

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงและส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. พัฒนาการและองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น
2. ทักษะชีวิต
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษา
4. แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ
5. การวิเคราะห์กลุ่มพหุโดยใช้โมเดลลิสรถ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 พัฒนาการและองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น

กองทุนเพื่อกิจกรรมประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือ UNFPA (United Nations Fund for Population Activities) ได้ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่น (adolescence) คือ บุคคลในช่วงอายุ ตั้งแต่ 10 ถึง 19 ปี โดยแบ่งเป็น วัยรุ่นตอนต้นอายุ 10 ถึง 14 ปี และวัยรุ่นตอนปลายอายุ 15 ถึง 19 ปี และเยาวชน (youth) มีช่วงอายุตั้งแต่ 15 ถึง 24 ปี (UNFPA, 2005) นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่มีอายุอยู่ระหว่าง 17 – 22 ปี เป็นช่วงเวลาคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นเด็กต่อเนื่องกับความเป็นผู้ใหญ่ เริ่มก้าวเข้าสู่การเป็นนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงสภาพจากเด็กนักเรียนมัธยมเป็น นักศึกษามหาวิทยาลัย เป็นเวลาของการฝึกฝนอาชีพ ตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสม เพื่อเตรียมการ เป็นผู้ใหญ่ที่พึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงโดยสมบูรณ์เต็มที่ และบรรลุนิติภาวะ ในเชิงกฎหมาย

1.1 พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในพัฒนาการทุกด้าน เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตต้องเผชิญกับปัญหาและการปรับตัวอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ ครอบครัวและสังคม ภายนอก สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี จัดเป็นวัยรุ่นตอนปลาย พัฒนาการที่สำคัญสามารถแบ่ง

ออกเป็น 4 ประการ (พรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539; ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2549; พรรณทิพย์ ศิริวรรณ บุศย์ . 2550) ได้แก่

1) **พัฒนาการทางด้านร่างกาย** ด้านร่างกายจะเจริญถึงระดับวุฒิภาวะสูงสุด ร่างกายจะมีความเปลี่ยนแปลงในส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก สัดส่วนและขนาด มีผลต่อระบบอวัยวะภายใน เช่น ระบบการย่อยอาหาร ระบบการไหลเวียนของโลหิต และระบบการผลิตฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ และลักษณะโครงสร้างภายนอก ร่างกาย ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ รูปร่างเปลี่ยนแปลงไป กล้ามเนื้อใหญ่หรือกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีปริมาณมากขึ้นและแข็งแรงขึ้น สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกายได้ทนทาน สายตาและอวัยวะในการเรียนรู้มีความสมบูรณ์เต็มที่ กล้ามเนื้อส่วนละเอียดพัฒนาขึ้น เพศหญิงสามารถทำงานละเอียดที่ต้องอาศัยการประสานของอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีกว่าเพศชาย

การเจริญเติบโตทางร่างกายของวัยรุ่นเป็นผลทำให้เกิดพัฒนาการทางเพศ และมีความคิดที่จะทำ ให้เพศตรงข้ามสนใจซึ่งเกิดจากการทำงานของต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) เพิ่มระดับการผลิตฮอร์โมนในการ เจริญเติบโต (Growth Hormone) และฮอร์โมนนี้จะไปกระตุ้นฮอร์โมนเพศ (Gonadotropic Hormone) ทั้ง ฮอร์โมนแอนโดรเจน (Androgen) ในเพศชาย และฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ในเพศหญิง ไปเสริม พัฒนาการทางเพศให้เจริญขึ้นอย่างเต็มที่ ขณะเดียวกันจะช่วยชะลอและหยุดการผลิตฮอร์โมนในการ เจริญเติบโต ทำให้ร่างกายหยุดการเจริญเติบโตทางด้านความสูง การเจริญทางเพศปรากฏชัดเจนขึ้น เกิด พฤติกรรมทางเพศได้แก่ 1) มีความรักและสนใจในเพศตรงข้ามที่รุ่นราวคราวเดียวกัน 2) การสำเร็จความ ใจด้วยตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความพอใจทางเพศด้วยการกระตุ้นจับต้องอวัยวะเพศ 3) แสดง ความสนใจเรื่องเพศ โดยดูจากพฤติกรรมแต่งกาย การศึกษาค้นคว้าจากหนังสือทางเพศหรือหนังสือ ประเภทเรขกรรม หรือการแอบมองสัดส่วนเพศตรงข้าม 4) รักร่วมเพศ (Homosexuality และ Lesbian) เป็นลักษณะของการไม่สนใจเพศตรงข้าม หรือการทำตัวเป็นเพศตรงข้ามเอง ในช่วงวัยนี้จะมองภาพของ ตนเองในลักษณะต่าง ๆ เช่น หน้าตา รูปร่าง ความสวยงาม ความหล่อ จะสนใจและให้เวลากับรูปร่าง ผิวพรรณมากกว่าวัยอื่น ๆ ถ้าตนมีข้อดีกว่าคนอื่นจะเกิดความไม่มั่นใจ

2) **พัฒนาการทางด้านอารมณ์** มีลักษณะอ่อนไหวง่าย มีอารมณ์รุนแรง อารมณ์ไม่คงที่ ไม่ สม่่าเสมอ และเกิดความเครียดได้ง่าย เกิดความกังวลและขาดความมั่นใจในบุคลิกภาพของตนเอง การ เปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และการทำงานของต่อมไร้ท่อจะทำให้วัยรุ่นมีพลังงานมาก และอาจไม่ได้ใช้ พลังงานที่มีให้เกิดประโยชน์จนทำให้ผู้ใหญ่ไม่พอใจ เช่น ใช้เวลาส่วนตัวอยู่กับเพื่อน หรือเดินตาม ศูนย์การค้า นอกจากนี้ วัยรุ่นจะเริ่มสนใจในเพศตรงข้าม และมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจจากเพศตรง ข้าม บางครั้งก็อาจจะขัดใจผู้ใหญ่ และทำให้ถูกผู้ใหญ่ต่อว่าจนทำให้เกิดความเครียด โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่

แล้วจะมีอารมณ์ประเภทก้าวร้าวรุนแรง เก็บกดซึ่งเป็นอันตรายต่อวัยรุ่นมากที่สุด และมีอารมณ์สนุก สมอง มีความรัก ความอิจฉาริษยา ความอยากรู้อยากเห็น นอกจากนี้การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของ วัยรุ่นมักทำให้เกิดสภาวะทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคลิกภาพ เช่น เป็นคนเจ้าคิดเจ้าแค้น รู้สึกมี ปมด้อยกระวนกระวายใจ เก็บตัวหนีสังคม ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว บุคลิกภาพเสื่อม ฉุนเฉียว โมโหง่าย คิดเพื่อฝัน สร้างวิมานในอากาศจนอาจทำให้บุคลิกภาพเสื่อมได้ (สุชาติ โสมประยูร. 2543) ซึ่งพรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2550 :166) กล่าวว่า ความสำเร็จของพัฒนาการในวัยนี้ขึ้นอยู่กับความมั่นใจในตนเอง ถ้า วัยรุ่นรู้จักตนเอง มั่นใจในตนเองอย่างแท้จริง ก็สามารถที่จะให้ความใกล้ชิดสนิทสนมอย่างจริงใจกับ บุคคลอื่น ในทางตรงข้ามถ้าไม่ประสบความสำเร็จในพัฒนาการ ก็จะไม่ไว้วางใจผู้อื่น ไม่มีความพอใจใน ตนเอง ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นไม่ได้ ทำให้รู้สึกอ้างว้างและว่าเหว

3) พัฒนาการทางด้านสังคม วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเจตคติ และพฤติกรรมทางสังคม ต้องการอิสระ เสรีภาพในการคิด การปฏิบัติตัว การคบเพื่อน การเที่ยวเตร่ และต้องการความเป็นส่วนตัว ทำให้บางครั้งอาจเกิดความไม่เข้าใจกับผู้ใหญ่ ส่งผลให้ใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัว โดยจะให้ความสำคัญกับการคบเพื่อน โดยจะใช้เพื่อนเป็นที่ปรึกษา เลียนแบบ และทำกิจกรรมร่วมกัน ต้องการ เลือกรุ่นเพื่อนที่มีค่านิยม ความประพฤติ การแต่งกาย กิริยาท่าทาง พยายามลอกเลียนแบบกัน มีความ สนใจในสิ่งเดียวกันเพื่อเป็นสัญลักษณ์ประจำกลุ่ม และให้ตนเองได้รับการยอมรับ มีความรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย วัยรุ่นจะเรียนรู้การรักษามิตรภาพ มีความเข้าใจตัวเอง และรู้จักรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การ ทำตามกลุ่มเพื่อนมีทั้งด้านดีและไม่ดี การรวมตัวกันเป็นกลุ่มมีอิทธิพลและสามารถควบคุมชีวิตวัยรุ่นได้ เนื่องจากเอกลักษณ์ของกลุ่มจะหมายถึงเอกลักษณ์ของตน เมื่อรวมกลุ่มกันวัยรุ่นจะสร้างกฎระเบียบ ภาษาและประเพณีภายในกลุ่ม จะหลงใหลเชิดชูคนดี คนเก่งในสังคม ดารา นักร้อง มีการเลียนแบบ จะ ชอบออกงานสังสรรค์มากขึ้น โดยเลือกออกงานสังสรรค์กับเพื่อนสนิทที่รู้จักกัน เข้ากันได้ดี ที่มีความสนใจ คล้ายกัน ความสามารถพอๆ กัน วัยรุ่นมีลักษณะเด่นอีกอย่างหนึ่ง คือ ลักษณะการแต่งตัวที่เด่นสะดุดตา แปลกตา เป็นที่สนใจของคนอื่น บางครั้งจึงรู้สึกว่าวัยรุ่นแต่งตัวไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (สกุณา บุญนรา กร. 2552 :171 - 180) การปรับตัวให้เข้ากับสังคมนับว่าเป็นพัฒนาการที่ยากที่สุดของวัยรุ่น โดยเฉพาะ อย่างยิ่งการปรับตัวให้เข้ากับเพศตรงข้าม (ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2549) การเจริญเติบโตทางเพศเป็นแรง กระตุ้นให้วัยรุ่นเริ่มสนใจซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพของวัยรุ่นบางคู่อาจนำไปสู่ความสัมพันธ์แบบคู่รัก ซึ่ง ผู้ปกครองมักกังวลว่ายังไม่ถึงเวลาอันควร วัยรุ่นควรใช้โอกาสนี้ในการสร้างความรู้จัก เข้าใจความแตกต่าง ระหว่างเพศ รู้จักบทบาทและการปฏิบัติตนต่อเพศตรงข้าม และพัฒนาทักษะการเข้าสังคม สร้างภูมิคุ้มกัน ในตนเองต่อการถูกชักจูง โดยการสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ผ่านการ คิดวิเคราะห์ วิจัย การแยกแยะข้อมูลข่าวสาร การคิดสร้างสรรค์ และการตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้สึก

ว่าตนเองมีคุณค่า ความรับผิดชอบต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร ความรู้สึกนึกคิด การชื่นชม การปฏิเสธ การตัดสินใจและแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ความเครียด ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของครอบครัวต้องคอยแนะนำดูแลให้วัยรุ่นค้นหาเพื่อนภายในขอบเขต โดยอยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม พัฒนาการทางสังคมที่ดีจะเป็นพื้นฐานมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพที่ดี การเรียนรู้ทางสังคมจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถหาแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง เลือกวิชาชีพที่เหมาะสมกับตนเอง และมีสังคมสิ่งแวดล้อมที่ดีในอนาคต

4) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา นักจิตวิทยาด้านพัฒนาการทางสติปัญญาของมนุษย์หลายท่านมีความเห็นตรงกันว่า สติปัญญาของมนุษย์จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ระหว่างอายุ 18 ถึง 20 ปี เป็นช่วงระยะที่วัยรุ่นเข้าสู่อายุเรียนในมหาวิทยาลัย ขั้นอุดมศึกษา โดยในวัยนี้มนุษย์จะสามารถให้นิยามของวัตถุสิ่งของต่างๆ ได้อย่างชัดเจน สามารถแบ่งแยกคุณลักษณะของสิ่งของต่างๆ ได้ดี มีพัฒนาการทางความคิดรวบยอด และมีความคิดในระดับที่เป็นนามธรรม พัฒนาการทางสติปัญญาปรากฏในหลายรูปแบบ เช่น รู้จักลองตั้งสมมุติฐานเพื่อหาข้อสรุปที่ดี สามารถแก้ปัญหา โดยมีกระบวนการคิดที่มีระบบและมีเหตุผล มีความจำดีสามารถจดจำสิ่งที่ตนสนใจได้อย่างแม่นยำแต่ก็ไม่นำไปใช้ในเรื่องการเรียน มีความคิดกว้างไกล มีจินตนาการคิดฝันถึงสิ่งต่างๆ อยากรู้อยากเห็นอยากทดลอง และมีความเชื่อมั่นในความเห็นของตนอย่างรุนแรง

1.2 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น

พัฒนาการของวัยรุ่นอาจมีลักษณะบางอย่างคล้ายกัน เช่นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่ในขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีความแตกต่างกัน (UNFPA. 2005) ดังนั้น ในการศึกษาเกี่ยวกับวัยรุ่น นอกจากจะศึกษาโดยตรงแล้ว การศึกษาบริบทแวดล้อมที่สำคัญต่อพัฒนาการ และลักษณะนิสัยก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรศึกษาประกอบไปพร้อมกัน ด้วยเหตุผลนี้ Steinberg (1996) (อ้างถึงในพรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539) จึงเสนอให้ศึกษาบริบทแวดล้อมที่สำคัญ 4 ประการ ที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นอันได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน สถานศึกษา และกิจกรรมของวัยรุ่น

1) วัยรุ่นกับครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของมนุษย์มากที่สุด ครอบครัวจะเป็นเสมือนเบ้าหลอมให้คนมีพื้นฐานที่ดีหรือไม่ดีต่างกันไป จากการศึกษาปัญหาสังคมจะพบว่า ปัญหาของวัยรุ่นส่วนใหญ่ล้วนมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากปัญหาภายในครอบครัวทั้งสิ้น ในการแก้ปัญหาวัยรุ่น ควรเริ่มแก้ปัญหาของครอบครัวก่อน และเมื่อครอบครัวมีปัญหาบ่อยลง ปัญหาของวัยรุ่นก็จะลดน้อยลงตามไปด้วย ปัจจุบัน ครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีขนาดลดลงจากครอบครัวขยาย กลายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว หรือเป็นครอบครัวที่ขาดพ่อหรือแม่เนื่องมาจากปัญหาการหย่าร้างที่เพิ่มมากขึ้น

ขึ้น โดยผลกระทบของการหย่าร้างจะปรากฏในพฤติกรรมทางสังคมของวัยรุ่น (พรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539) เช่น วัยรุ่นที่เติบโตขึ้นภายในครอบครัวที่ความสัมพันธ์ไม่ดีมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวใหม่ของตน เนื่องจากขาดต้นแบบของครอบครัวที่อบอุ่น มีพ่อแม่ที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ และขาดความรับผิดชอบจะสร้างปัญหาให้ โดยเฉพาะกับบุตรที่อยู่ในวัยรุ่น ดังนั้น เพื่อเป็นการช่วยลดปัญหาสังคมที่มีพื้นฐานมาจากปัญหาครอบครัว พ่อแม่จึงควรวางตัวเป็นเพื่อนที่ดีของลูก อบรมสั่งสอนลูกโดยมีความเมตตาเป็นพื้นฐาน เมื่อบุตรเข้าสู่วัยรุ่น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และบุตรจะเริ่มห่างเหินขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากวัยรุ่นต้องการเป็นอิสระ พ่อแม่ควรรหาโอกาสพูดคุยกับบุตรในเรื่องต่างๆ เช่นการวางตัวในสังคม การเคารพในสิทธิของผู้อื่น การคบเพื่อน และการรู้จักคุณค่าของเงิน หรืออบรมสั่งสอนโดยยึดหลักของเหตุผล และใช้การแนะนำแทนการออกคำสั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์ เฉลิมศรี นันทวรรณ และรัตนาวดี ขอนตะวัน (2553 :36) พบว่า พ่อแม่มีอิทธิพลค่อนข้างจำกัดต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น ซึ่งพรพนทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2550 :85) กล่าวว่า ถ้าบิดามารดาไม่พยายามทำความเข้าใจวัยรุ่นก็จะเกิดเป็นช่องว่างระหว่างวัย (generation gap) ขึ้น

2) **วัยรุ่นกับสถานศึกษา** สถานศึกษาเป็นสถาบันที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก วัยรุ่นใช้เวลาว่าหนึ่งในสามของวันอยู่ในสถานศึกษา เป็นสถานที่พบปะเพื่อนรุ่นเดียวกัน ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทั้งที่เป็นวิชาความรู้ และเป็นประสบการณ์ชีวิต ได้เรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น การทำงานเป็นหมู่คณะ ความรับผิดชอบต่องานต่างๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ความมีน้ำใจ เรียนรู้บทบาทการเป็นผู้ให้และผู้รับ รู้จักสิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น และยังสามารถเรียนรู้ความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ โดยสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้จะเป็นรากฐานของการใช้ชีวิตในสังคมเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ (พรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539) วัยรุ่นจะตัดสินใจเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษาเพื่อเลือกอาชีพหรือวิชาชีพที่ตนคาดหวัง และเหมาะสมกับความถนัดของตน แต่บางคนเรียนและทำไปตามกระแสสังคมหรือเพื่อนชักจูง ทำให้ไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนและความพยายามให้เต็มที่ ซึ่งเป็นคุณสมบัติ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิต

เมื่อเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย ต้องเผชิญกับแรงกดดันและสิ่งแปลกใหม่หลายอย่างที่แตกต่างกันไปจากเดิม เช่น ระบบการเรียนการสอน จากเดิมที่เคยมีครูประจำชั้นดูแลใกล้ชิดมาสู่การมีอิสระในการดำเนินการและจัดการทุกอย่างด้วยตนเอง เปลี่ยนสภาพการเรียนรู้จากห้องเรียนไปสู่โลกไร้พรมแดน พบเพื่อนกลุ่มใหม่ที่มีพื้นฐานและความสามารถแตกต่างกัน มาจากต่างภูมิภาคต่างถิ่น มีวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างกัน สถานที่พักอาศัยใหม่ที่เป็นหอพักไม่ใช่บ้านที่เคยอยู่ร่วมกับบิดามารดา ต้องมาใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง หรือมาเช่าห้องพักอยู่กับเพื่อน ปรับเปลี่ยนรูปแบบมาเป็นดูแลและรับผิดชอบต่อตนเอง รูปแบบการใช้ชีวิตตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของคณะและมหาวิทยาลัย ทำให้

นักศึกษาต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวเป็นอย่างมาก เพื่อสามารถดำเนินชีวิตผ่านไปได้ดีและราบรื่น ถ้าสามารถปรับตัวได้จะทำให้มีความสุข มีความสบายใจในการดำเนินชีวิต สามารถพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถเผชิญปัญหาในอนาคตได้เป็นอย่างดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ อาจมีปัญหาทางด้านจิตใจซึ่งจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาตนเอง ประสบกับความล้มเหลวในการเรียนและการดำเนินชีวิต และอาจทวีความรุนแรงเป็นผลร้ายต่อตนเองและสังคมในอนาคต ดังนั้นระยะเวลาการศึกษาในมหาวิทยาลัยจึงเป็นระยะวิกฤตที่สำคัญยิ่งต่อชีวิตนักศึกษามหาวิทยาลัย หากนักศึกษามีประสบการณ์ความผิดพลาด ล้มเหลว จะส่งผลต่อการศึกษาในปีต่อ ๆ ไป เช่น ผลการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่สามารถศึกษาต่อจนสำเร็จการศึกษาได้ (วิจิตร พูลเพิ่ม และ ชลลดา พันธุชิน . 2552 : 36 - 44)

3) วัยรุ่นกับเพื่อน วัยรุ่นกับกลุ่มเพื่อนถือเป็นสิ่งที่คู่กัน การคบเพื่อนมีความสำคัญมาก กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมเป็นอย่างมาก วัยรุ่นมักจะเลือกเพื่อนที่มีรสนิยมตรงกัน มีทัศนคติคล้ายคลึงกัน และมีขนาดของร่างกายเท่าๆ กัน (สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม. 2521) การเข้ากลุ่มเกิดจากวัยรุ่นมีความกังวลใจในการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ทำให้เกิดความไม่มั่นใจจึงต้องการการยอมรับจากสังคมและกลุ่มเพื่อน ต้องการให้เพื่อนยอมรับตนเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม การเข้ากลุ่มจะช่วยให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีสังคมกว้างขวางขึ้น และยังช่วยให้เข้าใจชีวิตมากขึ้นเมื่อได้เห็นปัญหาของผู้อื่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็มีความเกี่ยวข้องกับการคบเพื่อนของวัยรุ่น ในครอบครัวที่ไม่อบอุ่น วัยรุ่นจำเป็นต้องรวมกลุ่มกับเพื่อนเพื่อหาเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ อาศัยความเข้าใจและความอบอุ่นจากเพื่อนมาเป็นสิ่งทดแทนความรักจากครอบครัว โดยวัยรุ่นจะยอมทำตามเพื่อนทุกอย่างซึ่งเป็นเรื่องที่น่ากังวล หากกลุ่มเพื่อนมีพฤติกรรมเกเร ก็อาจทำให้หลงทำในสิ่งที่ผิด สอดคล้องกับการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์ เฉลิมศรี นันทวรรณ และรัตนาวิ ชอนตะวัน (2553 :36) พบว่า เพื่อนมีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด นอกจากนั้นพบว่าเพื่อนรุ่นพี่เป็นบุคคลสำคัญรองลงมา รวมทั้งพี่และแฟนที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น

4) วัยรุ่นกับกิจกรรม วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลองสิ่งใหม่ๆ ที่ตนสนใจ ทั้งในเรื่องหลักการและแนวคิดต่างๆ เรื่องที่ทำท่าย รวมถึงเรื่องเร้นลับ นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีความพยายามที่จะปรับปรุงตนเอง แก้ไขข้อบกพร่องของตน และมีความมุ่งมั่นในงานที่รับผิดชอบ มักใช้เวลาว่างในการตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ทางเลือกของวัยรุ่นในการใช้เวลาว่างอาจเป็นไปในทางที่เกิดประโยชน์หรือเกิดโทษต่อตัววัยรุ่นเอง หรือต่อสังคม พรพิมล เจียมนาครินทร์ (2539) กล่าวว่า กิจกรรมบันเทิงที่วัยรุ่นเลือกปฏิบัตินั้น เกิดขึ้นจากเหตุผลเพียงข้อเดียว นั่นคือเพื่อให้ร่างกายผ่อนคลายความตึงเครียด และความกดดันที่เกิดขึ้นในสถานศึกษา หรือจากงานที่ได้รับมอบหมายจากทางบ้าน กิจกรรมบันเทิงที่

วัยรุ่นสนใจ มักจะเกี่ยวข้องกับความถนัดของตัวเอง เช่นการประดิษฐ์สิ่งของ การวาดภาพ การเล่นดนตรี หรือการเล่นกีฬา ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีประโยชน์ต่อพัฒนาการทั้ง 4 ด้านได้แก่ ทางร่างกาย เช่น วัยรุ่นสามารถเสริมสร้างความแข็งแรงทางกาย และพัฒนารูปร่างให้สมส่วนจากการเล่นกีฬา ทางอารมณ์ เช่น กิจกรรมดนตรีหรือศิลปะจะช่วยให้มีช่องทางปลดปล่อยพลังงานในตัว และทำให้รู้สึกผ่อนคลายจากความตึงเครียด ทางสังคม เช่น กิจกรรมที่ต้องร่วมกันทำกับผู้อื่น จะช่วยให้พัฒนาบุคลิกภาพ และเรียนรู้วิธีการเข้าสังคม และทางสติปัญญา เช่น กิจกรรมการประดิษฐ์สิ่งของ หรือการค้นคว้าต่างๆ จะช่วยให้ได้เรียนรู้ประสบการณ์ที่อยู่นอกเหนือตำราเรียน

ตอนที่ 2 ทักษะชีวิต

วัยรุ่นเป็นวัยที่ประสบปัญหาและเผชิญวิกฤตการณ์ในการปรับตัวมากกว่าวัยอื่น หากไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ อาจส่งผลให้วัยรุ่นต้องหาทางออกด้วยการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเดือดร้อนและปัญหาทั้งต่อวัยรุ่นและสังคมตามมา หากวัยรุ่นมีรากฐานชีวิตที่ดี จะสามารถจัดการกับปัญหาและก้าวผ่านสถานการณ์ย่ำแย่ไปได้ในวิถีทางที่ถูกต้อง ความสามารถจัดการกับความต้องการและสิ่งที่ทำหายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยทักษะภายในที่เรียกว่าทักษะชีวิต (life skills) ซึ่งถือว่าเป็นความสามารถทางจิตสังคม (psychological competence) ของบุคคล(วิจิตร พูลเพิ่ม และ ชลลดา พันธุชิน . 2552 : 38) ทักษะชีวิตเป็นความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ ประกอบด้วย ความรอบรู้ในด้านต่าง ๆ เพื่อใช้ในการเผชิญกับปัญหา และสามารถปรับตัวเมื่อเผชิญกับแรงบีบคั้น แรงกดดัน หรือแรงกระทบจากสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว มีผู้ให้ความหมายของทักษะชีวิตไว้ ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2543:1) ให้ความหมายว่าหมายถึง ความสามารถเชิงมนุษย์ ประกอบด้วย ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ความสามารถที่จะวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัว ความคิดสร้างสรรค์ ความตระหนักรู้ในตน ความสามารถในการค้นหาและเข้าใจจุดดีจุดด้อยของตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรับผิดชอบต่อสังคม ความสามารถในการใช้คำพูด และภาษาท่าทางเพื่อสื่อสาร ความรู้สึกนึกคิดของตน และรับรู้ความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง สามารถในการประเมินทางเลือก ตัดสินใจเลือก และลงมือแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง สามารถเลือกใช้วิธีการกับอารมณ์หรือความเครียด และมีวิธีการป้องกันการเกิดอารมณ์หรือความเครียดที่เหมาะสม สอดคล้องกับ เทพ สงวนกิตติพันธ์ (2545:7) ว่าหมายถึง ความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญที่จะช่วยให้ความเป็นอยู่หรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย สังคม จิตใจของบุคคลให้สามารถดำเนินชีวิต ได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิต

สำหรับองค์การช่วยเหลือเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ UNICEF (2001) กล่าวว่า ทักษะชีวิตเป็นความสามารถในการใช้ความรู้ เจตคติ และทักษะต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยในการสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะสามารถรับมือกับตนเองกับการดำรงชีวิต โดยมีการสร้างทางเลือกที่ดี การต่อต้านความกดดันจากกลุ่มเพื่อน และการจัดการกับสิ่งที่เข้ามาคุกคามชีวิต องค์ประกอบทักษะชีวิตมี 9 ประการได้แก่

- 1) ทักษะการวิเคราะห์และการประเมินสถานการณ์
- 2) ทักษะในการประเมินศักยภาพของตนเองในสถานการณ์เฉพาะหน้า
- 3) ทักษะในการคิดหาทางเลือกและวิเคราะห์จัดลำดับ
- 4) ทักษะในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด
- 5) ทักษะในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดและการตัดสินใจ
- 6) ทักษะในการปฏิเสธการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาน้ำใจและเพื่อประโยชน์อันชอบธรรมของตนเอง
- 7) ทักษะการควบคุมอารมณ์ ความคิดเห็นและพฤติกรรมภายใต้แรงกดดัน
- 8) ทักษะการพัฒนาและปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเองและผู้เกี่ยวข้อง
- 9) ทักษะการใช้เหตุผลโน้มน้าวใจผู้อื่นให้คล้อยตามและสนับสนุนแนวคิดและการกระทำที่ถูกต้อง

World Health Organization (1997 : 2) ให้ความหมายว่า หมายถึง ความสามารถในการปรับเปลี่ยนและให้มีพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมที่จะสามารถให้บุคคลจัดการกับความต้องการและสิ่งต่าง ๆ ที่มากระตุ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ทักษะชีวิตที่เป็นหลักสำคัญ (Core Set of Skills) มี 10 ทักษะดังนี้

- 1) ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) เป็นทักษะที่จะช่วยให้บุคคลมีการตัดสินใจ ในการกระทำต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ มีการประเมินทางเลือก และประเมินผลของการตัดสินใจเลือกทางนั้น ๆ
- 2) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving) เป็นทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจของเขาได้
- 3) ทักษะการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Creative Thinking) เป็นความสามารถในการคิดที่จะเป็นส่วนช่วยสนับสนุนการตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยการคิดสร้างสรรค์ เพื่อค้นหาทางเลือกต่าง ๆ และสามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม
- 4) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) เป็นความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัวที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

5) ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Communication) เป็นความสามารถในการใช้คำพูด ท่าทาง เพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรม และสถานการณ์ต่าง ๆ อีกทั้งสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่ายได้ด้วย

6) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship skills) เป็นความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข

7) ทักษะการตระหนักรู้ในตน (Self – awareness) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าใจจุดดี จุดด้อยของตนเอง และเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล ทักษะนี้ยังเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทักษะอื่น ๆ เช่น การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจ และความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

8) ทักษะการเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นความสามารถในการที่จะเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลไม่ว่าในแง่ของความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา ศาสนา ความเชื่อ อาชีพ ฯลฯ ช่วยให้สามารถยอมรับผู้อื่นที่ต่างจากเรา เกิดความช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า หรือได้รับความเดือดร้อน

9) ทักษะการจัดการภาวะอารมณ์ (Coping with Emotion) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ การรู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น อีกทั้งรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งจะทำได้เหมาะสม

10) ทักษะการจัดการความเครียด (Coping with Stress) เป็นความสามารถในการรู้ถึงสาเหตุ และรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด พร้อมทั้งเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมและไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพ

ซึ่งสามารถจัดทักษะชีวิตเป็นกลุ่มตามปฏิสัมพันธ์ของทักษะได้ 5 กลุ่มดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. 2541)

1. การตัดสินใจ การแก้ปัญหา
2. การคิดสร้างสรรค์ ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
3. การสื่อสาร การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
4. ความตระหนักรู้ในตน ความเข้าใจ และความเป็นมิตร
5. การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด

Pan American Health Organization (2001 : 5 - 6) ได้มีการพัฒนาโปรแกรมทักษะชีวิตจากขององค์การอนามัยโลก สำหรับเด็กและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 10 – 19 ปี โดยโปรแกรมดังกล่าวเป็นการ

พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกเพื่อให้เยาวชนสามารถประสบความสำเร็จในชีวิต ประกอบด้วย 3 ด้านคือ

1. ทักษะด้านสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (social and interpersonal skills) ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร (communication) ทักษะการปฏิเสธ (refusal skills) การรักษาสติ (assertiveness) การเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น (empathy)
2. ทักษะด้านพุทธิพิสัย หรือทักษะด้านการคิด (cognitive skills) ประกอบด้วย ทักษะการคิดตัดสินใจ (Decision making) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) และการประเมินตนเอง (self – evaluation)
3. ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ (emotional coping skills) ประกอบด้วย การจัดการความเครียด (stress management) การจัดการอารมณ์ (managing feelings) การจัดการตนเอง (self – management) และการกำกับตนเอง (self – monitoring)

จากการศึกษาของก้าโลว์ตันน์ เย็นสุจิตร์ (2540 : 71) พบว่า วัยรุ่นเป็นช่วงที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่ มีการเข้ากลุ่ม เข้าสังคม และติดเพื่อนมากที่สุด ซึ่งพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ มักเป็นพฤติกรรมที่กระทำตามกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ วัยรุ่นต้องมีการตัดสินใจต่าง ๆ อย่างฉับพลัน และได้รับการกดดันจากครอบครัว โรงเรียน และกลุ่มเพื่อน ในภาวการณ์คับขันเช่นนี้ หากวัยรุ่นได้ฝึกทักษะในการประเมินศักยภาพของตนเองมาแล้วจะเกิดความชำนาญ ก็จะช่วยให้มองเห็นทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ ได้อย่างปลอดภัย

สอดคล้องกับการศึกษาของซุติมา ไชยเสน (2547) พบว่า ทักษะชีวิตและการปรับตัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการที่นักศึกษาจะประสบความสำเร็จด้านการเรียน โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ต้องเปลี่ยนระบบการเรียนและวิถีชีวิตจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษาไปสู่การเรียนในระดับอุดมศึกษาที่มีสภาพแวดล้อมเปลี่ยนไปต้องอยู่กับเพื่อนที่มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน ระบบการเรียนการสอนที่มีอาจารย์ดูแลใกล้ชิดมาเป็นการเรียนที่ค่อนข้างอิสระ ต้องตัดสินใจด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีระดับทักษะชีวิตค่อนข้างสูง ทักษะชีวิตและการปรับตัวด้านการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทุกด้าน โดยทักษะชีวิตด้านการเห็นคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวด้านการเรียนมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ($r = .51$) โดยให้เหตุผลว่า การที่บุคคลสามารถสอบเข้าเรียนต่อในระดับอุดมศึกษาได้ จะได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถ นักศึกษาที่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นว่ามีความสามารถ มีคุณค่า และมีความสำคัญจะประสบความสำเร็จ เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และการที่บุคคลประเมินตนเองว่ามีคุณค่าจะทำให้บุคคลมี

ความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความรับผิดชอบ จะพยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข และญาดา ไตสมบัติ (2549) พบว่านิสิตนักศึกษาประมาณสองในสามมีทักษะชีวิตในครอบครัว ด้านการคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร การตัดสินใจและการแก้ปัญหา และการจัดการอารมณ์และความเครียด อยู่ในระดับปกติและสูงกว่าปกติ และพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตคือ ความภาคภูมิใจในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ และการคิดสร้างสรรค์ ทั้งนี้ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิต ยกเว้นความคิดสร้างสรรค์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้าม

ด้านวิจัยตร พูลเพิ่ม และ ชลลดา พันธุชิน (2552 : 41 – 44) พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการจัดการกับอารมณ์สูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 2.92) รองลงมาคือทักษะชีวิตด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (ค่าเฉลี่ย = 2.88) และด้านการตัดสินใจ (ค่าเฉลี่ย = 2.87) อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์เข้าสู่วัยผู้ใหญ่มีเหตุผลและควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงมีกระบวนการพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจเร็วกว่าเพศชายในวัยเดียวกันประมาณ 2 ปี และพัฒนาการทางเพศยังมีส่วนช่วยสนับสนุนให้มีการปรับตัวที่ดี จึงทำให้นักศึกษาหญิงมีพัฒนาการและทักษะหลายด้านที่ก้าวหน้า รวมทั้งทักษะการจัดการกับอารมณ์ ด้านการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี (ค่าเฉลี่ย = 3.01) ครอบคลุมการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านอารมณ์และความรู้สึกต่อสถานศึกษา และพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีการปรับตัวเข้ากับเพื่อนในระดับสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 3.34) อาจเนื่องจากเมื่อเข้ามาศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีสภาพแวดล้อมเดียวกัน มีการดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยที่ไม่แตกต่างทั้งในระบบการเรียนการสอน การทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทางมหาวิทยาลัยหรือคณะ ฯ จัดขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ นอกจากนี้ในชั้นปี 1 ทุกคนฯ ต้องเรียนวิชาบังคับตามหลักสูตรที่มหาวิทยาลัยกำหนดซึ่งต้องเรียนในชั้นเรียนเดียวกัน ทำกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ส่งผลให้นักศึกษาที่ศึกษาต่างคณะฯ หรือต่างสาขาวิชา มีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน

นักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยบางคนก็สามารถผ่านวัยรุ่นได้โดยไม่มีปัญหา แต่อีกหลายคนอาจประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต และไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ กล่าวได้ว่าเป็นการขาดทักษะชีวิต ซึ่งการสร้างทักษะชีวิตให้แก่วัยรุ่นนั้นควรเริ่มต้นจากครอบครัว เป็นผู้ฝึกฝน ถ่ายทอดและพัฒนาให้

วัยรุ่นมีทักษะชีวิตในครอบครัวที่ดี ทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ ดังนั้นทักษะชีวิตจึงควรถูกพัฒนาขึ้นในมนุษย์ทุกคน ตั้งแต่เยาว์วัยโดยเฉพาะในวัยรุ่น ทักษะชีวิตจะช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสิ่งยั่วยุหรือทำร้ายในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปรียบเสมือนเป็นการวางรากฐานชีวิตและมั่นคงสำหรับอนาคต การเสริมสร้างทักษะชีวิตจะทำให้เกิดความคิดแก้ปัญหา และการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้อง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังที่ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2541 :37) กล่าวว่า การมีทักษะชีวิตที่ดีจะทำให้บุคคลนั้นมีศักยภาพในตนเองและสังคมเพิ่มมากขึ้น เช่น การมีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self Confidence) การรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน (Self – Esteem) การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Interpersonal Relationship) มีความสามารถในตน (Self Empowerment) และสามารถพัฒนาทักษะชีวิตที่มีความซับซ้อนหลาย ๆ ทักษะ เช่น การต้านทานต่อแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน (Peer pressure resistance) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) การต่อรองแลกเปลี่ยน (Negotiation) การยืนหยัดมั่นคง (Assertiveness) การแก้ไขปัญหาความคับข้องใจ (Conflict Resolution) การสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Establishing Social support network) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดการและเผชิญต่อความทุกข์ยาก (Coping Adversity) ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการแบ่งทักษะชีวิตตามแนวคิดของ Pan American Health Organization มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีการจัดกลุ่มและรูปแบบที่ชัดเจน มีความเข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นของไทย

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษา

นักศึกษาซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ พัฒนาทางความคิด และสังคม สามารถจำแนกพฤติกรรมเสี่ยงที่มีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ ได้ 2 ปัจจัยใหญ่ๆ (พรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539: 246 - 248) คือ

1) **ปัจจัยส่วนบุคคล** ปัจจัยที่เกิดจากพันธุกรรม เช่น ความผิดปกติทางจิตของบิดามารดาที่ถ่ายทอดมายังบุตร ทำให้มีสภาพทางอารมณ์ ความคิด การตัดสินใจที่แปลกไปจากคนปกติ ความผิดปกติทางร่างกาย ร่างกายที่เตี้ยหรือสูงเกินไป การเป็นโรคบางอย่างที่ทำให้ไม่สมประกอบ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย จึงหาทางสร้างปมเด่นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การทำเสียงดัง การก้าวร้าวรังแกผู้อื่น นอกจากนั้นยังพบว่าวัยรุ่นจะมีอารมณ์รุนแรง วู่วาม ขาดความยับยั้งชั่งใจ ชุนเฉียว โกรธง่าย เจ้าคิดเจ้าแค้น เอาแต่ใจตัวเอง เป็นใหญ่ ต้องการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย มีการแสวงหาความตื่นเต้นสนุกสนาน (sensation seeking) ทำให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการดื่ม การขับรถ และการมีเพศสัมพันธ์ โดยมีเหตุ

เริ่มต้นจากความอยากทดลอง ชอบทำสิ่งที่ผิด แตกต่างจากมาตรฐานสังคม เช่น การทดลองดื่ม แอลกอฮอล์ ขับรถแบบอันตราย มีเพศสัมพันธ์เร็ว ผลของการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้กระบวนการคิด บกพร่อง เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2) **ปัจจัยจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและสังคมวัฒนธรรม** ครอบครัวที่ขาดวินัย ขาด ความรับผิดชอบ มีการทะเลาะเบาะแว้ง แยกแยกไม่มีความสนใจกัน มาตรฐานทางศีลธรรมต่ำ ครอบครัว ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ลักขโมย จะทำให้วัยรุ่นกลายเป็นคนที่ชอบฝ่าฝืนสังคม เห็นการกระทำผิดในเรื่องร้ายแรง เป็นเรื่องธรรมดา หรือวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีมาตรฐานทางศีลธรรมสูง จะไม่มีความอดทน ไม่มีความ รับผิดชอบ ไม่ทนต่อความผิดหวัง บางคนมาจากครอบครัวที่มีสัมพันธภาพห่างเหิน เช่นบิดามารดาไม่มี เวลาเอาใจใส่ทำแต่งงาน ไม่เคยชมเชยบุตรมีแต่การดูว่า ทำให้วัยรุ่นขาดความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง มีความก้าวร้าว มีปมด้อยในใจ หาทงออกด้วยการเรียกร้องความสนใจแบบผิด ๆ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (พรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539: 246)

ปัจจัยจากสภาพสังคมวัฒนธรรม พบว่า การขยายตัวทางวัฒนธรรมทำให้เกิดความสับสน เกิด ความขัดแย้งในใจ เกิดความไม่แน่ใจ และสงสัยในสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น พฤติกรรมของผู้ใหญ่ในสังคม ที่พบเห็นจริง ๆ กับหลักการที่เรียนมาจากสถานศึกษาไม่สอดคล้องกัน ทำให้ไม่สามารถเลือกปฏิบัติได้ อย่างถูกต้อง และมีโอกาสเลือกทำในสิ่งที่ผิดได้ ตลอดจนอิทธิพลของสื่อมวลชนที่ขาดหลักจริยธรรม จะ เผยแพร่ภาพและข่าวที่ไร้สาระแต่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก วัยรุ่นเห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ทางสื่อมวลชนจนชิน ตาทำให้มองว่าเป็นเรื่องธรรมดาไม่มีความผิดแต่อย่างใด จากผลการวิจัยยืนยันทั้งจากในและ ต่างประเทศว่า สื่อมีอิทธิพลต่อเด็ก และเยาวชน ทั้งในด้านของความรุนแรง การมีเพศสัมพันธ์ และการมี พฤติกรรมอันธพาลทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ดังนั้น พ่อแม่ผู้ปกครองควรเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ในการ เลือกเปิดรับสื่อ ควรเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ฝึกทักษะชีวิตด้านวินัย และการควบคุมตนเองที่ดี ไม่ประจาน หรือลงโทษรุนแรงเมื่อเยาวชนแสดงออก ซึ่งพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ผู้ผลิตสื่อควรมีการจัด อันดับ หรือเรตติ้งรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก และเยาวชนก่อนเผยแพร่สู่สายตาประชาชน ทั้งนี้ เยาวชน ควรต้องตระหนักถึง ข้อดีข้อเสียของการแสดงออก ซึ่งพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง จะทำให้ต้องถูกตรา หน้า/ปฏิเสธจากสังคม สูญเสียโอกาสที่ดีในอนาคต ตลอดจนตระหนักว่าสิ่งที่พบ และเห็นผ่านสื่อมีไว้เพื่อ เรียนรู้ และหลีกเลี่ยงไม่ใช่เลียนแบบ (สมชาย จักรพันธุ์. 2550)

ตอนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษา

พฤติกรรมเสี่ยงเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเป็นผลเสียต่อสุขภาพ การไม่ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้จะไม่เกิดขึ้น ถ้าปราศจากสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น คือ พฤติกรรมที่นำมาหรือเป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตราย สูญเสียหน้าที่ ขาดโอกาสพัฒนาตามปกติ หรือเสียชีวิต นักศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงมาก เนื่องจากจิตใจของวัยนี้ต้องการความสนุกสนาน ตื่นเต้น ทำหาย ต้องการเป็นที่ยอมรับของคนอื่น อยากรู้ อยากเห็นอยากลอง มีอารมณ์ทางเพศมากขึ้น แต่ยังขาดการยั้งคิดไตร่ตรอง และการควบคุมตนเอง จากอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษา ดังนี้

1) **การสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกประมาณ 5 ล้านคนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 5 คนและผู้หญิง 1 ใน 20 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ในประเทศไทยการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการสูญเสียสุขภาพะมากเป็นอันดับสามของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สูญเสีย DALY ร้อยละ 4.4 ในผู้ชาย และ ร้อยละ 0.5 ในผู้หญิง) (สำนักงานสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย 2552 :48) การสูบบุหรี่ในนักศึกษา เป็นปัญหาสำคัญ เพราะส่วนใหญ่จะสูบก่อนอายุ 18 ปี และจากการสำรวจของสำนักงานสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ.2552 พบว่าอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี เริ่มเมื่ออายุเฉลี่ยน้อยที่สุด คือเมื่ออายุเฉลี่ย 16 ปีในผู้ชาย และผู้หญิงเมื่ออายุ 16.7 ปี มีการประมาณค่าว่าหนึ่งในสามของวัยรุ่นที่เริ่มสูบบุหรี่ในที่สุดจะเสียชีวิตจากโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ดังนั้นการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นความสำคัญลำดับแรกของการสาธารณสุข (USDHHS : U.S. Department of Health and Human Services. 1994 อ้างในศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย. 2552 : 4) เนื่องจากบุหรี่มีสารประกอบที่เป็นอันตรายที่สำคัญ คือ

1. นิโคติน (Nicotine) ไบยาสูบที่ใช้ทำบุหรี่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบอยู่ตามธรรมชาติ ร้อยละ 85 - 95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของไบยาสูบ บุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคตินประมาณ 0.8 - 1.8 มิลลิกรัม (ค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัม) นิโคตินเป็นสารเสพติดที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันไม่มีสี เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ และเมื่อดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดจะมีผลโดยตรงต่อสมองและต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งสารต่าง ๆ ออกมา เช่น นอร์แอดรีนาลิน โดปามิน ซีโรโทนิน ซึ่งจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาหลายอย่าง เช่น เกิดการกด - กล่อมประสาท ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เส้นเลือดแดงหดตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบ ลิ้นของหัวใจมีการตีบตันจากลิ่มเลือดและเกล็ด

เลือดไปจับตัวกัน มีการหนาตัวขึ้นของผนังด้านในเส้นเลือดทำให้ระบบไหลเวียนไม่เป็นไปตามปกติ นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะถุงลมโป่งพองได้

การสูบบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำให้สมองได้รับสารเสพติด (นิโคติน) โดยสามารถแพร่เข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว และผ่านโครงสร้างกั้นระหว่างเลือดและสมอง (blood – brain barrier) ภายใน 6 วินาที ซึ่งเร็วกว่าการซึมเข้าของเฮโรอีนเข้าเส้นเลือด และฤทธิ์คงค้างในร่างกายนาน 2 ชั่วโมง นิโคตินเป็นสารเสพติดที่มีผู้เสพมากที่สุด และมีอำนาจการเสพติดสูงสุดเทียบเท่าเฮโรอีน เป็นยาเสพติดซึ่งผู้ที่เสพติดแล้วต้องใช้ตลอดเวลาและทุกวัน นิโคตินช่วยให้ผู้เสพยาสูดถึงสมองได้ในยามเครียดจัด และกระตุ้นให้มีแรงยามเหนื่อยล้า ช่วยให้สมองมีความจำชัดเจนขึ้น ลดความวิตกกังวล เพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ทำให้ทนต่อความเจ็บปวดทางกายได้ดี และเมื่อหยุดสูบจะทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ง่วงงุน ง่วงเหงาหาวนอน ปวดหัว คลื่นไส้ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ขาดสมาธิ ยังพบว่าสารนิโคตินกดความอยากอาหาร และเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายมากขึ้น ทำให้คนสูบบุหรี่มีรูปร่างผอม แกร็น และหากสูบอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ลมหายใจ มีกลิ่นเหม็น (halitosis) เล็บที่นิ้วมือและฟันจะกลายเป็นสีน้ำตาลเหลือง (yellowy brown) จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทยพบว่า ประชากรไทยมีปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.92 มวนในปีพ.ศ.2549 เป็น 9.55 มวนในปีพ.ศ. 2550 คิดเป็นร้อยละของการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 7.05 การที่ผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่มีภาวะการเสพติดนิโคตินเพิ่มมากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์. 2552 : 83)

2. ทาร์ (Tar) เป็นสารเคมีที่เป็นอนุภาคหลายชนิด เป็นละอองเหลวเหนียว สีน้ำตาลคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้กระดาษและใบยาสูบ ทาร์จะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง มีเสมหะ ทำลายถุงลมปอดทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง หอบเหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง และมีเสมหะ ทำให้เกิดโรคมะเร็งบริเวณเนื้อเยื่อที่สัมผัสกับสารนี้ จึงทำให้เกิดมะเร็งที่บริเวณริมฝีปาก ลิ้น ช่องปาก หลอดเสียง และหลอดอาหาร ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่อัดควันเข้าไปสูดปอดลึก ทาร์จะตกค้างอยู่ในปอด หลอดลมใหญ่ และหลอดลมเล็ก ประมาณร้อยละ 90 จะขับออกมาพร้อมลมหายใจเพียงร้อยละ 10 ทำให้เยื่อหลอดลมไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด กระเพาะปัสสาวะ และตับอ่อน

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ เมื่อหายใจเอาก๊าซนี้เข้าไปในร่างกาย จะแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจนประมาณ 200 เท่า มีผลทำให้เกิดการขาดออกซิเจน ถ้ามีคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดอาการมึนงง คลื่นไส้ และเหนื่อยง่าย และถ้ามีมากถึงร้อยละ 60 อาจทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ ร้อยละ

10 ถึง 15 ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำงานหนักขึ้น เส้นเลือดตีบแคบลง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นกาซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น (ส่วนที่มีขน) ซึ่งเป็นแนวป้องกันตามธรรมชาติที่คอยขจัดความสกปรก ฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่เข้าไป ทำให้ร่างกายหมดความต้านทานตามธรรมชาติ สิ่งสกปรกเกาะติดหลอดลมทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอมีเสมหะเป็นประจำทำลายสุขภาพ

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นกาซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบาง โปร่งพอง ถุงลมเล็ก ๆ หลายอันแตกรวมกันเป็นถุงลมใหญ่และมีจำนวนน้อยลงเกิดโรคถุงลมโป่งพอง ส่วนของถุงลมที่พองออกจะกีดขวางการไหลเวียนของเลือด ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลงอาจเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกแรงไม่ได้มีอาการเป็นเรื้อรัง ส่วนถุงลมที่โป่งพองฉีกขาดจะทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดกดปอดให้แฟบเกิดอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยมากถ้าแพทย์ช่วยไม่ทันอาจเสียชีวิตได้

6. แอมโมเนีย (Ammonia) เป็นสารที่เติมในปุ๋ย เพื่อให้สามารถดูดซึมไนโคตินเข้าสู่กระแสเลือดได้รวดเร็วขึ้น โดยอาศัยปฏิกิริยาเคมีกับสารประกอบในยาสูบจะเปลี่ยนนิโคตินเป็นต่างมากขึ้น เรียกภาวะนี้ว่า “free – basing” ซึ่งกลายเป็นไอได้ง่าย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้สูบบุหรี่หรือได้รับควันมีอาการแสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอ และมีเสมหะมาก

7. แร่ธาตุต่าง ๆ เช่น โปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิเกิล และโครเมียมเป็นสารตกค้างในยาสูบจากการพ่นยาฆ่าแมลง จะทำให้เกิดภาวะพิษต่อร่างกายได้

การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมักเกิดจากการต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และต้องการการยอมรับจากกลุ่ม โดยเฉพาะวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่ ประกอบกับความอยากรู้อยากลองของวัยรุ่น ถ้าการลองสูบบุหรี่ครั้งแรกได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน หรืออรรถของบุหรี่ยุทธกรรมนิยมนั้น ก็จะมีผลทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ครั้งต่อไปเพิ่มมากขึ้น ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2547 พบเยาวชนอายุ 11 ปีขึ้นไปติดบุหรี่ถึง 9.6 ล้านคน โดยทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดจำนวน 3.5 ล้านคน เป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี ประมาณ 2 ล้านคน เฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 10.6 มวน สำนักงานสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย (2552 : 51) พบว่ากลุ่มอายุ 15 – 29 ปี ผู้ชายเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 9.9 มวน ผู้หญิงเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 5.5 มวน และจากการสำรวจความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในคนที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มอายุ 15 – 29 ปี มีความชุกสูงสุด ร้อยละ 86.6 สถานที่ที่ได้รับควันบุหรี่ของผู้ได้รับควันบุหรี่ บ่อยที่สุดคือที่บ้าน (ร้อยละ 55) รองลงมาคือในที่สาธารณะ (ร้อยละ 46)

วัยรุ่นหลายคนไม่กล้าเลิกบุหรี่ เพราะกลัวถูกเพื่อนล้อเลียน ร่วมกับเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จะมองว่าการสูบบุหรี่เป็นการแสดงออกของผู้ใหญ่ สถิติพบว่าถ้าบิดาหรือมารดาติดบุหรี่ โอกาสที่ลูกจะติดบุหรี่มีถึงร้อยละ 70 ถ้าบิดาหรือมารดาไม่ติดบุหรี่ โอกาสที่ลูกจะติดบุหรี่มีเพียงร้อยละ 30 (กรองจิต วาทีสาธกกิจ. 2549) จากการศึกษาของศรีธัญญา เบญจกุล และคณะ (2550) พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากปีพ.ศ. 2534 มีจำนวน 12.26 ล้านคน เป็น 11.03 ล้านคน อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่มีค่าเท่ากับ 18 ปี โดยประชากรเพศหญิงเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 21.74 ปี เพศชายเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 18.20 ปี จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปีพ.ศ. 2549 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันลดลงจากเดิมอยู่ที่ประมาณ 9.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นเพศหญิงมีจำนวนลดลงร้อยละ 23.80 เพศชายลดลงเพียงร้อยละ 8.83 แม้ว่าสถานการณ์การบริโภคบุหรี่จะดีขึ้น แต่การลดลงในกลุ่มเด็กและเยาวชนเปลี่ยนแปลงไม่มาก อาจเป็นเพราะประชากรกลุ่มนี้ยังมีค่านิยมที่เห็นการสูบบุหรี่เป็นเรื่องของความเท่ หรือแสดงความเป็นผู้ใหญ่ การทำทนาย การเป็นตัวของตัวเอง การแก้ปัญหาความเครียด รวมทั้งอาจเป็นพฤติกรรมเลียนแบบสมาชิกในครอบครัวหรือลอกเลียนกันเองในกลุ่มวัยรุ่น และการโฆษณาที่มุ่งเน้นการเจาะตลาดในวัยรุ่น วัยรุ่นจึงบริโภคยาสูบด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และหากปล่อยให้ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยเพราะกลุ่มคนที่ติดบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่จะได้รับสารที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้หลายโรค คนกลุ่มนี้จะเติบโตเป็นวัยทำงานที่จะมีส่วนในการพัฒนาประเทศในอนาคต ส่งผลต่อปัญหาเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังกระทบต่อสังคมรอบข้างของผู้สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่มือสองได้รับควันบุหรี่และเกิดปัญหาสุขภาพตามมา

รัฐบาลไทยต้องสูญเสียงบประมาณปีละหลายหมื่นล้านบาท สำหรับการรักษาโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การประเมินการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค โดยศึกษาในผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 10 แห่งใน 5 พื้นที่ทั่วประเทศ ที่เกิดโรคจากการสูบบุหรี่ 3 โรคหลัก ได้แก่ โรคถุงลมพอง มะเร็งปอด และโรคหัวใจ คิดเป็นจำนวนเงิน 45,550 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2546 และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2550 จะต้องเสียเงินค่ารักษาประมาณ 53,674 ล้านบาท (วิไลวรรณ วิริยะไชโย. 2549) ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดจากการรักษาโรคเหล่านี้ เนื่องจากคนที่สูบบุหรี่มีเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเป็นปีหรือบางรายอยู่เป็นสิบปี มีชีวิตที่ทุกข์ทรมาน นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสัญญาณสำคัญของการติดยาเสพติดอื่น เช่น แอลกอฮอล์ กัญชา เฮโรอีน บุหรี่มีผลต่อสุขภาพของวัยรุ่นทั้งด้านความฟิตของร่างกาย จึงได้ชี้ว่า วัยรุ่นน้อยกว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะดูแลกว่าวัยเนื่องจากสารในบุหรี่จะไปเร่งความเหี่ยวของผิวหนังและใบหน้า นอกจากนี้ยังมีอาการไอและติดเชื้อทางเดินหายใจได้บ่อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ ยิ่งสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อย ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดยิ่งสูงขึ้น บุหรี่จะกระตุ้นหัวใจ เพิ่มภาวะเครียดให้กับหัวใจ เลือด

แข็งตัวเร็วขึ้น ไชมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงมากขึ้น นำไปสู่โรคหัวใจในอนาคต (ประภิต วาทีสาธกกิจ. 2550) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปีพ.ศ. 2549 พบว่า มีคนเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รวบรวม 42,000 – 52,000 คนต่อปี หรือคิดเป็นชั่วโมงละ 6 คน ซึ่งเป็นสถิติที่สูงกว่าการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ วัณโรค อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิตจากการคลอด โดยคนไทยที่เสียชีวิตจากบุหรี่จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นลงถึง 12 ปี และจากการประเมินของธนาคารโลกระบุว่า หากจำนวนของผู้สูบบุหรี่ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง อาจมีคนไทยต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคที่เกิดจากบุหรี่มากถึงกว่า 2 ล้านคนในอีก 1 – 2 ทศวรรษข้างหน้า (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์ . 2552: 118 - 119) และจากการศึกษาของจรรยา เศรษฐพงศ์ (2550) พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า 1 มวนต่อวัน โดยมีความคิดว่าการสูบบุหรี่ไม่กระทบต่อการเรียน สามารถลดความเครียดได้ และผู้ปกครองก็คิดว่าการสูบบุหรี่ไม่กระทบต่อการศึกษา ทำให้วัยรุ่นมีการสูบบุหรี่มากขึ้นประกอบกับมีการเพิ่มขึ้นของร้านสะดวกซื้อ ทำให้หาซื้อบุหรี่ได้ง่าย

จากผลกระทบของบุหรี่ รัฐบาลจึงออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ปี พ.ศ. 2535 ในมาตรา 6 ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ทั้งนี้เพราะเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ว่าควันบุหรี่เป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียง นอกจากนั้นผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเข้าไปก็ยังเป็นผลเสียแก่สุขภาพเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับผู้สูบบุหรี่เอง จึงเกิดนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษา การห้ามสูบบุหรี่ในนักศึกษา เจ้าหน้าที่ บุคลากร รวมถึงผู้ที่มาติดต่อกับสถานศึกษา และการไม่รับการสนับสนุนใด ๆ จากบริษัทบุหรี่ การห้ามการโฆษณาบุหรี่ในสถานศึกษา โดยนักศึกษาต้องได้รับคำแนะนำในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ มีการกำหนดแนวทางและดำเนินการในการสื่อสารนโยบายปลอดบุหรี่สำหรับนักศึกษา เจ้าหน้าที่และบุคลากร

2. การดื่มเหล้า / แอลกอฮอล์ ในปีพ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีการดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับ 5 ของโลก เฉลี่ยดื่มคนละ 13.6 ลิตรต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมและทวีความรุนแรงมากขึ้น เยาวชนไทยดื่มสุราและของมีแอลกอฮอล์ 30.7 และมีแนวโน้มสูงขึ้นในนักเรียน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544) สอดคล้องกับสำนักงานสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย (2552 : 51) ที่พบว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้ชายกลุ่มอายุ 15 – 29 ปีดื่มสุรามากที่สุด ทั้งในปริมาณเฉลี่ยต่อวัน และต่อวันที่ดื่ม เฉลี่ย 36.3 กรัมต่อวัน และพฤติกรรมการดื่มอย่างหนัก (binge drinking; คือการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว ดังนี้ ดื่มเหล้าผสมโซดาตั้งแต่ 5 แก้ว หรือครึ่งเบนซ์ขึ้นไป หรือดื่มเบียร์มากกว่า 6 กระป๋อง หรือ 3 ขวดใหญ่ หรือไวน์มากกว่า 5 แก้ว) พบกลุ่มอายุ 15 – 29 ปี มีจำนวนครั้งการดื่มอย่างหนักมากที่สุด เฉลี่ย 32 วัน อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายคือ 19 ปี (ต่ำสุด 7 ปี) ในผู้หญิงเฉลี่ย 26.3 ปี (ต่ำสุด 6 ปี) ซึ่งอายุดังกล่าวถือว่าอยู่ในระหว่างการเป็นนักศึกษา โดย

สมพร สิทธิสงคราม ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และสมบัติ สกุลพรรณ (2551: 129 - 140) กล่าวว่าวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เช่น การคบเพื่อน การต้องการความเป็นอิสระ เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งกับผู้ปกครองอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สุรา หรือแอลกอฮอล์ เป็นเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) ผสมอยู่ในปริมาณเกิน 60 % ถือว่าเป็นเกณฑ์กำหนดของสากลทั่วไปที่คนสามารถดื่มได้ เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหาร 20% ที่เหลือ 80% จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กตอนต้น เรียกว่า ดูโอดีนัม (Duodenum) และเข้าสู่กระแสเลือดทั้งหมด ภายในเวลาเพียง 5 นาที ก่อนจะส่งไปยังเซลล์เนื้อเยื่อ ของเหลวทุกแห่งในร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ ภายในเวลา 10 -30 นาที ทั้งนี้สามารถตรวจพบแอลกอฮอล์ได้ภายในเวลา 5 นาทีหลังจากเริ่มดื่ม นอกจากนี้ยังมีผลเสียเฉียบพลัน ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ความรุนแรงต่าง ๆ (สำนักงานสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย 2552 . 59) โทษของแอลกอฮอล์มีดังนี้

1. เกิดการระคายเคืองในช่องปากและลำคอ
2. หลอดเลือดเกิดการขยายตัวจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ส่งผลให้หน้าแดง ตัวแดง ทางตรงข้าม บางรายอาจมีอาการเส้นเลือดหดตัว ทำให้หน้าซีด ซึ่งจัดเป็นอันตรายต่อชีวิตมากกว่า เมื่อการหมุนเวียนของเลือดเร็วขึ้นไปยังเซลล์ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย เซลล์จะทำงานไวขึ้นกว่าปกติ ทำให้การทำงานของอวัยวะแปรปรวนไปจากปกติ และก่อกำเนิดการทำงานของเซลล์ให้ทำงานน้อยลง และทำลายเซลล์ในที่สุด
3. สมอง แอลกอฮอล์จะทำให้เซลล์ขยายตัวมากขึ้น เกิดอาการที่เรียกว่า “สมองบวม” นานเข้าจะเกิดการสูญเสียของเหลวในเซลล์สมอง เซลล์สมองลีบเหี่ยว เสื่อม และตายลง
4. หัวใจจะถูกกระตุ้นให้สูบฉีดโลหิตเร็วขึ้น ทำงานหนักขึ้น ในระยะยาวจะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อแปรปรวน สารที่มีหน้าที่ในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดต่ำลงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดโลหิต ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น เกิดโรคหัวใจโต มีอาการหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลวตามมา
5. โรคกระเพาะอาหาร แอลกอฮอล์ในระดับความเข้มข้นต่ำเพียงร้อยละ 10 จะทำให้มีการกระตุ้นน้ำย่อยในกระเพาะอาหารจะส่งผลทำให้เกิดแผลในกระเพาะและลำไส้ ขณะที่แอลกอฮอล์ในความเข้มข้นสูงจะทำให้เกิดเยื่อบุกระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลัน เมื่อดื่มจัดติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เลือดออกในกระเพาะ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ บางรายอาจมีการฉีกขาดของเยื่อหลอดอาหาร อันเกิดจากการอาเจียนหรือขย้อนอย่างรุนแรง อาจเสียเลือดมากต้องทำการรักษาโดยผ่าตัดเย็บรอยฉีกขาดของเยื่อบุดังกล่าว

6. โรคตับ ตับเป็นแหล่งสันดาปที่สำคัญของแอลกอฮอล์ ตับจึงเป็นอวัยวะที่รับพิษจากเหล้ามากที่สุด เซลล์ตับที่ถูกทำลายจะมีไขมันเข้ามาแทนที่ ทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ซึ่งเป็นสาเหตุแรกของการตับอักเสบ ส่งผลให้เซลล์ตับถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น เมื่อเซลล์ตับตายลงถึงระดับหนึ่ง จะมีการสร้างพังผืดขึ้นที่บริเวณนั้นในลักษณะคล้ายแผลเป็นทำให้เนื้อตับที่เคยอ่อนนุ่มแข็งตัวขึ้น เกิดอาการที่เรียกว่า “ตับแข็ง” ในที่สุด ตับเป็นเสมือนโรงงานสร้างพลังงานให้แก่ร่างกาย สร้างสารเคมีที่จำเป็น เช่น น้ำดี วิตามิน สารที่ทำให้เลือดแข็งตัวทั้งยังช่วยขจัดสารพิษในร่างกาย การสูญเสียเซลล์ตับเป็นการสูญเสียที่ถาวรและไม่มีการสร้างขึ้นทดแทน ความรุนแรงของโรคตับแข็งขึ้นอยู่กับปริมาณของเนื้อตับที่สูญเสียไปยังเนื้อตับถูกทำลายมาก โอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจะมีมากขึ้นด้วย

7. ระบบประสาทต่าง ๆ จะขาดการควบคุม ดังนี้ พิษต่อสมอง ระยะแรกจะกระตุ้นสมองให้จิตใจขุ่นมัว ลืมทุกขโศกชั่วคราว และเมื่อดื่มมากขึ้นแอลกอฮอล์จะอยู่ในกระแสเลือดมากขึ้นแตกต่างกัน และทำให้เกิดผลต่อสมองมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวงได้

การดื่มแอลกอฮอล์มาก ๆ ผลกระทบในระยะสั้น จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเมาค้าง ปวดศีรษะ ปวดท้อง (กระเพาะอาหารและลำไส้) จากผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและประเทศชาติ หลายมหาวิทยาลัยจึงถือว่ปัญหาการดื่มสุราของนักศึกษาเป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่แก้ไขอย่างจริงจัง (ชลธิชา โจรนแสง. 2550) จากการประชุมระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับเครือข่ายรองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา 23 สถาบัน ได้มีมาตรการดังนี้

1. ในเขต 500 เมตรจากรั้วสถานศึกษา ห้ามมิให้กรมสรรพสามิตออกใบอนุญาตขายสุราแก่ผู้ขอขายใหม่
2. ในการต่อใบอนุญาต ซึ่งจะดำเนินการกันในปีต่อปีนั้น ในเขต 500 เมตรจากรั้วสถานศึกษา กรมสรรพสามิตจะต่อใบอนุญาตขายสุราแก่ร้านใดหรือผู้ใด ร้านนั้นหรือผู้ขายสุรารายนั้นจะต้องไม่ถูกคัดค้านเป็นลายลักษณ์อักษรจากอธิการบดีหรือผู้อำนวยการสถานศึกษา
3. ถ้าร้านใดหรือผู้ขายสุรา โดยละเมิดกฎหมายในเขต 500 เมตร จากรั้วสถานศึกษา เช่น ขายเกินเวลา หรือขายให้แก่ผู้ที่อายุต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด สถานศึกษาสามารถร้องขอให้กรมสรรพสามิตเพิกถอนใบอนุญาตขายสุรา ได้ก่อนเวลาที่จะหมดระยะเวลาอนุญาตในตอนสิ้นปี
4. ในเขต 500 เมตรจากรั้วสถานศึกษา ห้ามมิให้ผู้ได้รับใบอนุญาตขายสุรา ขายสุราแก่ผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรืออายุยังไม่ครบ 20 ปี บริบูรณ์

รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีพ.ศ. 2551 ในมาตรา 31 ข้อที่ (4) ห้ามมิให้ผู้ใดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษา

ตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ และห้ามผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ตามมาตรา 29 ทั้งนี้เพื่อเป็นการควบคุมแอลกอฮอล์ สร้างความตระหนักถึงพิษภัยของแอลกอฮอล์ และตลอดจนป้องกันเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย

จากการศึกษาของชลธิชา วจนแสง (2550) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราในครั้งแรกในช่วงอายุ 18 ปี ซึ่งตรงกับช่วงอายุของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เคยดื่มสุราในบริเวณมหาวิทยาลัย และสถานที่ที่ใช้เป็นที่ดื่มสุราในบริเวณมหาวิทยาลัยมากที่สุด คือ หอพัก ร้อยละ 38.2 สาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุรามากที่สุด คือเพื่อนชวน ร้อยละ 30.90 นักศึกษาส่วนใหญ่บอกว่าการดื่มสุราไม่มีผลกระทบต่อการเรียน (ร้อยละ 80.2) และในอนาคตก็ยังคงดื่มสุราเป็นบางครั้งบางคราวต่อไป (ร้อยละ 80.2) พฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่เรียนในกลุ่มสาขาวิชาต่างกันมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเรื่องเกี่ยวกับช่วงอายุที่มีประสบการณ์ครั้งแรกในการดื่มสุรา ชนิดของสุราที่ดื่มในครั้งแรก บุคคลที่ร่วมดื่มสุราในครั้งแรก ความรู้สึกในการดื่มสุราในครั้งแรก ปริมาณการดื่มสุราในครั้งแรก ชนิดของสุราที่ดื่มในปัจจุบัน ความถี่ในการดื่มสุราในปัจจุบัน ช่วงเวลาในการดื่มสุราในปัจจุบัน โอกาสหรือเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา บุคคลที่ร่วมดื่ม ปริมาณการดื่ม ระยะเวลาการดื่มในแต่ละครั้ง ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สาเหตุของการดื่มสุราในครั้งแรก รสชาติของสุราที่ดื่มครั้งแรก เหตุผลที่ชอบดื่มสุราในปัจจุบัน สถานที่ในการดื่มสุรา การดื่มสุราในบริเวณมหาวิทยาลัย สถานที่ที่ดื่มสุราในมหาวิทยาลัย สาเหตุที่ดื่มสุราในปัจจุบัน แหล่งที่ซื้อสุรากิจกรรมที่ทำระหว่างการดื่มสุรา วิธีการดื่มสุรา การใช้สารหรือสิ่งเสพติดที่ใช้ในขณะที่ดื่มสุรา แหล่งเงินที่ใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรา กิจกรรมที่ทำหลังจากดื่มสุรา ความรู้สึกหลังจากการดื่มสุรา สุรากับผลการเรียนและโอกาสของการดื่มสุราในอนาคต โดยให้ข้อเสนอแนะว่า มหาวิทยาลัยควรมีมาตรการ กฎระเบียบ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในมหาวิทยาลัย ควรร่วมมือป้องกันการเปิดสถานบันเทิงและร้านขายสุราใกล้สถานศึกษา มหาวิทยาลัยต้องมีมาตรการในการกวดขันหรือมีการรณรงค์ในกิจกรรมการรับน้องใหม่ ไม่ให้มีสุราเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรม สร้างความรู้ความเข้าใจในการคบเพื่อนที่ดี

จากการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์ เฉลิมศรี นันทวรรณ และรัตนาวดี ขอนตะวัน (2553 :36 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 มีเพียงร้อยละ 13.1 ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์ พบเป็นเพศชายร้อยละ 15.7 เพศหญิงร้อยละ 10.9 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า วัยรุ่นรับรู้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรค และมีผลทำให้สังคมรังเกียจ แต่วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการดื่มจะมีการรับรู้และทัศนคติเชิงบวกต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีคะแนนสูงสุดคือการที่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วทำให้เขากลับมาแสดงออก และความสนุกสนาน กลุ่มดื่มเป็นกลุ่มที่แสวงหาความสุขจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าวัยรุ่นทั่วไป และพบว่าปัญหาความเครียดจะกระตุ้นให้

ดื่มน้ำมากที่สุด โอกาสที่มีเพื่อนชวน บรรยายภาคเชื้อและการที่มีการแจกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นสภาพแวดล้อมที่ทำให้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของจรรยา เศรษฐพงษ์ (2550: 101) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากวัยรุ่นมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม มีกิจกรรมร่วมกันทั้งในด้านการเรียน การพบปะสังสรรค์ รวมทั้งเป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่สังคม เพื่อนจะเข้ามามีบทบาทสูง กิจกรรมที่วัยรุ่นนิยมใช้เพื่อนำมาพบปะสังสรรค์กันคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โดยเชื่อว่าการดื่มสุราช่วยให้มีความสุขสนุกสนานเฮฮา

สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิรักษ์ ไชยรักษ์ และคณะ (2553) พบว่า มูลเหตุและแรงจูงใจในการดื่มสุราส่วนใหญ่เพราะต้องการเข้าสังคม ร้อยละ 16.9 รองลงมาคือเพื่อนชวน ร้อยละ 15.2 และคลายเครียดร้อยละ 13.9 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษาได้มาเรียนรู้และดำเนินชีวิตห่างจากครอบครัว ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นผู้คอยแนะนำตักเตือน และให้คำปรึกษาเรื่องต่าง ๆ เมื่อมาอยู่หอพักสภาพแวดล้อมและสังคมเปลี่ยนแปลงไป นักศึกษาต้องตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเองจึงขาดการยั้งคิด การมาอยู่รวมกลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลทำให้มีโอกาสในการดื่มสุรามากขึ้น อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 16 – 18 ปี ร้อยละ 31.0 สุราที่ดื่มในครั้งแรกคือ เบียร์ ร้อยละ 40.1 สถานที่ดื่มในมหาวิทยาลัยมากที่สุดคือ หอพักนักศึกษา ร้อยละ 9.2 ส่วนมากมีการสูบบุหรี่ ร่วมด้วยร้อยละ 25.6 นักศึกษาเคยประสบอุบัติเหตุขณะดื่มสุรา ร้อยละ 19.0 ส่วนใหญ่จะดื่ม 1 - 2 ครั้ง / เดือน ส่วนมากหลังดื่มจะกลับไปนอนชี้ให้เห็นว่าเวลาที่ใช้ในการดื่มมาทดแทนเวลาที่ควรใช้เพื่อการอ่านหนังสือ ทบทวนวิชาเรียน หรือทำการบ้านเพื่อส่งอาจารย์ และจำแนกพฤติกรรมกรรมการดื่มระหว่างสำนักวิชา พบว่า นักศึกษาสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม สำนักวิชาเทคโนโลยีการเกษตร สำนักวิชาแพทย์ และสำนักวิชาวิทยาศาสตร์ มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาย้อนหลังของ Linakis, James G. et al. (2009) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นอายุ 13 – 20 ปี เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางรถยนต์ การฆ่าตัวตาย ฆาตกรรม การพลัดตกหกล้ม การจมน้ำ การบาดเจ็บอื่น ๆ ที่มารับการรักษาพยาบาลที่แผนกปัจจุบันพยาบาล และพบว่าส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ระหว่างเที่ยงคืน – 6 โมงเช้า พบน้อยในช่วงเที่ยง – 6 โมงเย็น โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .0001

3) การใช้ความรุนแรงแก้ปัญหา (violence) และด้านความปลอดภัย (safety) ปัญหาความรุนแรงในเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ การตาย บาดเจ็บและพิการจากการถูกทำร้ายก่อนวัยอันควรเป็นภาวะและการสูญเสียทางสังคม ผลกระทบไม่เกิดเฉพาะผู้กระทำ หรือผู้ถูกกระทำเท่านั้น หากแต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาระต่อการจัดบริการทางสังคม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2002) อ้าง

ถึงใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข – เซอร์เรอร์ และคณะ . 2551) ระบุว่าเด็กและเยาวชนไทยเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายปีละ 6.2 คนต่อแสนประชากร การใช้ความรุนแรง หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ การเข้าร่วมกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทางวาจา การรังแก ตบตี หรือต่อสู้ การพกพาอาวุธ ทำลายข้าวของ สาธารณะ การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การขโมย การข่มขืน และการฆ่าตัวตาย ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงพบได้บ่อยร้อยละ 4 – 6 ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ร่วมกับพ่อแม่ที่มีปัญหาในบุคลิกภาพ หรือเป็นผลมาจากการเลี้ยงดู พบมากในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันสูง หรือรังเกียจ ไม่รักเด็ก ครอบครัวที่พ่อแม่ติดเหล้า ติดยา หรือทารุณทางเพศกับเด็ก

ปัญหาการทะเลาะวิวาท หรืออาจเรียกว่าการยกพวกตีกันเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เนื่องจากวัยรุ่นมีความก้าวร้าวรุนแรงและมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม การทะเลาะวิวาทมักเกิดจากความคึกคะนองและจากพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลง วัยรุ่นบางกลุ่มมีความเชื่อเรื่องสถาบัน โดยรูปแบบของการทะเลาะวิวาทมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากอดีตนักเรียนที่ทะเลาะกันจะใช้เพียงการชกต่อยหรือตีกันด้วยไม้ แต่ในระยะหลังมีการใช้อาวุธ เช่น มีด ปืน หรือท่อนเหล็ก วัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ยกพวกตีกันมักจะเป็นกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งมักเป็นนักเรียนชาย มีอายุประมาณ 15 ถึง 18 ปี ในกลุ่มช่างกลกับช่างก่อสร้าง (พรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539) โดยวัยรุ่นกลุ่มนี้มองว่ากลุ่มคือชีวิตรวมหมู่ของพวกเขา ดังนั้นพวกเขาจึงต้องปกป้องกลุ่มและสมาชิกของกลุ่มเช่นเดียวกับปกป้องตัวเอง หรือร่วมมือกับเพื่อนในกลุ่มเพื่อสร้างความมั่นคงเข้มแข็งให้แก่กลุ่ม เมื่อมีกลุ่มอื่นมาทำร้าย ทำให้กลุ่มตนเองรู้สึกอ่อนแอ ถูกกลบหลู่ ดูหมิ่นศักดิ์ศรี จึงต้องใช้ความรุนแรงทุกวิถีทางในการตอบโต้ กลุ่มวัยรุ่นเหล่านี้มักจะตีกันในสถานที่สาธารณะ เช่น ตามป้ายรถเมล์ บนรถเมล์ หรือในการแสดงคอนเสิร์ต ซึ่งทำให้มีผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิตจากเหตุทะเลาะวิวาทอยู่เสมอ อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่า เด็กนักเรียนหญิงในชั้นมัธยมศึกษามีแนวโน้มการก่อเหตุทะเลาะวิวาท และใช้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไม่พอใจที่เพื่อนดีเด่นกว่าตน หรือหลงรักชายหนุ่มคนเดียวกัน นอกจากนี้ประเด็นปัญหาวัยรุ่นที่สังคมให้ความสนใจมากยิ่งขึ้นได้แก่ ปัญหาการใช้ความรุนแรงในการรับน้องใหม่ของรุ่นพี่ในสถานศึกษา และปัญหาแก๊งมอเตอร์ไซด์ ซึ่งเป็นต้น จากการศึกษารายการของจรรยา เศรษฐพงศ์ (2550) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบ 1 ใน 4 มีการทะเลาะวิวาทชกต่อย การแก้ไขปัญหานี้ควรแก้ไขที่ระบบครอบครัว พ่อแม่ควรมีเวลาควบคุม มีเจตคติในการอบรมเลี้ยงดูให้ถูกต้อง อย่างเข้าใจ ใช้เหตุผล มีความประนีประนอมให้ความเป็นธรรมในระหว่างพี่น้อง ให้ความรักความอบอุ่นเพียงพอจะช่วยลดปัญหานี้ได้

สำหรับการฆ่าตัวตาย เนื่องจากวัยรุ่นมักชอบเปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่น มองตัวเองในแง่ลบ วิตกกังวลในอนาคตของตน ความผิดหวังในเรื่องการเรียน การสอบและทำใจไม่ได้ มีปัญหาน้อยใจพ่อแม่ มีปมด้อย ทำให้ถึงขั้นท้อใจและคิดสั้น วัยรุ่นมีอารมณ์รุนแรง ภู่วาม ปราศจากการยั้งคิด มีมุมมองความตายว่า

การตาย หมายถึง การได้อิสรภาพเหมือนการหนีออกจากบ้าน พวกเขาโกรธพ่อแม่และทำลงไปเพื่อให้พ่อแม่เสียใจ หรือทำลงไปเพราะต้องการลงโทษตัวเอง สถิติการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นทั่วโลกพบประมาณ 1 ล้านคนที่ทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ และประมาณ 10 – 20 ล้านคนพยายามฆ่าตัวตาย (Juan. Wang 2010 : 180) ในประเทศไทยกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี พบว่าวัยรุ่นหญิงฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นชาย แต่วัยรุ่นชายฆ่าตัวตายจริงมากกว่าวัยรุ่นหญิงประมาณ 3 เท่า ปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นพบอัตรา 6.6, 11.1 และ 15.0 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2542 - 2544 ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต. 2546) ซึ่งสาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากครอบครัวและเพื่อน การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยปกป้องวัยรุ่นจากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวได้

การใช้ความรุนแรงยังรวมถึงปัญหาอาชญากรรมและการกระทำผิดกฎหมาย วัยรุ่นที่ประกอบอาชญากรรม หรือกระทำผิดกฎหมายมักจะมาจากครอบครัวที่แตกแยก ขาดความอบอุ่น เมื่อมาพบกับเพื่อนที่มีพื้นฐานครอบครัวใกล้เคียงกันจึงใช้เวลาว่างในทางที่ไม่เกิดประโยชน์ โดยเริ่มจากการทำตัวเกเรหนีโรงเรียน ต่อมาก็หนีออกจากบ้านมาอยู่รวมกัน และอาจมีการรวมกลุ่มกันมั่วสุมทางเพศ หรือเสพยาเสพติด วัยรุ่นเหล่านี้ยังขาดความรู้ และทักษะในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเอง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเลี้ยงชีพโดยการประกอบอาชญากรรม เช่น การลักขโมย การปล้นจี้ชิงทรัพย์ การค้ายาเสพติด หรือขายบริการทางเพศ เป็นต้น การที่วัยรุ่นหนีออกจากบ้านมักมาจากสาเหตุของความคับแค้นใจในตัวพ่อแม่ พบมากในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันสูงหรือรังเกียจไม่รักเด็ก ครอบครัวที่พ่อแม่ติดเหล้า ติดยา หรือหารู้นทางเพศกับเด็ก มากกว่าหนีเพราะต้องการอยากเรียนรู้ชีวิต ดังนั้นจึงควรสืบค้นข้อมูลที่กระจ่างชัด จึงจะเข้าไปช่วยเหลือวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้เหมาะสม (คณะอนุกรรมการด้านครอบครัว. 2540 : 164)

ด้านความปลอดภัย เนื่องจากวัยรุ่นมีความคิดคะนอง ต้องการความรวดเร็วขาดความระมัดระวังทางการคมนาคมทำให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุทางการจราจรทางบก สร้างความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินรวมทั้งส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจของประเทศชาติโดยรวม พฤติกรรมเสี่ยงด้านความปลอดภัยเป็นการกระทำที่นำไปสู่การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ การขับขี่ซ้อนท้ายจักรยานยนต์มากกว่า 2 คน การไม่ข้ามถนนบริเวณทางข้าม การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับขี่โดยไม่ยึดหลักกฎจราจร ขับขี่ด้วยความเร็ว ขับรถย้อนศร ขับขี่ภายหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของจรรยา เศรษฐพงศ์ (2550) พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกกันน็อคขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ เนื่องจากไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญและอันตรายในการขับขี่ และในปัจจุบันสภาพการจราจรที่ติดขัดและเร่งรีบตลอดจนต้องการให้เกิดความคล่องตัว กลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องใช้รถจักรยานยนต์ในการเดินทาง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะ

ซัปรดยนต์หรือนั่งในรถยนต์ โดยให้เหตุผลว่ารู้สึกอึดอัดไม่สะดวกสบาย และบางคนเห็นว่าเป็นระยะทาง
ขบขันไป ๆ

4) การ**ใช้ยาเสพติด (drug abuse)** กระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดนโยบายการป้องกันและ
แก้ปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาเป็นนโยบายสำคัญและเร่งด่วน ที่ทุกสถานศึกษาและหน่วยงานที่
สังกัดต้องถือปฏิบัติโดยให้ดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ยาเสพติด หมายถึง สารหรือยาที่อาจเป็น
ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อบุคคลใดเสพหรือรับเข้าสู่ร่างกายซ้ำ ๆ กัน ไม่ว่าจะ
โดยวิธีใด ๆ เป็นช่วงระยะหรือนานติดต่อกันก็ตาม จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ใต้อิทธิพลของสารนั้นทั้ง
ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอาจต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้สุขภาพของผู้เสพนั้นทรุด
โทรมลง เมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วไม่ได้เสพจะมีอาการผิดปกติทางจิตใจ หรือรวมทั้งทางด้านร่างกาย
เกิดขึ้นในผู้เสพได้ ยาเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้แก่

1. ยาเสพติดประเภท 1 เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง ไม่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น
เฮโรอีน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน แอลเอสดี และเอ็กซ์ตาซี
2. ยาเสพติดประเภท 2 เป็นยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น ผีน มอร์ฟีน โคเคน หรือ โคเคอีน และ เม
ทาโดน
3. ยาเสพติดประเภท 3 เป็นยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสมอยู่ เช่น ยาแก้
ไอที่มีโคเคอีนผสมอยู่
4. ยาเสพติดประเภท 4 เป็นสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2
เช่น อาเซติคแอนไฮไดรด์ อาเซติลคลอไรด์ เอทิลดีน ไดอาเซเตท ไลเซอร์จิคอาซิค
5. ยาเสพติดประเภท 5 เป็นยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึง ประเภท 4 เช่น พืช
กัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น ซึ่งหมายรวมถึงพันธุ์ฝิ่น เมล็ดฝิ่น ก้านฝิ่น ฟางฝิ่น พืชเห็ดขี้ควาย

ยาเสพติดเป็นสิ่งที่เร้าใจและมีอันตรายอย่างใหญ่หลวงต่อวัยรุ่น เป็นปัญหาที่น่าเป็นห่วง
โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีความคิดคะนอง วัยรุ่นจะมีความอยากรู้อยากทดลอง มีอารมณ์อ่อนไหว แปรปรวน
ง่ายและมีความคิดเห็นที่เป็นอิสระ จึงสร้างค่านิยมขึ้นมาในกลุ่มวัยรุ่นเองว่าจะโก้ และเป็นที่ถูกใจใน
เพศตรงข้าม (สันติ จัยสิน และคณะ. 2544) วัยรุ่นจะเสพสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ เมื่อตนมีโอกาส โดย
มองข้ามโทษภัยของสิ่งเสพติดเหล่านั้นไป สาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นติดยาเสพติดนอกจากความคิด
คะนองอยากลอง ได้แก่ การแสวงหาทางออกเมื่อเกิดปัญหาในชีวิต สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก
ครอบครัวที่มีผู้ติดยาหรือมียาเสพติด การใช้เวลาว่างในทางที่ผิด และการถูกชักชวนหรือล่อลวงโดย
รู้เท่าไม่ถึงการณ์ (สมภพ เรืองตระกูล. 2543) เมื่อมีการสะสมความกดดันที่เกิดจากปัญหาในครอบครัว
หรือปัญหาการเรียน ปัญหาการคบเพื่อน ปัญหาความรัก และมีเพื่อนที่เสพยาเสพติดชักชวนและบรรยายถึง

ผลที่ได้รับจากยาเสพติดติดประกอบกับเป็นวัยที่ยากู้ยากเห็น อยากลองและชอบประชดประชันซึ่งนำไปสู่การใช้ยาเสพติดจากครั้งแรกไปสู่การเสพติดประจำได้ (สุชา จันทน์หอม และคณะอ้างใน โสภา ซปีลมันท์ .2547) วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มใช้ยาเสพติดที่ถูกกฎหมายก่อน คือ เหล้า บุหรี่ แล้วค่อยเริ่มเป็นยาเสพติดประเภทอื่น ปัจจุบันยาเสพติดมีหลายชนิด ทั้งยากระตุ้นประสาท ยาหลอนประสาท ยากล่อมประสาท และยาที่ช่วยกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ ซึ่งล้วนแต่เป็นอันตรายต่อผู้เสพทั้งสิ้น วัยรุ่นส่วนใหญ่นิยมใช้ยาบ้า เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์แรงและวิธีใช้ง่าย ส่วนโคเคน เอ็กซ์ตาซี และยาเค แพร์ระบาดอยู่เฉพาะกลุ่มผู้ใช้ในสถานบันเทิง และกลุ่มวัยรุ่นที่มีฐานะดี (เสาวนีย์ ภูซุม. 2553)

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ง่าย เนื่องจากกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดเป็นกลุ่มผลประโยชน์ของบุคคลที่ไว้คุณธรรมเป็นผู้ทำการค้าบนความทุกข์ของมนุษยชาติ เป็นขบวนการที่มีความเข้มแข็งและยากที่จะกวาดล้างได้ ทำให้เด็กและเยาวชนตกเป็นทาสของยาเสพติด (โสภา ซปีลมันท์. 2547) จากสถิติผู้เข้ารับการรักษาทั่วประเทศในปี 2545 โดยจำแนกตามอายุต่าง ๆ พบว่า ทั้งหญิงและชายอายุที่เข้าครั้งแรก คือ 15 - 19 ปีเช่นกัน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน ทั้งนี้พบว่า กลุ่มอายุส่วนใหญ่ที่เริ่มใช้ยาเสพติดมีความแตกต่างกันตามชนิดของยาเสพติด เช่น ผู้ที่เสพยาเฮโรอีนจะเริ่มใช้เมื่ออายุระหว่าง 15 - 19 ปี ผู้ที่เสพยาโคเคนจะเริ่มใช้เมื่ออายุระหว่าง 20 - 24 ปี ขณะที่ผู้เสพยาชาจะเริ่มใช้เมื่ออายุระหว่าง 15 - 19 ปี โดยกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ยาเสพติดทุกชนิดจะเริ่มใช้ในช่วงเด็กถึงเยาวชนทั้งสิ้น และมีแนวโน้มอายุที่ลดลง ด้านพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงจากการเสพอย่างเดียว เป็นเข้าไปเกี่ยวข้องกับการค้าด้วย จากหลายเหตุผล เช่น เพื่อให้สามารถมียาเสพติดไว้เสพ การหาเงินเพื่อไปเที่ยวตามสถานเริงรมย์ รวมทั้งใช้จ่ายในสิ่งฟุ่มเฟือยเพื่อสนองความต้องการของตนเอง และจากการศึกษาของสุลินดา จันทรเสนา ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ และอุบล นิวัติชัย (2549) พบว่า ผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นอันดับหนึ่งในประเภทสารเสพติดทั้งหมด จากรายงานสถิติผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2543 และพ.ศ. 2544 พบว่ามีผู้เข้ารับการรักษาจากการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 54.91 โดยพบว่าผู้เสพยาแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 33.26 และ 36.74 ของสถิติผู้เข้ารับการรักษาทั่วประเทศตามลำดับ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545) จากสถิติ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ยังพบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาจากการใช้แอมเฟตามีนมีถึงร้อยละ 71.96 ของผู้เสพยาเสพติดทั้งหมด พบเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยรุ่น โดยอยู่ในช่วงอายุ 20 - 24 ปี จำนวนมากที่สุดร้อยละ 20.92 ของผู้เสพยาแอมเฟตามีนทั่วประเทศ รองลงมาอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.34 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีนจะอยู่ในช่วงกำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ การกลับมาเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว และเป็นภาระในการ

รักษาพยาบาล จากการศึกษาของสุลินดา จันทระเสนา ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และอุบล นิวัติชัย (2549) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 78.0 มีอายุระหว่าง 18 – 21 ปี ร้อยละ 67.0 และพบว่าร้อยละ 60.0 หวนกลับมาเสพซ้ำภายใน 60 วัน อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ 1,500 – 10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 60.0 มีบิดามารดาอยู่ร่วมกันร้อยละ 58.0 เป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแอมเฟตามีนซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 66.0 แต่จากการศึกษาของจรรยา เศรษฐพงศ์ (2550 : 101) พบว่าวัยรุ่นที่สูบกัญชา กล่าวว่ากัญชา เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย และเป็นที่ยินยอมของคนในชุมชนเพื่อนำมาใช้เพิ่มรสชาติของอาหาร ทำให้รับประทาน อาหารได้มากขึ้น

การระบาดของสารเสพติดที่มากขึ้นทำให้รัฐบาลกำหนดแผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด การต่อต้านผู้สนับสนุนการกระทำผิด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดมีทั้งระบบสมัครใจ ระบบบังคับ ระบบ ต้องโทษ มีการเพิ่มบทลงโทษผู้เสพยาจะมีโทษติดคุก มีการรณรงค์ต่อต้านยาเสพติดในหลายรูปแบบ เช่น โครงการลานกีฬาต้านยาเสพติด โครงการโรงเรียนสีขาว เป็นต้น เมื่อศึกษาปัจจัยการกลับมาเสพติด พบว่า ความแตกต่างของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมยา ได้แก่ ความต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทาง จิตใจ มีสภาพจิตใจที่อ่อนแอ ขาดความไม่มั่นใจในตนเอง การกลับไปคบเพื่อนสนิทที่เสพยาแอมเฟตามีน การหักห้ามใจไม่ได้ มีเรื่องไม่สบายใจ ระยะเวลาในการติดแอมเฟตามีนจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพ โดยผู้ที่ติดสารเสพติดเป็นเวลานานมักขาดการสนใจในสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวภาพ ด้านชีวเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด พบว่าการ เสพสารเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน และโครงสร้างของโดปามีน นิวรอน (Dopamine neuron) และพบแนวโน้มว่ามีการบกพร่องของยีน (gene) ที่ควบคุมการทำงานของ โดปามีน (dopamine) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเสพติด ด้าน สภาพแวดล้อมพบว่าที่พักอาศัยอยู่ใกล้แหล่งขาย มีการใกล้ชิดติดสารเสพติด ตลอดจนความสะดวกในการ ซื้อหาจากเพื่อน ในสถานศึกษา ในชุมชน และพบว่ามีแหล่งขายยาเสพติดอยู่ภายในสถานศึกษา แต่ สถานศึกษาก็น่าจะเป็นแหล่งป้องกันและแก้ไขยาเสพติดให้เด็กวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ฝ้าสังเกต ระวังในอาการของเด็กที่เริ่มติดยา และนำไปรักษาแก้ไขได้ทัน การปลูกฝังความเข้าใจเรื่องโทษ ภัยของยาเสพติด การรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การนำกิจกรรมมาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจจะ สามารถช่วยให้วัยรุ่นห่างไกลจากยาเสพติดได้ รวมทั้งความรักและความเข้าใจภายในครอบครัวถือเป็น เกราะป้องกันยาเสพติดที่ดีที่สุด

5) **การมีเพศสัมพันธ์** ปัญหาด้านเพศได้เพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีความซับซ้อนในสังคม ครอบครัวปัจจุบันอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการล่มสลาย ศีลธรรมและวัฒนธรรมเสื่อมถอย พ่อแม่ไม่มีเวลาใน

การอบรมสั่งสอนและดูแลเด็กใกล้ชิด เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้เวลาเลี้ยงดูบุตรลดลง สื่อมวลชน และสิ่งต่าง ๆ ส่งเสริมให้คนทั่วไป แสดงความรู้สึกต่อกันง่าย ๆ โดยเห็นเป็นเรื่องธรรมดา ภาพยนตร์โป๊ รายการโทรทัศน์ สื่อโฆษณา หนังสือโป๊ โรงแรม่านรูดมีอยู่ทั่วไป ขณะที่วัยรุ่นถูกสอนมาให้ยับยั้งตัวเอง น้อยลง มีความเชื่อผิด ๆ ว่าชีวิตหนึ่งต้องมีการ “ขึ้นครุ” เพศชายต้องมีประสบการณ์ทางเพศสูงกว่าเพศหญิง ทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เริ่มต้นจากการมีแฟนเร็ว การเริ่มมีสัมผัสและเนื้อต้องตัว กอดจูบ อยู่กันตามลำพัง และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีกำบัง และการมีคู่นอนหลายคน ซึ่งเป็นการกระทำที่เพิ่มความเสี่ยงของการติดโรคเอดส์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของศรีศักดิ์ จามรมาน (อ้างใน วันทวี รุ่งแสง, 2547:101) พบว่า แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ ของวัยรุ่นชายมีอัตราใกล้เคียงเดิม ขณะที่วัยรุ่นหญิงมีอัตราการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น โดยปี 2545 นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 31.3 ปี 2547 มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 35.3 ส่วนนักเรียนหญิงปี 2545 มีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 9.9 ในปี 2547 มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.4 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 16 ปี ต่ำสุด 9 ปี สูงสุด 19 ปี โดยที่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 เกิดจากความสมัครใจ โดยเพศหญิงมีความต้องการแต่งงานกับคู่อีกที่ตนมีเพศสัมพันธ์ด้วย ขณะที่เพศชายไม่ต้องการแต่งงาน และส่วนใหญ่มีความคิดว่าเรื่องเพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องน่ากังวล ไม่รู้สึกผิด หรือต้องตำหนิกัน สอดคล้องกับการศึกษาของซุมศักดิ์ พุกษาพงษ์ (2551 อ้างถึงใน สกฤณา บุญรากร, 2552:184) ที่พบว่า นักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาว่าร้อยละ 50 มีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะ “เซ็กส์เอื้ออาทร” ระหว่างเพื่อนด้วยกัน ร้อยละ 70 มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 20 ปี ร้อยละ 5 มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี (ต่ำสุด 11 ปี) และในกลุ่มอายุ 15 - 23 ปี มีพฤติกรรมแลกเปลี่ยนคู่นอนมากขึ้น และจากการสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 16 - 21 ปี จาก 14 ประเทศทั่วโลก พบวัยรุ่นไทยนิยมมีคู่นอนมากกว่า 1 คนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 ขณะที่ค่าเฉลี่ยทั่วโลก เท่ากับร้อยละ 34 ขณะที่วัยรุ่นไทยเริ่มเรียนเรื่องเพศศึกษาช้าที่สุด คืออายุเฉลี่ย 13.5 ปี ขณะที่ค่าเฉลี่ยทั่วโลก เท่ากับ 12.2 ปี และพ่อแม่มีบทบาทในการสอนเรื่องเพศแก่ลูกเพียงร้อยละ 1 ขณะที่ค่าเฉลี่ยทั่วโลก เท่ากับร้อยละ 12

จากสภาพปัจจุบันที่วัยรุ่นได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้ารอบตัว ไม่ว่าจะเป็นทางหนังสือ สื่อโทรทัศน์ ภาพยนตร์ หรือทางอินเทอร์เน็ต ทำให้วัยรุ่นใช้เวลาไปกับเรื่องเพศมากขึ้น เมื่อวัยรุ่นชายหญิงเกิดความพึงพอใจกันและคิดว่านั้นคือความรักก็อาจจะมีเพศสัมพันธ์กัน หรืออาจมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้สมัครใจ เช่น การถูกล่วง และล่วงละเมิดทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์เพราะความอยากรู้อยากทดลองอาจส่งผลให้เกิดการตั้งครรรภ์ในวัยเรียน เนื่องจากการขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด และความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องหยุดพักการศึกษากลางคัน และเกิดปัญหาในอนาคต เช่น ขาดโอกาสทางการศึกษาทำให้ไม่สามารถหางานที่ดีได้ และมีรายได้ไม่พอเพียง เป็นต้น นอกจากนี้ วัยรุ่นยังไม่มีวุฒิภาวะ

พอที่จะทำหน้าที่พ่อแม่ได้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นอันตรายอย่างยิ่งทั้งต่อตัวแม่ และทารกในครรภ์หากแม่ขาดความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ก็จะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ อาจทำให้แม่และทารกในครรภ์พิการหรือเสียชีวิต การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจส่งผลให้เด็กคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ หรือพิการ และตกเป็นภาระของสังคม ปัจจุบันมีกฎหมายห้ามไล่นักเรียนที่ตั้งครรภ์ออกจากการศึกษาเล่าเรียน แต่วัยรุ่นก็ต้องลาออกเองและส่วนมากจะไม่กลับไปศึกษาต่อ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านจิตใจเนื่องจากได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลรอบข้างน้อยมาก ทั้งยังขาดคนช่วยเหลือทั้งด้านกำลังใจและกำลังเงิน จากสถิติพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 20 - 30 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และเป็นร้อยละ 19 ของวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปีที่มีเพศสัมพันธ์ ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ ร้อยละ 30 มีการทำแท้ง ร้อยละ 14 เป็นการแท้งเอง และร้อยละ 56 มีการคลอดบุตร ซึ่งบุตรที่คลอดออกมามักมีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวน้อย เสียชีวิตหลังคลอด และร้อยละ 10 ถูกทิ้งไว้ในโรงพยาบาล คิดเป็นอัตราเฉลี่ยวันละ 2.61 คนต่อแสนประชากร (อ้างถึงใน สกฤณา บุญนารากร . 2552:184 - 185) จากการศึกษาของ Aletha Y. Akers, et.al. (2011) พบว่า พฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นจะเริ่มจากการจูบ การสัมผัสผ่านม สัมผัสอวัยวะเพศ จับอวัยวะเพศของฝ่ายตรงข้าม ใช้ปากในการทำโอษฐกรรม และใช้อวัยวะเพศตามมา หากวัยรุ่นทราบขั้นตอนที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ควรหลีกเลี่ยงการอยู่กันตามลำพัง การถูกเนื้อตัวกัน ก็จะสามารถป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ได้

ปัญหาสำคัญที่ตามมาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือ ปัญหาการทำแท้ง จากรายงานศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นของโรงพยาบาลรามาริบัติ ประมาณการว่ามีวัยรุ่นทำแท้งถึงปีละ 3 แสนคน หรือวันละ 1,000 คน และผลการวิจัยพบว่าผู้หญิงร้อยละ 29.9 เคยทำแท้งตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 20 ปี ร้อยละ 2.7 เคยทำแท้งขณะเป็นนักศึกษา (อ้างถึงใน สกฤณา บุญนารากร . 2552:184 - 185) วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะเกิดความเครียดที่ทำให้พ่อแม่ และตนเองเดือดร้อน เกิดความอับอาย บางสถานศึกษาก็มีระเบียบให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ต้องลาออก สิ่งเหล่านี้จึงเป็นความกดดันทำให้วัยรุ่นหลายคนตัดสินใจทำแท้ง แต่การทำแท้งยังเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายหรือสังคมยังเห็นเป็นเรื่องที่ไม่สมควร ผู้ที่ทำแท้งมักใช้วิธีการลักลอบ โดยวิธีที่ไม่ทันสมัยและไม่ถูกต้องตามหลักการแพทย์ ทั้งที่รู้ว่าการทำแท้งมีอันตรายต่อชีวิต จิตใจ และสังคม ด้านร่างกายทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทั้งทางด้านการเจ็บป่วยและการตาย เช่น มดลูกทะลุ ปากมดลูกฉีกขาด การอักเสบติดเชื้อ ด้านจิตใจจะเกิดความสับสนและความขัดแย้งโดยแสดงพฤติกรรมในรูปของความโกรธ ก้าวร้าว มีพฤติกรรมถดถอย มีอาการสูญเสีย เสรีาโคก โดยจะแสดงอาการทางกาย เช่น ร้องไห้ คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ด้านสังคม ผู้ที่ทำแท้งมักจะมีปัญหาความสัมพันธ์กับฝ่ายชาย และปัญหาที่ไม่

สามารถพูดถึงการทำแท้งกับครอบครัว หรือเพื่อน เพื่อขอความช่วยเหลือได้ นอกจากนี้ยังวิตกกังวล กลัวความลับจะถูกเปิดเผยและกลัวผลในทางลบต่าง ๆ ที่จะเกิดกับตนในอนาคต

อีกปัญหาหนึ่งที่ตามมา คือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmitted Disease, STD) หมายถึง กลุ่มโรคที่สามารถแพร่ติดต่อกันได้ทางการร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อ โรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหา ได้แก่ ซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhoea) หนองในเทียม (Non – specific urogenital infection) กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum) แผลริมอ่อน (Chancroid) หูดหงอนไก่ (Condylomata acuminata, Genital warts) เริมที่อวัยวะเพศ (Genital herpes) รวมทั้งไวรัสตับอักเสบบี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้ามารับการรักษาอย่างถูกต้อง แต่เนื่องจากการเป็นโรคเหล่านี้จะถูกมองจากสังคมในแง่ไม่ดี วัยรุ่นจึงเกิดการอายและกลัวว่าผู้ปกครองหรือผู้อื่นจะรู้ จึงมักซุ่มยามารับประทานเอง ซึ่งทำให้เกิดอันตรายและเชื้อเกิดการดื้อยา ทำให้โรคลุกลามมากขึ้น เช่น ซิฟิลิส ถ้ารักษาไม่ถูกต้องอาการของโรคจะดำเนินสู่ระยะร้ายแรงอาจทำให้ตาบอด หูหนวก และสติปัญญาเสื่อมได้ นอกจากนี้ปัจจุบันโรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่สามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้และยังไม่มีวิธีรักษาให้หายขาด กำลังมีการแพร่ระบาดและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองการรักษาและสูญเสียทรัพยากรบุคคลไปก่อนเวลาอันควร จากการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV ในวัยรุ่นสูงขึ้นอย่างน่าวิตก เช่นการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาของจังหวัดเชียงราย พบอัตราความชุกของการติดเชื้อประมาณร้อยละ 2.5 โดยรูปแบบของการติดเชื้อเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในช่วงแรกที่มีการระบาดของเอดส์ วัยรุ่นชายติดเชื้อจากการไปซื้อบริการทางเพศกับหญิงขายบริการ แต่ในปัจจุบันการซื้อบริการทางเพศลดลง แต่เป็นการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมที่วัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย การศึกษาในกรุงเทพมหานครในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับบริการทางเพศ และอัตราการติดเชื้อในประชากรที่ศึกษาสูงเกือบร้อยละ 20 ในขณะที่เดียวกันวัยรุ่นชายเหล่านี้ก็มีเพื่อนหญิง จึงน่าจะเป็นช่องทางที่นำการแพร่เชื้อที่สำคัญ (ประเสริฐ ทองเจริญ และคณะ. 2547) ความรักความเข้าใจภายในครอบครัว ความดูแลเอาใจใส่ของพ่อแม่ ครู การสอนเพศศึกษา เพื่อให้วัยรุ่นรู้เท่าทันธรรมชาติและความต้องการทางเพศของตนเอง และเพศตรงข้าม รู้จักควบคุมความต้องการของตนเอง และระวังไม่ให้เกิดเป็นเหยื่อ หรือทำผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันปัญหาทางเพศของวัยรุ่น

6) **การออกกำลังกาย** การออกกำลังกายเป็นการสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ในประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Health and Human Services) มีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีภายในปี ค.ศ. 2010 จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ได้ผลดี คือการอบอุ่นร่างกายและการผ่อนคลายหลังการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การอบอุ่นร่างกายมีความสำคัญมากต่อการเพิ่มระบบไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและกล้ามเนื้อลาย เพิ่มออกซิเจนในเนื้อเยื่อ ช่วยให้ออกซิเจนในเนื้อเยื่อมากขึ้น ทำให้การเต้นของหัวใจและอุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น และมีการยืดหยุ่นของข้อต่อก่อนที่จะมีการออกกำลังกาย การอบอุ่นร่างกายไม่ควรใช้เวลานานเกิน 7 – 10 นาที กิจกรรมการอบอุ่นร่างกาย ได้แก่ การเดินเร็ว การหมุนแขน การกระโดด เป็นต้น การออกกำลังกายจะทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ดังนั้นหลังจากที่ออกกำลังกายแล้ว ก็ควรมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งควรใช้เวลา 5 – 10 นาที เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว การผ่อนคลายจะช่วยให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ป้องกันการจับตัวของเลือดและลดอาการเวียนศีรษะ ช่วยกำจัดกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ และรักษาการไหลเวียนของเลือดให้เข้าสู่ปกติ ประโยชน์ของการออกกำลังกายช่วยให้บุคคลมีความสมดุลของสรีระร่างกาย ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของโรคอ้วน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมองอุดตัน ลดความเสี่ยงต่อภาวะเครียด และเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. 2553 : 146; สกฤณา บุญนารากร. 2552 :195) การออกกำลังกายเป็นประจำมีประโยชน์ต่อบุคคล ดังนี้

1. ผลของกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น หลอดเลือดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เปราะ มีความยืดหยุ่น เป็นผลให้การสูบฉีดโลหิตดีขึ้นโดยมีปริมาณเลือดที่สูบฉีดเพิ่มขึ้น ปริมาณออกซิเจนในเลือด เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่าผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายจะมีปริมาณเลือดที่สูบฉีดเพียง 15 – 20 ลิตรต่อนาที ในขณะที่คนออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีปริมาณเลือดที่สูบฉีด 35 – 40 ลิตรต่อนาที จำนวนเลือดกระจายไปทั่วถึงอวัยวะของร่างกาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ ได้รับอาหารและออกซิเจนปริมาณมากขึ้น การออกกำลังกายยังช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดโคโรนารี ระดับ High – Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 -30 ซึ่งเป็นตัวขนถ่ายสารไขมันออกจากระบบเลือดและลดระดับ Triglyceride, Low Density Lipoprotein (LDL) นอกจากนั้นยังช่วยลดระดับความดันโลหิต 7 – 10 mmHg การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 500 กิโลแคลอรี จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิด Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus ได้ร้อยละ 6

2. ผลต่อสมรรถภาพปอด ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้อากาศในปอดเพิ่มขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและกล้ามเนื้อกระบังลมแข็งแรงขึ้น เลือดไหลเวียนดีขึ้น การแลกเปลี่ยนกาซออกซิเจนและกาซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น อัตราการหายใจปกติช้าลง เพราะคุณภาพของการสูดอากาศดีขึ้น ซึ่ง

จะสูญเสียได้ลึกและแรง ทำให้คนที่ออกกำลังกายเป็นประจำสามารถทำงานได้ดีกว่า เหนื่อยน้อยกว่าและเมื่อเลิกงานแล้วจะหายเหนื่อยเร็วกว่าคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย

3. ผลต่อน้ำหนักร่างกาย การออกกำลังกายทำให้ได้ใช้พลังงานมากขึ้น เป็นผลให้ไขมันที่สะสมในร่างกายลดน้อยลง ช่วยการควบคุมน้ำหนัก เพิ่มอัตราการเผาผลาญอาหาร

4. ผลต่อการทรงตัว และการเคลื่อนไหว มีการทรงตัวดี ทำให้การเคลื่อนไหวคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉงทำให้มีความว่องไวและสามารถที่จะหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุได้เร็ว และทำให้มีความสัมพันธ์ของการทำงานกับอวัยวะอื่น ๆ ได้หลายอย่างในเวลาเดียวกัน

5. ผลต่อกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ทำให้การเคลื่อนไหวของกระดูกและข้อดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและความยืดหยุ่นมากขึ้น กล้ามเนื้อมีความแกร่งในกรณีที่เกิดการกระแทก จะช่วยลดการบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อได้ เส้นเลือดฝอยมีการกระจายในกล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนและสารอาหารมาเลี้ยงได้ดีขึ้น มีการเพิ่มของมวลกระดูก การสะสมมวลกระดูกให้มากที่สุดในช่วงวัยเด็กจะเป็นการป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ดี ซึ่งจะต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเป็นการออกกำลังกายที่ลงน้ำหนัก เช่นการออกกำลังกายกลางแจ้ง รับแสงแดดอ่อน ๆ ด้วยการเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ ดังนั้นการออกกำลังกายทำให้กระดูกมีความหนาและแข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะบริเวณที่มีกล้ามเนื้อห่อหุ้ม เอ็นของข้อต่อมีความเหนียวและหนามากขึ้น ทำให้ข้อต่อแข็งแรงสามารถเคลื่อนไหวได้เต็มศักยภาพ เยื่อข้อมีการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงในปริมาณที่เหมาะสม ช่วยให้สามารถเคลื่อนไหวได้คล่องตัว

6. ผลต่อระบบประสาท ทำให้ระบบประสาทสั่งงานกล้ามเนื้อต่าง ๆ ให้ทำงานประสานกันดีขึ้น การเคลื่อนไหวเป็นไปได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อวัยวะต่าง ๆ ทำงานดีขึ้น เช่น ระบบไหลเวียนเลือด การหลั่งของเหงื่อ การย่อยอาหาร การขับถ่าย ทำให้ขับถ่ายสะดวกเป็นเวลา ไม่เกิดภาวะท้องผูก ซึ่งสามารถป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ การออกกำลังกายยังมีผลต่อต่อมไร้ท่อต่าง ๆ โดยทำให้เกิดสารชนิดหนึ่งที่มีฤทธิ์คล้ายอินซูลิน ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และยังช่วยให้มีฮอร์โมนเพศ Testosterone ในชาย และฮอร์โมน Progesterone ในหญิง หลังออกกำลังกายมากขึ้น ทำให้เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ

7. ผลต่อระบบย่อยอาหารและขับถ่าย เมื่อออกกำลังกายจะใช้พลังงานสูง มีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น ร่างกายมีความต้องการอาหารสูงขึ้น การออกกำลังกายกระตุ้นระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายของเสียดีขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายแข็งแรงขึ้น สำหรับระบบการขับถ่ายของไตขณะออกกำลังกายเลือดไปสู่ไตน้อยลง แต่มีการดูดซึมของเหลวกลับคืนสู่ร่างกายได้มากขึ้น อัตราการกรองของไตลดลง เพราะของเสียถูกขับออกทางผิวหนังมากขึ้น และถ้าออกกำลังกายมาก เลือดจะมีความเป็นกรดมาก ไตจะช่วยกำจัดยูเรีย (uric acid) และครีตินิน (creatinine) โดยกำจัดไฮโดรเจนไอออน ออกมาจากท่อไต ปล่อยออกมาพร้อมกับปัสสาวะเป็นรูปของเกลือแลคเตทหลังออกกำลังกายอย่างหนัก

8. ผลต่อสุขภาพจิต มีสุขภาพจิตดี จิตใจสดชื่นแจ่มใส อารมณ์เยือกเย็น ไม่หุนหันพลันแล่น นอนหลับได้ดีและช่วยลดความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล เนื่องจากขณะออกกำลังกาย ร่างกายจะหลั่งสาร Endorphine ซึ่งมีคุณสมบัติต่อต้านความซึมเศร้า การเจ็บปวด พัฒนาสุขภาพจิตใจ ทำให้จิตใจสุขสบาย มีอารมณ์แจ่มใส สุขภาพจิตดี ช่วยป้องกันโรคจิต โรคประสาท เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยเพิ่มบุคลิกภาพ

9. ผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน มีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น ลดอุบัติการณ์ของโรคมาเร็ง เพิ่มการไหลเวียนของเม็ดเลือดขาว

แต่สถานการณ์การออกกำลังกายของคนไทย จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของประชาชนอายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่า ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 21.6 และเวลาเฉลี่ยของการออกกำลังกาย 21 – 30 นาที ร้อยละ 31.0 10 – 20 นาที ร้อยละ 21.6 และน้อยกว่า 10 นาที ร้อยละ 3.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2550 อ้างถึงใน นงนุช เพ็ชรร่วง และธิตติมาส หอมเทศ. 2551) ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 รัฐบาลได้กำหนดให้ประชาชนที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำ ร้อยละ 70 ขึ้นไป เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ แต่วัยรุ่นยังไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของสังคมมีอิทธิพลอย่างสูงต่อการออกกำลังกายและรูปแบบของการออกกำลังกาย เช่น ความแตกต่างระหว่างเพศ เชื้อชาติ หรือลักษณะสังคมเศรษฐกิจ โดยให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาเกี่ยวกับอากาศ และจากการที่มีการใช้เครื่องจักรกลต่าง ๆ ในการทำงานแทนคน การใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น ระยะทางในการเดินน้อยลง มีการใช้คอมพิวเตอร์เพิ่มมากขึ้นทั้งที่ทำงานและที่บ้าน มีการลดกิจกรรมนอกบ้านเนื่องจากกลัวอาชญากรรม และใช้เวลาในการดูโทรทัศน์และเล่นวีดีโอเกมส์มากขึ้น ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย (นงนุช เพ็ชรร่วง และธิตติมาส หอมเทศ. 2551: 85 - 96) จากการศึกษาของจรรยา เศรษฐพงศ์ (2550) พบว่า กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายจนเหงื่อออก หัวใจเต้นแรงขึ้นค่อนข้างน้อยมีเพียงร้อยละ 22.8 ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาที ในแต่ละวัน แสดงว่าวัยรุ่นมีการออกกำลังกายบ้าง แต่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคข่าวสารไร้พรมแดนวัยรุ่นให้ความสนใจกับการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ และนั่นหนทางการไปกับกิจกรรมประเภทอื่น ๆ เช่น การดูโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งดูโทรทัศน์มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน สถานการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ ความคิด การตัดสินใจ การกระทำและแสดงออกในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ยกพวกตีกัน การล่องล่เมิตทางเพศ เป็นต้น ผู้ปกครองและครู จึงควรสนับสนุนให้วัยรุ่นเล่นกีฬา โดยการหาอุปกรณ์กีฬา สนับสนุนให้ออกกำลังกาย การเล่นกีฬาจะช่วยให้เกิดความมั่นใจในตนเองเป็นที่ยอมรับ

ของเพื่อน รู้แพ้ รู้ชนะ รู้ภัย และมีสมรรถภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง และต้องรู้จักการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย และการปฐมพยาบาล

7. การรับประทานอาหาร อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตและสถานะสุขภาพ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง และมีภูมิต้านทานโรค อาหารที่มีประโยชน์ประกอบด้วยสารอาหาร 5 หมู่ครบถ้วน และมีความสมดุลของสารอาหารและสารชีวภาพที่จำเป็น รวมทั้งการเตรียมและการปรุงอาหารเพื่อการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภคมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ ปริมาณอาหาร และประเภทของอาหารที่บริโภค ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการเลือกประเภทอาหาร องค์ประกอบของอาหาร และวิธีการประกอบอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหารของวัยรุ่นในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากการที่เคยอยู่ร่วมกับบิดามารดา ต้องมาใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง หรือมาเช่าห้องพักอยู่กับเพื่อน ปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการที่ให้ผู้ปกครองดูแล มาเป็นดูแลและรับผิดชอบตนเอง (วิจิตร พูลเพิ่ม และชลลดา พันธุชิน. 2552 : 36 - 44) มีชีวิตที่เร่งรีบ ไม่มีใครมาตักเตือน แนะนำการดำเนินชีวิต และรับเอาวัฒนธรรมค่านิยมการบริโภคอาหารจวนตัวเข้ามา ประกอบกับอาศัยในหอพัก ชาดอุปกรณ์ และขาดทักษะในการปรุงอาหาร ไม่สามารถประกอบอาหารรับประทานเองได้ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วน ดื่มน้ำ กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง รวมถึงการงดรับประทานอาหารเช้า ใช้น้ำลดน้ำหนัก สำนักงานสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย (2552 : 93) สำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี พบว่า เพศชายร้อยละ 73.5 และเพศหญิงร้อยละ 69.6 กินอาหารครบ 3 มื้อ เพศชาย ร้อยละ 64.5 และเพศหญิงร้อยละ 58.4 งดอาหารมื้อเช้า เพศชายร้อยละ 20.7 และเพศหญิง ร้อยละ 23.7 งดอาหารกลางวัน เพศชายร้อยละ 14.9 และเพศหญิง ร้อยละ 17.9 งดอาหารเย็น โดยภาพรวมแหล่งอาหารมื้อเย็นนอกบ้านที่มีการกินมากที่สุดคือ ร้านอาหารตามสั่ง ร้อยละ 47.4 ตลาด ร้อยละ 42.3

การกินผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอส่งผลดีต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการป้องกันและชะลอการเกิดโรคเรื้อรังและโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกาย ทั้งนี้เพราะผักและผลไม้เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน แร่ธาตุ โยอาหาร และพฤกษเคมี (Phytochemicals) หลายชนิด สำนักงานสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย (2552 : 93) สำรวจพบว่าพฤติกรรมการรับประทานผักในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี เพศชายเฉลี่ย 1.7 ส่วนต่อวัน เพศหญิงเฉลี่ย 1.6 ส่วนต่อวัน พฤติกรรมการรับประทานผลไม้ เพศชายเฉลี่ย 1.6 ส่วนต่อวัน เพศหญิงเฉลี่ย 1.7 ส่วนต่อวัน เมื่อพิจารณาการกระจายของร้อยละของประชากรที่กินผักและผลไม้ตามส่วนบริโภคต่อวัน พบว่า ร้อยละ 37.4 กินผัก <1 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 28.1 กินผัก 1 - < 2 ส่วนต่อวัน และร้อยละ 42.9 กินผลไม้ <1 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 25.6 กินผลไม้ 1 - < 2 ส่วนต่อวัน เพศชายร้อยละ 17.8 กินผักและผลไม้เพียงพอตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภค (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน)

เพศหญิงร้อยละ 19.3 กินผักและผลไม้เพียงพอตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภค (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) และใน 30 วันที่ผ่านมา เพศชายร้อยละ 0.1 เพศหญิงร้อยละ 4.9 ใช้ยาลดความอ้วน แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ไม่รับประทานผักผลไม้ โดยไม่เห็นถึงความสำคัญ

และจากการศึกษาของจรรยา เศรษฐพงษ์ (2550) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 12.0 โดยพบว่าค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนร้อยละ 6.8 อาจเนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปตามความเจริญก้าวหน้าทางธุรกิจอาหาร อิทธิพลของสื่อ เทคโนโลยีและค่านิยมในการบริโภคอาหาร วัยรุ่นจะนิยมบริโภคอาหารจานด่วน เพราะสะดวกรวดเร็ว ทันใจ ทำให้ได้รับพลังงานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย และมีแนวโน้มได้รับอาหารที่มีโคเลสเตอรอล และแคลอรีสูง ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันวัยรุ่นบางกลุ่มมีการรับประทานอาหารที่น้อยเกินไปเพราะต้องการลดน้ำหนัก โดยมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น มีปริมาณน้อย งดอาหารบางมื้อ รับประทานอาหารที่มีพลังงานต่ำ รับประทานอาหารเสริมเพื่อควบคุมน้ำหนัก รับประทานอาหารและทำให้อาเจียน หรือใช้ยาระบายเป็นประจำ

สรุป นักศึกษาเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีความคิดเป็นของตนเอง เริ่มใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ให้ความสำคัญกับเพื่อน ไม่ต้องการอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ มีความอยากรู้อยากลอง มีความรู้สึกต้องการทางเพศ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมีทั้งครอบครัว สังคม กลุ่มเพื่อน พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ พฤติกรรมการใช้ความรุนแรง พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและไม่พร้อม พฤติกรรมยาเสพติด เหล้า บุหรี่ และพฤติกรรมการบริโภค หากค้นหาเอกลักษณ์และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในช่วงวัยนี้ออกมาในทางที่ดี และมีพัฒนาการสมวัย จะก้าวเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสุขไปตลอดจนเข้าวัยชรา แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน โน้มนำไปสู่ทางที่ผิด โดยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องความเสียหายจากพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ที่เบี่ยงเบน จะโน้มน้าวทำให้เส้นทางการดำเนินชีวิตไขว้เขวไปจากความดีงามอันเป็นเป้าประสงค์ และในความเสียหายบางอย่างอาจน่ากลับให้คืนดีไม่ได้ กลายเป็นสิ่งผิดพลาดที่ติดตัวไปตลอดชีวิต ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงและส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ตอนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมส่วนตัว เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ ลักษณะบุคลิกภาพ และด้านอื่น ๆ รวมทั้งพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ เป็น

การกระทำและนิสัยที่เกี่ยวกับการคงไว้ ส่งเสริม ฟิ้นฟูสุขภาพ ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ไว้ เป็นการแสดงออก หรือการกระทำของบุคคลซึ่งก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชน โดยพฤติกรรมสุขภาพเป็นความสามารถในการแสดงออกทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพอาจแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ (กุลวดี โจรณีไพศาลกิจ. 2552)

1) พฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นต้น และพฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับหรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น ซึ่งพันธุทิพย์ รามสูตร (อ้างใน กุลวดี โจรณีไพศาลกิจ. 2552 :12) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมนี้อาจเรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เพราะเป็นพฤติกรรมของผู้มีสภาวะสุขภาพปกติ หรือไม่มีอาการเจ็บป่วยปรากฏ

2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่ามีคามผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ อาจมีการแสดงออกแตกต่างกัน เช่น บางคนนอนพักรับประทานยา สังเกตอาการ หรือไปพบแพทย์

3) พฤติกรรมบทบาทการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่ง หรือคำแนะนำของผู้ที่ให้การรักษาพยาบาล เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้นำความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องของทุกภาคส่วนที่จะต้องผลานความร่วมมือกัน มีผู้ให้ความหมายในกฎบัตรออตตาวา (WHO. 1986) ว่าเป็นกระบวนการของการทำให้ประชาชนมีศักยภาพ มีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และในการทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ซึ่งรวมถึงการกระทำใด ๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขหรือสถานการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ โดยกลยุทธ์ต่าง ๆ เป็นการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Green and Kreuter (2005) ระบุว่าหมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการณ์การดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่

สมบูรณ การกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้นอาจเป็นระดับบุคคล หรือชุมชนย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชนโดยรวม

Murray & Zentner (1993) ให้ความหมายว่าเป็น กลุ่มกิจกรรมที่ช่วยยกระดับของสุขภาพและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น รวมถึงการที่แต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อมและสังคม ได้ประจักษ์ในศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพมีลักษณะเป็นธรรมชาติที่บุคคล ครอบครัว หรือชุมชน

Pender, Murdaugh & Parsons (2006 :7) ให้ความหมายว่า เป็นการกระตุ้นทางด้านพฤติกรรม เพื่อต้องการที่จะให้มีสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

โดยสรุป การส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนสังคม ให้สามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเพื่อนำไปสู่ภาวะที่มีสุขภาพดี เป็นกระบวนการส่งเสริมศักยภาพกระตุ้นพฤติกรรมของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนสังคม ให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณและสมดุลทั้งทางด้านสติปัญญาร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นการกระทำสุดท้ายที่เกิดขึ้นในรูปแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะคงอยู่อย่างยั่งยืนในนักศึกษา และเพื่อผลต่อสุขภาพในทางบวก และสามารถนำไปดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่นักศึกษาเอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองโดยมีการดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพ หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของมีนเมา เพื่อส่งเสริมตนให้ปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตราย

2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย (physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวหัวใจกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยประเินถึงการกระทำและความสม่ำเสมอ รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3. ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

5. การพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกเป็น โภชนาการและการออกกำลังกาย ด้านอุบัติเหตุและการใช้ความรุนแรงแก้ปัญหา ด้านเพศสัมพันธ์ และด้านสิ่งเสพติด ซึ่งครอบคลุมใน 3 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย และโภชนาการ ส่วนทักษะชีวิต ครอบคลุมใน 3 ด้าน คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

ด้านการป้องกันโรค ได้มีการพัฒนาแบบจำลองขึ้นเพื่อทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องของสุขภาพอนามัย โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่ สนใจและอื่น ๆ แบบจำลองด้านการป้องกันโรคที่แพร่หลายคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model :HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model :HBM)

Rosenstock et al. (1988 อ้างใน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. 2553) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ว่า คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะประพฤติดีความเสี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย

ต่อมา Becker et al. (1997 อ้างใน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. 2553) ได้อธิบายว่าความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค อันประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในสถานการณ์การเจ็บป่วย โดยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือโอกาสในการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อฐานะทางสังคมของบุคคล ถ้าบุคคลมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จดจำข้อเสนอนั้นได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค (Perceived Benefit) เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย รวมถึงมีความเข้าใจในคำแนะนำและความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ อาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสบายหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ดังนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประสิทธิภาพในทางบวก สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ

ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้างทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วย

ความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ในแบบจำลองเป็นดังนี้ การรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการมีสุขภาพซึ่งเชื่อว่าจะมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม การเลือกแนวทางการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการเปรียบเทียบพิจารณาข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีมากและข้อเสียหรืออุปสรรคน้อยก็จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกิดขึ้น ถ้าความพร้อมมีน้อยข้อเสียหรืออุปสรรคมีมากก็จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีมากในขณะที่ข้อเสียหรืออุปสรรคมีมากเช่นกันก็จะทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง และอาจมีปฏิกิริยาออกมาใน 2 ลักษณะคือ 1) พยายามหนีจากสถานการณ์นั้นเพื่อผลทางด้านจิตใจหรือปฏิบัติกิจกรรมอย่างอื่นซึ่งอาจไม่มีผลในการลดภาวะอันตรายที่มีอยู่ หรือ 2) มีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมาก ซึ่งอาจทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถคิดอย่างมีเป้าหมายหรือลงมือปฏิบัติพฤติกรรมอย่างมีเหตุผลได้

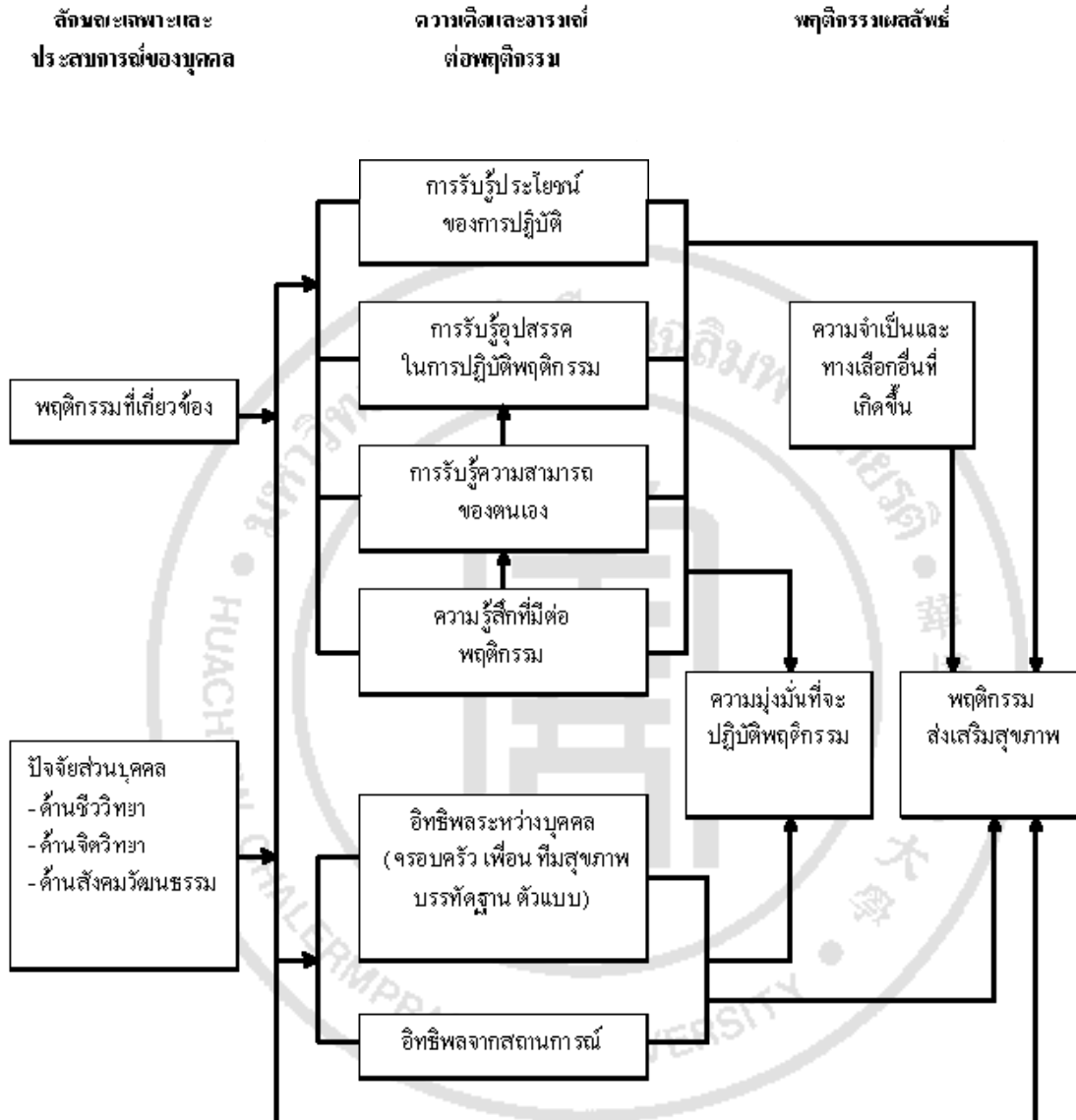
การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงทำให้มีพลังหรือแรงขับที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะทำให้สามารถเลือกแนวทางการปฏิบัติได้ แต่การปฏิบัติจะยังไม่ปรากฏต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น ซึ่งแต่ละคนต้องการกระตุ้นในระดับที่ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง ถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงสูงการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็จะเพียงพอทางตรงกันข้าม ถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่ำต้องใช้ปัจจัยการกระตุ้นที่สูงขึ้น ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดดังแผนภาพ



ภาพ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่มา (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. 2006: 39 อ้างใน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. 2553)

Pender ได้พัฒนารูปแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Pender's Health Promotion Model :HPM) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค เพื่ออธิบายธรรมชาติของมนุษย์ในแง่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ แบบจำลองนี้เป็นการบูรณาการบางส่วนของทฤษฎีการให้คุณค่าความคาดหวัง (Expectancy – Value Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพมุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ซึ่งต่างจากแบบจำลองเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่เชื่อ

ว่าแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เกิดจากความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บที่คุกคามต่อสุขภาพ



ภาพ 2.2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised) ที่มา (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. 2006: 50)

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ได้นำเสนอความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตนของบุคคล ในการสะท้อนการตระหนักรู้ รวมทั้งความสามารถในการประเมินศักยภาพของตนเองเพื่อแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย กายจิต สังคม ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้อาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory :SCT) และทฤษฎีการให้คุณค่าความคาดหวัง (Expectancy – Value Theory)

ทฤษฎีการให้คุณค่าความคาดหวัง (Expectancy – Value Theory) เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม อธิบายถึงองค์ประกอบรวมของแบบจำลองการให้คุณค่าความคาดหวังกับแรงจูงใจของบุคคล โดย Feather (1982) (อ้างใน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. 2553) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้น มักจะเกิดขึ้นเนื่องจากความคาดหวัง (Expectancies) ของบุคคล และสิ่งตอบแทน (Incentive) ที่มีแรงสนับสนุนสำคัญ 2 ประการ คือ (1) ความสำคัญของสิ่งตอบแทน หรือสัญลักษณ์ และขบวนการควบคุมตนเอง สิ่งเหล่านี้ทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (2) ศักยภาพของบุคคลที่จะใช้สัญลักษณ์ความเป็นตัวแทนของเหตุการณ์ ประสบการณ์ จิตสำนึกที่ได้ โดยการวิเคราะห์ได้ตรง การสื่อสารกับบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นช่วงเวลาใดหรือที่ไหนก็ตาม อีกทั้งยังรวมถึงการวางแผนประสบการณ์กับการกระทำที่ได้คาดหวังไว้ล่วงหน้า

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model :Revised) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดรู้อันเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender. 1996)

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในองค์ประกอบหลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอองค์ประกอบย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) โดยองค์ประกอบทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรม หรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้จะมียุทธศาสตร์ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่งคือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนหรือคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Health Formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย (2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และ (3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์ และการคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior – Specific Cognition and Affect) เป็นองค์ประกอบหลักในการสร้างกลยุทธ์ / กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีต ที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความเกียจคร้าน ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สภาพอากาศ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self – Efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม ในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity – Related Affect) หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองของความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมาก การตอบสนองของความรู้สึกใด ๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity – Related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self – Related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context – Related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ รวมถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social Pressure)

อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสสนับสนุน ความต้องการ และความสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิตสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติกิจกรรมในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุกคาม

ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) เป็นกระบวนการคิดรู้อยู่ที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยการเข้าร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self – Regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันที โดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่น

ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่นเป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ บางส่วนได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

การเพิ่มความตระหนักรู้ (Consciousness Raising) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสถานะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

การประเมินความเหมาะสมต่อตนเอง (Self Reevaluation) ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่ามี ความสามารถจัดการกับสถานการณ์บางอย่างได้ ก็จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงได้ โดยไม่กลับไปเสพยา หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เพราะถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในตนเองในระดับสูง สิ่งล่อใจต่าง ๆ ก็จะมีอิทธิพลน้อย ในทางกลับกันหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในตนเองระดับต่ำ สิ่งล่อใจต่าง ๆ ก็จะมีอิทธิพลสูงขึ้น

แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Maintaining Behavior Change)

1. พฤติกรรมของบุคคลจะต้องถูกกระตุ้นหรือถูกเร้า จึงจะแสดงพฤติกรรมออกมา เช่น การตื่นของหัวใจ ถูกกระตุ้นจากสรีระ หรือระบบประสาท
2. พฤติกรรมที่เร้า นั้น เป็นพฤติกรรมที่แสวงหาจุดหมาย หรือเป้าหมายเพื่อลดความตึงเครียดของคน
3. เป้าหมายที่บุคคลตั้งใจนั้น เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไปสู่จุดหมายนั้น

4. สภาพแวดล้อมที่จะเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การจัดโอกาสให้คนได้รับการศึกษาความยากง่ายของการเข้าไปใช้บริการ โอกาสในการเปลี่ยนแปลง

5. พฤติกรรมที่จะถูกผลักดันโดยพฤติกรรมภายในของคน หรือกระบวนการต่าง ๆ ภายในจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของคน

6. ความสามารถที่มีอยู่จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของคน คนที่มีพฤติกรรมหรือคนที่มีความสามารถต่างกัน จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ต่างกัน

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น ออกกำลังกาย

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์กลุ่มพหุโดยใช้โมเดลลิשראל

แนวคิดพื้นฐานของโมเดล คือ มีรูปร่างเหมือนกันระหว่างแบบจำลองที่มนุษย์สร้างขึ้นกับวัตถุหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติ โมเดลต้องมีโครงสร้างเป็นแบบเดียวกันกับวัตถุต้นแบบ มีรายละเอียดขององค์ประกอบสำคัญครบถ้วนตามวัตถุต้นแบบ แต่อาจมีขนาดเล็กหรือใหญ่กว่าวัตถุต้นแบบเพื่อความสะดวกในการศึกษา

โมเดลการวิจัย คือ แบบจำลองที่นักวิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีแทนปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติเพื่อความเหมาะสมในการศึกษาวิจัย การที่ต้องสร้างโมเดลการวิจัยเพราะการศึกษาจากปรากฏการณ์ธรรมชาติไม่อาจทำได้โดยสะดวก เนื่องจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติมีลักษณะซับซ้อน และมีโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ หลากหลาย แต่ในการวิจัยมีขีดความสามารถจำกัด ไม่สามารถศึกษาได้ครบทุกองค์ประกอบ วิธีการสร้างโมเดลการวิจัยเป็นการประยุกต์ทฤษฎีเข้ากับสภาพปรากฏการณ์ที่เป็นจริงในธรรมชาติตามระเบียบวิธีนัยให้ได้เป็นโมเดลที่เป็นสมมติฐานการวิจัย จากนั้นนักวิจัยนำโมเดลการวิจัยไปตรวจสอบโดยใช้ระเบียบวิธีอุปนัยว่าโมเดลการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากน้อยเพียงใด ควรจะต้องมีการปรับปรุงพัฒนาโมเดล

อย่างไรให้โมเดลสอดคล้องกับสภาพปรากฏการณ์จริง อันจะนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎี และสร้างองค์ความรู้ใหม่ รวมทั้งการพัฒนาและการประดิษฐ์สิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อไป

การวิเคราะห์โมเดลลิสเรล สำหรับกรณีที่มีกลุ่มประชากร/กลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่มนั้นมีชื่อเฉพาะเรียกว่า การวิเคราะห์ห้กลุ่มตัวอย่างพหุ หรือ การวิเคราะห์ห้กลุ่มพหุ (multiple sample or multi-group analysis) Joreskog และ Sorbom (1989) ได้พัฒนาโปรแกรมลิสเรลให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่มพร้อมกันได้ โดยที่กลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มประชากรนั้นอาจจะเป็นกลุ่มที่เกิดจากการจัดแบ่งกลุ่มประชากรมาจากประเทศหรือพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมต่างกัน หรืออาจเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กล่าวได้ว่าการวิเคราะห์ห้กลุ่มพหุใช้ได้กับการวิจัยที่มีการแบ่งกลุ่มทุกประเภท โดยมีเงื่อนไขในการแบ่งกลุ่มว่าหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยต้องเป็นสมาชิกของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่มเดียว โดยไม่เป็นสมาชิกร่วมกันในสองกลุ่ม (mutually exclusive)

จุดมุ่งหมายที่สำคัญในการวิเคราะห์ห้กลุ่มพหุ คือ การตรวจสอบว่าโมเดลลิสเรล ซึ่งเป็นกรอบความคิด (conceptual framework) ที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีนั้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของแต่ละกลุ่มหรือไม่อย่างไร ถ้ามีความสอดคล้องกลมกลืนกัน นักวิจัยจะสามารถนำโมเดลลิสเรลที่ตรวจสอบแล้วมาใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และนำข้อค้นพบไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป หัวใจสำคัญของการวิเคราะห์ห้กลุ่มพหุ คือ การวิเคราะห์ห้ข้อมูลที่รวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม โดยมีการกำหนดเงื่อนไขบังคับ (constraints) ให้โมเดลลิสเรลที่เป็นกรอบความคิดในการวิจัยนั้น มีลักษณะเป็นแบบเดียวกันสำหรับการตรวจสอบ ความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดล และข้อมูลเชิงประจักษ์ ถ้าผลการวิเคราะห์ให้ผลว่าค่าไค-สแควร์ในการทดสอบความกลมกลืนมีค่าต่ำกว่าค่าวิกฤติอย่างไร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะสรุปได้ว่า โมเดลลิสเรลที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทุกกลุ่ม และโมเดลมีลักษณะเป็นแบบเดียวกัน เรียกตามศัพท์สถิติวิเคราะห์ห้ลิสเรลว่า โมเดลลิสเรลไม่แปรเปลี่ยน หรือมีความยั่งยืนระหว่างกลุ่ม (invariance across groups)

การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลลิสเรลระหว่างกลุ่ม เป็นการทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่า โมเดลลิสเรลมีเมทริกซ์พารามิเตอร์ไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มประชากร โดยพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบความกลมกลืน คือ ค่าไค-สแควร์ ซึ่งเป็นค่าสถิติทดสอบในภาพรวมทุกกลุ่ม ในที่นี้เรียกว่า ค่าไค-สแควร์รวม (overall chi-square) ถ้าค่าไค-สแควร์รวมมีค่าต่ำกว่าค่าวิกฤติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโมเดลลิสเรลในภาพรวมของกลุ่มประชากรทุกกลุ่มหรือกลุ่มพหุสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในกรณีตรงกันข้าม ถ้าค่าไค-สแควร์รวมมีค่าสูงกว่าค่าวิกฤติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโมเดลลิสเรลในภาพรวมของกลุ่มประชากรทุกกลุ่มหรือกลุ่มพหุไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิง

ประจักษ์ นอกจากการพิจารณาแปลความหมายจากค่าไค-สแควร์รวมแล้ว นักวิจัยยังต้องพิจารณาแปลความจากค่าสถิติที่เป็นดัชนีวัดความกลมกลืนของโมเดลด้วย ค่าดัชนีที่ควรนำมาพิจารณาร่วมด้วย ได้แก่ ดัชนี GFI ดัชนี RMSE ดัชนี RMR และดัชนี critical N เป็นต้น

เนื่องจากเมทริกซ์พารามิเตอร์ในโมเดลมีทั้งหมด 8 เมทริกซ์ การกำหนดสมมติฐานทางสถิติในการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลอิสระระหว่างกลุ่ม จึงสามารถตั้งสมมติฐานทางสถิติในการทดสอบได้หลายสมมติฐานตามจำนวนเมทริกซ์พารามิเตอร์ วิธีการตั้งสมมติฐานทางสถิตินิยมตั้งเป็นชุดของสมมติฐาน (family of hypotheses) เรียงกันตั้งแต่สมมติฐานที่มีเงื่อนไขบังคับ (constraints) น้อยที่สุดไปจนถึงสมมติฐานที่มีเงื่อนไขบังคับมากที่สุด และการทดสอบสมมติฐานก็ทำการทดสอบเรียงไปตามลำดับ เรียกว่าเป็นการทดสอบเป็นลำดับลดหลั่น (hierarchical testing) การแปลความหมายผลการทดสอบ นอกจากจะแปลความหมายผลการทดสอบค่า ไค-สแควร์ และแปลความหมายเช่นเดียวกับการแปลความหมาย ค่า ไค-สแควร์โดยทั่วไป นั่นคือ ถ้าผลต่างของค่า ไค-สแควร์ ระหว่างสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ค่า ไค-สแควร์รวมของสมมติฐานข้อ 1 และ ข้อ 2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติด้วย แสดงว่าการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลตามสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 ให้ผลเป็นแบบเดียวกัน คือ โมเดลไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2538)

ตอนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เดือนแก้ว ลีทองดี เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และ วัชรพล วิวรรณ เกาวพันธ์ (2552) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักศึกษา ใน 6 ด้าน ได้แก่ ความปลอดภัย การใช้สารเสพติด ภาวะซึมเศร้า / ความเครียด การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงด้านความปลอดภัย การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 98.4 , 82.3, 69.7 และ 54.7 ตามลำดับ ส่วนด้านที่ไม่พบว่ามีความเสี่ยง ได้แก่ ด้านภาวะซึมเศร้า / ความเครียด และการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 74.8 และร้อยละ 73.6 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลักสูตร และชั้นปีกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่าง ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value > 0.5$) สอดคล้องกับ สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ (2549) พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 61.3 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.6 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 14.7 มีเพศสัมพันธ์หลังการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 2.4 ไม่ใช้วิธีการใด ๆ ในการป้องกันการติดเชื้อและการตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.8 และญาดา โตสมบัติ (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของนิสิตนักศึกษาพบว่า ผลการศึกษาทักษะชีวิตในครอบครัว โดยรวมของนิสิตนักศึกษา พบว่านิสิตนักศึกษาประมาณสองในสามมีทักษะชีวิต

ในครอบครัวโดยภาพรวมในระดับปกติและสูงกว่าปกติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าประมาณสองในสาม มีทักษะชีวิตในครอบครัว ด้านการคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร การตัดสินใจและการแก้ปัญหา และการจัดการอารมณ์และความเครียด อยู่ในระดับปกติและสูงกว่าปกติ ส่วนคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลางและระดับที่ดี สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตโดยการใช้การถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิต คือ 1) ความภาคภูมิใจในตนเอง 2) การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร 3) การจัดการกับอารมณ์และความเครียด 4) การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ และ 5) การคิดสร้างสรรค์ ทั้งนี้ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิต ยกเว้นการคิดสร้างสรรค์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้าม

สุรพงษ์ ชูเดช (2551 : 60 - 70) พบว่า นักเรียนที่มีสมาชิกในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ได้รับการปฏิบัติจากครอบครัว 3 ด้าน คือ ปฏิกริยาของครอบครัว ด้านกฎระเบียบ และด้านการพูดคุยสื่อสารเรื่องบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ เพราะสภาพแวดล้อมในครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดทางสังคมให้กับสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ เด็กในครอบครัวจะมีแนวโน้มเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ การแสดงปฏิกริยาของครอบครัวสามารถทำนายโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นักเรียนที่ครอบครัวแสดงปฏิกริยาไม่พอใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยจะมีโอกาสกลายเป็นผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่านักเรียนที่ได้รับการแสดงปฏิกริยาไม่พอใจมากถึง 3.00 เท่า การใช้กฎระเบียบและการพูดคุยสื่อสารเรื่องบุหรี่ไม่มีอิทธิพลในการทำนายโอกาสที่จะเกิดการสูบบุหรี่

สุวรรณี แสงอาทิตย์ สุทธิลักษณ์ ตั้งเกียรติชัย และอรุณี เจตศรีสุภาพ (2550 : 12 - 19) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติดในวัยรุ่น ได้แก่ พฤติกรรมการคบเพื่อนที่เสี่ยง ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 39.40 ($R^2 = 39.40$, $p < 0.05$) ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการคบเพื่อนที่เสี่ยง และสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง สามารถอธิบายได้ว่า วัยรุ่นเพศชาย จะได้รับการยอมรับจากสังคมในการดื่มเหล้า สูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง โดยวัยรุ่นชายมีการรวมกลุ่ม สังสรรค์กัน จึงมีการดื่มแอลกอฮอล์กัน และมาตรฐานสังคมไทยแม้ไม่ยอมรับสารเสพติด แต่สังคมยังมีมาตรฐานที่ทำให้ผู้ชายสามารถเสพได้ อีกทั้งเพศชายจะมีพฤติกรรมการคบเพื่อนที่มีความเสี่ยงมากกว่า โดยจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน กระทำพฤติกรรมอย่าง

เพื่อน ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ให้ความสำคัญและคล้อยตามกลุ่มเพื่อนเป็นหลัก ส่งผลให้มีแนวโน้มพฤติกรรมแบบเดียวกัน ถ้าวัยรุ่นมีการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ก็อาจถูกชักจูงไปในทางที่ไม่ดีได้ง่าย จากการศึกษาของ Hidalgo, Inés., Garrido, Gregorio and Hernandez, Manue . (2000) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก (เพศชายมากกว่าเพศหญิง) เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 18.3 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15.4 ปี \pm 1.68 SD ในเพศชาย และ 16.1 ปี \pm 1.46 SD ในเพศหญิง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) ใช้การคุมกำเนิด ร้อยละ 85 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 24 ดื่มทุกวัน เพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 28 และ 20 ตามลำดับ) ร้อยละ 58.2 ดื่มในวันหยุด และร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง เพศชายสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 27 และ 42 ตามลำดับ) ร้อยละ 3.2 สูบมากกว่าวันละ 20 มวน ด้านยาเสพติดมีผู้เคยใช้ร้อยละ 5

จรรยา เศรษฐพงศ์ (2550) พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 66.2) และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดี (ร้อยละ 51.8) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยและความรุนแรง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สถานศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, .32$ และ $.29$ $p < .01$) เนื่องจากวัยรุ่นที่มีอายุมากขึ้นจะมีเพื่อนมากขึ้นและมีการรวมกลุ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่กว้างขึ้น ทำให้รู้จักสังคมเพิ่มขึ้น มีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ต้องการอิสระ ไม่ชอบฟังคำสั่ง ชอบทดลอง ฝ่าฝืนกฎระเบียบ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, .19, .17$ และ $.15$ $p < .01$) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยและความรุนแรง พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.30, -.29, -.26$ และ $-.23$ $p < .01$) วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวอบอุ่นมีสัมพันธภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้วัยรุ่นแสดงออกถึงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71$ $p < .01$) พฤติกรรมด้านความปลอดภัยและความรุนแรงมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61, .46$ และ $.46$ $p < .01$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด และพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63$ และ $.55$ $p < .01$) พฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58$ $p < .01$)

พรพิมล บัวสมบุญ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551 : 52 - 65) พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษา ได้ร้อยละ 43.7 และพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถทำนายการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนการรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อนไม่มีอำนาจในการทำนาย อธิบายได้ว่านักเรียนอาชีวศึกษามีอายุเท่ากับนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย จะมีพัฒนาการความคิดเป็นแบบนามธรรม รู้จักใช้เหตุผลรวบรวมข้อมูล สามารถวิเคราะห์และประเมินผลได้ จึงสามารถประเมินคุณค่า หรือมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อพิจารณาร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบของกระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive process) ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนที่จะตัดสินใจดื่มแอลกอฮอล์ การสนับสนุนจากครอบครัวร่วมทำนายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษาได้ อาจเนื่องจากสถาบันครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นมากที่สุด การรับรู้ว่าได้รับความรักอย่างอบอุ่น การอบรมสั่งสอน การหล่อหลอมพฤติกรรมที่ติงามทั้งทางตรงและทางอ้อมจะช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนการรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อนไม่มีอำนาจร่วมทำนายการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 56.8) และดื่มแอลกอฮอล์กับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.5) และมักดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มเพื่อนเมื่อมีการสังสรรค์กัน ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์จึงมีน้อย หรือบางครั้งกลุ่มเพื่อนก็อาจเป็นผู้ชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

ด้านสุนิสา หาระวงศ์ (2547) พบว่า นักศึกษาแพทย์ มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านลบอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในมหาวิทยาลัย และการส่งเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

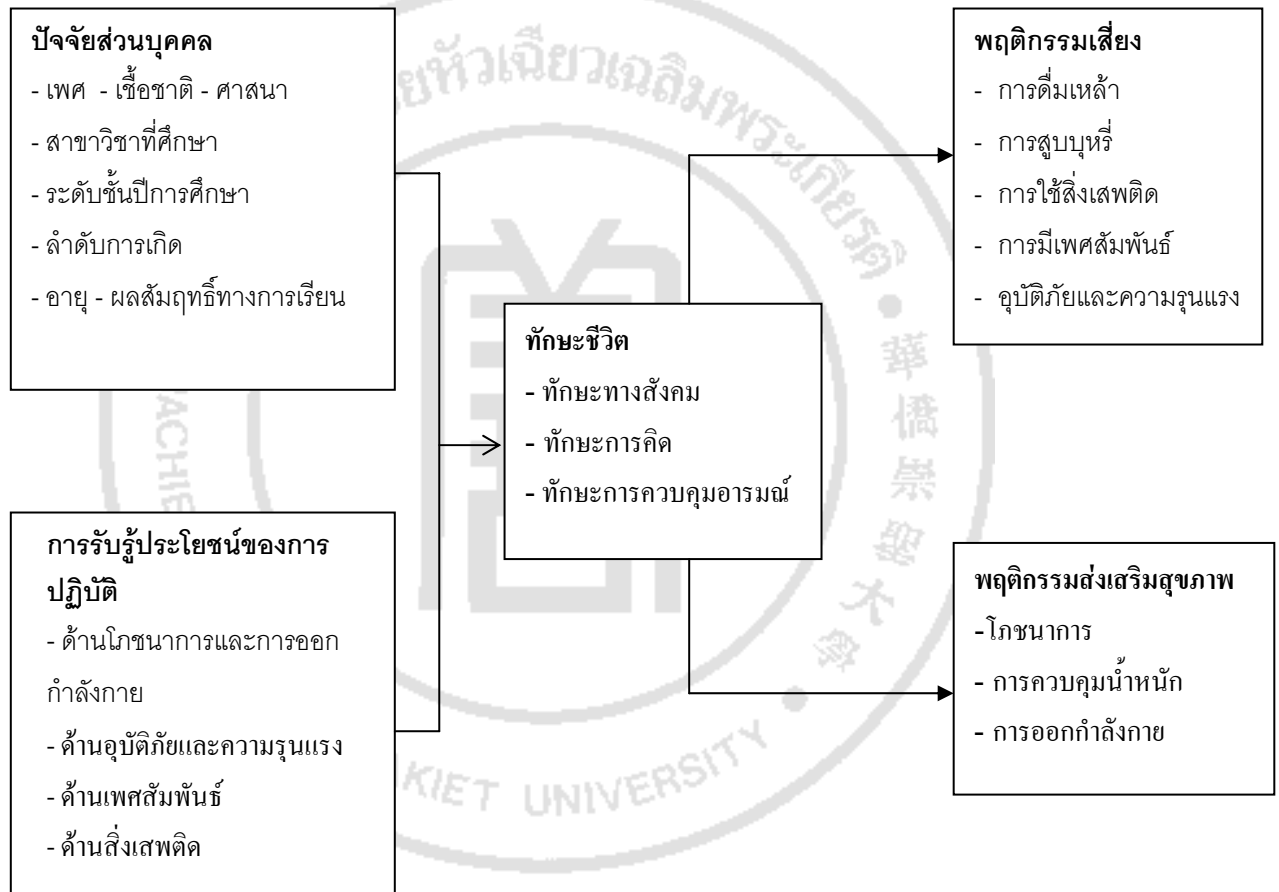
วิชาดา กิจจรธรรม (2554) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของนิสิต/นักศึกษามากที่สุดคือ ตัวแปรทักษะชีวิต มีขนาดอิทธิพลทางลบเท่ากับร้อยละ 20 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของนิสิต/นักศึกษา รองลงมาคือ ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีขนาดอิทธิพลเท่ากับร้อยละ 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนิสิต/นักศึกษามากที่สุดคือ ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีขนาดอิทธิพลทางบวกเท่ากับร้อยละ 73 รองลงมาคือ ตัวแปรทักษะชีวิตซึ่งมีขนาดอิทธิพลทางบวก เท่ากับร้อยละ 15 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรภูมิหลังมากที่สุดคือ ตัวแปรชั้นปีการศึกษา มีขนาดอิทธิพลทางบวกเท่ากับร้อยละ 54 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุดคือ ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ มีขนาดอิทธิพลทางบวกเท่ากับร้อยละ 72 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรทักษะชีวิตมากที่สุดคือ ตัวแปรทักษะการควบคุมอารมณ์ มีขนาดอิทธิพลทางบวกเท่ากับร้อยละ 47

Ancheta, Rosedelia et al.(2005) พบว่า การสอนเรื่องเพศศึกษามีความสำคัญ สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ในวัยรุ่น โดยวัยรุ่นเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาจากหลายแหล่งข้อมูล เช่น โรงเรียน ทางศาสนา ผู้ปกครอง เพื่อน และสื่อวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาจากผู้ปกครอง (ร้อยละ 80) จากแหล่งข้อมูลที่เป็นทางการ (โรงเรียน วัด) (ร้อยละ 92) หัวข้อที่บิดามารดานำมาเป็นหัวข้อสนทนามากที่สุดคือ การมีประจำเดือน (ร้อยละ 94) รองลงมาคือเรื่องการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 73) หัวข้อที่คุยกันน้อยที่สุดคือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิด (ร้อยละ 59 และ 63 ตามลำดับ) ส่วนแหล่งข้อมูลที่เป็นทางการสนทนาเรื่อง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด (ร้อยละ 91) การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ระยะแรกจะลดอัตราการเกิดภาวะเสี่ยงทางเพศ และ Cavazos – Rehg, Patricia A, et al. (2010) พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์หลายครั้งในช่วงวัยรุ่นจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การสูบบุหรี่ การใช้ยาเสพติด และพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง

Jafari, Esa et al. (2010) พบว่า ภาวะจิตวิญญาณ (Spiritual well – being) กับภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันในเรื่องของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ความเครียด อาการซึมเศร้ากับภาวะจิตวิญญาณ การวิเคราะห์การถดถอย พบว่า เชื่อชาติมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิต และพบว่าภาวะจิตวิญญาณในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าคะแนนภาวะสุขภาพจิตจะมีความแตกต่างกันในนักศึกษาที่ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมกรรมการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การใช้สิ่งเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การก่ออาชญากรรม และการก่อเหตุรุนแรง เป็นตัวแทนปัญหาที่สังคมต้องเสียค่าใช้จ่ายมากที่สุด การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เป็นปัญหาที่พบในวัยรุ่น วัยรุ่นที่เกี่ยวข้องอย่างใดอย่างหนึ่ง ในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้ มีแนวโน้มสูงที่จะเกี่ยวข้องในปัญหาอื่นด้วย วัยรุ่นส่วนมากจะเข้ามาเกี่ยวข้องในปัญหาเหล่านี้ไม่มากก็น้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาในเรื่องดังกล่าว

ภาพ 2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย



กรอบแนวคิดการพัฒนาโมเดล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุ (ANOVA) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงและส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีใน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน และเพื่อพัฒนาและตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยใช้โปรแกรม LISREL โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา จำแนกออกเป็น ตัวแปรแฝง และตัวแปรสังเกตได้ 3 กลุ่ม สามารถนำมาใช้ในการสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 2.4 ดังนี้

1. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา

จำแนกออกได้เป็นตัวแปรแฝง 2 ตัวแปร และตัวแปรสังเกตได้ 12 ตัวแปร คือ

1.1 **ปัจจัยส่วนบุคคล** ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร คือ (1) อายุ (2) เพศ (3) เชื้อชาติ (4) ศาสนา (5) ชั้นปีการศึกษา (6) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (7) สาขาวิชา และ (8) ลำดับการเกิด

1.2 **การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ** ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร คือ (1) ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย (2) ด้านอุบัติเหตุและความรุนแรง (3) ด้านเพศสัมพันธ์ และ (4) ด้านสิ่งเสพติด

2 ปัจจัยเชิงผลของพฤติกรรมเสี่ยงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาจำแนก

ออกได้เป็นตัวแปรแฝง 3 ตัวแปร และตัวแปรสังเกตได้ 11 ตัวแปร คือ

2.1 **ทักษะชีวิต** ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัวแปรคือ (1) ทักษะด้านสังคม (2) ทักษะด้านการคิด และ (3) ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์

2.2 **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัวแปร คือ (1) ด้านโภชนาการ (2) ด้านการควบคุมน้ำหนัก และ (3) ด้านการออกกำลังกาย

2.3 **พฤติกรรมเสี่ยง** ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวแปรคือ (1) การใช้ความรุนแรงแก้ปัญหาและความปลอดภัย (2) การดื่มเหล้า/ แอลกอฮอล์ (3) การสูบบุหรี่ (4) การใช้สิ่งเสพติด และ (5) การมีเพศสัมพันธ์

ภาพ 2.4 กรอบแนวคิดในการพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างทักษะชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยง
ของนักศึกษา

