

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ระหว่างวัยรุ่น
ในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

Health Locus of Control and Health Risk Behaviors between Adolescents in
Formal Education and Non-Formal Education

ทิดารัตน์ วงศ์สำราญ

Tidarat Wongsamran

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Community Health Nursing
Prince of Songkla University

2541

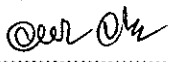
(1)

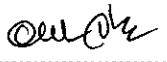
เลขที่ RA ๗๔๐๕ ๐๖๓ ๒๕๔๑ ๐๐๗
Bib Key ๑๔๙๙๖

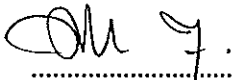
ชื่อวิทยานิพนธ์ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ระหว่างวัยรุ่น
ในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน
ผู้เขียน นางสาวธิดารัตน์ วงศ์สำราญ
สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน

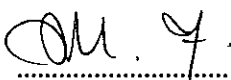
คณะกรรมการที่ปรึกษา

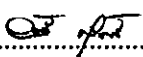
คณะกรรมการสอบ

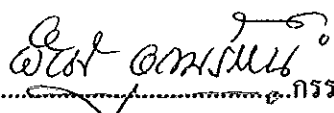

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรัณณี จันทร์สว่าง)


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรัณณี จันทร์สว่าง)

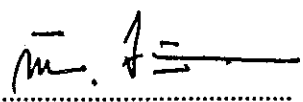

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา ตากวิริยะนันท์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา ตากวิริยะนันท์)


.....กรรมการ
(ดร. วันดี สุทธิรังษี)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิเศษ อุดมรัตน์)

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ก้าน จันทร์พรหมมา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ระหว่างวัยรุ่น
ในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน
ชื่อผู้เขียน นางสาวฉัตรรัตน์ วงศ์สำราญ
สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน
ปีการศึกษา 2540

บทคัดย่อ

การศึกษาวัยรุ่นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และการศึกษานอกโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 154 คน ได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบ และวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ แบบทางไกล ของศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดตรัง จำนวน 154 คน ได้มาจากการสุ่มโดยบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที (t-test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1 วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตนมากที่สุด รองลงมาคือความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพแต่ละด้านระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2 วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพรายด้าน และโดยรวมค่อนข้างต่ำ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เฉพาะด้านการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมและรายด้านในเรื่อง การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและการ

ขาดการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3 ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นของวัยรุ่นในระบบการศึกษา
นอกโรงเรียน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำในทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ขณะที่ความเชื่ออำนาจโชคชะตาไม่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน
พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพทั้งสามด้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Thesis Title Health Locus of Control and Health Risk Behaviors between
 Adolescents in Formal Education and Non - Formal Education

Author Miss Tidarat Wongsamran

Major Program Community Health Nursing

Academic Year 1997

Abstract

The purposes of this study were to compare health locus of control and health risk behaviors and to examine the relationship between health locus of control and health risk behaviors among adolescents studying in formal education and non-formal education. The sample composed of 154 adolescents (15-19 years old) studying in formal education selected by a systematic sampling technique from two high schools in Trang and 154 adolescents studying in distant education in Trang selected by an accidental sampling technique. Data were collected by using three sets of questionnaires : demographic data, health risk behaviors survey and health locus of control questionnaires. The reliabilities of health risk behaviors survey and health locus of control questionnaires were 0.87 and 0.70 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, t-test and Pearson's product correlation coefficient.

The results of this study revealed that :

1 The scores of internal locus of control in both groups were highest, followed by personal locus of control, and chance health locus of control respectively. There was no statistically significant difference in health locus of control among both groups.

2 Both groups had low score of health risk behaviors in both overall and each category. There were statistically significant differences in smoking, drinking alcohol and drug abuse, having sex without protection among students from both groups ($p < .001$). There was no statistically significant difference in overall health risk behaviors, risk of accident, inappropriate diet and lack of exercise.

3 For adolescents in non-formal education, internal locus of control and

personal locus of control had negatively low correlation with health risk behaviors ($p < .05, .001$ respectively), whereas there was no statistically significant correlation between chance locus of control and health risk behaviors. Among adolescents in formal education, there was no statistically significant correlation between health locus of control and health risk behaviors.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรณี จันทร์สว่าง และผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา ตากวิริยะนันท์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอดจนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณอาจารย์ทัศนีย์ นะแสง ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ พร้อมกันนี้กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและอาจารย์ในโรงเรียนวิเชียรมาตุ โรงเรียนสภาราชนิและศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดตรังทุกท่าน ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่ได้มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ที่เป็นกำลังใจสำคัญ ขอขอบคุณพี่และเพื่อนทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือให้กำลังใจ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ธิดารัตน์ วงศ์สำราญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดทฤษฎี.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
2 . เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
พัฒนาการของวัยรุ่น.....	10
ระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน.....	12
พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น.....	18
ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ	25
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น.....	31
3 . วิธีการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	36

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	39
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
การอภิปรายผล.....	46
5. สรุปและข้อเสนอแนะ.....	53
สรุปการวิจัย.....	53
ข้อเสนอแนะ.....	54
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	69
ภาคผนวก ก.....	70
ภาคผนวก ข.....	71
ภาคผนวก ค.....	82
ประวัติผู้เขียน.....	83

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. ความแตกต่างระหว่างการศึกษาในระบบการศึกษาใน โรงเรียนและการศึกษา นอกโรงเรียนจำแนกตามตัวแปรการศึกษา.....	14
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	40
3. คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาใน โรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน.....	42
4. คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาใน โรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน.....	44
5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้าน สุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาใน โรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน.....	45

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. รูปแบบพฤติกรรมจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา.....	5
2. กรอบแนวคิดในการศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาใน โรงเรียนและการศึกษานอก โรงเรียน.....	7

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา สังคมและอารมณ์ (พรรณพิไล, 2537 : 17 ; อัมพร, 2538 : 115) ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นสนใจตนเอง สนใจสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ สนใจเรื่องเพศ ตลอดจนสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมทั้งมีค่านิยม มีความคิดที่คล้ายคลึงกัน พฤติกรรมของวัยรุ่นจึงมักเป็นการกระทำตามเพื่อน เอาอย่างเพื่อนและต้องการการยอมรับในกลุ่ม ซึ่งอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนอาจทำให้วัยรุ่นมีการกระทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีเพศสัมพันธ์ ขับรถเร็ว ตลอดจนใช้สารเสพติด (Biglan et al. , 1995 : 315 ; Dolcini & Adler, 1994 : 496 ; Romer et al. , 1994 : 977) ประกอบกับสภาวะการณ์ในปัจจุบันของประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น การเปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทสู่ชุมชนเมือง การเปลี่ยนแปลงอาชีพจากเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรมและการบริการ การนิยมวัฒนธรรมการบริโภคเกินไม่ว่าจะเป็นอาหารหรือการพักผ่อน การเข้าถึงข่าวสารที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นรายการข่าว โฆษณา ละครหรือภาพยนตร์ รวมทั้งความซุกซมของสถานเริงรมย์และการแพร่ระบาดของสารเสพติด ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ จะส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน การอดอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การสำส่อนทางเพศระหว่างวัยรุ่นด้วยกัน หรือโดยการเที่ยวโสเภณี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ พบว่ามีสถิติสูงในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นตอนปลาย เช่น การศึกษาของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุข (2538 : 62, 68, 72) พบว่าสถิติอายุของบุคคลที่เริ่มสูบบุหรี่ที่พบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2534 และพ.ศ. 2536 คือ อายุระหว่าง 15-19 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.19 ดื่มสุราบ่อยและร้อยละ 11.30 มีไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 240 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ วิจิตรและคณะ (2533 : 69-70) ศึกษาพบว่าวัยรุ่นร้อยละ 68.7 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15-19 ปี ในจำนวนนี้เคยตรวจพบโรคร้อยละ 55.9 ผลการ

วินิจฉัยพบว่าเป็นกามโรคถึงร้อยละ 22.1 ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจตลอดจนคุกคามต่อชีวิตทั้งสิ้น เช่น การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับมะเร็งปอดหรือโรคถุงลมโป่งพอง การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อื่นๆ อาจทำให้วัยรุ่นควบคุมสติไม่ได้โดยเฉพาะเมื่อดื่มแล้วขับขีรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน และขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและหลอดเลือดหัวใจตีบ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันอาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคซิฟิลิส โรคเอดส์ (Kulbox et al. , 1988 : 22 ; จุฬารัตน์, 2539 : ก-ข ; วิวัฒน์, 2536 : 158) ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและปัจจัยเกี่ยวข้องของกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในวัยรุ่น จึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการวางแผนและจัดบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่ตามมาในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นนอกจากอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของวัยแล้ว ยังมีอีกหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน (จันทร์จิตา, 2537 : 142) ปัจจัยด้านบริบทสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม นับว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง (Mc Bride et al. , 1995 : 63-65 ; Thomb et al. , 1994 : 73) ระบบการศึกษา ถือเป็นสภาพแวดล้อมทางสังคมประการหนึ่งของวัยรุ่น โดยทั่วไประบบการศึกษาของวัยรุ่นแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ ระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน วัยรุ่นที่ศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียน จะเป็นกลุ่มที่มีเวลาในการศึกษาตามปกติ สอบเข้าเรียนต่อได้ พักอาศัยใกล้กับสถานศึกษาและส่วนใหญ่จะมีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่สามารถให้บุตรเรียนต่อในโรงเรียนได้ ส่วนวัยรุ่นที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนมักจะเป็นกลุ่มที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ มีความจำเป็นต้องหาเลี้ยงครอบครัว ไม่สนใจเรียนในโรงเรียน ไม่สะดวกที่จะเดินทางไปศึกษาในโรงเรียนทุกวัน ไม่สามารถเรียนต่อในโรงเรียนเนื่องจากสอบเข้าไม่ได้หรือมีปัญหาความประพฤติที่ขัดแย้งกับกฎระเบียบของโรงเรียน เป็นต้น (วิชชุตา, 2535 : 51 ; สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2535 : 35)

การศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียน มีรูปแบบการจัดการศึกษาที่แน่นอน โดยผู้เรียนศึกษาในชั้นเรียนเป็นส่วนใหญ่และใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนประมาณหนึ่งในสามของแต่ละวัน มีความใกล้ชิดกับครูและเพื่อนร่วมชั้น ซึ่งเป็นตัวแบบและเครือข่ายทางสังคมอย่างหนึ่ง ผู้เรียนจะอยู่ภายใต้ระบบสังคมของโรงเรียน เช่น เข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมที่โรงเรียนจัดให้มีขึ้น ปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อกำหนดของโรงเรียน นอกจากนี้ผู้เรียนยังมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ โดยตรงจากคำชี้แนะของครูหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้รับบริการต่าง ๆ ที่โรงเรียน

จัดขึ้น ส่วนการศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนมีรูปแบบการศึกษาที่ยืดหยุ่นสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตประจำวันของผู้เรียน กล่าวคือ ผู้เรียนไม่จำเป็นต้องเรียนในชั้นเรียนแต่สามารถเรียนจากสื่อต่างๆ เช่นวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ หรือศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เวลาเรียนสามารถยืดหยุ่นได้ตามสะดวก ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน (วิชชุตา, 2535 : 68) ผู้เรียนที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานหรือประกอบอาชีพของตนเองโดยอิสระ ขาดความใกล้ชิดกับครูและเพื่อนร่วมชั้น แต่อาจจะใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนที่ทำงานในสถานที่เดียวกันหรือกลุ่มเพื่อนที่อยู่ในละแวกเดียวกัน ผู้เรียนจะอยู่ภายใต้ระบบสังคมของชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ เช่น โรงงาน สถานประกอบการต่างๆ มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารและคำชี้แนะโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น จดหมาย สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น สภาพแวดล้อมในด้านตัวแบบ เครือข่ายทางสังคม ระบบของสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารของวัยรุ่นที่ศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนที่มีความแตกต่างกันนี้ อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้

การที่วัยรุ่นกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพนั้นนอกจากจะมีอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางด้านบุคคลและสังคมแล้ว ความเชื่อเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ (Rokeach, 1973 : 214) โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจในการควบคุมพฤติกรรมด้านสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเชื่อว่าสุขภาพของตนเป็นผลมาจากการกระทำของตน บุคคลกลุ่มนี้จะกระตือรือร้นที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะเชื่อว่าสุขภาพตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำของตนเองแต่มาจากอำนาจภายนอกเช่น ผู้อื่น หรือโชคชะตา บุคคลกลุ่มนี้จะไม่กระตือรือร้นที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง (ทัศนมา, 2531 : 61-62) และอาจจะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพแต่ละด้านกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น ยังมีทั้งสองคล้อย (ปริญาดา, 2536 : 42) และไม่สอดคล้อง (Ricchio-Howe, 1991 : 256 ; Whatley, 1991 : 145-148) กับข้อสรุปข้างต้น และพบว่าการที่แต่ละบุคคลจะมีความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพเป็นไปในลักษณะใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์ชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมทางด้านสังคม (Battle & Rotter, 1963 : 482-490 ; Moursund, 1976 : 328 ; Strickland, 1977 : 1192 ; จรรยาและคณะ , 2533 : 3) จึงเป็นที่น่าสงสัยว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน จะมีความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพแต่ละด้านแตกต่างกันหรือไม่ และความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร จังหวัดตรัง และรับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนหัวข้อเรื่องการพยาบาลอนามัยโรงเรียน ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะต้องเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ประกอบกับแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539 : 293-295) ได้ระบุกลุ่มเป้าหมายในการจัดบริการอนามัยโรงเรียนที่ครอบคลุมทั้งเด็กและเยาวชนในโรงเรียนและนอกโรงเรียน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน และศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม โดยคาดว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการพยาบาลอนามัยโรงเรียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในแต่ละระบบได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในแต่ละระบบต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

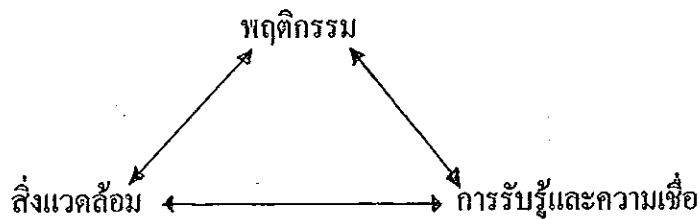
1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

คำถามการวิจัย

1. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนเป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนเป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่
3. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1977 : 7, 17) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนกลับไปมา (reciprocal) ระหว่างการรับรู้และความเชื่อ (internal factor) พฤติกรรม (behavior condition) และสิ่งแวดล้อม (environmental condition) อย่างต่อเนื่องและสมดุล บุคคลจะเรียนรู้ว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะได้รับผลที่ตามมาเช่นไร สิ่งที่บุคคลเรียนรู้ระหว่างพฤติกรรมและผลที่เกิดจากพฤติกรรม จะกลายมาเป็นความเชื่อที่มีผลต่อการควบคุมพฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวเชื่อมโยงความเชื่อเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง (Perry et al. , 1990 : 161-182 ; มัลลิกา, 2534 : 90) ดังภาพ



ภาพประกอบ 1 รูปแบบพฤติกรรมจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา
(มัลลิกา, 2534 : 90)

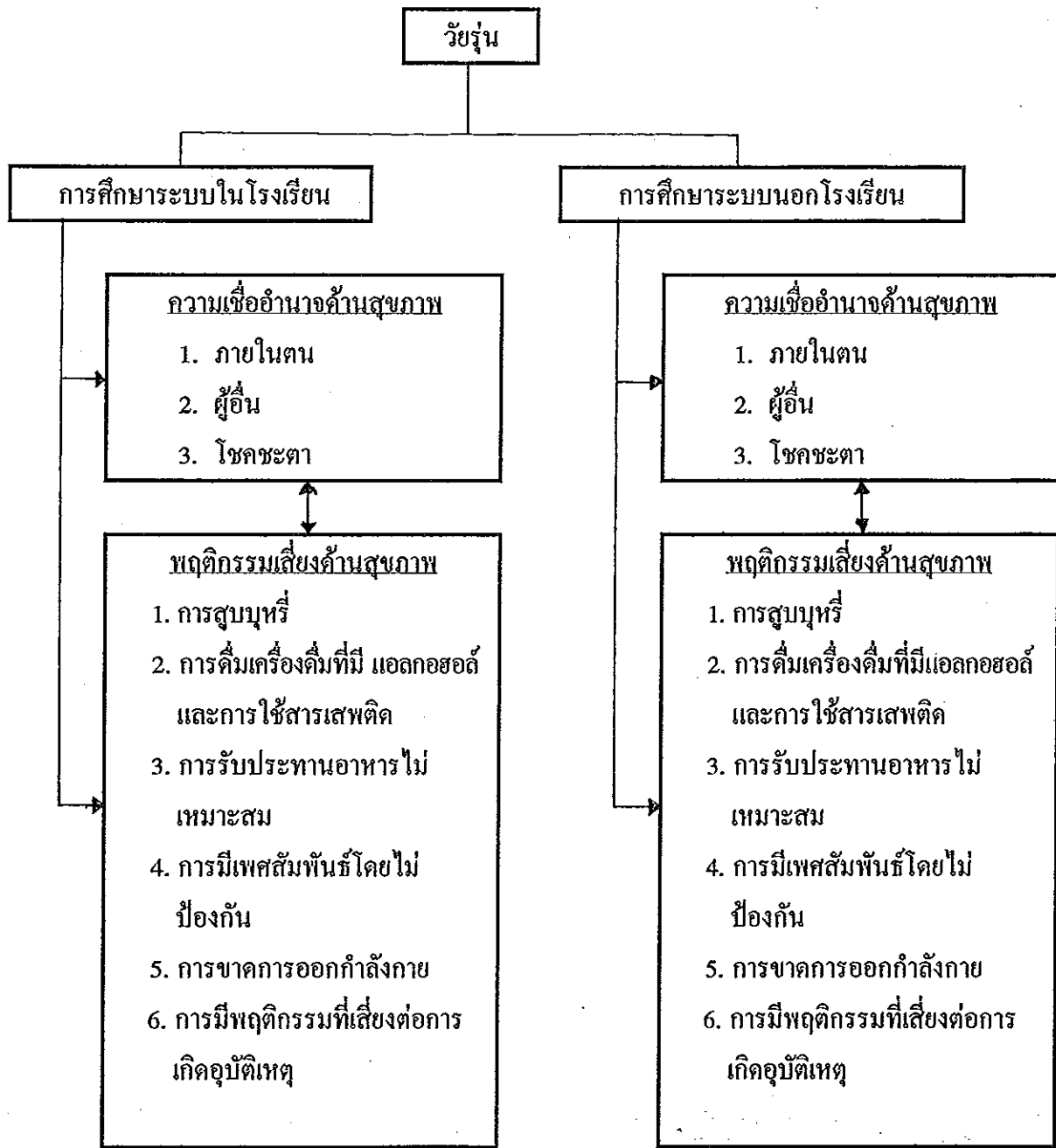
ระบบการศึกษาถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญอย่างหนึ่งของเด็กวัยรุ่น วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน จะมีความแตกต่างของสภาพแวดล้อมด้านตัวแบบ เครื่องมือทางสังคม ระบบของสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นรับรู้พฤติกรรมและผลที่เกิดจากพฤติกรรมจนกลายมาเป็นความเชื่อที่มีผลต่อการควบคุมพฤติกรรมแตกต่างกันและอาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันของวัยรุ่น

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือเกิดผลเสียต่อสุขภาพ (Belloc & Breslow, 1972 cited by Gochman, 1988 : 4 ; Guthrie et al. , 1994 : 36) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่น ได้แก่ การสูบบุหรี่

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การขาดการออกกำลังกายและการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (WHO, 1993 : IX, 16) การที่วัยรุ่นแต่ละคนมีพฤติกรรมอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ สิ่งแวดล้อมในระบบการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น (Perry & Murray, cited by Pender & Pender, 1987 : 79 ; Mc Bride et al. , 1995 : 63) วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน จะมีสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อการควบคุมพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยวอลสตันและคณะ (Wallston et al. , 1976 : 580) ได้แบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะรับรู้ว่าคุณภาพของตนเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง บุคคลกลุ่มนี้จะกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นและมีความเชื่ออำนาจโชคชะตา จะรับรู้ว่าคุณภาพของตนเป็นผลมาจากอำนาจภายนอก เช่น ผู้อื่น ญาติ โชคชะตา เทรเซ่กรรม เป็นต้น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตาจะไม่กระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ทัสนา, 2531 : 57) และมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ (ปริญดา, 2536 : 22) โดยปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไปนั้น ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมทางสังคม (Moursund, 1976 : 328 ; Strickland , 1977 & Lefcourt, 1983, อ้างตาม สุวิมล, 2536 : 9) ระบบการศึกษาถือว่าเป็นประสบการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมทางสังคมอย่างหนึ่งของวัยรุ่น โดยระบบการศึกษาที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้วัยรุ่นมีความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้

จะเห็นได้ว่าการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันผลจากการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลก็จะมีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ บุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้บุคคลมีความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้ จากแนวคิดข้างต้นสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังภาพ



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวิจัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนแตกต่างจากวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน
2. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนแตกต่างจากวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน
3. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในกลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน ดังนี้
 - 3.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในกลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และการศึกษานอกโรงเรียน
 - 3.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในกลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และการศึกษานอกโรงเรียน
 - 3.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในกลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และการศึกษานอกโรงเรียน

นิยามศัพท์

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อการทำพฤติกรรมด้านสุขภาพของตน ประกอบด้วยความเชื่ออำนาจ 3 ด้าน ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพที่ดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ “Multidimensional Health Locus of Control Scale” ของวอลสตันและวอลสตัน (Wallston & Wallston, 1981)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกและวัดได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุหรือส่งเสริมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกายและการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ที่ดัดแปลงจากแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น “Youth Risk

Behavior Survey” ที่สร้างโดยศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control, 1991)

วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน หมายถึง นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง กำลังศึกษาในหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน หมายถึง นักศึกษาที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง กำลังศึกษาในหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายแบบทางไกลสังกัดกรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพแก่กลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน โดยนำเอาข้อมูลพื้นฐานจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และนำมาโน้มน้าวเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอน หัวข้อการพยาบาลอนามัยโรงเรียน สำหรับนักศึกษาพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นและประชากรกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ทำในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา ที่มีอายุ 15- 19 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2540 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา 2 โรงเรียน ในเขตเทศบาลเมืองตรัง จังหวัดตรัง และศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดตรัง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ

1. พัฒนาการของวัยรุ่น
2. ระบบการศึกษาในโรงเรียนและระบบการศึกษานอกโรงเรียน
3. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น
4. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น

สุขภาพของวัยรุ่น

พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีลักษณะระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ ฟร่ายเบิร์ก (Freiberg, 1983 : 318) อธิบายว่า วัยรุ่นมีอายุระหว่าง 10-21 ปี โดยแบ่งเป็นวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนปลาย องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993 : 1) ได้ให้คำจำกัดความว่า วัยรุ่น คือบุคคลที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปีและเยาวชน คือบุคคลที่มีอายุ 15-24 ปี วัยนี้เป็นวัยที่มีพัฒนาการที่รวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ บุคลิกภาพและสังคม ทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัว ซึ่งการปรับตัวของวัยรุ่นในบางครั้งจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด อารมณ์ผันผวนรุนแรง จึงทำให้มีผู้กล่าวถึงวัยรุ่นว่าเป็นวัยพายุฝน (Storm & Stress) เป็นวัยของปัญหา วัยอลวน (Freiberg, 1983 : 320 ; หลอดรัฐและคณะ, 2527 : 15) โดยพัฒนาการของวัยรุ่น พอจะสรุปได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย วัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางเพศ

สมบูรณ์มากขึ้นกว่าวัยรุ่นตอนต้น ได้แก่ มีขนขึ้นตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีการเจริญเต็มที่ ด้านความสูงและน้ำหนัก มีประจำเดือนในเพศหญิงและมีการหลั่งอสุจิเวลาหลับในเพศชาย มีการผลิตของฮอร์โมนของต่อมใต้สมองมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกหิว กินจุ ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันทำงานมากขึ้น ทำให้ใบหน้ามัน เป็นสิ่วและอ้วนได้ (Freiberg, 1983 : 319-323 ; ฅลองรัฐ และคณะ, 2527 : 3) วัยรุ่นบางคนที่มีรู้สึกว่าอ้วนจะพยายามอดอาหารหรือรับประทานยาลดความอ้วน พฤติกรรมเช่นนี้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของวัยรุ่นได้

2. ด้านสติปัญญา วัยรุ่นจะสามารถคิดหาเหตุผลทั้งด้านบวกและด้านลบและสามารถเข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมมากขึ้น สามารถคิดอย่างมีระบบ (formal operations) มีความจำดีและวิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี (Piaget, 1969, cited by Freiberg, 1983 : 324-325) สามารถเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง มีการสังเกต ลองกระทำหรือลองผิดลองถูกในการแก้ปัญหา (นิตยา, 2536 : 13-14) มีการพัฒนาระบบความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ โดยความเชื่ออาจตรงกับ ศาสนา ความรู้ในโรงเรียน (Schurman et al. , 1994 : 556-557) มีการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนสูง (Crandall et al. , 1965 : 91) ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสติปัญญาและความเชื่อของวัยรุ่นได้อย่างเต็มที่คือ ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อนและสื่อมวลชน (สุชาติ, 2526 : 110-111)

3. ด้านอารมณ์ วัยรุ่นจะพยายามควบคุมอารมณ์ของตนเองมากขึ้นและจะมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น แต่ในบางครั้งวัยรุ่นยังมีอารมณ์เป็นเด็ก มีลักษณะหุนหันพลันแล่น มีอารมณ์วู่วามและรุนแรง แสดงความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา ขาดความรอบคอบยังคิดไตร่ตรอง การแสดงความชอบหรือไม่ชอบจะรุนแรงมาก ไม่ค่อยยอมใครง่ายๆ และต้องการแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับผู้ใหญ่อยู่เสมอ จากลักษณะอารมณ์ดังกล่าวจะก่อให้เกิดความเครียดในวัยรุ่น (วันเพ็ญ, 2531 : 49 ; สุภารัตน์, 2537 : 11 ; อัมพร, 2538 : 115) เมื่อเกิดความเครียดบางคนอาจหาทางออกที่ไม่เหมาะสม ฟังพาดสารเสพติดและอาจกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย

4. ด้านบุคลิกภาพและสังคม วัยรุ่นจะพยายามค้นหาเอกลักษณ์ของตน (identity) ค้นหาความสามารถและความต้องการที่แท้จริงของตนในอนาคต การค้นหาเอกลักษณ์จะขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ที่ได้รับมาตลอดระยะของพัฒนาการ (Erikson, 1968 : 128-135) กลุ่มเพื่อนจะมีบทบาทมากทั้งในด้านทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรม (Schurman et al. , 1994 : 566) การที่วัยรุ่นพยายามค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน ทำให้วัยรุ่นมีลักษณะนิสัยชอบเป็นอิสระ ชอบทดลอง ต้องการเป็นตัวของตัวเองวัยรุ่นจะเกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตน ในบางครั้งวัยรุ่นอยากเป็นเด็กเพราะไม่ต้องรับผิดชอบอะไร แต่บางครั้งอยากเป็นผู้ใหญ่ที่มีสิทธิต่าง ๆ ในสังคม ความสับสนนี้เองทำให้วัยรุ่น มีการจับกลุ่มกัน มีการสร้างลักษณะเฉพาะของกลุ่ม มีค่านิยมของกลุ่ม มีการทดลองทำ

สิ่งต่างๆ ร่วมกัน วัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มจะมีบุคลิกภาพที่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัดกับวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม (โยชิน, 2531 : 56) พฤติกรรมเสี่ยงที่พบว่ามักมีความสัมพันธ์กับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้ยาและสารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ (Dolcini & Adler, 1994 : 496 ; จุฬารัตน์, 2539 : ก ; อัมพร, 2538 : 135)

จากพัฒนาการของวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วทุกด้าน ทำให้วัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านร่างกายทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัว การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาที่สามารถคิดหาเหตุผลทั้งด้านบวกและด้านลบ มีการพัฒนาความเชื่อ มีการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง ซึ่งถ้าวัยรุ่นมีเหตุผลและมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ก็อาจทำให้วัยรุ่นกระทำพฤติกรรมที่เป็นอันตรายสุขภาพได้ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ในช่วงวัยนี้ ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียด ความวิตกกังวล บางคนหาทางออกไม่เหมาะสม ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและสังคมที่ค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง รวมทั้งมีการจับกลุ่มกันระหว่างเพื่อน ซึ่งถ้าวัยรุ่นที่มีกลุ่มเพื่อนที่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ จะทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากผลของพัฒนาการของวัยรุ่นดังกล่าวข้างต้น ทำให้วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้มาก

วัยรุ่นนับได้ว่าเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นซึ่งได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน สื่อมวลชน และบุคลากรในทีมสุขภาพ จำเป็นต้องมีความรู้และให้ความสำคัญในการป้องกันและช่วยเหลือให้วัยรุ่นหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว เพราะกลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาพลเมืองของประเทศและป้องกันปัญหาที่อาจจะส่งผลให้เป็นปัญหาสังคมได้

ระบบการศึกษาในโรงเรียนและระบบการศึกษานอกโรงเรียน

การศึกษาเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพของคน (อุทัย, 2534 : 7) หากจะพิจารณาคำจำกัดความของการศึกษาหรือความหมายของการศึกษานั้น มีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับว่าจะมองการศึกษาให้กว้างหรือแคบซึ่ง เชียรศรี (2535 : 1-2) กล่าวถึงความหมายอย่างกว้างว่า หมายถึง ทุกสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิต เป็นการศึกษาจากประสบการณ์

ทั้งหมดของชีวิต ซึ่งครอบคลุมถึงกระบวนการต่าง ๆ ของสังคมที่ถ่ายทอดวัฒนธรรม การศึกษา ในแนวนี้นี้จึงไม่มีการจัดตั้งเป็นระบบแน่นอน แต่เป็นกระบวนการหล่อหลอมทางสังคมที่เรียกว่า สังคมประกิต (socialization) ซึ่งเกิดขึ้นทุกสถาบัน ทุกระดับของชีวิตบุคคล เป็นการศึกษาอย่างไม่เป็นทางการ (informal education) ในทางตรงกันข้ามหากมองในความหมายอย่างแคบ จะพิจารณาการศึกษาโดยมุ่งที่บทบาทหน้าที่และกระบวนการทำงานต่างๆ ของสถาบันการศึกษา หรือ สถาบันการศึกษาทางสังคมแต่ละแห่ง การศึกษาในแนวนี้นี้จึงเป็นกระบวนการที่สังคมถ่ายทอด วัฒนธรรม ความรู้ ความชำนาญ กำนินิยม โดยผ่านโรงเรียน หรือสถาบันสังคมอื่น มีการกำหนด แนวทางและจัดตั้งระบบเป็นกิจลักษณะ ตามแผนการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2535 แบ่งการศึกษาที่เป็นกิจลักษณะออกได้เป็น 2 ประเภท ด้วยกัน คือ การศึกษาระบบในโรงเรียน (formal education) และการศึกษาระบบนอกโรงเรียน (non-formal education) (สำนักงานคณะกรรมการ ศึกษาแห่งชาติ, 2534 : 41)

การศึกษาระบบในโรงเรียน หมายถึง การศึกษารูปแบบหนึ่งซึ่งมีโครงสร้างเป็นลำดับ ชั้น มีระบบการแบ่งชั้นเรียนตามระยะเวลาตั้งแต่ชั้นประถมถึงระดับมหาวิทยาลัย (วิชชุดา, 2535 : 26) มีการจัดการศึกษาให้แก่คนที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน มีผู้สอน ผู้เรียน มีหลักสูตรและการ เรียนการสอนอย่างมีแบบแผน มีเวลาเรียนที่แน่นอน มีการกำหนดอายุของผู้เรียน ซึ่งการศึกษา ประเภทนี้ ได้แก่ การศึกษาระดับต่างๆ ที่รัฐและเอกชนจัดขึ้นในปัจจุบัน เช่น การศึกษาระดับก่อน ประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จนถึงระดับอุดมศึกษา ทั้งในสายสามัญและสายอาชีพ การศึกษาในระบบนี้จะอยู่ในสถาบันการศึกษา ต่าง ๆ เช่น โรงเรียน วิทยาลัยและมหาวิทยาลัย (พุทธชาติ, 2525 : 4 ; เทียรศรี, 2535 : 15 ; สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ, 2534 : 42)

การศึกษาระบบนอกโรงเรียน หมายถึง การศึกษาที่จัดขึ้นนอกเหนือไปจากการศึกษา ระบบในโรงเรียน ไม่ว่าการศึกษานั้นจะจัดขึ้นเป็นกิจกรรมการศึกษาโดยเฉพาะหรือเป็นส่วนหนึ่ง ของกิจกรรมอื่น การฝึกอาชีพ การพัฒนาความรู้เฉพาะอย่างตามความเหมาะสมและความต้องการ ของกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงการให้บุคคลได้พัฒนาทั้งในด้านคุณธรรม ความรู้ความสามารถ และทักษะอย่างสมดุลควบคู่กัน (วิชชุดา, 2535 : 26) มีรูปแบบโครงสร้างของการศึกษาที่ไม่ แน่นนอน สามารถจัดขึ้นได้ในทุกสถานที่เพื่อทุกคน โดยไม่เลือกวัย เพศ ชั้นวรรณะ ภูมิหลัง สติปัญญา ความสามารถหรือความถนัด เปิดโอกาสให้กับทุกคนในสังคม นับว่าเป็นการศึกษาที่ ช่วยปิดช่องว่างบุคคลที่ไม่มีโอกาสรับบริการจากระบบโรงเรียน หรือล้มเหลวจากการศึกษาระบบ ในโรงเรียน (พุทธชาติ, 2525 : 15 ; สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ, 2534 : 42) ซึ่งการ

ศึกษาประเภทนี้เป็นการศึกษาที่จัดขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชนในปัจจุบัน เช่น การศึกษาผู้ใหญ่ การศึกษาทางไกล การศึกษาวิชาชีพเฉพาะกิจหรือบุคคลบางกลุ่มและการศึกษาพิเศษ เป็นต้น

การศึกษาทั้งในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษาระบบนอกโรงเรียน มีความแตกต่างกันทั้งในด้านวัตถุประสงค์ของการจัดการศึกษา คุณสมบัติของผู้สอน คุณสมบัติของผู้เรียน การประพฤติปฏิบัติของผู้เรียน วิธีการเรียนการสอน เนื้อหาสาระ สถานที่เรียน เวลาเรียน ฯลฯ ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 1 (วิชชุตา, 2535 : 64-68 ; สมประสงค์, 2532 : 13 ; อุดม, 2534 : 61-83)

ตาราง 1 ความแตกต่างของการศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียนและระบบการศึกษานอกโรงเรียนจำแนกตามตัวแปรการศึกษา

ตัวแปรการศึกษา	ระบบการศึกษาในโรงเรียน	ระบบการศึกษานอกโรงเรียน
1 วัตถุประสงค์ทางการศึกษา	เสริมสร้างพื้นฐานความรู้วิชาการเป็นขั้นตอนระยะยาว	เสริมสร้างความรู้ที่นำไปใช้ได้เมื่อเสร็จทันที
2 ผู้เรียน	มีกฎเกณฑ์การเลือกผู้เรียนตามอายุหรือกฎเกณฑ์อื่นที่วางไว้	มีเกณฑ์การเลือกผู้เรียนที่ยืดหยุ่น
3 ผู้สอน	ได้รับการฝึกอบรมระดับสูงจึงจะได้รับการคัดเลือกมาสอน	ใครก็ได้ที่เห็นว่าเหมาะสมที่จะสอนได้
4 เนื้อหาการเรียนรู้	อาจเป็นนามธรรม หรือเชิงตรรกวิทยาขั้นสูงที่มีความต่อเนื่อง	อาจเป็นรูปธรรมหรือเกี่ยวกับเรื่องชีวิตที่เป็นอยู่

ตัวแปรการศึกษา	ระบบการศึกษาในโรงเรียน	ระบบการศึกษานอกโรงเรียน
5 ความต่อเนื่องของเนื้อหาการเรียนรู้	มีการเรียนเนื้อหาที่เป็นขั้นตอน	การเรียนรู้ตามสถานการณ์
6 ระยะเวลาการเรียนรู้	ระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานกว่าจะสำเร็จ	ระยะเวลาสั้น ๆ คั่นแปรได้ตามความเหมาะสม
7 การวัดและประเมินผล	มีการแข่งขัน วัดเชิงปริมาณ หรือ วัดจากผลสุดท้ายที่ได้	วัดความร่วมมือกัน วัดเชิงคุณภาพ หรือวัดจากกระบวนการ
8 แหล่งทรัพยากรวัสดุ อุปกรณ์	เทคโนโลยีระดับสูง	เทคโนโลยีระดับต่ำ
9 สื่อที่ใช้สอน	เขียนและพูด	สื่อผสม
10 การลงทุน	ค่าใช้จ่ายต่อหัวสูง	ค่าใช้จ่ายต่อหัวต่ำ
11 อาคารสถานที่	ก่อสร้างเฉพาะเรื่องเฉพาะอย่าง	เรียนที่ไหนก็ได้

จะเห็นได้ว่าการศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนมีความแตกต่างกันโดยการจัดการศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียนนั้นจะเสริมสร้างความรู้แก่ผู้เรียนเป็นขั้นตอน ผู้เรียนต้องผ่านระบบการเลือกเข้าศึกษาตามกฎเกณฑ์ ผู้สอนมีการอบรมและได้รับการคัดเลือก ต้องใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้นานจึงจะสำเร็จ ผู้เรียนต้องแข่งขันกันในด้าน การวัดและประเมินผล ได้รับการสอนโดยตรงจากครูผู้สอนและเทคโนโลยีขั้นสูง ต้องอยู่ภายใต้สถาบันที่มีโครงสร้างถาวร มีระบบระเบียบ กฎเกณฑ์ของสถาบันที่เข้มงวดและต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ส่วนการจัดการศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนนั้นจะเสริมสร้างความรู้แก่ผู้เรียน โดยเน้นความรู้ที่

ต้องนำไปใช้และการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้เรียนสามารถสมัครเข้าศึกษาได้โดยไม่ต้องผ่านระบบการคัดเลือก ผู้สอนคือบุคคลากรที่เชี่ยวชาญด้านนั้นๆ ที่อยู่ในชุมชน ผู้เรียนใช้เวลาเรียนระยะสั้นๆ สามารถเรียนได้จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ หนังสือ ไม่จำเป็นต้องมาศึกษาในสถาบันทุกวัน มีอิสระในด้านเวลา การจัดการศึกษาสามารถจัดได้ทุกสถานที่ เช่น โรงเรียน วัดและผู้เรียนเสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่าในระบบการศึกษาในโรงเรียน เป็นต้น

การจัดการศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียนสายสามัญ สำหรับวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี จะเป็นการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้หลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายของกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีการจัดการศึกษาตลอดหลักสูตรรวมทั้งสิ้น 3 ปีการศึกษา

การจัดการศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนสายสามัญ ในหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ของกรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ สามารถเรียนได้ทุกกลุ่มอายุ มีการจัดการศึกษาเป็น 3 วิธี คือ วิธีเรียนในชั้นเรียน วิธีเรียนทางไกลและวิธีเรียนด้วยตนเอง ซึ่งนักศึกษาสามารถลงทะเบียนเรียนตามหลักสูตรได้ทั้ง 3 วิธี (วิชชุตา, 2535 : 102-109) แต่ในปัจจุบันนักศึกษาที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนสายสามัญ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มักจะศึกษาโดยวิธีเรียนทางไกลเป็นส่วนใหญ่ (กรมการศึกษานอกโรงเรียน, 2533 : 12) ซึ่งโดยส่วนใหญ่ นักศึกษาที่ศึกษาโดยวิธีนี้ มักจะเป็นนักศึกษาที่พลาดโอกาสที่จะเข้าศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียน ขาดแคลนทุนทรัพย์และจำเป็นต้องประกอบอาชีพ เป็นต้น (วิชชุตา, 2535 : 103) การศึกษาวิธีทางไกลนี้ผู้เรียนต้องศึกษาด้วยตนเองส่วนหนึ่ง โดยศึกษาจากแบบเรียน ชุดการเรียน และสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ วิทยู โทรทัศน์ เป็นต้น ถ้ามีเวลาว่างในวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ ก็จะมาพบกลุ่มเพื่อฟังการสรุปของอาจารย์ประจำกลุ่ม ผู้เรียนไม่มีชั้นเรียนหรือห้องเรียนประจำ สามารถประกอบอาชีพของตนเองได้โดยอิสระ ต้องควบคุมตนเองเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการเรียนพยายามใฝ่หาความรู้จากสื่อต่างๆ ค่อนข้างมากซึ่ง เที่ยรศรี (2535 : 27) ได้อธิบายเกี่ยวกับการเรียนโดยวิธีทางไกลว่าเป็นการศึกษาที่เป็นระบบเปิด นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยไม่ต้องติดต่อกับผู้สอนโดยตรง ทำกิจกรรมการเรียนการสอนโดยอาศัยสื่อต่าง ๆ กันเอง ไม่ต้องมานั่งเผชิญหน้ากันในห้องเรียน ผู้สอนและผู้เรียนจะอยู่ไกลกันในด้านระยะทาง ไม่นับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เป็นการศึกษาที่ยึดหลักการผสมผสานระหว่างสังคมการเรียนรู้และสังคมเทคโนโลยีทางการศึกษาเข้าด้วยกัน โดยการเรียนการสอนจะอาศัยสื่อเป็นสำคัญ การเรียนรู้ส่วนใหญ่เกิดจากสื่อผสมที่ผู้เรียนใช้เรียนด้วยตนเองในเวลาและสถานที่ที่สะดวก โดยสื่อผสมที่ใช้ในวิธีเรียนทางไกลประกอบด้วย

1 สื่อทางไปรษณีย์ ได้แก่ เอกสารการสอนหรือสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ รวมทั้งวัสดุฝึกปฏิบัติ

เช่น แบบฝึกปฏิบัติ เทปเสียง เป็นต้น

- 2 สื่อวิทยุกระจายเสียง ได้แก่ รายการให้ความรู้ต่างๆ ทางวิทยุกระจายเสียง
- 3 สื่อวิทยุโทรทัศน์ ได้แก่ รายการให้ความรู้ต่างๆ ทางวิทยุโทรทัศน์
- 4 สื่อสำหรับกิจกรรมภาคปฏิบัติเสริมประสบการณ์ในบางรายวิชา โดยอาศัยแหล่ง
วิทยาการหรือใช้ทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงาน องค์กร หรือสถาบันต่างๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น
- 5 กิจกรรมสอนเสริมที่จัดขึ้น
- 6 ศูนย์บริการการศึกษา เช่น ห้องสมุด

ในการศึกษาวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในโรงเรียน ซึ่งมีการจัดการเรียนการสอนที่เป็นทางการ มีโครงสร้างที่เป็นไปตามลำดับของหลักสูตร มีผู้สอนและผู้เรียน การจัดการศึกษาและรูปแบบสถานที่ศึกษา ตามคุณสมบัติกฎเกณฑ์ของการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งวัยรุ่นกลุ่มนี้จะได้รับการถ่ายทอดวัฒนธรรม การเรียนรู้ โดยผ่านระบบการศึกษาในโรงเรียน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน เป็นนักศึกษา ซึ่งกำลังศึกษาในศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน หลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ประเภทวิธีเรียนทางไกลของกรมการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งมีการจัดการเรียนที่ไม่เป็นทางการ มีความยืดหยุ่น โดยผู้เรียนไม่จำเป็นต้องเข้าศึกษาในชั้นเรียน ศึกษาจากแบบเรียนสำเร็จรูป วิทยุและทางไปรษณีย์ สามารถประกอบอาชีพโดยอิสระ ถ้ามีเวลาว่างก็จะมาพบกลุ่มในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ผู้สอนก็จะป็นวิทยากรที่ชำนาญในด้านนั้นและอาจารย์ประจำกลุ่ม การจัดการศึกษาจะเน้นเนื้อหาที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวันและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งวัยรุ่นจะได้รับการถ่ายทอดวัฒนธรรมการเรียนรู้จากระบบสังคมที่เขาอาศัยอยู่

จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนมีลักษณะที่เหมือนกันในด้านระดับการศึกษา หลักสูตร เนื้อหาของแบบเรียน แต่จะมีความแตกต่างกันในด้านคุณสมบัติของผู้เรียน การใช้เวลาในการศึกษาและสิ่งแวดล้อมในการศึกษา ซึ่งลักษณะที่เหมือนกันและแตกต่างกันของกลุ่มวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม อาจส่งผลให้กลุ่มวัยรุ่นมีความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่เหมือนกันและแตกต่างกันได้

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคลโดยพฤติกรรมสุขภาพในแง่บวกจะเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ทำให้สุขภาพดีขึ้นหรือการกระทำของบุคคลดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนให้สมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Gochman, 1988 : 3 ; Kals & Kobb, 1966, อ้างตาม มัลลิกา, 2534 : 21 ; Pender & Pender, 1987 : 60) แต่การกระทำของบุคคลในชีวิตประจำวันบางครั้งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลในแง่ลบ พฤติกรรมดังกล่าวจัดว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพไว้ดังนี้

นุกูล (2536 : 6) กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุและก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

จันทร์ชิตา (2537:141) ให้ความหมายพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นว่า หมายถึงพฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิต พิกการ ทูพพลภาพ เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยทั้งทางตรงและทางอ้อม

อรทัย (2539 : 38) กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยง (risk behavior) หมายถึง วิธีการดำรงชีวิตที่เป็นการเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เบลลอคและเบรสโลว์ (Belloc & Breslow, 1972, cited by Gochman, 1988 : 4) กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมบางอย่างของบุคคลในขณะที่มีความปกติ ที่อาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคสูงขึ้น อาจเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ได้รับปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรค

กัททรีและคณะ(Guthrie et al. , 1994 : 36) ให้คำจำกัดความพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นว่าเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพในเด็กวัยรุ่นไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตามที่เสี่ยงต่อการพัฒนาความสามารถตามระยะพัฒนาการของเด็กวัยรุ่น การดำรงบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและความพร้อมที่จะเจริญเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เป็นสาเหตุหรือส่งเสริมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ในวัยรุ่นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อระยะพัฒนาการ บทบาทตามความคาดหวังของสังคม และความพร้อมที่จะเจริญเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จัดว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพแบ่งได้ 2 ประเภท (Kulbox et al. , 1988 : 22 ; Langlie, 1976 : 216 ; นุกูล, 2536 : 11)

1. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยตรง (direct risk behaviors) เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ความรุนแรง และการใช้สารเสพติด

2. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยอ้อม (indirect risk behaviors) เช่น การใช้ยาผิดประเภทไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยา การใช้รถใช้ถนนอย่างไม่ระมัดระวังและไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร การไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย การไม่สวมหมวกนิรภัย การไม่นัดวัคซีนป้องกันโรค การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วนหรือไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีแคลอรีเกินต้องการ มีไขมันสูง มีกากน้อย การดื่มกาแฟ การสำส่อนทางเพศ การนอนหลับไม่เพียงพอทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ การได้รับสารก่อมะเร็ง การมีแบบแผนการใช้ชีวิตและมีบุคลิกภาพที่ทำให้เครียดง่าย และการขาดการออกกำลังกาย

พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นนั้น มอริส (Morris, 1982, cited by Faber & Reinhardt, 1982 : 94-106) อธิบายว่ามักจะเป็นพฤติกรรมที่เพิ่งเริ่มต้นใหม่โดยเกี่ยวข้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันเช่น การขับรถ การโดยสาร การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานอาหาร โดยพฤติกรรมของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับอัตราการตายในกลุ่มวัยรุ่นต่างประเทศ ได้แก่ อุบัติเหตุเกี่ยวกับยานยนต์ เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การไม่สวมหมวกนิรภัย อุบัติเหตุอื่นๆ เช่น จมน้ำ ถูกยิงด้วยปืน ถูกมีดบาด ถูกฆ่า ฆ่าตัวตาย เป็นต้น และพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การตั้งครกโดยไม่ตั้งใจ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดยาและสารเสพติด เป็นต้น เพนโคเวอร์ (Penkower et al., 1991, อ้างตามปริญาดา, 2536 : 18) อธิบายว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้มากโดยวัยรุ่น 1 คนใน 4 คนจะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพครบทุกประเภท ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด พฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สำหรับวัยรุ่นในประเทศไทยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบมาก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การขับรถเร็วหรือขับรถขณะมึนเมา การไม่สวมหมวกนิรภัย การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การใช้ความรุนแรง การจมน้ำ การฆ่าตัวตาย การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (จันทร์ทิศา, 2537 : 141 ; ฉลองรัฐและคณะ, 2527 : 53-55)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุหรือส่งเสริมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การขาดการออกกำลังกายและการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นนั้นจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันหลายปัจจัยทั้งด้านชีวจิตสังคม การอบรมเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อม (Morris, 1982, cited by Faber & Reinhardt, 1982 : 94-106 ; จันท์ชิตา, 2537 : 142)

1. ปัจจัยด้านชีวจิตสังคม (biopsychosocial factor) จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคมและบุคลิกภาพ วัยรุ่นต้องปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลง การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมเช่น วัยรุ่นทดลองทำพฤติกรรมซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ อยากรทดลองฝ่าฝืนกฎระเบียบและทดลองทำสิ่งใหม่แต่ยังขาดประสบการณ์ มองไม่ไกลถึงผลเสียที่ตามมา เข้าข้างตนเองและคิดว่าสิ่งเลวร้ายไม่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น คิดว่าเพื่อนค้มเหล้าขบรดไม่เห็นเกิดอุบัติเหตุหรือเพื่อนมีเพศสัมพันธ์กับแฟนไม่เห็นตั้งครรภ์ เพราะฉะนั้นตนเองก็ทำได้ จึงอยากลองทำดูบ้างและวัยรุ่นบางคนเข้าสู่วัยรุ่นเร็วเกินไปและช้าเกินไป อาจเกิดปัญหาการปรับตัวได้มากกว่าคนที่เข้าสู่วัยรุ่นตามเกณฑ์ปกติเช่น วัยรุ่นชายที่เข้าวัยรุ่นช้า มีรูปร่างหอบบาง มีส่วนสูงต่ำกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกันอาจเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีกับตนเอง หันเหไปกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น ค้มเครื่องค้มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่เพื่อแสดงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment factor) ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน สังคมที่คนอาศัยอยู่และสถานที่ประกอบอาชีพ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น (Mc Bride et al. , 1995 : 63 ; Perry & Murray, 1986, cited by Pender & Pender, 1987 : 79 ; Schurman et al. , 1994 : 596 ; Thomb et al. , 1994 : 73 ; WHO, 1993 : 6 ; จันท์ชิตา, 2537 : 142 ; ประภาเพ็ญและสวิง, 2534 : 14) ได้แก่

1. ตัวแบบ จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ เช่น อิทธิพลต่อการเลือกรับประทานอาหาร นิสัยการออกกำลังกาย วิธีการเผชิญปัญหา นิสัยการสูบบุหรี่ ซึ่งตัวแบบในระบบการศึกษาได้แก่ ครู เพื่อนและบุคลากรต่างๆ ถ้าวัยรุ่นมีตัวแบบของครูและเพื่อนที่ดีก็จะมีอิทธิพลต่อสุขภาพที่ดี แต่ถ้าวัยรุ่นมีตัวแบบที่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพก็จะทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้มากขึ้น นอกจากนี้แบบอย่างในครอบครัว เช่น ถ้าพ่อแม่ติดเหล้า ลูกมีโอกาสดูดเหล้า 3-4 เท่า และแบบอย่างให้เห็นในสื่อมวลชนทั้งทางหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เช่น โฆษณาที่ชักจูงให้ค้มเหล้าแสดงให้เห็นว่าการค้มเหล้าเป็นสิ่งที่ดีเป็นที่ต้องใจของเพศตรงข้าม แสดงถึงความสำเร็จ ทำให้วัยรุ่นทำตามเพราะเห็นว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

2. กลุ่มเพื่อนและเครือข่ายทางสังคมของวัยรุ่น เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มละแวกบ้าน ใกล้เคียงกัน กลุ่มที่มีการผูกพันกัน กลุ่มต่างๆ ในโรงเรียนหรือในชุมชน มีส่วนสำคัญในการเริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยง เช่น วัยรุ่นที่มีเพื่อนสนิทมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นคนนั้นจะมี พฤติกรรม

ดังกล่าวตามเพื่อนภายในระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้กลุ่มเพื่อนยังมีส่วนทำให้วัยรุ่นกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ได้ เช่น กลุ่มของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย จะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป

3. ระบบของสังคม เช่น ระบบระเบียบ กฎเกณฑ์ ที่สถาบันจัดการศึกษากำหนด โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้วัยรุ่นนำไปพิจารณาในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของวัยรุ่นแต่ละคนนี้อาจส่งผลให้แต่ละคนมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพแตกต่างกันภายใต้ระบบของสังคม วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนจะได้รับอิทธิพลจากกฎระเบียบของโรงเรียน เช่น การห้ามสูบบุหรี่ ห้ามมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ในขณะที่วัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษานอกโรงเรียนไม่มีกฎระเบียบดังกล่าวอาจส่งผลให้วัยรุ่นกลุ่มนี้กระทำพฤติกรรมดังกล่าวได้มากขึ้น

4. ข่าวสารข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์และสื่อต่าง ๆ จากทรัพยากรของชุมชนและบริการของรัฐที่จัดให้ซึ่งทำให้ขจัดสภาพพฤติกรรมของวัยรุ่นได้ การที่วัยรุ่นขาดข้อมูลความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องอย่างทั่วถึง เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ของวัยรุ่นนี้อาจส่งผลให้ วัยรุ่นกระทำพฤติกรรมเสี่ยงได้ วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนจะได้รับบริการด้านสุขภาพหรือข้อมูลด้านสุขภาพโดยตรงจากครูหรือนักลากรในทีมสุขภาพ แต่วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนจะได้รับข้อมูลต่างๆ โดยอ้อม ผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งอาจไม่เพียงพอและจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้

5. การอยู่ในบริเวณที่เป็นแหล่งเอื้อต่อการทำพฤติกรรมเสี่ยง เช่น อยู่ในบริเวณที่เป็นแหล่งค้ายาเสพติดทำให้วัยรุ่นมีการใช้สารเสพติดได้ง่ายขึ้น หรืออยู่ในแหล่งที่มีการให้บริการทางเพศ ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ หรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศได้มากขึ้น เป็นต้น

จากการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมากและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในต่างประเทศและในประเทศสรุปได้ดังนี้

การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในต่างประเทศ

1 อายุของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะศึกษากับกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 14-19 ปี (Kann et al. , 1995a : 1-84 ; 1995b : 163-170 ; Kulbox et al. , 1988 : 22-35 ; Whatley, 1991 : 145-148) และศึกษากับวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี (Lowery et al. , 1996 : 294-298)

2 ระดับการศึกษาและสถานที่เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะศึกษากับกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมปลาย โดยเก็บข้อมูลในสถานศึกษา (Kann et al. , 1995a : 1-84 ; 1995b : 163-170 ; Kulbox et al. , 1988 : 22-35 ; Whatley, 1991 : 145-148) และมีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาในวัยรุ่นที่ไม่ได้กำลังศึกษา โดยเก็บข้อมูลตามบ้าน (Lowery et al. , 1996 : 294-298)

3 ลักษณะการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นรายด้านโดยการสำรวจ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น (Youth Risk Behavior Surveillance System) ของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นแบบสอบถามการกระทำพฤติกรรมในด้านการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกาย โดยสอบถามความถี่ของการกระทำ ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกตั้งแต่ 2-5 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลยจนถึงในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ป่อยที่สุด (Kann et al. , 1995a : 1-84 ; 1995b : 163-170 ; Kulbox et al. , 1988 : 22-35 ; Lowery et al. , 1996 : 294-298) มีเพียงการศึกษาของวอทลีย์ (Whatley, 1991 : 145-148) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในภาพรวมโดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ(Risk-Taking Questionnaire) ของโนว์ลิส (Knowles) ซึ่งเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นต่อการทำพฤติกรรมเสี่ยงด้าน สุขภาพที่พบมากในวัยรุ่น มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของลิเกิต 5 อันดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างมากจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างมาก

4 ผลการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพรายด้านพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ มากที่สุด (ร้อยละ 50 ขึ้นไป) รองลงมา ก็คือการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 30-50) และการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย (ร้อยละ 10-30) (Kann et al. , 1995a : 1-84; 1995b : 163-170 ; Kulbox et al. , 1988 : 22-35 ; Lowery et al. , 1996 : 294-298) ส่วนผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Whatley, 1991 : 145-148)

การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในประเทศไทย

1 อายุของกลุ่มตัวอย่างได้มีการศึกษากับกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนปลายและกลุ่มเยาวชน เช่น วัยรุ่นตอนต้นอายุระหว่าง 13-16 ปี (ปริญาดา, 2536 : 23 ; สุชาดาและลาวัณย์, 2539 : 99-108) วัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 15-20 ปี (จุฬารัตน์, 2539 : 25 ; ษนะพงศ์, 2538 : 271-280 ; มานีและคณะ, 2539 : 220-225 ; มณฑาและนิวัติ, 2539 : 75 ; สุดารัตน์, 2537 : 55 ; สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535 : 30) และเยาวชนอายุระหว่าง 15-26 ปี (ชวนชม, 2534 : 63 ; เกลิมชัยและมาลินี, 2537 : 3 ; สุภาพและภรรณีการ์, 2534 : 7-12)

2 ระดับการศึกษาและสถานที่เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้มีการศึกษากับกลุ่มวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาและสถานที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างต่างๆ กัน กล่าวคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเก็บข้อมูลในโรงเรียน (ปริญาดา, 2536 : 23 ; สุชาดาและลาวัณย์, 2539 : 99-108) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโดยเก็บข้อมูลในโรงเรียน (จุฬารัตน์, 2539 : 25 ; สุดารัตน์, 2537 : 55) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพและวิชาชีพชั้นสูงโดยเก็บข้อมูลในสถานศึกษา (จุฬารัตน์, 2539 : 25 ; เกลิมชัยและมาลินี, 2537 : 3 ; มานีและคณะ, 2539 : 220-225) และไม่จำกัดระดับการศึกษาโดยเก็บข้อมูลที่บ้าน ที่ทำงานและในชุมชน (ษนะพงศ์, 2538 : 271-280 ; มณฑาและนิวัติ, 2539 : 75)

3 ลักษณะการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงรายด้านโดยการสำรวจ เครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีทั้งแบบสอบถาม (จุฬารัตน์, 2539 : 25 ; เกลิมชัยและมาลินี, 2537 : 3 ; ษนะพงศ์, 2538 : 271-280 ; สุดารัตน์, 2537 : 55) และแบบสัมภาษณ์ (มณฑาและนิวัติ, 2539 : 75) ซึ่งพฤติกรรมที่ทำการศึกษาได้แก่การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์และการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีเพียงการศึกษาของปริญาดา (2536 : 25) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งรายด้านและในภาพรวมของพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและการขาดการออกกำลังกาย โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น (Youth Risk Behavior Surveillance System)

4 ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (ปริญาดา, 2536 : 35) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพรายด้านพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด รองลงมาคือการมีเพศสัมพันธ์ (จุฬารัตน์, 2539 : 39 ; ชวนชม, 2534 : 63 ; เกลิมชัยและมาลินี, 2537 : 3) การใช้สารเสพติด (มานีและคณะ, 2539 : 220-225 ; มณฑาและนิวัติ, 2539 : 75) พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (ษนะพงศ์, 2538 :

271- 280 ; สุภาพและกรรณิการ์, 2534 : 7-12) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (สุชาดาและลาวัณย์, 2539 : 99-108 ; สุภารัตน์, 2537 : 55) และการขาดการออกกำลังกายตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2535 : 30) สำหรับผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในโรงเรียนและนอกโรงเรียน พบว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน ส่วนน้อยสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (สมปองและคณะ, 2530 : 48) วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องน้อยกว่า วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน (Pitaktepsombati, 1989, cited by Sonthornbhada, 1996 : 3) วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนใช้สารเสพติดประเภทกาว กัญชา เฮโรอีนและยาบ้า มากกว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน (มณฑาและนิวัต, 2539 : 75 ; มานีและคณะ, 2539 : 220)

จากผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งในและต่างประเทศจะเห็นได้ว่า การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นต่างประเทศ ส่วนใหญ่ จะศึกษาในกลุ่มอายุ 15-19 ปี โดยศึกษาทั้งวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน การศึกษาเป็นการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในรายด้านและใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่ค่อนข้างสูง ในด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ แต่ด้านการขาดการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมค่อนข้างต่ำ ส่วนการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นไทย ส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันตั้งแต่ 13-21 ปี ทุกระดับการศึกษา โดยศึกษาวัยรุ่นในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาเป็นการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นรายด้าน เครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองหรือดัดแปลงมา ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดและการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ค่อนข้างสูง ด้านการขาดการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมค่อนข้างต่ำ และผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในภาพรวมพบว่าค่อนข้างต่ำ โดยสรุปวัยรุ่นทั้งในและต่างประเทศส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้าน การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นมีโอกาสกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้มาก วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนมีสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพแตกต่างกันหลายด้าน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มว่าแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมและการขาดการออกกำลังกาย ระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ (Health Locus of Control)

ความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงแตกต่างกันออกไปตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้ที่เชื่อว่าสุขภาพของตนแข็งแรงสมบูรณ์ได้เพราะการกระทำของตนเอง จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่ง ในขณะที่ผู้ที่เชื่อในเรื่องโชคชะตา เคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่น จะคิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากอำนาจภายนอกและตนเองไม่สามารถควบคุมได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยเป็นอีกลักษณะหนึ่งซึ่งแตกต่างกันออกไปตามความเชื่อที่เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน (กรรณิการ์, 2529 :21)

โรตเตอร์ (Rotter, 1966, อ้างตามทัศนากา, 2531 : 54-55) ได้อธิบายลักษณะทั่วไปของความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ที่ว่าผลตอบแทนจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังว่าจะต้องได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกัน จากพฤติกรรมอันใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม ความคาดหวังเหล่านี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้น จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าหากประสบการณ์ที่ผ่านมาได้รับการเสริมแรงบ่อยครั้งเมื่อแสดงพฤติกรรมเดิม จะทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นมีผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตน ตนเองเป็นผู้กระทำให้เกิดขึ้น ซึ่งความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนในทางตรงข้าม ถ้าหากการกระทำมิได้รับการเสริมแรงจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นผลจากการกระทำของตน แต่เป็นเพราะโชค

ชะตาเคราะห์ ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดลอมบันดาลให้เป็นไป ความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน เป็นปัจจัยที่สามารถนำมาทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป (กรรณิการ์, 2529 : 23) และมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (ทัศนนา, 2531 : 61) ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ต่อความสามารถในการควบคุมสุขภาพ เรียกว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ (Kline & Lipnickey, 1989 : 38) โดยวอลส์ตันและคณะ (Wallston et al. , 1976 : 580) ได้แบ่งความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพของตนเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตน
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่น หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัวญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาลและคนอื่น ๆ
3. ความเชื่ออำนาจโชคชะตา หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตน แต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่าง ๆ จากภายนอก ได้แก่ ความบังเอิญ โชคชะตา อำนาจเหนือธรรมชาติ

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการดังนี้ (ทัศนนา, 2531 : 54-59)

1. อายุ การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนจะเริ่มตั้งแต่วัยเด็กและจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เจริญเติบโตขึ้น ในเด็กวัยก่อนเรียนชีวิตต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น จึงรับรู้ว่าคุณค่าอื่นและสิ่งแวดลอมมีอิทธิพลต่อตนเองมาก แต่เมื่อเด็กค่อยๆเติบโตขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น รู้จักควบคุมตนเองและสิ่งแวดลอมได้มากขึ้น และเริ่มทำตนให้มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น จะเริ่มรับรู้ในความสำคัญของตนเอง สามารถควบคุมตนเองและรับรู้ว่าคุณค่าสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะมีระดับเพิ่มขึ้นตามระดับอายุที่มากขึ้น (Moursund, 1976 : 328) ความเชื่ออำนาจภายในตนเองของเด็กจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี จนกระทั่งเรียนอยู่ในระดับเกรด 8 หลังจากนั้น ความเชื่อดังกล่าวอาจต่ำลงได้ (Crandall et al. , 1965 : 91-100)

2. ประสบการณ์ชีวิต เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบความเชื่อในปัจจุบันของบุคคล ซึ่งประสบการณ์ชีวิตที่มีผลต่อความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน นั้นแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ

2.1 ประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต ได้แก่ ภาวะวิกฤติของชีวิต การตายของบุคคลที่ใกล้ชิด อุบัติเหตุ เช่นการตายของบุคคลที่เป็นที่รักกระหน่ำ หรือภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับบุคคลอย่างไม่คาดคิด ประสบการณ์ในลักษณะเช่นนี้ จะไปกระตุ้นความเชื่อที่มีอยู่เดิมให้มากขึ้นหรือลดลงแต่การเปลี่ยนแปลงจากประสบการณ์เช่นนี้จะไม่มียผลมากเท่ากับประสบการณ์สะสมในชีวิตอย่างต่อเนื่อง

2.2 ประสบการณ์สะสม ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ปลูกฝังความเชื่อให้เด็กตั้งแต่ยังเล็ก จากการศึกษาถึงพัฒนาการของความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนในเด็กอายุ 3 ปี พบว่า เด็กที่ได้รับความอบอุ่นและสัมพันธ์ภาพที่ดีกับมารดา การเลี้ยงดูเป็นแบบไม่บีบบังคับ เปิดโอกาสให้เด็กได้เป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่เดียวกันบิดามารดาที่ไม่ปกป้องคุ้มครองมากเกินไป เด็กจะพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนสูง ตรงกันข้ามกับเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูเป็นแบบบีบบังคับ ถูกควบคุม ไม่เป็นตัวของตัวเอง หรือปกป้องคุ้มครองเกินความจำเป็นเด็กจะพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ (Stephens, 1973 : 56-65) นอกจากประสบการณ์ที่เด็กได้รับจากการเลี้ยงดูแล้วยังมีประสบการณ์การเรียนรู้และการอบรมสั่งสอนที่ได้รับจากครูและโรงเรียนยังมีส่วนช่วยในการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน จากการศึกษาของจรรยาและคณะ (2533: 31) พบว่าเด็กที่ได้รับการฝึกอบรมเลี้ยงดูจากมารดา การเรียนรู้ที่เด็กได้รับจากโรงเรียนและการอบรมสั่งสอนของครู ตลอดจนพื้นฐานในตัวของเด็กเอง มีอิทธิพลร่วมกันอย่างเห็นได้ชัดเจนต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนของเด็ก และนอกจากนี้การได้รับวิธีการฝึกอบรมที่เหมาะสมและการเป็นต้นแบบที่ดี จะช่วยให้เด็กพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน (Blazek et al. , 1975, อ้างตามวรรณี, 2528 : 38) ประสบการณ์ด้านการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน ไวส์ (Wiehe, 1987 : 1273-1274) พบว่า บุคคลที่ศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมปลายจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่ากลุ่มเพื่อนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซินเดอร์และเวอร์เนท (Zindder & Wernet, 1997, cited by Kline & Lipnickey, 1989 : 39) กล่าวว่าประสบการณ์สะสมของแต่ละบุคคลมีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนด้านสุขภาพ

3. ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในสังคม กลุ่มชนชั้นในสังคมมีส่วนทำให้เกิดการปลูกฝังทัศนคติและความเชื่อที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของเบ็ทเทินและร็อตเตอร์ (Battle & Rotter, 1963 : 482-490) พบว่าเด็กผิวดำที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจยากจนและเป็นชนชั้นต่ำ ส่วนมากจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง ซึ่งตรงกันข้ามกับเด็กผิวขาวชนชั้นกลาง ฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างดี ส่วนมากจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง

เนื่องจากความยากจนทำให้เด็กมีความมั่นใจต่ำขาดโอกาสที่จะได้รับรางวัล ซึ่งเป็นแรงจูงใจจากบิดามารดา ประกอบกับการเลี้ยงดูที่ปล่อยปละละเลยจนเกินไป ทำให้เด็กขาดความรักความอบอุ่น จึงมีผลทำให้เด็กมีความเชื่อโชคลางมากกว่าตนเอง จากการศึกษาของสุนทรียะและสนิท (2522 อ้างตาม จรรยาและคณะ, 2533 : 29) พบว่า ผู้ที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือมีรายได้น้อย มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมากกว่าผู้ที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจสูงหรือมีรายได้สูง และจากการศึกษาของทัศนาศนา (2528, อ้างตาม จรรยาและคณะ, 2533 : 30) เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนของเด็กวัยรุ่นไทย พบว่า วัยรุ่นที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าเด็กวัยรุ่นจากครอบครัวที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง อย่างไรก็ตาม ความเชื่ออำนาจภายในตนระหว่างเด็กวัยรุ่นจากครอบครัวที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

4. สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมของกลุ่มคนในชุมชน ค่านิยมทางสังคมที่บุคคลยึดถืออยู่และปฏิบัติจนกลายเป็นวิถีชีวิต ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะถูกปลูกฝังอยู่ในระบบความเชื่อของบุคคล โดยเฉพาะค่านิยมด้านสุขภาพซึ่งวอลส์ตันและคณะ (Wallston, et al. , 1978 : 107-117) พบว่าบุคคลที่มีค่านิยมด้านสุขภาพสูง จะมีความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพภายในตน และพบว่าหญิงวัยรุ่นผิวขาวชนชั้นกลาง ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและมีความเชื่ออำนาจภายในตน จะป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพราะการตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังศึกษาอยู่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนผิวขาวชนชั้นกลาง ซึ่งตรงกันข้ามกับหญิงวัยรุ่นสีดำที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเช่นเดียวกันแต่ปล่อยให้ตนตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังศึกษาอยู่ ทั้งนี้เพราะค่านิยมทางสังคมของหญิงวัยรุ่นสีดำยอมรับการตั้งครรภ์และให้การยกย่องกับผู้ที่เป็นมารดา จึงไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกลุ่มนี้ (ทัศนาศนา, 2531 : 60) นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่จำกัดโอกาสหรือชนกลุ่มน้อยเมื่อเผชิญปัญหาต้องพบกับความยากลำบากในการจะแก้ไข มีความรู้สึกรู้ว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยคุณค่า จะทำให้บุคคลขาดโอกาสในการมีประสบการณ์กับการได้รับการเสริมแรง อันเป็นผลที่เกิดจากความพยายามของเขา ส่งผลให้บุคคลเกิดแนวโน้มของการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายนอกตน จากการศึกษาของเกรฟ (Graves, 1961, cited by Battle & Rotter, 1963 : 483) พบว่าเด็กผิวขาวมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากที่สุด รองลงมาคือเด็กอเมริกันเชื้อสายสเปน โดยเด็กชาวอินเดียมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมากที่สุดและการศึกษาของเวทเชลและวอลเลอร์ (Weitzel & Waller, 1990 : 23-34) พบว่ากลุ่มชนที่มีเชื้อชาติต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายในตนแตกต่างกัน โดยชนผิวขาวมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าชนผิวดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และชนผิวดำมีความเชื่ออำนาจโชคลางมากกว่าชนผิวขาว

อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคนมีอิทธิพลมาจากปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์แต่ละช่วงของชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางสังคม ในช่วงอายุ ของวัยรุ่นจะมีการพัฒนาการของความเชื่ออำนาจภายในคนสูง แต่อิทธิพลจากปัจจัยเหล่านี้ อาจทำให้ความเชื่ออำนาจในการควบคุมของแต่ละบุคคลแตกต่างกันได้

การประเมินความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ แฟเรสและคณะ (Phares et al. , 1957, cited by Lowery, 1981 : 294) ได้เริ่มสร้างครั้งแรกในปี ค.ศ.1957 และในปี ค.ศ.1966 ร็อตเตอร์ (Rotter, 1966, อ้างตามชูเกียรติ และคณะ, 2539 : 41) ได้นำเอาเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคนมาดัดแปลงเป็นแบบ วัด ที่แบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้านคือ ความเชื่อภายในตนและความเชื่อภายนอกตน (Internal-External Scale หรือ I-E scale) ปี ค.ศ.1973 ลีเวนสัน (Levenson) ได้พัฒนาแบบวัด I-E scale โดย แบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่อ อำนาจโชคชะตา วอลส์ตันและวอลส์ตัน (Wallston & Wallston, 1978) ได้พัฒนาและปรับปรุงแบบ วัดเพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ มีชื่อเรียกว่า Multidimensional Health Locus of Control (MHLC scale : Form A) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ลำดับ มีจำนวน 18 ข้อ แบ่งความเชื่อ ออกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอยู่ในช่วง 0.6 - 0.8 และได้นำไป ใช้กับประชากรหลายกลุ่มและมีการพัฒนาแบบวัดอยู่เรื่อยๆ ปี ค.ศ.1981 วอลส์ตันและวอลส์ตัน (Wallston & Wallston, 1981, อ้างตามชูเกียรติ, 2539 : 41) ได้พัฒนาและปรับปรุงแบบวัด MHLC scale : Form A เป็นแบบวัด MHLC scale : Form B โดยแบบวัดดังกล่าวประกอบด้วยความเชื่อ 3 ด้านเช่นกัน จำนวน 12 ข้อ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน 4 ข้อ ความเชื่ออำนาจผู้อื่น 4 ข้อและ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญหรือโชคชะตา 4 ข้อ แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.85 เหมาะ กับ ประชากรที่อ่านออกเขียนได้ อายุ 16 ปีขึ้นไป มีการนำมาใช้กับประชากรกลุ่มต่าง ๆ ก่อน ข้างมากในปัจจุบันการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบวัดของวอลส์ตันและวอลส์ตัน (Wallston & Wallston, 1981) Form B มาดัดแปลง เพื่อประเมินความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษา ในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคลที่อยู่ใน ระบบการศึกษาที่แตกต่างกัน มีเพียงการศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบ

การศึกษาในโรงเรียนในต่างประเทศ ได้แก่การศึกษาของวอทลีย์ (Whatley, 1991 : 145-148) ที่ศึกษาในวัยรุ่นในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ประเทศสหรัฐอเมริกา อายุระหว่าง 14-19 ปี จำนวน 187 คน พบว่า วัยรุ่นมีค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนสูงที่สุด รองลงมาคือความเชื่ออำนาจผู้อื่นและมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาต่ำสุด สำหรับการศึกษาคือความเชื่ออำนาจของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนในประเทศไทย มีเพียงการศึกษาของปริญดา (2536 : 25) ที่ศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 13-16 ปี จำนวน 300 คน พบว่า วัยรุ่นมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนสูง ใกล้เคียงกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นและมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาต่ำสุด ถึงแม้ว่าการศึกษาของปริญดา (2536: 25) จะศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน แต่ ผู้ศึกษาอธิบายว่า งานวิจัยยังมีข้อจำกัดจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น แต่ได้มาจากโรงเรียน 2 โรงเรียน จำนวน 300 คน อายุ 13-16 ปีเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปถึงประชากรวัยรุ่นกลุ่มที่ไม่ใช่ นักเรียนและกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่นอกสถานศึกษาได้ และได้เสนอแนะในการทำวิจัยซ้ำในเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนอื่นๆ และกลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้เครื่องมือแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างต่ำ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่ออำนาจภายในตน มีค่าเท่ากับ 0.55 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นเท่ากับ 0.47 และความเชื่ออำนาจโชคชะตาเท่ากับ 0.63 จึงอาจทำให้ผลการศึกษาคือความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพคลาดเคลื่อนได้

จะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศ จะมีประเด็นที่เหมือนกันคือไม่ว่าวัยรุ่นไทยหรือวัยรุ่นต่างประเทศมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง และมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาต่ำสุด

การศึกษาวิจัยเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนยังไม่มีใครศึกษา ซึ่งวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนมีความแตกต่างกันของสภาพแวดล้อมทางสังคม ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ การสอนและการฝึกอบรมในชั้นเรียนของครู ที่อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน การศึกษาค้นคว้านี้จึงได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกคนจะเชื่อว่าการที่ตนสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับโชคชะตาและเคราะห์กรรมตนเอง ไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลที่มีความเชื่อภายนอกคนจะไม่ปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ บางรายปล่อยให้ตนเป็นไปตามโชคชะตาที่ตนเชื่อคือ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเชื่อว่าการที่ตนจะมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับกระทำของตนเอง บุคคลประเภทนี้จะสนใจต่อสุขภาพอนามัยและปฏิบัติตนให้ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีอยู่เสมอ (ทัศนาศ, 2531 : 61)

ความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกคนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถนำมาทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปและพฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยได้ โดยพฤติกรรมที่มีผู้ค้นพบว่าสามารถใช้ความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกคนด้านสุขภาพมาทำนายและอธิบายได้แก่ พฤติกรรมการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ การใช้จ่าย การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การควบคุมอาหาร การวางแผนครอบครัว การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การป้องกันสุขภาพของตนเอง การป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดกับสุขภาพ เช่น การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันอุบัติเหตุ การปรับตัวต่อภาวะเครียดที่เหมาะสม โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเหล่านี้ และแตกต่างไปจากผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกคน (Wallston & Wallston, 1978, อ้างตามกรรณิการ์, 2529 : 21-23) สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น โดยตรงมีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งสรุปผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาที่พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ การศึกษาของ วอทลีย์ (Whatley , 1991 : 145-148) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญสถิติและอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้ การศึกษาของปริญดา (2536 : 37) พบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญสถิติ และอธิบายพฤติกรรม

เสียงของวัยรุ่นได้เช่นเดียวกัน และความเชื่ออำนาจโชคละตามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสียงด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอธิบายพฤติกรรมเสียงด้านสุขภาพได้ การศึกษาของ ไอเซอร์และคณะ (Eiser et al. ,1989: 1059) พบว่าความเชื่ออำนาจโชคละตามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงในเด็กวัยรุ่นและมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายในกลุ่มวัยรุ่น การศึกษาของไดล์แมนและคณะ (Dielman et al. ,1987 : 207-221) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสียงด้านสุขภาพ เช่นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเสพกัญชา การสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญและการศึกษานี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับต่ำ

ผลการศึกษาที่พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสียงด้านสุขภาพได้แก่ การศึกษาของปริญดา (2536 : 37) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสียงด้านสุขภาพ การศึกษาของไดล์แมน (Dielman et al. , 1984 : 935-950) พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพทั้งสามด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสียงด้านสุขภาพ ด้านการสูบบุหรี่ เสพกัญชาในกลุ่มวัยรุ่น การศึกษาของเจสเซอร์และคณะ(Jessser et al. , 1972, cited by Dielman et al. ,1984 : 935-950) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกตนไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น และการศึกษาของริกโก้ เอวี่ (Riccio-Howe, 1991 : 256) พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้เข็มฉีดยาในเด็กวัยรุ่น

จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสียงด้านสุขภาพของวัยรุ่นไม่มีความสอดคล้องกันกับทฤษฎีและบางการศึกษาที่มีความขัดแย้งกันและยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นไทย อายุ 15 - 19 ปี ว่าจะมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสียงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

บทที่ 8

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน และศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน

1. วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ทั้งชายและหญิง ในปีการศึกษา 2540 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตเทศบาลเมืองตรัง จังหวัดตรัง ซึ่งมีจำนวน 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนวิเชียรมาตุและโรงเรียนสภาราชนี จำนวน 2,856 คน

2. วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน เป็นนักศึกษาในหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายประเภทวีซีเรียนทางไกลที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ทั้งชายและหญิง ในปีการศึกษา 2540 ของศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดตรัง เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้มีลักษณะการศึกษาที่ค่อนข้างอิสระโดยจะมาพบกับอาจารย์ประจำกลุ่มในวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ และมีสิทธิ์ไม่มาพบกลุ่มได้ถ้ามีความจำเป็น นักศึกษาบางคนมีรายชื่อในทะเบียนรายชื่อแต่ไม่ได้มาพบกลุ่ม จากการสำรวจพบว่าจำนวนเฉลี่ยของวัยรุ่นที่มาศึกษาแต่ละสัปดาห์ประมาณ 200 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 150 คน โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มโดยบังเอิญ โดยสำรวจรายชื่อวัยรุ่นที่มาพบอาจารย์ประจำกลุ่มในระหว่างวันที่ 12-13 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ซึ่งมีจำนวน

ทั้งสิ้น 202 คน ในจำนวนนี้ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ทุกคน ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามทุกคนๆ ละ 1 ชุด และสามารถเก็บแบบสอบถามกลับคืนได้ 198 ชุด ในจำนวนแบบสอบถามที่เก็บคืนมีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 154 ชุด

2. วิทยุ่่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง มีขนาดและการกระจายของอายุและเพศใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างวิทยุ่่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ โดยนำกรอปรายชื่อของนักเรียนโรงเรียนวิเชียรมาตุและโรงเรียนสภาราชิณี มาจําแนกเป็นกลุ่มอายุและเพศ ตามกลุ่มอายุและเพศของวิทยุ่่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน คํานวณหาช่วงของการสุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอายุและเพศโดยใช้สูตร $I = N/n$ (I = ช่วงของการสุ่มเลือก , N = จำนวนนักเรียนตามกรอปรายชื่อที่ได้จําแนกตามกลุ่มอายุและเพศ , n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอายุและเพศ) เมื่อได้ช่วงของการสุ่มเลือกจึงจับสลากหมายเลขเริ่มต้นในแต่ละกลุ่ม จากนั้นจึงบวกด้วยช่วงของการสุ่มไปเรื่อยๆ ลำดับเลขที่ที่ได้จากการสุ่ม เป็นกลุ่มตัวอย่างวิทยุ่่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน มีจำนวน 154 คน ในจำนวนนี้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามคืนกลับมาโดยมีความสมบูรณ์ทุกชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระบบการศึกษา ศาสนา ความพอใจเพียงของรายได้ของครอบครัว ลักษณะรายได้ของวิทยุ่่น การประกอบอาชีพ บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย เพื่อนสนิท สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสถานภาพสมรสของบิดามารดา

2. แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบวัด Multidimensional Health Locus of control : from B ของวอลลส์ตันและวอลลส์ตัน (Wallston & Wallston, 1981) เป็นแบบสอบถามถึงความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อ 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน จำนวน 4 ข้อ ความเชื่ออำนาจผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ และความเชื่ออำนาจโชคชะตา จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับซึ่งกำหนดคะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	6	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมความเชื่อในแต่ละด้านอยู่ในระหว่าง 4 - 24 คะแนน ถ้าคะแนนรวมด้านใด สูงแสดงว่า บุคคลนั้นมีความเชื่ออำนาจสุขภาพด้านนั้นมาก

3. แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น เป็นแบบสำรวจที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น (The Youth Risk Behavior Survey) ซึ่งสร้างโดยศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นแบบสำรวจประกอบด้วยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ 6 หมวด คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนรวม 46 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นการสอบถามถึงการปฏิบัติ ว่าผู้ตอบได้ทำพฤติกรรมดังกล่าวหรือไม่และทำบ่อยเพียงใดโดยขอให้ตอบตามความเป็นจริงที่ได้กระทำ คำตอบแต่ละข้อจะมีจำนวนไม่เท่ากัน ก็มีตั้งแต่ 2-5 ตัวเลือก แต่การให้คะแนนจะใช้เกณฑ์เดียวกันดังนี้

ตัวเลือก	ข้อ ก	ให้	1	คะแนน
ตัวเลือก	ข้อ ข	ให้	2	คะแนน
ตัวเลือก	ข้อ ค	ให้	3	คะแนน
ตัวเลือก	ข้อ ง	ให้	4	คะแนน
ตัวเลือก	ข้อ จ	ให้	5	คะแนน

คะแนนรวมของแบบสำรวจจะอยู่ระหว่าง 46- 195 คะแนน คะแนนรวมยิ่งมากแสดงว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมาก สำหรับคะแนนรวมของแต่ละด้านของพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจะมีคะแนนไม่เท่ากันทุกด้าน โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีคะแนนระหว่าง 7-27 คะแนน การดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดมีคะแนนระหว่าง 9-39 คะแนน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันมีคะแนนระหว่าง 8-28 คะแนน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมมีคะแนนระหว่าง 5-21 คะแนน การขาดการออกกำลังกายมีคะแนนระหว่าง 3-11 คะแนน และ

พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมีคะแนนระหว่าง 14-69 คะแนน คะแนนรวมแต่ละด้าน ยิ่งมากแสดงว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านนั้นมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1 แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงแบบวัด Multidimensional Health Locus of Control : from B ของวอลส์ตันและวอลส์ตัน (Wallston & Wallston, 1981) ซึ่งมีจำนวน 12 ข้อ ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยและเคยเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เมื่อได้รับข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมาปรับปรุงแก้ไขข้อความให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นวัยรุ่นที่ศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียน จำนวน 15 คนและวัยรุ่นที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียน จำนวน 15 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test - retest) โดยเว้นระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ แล้วนำไปหาความสัมพันธ์โดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ค่าความความสัมพันธ์โดยรวมทั้งหมดเท่ากับ 0.70 โดยมีค่าความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตนเท่ากับ 0.74 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นเท่ากับ 0.72 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาเท่ากับ 0.76

2 แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงจากแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น (The Youth Risk Behavior Survey) โดยปรับปรุงข้อความให้เหมาะสมกับวัยรุ่นไทย และยุคสมัยในปัจจุบัน แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและเคยเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่น ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมกับประชากรที่ศึกษา เมื่อได้รับข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ มาปรับปรุงแก้ไขข้อความให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นวัยรุ่นที่ศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียน จำนวน 15 คนและวัยรุ่นที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนจำนวน 15 คน เพื่อหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha method) ได้ค่าความเที่ยงทั้งหมด 0.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนวิเชียรมาตุ ผู้อำนวยการโรงเรียนสภาราชนิ และผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดตรัง

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและวิธีดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่ผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน และผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่โรงเรียนกำหนด โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1 วิทยุ่่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยนำรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างให้กับอาจารย์ประจำชั้น เพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย ๆ ตามที่กลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงว่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง

3.2 วิทยุ่่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย ๆ ตามกลุ่มที่ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนได้จัดไว้ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 12 กลุ่ม การพบกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มผู้วิจัยได้ประสานกับอาจารย์ ประจำกลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องเวลาและสถานที่ แล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง

4. แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยเรียงตามลำดับดังนี้คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวิทยุ่่น และแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้่ายต่อการตอบแบบสอบถาม และป้องกันการตอบแบบสอบถามที่อาจมีผลกระทบต่อคำตอบของแบบสอบถามชุดที่ตามมา กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดเฉลี่ยประมาณ 30-40 นาที ภายหลังกอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามของตนเองก่อนส่งคืนผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำคะแนนที่ได้ไปลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC⁺ โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ
- 2 ข้อมูลความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ด้วยสถิติทดสอบที (t-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 หรือน้อยกว่า
- 4 หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 หรือน้อยกว่า

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนมีจำนวน 154 คนเท่ากัน โดยมีลักษณะที่เหมือนกัน คือ มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-18 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีรายได้เป็นรายวันและพอใช้จ่าย มีเพื่อนสนิท ยังคงพักอาศัยกับบิดามารดา ญาติหรือผู้ปกครอง มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่อบอุ่น บิดามารดายังคงอยู่ด้วยกัน และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนพอใช้จ่าย ส่วนลักษณะที่ต่างกันของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม คือ วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ และมีรายได้จากผู้ปกครอง ขณะที่วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ และมีรายได้จากนายจ้าง ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	วัยรุ่นในโรงเรียน (n=154)		วัยรุ่นนอกโรงเรียน (n=154)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	72	46.8	73	47.4
หญิง	82	53.2	81	52.6
อายุ				
15 ปี	12	7.8	13	8.4
16 ปี	31	20.1	32	20.9
17 ปี	44	28.6	45	29.2
18 ปี	47	30.5	45	29.2
19 ปี	20	13.0	19	12.3
ศาสนา				
พุทธ	136	88.3	143	92.9
คริสต์	4	2.6	1	0.6
อิสลาม	14	9.1	10	6.5
ประกอบอาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	148	96.1	45	29.2
ประกอบอาชีพ	6	3.9	109	70.8
แหล่งที่มาของรายได้				
ผู้ปกครอง	152	98.7	69	44.8
นายจ้าง	2	1.3	83	53.9
อื่น ๆ	-	-	2	1.3
ลักษณะรายได้				
รายวัน	98	63.6	69	44.8
รายสัปดาห์	42	27.3	18	11.7
รายเดือน	14	9.1	63	40.9
อื่น ๆ	-	-	4	2.6

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	วัยรุ่นในโรงเรียน (n=154)		วัยรุ่นนอกโรงเรียน (n=154)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความพอเพียงของรายได้ของวัยรุ่น				
ไม่พอใช้จ่าย	6	3.9	16	10.4
พอใช้จ่าย	120	77.9	117	76.0
มีเหลือเก็บ	28	18.2	21	13.6
เพื่อนสนิท				
มี	154	100	152	98.7
ไม่มี	-	-	2	1.3
สถานที่ที่เก็บอาศัย				
พักกับบิดา มารดา ญาติ หรือ ผู้ปกครอง	141	91.6	134	87.0
เช่าบ้าน - หอพัก	13	8.4	20	13.0
สถานภาพสมรสของบิดามารดา				
อยู่ด้วยกัน	131	85.1	123	79.9
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	23	14.9	31	20.1
สัมพันธภาพภายในครอบครัว				
อบอุ่น	148	96.1	130	84.4
ไม่อบอุ่น	6	3.9	24	15.6
ความพอเพียงของรายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน				
ไม่พอใช้จ่าย	7	4.5	13	8.4
พอใช้จ่าย	128	83.2	121	78.6
มีเหลือเก็บ	19	12.3	20	13.0

2. เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตนมากที่สุด ($\bar{X} = 20.16$, $SD = 2.52$ และ $\bar{X} = 19.96$, $SD = 3.05$ ตามลำดับ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจโชคชะตาน้อยที่สุด ($\bar{X} = 12.31$, $SD = 3.29$ และ $\bar{X} = 12.99$ $SD = 3.83$ ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพแต่ละด้านระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 3

โดยสรุปผลการศึกษาไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า “ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนแตกต่างจากวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ”

ตาราง 3 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน ($n=154$) และการศึกษานอกโรงเรียน ($n=154$) จำแนกตามรายด้าน

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนนของแบบวัด	วัยรุ่นในโรงเรียน			วัยรุ่นนอกโรงเรียน			t-value
		ต่ำสุด-สูงสุด	\bar{X}	SD	ต่ำสุด-สูงสุด	\bar{X}	SD	
ภายในตน	4 - 24	11-24	20.16	2.52	8 - 24	19.96	3.05	0.63
ผู้อื่น	4 - 24	6-24	18.59	3.31	9 - 24	19.05	3.00	-1.28
โชคชะตา	4 - 24	5 -20	12.31	3.29	4 - 22	12.99	3.83	- 1.66

8. เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวมค่อนข้างต่ำ (\bar{X} = 69.51 ,SD=8.73 และ \bar{X} = 72.18 , SD = 14.95 ตามลำดับ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกเป็นรายด้านค่อนข้างต่ำทุกด้านเช่นเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำกว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนในด้านการสูบบุหรี่ ($t_{(306)} = -3.48$, $p < .001$) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ($t_{(306)} = -3.24$, $p < .001$) และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ($t_{(306)} = -3.23$, $p < .001$) สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพด้านอื่นๆ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 4

โดยสรุปผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า “พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนแตกต่างจากวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน” เพียงบางส่วน

ตาราง 4 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน (n=154) และการศึกษานอกโรงเรียน (n=154) จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	วัยรุ่นในโรงเรียน		วัยรุ่นนอกโรงเรียน		t-value
		ต่ำสุด-สูงสุด	\bar{X} SD	ต่ำสุด-สูงสุด	\bar{X} SD	
1. การเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	14 - 69	15 - 40	26.53 4.72	14 - 44	25.85 6.09	1.09
2. การสูบบุหรี่	7 - 27	7 - 21	8.01 2.57	7 - 25	9.50 4.64	-3.48 *
3. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด	9 - 39	9 - 16	10.24 1.79	9 - 31	11.28 3.54	-3.24 *
4. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน	8 - 28	8 - 21	8.55 2.28	8 - 25	9.72 3.82	-3.23 *
5. การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม	5 - 21	5 - 17	9.89 2.45	5 - 17	9.98 2.53	-0.32
6. การขาดการออกกำลังกาย	3 - 11	3 - 11	6.26 1.77	3 - 11	5.83 2.38	1.79
รวม	46 - 195	54 - 107	69.51 8.73	52 - 127	72.18 14.95	-1.92

หมายเหตุ * = $p < .001$

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ระดับต่ำในทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.15, p < .05$ และ $r = -.33, p < .001$ ตามลำดับ) แต่ความเชื่ออำนาจโชค

ชะตาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 5

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า “ ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ส่วนความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ” เพียงกรณีเดียว คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน (n=154) และการศึกษาออกโรงเรียน (n= 154)

ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ	พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ	
	วัยรุ่นในโรงเรียน	วัยรุ่นนอกโรงเรียน
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.03	-.15 *
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	-.04	-.33 **
ความเชื่ออำนาจโชคชะตา	-.05	.03

หมายเหตุ : * = p < .05

** = p < .001

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 308 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธซึ่งสอดคล้องกับการนับถือศาสนาของคนส่วนใหญ่ในจังหวัดตรัง รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระดับพอใช้จ่าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองตรัง ซึ่งส่วนใหญ่ประชากรจะประกอบอาชีพค้าขายและทำสวนยางพาราซึ่งจะมีรายได้ที่ค่อนข้างแน่นอนเพียงพอกับค่าใช้จ่ายของครอบครัวต่อเดือน และวัยรุ่นเองส่วนใหญ่ก็มีรายได้ที่พอเพียงกับการใช้จ่าย วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ยังคงพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ญาติ หรือ ผู้ปกครองและมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่อบอุ่น ซึ่งทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะได้รับการอบรมดูแลอย่างใกล้ชิด และเป็นไปตามลักษณะของสังคมไทยที่ยังปฏิบัติต่อบุตรในช่วงวัยรุ่น

วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอ ยังคงพักอาศัยกับบิดามารดา และญาติ ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการศึกษาในระบบการศึกษาในโรงเรียน (วิษุตา, 2535 : 65) ส่วนวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหารายได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะที่สอดคล้องกับกลุ่มที่เข้าศึกษาระบบการศึกษานอกโรงเรียน (เชิรศรี, 2535 : 17) แต่ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวของวัยรุ่นกลุ่มนี้ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิษุตา (2535 : 68) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี (2535 :35) ที่อธิบายว่าบุคคลที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียนมักจะมีความขาดแคลนทางเศรษฐกิจของครอบครัว

2. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

จากผลการศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน พบว่า วัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนค่อนข้างสูง และเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ พบว่ามีคะแนนด้านนี้สูงที่สุด รองลงมาคือความเชื่ออำนาจผู้อื่นและมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจโชคชะตาต่ำสุด ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับจิตวิทยาพัฒนาการของวัยรุ่น (Erikson, 1963 : 128-135 ; ประดับ, 2525 : 43-45 ; อัมพร, 2538 : 11) และทฤษฎีการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน (Crandall et al. , 1965 : 91-100 ; Lawrance & Winschel, 1975 : 487 ; Mousund, 1976 : 328 ; ทิศนา, 2531 : 56) ที่อธิบายว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังเรียนรู้และพัฒนาด้านความคิด โดยเฉพาะความคิดเกี่ยวกับตนเอง วัยนี้จะพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนมากที่สุด เนื่องจากสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากกว่าวัยที่ผ่านมา มีความคิดเป็นของตนเองและเรียนรู้ความสำคัญของตนเอง สามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำทั้งในวัฒนธรรมไทยและวัฒนธรรมอื่น ๆ ที่พบว่าวัยรุ่นมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงสุด รองลงมาคือความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตาต่ำสุด (Whatley, 1991 : 145-148 ; ปรีญดา, 2536 : 37)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพในแต่ละด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามด้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนแตกต่างจากวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนนั้น อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะค่อนข้างเป็นเอกพันธ์ โดยเฉพาะลักษณะที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กล่าวคือ วัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับพอเพียง ยังคงพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ญาติ และผู้ปกครองและมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่อบอุ่น และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองตรัง จังหวัดตรังซึ่งมีวัฒนธรรมต่างๆ ใกล้เคียงกันและนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เชื่อว่าจะทำให้วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ไม่แตกต่างกันและมีการพัฒนาความคิด ความเชื่อที่สอดคล้องกัน

อย่างไรก็ตามวัยรุ่นในระบบการศึกษาออกโรงเรียนมีแนวโน้มที่จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำกว่า แต่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตาสูงกว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนซึ่งควรทำการศึกษาต่อไปในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น

8. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษา นอกโรงเรียน

จากผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษาออกโรงเรียน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวมค่อนข้างต่ำ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในแต่ละด้านค่อนข้างต่ำ ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่น ที่อธิบายว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ บุคลิกภาพ และสังคม ทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวและประสบกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ประกอบกับเป็นวัยที่มีอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน มีความกึ่งคนอง มีความอยากรู้อยากเห็นและอยากลองทำให้มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมเสี่ยง (Freiberg, 1983 : 319-325 ; WHO, 1993 : 2 ; อัมพร, 2538 : 35) รวมทั้งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของคนอื่นๆ ที่ศึกษาพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้าน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง (จุฬารัตน์, 2539 : 40 ; ชวนชม, 2534 : 15 ; เกลิมชัยและมาลินี, 2537 : 2 ; ษนะพงศ์, 2538 : 271 ; สุภาพและกรรณิการ์, 2534 : 7) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้กลับสอดคล้องกับการศึกษา ของปริญาดา (2536 : ข) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น อายุ 13-16 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวมค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะวัยรุ่นในโรงเรียน จะได้รับอิทธิพลจากระเบียบ กฎเกณฑ์ในสถานศึกษา เช่น ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ห้ามมีเพศสัมพันธ์ขณะศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มยังอาจได้รับอิทธิพลของสื่อต่างๆ เช่น ข่าว สารคดี วิทยุ โทรทัศน์ ของสื่อมวลชนและหน่วยงานของรัฐ ที่รณรงค์อย่างมากเกี่ยวกับอันตรายในวัยรุ่น หรืออันตรายจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การใช้สารเสพติด โรคเอดส์ อันตรายจากการสูบบุหรี่ เช่น ดุจลมปอดโป่งพองและมะเร็งปอด การลดอุบัติเหตุ และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย และยังได้รับอิทธิพลจากกฎหมายของประเทศที่เข้มงวดมากขึ้นกับบุคคลที่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพบางพฤติกรรม เช่น การไม่สวม

หมวกนิรภัย การขับเร็วเกินกำหนด การขับขณะมีเมฆา ทำให้วัยรุ่นรับรู้ถึงอันตรายและโทษที่ได้รับ จึงมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในเรื่องเหล่านี้ลดลง

อย่างไรก็ตามการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและเก็บในสถานศึกษาซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบตามความเป็นจริงเนื่องจากกลัวความคิดและส่งผลให้คะแนนที่ได้อยู่ในระดับต่ำ

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำกว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนเฉพาะด้านการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนแตกต่างจากวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน เพียงบางส่วนนั้นน่าจะมาจากการที่วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมของโรงเรียนซึ่งมีระเบียบ กฎเกณฑ์ที่เข้มงวด การห้ามกระทำพฤติกรรมดังกล่าว และกำหนดโทษของการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวอย่างรุนแรง มีแบบอย่างและตัวแบบที่ดี ได้แก่ ครูและเพื่อนในโรงเรียน ให้คำแนะนำและคำปรึกษา มีอาจารย์ผู้ปกครองดูแลความประพฤติ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารก็มีโอกาสได้รับคำแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และครูอนามัย ทำให้วัยรุ่นในระบบการศึกษาโรงเรียนกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งสามด้าน ต่ำกว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนนั้นจะไม่มีระเบียบกฎเกณฑ์ทางการศึกษาที่เข้มงวดเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ได้รับอิทธิพลจากตัวแบบจากสังคมที่อาศัยอยู่ หรือที่ทำงาน ซึ่งอาจมีการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวเป็นเรื่องปกติ ไม่มีครูที่ดูแลอย่างใกล้ชิด ขาดโอกาสได้รับข้อมูลโดยตรงด้านสุขภาพจากครูอนามัยหรือบุคลากรในทีมสุขภาพแต่จะได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ จากการศึกษาของพงวรธรรม (2539 : 48) พบว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนได้ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศจากสื่อภาพยนตร์ ละครโทรทัศน์ มากกว่าสื่ออื่น ๆ และมีความรู้เรื่องเพศค่อนข้างต่ำ และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1993 : 7) อธิบายว่า เยาวชนนอกรโรงเรียนขาดข้อมูลพื้นฐานในการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งข้อมูลบางอย่างวัยรุ่นจะได้รับในโรงเรียน ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นสำหรับเยาวชนนอกรโรงเรียนควรได้รับ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมดังกล่าวทำให้วัยรุ่นนอกรโรงเรียนกระทำพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของอีกหลาย ๆ ท่าน ที่พบว่าวัยรุ่นใน

โรงเรียนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันต่ำกว่าวัยรุ่นนอกโรงเรียน (Sontornthada, 1996 : 36 ; Pitaktepsombati, 1989 , cited by Sontornthada, 1996 : 36 ; สมปองและคณะ, 2530 : 3)

ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกายและการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันนั้น เนื่องจากพฤติกรรมทั้งสามด้านนั้นเป็นพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของคนทั่วไป และธรรมชาติของวัยรุ่นที่เป็นวัยที่รักสวยรักงาม มีความต้องการการเคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมต่างๆ (ฉลองรัฐและคณะ, 2535 : 136-137) วัยรุ่นส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายเหมือนกัน ประกอบกับ วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มยังคงพักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา และญาติ ในเขตเทศบาลเมืองตรัง จึงทำให้มีแบบแผนในการรับประทานอาหารที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ บุคคลทั่วไปรวมทั้งวัยรุ่นต้องปฏิบัติตามกฎหมาย โดยกฎหมายบังคับทุกคนสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ การไม่ขับรถขณะมีเมเมา การไม่พกพาอาวุธโดยไม่ได้รับอนุญาต เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พฤติกรรมเสี่ยงทั้งสามด้านของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนการศึกษานอกโรงเรียน

วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษา พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพทั้งสามด้าน ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงว่าการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ไม่ขึ้นกับความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความเชื่ออำนาจสุขภาพทั้งสามด้านไม่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับสมมติฐานและการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมา ที่อธิบายว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายนอกตน ได้แก่ เชื่ออำนาจผู้อื่นและเชื่ออำนาจโชคชะตา จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ (Dielman et al. , 1987 : 207-221 ; Eiser et al. , 1989 : 1059 ; Murray and Huelskooter, 1983, อ้างตามกรรณิการ์, 2529 : 21-23 ; Wallston et al. , 1987 : 107 ; ทิศนา, 2531 : 54-55 ; ปรีญดา, 2536 :

39) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อิทธิพลจากการจัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน เช่น การกำหนดให้นักเรียนมีการออกกำลังกายตามชั่วโมงเรียนในหลักสูตร การจัดสถานที่ในโรงเรียนที่มีสนามในการออกกำลังกาย มีอุปกรณ์ในการเล่นกีฬา และการจัดสิ่งแวดล้อมด้านการรับประทานอาหาร มีการกำหนดคุณภาพของอาหารที่จัดบริการในโรงเรียน อิทธิพลของกฎ ระเบียบของโรงเรียนเช่น การห้ามสูบบุหรี่และใช้สารเสพติดในโรงเรียน การห้ามกึ่งคณะนงในโรงเรียน และกฎหมายของประเทศที่ ลงโทษผู้ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย และการสวมหมวกนิรภัย ซึ่งอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจส่งผลโดยตรงให้วัยรุ่นกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้โดยไม่เกี่ยวข้องกับความรัก (Mc Bride et al. , 1995 : 63 ; Perry & Murray, 1986, cited by Pender, 1987: 79 ; Schurman et al. , 1994 : 596 ; Thomb et al. , 1994 : 73 ; WHO, 1993 : 6) นอกจากนี้ผลหรืออันตรายจากการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงบางพฤติกรรมในช่วงวัยรุ่น อาจไม่เห็นผลหรือสิ่งที่ตามมาจากการกระทำพฤติกรรมในทันที ทำให้วัยรุ่นที่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงบางคนยังไม่เกิดความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ จึงมีผลทำให้การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ริคโก้ เฮอร์ (Ricco-Howe, 1991 : 256) ที่ศึกษาค่านิยมด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และ สถานการณ์ทำนายนการใช้เข็มขัดนิรภัยในเด็กวัยรุ่น พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้เข็มขัดนิรภัย โดยผู้วิจัยอภิปรายว่าการที่วัยรุ่นจะคาดหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัยนั้นไม่มีอิทธิพลจากความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ แต่ขึ้นอยู่กับค่านิยมด้านสุขภาพ และกฎระเบียบที่เคร่งครัด หรือการศึกษาของ ไดล์แมนและคณะ (Dielman et al. , 1984 : 953-954) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพทั้งสามด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเสกัญชา โดยผู้วิจัยอภิปรายว่าการที่วัยรุ่นสูบบุหรี่และเสกัญชานั้นมีอิทธิพลจากความต้องการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน หรือการศึกษาของเจสเซอร์และคณะ (Jessser et al. , 1972, cited by Dielman et al. , 1984 : 953-954) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคนไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ค่อนข้างต่ำอาจทำให้กระทบต่อผลการศึกษาได้

สำหรับวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเฉพาะความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น โดยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำนั้น สอดคล้องกับสมมติฐานเพียงบางส่วนที่ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน

จะเรียนรู้ว่าตนเองเป็นผู้ที่ควบคุมสุขภาพของตนเอง จึงกระทำพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพตนเอง หลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของไดล์แมนและคณะ (Dielman et al. , 1987 : 207-221) ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในเด็กวัยรุ่น อย่างไรก็ตามค่าความสัมพันธ์ที่พบมีเพียงระดับต่ำ ซึ่งแสดงว่าการทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาค้นคว้าต่อไป สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากจะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพลดลงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของแบบสอบถามที่ ข้อคำถามส่วนใหญ่กำหนดให้ผู้อื่นในแบบสอบถามของการศึกษานี้ หมายถึง แพทย์ พยาบาล ซึ่งบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมด้านสุขภาพในสังคมไทย ดังนั้นถ้าวัยรุ่นมีความเชื่อต่อบุคคลกลุ่มนี้สูงจึงกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำ

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่าความเชื่ออำนาจโชคชะตาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ความเชื่ออำนาจโชคชะตามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ที่ตนกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพนั้นเพราะอยากลองหรือเพื่อนชวน นอกจากนี้ผลหรืออันตรายจากการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพบางพฤติกรรมที่เริ่มกระทำในช่วงวัยรุ่น อาจไม่เห็นผลหรือสิ่งที่ตามมาจากการกระทำพฤติกรรมในทันที ทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ความเชื่ออำนาจโชคชะตาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย คือกลุ่มละ 154 คน การกระจายของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างยังมีน้อย และแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพที่ใช้บางข้อคำถามยังขาดความชัดเจน และความสอดคล้องกับสังคมไทยซึ่งอาจกระทบต่อผลการศึกษาได้

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวัยรุ่นอายุ 15- 19 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 308 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน จำนวน 154 คน ได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบ และวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน จำนวน 154 คน ได้มาจากการสุ่มโดยบังเอิญ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ 0.87 และแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.70 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า

1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน มีอายุระหว่าง 16-18 ปี มากที่สุด เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้จ่าย หักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ญาติหรือผู้ปกครอง มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่อบอุ่น วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ขณะที่วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ

2 วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตนมากที่สุดรองลงมาคือความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพแต่ละด้านของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มพบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้านของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มพบว่า วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำกว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในด้านการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ในเรื่อง การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกายของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพพบว่า

4.1 วัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน พบว่าความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพทั้งสามด้าน คือความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 วัยรุ่นในระบบการศึกษานอกโรงเรียน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ส่วนความเชื่ออำนาจโชคชะตาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้มีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น ดังนี้

1. การนำไปใช้ประโยชน์

1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียน และการศึกษานอกโรงเรียนมีการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ แม้พฤติกรรมดังกล่าวจะมีในระดับต่ำแต่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรกระทำในกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้น ผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง ตลอดจนผู้ที่รับผิดชอบในการจัดการศึกษาแก่กลุ่มวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มควรดูแลและหาแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น

1.2 ในการศึกษาด้านวิชาชีพการพยาบาล การจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการพยาบาลอนามัยโรงเรียน ควรเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม การประเมินความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นเพื่อให้นักศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นแนวทาง

ในการให้การพยาบาลอนามัยโรงเรียนแก่กลุ่มวัยรุ่น ได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ระหว่างวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน จึงมีส่วนทำให้ผลการศึกษาถึงความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป ควรจะควบคุมตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างให้มีความแตกต่างกันมากขึ้น เช่น ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในเขตเมืองและเขตชนบทและครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสาขาอาชีพ ตลอดจนควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น โดยครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเพียง 6 ด้าน คือ การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ป้องกัน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและการขาดการออกกำลังกาย ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพด้านอื่นๆ ของวัยรุ่นร่วมด้วย เช่น การผ่อนคลายที่ไม่เหมาะสม การนอนหลับที่ไม่พอเพียง เป็นต้น

2.3 ศึกษารูปแบบที่เหมาะสม ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

2.4 ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น เช่น ลักษณะของกลุ่มเพื่อน ลักษณะของการได้รับข้อมูลข่าวสาร แรงงูใจด้านสุขภาพ เป็นต้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.5 พัฒนาแบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับสังคมไทย และปรับข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กรณีการ์ กัณฑ์รักษา. (เมษายน-มิถุนายน 2529). ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย, พยานาสสาร, 13 (2), 21 - 27 .
- กรณีการ์ กัณฑ์รักษา. (2537). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมกรปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ . วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กรมการศึกษานอกโรงเรียน. (2533). รายงานผลการดำเนินงานกรมการศึกษานอกโรงเรียน ประจำปี 2533. กรุงเทพมหานคร : กรมการศึกษานอกโรงเรียน.
- โกสุม นัยรุ่งเรือง. (2536). แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ : การวิเคราะห์คุณลักษณะความตรงตามโครงสร้าง . วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2538). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2538 และแนวโน้มมาตรการการแก้ไข. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) . กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .

- จรรยา สุวรรณทัต, ลาคทองใบ ภูอภิรมย์ และกมล สุดประเสริฐ. (2533). ความสามารถในการควบคุมตนเองของเด็กไทยในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทางการศึกษาการฝึกทักษะ และการพัฒนาจิตลักษณะ เพื่อการสร้างพลเมืองที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2535). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการแพทย์ . รายงานการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้พยาบาลกับการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ 9 - 11 มีนาคม 2535 . สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุฬารัตน์ หัวหาญ. (2539). พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์ . วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์-มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จันทร์ชิตา พุกขานานนท์. (กรกฎาคม-กันยายน 2537). พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น, สงขลา นครินทร์เวชสาร , 12 (3) , 141-144 .
- ฉลองรัฐ อินทรีย์และคณะ. (2527). ปัญหาและความต้องการของวัยรุ่นไทย. ม.ป.ท. : รายงานการวิจัยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- เฉลิมชัย ชูเมือง และมาลินี ภูวนันท์. (เมษายน-มิถุนายน 2537). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยเทคนิคหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา, วารสารวิชาการเขต 12 , 5 (2) , 1-14.
- ชวนชม สกนทวัฒน์. (2534). โครงการให้การศึกษาและบริการเกี่ยวกับสุขภาพของภาวะเจริญพันธ์ และการคุมกำเนิด สำหรับวัยรุ่นและหนุ่มสาว . ขอนแก่น : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ชาติ แจ่มนุช. (2538). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมการสำส่อนทางเพศของเยาวชนชาย.
วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, น้ำอ้อย ถักดีวงศ์ และนางพิมพ์ นิมิตรอาพันธ์. (มกราคม -
เมษายน 2539). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคน
ด้านสุขภาพ, วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 26 (1), 40-55.
- ทัศนา บุญทอง. (2531). ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง : มโนคติ การประเมินและการ
พยาบาท. รายงานการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ครั้งที่ 1 เรื่อง มโนคติ ใน
การพยาบาลแบบองค์รวม วันที่ 2-4 พฤศจิกายน. (หน้า 54-74). กรุงเทพมหานคร :
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล .
- ทัศนีย์ นະแส . (2539) . การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล .สงขลา : คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนะพงศ์ จินวงษ์. (ตุลาคม - ธันวาคม 2538) การศึกษาระดับแอลกอฮอล์ของผู้ขับขีรถ
จักรยานยนต์ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครราชสีมา, วารสารวิชาการสาธารณสุข , 4
(4) , 271-280.
- ธวัชชัย วรพงศ์ธร และคณะ. (2534). แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ :
การวิเคราะห์คุณลักษณะความตรงตามโครงสร้าง, วารสารพยาบาลสาธารณสุข , 5 (1) ,
7 - 32.
- เชิษรศรี วิสิฐศิริ. (2535). การศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษานอกโรงเรียน : เทคโนโลยีทางการศึกษา
(พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-
วิโรฒ ประสานมิตร.
- นิตยา ปัญญมิตติ. (2536). มโนทัศน์ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา .วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- นกุล ตะบูนพงศ์ . (2536). พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ. ในรายงานการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้ เรื่อง การปรับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี 18 - 20 สิงหาคม 2536 . สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประคับ เรืองมาลัย. (2525). จิตวิทยาวัยรุ่น . กรุงเทพมหานคร : จงเจริญการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่2) . กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญดา จิรกุลพัฒนา. (2536). การให้คุณค่าต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น . วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พรรณพิไล ศรียาภรณ์. (2537). การพยาบาลครอบครัววิกฤติ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น . เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณี ปานเทวัญ . (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกคนด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ . วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พวงวรรณ จันทร์ตรี. (2539). ก่านิยมเรื่องการรักษาพรหมจารีของสตรีโสดที่ศึกษาอยู่ในศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน . วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล , กรุงเทพมหานคร.
- พุงศักดิ์ จันทร์สุรินทร์. (2532). การศึกษาออกโรงเรียน : การทำทนายในอนาคต . วารสารการศึกษาออกโรงเรียน , 26 (50) , 52-54 .

- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2536). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ของนางงานสตรีวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พุทธชาติ ราชปรีชา. (2525). การศึกษานอกโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. (2539). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา : โรงพิมพ์เหมการพิมพ์.
- เพ็ญศรี พิชัยสนิข. (2528). อนามัยครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์การพิมพ์.
- มงคล ปลื้มจิตรชม และคณะ. (ตุลาคม - ธันวาคม 2539). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนครปฐม พศ. 2539, วารสารวิชาการสาธารณสุข, 5 (4), 526 -533.
- มณฑา เก่งการพานิช และนิวัต อุณาพันธ์. (พฤษภาคม - สิงหาคม 2539). การรับรู้และความตระหนักของผู้นำชุมชนต่อสถานการณ์ยาเสพติดในชุมชนชนบท อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา, วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 26 (2), 75-81.
- มานี ปิยะอนันต์ และคณะ. (มีนาคม 2539). การศึกษาการใช้แอมเฟตามีนในกลุ่มนักเรียนอาชีวะชาย, สารศิริราช, 48 (3), 220-226.
- มัลลิกา มัตติโก. (2534). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : โครงการงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข .
- ยุพิน รุ่งแจ้ง. (2533). การวิเคราะห์สภาพการจัดหลักสูตรเพศศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ลัดดา แสนลีทา. (2536). ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วรรณิ์ บรรเทิง. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตนกับ
พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2533). ความรู้ ความคิดเห็น และพฤติกรรมเกี่ยวกับเพศศึกษาของ
นักเรียน ตีกระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษาและอุดมศึกษา จังหวัด
เชียงใหม่. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชชุดา หุ่นวิไล. (2535). การศึกษานอกระบบ. ปัตตานี : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต
ปัตตานี.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. (มกราคม - มีนาคม 2536). สถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและ
แนวทางการป้องกันโรคเอดส์ในสถานศึกษา, วารสารวิชาการสาธารณสุข 2, (1),
156 -161.
- วันเพ็ญ ปันนราช. (กรกฎาคม - กันยายน 2531). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในงาน
ครอบครัวศึกษาเพื่อแก้ปัญหาวัยรุ่น, วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 11 (3), 46-59.
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดตรัง. (2539). เอกสารแผ่นพับหลักสูตร และข้อมูลสถิติ
จำนวนนักเรียน. (เอกสารอัดสำเนา) .
- สมประสงค์ วิทย์เกียรติ. (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2532). การศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาใน
โรงเรียนเป็นเรื่องเดียวกันหรือ, วารสารการศึกษานอกโรงเรียน, 26 (148), 13-16 .
- สมปอง เจริญวัฒน์ และคณะ. (2530). สุขภาพจิตของเยาวชนในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ. ชัยภูมิ:
รายงานวิจัย โรงพยาบาลชัยภูมิ .

- สมจิตต์ สุพรรณทัสน์. (2534). การวิจัยทางสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ, วารสารสุขศึกษา , 14 (55) , 1-9.
- สุครัตน์ ขวัญเงิน . (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น .วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุชาดา มะโนทัย และลาวัญย์ สุกกรี. (กันยายน 2539). การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร, วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ , 10 (2) , 99-108.
- สุชาติ โสมประยูร. (2526). การบริหารงานสุขศึกษาในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุภาพ ไทศาลศิลป์ และกรรณิการ์ พัฒนพลานนท์ . (กรกฎาคม - กันยายน 2534). ลักษณะระบาดวิทยา ของอุบัติเหตุการจมน้ำ อ่างทองขนาดใหญ่, วารสารวิชาการเขต 12 , 2 (3) , 7-12 .
- สุวิมล จอดพิมาย. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน อึดมโนทัศน์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ . วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ. (ตุลาคม-พฤศจิกายน 2534). แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ 2535, วารสารการศึกษาแห่งชาติ , 26 (1) , 35-54.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี. (2535). รายงานการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2535. กรุงเทพมหานคร . ม.ป.ท .

อรรถัย รวยอาจิณ. (เมษายน 2539). พฤติกรรมสุขภาพ : การวิจัยที่ไร้ทิศทางของระบบ
สาธารณสุขไทย, วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ , 8 (2) , 30-40.

อุดม เขยก็วงศ์. (2534). การศึกษานอกระบบโรงเรียน . (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร :
ศูนย์การพิมพ์ดวงกมล จำกัด.

อุทัย ดุลยเกษม. (2534). คุณภาพประชากรกับการศึกษา. รายงานการสัมมนาเรื่องคุณภาพ
ประชากรในทศวรรษหน้า : 11 ตุลาคม 2534. (หน้า 3-21) . กรุงเทพมหานคร :
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัมพร โอตระกูล . (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. New Jersey : Prentice Hall .

Battle, E.S. & Rotter, J.B. (1963). Children ' s feelings of personal control as related to
Social Class and Ethnic group. Journal of Personality , 63 , 482-490.

Biglan A. , et al. (1995). Peer and parental influences on adolescent tobacco use.
Journal of Behavior Medicine, 18 (4), 315-330.

Center for Disease Control. (1990). Youth risk behavior surveillance system . Atlanta :
U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Crandall, V.C. , Katkovsky, W. & Crandall, V.J. (1965, March). Children ' s belief in
their own control of reinforcements in intellectual academic achievement
situation. Child Development , 36 , 91-109.

Dielman T.E. , et al. (1984). Health locus of control and self - esteem as related to
adolescent health behavior and intentions. Adolescent , 19 (76) , 935-950.

- Dielman T.E. , et al. (1987, Summer). Susceptibility to peer pressure self-esteem, and health locus of control as correlate of adolescent substance abuse. Health Education Quarterly, 14 (2) , 207-221.
- Dolcini, M.M. & Adler, N.E. (1994). Perceived competencies, peer group affiliation, and risk behaviors among early adolescent. Health Psychology , 16 (6) , 496- 506.
- Eiser J.R. , et al. (1989). Health locus of control and health beliefs in relation to adolescent smoking. British Journal of Addiction , 84. 1059-1065.
- Erikson, E.H. (1968). Identity : youth and crisis . New York : WW Norton & Company Inc , 128-135.
- Freiberg, K.L. (1983). Human development : a life-span approach. (2nd ed.). Monterey : Wedsworth Health Sciences Division : 318-360.
- Faber, M.M. & Rinhardt, M. (1982). Promoting health through risk reduction. New York : Macmillar Publishing Co. Inc.
- Gillis, A.J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle : an integrative review. Journal of Advanced Nursing , 18 , 345-353.
- Gochman, D.S. (1988). Health behavior emerging research perspectives. New York : Plenum press.
- Guthrie B.J. , et al. (1994 October). A theoretical approach to studying health behavior in adolescents : an at-risk population. Family Community Health , 17 (3) , 35-48.

Igoe, J.B. (1991, July-August). Health behavior surveys for youth. Pediatric Nursing , 17 (4) , 391-392 .

Kann L. , et al . (1995, May). Youth risk behavior surveillance- United States 1993. Journal of School Health , 65 (5) , 163-170.

. (1995, September). Youth risk behavior surveillance-United States. MMWR - CDC - Surveillance - Summer , 45 (4) , 1-84 .

Kline, G.K. & Lipnickey, S.C. (1989 , September/October). Health locus of control : implication for the health professional. Health Values , 13 (5) , 38-47.

Kulbox, P.P, Earls, F.J & Montgomery, A.C. (1988, October). Life style and patterns of health and social behavior in high-risk adolescents. Advance Nursing Science , 11 (1) , 22-35.

Langlie, F. (1976). Interrelation among preventive health behavior : a test of competing hypothesis. Public Health Nursing , 94 , 216-225.

Lowery, B.J. (1981, September-October). Misconcept and limitation of locus of control and the I-E scale. Nursing Research , 30 , 294-298.

Mc Bride C.M. , et al. (1995 , February). School-level application of a social bonding model to adolescent risk-taking behavior. Journal of School Health , 65 (2) , 63-65.

Moursund, J.P. (1976). Learning and the learner . Monterey : Book Cole , 328.

- Pender, N.J. & Pender, A.R. (1987). Health promotion in nursing practice. Norwalk :
Appleton & Lange, 60-79.
- Perry, C.I. , Bronovski, T. & Pancel, G. S. (1990). How individual, environment and
health behavior interact : social learning theory, in Glanz K et al. , (Ed.) :
Health Behavior and Health Education : Theory Research and Practice .
San Francisco : Joney-Ban Publishesr ,161-182 .
- Riccio-Howe, L.A. (1991, May). Health value, locus of control, and cues to action as
predictors of adolescent safety belt use. Journal of Adolescent Health ,
12 , 256-262 .
- Rokeach, M . (1973). Belief attitude and value : a theory of organization and chance .
San Francisco : Jossery Bass .
- Romer D. , et al. (1994. June). Social influences on the sexual behavior of youth at
risk for HIV exposure. American Journal of Public Health , 84 (6) , 977-981.
- Schurman J. , et al . (1994). Adolescent, cited in Edelman, C.L . & Mandle, C.L .Health
Promotion Throughout The Lifespan. (3rd ed.), St Louis : Mosby Year Book.
- Sonthornthada, A. (1996). Sexual attitudes and behaviours and contraceptice use of
late female adolcents in bangkok : a comparative study of student and
factory workers . Bangkok : Institute for Population and Social Research
Mahidol University.
- Stephens, M.W. (1973, July). Locus of control measure for pre-school children.
Developmental Phychology , 19 : 56-65.

- Strickland, B.R. (1978, December). Internal-External expectancies and health related behavior. Journal of Counselling and Clinic Psychology , 46 ,1192-1205.
- Thomb D.L. , et al. (1994, February). Social context, sensation seeking and teen-age alcohol abuse. Journal of School Health , 64 (2) , 73-79 .
- Wallston B.S. ,et al . (1976). Development and validation of health locus of control (HLC) scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology , 44 (4) , 580-585.
- Wallston, K. A. & Wallston, B.S. (1978, Spring). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Health Education Monographs , 6 , 160-170.
- Wallston, B.S. & Wallston, K.A. (1987, Spring). Locus of control and health : a review of literature. Health Education Monographs , 6 , 107-117.
- Wallston, B.S. & Wallston, K.A. (1981) . Health locus of control scales, in Lefeourt HM (ed.). Researchin the locus of control construct vol . 1 . New York : Academic press.
- Weitzel & Waller. (1990, May) . Predictive factor for health-promotive behaviors in white, hispannic, and black blue-collar workers. Family & Community Health , 13 (1) , 23-24 .
- Whatley, J.H. (1991). Effects of health locus of control and social network on adolescent risk taking. Pediatric Nursing , 17 (2) , 145-148.
- Wiehe, V. (1987). Impulsivety, locus of control, and education . Psychology Report , 60 : 1273-1274.

WHO . (1993). The health of young people : a challenge and a promise . England :
World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดิ์ค่ะพี่ชื่อนางสาวธิดารัตน์ วงศ์ตำราญ เป็นนักศึกษาปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นต่อไป จึงใคร่ขอความร่วมมือจากนักเรียน/นักศึกษาตอบแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที น้องมีสิทธิจะตอบหรือปฏิเสธก็ได้ คำตอบของน้อง ที่จะถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ธิดารัตน์ วงศ์ตำราญ

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ

การตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ท่านไม่ต้องเขียนชื่อลงในแบบสำรวจคำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำคำตอบไปวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามนี้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดและครบถ้วนทุกข้อ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบคุณที่ท่านได้ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นางสาวธิดารัตน์ วงศ์สำราญ

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำหรือกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ ชาย หญิง
3. ปัจจุบันศึกษา ในโรงเรียน ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน
4. ท่านนับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
 ไม่พอใช้จ่าย พอใช้จ่าย มีเหลือเก็บ
6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 ประกอบอาชีพ(ระบุ)
7. ท่านมีรายได้จากแหล่งใด
 บิดา มารดา ญาติ พี่ นายจ้าง อื่น ๆ ระบุ.....
8. ท่านมีรายได้ได้อย่างไร
 รายวัน ๆ ละ.....บาท
 รายสัปดาห์ ๆละ.....บาท
 รายเดือน ๆละ.....บาท
 อื่น ๆระบุ.....บาท
9. รายได้ที่รับพอใช้หรือไม่
 ไม่พอใช้ พอใช้จ่าย มีเหลือเก็บ
10. ปัจจุบันท่านมีเพื่อนสนิทหรือไม่
 มี จำนวน.....คน ไม่มี
11. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
 บิดา , มารดา , พี่ , ญาติ , หรือบุคคลที่ครอบครัวท่านรู้จัก
 หอพัก , บ้านเช่า หรือที่พักที่นายจ้างจัดให้
12. สัมพันธภาพภายในครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร
 อบอุ่น
 ไม่อบอุ่น
13. สถานภาพสมรสของบิดามารดา
 คู่ แยกกันอยู่/หย่าร้าง หม้าย

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยวงกลม O

รอบตัวอักษรหน้าข้อความที่ท่านเลือกตอบ

ตัวอย่าง เมื่อท่านรับประทานอาหาร ท่านล้างมือบ่อยครั้งเพียงใด

- ก. ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง
- ข. ล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง
- ค. ล้างไม่ได้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร

1. เมื่อท่านข้ามถนน ท่านเดินข้ามบนถนนหรือทางม้าลาย โดยดูซ้าย-ขวา เมื่อปลอดภัยจึงเดินข้ามบ่อยครั้งเพียงใด

- ก. ทุกครั้ง
- ข. เป็นส่วนมาก
- ค. เป็นบางครั้ง
- ง. นาน ๆ ครั้ง
- จ. ไม่เคยดูซ้ายขวาก่อนข้ามเลย

2. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านขี่รถจักรยานยนต์ หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์บ่อยครั้งเพียงใด

- ก. ล้างไม่ได้ขี่รถจักรยานยนต์หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์
- ข. 1 - 5 ครั้ง
- ค. 6 - 10 ครั้ง
- ง. 11 - 20 ครั้ง
- จ. 21 ครั้ง หรือมากกว่า

3. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อท่านขี่รถจักรยานยนต์ หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ ท่านสวมหมวกกันน็อกแล้วรัดเข็มขัดได้กางบ่อยครั้งเพียงใด

- ก. ล้างไม่ได้ขี่รถจักรยานยนต์หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ในสัปดาห์ที่ผ่านมา
- ข. ล้างสวมหมวกกันน็อกและรัดเข็มขัดได้กางทุกครั้ง
- ค. ล้างสวมหมวกกันน็อกและรัดเข็มขัดได้กางเป็นส่วนมาก
- ง. ล้างสวมหมวกกันน็อกและรัดเข็มขัดได้กางเป็นครั้งคราว
- จ. ล้างไม่เคยสวมหมวกกันน็อก หรือสวมหมวกกันน็อกแต่ไม่ได้รัดเข็มขัดได้กาง

4. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านขับรถยนต์ หรือนั่งรถยนต์บ่อยครั้งเพียงใด

- ก. ล้างไม่ได้ขับรถยนต์หรือนั่งรถยนต์
- ข. 1 - 5 ครั้ง
- ค. 6 - 10 ครั้ง
- ง. 11 - 20 ครั้ง
- จ. 20 ครั้ง หรือมากกว่า

5. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อท่านขับรถยนต์ หรือนั่งรถยนต์ ท่านคาดเข็มขัดนิรภัย บ่อยครั้งเพียงใด

ก. ฉันไม่ได้ขับรถยนต์หรือนั่งรถยนต์ในสัปดาห์ที่ผ่านมา

ข. ฉันคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง

ค. ฉันคาดเข็มขัดนิรภัยเป็นส่วนใหญ่

ง. ฉันคาดเข็มขัดนิรภัยเป็นบางครั้ง

จ. ฉันไม่คาดเข็มขัดนิรภัย หรือรถยนต์ที่ฉันนั่งไม่มีเข็มขัดนิรภัย

6. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านขับขีรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ ภายหลังดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยครั้งเพียงใด

ก. ฉันไม่ได้ขับขีรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์/ ไม่ได้ขับขีรถ ภายหลังดื่มแอลกอฮอล์

ข. 1 ครั้ง

ค. 2 - 3 ครั้ง

ง. 4 - 5 ครั้ง

จ. 6 ครั้งขึ้นไป

7. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านโดยสารรถที่คนขับดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

ก. ไม่ได้โดยสารรถที่คนขับดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ข. ไม่ทราบ

ค. เคยโดยสารรถที่คนขับดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

8. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านพกพาอาวุธ เช่น มีด ไม้ หรือปืน บ่อยครั้งเพียงใด

ก. ฉันไม่เคยพกพาอาวุธ

ข. 1 ครั้ง

ค. 2 - 3 ครั้ง

ง. 4 - 5 ครั้ง

จ. 6 ครั้งหรือมากกว่า

9. อาวุธชนิดใดที่ท่านพกพาบ่อยที่สุด

ก. ฉันไม่เคยพกพาอาวุธ

ข. ไม้ตี

ค. เหล็กฟุต

ง. มีด

จ. ปืน

อื่น ๆ ระบุ.....

10. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น โดยใช้กำลังหรืออาวุธกี่ครั้ง

ก. ฉันไม่ได้ทะเลาะวิวาทโดยใช้กำลังหรืออาวุธ

ข. 1 - 2 ครั้ง

ค. 3 - 5 ครั้ง

ง. 6 - 9 ครั้ง

จ. 10 ครั้งหรือมากกว่า

11. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับอันตรายจากการทะเลาะวิวาท หรือต่อสู้กี่ครั้ง
- ก. ถิ่นไม่ได้รับอันตรายจากการทะเลาะวิวาทหรือต่อสู้
- ข. 1 ครั้ง
- ค. 2 - 3 ครั้ง
- ง. 4 - 5 ครั้ง
- จ. 6 ครั้งหรือมากกว่า

12. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้พยายามทำร้ายร่างกายตนเองหรือฆ่าตัวตาย มาแล้วกี่ครั้ง
- ก. ถิ่นไม่พยายามทำร้ายร่างกายตนเองหรือฆ่าตัวตาย
- ข. 1 ครั้ง
- ค. 2 - 3 ครั้ง
- ง. 4 - 5 ครั้ง
- จ. 6 ครั้ง หรือมากกว่า

13. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้พยายามทำร้ายร่างกายตนเอง หรือฆ่าตัวตายจนได้รับอันตรายจนต้องเข้ารับการรักษาหรือไม่
- ก. ถิ่นไม่พยายามทำร้ายร่างกายหรือฆ่าตัวตาย
- ข. ไม่ต้องไปรับการรักษา
- ค. ต้องไปรับการรักษา

14. ในระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมาท่านได้ไปลงเล่นน้ำหรือว่ายน้ำในสระว่ายน้ำหรือแหล่งน้ำสาธารณะ ตามลำพัง โดยไม่มีผู้อื่นอยู่เลย บ่อยครั้งเพียงใด
- ก. ถิ่นไม่ได้ลงเล่นน้ำหรือว่ายน้ำ
- ข. 1 ครั้ง
- ค. 2 - 3 ครั้ง
- ง. 4 - 5 ครั้ง
- จ. 5 ครั้งขึ้นไป

15. ท่านเคยลองสูบบุหรี่หรือไม่
- ก. ไม่เคย
- ข. เคยสูบแต่เลิกแล้ว
- ค. เคยสูบ

เหตุผลที่ท่านลองสูบบุหรี่ คือ.....

16. ท่านติดบุหรี่หรือไม่
- ก. ไม่ติด
- ข. ติดบุหรี่

เหตุผลที่ท่านติดบุหรี่คือ.....

17. ท่านเริ่มติดบุหรี่เมื่ออายุเท่าใด
- ก. ถิ่นไม่เคยสูบบุหรี่ / ถิ่นไม่ติดบุหรี่
- ข. อายุ 15 ปี หรือมากกว่า
- ค. อายุ 12 - 14 ปี
- ง. อายุ 9 - 11 ปี
- จ. อายุน้อยกว่า 9 ปี

18. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่กี่วัน

- ก. ถังไม่ได้สูบบุหรี่
- ข. 1 - 2 วัน
- ค. 3 - 4 วัน
- ง. 4 - 6 วัน
- จ. ตลอด 7 วัน

19. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่มากที่สุดวันละกี่มวน

- ก. ไม่ได้สูบบุหรี่
- ข. 1 - 3 มวน
- ค. 4 - 6 มวน
- ง. 7 - 9 มวน
- จ. 10 มวนขึ้นไป

20. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยลองเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

- ก. ถังไม่ได้สูบบุหรี่
- ข. เคยลองเลิกสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกได้แล้ว
- ค. เคยลองเลิกสูบบุหรี่ แต่ยังไม่เลิก
- ง. ไม่เคยลองเลิกสูบบุหรี่

21. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยใช้หมากฝรั่งหรือลูกอม หรือวิธีการอื่น ๆ เพื่อลดสูบบุหรี่หรือไม่

- ก. ถังไม่ได้สูบบุหรี่
- ข. เคยใช้
- ค. ไม่เคยใช้

22. ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ น้ำตาลเมา วิสกี้ หรือไวน์ หรือไม่

- ก. ไม่เคยดื่ม
- ข. เคยแต่เลิกดื่มแล้ว
- ค. ดื่มนาน ๆ ครั้ง
- ง. ดื่มเป็นประจำ

23. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ น้ำตาลเมา วิสกี้ หรือไวน์ เป็นระยะเวลากี่วัน

- ก. ถังไม่เคยดื่ม/ไม่ได้ดื่ม
- ข. 1 - 2 วัน
- ค. 3 - 9 วัน
- ง. 10 - 19 วัน
- จ. 20 วัน หรือมากกว่า

24. ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 5 แก้ว หรือ 1 ขวดกลมติดต่อกันในคราวเดียวหรือไม่

- ก. ไม่เคยดื่ม / ไม่ได้ดื่ม
- ข. นาน ๆ ครั้ง
- ค. ทุกสัปดาห์
- ง. ทุกวัน

25. ท่านเคยลองเสพยาบ้า ยาอี กัญชา ฟีน เฮโรอีน หรืออื่น ๆ ที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษหรือไม่

- ก. ไม่เคย
- ข. เคยแต่เลิกแล้ว
- ค. เคยและปัจจุบันยังคงเสพยาอยู่

เหตุผลที่ท่านลองเสพยาเสพติดคือ.....

26. ในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมามีท่านเคยเสพยาบ้า ยาไอ้ กัญชา ผีน เซโรนีน หรืออื่น ๆ ที่จัดเป็น ยาเสพติดให้โทษกี่ครั้ง

- ก. ถิ่นไม่เคยเสพยาเสพติด
- ข. 1 - 2 ครั้ง
- ค. 3 - 9 ครั้ง
- ง. 10 - 19 ครั้ง
- จ. 20 ครั้ง หรือมากกว่า

27. ท่านเสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า ยาไอ้ กัญชา ผีน เซโรนีน หรืออื่น ๆ มาตั้งแต่อายุเท่าใด

- ก. ถิ่นไม่เคยเสพยาเสพติด
- ข. อายุ 15 ปี หรือมากกว่า
- ค. อายุ 12 - 14 ปี
- ง. อายุ 9 - 11 ปี
- จ. อายุน้อยกว่า 9 ปี

28. ท่านเคยสูดดมสารระเหย เช่นทินเนอร์ น้ำมันก๊าด กาว แล็กเกอร์ หรือไม่

- ก. ไม่เคย
- ข. เคยแต่เลิกสูดดมแล้ว
- ค. เคยและปัจจุบันยังคงสูดดมอยู่

เหตุผลที่ท่านสูดดมสารระเหยคือ.....

29. ในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมามีท่านสูดดมสารระเหย เช่น ทินเนอร์ น้ำมันก๊าด กาว แล็กเกอร์ กี่ครั้ง

- ก. ถิ่นไม่สูดดมสารระเหย
- ข. 1 - 4 ครั้ง
- ค. 5 - 15 ครั้ง
- ง. 16 - 39 ครั้ง
- จ. 40 ครั้งหรือมากกว่า

30. ท่านสูดดมสารระเหย เช่น ทินเนอร์ น้ำมันก๊าด กาว แล็กเกอร์ มาตั้งแต่อายุเท่าใด

- ก. ถิ่นไม่เคยสูดดมสารระเหย
- ข. อายุ 15 ปี หรือมากกว่า
- ค. อายุ 12 - 14 ปี
- ง. อายุ 9 - 11 ปี
- จ. อายุน้อยกว่า 9 ปี

31. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกัน หรือบุคคลต่างเพศ หรือไม่

- ก. ไม่เคย
- ข. เคย

32. ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์ กับบุคคลกี่คน

- ก. ถิ่นไม่เคยมีเพศสัมพันธ์
- ข. 1 คน
- ค. 2 คน
- ง. 3 คน
- จ. 4 คน หรือ มากกว่า

33. เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ท่านหรือคู่นอนของท่าน ใช้วิธีการในการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่นถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด หลังภายนอก เป็นต้น หรือไม่

- ก. ถิ่นไม่เคยมีเพศสัมพันธ์
- ข. ใช้เป็นประจำ
- ค. ใช้เป็นบางครั้ง
- ง. ไม่ใช้วิธีการใด ๆ ในการป้องกันการตั้งครรภ์

34. เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ท่านหรือคู่นอนของท่าน ใช้วิธีการในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ถุงยางอนามัย หรือไม่
- ฉันไม่เคยมีเพศสัมพันธ์
 - ใช้เป็นประจำ
 - ใช้เป็นบางครั้ง
 - ไม่ใช้วิธีการใด ๆ ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
35. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้ ไวน์ น้ำตาลเมา หรือ สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่
- ฉันไม่เคยมีเพศสัมพันธ์
 - ไม่ดื่ม/ไม่ใช้สารเสพติด
 - ดื่ม หรือใช้เป็นบางครั้ง
 - ดื่ม หรือใช้ทุกครั้ง
36. ท่านเคยตั้งครรรค์ หรือทำให้บุคคลอื่นตั้งครรรค์กี่ครั้ง
- 0 ครั้ง / ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์
 - 1 ครั้ง
 - 2 ครั้ง หรือมากกว่า
37. ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริมที่อวัยวะเพศ ซิฟิลิส หนองใน เอดส์ หรือไม่
- ไม่เคย
 - เคย
38. เมื่อท่านป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ท่านรับการรักษาอย่างไร
- ฉันไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - ไปพบแพทย์
 - ซื้อยารับประทานเอง
 - ไม่รักษาด้วยวิธีการใด ๆ
39. ในแต่ละวันท่านได้รับประทานผลไม้ , ดื่มน้ำผลไม้หรือไม่
- รับประทาน 2 มื้อหรือมากกว่า
 - รับประทาน 1 มื้อ
 - ไม่ได้รับประทาน
40. ในแต่ละวันท่านได้รับประทานผักสด หรือผักที่ปรุงเป็นอาหาร เช่น ผักต้ม ผักสด หรือไม่
- รับประทาน 2 มื้อหรือมากกว่า
 - รับประทานเพียง 1 มื้อ
 - ไม่ได้รับประทาน
41. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารจานด่วน (fast food) เช่น ไก่ทอด หมูย่าง แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า ซอทอดอกส์ ไส้กรอก ลูกชิ้น มันฝรั่งทอด หรือบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป บ่อยครั้งเพียงใด
- ไม่ได้รับประทาน
 - รับประทาน 1 ครั้ง
 - รับประทาน 2 - 3 ครั้ง
 - รับประทาน 4 - 5 ครั้ง
 - รับประทาน 6 ครั้งขึ้นไป

42. ในสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรับประทาน ขนมหวาน เช่น ลูกก๊ี้ โดนัท เค้ก ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ไอศกรีม ขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม บ่อยครั้งเพียงใด
- ไม่ได้รับประทาน
 - รับประทาน 1 ครั้ง
 - รับประทาน 2 - 5 ครั้ง
 - รับประทาน 6 - 9 ครั้ง
 - รับประทาน 10 ครั้งขึ้นไป
43. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น ลิโพวิตันดี กระบิงแดง บ่อยครั้งเพียงใด
- ไม่ได้ดื่ม
 - ดื่ม 1 ครั้ง
 - ดื่ม 2 - 3 ครั้ง
 - ดื่ม 4 - 5 ครั้ง
 - ดื่ม 6 ครั้งขึ้นไป
44. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมให้เหงื่อออก หรือไม่
- ทุกวัน
 - 4 - 6 วัน
 - 1 - 3 วัน
 - ฉันไม่ได้ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก
45. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมให้เหงื่อออกในแต่ละครั้งเฉลี่ยนานเท่าใด
- นานมากกว่า 1 ชั่วโมง
 - 30 นาที - 1 ชั่วโมง
 - น้อยกว่า 30 นาที
 - ฉันไม่ได้ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก
46. ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งท่านเริ่มด้วยการอบอุ่นร่างกาย (warm - up) ออกกำลังกาย (exercise) และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (warm - down) หรือไม่
- ปฏิบัติทุกครั้ง
 - ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 - ฉันไม่เคยออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามความคิดเห็นและความเชื่อมั่นของท่านที่มีต่อข้อความเกี่ยวกับสุขภาพ คำตอบหรือความคิดเห็นของท่านไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด โปรดตอบคำถามตามความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านโดยพิจารณาตอบคำถามแต่ละข้อเป็น 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ให้ท่านพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 ให้ท่านพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยและมีความเห็นอยู่ในระดับใด
มาก ปานกลาง หรือน้อย

กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องตรงกับระดับความเห็นของท่านคำถามละ 1 ช่อง

ข้อคำถาม	เห็นด้วย			ไม่เห็นด้วย		
	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย
1. เมื่อใดก็ตามที่ฉันเจ็บป่วยฉันมีความสามารถที่จะดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้						
2. เมื่อใดก็ตามที่ฉันเจ็บป่วย ฉันจะรู้ว่าฉันจะทำอะไร ฉันก็เจ็บป่วย						
3. ถ้าฉันไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ฉันจะไม่ค่อยมีปัญหาในเรื่องสุขภาพ						
4. การที่สุขภาพของฉันจะดีขึ้นหรือไม่ดีนั้นเป็นเรื่องของเคราะห์กรรม โชค หรือ ความบังเอิญ						

ข้อความ	เห็นด้วย			ไม่เห็นด้วย		
	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย
5. การได้ปรึกษาปัญหาสุขภาพกับแพทย์หรือพยาบาล จะช่วยให้ฉันมีความสุขเพิ่มขึ้น						
6. ฉันมีหน้าที่รับผิดชอบโดย ตรงต่อสุขภาพของตัวเอง						
7. บุคคลอื่น ๆ มีส่วนอย่างมากที่ ทำให้ฉันสุขภาพแข็งแรงหรือเจ็บป่วย						
8. การที่สุขภาพของฉันผิดปกติไป ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุอะไร ก็ตาม ฉันเชื่อว่าเป็นความคิดของตนเอง						
9. เมื่อฉันไม่สบาย ฉันจะปล่อยให้มัน หายเองตามธรรมชาติ						
10. แพทย์และพยาบาลเป็น บุคคลที่ช่วยดูแลฉันเมื่อยาม เจ็บป่วย ให้มีความสุขแข็งแรงได้						
11. การที่ฉันมีความสุขสมบูรณ์แข็งแรง ถือได้ว่าฉันเป็น ผู้โชคดี						
12. สุขภาพร่างกายของฉันจะแข็งแรงสมบูรณ์เพียงใดขึ้นอยู่กับ การดูแลตัวเองให้ดี						

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิมีดังต่อไปนี้คือ

- 1 รองศาสตราจารย์ครุณี ชุนพะวัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2 รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 3 รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ถัดดา เหมาะสุวรรณ
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 4 รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต ปทุมมานนท์
ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 5 รองศาสตราจารย์ ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม
ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 6 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ถนอมศรี อินทนนท์
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 7 พันตรีหญิง นงพิมล นิมิตรอนันท์
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรมแพทย์ทหารบก
- 8 อาจารย์อังสุมา วิทย์วีระศักดิ์
ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 9 นางนิตยา ปัญญมิตี
ฝ่ายบริการการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นางสาวธิดารัตน์ วงศ์สำราญ

วัน เดือน ปี เกิด 21 สิงหาคม พ.ศ. 2513

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบันศึกษา

ปีที่สำเร็จการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2535

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ปี พ.ศ. 2535- ปัจจุบัน

: พยาบาลวิชาชีพ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง