

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า รวบรวมแนวความคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 2.1 พัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย
- 2.2 ความตระหนักรู้ในตนเองของวัยรุ่นตอนปลาย
- 2.3 การสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่นตอนปลาย
- 2.4 กรอบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
- 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 พัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย

นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เป็นช่วงเวลาของการฝึกฝนอาชีพ ตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสม และเป็นช่วงเวลาที่会有ความผูกพันแน่นแฟ้น (intimacy) กับเพื่อนต่างเพศและบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

พัฒนาการทางจิตใจ (Psychological Development) และสติปัญญา (Intellectual Development)

มีความคิดเป็นแบบรูปธรรม มีความสามารถเรียนรู้ เข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ได้ลึกซึ้งขึ้นแบบ abstract thinking มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์และสังเคราะห์สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้นตามลำดับ แต่ยังคงขาดความยั้งคิด หุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบ

พัฒนาการทางสังคม (Social Development)

เริ่มห่างจากทางบ้าน ไม่ค่อยสนิทสนมคลุกคลีกับพ่อแม่พี่น้องเหมือนเดิม แต่จะสนใจเพื่อนมากกว่า จะใช้เวลากับเพื่อนนานๆ มีกิจกรรมนอกบ้านมาก ไม่อยากไปไหนกับทางบ้าน เริ่มสนใจเพศตรงข้าม สนใจสังคมสิ่งแวดล้อม ปรับตัวเองให้เข้ากับกฎเกณฑ์กติกาของกลุ่มของสังคมได้ดีขึ้น มีความสามารถในทักษะสังคม การสื่อสารเจรจา การแก้ปัญหา การประนีประนอม การยืดหยุ่น ให้อ่อนผ่อนตามกัน และการทำงานร่วมกับผู้อื่น

พัฒนาการทางด้านสังคมจิตวิทยา

มีความรับผิดชอบจริงใจ เห็นอกเห็นใจ ให้เกียรติแก่ฝ่ายตรงข้ามรับผิดชอบร่วมกัน การมีเพศสัมพันธ์ อย่างรับผิดชอบ เข้าใจยอมรับ มีการวางแผน คำนึงถึงวัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคม

มากกว่าความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศเพียงอย่างเดียว สามารถเข้าใจและปลุกฝัง ในเรื่องที่เป็นนามธรรมได้ดี เช่น คุณธรรม จริยธรรม ศาสนา ค่านิยมทางสังคม ค่านิยมเรื่องเพศ

2.2 ความตระหนักรู้ในตนเองของวัยรุ่นตอนปลาย

วัยรุ่นตอนปลายจะมีพัฒนาการการตระหนักรู้ในตนเองในเรื่องต่อไปนี้

ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self Awareness) วัยนี้จะสามารถรับรู้ตนเองด้านต่างๆ ดังนี้

เอกลักษณ์ (identity) วัยนี้จะแสดงออกถึงสิ่งตนเองชอบหรือถนัด ซึ่งแสดงถึงความเป็นตัวตนที่โดดเด่น ได้แก่ วิชาที่ชอบเรียน กีฬาที่ชอบเล่น งานอดิเรก การใช้เวลารว่างให้เกิดความเพลิดเพลิน กลุ่มเพื่อนที่ชอบและสนิทสนมด้วย โดยจะเลือกคบเพื่อที่มีส่วนคล้ายคลึงกันหรือเข้ากันได้ และจะเกิดการเรียนรู้และถ่ายทอดแบบอย่างจากกลุ่มเพื่อนทั้งแนวคิด ค่านิยม ระบบจริยธรรม การแสดงออกและการแก้ปัญหาในชีวิต จนสิ่งเหล่านี้กลายเป็นเอกลักษณ์ของตนและกลายเป็นบุคลิกภาพ

ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self image) คือการมองภาพของตนเอง ในด้านต่างๆ

ได้แก่ หน้าตา รูปร่าง ความสวยความหล่อ ความพิการ ข้อดีข้อด้อยทางร่างกายของตนเอง วัยรุ่นจะสนใจหรือใช้เวลาเกี่ยวกับรูปร่าง ผิวพรรณมากกว่าวัยอื่นๆ ถ้าตนมีข้อด้อยกว่าคนอื่นจะเกิดความอับอาย

การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (Acceptance) วัยนี้ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนอย่างมากเพื่อเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เห็นคุณค่าของตนเอง มั่นใจตนเอง วัยนี้จึงมักอยากเด่นอยากดัง อยากให้มีคนรู้จักมากๆ

ความภาคภูมิใจตนเอง (Self esteem) เกิดจากการที่ตนเองเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนอื่นได้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นคนดีและมีประโยชน์แก่ผู้อื่นได้ ทำอะไรได้สำเร็จ

ความเป็นตัวของตัวเอง (Independent) วัยนี้จะรักอิสระ เสรีภาพ ไม่ค่อยชอบอยู่ในกฎเกณฑ์กติกาใดๆ ชอบคิดเอง ทำเอง พึ่งตัวเอง เชื่อความคิดตนเอง มีปฏิกิริยาตอบโต้ผู้ใหญ่ที่บีบบังคับสูง ความอยากรู้ อยากเห็นอยากลองทำให้อาจเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายหากขาดการยั้งคิดที่ดี การได้ทำอะไรด้วยตนเองและทำได้สำเร็จจะช่วยให้มีความมั่นใจในตนเอง (self confidence)

การควบคุมตนเอง (Self control) วัยนี้จะเรียนรู้ที่จะควบคุมความคิด การรู้จักยั้งคิด การคิดให้เป็นระบบ เพื่อให้สามารถใช้ความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

อารมณ์ (Mood) อารมณ์จะปั่นป่วน เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย เครียดง่าย โกรธง่าย อาจซึมเศร้าโดยไม่มีสาเหตุได้ง่าย อารมณ์ที่ไม่ดีเหล่านี้ อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเกเร ก้าวร้าว มีผลต่อการเรียนและการดำเนินชีวิต อารมณ์เพศวัยนี้จะมีมาก ทำให้สนใจเรื่องทางเพศ หรือมี

พฤติกรรมทางเพศ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยนี้ แต่พฤติกรรมบางอย่างอาจเป็นปัญหา เช่น เบี่ยงเบนทางเพศ กามวิปริตหรือการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

จริยธรรม (Moral development) วัยนี้จะมีความคิดเชิงอุดมคติสูง (idealism) เพราะจะแยกแยะความผิดชอบชั่วดีได้ มีระบบมโนธรรมของตนเอง ต้องการให้เกิดความถูกต้อง ความชอบธรรมในสังคม ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ต้องการเป็นคนดี เป็นที่ชื่นชอบของคนอื่นและจะรู้สึกอึดอัดคับข้องใจกับความไม่ถูกต้องในสังคมหรือในบ้าน แม้แต่พ่อแม่ของตนเองก็เริ่มรู้สึกว่าไม่ได้ดีสมบูรณ์แบบเหมือนเมื่อก่อนอีกต่อไป บางครั้งอาจวิพากษ์วิจารณ์พ่อแม่หรือครูอาจารย์ตรงๆอย่างรุนแรง การต่อต้าน ประท้วงจึงเกิดได้บ่อยในวัยนี้เมื่อเห็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง หรือการเอาเปรียบ เบียดเบียน ความไม่เสมอภาค

2.3 การสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่นตอนปลาย

ความสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้รับความสนใจมากขึ้นเนื่องจากวัยรุ่นนี้มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูง สถิติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนไม่ว่าจะเป็น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การติดเชื้อเอชไอวี และส่งผลเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังเป็นผลจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ที่สามารถรักษาโรคต่างๆ ที่พบในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ซีสติกไฟโบรซิส หอบหืด เบาหวาน ทำให้กลุ่มวัยรุ่นได้รับความสนใจมากขึ้นในการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงที่โครงสร้างเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นและความเจริญของการศึกษาทำให้วัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ความสำคัญของการเสริมสร้างสุขภาพในวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของวัยรุ่นเป็นที่ยอมรับว่ามีความสำคัญเนื่องจากการศึกษาวิจัยยืนยันมากมายที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างการไม่จบการศึกษากับพฤติกรรมต่อต้านสังคม การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่และปัญหาด้านอารมณ์ นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของวัยรุ่นด้วย ขณะเดียวกัน ก็มีหลายงานวิจัยที่ยืนยันว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยป้องกันและมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดี

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันกับการเสริมสุขภาพในวัยรุ่น

จากการศึกษาพบว่าการสร้างเสริมและการไม่สุขภาพจะมีผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพอย่างสำคัญ ปัจจัยเสี่ยงที่พบว่ามีผลเชิงป้องกัน เช่น การไม่ใช้สารเสพติด (Hawkins et al., 1992) การต่อต้านสังคม (Brewer, et al., 1995) และการฆ่าตัวตาย (Patton & Burns, 1999). โดยมี 6 ปัจจัยเกี่ยวข้อง คือ การสูบบุหรี่ การใช้แอลกอฮอล์ การใช้ยา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อาชญากรรม พฤติกรรมต่อต้านสังคม ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในวัยรุ่น เหล่านี้เป็นการศึกษาในการใช้โปรแกรมสร้างเสริม

สุขภาพลักษณะต่างๆ และวัดผลลัพธ์สุขภาพหลายลักษณะ ในการวัดพฤติกรรมจะมีทั้งการวัดพฤติกรรมครั้งแรกและพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำ พฤติกรรมครั้งแรก เช่น การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองครั้งแรก ความรู้สึกซึมเศร้าครั้งแรก เป็นต้น พฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำ ได้แก่ ความต่อเนื่องหรือความบ่อยครั้งของความรู้สึกซึมเศร้า จำนวนเพื่อนต่างเพศที่มีสัมพันธ์ด้วย จำนวนการไม่ใช้ถุงยางอนามัย จำนวนครั้งของการตั้งครภร์ จำนวนครั้งของการทำร้ายตนเองหรือความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย จำนวนครั้งของการได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังมีการทดลองใช้กรอบแนวคิดที่มีฐานคิดทางวิทยาการระบาดและการทบทวนการใช้โปรแกรมต่างๆ เพื่อลดการใช้สารเสพติด (Hawkins et al., 1992) การทดลองใช้แบบจำลองการพัฒนาทางสังคม (Catalano & Hawkins, 1996) เพื่อประเมินการรับรู้ 23 ปัจจัยเสี่ยงและ 10 ปัจจัยป้องกันในวัยรุ่น (Bond, et al., 2000) และนำไปสู่การกำหนดกรอบการออกแบบกิจกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันการสูบบุหรี่ และการป้องกันการทำร้ายและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น นอกจากนี้ ยังมีการวิจัยถึงปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและปัจจัยป้องกันเพื่อลดพฤติกรรมของวัยรุ่น แล้วนำมาออกแบบเป็นโปรแกรมป้องกันที่มีผู้นำไปทดลองใช้มากมาย เช่น โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การลดการใช้แอลกอฮอล์ขณะใช้ยานพาหนะ เป็นต้น

ตารางที่ 2.1 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่ใช้ทำนายการใช้ยาและสารเสพติด การกระทำผิดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น รวมทั้งระดับความสำคัญของปัจจัย (✓)

ปัจจัยด้านชุมชน	ปัจจัยด้านครอบครัว	ปัจจัยด้านโรงเรียน/ สถาบันการศึกษา	ปัจจัยด้านสังคม
เพื่อนบ้าน สภาพแวดล้อมไม่ดี ✓ ✓ ✓	อยู่ในครอบครัวที่มี ปัญหา ✓ ✓	ผลการเรียนมีปัญหา ✓ ✓ ✓	มีพฤติกรรมต่อต้าน สังคม ✓ ✓ ✓
ชุมชนที่อาศัยอยู่ไว้ ระเบียบ ✓ ✓ ✓	อยู่ในครอบครัวที่ขาด ระเบียบวินัย ✓ ✓	ไม่ชอบโรงเรียน/ สถาบันการศึกษา ✓ ✓ ✓	มีทัศนคติที่ดีต่อ พฤติกรรมต่อต้าน สังคม ✓
ย้ายไปอาศัยอยู่ในชุมชน ไว้ระเบียบในช่วงวัยรุ่น ✓ ✓	อยู่ในครอบครัวที่มี ความขัดแย้ง กัน ✓ ✓ ✓	มีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน/ สถาบันการศึกษา (ปัจจัยป้องกัน) ✓ ✓	มีทัศนคติที่ดีต่อ พฤติกรรมการใช้ สารเสพติด ✓

ปัจจัยด้านชุมชน	ปัจจัยด้านครอบครัว	ปัจจัยด้านโรงเรียน/ สถาบันการศึกษา	ปัจจัยด้านสังคม
	อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกที่ต่อต้านสังคม หัวรุนแรง ✓ ✓ ✓	ได้รับรางวัลหรือคำชมเชย จากการทำกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน/ สถาบันการศึกษา (ปัจจัยป้องกัน) ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	เข้าใจถึงผลเสีย ของการใช้สารเสพติด ✓ ✓ ✓
สภาพแวดล้อมมีค่านิยม ของการใช้สารเสพติด ✓	บิดามารดาใช้สารเสพติด ✓	ไม่อยู่ในกฎระเบียบของ โรงเรียน/ สถาบันการศึกษา ✓ ✓ ✓	คบเพื่อนที่มี พฤติกรรมต่อต้าน สังคม ✓ ✓ ✓
อยู่ในแหล่งที่เข้าถึงสาร เสพติดได้ง่าย ✓ ✓	บิดามารดามีลักษณะ ต่อต้านสังคม หัว รุนแรง ✓ ✓ ✓	มีพฤติกรรมก่อปัญหาใน โรงเรียน/ สถาบันการศึกษา ✓ ✓ ✓	คบเพื่อนที่ใช้สาร เสพติด ✓ ✓
อยู่ในแหล่งที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก มาก(ปัจจัยป้องกัน) ✓ ✓ ✓	ครอบครัวอบอุ่น (ปัจจัยป้องกัน) ✓ ✓		มีพฤติกรรม เรียกร้องความ สนใจ ✓ ✓ ✓
	ครอบครัวเข้าถึงแหล่ง อำนวยความสะดวก ต่างๆ ได้ง่าย (ปัจจัย ป้องกัน) ✓ ✓ ✓		ได้รับรางวัลจาก การแสดง พฤติกรรมต่อต้าน สังคม ✓ ✓
			ปฏิบัติตามคำสอน ของศาสนา (ปัจจัยป้องกัน) ✓ ✓
			มีมนุษยสัมพันธ์ดี (ปัจจัยป้องกัน) ✓ ✓ ✓

ปัจจัยด้านชุมชน	ปัจจัยด้านครอบครัว	ปัจจัยด้านโรงเรียน/ สถาบันการศึกษา	ปัจจัยด้านสังคม
			ปฏิบัติตามค่านิยม ของสังคม (ปัจจัย ป้องกัน) ✓ ✓

การสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายปัจจัย จะต้องมีการประเมินผลลัพธ์ทางร่างกายที่ปรากฏ เช่น การป่วย การตาย การเปลี่ยนแปลงของระดับ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ค่อนข้างวัดได้ยากเนื่องจากมีการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จแตกต่างกันและมุมมองที่มีต่อโปรแกรม นั้นๆ ก็มีความแตกต่างกันอีกด้วย แต่สิ่งสำคัญที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่ดีขึ้นของวัยรุ่น ซึ่งกลวิธีที่ทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่ามีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. ประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ
2. เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
3. คุ่มค่าการลงทุน
4. มุ่งไปที่กระบวนการที่ออกแบบอย่างชัดเจนเพียงพอ มีความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิด พฤติกรรมเป้าหมาย สามารถสังเกตและตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายได้ มีการวัดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการทั้งระยะสั้นและระยะยาว การกำหนดตัวชี้วัดทั้งด้านสังคมและ องค์การร่วมด้วย
5. กรอบการศึกษาเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ
6. เน้นการมีส่วนร่วมที่ผู้เกี่ยวข้องเข้ามา มีบทบาททุกฝ่าย ใช้โครงสร้างองค์กรที่มีอยู่ ชับเคลื่อนชุมชนทุกระดับและประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่น
7. สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน กิจกรรมการสร้าง เสริมสุขภาพสามารถให้นิยามได้อย่างเป็นรูปธรรมและเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย
8. ใช้กลวิธีที่ได้มาจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์
9. ควรใช้กลวิธีสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าหนึ่งกลวิธีและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหนึ่ง ปัจจัย เช่น ใช้การสร้างความผูกพันในครอบครัวร่วมกับการใช้เพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าม้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น 6 ประเด็น คือ

1. การสูบบุหรี่

ความพยายามที่จะลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่บนการใช้แบบจำลองความเชื่อสุขภาพ (Health belief models) ตัวอย่างเช่น กิลลีและวิลคอกซ์ (Gillies & Wilcox, 1984) ศึกษาผลของโปรแกรม 'My Body' โดยเน้นการสร้างความเข้าใจถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อการหาทางออกไปสู่การไม่สูบบุหรี่บนการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) มาใช้ทั้งการใช้ตัวแบบ การฝึกทักษะการปฏิเสธและการสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในวัยรุ่นช่วงที่มีความเสี่ยงสูง คือ วัยรุ่นตอนกลาง ผลพบว่าช่วยทำให้วัยรุ่นมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการใช้โรงเรียนและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งพบมากในประเทศสหรัฐอเมริกาและทวีปยุโรป การศึกษาของโบลตันและคณะ (Botvin, et al., 1990) ที่เน้นการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ด้วยการฝึกทักษะการปฏิเสธ การจัดการความเครียด การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การพิทักษ์สิทธิ์ การทำคู่มือฉบับนักเรียน คู่มือครู การพัฒนาครูและการทำเทปเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง

งานวิจัยที่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การศึกษาของเคลป์และคณะ (Klepp, et al., 1994) ในเมืองออสโล (The Oslo Youth Study) และวาร์ทีเยร์เนนและคณะ (Vartiainen, et al., 1990) โดยเน้นการสร้างทักษะการปฏิเสธพบว่าช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ได้ ขณะที่งานวิจัยของเพอร์รี่และคณะ (Perry, et al., 1992) ได้ผสมผสานการให้สูขศึกษาในโรงเรียนกับการใช้ชุมชนเป็นฐานก็พบว่าได้ผลดีเช่นเดียวกัน แมคคินนอนและคณะ (MacKinnon, et al., 1991) ได้ใช้แนวคิดการระดมพลังทางสังคมเพื่อลดการสูบบุหรี่และสารเสพติดพบว่าส่งผลค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดได้ งานวิจัยของแวน (van Teijlingen, et al., 1996) ศึกษาการใช้กิจกรรมหลายๆ อย่างของชุมชนเพื่อผ่อนคลายให้วัยรุ่นประเทศอังกฤษ เช่น จัดตั้งสโมสร Grampian Smokebusters พบว่าช่วยยับยั้งอัตราเพิ่มของการสูบบุหรี่สูงขึ้นได้ในช่วง 4 ปี นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ใช้การตลาดเชิงสังคม กลุ่มเพื่อน การให้สูขศึกษาผ่านเพื่อนและการปรับปรุงบริการสุขภาพเพื่อลดการสูบบุหรี่ ซึ่งผลของงานวิจัยเหล่านี้นำไปสู่การปรับปรุงข้อกฎหมาย ระเบียบ นโยบาย ตลอดจนการปรับระบบการจัดการในโรงเรียนและการปรับพฤติกรรมวัยรุ่น เช่น งานวิจัยของโกลเวอร์และคณะ (Glover, et al.,

1998) ที่จัดตั้ง The Gatehouse Project ในรัฐวิกิตตอเรีย ประเทศออสเตรเลียเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตและลดพฤติกรรมต่อต้านสังคมในวัยรุ่น

2. การใช้แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

งานวิจัยในออสเตรเลียเน้นการป้องกันการใช้สารเสพติดด้วยการลดการใช้ความรุนแรง ขณะที่ในสหรัฐอเมริกาเน้นที่โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและพบว่าการระดมพลังทางสังคมและการอบรมบิดามารดาพบว่าได้ผลดีในวัยรุ่นที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด โดยการระดมพลังทางสังคมมีศักยภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพของปัจจัยป้องกันในโรงเรียน ครอบครัว สื่อสารมวลชนและกลุ่มเพื่อน การศึกษาของเพอร์รี่และคณะ (Perry, et al., 1996) ในสหรัฐอเมริกาใช้การระดมพลังทางสังคมด้วยการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน การให้ที่บ้านนักเรียน การใช้กิจกรรมต่างๆ ในกลุ่มเพื่อน การทำกิจกรรมหลายรูปแบบในชุมชนและการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่าโครงการนี้ประสบความสำเร็จ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มความเข้มแข็งของปัจจัยป้องกันและนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับโครงการป้องกันการใช้แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดในมิดเวสต์ (The Midwest Prevention Program) ที่ผสมผสานการให้สุขศึกษาเรื่องการป้องกันการใช้ยาเสพติดในโรงเรียนด้วยการระดมพลังทางสังคมพบว่าช่วยลดปัจจัยเสี่ยง (Mediating factors) ลดการสูบบุหรี่ การใช้แอลกอฮอล์และการใช้เฮโรอีน (MacKinnon, et al., 1991)

หลายการวิจัยใช้กลวิธีให้โรงเรียนหรือชุมชนเป็นฐาน นำบทบาทของครอบครัวมาป้องกันและรักษาวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด ใช้กฎหมาย ระเบียบ นโยบาย ข้อบังคับต่างๆ การปรับบริการสุขภาพ การตลาดเชิงสังคม โรงเรียน การปรับพฤติกรรม การให้สุขศึกษา และคู่มือ (Mentorship) ในประเทศออสเตรเลียได้ดำเนินโครงการอบรมบิดามารดาของวัยรุ่นทั่วไปและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและเรียกกลุ่มพ่อแม่เป้าหมายว่า 'Parenting Adolescents: A Creative Experience' (PACE) ภายใต้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การปรับพฤติกรรมด้านการรู้คิด (Cognitive-behavioural approaches) และการเรียนรู้ในผู้ใหญ่มาออกแบบบทเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารในวัยรุ่น การจัดการความขัดแย้งและพัฒนาการในวัยรุ่นพบว่าช่วยลดอัตราการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นได้ (Toumbourou & Gregg, 1999; Jenkin & Bretherton, 1994) ในอเมริกามีการดำเนินโครงการ 'Preparing for the Drug Free Years' (PDFY) เพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นและสร้างความอบอุ่นในครอบครัวพบว่าช่วยลดการใช้แอลกอฮอล์ในวัยรุ่นได้อย่างชัดเจนและช่วยเพิ่มความผูกพันในครอบครัวและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์อื่นๆ ด้วย (Spath et al., 1996) ในประเทศออสเตรเลียมีการให้สุขศึกษาในโรงเรียนเพื่อลดการใช้ความรุนแรงเพื่อป้องกันและลดการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (National Drug

Strategy, 1993) บางโครงการประเมินผลระยะสั้นและระยะกลาง จากการประเมินผลพบว่าทุกโครงการได้ผลดีและคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์

3. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Sexual Risk-taking Behaviour)

จากการศึกษาพบว่ามีโครงการสร้างความตระหนักให้วัยรุ่นเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเอชไอวีและเอดส์และโครงการเหล่านี้ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ กลวิธีที่ใช้ได้แก่ การระดมพลังทางสังคม (Community mobilisation) เพื่อนช่วยเพื่อน ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมการรู้คิด (Cognitive behaviour theory) การใช้ต้นแบบ การใช้บทบาทสมมติและการให้สุขศึกษา โดยให้เพื่อนให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเพศศึกษา การตั้งครรภ์และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การใช้ถุงยางอนามัย และการเลือกอ่านคอลัมภ์สุขภาพในสื่อต่างๆ (Philliber, et al., 1992; Koo, et al., 1994; Sellers, et al., 1994) ในอเมริกาและนอร์เวย์ เช่น โครงการThe Mpowerment ใช้กลวิธีเพื่อนช่วยเพื่อนและชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ของชายรักร่วมเพศอย่างปลอดภัยด้วยแนวทาง 3 ประการ คือ ยื่นมือไปหากลุ่มเป้าหมาย ใช้กลุ่มขนาดเล็กและใช้สื่อประชาสัมพันธ์ซึ่งพบว่าได้ผลดีเช่นเดียวกัน (Kegeles, et al., 1996) นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้สุขศึกษา การจัดเน้นหนทางการให้วัยรุ่นและการใช้ครอบครัวเข้าร่วม กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างกระจำในค่านิยมและทักษะปฏิบัติ การให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการให้ความรู้เรื่องเอชไอวีและเอดส์ (Kirby, et al., 1991)

4 พฤติกรรมการใช้ความรุนแรงและการต่อต้านสังคม (Crime and Anti-social Behaviour)

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงและการต่อต้านสังคมมีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องและเป็นความต่อเนื่องของบางพฤติกรรมมาตั้งแต่วัยเด็ก เช่น ความดื้อดึง (Rebelliousness) การขัดแย้งกับพ่อแม่ (Parent-adolescent conflict) ครอบครัวไม่อบอุ่น (Weak family attachment) และคบเพื่อนเกเร (Anti-social behaviour among peers) ซึ่งวิธีการป้องกันที่ดี คือ การเริ่มต้นที่ครอบครัวด้วยการปรับเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารภายในครอบครัว การทำครอบครัวบำบัด การทำหลักสูตรการจัดการความขัดแย้งและการป้องกันความรุนแรงเพื่อลดอาชญากรรมในวัยรุ่นและพฤติกรรมต่อต้านสังคม สาระในหลักสูตรประกอบด้วย การสร้างความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม การสร้างความไว้วางใจ การยอมรับผู้อื่น การสร้างความมั่นใจในตนเองและการเปิดเผยตนเอง (Bretherton, et al., 1993) บางการศึกษาใช้หน่วยงานในโรงเรียนเป็นหลักในการปรับพฤติกรรมของวัยรุ่น เช่น การใช้เพื่อนช่วยเพื่อน สถานสัมพันธ์ ลดทัศนคติเชิงลบในเรื่องต่างๆ และลดพฤติกรรมก้าวร้าว การให้คำปรึกษาระหว่างกันและการลดความขัดแย้งระหว่างเพื่อน (Brewer, et al., 1995)

5. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

งานวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การฆ่าตัวตาย การสูบบุหรี่ การใช้แอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ และการสร้างเสริมสุขภาพช่วยลดอาการซึมเศร้า รวมทั้งส่งผลดีต่อสุขภาพของวัยรุ่นได้ โดยโปรแกรมที่ใช้เน้นปรับการรู้คิด การใช้โรงเรียนเป็นฐาน การตลาดเชิงสังคม การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ การรายงานตนเองเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อสื่อต่างๆ การเล่าปัญหาให้ผู้อื่นทราบและการช่วยผู้อื่นแก้ปัญหา (Clarke, et al., 1993; Jaycox, et al., 1994; Glover, et al., 1998)

6. การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (Adolescent Suicidal Behaviour)

การศึกษาของสโนดอนและแฮร์ริส (Snowdon & Harris, 1992) ใช้โปรแกรมการคัดกรองวัยรุ่นเสี่ยงแล้วส่งเสริมทักษะการรู้คิดเพื่อสร้างความสามารถในการจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเอง การส่งเสริมการเข้าถึงบริการต่างๆ เช่น การใช้ระเบียบนโยบายและกฎหมายต่างๆ. เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ซึ่งพบว่าช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชายได้ดี มีการศึกษาการใช้การตลาดเชิงสังคมผ่านสื่อ 2 ลักษณะ คือ การรายงานจำนวนการฆ่าตัวตายและการใช้สื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต บางการศึกษาใช้โรงเรียนเป็นฐาน การปรับพฤติกรรม การอบรมพ่อแม่ การทำหนังสือและการจัดกลุ่มย่อย แต่กลับพบว่ากลวิธีเหล่านี้ทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นกลับสูงขึ้น (Oliver & Hetzel, 1973; Whitlock, 1975; Hawton, et al., 1996)

2.4 กรอบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) (Pender, 2006)

ในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการ ตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในช่วงแรกเน้นการป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมาเพนเดอร์ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบ เพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยง แต่การยกระดับสุขภาพหรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะ ซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006

ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

1. บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

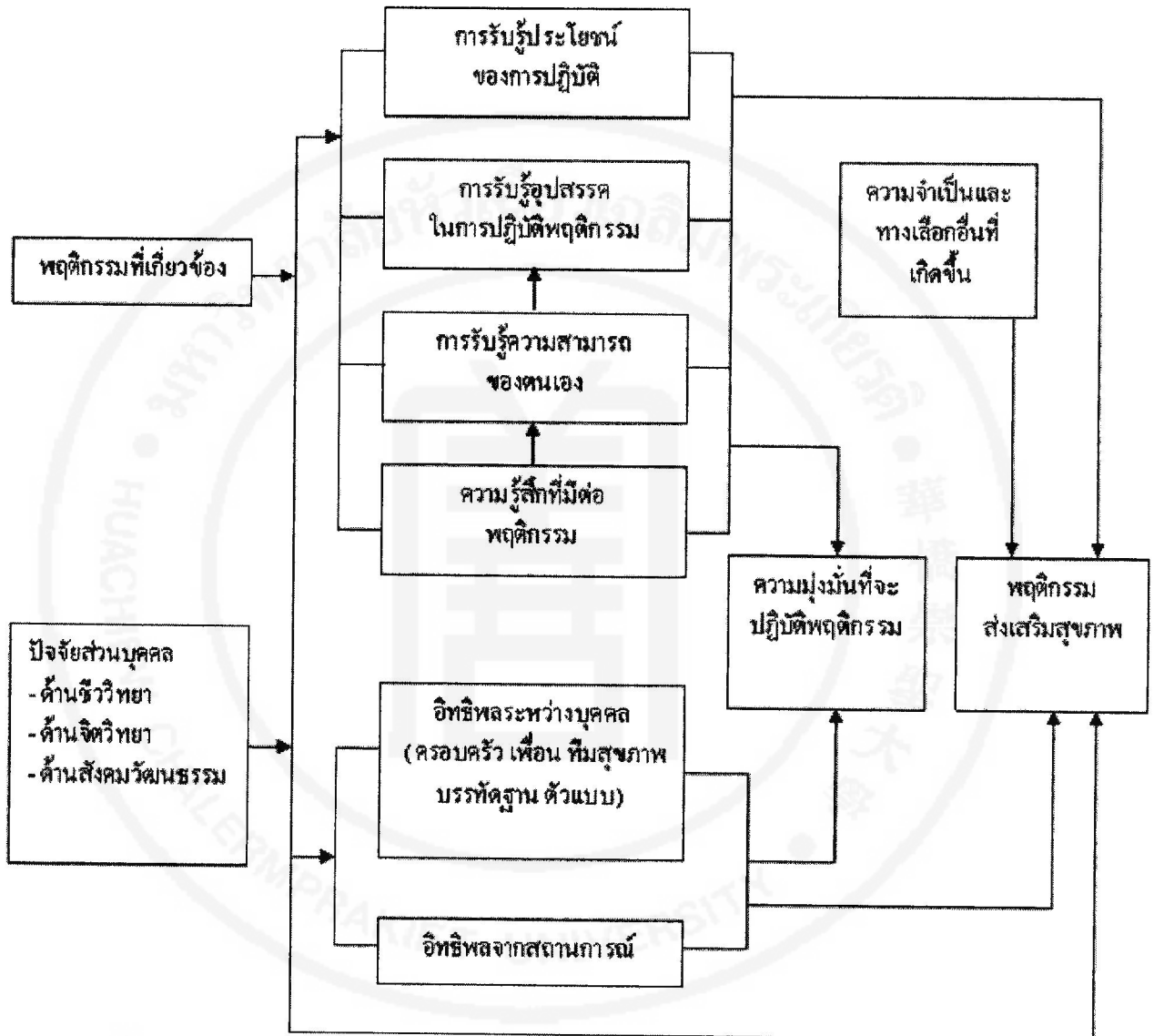
สาระสำคัญของทฤษฎี

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006 : 1 – 12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อันประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลอง ซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 นี้ (ภาพประกอบที่ 1) สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับนำไปทดสอบหรือทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ

ลักษณะเฉพาะและ
ประสบการณ์ของบุคคล

ความคิดและอารมณ์
ต่อพฤติกรรม

พฤติกรรมผลลัพธ์



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised) (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006 : 50)

มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม โดยอธิบายปัจจัยที่มี

ความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006 : 51 - 57) ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

ในมโนทัศน์หลักนี้เพนเดอร์ได้เสนอมนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล โดยมโนทัศน์ทั้งสองเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ตัวทำนายนการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)

ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง
3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และ การคิดรู้อที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)

เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อย 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวก

ต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ตัวอย่างประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัวหรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ส่วนประโยชน์จากภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action)

หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยอุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศและความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้ และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่ เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองของความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลางหรือมาก การตอบสนองของความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อ

แรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ ยังรวมถึงบรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)

หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายความรวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุนความต้องการและความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกว่าจะเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคยจึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome)

การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions)

เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences)

หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่นเป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรเกิดขึ้นบ่อยเพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ คือ การปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กรอบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น

ประวิทย์ เขียวอ่อนและสิริวรรณ กุหลาบแก้ว (2550:บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษา 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษาตามเพศ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ค่าใช้จ่าย ลักษณะที่พักอาศัย 3) เพื่อศึกษาปัจจัยจากสถานภาพสมรสของบิดามารดา และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว 4) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 5) เพื่อศึกษาถึงความตระหนักถึงผลกระทบที่มีแอลกอฮอล์ ผลพบว่า 1) พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความตระหนักถึงผลของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก 2) พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัวพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 3) ความตระหนักถึงผลการ

ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษา

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 เพศหญิง จำนวน 224 คน ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่าพฤติกรรมที่นักศึกษาส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับดี คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการดูแลสิ่งแวดล้อม ระดับปานกลาง คือ ด้านโภชนาการ การจัดการความเครียดและการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิตและระดับไม่ดี คือ ด้านการออกกำลังกายและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตนเอง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านที่แตกต่างกัน

อร่ามศรี กฤษณเศรษฐี (2543) ศึกษาการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ทักษะชีวิต อนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างเพศและการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์รวมทั้งการพัฒนากระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Learning : PAL) เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตให้สอดคล้องกับสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จะนำไปสร้างเสริมพฤติกรรมเพศและการเจริญพันธุ์ที่พึงประสงค์ รวมทั้งผลสัมฤทธิ์ของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มตัวอย่าง 482 คน พบว่าภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่เป็นปัญหาปรากฏชัดเจน มีเพศสัมพันธ์ก่อนถึงเวลาอันควรสูงทั้งแบบเปิดเผยและไม่เปิดเผยถึงร้อยละ 22.9 โดยผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นครู อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่สามารถเข้าถึงวัยรุ่นกลุ่มนี้และไม่สามารถช่วยเหลือใดๆ เท่าที่ควร วัยรุ่นจะจัดการปัญหาเหล่านั้นเองตามความรู้ ความเข้าใจที่จำกัดซึ่งขัดแย้งกับสังคม ผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการเรียนรู้ได้องค์ความรู้ชุดใหม่ที่จะนำไปสู่การดำเนินโครงการต่อเนื่องต่อไป คือ "หลักสูตรทักษะชีวิตด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น" "หลักสูตรการแนะแนวอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับอาจารย์" รวมทั้งข้อตกลงการดำเนินงาน "โครงการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น" สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

เยาวเรศ สมทรัพย์และจินตนา เลิศไพบุลย์ (2552) ศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์สร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นหญิงด้วยโยคะเพื่อบรรยายและอธิบายการให้ความหมายโยคะของวัยรุ่นหญิงก่อนและหลังฝึกโยคะ ศึกษาประสบการณ์สร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะของวัยรุ่นหญิงและศึกษาปัจจัย

สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกโยคะของวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่จำนวน 20 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบธีมาติก (thematic analysis) ผลการศึกษาพบว่าก่อนฝึกโยคะ กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายโยคะว่าเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่งและเป็นการบริหารร่างกายที่ทำให้เกิดสมาธิ หลังการฝึกโยคะได้ให้ความหมายว่าโยคะเป็นการบริหารกาย ฝึกลมหายใจ ฝึกจิตและการตระหนักรู้ในตนเองควบคู่กัน ไม่ใช่การออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ายโยคะมีผลต่อภาวะสุขภาพใน 5 ด้านหลัก คือ ด้านร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ด้านจิตใจที่สงบและมั่นคง ด้านความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ด้านการลดอาการผิดปกติต่างๆ และด้านความจำและการจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ ปัจจัยสนับสนุนต่อการฝึกโยคะมี 2 ด้านได้แก่ ด้านที่เกี่ยวข้องกับตนเอง คือ การมีวินัยในตนเอง ความตั้งใจจริง ความรับผิดชอบ ความปรารถนาที่มีรูปร่างดี ความอยากหายจากอาการต่างๆ ที่เป็นอยู่ และด้านปัจจัยแวดล้อม คือ การฝึกร่วมกับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคคือ เวลา และการเดินทางจากที่พักไปสถานฝึกโยคะ

วรรณเพ็ญ ชมดง อรอุมา สมคนเนและกฤษณา กุลวิมล (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อายุ 15 – 24 ปี ตำบลห้วยโจด อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ปัจจัยนำที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ความรู้ และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้สื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ครอบครัว และเพื่อน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 228 คน ผลพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก และมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่าวัยรุ่นทั้งหมดได้รับสื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยสื่อที่วัยรุ่นได้รับบ่อยที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมา คือจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ด้านครอบครัว พบว่า ในครอบครัวของวัยรุ่นส่วนใหญ่มีคนสูบบุหรี่ มีการปลูกฝังให้ความรู้เรื่องบุหรี่ ถ้าคนในครอบครัวทราบว่าวัยรุ่น สูบบุหรี่จะไม่ถูกดูดำและลงโทษ ถ้าวัยรุ่นสูบบุหรี่จะไม่สามารถสูบบุหรี่ในบ้านได้ โดยบุคคลในครอบครัวของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือ พ่อ รองลงมาคือญาติ ด้านเพื่อน พบว่าเพื่อนในกลุ่มของวัยรุ่นส่วนใหญ่มีคนสูบบุหรี่โดยเพื่อนส่วนใหญ่จะไม่ชวนให้ เพื่อนทดลองสูบบุหรี่ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่วัยรุ่นไม่เคยสูบบุหรี่ สำหรับวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่ สาเหตุที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ อยากลอง รองลงมาคือ เมื่อเกิดอาการเครียด และเพื่อนชวน และเหตุผลที่สูบบุหรี่น้อยที่สุดคือ ทำให้บุคลิกดีขึ้น ส่วนใหญ่วัยรุ่นสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันโดยสูบบุหรี่ 1-5 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่เลือกสูบบุหรี่ก้านกรอง มีระยะเวลาที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุดและจะสูบบุหรี่เมื่อสังสรรค์กับเพื่อนมากที่สุด รองลงมา คือ เวลาเครียด และสูบบุหรี่เวลาว่าง เมื่อ

ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามพบว่าปัจจัยนำ ด้านเพศ อาชีพ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้สื่อและปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยปัจจัยนำด้านอายุ ระดับการศึกษาและระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น



2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

