ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย

สุริยา ฟองเกิด*
สรวงทิพย์ ภู่กฤษณา*
มนทรา ตั้งจิรวัฒนา*
สิบตระกูล ตันตลานุกูล**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงสำรวจ ภายใต้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นไทย จำนวน 400 คน ใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของทาโร่ ยามาเน่ และเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ (PBOA) ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ (PBTA) และปัจจัยด้านการศึกษา (EDU) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ได้ 10.30% (R^2=.103) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F=11.346, p<.001) ตัวแปรที่ทำนายได้สูงสุด (β) คือ ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV) (β=.264, t=5.260, p<.001) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ (PBOA) (β= -.204, t=3.969, p<.001) และตัวแปรที่ทำนายได้ต่ำสุดคือ ปัจจัยด้านการศึกษา (EDU) (β=.134, t=2.779, p= .006)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล; พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ; วัยรุ่นไทย

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, e-mail: familynursing2526@gmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

Factors Influencing Health Promoting Behaviors of Thai Adolescents

Suriya Fongkerd*
Sroungtip Pookitsana*
Monthara Tangjirawattana*
Seubtakool Tantalanukul**

Abstract

This research aims to study the factors influencing Thai adolescents' health promoting behaviors. A survey research method was used based on the concept of Pender's health promotion model. Yamane formula was used to identify the sample size and a stratified random sampling method was performed to recruit 400 Thai adolescents . The research questionnaire was developed by the researcher. Data analysis included the use of frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient, and multiple regression analysis. The research results revealed that the factors of obtaining information from various sources (OIV), perceived benefits of action (PBOA), perceived barriers to action (PBTA), and the factor of education (EDU) can predict health promoting behaviors of Thai adolescents (R^2=.103, F=11.346, p<.001). The highest prediction variable was obtaining information from various sources (OIV) (β=0.264, t=5.260, p<.001). The moderate predicting factor was the perceived benefits of action (PBOA) (β= -0.204, t=3.969, p<.001) and the lowest predicting factor was the education (EDU) (β=0.134, t=2.779, p= .006).

Keywords: influencing factors; health promoting behavior; Thai adolescents

*Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, e-mail: familynursing2526@gmail.com

** Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit.

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว มีการแข่งขันเพื่อสร้างความมั่นคงในด้านรายได้และมีความเป็นวัตถุนิยมสูงขึ้น รวมทั้งมีการหลั่งไหลของกระแสวัฒนธรรมตะวันตก มีการเข้าถึงข่าวสารที่สะดวกรวดเร็วจากสื่อประเภทต่าง ๆ ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต รวมทั้งความชุกชุมของสถานเริงรมย์ และการแพร่ระบาดของสารเสพติด ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ง่ายยิ่งขึ้น[1] ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป และละเลยในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข ที่ทำการสำรวจจาก 21 จังหวัดทั่วประเทศ รวมจำนวน 43,693 คน เป็นชาย 20,213 คน หญิง 23,480 คน อายุเฉลี่ย 13-17 ปี โดยพฤติกรรมที่สำรวจครั้งนี้ มุ่ง 5 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การใช้สารเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันอุบัติเหตุจราจร การกินอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว การแสดงความรุนแรง และการออกกำลังกาย ปรากฏว่าวัยรุ่นกินอาหารไม่ถูกต้องโดยกินผักผลไม้สดน้อยกว่ามาตรฐานคือ วันละ 400-600 กรัม มากถึงร้อยละ 59 และยังใช้วิธีควบคุมน้ำหนักตัวผิด ๆ เช่น กินยาลดน้ำหนัก กินยาระบาย พบร้อยละ 10 มีวัยรุ่นร้อยละ 51 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉลี่ยเริ่มดื่มอายุ 13 ปี ส่วนสารเสพติดที่ใช้กันมาก ได้แก่ กัญชา กระท่อม และยาบ้า ส่วนการสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 30 เคยสูบบุหรี่รวมแล้วมากกว่า 100 มวน สูบทุกวันร้อยละ 28 นอกจากนี้ยังมีปัญหาอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ จากการเฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ประจำจังหวัด ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ได้รับบาดเจ็บรุนแรงเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล 21,639 ราย เสียชีวิต 493 ราย สาเหตุการบาดเจ็บรุนแรงที่ทำให้เสียชีวิตสูงที่สุด ได้แก่ อุบัติเหตุการขนส่ง พาหนะที่ทำให้เสียชีวิตสูงที่สุด ได้แก่ รถจักรยานยนต์ และสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงคือ ผู้ขับขี่และผู้นั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย และยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[2]

วัยรุ่นเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ ที่เริ่มมีบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อสังคม และจะเป็นกำลังสำคัญสำหรับการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมของประเทศต่อไป วัยรุ่นมีความต้องการที่จะตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีพลังที่จะทำกิจกรรมที่เป็นไปในทางสร้างสรรค์ หากได้รับการส่งเสริมและพัฒนาในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น วัยรุ่นจึงเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของประเทศ และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขอีกด้วย นอกจากนี้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 มีแนวคิดการพัฒนาโดยเน้น “คน” ให้เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งในการพัฒนานั้น เยาวชนนับเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ เนื่องจากเป็นวัยที่อ่อนแอ ขาดประสบการณ์ ขาดทักษะในการดำเนินชีวิต และไม่สามารถคุ้มครองชีวิตของตนเองได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับในปัจจุบันสภาพสังคมเต็มไปด้วยสื่อยั่วยุต่าง ๆ เช่น ละคร ภาพยนตร์ โฆษณา สิ่งเหล่านี้หล่อหลอมให้เยาวชนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลต่อสุขภาพของเยาวชนทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือชีวิต[3]

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความหลากหลายทั้งสภาพภูมิศาสตร์ อาชีพ และเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงระดับโลก ประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีการย้ายถิ่นเพื่อการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งส่งผลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่และพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งการควบคุมดูแลพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่ส่งผลต่อปัญหาที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมของวัยรุ่น โดยพบปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เช่น ข่าวการแข่งรถซิ่ง การเกิดอุบัติเหตุ การทะเลาะเบาะแว้ง การยกพวกตีกัน การล่วงละเมิดทางเพศ รวมทั้งการใช้

สารเสพติด เป็นต้น การแก้ปัญหาพฤติกรรมที่เหมาะสมที่สุดคือการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการ การรับรู้ต่อพฤติกรรมของตนที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรม ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องให้ความสำคัญในการดำเนินงาน ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูก็ตาม แต่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและการคงไว้หรือเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) หากบุคคลลงมือทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พฤติกรรมเหล่านั้นก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตที่จะส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลนั้น[3] การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ จะสามารถบอกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกและความสำเร็จในจุดมุ่งหมายในชีวิต[4] ซึ่งแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยสำคัญ 2 ประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ คือ 1) ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (PBOA: perceived benefits of action) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (PSE: perceived self-efficacy) และ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (PBTA: perceived barriers to action) 2) ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV: obtaining information from various source) และ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น (PSS: perception of suggested by someone else) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมในอดีตเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .055 ผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลหรือปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV: obtaining information from various source) และ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น (PSS: perception of suggested by someone else) น่าจะเป็นตัวแปรสำคัญเนื่องจากวัยรุ่นมีความต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและบุคคลรอบข้าง จึงได้นำมากำหนดเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย เนื่องจากสภาพปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว มีการแข่งขันเพื่อสร้างความมั่นคงในด้านรายได้และความเป็นวัตถุนิยม รวมทั้งมีการหลั่งไหลของกระแสวัฒนธรรมตะวันตก มีการเข้าถึงข่าวสารที่สะดวกรวดเร็วจากสื่อประเภทต่าง ๆ และปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และจิตวิญญาณ เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าเปี่ยมด้วยคุณภาพและศักยภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทยเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย

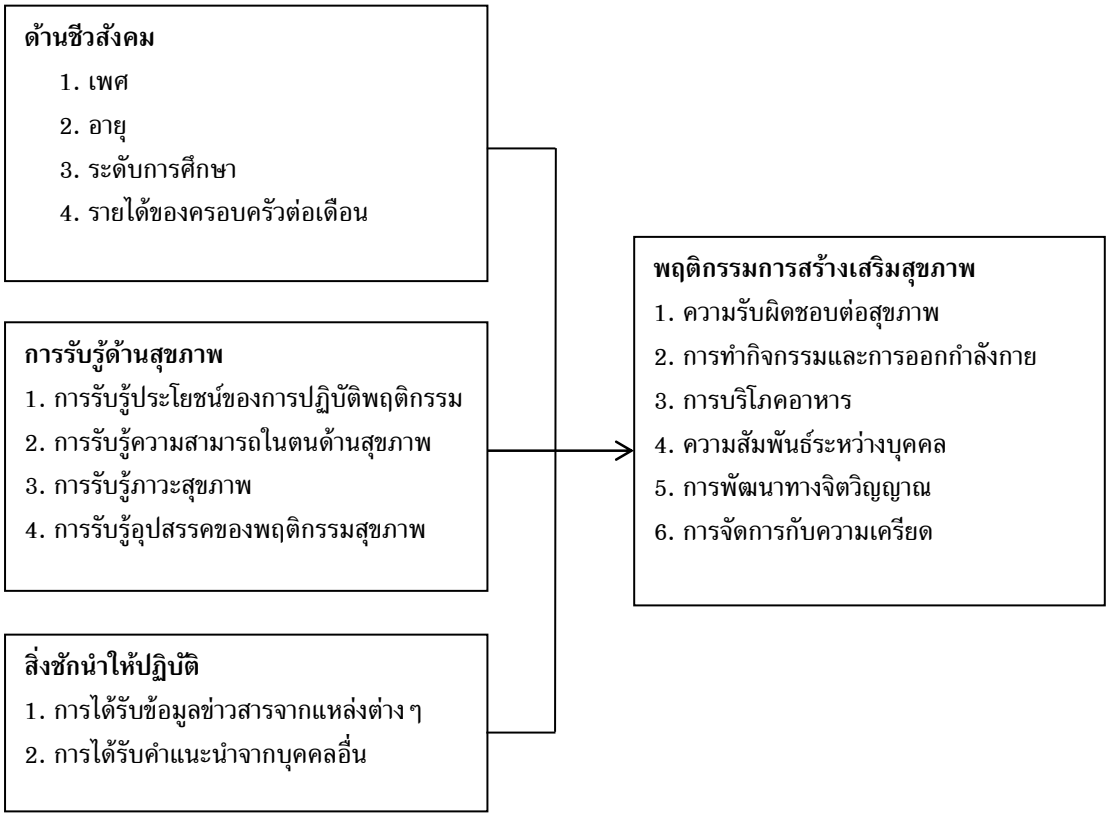
สมมติฐาน

ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ มีอิทธพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[4] มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวังและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อย ๆในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ.2006 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[4] และได้กำหนดตัวแปรเพื่อการศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยกำหนดแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยมุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทยโดยการใช้กระบวนการวิจัยพรรณนา (descriptive research) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์4 โดยเก็บข้อมูลกับประชาชนวัยรุ่นไทยในทุกภูมิภาค ระยะเวลาในการดำเนินงานตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2559–เมษายน 2560 รวมเวลาทั้งสิ้น 1 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย

2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีในวัยรุ่นไทย

3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทยเพื่อให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิตและความก้าวหน้าในวิชาชีพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยไทย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ วัยรุ่นไทยที่มีอายุตั้งแต่ 13–21 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 13,698,000 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นไทย จำนวน 400 คน โดยคำนวณจากสูตรของ ทาโร่ ยามาเน่[6] จากทั้งหมด 6 ภาค โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโครงร่างการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ จว.17/2559 ก่อนดำเนินการวิจัย และผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจึงได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ทำหนังสือแนะนำตัว ให้ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยไปกับแบบสอบถามทุกฉบับ

2. ชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ทุกกรณี

3. ชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยผลการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[4] โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา รายได้ของบิดา-มารดาต่อเดือน ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ จำนวน14 ข้อ การรับรู้ความสามารถในตนด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมี เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ลักษณะข้อความที่เป็นเชิงบวก : ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนลักษณะข้อความที่เป็นเชิงลบ : ตอบถูก ให้ 0 คะแนน ตอบผิด ให้ 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ให้ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย ของคะแนนการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้มาก (คะแนนเฉลี่ย 80% ขึ้นไป) การรับรู้ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 50-79.99%) และการรับรู้น้อย (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 50%)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ และด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนของการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 6 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 4 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ คำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-2 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติบ่อยครั้งหรือ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ 5-7 วัน/สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ข้อคำถามด้านบวก หมายถึงข้อคำถามอธิบายถึงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของวัยรุ่นที่ดี พิจารณาเกณฑ์ การให้คะแนน ดังนี้ ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อย

ครั้ง ให้ 3 คะแนน และปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้ 4 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity) นักวิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือซึ่งเป็นแบบสอบถามโดยอาศัยข้อมูลจากเอกสารทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อสร้างเครื่องมือเสร็จได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้องตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบและได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว หาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ ค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ (r= .82)

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach'sAlpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยโดยทำการอบรมและชี้แจงลักษณะของงานวิจัยและวิธีการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยได้เข้าใจตรงกันก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวิธีการเก็บรวบรมข้มูลดังนี้

1. ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และสำเนาถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการจัดหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยในการสำรวจและหาข้อมูลเกี่ยวกับวัยรุ่นในพื้นที่เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามให้วัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตอบข้อมูลวิจัยโดยให้อิสระในการตอบ
3. ทำทะเบียนคุมการเก็บรวบรวมแบบสอบถามเพื่อความสะดวกในการตรวจสอบและติดตามว่าวัยรุ่นบ้านใดที่ทำแบบสอบถามแล้วจะได้ไม่เก็บข้อมูลซ้ำเติมอีก
4. เมื่อเก็บรวบรมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมดแล้ววิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกมสำเร็จรูป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ด้วยการวิเคราะถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.80 ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 19-21 ปี ร้อยละ 47.80 รองลงมาคือวัยรุ่นตอนกลางมีอายุระหว่าง 16-18 ปี ร้อยละ 35.20 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.20 รองลงมาคือกำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36 และส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.20 รองลงมามีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-

15,000 บาทต่อเดือน และมีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 7,500 บาทต่อเดือนน้อยที่สุด ร้อยละ 14.20

การศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=24.07, SD=4.14) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก (mean=11.39, SD=1.71) รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถในตนด้านสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (mean=3.42, SD=1.14), (mean=7.82, SD=2.11) ตามลำดับ และด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับน้อย (mean=1.42, SD=1.11) ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่นไทย (n=400)

ปัจจัยด้านการรับรู้	จำนวน (n)	Mean	SD	แปลผล
การรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (PBOA)	400	11.39	1.71	มาก
การรับรู้ความสามารถในตนด้านสุขภาพ (PSE)	400	3.42	1.14	ปานกลาง
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (POH)	400	7.82	2.11	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ (PBTA)	400	1.42	1.50	น้อย
ภาพรวม	**400**	**24.07**	**4.14**	**ปานกลาง**

การศึกษาด้านปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่นไทย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.72, SD=.49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.73, SD=.53) และรองลงมาคือ ด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.71, SD=.53) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่นไทย (n=400)

ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	จำนวน (n)	$\overline{x}$	SD	แปลผล
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV)	400	3.73	.53	มาก
การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น (PSS)	400	3.71	.53	มาก
ภาพรวม	**400**	**3.72**	**.49**	**มาก**

การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทยพบว่า วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=2.65, SD=.35) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=2.98, SD=.47) รองลงมาคือด้านการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=2.79, SD=.55) และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับพอใช้ ($\overline{X}$=2.25, SD=.53) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย (n=400)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (HPB)	จำนวน (n)	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	400	2.25	.53	พอใช้
การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	400	2.50	.63	ดี
การบริโภคอาหาร	400	2.79	.55	ดี
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	400	2.98	.47	ดี
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	400	2.76	.53	ดี
การจัดการกับความเครียด	400	2.71	.44	ดี
ภาพรวม	**400**	**2.65**	**.35**	**ดี**

การจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด 5 ตัวแปร คือปัจจัยด้านการการศึกษา (EDU) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (PBOA) ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ (PBTA) ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV) และปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น (PSS) แต่ละคู่ไม่เกิน .80 จึงถือว่าไม่เกิดความสัมพันธ์กันเอง (Multicolinearity Problem) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมของวัยรุ่นไทย โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=400)

	SEX	AGE	EDU	ICF	PBOA	PSE	POH	PBTA	OIV	PSS	HPB
SEX	1										
AGE	.166**	1									
EDU	.379**	.681**	1								
ICF	.020	.274**	.250**	1							
PBOA	.071	.162**	.118**	.416**	1						
PSE	-.031	.026	-.033	.090	.231**	1					
POH	.015	.010	-.046	.251**	.433**	.305**	1				
PBTA	.074	-.079	-.016	-.008	-.108*	.093	.087	1			
OIV	-.042	.010	-.002	.241**	.352**	.131**	.178**	-.095	1		
PSS	.025	.064	.036	.333**	.429**	.154**	.310**	-.019	.680**	1	
HPB	.012	-.056	.107*	-.034	-.109*	.082	.074	.129**	.184**	.147**	1

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรทั้ง 5 ตัว คือปัจจัยด้านการการศึกษา (EDU) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (PBOA) ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ (PBTA) ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV) และปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น (PSS)มีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรทั้ง 5 มาเป็นตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ (PBOA) ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ (PBTA) และปัจจัยด้านการศึกษา (EDU) ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ได้ 10.30% (R^2=.103) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F=11.346, p=<.001) ตัวแปรที่พยากรณ์ได้สูงสุด (β) คือ ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV) (β=.264, t=5.260, p<.001) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (PBOA) (β= -.204, t=3.969, p<.001) และตัวแปรที่พยากรณ์ได้ต่ำสุดคือ ปัจจัยด้านการศึกษา (EDU) (β=.134, t=2.779, p<.01) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (n=400)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE_b	β	*t*	*p*-value
OIV (การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ)	.177	.034	.264	5.260	<.001
PBOA (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม)	-.041	.010	-.204	-3.969	<.001
PBTA (การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ)	.032	.011	.134	2.798	.005
EDU (การศึกษา)	.038	.014	.134	2.779	.006

Constant = 2.237; SE_{est}= ± .152 R= .321 ; R^2 = .103 ; F=11.346 ; *p*-value =<.001

จากการศึกษาในตารางที่ 5 สามารถเขียนสมการพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

HPB = 2.237+ .177(OIV) - .041(PBOA) + .032(PBTA) + .038(EDU)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_{(HPB)} = .269Z_{(OIV)} - .204Z_{(PBOA)} + .134Z_{(PBTA)} + .134Z_{(EDU)}$$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย อยู่ในระดับดี และพบว่าด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีค่าเฉลียต่ำสุด อาจเป็นเพราะว่าวัยรุ่นไทยมีปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ และประกอบกับวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่อยู่ในระยะวิกฤติที่จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา และเป็นวัยที่อยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่มีความต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน จึงถูกชักจูงได้ง่าย[7] ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ความรับผิดชอบนั้นมีอิทธิพลมาจากความเชื่อและเจตคติ เนื่องจาก เจตคติ เป็นความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เจตคติ เป็นนามธรรมและเป็นส่วนหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติ เจตคติต้องได้รับสิ่งเร้าที่เหมาะสมจึงจะทำให้เกิดการปฏิบัติหรือปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อ หากบุคคลเชื่อว่า พฤติกรรมใดจะสามารถป้องกันความเจ็บป่วยของตนเองได้ เจตคติสามารถใช้อธิบายการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ โดยบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[8] เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[9] และ จากงานวิจัยที่บ่งบอกว่าเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึง 44 เรื่อง จากจำนวนงานวิจัย 48 เรื่อง หรือคิดเป็นร้อยละ 91.66 ดังนั้นการที่วัยรุ่นมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี แสดงถึงการมีเจตคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในทางบวกได้[10]

ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ รอบข้างหรือบุคคลที่วัยรุ่นเคารพจะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมตามสิ่งที่ได้รับข้อมูลมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม[11] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์ในระดับมากของอิทธิพลของบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และวัยรุ่นจะได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ อาทิ ครอบครัว เพื่อน และคนรัก ทำให้วัยรุ่นมีความสนใจใส่ใจสุขภาพมากขึ้น มีอิทธิพลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และจากบุคคลอื่นทำให้วัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สะดวกขึ้นและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง[12]

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (PBOA) เมื่อวัยรุ่นรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองด้านความงามของสรีระร่างกายก็จะทำให้วัยรุ่นให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายในฟิตเนส การควบคุมการบริโภคอาหาร เป็นต้น การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก ทั้งนี้เนื่องมาจากนักศึกษาที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตัวเองว่าเป็นอย่างไรจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ตัวเองคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี[12] ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาที่พบว่าการรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมทำนายและอธิบายความแปรผันของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้[13]

ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ (PBTA) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถเป็นตัวแปรร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทยได้ แสดงว่าถ้าวัยรุ่นไทยที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมีการรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับดี ก็จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r= -0.314$)[14]

ปัจจัยด้านการศึกษา (EDU) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย จากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับที่สูงขึ้นจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าระดับการศึกษาต่ำ ทั้งนี้เพราะคนที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล แสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อยกว่าทำให้การมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน โดยสอดคล้องกับแนวคิด ที่กล่าวว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย[11] เช่นเดียวกันกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี พบว่า ระดับการศึกษาหรือการได้รับการเข้าอบรมเพิ่มเติมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[15]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการศึกษาแยกประเด็นของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจะได้ทำการศึกษาในแต่ละประเด็นได้อย่างลึกซึ้งและได้ข้อมูลในเชิงลึก เช่น การจัดการความเครียด การพัฒนาทางจิตวิญญาณ หรือ การสร้างเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. พัฒนาโมเดลเชิงประจักษ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งจะแสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปร หรือเส้นทางที่แสดงอิทธิพลที่ยังไม่ได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาโมเดลเชิงประจักษ์โดยการเพิ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่น เช่น แบบแผนการเผชิญปัญหา และเพิ่มเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตมายังพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

3. นำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่นไทย โดยการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดการครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบ และพัฒนาการจัดการกับความตึงเครียดทางอารมณ์การสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต และพัฒนาศักยภาพในการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ และหาการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะกับตน เพื่อลดปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย

4. งานวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender มาเป็นกรอบแนวคิดในบางส่วน ได้แก่ปัจจัยปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (PBOA: perceived benefits of action) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (PSE: perceived self-efficacy) และ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (PBTA: perceived barriers to action) ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลหรือปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ คือการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ (OIV: obtaining information from various source) และ ปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น (PSS: perception of suggested by someone else) และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (HPB: Health Promotion Behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนประสบการณ์เดิมนั้น ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยตามการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประสบการณ์เดิมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจจะเหมาะสมกับประชากรในกลุ่มอื่น เช่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

References

1. Pookitsana S, Mokkkhaw K, Fongkerd S. Influencing factors of health promoting behavior of adolescents in the area of responsibility of Muang Chon Buri Hospital. Research methodology & Cognitive science. 2016;14(2):114-24. (in Thai)
2. National Statistical Office. MICS 2012 Thailand Survey: monitoring the situation of children and women Bangkok: National Statistical Office;2012.(in Thai)
3. Chaikulwattana C. Health promotion Behaviors of Students in Ratchathani College of Technology, Ubon Ratchathani Province. Journal of science & technology, Ubon Ratchathani University.2006; 8(2):89-103. (in Thai)
4. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson;2006.
5. Sutesan S, Chongpaiboonpattana W. Factors influencing health promoting behaviors among professional nurses in the nursing service division of government university hospitals. Journal of nursing science Chulalongkorn University. 2011;23(1):91-107. (in Thai)
6. Yamane T. Statistic : an introductory Analysis. New York: Harper &row; 1967.
7. Thanomsat K, Sunsern R. Factors related to early smoking stage among male students at lower secondary schools under the jurisdiction of Trat Education Service Area Office. Journal of Nursing and Education.2011;4(3):38-47. (in Thai)
8. Becker, Marshall HW et al. "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance": A Field Experiment. Journal of Health and Social Behavior.1977; 18(1977),345-355.
9. Juladach S. Health promoting behavior of students enrolled in PE 101 at Srinakharinwirot University. [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University;2552.(in Thai)
10. Thongkorn A. A study of variables related to health promoting behaviors by synthesis of research by meta-analysis. [thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University;2550.(in Thai)
11. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. (6^{th} ed). Upper
12. Saddle NJ, NJ: Saravirote A, Janyam K. Factors influencing health promotion behavior of undergraduate students at Prince of Songkla University, Hat Yai Campus. Kasetsart J. (Soc. Sci)2014;35(1):223-34. (in Thai)
13. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and environment approach. California: Mayfield Publishing; 1991.
14. Konkaew P, Suntayakorn C, Prachanban P, Wannapira W. Factors predicting health promoting behaviors among civil servants with dyslipidemia. Journal of Nursing and Health Sciencesl.2011;5(3):17-28.(in Thai)
15. Wichianprapha T, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors affecting health behaviors of health volunteers, Chanthaburi Province. The Public Health Journal of Burapha University. 2012; 7(2):53-68.(in Thai)