

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงประเทศ เพื่อก้าวเข้าสู่ความเป็นสากลตามกระบวนการทางสังคมของโลกที่มีการนำเทคโนโลยีอันทันสมัยมาใช้ในระบบการสื่อสารคมนาคม เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทั้งทางด้านการเมือง การแข่งขันกันทางการตลาด เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชนไทยเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากในอดีต สภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ แต่ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่มีผลมาจากปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมมากขึ้นเป็นลำดับ จากสถิติสาธารณสุข (สำนักงานนโยบายและแผนงานสาธารณสุข, 2540) พบว่าสาเหตุของการตาย 10 อันดับแรกของคนไทย คือ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง การฆ่าตัวตาย โรคตับและตับอ่อน ปอดบวม โรคไต และอัมพาตทุกชนิด และมีแนวโน้มจะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ได้มีการกำหนดกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสาธารณสุขที่จะต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไว้ 6 กลุ่มพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคยาสูบ สุรา และสารเสพติด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมความปลอดภัย พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต พฤติกรรมการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมากทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ

การพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าขึ้นย่อมต้องอาศัยองค์ประกอบหลายประการ และสิ่งสำคัญที่สุด คือ องค์ประกอบทางการศึกษา เพราะการศึกษาคือกระบวนการในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ โดยต้องอาศัยสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐาน คนที่มีสุขภาพที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงตั้งแต่วัยเด็กจนวัยผู้ใหญ่ และจะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีคุณธรรม การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้นจะต้องพัฒนาแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถูกต้อง เพราะจะช่วยพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศชาติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

เยาวชนจึงถือได้ว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสำคัญ และเป็นกลุ่มประชากรที่มีมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นในประเทศ คือ ร้อยละ 20.7 (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, 2537 : 17) ในปี พ.ศ.2540 มีจำนวนเยาวชนวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี อยู่ 11.53 ล้านคน เฉลี่ยแล้วในแต่ละครัวเรือนมีเยาวชนอยู่ประมาณ 1.8 คน ประชากรในวัยนี้มักเสียชีวิตจากอุบัติเหตุประมาณ 4,000-5,000 รายต่อปี นับว่าสูงมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งเป็นชายมากกว่าหญิง 7 เท่าที่มีพฤติกรรมขับขี่ไม่ปลอดภัย อาทิ ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย เสพสุรา และเสพยาบ้าเมื่อขับรถ ตลอดจนมีพฤติกรรมการบ่อนทำลายสุขภาพตนเอง กล่าวคือ ชาย 1 ใน 6 คน เริ่มสูบบุหรี่แต่ยังเยาว์และติดบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ ดื่มสุราเป็นประจำ 1 ใน 5 คน อาจนำเข้าสู่การติดยาเสพติด ซึ่งชายเสพยาสูงกว่าหญิง 15 เท่า (ยูวดี คาดการณ์ไกล, 2542 : 29)

สถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชากรในกลุ่มเยาวชน อายุ 15 –24 ปี ได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหา สาเหตุ และความรุนแรง ในประเด็นสำคัญต่างๆ ดังต่อไปนี้ ภาวะทันตสุขภาพ (กรมอนามัย, 2542) พบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี จะมีพื้นที่ใช้งานได้ 28 ซี่ ถึงแม้ว่าโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงกลับมีน้อยลง จากที่พบร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2532 และในปี พ.ศ. 2537 ลดลงเหลือร้อยละ 6.2 แต่สิ่งที่กลับเพิ่มมากขึ้นคือ การมีหินน้ำลาย ส่วนผู้ที่มีฟันผุจะอยู่ในอัตรา ร้อยละ 63.0 ค่อนข้างจะคงที่

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) (ยูวดี คาดการณ์ไกล, 2542 : 31) ได้ทำการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2536 พบว่าแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคยาสูบ (บุหรี่) สุรา และสารเสพติดยังมีมาก แม้ว่าจะมีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แต่ได้ผลเพียงชะลออัตราเพิ่มโดยเพิ่มกลุ่มที่เป็นวัยรุ่นและสตรี ประชาชนอายุ 10 ปีขึ้นไป มีการดื่มเหล้าหรือดื่มเครื่องดื่มมึนเมาประมาณ 12.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.14 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และมีผู้ติดยาเสพติดขั้นต่ำทั้งสิ้น 1,267,590 คน และจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542) ทำการสำรวจผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2536 พบว่าเยาวชนไทย อายุ 11 ปีขึ้นไป ทั้งประเทศมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 25.4 ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 พบว่าลดลงคิดเป็นร้อยละ 26.1 และล่าสุดในปี พ.ศ. 2542 ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 24.0 หากคิดเป็นแต่ละภาคแล้ว ประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ ภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 26.9 รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 26.2 ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ

25.7 ภาคกลาง(ไม่รวมกรุงเทพฯ) คิดเป็นร้อยละ 22.3 และกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 16.5 อัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก แม้จะมีจำนวนที่เล็กน้อยแต่ก็มีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการศึกษาข้อมูลในปี (2542) พบว่า ส่วนใหญ่เยาวชนวัยรุ่นของไทยปัจจุบันจะสูบบุหรี่ ในช่วงอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการสูบบุหรี่มากกว่าวัยอื่นๆ โดยเริ่มสูบบุหรี่เป็นครั้งแรกในช่วงอายุ 11 ขึ้นไป จำนวน 49.9 ล้านคน จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ 3 ประเภท คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันประมาณ 12 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 24.0 (เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ประจำร้อยละ 20.5 และผู้ที่สูบบุหรี่ๆ ครั้ง ร้อยละ 3.5) โดยมีผู้สูบบุหรี่ชาย 11.3 ล้านคน และหญิง 0.7 ล้านคน ส่วนผู้ที่เคยสูบบุหรี่มาก่อนมีร้อยละ 5.2 และผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่มีร้อยละ 70.8 จากการรายงานของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี พ.ศ. 2541 (สำนักงาน ป.ป.ส, 2541) ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ปฏิทิน 2541 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2,997 คน พบว่า กลุ่มประชากรที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,363 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 โดยเป็นชาย จำนวน 1,329 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2 และหญิง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 จากการรายงานของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี พ.ศ. 2543 (สำนักงาน ป.ป.ส, 2543) มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดทั้งสิ้น 20,503 คน พบว่าเยาวชนอายุ 15 –19 ปี มีการเข้ารับการบำบัดรักษาเสพติด ถึง 3,743 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 อายุที่มีการเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก คือ อายุ 15 –19 ปี มีจำนวนถึง 10,269 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 นับว่า เป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง จากการวิเคราะห์พฤติกรรม พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจาก การไม่ตระหนักในความสำคัญของปัญหาสุขภาพ มีค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง สภาพแวดล้อมและสังคมเอื้อต่อการมีพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีผลกระทบต่อสุขภาพ คือ ทำให้เกิดโรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดอุบัติเหตุ และก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม ฯลฯ (สมทรง รักษาเผ่า, สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ : 2540)

ผลการศึกษากาการผลิตและดื่มสุราในประเทศไทย พบว่า ประชากรอายุ 14 ปีขึ้นไปที่มีการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์หรือดื่มสุรามีจำนวนถึง 12.4 ล้านคนทั่วประเทศ หรือคิดเป็นจำนวนร้อยละสูงถึง 31.4 โดยพบว่า ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือบริโภคสุราสูงที่สุด จำนวน 4.8 ล้านคน รองลงมาคือภาคเหนือ จำนวน 3 ล้านคน ภาคกลาง (ซึ่งไม่รวมกรุงเทพมหานคร) จำนวน 2.4 คน กรุงเทพมหานคร จำนวน 1.1 ล้านคน และภาคใต้ จำนวน 9 ล้านคน (ยุวดี คาคาการณ์ไกล, 2542)

จากสถิติสาธารณสุข (สำนักงานนโยบายและแผนงานสาธารณสุข, 2540) ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของคนไทย และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น (สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข, 2542:8) ความรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรในส่วนภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2531 พบว่า เมื่อเกิดอุบัติเหตุ 3 ครั้ง จะมีผู้เสียชีวิต 1 คน ในปี พ.ศ. 2540 เมื่อเกิดอุบัติเหตุ 2 ครั้ง จะมีผู้เสียชีวิต 1 คน

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การย้ายถิ่นฐานเนื่องจากโอกาสและเงื่อนไขในการศึกษาและอาชีพ การเติบโตของความเป็นเมือง การอยู่ในวัยที่อยากรู้ อยากลอง บวกกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางฮอริโมนและสรีระตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนๆ สนับสนุนให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเพิ่มขึ้น และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย กลุ่มวัยรุ่นยังมีความเสี่ยงสูงในการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ จากการสำรวจสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี 2539 พบว่า จำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ในอายุ 15-19 ปี ซึ่งวัยรุ่นชายส่วนมากเคยเข้าสถานบริการทางเพศ และคิดเป็น 6 ใน 10 คนของผู้ให้บริการ ไม่ใช่ถุงยางอนามัย วัยรุ่นชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุ 15 ปี วัยรุ่นหญิงในเมือง ร้อยละ 50 มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และร้อยละ 66 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนชายโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยและไม่กล้าพูดคุยเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยกับคู่ของตนจึงมีปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนสมรสนำไปสู่การทำแท้งอย่างผิดกฎหมาย (ยุวดี คาคการณโกศล, 2542)

จะเห็นได้ว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในประเทศส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมและแบบแผนการดำรงชีพ (Life-styles) ของประชาชน เช่น พฤติกรรมการกิน การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การช้ำหรือสารเสพติด ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศ ฯลฯ เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมทางเพศนั้นปัจจุบันนับว่ามีความสำคัญมากต่อสุขภาพ เพราะเป็นสาเหตุโดยตรงของการก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรค โรคเอดส์ ซึ่งกำลังจะกลายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทั้งเด็กและผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทยและของโลก ดังนั้นการให้การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการยกระดับสุขภาพของประชากรไทยในอนาคต

ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนนั้น นักการศึกษาทุกระดับได้เล็งเห็นความสำคัญเสมอมา จึงได้มีการกำหนดหลักสูตรความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไว้ในแผนการศึกษาแห่งชาติทุกฉบับดังที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) (กระทรวงสาธารณสุข, 2539) ได้ให้ความสำคัญแก่ยุทธศาสตร์ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมุ่งเน้นว่าคนจะต้องได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคม มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในด้านสุขภาพ และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ได้กำหนดวิสัยทัศน์สำหรับอนาคตว่า ต้องการให้คนไทยมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ และสติปัญญา สังคมไทยทุกส่วนมีจิตสำนึกรับผิดชอบร่วมกันในการสร้างบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความศรัทธาเชื่อมั่นในศักยภาพของตนในการดูแลรักษาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และการมีส่วนร่วมในการกำหนด ติดตามและตรวจสอบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุด การบริการด้านสุขภาพเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มีคุณภาพมาตรฐาน และมีหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ระบบสุขภาพของไทยสามารถคุ้มครองสุขภาพของคนไทย ตลอดจนผลกระทบของระบบโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยคำนึงถึงภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2543) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้มุ่งไปที่การปฏิรูประบบสุขภาพ จากที่เคยให้ความสำคัญสุขภาพเสีย (Ill health) มาเปลี่ยนแปลงเป็นให้ความสำคัญกับสุขภาพดี (Good health) พัฒนาการให้มีความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพกาย ใจ และสติปัญญา ตลอดจนมีสังคมที่ดีเพื่อให้คนมีศักยภาพในการพัฒนาและส่งผลแห่งการพัฒนาอย่างเต็มที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

กรมอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ได้กำหนดหลักสูตรการให้ความรู้ทางด้านสุขศึกษาแก่นักศึกษาในทุกระดับ โดยนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นเยาวชนกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี นอกจากจะได้รับการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นทางด้านสายอาชีพแล้ว ยังจะได้รับการปูพื้นฐานความรู้ทางด้านสุขศึกษาตามหลักสูตร ตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 3 จะมีการกำหนดหลักสูตรที่มุ่งให้ความรู้ทางด้านสุขศึกษาที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพในอนาคตมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเมื่อจบการศึกษาในระดับนี้ นักศึกษาส่วนใหญ่จำเป็นต้องออกไปทำงาน เพื่อสร้างรายได้เลี้ยงชีพให้แก่ตนเองและครอบครัวทันที นั่นหมายความว่าองค์ความรู้ทางด้านสุขศึกษาที่นักศึกษาได้เรียนมาตลอด 3 ปีนั้น จะถูกนำไปใช้ในการทำงานและการดำรงชีวิตในอนาคตอย่างเข้มข้น

มากขึ้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่าหากนักศึกษากลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ อาทิ ปัญหาความเจ็บไข้ได้ป่วย ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ปัญหาความสูญเสียในทรัพย์สินหรือก่อให้เกิดความพิการ ซึ่งทำให้รัฐจำเป็นต้องรับภาระในการเลี้ยงดูอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้หรือในกรณีเกิดเหตุการณ์รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ย่อมหมายความว่ารัฐต้องสูญเสียบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ ซึ่งนับเป็นปัญหาที่น่าวิตกกังวลอย่างยิ่ง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัย พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นบริเวณที่มีอาณาเขตกว้างขวาง โดยครอบคลุมพื้นที่ถึง 19 จังหวัด และมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น ตลอดจนเป็นศูนย์รวมของวัฒนธรรมอันหลากหลายซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนและเยาวชนในพื้นที่อย่างมาก ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 3 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไว้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 3 ในวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อศึกษานำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงการเรียนการสอนและการวางแผนจัดกิจกรรม เพื่อปลูกฝังให้เด็กและเยาวชนมีพัฒนาการทางพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 3 ในวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักศึกษาชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 3 ในวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคปลายปีการศึกษา 2543

พฤติกรรมสุขภาพที่ศึกษา ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัย พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้และการป้องกันสิ่งเสพติด ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

ข้อตกลงเบื้องต้น

นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้พื้นฐานในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากหลักสูตรวิชาสุขศึกษา ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและหลักสูตรวิชาสุขศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ และมีความตั้งใจที่กรอกแบบสอบถามตามความเป็นจริง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กระทำหรือการปฏิบัติในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัย พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้และการป้องกันสิ่งเสพติด ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.1 พฤติกรรมสุขภาพทั่วไป หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร สุขภาพส่วนบุคคล การใช้ยา การออกกำลังกาย และการพักผ่อน

1.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย/การใช้ยาเพื่อคุมกำเนิด การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง

1.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัย หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัยในการจราจร และความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า

1.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้และการป้องกันสิ่งเสพติด หมายถึง การกระทำและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้และการป้องกันสิ่งเสพติด

2. นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ หมายถึง นักศึกษาชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 3 ในวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. กองที่สังกัด หมายถึง กองที่สถานศึกษาของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดอยู่ ได้แก่ กองวิทยาลัยเทคนิค กองวิทยาลัยอาชีวศึกษา กองวิทยาลัยเกษตรกรรมและเทคโนโลยี และกองวิทยาลัยการอาชีพ

4. อาชีวศึกษา หมายถึง บุคคลที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

5. สถานศึกษา หมายถึง สถานศึกษาที่นักศึกษา ได้ทำการศึกษาอยู่

6. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หมายถึง จังหวัดที่แบ่งเขตการศึกษาตามกรมอาชีวศึกษา ของกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 เขตการศึกษา รวมทั้งสิ้น 19 จังหวัด ประกอบด้วย

6.1 เขตการศึกษา 9 ประกอบด้วย ขอนแก่น เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี

6.2 เขตการศึกษา 10 ประกอบด้วย กาฬสินธุ์ นครพนม มุกดาหาร มหาสารคาม ยโสธร ร้อยเอ็ด อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ

6.3 เขตการศึกษา 11 ประกอบด้วย ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ และสุรินทร์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากร ครู อาจารย์ และผู้บริหารในการวางแผนพัฒนา แก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัญหา สาธารณสุขของนักศึกษาอาชีวศึกษาในสถานศึกษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมด้านความปลอดภัย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการ ใช้และการป้องกันสิ่งเสพติดของนักศึกษาอาชีวศึกษาในอนาคต

3. เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาในอนาคต