่สวมหมวกกันน็อก การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่

2.2 พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงและการทะเลาะวิวาท

จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่า ด้านพฤติกรรมความรุนแรง: มีการพกพาอาวุธติดตัวร้อยละ 3.3 เคยถูกข่มขู่ ด้วยวาจาหรือทำร้ายร่างกายด้วยอาวุธร้อยละ 6.5 อยู่ในเหตุการณ์ที่มีการต่อสู้ทำร้ายร่างกายร้อยละ 26.6 เคยได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่มีการต่อสู้ ทำร้ายร่างกายจนต้องเข้าโรงพยาบาลร้อยละ 2.4 ซึ่งสอดคล้องกับของสาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ (2551) พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงและการทะเลาะวิวาทของวัยรุ่นพบว่า นักเรียนชาย ร้อยละ 19.9 นักเรียนหญิง ร้อยละ 8.8 เคยพกพา มีด ปืน หรือไม้กระบองหรือสิ่งอื่นๆ เพื่อใช้เป็นอาวุธ สำหรับการชกต่อย ตบตี ต่อสู้ทะเลาะวิวาทกับคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บต้องได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์หรือพยาบาล ส่วนการศึกษาของ ญัฐสุวรรณ คำแสน (2553) ในด้านพฤติกรรมการถูกรังแกจากผู้อื่น ร้อยละ 20.7 เคยถูกรังแก คนที่มักจะมาทำร้ายร่างกายคือเพื่อนในห้อง ร้อยละ 37.4 มักจะถูกทำร้ายร่างกายโดยไม่ใช้อาวุธ เช่น ตบ ตี ต่อย ร้อยละ 92.2 สถานที่ในการถูกทำร้ายร่างกายคือห้องเรียน ร้อยละ 33.9 และสาเหตุที่ถูกทำร้ายร่างกาย คืออ่อนแอกว่า ร้อยละ 33.9 ส่วนในด้านพฤติกรรมการไปรังแกผู้อื่น มีร้อยละ 13 ที่เคยไปรังแกผู้อื่น คนที่กลุ่มตัวอย่างมักจะไปทำร้ายร่างกายคือเพื่อนในห้อง ร้อยละ 36.1 ไปทำร้ายร่างกายผู้อื่นโดยไม่ใช้อาวุธ เช่น ตบ ตี ต่อย ร้อยละ 83.3 สถานที่ในการทำร้ายร่างกายคือหลังโรงเรียนที่เปลี่ยว ร้อยละ 23.6 และสาเหตุที่ไปทำร้ายร่างกายผู้อื่นคือถูกทำร้ายร่างกายก่อน ร้อยละ 27.8 สำหรับการทำตัวเป็นพลเมืองของนักเรียน พบว่า นักเรียนเลือกที่จะไม่แฉ่งต่อครู หรือเจ้าหน้าที่กรณีที่เกิดเหตุการณ์การทำผิดระเบียบวินัย หรือผิดกฎหมายมากกว่าที่จะแฉ่งต่อครู หรือเจ้าหน้าที่ (ประณีต ปานจันทร์, 2550, หน้า 55)

ผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงและการทะเลาะวิวาทของวัยรุ่น จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ พบว่า ระดับความรุนแรงมีตั้งแต่ระดับรุนแรงมากจน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อวัยรุ่น ได้แก่ การบาดเจ็บ พิการ ไร้ความสามารถ และเสียชีวิตก่อนวัยอัน สมควร และผลกระทบต่อครอบครัว เพื่อน และชุมชนนอกจากนั้น ยังนำไปสู่อาชญากรรมที่เป็น ปัญหาสังคมด้วย (ศรีัญญา อชิระ, 2553, หน้า 25 - 26) ความรุนแรงในวัยรุ่น ส่งผลให้เกิด การเสียชีวิต ก่อนวัย การบาดเจ็บ และทุพพลภาพ นอกจากนี้ยัง ทำให้วัยรุ่นเสียโอกาสหลายอย่างในชีวิต รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมอื่นๆ ตามมา ผลทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สูญเสียค่าใช้จ่าย ด้านการรักษาพยาบาล สูญเสียด้านการศึกษาและอาชีพ สูญเสียทรัพย์สิน ชุมชนเสื่อมโทรม (ชุมชนที่มีอาชญากรรม) สังคมไม่ปลอดภัย (กรมสุขภาพจิต, 2549)

โดยสรุปพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงและการทะเลาะวิวาท เป็นพฤติกรรม เสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหนึ่งของนักเรียนวัยรุ่นที่ส่งผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านความ รุนแรงและการทะเลาะวิวาท หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของนักเรียนวัยรุ่น ที่อาจ ชักนำไปให้เกิด การต่อสู้ ทำร้ายร่างกาย เช่น พฤติกรรมการพกพาอาวุธ และการอยู่ในสถานการณ์ที่มี การต่อสู้ทำร้ายร่างกาย

2.3 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สิ่งเสพติด

ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สิ่งเสพติดประกอบด้วย พฤติกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2548, หน้า 2)

2.3.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2554 พบว่า คนไทยสูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน เป็นเพศชาย 10.3 ล้านคน เพศหญิง 5.4 แสนคน สถานการณ์การสูบบุหรี่ของกลุ่ม 11-24 ปี พบมีการสูบที่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2550 พบสูบจำนวน 1.6 ล้าน และในปี 2552 พบสูบ 1.7 ล้าน คน โดยในจำนวนนี้มีเยาวชนอายุ 15-18 ปี สูบบุหรี่จัด เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 7.25 เป็น ร้อยละ 7.62 โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่เยาวชนมีอัตราการสูบบุหรี่จัด เพราะอยากลองสูบ มีอยู่ ร้อยละ 56.44 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554)

ผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาใน โรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ร้อยละ 12.1 เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 68.65 สูบทุกวัน สถานที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่คือในโรงเรียน ร้อยละ 34.32 ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ น้อยกว่า 100 บาทต่อเดือน ในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ สูบบุหรี่ให้เหตุผลในการไม่สูบบุหรี่ว่า การสูบบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพและทำลายสุขภาพร้อยละ 77.0 รองลงมาก็คือ ควันบุหรี่ยังมีผลเสียกับคนรอบข้าง ร้อยละ 7.80 ส่วนเหตุผลอื่นๆ ที่กลุ่ม

ตัวอย่างเลือกนั้นคือสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเป็นที่ยังเกียจของสังคม ส่วนในเรื่องความคิดเห็นที่มีต่อผู้สูบบุหรี่นั้น กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 46.9 กล่าวว่า ไม่ชอบผู้ที่สูบบุหรี่ และรังเกียจ ร้อยละ 17.30 ส่วนวิธีการแก้ปัญหาที่เห็นว่าเหมาะสมในการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ควรมีการรณรงค์ให้เยาวชนและประชาชนทราบเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ร้อยละ 39.50 รองลงมาคือ กำหนดบทลงโทษให้รุนแรงต่อผู้ที่สูบบุหรี่ในบริเวณห้ามสูบ ร้อยละ 24.60 จากผลการศึกษาดังกล่าว ซึ่งให้เห็นว่าวัยรุ่นปัจจุบันหันมาสูบบุหรี่มากขึ้น (ณัฐวรธรณ์ คำแสน, 2553, หน้า 53) สาเหตุการสูบบุหรี่ใหญ่สูบบุหรี่ตามเพื่อน ร้อยละ 80.5 อยากลอง ร้อยละ 11.5 เครียด/กลัวใจ ร้อยละ 3.7 สูบบุหรี่ตามพ่อแม่ ร้อยละ 3.0 เลียนแบบดารา ร้อยละ 0.8 ถูกบังคับ ร้อยละ 0.5 และพบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 81.0 เคยพยายามหยุดสูบบุหรี่ (กรมสุขภาพจิต, 2548, หน้า 38) ส่วนใหญ่ได้บุหรี่ด้วยการซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 13 และมีการใช้ยาเส้นแบบเคียวหรือยานัตถ์ คิดเป็นร้อยละ 9.20 (จรรยา เศรษฐพงษ์, 2550, หน้า 62)

ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการตื่นตัวในเรื่องโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่โดยมีการรณรงค์และเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ผ่านทางสื่อมวลชนในรูปแบบต่างๆ มากมาย แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ที่ สูบบุหรี่เป็นจำนวนมากโดยเฉพาะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากลองจึงมีความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มากและทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จากสารพิษในบุหรี่

2.3.2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ การสำรวจสถานภาพการบริโภคสุรา ปี พ.ศ. 2550 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นอายุ 12 -19 ปี เพศชาย มีประสบการณ์การดื่มแล้วในชีวิต ร้อยละ 20.3 เพศหญิง ร้อยละ 9.2 (คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด, 2550) ขณะที่การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 โดยสาวตรี อธิษณางค์กรชัย และคณะ (2551) พบวัยรุ่นระดับ ม.1, 3, 5 และ ปวช. 2 เพศชายมีประสบการณ์การดื่มแล้วในชีวิตร้อยละ 39.8 ส่วนเพศหญิงร้อยละ 24.5 โดยวัยรุ่นในระบบการศึกษาระดับมัธยมและอาชีวศึกษาในกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในชีวิตแล้ว จะดื่มครั้งสุดท้ายภายใน 30 วัน ถึงสองในสามในกลุ่มผู้ชายที่เคยมีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ร้อยละ 66.3 โดยร้อยละ 45.7 ดื่มภายใน 1 สัปดาห์ และ ร้อยละ 20.6 ดื่มในช่วงระหว่าง 8 - 30 วันที่ผ่านมา และกว่าครึ่งในกลุ่มผู้หญิงที่เคยมีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ร้อยละ 56.6 พบว่าร้อยละ 32.0 ดื่มภายใน 1 สัปดาห์ และร้อยละ 24.6 ดื่มในช่วงระหว่าง 8 - 30 วันที่ผ่านมา สัดส่วนหรืออัตราความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มหนักหรือดื่มจนเมา (Bing Drinking) เพิ่มขึ้นตามระดับชั้นเรียน และความชุกใน

นักเรียนชายสูงกว่านักเรียนหญิงทุกชั้นเรียน โดยกลุ่มวัยรุ่นมีสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบเสี่ยงสูงต่อผลกระทบแบบเฉียบพลันถึงร้อยละ 45.1 ของผู้ชายที่ดื่ม และถึงร้อยละ 24.9 ในเยาวชนหญิงที่ดื่ม ซึ่งองค์การอนามัยโลก (2000) ระบุว่า การดื่มแบบเสี่ยงสูงต่อผลกระทบแบบเฉียบพลัน คือ การดื่มโดยเฉลี่ยเกินวันละ 100 กรัมแอลกอฮอล์ต่อวันที่ดื่มสำหรับเพศชาย เช่น ดื่มเบียร์มากกว่า 3 ขวดกลมต่อวันที่ดื่ม หรือ 60 กรัมแอลกอฮอล์ต่อวันที่ดื่มสำหรับเพศหญิง เช่น ดื่มเบียร์มากกว่า 2 ขวดกลมต่อวันที่ดื่ม นอกจากนี้ยังพบว่าเพศชายดื่มจนเมาใน 30 วัน ที่ผ่าน ร้อยละ 16.4 และเพศหญิงดื่มจนเมาใน 30 วัน ที่ผ่านมาถึงร้อยละ 6.7 (สาวิตรี อัจฉนาวงศ์กรชัย และคณะ, 2551, หน้า 2-5)

2.3.3 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นด้านการใช้สารเสพติดนั้นพบว่า วัยรุ่นร้อยละ 1.4 เคยใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มใช้ คือกลุ่มอายุ 9-12 ปี ร้อยละ 5.7 กลุ่มอายุ 13 -16 ปีร้อยละ 85.1 และอายุ 17 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 9.2 อายุต่ำสุดที่เริ่มใช้ 10 ปีอายุเฉลี่ย 14.7 (วัยรุ่นชาย 10 ปี อายุเฉลี่ย 14.6 ปี วัยรุ่นหญิง 12 ปี อายุเฉลี่ย 14.9 ปี) สาเหตุที่ใช้ ใช้ตามเพื่อน ร้อยละ 95.4 และอยากลอง ร้อยละ 4.6 (กรมสุขภาพจิต, 2548, หน้า 38) โดยมีผู้เสนอขายหรือให้สารเสพติดในเขตประเภทสถานศึกษาร้อยละ 19.2 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 3 เท่า (จรรยา เศรษฐพงศ์, 2550, หน้า 66) สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่า อายุที่เริ่มใช้คือกลุ่มอายุที่ใช้มากที่สุด คือ 13 - 16 ปี ร้อยละ 85.1 อายุต่ำสุดที่ใช้ 10 ปี สาเหตุของการใช้ คือ ตามเพื่อนร้อยละ 95.4 และ อยากลองร้อยละ 4.6 และการศึกษา นภวิณี ชูเชิด (2552) พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นตำบลโพนเพ็ก อำเภอแม่จวนจาศรี จังหวัดขอนแก่น พฤติกรรมเสี่ยงด้านยาเสพติดที่มีความเสี่ยงมากที่สุด เกิดจาก วัยรุ่นอยากรู้อยากเห็น มีอารมณ์แปรปรวน ชอบทำตามเพื่อน และยาเสพติด ที่นิยมใช้ในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ กัญชา เนื่องจากกัญชาเป็นสิ่งที่หาง่าย (จรรยา เศรษฐพงศ์, 2550, หน้า 101) รองลงมาคือ กระท่อม ร้อยละ 7.2 ยาบ้า ร้อยละ 4.8 กาวัน ร้อยละ 3.7 และทินเนอร์ ร้อยละ 1.8 (อรัฐา รังผึ้ง, 2552)

ผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สิ่งเสพติดของวัยรุ่น จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ พบว่า ปัญหาการสูบบุหรี่ตามสถานศึกษาของวัยรุ่น ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการเรียนการสอน การปกครองนักเรียน และมีผลกระทบ โดยตรงต่อสุขภาพ และก่อให้เกิดการเพิ่มปริมาณการใช้ สารเสพติดตัวอื่นในชุมชนมากยิ่งขึ้น เช่น กัญชา ยาบ้า เฮโรอีน (ใจชื่น ตะเกาพงษ์, 2550, หน้า 2) ส่วนวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีผลทำให้ขาดสติ ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้เป็นเหตุของการทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านอื่นๆ มาได้ง่าย ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตนเอง ครอบครัว และ สังคมตามมา ได้แก่ ขาดสติ

ขาดความยั้งคิด การเรียนตกต่ำนำไปสู่การหนีเรียน การทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุจากการขับที่ ยานพาหนะ มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมและไปลอดภัย และ ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา เช่น การ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื้อเอชไอวี (จรรยา เศรษฐพงศ์, 2550, หน้า 22)

โดยสรุปการใช้สิ่งเสพติด ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม แอลกอฮอล์การใช้สารเสพติด เป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหนึ่งของนักเรียนวัยรุ่น ที่ส่งผล ต่อสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สิ่งเสพติด หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม ของนักเรียนวัยรุ่น เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดอื่นๆ

2.4 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์เป็นการประพฤติปฏิบัติทางเพศที่ก่อให้เกิดโรค ทางเพศสัมพันธ์ (Maclaurie, 1993 อ้างอิงใน วงเดือน สุวรรณศิริ, 2549, หน้า 12) โดยเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นมีสาเหตุจากความอยากรู้อยากเห็นและอยากลอง เนื่องจากวัยรุ่นในช่วงนี้เป็นช่วงที่เริ่มมี พัฒนาการทางด้านร่างกายเจริญเติบโตและมีความรู้สึกหรืออารมณ์ทางเพศ มีความอยากรู้อยาก เห็นในเรื่องเพศจึงอาจถูกชักจูงให้มีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย

จากข้อมูลการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่า วัยรุ่นร้อยละ 5.5 เคยมี เพศสัมพันธ์ โดยการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศร้อยละ 87.3 กับเพศเดียวกันร้อยละ 4.9 และทั้งสอง รูปแบบร้อยละ 7.8 เคยตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ร้อยละ 11.8 เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกใน กลุ่มอายุ 9-12 ปี ร้อยละ 4.0 กลุ่มอายุ 13-16 ปี ร้อยละ 73.2 และอายุ 17 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 22.8 อายุต่ำสุดที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ 11 ปี สำหรับในประเทศไทยมีการสำรวจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ใน นักเรียนระดับมัธยมศึกษาจากหลายสถาบัน และการศึกษาของชาญชัย คุ่มพงษ์ ร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน สำรวจพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ของเด็กนักเรียนในเขตกรุงเทพฯ พบว่านักเรียนชั้น ม.5 มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนร้อยละ 24 ในจำนวนนี้มีวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่า ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 90 มี เพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรักของตนเอง (นันทนา ยันตะดิolk, 2551, หน้า 4) และการสำรวจ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของเยาวชน ประเทศสหรัฐอเมริกา (Youth Risk Behavior Surveillance: YRBS) ในปี 2009 พบว่า นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาทั่วประเทศ เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 34.2 และ ร้อยละ 38.9 ของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย (CDC, 2009) และ ปัญหาที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น คือการตั้งครรภ์จากรายงานขององค์การอนามัย โลก ปี 2005 พบว่า ใน 1 วันมี วัยรุ่นหญิงอายุ 15 – 19 ปี จำนวน 16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ใน จำนวนการคลอดทั้งหมด ซึ่งวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่คลอดบุตรมีภาวะเสี่ยงสูงมากกว่าหญิงในกลุ่มอายุอื่นๆ (WHO, 2005)

ผลกระทบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ พบว่า ก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันหรือการคุมกำเนิดที่เหมาะสม การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนการมีวัยรุ่นและหมกมุ่นในเรื่องเพศ จนส่งผลกระทบต่อการศึกษาและประกอบอาชีพการทำงานในอนาคต (สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐี, 2547, หน้า 225)

โดยสรุปพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ เป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหนึ่งของนักเรียนวัยรุ่น ที่ส่งผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ยาคุมกำเนิด

2.5 พฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้า การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกพบว่า ภายในปี ค.ศ 2020 หรือ พ.ศ 2563 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 19 (3 ล้านคน) (Rice, Templin and Koplewicz, 2003) และมีนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 6.3 เคยพยายามฆ่าตัวตาย (CDC, 2009) ภาวะซึมเศร้า เป็นผลรวมของความรู้สึกว่างเปล่าและเฉื่อยชาที่รุนแรง เกิดได้ในเด็กก่อนวัยรุ่น วัยรุ่น หากมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (พิมพากรณ์ กลั่นกลิน, 2555, หน้า 185) โดยก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัวและเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ความชุกของโรคและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในประเทศต่างๆทั่วโลกในทุกเพศ ทุกวัย (Garber, 2000 อ้างอิงใน ชมพูนุช บริรักษ์เลิศ, 2548, หน้า 1) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบหลายๆ ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545 อ้างอิงใน ชมพูนุช บริรักษ์เลิศ, 2548)

จากรายงานของกรมสุขภาพจิต เกี่ยวกับสถิติ การเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญของวัยรุ่นพบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นพบอัตรา 6.6, 15.0, 11.1 ต่อแสนประชากรในปี 2544 2545 และ ปี 2546 จากสถิติดังกล่าวพบว่ามีแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิตของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (กรมสุขภาพจิต, 2546) และจากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่า วัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เคยรู้สึกเศร้าหมดหวังในชีวิตร้อยละ 5.3

การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย คือ พฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการฆ่าตัวตาย เน้นกล่าวถึง ความคิดในการฆ่าตัวตายหรือแสดงความพยายามที่จะทำเช่นนั้น องค์การอนามัยโลก ได้ประมาณว่าในปี ค.ศ 2020 กลุ่มผู้ต้องการฆ่าตัวตายเกือบทุกคนจะมีภาวะซึมเศร้า บางรายมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วยและ จากการศึกษาของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.8. (CDC, 2012) ส่วนในประเทศไทย พบว่าเยาวชนไทยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 14.1 มีความคิด จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.1 มีความเป็นไปได้ที่อาจจะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.67 เคยตัดสินใจอย่างจริงจัง ที่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 3.43 เคยพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 50-70 เป็นโรคซึมเศร้า โดยกำลังขยายตัวอย่างมากในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น อันเป็นผลจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และรวดเร็วในหลายๆ ด้าน ทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่าย เมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต มักพบในวัยรุ่นตอนปลายซึ่งมีอายุมากกว่า 15 ปี ซึ่งแรงกดดันต่างๆ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกไม่พร้อมที่จะก้าวเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์ไปสู่ การฆ่า ตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2548, หน้า 13)

จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและการติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคใต้ พบว่า นักเรียนชายและหญิงร้อยละ 14-15 เคยรู้สึกซึมเศร้า หมดหวังหมดอาลัยในชีวิตเกือบตลอดเวลา เป็นเวลานาน 2 สัปดาห์ติดต่อกัน จนรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ นักเรียนทั้งหมดร้อยละ 5-6 เคยคิดจะฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและวางแผนวิธีการฆ่าตัวตาย และประมาณร้อยละ 4-6 เคยพยายามฆ่าตัวตายจริง นักเรียนหญิงจะมีอัตราของอาการซึมเศร้า วางแผนฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่านักเรียนชาย ในชั้นปีเดียวกัน นักเรียนระดับชั้นสูงกว่ามีอัตราของความรู้สึกและพฤติกรรมเหล่านี้สูงกว่านักเรียนชั้นเล็กกว่า (สาวิตรี อักษรนางค์กรชัย, 2551, หน้า 28) และ การศึกษาของ ธนินี เขียวอยู่ (2546) พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงได้แก่ ผู้ที่ เคยพยายามฆ่าตัวตาย เคยอยากฆ่าตัวตาย และรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ อาจเป็นเพราะวัยนี้มักมี อารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงง่าย ขาดการยั้งคิด ต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ทำให้เกิดความ สับสนได้ง่าย กลุ่มวัยรุ่นที่เสี่ยงนี้จึงต้องได้รับการดูแลและชี้แนวทางที่ถูกต้อง

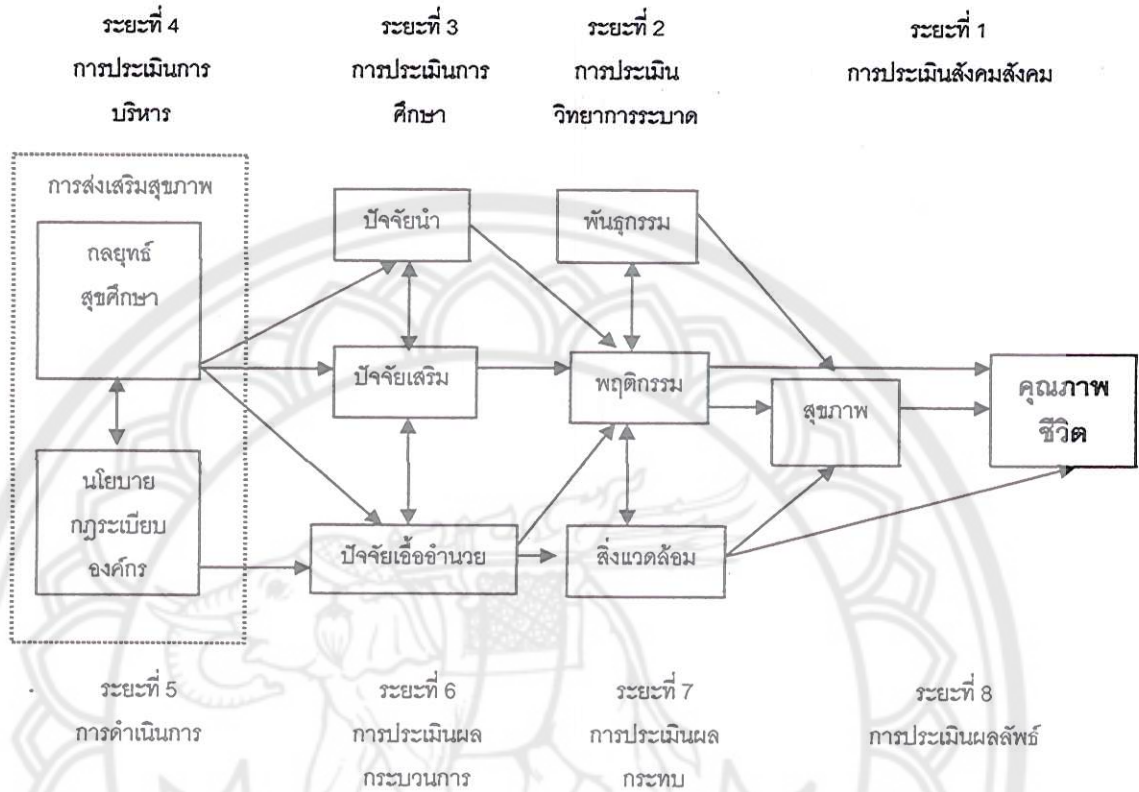
ผลกระทบพฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของวัยรุ่น จากการ ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ พบว่า ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย เป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย (WHO, 2008) หากมีอาการ ซึมเศร้าที่รุนแรงวัยรุ่นอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555, หน้า 185) นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว โดยครอบครัวต้องมีบทบาทและความ รับผิดชอบในการดูแลวัยรุ่นที่ซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพิ่มขึ้น บุคคลในครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวล และกลัวปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในสังคม (ชมพูนุช บริรักษ์เลิศ, 2548, หน้า 16 - 18)

โดยสรุป พฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมของนักเรียนวัยรุ่น ที่อาจส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า หดหวังในชีวิตและ เคยคิด/พยายามฆ่าตัวตาย

ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK

PRECEDE-PROCEED MODEL ของกรีน และกรูเตอร์ (Green and Kreuter, 2005, p.9) แบบจำลองนี้ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis Phase) เรียกว่า PRECEDE ย่อมาจาก (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational, Environmental Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่ 2 เป็น ระยะเวลาของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน จึงจะวางแผนและนำไปสู่การ ดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียกว่า PROCEED ย่อมาจาก (Policy Regulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development)

PRECEDE Framework



ภาพ 1 แสดงองค์ประกอบของ PRECEDE-PROCEED Model

ที่มา: Green and Kreuter, 2005, p.10

PRECEDE Framework หรือ PROCEED Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Casuality Assumption) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อนโดยอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่างๆ ร่วมกัน เพื่อการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์ที่เริ่มจากผล (Outcome) ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาย้อนกลับไปหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Framework ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ป

รจ
07
.53
พ.ศ. 2556

3 ก.ย. 2556

6369285



ซึ่งกระบวนการวิเคราะห์ของ PRECEDE-PROCEED MODEL ประกอบด้วยขั้นตอน 8 ขั้นตอน (Green and Kreuter, 2005, pp. 9-17) ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสังคมและวิเคราะห์สถานการณ์ (Social Assessment and Situational Analysis) เป็นการประเมินปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขจากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เช่น ลักษณะประชากร การเจ็บป่วย สวัสดิการ อาชีพหลัก อาชีพเสริม การว่างงาน การทำผิดกฎหมาย อาชญากรรม แหล่งส่งเสริมสุขภาพ แหล่งมั่วสุม แหล่งเสื่อมโทรม สิ่งภาคภูมิใจของชาวบ้าน เพื่อหาเหตุผลแสดงให้เห็นสภาพปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขว่า มีขอบเขตและความรุนแรงของปัญหาอย่างไร จะสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อปัญหาสังคม และปัญหาสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่นเดียวกัน จึงต้องการหาเหตุผลอธิบายถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และความสำคัญในการจัดกิจกรรม

ระยะที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Epidemiological Assessment) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้างในกลุ่มหรือชุมชนที่จะศึกษา ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่างๆ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational and Ecological Assessment) เป็นการสำรวจเงื่อนไขทางพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ประเมินและระบุปัจจัยที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ในขั้นของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ที่มีอิทธิพลในการจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (Green and Kreuter, 2005, pp. 14-15)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือขาดขวางในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือประชากร (Green and Kreuter, 2005, pp. 14-15) ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ (Green and Kreuter, 2005, pp. 12)

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) สิ่งที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือองค์ (Green and Kreuter, 2005, pp. 163-164) เช่น แหล่งทรัพยากร การเข้าถึงทรัพยากร การส่งต่อ กฎหมาย ข้อบังคับ ของชุมชน/รัฐ ทักษะด้านสุขภาพ นโยบาย (Green and Kreuter, 2005, pp. 12)

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นการเสริมแรงหรือแรงกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือแรงสนับสนุนจากสังคมกลุ่มคนหรือกลุ่มบุคคล ที่ทำให้บุคคลยอมรับหรือไม่ยอมรับแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ซึ่งเกี่ยวกับการให้รางวัล ผลตอบแทน การจูงใจ การทำโทษ โดยได้รับจากกลุ่มอ้างอิงหรือบุคคลที่เป็นที่ยอมรับซึ่งมีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย (Green and Kreuter, 2005, pp.167-168) เช่น ครอบครัว เพื่อน นายจ้าง ครู บุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข ผู้นำชุมชน (Green and Kreuter, 2005, pp.12)

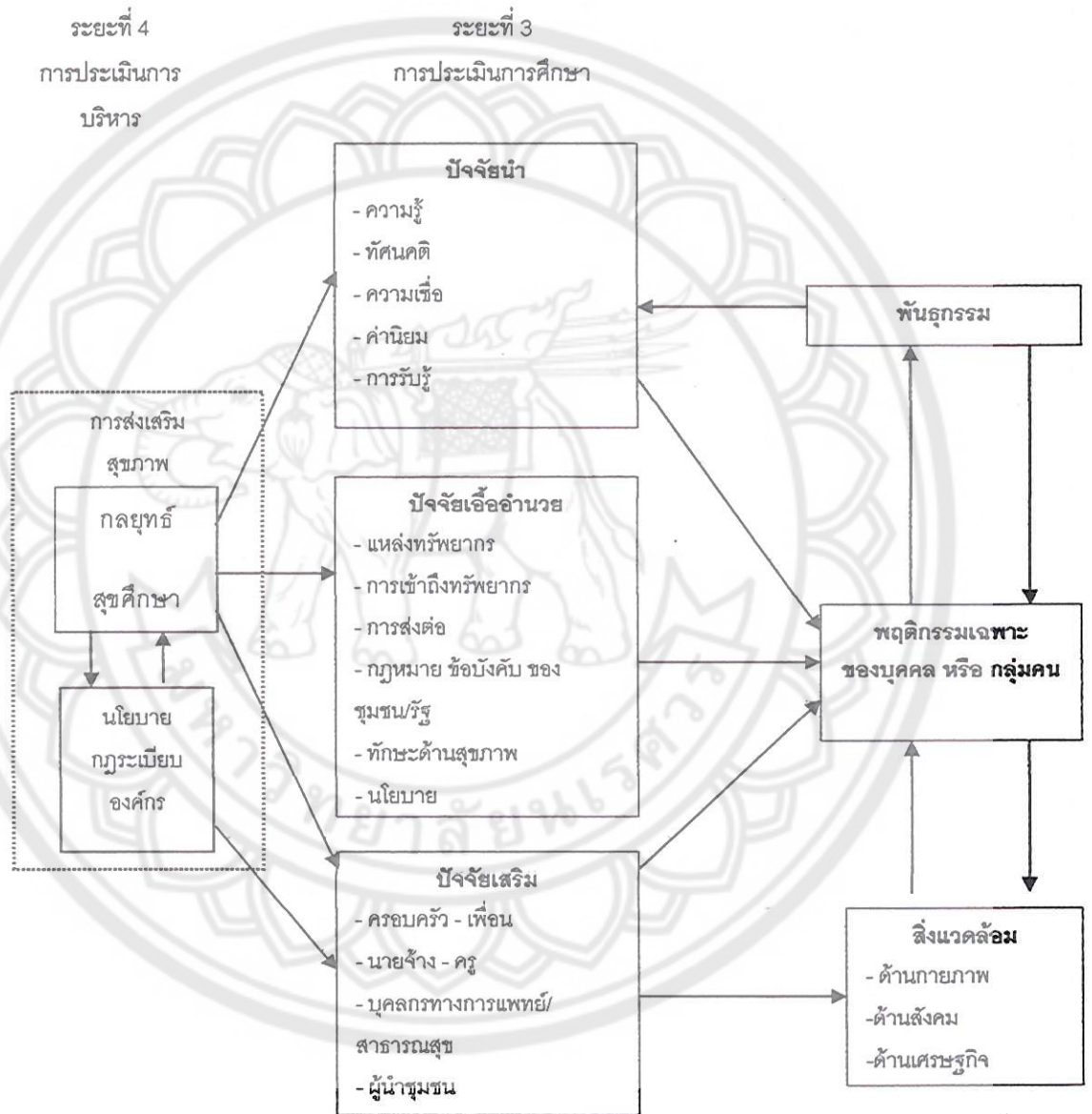
ระยะที่ 4 การประเมินการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Assessment and Intervention Alignment) เป็นการประเมินความสามารถของกระบวนการบริหาร และนโยบายการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่ออธิบายถึงแหล่งทรัพยากรขององค์กรที่ต้องการสร้างแผนงานและดำเนินตามแผนงาน ทำให้โครงการส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จจึงมีการวิเคราะห์องค์กรในด้านปัญหาอุปสรรค ที่ขัดขวางการวางแผนและดำเนินงาน เช่น ขาดงบประมาณสนับสนุน ไม่มีกำลังทรัพยากรบุคคล นโยบายไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อโครงการฯ ตลอดจนมีการวิเคราะห์นโยบายที่มีส่วนช่วยสนับสนุนโครงการฯ ให้ประสบผลสำเร็จ เมื่อได้ระบุเลือกจัดลำดับความสำคัญของโครงการส่งเสริมสุขภาพที่จะทำ เลือกกลุ่มเป้าหมายและเขียนจุดประสงค์เรียบร้อยแล้ว การจะนำโครงการส่งเสริมสุขภาพนี้ไปสู่การปฏิบัติ ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายนั้น ส่วนที่มีความสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากองค์กรและนโยบายของหน่วยงาน

ระยะที่ 5 การดำเนินการ (Implementation)

ระยะที่ 6 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินโครงการในระยะที่ 5

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) เป็นการวัดประสิทธิผลของโครงการในรูปของการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

ระยะที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) เป็นการวัดภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและสังคมหรือการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต ซึ่งมักใช้เวลานานที่จะสามารถประเมินผลลัพธ์นี้



ภาพ 2 แสดงระยะที่ 3 และ 4 ของ PRECEDE Framework

ที่มา: Green and Kreuter, 2005, p.12

PRECEDE Framework เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การประเมินสังคมและวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา ระยะที่ 3 การประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา และ ระยะที่ 4 การประเมินการบริหารและนโยบาย สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักศึกษา ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งตรงกับแนวคิดในกระบวนการระยะที่ 3 การประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา (ดังแสดงในภาพ 2) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยเลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น ในศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งนับเป็นปัจจัยภายในของบุคคลที่จะยับยั้งหรือสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยด้านคุณลักษณะ
2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) ได้แก่ การได้รับสื่อและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์ การอยู่ในเหตุการณ์ต่อสู้ การเที่ยวสถานเริงรมย์ เป็นปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น
3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอิทธิพลของสังคม ที่จะคอยส่งเสริมหรือสนับสนุน หรือต่อต้านกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ทบทวนตามกรอบการวิเคราะห์ของแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Framework ในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะของการประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา เป็นการสำรวจเงื่อนไขทางพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต เป็นการประเมินและระบุปัจจัยที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ ในขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การกำหนดเงื่อนไขทางสุขภาพและสังคม ที่ระบุในระยะนี้ เป็น

การวิเคราะห์ปัจจัย 3 กลุ่ม ที่มีอิทธิพลในการจูงใจ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยนำปัจจัย 3 ด้านดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยประกอบด้วย

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ความรู้ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

1.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน

อายุ อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้ วุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุ จะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีอายุมากขึ้นน่าจะมีการตัดสินใจต่อการมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (กรมสุขภาพจิต, 2548, หน้า 16) วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เริ่มต้นมีพฤติกรรมดังกล่าวในช่วงวัยรุ่นและมีส่วนน้อยที่เริ่มมีพฤติกรรมรุนแรงมาตั้งแต่ในวัยเด็ก กลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมดังกล่าวจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และความรุนแรงทวีขึ้น จนกลายเป็นผู้กระทำผิดรุนแรงเรื้อรังวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรุนแรงมักมีพฤติกรรมผิดกฎหมายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การใช้ยาเสพติด การพกพาอาวุธ การมีเพศสัมพันธ์เร็ว และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ อีกหลายอย่าง (กรมสุขภาพจิต, 2549, หน้า 2) แต่สำหรับการเกิดอุบัติเหตุจราจรของวัยรุ่น พบว่า อายุจะมีความสัมพันธ์กับการขับขี่ โดยเมื่ออายุมากขึ้นการขับขี่จะดีขึ้น (พิมพ์พากรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555, หน้า 172-173; Melissa and Beth, 2007) เช่นเดียวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและใช้สารเสพติดและพฤติกรรมทางเพศที่พบว่า วัยรุ่นตอนต้น (13-15 ปี) มีพฤติกรรมเสี่ยง น้อยกว่าวัยรุ่นตอนกลาง (16-18 ปี) (จรรยา เศรษฐพงศ์, 2550, หน้า 105; Rupp and Ely, 2007; National Advisory Committee on drug, 2010) และการศึกษาของ มรรุต สว่างบำรุงและคณะ (2548) พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 11-12 ปี จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาบ้ามากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 13-14 ปี และอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ส่วนเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของ กิตติพงษ์ คงสมบุญและคณะ (2549) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตามกลุ่มอายุในเพศชายกลุ่มอายุ 12-15 ปี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละมากกว่าเพศหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน และการศึกษาของประณิต ปานจันทร์ (2550) พบว่า วัยเด็กจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าเด็กโตร้อยละ 1-5

ผู้วิจัยจึงเลือก อายุ เป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยนำมาใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

เพศ ลักษณะที่แตกต่างกันด้านสรีระวิทยา และการกำหนดบทบาททางสังคม ระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย ซึ่งอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อาจจะเป็นเพราะวัยรุ่นชายจะได้รับการยอมรับจากสังคม เรื่อง พฤติกรรมการดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ มากกว่าวัยรุ่นหญิงจึงทำให้ทั้งสองเพศมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (จรรยา เศรษฐพงศ์, 2550, หน้า 35) และวัยรุ่นชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นหญิง ในด้านอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ รถยนต์ ร้อยละ 64.8 การทะเลาะวิวาท ร้อยละ 46.0 การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 2.3 และการสูบบุหรี่ ร้อยละ 33.1 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.3 การใช้สารเสพติด ร้อยละ 28.9 ส่วนวัยรุ่นหญิงพบพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นชายในด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.1 และคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.6 (กรมสุขภาพจิต, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ อริฐา รังผึ้ง (2552) พบว่านักเรียนวัยรุ่นหญิงมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น มีการพกพาอาวุธสูงกว่าปี พ.ศ 2548 เกือบสองเท่า ในการถูกชักจูงพบว่าวัยรุ่นชายจะถูกชักจูงให้มีการลองใช้ยาเสพติด และไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นหญิง (ประณีต ปานจันทร์, 2550, หน้า 54) ส่วนด้านความเครียดวัยรุ่นหญิงจะเครียดง่ายกว่าวัยรุ่นชายเพราะวัยรุ่นหญิง มีลักษณะอารมณ์ที่อ่อนไหวง่ายกว่าวัยรุ่นชายและจะมีกลุ่มเฉพาะของแต่ละคน รวมกลุ่มกับเพื่อนต่างกลุ่ม ได้ยากกว่าวัยรุ่นชายและเมื่อมีกิจกรรมระหว่างกลุ่ม หรือช่วงที่ต้องเปลี่ยนแปลงสถานศึกษาจึงเกิดความเครียดได้ง่าย ประกอบกับวัยรุ่นหญิงจะตั้งเป้าหมายในด้านการศึกษาไว้สูงกว่าวัยรุ่นชาย เมื่อผลการศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายก็จะเกิดความเครียดเช่นกัน (จรรยา เศรษฐพงศ์, 2550, หน้า 105) และการศึกษาของ ประณีต ปานจันทร์ (2550) พบว่า วัยรุ่นหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าและบ่อยกว่าวัยรุ่นชาย และวัยรุ่นหญิงที่มีประสบการณ์ทางเพศ และใช้สารเสพติดจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชาย ที่มีประสบการณ์เหมือนกัน (Park, et al., 2006, pp.181-188) การศึกษาดังกล่าวยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มธุรส สว่างบำรุงและคณะ (2548) ที่ศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่า วัยรุ่นหญิงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาบ้ามากกว่าวัยรุ่นชายที่ เป็นเช่นนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากการวัยรุ่นชายได้รับอิทธิพลจากบิดามารดาสูงกว่าวัยรุ่นหญิง โดยลักษณะของวัฒนธรรมและสังคมไทยจะมีการถ่ายทอดสิ่งสอนบุตรหลานในเพศชายและเพศหญิงต่างกัน เช่น พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ สังคม จะให้การยอมรับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมไทยถ้ามีพฤติกรรมแบบเพศชาย

ผู้วิจัยจึงเลือกเพศ เป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยนำมาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

รายได้ที่ได้รับต่อเดือน วิทยาลัยที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ และวิทยาลัยที่ขาดความรอบคอบในการใช้จ่าย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วิทยาลัยมีโอกาสในการตัดสินใจในการใช้จ่ายได้มาก ทำให้วิทยาลัยมีโอกาสในการใช้จ่ายเงินในทางที่ไม่เหมาะสม (จรรยา เศรษฐพงศ์, 2550, หน้า 106) และการศึกษา ของจรรยา เศรษฐพงศ์ (2550) พบว่า รายได้ที่วิทยาลัยได้รับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ส่วนการศึกษาของ ปนัดดา ชำนาญสุข (2551) พบว่า การตกแต่งรถยนต์ให้เครื่องแรง เป็นสิ่งที่สะท้อนสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์ นอกจากนี้ยังดึงดูดใจของวัยรุ่นเพศตรงข้ามด้วย วัยรุ่นจึงนำรายได้ที่ได้รับไปตกแต่งรถ ให้มีสีฉูดฉาดและความเร็วมากขึ้น เมื่อรถมีความเร็วสูง วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เช่น การแข่งรถด้วยความเร็วสูง การขับรถฝ่าสัญญาณไฟแดง การหลบหลีกเข้าตามตรอกซอกซอย ไปจนถึงการขับที่รบกวนคน ซึ่ง สอดคล้องกับ การศึกษาของ นภวิณี ชูเชิด (2552) ที่ศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ตำบลโพนเพ็ก อำเภอแม่จวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับสภาพปัญหาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เท่ากับ .007 ซึ่งอธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่มีรายได้มากสภาพปัญหาก็จะมีมากตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ มัณฑนา ธนะพันธ์ (2551) พบว่า นักเรียนที่มีรายได้ระหว่าง 241 บาทต่อวัน ขึ้นไป มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพสูงที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 3.41 รองลงมาเป็นกลุ่มนักเรียนที่มีรายได้ระหว่าง 191 - 240 บาทต่อวัน และกลุ่มนักเรียนที่มีรายได้น้อยกว่า 90 บาทต่อวัน มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลา โสมทอง และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคสุราและการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่น เขตเทศบาล ตำบลชุมพลบุรี อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาท/เดือน เสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรง ส่วนการศึกษาของ ลักลีน วรณประพันธ์ (2549) พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับรายได้ของนักเรียน และ รายได้จากผู้ปกครองมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ใจชื่น ตะเกาพงษ์, 2550, หน้า 1) ส่วนการศึกษาของ สมอุไร ไชยสวัสดิ์ (2551) ศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา ในเขตชุมชนเมือง จังหวัด นครปฐม พบว่า นักศึกษาที่ได้รับค่าใช้จ่าจ่ายที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นักศึกษาที่ได้รับค่าใช้จ่าจ่ายน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่มากกว่า นักศึกษาที่ได้รับค่าใช้จ่าจ่ายมาก และการศึกษา กิตติวรรณ เทียมแก้ว และคณะ (2546) ที่ได้สำรวจภาวะอารมณ์ซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทย พบว่า การได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่าจ่ายใน

แต่ละวันไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์ซึมเศร้าในระดับสูงถึงรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยจึงเลือกภายใต้ที่นักเรียนวัยรุ่นได้รับต่อเดือน เป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยนำมาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

1.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาในสหรัฐอเมริกาปัญหาทางสติปัญญาและปัญหาการเรียนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจาก เด็กที่มีคะแนนสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนต่ำเมื่ออายุ 13-14 ปี จะมีอัตราการถูกจับเพราะพฤติกรรมรุนแรงสูงเมื่อติดตามไปถึงอายุ 22 ปี (Denno, 1990) ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การศึกษาของ วิไลวรรณ จงรัชชัสัย (2548) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดย นักศึกษาที่มีความรู้ด้านสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การศึกษา ศิลป์ โสมทอง และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคสุราและการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่น เขตเทศบาลตำบลชุมพลบุรี อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า วัยรุ่นที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีอัตราความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงมากกว่าวัยรุ่นที่เรียนหนังสือ สามารถอธิบายได้ว่าการศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ มีวุฒิภาวะ รู้ระเบียบแบบแผนประเพณี การศึกษาจึงทำให้มีการใช้ความรุนแรงน้อยลงและใจเย็น ตะเกียงพงษ์ (2550) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ ดุลยรัตน์ (2552) พบว่า เยาวชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ ร้อยละ 68.3 โดยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เพราะ ตระหนักถึงโทษพิษภัยของบุหรี่ ร้อยละ 34.5 การศึกษาของ จิราภรณ์ แสงเงิน (2545) พบว่า ผลการเรียน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุทางตรงกับภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นตอนต้น กนกกาญจน์ จารุเนตรรัศมี และคณะ (2550) พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการได้รับความรู้เรื่องเพศจากเพื่อนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศซึ่งสามารถอธิบาย อำนาจในการทำนายพฤติกรรมทางเพศ ได้ร้อยละ 29.3 (อวาทิพย์ แว , 2549, หน้า 88) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนศิลป์ สุขเสริม (2550) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผู้วิจัยจึงเลือก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เสี่ยงหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นตัวแปรด้านปัจจัยนำที่นำไปใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

1.3 ทศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ คำว่า ทศนคติ หรือ เจตคติ (Attitude) มีความหมายเหมือนกัน เพียงแต่มักวิชาการได้บัญญัติศัพท์ขึ้นมาใหม่คือ เจตคติโดยมีความต้องการใช้ศัพท์ที่ทันสมัยมากขึ้น (พิภพ วงษ์เงิน, 2547, หน้า 403) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้คำว่า ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Green and Kreuter, 2005, p.159) ซึ่งทศนคติบุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นไปในทิศทางใด พฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น ดังเช่น การศึกษาของ วิลเวอร์ธ จงรักษ์สัตย์ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ทศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยนักศึกษาที่มีทศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ หมีทอง (2551) พบว่า เจตคติต่อการสูบบุหรี่ สามารถจำแนกพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ได้ร้อยละ 88.7 โดยนักศึกษหญิงที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมีเจตคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ การศึกษาของ ศิลา โสมทอง และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคสุราและการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่น เขตเทศบาลตำบลชุมพลบุรี อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า เจตคติที่ดีต่อการไม่บริโภคสุรามีอัตราเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีเจตคติที่ดี ส่วนในด้านทศนคติ พบว่า นักเรียนวัยรุ่นมีทศนคติต่อพฤติกรรมรุนแรงว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปกติธรรมดา เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน เป็นการแสดงออกถึงความกล้าหาญ ขอบแก้ไขปัญหาคด้วยความรุนแรง หรือชอบต่อต้านสังคม (ศรีญา อธิชนะ, 2553) ส่วนการศึกษาของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Advisory Committee on Drug: NACD, 2010) ที่พบว่า การที่วัยรุ่นพักอาศัยในแหล่งที่มีการใช้สารเสพติด และพบเห็นพฤติกรรมดังกล่าว จะทำให้วัยรุ่นมีทศนคติที่ดีต่อการใช้สารเสพติดและมีโอกาสที่จะใช้สารเสพติด

การศึกษาของ ประณีต ปานจันทร์ (2550) ศึกษาเจตคติและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 พบว่า เจตคติที่มีต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุดคือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของชาย และหญิงถือว่าเป็นการแสวงหาความสุขร่วมกัน นั่นคือ

นักเรียนที่เห็นด้วยกับข้อความนี้จะมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนสูงกว่านักเรียนที่ไม่เห็นด้วยถึง 7 เท่า รองลงมา คือ ตราบใดที่ท่านสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่แต่งงานย่อมทำได้อย่างเสรี นักเรียนที่เห็นด้วยกับข้อความนี้จะมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนสูงกว่านักเรียนที่ไม่เห็นด้วยถึง 6 เท่า ส่วนนักเรียนที่เห็นด้วยกับข้อความนี้จะมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนสูงกว่านักเรียนที่ไม่เห็นด้วยถึง 4 เท่า และ ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติที่มีต่อเรื่องการใช้สารเสพติดกับการลองใช้ยาเสพติด พบว่า เจตคติที่มีต่อเรื่องการใช้สารเสพติดที่ส่งผลต่อการลองใช้ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ศรีญา อิชิตะ (2553) พบว่า การที่นักเรียนวัยรุ่นมีทัศนคติต่อพฤติกรรมความรุนแรงว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปกติธรรมดา จะมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับผู้ปกครองเป็นประจำ และการมีพฤติกรรมความรุนแรงทำให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ส่วนด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุพบว่าวัยรุ่นที่มีทัศนคติต่อว่าการใช้รถจักรยานยนต์ ทำให้ความรู้สึกเป็นอิสระและจะขับขี่จักรยานยนต์โดยไม่สวมสิ่งป้องกัน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงกว่าการใช้รถยนต์ (เบญจพร ปัญญาียง, 2546) และการศึกษาของ ประชิต สุขอนันต์ (2544) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความสุขและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษา. พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีแบบอย่างในการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะครอบครัวที่มีพ่อแม่แก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการสูญเสียคนรัก เป็นสิ่งที่สำคัญทำให้นักเรียนฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยจึงเลือกทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจของนักเรียนวัยรุ่น ที่มีต่อกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้วิเคราะห์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

1.4 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา เป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่างๆของสิ่งเร้าเหล่านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้โดยผ่านทางระบบประสาทสัมผัสทางด้านร่างกาย เมื่อข้อมูลต่างๆถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้วบุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูล แล้วกระบวนการจดจำหรือการแปลความหมายของข้อมูลจะเกิดขึ้นโดยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคลเป็นตัวกลางกลั่นกรอง การแปลความหมายนั้นทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการ (สิทธิโชค วรรณสุนติกุล, 2524 อ้างอิงใน ปานวาด ปรียมนท์, 2548, หน้า 54) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน จะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ดังเช่น การศึกษาของ ประภาพร โพธิ์ทอง (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์นโพลีเทคนิคกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 และส่วนการใช้สุราและยาเสพติดนั้นในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ว่ามีความ เชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการใช้สุรา อาชญากรรมและการกระทำรุนแรง (Greenfield and Henneberg, 2000) สุรา และยาเสพติด เพิ่มโอกาสหรือกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงได้หลายวิธี เช่น สุราและยาเสพติด จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Perception) และเพิ่มการกระทำโดยขาดความยับยั้ง ชั่งใจ (Impulsivity) ในวัยรุ่น (กรมสุขภาพจิต, 2549, หน้า 45) สอดคล้องกับ การศึกษาของ โสฬสวรรค์ อินทลลิต (2554) ศึกษากระบวนการและความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการใช้ ยาเสพติดในวัยรุ่น พบว่า การรับรู้ผลทางบวกจากการใช้สารเสพติดชนิดนั้นเป็นปัจจัยนำในการใช้ ซ้ำในครั้งต่อไป ส่วนการศึกษา สุภาวิณี บัวจรัส (2554) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของ นักศึกษาในวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งจังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับสูง มีการรับรู้มากที่สุดว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกคนควรรู้ แต่ยังมีการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ที่ไม่ถูกต้อง ว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงที่น่ารัก ปลอดภัย จะปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเอดส์ทำให้ไม่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวทำให้ทราบถึงว่า นักศึกษายังไม่รับรู้ถึงประโยชน์ของการสวมถุงยางอนามัย ใน การป้องกันโรคเอดส์

ส่วนการศึกษาของ ลักษณะ สัมมานิติ (2554) การประยุกต์ใช้แผนที่จุดเสี่ยง ยิวารี ฮัตโตะ ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร พบว่า ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความโอกาสเสี่ยง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เป็นผลให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้ ความเข้าใจและเรียนรู้ได้ดีขึ้น มีการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อลิสา จันทร์เรือง (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัด สุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการ ขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการศึกษาของ

เกศินี วีระชยาภรณ์ (2547) เรื่อง การรับรู้ภาวะซึมเศร้าต่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพฤติกรรม การแสวงหาความช่วยเหลือของวัยรุ่นในมหาวิทยาลัย การรับรู้ของวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมองความ ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติหรือธรรมดา มักจะใช้คำว่า เหงา เศร้า และเครียดมากกว่าจะยอมรับ ว่าตนมีอาการซึมเศร้า หรือวัยรุ่นบางคนจะปฏิเสธอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการถดถอยทาง สังคมหรือแยกตัวออกจากสังคม และหาทางช่วยเหลือด้วยตนเอง เช่น ปรึกษาเพื่อน พ่อแม่

ผู้วิจัยจึงเลือกการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก หรือการตัดสินใจของนักเรียนวัยรุ่น ที่มีต่อการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะ สุขภาพ ซึ่งการรับรู้เป็นตัวแปรด้านปัจจัยนำ ที่ผู้วิจัยมาใช้วิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) ได้แก่ การได้รับสื่อและข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิด พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

2.1 การได้รับสื่อและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจุบันเด็กไทยมีแนวโน้มมีพฤติกรรมตามกระแสบริโภคนิยม และสภาพชีวิตอิสระมากขึ้น ตลอดจนสื่อต่างๆ ได้เพิ่มขึ้น ทั้งในแง่ปริมาณและความหลากหลายรวมทั้งสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ด้วยโดยเฉพาะสื่อทางอินเทอร์เน็ต สื่อประเภทย่อยยูอาร์เอ็มพีเอส และการเผยแพร่ของสื่อต่างๆมักทำ ให้เด็กวัยรุ่นอยากเลียนแบบกระทำ (พัชราลักษณ์ สุวรรณ, 2549) และเด็กจะห่างเหินครอบครัว มากขึ้น ส่วนพ่อแม่ก็ประสบปัญหาแบบแผนการใช้ชีวิตของลูก ส่งผลให้ครอบครัวก็มีแนวโน้มจะ เผชิญปัญหามากขึ้นเช่นกัน สื่อมีผลต่อพฤติกรรม 4 อย่าง คือ 1) ทำให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบ ดังเช่น ชาวเด็กอายุ 9 ขวบใช้เชือกผูกคอตัวเองจนเสียชีวิตจากการเลียนแบบละคร หรือการฆ่าตัว ตายเลียนแบบนักร้องดังของญี่ปุ่น 2) สื่อทำให้มีการสร้างความหมายใหม่ให้กับความรุนแรงเช่น การที่นักรบ ฮีโร่ในหนัง ในภาพยนตร์ หรือเกม มีการต่อสู้ทำร้ายผู้อื่น มีผู้ที่บาดเจ็บ และเสียชีวิต แต่ภาพที่แสดงกลายเป็นวีรบุรุษ 3) สื่อทำให้เกิดความซาซิมมากขึ้น เกิดความเห็นอกเห็นใจน้อยลง และ 4) สื่อทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ส่วนระดับความรุนแรงนั้นขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) อายุ อายุน้อยจะมีความรุนแรงมาก 2) ความรุนแรง ความรุนแรงก้าวร้าวมากจะมีผลมาก 3) ระยะเวลา ที่ดูการดูเป็นระยะเวลานานมากยิ่งมีผลมาก (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554, หน้า 80 - 83) สอดคล้องกับการศึกษา กรมสุขภาพจิต (2549) พบว่า นักเรียนที่ดูโทรทัศน์ที่มีการนำเสนอความ รุนแรงมาก มีแนวโน้มในการแก้ปัญหาด้วยความรุนแรง และการเลียนแบบ ชาวหรือเรื่องราว เกี่ยวกับการฆ่า ตัวตาย อาจชักชวนให้เด็กหรือวัยรุ่นเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตายในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ได้ยินหรือได้อ่าน (กรมสุขภาพจิต, 2546) การศึกษาของ มหาวิทยาลัยควีนส์ ประเทศ

แคนาดา ที่พบว่าวัยรุ่นที่ใช้เวลาวันละ 4.5 ชั่วโมงขึ้นไปในการเล่นอินเทอร์เน็ต มีแนวโน้มมากขึ้นร้อยละ 50 ที่จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า สูบกัญชา ใช้จ่ายเซฟติด มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554)

จากข้อมูลขององค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (Program For Appopriate Technology in Health: PATH) กล่าวว่า สื่อที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มวัยรุ่น ร้อยละ 69 คือ มือถือ ร้อยละ 38 คือ อินเทอร์เน็ต และร้อยละ 31 คือ โทรทัศน์ (PATH, 2554) และจากการสำรวจวิจัยของสำนักงานวิจัยของเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ โดยทำการสำรวจความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับการโฆษณาและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 1,672 คน พบว่า ระบุการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการดื่มของเยาวชน ร้อยละ 61 และ เห็นว่าไม่มีผลต่อการดื่มของเยาวชน ร้อยละ 9.4 นอกจากนี้ พบเห็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 51 พบเห็นประมาณ 6-10 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 43.1 และมากที่สุด 20 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งสื่อโทรทัศน์ยังมีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนถึง ร้อยละ 90.2 ป้ายโฆษณาประมาณร้อยละ 21.8 และสื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 16.9 นอกจากนี้ยังพบว่า การโฆษณาเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นการกระตุ้นความต้องการดื่มมากร้อยละ 32.2 (สำนักงานวิจัยของเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ, 2549 อ้างอิงใน พันทภา ศรัคคณพพรหม, 2549, หน้า 36) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา สุชิตานนท์ (2553) พบว่า สภาพแวดล้อมด้านสื่อและข้อมูลข่าวสารที่นักเรียนอ่านข้อมูลข่าวสารสิ่งพิมพ์ต่างๆ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 81.67 ชอบอ่านเพราะหนังสือพิมพ์รายวันตีพิมพ์ภาพไปหน้า 1 และชอบอ่านโฆษณารถมอเตอร์ไซด์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มบำรุงกำลังตามลำดับ ด้าน VCD DVD และเว็บไซต์ต่างๆ นักเรียนชอบดูการนำเสนอรูปไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75.00 และชอบดูภาพยนตร์เกี่ยวกับเรื่องรักๆ เกมที่มีการต่อสู้ การขับรถมอเตอร์ไซด์ความเร็ว การทะเลาะวิวาทของเด็กวัยรุ่น และการศึกษาของ ศรัญญา อิชิตะ (2553) พบว่า นักเรียนเล่นเกมที่มีเนื้อหาความรุนแรงเป็นประจำทำให้ซึมซับเอาพฤติกรรมความรุนแรงไว้กับตัวเอง และมาแสดงพฤติกรรมความรุนแรงต่อเพื่อนหรือคนที่อ่อนแอกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุม เฉลยทรัพย์ (2552) ศึกษาวัยรุ่นกับการใช้ความรุนแรง พบว่า สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นไทยในปัจจุบันหันมาใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาจากการลอกเลียนแบบดาราและเห็นจากสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต ทีวี ละคร และสื่ออื่นๆ ร้อยละ 20.41

ผู้วิจัยจึงเลือก การได้รับสื่อและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง การได้รับการสื่อสารเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากสื่อต่างๆของนักเรียนวัยรุ่น เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ วิทยุทัศน์ (ดีวีดี และวีซีดี) อินเทอร์เน็ต และบุคคลเป็นต้นซึ่งการได้รับสื่อและข้อมูลข่าวสารเป็นตัวแปรด้านปัจจัยเอื้ออำนวยที่ผู้วิจัยมาใช้วิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

2.2 การเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่วัยรุ่นเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วย บาดเจ็บ และเสียชีวิตได้ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์ การอยู่ในเหตุการณ์ต่อสู้ การเที่ยวสถานเริงรมย์

จากการติดตามสภาพการณ์เด็กและวัยรุ่น รายจังหวัด ระหว่าง ปี 2551 ถึง ปี 2552 พบว่าหลายจังหวัด มีพื้นที่เสี่ยงและแหล่งเริงรมย์ต่าง ๆ มากกว่าพื้นที่ดีและสร้างสรรค์ 1 - 3 เท่า เช่นเดียวกับ รายงานของศูนย์การศึกษาเพื่อเด็กด้อยโอกาส จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พบว่าพื้นที่เสี่ยงสำหรับวัยรุ่นมีเพิ่มขึ้น พื้นที่ดีๆ มีน้อยมาก ในอัตราส่วน 3 ต่อ 1 (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2011) ส่วนการศึกษาของ สร้อยแก้ว ดวงเบ็ญ (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักศึกษาใหม่ โรงเรียนลำปางพณิชยการและเทคโนโลยี พบว่านักศึกษาไม่สวมหมวกนิรภัยเมื่อนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 28.6 และเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 19.2 นั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ที่มีผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.2 พกอาวุธ ร้อยละ 24.4 สอดคล้องกับ การศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่า วัยรุ่นเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ขณะขับขี่/ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ สวมหมวกกันน็อค บางครั้ง ร้อยละ 45.2 ไม่สวมหมวกกันน็อค ร้อยละ 17.1 ขณะขับ/โดยสารรถยนต์ วัยรุ่นคาดเข็มขัดนิรภัย บางครั้ง ร้อยละ 29.5 และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 15.0 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขับรถยนต์/จักรยานยนต์ ร้อยละ 13.4 และเคยนั่งรถไปกับผู้ขับขี่ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 32.3 และวัยรุ่นเคยเที่ยวสถานเริงรมย์ ร้อยละ 8.3 วัยรุ่นอยู่ในเหตุการณ์ที่มีการต่อสู้ทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 26.6 และประมาณครึ่งหนึ่งของกรณีทำร้ายผู้อื่นหรือก้าวร้าว มีเหตุผลเนื่องจากต้องการความตื่นเต้น ประกอบกับมีเพื่อนร่วมกระทำด้วย(กรมสุขภาพจิต, 2549, หน้า 35)

การศึกษาของ นุชนาฏ หวนนากลาง และ คณะ (2554) ศึกษาการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนนักศึกษา พฤติกรรมการเที่ยวตามสถานบันเทิง เช่น ดิสโกเธค ผับ คาราโอเกะฯ

ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า มีพฤติกรรมที่เฝ้าตามสถานบันเทิงมากกว่าเดือนละ 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 26.8 เดือนละ 3 – 6 ครั้ง จำนวนร้อยละ 8.0 และเดือนละ 6 ครั้ง ร้อยละ 3.5 และการศึกษา โสฬารวรรณ อินทสิทธิ์ (2554) ศึกษากระบวนการและความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการใช้ ยาเสพติดในวัยรุ่น พบว่า การเข้าถึงแหล่งที่มีสารเสพติดชนิดนั้นๆ ได้ง่าย รวมถึงงานเทศกาลหรือ งานเลี้ยงต่างๆ เป็นปัจจัยนำในการใช้ซ้ำในครั้งต่อไป ส่วนการศึกษาของ คณานิตย์ แสงหิรัญ (2552) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของ วัยรุ่นหญิงในระบบการศึกษานอก โรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการที่เฝ้าตามสถานบันเทิง เป็นปัจจัยเอื้อ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง ในระบบการศึกษานอกโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากวัยรุ่นที่เข้ารับการศึกษาระบบ การศึกษานอกโรงเรียนบางกลุ่มต้องประกอบอาชีพซึ่งทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น หรือการได้รับค่าใช้จ่าย จากผู้ปกครอง ทำให้สามารถนำเงินส่วนนี้มาใช้เพื่อสนองความต้องการของวัยรุ่นได้ง่าย การที่ วัยรุ่นเข้าถึงสถานเริงรมย์ได้อย่างสะดวกนั้นทำให้กลุ่มวัยรุ่นเกิดการรู้จักกันได้ง่าย และเป็น การพบเจอบุคคลหลากหลายกลุ่มซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อนทำให้เกิดกลุ่มเพื่อนใหม่ และการอยู่ใน สถานทีหรือบรรยากาศที่เป็นใจประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากลอง อีกทั้งสภาพ บรรยากาศในสถานเริงรมย์นั้นมีความเสี่ยงต่อการส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางเพศได้ง่าย และใน ปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นที่ไปเที่ยวกลางคืนในสถานบริการ ในงานรื่นเริงต่างๆ บางแห่งจะมีการเสพสาร เสพติดทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ตามมา นอกจากนี้ในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดมักจะมีคู่นอนหลาย คนเปลี่ยนไปเรื่อยๆ จึงมีความเสี่ยงสูง ที่จะติดโรคเอดส์ หรือตั้งครภภที่ไม่ตั้งใจ เพราะผู้ที่ดื่มสุรา หรือเสพสารเสพติด มักจะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน นอกจากนี้ ยังเกิดผลกระทบด้านจิตใจจาก การตั้งครภภในวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งใจ ได้แก่ วัยรุ่นมีความรู้สึกอับอาย กลัวถูกพ่อแม่/ผู้ปกครองตำหนิ กังวลกลัวฝ่ายชายทอดทิ้ง ซึมเศร้า คิดอยากฆ่าตัวตาย (เบญจพร ปัญญาขง, 2554)

ผู้วิจัยจึงเลือก การเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้าน สุขภาพ หมายถึง การไปในสถานที่หรือแหล่งที่ส่งเสริมให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม ของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การขับซึรถยนต์/รถจักรยานยนต์ การอยู่ใน เหตุการณ์ต่อสู้ การเที่ยวสถานเริงรมย์ ซึ่งการเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพนักเรียนวัยรุ่น เป็นตัวแปรด้านปัจจัยเอื้ออำนวยที่ผู้วิจัยมาใช้วิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน อิทธิพลของ บุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

3.1 อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ในช่วงระยะวัยรุ่นกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญต่อชีวิตจิตใจ และอนาคตของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก การคบเพื่อนร่วมวัยเป็นพฤติกรรมสังคมที่สำคัญยิ่งต่อจิตใจของวัยรุ่น แต่การคบเพื่อนมีทั้งคุณและโทษ ผู้เป็นอาชญากรวัยรุ่นในแทบทุกประเทศ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยหนึ่งเกิดจากเพื่อนชักจูง และประวัติเด็กที่เกเร ดิถยาเสพติด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 337-338) และจากการทบทวนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถของวัยรุ่นและการเกิดอุบัติเหตุจราจรของวัยรุ่น ได้แก่ แรงผลักดันจากเพื่อน (พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555, หน้า 172) สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพร เพชรรัตน์ (2550) พบว่า วัยรุ่นที่มีเพื่อนสนิทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงมากกว่าวัยรุ่นที่เพื่อนสนิทไม่มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากถูกเพื่อนชักชวนให้มีเรื่องชกต่อยทะเลาะวิวาท และการมีกลุ่มเพื่อนสนิทที่มีกิจกรรมทางลบ หรือต่อต้านสังคม เช่น ทะเลาะวิวาท ดื่มสุรา เล่นการพนันเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้ความรุนแรงของวัยรุ่นตามมา (เพ็ญจันทร์ ประดับมุขเซอร์เรอร์ และคณะ, 2551; ศรีัญญา อิชิตะ, 2553; Cohen and Prinstein, 2006) สอดคล้องกับ การศึกษาของ วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ (2545) กลุ่มเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้แก่ กลุ่มเพื่อนในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนที่บ้าน และการศึกษาของ สมพล วันตะเมธ (2550) พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อนสนิทเป็นปัจจัยด้านหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้ เพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 69.6 มีเพื่อนสนิทเที่ยวสถานเริงรมย์ ร้อยละ 67.1 และมีเพื่อนสนิทที่สู้อัลลามกอนาจาร ร้อยละ 73.8

การศึกษาของ สุวรรณิ แสงอาทิตย์ (2550) ยังพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการคบเพื่อน สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติดได้ร้อยละ 39.40 ในวัยรุ่นสุขภาพปกติ และทำนายได้ร้อยละ 41.60 ในวัยรุ่นเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) สอดคล้องกับ ประภาพร โพธิ์ทอง (2551) ที่พบว่า ปัจจัยเสริม ด้านอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอิทธิพลของเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด (Barnes, et al., 2006; Barnes, et al., 2009; NACD, 2010) สอดคล้องกับ ศิลา โสมทอง และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคสุราและการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่น เขตเทศบาลตำบลชุมพลบุรี อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า เพื่อนชวนบริโภคสุราและ ตามอย่างเพื่อน ร้อยละ 62.26 ส่วนการศึกษาของ วิมลพรรณ ทองชาติ (2548) พบว่า อิทธิพลในกลุ่มเพื่อนเป็นสาเหตุต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการรวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น มีความสัมพันธ์กัน

มากกว่าทุกวัย หากความสัมพันธ์ในกลุ่มดี จะทำให้เกิดความมั่นคง เชื่อมั่นและมีความพึงพอใจ เมื่ออยู่ในกลุ่มวัยรุ่นจะเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกตัวเองมีคุณค่า แต่หากความสัมพันธ์ของกลุ่มเพื่อน แทรกร้าว ไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนแล้วจะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก

ผู้วิจัยจึงเลือกอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม ด้านสุขภาพของเพื่อนนักเรียนวัยรุ่น ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำหรือการปฏิบัติ กิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นได้ ซึ่งอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เป็นตัวแปรด้าน ปัจจัยเสริมที่ผู้วิจัยมาใช้วิเคราะห์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของ นักเรียนวัยรุ่น

3.2 อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว ครอบครัว หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคล จำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน โดยมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต การสมรสหรือ ความผูกพันกันทางด้านจิตใจ โดยมีรูปแบบและลักษณะที่หลากหลายตามการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมประเพณี เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจของ ครอบครัว (สำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัว, 2554)

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ (2541) กล่าวว่า เดิมครอบครัวไทยเป็น ครอบครัวใหญ่มีจำนวนคนในครอบครัวมากและทุกวัย ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด วัยรุ่นใน สมัยก่อนจึงไม่ค่อยมีโอกาสตัดสินใจเองไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น หากมีความคับข้องใจอยู่บ้างก็จะ ปรึกษาพ่อแม่ ถ้าพ่อแม่ให้คำตอบไม่ได้ก็ปรึกษา ปู่ ย่า ตา ยาย ได้ แต่ปัจจุบัน วัยรุ่นอยู่ใน ครอบครัวของพ่อแม่ที่สร้างครอบครัวกันง่ายๆ และรวดเร็วมักไม่ค่อยรู้ว่าจะทำอย่างไรดีกับ ครอบครัวและเลี้ยงไม่ค่อยเป็น เสมือนเด็กที่มีเด็ก สภาพครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัว ขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อมีปัญหา ทั้งพ่อ แม่ และวัยรุ่นไม่รู้จะปรึกษาหรือพึ่งพาใคร หรือ พ่อ แม่ ไม่สามารถสร้างความความมั่นใจหรือไว้วางใจให้กับวัยรุ่นได้ วัยรุ่นจึงจำเป็นต้องหา คำตอบจากบุคคลอื่นในสังคมนอกครอบครัว (อวาทิพย์ แว, 2549, หน้า 23) การศึกษาของ จิรนาถ บรรณธรรมรัตน์ (2548) พบว่า บิดา มารดา หรือผู้ปกครองจะเป็นบุคคลที่มีส่วนในการอบรมสั่งสอน การกระทำพฤติกรรมสุขภาพว่าสิ่งใดดี ถูกต้อง และเหมาะสม รวมทั้งการปฏิบัติตนของคนใน ครอบครัวจะทำให้ นักศึกษาได้รับการถ่ายทอดและเลียนแบบพฤติกรรมที่ได้เห็นและรับไปปฏิบัติ โดยไม่รู้ตัว

จากข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าอิทธิพลบุคคลของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งในการสนับสนุนหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรมของวัยรุ่น ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการเป็นแบบอย่างและความบ่อยของการกระทำด้านสุขภาพของบิดา มารดา ได้แก่

พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา การสวมหมวกกันน็อค การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของวัยรุ่น รวมทั้งพฤติกรรมทางด้านเพศสัมพันธ์ และการใช้สารเสพติด (Grayson, 2010) และจากการศึกษาของ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Advisory Committee on Drug: NACD, 2010) พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดของ บิดา หรือ พี่สาว เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มของบิดา มารดา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Bijttebier, Goethals and Ansoms, 2006, pp. 126-130) พบว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของ บิดา มารดา รวมทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่น พบว่า คุณภาพการเลี้ยงดูในวัยเด็ก ได้แก่ การใช้ความรุนแรงของบุคคลในครอบครัว ทั้งทางร่างกาย คำพูด ช่มชู้ ลึงโทษ และคำตำหนิที่รุนแรง เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่น (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2547, หน้า 257) และการกระทำในเรื่องทางเพศของบิดา มารดา ที่ทำให้วัยรุ่นเห็นโดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้วัยรุ่นอยากรู้ อยากลอง อยากมีคนรักและเกิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรตามมา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552) รวมทั้ง วัยรุ่นที่พบเห็นการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าสูงขึ้น 3 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550, หน้า 51) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภวิณี ชูเชิด (2552) พบว่า สภาพแวดล้อมที่เกิดจากตัวบุคคล ครอบครัว และสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .005 อธิบายได้ว่าสภาพแวดล้อมที่มีปัญหาน้อยก็จะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย ในทางตรงกันข้ามถ้าสภาพแวดล้อมมีปัญหาวัยรุ่นที่อยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นก็จะมีความเสี่ยงในระดับที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วลัยวงศ์ และคณะ (2553) พบว่า เยาวชนที่ทั้งบิดาและมารดาดื่มแอลกอฮอล์ และเยาวชนที่มีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งดื่มแอลกอฮอล์ จะมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเยาวชนที่ทั้งบิดาและมารดาไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 1.94 เท่า และ 1.74 เท่า ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) เช่นเดียวกับ ประภาพร โพธิ์ทอง (2551) ที่พบว่า ปัจจัยเสริม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ การศึกษาของ ดันแคน และคณะ (Duncan, et al., 2006) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการติ่มสุราในเด็กและวัยรุ่น มีทั้งจากพ่อแม่และกลุ่ม ซึ่งการติ่มสุราของเด็กเกิดจากการเลียนแบบพ่อแม่ที่ติ่มสุรา ซึ่งการเป็นตัวแบบด้านการสูบบุหรี่ของบิดามารดาและเพื่อน สามารถจำแนกพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ได้ร้อยละ 88.7 และการศึกษา นิภาวรรณ หมี่ทอง

(2551) พบว่า นักศึกษาหญิงที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมีเจตคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ และได้รับตัวแบบด้านการสูบบุหรี่ของบิดามารดาและเพื่อนมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผู้วิจัยจึงเลือก อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัวนักเรียนวัยรุ่น ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง และบุคคลอื่นๆในครอบครัว ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นได้ ซึ่งอิทธิพลของบุคคลในครอบครัวเป็นตัวแปรด้านปัจจัยเสริม ที่ผู้วิจัยมาใช้วิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

3.5 การสนับสนุนทางสังคม การดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูล รวมทั้งการได้รับความแนะนำตักเตือน คำปรึกษา จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดในระยะที่รวดเร็ว การสนับสนุนทางสังคม แคปแลนด์, คาสเซล และกอร์ (Kaplan, Cassel and Gore, 1977) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคล ที่มีความสำคัญ และความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่ได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ คือ การได้รับการยอมรับ ยกย่องว่ามีคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและได้รับความปลอดภัย (ธารทิพย์ อิมทรัพย์, 2548, หน้า 15) และการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพละป้องกันการเจ็บป่วย (Pender, 1987 อ้างอิงใน สุวีรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์, 2549) การศึกษา ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต และพริยา ศุภศรี (2552) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .001$) กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และด้านการประเมินพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการในระดับปานกลาง ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับต่ำ และการศึกษาของ ธารทิพย์ อิมทรัพย์ (2548) การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.94 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยประชากรเท่ากับ 90.21 ในรายด้านพบว่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีค่าสูงสุด มีค่าเฉลี่ยประชากรเท่ากับ 19.40 ด้านการได้รับการยอมรับเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าต่ำสุดมีค่าเฉลี่ย

ประชากรเท่ากับ 16.76 สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มประชากรที่พบมากที่สุด คือ เพื่อนสนิทคิดเป็นร้อยละ 57.94 ส่วนแหล่งสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ไม่พบเลย คือ พระหรือนักบวช และบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวีรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันทพงศ์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ เป็นปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการความเครียด การใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ ได้แก่ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง ครู เพื่อน แหล่งบริการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นที่ปรึกษาและชี้แนะแนวทาง หรือระบายความคับข้องใจ เป็นการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าระดับบุคคลหรือป้องกันตนเองของวัยรุ่น (พิมพ์ภาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555, หน้า 190)

การศึกษาของ ชลลดา ไชยกุลวัฒนา (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และด้านการไม่ใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 78.60 และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 85.00 ประกอบกับการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราในสถานศึกษาถือว่าเป็นความผิดร้ายแรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ผู้วิจัยจึงเลือก การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่นักเรียนวัยรุ่นได้รับการดูแล ช่วยเหลือ หรือ ตอบสนองความต้องการจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ บิดา มารดา บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง เพื่อน ครู/อาจารย์ ในด้านอารมณ์ การยอมรับ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของเงินทอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรด้านปัจจัยเสริม ที่ผู้วิจัยมาใช้วิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ มีผู้ทำการศึกษาวิจัย ดังนี้

ชาติวุฒิ ธนบัตร (2547) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษานอกโรงเรียน กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ 2547 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนผลการศึกษา พบว่า นักเรียนที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียน กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีประสบการณ์การเพศสัมพันธ์โดยรวม ร้อยละ 72.2 มีความรู้ในการ

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี แต่ระดับเจตคติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดา มารดา และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

กรมสุขภาพจิต (2548) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพวัยรุ่นไทย ศึกษาในพื้นที่ 4 ภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 13-18 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6,357 คน ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุจราจร พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงและการทะเลาะวิวาท พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง ในด้านอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ รถยนต์ การทะเลาะวิวาท การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แลการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนวัยรุ่นหญิง พบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นชายในด้านภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวขยาย และ วัยรุ่นที่ครอบครัวมีรายได้ไม่พอใช้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในทุกด้านสูงกว่าวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวมีรายได้พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ และปัจจัยด้านการเรียน วัยรุ่นที่เรียนในระดับมัธยมศึกษามีความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์/รถยนต์ ส่วนวัยรุ่นที่ศึกษาระดับอุดมศึกษามีความเสี่ยงในด้านซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย วัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับเพื่อนมีความเสี่ยงในทุกด้านสูงกว่าวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ดีกับเพื่อน

จรรยา เศรษฐพงศ์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช อายุระหว่าง 13-18 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง 7 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านความปลอดภัยและความรุนแรง พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ พฤติกรรมด้านการดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยและความรุนแรง พฤติกรรม การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ประเภทสถานศึกษา โดยเฉพาะศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = .32, .32$ และ $.29$) $p < .01$ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม

ทางเพศ พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, .19$ และ $.15$) $p < .01$ และสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, .29, .26$ และ $.23$) $p < .01$

ประณีต ปานจันทร์ และคณะ (2551) ศึกษาเจตคติและพฤติกรรมเลี้ยงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ในเขตสาธารณสุขที่ 4 ศึกษาใน 8 จังหวัด อายุระหว่าง 15-16 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,552 คน ศึกษาพฤติกรรมเลี้ยง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมด้านความรุนแรง และ พฤติกรรมความบงกชองถนน ผลศึกษาพบว่านักเรียนมีเจตคติที่ถูกต้องทุกข้อในทุกด้าน และไม่เห็นด้วยกับเจตคติที่ไม่ถูกต้องทุกข้อทุกด้าน สำหรับการมีประสบการณ์ทางเพศและการใช้สารเสพติด ที่ไม่ถูกต้องค่อนข้างน้อย (ค่าเฉลี่ย = 1.21) และผลการศึกษายังพบว่า เพศชายหลงเสพสารเสพติดเมื่อถูกชักชวนและเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง สำหรับความปลอดภัยบนถนนและความรุนแรงมีนักเรียน 1 ใน 5 ส่วนเท่านั้นที่สวมหมวกกันน็อคและคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง

นวลจวี ประเสริฐสุข (2551) ศึกษาพฤติกรรมเลี้ยงและการป้องกันในนักเรียนวัยรุ่นไทยและญี่ปุ่น โดยศึกษานักเรียนไทยและญี่ปุ่นที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 โดยนักเรียนไทยศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐมเขต 1 และ 2 ไม่รวมโรงเรียนขยายโอกาส กลุ่มตัวอย่างจำนวน 736 คน ส่วนนักเรียนญี่ปุ่นศึกษาอยู่ในโรงเรียน 3 โรงเรียนในเมืองนาโงย่า และโอซาก้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 677 คน ศึกษาพฤติกรรมเลี้ยง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเลี้ยงด้านการเรียน ด้านจริยธรรม ด้านสิ่งเสพติด ด้านพฤติกรรมทางเพศ และด้านสุขอนามัย ผลการศึกษาพบว่านักเรียนวัยรุ่นไทยและญี่ปุ่น มีพฤติกรรมเลี้ยงด้านการเรียน จริยธรรม สิ่งเสพติด พฤติกรรมทางเพศ สุขอนามัย และ พฤติกรรมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.01$ โดยวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมเลี้ยงด้านสิ่งเสพติด พฤติกรรมทางเพศ ความก้าวร้าว และสุขอนามัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.01$ นักเรียนวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย มีพฤติกรรมเลี้ยงด้านการเรียน จริยธรรม สิ่งเสพติด พฤติกรรมทางเพศ สุขอนามัย และพฤติกรรมเลี้ยงโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$

มณฑนา ฐานะพันธ์ (2551) ศึกษาพฤติกรรมเลี้ยงต่อสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน พฤติกรรมเลี้ยง 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเลี้ยงด้านการบาดเจ็บของร่างกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้าน

การออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด และด้านการมีเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า เพศ ระดับชั้นเรียน รายได้ของนักเรียนต่อวัน รายได้ของครอบครัว สถานการณ์ การสมรสของบิดา-มารดา ระดับการศึกษาของบิดา-มารดา และลักษณะครอบครัวของนักเรียน มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง 6 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่านักเรียนชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ ด้านการบาดเจ็บของร่างกาย การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และด้านการมีเพศสัมพันธ์

ลาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย และคณะ (2551) ศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50,033 คน ศึกษา พฤติกรรมเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอุบัติเหตุจราจร ด้านความรุนแรง ด้านการใช้สารเสพติด ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการมีเพศสัมพันธ์ และด้านภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนหญิงมีอาการซึมเศร้าจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อัตราการเคยมีอารมณ์เศร้า และการพยายามฆ่าตัวตายจริงๆมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามชั้นปี นักเรียนอาชีวศึกษา มีอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์สูงกว่านักเรียนสายสามัญ ลักษณะประชากรด้าน เพศ ระดับชั้นเรียน ศาสนา สถานที่อยู่อาศัย และผลการเรียนโดยระดับชั้นเรียนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา และนักเรียนหญิงมีความเสี่ยงในการดื่มน้อยกว่านักเรียนชายประมาณครึ่งหนึ่ง

นภวิณี ชูเชิด (2552) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นตำบลโพนเพ็ก อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 333 คน ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านยาเสพติด พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมด้านการพนัน พฤติกรรมด้านการทะเลาะวิวาท และพฤติกรรมด้านอาชญากรรม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านยาเสพติดมีความเสี่ยงมากที่สุดค่าเฉลี่ย = 1.73 มีสาเหตุจาก ความอยากรู้ อยากเห็น ด้านเพศสัมพันธ์ มีสาเหตุจากการคุยโทรศัพท์เป็นเวลานาน มีค่าเฉลี่ย = 1.86 ด้านการพนันมีสาเหตุจาก การใช้เงินฟุ่มเฟือย มีค่าเฉลี่ย = 1.69 ด้านการทะเลาะวิวาท มีสาเหตุจาก อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย มีค่าเฉลี่ย = 1.83 และด้านอาชญากรรม มีสาเหตุจาก การชอบทำร้ายสัตว์ มีค่าเฉลี่ย = 1.50 สำหรับสภาพปัญหาเกิดจากตัวของวัยรุ่นมากที่สุดเพราะวัยรุ่นมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ไม่เชื่อฟังผู้ปกครอง ชอบออกนอกบ้านไปเที่ยวและคบเพื่อนที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา และการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เพศ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง ความพอใจของรายได้ และบุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา มีความสัมพันธ์กับสภาพปัญหา

อรัฐา รังผึ้ง (2552) ศึกษาผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนในปี พ.ศ. 2548-2552 ทำการศึกษา 24 จังหวัดทั่วประเทศ โดยเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษาปีที่ 2 จำนวน 234,483 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2552 ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ พฤติกรรมด้านการแสดงความรุนแรง และพฤติกรรมด้านความปลอดภัย ผลการศึกษา พบว่านักเรียนมีแนวโน้มพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เคยทะเลาะวิวาท พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมดื่มก่อนขับมอเตอร์ไซค์ และพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 โดย นักเรียนชายและระดับอาชีวศึกษา มีสัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อสูงกว่านักเรียนหญิงและระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 และปีที่ 2 นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนหญิงเคยพกพาอาวุธสูงกว่า ปี 2548 และ ภาคกลางมีสัดส่วนนักเรียนพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้ตามลำดับ ยกเว้นสัดส่วนการใช้กระท่อมที่พบว่านักเรียนภาคใต้นิยมใช้สูงสุด และนักเรียนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับที่รถจักรยานยนต์ และรถยนต์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุด เป็นผลให้เกิดอุบัติเหตุจราจรสูง ซึ่งเป็นปัจจัยก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ทุพลาภาพ และภาวะค่าใช้จ่ายในระยะสั้นและระยะยาวมากยิ่งขึ้น

จันทรา สุจิตานนท์ (2553) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปีที่กำลังศึกษาในโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 กลุ่มตัวอย่างจำนวน ศึกษา พฤติกรรมเสี่ยง 8 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมด้านการติดสารเสพติด พฤติกรรมด้านการขับที่รถจักรยานยนต์ซึ่ง พฤติกรรมด้านการติดเกมส์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต พฤติกรรมด้านความเครียดและกดดันทางอารมณ์ พฤติกรรมด้านการแต่งกาย พฤติกรรมด้านการทะเลาะวิวาทอย่างรุนแรง และพฤติกรรมด้านการบริโภค ผลการศึกษา พบว่านักเรียนการบริโภคอาหารพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 19.90 รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการติดเกมส์ ร้อยละ 18.33 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร้อยละ 16.66 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการแต่งกาย ร้อยละ 16.66 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการขับที่มอเตอร์ไซค์โดยประมาท ร้อยละ 11.66 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการติดสารเสพติด ร้อยละ 10.00 พฤติกรรมเสี่ยงด้านความเครียดและความกดดันทางอารมณ์ ร้อยละ 4.90 และ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการทะเลาะวิวาท ร้อยละ 1.70 ตามลำดับพบว่าและพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคมของนักเรียนมาจากสภาพแวดล้อมด้านครอบครัวมากที่สุด คือ ครอบครัวไม่อบอุ่นเพราะพ่อแม่ทะเลาะกันบ่อย รองลงมาคืออิทธิพลจากเพื่อนที่ชอบชักชวน นักเรียนอยากทดลอง อยากทำตามเพื่อน ชุมชนมีสถานเริงรมย์และแหล่งอบายมุข สื่อต่างๆที่นำเสนอข้อมูลทำให้เกิดการลอกเลียนแบบ

ณัฐวรรณ คำแสน (2553) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของวัยรุ่นจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 555 คน ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง 8 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการเรียน พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมด้านศาสนา พฤติกรรมความสัมพันธ์ในครอบครัวและการใช้เวลาว่าง พฤติกรรมการบริโภคสิ่งเสพติด พฤติกรรมการใช้ความรุนแรงและความปลอดภัย พฤติกรรมด้านความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ และพฤติกรรมด้านความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ และร้อยละ 68.65 สูบทุกวัน ร้อยละ 34.32 สูบบุหรี่ในโรงเรียน ด้านพฤติกรรมการถูกรังแกจากผู้อื่น ร้อยละ 20.7 เคยถูกรังแก ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 9.2 และพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือความอยากรู้อยากเห็นและอยากลองเรื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม

กองบริการสุขภาพและสังคม เมืองอลาสก้า ประเทศสหรัฐอเมริกา (Alaska Division of Behavioral Health, 2011) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น โดยการทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการฆ่าตัวตาย ด้านเพศสัมพันธ์ ด้านยาเสพติด และด้านความรุนแรง โดยมีการทบทวนและสรุปจากงานวิจัยสำหรับการป้องกันเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมในปี 2006 ระบาดวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2007 รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากข้อมูลทางสถิติในปี 2010 โดยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมด้านสุขภาพของวัยรุ่น ประกอบด้วย ปัจจัยจากตัวของวัยรุ่น (ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ประสบการณ์ครั้งแรกเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมต่อต้านสังคม การเปิดรับสื่อ) ปัจจัยด้านเพื่อน (การรวมกลุ่มของเพื่อน พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเพื่อน) ปัจจัยด้านครอบครัว (ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลในครอบครัว พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลในครอบครัว ทัศนคติของบุคคลในครอบครัว) ปัจจัยด้านโรงเรียน (นโยบายของโรงเรียน ความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาของโรงเรียน) และปัจจัยด้านชุมชน (การเข้าถึงแหล่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน ความยากจน กฎระเบียบของชุมชน การย้ายเข้ามาของคนในชุมชน)

มหาราช นูนี และเรนวิกซ์ (Rohan G Maharaj, Paula Nunes and Shamin Renwick, 2009) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นที่พูดภาษาอังกฤษคาบิเบียนโดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาเอกสารงานวิจัยทั้งหมด 95 งานวิจัย ผลการศึกษาพบว่า 5 งานวิจัยตีพิมพ์ในปี 1980, 47 งานวิจัยตีพิมพ์ในปี 1990 และ 43 งานวิจัยตีพิมพ์ในปี 2000-2005, สรุปว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมี 7 พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้สารเสพติด เพศสัมพันธ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ HIV / AIDS การตั้งครรรภ์วัยรุ่น ความรุนแรง ด้านสุขภาพจิตและ โรคอ้วน และการรับประทานอาหาร โดยพบว่า วัยรุ่นมีการใช้สารเสพติด ประเภทบุหรี่ ร้อยละ 24 และกัญชา ร้อยละ 17 มีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมทางเพศ เริ่มต้นของกิจกรรมทางเพศ ≤ 10 ปี ร้อยละ 19 และมีคู่นอน มากกว่า 6 คน ร้อยละ 19 ส่วนการตั้งครรรภ์วัยรุ่นพบร้อยละ 15-20 ของ และหนึ่งในห้าของวัยรุ่นเหล่านี้เป็นการตั้งครรรภ์ที่สอง วัยรุ่นอายุ 18-21 ปี ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (ติดต่อทางเพศสัมพันธ์) ร้อยละ 26 สุขภาพจิต พบวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12 ความรุนแรงและเด็กและเยาวชน พบว่าวัยรุ่นมีการพกอาวุธไปโรงเรียน ร้อยละ 10 และมีความคิดที่จะ ทำร้ายและฆ่า ร้อยละ 5 รับประทานอาหารผิดปกติและเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 11 น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 7 และการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับ ครอบครัวของวัยรุ่น สภาพแวดล้อมที่บ้านและความสัมพันธ์ของพ่อแม่และลูก

ไชยเจริญ ทอมเซ็น และฟาเซลิด (Vanphanom Sychareun, Sarah Thomsen and Elisabeth Faxelid, 2008) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น แขวงหลวงน้ำทา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมเสี่ยงด้านดื่มสุรา สูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยรุ่นอายุ 14 - 19 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน จำนวน 1,360 คนโดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 49.1 ชาย เพศหญิง ร้อยละ 50.9 ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ 1-2 พฤติกรรมเสี่ยง นอกจากนั้น ผลการวิจัยยังพบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบพฤติกรรมความเสี่ยง ร้อยละ 46.8 มีพฤติกรรมความเสี่ยง 1 พฤติกรรม ร้อยละ 8.1 มีพฤติกรรมความเสี่ยง 2 พฤติกรรม ร้อยละ 39.3 และมีพฤติกรรมความเสี่ยงมากกว่า พฤติกรรม ร้อยละ 5.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ได้แก่ เพศ โดยเพศชายจะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง อายุ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามอายุทั้งวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง นอกจากนั้นผลการวิจัยยังพบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชาย (OR = 3.11, 95% CI = 2.1-4.6) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชาย (OR = 1.88,

95% CI = 1.1-3.21) และวัยรุ่นหญิง พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหญิง (OR = 2.55, 95% CI = 1.59-4.09) และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (OR = 2.82, 95% CI = 1.65-4.8) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่าในการวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของนักศึกษา ตามกรอบการวิเคราะห์ของแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Framework (Green and Kreuter, 2005, p.12) ในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะในเรื่องของการประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational And Ecological Assessment) เป็นการสำรวจเงื่อนไขทางพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต เป็นการประเมินและระบุปัจจัยที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ ในขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การกำหนดเงื่อนไขทางสุขภาพและสังคม ที่ระบุในขณะนี้ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัย 3 กลุ่ม ที่มีอิทธิพลในการจูงใจ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยนำปัจจัย 3 ด้านดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านคุณลักษณะ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ต่อเดือนที่ได้รับ ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การได้รับสื่อและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การขับซักรถยนต์/รถจักรยานยนต์ การอยู่ในเหตุการณ์ต่อสู้ การเที่ยวสถานเริงรมย์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงด้านอุบัติเหตุจราจร พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงและการทะเลาะวิวาท พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย



ภาพ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย