



สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า
และการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น
เขตสุขภาพที่ 6

Situation of Sexual Risk Behaviors, Depression,
and Violent Behaviors among Adolescents
in Health Region 6

จัดทำโดย
นายจิรภัทร ไชยพิมพา

ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
กรมอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยด้วยความกรุณาและการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากคณะผู้บริหาร ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์อัศวรัตน์ เพ็ญพวงภควัต ผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ที่ได้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานวิจัยอย่างดียิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ นางศิริพร จรียาจิรวัฒนา รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และติดตามความก้าวหน้าของการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ขอขอบพระคุณนางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม หัวหน้ากลุ่ม พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น เป็นที่ปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ในทุกขั้นตอน รวมทั้งช่วยติดตาม ปรับปรุง แก้ไข ตรวจสอบงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จลงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านในกลุ่ม พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ที่ได้ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนามาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรงในวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้เยาวชน ในเขตสุขภาพที่ 6 เดิบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

จิรภัทร ไชยพิมพา

สิงหาคม 2568

ชื่อเรื่อง สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6

ผู้วิจัย นายจิรภัทร ไชยพิมพ์ , นางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม และนางสาวกนิษฐ พุ่มเพ็ญ

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมในทางที่เสี่ยงต่อสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 10 – 19 ปี จำนวน 5,539 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2567

ผลการศึกษา : พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,539 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และอยู่ในช่วงอายุ 15–19 ปี ร้อยละ 70.5 ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยงสูงที่สุด ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือด้านสุขภาพฟัน ระดับค่อนข้างเสี่ยง ร้อยละ 49.0 และด้านกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 46.6 นอกจากนี้ยังพบว่าด้านการนอนมีปัญหามากที่สุด โดย ร้อยละ 52.2 นอนหลับไม่เพียงพอ ด้านการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยง ร้อยละ 86.8 ในขณะที่ด้านสุขภาพจิตพบว่า ร้อยละ 53.7 อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เสี่ยง ร้อยละ 97.4 อย่างไรก็ตามยังมีวัยรุ่นบางส่วนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ สำหรับด้านผลกระทบการตั้งครุฑต่อการศึกษพบว่า ร้อยละ 77.3 อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง ด้านภาวะซึมเศร้าพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เสี่ยงร้อยละ 69.4 แต่ยังมี ร้อยละ 22.3 อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง และร้อยละ 8.3 อยู่ในระดับเสี่ยง ส่วนด้านการกระทำรุนแรงพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เสี่ยง ร้อยละ 94.7 แม้จะยังพบสัดส่วนหนึ่งที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับเสี่ยงและค่อนข้างเสี่ยง

ข้อเสนอ : ควรบูรณาการนโยบายการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในสถานศึกษาภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางเพศ และสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า การกระทำรุนแรง วัยรุ่น

Situation of Sexual Risk Behaviors, Depression, and Violent Behaviors among Adolescents in Health Region 6

Researchers: Mr. Jiraphat Chaipimpa, Mrs. Nongluck Sukiam, and Ms. Kanit Fumfuay

Abstract

Adolescence is a critical developmental stage characterized by substantial physical, emotional, social, and psychological changes that may influence decision-making and increase susceptibility to health-risk behaviors. This study was a cross-sectional descriptive study aimed at examining, sexual risk behaviors, depression, and violent behaviors among adolescents in Health Region 6. The sample consisted of 5,539 adolescents aged 10–19 years. Data were collected using a standardized health-screening questionnaire assessing sexual risk behaviors, depressive symptoms, and violence. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Data collection took place between June and July 2024.

Results: Among the 5,539 participants, most were female (66.7%) and aged 15–19 years (70.5%). Regarding health behaviors, adolescents had the highest proportion of nutritional behaviors at a moderate-risk level (60.0%), followed by moderate-risk dental health behaviors (49.0%) and physical inactivity at risk level (46.6%). Sleep problems were notably common, with 52.2% reporting insufficient sleep. Substance use was mostly low risk (86.8%). Mental health assessment revealed that 53.7% were at a moderate-risk level. Sexual risk behaviors were mostly low risk (97.4%). Concerning the impact of pregnancy on education, 77.3% were at a moderate-risk level. Depression levels were mostly low risk (69.4%), but 22.3% were moderate risk and 8.3% were at a high-risk level. Violent behaviors were largely low risk (94.7%), though a small proportion exhibited behaviors at moderate or high-risk levels.

Recommendations: Strengthening health-promoting school initiatives, integrating comprehensive sexuality education, and enhancing life-skills development into public and private educational institutions are essential to foster desirable physical, sexual, and mental health behaviors among adolescents.

Keywords: Health behaviors, sexual risk behaviors, depression, violent behaviors, adolescents

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
วัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น	5
พฤติกรรมสุขภาพ	7
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	9
ภาวะซึมเศร้า	13
การกระทำรุนแรง	17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
กรอบแนวคิดการวิจัย	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	27
การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง	27
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลทั่วไป	28
ข้อมูลด้านสุขภาพ	29
ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	30

ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรง	34
ผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรง	36
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผล	40
อภิปรายผล	41
ข้อเสนอแนะ	46
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก	53

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ	28
ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ	29
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ	30
ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน	34
ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน	35
ตารางที่ 6 ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรงโดยรวม	36
ตารางที่ 7 ผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ	36
ตารางที่ 8 ผลลัพธ์ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ	38
ตารางที่ 9 ผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ	38
ตารางที่ 10 ผลลัพธ์การกระทำรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ	39

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่น คือบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 10 - 19 ปี มีการเจริญเติบโต และมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งมีความสามารถในการเจริญพันธุ์ มีความคิดที่เป็นนามธรรมมากขึ้น วัยรุ่นจะให้ความสนใจกับกิจกรรมในครอบครัวน้อยลง เริ่มจะไม่ค่อยยอมรับคำแนะนำและคำติชมจากพ่อแม่ เริ่มต่อต้าน และฝืนคำสั่ง มีสังคมกว้างมากขึ้น มีเพื่อน และกลุ่มเพื่อนเข้ามามีบทบาท จะทำให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ วัยรุ่นช่วงนี้ให้ความสำคัญ และความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนค่อนข้างมาก นอกจากนี้ยังมีพัฒนาการด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ที่ไม่ได้เป็นไปอย่างราบรื่น หรือสม่ำเสมอ เนื่องจากความแตกต่างระหว่างบุคคล เพศ สังคม เศรษฐกิจและปัจจัยด้านวัฒนธรรมและยังมีความแตกต่างในด้านปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วยอีกด้วย^{1,2}

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ปีพ.ศ. 2563-2564 พบว่าเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 28 มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 32 เข้าสังคมลดลง ติดจอและเกมออนไลน์ ร้อยละ 22 นอกจากนี้ยังมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง และความรุนแรงในครอบครัว จนนำไปสู่อันตรายที่จะฆ่าตัวตาย³ และข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 (Thailand Global School-based Student Health Survey, 2021: GSHS) พบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 19.8 เป็นนักเรียนชาย ร้อยละ 23.8 นักเรียนหญิง ร้อยละ 16.7 สำหรับนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 29.8 เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 14 ปี โดยนักเรียนชายมีส่วนการมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 14 ปี มากกว่านักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 39 และ ร้อยละ 18.5 ตามลำดับ โดยนักเรียนหรือคู่่นอนใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 73.4 นักเรียนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่างจนทำให้นอนไม่หลับในเวลากลางคืนบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ ร้อยละ 16.0 โดยความชุกของการวิตกกังวลในกลุ่มนักเรียนชาย ร้อยละ 12.7 นักเรียนหญิง ร้อยละ 18.9 นักเรียนเคยมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 17.4 นักเรียนเคยวางแผนจะพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15.5 พยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง หรือมากกว่าโดยร้อยละ 15.1 ความชุกของนักเรียนหญิงที่มีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย และเคยวางแผนจะพยายามฆ่าตัวตาย สูงกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนถูกทำร้ายร่างกายอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ร้อยละ 18.2 โดยที่นักเรียนชายจะมีแนวโน้มที่ถูกทำร้ายร่างกายมากกว่านักเรียนหญิง ร้อยละ 24.4 และ 12.5 ตามลำดับ ด้านการต่อสู้กันในโรงเรียน นักเรียนเคยมีส่วนร่วมในการต่อสู้หนึ่งครั้งหรือมากกว่า ร้อยละ 24.4 โดยนักเรียนชาย ร้อยละ 33.4 นักเรียนหญิง ร้อยละ 16.4 ด้านการได้รับบาดเจ็บรุนแรง นักเรียนเคยได้รับบาดเจ็บรุนแรงหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ร้อยละ 52.6 นักเรียนชาย ร้อยละ 60.4 นักเรียนหญิง ร้อยละ 45.5⁴ และจากการสำรวจภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2564 พบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12.9 นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 12.3 ครั้งแรกของการมีเพศสัมพันธ์

นักเรียนหรือคู่นอนใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 82.5 นักเรียนมีความวิตกกังวลกับบางสิ่งจนทำให้นอนไม่หลับในเวลากลางคืนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 53 นักเรียนเคยมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.2 นักเรียนเคยมีความคิดจริงจังในการวางแผนจะพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 18.8 นักเรียนเคยพยายามฆ่าตัวตาย 1-3 ครั้ง ร้อยละ 14.1 ด้านความรุนแรง เคยถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 20.4 เคยถูกข่มเหงรังแก ขณะอยู่ในโรงเรียน ร้อยละ 24.7 เคยถูกข่มเหงรังแก ขณะอยู่นอกโรงเรียน ร้อยละ 12.3 เคยถูกข่มเหงรังแกทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Instagram, Facebook, TikTok เป็นต้น ร้อยละ 17.0⁵

เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และสมุทรปราการ เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งเป็นแหล่งอุตสาหกรรม การท่องเที่ยว และการค้าชายแดน ทำให้วัยรุ่นในพื้นที่ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อน ทั้งจากสภาพสังคมเมือง การเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการเปลี่ยนแปลงทางค่านิยม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ความรุนแรง และปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

ดังนั้น ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น เป็นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นในระดับพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยผลักดัน สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 5 กระทรวงหลัก ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ฯ ดังนี้ 1) การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) การเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในสถานบริการของรัฐ สถานศึกษา สถานประกอบการ และ 3) การให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา เพื่อให้วัยรุ่นและผู้เกี่ยวข้องได้เข้าถึงและทราบสิทธิต่างๆ ได้แก่ 1) การตัดสินใจด้วยตนเอง 2) ได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ 3) ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ 4) ได้รับการจัดสวัสดิการสังคม 5) ได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาค และ 6) ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้เข้าใจถึงลักษณะปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนยุทธศาสตร์และแนวทางป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในการพัฒนาแนวทางการสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อวัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำความรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ทั้งในระดับพื้นที่ จังหวัด และเขตสุขภาพ
2. เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นได้รับความรู้ ทักษะ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) มุ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 ประชากรเป้าหมายคือวัยรุ่นอายุ 10 – 19 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร ปี 2567 รวม 425,022 คน ครอบคลุมจังหวัดชลบุรี จันทบุรี สระแก้ว และฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 10 – 19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาของทั้ง 4 จังหวัด จำนวน 5,539 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติของเด็กวัยรุ่นในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพ ประกอบด้วย

1. โภชนาการ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่กระทำจนเป็นนิสัยในการรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ ผัก ผลไม้ การดื่มนม การรับประทานอาหารเช้า และการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ
2. สุขภาพฟัน หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลที่ส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ได้แก่ การแปรงฟัน 222 และการพบทันตบุคลากรตรวจสุขภาพช่องปาก
3. กิจกรรมทางกาย หมายถึง กิจกรรมที่เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ จนรู้สึกเหนื่อยหอบอย่างน้อยวันละ 60 นาที และการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
4. การนอน หมายถึง สภาวะธรรมชาติที่ร่างกายมีการลดลงของการรู้ตัว โดยในนักเรียนต้องนอนจำนวน 8 - 10 ชั่วโมงต่อวัน จึงจะถือว่าเป็นการนอนที่เพียงพอ และเข้านอนก่อน 4 ทุ่ม
5. การสูบบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตัวของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่มวน และบุหรี่ไฟฟ้า
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การปฏิบัติตัวของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
7. การใช้สารเสพติด หมายถึง การปฏิบัติตัวของนักเรียนที่เกี่ยวข้องสารเสพติด เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ยาเค
8. สุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมการสร้างอารมณ์และจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถทำใจยอมรับและหาวิธีแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ และมีความพึงพอใจในชีวิต

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การมีคู่นอนหลายคน ที่อาจนำไปสู่ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย หรือปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้รู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง และสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆ ที่เคยชอบ อาการอาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การกิน การทำงาน หรือการเข้าสังคม ภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากความรู้สึกเศร้าทั่วไปตรงที่อาการมีความรุนแรงและคงอยู่เป็นระยะเวลานาน มากกว่า 2 สัปดาห์

การกระทำรุนแรง หมายถึง การใช้กำลังทั้งโดยเจตนาและไม่ได้ตั้งใจ ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ เป็นการคุกคามหรือเกิดขึ้นจริง ต่อบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน

วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. วัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น
2. พฤติกรรมสุขภาพ
3. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
4. ภาวะซึมเศร้า
5. การกระทำรุนแรง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. วัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น

1.1. ความหมายของวัยรุ่น

เป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการจากวัยเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง และมีลักษณะที่บ่งบอกถึงความเป็นหนุ่มสาวที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม พัฒนาการ และจิตใจเปลี่ยนแปลงไป แต่ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาจจะทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสน ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดประสบการณ์ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ โดยมีผู้ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก⁶ ได้ให้ความหมายไว้ว่า บุคคลในช่วงอายุ 10-19 ปี โดยมีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คำว่า Adolescere ซึ่งแตกออกเป็นคำว่า Adolescens ซึ่งหมายถึงกำลังมีการเติบโตและคำว่า Adultus ซึ่งหมายถึงการเติบโตเสร็จสิ้นแล้ว

วิโรจน์ อารีย์กุล⁷ ให้ความหมายว่า เป็นวัยช่วงต่อระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบ่งพัฒนาการของวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ วัยรุ่นช่วงต้น อายุ 10-13 ปี วัยรุ่นช่วงกลางอายุ 14-17 ปี วัยรุ่นช่วงปลายอายุ 18-21 ปี

อภิญา อภิสิทธิ์วณิช⁸ กล่าวว่า วัยรุ่น หมายถึง ช่วงวัยหนึ่งของมนุษย์ที่อยู่ระหว่างความเป็นเด็ก และความเป็นผู้ใหญ่ มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายสำคัญที่สุดคือ การบรรลุนิติภาวะ ดังนั้นวัยรุ่นจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นวัยที่อาจเรียกได้ว่า หัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ซึ่งต้องอาศัยการปรับตัวสูง หากทำไม่ดีก็จะส่งผลต่อช่วงวัยอื่นต่อไป

พรนภา หอมสินธุ์⁹ กล่าวว่า วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงแต่ละด้านมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วงวัยรุ่นของ แต่ละคนจะสั้นยาวไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับพัฒนาการภายในตัวของแต่ละบุคคลและสภาพแวดล้อม

พูนสุข บุญเจริญ¹⁰ ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีความต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และแสวงหาความเป็นอิสระ

ดังนั้น วัยเรียนวัยเรียนวัยรุ่นจึงหมายถึง ช่วงวัยที่มีอายุ 10-19 ปี ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว โดยมีผลต่อการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม

1.2. พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescence) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งโดยทั่วไปครอบคลุมช่วงอายุประมาณ 10-19 ปี ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก พัฒนาการในช่วงวัยนี้เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และเกิดขึ้นทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพ และการใช้ชีวิตในอนาคต เด็กหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเด็กชายประมาณ 2 ปี ทำให้ในชั้นประถมปลายและมัธยมต้นจะพบว่าวัยรุ่นหญิงจะมีร่างกายสูงใหญ่ในขณะที่วัยรุ่นชายยังดูตัวเล็ก ซึ่งวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้แบ่งพัฒนาการของวัยรุ่นเป็น 3 ช่วงอายุ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุระหว่าง 10 - 13 ปี หรือเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น
2. วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) อายุระหว่าง 14 - 16 ปี หรือเด็กมัธยมศึกษาตอนปลาย
3. วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อายุระหว่าง 17 - 19 ปี หรือวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย¹¹

พัฒนาการของวัยรุ่นสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical Development) วัยรุ่นเป็นช่วงที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านการเจริญเติบโตของโครงร่าง กล้ามเนื้อ และลักษณะทางเพศของการเปลี่ยนแปลงนี้ เกิดจากการทำงานของฮอร์โมนเพศที่เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลต่อรูปร่าง หน้าตาและพฤติกรรมทางเพศ¹²

2. พัฒนาการด้านอารมณ์ (Emotional Development) วัยรุ่นมักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและสิ่งแวดล้อม มีความพยายามค้นหาตัวตน ต้องการอิสระ และมักเกิดความขัดแย้งกับผู้ปกครองหากไม่ได้รับความเข้าใจ¹³

3. พัฒนาการด้านสังคม (Social Development) ในช่วงวัยรุ่น บุคคลจะหันมาให้ความสำคัญกับเพื่อนมากขึ้น ต้องการการยอมรับจากกลุ่ม มีการทดลองบทบาททางสังคมและพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อค้นหาความเป็นตัวของตัวเอง¹⁴

4. พัฒนาการด้านสติปัญญา (Intellectual/Cognitive Development) วัยรุ่นเริ่มมีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม วิเคราะห์เหตุผล และพิจารณาผลลัพธ์ของการกระทำของตนเอง สามารถวางแผน คิดอย่างมีเหตุผล และตั้งเป้าหมายในอนาคตได้²⁶

พัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา เป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของวัยรุ่น แต่ในยุคการสื่อสารแบบไร้พรมแดนนี้ รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ค่านิยม ร่วมกับความรู้เท่าไม่ถึงการณ์กลายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

2. พฤติกรรมสุขภาพ

2.1. ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรม หรือวิถีการดำเนินชีวิตที่บุคคลเลือกปฏิบัติซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในด้านบวก คือ ส่งเสริมสุขภาพ และด้านลบ คือ เสี่ยงต่อสุขภาพ พฤติกรรมเหล่านี้ อาจมีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรค รักษาสุขภาพ หรือฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ โดยมีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ ดังนี้

กองสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹⁵ ได้ให้ความหมายว่า การกระทำที่มีผลต่อบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าในลักษณะทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพก็ตาม เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต

กรมสุขภาพจิต¹⁶ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลเลือกทำหรือหลีกเลี่ยงเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงต่อโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย¹⁷ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลสุขภาพอนามัย และการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ

สุภาภรณ์ อ่อนเอี่ยม¹⁸ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นเป็นผลมาจากความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และสภาพแวดล้อมทางสังคม พฤติกรรมเหล่านี้อาจมีผลในระยะยาวต่อการพัฒนาสุขภาพ

นฤมล จันทะเสน¹⁹ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น การกินอาหาร ออกกำลังกาย พักผ่อน และการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ

Conner M²⁰ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลกระทำ ไม่ว่าจะมีการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองอย่างไร เพื่อปกป้อง ส่งเสริม หรือคงไว้ซึ่งสุขภาพ หรือเพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาการเกิดโรคในระยะที่ยังไม่มีอาการ

National Institutes of Health²¹ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือการปฏิบัติหรือรูปแบบการใช้ชีวิตที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด

2.2. พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือวิถีชีวิตที่บุคคลเลือกปฏิบัติซ้ำ ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งในทางบวกและทางลบ โดยครอบคลุมถึงการกิน การอยู่ การนอน การออกกำลังกาย และการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคหรืออันตรายต่อสุขภาพ^{22,23}

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย^{12,24,25,26}

1. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือสูง เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการในแต่ละวัน

2. การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือไม่น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมระบบไหลเวียนโลหิต กล้ามเนื้อ และสุขภาพจิตที่ดี

3. การนอนหลับพักผ่อนอย่างเหมาะสม วัยเรียนและวัยรุ่นควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายและสมองได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ส่งผลดีต่อสมาธิ อารมณ์ และการเรียนรู้

4. การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ การรักษาความสะอาดของร่างกายและเครื่องใช้ส่วนตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อและโรคติดต่อ

5. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และการใช้สื่อเทคโนโลยีในทางที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่น หากวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ภาวะอ้วน หรือพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในอนาคต²⁷

2.3. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการเชิงระบบหรือกิจกรรมที่มุ่งเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้มาตรการทั้งด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อม และนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา²²

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทย

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทย มีการดำเนินงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยเน้นการบูรณาการในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ผ่านแนวทางหลัก ดังนี้^{25,28,29}

1. การสร้างองค์ความรู้และทักษะชีวิต (Knowledge and Life Skills Development) ส่งเสริมให้วัยรุ่นและประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลตนเอง และการป้องกันโรค เช่น การจัดเพศศึกษา สุขศึกษา และกิจกรรมสร้างเสริมทักษะชีวิตในสถานศึกษา เพื่อให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจและเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสุขภาพ²⁸

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environment Creation) การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ตลาดอาหารปลอดภัย พื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน และสิ่งแวดล้อมปลอดภัยจากบุหรี่และแอลกอฮอล์ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง^{25,30}

3. การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) การสร้างเครือข่ายและกลุ่มประชาชนที่เข้มแข็ง เช่น ชมรมเยาวชน อสม.วัยรุ่น หรือกลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพ เพื่อร่วมกันวางแผนและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น²⁵

4. การใช้มาตรการทางสังคมและนโยบาย (Social and Policy Measures) การออกกฎหมายและมาตรการทางสังคมเพื่อปกป้องสุขภาพ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนโยบายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตสถานศึกษา รวมถึงนโยบายส่งเสริมสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in All Policies)²⁹

5. การให้บริการสุขภาพเชิงรุก (Proactive Health Services) เช่น การจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น (Adolescent Health Clinic) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและเพศศึกษาในสถานพยาบาล รวมทั้งการให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอย่างครอบคลุมทั้งมิติร่างกายและจิตใจ³¹

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทยจึงมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและสังคม โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และครอบครัว เพื่อสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระดับบุคคลและสังคม³²

3. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

3.1. ความหมายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การปฏิบัติหรือพฤติกรรมทางเพศที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพ ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections: STIs) เช่น เชงไอวี/เอดส์ หนองใน และซิฟิลิส รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาทางจิตใจ และผลกระทบทางเศรษฐกิจในระยะยาว พฤติกรรมเหล่านี้ อาจเกิดจากการขาดความรู้ ขาดทักษะการป้องกัน หรืออิทธิพลจากเพื่อนและสภาพแวดล้อม โดยมีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไว้ ดังนี้³³

พรทิพย์ วงศ์พัฒน์กิจ³⁴ ได้ให้ความหมายว่า ในบริบทวัยรุ่นไทย พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหมายถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่รู้จักมาก่อน หรือการมีเพศสัมพันธ์จากการถูกชักชวน/กดดันจากเพื่อน ซึ่งสัมพันธ์กับการขาดทักษะการปฏิเสธ

ศิริพร มณีจันทร์³⁵ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นครอบคลุมทั้งพฤติกรรมเชิงกายภาพ เช่น ไม่ใช้ถุงยาง และพฤติกรรมเชิงสถานการณ์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ในที่ไม่ปลอดภัยหรือขณะเมาสุรา

สุวิมล ว่องวาณิช²⁶ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศคือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสภาวะอายุและพัฒนาการของวัยรุ่น เช่น การทดลองทางเพศโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย หรือการมีเพศสัมพันธ์จากแรงกดดันทางสังคมและกลุ่มเพื่อน

พรนภา หอมสินธุ์²⁵ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นผลจากการขาดความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา การเลี้ยงดูที่ไม่เปิดโอกาสให้เด็กเรียนรู้เรื่องเพศอย่างเหมาะสม รวมถึงการขาดทักษะการปฏิเสธและการตัดสินใจที่ถูกต้อง

กรมอนามัย³⁸ อธิบายว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น หมายถึง การแสดงออกหรือการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความพร้อมและขาดการป้องกัน เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลหลายราย ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

องค์การอนามัยโลก³⁹ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การมีพฤติกรรมทางเพศที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การมีคู่นอนหลายคน การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย หรือการมีเพศสัมพันธ์ภายใต้อิทธิพลของสารเสพติด

Santelli JS³⁶ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการมีคู่นอนหลายคน การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย หรือการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Centers for Disease Control and Prevention³⁷ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย การมีคู่นอนหลายคน หรือการแลกเปลี่ยนเพศสัมพันธ์กับสิ่งตอบแทน

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจึงเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มโอกาสให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งอาจขาดความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม^{26,38,39}

3.2. การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งลดโอกาสการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ เช่น การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เจตคติที่ถูกต้อง และทักษะชีวิตที่เหมาะสม เพื่อให้บุคคล โดยเฉพาะวัยรุ่น มีความสามารถในการตัดสินใจและป้องกันตนเองจากความเสี่ยงทางเพศ โดยมีผู้ให้ความหมายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไว้ ดังนี้^{38,39}

องค์การอนามัยโลก³⁹ ได้ให้ความหมายว่า “การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ” คือ การดำเนินการเชิงนโยบาย การให้ความรู้ และการสร้างทักษะชีวิตที่ช่วยลดพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง เช่น การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ การเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ และการให้คำปรึกษาแก่เยาวชนในประเด็นเพศศึกษา

กรมอนามัย³⁸ อธิบายว่า การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น หมายถึง การดำเนินงานที่ช่วยให้วัยรุ่นมีความรู้เรื่องเพศศึกษา เข้าใจผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และสามารถใช้ทักษะชีวิตในการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง รวมทั้งการส่งเสริมให้เข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเหมาะสม

พรนภา หอมสินธุ์²⁵ ได้ให้ความหมายว่า การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศควรเน้นทั้งระดับบุคคล และสังคม ได้แก่ การให้ความรู้ในสถานศึกษา การสื่อสารในครอบครัวอย่างเปิดเผย และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมทางเพศอย่างรับผิดชอบ

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศคือการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะชีวิตที่จำเป็นเพื่อให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล มีความรับผิดชอบต่อเพศสัมพันธ์ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพและสังคม^{25,38,39}

แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในประเทศไทย มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศที่ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่น โดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคการศึกษา ชุมชน และครอบครัว ผ่านการให้ความรู้ ทักษะชีวิต การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์^{23,29,38}

แนวทางหลักที่ประเทศไทยดำเนินการ ได้แก่

1. การให้เพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษา (Comprehensive Sexuality Education)

1.1. บรรจุเนื้อหาเรื่องเพศศึกษาในหลักสูตร มีการบรรจุเนื้อหาเพศศึกษาในหลักสูตรการเรียนการสอนทุกระดับ เพื่อให้เยาวชนได้รับความรู้เรื่องเพศอย่างถูกต้อง ครอบคลุมด้านชีวภาพ อารมณ์ จิตใจ และสังคม⁴⁰

1.2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย และการคุมกำเนิด เน้นการสอนเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างปลอดภัย เพื่อให้วัยรุ่นตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อเพศสัมพันธ์^{33,40}

2. การพัฒนาทักษะชีวิต (Life Skills Education)

2.1. ทักษะการปฏิเสธและการตัดสินใจ ช่วยให้วัยรุ่นมีความสามารถในการปฏิเสธสถานการณ์เสี่ยง และตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเมื่อเผชิญแรงกดดันทางเพศ²⁵

2.2. การจัดการอารมณ์และความกดดันจากเพื่อน สอนให้วัยรุ่นสามารถควบคุมอารมณ์ และไม่ยอมทำพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยจากแรงจูงใจของเพื่อนหรือสื่อ²⁶

2.3. การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อเรื่องเพศ ส่งเสริมให้เยาวชนมองเรื่องเพศในเชิงคุณค่า ความรับผิดชอบ และความเท่าเทียมระหว่างเพศ²⁵

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (Adolescent-Friendly Health Services)

3.1. จัดตั้งคลินิกวัยรุ่น (Youth-friendly Clinic) ให้บริการภายในโรงพยาบาล ศูนย์อนามัย และสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้คำปรึกษาและบริการด้านเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และสุขภาพจิต^{29,31}

3.2. ให้บริการถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน และคำปรึกษาโดยบุคลากรที่เข้าใจวัยรุ่น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมด้านจิตวิทยาวัยรุ่น ให้คำแนะนำด้วยความเข้าใจ ไม่ตัดสิน และรักษาความลับ³¹

4. การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Creating Safe Environments)

4.1. โรงเรียนและชุมชนปลอดภัยเรื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด จัดให้สถานศึกษาและพื้นที่สาธารณะเป็นเขตปลอดเหล้า บุหรี่ และยาเสพติด เพื่อป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่เกิดจากการมึนเมา³²

4.2. พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเยาวชน เช่น สนามกีฬา ดนตรี และกิจกรรมจิตอาสา เพื่อให้เยาวชนใช้เวลาว่างอย่างสร้างสรรค์ ลดโอกาสการเข้าไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม^{23,32}

5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (Family and Community Involvement)

5.1. ครอบครัวควรเปิดกว้างในการพูดคุยเรื่องเพศ ผู้ปกครองควรให้ข้อมูลเรื่องเพศอย่างถูกต้องและอบอุ่น เปิดโอกาสให้วัยรุ่นซักถาม เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีและลดความเข้าใจผิด^{26,33}

5.2. ชุมชนจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อลดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์สร้างค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม และจัดโครงการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น^{23,31,32}

แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในประเทศไทยเป็นการบูรณาการระหว่างการให้ความรู้ ทักษะชีวิต การบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างวัยรุ่นที่มีความรู้ ความเข้าใจ และรับผิดชอบต่อพฤติกรรมทางเพศของตนเอง^{23,29,33,38}

4. ภาวะซึมเศร้า

4.1. ความหมายภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) ชนิดหนึ่ง ที่มีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า หดหู่ หดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยชอบ รู้สึกไร้ค่า หรือมีความคิดอยากตาย ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลโดยมีผู้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้^{23,41}

องค์การอนามัยโลก⁴³ ได้ให้ความหมายว่า “ภาวะซึมเศร้า” เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง มีลักษณะของความเศร้า ความรู้สึกผิด หรือความสิ้นหวัง ร่วมกับการสูญเสียความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ และอาจมีอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรืออ่อนเพลีย ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

กรมสุขภาพจิต⁴² ได้ให้คำจำกัดความว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีความสุข หรือรู้สึกท้อแท้ตัวเองไร้ค่า ซึ่งมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาการอาจเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ หรือสิ่งแวดล้อม

พรนภา หอมสินธุ์²⁵ อธิบายเพิ่มเติมว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมักสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ฮอร์โมน และแรงกดดันทางสังคม เช่น ความคาดหวังจากครอบครัว ปัญหาการเรียน หรือความสัมพันธ์กับเพื่อน

สุพรรณิ กาญจนรัตน์⁴⁴ ได้ให้ความหมายว่า ในวัยรุ่นภาวะซึมเศร้ามักสัมพันธ์กับประสบการณ์ด้านลบ เช่น การถูกรังแก ความรุนแรงในครอบครัว และความกดดันทางการเรียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ

ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของบุคคล หากไม่ได้รับการดูแลหรือรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ผลกระทบรุนแรง เช่น การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย^{42,43}

4.2. อาการและอาการแสดง

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล โดยมีอาการและอาการแสดงที่สามารถสังเกตได้ทั้งทางด้านอารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งอาการเหล่านี้จะต้องเกิดขึ้นต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น^{41,43}

1. อาการด้านอารมณ์ (Emotional Symptoms)⁴²

- 1.1. รู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง หรือรู้สึกท้อแท้ตลอดเวลา
- 1.2. มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิดเกินจริง หรือโทษตนเองในสิ่งที่ไม่ได้ทำ
- 1.3. เบื่อหน่าย หดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ (loss of interest or pleasure)
- 1.4. มีความวิตกกังวล หงุดหงิดง่าย หรือร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ

2. อาการด้านความคิด (Cognitive Symptoms)^{25,42}
 - 2.1. มีสมาธิลดลง คิดช้า หรือตัดสินใจลำบาก
 - 2.2. มองโลกในแง่ร้าย คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า
 - 2.3. มีความคิดอยากตาย หรือพยายามทำร้ายตนเอง
3. อาการด้านพฤติกรรม (Behavioral Symptoms)^{25,41}
 - 3.1. แยกตัวจากสังคม ไม่อยากพบปะผู้คน
 - 3.2. ไม่สนใจการดูแลสุขภาพหรือรูปลักษณ์ของตนเอง
 - 3.3. ประสิทธิภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง
 - 3.4. พฤติกรรมเสี่ยงซ้ำหรือกระสับกระส่ายผิดปกติ
4. อาการทางร่างกาย (Physical or Somatic Symptoms)^{23,43}
 - 4.1. นอนไม่หลับ หรือนอนมากผิดปกติ
 - 4.2. เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารมากเกินไป น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
 - 4.3. อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง
 - 4.4. ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย หรือมีอาการทางกายโดยไม่ทราบสาเหตุ
5. อาการเฉพาะในวัยรุ่น (Depressive Symptoms in Adolescents)^{23,25}
 - 5.1. ในวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้ามักแสดงออกแตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยอาจพบลักษณะต่อไปนี้
 - 5.2. แสดงอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หรือไม่พอใจง่าย
 - 5.3. แยกตัวจากเพื่อนหรือครอบครัว
 - 5.4. ผลการเรียนตกลง ขาดสมาธิ
 - 5.5. ใช้สื่อออนไลน์หรือเล่นเกมมากผิดปกติ
 - 5.6. มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน

ภาวะซึมเศร้ามีอาการหลากหลายและซับซ้อน ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย การสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในวัยรุ่น เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สามารถเข้ารับการดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดความรุนแรงและผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว^{23,25,41,42,43}

4.3. การคัดกรองภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการตรวจหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถามหรือเครื่องมือมาตรฐาน เพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ที่มีอาการตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมก่อนอาการรุนแรงขึ้น⁴³

องค์การอนามัยโลก⁴⁵ แนะนำให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระดับชุมชน โรงเรียน และสถานพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มประชากรที่มีความเครียดสูง เพื่อช่วยให้สามารถวางแผนการป้องกันและดูแลด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย มีการนำเครื่องมือมาตรฐานหลายชนิดมาใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ทั้งในระดับบุคคลทั่วไปและวัยรุ่น ได้แก่

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้นที่ใช้คำถาม 2 ข้อ ได้แก่⁴⁶

1.1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึก เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร หรือไม่

1.2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึก เศร้า ท้อแท้ หรือสิ้นหวัง หรือไม่

หากตอบว่า “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง จะเข้าสู่การประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบ 9Q หรือ PHQ-9 เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q หรือ PHQ-9) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีคำถาม 9 ข้อ ครอบคลุมอาการหลัก เช่น การนอนหลับ การเบื่ออาหาร ความรู้สึกไร้ค่า และความคิดอยากตาย⁴⁷

คะแนน 0-4 = ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 5-9 = ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 10-14 = ภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 15-19 = ภาวะซึมเศร้าค่อนข้างรุนแรง

คะแนน 20 ขึ้นไป = ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3. แบบประเมินสุขภาพจิตทั่วไป (General Health Questionnaire: GHQ-12) ใช้ประเมินสุขภาพจิตในภาพรวม รวมถึงอาการซึมเศร้า ความเครียด และการปรับตัวทางอารมณ์ โดยนิยมใช้ในระดับชุมชนหรือสถานศึกษา เพื่อคัดกรองกลุ่มที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตเพิ่มเติม⁴⁸

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D หรือ CDI) ในกลุ่มวัยรุ่น มักใช้แบบประเมิน CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) หรือ CDI (Children's Depression Inventory) ซึ่งออกแบบให้เหมาะกับช่วงวัย โดยใช้คำถามที่สอดคล้องกับพฤติกรรมทางอารมณ์ของวัยรุ่น เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มั่นใจ หรือหมดความสนใจในกิจกรรม^{49,50}

ขั้นตอนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต^{42,46}

1. คัดกรองเบื้องต้น ด้วยแบบสอบถาม 2Q ในกลุ่มประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเป้าหมาย เช่น นักเรียน นักศึกษา

2. ประเมินเพิ่มเติม หากผล 2Q เป็นบวก ให้ทำแบบประเมิน 9Q หรือ PHQ-9 เพื่อวัดระดับความรุนแรง

3. ให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือนักจิตวิทยา

4. ส่งต่อผู้ที่มีคะแนนสูงหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไปยังแพทย์หรือนักจิตแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการสำคัญในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรืออาการซึมเศร้าในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งการตรวจพบตั้งแต่เนิ่น ๆ จะช่วยให้สามารถเข้ารับการดูแลและป้องกันการเกิดผลกระทบรุนแรงทางจิตใจและพฤติกรรมได้^{42,45-50}

4.4 การรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการดูแล ฟันฟู และบำบัดผู้ที่มีอาการซึมเศร้า เพื่อช่วยให้อาการทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมกลับมามีอยู่ในภาวะสมดุล สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยแนวทางการรักษามีทั้งด้านจิตใจ สังคม และการใช้ยา ทั้งนี้การรักษาควรดำเนินไปภายใต้การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลสุขภาพจิต^{42,43}

1. การรักษาด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นแนวทางสำคัญในการรักษาภาวะซึมเศร้าทั้งในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา ฝึกจัดการกับอารมณ์และความคิดเชิงลบ รวมทั้งพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน

ประเภทของจิตบำบัดที่ใช้บ่อย ได้แก่^{42,43}

1. การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงรูปแบบความคิดด้านลบและเปลี่ยนเป็นแนวคิดเชิงบวกมากขึ้น

2. การบำบัดระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy: IPT) เน้นการปรับตัวต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่นและลดความขัดแย้งทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3. การบำบัดแบบครอบครัวหรือกลุ่ม (Family/Group Therapy) ใช้ในกรณีวัยรุ่นหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อสร้างการสนับสนุนทางอารมณ์

2. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) ใช้ในกรณีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือเมื่อการรักษาด้วยจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่ได้ผล โดยแพทย์จะเป็นผู้ประเมินและจ่ายยาอย่างเหมาะสม^{43,51}

กลุ่มยาด้านเศร้าที่ใช้บ่อย ได้แก่^{51,52}

1. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) เช่น fluoxetine, sertraline, citalopram

2. Serotonin–Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) เช่น venlafaxine, duloxetine

3. Tricyclic Antidepressants (TCAs) เช่น amitriptyline (ใช้ในกรณีเฉพาะ)
ยากลุ่ม SSRIs เป็นยาที่นิยมใช้ในประเทศไทย เนื่องจากมีผลข้างเคียงน้อยและเหมาะสมสำหรับวัยรุ่น

3. การรักษาหลายวิธี (Combination Therapy) ในหลายกรณี การรักษาภาวะซึมเศร้าให้ได้ผลดี มักต้องใช้การบำบัดร่วมกัน เช่น จิตบำบัดร่วมกับการใช้ยา โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรง หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง^{52,53}

4. การรักษาด้วยการกระตุ้นสมอง (Brain Stimulation Therapies) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจพิจารณาการรักษาด้วยวิธีการกระตุ้นสมอง เช่น^{53,54}

1. Electroconvulsive Therapy (ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในกรณีซึมเศร้ารุนแรงหรือมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

2. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) การกระตุ้นสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กเพื่อปรับสมดุลสารสื่อประสาทในสมอง

5. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychosocial Support) เป็นส่วนสำคัญของการรักษา โดยเฉพาะในวัยรุ่นและผู้ที่อยู่ในสภาวะเครียด^{41,42}

1. การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

2. การจัดกิจกรรมทางสังคมและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

3. การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์และการผ่อนคลาย

6. การดูแลภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Adolescent Depression Management)

กรมสุขภาพจิต⁴² แนะนำให้โรงเรียนและสถานพยาบาลจัดระบบดูแลวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าโดยใช้แนวทาง 3 ระดับ คือ

1. ระดับป้องกัน (Prevention): ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและจัดกิจกรรมเสริมพลังทางอารมณ์

2. ระดับคัดกรองและดูแลเบื้องต้น (Early Detection): ใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q เพื่อตรวจหาอาการ

3. ระดับส่งต่อรักษา (Referral): ส่งต่อผู้มีอาการรุนแรงให้แพทย์หรือจิตแพทย์ทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธีและควรเลือกให้เหมาะสมกับความรุนแรงของอาการและลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านจิตใจ สังคม และชีวภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่ดีอีกครั้ง^{42,43,51-54}

5. การกระทำรุนแรง

5.1. ความหมายการกระทำรุนแรง

การกระทำรุนแรง หมายถึง การใช้กำลังทางร่างกาย อำนาจ หรืออิทธิพลต่อบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคล โดยมีเจตนาให้เกิด หรือมีโอกาที่จะเกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ ชีวิต หรือทรัพย์สินของผู้อื่น รวมทั้งการกระทำรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรมดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่การทำร้ายทางกาย การใช้วาจารุนแรง การทำร้ายทางจิตใจ ไปจนถึงความรุนแรงทางเพศโดยมีผู้ให้ความหมายการกระทำรุนแรงไว้ ดังนี้⁵⁵

องค์การอนามัยโลก⁵⁶ ให้ความหมายว่า ความรุนแรง หมายถึง การใช้กำลังทางกายหรืออำนาจ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจริงหรือข่มขู่ใช้ ต่อบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิต ความเสียหายทางจิตใจ การพัฒนา และการสูญเสียสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์

กรมสุขภาพจิต⁵⁷ การกระทำรุนแรง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลใช้เพื่อควบคุม ช่มชู้ หรือทำร้ายผู้อื่น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจเกิดในบริบทของครอบครัว โรงเรียน หรือสังคม โดยมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต และพฤติกรรมของผู้ถูกรกระทำ

พรนภา หอมสินธุ์⁶² กล่าวเพิ่มเติมว่า การกระทำรุนแรงเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนการจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และสังคม การขาดทักษะในการควบคุมตนเองอาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงต่อผู้อื่นได้

สมชาย ศรีวัฒน์⁵⁸ ได้ให้ความหมายว่า ในบริบทประเทศไทย การกระทำรุนแรง หมายถึงการกระทำใดๆ ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือความเสียหายต่อบุคคลหรือทรัพย์สิน ทั้งทางร่างกาย วาจา จิตใจ และเพศ ซึ่งอาจเกิดในครอบครัว โรงเรียน หรือสังคม

จิตติมา บุญมาก⁵⁹ ได้ให้ความหมายว่า การกระทำรุนแรงในวัยรุ่น หมายถึงการใช้กำลังหรือการคุกคามทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อสร้างอำนาจหรือควบคุมผู้อื่น อาจรวมถึงการรังแก การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ และการกดดันทางจิตใจ

จากแนวคิดข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การกระทำรุนแรง คือการใช้กำลังหรืออำนาจในรูปแบบต่าง ๆ ต่อบุคคลอื่นหรือแม้แต่ตนเอง โดยมีเจตนาหรือผลลัพธ์ให้เกิดอันตรายทั้งทางกายและจิตใจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของบุคคลและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง

55,56,57,62

5.2. ประเภทของการกระทำรุนแรง

องค์การอนามัยโลก⁵⁵ ได้แบ่งประเภทของความรุนแรงออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ตามลักษณะของผู้กระทำและผู้ถูกรกระทำ ได้แก่ ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed violence), ความรุนแรงระหว่างบุคคล (Interpersonal violence) และ ความรุนแรงในสังคม (Collective violence) ซึ่งแต่ละประเภทสามารถแยกย่อยได้ตามลักษณะของการกระทำ ดังนี้

1. ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed Violence) เป็นการกระทำที่บุคคลใช้ความรุนแรงต่อตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากภาวะทางอารมณ์ ความเครียด หรือปัญหาทางจิตใจ เช่น⁶⁰

1.1. การทำร้ายตนเอง (Self-harm): การทำร้ายร่างกายโดยเจตนา เช่น กรีดข้อมือ ทำร้ายผิวหนังของตนเอง

1.2. การพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior): การคิด วางแผน หรือกระทำการเพื่อยุติชีวิตตนเอง ความรุนแรงประเภทนี้มักสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือการถูกรกระทำรุนแรงมาก่อน

2. ความรุนแรงระหว่างบุคคล (Interpersonal Violence) หมายถึง ความรุนแรงที่บุคคลหนึ่งกระทำต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่^{55,57}

2.1. ความรุนแรงในครอบครัว (Family or Intimate Partner Violence) เช่น การทำร้ายร่างกาย คู่สมรสหรือบุตร การใช้คำพูดก้าวร้าว การช่มชู้ หรือการล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว

2.2. ความรุนแรงในชุมชน (Community Violence) เช่น การทะเลาะวิวาทระหว่างเพื่อน การกลั่นแกล้ง (Bullying) การทำร้ายร่างกายในโรงเรียน การใช้ความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่น

3. ความรุนแรงในสังคม (Collective Violence) เป็นความรุนแรงที่เกิดจาก กลุ่มบุคคลต่อกัน บุคคลอื่น โดยมีแรงจูงใจทางสังคม การเมือง หรือเศรษฐกิจ เช่น^{55,62}

3.1. ความรุนแรงทางสังคมและการเมือง: การก่อจลาจล การก่อการร้าย หรือความขัดแย้งระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์

3.2. ความรุนแรงทางเศรษฐกิจ: การเอาเปรียบ การกดขี่ หรือการละเมิดสิทธิแรงงาน

3.3. ความรุนแรงทางวัฒนธรรม: การใช้สื่อหรือค่านิยมที่ส่งเสริมการใช้กำลังหรือความรุนแรง

4. ประเภทตามลักษณะของการกระทำ (Forms of Violence) นอกจากการจำแนกตามผู้กระทำ แล้ว ความรุนแรงยังสามารถจำแนกตาม “ลักษณะของการกระทำ” ได้อีกด้วย^{61,62}

4.1. ความรุนแรงทางร่างกาย (Physical Violence): การทำร้ายร่างกาย เช่น ตบ ตะ แล้ง หรือใช้วัตถุเป็นอาวุธ

4.2. ความรุนแรงทางวาจา (Verbal Violence): การด่าทอ ข่มขู่ เหยียดหยาม หรือพูดทำร้ายจิตใจ

4.3. ความรุนแรงทางจิตใจ (Psychological/Emotional Violence): การควบคุม บังคับ หรือทำให้ผู้อื่นรู้สึกด้อยค่า

4.4. ความรุนแรงทางเพศ (Sexual Violence): การล่วงละเมิดทางเพศ การข่มขืน หรือการบังคับให้มีเพศสัมพันธ์

4.5. ความรุนแรงทางสื่อหรือเทคโนโลยี (Cyber Violence): การกลั่นแกล้งทางออนไลน์ การเผยแพร่ข้อมูลส่วนตัวหรือรูปภาพโดยไม่ได้รับอนุญาต

การกระทำรุนแรงสามารถเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ทั้งทางร่างกาย วาจา จิตใจ และเพศ โดยอาจเกิดจากบุคคลต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือในระดับสังคม ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ถูกรกระทำ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม^{55,57,60,61,62}

5.3. แนวทางการป้องกันการกระทำรุนแรง

การป้องกันความรุนแรงเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และนโยบายของรัฐ เพื่อสร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งและยั่งยืน โดยองค์การอนามัยโลก⁵⁵ และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC)⁶⁰ ได้เสนอแนวทางการป้องกันควรดำเนินการแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังนั้นแนวทางการป้องกันความรุนแรงในวัยรุ่น ควรดำเนินการในหลายระดับ ดังนี้

1. ระดับบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Level)^{55,57}

1.1. ส่งเสริมทักษะชีวิต การจัดการอารมณ์ และการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์

จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องทักษะชีวิต (Life Skills) เช่น การควบคุมอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การสื่อสารเชิงบวก และการแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ความรุนแรง

ฝึกทักษะการปฏิเสธ การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และการจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management) เพื่อให้วัยรุ่นสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่ตึงเครียด

1.2. ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การสื่อสารอย่างเข้าใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

จัดอบรมผู้ปกครองเรื่องการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting) และการสื่อสารภายในครอบครัวอย่างเปิดเผย

ส่งเสริมให้ครอบครัวมีเวลาอยู่ร่วมกัน ทำกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ เพื่อสร้างความผูกพันและลดความขัดแย้ง

2. ระดับสถานศึกษาและชุมชน (School and Community Level)^{57,63,64}

2.1. จัดกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิ ความเท่าเทียม และการเคารพซึ่งกันและกัน

จัดอบรมและรณรงค์ในโรงเรียนเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียมทางเพศ และการยอมรับความแตกต่าง

สร้างวัฒนธรรมโรงเรียนที่ปลอดความรุนแรง (Zero Violence Policy) และส่งเสริมค่านิยมการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ

2.2. พัฒนากลไกการเฝ้าระวัง เช่น ครูที่ปรึกษา เพื่อนช่วยเพื่อน และเครือข่ายชุมชน

สร้างระบบ “ครูที่ปรึกษา” หรือ “เพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อคอยเฝ้าระวัง ป้องกัน และให้คำปรึกษาเบื้องต้น

จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน เช่น กลุ่มเยาวชน อสม.วัยรุ่น หรืออาสาสมัครสังคม เพื่อรายงานเหตุความรุนแรงและช่วยเหลือได้ทันที

3. ระดับบริการและนโยบายสาธารณะ (Service and Policy Level)^{61,63,64,65}

3.1. พัฒนาระบบคัดกรอง ให้คำปรึกษา และส่งต่อผู้ประสบความรุนแรงอย่างปลอดภัย

จัดบริการสุขภาพจิตและคลินิกวัยรุ่น (Youth-friendly Clinic) ในสถานพยาบาล เพื่อคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือประสบความรุนแรง

จัดทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ทำงานร่วมกันเพื่อดูแลแบบองค์รวม

3.2. สนับสนุนกฎหมายและมาตรการป้องกัน

ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550

จัดนโยบาย “โรงเรียนปลอดความรุนแรง” และ “ชุมชนปลอดภัย” เพื่อคุ้มครองสิทธิของเด็กและเยาวชน

3.3. จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือหรือสายด่วนเพื่อเข้าถึงความช่วยเหลือได้ง่าย

สนับสนุนศูนย์ช่วยเหลือสังคม (One Stop Crisis Center: OSCC) และสายด่วน 1300 เพื่อให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ให้การคุ้มครองผู้ถูกระทำอย่างปลอดภัย พร้อมบริการด้านกฎหมายและสุขภาพจิต

การป้องกันความรุนแรงในวัยรุ่นจำเป็นต้องดำเนินการในหลายระดับอย่างบูรณาการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นกุญแจสำคัญในการลดอัตราความรุนแรงในวัยรุ่นและพัฒนาเยาวชนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ^{55,57,61,63,64,65}

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทักษิภา ชัชรรัตน์⁶⁶ ได้สำรวจพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 364 คน อายุระหว่าง 13–19 ปี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.4 มีอายุระหว่าง 16–19 ปี ร้อยละ 79.4 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 63.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.4 และได้รับรายได้จากผู้ปกครองเฉลี่ยวันละ 50–100 บาท ร้อยละ 60.4 พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 58.5 พฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับควรปรับปรุง คิดเป็น ร้อยละ 47.8 พฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 62.8 สรุปได้ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นยังขาดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกาย ขณะที่การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างดี แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทครอบครัว โรงเรียน และชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม

ศิวานิตย์ ทองคำดี⁶⁷ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 จำนวน 713 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิง ร้อยละ 51.2 เพศชาย ร้อยละ 48.8 ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 32.5 ประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 31.6 ประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 35.9 บิดาประกอบอาชีพร้านจ้าง/พนักงานบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 75.3 มารดาประกอบอาชีพร้านจ้าง/พนักงานบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 55.0 บิดามารดาทะเลาะกันบางครั้ง ร้อยละ 76.2 นักเรียนปรึกษาบุคคลในครอบครัวบางครั้ง ร้อยละ 48.0 นักเรียนเคยมีแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 59.9 ระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ระดับต่ำ ร้อยละ 98.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.4 ระดับสูง ร้อยละ 0.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เพศชาย มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ($p < 0.001$) ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด ($p < 0.001$) บิดามารดาทะเลาะทุกวัน มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงสุด (ร้อยละประมาณ 0.41 คะแนนเฉลี่ย, $p < 0.05$) นักเรียนที่ไม่ปรึกษาครอบครัว มีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด (ร้อยละประมาณ 0.37 คะแนนเฉลี่ย, $p < 0.001$) การไปร้านเกมส์/คาราโอเกะ/ที่ลับ

ตาคนหลังเลิกเรียนเป็นประจำ มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงสุด (ร้อยละประมาณ 1.91 คะแนนเฉลี่ย, $p < 0.001$) การนัดพบแฟนหรือเพื่อนต่างเพศตามลำพังในที่ลับตาเป็นประจำ มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงสุด (ร้อยละประมาณ 1.85 คะแนนเฉลี่ย, $p < 0.001$) นักเรียนที่เคยดูหรือเห็นภาพโป๊ มีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด (ร้อยละประมาณ 0.56 คะแนนเฉลี่ย, $p < 0.001$) ผู้ปกครองไม่สนใจหรือไม่มีเวลาให้ลูก มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (ร้อยละประมาณ 0.33 คะแนนเฉลี่ย, $p = 0.016$) นักเรียนที่เคยมีแฟนหรือคนรัก มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า (ร้อยละประมาณ 0.25 คะแนนเฉลี่ย, $p < 0.001$) สรุปได้ว่านักเรียนระดับประถมศึกษาช่วงชั้นที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับต่ำ (ร้อยละ 98.9) แต่พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ เพศชาย ระดับชั้นเรียนที่สูงขึ้น การไม่ปรึกษาครอบครัว การเข้าใกล้สื่อทางเพศ และการมีแฟนตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งล้วนสัมพันธ์กับแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นายเนติ ภูประสม⁴ ได้สำรวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียน ในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนไทยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ควรได้รับการส่งเสริมในหลายด้าน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ: พบว่านักเรียน ร้อยละ 19.1 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 6.8 มีภาวะอ้วน ขณะที่นักเรียนเพียง ร้อยละ 18.2 รับประทานผลไม้วันละ 2 ครั้งขึ้นไป และร้อยละ 15.7 รับประทานผักเป็นประจำ สุขอนามัยส่วนบุคคล: นักเรียนส่วนใหญ่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำมากกว่า ร้อยละ 70.0 แต่ยังมีนักเรียน ร้อยละ 35.0 ที่แปรงฟันไม่ครบ 2 ครั้งต่อวัน สุขภาพจิต: นักเรียนที่รู้สึกเศร้าจนไม่อยากทำกิจกรรมมี ร้อยละ 32.5, และมีนักเรียนที่เคยคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15.1 ทั้งนี้มีเพียง ร้อยละ 46.1 ที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 51.7 ที่ได้รับการสอนเรื่องการจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และดื่มสุรา: นักเรียนที่เคยสูบบุหรี่มี ร้อยละ 14.2 และผู้ที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี ร้อยละ 27.4 ส่วนผู้ที่เคยใช้สารเสพติดมีประมาณ ร้อยละ 2.8 พฤติกรรมทางเพศ: นักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมี ร้อยละ 10.5 โดยเพียง ร้อยละ 48.0 ที่ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกัน กิจกรรมทางกาย: นักเรียนที่ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายตามเกณฑ์วันละ 60 นาที มีเพียง ร้อยละ 23.7 ขณะที่นักเรียนที่มีกิจกรรมน้อยนิ่ง เช่น เล่นโทรศัพท์หรือเกมเกิน 3 ชั่วโมงต่อวัน มีสูงถึง ร้อยละ 63.7 พฤติกรรมการป้องกันโรค (ช่วงโควิด-19): นักเรียนส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ร้อยละ 97.5 และล้างมือบ่อยขึ้น ร้อยละ 92.8 สรุปได้ว่านักเรียนไทยยังคงมีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และสุขภาพจิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องผ่านโรงเรียนและครอบครัว เพื่อพัฒนาให้เยาวชนมีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง

ธนภรณ์ อินทร์โสม⁵ ได้สำรวจภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 อายุ 10 - 19 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 397 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.2 อายุ 10-14 ปี ร้อยละ 53.9 กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3 ร้อยละ 88.7 ภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 69.3 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 65.2 อ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 14.4 ผอม ร้อยละ 3.9 เตี้ย ร้อยละ 1.8 พฤติกรรมการบริโภคอาหารรับประทานผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 32.7 รับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 44.0 รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดทุกวัน ร้อยละ 4.5

ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ร้อยละ 29.6 ดื่มนมทุกวัน ร้อยละ 46.1 มีกิจกรรมทางกาย 60 นาทีทุกวัน ร้อยละ 12.9 แปร่งฟัน ≥ 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 89.7 การนอนหลับไม่เพียงพอ ร้อยละ 86.1 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.1 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ ≤ 14 ปี ร้อยละ 56.3 ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำ ร้อยละ 50.0 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 72.5 สูบครั้งแรกอายุ ≤ 15 ปี ร้อยละ 81.5 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 47.9 ดื่มครั้งแรกอายุ ≤ 15 ปี ร้อยละ 89.7 เคยมีความคิดจริงจังในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 23.7 เคยวางแผนฆ่าตัวตาย ร้อยละ 18.4 เคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 19.3 สรุปได้ว่าเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 6 ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์สมส่วน แต่พบปัญหาทั้งด้าน ภาวะอ้วน การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ การนอนหลับไม่พอ การมีกิจกรรมทางกายน้อย และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสารเสพติด ที่สำคัญคือพบปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับน่ากังวล โดยมีนักเรียนจำนวนหนึ่งที่เคยคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย

รัตน มาชะสวัสดิ์⁶⁸ ได้สำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 อายุระหว่าง 17–18 ปี ร้อยละ 70.0 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4–5 ร้อยละ 65.0 ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0, ระดับน้อย ร้อยละ 35.0, และรุนแรงเพียง ร้อยละ 2.5 นักเรียนมี ความเครียดในการเรียนระดับมากถึงร้อยละ 70.0 มีสัมพันธภาพกับเพื่อนระดับมาก ร้อยละ 40.0 และมีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับมาก ร้อยละ 35.0 สรุปได้ว่านักเรียนที่มีความเครียดสูงจะมีแนวโน้มภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ขณะที่ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนที่ดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง

ศรัญญา อธิตะ⁶⁹ ได้สำรวจพฤติกรรมความรุนแรงของนักเรียนวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้จากวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 5 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา จากโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 เพศหญิง ร้อยละ 20.0 อายุระหว่าง 15–18 ปี ทุกคนอาศัยอยู่กับบิดามารดา แต่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับ “ไม่แน่นแฟ้น” และมีการทะเลาะหรือใช้ความรุนแรงในครอบครัวอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 60.0) พฤติกรรมความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่าง แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา เช่น ด่าทอหรือพูดหยาบคาย ร้อยละ 100.0 มีการใช้กำลังทางร่างกาย เช่น ผลัก ตบ ต่อย หรือทำร้ายเพื่อน ร้อยละ 80.0 มีพฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน เช่น ขว้างปาสิ่งของ ร้อยละ 60.0 มีการข่มขู่ผู้อื่นหรือใช้อำนาจเหนือเพื่อนร่วมชั้น ร้อยละ 40.0 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรง มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขาดการควบคุมอารมณ์ ร้อยละ 100.0 มีประสบการณ์ถูกทำร้ายหรือถูกรังแกในอดีต ร้อยละ 60.0 มีทักษะการจัดการอารมณ์ต่ำ ร้อยละ 80.0 เติบโตในครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรงเป็นประจำ ร้อยละ 80.0 ขาดการสื่อสารและการดูแลจากผู้ปกครอง ร้อยละ 60.0 ถูกลงโทษทางกายตั้งแต่วัยเด็ก ร้อยละ 40.0 มีเพื่อนกลุ่มเสี่ยงหรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ยอมรับความรุนแรง ร้อยละ 60.0 ได้รับอิทธิพลจากสื่อรุนแรง เช่น เกม ภาพยนตร์ หรือโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 80.0 สรุปได้ว่านักเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมความรุนแรงมักเกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมภายในครอบครัวและได้รับอิทธิพลจากเพื่อนและสื่อรุนแรงการให้คำปรึกษา การดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวและการสร้างทักษะชีวิตในโรงเรียน สามารถช่วยลดพฤติกรรมความรุนแรงในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย เพื่อคัดกรองและประเมินสถานะสุขภาพวัยรุ่นอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้กำหนดให้ “พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น” เป็นปัจจัยหลักที่สะท้อนถึงสุขภาพทางกาย จิต และสังคม ซึ่งครอบคลุมด้านโภชนาการ สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และสุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับ “พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ” “ภาวะซึมเศร้า” และ “การกระทำความรุนแรง” ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในกลุ่มวัยรุ่น

นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และสภาพครอบครัว อาจมีอิทธิพลต่อรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นด้วยเช่นกัน

การศึกษานี้จึงมุ่งสำรวจลักษณะทั่วไปของวัยรุ่น อายุ 10–19 ปี ในจังหวัดชลบุรี จันทบุรี สระแก้ว และฉะเชิงเทรา เพื่อสะท้อนสถานการณ์สุขภาพวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 6 ข้อมูลที่ได้จากแบบคัดกรองของกรมอนามัย จะใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนและขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ วัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปี จำนวน 425,022 คน ปี 2567 อ้างอิงจากประชากรทะเบียนราษฎรในเขตสุขภาพที่ 6

1.1. เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

1.1.1 วัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปี

1.1.2 มีสัญชาติไทย

1.1.3 สามารถอ่าน และเขียนหนังสือได้

1.1.4 กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมทำการวิจัย และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

1.1.5 กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตที่มีผลต่อการให้ข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการจากผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกข้างต้น จำนวน 5,539 คน โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามคัดกรองสุขภาพวัยรุ่นของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

1.2. เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1.2.1 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ

1.2.2 กลุ่มตัวอย่างไม่มาโรงเรียนในวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3. เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เต็มใจ และไม่ยินยอมตอบคำถาม ผู้วิจัยยินดีให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาในจังหวัดชลบุรี จันทบุรี สระแก้ว และฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอ้างอิงจากแบบคัดกรองสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรง ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย รายละเอียดดังนี้

ชนิดของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบปิดและแบบเปิด ถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวน 3 ข้อ

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นคำถามแบบปิดและแบบเปิด ถามเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพร่างกาย การตรวจภาวะซีสต์ การตรวจสายตา การตรวจการได้ยิน การพบจิตแพทย์ จำนวน 5 ข้อ

3. การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ ไม่เคย น้อยมาก บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ ถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการ สุขภาพฟัน กิจกรรมทางกาย การนอน สารเสพติด และสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ไม่เคย	1	5
น้อยมาก	2	4
บางครั้ง	3	3
บ่อยครั้ง	4	2
เป็นประจำ	5	1

การแปลผล

เสี่ยง	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60
ค่อนข้างเสี่ยง	ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79
ไม่เสี่ยง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

4. การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรง เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 19 ข้อ

เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ	ข้อคำถามด้านลบที่รุนแรงมาก
ใช่	2	1	0
ไม่ใช่	1	2	2

การแปลผล

เสี่ยง	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60
ค่อนข้างเสี่ยง	ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79
ไม่เสี่ยง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลวัยรุ่นในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 4 จังหวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมคณะทำงานวิจัยเพื่อวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แบบสอบถาม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดวัน และวางแผนการเก็บข้อมูลในแต่ละจังหวัด
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหนังสือขออนุญาต ประสานงานกับโรงเรียน ในการเตรียมสถานที่เก็บข้อมูล และเตรียมกลุ่มตัวอย่าง
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ผ่าน Google Form ตามขั้นตอนที่กำหนด ลงสถานที่เก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รับรองความลับของข้อมูล ให้ผู้ตอบยินยอมก่อนตอบ (Informed consent)
5. ทีมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าทางสถิติโดยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม
2. กำหนดตัวแปรข้อคำถามและรหัสข้อคำตอบของทุกข้อ และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลด้านสุขภาพ การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ และการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผ่านการพิจารณารับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 732 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยได้มีการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้จะได้รับรู้ถึงสิทธิต่าง ๆ คือ สิทธิในการออกจากการศึกษา ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ ในการเผยแพร่ข้อมูลและผลการศึกษาจะนำเสนอในทางวิชาการและไม่เปิดเผยชื่อ ประวัติต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ข้อมูลด้านสุขภาพ
3. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ
4. ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรง
5. ผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรง

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,539 คน ส่วนใหญ่อายุ 15 - 19 ปี จำนวน 3,904 คน (ร้อยละ 70.5) เพศหญิง จำนวน 3,694 คน (ร้อยละ 66.7) และศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1,967 คน (ร้อยละ 35.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
1. อายุ		
10 - 14 ปี	1,635	29.5
15 - 19 ปี	3,904	70.5
$\bar{X}$ = 15.25 , SD. = 1.572 , Min = 11 , Max = 19		
2. เพศ		
ชาย	1,827	33.0
หญิง	3,694	66.7
อื่นๆ	18	0.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1,967	35.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1,431	25.8
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1,939	35.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	200	3.6
อื่นๆ	2	0.1

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพ จำนวน 4,212 คน (ร้อยละ 76.0) ไม่เคยตรวจภาวะซีด จำนวน 4,558 คน (ร้อยละ 82.3) คนที่เคยตรวจมีภาวะซีด จำนวน 569 คน (ร้อยละ 58.0) เคยตรวจสายตา จำนวน 3,378 คน (ร้อยละ 60.9) คนที่เคยตรวจสายตา สายตาปกติ จำนวน 2,091 คน (ร้อยละ 61.9) หูได้ยินเสียงทั้ง 2 ข้าง จำนวน 4,565 คน (ร้อยละ 82.4) และไม่เคยพบจิตแพทย์เพื่อปรึกษาหรือรักษาด้านสุขภาพจิต จำนวน 4,822 คน (ร้อยละ 87.1) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตหรือไม่		
ไม่เคย	4,212	76.0
เคย	1,327	24.0
2. การตรวจเลือดเพื่อหาภาวะซีด		
ไม่เคย	4,558	82.3
เคย	981	17.7
มีภาวะซีด	569	58.0
ไม่มีภาวะซีด	412	42.0
3. การตรวจสายตาด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง		
ไม่เคย	2,161	39.1
เคย	3,378	60.9
ปกติ	2,091	61.9
ผิดปกติ	1,287	38.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
4. เมื่อใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ถูกันเบาๆ ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว ฟังว่าได้ยินเสียงถู่		
ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง	768	13.9
ไม่ได้ยินข้างใดข้างหนึ่ง	206	3.7
ได้ยินทั้ง 2 ข้าง	4,565	82.4
5. การพบจิตแพทย์เพื่อปรึกษาหรือรักษาอาการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต		
ไม่เคย	4,822	87.1
เคย	717	12.9

3. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กินผักและผลไม้ เป็นบางครั้ง จำนวน 2,862 คน (ร้อยละ 51.7) กินอาหารมื้อเช้า เป็นบางครั้ง จำนวน 1,909 คน (ร้อยละ 34.5) ดื่มนมรสจืด หรือโยเกิร์ตรสจืด น้อยมาก จำนวน 1,944 คน (ร้อยละ 35.1) กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน เป็นประจำ จำนวน 1,948 คน (ร้อยละ 35.2) แปร่งฟัน 2-2-2 เป็นประจำ จำนวน 2,869 คน (ร้อยละ 51.8) ไม่เคยพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก จำนวน 3,170 คน (ร้อยละ 57.2) ออกกำลังกายเล็กน้อย จำนวน 2,479 คน (ร้อยละ 44.8) นั่งติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง เป็นบางครั้ง จำนวน 2,495 คน (ร้อยละ 45.0) นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นบางครั้ง จำนวน 2,700 คน (ร้อยละ 48.7) เข้านอนก่อน 4 ทุ่ม น้อยมาก จำนวน 2,383 คน (ร้อยละ 43.0) ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 3,657 คน (ร้อยละ 66.0) ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 3,525 คน (ร้อยละ 63.6) ไม่เคยใช้สารเสพติด จำนวน 5,387 คน (ร้อยละ 97.3) เมื่อมีปัญหาสามารถทำใจยอมรับและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้บางครั้ง จำนวน 2,690 คน (ร้อยละ 48.6) และรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมาก จำนวน 2,162 คน (ร้อยละ 39.0) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
1. กินผักและผลไม้		
ไม่เคย	32	0.6
น้อยมาก	406	7.3
เป็นบางครั้ง	2,862	51.7
บ่อยครั้ง	1,364	24.6
เป็นประจำ	875	15.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
2. กินอาหารมื้อเช้า ที่ประกอบไปด้วยอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม		
ไม่เคย	296	5.3
น้อยมาก	846	15.3
เป็นบางครั้ง	1,909	34.5
บ่อยครั้ง	1,782	32.2
เป็นประจำ	706	12.7
3. ดื่มนมรสจืด หรือโยเกิร์ตรสจืด		
ไม่เคย	255	4.6
น้อยมาก	1,944	35.1
เป็นบางครั้ง	1,736	31.3
บ่อยครั้ง	1,238	22.4
เป็นประจำ	366	6.6
4. กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน		
ไม่เคย	247	4.5
น้อยมาก	985	17.8
เป็นบางครั้ง	1,471	26.6
บ่อยครั้ง	888	16.0
เป็นประจำ	1,948	35.2
5. แปร่งฟัน 2-2-2		
ไม่เคย	88	1.6
น้อยมาก	299	5.4
เป็นบางครั้ง	978	17.7
บ่อยครั้ง	1,305	23.6
เป็นประจำ	2,869	51.8
6. พบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก		
ไม่เคยตรวจ	3,170	57.2
ทุก 3 ปี	604	10.9
ทุก 2 ปี	390	7.0
ทุก 1 ปี	955	17.2
ทุก 6 เดือน	420	7.6

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
7. ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายที่รู้สึกเหนื่อย หรือหอบ อย่างน้อยวันละ 60 นาที		
ไม่เคย	663	12.0
น้อยมาก	2,479	44.8
เป็นบางครั้ง	1,282	23.1
บ่อยครั้ง	569	10.3
เป็นประจำ	546	9.9
8. นั่งติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงโดยไม่เคลื่อนไหว		
ไม่เคย	804	14.5
น้อยมาก	1,290	23.3
เป็นบางครั้ง	2,495	45.0
บ่อยครั้ง	666	12.0
เป็นประจำ	284	5.1
9. นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยคืนละ 8 – 10 ชั่วโมง		
ไม่เคย	178	3.2
น้อยมาก	966	17.4
เป็นบางครั้ง	2,700	48.7
บ่อยครั้ง	1,047	18.9
เป็นประจำ	648	11.7
10. เข้านอนก่อน 4 ทุ่ม และสามารถหลับได้อย่างเพียงพออย่างน้อยคืนละ 8- 10 ชั่วโมง		
ไม่เคย	517	9.3
น้อยมาก	2,383	43.0
เป็นบางครั้ง	1,356	24.5
บ่อยครั้ง	806	14.6
เป็นประจำ	477	8.6
11. สูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ทำให้สูดควันบุหรี่		
ไม่เคย	3,657	66.0
น้อยมาก	801	14.5
เป็นบางครั้ง	616	11.1
บ่อยครั้ง	281	5.1
เป็นประจำ	184	3.3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
12. ตี๋มเครื่องตี๋มตี๋มีแอลกอฮอล์ (เช่น เหล้า เปียร์ ไวน์)		
ไม่เคย	3,525	63.6
น้อยมาก	1,048	18.9
เป็นบางครั้ง	741	13.4
บ่อยครั้ง	162	2.9
เป็นประจำ	63	1.1
13. ใช้สารเสพติดอื่น ๆ เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ยาเค เป็นต้น		
ไม่เคย	5,387	97.3
น้อยมาก	78	1.4
เป็นบางครั้ง	43	0.8
บ่อยครั้ง	21	0.4
เป็นประจำ	10	0.2
14. เมื่อมีปัญหาฉันสามารถทำใจยอมรับและหาวิธีแก้ปัญหาด่าง ๆ ได้		
ไม่เคย	295	5.3
น้อยครั้ง	366	6.6
บางครั้ง	2,690	48.6
บ่อยครั้ง	1,459	26.3
ทุกครั้ง	729	13.2
15. รู้สึกพึงพอใจในชีวิต		
ไม่พอใจ	165	3.0
พอใจน้อย	398	7.2
พอใจปานกลาง	1,803	32.6
พอใจมาก	2,162	39.0
พอใจมากที่สุด	1,011	18.3

4. ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรง

4.1. ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ระดับค่อนข้างเสี่ยง จำนวน 3,323 คน (ร้อยละ 60.0) ด้านสุขภาพฟัน ระดับค่อนข้างเสี่ยง จำนวน 2,715 คน (ร้อยละ 49.0) ด้านกิจกรรมทางกาย ระดับเสี่ยง จำนวน 2,583 คน (ร้อยละ 46.6) ด้านการนอน ระดับเสี่ยง จำนวน 2,891 คน (ร้อยละ 52.2) ด้านการใช้สารเสพติด ระดับไม่เสี่ยง จำนวน 4,812 คน (ร้อยละ 86.8) และด้านสุขภาพจิต ระดับค่อนข้างเสี่ยง จำนวน 2,977 คน (ร้อยละ 53.7) ดังตารางที่ 4

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
ด้านโภชนาการ		
เสี่ยง	1,306	23.6
ค่อนข้างเสี่ยง	3,323	60.0
ไม่เสี่ยง	910	16.4
ด้านสุขภาพฟัน		
เสี่ยง	1,522	27.5
ค่อนข้างเสี่ยง	2,715	49.0
ไม่เสี่ยง	1,302	23.5
ด้านกิจกรรมทางกาย		
เสี่ยง	2,583	46.6
ค่อนข้างเสี่ยง	2,116	38.2
ไม่เสี่ยง	840	15.2
ด้านการนอน		
เสี่ยง	2,891	52.2
ค่อนข้างเสี่ยง	1,438	26.0
ไม่เสี่ยง	1,210	21.8
ด้านการใช้สารเสพติด		
เสี่ยง	97	1.8
ค่อนข้างเสี่ยง	630	11.4
ไม่เสี่ยง	4,812	86.8

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
ด้านสุขภาพจิต		
เสี่ยง	724	13.1
ค่อนข้างเสี่ยง	2,977	53.7
ไม่เสี่ยง	1,838	33.2

4.2. ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ระดับไม่เสี่ยง จำนวน 5,396 คน (ร้อยละ 97.4) ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ระดับค่อนข้างเสี่ยง จำนวน 4,279 คน (ร้อยละ 77.3) ภาวะซึมเศร้า ระดับไม่เสี่ยง จำนวน 3,843 คน (ร้อยละ 69.4) และการกระทำความรุนแรง ระดับไม่เสี่ยง จำนวน 5,247 คน (ร้อยละ 94.7) ดังตาราง ที่ 5

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ		
เสี่ยง	12	0.2
ค่อนข้างเสี่ยง	131	2.4
ไม่เสี่ยง	5,396	97.4
ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา		
เสี่ยง	128	2.3
ค่อนข้างเสี่ยง	4,279	77.3
ไม่เสี่ยง	1,132	20.4
ภาวะซึมเศร้า		
เสี่ยง	459	8.3
ค่อนข้างเสี่ยง	1,237	22.3
ไม่เสี่ยง	3,843	69.4
การกระทำความรุนแรง		
เสี่ยง	120	2.2
ค่อนข้างเสี่ยง	172	3.1
ไม่เสี่ยง	5,247	94.7

4.3. ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรงโดยรวม

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรงโดยรวม ระดับค่อนข้างเสี่ยง จำนวน 3,273 คน (ร้อยละ 59.1) ระดับไม่เสี่ยง จำนวน 2,206 คน (ร้อยละ 39.8) และระดับเสี่ยง จำนวน 60 คน (ร้อยละ 1.1) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรงโดยรวม

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรง	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
เสี่ยง	60	1.1
ค่อนข้างเสี่ยง	3,273	59.1
ไม่เสี่ยง	2,206	39.8

5. ผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรง

5.1. ผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีแฟนหรือคู่รัก จำนวน 2,298 คน (ร้อยละ 41.5) มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ป้องกัน จำนวน 568 คน (ร้อยละ 10.3) และใช้วิธีคุมกำเนิดโดยการนับระยะปลอดภัย จำนวน 234 คน (ร้อยละ 41.2) การหลั่งภายนอก จำนวน 226 คน (ร้อยละ 39.8) ใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 225 คน (ร้อยละ 39.7) มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนโดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกัน จำนวน 94 คน (ร้อยละ 16.6) มีปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 4.6) มีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 31 คน (ร้อยละ 5.5) และคนที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 9.7) เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ จำนวน 593 คน (ร้อยละ 10.7) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
1. มีแฟน/ คู่รัก		
ไม่ใช่	3,241	58.5
ใช่	2,298	41.5

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
2. เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน		
ไม่ใช่	4,971	89.7
ใช่	568	10.3
3. ป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการนําระยะปลอดภัย (N = 568)		
ไม่ใช่	334	58.8
ใช่	234	41.2
4. ป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการหลั่งภายนอก (N = 568)		
ไม่ใช่	342	60.2
ใช่	226	39.8
5. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (N = 568)		
ไม่ใช่	343	60.3
ใช่	225	39.7
6. มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนโดยไม่ได้ป้องกัน (N = 568)		
ไม่ใช่	474	83.4
ใช่	94	16.6
7. มีปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (N = 568)		
ไม่ใช่	542	95.4
ใช่	26	4.6
8. มีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (N = 568)		
ไม่ใช่	537	94.5
ใช่	31	5.5
9. ต้องการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (N = 31)		
ไม่ใช่	28	90.3
ใช่	3	9.7
10. เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ		
ไม่ใช่	4,946	89.3
ใช่	593	10.7

5.2. ผลลัพธ์ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยถูกสถานศึกษากดดันให้ลาออกหรือย้ายที่เรียนโดยไม่เต็มใจ จำนวน 128 คน (ร้อยละ 2.3) และไม่สามารถตัดสินใจเลือกเรียนต่อ ย้าย หรือออกจากโรงเรียนตามความสมัครใจ จำนวน 1,215 คน (ร้อยละ 21.9) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลลัพธ์ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
11. ถูกสถานศึกษากดดันให้ลาออกหรือย้ายที่เรียนโดยไม่เต็มใจ		
ไม่ใช่	5,411	97.7
ใช่	128	2.3
12. ตัดสินใจเลือกเรียนต่อ ย้าย หรือออกจากโรงเรียนตามความสมัครใจได้		
ไม่ใช่	4,324	78.1
ใช่	1,215	21.9

5.3. ผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา จำนวน 1,616 คน (ร้อยละ 29.2) และเคยพยายามทำร้ายตัวเอง หรือคิดวางแผนฆ่าตัวตาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 459 คน (ร้อยละ 8.3) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
13. ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา รู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ หรือสิ้นหวัง		
ไม่ใช่	3,923	70.8
ใช่	1,616	29.2
14. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พยายาม ทำร้ายตัวเอง หรือคิดวางแผนฆ่าตัวตาย		
ไม่ใช่	5,080	91.7
ใช่	459	8.3

5.4. ผลลัพธ์การกระทำรุนแรง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยถูกทำร้ายร่างกายหรือใช้ความรุนแรงจากคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด 664 คน (ร้อยละ 12.0) คนในบ้านมักตั้งวงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 907 คน (ร้อยละ 16.4) คนในบ้านหรือคนในชุมชนยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย 354 คน (ร้อยละ 6.4) รู้สึกกังวลต่อความปลอดภัยจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือถูกทำร้ายร่างกายจากคนในบ้าน 248 คน (ร้อยละ 4.5) และขอใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น 358 คน (ร้อยละ 6.5) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลลัพธ์การกระทำรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ

ตัวแปร	จำนวน (คน) (N = 5,539)	ร้อยละ
15. ถูกทำร้ายร่างกายหรือใช้ความรุนแรงจากคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด		
ไม่ใช่	4,875	88.0
ใช่	664	12.0
16. คนในบ้านมักตั้งวงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ใช่	4,632	83.6
ใช่	907	16.4
17. คนในบ้านหรือคนในชุมชนยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า ยาอี เฮโรอีน		
ไม่ใช่	5,185	93.6
ใช่	354	6.4
18. รู้สึกกังวลต่อความปลอดภัยจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือถูกทำร้ายร่างกายจากคนในบ้าน		
ไม่ใช่	5,291	95.5
ใช่	248	4.5
19. ขอใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น		
ไม่ใช่	5,181	93.5
ใช่	358	6.5

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคสังคมไร้พรมแดน ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น รวมไปถึงครอบครัวที่พ่อแม่ ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแล อบรมเลี้ยงดูน้อยลงจากเดิม ทำให้วัยรุ่นมีทักษะชีวิตต่ำ ขาดภูมิคุ้มกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเมื่อต้องเผชิญความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ภาวะซึมเศร้า หรือการเผชิญความรุนแรง ส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และอนาคตของวัยรุ่นเอง รวมถึงส่งผลต่อสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศในอนาคต

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี กำลังศึกษาอยู่ในจังหวัดชลบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 5,539 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำความรุนแรง ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผล

จากการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,539 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 66.7 และมีอายุระหว่าง 15-19 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.5 ขณะที่วัยรุ่นอายุ 10-14 ปีคิดเป็นร้อยละ 29.5 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 35.5 แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นในช่วงปลายวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมการศึกษามากที่สุด ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างชัดเจน

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าวัยรุ่นมีความเสี่ยงในหลายมิติ โดยด้านโภชนาการอยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับเสี่ยงร้อยละ 23.6 และระดับไม่เสี่ยงร้อยละ 16.4 ด้านสุขภาพฟันพบว่าร้อยละ 49.0 อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง ขณะที่ร้อยละ 27.5 อยู่ในระดับเสี่ยง แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพช่องปากยังคงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 46.6 อยู่ในระดับเสี่ยง โดยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งและออกกำลังกายไม่เพียงพอ ส่วนด้านการนอนพบว่าร้อยละ 52.2 อยู่ในระดับเสี่ยง ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด สะท้อนว่าปัญหาการนอนเป็นปัญหาหลักของวัยรุ่นในพื้นที่นี้ ด้านการใช้สารเสพติดพบแนวโน้มที่ดี โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่ร้อยละ 86.8 อยู่ในระดับไม่เสี่ยง มีเพียงร้อยละ 1.8 ที่จัดอยู่ในระดับเสี่ยง และร้อยละ 11.4 อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง

3. จากการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ ภาวะซึมเศร้า และการใช้ความรุนแรง ส่วนใหญ่ของวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 59.1 อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง รองลงมาคือกลุ่มไม่เสี่ยงร้อยละ 39.8 และมีเพียงร้อยละ 1.1 ที่อยู่ในระดับเสี่ยงชัดเจน สอดคล้องกับที่สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นมักกระจุกอยู่ในกลุ่ม “ค่อนข้างเสี่ยง” ซึ่งต้องการการติดตามและการเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แม้ว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับไม่เสี่ยงร้อยละ 97.4 แต่ยังมีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในระดับเสี่ยงและค่อนข้างเสี่ยงรวมกันร้อยละ 2.6 โดยพฤติกรรมที่พบ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังต้องให้ความสำคัญ แม้จะเกิดในสัดส่วนไม่มากนักก็ตาม ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ต่อการศึกษาพบว่า ร้อยละ 77.3 อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง และร้อยละ 2.3 อยู่ในระดับเสี่ยง โดยมีเพียงร้อยละ 20.4 เท่านั้นที่อยู่ในระดับไม่เสี่ยง ด้านสุขภาพจิตพบว่ามีความเสี่ยงค่อนข้างสูง โดยร้อยละ 53.7 อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง และร้อยละ 13.1 อยู่ในระดับเสี่ยง ซึ่งเป็นสัญญาณเกี่ยวกับปัญหาความเครียดและอารมณ์ในวัยรุ่น ผลด้านภาวะซึมเศร้าระบุว่าสัดส่วนมากที่สุดอยู่ในกลุ่มไม่เสี่ยงร้อยละ 69.4 แต่ยังมีวัยรุ่นร้อยละ 22.3 ที่อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง และร้อยละ 8.3 อยู่ในระดับเสี่ยง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเปราะบางด้านอารมณ์และความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม สำหรับการกระทำรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่ของวัยรุ่นหรือร้อยละ 94.7 ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ที่อยู่ในระดับเสี่ยงและค่อนข้างเสี่ยงรวมกันร้อยละ 5.3 ซึ่งสะท้อนว่าพฤติกรรมความรุนแรงยังคงเกิดขึ้นในบางกลุ่ม และควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเหมาะสม

อภิปรายผล

การศึกษาศถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรงในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 อภิปรายผล ดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

1.1. ด้านโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นจำนวน 3,323 คน (ร้อยละ 60.0) มีพฤติกรรมโภชนาการในระดับค่อนข้างเสี่ยง เช่น ไม่กินอาหารเช้า 5 หมู่ ไม่กินอาหารเช้า และบริโภคหวาน-มัน-เค็มสูง พฤติกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับข้อมูลองค์การอนามัยโลกและกรมอนามัยที่ชี้ว่าวัยรุ่นมักได้รับอิทธิพลจากสื่อเลือกอาหารตามความสะดวก และเสี่ยงต่อพลังงานไม่เพียงพอ^{11,22} ผลด้านโภชนาการยังเชื่อมโยงกับข้อมูลด้านอื่นของงานวิจัย เช่น วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการกินไม่เหมาะสมมักมีปัญหาเรื่องการนอนและกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเสี่ยง รวมถึงมีแนวโน้มสุขภาพจิตไม่สมดุล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพัฒนาการวัยรุ่นว่าปัจจัยอารมณ์และสังคมมีผลต่อการเลือกอาหาร¹⁴ อีกทั้งสื่อโฆษณายังเสริมให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารพลังงานสูง²³ และเป็นแนวโน้มที่พบทั่วโลก²⁴

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมด้านโภชนาการ แสดงให้เห็นว่าโภชนาการที่เสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน จึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นอย่างรอบด้าน

1.2. ด้านสุขภาพฟัน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 6 มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในระดับค่อนข้างเสี่ยง จำนวน 2,715 คน (ร้อยละ 49.0) และมีจำนวน 3,170 คน (ร้อยละ 57.2) ที่ไม่พบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากตามคำแนะนำ สะท้อนถึงการละเลยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ผลนี้สอดคล้องกับข้อมูลด้านโภชนาการที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่นนิยมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดฟันผุตามงานวิจัยของธนภรณ์ อินทร์โสสม⁵ รวมทั้งสอดคล้องกับข้อมูลจากกรมอนามัยที่ระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นหลายด้านยังไม่เหมาะสมและขาดความรู้ด้านการดูแลตนเอง²² นอกจากนี้ งานวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ²³ รายงานว่าวัยรุ่นจำนวนมากยังขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การใช้ไหมขัดฟัน หรือการป้องกันฟันผุ ขณะที่งานวิจัยของสุภาภรณ์ อ่อนเอี่ยม¹⁸ พบว่าครอบครัวที่ไม่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากมีส่วนทำให้วัยรุ่นละเลยการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารั้งนี้เช่นกัน

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นปัญหาสุขภาพฟันในวัยรุ่นเป็นผลจากหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน ทั้งพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยง ขาดความรู้ด้านสุขภาพ การไม่พบทันตแพทย์ และการสนับสนุนจากครอบครัวที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับหลักฐานจากงานวิจัยหลายแหล่ง ทำให้เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและการจัดระบบสนับสนุนในโรงเรียนและครอบครัว เพื่อยกระดับสุขภาพวัยรุ่นในระยะยาว

1.3. ด้านกิจกรรมทางกาย ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นจำนวน 2,583 คน (ร้อยละ 46.6) มีกิจกรรมทางกายในระดับเสี่ยง โดยมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำคืออย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน²⁴ และใช้เวลาหน้าจอมากกว่า 6-8 ชั่วโมงต่อวัน พฤติกรรมเนือยนิ่งนี้เชื่อมโยงกับข้อมูลด้านอื่นของงานวิจัยอย่างใกล้ชิด พฤติกรรมกิจกรรมทางกายที่ต่ำสัมพันธ์กับ พฤติกรรมโภชนาการ ที่พบว่าวัยรุ่นจำนวนมากบริโภคอาหารหวาน-มัน-เค็มสูง ซึ่งทำให้ได้รับ “พลังงานเข้า” มากกว่า “พลังงานออก” ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคอ้วนและความดันโลหิตสูง ในขณะที่การไม่ออกกำลังกายยังกระทบต่อ สุขภาพช่องปากผ่านการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มหวานระหว่างใช้สื่อ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาฟันผุและการไม่พบทันตแพทย์ตามที่พบในข้อมูลก่อนหน้า ในด้านสุขภาพจิต งานวิจัยของ CDC³⁷ ชี้ว่าพฤติกรรมเนือยนิ่งและการใช้สื่อเป็นเวลานานเพิ่มความเสี่ยงภาวะเครียด วิดกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มเคลื่อนไหวน้อยมีแนวโน้มอารมณ์เศร้าและเหนื่อยล้ามากกว่า อีกทั้งงานวิจัยของศรัณญา อิชิเดะ⁶⁹ ระบุว่าภาระการเรียน ส่งผลให้เวลาออกกำลังกายลดลง โดยพบร่วมกับข้อมูลด้านพฤติกรรมนอนที่ไม่เพียงพอในงานวิจัยนี้เช่นกัน

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นพฤติกรรมกิจกรรมทางกายที่ต่ำไม่ได้เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว แต่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมโภชนาการ พฤติกรรมเนือยนิ่ง สุขภาพช่องปาก และ

สุขภาพจิต ผลการศึกษาจึงชี้ถึงความจำเป็นในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายควบคู่กับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ เพื่อยกระดับสุขภาพกายและใจของวัยรุ่นอย่างรอบด้าน

1.4. ด้านการนอน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นจำนวน 2,891 คน (ร้อยละ 52.2) มีพฤติกรรมการนอนอยู่ในระดับเสี่ยง โดยนอนน้อยกว่า 7–8 ชั่วโมง เข้านอนดึก หลับยาก และมีคุณภาพการนอนต่ำ สาเหตุสำคัญมาจากการใช้สื่อก่อนนอน ความเครียดจากการเรียน และตารางชีวิตที่แน่น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าวัยรุ่นทั่วโลกส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนจากพฤติกรรมใช้มือถือและความเครียด¹¹ งานวิจัยของอารี พันธมณี¹⁴ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ²³ ยังชี้ว่าโรงเรียนและครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการนอน ทั้งจากภาระการบ้าน ความคาดหวัง และความเครียด ซึ่งทำให้วัยรุ่นนอนดึก ตื่นเช้า และมีคุณภาพการนอนลดลง ส่วนงานวิจัยของศรัญญา อิชิตะ⁶⁹ พบว่าการใช้สื่อกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันเพิ่มความเสี่ยงการนอนไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของพื้นที่ศึกษา

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นปัญหาการนอนของวัยรุ่นมีความเชื่อมโยงกับด้านอื่นของสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมการใช้สื่อ ความเครียดจากการเรียน สุขภาพจิต และกิจกรรมทางกายที่ต่ำ ส่งผลต่อสมาธิ ผลการเรียน อารมณ์ และสุขภาพโดยรวม จึงจำเป็นต้องส่งเสริมสุขอนามัยการนอน พร้อมการสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อช่วยให้วัยรุ่นปรับพฤติกรรมการนอนและลดความเสี่ยงปัญหาสุขภาพในอนาคต

1.5. ด้านการใช้สารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าส่วนใหญ่ของวัยรุ่นจำนวน 4,812 คน (ร้อยละ 86.8) จะไม่มีความเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติด แต่ยังพบกลุ่มที่มีความเสี่ยงและค่อนข้างเสี่ยงรวม 727 คน (ร้อยละ 13.2) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ไม่อาจละเลยได้ การทดลองใช้สารเสพติดในวัยรุ่นมีแนวโน้มพัฒนาเป็นการเสพติดในระยะยาว และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาสุขภาพจิต และความเสี่ยงทางสังคมที่รุนแรงมากขึ้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต¹⁶ ที่ชี้ว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นมาจากแรงกดดันจากเพื่อน สภาพแวดล้อมในชุมชน และแบบอย่างในครอบครัว โดยพบว่าวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกดื่มแอลกอฮอล์หรือมีประวัติใช้ยาเสพติด ทำให้เกิดการเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมโดยไม่รู้ตัว งานวิจัยของสุภาภรณ์ อ่อนเอี่ยม¹⁸ ยังเสริมว่า ความอยากรู้อยากลอง ความเครียด และการขาดความอบอุ่นในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้วัยรุ่นหันไปทดลองสารเสพติด โดยเฉพาะในพื้นที่เมืองที่เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบและแอลกอฮอล์ได้ง่าย สื่อออนไลน์เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทเพิ่มความเสี่ยง โดยรายงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ²³ ระบุว่าวัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลและคอนเทนต์ที่ชักจูงเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างรวดเร็ว เช่น รีวิวสินค้า หรือภาพลักษณ์เชิงบวกที่ถูกนำเสนอในสื่อ ส่งผลให้วัยรุ่นตัดสินใจทดลองได้ง่ายขึ้น สะท้อนถึงการใช้สื่อกว่าและพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งเพิ่มโอกาสถูกชักจูงจากสื่อออนไลน์ นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาครอบครัวหรือความเครียดสูงมีแนวโน้มใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศรัญญา อิชิตะ⁶⁹

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นเป็นผลจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งสภาพครอบครัว ความเครียด การใช้สื่อออนไลน์ บริบทชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการป้องกันแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางพฤติกรรม ลดการเข้าถึงสารเสพติด และส่งเสริมทักษะชีวิตในวัยรุ่นที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเข้าสู่พฤติกรรมเสพติดในระยะยาวอย่างยั่งยืน

1.6. ด้านสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่น 2,982 คน (ร้อยละ 53.7) มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง และ 727 คน (ร้อยละ 13.1) อยู่ในระดับเสี่ยง ซึ่งสะท้อนว่าวัยรุ่นมากกว่าครึ่งกำลังเผชิญความเครียด ความกังวล ความกดดัน และปัญหาอารมณ์ที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิตที่สุดเนื่องจากเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านทั้งด้านอารมณ์ ความสัมพันธ์ และอัตลักษณ์ตนเอง⁴⁵ สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตมีหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งแรงกดดันจากครอบครัว การเรียน และสิ่งแวดล้อมทางสังคม งานวิจัยของอารี พันธมณี¹⁴ ชี้ว่าวัยรุ่นที่ถูกคาดหวังสูงหรือประเมินตนเองต่ำกว่าผู้อื่นมักเกิดความเครียดง่าย ขณะที่งานวิจัยของสุภาภรณ์ อ่อนเอี่ยม¹⁸ พบว่าครอบครัวที่มีปัญหาเศรษฐกิจหรือความขัดแย้งภายในบ้านเพิ่มความเสี่ยงให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทางอารมณ์มากขึ้น นอกจากนี้ งานวิจัยของศรัณญา อิทธิตะ⁶⁹ ยังพบว่าการใช้สื่อออนไลน์มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบตนเอง

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น เป็นผลสะสมจากบริบทด้านครอบครัว การเรียน การใช้สื่อออนไลน์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การแก้ไขปัญหานี้จึงต้องอาศัยการสนับสนุนอย่างบูรณาการจากครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และระบบสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางอารมณ์ และลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

2. ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำรุนแรง

2.1. ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ 5,396 คน (ร้อยละ 97.4) จะไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง แต่ยังมีวัยรุ่น 143 คน (ร้อยละ 2.6) ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและค่อนข้างเสี่ยง นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมเฉพาะที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน 568 คน (ร้อยละ 10.3) และการเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ 593 คน (ร้อยละ 10.7) ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาด้านเพศที่ยังคงเกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น³⁸ องค์การอนามัยโลก ระบุว่า การได้รับข้อมูลเรื่องเพศจากสื่อออนไลน์จำนวนมาก โดยเฉพาะข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือมีลักษณะชักจูง อาจทำให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านเพศต่ำ³³ ขณะที่งานวิจัยของสุภาภรณ์ อ่อนเอี่ยม พบว่าครอบครัวที่ขาดการสื่อสารเรื่องเพศหรือมองว่าเป็นเรื่องต้องห้ามทำให้วัยรุ่นหาข้อมูลจากเพื่อนหรือสื่อออนไลน์แทน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศไม่ปลอดภัย¹⁸

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แต่ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงยังเกิดขึ้นในบางกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากความรู้ด้านเพศไม่เพียงพอ การใช้สื่อออนไลน์ ความเครียด

สุขภาพจิต และสภาพแวดล้อมครอบครัว การส่งเสริมเพศศึกษาที่ถูกต้อง เปิดพื้นที่ให้พูดคุยในครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัย จึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยในวัยรุ่น

2.2. ผลกระทบการตั้งครรรค์ต่อการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การตั้งครรรค์ในวัยเรียนส่งผลกระทบต่อการศึกษาของวัยรุ่นอย่างชัดเจน โดยมีวัยรุ่น 4,279 คน (ร้อยละ 77.3) อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง และ 128 คน (ร้อยละ 2.3) อยู่ในระดับเสี่ยงสูง ซึ่งสะท้อนว่าการตั้งครรรค์ทำให้วัยรุ่นจำนวนมากขาดเรียน หยุดเรียน หรือไม่กล้ากลับเข้าสู่ระบบการศึกษา³⁸ ปัญหานี้สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ความเครียด การตีตราจากสังคม และภาระทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนวัยรุ่นหลุดจากระบบการศึกษา¹

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการตั้งครรรค์ในวัยเรียนยังเป็นปัญหาที่กระทบต่อการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีวัยรุ่นจำนวนมากอยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยงและเสี่ยงสูง รวมถึงมีปัจจัยเกี่ยวข้องจากพฤติกรรมสุขภาพอื่น เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สุขภาพจิต การนอน และความรู้ด้านเพศที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้โอกาสในการเรียนต่อและความสำเร็จทางการศึกษาของวัยรุ่นลดลง จึงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และระบบสาธารณสุขอย่างรอบด้าน

2.3. ด้านภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านอารมณ์ในระดับที่ควรให้ความสำคัญ โดยมีผู้รู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 1,616 คน (ร้อยละ 29.2) ซึ่งสะท้อนถึงภาวะความเครียดและความเปราะบางทางจิตใจ อันอาจสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและความกดดันในครอบครัว ทั้งนี้มีรายงานวิจัยหลายฉบับระบุว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง^{70,71} นอกจากนี้ พบผู้ที่เคยพยายามทำร้ายตนเองหรือมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 459 คน ซึ่งตอกย้ำความสำคัญของการดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิตโดยใช้เครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิตกำหนด เช่น แบบประเมิน 2Q-9Q-8Q รวมทั้งระบบคัดกรองและส่งต่อในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐาน⁷² ด้านสภาพแวดล้อมในครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 664 คน (ร้อยละ 12.0) เคยถูกทำร้ายร่างกายหรือได้รับความรุนแรงจากคนใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าความรุนแรงในครอบครัวส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ^{73,74} ขณะเดียวกัน มีบ้านที่มีการตั้งวงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 907 คน (ร้อยละ 16.4) และมีผู้ระบุว่าคนในบ้านหรือชุมชนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำนวน 354 คน (ร้อยละ 6.4) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้สภาพแวดล้อมในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดความขัดแย้งและพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น⁷⁵ ผลการศึกษายังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน (ร้อยละ 4.5) ที่รู้สึกไม่ปลอดภัยจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือการทำร้ายร่างกาย สะท้อนถึงปัญหาความปลอดภัยภายในบ้านตามแนวคิดความมั่นคงของมนุษย์⁷⁶ นอกจากนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 358 คน (ร้อยละ 6.5) ที่มีพฤติกรรมขอใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ที่ระบุว่าพฤติกรรมความรุนแรงมักเกิดจากการเรียนรู้และเลียนแบบแบบอย่างที่พบเห็นในครอบครัวหรือชุมชน⁷⁷

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิต ความรุนแรงในครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างเป็นระบบ จึงควรส่งเสริมการใช้ระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และการส่งต่อด้านสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการดำเนินมาตรการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในระดับครอบครัว และชุมชน

2.4. ด้านการกระทำรุนแรง ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยยังเผชิญความรุนแรงในหลายรูปแบบ โดยมี 664 คน (ร้อยละ 12.0) เคยถูกทำร้ายร่างกายจากคนใกล้ชิด 907 คน (ร้อยละ 16.4) อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 354 คน (ร้อยละ 6.4) มีบุคคลในบ้านเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และอีก 248 คน (ร้อยละ 4.5) รู้สึกไม่ปลอดภัยจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือร่างกาย สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงเชิงโครงสร้างในครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม อารมณ์ และสุขภาพจิตของวัยรุ่น⁵⁷ องค์การอนามัยโลกระบุว่าความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อพัฒนาการทางอารมณ์ และสังคม เพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาสุขภาพจิต และการใช้สารเสพติดในอนาคต⁵⁵ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าครอบครัวที่มีความขัดแย้ง การทะเลาะเบาะแว้ง หรือการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้วัยรุ่นรู้สึกเครียด ไม่มั่นคง และขาดความปลอดภัย ขณะที่ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ระบุว่าสภาพแวดล้อมที่มีการใช้สารเสพติดหรือความรุนแรงในชุมชนจะเพิ่มโอกาสให้วัยรุ่นเข้าไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การทะเลาะวิวาทหรือใช้ความรุนแรง⁶¹

โดยสรุป ความรุนแรงที่วัยรุ่นเผชิญไม่ว่าจะมาจากครอบครัวหรือชุมชน ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพฤติกรรมระยะยาว ปัญหานี้มีรากฐานจากครอบครัวที่ไม่มั่นคง การใช้สารเสพติดในบ้าน และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่กดดัน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และหน่วยงานรัฐเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจ และสนับสนุนการเติบโตของวัยรุ่นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. บูรณาการนโยบายความร่วมมือการดำเนินงานระหว่างโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ ให้ครอบคลุมทุกมิติในการลดปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และความรุนแรงในวัยรุ่น
2. เพิ่มหน่วยงานภาคีเครือข่าย เข้าร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาและนำเสนอข้อมูลในการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับจังหวัด
3. พัฒนากลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ส่งต่ออย่างเหมาะสม

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. โรงเรียนร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ ติดตามดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
2. โรงเรียนจัดอบรมนักเรียนแกนนำเพื่อรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำความรุนแรงในวัยรุ่น
3. การเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงในโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน เพื่อลดการถูกกระทำความรุนแรง

ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลกระทบของการถูกกระทำความรุนแรงต่อสุขภาพจิตในวัยรุ่น
2. ศึกษาปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. ศุภกร รัตนวงษ์. การบริหารระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จันทบุรี-ตราด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต]. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2565.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2504>
4. นายเนติ ภูประสม. สถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย 2564. กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2564.
5. ชนภรณ์ อินทร์โสม, นางลักษณะ สุขเอี่ยม, เลขญา วัฒนชัยพนา. ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย; 2566.
6. World Health Organization. The second decade: improving adolescent health and development. Geneva: World Health Organization; 2001.
7. วิโรจน์ อารีย์กุล. การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2553.
8. อภิญญา อภิสทิธินิช. บุคลิกภาพ มิตรภาพ การเห็นคุณค่าในตนเองและความสุขของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2553.
9. พรนภา หอมสินธุ์. แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: การป้องกันการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์; 2558.
10. พูนสุข บุญเกียรติ. จิตวิทยาพัฒนาการวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
11. World Health Organization. Adolescent health and development. Geneva: WHO; 2020.
12. กิตติมา ปรีดีดิolk. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
13. บุญชม ศรีสะอาด. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น; 2561.
14. อารี พันธมณี. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์; 2559.
15. กองสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/20211006105430.pdf

16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=3052>
17. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.anamai.moph.go.th/th/health-article/view/269101>
18. สุภาภรณ์ อ่อนเอี่ยม, ศุภสิทธิ์ วงษ์ชื่น, พรเพ็ญ คำแสน. พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นไทย: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางส่งเสริม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):125-137.
19. นฤมล จันทะเสน, สายรุ้ง บุญเรือง. พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน. 2563;16(3):145-55.
20. Conner M, Norman P. Health behaviour: Current issues and challenges. Psychol Health. 2022;37(2):234-56.
21. National Institutes of Health. Health behaviors research [Internet]. Bethesda (MD): U.S. Department of Health & Human Services; 2021 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.nih.gov/research-training/health-behaviors-research>
22. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
23. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สสส.; 2566.
24. World Health Organization. Promoting health through the life-course: adolescent health. Geneva: WHO; 2020.
25. พรนภา หอมสินธุ์. แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: การป้องกันการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์; 2558.
26. สุวิมล ว่องวาณิช. จิตวิทยาการศึกษาและพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
27. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity guidelines for Americans. 2nd ed. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
28. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สสส.; 2566.
29. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่น พ.ศ. 2565–2570. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2565.
30. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
31. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. คู่มือการจัดบริการคลินิกวัยรุ่นในสถานพยาบาล. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2563

32. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2561–2580. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
33. World Health Organization. Adolescent sexual and reproductive health. Geneva: WHO; 2020.
34. พรทิพย์ วงศ์พัฒนกิจ, นวพร มณีรัตน์, สุริยา เกษมสุข. ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศไม่ปลอดภัยในนักเรียนมัธยมศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2566;39(2):45-60.
35. ศิริพร มณีจันทร์. พฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(1):72-86.
36. Santelli JS, Kantor LM, Grilo SA, Speizer IS, Lindberg LD, Heitel J, et al. Abstinence-only-until-marriage policies and programs: An updated position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. J Adolesc Health. 2022;70(3):457-66.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance — United States, 2019. MMWR Surveill Summ. 2020;69(1):1-83.
38. กรมอนามัย. แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
39. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006.
40. United Nations Population Fund (UNFPA). Comprehensive sexuality education: advancing human rights and health for young people. New York: UNFPA; 2021.
41. กรมสุขภาพจิต. คู่มือความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
42. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
43. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
44. สุพรรณิ กาญจนรัตน์. สุขภาพจิตวัยรุ่นไทย: ปัญหาและแนวทางการดูแล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(2):55-67.
45. World Health Organization. Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. Geneva: WHO; 2020.
46. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
47. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606–13.
48. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson; 1988.

49. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.
50. Kovacs M. *Children's Depression Inventory (CDI)*. Toronto: Multi-Health Systems; 1992.
51. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. 3rd ed. Washington DC: APA; 2010.
52. กรมสุขภาพจิต. *แนวทางการใช้ยาต้านเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
53. UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Depression in adults: treatment and management (NG222)*. London: NICE; 2022.
54. George MS, Post RM. Daily left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation for acute treatment of medication-resistant depression. *Am J Psychiatry.* 2011;168(4):356–64.
55. World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
56. World Health Organization. *Violence prevention: the evidence*. Geneva: WHO; 2010.
57. กรมสุขภาพจิต. *คู่มือแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหามารยาทในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
58. สมชาย ศรีวัฒน์. การกระทำความรุนแรงในครอบครัวและผลกระทบต่อสุขภาพจิตวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขชุมชน.* 2564;17(3):210-25.
59. จิตติมา บุญมาก. ความรุนแรงในโรงเรียนและปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา.* 2563;12(2):45-62.
60. Centers for Disease Control and Prevention. *The public health approach to violence prevention*. Atlanta (GA): CDC; 2022.
61. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). *รายงานสถานการณ์ความรุนแรงในวัยรุ่นไทย ปี 2566*. กรุงเทพฯ: สสส.; 2566.
62. พรนภา หอมสินธุ์. *แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์; 2558.
63. กระทรวงศึกษาธิการ. *คู่มือการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ; 2566.
64. กรมกิจการเด็กและเยาวชน. *แนวทางการช่วยเหลือเด็กและเยาวชนผู้ถูกกระทำความรุนแรง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2565.
65. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. *รายงานผลการดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือสังคม OSCC สายด่วน 1300*. กรุงเทพฯ: พม.; 2566.
66. ทักษิภา ชัชรรัตน์. *พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา*. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา; 2565.

67. ศิวานิตย์ ทองคำดี, ฉวีวรรณ บุญสุยา, เสาวนีย์ ทองนพคุณ, สาวิตรี วิษณุโยธิน. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;15(1):86-98.
68. รัตนา มาณะสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):528-540. DOI:10.14456/rhpc9j.2021.38
69. ศรัณญา อิชิตะ. พฤติกรรมความรุนแรงของนักเรียนวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2563.
70. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q-9Q-8Q สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
71. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย ประจำปี 2566. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
72. สำนักสุขภาพจิตที่ 2 กรมสุขภาพจิต. แนวทางการเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชในระบบ DHS. พิษณุโลก: สำนักสุขภาพจิตที่ 2; 2565.
73. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวประเทศไทย ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: พม.; 2567.
74. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. ปัจจัยเสี่ยงด้านครอบครัวและพฤติกรรมความรุนแรงในเด็กและเยาวชนไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม; 2565.
75. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย 2566. กรุงเทพฯ: ป.ป.ส.; 2567.
76. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานสถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สสส.; 2565.
77. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ใบรับรองโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย 732

เรื่อง สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรงในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 6

ผู้วิจัยหลัก นายจิรภัทร ไชยพิมพ์

ผู้ร่วมวิจัย นางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม, นางสาวเสขญา วัฒนชัยพนา, นางสาวธนภรณ์ อินทร์โสม และนางสาวกนิษฐ พุ่มเพ็ญ

เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งรัด

☐ ใช่☒ ไม่ใช่

เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบปกติ

☒ ใช่☐ ไม่ใช่

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย ครั้งนี้

☒ รับรอง วันที่พิจารณารับรอง 29 พฤษภาคม 2567

โครงการวิจัย 732

ฉบับที่.....2..... วันที่ 29 พฤษภาคม 2567.....

เอกสารแนะนำอาสาสมัคร RF09-04-732

ฉบับที่.....2..... วันที่ 29 พฤษภาคม 2567.....

ใบยินยอม RF09-05-732

ฉบับที่.....2..... วันที่ 29 พฤษภาคม 2567.....

เครื่องมือ (ระบุ) RF09-10.1-732

ฉบับที่.....2..... วันที่ 29 พฤษภาคม 2567.....

ลงนาม.....

(นายสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย

รับรองตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม 2567..... ถึงวันที่ 28 พฤษภาคม 2568.....

หมายเหตุ

- คณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังได้รับการรับรอง คือ ต้องรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก 6 เดือน (RF13-01) และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่

1) เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการ หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว และให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ว่าเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร หากเกี่ยวข้องในระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันอาสาสมัครด้วย (RF18-01, RF18-02)

2) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลง เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน (RF12-01)

3) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลง พร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน

4) เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยด้วย (RF14-01)

ภาคผนวก ข

แบบคัดกรองสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำความรุนแรง

แบบคัดกรองสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าและการกระทำรุนแรง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ขอให้ท่านเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับท่าน

1. อายุ (ปีเต็ม).....ปี
2. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง () 3.อื่น ๆ
3. ระดับการศึกษา

() 1.ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	() 2.ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	() 3.ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3
() 4.ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4	() 5.ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	() 6.ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
() 7.ปวช.1	() 8.ปวช.2	() 9.ปวช.3
() 10.ปวส.1	() 11.ปวส.2	() 12.อื่นๆระบุ.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ขอให้ท่านเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับท่าน

1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตหรือไม่

() 1.ไม่เคย	() 2.เคย
--------------	-----------
2. การตรวจเลือดเพื่อหาภาวะซีด

() 1.ไม่เคย	() 2.เคย มีภาวะซีด
() 3.เคย ไม่มีภาวะซีด	() 4.อื่นๆ
3. การตรวจสายตาด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

() 1.ไม่เคย	() 2.เคย ตรวจกับจักษุแพทย์ (หมอรักษายตา)
() 3.เคย ตรวจวัดสายตาที่คลินิก / ร้านแว่นตา	() 4.เคย ตรวจโดยใช้แผ่นวัดสายตากับครูหรือบุคลากรสาธารณสุข

 ผลการตรวจ () 1.ปกติ () 2.ผิดปกติ โปรดระบุ.....
4. เมื่อใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ถูกันเบาๆ ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว ฟังว่าได้ยินเสียงถั่ว

() 1.ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง	() 2.ไม่ได้ยินข้างใดข้างหนึ่ง	() 3.ได้ยินทั้ง 2 ข้าง
----------------------------	--------------------------------	-------------------------
5. การพบจิตแพทย์เพื่อปรึกษาหรือรักษาอาการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต (เช่น ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ ติดเกม สมาธิสั้น ซึมเศร้า)

() 1.ไม่เคย	() 2.เคย ระบุ.....
--------------	---------------------

ตอนที่ 3 การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ

การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ คือ การคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงและปัญหาทางสุขภาพ ในระยะเริ่มแรก ซึ่งครอบคลุมถึงปัญหา ด้านโภชนาการ ด้านสุขภาพฟัน ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการนอน ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต

เกณฑ์การประเมิน ความถี่ในการปฏิบัติ/สัปดาห์

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

น้อยมาก หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์

เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ลำดับ	ปัจจุบัน ท่านได้ปฏิบัติตัวต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ความถี่ในการปฏิบัติ/สัปดาห์				
		ไม่เคย	น้อยมาก	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	ฉันกินผักและผลไม้					
2	ฉันกินอาหารมื้อเช้า ที่ประกอบไปด้วยอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม ได้แก่ อาหารในกลุ่มข้าว-แป้ง และกลุ่มเนื้อสัตว์/ไข่ อาจเสริมด้วยผักและผลไม้หรือนม					
3	ฉันดื่มนมรสจืด หรือโยเกิร์ตรสจืด					
4	ฉันกินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน					
5	ฉันแปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้าและก่อนนอน) นาน 2 นาที และงดกินอาหารหลังแปร่งฟัน 2 ชั่วโมง (แปร่งฟัน 2-2-2)					
6	ฉันพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ	ไม่เคยตรวจ	ทุก 3 ปี	ทุก 2 ปี	ทุก 1 ปี	ทุก 6 เดือน
7	ฉันออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายที่ออกแรงจนรู้สึกเหนื่อย หรือหอบ อย่างน้อยวันละ 60 นาที (สะสมต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไป)					
8	ฉันนั่งติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงโดยไม่เคลื่อนไหว (ไม่นับรวมการนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืน)					
9	ฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยคืนละ 8 - 10 ชั่วโมง					

ลำดับ	ปัจจุบัน ท่านได้ปฏิบัติตัวต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ความถี่ในการปฏิบัติ/สัปดาห์				
		ไม่เคย	น้อยมาก	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
10	ฉันเข้านอนก่อน 4 ทุ่ม และสามารถหลับได้อย่างเพียงพออย่างน้อยคืนละ 8- 10 ชั่วโมง					
11	ฉันสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ทำให้สูดควันบุหรี่					
12	ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์)					
13	ฉันใช้สารเสพติดอื่นๆ นอกจากการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ยาเค เป็นต้น					
14	เมื่อมีปัญหาฉันสามารถทำใจยอมรับและหาวิธีแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้	ไม่เคย	น้อยครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง
15	ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	ไม่พอใจ	พอใจน้อย	พอใจปานกลาง	พอใจมาก	พอใจมากที่สุด

ตอนที่ 4 การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรง

การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และการกระทำความรุนแรง คือ การคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงและปัญหาในระยะเริ่มแรก เพื่อให้กลุ่มวัยรุ่น ได้รับข้อมูล/แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและได้รับการช่วยเหลือ- ส่งต่อ อย่างเป็นระบบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความต่อไปนี้ตรงกับ您的ปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (10 ข้อ)			
1	ฉันมีแฟน/ คู่รัก		
2	ที่ผ่านมา ฉันเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน	(ข้ามไปตอบข้อ10)	
3	ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา ฉันหรือคู่นอนป้องกันการตั้งครรภ์ด้วย <u>การนับระยะปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์</u> (การนับระยะหน้า7 หลัง7 จากวันแรกที่มีประจำเดือนมา)		
4	ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา ฉันหรือคู่นอนป้องกันการตั้งครรภ์ด้วย การหลั่ง		

ลำดับ	ข้อความต่อไปนี้ตรงกับกรปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่
	ภายนอก โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยหรือการคุมกำเนิดใด ๆ หรือการสวมล้งช่องคลอด		
5	ฉันหรือคู่นอนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์		
6	ฉันมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คนโดยไม่ได้ป้องกัน		
7	ฉันคิดว่าตนเองกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
8	ฉันคิดว่าตนเองหรือคู่กำลังมีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม	(ข้ามไปตอบข้อ 10)	
9	ฉันหรือคู่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย		
10	ฉันเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ไม่ว่าจะเป็นการกระทำแบบใดก็ตาม เช่น การใช้คำพูด สายตา ท่าที หรือการข่มขู่บังคับให้มีเพศสัมพันธ์)		
ผลกระทบการตั้งครรภ์ต่อการศึกษา (2 ข้อ)			
11	ฉันหรือคู่กำลังถูกสถานศึกษากดดันให้ลาออกหรือย้ายที่เรียนโดยไม่เต็มใจ		
12	ฉันหรือคู่สามารถตัดสินใจเลือกเรียนต่อ ย้าย หรือออกจากโรงเรียนตามความสมัครใจได้		
ภาวะซึมเศร้า (2 ข้อ)			
13	ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ฉันรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ หรือสิ้นหวัง		
14	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันได้พยายาม ทำร้ายตัวเอง หรือคิดวางแผนฆ่าตัวตาย		
การกระทำรุนแรง (5 ข้อ)			
15	ฉันเคยถูกทุบตี ทำร้ายร่างกาย หรือถูกทำทารุณกรรม หรือถูกใช้ความรุนแรงจากคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด		
16	มีคนในบ้านของฉันจะมีการตั้งวงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน		
17	คนในบ้านหรือคนในชุมชนของฉันยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า ยาอี เฮโรอีน		
18	เมื่ออยู่ที่บ้าน ฉันรู้สึกกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือถูกทำร้ายร่างกายจากคนในบ้าน (คนในบ้าน คือบุคคลที่พักอาศัยอยู่ประจำในบ้านร่วมกับท่าน เช่น พ่อ แม่ พ่อเลี้ยง แม่เลี้ยง เป็นต้น)		
19	ฉันมักใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น		

ภาคผนวก ค
รายชื่อผู้ร่วมวิจัย

รายชื่อผู้ร่วมวิจัย

1. นางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
2. นางสาวกนิษฐ ฟุ่มเฟื่อย ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี