

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ในชุมชนเมือง¹

ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ (พย.ม. ผดุงครรภ์)²

ฐาพัชร์ดา เกียรติเลิศเดชา พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)³

ธิติพร สุวรรณอำภา พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองที่มีความซับซ้อนด้านสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง และ 3) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง

การออกแบบวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย องค์การอนามัยโลกอธิบายว่า ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงระบบซึ่งกำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะนโยบายและระบบเศรษฐกิจ บรรทัดฐานทางสังคม นโยบายสังคมและระบบการเมือง แนวคิดนี้ทำให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อน จึงต้องมีกระบวนการค้นคว้าใหม่ในการดูแลสุขภาพประชาชน สามประการสำคัญ ได้แก่ 1) การตระหนักว่าปัจจัยการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสรีรวิทยา หรือปัจจัยเชิงพฤติกรรมเท่านั้น 2) การพิจารณาปัจจัยองค์รวมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตลอดช่วงอายุของบุคคล และ 3) การเพิ่มบทบาทการป้องกันโรคมามากกว่าการรักษาพยาบาล การทำความเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพ จะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่น จำนวน 382 คนที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาในพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 13-19 ปี และ 2) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และนักเรียนเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

¹ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

³ อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

⁴ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์, E-mail: Thitiporn.suw@cra.ac.th.

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษา แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.20) อายุเฉลี่ย 15.78 ปี ($SD = 1.73$) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 59.00) เกรดเฉลี่ย 3.00–4.00 (ร้อยละ 58.10) ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 75.70) ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในชีวิตมากที่สุด คือ เพื่อนสนิท (ร้อยละ 54.90) การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษา พบว่า สถาบันการศึกษาแต่ละแห่งมีการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสุขภาพดี (ร้อยละ 94.2) โดยกำหนดให้สถานศึกษาเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ (ร้อยละ 68.4) มีการจัดกิจกรรมเพื่อสถานศึกษาเข้มแข็ง (ร้อยละ 71.2) มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนสุขภาพ (ร้อยละ 86.9) มีการจัดโรงอาหารที่สะอาดปลอดภัย (ร้อยละ 63.4) มีการจัดให้ความรู้ข้อมูลทางสุขภาพให้กับผู้เรียน (ร้อยละ 90.6) สำหรับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี ($M = 2.65$, $SD = 0.15$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้น ด้านการสร้างสรรค์ข้อมูลและกิจกรรมเพื่อสุขภาพที่อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.38$, $SD = 0.13$) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับไม่ดี ($M = 1.52$, $SD = 0.08$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า มีเพียงด้านพฤติกรรม 3 อ. เท่านั้น ที่อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.22$, $SD = 0.12$) ส่วนอีก 3 ด้าน อยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านการหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกาย ($M = 1.11$, $SD = 0.06$) ด้านพฤติกรรมทางสังคม ($M = 1.37$, $SD = 0.08$) และด้านพฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศ ($M = 1.37$, $SD = 0.08$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Enter พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับการศึกษา และผลการเรียน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 21.580$, $p < .001$) โดยอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ร้อยละ 21.5 (Adjusted $R^2 = 0.215$) ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงที่สุด ($\beta = .620$, $p < .001$) ในขณะที่ระดับการศึกษา มีอิทธิพลเชิงลบ ($\beta = -.100$, $p = .023$) และผลการเรียนมีอิทธิพลเชิงบวกในระดับต่ำ ($\beta = .090$, $p = .032$)

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่น ในพื้นที่เขตชุมชนเมือง ทั้งนี้เพื่อให้วัยรุ่นในเขตเมืองมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ วัยรุ่น ชุมชนเมือง พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
วันที่ได้รับ 23 พ.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 ส.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 3 ต.ค. 68

Factors Predicting Health Risk Prevention Behaviors among Adolescents in Urban Communities¹

Tasaneewan Purksametan, M.S.N.²

Thapatlada Kiatlertdecha, M.S.N.³

Thitiphorn Suwan-ampa, M.S.N.⁴

Factors Predicting Health Risk Prevention Behaviors among Adolescents in Urban Communities

Objectives

- 1) To describe health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities
- 2) To describe health literacy among adolescents in urban communities
- 3) To examine factors predicting health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities

Conceptual Framework

This study used the social determinants of health as a conceptual framework.

Design A descriptive predictive correlational design

Methodology

Sample: 382 adolescents enrolled in educational institutions in Bangkok, Thailand.

Sampling: Multi stage random sampling

Sample size: Based on Krejcie & Morgan (1970)

Instruments:

- 1) General information: 11 items, including educational level, household members, and decision influencers.
- 2) Health literacy scale: 36 items, with a Cronbach's alpha coefficient of .95.
- 3) Health risk prevention behaviors: 23 items, with a Cronbach's alpha coefficient of .76.

Data collection: Self-administration

Results

More than half of the participants were female (55.2%), mean age of 15.78 years (SD = 1.73)

Education: Lower secondary education (59.0%), GPA 3.00–4.00, living with parents (75.7%)

Health Literacy: Overall is at a high level, but the preventive behaviors dimension was low.

Correlation: Health literacy showed the strongest correlation with health risk prevention behaviors ($r = 0.427$, $p < .01$)

All predictors together explained 21.5% of the variance in health risk prevention behaviors, with overall health literacy emerging as the strongest predictor ($\beta = 0.620$, $p < .001$), while educational level showed a negative influence ($\beta = -.100$, $p = .023$), and academic performance demonstrated a weak positive influence ($\beta = .090$, $p = .032$).

Recommendation

Based on the findings of this study, relevant governmental and private sector agencies should develop programs or activities that emphasize promoting health literacy among adolescents in urban communities. Furthermore, establishing supportive networks among peers, household members, and schools is essential to foster the sustainable promotion of healthy behaviors and strengthen health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities.



Journal of Thailand Nursing
and Midwifery Council



Tasaneewan Purksametan, M.S.N.

Thapatlada Kiatlertdecha, M.S.N.

Thitiphorn Suwan-ampa, M.S.N.

Extended Abstract

Introduction Adolescence is a developmental stage characterized by significant physical, psychological, and social changes. During this period, adolescents are more likely to engage in health risk behaviors, which constitute a critical concern with long-term implications for overall well-being. This issue is particularly marked in urban communities, where complex social, cultural, and environmental dynamics are rapidly evolving. Investigating the predictive factors of health risk prevention behaviors among adolescents can provide valuable insights for developing effective strategies to reduce health risk behaviors in this population.

Objectives The objectives of this research were to study: 1) the health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities; 2) the level of health literacy among adolescents in urban communities; and 3) the factors predicting health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities.

¹ Thailand Science Research and Innovation (TSRI), Bangkok, Thailand

² Assistant Professor, Department of Family Nursing and Midwifery, Princess Ajarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

³ Lecturer, Faculty of Nursing Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

⁴ Corresponding author, Lecturer, Department of Family Nursing and Midwifery, Princess Ajarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand; E-mail: Thitiphorn.suw@cra.ac.th

Design This study employed a descriptive predictive correlational design, applying the concept of social determinants of health as its theoretical framework. The World Health Organization defines social determinants of health as the conditions in which individuals are born, grow, work, and live, as well as the broader systems that shape daily life, including economic policies, social norms, social policies, and political structures. This perspective highlights the complexity of health problems and emphasizes the need for new paradigms in healthcare, with three key aspects: 1) recognition that the causes of disease and illness extend beyond individual-level factors such as genetics, physiology, or behavior; 2) consideration of holistic influences that affect health across the lifespan; and 3) emphasis on strengthening disease prevention rather than focusing solely on medical treatment. Understanding the social determinants of health provides a foundation for more effective approaches to promoting and protecting individual and population health.

Methodology The sample comprised 382 adolescents enrolled in educational institutions located in the Lak Si district of Bangkok. Participants were selected through multistage random sampling. Inclusion criteria were: 1) being between 13 and 19 years of age, and 2) obtaining parental consent and providing voluntary assent to participate in the study. Data were collected using a self-administered questionnaire consisting of four sections: 1) demographic information, 2) school health service system, 3) a health literacy assessment, and 4) an assessment of health risk prevention behaviors. Data analysis was conducted using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results More than half of the participants were female (55.20%), with a mean age of 15.78 years ($SD = 1.73$). The majority were enrolled in lower secondary education (59.00%) and reported a grade point average between 3.00 and 4.00 (58.10%). Most adolescents lived with their parents (75.70%), and close friends were identified as the most influential figures in their life decisions (54.90%). Regarding school health service systems, most institutions had policies promoting student health (94.2%), including smoke-free school policies (68.4%), activities to strengthen schools (71.2%), supportive health environments (86.9%), safe and hygienic cafeterias (63.4%), and provision of health information to students (90.6%). Overall, health literacy among participants was at a good level ($M = 2.65$, $SD = 0.15$). When examined by domain, all aspects of health literacy were rated good, except for the domain of creating health-related information and activities, which was rated moderate ($M = 2.38$, $SD = 0.13$). In contrast, preventive health-risk behaviors were generally poor ($M = 1.52$, $SD = 0.08$). By specific domains, only the “3E behaviors” (exercise, eating, and emotional management) were rated moderate ($M = 2.22$, $SD = 0.12$), while three domains were rated poor: avoidance of harmful substances ($M = 1.11$, $SD = 0.06$), social behaviors ($M = 1.37$, $SD = 0.08$), and sexual risk reduction behaviors ($M = 1.37$, $SD = 0.08$). Multiple regression analysis using the Enter method revealed that health literacy, educational level, and academic performance significantly predicted health risk prevention behaviors ($F = 21.580$, $p < .001$), accounting for 21.5% of the variance (Adjusted $R^2 = 0.215$). Health literacy was the strongest positive predictor ($\beta = .620$, $p < .001$), while educational level showed a negative influence ($\beta = -.100$, $p = .023$), and academic performance demonstrated a weak positive influence ($\beta = .090$, $p = .032$).

Recommendation Relevant governmental and private sectors may utilize the findings of this study to develop programs that promote modifiable social determinants of health, with particular emphasis on enhancing health literacy related to risk prevention among urban adolescents. Such initiatives aim to foster more appropriate health risk prevention behaviors among adolescents residing in urban communities.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 31-48

Keywords adolescents / urban community / health risk prevention behaviors / health literacy

Received 23 May 2025, Revised 11 August 2025, Accepted 3 October 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นและเยาวชนไทยปัจจุบันต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่หลากหลาย อันเนื่องมาจากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมรอบตัวที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อาทิ พฤติกรรมความรุนแรงที่ถูกซึมซับจากครอบครัว เช่น การเห็นหรือถูกใช้ความรุนแรงในบ้าน รวมถึงการเสพสื่อออนไลน์และเกมที่มีเนื้อหารุนแรง ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นไทย (Global School-based Student Health Survey: GSHS) ในปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) พบว่า วัยรุ่นไทยร้อยละ 27 เคยมีส่วนร่วมในพฤติกรรมการทะเลาะวิวาททางร่างกาย และร้อยละ 14 เคยถูกทำร้ายทางกายในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา¹ การเข้าถึงสื่อลามกอนาจารผ่านช่องทางออนไลน์เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงสำคัญจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า วัยรุ่นไทยร้อยละ 35 เคยเข้าถึงสื่อลามกก่อนอายุ 15 ปี² และร้อยละ 22 เคยมีเพศสัมพันธ์โดยในจำนวนนี้เพียงร้อยละ 64 ใช้ถุงยางอนามัยสภาพที่อยู่อาศัยในชุมชนเมืองโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ประชากรมีความหนาแน่นสูงและอยู่ใกล้แหล่งมั่วสุม เช่น ผับ บาร์ แหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือพื้นที่ที่มีอาชญากรรมสูง เป็นอีกปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดได้ง่าย จากการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า วัยรุ่นกลุ่มอายุ 15–19 ปี มีรายงานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 9.0 โดย ร้อยละ 2.2 ดื่มสม่ำเสมอ และร้อยละ 6.8 ดื่มนานๆ ครั้ง³ นอกจากนี้ ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสาร และปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence, AI) แม้จะเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงความรู้และบริการสุขภาพ แต่ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการตัดสินใจที่ผิดพลาดจากข้อมูลบิดเบือน

และเปิดโอกาสให้เข้าถึงเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม เช่น เนื้อหาในเรื่องของเพศสัมพันธ์ การตลาดที่กระตุ้นการใช้แอลกอฮอล์ สารเสพติด การพนันออนไลน์ด้วยเช่นกัน

กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางของความเจริญในทุกๆ ด้าน พฤติกรรมการบริโภคนิยม การซึมซับวัฒนธรรมต่างชาติ การก้าวกระโดดของเทคโนโลยีสมัยใหม่ แฟชั่น เครื่องแต่งกาย ระบบการศึกษา ศูนย์การค้าขนาดใหญ่ ผับ บาร์ ร้านอาหารแหล่งบันเทิงทุกรูปแบบ พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นในพื้นที่เขตชุมชนเมืองมีค่านิยมแบบวัตถุนิยม ยึดติดสินค้ามียี่ห้อ ราคาแพง ดิตอาหารฟาสต์ฟูด ขนมกรุบกรอบ มีการการระบาดของ บุหรี่ เหล้า เบียร์ สารระเหย ยาบ้า ยาเลิฟ ยาอี ซึ่งวัยรุ่นและเยาวชนมีบทบาททั้งเป็นเหยื่อและถูกใช้เป็นเครื่องมือในระบบตลาด เพศเสรี สังคมที่มีคูรัก มีกิ๊ก มีการเปลี่ยนคู่นอน ชายบริการทางเพศแบบแอบแฝง การมีความรุนแรงในพฤติกรรมและอารมณ์ การขาดการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตที่ถูกต้อง การมีช่องว่างระหว่างพ่อแม่ ผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่น การเข้าถึงสื่อพนันออนไลน์ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นในเขตเมืองต้องเผชิญกับความท้าทายและปัญหาที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น⁴ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระบุว่า วัยรุ่นไทยอายุ 13–17 ปี ร้อยละ 17.6 เคยมีความคิดทำร้ายตนเอง และความคิดทำร้ายตนเองนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของกลุ่มวัยรุ่น^{5,6} อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นนั้นมิได้เป็นผลจากปัจจัยเพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหลายปัจจัย เช่น ความรู้ ทัศนคติ อิทธิพลจากครอบครัว เพื่อน กลุ่มสังคม⁷ รวมถึงการรับรู้ตนเองและการเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือบริการด้านสุขภาพ⁸ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความแออัด

มลพิษ ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน³ การขาดพื้นที่ออกกำลังกาย ขาดพื้นที่ในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้วัยรุ่นและเยาวชนขาดทักษะชีวิตที่นำมาใช้ในการเลือก ตัดสินใจ ส่งผลให้วัยรุ่นไม่สามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นอย่างลึกซึ้ง เพื่อวางแผนพัฒนานโยบายหรือมาตรการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศชายมีแนวโน้มเข้าร่วมพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ไม่ว่าจะเป็นการใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ขณะที่เพศหญิงมีความตระหนักด้านการป้องกันสูงกว่า และอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยมากขึ้น⁹ วัยรุ่นที่มีเกรดเฉลี่ยสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัยกว่า ทั้งในเรื่องของการใช้สารเสพติด การป้องกันตนเองทางเพศ ดังนั้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีจึงเป็นทั้ง “ตัวป้องกัน” และ “ตัวชี้วัดความเสี่ยง” ของพฤติกรรมในวัยรุ่นได้¹⁰ เช่นเดียวกับวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มั่นคง และมีการดูแลจากพ่อแม่ใกล้ชิด มีแนวโน้มของการมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงที่ดีกว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยที่มากขึ้น และการที่วัยรุ่นอาศัยอยู่กับบุคคลอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างชัดเจน¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ¹²

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในปัจจุบัน มีปัจจัยเกี่ยวข้องจากหลากหลายมิติ และมีความซับซ้อนมากขึ้นตามความก้าวหน้าทางสังคม

สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social determinants of health, SDH) ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายว่าเป็นสภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ ตลอดจนระบบซึ่งกำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน เช่น นโยบายและระบบเศรษฐกิจ บรรทัดฐานทางสังคม นโยบายสังคม และระบบการเมือง เป็นต้น แนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อน จำเป็นต้องมีกระบวนการทัศน์ใหม่ในการดูแลสุขภาพประชาชน สามประการสำคัญ ได้แก่ 1) การตระหนักว่าปัจจัยการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสรีรวิทยา หรือปัจจัยเชิงพฤติกรรมเท่านั้น 2) การพิจารณาปัจจัยองค์รวมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตลอดช่วงอายุของบุคคล และ 3) การเพิ่มบทบาทการป้องกันโรค มากกว่าการรักษาพยาบาล¹³

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยเป็นความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ สามารถโต้ตอบข้อซักถาม สามารถประเมินตัดสินใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกรับ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้^{14,15} ซึ่งองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมี 6 ด้าน¹⁶ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognition) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy)¹⁷ ความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อความรู้และพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรม

ป้องกันความเสี่ยง เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด สูงกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ต่ำ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงในวัยรุ่น และจะช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้¹⁸ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น¹⁹ อีกทั้งการที่สถาบันการศึกษามีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการดูแลสุขภาพจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ทั้งด้านพฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด²⁰

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพและปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ อันจะนำไปสู่แนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง
3. เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้) ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (ลักษณะของการพักอาศัย ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ) การจัดระบบบริการสุขภาพในสถาบันการศึกษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้) ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (ลักษณะของการพักอาศัย ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ) การจัดระบบบริการสุขภาพในสถาบันการศึกษา และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health, SDH)¹³ ซึ่งอธิบายว่า สุขภาพของบุคคลไม่ได้ถูกกำหนดจากพันธุกรรม หรือพฤติกรรมส่วนบุคคลเท่านั้น ยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีกหลายมิติ เช่น สภาพทางเศรษฐกิจ รายได้ ความยากจน โอกาสทางการศึกษา ระดับการศึกษาและคุณภาพการศึกษา การเข้าถึงและคุณภาพการดูแลสุขภาพ สภาพชุมชนและสิ่งแวดล้อมความสัมพันธ์กับเพื่อน ครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น การทำความเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ จะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น และพิจารณานำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาศึกษาในครั้งนี้ 4 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (Gender) อายุ (Age) ระดับการศึกษา (Educational level) ผลการเรียนรู้ (Grade Point Average, GPA) 2) ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Family & Social Environment Factors) ได้แก่ ลักษณะของการพักอาศัย (Household members) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ (Decision influencer(s)) 3) การจัดระบบบริการสุขภาพในสถาบันการศึกษา

(School Health Service System) และ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ในชุมชนเมือง ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมย่อย ได้แก่ 1) พฤติกรรม 3 อ. (“3E’s” Healthy

behavior) ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ 2) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกาย (Avoidance of harmful substances and drugs) 3) พฤติกรรมทางสังคม (Social behavior: positive social interaction) และ 4) พฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศ (Sexual risk reduction behavior) (Figure 1)

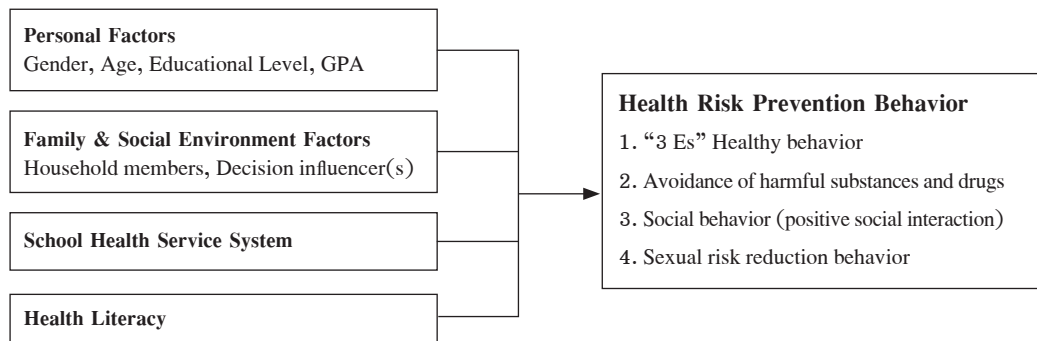


Figure1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 7,022 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นจำนวน 382 คนที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษาในพื้นที่เขตหลักสี่กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) อายุระหว่าง 13-19 ปี 2) ผู้ปกครองและวัยรุ่นยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ เนื่องจาก การย้ายโรงเรียน ย้ายที่พักอาศัยจากเขตพื้นที่

การกำหนดขนาดตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการของ Krejcie & Morgan (1970)²¹ ได้ขนาดตัวอย่าง 364 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (attrition rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10²² ได้ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 400 คน

การคัดเลือกตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกสถาบันการศึกษาที่ตั้งในพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ทั้งภาครัฐและเอกชน จากสถาบันการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาทั้งหมด 8 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในทิศเหนือ ทิศใต้ ทิศตะวันออก และทิศตะวันตก ของเขตหลักสี่ จับนลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ได้สถาบันการศึกษา 4 แห่ง จากทิศละ 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 ในแต่ละสถาบัน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิ (stratum) ตามระดับชั้นเรียนของแต่ละสถาบันการศึกษา แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก (Simple random sampling) เพื่อให้ได้ระดับชั้นดังนี้ สถาบันจากทิศเหนือ เป็นสถาบันการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีนักเรียน 6 ระดับชั้น ทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ 3 ระดับชั้น สถาบันจากทิศใต้ เป็นสถาบันการศึกษาขยายโอกาส มี 3 ระดับชั้น ทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ 1 ระดับชั้น สถาบันจากทิศตะวันออกเป็นสถาบันการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขยายโอกาส มี 3 ระดับชั้น ทำการสุ่มเลือกอย่างง่าย เพื่อให้ได้ 1 ระดับชั้น และสถาบันจากทิศตะวันตกเป็นสถาบันการศึกษาอาชีวศึกษา มี 3 ระดับชั้น ทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ 1 ระดับชั้น

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อได้ระดับชั้นแล้ว จึงทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อนักเรียนในแต่ละระดับชั้น ของแต่ละสถาบันตามสัดส่วน (Proportion) เพื่อให้ได้ตัวอย่างจำนวน 400 คน ดังนี้ สถาบันจากทิศเหนือ จำนวน 229 คน สถาบันจากทิศใต้ จำนวน 38 คน สถาบันจากทิศตะวันออก จำนวน 38 คน และสถาบันจากทิศตะวันตก จำนวน 95 คน รวม 400 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ (เกรดเฉลี่ยต่อปี) ลักษณะที่พักอาศัย (ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ พักอาศัยกับพ่อแม่ อาศัยกับญาติ หอพักหรืออื่นๆ) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ (ลักษณะการตอบ

เป็นแบบเลือกตอบ คือ ตนเอง เพื่อน พ่อแม่หรืออื่นๆ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายของสถานศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพ 2) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษาเพื่อสนับสนุนสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมเพื่อสถานศึกษาเข้มแข็ง 4) ข้อมูลทางสุขภาพที่สถานศึกษาจัดให้แก่ผู้เรียน และ 5) การจัดระบบบริการสุขภาพภายในสถานศึกษา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ดีมาก 3 = ดี 2 = พอใช้ 1 = ไม่ดี) การแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ²³ ดังนี้ ระดับดีมาก (3.51-4.00 คะแนน) ระดับดี (2.51-3.50 คะแนน) ระดับพอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.50 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ นำมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพวัยรุ่นของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ มีข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็นความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 4) การประเมินเพื่อการตัดสินใจ 5) การนำข้อมูลและบริการไปใช้ 6) การสร้างสรรค์ข้อมูลและกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ดีมาก 3 = ดี 2 = พอใช้ 1 = ไม่ดี) การแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ²³ ดังนี้ ระดับดีมาก 3.51-4.00 คะแนน ระดับดี 2.51-3.50 คะแนน ระดับพอใช้ 1.51-2.50 คะแนน และระดับไม่ดี 1.00-1.50 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และปรับปรุงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพวัยรุ่น ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ มีข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรม 3 ข้อ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ข้อคำถามเป็นคำถามด้านลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ดีมาก 2 = ดี 3 = พอใช้ 4 = ไม่ดี) 2) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นด้านลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ดีมาก 2 = ดี 3 = พอใช้ 4 = ไม่ดี) 3) พฤติกรรมทางสังคมจำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ดีมาก 3 = ดี 2 = พอใช้ 1 = ไม่ดี) 4) พฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศ จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ดีมาก 3 = ดี 2 = พอใช้ 1 = ไม่ดี)

การแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ²³ ดังนี้ ระดับดีมาก 3.51-4.00 คะแนน ระดับดี 2.51-3.50 คะแนน ระดับพอใช้ 1.51-2.50 และระดับไม่ดี 1.00-1.50 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตเวช ตรวจสอบ

ความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหา ในด้านการใช้ภาษา ความชัดเจนของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาและตรงตามวัตถุประสงค์ จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษา .94 และส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ .89 หลังจากได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะแล้ว ได้นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียน นักศึกษาในเขตหลักสี่ ที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ .76 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากันคือ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการ 097/2563 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครในพื้นที่เขตหลักสี่ เลขหนังสือ กท7807/3217 วันที่รับรอง 2 มีนาคม พ.ศ. 2564 - 2 มีนาคม พ.ศ. 2566 ก่อนเก็บข้อมูลทีมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานศึกษาเพื่อชี้แจงข้อมูลของการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยมอบเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างและให้นำไปให้ผู้ปกครองเพื่อลงนามในกรณีที่ผู้ปกครองมีข้อสงสัย ได้ให้เบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อกลับ เมื่อได้รับความยินยอมเป็น

ลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองแล้ว จึงเริ่มเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการบอกญาติ หรือยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใดๆ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้รหัสแทน การระบุ ชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย ภายหลังการเผยแพร่งานวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอใน ภาพรวม โดยนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ทีมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้บริหารของสถาบันการศึกษา ทั้ง 4 แห่ง เมื่อ ได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถาบัน โดยทาง สถาบันการศึกษาได้จัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถาม ที่มีความเป็นส่วนตัวให้ เก็บข้อมูลในช่วงหลังเลิกเรียน เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อเวลาเรียนของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 45 นาที ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทาง สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การจัดบริการสุขภาพ ในสถานศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ

2. สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ ลักษณะที่พั กอาศัย ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ การจัดระบบบริการ สุขภาพในสถานศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Pearson product-moment correlation

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Enter การทดสอบข้อตกลง เบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีความเป็นอิสระของค่าคงเหลือ (No autocorrelation) การกระจายตัวของค่าคงเหลือ ใกล้เคียงปกติ (Normality) มีความสัมพันธ์เชิงเส้น ระหว่างตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม (Linearity) มีความคงที่ของความแปรปรวน (Homoscedasticity) และไม่มีปัญหาความสัมพันธ์เชิงพหุคูณ (No multicollinearity) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัย กำหนดรหัส (Dummy coding) ดังนี้ เพศ (ชาย = 0, หญิง = 1, ไม่ระบุเพศ = 2), ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น = 0, มัธยมศึกษาตอนปลาย = 1, อาชีวศึกษา = 2), ลักษณะของการพักอาศัย (พักอาศัย กับพ่อแม่ = 0, พักอาศัยกับญาติ = 1, หอพัก = 2), ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ (ตนเอง = 0, เพื่อน = 1, พ่อแม่ = 2, อื่น ๆ = 3)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 382 คน เนื่องจากในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล มีผู้ไม่สะดวกเข้าร่วมวิจัยจำนวน 10 คน และภายหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว มีข้อมูลไม่ครบถ้วน 8 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.20) อายุเฉลี่ย 15.78 ปี (SD = 1.73) ศึกษา ระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 59.00) เกรดเฉลี่ย 3.00-4.00 มากที่สุด (ร้อยละ 58.10) รองลงมาคือ 2.00-2.99 (ร้อยละ 38.10) ค่าเฉลี่ยของเกรด 3.09 (SD = 0.56) ส่วนใหญ่พักอาศัยที่บ้านพ่อแม่ (ร้อยละ 75.70) รองลงมาคือ หอพัก (ร้อยละ 12.70) และ บ้านป่ย่าตายาย (ร้อยละ 11.60) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อ การตัดสินใจในชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพื่อนสนิท (ร้อยละ 54.90) รองลงมา คือ ตนเอง (ร้อยละ 40.20) และ พ่อ-แม่ น้อยที่สุด (ร้อยละ 3.00)

การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษาพบว่า สถาบันการศึกษากำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสุขภาพดี (ร้อยละ 94.2) โดยกำหนดให้มีการจัดให้ความรู้ข้อมูลทางสุขภาพให้แก่ผู้เรียน (ร้อยละ 90.6) มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนสุขภาพ (ร้อยละ 86.9) มีการจัดกิจกรรมเพื่อสถานศึกษาเข้มแข็ง (ร้อยละ 71.2) กำหนดให้สถานศึกษาเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ (ร้อยละ 68.4) และมีการจัดโรงอาหารที่สะอาดปลอดภัย (ร้อยละ 63.4)

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี ($M = 2.65$,

$SD = 0.15$) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน อยู่ในระดับดี ได้แก่ 1) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 2.86$, $SD = 0.15$) 2) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยในระดับดี ($M = 2.59$, $SD = 0.14$) 3) ด้านการประเมินเพื่อการตัดสินใจ ($M = 2.77$, $SD = 0.15$) 4) ด้านการนำข้อมูลและบริการไปใช้ ($M = 2.69$, $SD = 0.15$) และ 5) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ($M = 2.61$, $SD = 0.15$) $SD = 0.15$) สำหรับด้านการสร้างสรรค์ข้อมูลและกิจกรรมเพื่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยในระดับพอใช้ ($M = 2.38$, $SD = 0.13$) (Table 1)

Table 1 Health literacy components among adolescents in urban communities (n= 382)

Health Literacy	M	SD	Level
Overall	2.65	0.15	Good
Access to health information and services	2.61	0.14	Good
Understanding health information and services	2.86	0.15	Good
Communication to enhance health literacy	2.59	0.14	Good
Evaluation and decision-making	2.77	0.15	Good
Application of health information and services	2.69	0.15	Good
Creation of health-related information and activities	2.38	0.13	Fair

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น พบว่า ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยในระดับไม่ดี ($M = 1.52$, $SD = 0.08$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกาย พฤติกรรมทางสังคม และพฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับไม่ดี

มีคะแนนเฉลี่ย 1.11 ($SD = 0.06$), 1.37 ($SD = 0.08$) และ 1.37 ($SD = 0.08$) ตามลำดับ มีเพียงพฤติกรรมด้าน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) เท่านั้น ที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับพอใช้ ($M = 2.22$, $SD = 0.12$) (Table 2)

Table 2 Health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities (n=382)

Health risk prevention behavior	M	SD	level
Overall	1.52	0.08	Poor
The “3Es” health behaviors	2.22	0.12	Fair
Avoidance of harmful substances and drugs	1.11	0.06	Poor
Social behavior (positive social interaction)	1.37	0.08	Poor
Sexual risk reduction behavior	1.37	0.08	Poor

ผลการวิเคราะห์ Correlation matrix พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ($r = .427$, $p < .01$) ในขณะที่ผลการเรียน (GPA) มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ($r = .150$, $p < .05$) และ ระดับการศึกษา (Educational level) พบความสัมพันธ์เล็กน้อยในทางลบ ($r = -.085$, $p < .05$) (Table 3)

Table 3 Correlation matrix of the study variables (n=382)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Health risk prevention behaviors	1.000								
2. Educational level	-.085*	1.000							
3. GPA	.150*	-.0276**	1.000						
4. Age	-.006	.736*	-.151*	1.000					
5. Gender	-.075	.079	-.044	-.016	1.000				
6. Household members	.007	.082	.020	.080	-.129*	1.000			
7. Decision influencers	.061	-.088*	.036	-.135*	-.033	-.019	1.000		
8. School health service system	.142	.078	.059	.133*	.028	.375**	.344**	1.000	
9. Health literacy	.427**	.120*	.246**	-.053	-.084	-.184*	-.083	-.164*	1.00

* $p < .05$ ** $p < .01$

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธี Enter พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นได้ ร้อยละ 21.5 (Adjusted $R^2 = .215$; $F = 21.580$, $p < .05$) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

($\beta = 0.620$, $p < .001$) ระดับการศึกษา ($\beta = -0.100$, $p = .023$) ผลการเรียน ($\beta = 0.090$, $p = .032$) โดย ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้สูงสุด รองลงมา คือ ระดับการศึกษาและผลการเรียนตามลำดับ (Table 4)

Table 4 Factors predicting health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities using Multiple regression analysis (n=382)

Predictors	b	Beta	t	p
Constant (a)	49.270	-	-	-
Health literacy	.335	.620	9.801	<.001
Educational level	-1.050	-0.100	-2.280	.023
GPA	0.520	0.090	2.150	.032

a = 49.270, $R^2 = 0.223$, Adjusted $R^2 = 0.215$, $F = 21.580$, $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำเมื่อวิเคราะห์ในรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกายอยู่ในระดับต่ำที่สุด สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพนักเรียนโดยองค์การอนามัยโลก (Thailand Global School-Based Student Health Survey, GSHS) ในปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) ที่รายงานว่าวัยรุ่นไทยยังมีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับที่น่ากังวล²⁴ และยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องของการหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกายนั้นมีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ในด้านนี้ต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า²⁵ การศึกษาในกลุ่มประเทศระดับอาเซียน พบว่า การใช้สารเสพติดในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ และประเทศไทยอยู่ในกลุ่มที่มีความชุกสูง ผลจากการสำรวจของ Youth Risk Behavior Survey ระบุว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในปัญหาหลักของวัยรุ่นเมือง²⁴ เช่นเดียวกับพฤติกรรมทางสังคม สำหรับพฤติกรรมด้านลดความเสี่ยงทางเพศที่พบว่าอยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁶ ที่พบว่าวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการใช้ถุงยาง และการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกันที่สูง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง พบว่า วัยรุ่นมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามด้านความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ยังอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าการพัฒนา

ของเทคโนโลยี และการสื่อสารทำให้วัยรุ่นมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างกว้างขวางและสะดวก แต่พบว่า วัยรุ่นยังขาดทักษะในการกลั่นกรองข้อมูลและการเลือกใช้สื่อที่ถูกต้อง²⁷ ในภาพรวมของการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี สามารถใช้ข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพได้²⁸ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับวัยรุ่นจึงเป็นแนวทางสำคัญที่ควรได้รับการสนับสนุน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และผลการเรียนสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ร้อยละ 21.5 (Adjusted $R^2 = .215$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพมากที่สุดคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.620, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมี แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนารี หอมจันทร์ และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันการตั้งครรภ์ และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ได้สูงกว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁹ และการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้อย่างชัดเจน ในทางกลับกันพบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลเชิงลบต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ($\beta = -0.100, p = .023$)

สอดคล้องกับแนวคิดของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ²⁰ ที่ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น ระดับการศึกษา โอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และบริบททางสังคม มีอิทธิพลต่อรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของประชากร การที่ระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกัน อาจสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีการศึกษาสูงอาจมีความมั่นใจในตนเองสูงขึ้นและเชื่อว่าตนสามารถควบคุมความเสี่ยงได้ จึงอาจจะเลยต่อพฤติกรรมป้องกันบางอย่างสำหรับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และ การสื่อสารเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ที่พบอิทธิพลเชิงลบในระดับน้อย อาจสะท้อนถึงช่องว่างในระบบบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นในเขตเมืองที่ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ช่องทางการเข้าถึงบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัยรุ่น หรือ การสื่อสารด้านสุขภาพที่ยังขาดความเป็นมิตรและเข้าใจง่าย ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้ ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

อายุ เพศ ลักษณะของการพักอาศัย ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และระบบบริการสุขภาพในโรงเรียน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในเขตเมืองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านพัฒนาการตามช่วงอายุและเพศของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีค่อนข้างน้อย ลักษณะของการพักอาศัยและผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอาจมีการประเมินตามนิยามที่ค่อนข้างกว้างเพียงหนึ่งข้อคำถาม และแม้โรงเรียนจะมีระบบบริการสุขภาพ แต่อาจไม่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในการศึกษาครั้งนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจมีความแตกต่างด้านลักษณะประชากร เศรษฐกิจ สังคมกับชุมชนเมืองอื่นๆ จึงเป็นข้อจำกัดในการอ้างอิงข้อมูลไปยังชุมชนเมืองที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่น ในพื้นที่เขตชุมชนเมือง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. สถาบันการศึกษาควรบูรณาการกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการทำกิจกรรมร่วมกันกับกลุ่มเพื่อนๆ และกิจกรรมในมิติการเข้าถึงข้อมูล การประเมิน และการประยุกต์ใช้ โดยครอบคลุมหัวข้อ การป้องกันสารเสพติด การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ปลอดภัย และการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ ควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) และได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน อาทิ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการเขตหลักสี่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงเรียน และมหาวิทยาลัยในเขตหลักสี่ ที่ทำให้การวิจัยดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์

Declaration Statements

Conflict of Interest No

Author Contribution: Purksametanan T: Conceptualization, Methodology; Kiatlertdecha T: Conceptualization, Methodology, Data curation, Supervision, Review and editing, Project administration; Suwan-ampa T: Conceptualization, Methodology, Data curation, Review and editing

AI Use Disclosure The authors declare that ChatGPT was used only for editing purposes.

References

1. Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand Global School-based Student Health Survey (GSHS) 2021. Pathumthani: Minnie Group; 2022. Available from: <https://share.google/Ku6dhmTzbp2mbb0Ab> (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Online networks and social media. In Thai Health 2024: stress – the silent health threat in Thai Society. Nakhon Pathom: The Institute; 2024. p. 22–23. Available from: <https://share.google/yQ8U60eySpz7Fif7b> (in Thai)
3. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 health behavior of population survey. Bangkok: The Office; 2021. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/w6?set_lang=en#gsc.tab=0 (in Thai)
4. Chou WP, Lee KH, Ko CH, Liu TL, Hsiao RC, Lin HF, et al. Relationship between psychological inflexibility and experiential avoidance and internet addiction: mediating effects of mental health problems. *Psychiatry Res.* 2017;257: 40–4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.021> PMID: 28719830
5. Thai PBS News. Thai adolescents aged 13–17: “High mental health issues” and self-harm ideation. 2024. Available from: <https://www.thaipbs.or.th/news/336123> (in Thai)
6. Department of Juvenile Observation and Protection. Percentage of recidivism cases prosecuted by juvenile observation and protection centers nationwide. Available from: <https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-cmtr-11-1> (in Thai)
7. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Research identifies characteristics of cities that would support young people’s mental health. 2024. Available from: <https://publichealth.jhu.edu/2024/research-identifies-characteristics-of-cities-that-would-support-young-peoples-mental-health>
8. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018;2(3):223–8. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30022-1) PMID: 3016925710
9. World Health Organization. Urban health. 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/urban-health>.
10. Thai Health Promotion Foundation. What is health literacy? Bangkok: The Foundation. Available from: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th> (in Thai)
11. Dadras, O. Correlates of condom use among school-going Thai adolescents: the critical role of bullying victimizations. *BMC psychiatry.* 2025;25(11). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06423-6>
12. Luo C, Wang X, Yang Y, Yan Q, Sun L, Yang D.. Association of health-risk behaviors with perceived academic performance among middle and high school students: a cross-sectional study in Shanghai, China. *PLoS One.* 2023;18(5):e0285261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285261> PMID: 37130127

13. Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf
14. Schnettler S, Steinbach A. Is adolescent risk behavior associated with cross-household family complexity? An analysis of post-separation families in 42 countries. *Front Sociol.* 2022;7:802590. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.802590> PMID: 35252432
15. Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: evidence from a population-based study. *Prev Med Rep.* 2018;12: 271–83. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003> PMID: 30406005
16. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Manual for assessing the health literacy of Thai adults aged 15 years and over in accordance with the 3A 2S principles (ABCDE – Health Literacy Scale of Thai Adults). Nonthaburi: Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2013. Available from: <https://share.google/J37krj3quNAsL96pd> (in Thai)
17. Tabrizi JS, Doshmangir L, Khoshmaram N, Shakibazadeh E, Abdolahi HM, Khabiri R. Key factors affecting health promoting behaviors among adolescents: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):58. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10510-x> PMID: 38212786
18. Neranon W, Thongsong L. Development of a computer-assisted instructional package for life skills to prevent risky sexual behaviors in early adolescents, Bangkok, Thailand. *F1000Res.* 2021; 10:385. <https://doi.org/10.12688/f1000research.27773.2> PMID: 35096375 (in Thai)
19. Sutheeraphrasert P, Wirunpan B, Chaisingh R. Health literacy associated with sexual risk behavior of sexually transmitted infections among adolescents. *Proceeding Seminar Kesehatan Masyarakat (Internasional Seminar on Public Health and Sports (ISOPHS).* 2024;2:42–50. Available from: <https://jurnalnew.unimus.ac.id/index.php/prosidingfkm/article/view/633/427> (in Thai)
20. Robin L, Timpe Z, Suarez NA, Li J, Barrios L, Ethier KA. Local education agency impact on school environments to reduce health risk behaviors and experiences among high school students. *J Adolesc Health.* 2022;70(2):313–21. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.004> PMID: 34531096
21. Krejcie RV, Morgan DW. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970;30(3):607–10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
22. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
23. Srisa-ad B. *Preliminary research.* 10th ed., revised ed. Bangkok: Suweriyasarn; 2017. (in Thai)
24. Yangyuen S, Mahaweerawat C, Thitisutthi S, Mahaweerawat U. Relationship between health literacy in substance use and alcohol consumption and tobacco use among adolescents, Northeast Thailand. *J Educ Promot.* 2021;10:120. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_603_20 PMID: 34084867 (in Thai)
25. Ozeylem F, de la Torre-Luque A, Essau CA. Factors related to substance use among adolescents from six low-and middle-income countries. *Addict Behav Rep.* 2021;14:100370. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100370> PMID: 34938831
26. Ruangkanchanasetr S, Plitponkarnpim, Hetrakul P, Kongsakon. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *J Adolesc Health.* 2005;36(3):227–35. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.01.013> PMID: 15737779

27. Steinberg LD. Age of opportunity: lessons from the new science of adolescence. Boston, (NY): Houghton Mifflin Harcourt; 2014.
28. Thepthien BO, Celyn. Risky sexual behavior and associated factors among sexually-experienced adolescents in Bangkok, Thailand: findings from a school web-based survey. Reprod health. 2022;19(1):127. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01429-3> PMID: 35643503
29. Homjan S, Sompopcharoen M, Therawiwat M. Factors related to preventive sexual behavior among female secondary school students in Uthai Thani Province. The Public Health Journal of Burapha University. 2024 Mar 22;19(1):29-42. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/267427/183429> (in Thai)