

Effectiveness of a Process to Decrease Inappropriate Health Behaviors and Increase Life Cost of Young Adults through Community Participation¹

Arissara Sukwatjane²

Received: June 11, 2015

Accepted: July 5, 2015

Abstract

The purposes of this study were to explore: 1) inappropriate health behaviors and life cost situations among young adults and 2) effectiveness of a process to decrease inappropriate health behaviors and increase life cost for young adults through community participation. Action Research with an integration of both qualitative and quantitative approaches was designed for the study. 484 participants were purposively recruited from students of high school grade 1-6 living in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province to participate in 6 projects: 1) safety driving; 2) safety sex; 3) antidrug addict; 4) family model; 5) devoted mind; and, 6) football team; established to decrease inappropriate health behaviors and increase and life cost among participants for 6 months. Quantitative data assessing the participant's inappropriate health behaviors and life cost levels were analyzed by mean different statistics. Qualitative data from interviewing, focus group discussion, observation, and field notes were analyzed by content analysis. The results revealed that after 6-month study participation, the participants reported significantly decreased inappropriate health behavior level while their life asset level significantly increased at $p < .05$. The inappropriate health behaviors among participants were: 1) no exercising; 2) drinking; 3) unsafe sex; 4) violence; 5) no helmet; 6) unhealthy eating; 7) smoking; and, 8) drug addict, respectively. Their life assets derived from 5 powers of: 1) themselves; 2) family; 3) school; 4) friend; and, 5) community, respectively. The projects achieved the goals and received continuously support from the community administrators because it served the needs of the community. The recommendation was that should to study factors causing the inappropriate behaviors of young adults for better develop the program.

Keywords: Community, Inappropriate Health behavior, Life Cost, Young Adult

¹ Research of Srinakharinwirot University

² Lecturer in Adult and Elderly Nursing Department, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

Email: arissara@swu.ac.th

ผลของกระบวนการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิตของเยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน¹

อริสรา สุขวัจน์²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา: 1) สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชน; และ, 2) ผลของกระบวนการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิตของเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผู้เข้าร่วมวิจัย 484 คนถูกคัดเลือกแบบเจาะจงจากนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อเข้าร่วมโครงการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิต 6 โครงการ: 1) ขับขี่ปลอดภัยใช้หมวกกันน็อค; 2) รักนวลสงวนตัว; 3) วัยรุ่นวัยใสไม่ฝักใฝ่ยาเสพติด; 4) ครอบครัวต้นแบบ; 5) จิตอาสา; และ 6) ทีมฟุตบอลเยาวชนเป็นเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของวัยรุ่นและแบบประเมินต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม สังเกตและบันทึกภาคสนามด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมวิจัยเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ร่วมวิจัยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่มีระดับต้นทุนชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้เข้าร่วมวิจัยคือ: 1) ขาดการออกกำลังกาย; 2) ดื่มสุรา; 3) ไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์; 4) ทะเลาะวิวาท; 5) ไม่สวมหมวกนิรภัย; 6) บริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ; 7) สูบบุหรี่; และ, 8) เสพยาบ้า ตามลำดับผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับต้นทุนชีวิตจาก 5 แหล่ง: 1) พลังตัวตน; 2) พลังครอบครัว; 3) พลังโรงเรียน; 4) พลังเพื่อน; และ, 5) พลังชุมชนตามลำดับ โครงการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิตประสบความสำเร็จและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้นำชุมชนเนื่องจากเป็นความต้องการของชุมชน ข้อเสนอเพื่อการวิจัยคือการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเยาวชน เพื่อให้สามารถนำมาพัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรมให้เกิดความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ชุมชน พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ต้นทุนชีวิต เยาวชน

¹ งานวิจัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Email: arissara@swu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าเยาวชนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ปัญหาที่พบบ่อยคือ การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โรคเอดส์ การตั้งครกก่อนวัยอันควร (Whalen et al., 2012) จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในกรุงเทพมหานครพบว่า ร้อยละ 50.1 ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 18.8 ดื่มสุราขณะขับขี่ยานพาหนะ ร้อยละ 7 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 2.1 ตั้งครกก่อนวัยอันควร (Ruangkanchanasetr, 2005) จากการสำรวจการใช้คอมพิวเตอร์ของเยาวชนไทยพบว่าใช้อินเทอร์เน็ตเล่นเกมออนไลน์ 3.1 ชั่วโมงต่อวัน (วัยรุ่นไทยกับเกมออนไลน์, 2556) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ คือ การไม่สามารถควบคุมอารมณ์และความต้องการได้ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี การได้รับสิ่งกระตุ้นจากสื่อต่างๆ ความเชื่อและค่านิยมในกลุ่มเพื่อน การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด (Santelli, 2004) โดยเฉพาะการดื่มสุรามักก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร ปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศและการฝ่าฝืนกฎหมายในรูปแบบต่างๆ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของเยาวชนซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ (สลิษา หลิมศิริโรรัตน์ ประภา ยุทธไตร และช่อทิพย์ สันธนะนิช, 2553)

การแก้ไขปัญหามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่ผ่านมาใช้การมองปัญหาเป็นตัวเอง เมื่อเกิดปัญหาแล้วจึงแก้ไขทำให้ไม่สามารถป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การสร้างต้นทุนชีวิตของเยาวชนให้เกิดการป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจึงน่าจะเป็นวิธีการที่มีประโยชน์และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้มากกว่า รวมทั้งช่วยให้เยาวชน ครอบครัวและ

สังคมเกิดภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงเพื่ออนาคตของประเทศชาติต่อไป อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจุบันจะมีหน่วยงานต่างๆให้ความสนใจในการสร้างเสริมกิจกรรมให้เยาวชนมีต้นทุนชีวิตที่ดีแต่ก็ไม่สามารถหยุดยั้งปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่างๆได้ อาจเป็นเพราะกิจกรรมที่มีอยู่มีปริมาณไม่เพียงพอกับจำนวนเยาวชน ประกอบกับครอบครัว โรงเรียนและชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมดังกล่าว (สุริยเดว ทรีปาตี, 2552) ในส่วนนี้แนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะจึงเกิดขึ้น โดยเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในชุมชนเข้าไปมีส่วนในการกำหนดกิจกรรมต่างๆเพื่อเป็นการแก้ปัญหาของชุมชน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2548)

สำหรับกลุ่มเยาวชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเช่นเดียวกัน จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรม การมีแหล่งอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ทำให้ผู้ปกครองของเยาวชนต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้เวลาในการดูแลบุตรหลานลดน้อยลงกว่าแต่ก่อน ดังนั้นเยาวชนส่วนใหญ่มักใช้เวลาอยู่กับเพื่อนและสื่อออนไลน์ การทำตามกระแสนิยมระหว่างกลุ่มเพื่อนและสิ่งเร้าจากสื่อได้ชักนำให้เยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ จากสถิติผู้ป่วยเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมาของโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีเยาวชนของชุมชนที่ศึกษาได้รับบาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์และยานพาหนะอื่น 56 คนและเสียชีวิต 7 คน สาเหตุจากดื่มสุราและขับรถโดยประมาท นอกจากนี้ยังพบเยาวชนมีโรคทางเพศสัมพันธ์ 22 คน ในกลุ่มนี้ติดเชื้อเอดส์ 8 คน (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา,

2556; โรงพยาบาลบางบาล, 2556; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาพรหมณ์, 2556) จากเพิ่มสุขภาพนักเรียนของโรงเรียนในเขตชุมชนที่ศึกษา เยาวชนมีภาวะน้ำหนักเกินและขาดการออกกำลังกายร้อยละ 61 (โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2556) มีคดีพิพาทกับสิ่งเสพติด ได้แก่ บุหรี่ กัญชา ยาบ้าและยาไอซ์ทั้งเพศและชื้อชายเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา 11 คน (สถานีตำรวจอำเภอบางบาล, 2556; ทัศนสถานวิทยุหนุ่มจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2556) จัดได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติของเยาวชนในชุมชนที่ศึกษา สมควรที่องค์กรที่เกี่ยวข้องจะดำเนินการหามาตรการเพื่อการแก้ปัญหา นี้โดยรีบด่วน

ด้วยความจำเป็นดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าควรผลักดันให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โรงเรียน ผู้นำชุมชนและองค์กรบริหารส่วนตำบลของชุมชนที่ศึกษา ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนจากพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8 วรรค 1 ได้ระบุให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร่วมมือ ส่งเสริม และประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในระดับท้องถิ่นให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และในการจัดทำแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนตามวาระหนึ่ง ให้คำนึงถึงหลักการและแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนและประชาสังคมในท้องถิ่นด้วย (พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ. ศ. 2550, 2556)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินงานปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิตของเยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ศึกษา เพื่อนำไปกำหนดนโยบายในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนในชุมชนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชนในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิตของเยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนหลังเข้าร่วมวิจัยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย
2. คะแนนต้นทุนชีวิตของเยาวชนหลังเข้าร่วมวิจัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของอำพล จินดาวัฒนะ (2548) และแนวคิดต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทยของสุริยเดว ทรีปาตี (2552) เป็นแนวคิดที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการกำหนดนโยบายเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ต้นทุนชีวิตของเยาวชนอันประกอบด้วยพลังตนเอง พลังเพื่อน พลังโรงเรียน พลังครอบครัว และพลังชุมชนมากำหนดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในชุมชนที่ศึกษา พลังตนเองคือความเชื่อมั่นในตนเอง พลังเพื่อนคือการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในกลุ่มเพื่อน พลังโรงเรียนคือความรู้และระเบียบวินัย พลังครอบครัวคือความรัก ความเอาใจใส่ ความเป็นแบบอย่างที่ดี

ของบิดามารดา พลังชุมชนคือความเอื้ออาทร การเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต้นทุนชีวิตเป็นปัจจัยเชิงบวกขั้นพื้นฐานของเด็กและเยาวชนไทยที่ทำให้มีการพัฒนาทางด้านจิตใจ สังคมและสติปัญญา ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนชีวิตภายในได้แก่ การมองเห็นคุณค่าในตัวเองและผู้อื่น การเสียสละ ความมั่นใจในตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตตนเอง การปรับตัวให้อยู่กับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่าง ทักษะการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆและการแก้ปัญหาด้วยสติปัญญามากกว่าอารมณ์ และต้นทุนชีวิตภายนอกได้แก่ ความรัก ความอบอุ่น การเอาใจใส่และการสนับสนุนจากครอบครัวและโรงเรียน ผู้ปกครอง ครู บุคคลในชุมชนเป็นแบบอย่างที่ดี มีเพื่อนที่ชักนำในทางที่ดี มีกิจกรรมที่สร้างสรรค์ทั้งในครอบครัว โรงเรียนและชุมชน การได้รับมอบหมายหน้าที่ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ชุมชนมองเห็นคุณค่าของวัยรุ่นและมีการจัดกิจกรรมสนับสนุนให้วัยรุ่นได้แสดงออกทั้งด้านการออกกำลังกาย การสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นและกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมต่างๆ จากผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนที่ผ่านมาพบว่าหากเยาวชนมีต้นทุนชีวิตที่ดีมากขึ้นเท่าใดจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นเท่านั้น (Benson et al., 1998; Duncan, 2007; Leffert et al., 1998; Murphey et al., 2004; Sabaratnam & Klein, 2006)

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเยาวชน ผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ตำรวจและผู้นำชุมชน ร่วมมือกันดำเนินงานปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิต

ของเยาวชนที่ศึกษา การดำเนินงานวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2557 ถึงเดือนธันวาคม 2557

สถานที่ดำเนินงานวิจัย คือชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สาเหตุที่เลือกศึกษาชุมชนนี้เพราะชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีแหล่งอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ทำให้ผู้ปกครองของเยาวชนต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาดูแลบุตรหลาน เยาวชนส่วนใหญ่มักใช้เวลาอยู่กับเพื่อนและเกมส์ออนไลน์ การทำตามกระแสนิยมระหว่างกลุ่มเพื่อนและสิ่งเร้าจากสื่อได้ชักนำให้เยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เยาวชนของชุมชนที่ศึกษาได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต มีโรคทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ มีภาวะน้ำหนักเกินและขาดการออกกำลังกายและมีคิพัวพันกับสิ่งเสพติด สมควรอย่างยิ่งที่ผู้นำในชุมชนและองค์กรท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องจะดำเนินการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมปัญหานี้อย่างรีบด่วน

ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นเยาวชนจำนวน 484 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยคือ: 1) เป็นเยาวชนเพศชายและหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จากโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2) พักอาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษา; และ 3) สมัครใจเข้าร่วมศึกษา

เครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของวัยรุ่น ผู้วิจัยปรับจากแบบประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของวัยรุ่นของจรยา เศรษฐพงศ์ (2550) เป็นการประเมินพฤติกรรมไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ 8 ด้านคือ อุบัติเหตุจราจร ความรุนแรง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ การบริโภคและการออกกำลังกาย ประกอบด้วยคำถาม

65 ข้อ เป็นแบบวัด 4 ระดับคือ 0 = ไม่เคย, 1 = บางครั้ง, 2 = บ่อยครั้งและ 3 = เป็นประจำ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน แต่ละด้านแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับคือ: 0 คะแนน = ไม่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม, 1 - 32 คะแนน = มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมน้อย, 33 - 49 คะแนน = มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมปานกลาง และ 50 - 65 = มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมมาก

2. แบบประเมินต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน ผู้วิจัยปรับจากแบบประเมินต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนของสุริยเดว ทรีปาตี (2552) เป็นการประเมินต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนที่ประกอบด้วย 5 พลังคือ พลังภายในตัวตน พลังครอบครัว พลังชุมชน พลังโรงเรียนและพลังเพื่อน ประกอบด้วยคำถาม 48 ข้อ เป็นแบบวัด 4 ระดับคือ 0 = ไม่เคย, 1 = บางครั้ง, 2 = บ่อยครั้งและ 3 = เป็นประจำ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน แต่ละพลังแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับคือ: 0 - 24 คะแนน = ค่อนข้างน้อย, 25 - 29 คะแนน = ปานกลาง, 30 - 39 คะแนน = ดีและ 40 - 48 = มีต้นทุนชีวิตอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้ง 2 ชุดไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .75 หลังจากนั้นนำแบบประเมินทั้ง 2 ชุดไปทดลองใช้กับเยาวชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นก่อนทำการเก็บข้อมูล ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของวัยรุ่นเท่ากับ .78 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนเท่ากับ .81

ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระเบียบวิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้แนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของอำพล จินดาวัฒนะ (2548) และแนวคิดต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทยของสุริยเดว ทรีปาตี (2552) ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิตของเยาวชนซึ่งมีการดำเนินงาน 4 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (ระยะเวลา 3 เดือน)

1.1 ผู้วิจัยสร้างความเข้าใจกับพื้นที่ที่ศึกษา มีการประชุมเดือนละครั้งเป็นเวลา 3 ครั้ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการแก่ผู้นำชุมชนและผู้บริหารขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ประชุมหารือเพื่อให้เห็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนในพื้นที่และผลกระทบ

1.2 รวบรวมข้อมูลเยาวชนในชุมชนที่ศึกษาด้วยการจัดประชุมกลุ่มเยาวชน ผู้ปกครองและครูเดือนละ 2 ครั้งเป็นเวลา 6 ครั้ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ แจกแบบประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพและแบบประเมินต้นทุนชีวิตเยาวชนที่ศึกษา สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องเพื่อทราบความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขและศึกษาแผนพัฒนาตำบลย้อนหลัง 5 ปี

2. ระยะทำแผนการดำเนินงาน (ระยะเวลา 3 เดือน)

2.1 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพและแบบประเมินต้นทุนชีวิตของเยาวชนที่ศึกษาแก่ที่ประชุม

2.2 ร่วมวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพโดยการจัดเวทีประชุมเดือน

ละครั้งเป็นเวลา 3 ครั้ง เพื่อให้เยาวชนและผู้นำในชุมชนร่วมกันเสนอปัญหาและความต้องการ

2.3 กำหนดเป้าหมายและนโยบายสาธารณะ พร้อมทั้งเสนอโครงการและกิจกรรมที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เพื่อหามาตรการป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพและพัฒนาต้นทุนชีวิตของเยาวชนให้สอดคล้องกับต้นทุนทางสังคมของชุมชนที่ศึกษา

3. ระยะดำเนินงานตามแผน (ระยะเวลา 6 เดือน) ระยะนี้เป็น การดำเนินกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม แนวทางการกำหนดกิจกรรมใช้ทฤษฎีต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทยของสุริยเดว ทรีปาตี (2552) เป็นตัวกำหนด ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินงานดังนี้

3.1 ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาเยาวชน เป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของเยาวชนในชุมชน ได้แก่ จัดตั้งกลุ่มเยาวชนประจำตำบล ดำเนินงานกลุ่มโดยตัวเยาวชนเอง มีครูและผู้ปกครองเป็นที่ปรึกษา ซึ่งชุมชนจะร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มต้นทุนชีวิตภายในแก่เยาวชน ได้แก่:

- 1) โครงการขับขี้อุดกัญชงใช้หมวกกันน็อก 2) โครงการรักษานวลสงวนตัวและ 3) โครงการวัยรุ่นวัยใสไม่ฝักใฝ่ยาเสพติด สำหรับโครงการขับขี้อุดกัญชงใช้หมวกกันน็อกและโครงการรักษานวลสงวนตัว เป็นการส่งเสริมให้เยาวชนมองเห็นคุณค่าในตัวเองและผู้อื่น และโครงการวัยรุ่นวัยใสไม่ฝักใฝ่ยาเสพติด เป็นการสนับสนุนให้เยาวชนมีความมั่นใจในตนเองและมีทักษะการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ นอกจากนี้มีการสนับสนุนให้เยาวชนเขียนขอทุนสนับสนุนโครงการจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

3.2 ดำเนินกิจกรรมสนับสนุนการมีส่วนร่วม

ของชุมชน เป้าหมายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียนและชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชน ซึ่งชุมชนจะร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มต้นทุนชีวิตภายนอกแก่เยาวชน ได้แก่ 1) โครงการครอบครัวต้นแบบ 2) โครงการจิตอาสาและ 3) โครงการจัดตั้งทีมฟุตบอลเยาวชนเพื่อสนับสนุนให้เยาวชนใช้เวลาว่างมาออกกำลังกายแทนการเล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ สำหรับโครงการครอบครัวต้นแบบ เป็นการส่งเสริมความรัก ความอบอุ่น การเอาใจใส่และการสนับสนุนในทางที่ดีจากครอบครัว ส่วนโครงการจิตอาสา เป็นการส่งเสริมให้เยาวชนทำหน้าที่ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน และโครงการจัดตั้งทีมฟุตบอลเยาวชน เป็นการทำให้ชุมชนมองเห็นคุณค่าของวัยรุ่นและมีการจัดกิจกรรมสนับสนุนให้วัยรุ่นได้แสดงออกด้านการออกกำลังกาย

4. ระยะประเมินการดำเนินงาน (ตลอดโครงการวิจัย ระยะเวลา 12 เดือน) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเยาวชน ผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชนและตัวแทนองค์กรท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมถอดบทเรียน สะท้อนคิดและหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะเดือนละครั้งเป็นเวลา 12 ครั้ง แจกแบบประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพและแบบประเมินต้นทุนชีวิตเยาวชนที่ศึกษาอีกครั้งเพื่อดูความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC/X-077/2557 ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยเพื่อทำการศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจจะ

เกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลทางกฎหมายใดๆ รวมทั้งไม่เปิดเผยชื่อของผู้ร่วมวิจัย และผ่านการขออนุญาตทำการวิจัยต่อชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของวัยรุ่นและแบบประเมินต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนด้วยสถิติวิเคราะห์ความแตกต่างแบบ paired-samples t test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มสังเกตและบันทึกภาคสนามด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา นำเสนอประเด็นที่ได้จากการศึกษาโดยมีการเชื่อมโยงผลจากเชิงปริมาณมายังเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชนในชุมชน

1.1 ลักษณะบุคคลของเยาวชน ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเยาวชนระดับชั้นมัธยมศึกษาที่ 1-6 จากโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2 โรงเรียนจำนวน 484 คน เป็นหญิง 300 คน ชาย 184 คน มีอายุระหว่าง 15-20 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสูงกว่าปกติร้อยละ 37.5 ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 800 บาท โดยร้อยละ 6 ที่ระบุว่าค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ร้อยละ 83.6 อาศัยอยู่กับบิดามารดา เยาวชนใช้เวลาว่างดูโทรทัศน์เป็นอันดับ 1 รองลงมาคือเล่นกีฬาและสังสรรค์กับเพื่อน (ร้อยละ 39.4, 23.1, 13.8 ตามลำดับ) มีเพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้นที่ใช้เวลาว่างอ่านหนังสือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ห่างเหินจากครอบครัว ส่วนใหญ่ครอบครัวจะช่วยแก้ปัญหาให้เวลามีปัญหา มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่ครอบครัวไม่

สนใจแก้ปัญหา บุคคลแรกที่เยาวชนจะปรึกษาเมื่อมีปัญหาคือเพื่อน รองลงมาคือบิดา มารดา ร้อยละ 4 มีความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง

1.2 สภาพแวดล้อม เยาวชนมีเพื่อนที่ดื่มสุราร้อยละ 72.6 สูบบุหรี่ร้อยละ 49.8 และใช้ยาเสพติดร้อยละ 17.9 และมีผู้ปกครองดื่มสุราร้อยละ 79 สูบบุหรี่ร้อยละ 63.8 และใช้ยาเสพติดร้อยละ 7.6 บริเวณที่พักอาศัยมีแหล่งจำหน่ายยาบ้า สารระเหย และกัญชา

1.3 พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของเยาวชน เยาวชนได้รับการประเมินพฤติกรรมไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ 8 ด้านดังนี้คือ

1) อุบัติเหตุจราจร พบว่าร้อยละ 30.99 ไม่เคยสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ มีผู้สวมหมวกนิรภัยเป็นประจำเพียงร้อยละ 12.7 และมีร้อยละ 30.79 ไม่เคยคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถหรือนั่งข้างคนขับ มีผู้คาดเข็มขัดนิรภัยเป็นประจำเพียงร้อยละ 8.4 และยังพบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ตรวจสภาพความพร้อมของรถก่อนใช้เป็นบางครั้งเท่านั้น มีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่ตรวจสภาพความพร้อมของรถก่อนใช้เป็นประจำ จึงนับว่าเยาวชนมีความเสี่ยงด้านการเกิดอุบัติเหตุค่อนข้างสูง

2) ความรุนแรง พบว่าร้อยละ 38.43 มีการทะเลาะวิวาทเป็นประจำ ทะเลาะวิวาทเป็นบางครั้งร้อยละ 34.7 ไม่เคยทะเลาะวิวาทร้อยละ 63.8 มีเยาวชนที่เพื่อนมีเรื่องทะเลาะวิวาทเป็นบางครั้งร้อยละ 46.2 เพื่อนชกชนหรือถูกทำร้ายให้ทะเลาะวิวาทเป็นบางครั้งร้อยละ 34.9

3) การสูบบุหรี่ พบว่ามีเยาวชนสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 11.98 มีผู้คิดจะเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 31.2 มีผู้ที่เคยเลิกสูบแล้วกลับมาสู่อีกร้อยละ 33.9 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 14 ปี แต่มีร้อยละ 6.9 ที่สูบครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 10 ปี

4) การดื่มสุรา พบว่ามีเยาวชนดื่มสุราร้อยละ 47.93 เป็นผู้ที่ไม่คิดจะเลิกดื่มร้อยละ 40.5 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกคือ 14 ปี สาเหตุอันดับ 1 คือดื่มเพื่อเข้าสังคมกับเพื่อน รองลงมาคือดื่มเพราะอยากลอง

5) การใช้สารเสพติด พบว่ามีผู้เสพยาบ้าและสารระเหยร้อยละ 3.31, 2.89, และ 1.65 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยที่เสพครั้งแรกคือ 14 ปี

6) พฤติกรรมทางเพศ พบว่าเยาวชนเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 15.70 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 40.29 และไม่เคยป้องกันการตั้งครรภ์ร้อยละ 25.2 มีเยาวชนอ่านหนังสือหรือนิตยสาร ดูภาพยนตร์หรืออินเทอร์เน็ตที่มีภาพโป๊เปลือยหรือการร่วมเพศเป็นประจำร้อยละ 3.6 เคย

กอดหรือจูบกับเพื่อนต่างเพศเป็นประจำร้อยละ 3.6 เทียบสถานเริงรมย์เป็นประจำร้อยละ 2.9 อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 14 ปี

7) การบริโภคอาหาร พบว่าเยาวชนร้อยละ 41.53 รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาเป็นประจำ โดยร้อยละ 30.9 รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาบ่อยครั้ง มีเพียงร้อยละ 2.6 เท่านั้นที่รับประทานอาหารเป็นเวลา เยาวชนร้อยละ 15.6 ไม่รับประทานอาหารเข้าเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 17.1 เท่านั้นที่รับประทานอาหารเข้าเป็นประจำ และพบว่าเยาวชนรับประทานอาหารนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบกุ้ง เป็นประจำร้อยละ 18.39

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเยาวชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมแต่ละด้าน (n = 484)

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	จำนวน	ร้อยละ
1. อุบัติเหตุจราจร		
ไม่เคยสวมหมวกนิรภัย	150	30.99
ไม่เคยคาดเข็มขัดนิรภัย	149	30.79
2. ความรุนแรง		
เคยทะเลาะวิวาท ต่อสู้ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น	186	38.43
3. การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	58	11.98
4. การดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	232	47.93
5. การใช้สารเสพติด		
เสพยาบ้า	14	2.89
เสพสารระเหย	8	1.65
เสพกัญชา	16	3.31
6. พฤติกรรมทางเพศ		
เคยมีเพศสัมพันธ์	76	15.70
ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	195	40.29
7. การบริโภคอาหาร		
รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา	201	41.53
รับประทานอาหารนมขบเคี้ยว	89	18.39
8. การออกกำลังกาย		
ไม่เคยออกกำลังกาย	305	63.02

8) การออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกาย และมีเยาวชนร้อยละ 12 ทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ล้าง อย่าน้อยวันละ 30 นาที มีเยาวชนร้อยละ 63.02 ที่ รถ ภูบ้าน จนเหงื่อออกเป็นประจำ (ตารางที่ 1) ไม่ได้กระทำ มีเพียงร้อยละ 18.3 ที่กระทำเป็นประจำ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของต้นทุนชีวิตของเยาวชน (n = 484)

หมวดต้นทุนชีวิต	ต้นทุนชีวิตรายข้อ	จำนวน	ร้อยละ	
1. พลังภายในตัวตน				
	1.1 เชื่อว่าการได้ช่วยเหลือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความค่าอย่างมาก	234	48.35	
	1.2 ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมในสังคม	245	50.62	
	1.3 กล้ายืนหยัดในสิ่งที่ตนเองเชื่อ	281	58.06	
	1.4 พุดความจริงเสมอแม้ว่าบางครั้งมันจะทำได้ยาก	234	48.35	
	1.5 รับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองทำ	276	57.02	
	1.6 ยึดมั่นในพฤติกรรมที่ดี	260	53.72	
		เฉลี่ย	255	52.69
2. พลังครอบครัว				
	2.1 ได้รับความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่และการสนับสนุนจากครอบครัว	276	57.02	
	2.2 ปรึกษาหารือและขอคำแนะนำจากผู้ปกครองได้อย่างสบายใจ	271	55.99	
		เฉลี่ย	274	56.51
3. พลังชุมชน				
	3.1 มีญาติหรือผู้ใหญ่นอกเหนือจากผู้ปกครองที่สามารถปรึกษาหารือ	281	58.06	
	3.2 มีเพื่อนบ้านที่สนใจและให้กำลังใจ	193	39.88	
	3.3 รู้สึกว่าคนในชุมชนให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของเยาวชน	191	39.46	
	3.4 ได้รับมอบหมายบทบาทหน้าที่ ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน	276	57.02	
		เฉลี่ย	235	48.61
4. พลังโรงเรียน				
	4.1 อยู่ในสถาบันการศึกษาที่เอาใจใส่สนับสนุนและช่วยเหลือผู้เรียน	271	55.99	
	4.2 รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในสถาบันการศึกษา	281	58.06	
	4.3 อยู่ในสถาบันการศึกษาที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนมีเหตุผล	260	53.72	
	4.4 มีครูที่สนับสนุนให้ตนเองทำในสิ่งที่ตนเองชอบหรืออยากทำ	208	42.98	
	4.5 อยากเรียนให้ได้ดี ไม่เอาเปรียบและรู้จักแบ่งปันผู้อื่น	260	53.72	
		เฉลี่ย	256	52.89
5. พลังเพื่อน				
	5.1 มีเพื่อนสนิทที่เป็นแบบอย่างที่ดีและชักนำให้ตนเองได้ทำดี	265	54.75	
	5.2 สามารถพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับสื่อ	229	47.31	
	5.3 ได้เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย	245	50.62	
	5.4 ตนเองและเพื่อนชวนกันทำกิจกรรมที่ดี	276	57.02	
		เฉลี่ย	254	52.43

1.4 ต้นทุนชีวิตของเยาวชน

ผลการสำรวจต้นทุนชีวิตของเยาวชนเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ พบพลังตัวตนร้อยละ 59.07 พลังครอบครัวร้อยละ 56.51 พลังโรงเรียนร้อยละ 52.89 พลังเพื่อนเฉลี่ยร้อยละ 52.43 และพลังชุมชนร้อยละ 48.61 เมื่อรวมคะแนนต้นทุนชีวิตทุกพลังมีกลุ่มเยาวชนที่มีต้นทุนชีวิตระดับสูงจำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 58.06 กลุ่มเยาวชนที่มีต้นทุนชีวิตระดับปานกลางจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 28.93 กลุ่มวัยรุ่นที่มีต้นทุนชีวิตระดับต่ำจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 22.52 (ตารางที่ 2)

2. ผลของกระบวนการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพและต้นทุนชีวิตของเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชนในชุมชนที่ศึกษาช่วยสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนชีวิตทั้งด้านตัวตนของเยาวชนเอง ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนและชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่มีใน

ชุมชน เพื่อสนองความต้องการการแก้ไขปัญหาเยาวชนในชุมชนอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงได้เชิญผู้เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันและผู้ใหญ่บ้านของชุมชนที่ศึกษาจำนวน 172 คน เข้าร่วมประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิตของเยาวชนโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลของชุมชนที่ศึกษา โดยร่วมกันวางแผนปฏิบัติการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาเยาวชน เป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพ ลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มต้นทุนชีวิตของเยาวชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียนและชุมชนให้มีการจัดตั้งกลุ่มเยาวชนประจำตำบล ดำเนินงานกลุ่มโดยตัวเยาวชนเอง มีการสนับสนุนให้เยาวชนเขียนขอทุนสนับสนุนโครงการจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ มีครูและผู้ปกครองเป็นที่ปรึกษา ซึ่งกลุ่มได้ร่วมกันจัดกิจกรรมขึ้น 6 โครงการ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การจัดโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชน

โครงการ	วัตถุประสงค์	ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม
ขับขีปลอดภัยใช้หมวกกันน็อก	- ป้องกันอุบัติเหตุ - ป้องกันทรัพย์สินเสียหาย	เยาวชน ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ	- ให้ความรู้เรื่องกฎจราจร - ความหมายของป้ายสัญญาณ - รมรงค์ให้สวมหมวกกันน็อกขณะขับขี่ - มีบทลงโทษด้วยการปรับเงิน
รักนวลสงวนตัว	- ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน - รู้เท่าทันสิ่งชั่วร้าย - รู้จักการวางตนที่ดี - ยึดถือประเพณีไทยที่งดงาม - ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	เยาวชน ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	- จัดอบรมทักษะการวางตน การปฏิเสธ การให้คุณค่าแก่ชีวิต การรู้เท่าทันสื่อ - ตั้งแกนนำประจำโรงเรียน - สร้างเครือข่ายนอกโรงเรียน

โครงการ	วัตถุประสงค์	ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม
วัยรุ่นวัยใสไม่ฝึกฝैयाเสพติด	- ป้องกันการเสพยาเสพติด - ส่งเสริมสุขภาพ	เยาวชน ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	- จัดอบรมปรับเปลี่ยนเจตคติ และ สร้างความตระหนักต่อปัญหา เสพติด การปฏิบัติตนในการป้องกัน การเสพยาเสพติด - ฝึกการเล่นดนตรี - จัดตั้งแกนนำสอดส่องการเสพยา
ครอบครัวต้นแบบ	- ส่งเสริม สัมพันธภาพใน ครอบครัว	ครู ผู้ปกครอง เยาวชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	- ณรงค์การทำกิจกรรมร่วมกันใน ครอบครัว - จัดกิจกรรมวันแม่และกิจกรรมวันพ่อ - มอบรางวัลแม่และพ่อดีเด่น - มอบรางวัลลูกกตัญญู
จิตอาสา	- ปลูกฝังการบำเพ็ญประโยชน์ - ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ - สร้างจิตสำนึกต่อ ตนเองและผู้อื่น	เยาวชน นายกอบต. ครู ผู้ปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	- เก็บแยกขยะ - เยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้าน - ทำความสะอาดห้องน้ำของโรงเรียน และวัด
จัดตั้งทีมฟุตบอล เยาวชน	- ส่งเสริมสุขภาพ - ส่งเสริมการมีน้ำใจเป็นนักกีฬา - เพื่อความ สนุกสนาน - เพิ่มทักษะการเล่นฟุตบอล	เยาวชน ครู กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	- ฝึกซ้อมการเล่นฟุตบอล - สร้างเครือข่ายเพื่อการแข่งขัน

หลังเข้าร่วมโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชนเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าเยาวชนมีความกระตือรือร้นและมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรม เยาวชนสามารถทำกิจกรรมที่มอบหมายได้บรรลุวัตถุประสงค์และประสบความสำเร็จ

โครงการขับเคลื่อนใช้หมวกกันน็อค
จากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน ได้มีการตกลงกันที่จะจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพลังชุมชน โดยให้ความรู้เรื่องกฎจราจร ความหมายของป้ายสัญญาณต่างๆ รณรงค์ให้สวมหมวกกันน็อคขณะขับขี่และมีบทลงโทษด้วยการปรับเงิน ผลการดำเนินงานทำให้เยาวชนเกิดความตระหนักต่อการเกิดอุบัติเหตุและสวมหมวกกันน็อคขณะขับขี่มากขึ้น ไม่มีรายงานการเกิดอุบัติเหตุเช่นปีที่ผ่านมา

โครงการรักษาวลตสวนตัว จากการประชุมกลุ่มเยาวชน ครู ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เยาวชนมีความเสี่ยงต่อการตั้งครกในวัยเรียนและรู้ไม่เท่าทันสื่อที่ขั้วต่างๆ จึงมีความเห็นตรงกันให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพลังตนเอง โดยการจัดอบรมทักษะการวางแผน การปฏิเสธ การให้คุณค่าแก่ชีวิต การรู้เท่าทันสื่อ มีการตั้งแกนนำประจำโรงเรียนและสร้างเครือข่ายนอกโรงเรียน ผลการดำเนินงานทำให้เยาวชนรับรู้ถึงผลเสียจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้น ตลอดโครงการยังไม่มีรายงานการตั้งครกไม่พึงประสงค์

โครงการวัยรุ่นวัยใสไม่ฝึกฝैयाเสพติด จากการประชุมกลุ่มเยาวชน ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กำนันและผู้ใหญ่บ้าน เยาวชนมีความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด จึงมีความเห็นตรงกันให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพลัง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเยาวชน ณ เวลาก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n = 484)

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	ก่อนเข้าร่วมวิจัย		หลังเข้าร่วมวิจัย		paired t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
อุบัติเหตุจราจร	18.35	3.04	7.91	3.58	3.07	.003*
ความรุนแรง	14.75	3.81	3.66	3.29	3.21	.002*
การสูบบุหรี่	10.96	3.24	7.91	4.44	2.88	.028*
การดื่มสุรา	54.09	9.98	33.74	6.74	7.90	.000*
การใช้สารเสพติด	9.59	4.11	6.34	3.07	2.54	.031*
พฤติกรรมทางเพศ	32.00	10.65	16.79	7.50	4.03	.000*
การบริโภคอาหาร	11.03	9.13	3.79	2.24	2.99	.012*
การออกกำลังกาย	53.97	7.59	23.21	10.65	8.50	.000*

* p<.05

ตนเองและพลังเพื่อน โดยการจัดอบรมปรับเปลี่ยนเจตคติ และสร้างความตระหนักต่อปัญหาเสพติด การปฏิบัติตนในการป้องกันการเสพยาเสพติด มีการส่งเสริมการเล่นดนตรี และมีการจัดตั้งแกนนำสอดส่องการเสพยาเสพติดประจำโรงเรียนและชุมชน ผลการดำเนินงานทำให้เยาวชนรับรู้พิษภัยของยาเสพติดมากขึ้น ให้ความร่วมมือเป็นอาสาสมัครช่วยสอดส่องการเสพยาเสพติด

โครงการครอบครัวต้นแบบ จากการประชุมทำให้ผู้ปกครองพบว่าครอบครัวขาดระเบียบ กฎเกณฑ์และขาดการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในครอบครัว ที่ประชุมได้ตกลงให้แต่ละครอบครัวได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเยาวชนเพื่อเพิ่มพลังครอบครัว และมีการรณรงค์การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว จัดกิจกรรมวันแม่ และกิจกรรมวันพ่อ มอบรางวัลแม่และพ่อดีเด่น มอบรางวัลลูกกตัญญู ผลการดำเนินงานทำให้เยาวชนหันมาให้ความสำคัญกับคนในครอบครัวมากขึ้น ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการมาร่วมงานวันพ่อ และวันแม่มากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา

โครงการจิตอาสา ที่ประชุมมีความเห็นตรงกันว่าเยาวชนเป็นวัยที่มีพลังมากในการคิดสร้างสรรค์ และเป็นวัยที่มีความเสียสละเพื่อส่วนรวมจึงจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพลังตัวตนโดยแนวคิด จิตอาสา เพื่อให้ภูมิใจในคุณค่าของตนเอง โดยมีผู้ปกครองและชุมชนให้การสนับสนุน กิจกรรมจิตอาสาที่วัยรุ่นเลือกมีดังนี้ จิตอาสาเก็บแยกขยะ ทำความสะอาดห้องน้ำของโรงเรียนและวัด เยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้านโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ผลการดำเนินงานทำให้เยาวชนมีจิตอาสามากขึ้นและให้ความใส่ใจกับการกำจัดขยะและรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

โครงการจัดตั้งทีมฟุตบอลเยาวชน จากการประชุมกลุ่มเยาวชน ครู กำนันและผู้ใหญ่บ้านเยาวชนมีความเสี่ยงต่อการติดเกมส์คอมพิวเตอร์เมื่อมีเวลาว่าง จึงมีความเห็นตรงกันให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพลังตนเอง พลังโรงเรียนและพลังเพื่อน โดยมีการฝึกซ้อมการเล่นฟุตบอลและสร้างเครือข่ายเพื่อการแข่งขัน ผลการดำเนินงานทำให้เยาวชนรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ได้ออกกำลังกายกับเพื่อนมากกว่าแต่ก่อน

จากความสำเร็จดังกล่าวทำให้ชุมชนให้ความสนใจกับเยาวชนที่ศึกษามากขึ้นและมีการดำเนินงานโครงการต่างๆอย่างต่อเนื่อง เงินสนับสนุนโครงการบางส่วนได้มาจากเงินกองทุนหมู่บ้าน ผู้ปกครองเยาวชนและจากผู้มีจิตศรัทธาบริจาค

เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชน ณ เวลาก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชนเป็นเวลา 6

เดือนมาเปรียบเทียบกัน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต้นทุนชีวิตของเยาวชน ณ เวลาก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยหลังเข้าร่วมวิจัยเยาวชนมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) ในขณะที่มีคะแนนเฉลี่ยของต้นทุนชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของต้นทุนชีวิตของเยาวชน ณ เวลาก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n = 484)

ต้นทุนชีวิต	ก่อนเข้าร่วมวิจัย		หลังเข้าร่วมวิจัย		paired t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
พลังภายในตัวตน	32.13	7.52	42.62	5.26	6.92	.031*
พลังครอบครัว	24.84	9.21	39.71	9.72	11.18	.004*
พลังชุมชน	13.41	3.51	32.25	3.42	6.61	.006*
พลังโรงเรียน	26.79	6.34	37.75	4.62	3.49	.024*
พลังเพื่อน	33.38	3.59	37.41	3.51	4.51	.015*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าเยาวชนมีความเสี่ยงด้านการเกิดอุบัติเหตุจราจรค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการไม่สวมหมวกนิรภัยและไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา เศรษฐพงศ์ (2550) พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่และซ้อนรถมอเตอร์ไซด์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย และสอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพของโรงพยาบาลบางบาล (2556) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (2556) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาพรหมณ์ (2556) ที่พบว่ามีผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุมีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะจากการซ้อนท้ายรถมอเตอร์ไซด์และไม่สวมหมวกนิรภัยเป็นจำนวนมาก สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรง

ที่มักเกิดกับเยาวชนที่ศึกษา เนื่องจากเยาวชนอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มักมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น ใจเร็วและควบคุมอารมณ์ตนเองได้ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Leffert et al. (1998) ที่ศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมาจากการควบคุมอารมณ์ตนเองที่ไม่ดี

เยาวชนที่ศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาและไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย จากการสัมภาษณ์เยาวชนมักไม่รับประทานอาหารเข้าก่อนไปเรียนหนังสือ โดยอ้างว่าต้องรีบไปโรงเรียนเนื่องจากกลัวไปโรงเรียนสายและอาหารที่ชอบรับประทานเป็นขนมกรุบกรอบจากร้านสะดวกซื้อและอาหารทอด เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายและมีรสชาติอร่อย นอกจากนี้กลุ่มเยาวชนยังนิยม

รับประทานอาหารจานด่วนที่ปรุงด้วยแป้ง น้ำตาล และไขมันมากเพราะคิดว่าเป็นอาหารที่ทันสมัยเข้ากับรสนิยมของวัยรุ่น และนิยมดื่มน้ำอัดลมและกาแฟ ปั่นเนื่องจากรสชาติดีและความสวยงามของภาชนะที่บรรจุ สอดคล้องกับเพิ่มสุขภาพนักเรียนของโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2556) และ Ruangkanhanasetr et al. (2005) ที่พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย พบว่าเยาวชนไม่ชอบการออกกำลังกาย คิดว่าการเดินทางไปโรงเรียนแต่เช้าและกลับบ้านเย็นทำให้เหนื่อยและไม่มีความเวลาสำหรับการออกกำลังกาย ประกอบกับที่โรงเรียนก็มีชั่วโมงเรียนวิชาพลศึกษาอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Duncan et al. (2007) ที่พบว่าเยาวชนสมัยปัจจุบันไม่ชอบการออกกำลังกาย มักชอบนั่งเล่นเกมออนไลน์เป็นเวลาวันละหลายชั่วโมง (วัยรุ่นไทยกับเกมออนไลน์, 2556)

กลุ่มเยาวชนที่ศึกษามีการสูบบุหรี่เพราะอยากลองเป็นสาเหตุอันดับ 1 รองลงมาคือมีความไม่สบายใจ เครียดหรือวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะของวัยรุ่นที่อยากรู้ อยากลอง นอกจากนี้ยังมีเพื่อนและคนในครอบครัวที่สูบบุหรี่ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Whalen et al. (2012) ซึ่งพบว่าเพื่อนและคนใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เยาวชนที่ศึกษามีการดื่มสุราเพราะอยากลองเป็นสาเหตุอันดับ 1 รองลงมาคือเพื่อเข้ากลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ยังมีเพื่อนและคนในครอบครัวที่ดื่มสุราด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สลิซา หลิมศิริโรรัตน์ และคนอื่นๆ (2553) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นดื่มสุรา ได้แก่ ความอยากลอง เพื่อนและคนใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เยาวชนที่ศึกษามีการเสพยาเสพติดเพราะอยากลอง

และเริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุ 14 ปี สอดคล้องกับการบันทึกในเวชระเบียนผู้ต้องขังของทัณฑสถานวัยหนุ่มอำเภอพระนครศรีอยุธยา (2556) ที่มีเยาวชนต้องคดีเสพยาบ้า เริ่มเสพยาตั้งแต่อายุ 14 ปี สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ พบว่าเยาวชนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 14 ปีโดยที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย นับว่ามีความเสี่ยงสูงเพราะเยาวชนวัยนี้ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือรับผิดชอบสิ่งใด สาเหตุเกิดจากความคึกคะนอง อยากรู้ อยากลองและสื่อลามกต่างๆ ทั้งจากออนไลน์ ภาพยนตร์และวัฒนธรรมฟรีเซ็กซ์ของต่างประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Santelli et al. (2004) ที่พบว่านักเรียนวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากสาเหตุทางกายและทางใจ สาเหตุทางกายคือต่อมเพศที่ผลิตฮอร์โมนเพศสูง สาเหตุทางใจคือการมีอารมณ์แปรปรวน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงมีการจัดกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มต้นทุนชีวิตของเยาวชนซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จ โครงการขับขี่ปลอดภัยใช้หมวกกันน็อค เป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังชุมชนทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน โครงการรักษาวลสงวนตัวเป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังตนเองในการการวางตน การปฏิเสธ การให้คุณค่าแก่ชีวิต การรู้เท่าทันสื่อ ลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภินวัยรุ่น โครงการวัยรุ่นวัยใสไม่ฝักใฝ่ยาเสพติดเป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังตนเองและพลังเพื่อน เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติและปฏิบัติตนในการป้องกันการเสพยาเสพติด โครงการครอบครัวต้นแบบเป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังครอบครัวทำให้เยาวชนหันมาให้ความสำคัญกับคนในครอบครัวมากโครงการจิตอาสา

เป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังตัวตน ทำให้เยาวชนมีจิตอาสา และให้ความใส่ใจกับการกำจัดขยะและรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม โครงการจัดตั้งทีมฟุตบอลเยาวชน เป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังตนเอง พลังโรงเรียนและพลังเพื่อน ทำให้เยาวชนรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ จากการได้ออกกำลังกายกับเพื่อน เยาวชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องถึงแม้จะสิ้นสุดการศึกษาแล้ว โดยมีเงื่อนไขปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จดังนี้

1. เป็นความต้องการของชุมชน เนื่องจากปัญหาเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเป็นปัญหาสำคัญของชุมชนที่ศึกษา ครั้งนี้มีการดำเนินการโดยผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเป็นคนในชุมชนเอง จึงได้รับความร่วมมือจาก ผู้นำชุมชนเป็น อย่างดี

2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จะต้องเริ่มจากการมองเห็นปัญหาตรงกันแล้วมีการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดแนวทางดำเนินการ ร่วมดำเนินการ และร่วมกันประเมินผล นอกจากนี้ยังมี ส่วนร่วมในความสำเร็จที่เกิดขึ้นร่วมกันไม่ใช่เป็นความสำเร็จของคนใดคนหนึ่ง

3. ชุมชนเข้มแข็ง ทั้งผู้นำชุมชน ครู เจ้าหน้าที่ ดำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เยาวชนและผู้ปกครอง ที่มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมและมีการให้กำลังใจ จึงไม่ทำให้เกิดความลำบากใจในการดำเนินกิจกรรม

4. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้สื่อบุคคล เป็นหลัก เพื่อกระตุ้นให้เยาวชนและครอบครัว มีความเชื่อมั่น ศรัทธา ในตัวผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง

5. ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพของผู้วิจัย จนได้รับความไว้วางใจจากเยาวชน เนื่อง จาก

เยาวชนอยู่ในวัยที่เข้าใจยาก ยิ่งกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงยิ่งเข้าถึงได้ยาก แต่สิ่งที่ทำให้เข้าถึงใจเยาวชนได้ คือความตั้งใจ จริงใจ ที่แสดงออกทั้งการกระทำ การพูดจา ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังในการแสดงออก ไม่ให้เขารู้สึกว่าจับผิดหรือไม่จริงใจ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเยาวชนจึงต้องมีทักษะและมีความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาวัยรุ่นและเทคนิคการให้คำปรึกษา

6. ผู้นำชุมชนเปิดโอกาส สนับสนุนและเห็นความสำคัญในการดำเนินกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนที่ได้จากการศึกษานี้ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย ดื่มสุรา ไม่ใช่ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ ทะเลาะวิวาท ไม่สวมหมวกนิรภัย บริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ สูบบุหรี่และเสพยาบ้า เพื่อให้สามารถนำมาพัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรมให้เกิดความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนาโปรแกรมที่เพิ่มต้นทุนชีวิตได้จากการศึกษานี้ ได้แก่ พลังตัวตน พลังครอบครัว พลังโรงเรียน พลังเพื่อนและพลังชุมชน เพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืนในการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเยาวชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถกำหนดเป็นนโยบายของชุมชนในการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเยาวชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินทุนรายได้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีงบประมาณ 2557

อ้างอิง

จรรรยา เศรษฐพงษ์. (2550). *พฤติกรรมเสี่ยงต่อ*

สุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัด นครศรีธรรมราช.

วิทยานิพนธ์. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัย
วลัยลักษณ์.

ทัณฑสถานวัยหนุ่มอำเภอพระนครศรีอยุธยา.

(2556). *เวชระเบียนผู้ต้องขังปี 2551-2556.*

พระนครศรีอยุธยา: ทัณฑสถานวัยหนุ่มอำเภอ
พระนครศรีอยุธยา.พระราชบัญญัติส่งเสริม
การพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ. ศ.

2550. (2556). สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2556
จาก

[http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&](http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&id=538975459&Ntype=19)

[id=538975459&Ntype=19.](http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&id=538975459&Ntype=19)

โรงพยาบาลบางบาล. (2556). *เวชระเบียนผู้ป่วยนอก*
ปี 2551-2556. พระนครศรีอยุธยา:

โรงพยาบาลบางบาล.

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. (2556). *เวชระเบียน*
ผู้ป่วยนอกปี 2551-2556. พระนครศรีอยุธยา:

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาพรหมณ์.

(2556). *ทะเบียนผู้รับบริการปี 2551-2556.*

พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลมหาพรหมณ์.

โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.

(2556). *แฟ้มสุขภาพนักเรียนปี 2551-2556.*

พระนครศรีอยุธยา: โรงเรียนมัธยมศึกษา.

วัยรุ่นไทยกับเกมออนไลน์. (2556). สืบค้นเมื่อ 24

มิถุนายน 2556 จาก [http://www.soccersuck.com/soccer/viewtopic.php?t=](http://www.soccersuck.com/soccer/viewtopic.php?t=422682)

[422682.](http://www.soccersuck.com/soccer/viewtopic.php?t=422682)

สถานีตำรวจอำเภอบางบาล. (2556). *บันทึก*

*ประจำวันปี 2551-2556.*พระนครศรีอยุธยา:

สถานีตำรวจอำเภอบางบาล.

สลีชา ทิมศิริโรรัตน์ ประภา ยุทธไตรและช่อทิพย์ สัน
ชนะนิช. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ติด

สุรา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 15-25.

สุริยเดว ทรีปาตี. (2552). *ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน*
ไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชนี.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2548). *ยุทธศาสตร์การสร้าง*

เสริมสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบ

สุขภาพแห่งชาติ.

Benson, P. L. , Leffert, N. , Scales, P. C. , &

Blythe, D. A. (1998). Beyond the village
rhetoric: creating healthy communities
for children and adolescents. *Applied*
Developmental Science, 2(3), 138-159.

Duncan, P. M. , Garcia, A. C. , Frankowski, B.

L., Carey, P. A. , Kallock, E. A. , Dixon,

R. D. , & Shaw, J. S. (2007). Inspiring

healthy adolescent choices: A

rationale for and guide to strength

promotion in primary care. *Journal of*
Adolescent Health, 41(6), 525-

535. Leffert, N. ,

Benson, P. L. , Scales, P. C. , Sharma, A. R. ,

Drake, D. R. , & Blyth, D. A. (1998).

Developmental assets: Measurement

and prediction of risk behaviors among

- adolescents. *Applied Developmental Science*, 2(4), 209-230.
- Murphey, D. A. , Lamonda, K. H. , Carney, J. K. , & Duncan, P. M. (2004). Relationship of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 184-191.
- Ruangkanchanasetr, S. , Plitponkarpim, A. , Hetrakul, P.,&Kongsakon, R.(2005).Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *Journal of Adolescent Health*, 36(3), 227-235.
- Sabaratnam,P., & Klein, J. D. (2006). Measuring youth development outcomes for community program evaluation and quality improvement: Finding from dissemination of the Rochester evaluation of asset development for youth (READY) tool. *Journal of Public Health Management and Practice, Supplement*, S88-S94.
- Santelli, J. S. , Kaiser, J. , Hirsch, L. , Radosh, M. , Simkin, L. , & Middlestadt, S. (2004). Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: The influence of psychosocial factors. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 200-208.
- Whalen, L. G. , Grunbaum, J. A. , Kinchen, S. M. T. , Shanklin, S. L. , & Kann, L. (2012). *The national college health risk behavior survey*. สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2556 จาก [http://www.popcenter.org/problems/rape/PDFs/YRBSS%20-%20National%20College%20Health%20Risk%20Behavior%20Survey%20\(NCHRBS\).htm](http://www.popcenter.org/problems/rape/PDFs/YRBSS%20-%20National%20College%20Health%20Risk%20Behavior%20Survey%20(NCHRBS).htm).