

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะโดยการมีส่วนร่วมสำหรับเด็ก
และเยาวชนของศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน
ในกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน**

**Effectiveness of participatory wellbeing development program
for youths of Juvenile Practice and Training Center in the Department
of Juvenile Observation and Protection**

ผ่องศรี ศรีมรกต* ณัฐมา ทองธีรธรรม** และนำฝน ผ่านภพ***

Pongsri Srimoragot, * Natma Thongteratham, ** and Namfon Phanpop***

*เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม

*Nurse Network on Tobacco Control of Thailand

**Faculty of Nursing, Mahidol University

***Department of Juvenile Observation and Protection, Ministry of Justice

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะสำหรับเด็กและเยาวชนของศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนในกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 187 คน เป็นเด็กและเยาวชนของศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เลือกแบบอาสาสมัคร เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสุขภาวะและโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะสำหรับเด็กและเยาวชนซึ่งประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียดและอารมณ์ การเลิกบุหรี่ และการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัยหรือวิเคราะห้ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบที ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการนำโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะสำหรับเด็กและเยาวชนไปใช้ เด็กและเยาวชนมีสุขภาวะดีวก่อนการนำโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะ, สุขภาวะ, เด็กและเยาวชน, ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.)

Corresponding author E-mail: psrimoragot@gmail.com

วันที่รับบทความ: 24 กรกฎาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ: 12 มีนาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ: 22 มกราคม 2566

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to examine effectiveness of participatory wellbeing development program for youths of Juvenile Practice and Training Center in the Department of Juvenile Observation and Protection. The sample of 187 youths from five Juvenile Practice and Training Centers was voluntarily selected. Research tools were the wellbeing assessment and the participatory wellbeing development program including food consumption, exercise and physical activity, stress management and emotional coping, smoking cessation and smoke-free environment. Data analysis were performed using descriptive statistics and paired t-test. Results revealed that after implementing the participatory wellbeing development program, youths had significantly better wellbeing than before the implementation at $p < .05$.

Keywords: Participatory Wellbeing Development Program, Wellbeing, Child and Youth, Juvenile Practice and Training Center

ความสำคัญของปัญหา

สุขภาพเด็กและเยาวชนเกี่ยวข้องกับภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง (Burden of disease) ของประชากรไทยพบว่าโรคและภาระโรคเกี่ยวข้องกับความเครียด การบริโภคอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ และปัญหาติดสารเสพติดหรือติดสื่อออนไลน์ (กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ, 2561) ตลอดจนพบพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรากลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มมากขึ้น การสำรวจภาวะสุขภาพในวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2558 โดยกรมอนามัยพบว่า วัยรุ่นมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 17.1 โดยวัยรุ่นชายพบมากกว่าวัยรุ่นหญิง สาเหตุจากดื่มน้ำอัดลม และรับประทานอาหารจานด่วน และพบว่า วัยรุ่นอยู่ในระบบโรงเรียน มีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายเพียงพอจากการเรียนวิชาพลศึกษา แต่หากไม่อยู่ในระบบโรงเรียน กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายจะน้อยลงมาก และร้อยละ 56.3 มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง วันละ 3 ชั่วโมงหรือมากกว่า และมีการออกกำลังกายน้อยเกินไป เนื่องจากใช้อุปกรณ์อิโม่มาก หรือใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ (กระทรวง

สาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2562) ผลการสำรวจยังชี้ว่า วัยรุ่นมีความเครียดในการปรับตัวในชีวิตประจำวันจากวิถีชีวิตที่แข่งขันสูง ต่างคนต่างอยู่มากขึ้น พึ่งพาอาศัยกันได้น้อยลง และวัยรุ่นไทย ร้อยละ 70.6 เคยสูบบุหรี่ โดยเริ่มต้นสูบบุหรี่ก่อนอายุ 14 ปี วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี เสพติดบุหรี่ 375,900 คน เด็กและเยาวชนไทยสูบบุหรี่รายใหม่และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ 200,000 - 300,000 คนต่อปี เด็กและเยาวชนไทยอายุน้อยกว่า 18 ปี ติดบุหรี่และเสพติดบุหรี่ต่อเนื่องถึง 23 ปี กว่าจะเลิกบุหรี่ได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) ปัจจัยสำคัญในการเลิกบุหรี่คือ ความเจ็บป่วย แต่กลับพบว่ากว่าร้อยละ 70 ของผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ต้องการเลิกสูบบุหรี่แต่เลิกไม่สำเร็จ เนื่องจากอำนาจการเสพติดบุหรี่มีสูงมาก (Chotbenjamaporn et al., 2017) ดังนั้นการป้องกันการติดบุหรี่จนถึงอายุ 25 ปี (trigger age period) คือเป้าหมายช่วงวัยสำคัญ เพื่อลดโอกาสเด็กและเยาวชนจะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ในอนาคต (สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

การศึกษาความเครียดในนักเรียนวัยรุ่นในเขตพื้นที่การศึกษาเขต 10 สมุทรสงคราม พบว่าส่วนใหญ่วัยรุ่นมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง สาเหตุเกิดจากความเครียดในชีวิตและสังคม เหตุการณ์ในครอบครัว พัฒนาการตามช่วงวัย และปัญหาด้านเศรษฐกิจ (วันญญา แก้วแก้วปาน, 2564)

บุหรี คือยาเสพติดแรกที่เด็กและเยาวชนเข้าถึงและเสพติดได้ง่ายมากที่สุด และเป็นประตูแรกเปิดสู่โลกยาเสพติดร้ายแรงต่อเนื่อง การติดสิ่งเสพติดร้ายแรงอื่น ๆ เช่น เหล้า เฮโรอีน ฝิ่น กัญชา มีจุดเริ่มต้นจากการติดบุหรีมาก่อน โดยเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมฯ มีปัญหาติดสารเสพติดร้ายแรง ร่วมกับมีประวัติติดบุหรีมาก่อนคือ เสพติดเฮโรอีน/โคเคน (ร้อยละ 95) ฝิ่น/กัญชา (ร้อยละ 75) และสุรา (ร้อยละ 62) ตามลำดับ ดังนั้นเด็กและเยาวชนสูบบุหรีประจำ แม้พยายามเลิกสูบบุหรีแต่ไม่สำเร็จสูงมาก (ร้อยละ 83) เด็กและเยาวชนที่สูบบุหรีประจำ ต้องการจะเลิก แต่ยังไม่เคยลงมือเลิกถึง ร้อยละ 11.6 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) ดังนั้นหากเพิ่มความพยายามและพัฒนาการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรีให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเป้าหมาย จะช่วยให้เลิกสูบบุหรีได้ตั้งแต่วัยแรก ๆ และไม่ก้าวสู่การใช้ยาเสพติดร้ายแรงอื่น ๆ จนกลายเป็นปัญหาระดับชาติที่มีความรุนแรงขึ้น

เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมฯ ส่วนใหญ่พื้นฐานด้อยโอกาสทางสังคมไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียนและมีต้นทุนชีวิตจำกัดกว่าเด็กและเยาวชนทั่วไป จึงมีปัญหาด้านสุขภาพทั้งการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ออกกำลังกายไม่เพียงพอ ปัญหาทางอารมณ์/การจัดการความเครียดและการสูบบุหรี ประกอบกับมีความสามารถในการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในระบบโรงเรียน (Amornsriwatanakul et al., 2017; Gándola, 2020)

จนเป็นปัญหากระทำผิดกฎหมายจนต้องขัง กองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามหลัก 3อ. 2ส. คือใส่ใจอาหารเพื่อสุขภาพ ออกกำลังกายเหมาะสม ดูแลอารมณ์และจิตใจ คลายเครียดแก้ไขปัญหาวิตได้เหมาะสม ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงก่อโรค และพฤติกรรมหลักคือ สูบบุหรี และดื่มสุรา (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2562) ดังนั้นในช่วงเวลาต้องโทษในศูนย์ฝึกฯ ซึ่งมีระยะเวลาตั้งแต่ 1- 5 ปี จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่พยาบาลและทีมสหวิชาชีพจะให้การดูแลช่วยเหลือ กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาเด็กและเยาวชนผ่านโปรแกรมพัฒนาสุขภาพะทั้ง 4 ด้านโดยมีกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทั้งวัยรุ่น พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานพินิจในศูนย์ฝึกฯ ทุกหน่วย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้เด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพะได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ อันจะเป็นต้นทุนพื้นฐานชีวิตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ให้มีสุขภาพะที่ดีในอนาคต

การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาสุขภาพะเด็กและเยาวชนแบบมีส่วนร่วมผ่านการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพประจำแต่ละศูนย์ฝึกฯ ซึ่งรับผิดชอบดูแลเยาวชนตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ตามกรอบตำแหน่งของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีการมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพะองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบบูรณาการผ่านโปรแกรมพัฒนาสุขภาพะที่ออกแบบให้เหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละศูนย์ฝึกฯ และกรอบอัตรากำลังของบุคลากรประจำ การพัฒนาสุขภาพะเด็กและเยาวชน 4 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ (อ1. อาหาร) ด้านกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย (อ2. ออกกำลังกาย) ด้านกิจกรรมบำบัดทางจิตสังคม (อ3. อารมณ์) และด้านการช่วยเลิกบุหรี (ส1. สูบบุหรี) ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัยที่มีรูปแบบปฏิบัติตามบริบทแต่ละศูนย์ฝึกฯ โดยคณะวิจัยสนใจประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสุขภาพะทั้ง 4 ด้านต่อ

สุขภาวะเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกฯ ตามกรอบแนวคิด สุขภาวะ ของ 3 อ. 1 ส. ของกองสุขศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) เพื่อนำผลการศึกษามากำหนด แนวทางการพัฒนาสุขภาวะอย่างสอดคล้องกับบริบท แต่ละศูนย์ฝึกฯ ต่อไป

คณะนักวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย มหิดล ร่วมมือกับกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม พัฒนาศักยภาพบุคลากรประจำที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฝึกฯ ให้สามารถออกแบบโปรแกรมพัฒนา สุขภาวะทั้ง 4 ด้าน สอดคล้องกับแหล่งประโยชน์และ ศักยภาพที่บุคลากรในศูนย์ฝึกฯ เพียงพอที่จะพัฒนา ต่อได้อย่างเป็นระบบ และพัฒนาแบบสอบถามเพื่อ ประเมินผลการใช้โปรแกรมพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชน พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพผ่านกระบวนการวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และ ทักษะการปฏิบัติตน ตามกรอบแนวคิดสุขภาวะ กอง สุขศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขทั้ง 4 ด้าน โดย ประยุกต์กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura (1982) เป็นกรอบ ในการประเมินผลโปรแกรมฯ และอธิบายปรากฏการณ์ ข้างต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

ประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนา สุขภาวะสำหรับเด็กและเยาวชนแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ในกรมพินิจและคุ้มครอง เด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม

สมมติฐานการวิจัย

หลังการนำโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะไปใช้ เด็ก และเยาวชนมีสุขภาวะโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรม ทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งใน

ชีวิต และความทนทานทางอารมณ์ และด้านการเลิกบุหรี่ และการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัยดีกว่าก่อนการนำโปรแกรม การพัฒนาสุขภาวะไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กและเยาวชน ในศูนย์ฝึกและ อบรมเด็กและเยาวชน 5 แห่ง สังกัดกรมพินิจและคุ้มครอง เด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม จำนวน 2,875 คน สถิติสำรวจ ณ วันที่ 6 มีนาคม 2564 (กรมพินิจและคุ้มครอง เด็กและเยาวชน, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 187 คน เลือกโดยการ อาสาสมัคร

เครื่องมือวิจัย คณะผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงให้สอดคล้องกับบริบทในศูนย์ฝึกฯ ประกอบด้วย

1. แบบประเมินสุขภาวะของเด็กและเยาวชน แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนตัว จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ภูมิลำเนา ก่อนเข้าพักในศูนย์ฯ การศึกษา และ ประวัติสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ร่างกาย ชีพจร (ครั้ง/นาที) ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรค ประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่ และประสบการณ์การ เลิกบุหรี่

1.2 พฤติกรรมบริโภคอาหาร จำนวน 46 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนักตัว ส่วนสูง อาหารรับประทานบ่อย อาหารที่ชอบและความรู้เกี่ยวกับอาหาร ประยุกต์จากแบบ ประเมินโภชนาการของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข การแปลผล คะแนนมาก หมายความว่ามีการบริโภคดีต่อ สุขภาพ คะแนนน้อยหมายถึงมีการบริโภคอาหารไม่ดีต่อ สุขภาพ

1.3 การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย

จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย ชนิด ความถี่การออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน การประเมินสมรรถภาพร่างกาย ฯลฯ ประยุกต์จากแบบประเมินการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายของคณะกรรมการนานาชาติเพื่อจัดทำมาตรฐานการทดสอบความสมรรถภาพทางกาย (International Committee Standard of Physical Fitness Test [ICSPFT]) (ณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันท์ และ ญาณภัทร สีหะมงคล, 2564) มีการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางพลศึกษาโดยนักวิชาการพลศึกษา ซึ่งศูนย์ฝึกและอบรมฯ ประยุกต์มาใช้ประเมินสมรรถภาพร่างกายเด็กและเยาวชนเป็นงานประจำ การแปลผล คะแนน หมายถึง มีสมรรถภาพร่างกายที่ดี คะแนนน้อย หมายถึงมีสมรรถภาพร่างกายไม่ดี

1.4 การจัดการความเครียด ความแข็งแรงใน ชีวิต และความทนทานทางอารมณ์ ดัดแปลงจากแบบประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 ข้อ การแปลผล คะแนน หมายถึง มีการจัดการความเครียด ความแข็งแรงในชีวิต และความทนทานทางอารมณ์มาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการจัดการความเครียด ความแข็งแรงในชีวิตและความทนทานทางอารมณ์น้อย

1.5 การเลิกบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์จากแบบติดตามความสำเร็จในการช่วยเลิกบุหรี่ของแผนงานพัฒนาศูนย์ฝึกฯ ปลอดบุหรี่ มีการแปลผลเพื่อการจัดการช่วยเหลือ ละ เลิกบุหรี่ให้เหมาะสมตามความต้องการของเด็กและเยาวชนและติดตาม 3 และ 6 เดือน

1.6 การจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย ประกอบด้วย 20 ข้อ การแปลผล คะแนน หมายถึงมีการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ดี คะแนนน้อย หมายถึงมีการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ไม่ดี

1.7 สุขภาวะโดยรวม จำนวน 9 ข้อ ดัดแปลงจากแบบประเมินสุขภาวะเด็กและวัยรุ่น ของกองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การแปลผล คะแนน หมายถึง

สุขภาวะโดยรวมในระดับสูงหรือดี คะแนนน้อย หมายถึง สุขภาวะโดยรวมในระดับต่ำหรือไม่ดี

2. โปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ 4 ด้าน โดยแต่ละศูนย์ฝึกฯ มีการปฏิบัติสอดคล้องกับแนวคิด 3อ. 1ส. ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจ " พินิจ ด้วยรัก พิทักษ์ด้วยใจ " ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม ดังนี้

2.1 กิจกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ

(อ.1 อาหาร) ประกอบด้วยกิจกรรม อาหารเสริมสุขภาพ เพิ่มมวลร่างกาย ครัมภ์ิตาสะอาด รสชาติอร่อย และเกษตรพอเพียงเพื่ออาหารกลางวัน ผักสวนครัว รั้วศูนย์ฝึก สะอาดปลอดภัย ไร้สารฆ่าแมลง Good food Good health, และ อยู่ยุคครัวสะอาด รสชาติอร่อย

2.2 กิจกรรมออกกำลังกายและทำกิจกรรมทางกาย (อ.2 ออกกำลังกาย) ประกอบด้วย กิจกรรมออกกำลังกายด้วยกัน sport day เหน้ทุกวันพุธ healthy youth และ อสม.น้อย (nurse volunteer) แบดมินตันและ เทเบิลเทนนิส Fit for health และออกกำลังกายดีที่อยุธยา

2.3 กิจกรรมผ่อนคลายและจัดการความเครียด (อ.3 อารมณ์) ประกอบด้วย กิจกรรมเยาวชนแกนนำปลูกพลังบวก เสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ กิจกรรม art in holiday, และกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม และค่านิยมที่พึงประสงค์ ดนตรีเพราะดี ชีวิตมีสุข อารมณ์ดี และอยู่ยุคอารมณ์ดีมีสุข

2.4 กิจกรรมลด ละ เลิกยาสูบและสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ (ส.1 สูบบุหรี่) ประกอบด้วย สะสมตราประทับรางวัลไร้ควันบุหรี่ คลินิกฟ้าใสทางไกลบุหรี่ ยาสูบ-อย่าสูบ และศูนย์สีขาวปลอดบุหรี่

คุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 แบบประเมิน

พฤติกรรมบริโภคอาหารทั้งพฤติกรรม ความชอบและความรู้ รวม 3 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80, 0.72, และ 0.71 ตามลำดับ แบบประเมินการจัดการความเครียด ความแข็งแรงในชีวิต และความทนทานทางอารมณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72, 0.65, และ 0.78 ตามลำดับ และแบบประเมินการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัยในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการของทุกศูนย์ฝึกและอบรมฯ ตั้งแต่พฤศจิกายน 2564 - พฤษภาคม พ.ศ. 2565

เด็กและเยาวชนปฏิบัติตามโปรแกรมพัฒนาสุขภาวะ แต่ละด้านครบทั้ง 4 ด้านอย่างต่อเนื่องตามข้อ 2.1 -2.4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 -3 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 เดือน รวม 8 ครั้งโดยมีพยาบาลและทีมสหวิชาชีพอธิบายให้ความรู้และดูแลการทำกิจกรรมทุกครั้ง

เด็กและเยาวชน ตอบแบบประเมินสุขภาวะ ทั้ง 7 ส่วน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA No. IRB -NS 2021/636.271 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2564 คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับส่วนบุคคล และให้สิทธิใน

การปฏิเสธระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนตัว** เด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่เพศชาย จำนวน 165 คน (88.2%) ประมาณครึ่งหนึ่ง (50.5%) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.1 ไม่มีโรคประจำตัว

2. **ผลการประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะสำหรับเด็กและเยาวชนแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ในกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม** พบว่าสุขภาวะโดยรวมของเด็กและเยาวชนดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะ ในรายด้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะ เด็กและเยาวชน มีการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และความทนทานทางอารมณ์ และการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 แต่มีการออกกำลังกายและความแข็งแรงในชีวิตน้อยกว่า (ตาราง 1) เด็กและเยาวชน ร้อยละ 82.9 สามารถเลิกบุหรี่ได้เมื่อติดตามในระยะ 3 เดือน แต่เมื่อติดตามต่อในระยะ 6 เดือน มีจำนวนผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ลดลงเหลือร้อยละ 71.7 (ตาราง 2)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของสภาวะโดยรวมและรายด้านของเด็กและเยาวชนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t-test (n = 187 คน)

สภาวะ/ ระยะเวลาทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t	p-value
	M ± SD	M ± SD		
ด้านการบริโภคอาหาร				
อาหารรับประทานบ่อย	2.79 ± 0.34	3.11 ± 0.42	-3.11	.002
อาหารที่ชอบรับประทาน	2.67 ± 0.34	2.83 ± 0.67	-9.28	<.001
ความรู้/ตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพ	3.55 ± 0.70	4.11 ± 0.65	-8.56	<.001
ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย				
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	63.27 ± 11.47	62.75 ± 12.09	0.88	.376
ดัชนีมวลกาย (BMI: กก./ม.2)	22.53 ± 3.49	22.34 ± 3.19	1.23	.218
สมรรถภาพร่างกายพื้นฐาน	22.61 ± 5.23	3.79 ± 0.66	49.12	<.001
ด้านการจัดการความเครียด/ความแข็งแกร่งในชีวิต/ความทนทานทางอารมณ์				
การจัดการความเครียด	3.40 ± 0.84	4.18 ± 0.65	-10.90	<.001
ความแข็งแกร่งในชีวิต	2.49 ± 0.30	2.40 ± 0.25	3.30	.001
ความทนทานทางอารมณ์	2.64 ± 0.67	3.10 ± 0.72	-6.52	<.001
ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมบุหรื				
การจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในศูนย์ฝึกฯ	3.41 ± 0.84	4.19 ± 0.66	-10.91	<.001
สภาวะโดยรวม				
สภาวะทางกาย	8.41 ± 1.11	8.52 ± 1.05	-1.10	.275
สภาวะทางใจ	7.92 ± 1.52	8.27 ± 1.34	-2.32	.020

ตาราง 2 จำนวน (f) และร้อยละ(%) ของเด็กและเยาวชนที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรืได้ที่ระยะ 3 และ 6 เดือน (n = 187 คน)

ความสำเร็จในการเลิกบุหรื	ระยะ 3 เดือน		ระยะ 6 เดือน	
	f	%	f	%
เลิกได้แล้ว	155	82.9	134	71.7
ยังเลิกไม่ได้แต่ลดจำนวนลง	24	12.8	36	19.3
กลับไปสูบบุหรี่อีกแล้ว	1	0.5	12	6.4
ไม่ตอบ	7	3.7	5	2.7

โดยสรุป โปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะสำหรับเด็กและเยาวชนแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ฝึกและอบรมมีผลทำให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาวะโดยรวมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย และสนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1982) และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ศรีธัญญา และคณะ (2562) Battaglia และคณะ (2013) Brusseau และคณะ (2018) Burns และคณะ (2016) Damodaran และ Paul (2015) และ Osteras และคณะ (2015) เพราะกิจกรรม 4 ด้านส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการสังเกต การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้และปรับพฤติกรรมตนเองผ่านการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบในสังคม เช่น พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น และเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง เป็นประสบการณ์ตรงที่เด็กและเยาวชนได้ลงมือปฏิบัติระหว่างอยู่ในศูนย์ฝึก และเป็นประสบการณ์จากภาพที่เห็นร่วมกับประสบการณ์จากการปฏิบัติด้วยตนเอง ทีมสหวิชาชีพในศูนย์ฝึกฯ คือนักจิตวิทยา ครูพลศึกษา/สุขศึกษา พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์เป็นกลไกสนับสนุนและส่งเสริมเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กและเยาวชน ส่งผลเชิงโน้มน้าวและชักจูงให้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมอย่างยินดีเต็มใจ ภายใต้การตัดสินใจและยอมรับของตนเองร่วมกับสภาพแวดล้อมที่ลดความกดดันจากจัดกิจกรรมผ่อนคลายจิตใจ ได้แก่ การวาดภาพร่วมกับการสะท้อนคิดจากภาพ วาดรายบุคคลและกลุ่ม การร้องเพลง การเล่นเกม และการสนับสนุนจากปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อารมณ์ผ่อนคลายหลังร่วมกิจกรรม การสะท้อนคิดและมีโอกาสพูดคุยแสดงความคิดเห็นเพื่อส่งเสริมความนึกคิดทางปัญญา และปัจจัยทางชีวภาพของเด็กและเยาวชน เมื่อร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกับการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

แบบขยับกายมากขึ้น สอดคล้องกับพัฒนาการวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่อยู่ในวัยเรียนรู้และสมรรถภาพกายสมบูรณ์มากที่สุดของชีวิต ดังนั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดการพัฒนาความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกันและมีพัฒนาการทางพฤติกรรมและอารมณ์ในทางสร้างเสริมสุขภาวะดีขึ้น ส่งผลเกิดการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1982) และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งเชื่อว่าน่าจะพัฒนาขึ้นบ้างหลังทำกิจกรรมตามตารางเวลาที่แต่ละศูนย์ฝึกและอบรมฯ กำหนด

การทำกิจกรรมสร้างสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน ในศูนย์ฝึกฯ ส่งผลสะท้อนกลับทางสรีระของเด็กและเยาวชนศูนย์ฝึกฯ เกิดการตระหนักรู้ด้านอาหาร สุขภาพเชิงบวก เสริมสมรรถภาพทางกายที่ดี ปรับเปลี่ยนความเครียด/อารมณ์/การจัดการความเครียด พัฒนาอารมณ์เชิงบวก และการจัดการสิ่งแวดล้อมช่วยเหลือกันหรือ จนสรุปว่าการสร้างการเรียนรู้สุขภาวะในเด็กและเยาวชนผ่านกิจกรรม 4 ด้าน นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาวะในเด็กและเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพ (ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา และคณะ, 2562; Osteras et al., 2015; Brusseau et al., 2018; Burns et al., 2016; Battaglia, et al., 2013; Damodaran, & Paul, 2015) ภายใต้บริบทของศูนย์ฝึกฯ แต่ละแห่งที่มีแหล่งประโยชน์จากอุปกรณ์และความพร้อมของบุคลากรที่มีความรู้ทักษะและความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน (Bandura, 1982)

กิจกรรมลด ละ เลิกบุหรี่สำหรับเด็กและเยาวชน โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งมีการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่จริงจังที่กำกับดูแล และควบคุมได้ อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จในกลุ่มตัวอย่างจึงสูงถึง ร้อยละ 82.9 ในการติดตาม 3 เดือน และลดลงเหลือ ร้อยละ 71.7 เมื่อติดตามระยะ 6 เดือน ซึ่งสูงกว่าอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของบุคคลทั่วไปที่อยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมที่กำกับควบคุมปัจจัยภายนอกได้ยากและไม่มีการกำกับดูแล

จัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ที่จริงจังเท่าในพื้นที่ศูนย์ฝึกฯ ดังนั้นเมื่อเด็กและเยาวชนมีกิจกรรมกลับไปเยี่ยมบ้าน พบเห็นญาติพี่น้อง เพื่อนที่เคยรู้จักสูบบุหรี่ หรือออกไปฝึกอาชีพนอกศูนย์ฝึกฯ พบเห็นได้กลิ่นควันบุหรี่ มักทนความเย้ายวนของอาการอยากนิโคตินไม่ได้ จึงหวนกลับไปสูบบุหรี่ อีก สอดคล้องกับการศึกษาของวนัญญา แก้วแก้วปาน (2564) และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2562) ซึ่งพบว่าบรรยาการสังคมรอบตัวที่บ้านเยาวชนที่มีผู้แสดงพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการบริโภคอาหาร ไม่ออกกำลังกาย มีการเผชิญกับความกดดันจากปัญหาในครอบครัว หรือปัญหาเศรษฐกิจ และการสูบบุหรี่ ทำให้เยาวชนกลับไปมี

พฤติกรรมเสี่ยงอีกครั้งได้ง่าย และเป็นสิ่งแวดล้อมที่กำกับควบคุมยาก และยังสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ด้วยเพื่อเสริมความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ (World Health Organization, 2019)

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมการพัฒนาสุขภาวะสำหรับเด็กและเยาวชนแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสุขภาวะเด็กและเยาวชนต่อเนื่อง หากนำไปใช้ในเด็กและเยาวชนกลุ่มอื่น ควรทดสอบประสิทธิภาพผลซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงยุติธรรม. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (2564). สถิติเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนในสังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม. มปท.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพศึกษา. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2562). รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2558. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันท์ และ ญาณภัทร สีหะมงคล. (2564). การสร้างเกณฑ์ปกติสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับทักษะของนิสิตสาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 27(2), 99 -115.
- วนัญญา แก้วแก้วปาน. (2564). การศึกษาความเครียดของนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 32(2), 13-28.
- ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา, วนลดาทองใบ, และ จีราภรณ์กรมบุตร. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 31(2), 85-97.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). จัปตาศักยภาพคนไทย ปี 2563. สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- Amornsriwatanakul, A., Lester, L., Bull, F. C., & Rosenberg, M. (2017). Are Thai children and youth sufficiently active prevalence and correlates of physical activity from a nationally representative cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(72), 1-9.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy: Mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Battaglia, C., di Cagno, A., Fiorilli, G., Giombini, A., Fagnani, F., Borrione, P., Marchetti, M., & Pigozzi, F. (2013). Benefits of selected physical exercise programs in detention: A randomized controlled study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 5683-5696.
- Brusseau, T. A., Burns, R. D., & Hannon, J. C. (2018). Physical activity and health-related fitness of adolescents within the juvenile justice system. *BioMed Research International*, Article 9710714. <https://doi.org/10.1155/2018/9710714>
- Burns, R. D., Brusseau, T. A., Fu, Y., Myrer, R. S., & Hannon, J. C. (2016). Comprehensive school physical activity programming and classroom behavior. *American Journal of Health Behavior*, 40(1), 100-107. <https://doi.org/10.5993/AJHB.40.1.11>
- Chotbenjamaporn, P., Haruhansapong, V., Jumriangnt, P., Pitayarangsarit, S., Agawal, N., & Garg, R. (2017). Tobacco use among Thai students: Results from the 2015 global youth tobacco survey. *Indian Journal of Public Health*, 61(S1), 40-46.
- Damodaran, D., & Paul, K. V. (2015). Stress management among adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 104-111.
- Gándola, D. (2020). The power of self-efficacy: helping your children believe in themselves. *Family Perspectives*, 2(1), 1-4.
- Osteras, B., Sigmundason, H., & Haga, M. (2015). Perceived stress and musculoskeletal pain are prevalent and significantly associated in adolescents: An epidemiological cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(1081), 1-10.
- World Health Organization. (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>