

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
และการออกกำลังกาย ของเด็กวัยเรียนในชุมชน

นิสากร กรุงไกรเพชร
สุวรรณा จันทร์ประเสริฐ
พัชรินทร์ พุลทวี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

14 พ.ค. 2555
๘๙ ๐๑๔๕ ๔๖๗
302514 16 ก.ค. 2555
เริ่มนับวัน

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยบูรพา

ปีงบประมาณ 2552

โดยความเห็นชอบของสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

AQ 0085535



รายงานการวิจัย

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกาย ของเด็กวัยเรียนในชุมชน

คณะผู้วิจัย

นิสากร กรุงไกรเพชร

สุวรรณा จันทร์ประเสริฐ

พัชรินทร์ พูลทรี

พิมพ์ที่ กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนส์ข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20131

ปีที่พิมพ์เผยแพร่ กันยายน 2554

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2552

โดยความเห็นชอบของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน ฉบับนี้ เป็นโครงการวิจัยภายในชุดโครงการเด็กวัยเรียนซึ่งได้รับทุนคุณภาพนุนการวิจัยงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ 2552 โดยความเห็นชอบของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) คณะกรรมการวิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี่

การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงมือได้หากขาดบุคคลผู้มีความสำคัญ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน และครูอนามัยโรงเรียน ที่ได้ช่วยประสานงานและเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นสื่อกลางในการดำเนินงานวิจัยกับผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในพื้นที่ที่ศึกษาวิจัย และเป็นผู้ผลักดันให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนสามารถดำเนินการต่อไปได้แม้สิ้นสุดโครงการวิจัยไปแล้ว และยังจะช่วยขยายการดำเนินงานไปสู่เด็กวัยเรียนในชุมชนที่เป็นเด็กนอกระบบการศึกษาอีกด้วย

ขอขอบคุณผู้นำชุมชนทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน คณาจารย์ นายกองค์กร ปักครองส่วนท้องถิ่นและผู้แทน ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร สาธารณสุขและผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ผู้ปักครองเด็กวัยเรียน ที่ได้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้ร่วมคิด ร่วมสร้าง ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์แก่กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะเวชศาสตร์ การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพาที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการวิจัย

นิสากร กรุงไกรเพชร

หัวหน้าโครงการวิจัย

กันยายน 2554

เรื่อง : กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน

ผู้วิจัย : นิสากร กุสุ่งไกรเพชร สุวรรณा จันทร์ประเสริฐ และ พัชรินทร์ พูลทวี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน บนแนวคิดนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ทำการศึกษาในหมู่บ้านของจังหวัดภาคตะวันออก 2 หมู่บ้าน การเก็บข้อมูลประกอบด้วย (1) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มอย่าง การประเมิน ซึ่งถูกนำมาตราจสอบความถูกต้อง ความหลากหลายของข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของโคลาizzo (Colaizzi, 1978) (2) ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม และการประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษาดังนี้

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่องค์กรชุมชนดำเนินการอยู่นั้น มุ่งเน้น 3 ประเด็นคือ (1) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (2) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพื่อให้สามารถควบคุมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ มีทางเลือกต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และ (3) การเสริมสร้างกิจกรรมให้เข้มแข็ง โดยมีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ภารกิจหลักของแต่ละองค์กรชุมชน
 2. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย (1) แสวงหาการคิดความร่วมมือและศึกษาภูมิหลัง (2) ออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน (3) ดำเนินงานปรับปูจุนแผน และประเมินผลการดำเนินงาน (4) สะท้อนข้อมูลกลับ ลงต่อเพื่อย้ายผลสู่ชุมชน
 3. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านโภชนาการและการออกกำลังกายจะสำเร็จลงได้ ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญคือ การวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่มีอยู่ในชุมชน การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียนทุกภาคส่วน การเปิดโอกาสให้เด็กวัยเรียนมีโอกาสจัดการสุขภาวะของตนเอง และการสะท้อนกลับข้อมูลการดำเนินงาน อย่างไรก็ได้ สิ่งที่สำคัญที่จะทำให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพดำเนินต่อไปได้ไม่สิ้นสุดนั้น จำเป็นต้องมีแรงขับเคลื่อนจากหลายทิศทางทั้งในและนอกชุมชนเข้ามาร่วมผลักดัน
- คำสำคัญ :** เด็กวัยเรียน การโภชนาการ การสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย ระบบการดูแลสุขภาพ

Title: The Health Promotion Process of Nutrition and Exercise of School – Age Children in Community

Researcher: Nisakorn Krungkraipetch, Suwanna Junprasert, and Phutcharin Phunthawee

Abstract

The aim of the action research was to develop health promotion pattern and process of nutrition and exercise for school-age children based on concept and policy of community's organizations. The research was conducted in 2 villages of eastern part of Thailand. The quantitative data were gathered by questionnaire and health-related physical fitness assessment then described in terms of frequency and percentage. In depth interviews, focus groups, and conferences were conducted for collecting qualitative data. Triangulation and data reflections were used to validate the data. The collected qualitative data was analyzed by Colaizzi's content analysis method. The results were as follows:

1. The existing of health promotion pattern on nutrition and exercise for school-age children focuses on 3 actions; (1) create supportive environment for health, (2) develop personal skill in order to control over their own health and over their environments, and to make choices conducive to health, and (3) strengthen community action. The community organizations play their role on health promotion program depend on their responsibility.
2. The process of health promotion on nutrition and exercise for school-age children started with (1) seeking support from stakeholders and look through background on health promotion for school-age children. (2) planning (3) implementation and evaluation and (4) reflect and feed back the information to extend to community.
3. The core component of the process of health promotion on nutrition and exercise for school-age children included situation analysis of health promotion pattern on nutrition and exercise for school-age children, key stakeholders' participation, giving chance to school-age children to manage his/her health, and reflecting health information to community. Nevertheless, the most important component which move the process continuously was the influence both inside and outside community.

Key words: School-age children, nutrition, health promotion, exercise, health care system

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	๑
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
คำนิยามศัพท์	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ความสำคัญของอาหารและการออกกำลังกายในระดับโลก	10
ภาระในการก้าวเด็กวัยเรียน	12
การออกกำลังกายกับเด็กวัยเรียน	24
การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย	
ของเด็กวัยเรียนในประเทศไทย	40

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากร	45
กลุ่มตัวอย่าง	45
การเลือกผู้ให้ข้อมูล	47
การพิหักชีสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
ขั้นตอนการวิจัย	48
คุณภาพของข้อมูลการวิจัย	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่จัดบริการ ให้เด็กวัยเรียนในชุมชนที่ศึกษา	50
กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน	60
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	78
อภิปรายผลการวิจัย	82
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	84
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	85

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
เอกสารอ้างอิง	87
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. ภาพในการศึกษาวิจัย เรื่อง กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	
ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย	95
ภาคผนวก ข ตาราง 9 ซอง	102
ประวัติผู้วิจัย	108

สารบัญตาราง

ตารางที่	ชื่อตาราง	หน้า
1	จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	65
2	จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำแนกตามมื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน	67
3	จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำแนกตามความถี่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	69
4	จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เข้ารับการประเมินสมรรถภาพทางกาย จำแนกตามองค์ประกอบการประเมิน	71

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	ชื่อแผนภูมิ	หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	9

สารบัญภาพ

ภาพที่	ชื่อภาพ	หน้า
1-5	สนใจกลุ่ม หัวหน้าองค์กรชุมชน	94
6-10	ประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ	95
11-21	สร้างความตระหนัก—ขยับออกกำลังกาย	96
22-31	แผนที่ความคิด ปรับพฤติกรรมการกิน	98
32-33	คิดวิเคราะห์นโยบาย แผนงาน และสังคีนข้อมูลให้ชุมชน	100

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

แนวคิดในการพัฒนาประเทศไทยในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพ มุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของคน โดยเฉพาะตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่สามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้เต็มที่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ใหญ่ เป็นวัยที่จำเป็นต้องปลูกฝังความคิด การปฏิบัติ ทักษะในการดำรงชีวิต เพื่อจะได้มีชีวิตอย่างเป็นสุข มีการพัฒนาที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม รวมถึงการเตรียมเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต แม้ว่าช่วงระยะเวลาของความเป็นเด็กจะค่อนข้างสั้นเมื่อเทียบกับช่วงชีวิตของแต่ละคน แต่นั่นว่ามีความสำคัญ เพราะเป็นช่วงหัวเลี้ยงหัวต่อที่มีความหมาย และมีอิทธิพลอย่างใหญ่หลวงต่อการดำเนินชีวิตเมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่เด็กจะต้องได้รับการพัฒนาสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับบริการและความต้องการพื้นฐาน รวมถึงบริการด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ซึ่งการลงทุนด้านสุขภาพอนามัยดังตั้งแต่ในวัยเด็กเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามหาศาล เพราะเด็กและเยาวชนจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีต่อไป

แม้ผลจากการประสบความสำเร็จจากนโยบายคุณกำเนิดของประเทศไทยในอดีต ทำให้โครงสร้างของประชากรเกิดการเปลี่ยนแปลง ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่มีอัตราณภาพรวมของโครงสร้างประชากร ยังพบว่าอัตราส่วนของเด็ก (อายุ 0-14 ปี) อยู่ที่ประมาณร้อยละ 25-30 จากการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) พบว่า เด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 24 ปี มีประมาณ 24.7 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเด็กอายุ 6-17 ปี ร้อยละ 48.1 ประเทศไทยกำหนดให้เด็กเป็นผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 0-14 ปี หลังจากนั้นจะเข้าสู่วัยแรงงานหรือผู้ใหญ่ คือ อายุ 15-59 ปี และเข้าสู่วัยผู้สูงอายุตามลำดับคืออายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ในจำนวนเด็กวัยเรียนนี้ ส่วนใหญ่มักเข้าสู่ระบบการศึกษาภาคบังคับในโรงเรียนและอีกส่วนหนึ่งไม่ได้เข้าสู่ระบบการศึกษาภาคบังคับในโรงเรียน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ และจากเหตุผลที่มีการศึกษาภาคบังคับให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาในโรงเรียน ผลการวิเคราะห์และวิจัย เรื่องสภาพภาวะการศึกษาไทย ปี 2551/ 2552 “การศึกษากับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม” (กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, 2553) ชี้ให้เห็นว่า สัดส่วนของผู้เรียนต่อประชากรในทุกระดับการศึกษาปี 2552 เพิ่มขึ้นจากปี 2550 - 2551 เล็กน้อย ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานเพิ่มจากร้อยละ 79.89 เป็นร้อยละ 81.29 ของ

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนฯ

นิสากร กรุงไกรเพชร แคลคูลา

สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม พบว่า กิจกรรมของโรงเรียนในโครงการดังกล่าวส่วนใหญ่ยังอยู่ในขั้นตอนพัฒนาการให้บรรลุปรัชญาขององค์กรอนามัยโลก ที่มีเป้าหมายต้องการให้โรงเรียนเป็นฐานทรัพยากรด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ประชากรวัยเรียน นอกจากนั้น ยังพบว่ามีประชากรวัย 3-17 ปีที่ไม่ได้เรียนถึง 2.76 ล้านคน โดยระดับที่ได้รับการศึกษาต่ำ คือ ระดับปฐมวัยและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับปฐมวัยมีเด็กที่ได้เรียนเพียงร้อยละ 61 ของประชากรทั้งหมด คิดเป็นจำนวน 5.2 แสนคน เพราะค่าใช้จ่ายสูง ผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญ และปัญหาที่สำคัญคือ ปัญหาอุบัติเหตุ

การดำเนินชีวิตของเด็กวัยเรียนไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถาบันครอบครัวเท่านั้น หากแต่สิ่งแวดล้อม และสภาพสังคมภายนอกครอบครัวเริ่มมีผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของเด็กมากขึ้น ปัจจุบันพบว่า เด็กร้อยละ 75 ถูกพ่อแม่ผู้ปกครองลงเด็กเข้าโรงเรียนตั้งแต่อายุ 3 ปี ทำให้เด็กใช้เวลาอยู่ในบ้านวันละ 8 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 5 วัน ปีละ 8 เดือน ซึ่งเด็กได้เรียนรู้โดยตรงจากหลักสูตร และโดยอ้อมจากสาระต่างๆ ผ่านบุคคล สถานที่ กิจกรรมต่างๆ ที่โรงเรียนจัดให้ ดังนั้น ค่านิยมและแบบแผนการดำเนินชีวิตในระยะวัยเรียนจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กจนเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นสาเหตุแห่งการเสียชีวิตต่อไป เด็กวัยเรียนจึงเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่จะพัฒนาให้เป็นผู้มีคุณภาพ หรือ ในทางตรงกันข้ามก็เป็นช่วงวัยที่นำไปสู่การพัฒนาแบบแผนชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตไม่ได้เช่นกัน

โรงเรียน เป็นสถาบันสังคมที่สำคัญของการพัฒนาวิทยาการ และศูนย์กลางในการพัฒนาคนทุกๆ ด้าน ทั้งปลูกฝังพัฒนาระบบและนิสัยพึงประสงค์ สร้างศักยภาพคนให้ดำเนินชีวิตปกติสุขในสังคม โรงเรียน ยังจัดเป็นสถาบันการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่ง ในปี พ.ศ.1995 องค์กรอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ประเทศไทยฯ พัฒนาโรงเรียนไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนโครงสร้างงานอนามัยโรงเรียน เดิม และองค์กรอนามัยโลกได้ว่ามีกระบวนการที่จะพัฒนาให้เป็นผู้มีคุณภาพ หรือ Intercountry Consultation on Health Promoting Schools เมื่อวันที่ 2 - 5 มีนาคม 2540 ณ กรุงเทพมหานคร มีผู้แทนประเทศไทยที่เกี่ยวข้องและผู้แทนจาก 7 ประเทศ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เข้าประชุมร่วมกัน ศึกษาเรื่องการประเมินคุณภาพ ประเทศไทยจะต้องวางแผนดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดใหม่ขององค์กรอนามัยโลก ที่จะให้โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นของ การพัฒนาสุขภาพควบคู่ไปกับการเรียน ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย (สุคนธ์ เจียสกุล และนพรัตน์ แก่นนาคា, 2542) โดยได้ดำเนินการตั้งแต่กลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม พบร่วมกัน ว่า กิจกรรมของโรงเรียนในกระบวนการดังกล่าวส่วนใหญ่ยังอยู่ในขั้นตอนพัฒนาการเรียนรู้ ไม่ได้ดำเนินการจริงๆ ขององค์กรอนามัยโลก ที่มีเป้าหมายต้องการให้โรงเรียนเป็นฐานทรัพยากรด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ กีฬากับการสร้างสุขภาพชุมชน

นอกจากนี้ ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนมีผลต่อภาวะสุขภาพชุมชนโดยรวม การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคและความเจ็บป่วยในวัยเด็กจะมีผลต่อภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ และเด็กวัยเรียน เป็นช่วงชีวิตที่สามารถเรียนรู้และรับผลกระทบจากการบริการสุขภาพมากที่สุด (Clark, 1999) เป็นที่ปรากฏแน่ ชัดว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ (1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (3) พฤติกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางร่างกาย (4) การจัดการกับความเครียด (5) การละเว้นการใช้สารเสพติด (6) การป้องกันและหลีกเลี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและภัยนตรายทั้งหลาย อย่างไรก็ตามพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ค่านิยมในการออกกำลังกายและการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง มักเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยเด็ก การมีพฤติกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะมีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุต่อไป

การพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ผ่านมาในยุคกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้มีการพัฒนาทางด้านอาหาร ควบคู่กันไปด้วย ทั้งทางด้านการผลิต การแปรรูป การกระจายอาหารและการตลาด อีกทั้งยังทำให้เลือกชีวิตรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่แบบแผนการดำเนินชีวิตตามอย่างของประเทศที่พัฒนาแล้วอีกด้วย มีการบริโภคเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ และน้ำตาลรายขาวมากขึ้น แต่กลับบริโภคผักผลไม้ลดลง ขณะเดียวกันมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายลดลง มีการเปลี่ยนรูปแบบการพักผ่อนหย่อนใจจากเดิมเป็นการใช้เวลาอยู่หน้าจอโทรทัศน์มากขึ้น (World Health Organization, 2004)

ปัญหาสุขภาพในเด็กวัยเรียนที่ยังพบว่าเป็นปัญหาค่อนข้างสูง ได้แก่ ปัญหาฟันผุ ข้อมูลจากการสำรวจ (Ripa, 1993) พบว่า เด็กไทยพันผุเพิ่มขึ้น จากการสำรวจหันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี พบ เด็กอายุ 12 ปี (ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในกลุ่มประถมศึกษา) มีแนวโน้มการเป็นโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้น โดยมีสัดส่วนผู้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 49.2, 53.9, 57.3 และ 56.9 ในปี พ.ศ. 2532, 2537, 2544 และ 2550 มีค่าเฉลี่ยฟันผุต่อกัน 1.5, 1.55, 1.64 และ 1.55 ชิ้น/ คน ในช่วงเวลาเดียวกัน เด็กอายุ 15 ปี เป็นโรคฟันผุร้อยละ 66.3 ค่าเฉลี่ย 2.2 ชิ้น/ คน (กรมอนามัย, 2552) การแปรพันที่โรงเรียนลดลง จากร้อยละ 83.7 ในปี พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 56.1 ในปี พ.ศ. 2544 และรับประทานขนมมากขึ้น แต่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยลดลง จากการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก 0-12 ปี ที่มีผลต่อสุขภาพในช่วงปี พ.ศ. 2547 พบว่า เด็กรับประทานขนมวันละ 3-5 ครั้ง ใช้เงินค่าขนมวันละ 13 บาท โดยขนมกรุบกรอบเป็นขนมยอดนิยมของเด็ก มีสัดส่วนการบริโภคร้อยละ 45.06 (บุญเอื้อ ยงวนิชชากร และผุสดี จันทร์ นาง, 2546) ขณะที่เด็กบริโภคเกือบทั้งหมดจะมีส่วนประกอบของแป้ง และ/หรือน้ำตาล ซึ่งเป็นสารตั้งต้นที่เข้าไปในเบคที่เรียกว่าช่องปาก จะยอมสลายทำให้เกิดสภาวะความเป็นกรด และเกิดโรคฟันผุได้

ผลการศึกษาและการสำรวจที่ผ่านมาพบว่า เด็กไทยยังเผชิญกับปัญหาทุพโภชนาการ 2 ด้าน ทั้ง ขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกินในเวลาเดียวกัน สาเหตุสำคัญเกิดจาก พฤติกรรมทางอาหารและ โภชนาการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งต้นเหตุเกิดจากขาดการวางแผนร่างกาย และสร้างระบบการเข้าถึงอาหาร และโภชนาการที่เหมาะสมให้แก่เด็ก ผลสำรวจภาวะโภชนาการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใน กลุ่มเด็กวัยเรียน จำนวน 884 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบร มีภาวะอ้วน เริ่ม อ้วน และท้วมรวมกันสูงถึง ร้อยละ 19.9 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและมีรสหวานเพิ่มขึ้น รวมทั้งขาดการ ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งสอดรับกับการสำรวจด้านโภชนาการของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 ที่พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี รับประทานน้ำอัดลมและขนมมากขึ้น ครอบคลุมเกือบทุกวันและทุกวัน ร้อยละ 33.7 และ 46.5 ตามลำดับ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้เปิดเผยข้อมูลการสำรวจในวัยเรียน ระดับประเทศทั่วประเทศ ว่า เมนูอาหารกลางวันของโรงเรียนร้อยละ 82.5 จัดอาหารอาหารที่มีไขมันสูง และน้ำหวาน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวผัด กวยเตี๋ยวผัด ฯลฯ เฉลี่ย 2 มื้อ/ สัปดาห์ และร้อยละ 40 ไม่มีร้ายข่ายอาหารเมนูผัก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดการณ์ไว้ว่า ในปี 2558 เด็กไทยจะเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ซึ่ง ปัจจุบัน มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอยู่ในลำดับที่ 8 ของโลก ซึ่งความซุกของเด็กอ้วนจะสูงถึง 1 ใน 5 ของเด็กวัยก่อนเรียน และ 1 ใน 10 ของเด็กวัยเรียน การมีภาวะน้ำหนักเกินในเด็กขณะเป็นวัยรุ่นยังมี ความสัมพันธ์กับความอ้วนในวัยผู้ใหญ่มากกว่าการมีภาวะน้ำหนักเกินในเด็กขณะเป็นวัยเด็กเล็ก (Martorell, 2003) และหนึ่งในสามของเด็กที่อ้วนตั้งแต่อายุ 7 ปี ทำให้มีภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 40 ในขณะที่เด็กอ้วนวัยรุ่นทำให้เกิดภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 70-80 โดยจะเป็นโรคอ้วนและเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยเรียนนั้น พบร ว่า เด็กวัยเรียน อายุ 6-11 ปี เพียงร้อยละ 70.9 มีการ บริโภคอาหารเข้าที่ถือว่าเป็นมือสำคัญต่อการพัฒนาทางสมองของเด็ก และสมรรถภาพการเรียนรู้ของ เด็กทุกวัน และจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะนักเรียนหญิงอายุ 12-14 ปี มีการบริโภคอาหารเข้าทุกวันเพียงร้อยละ 48.1 (<http://www.thaihealth.or.th/node/1918> และ http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=811#search) นอกจากนี้ ยังมีการ รับประทานอาหารที่ขาดคุณภาพ อย่างเช่น ข้าวเหนียวหมูปิ้ง หรือกาแฟ ปาท่องโก๋ หรือไม้กี๊เพียงนม เพียงกล่องเดียว นอกจากนี้ ทำให้เด็กจะหิวเร็วว่าปกติ และรับประทานจุบจิบเป็นสาเหตุของโรคอ้วนใน เด็กได้ ขณะที่เด็กก้มีการบริโภคขนมขบเคี้ยว ดื่มน้ำอัดลมเกือบทุกวันร้อยละ 32.8 และทุกวันร้อยละ 26 ตามลำดับ ซึ่งจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน อีกทั้งยัง

พบว่า เด็กวัยเรียนนิยมบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกถึงร้อยละ 92.5 โดยส่วนใหญ่กินเป็นบางวัน ร้อยละ 49.4 กินทุกวันและเกือบทุกวันร้อยละ 7.3 มีเด็กวัยเรียนเพียงร้อยละ 7.5 เท่านั้นที่ไม่กินเลย (กรมอนามัย, 2552)

ขณะเดียวกันผลสำรวจภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนทั้งในเขตเมืองและชนบท พbmีเด็กผอมและค่อนข้างผอมรวมกันร้อยละ 4.5 เด็กอ้วนร่างเตี้ยร้อยละ 3.7 และเด็กมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 14.2 กรมอนามัยจึงทำการสำรวจด้านการบริโภคอาหาร พบร้า เด็กได้รับสารอาหารบางชนิดจากการกินอาหารไม่เพียงพอ โดยเฉพาะได้แคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ และวิตามินซี ได้รับเพียง 45-65 ของสารอาหารที่ควรได้รับ ในขณะที่เด็กได้รับพลังงานเฉลี่ยวันละ 1,452 กิโลแคลอรี่ คิดเป็นร้อยละ 89.6 ของปริมาณที่ควรได้รับ แต่เด็กกรุงเทพฯ กลับได้รับไปรีตมากเกินความต้องการถึงร้อยละ 162.7 อีกทั้งยังพบว่าเด็กนักเรียนบริโภคนมเพียง $\frac{1}{4}$ กล่องต่อวัน และมีการบริโภคผักและผลไม้เข้มข้นมากกว่าร้อยละ 74 กรัม หรือไม่ถึง 1 ชีด (กรมอนามัย, 2552) ในเวลาเดียวกันยังพบเด็กไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดสารไอโอดีนและเป็นโรคโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก และอื่น ๆ อย่างน้อย 16 โรค

จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น นับว่าเป็นความสำคัญและความจำเป็นอย่างที่สุด ในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพของเด็กในวัยเรียน โดยถือเป็นภารกิจสำคัญของผู้ที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพทุกคนในชุมชน ที่ต้องให้ความสนใจในการสร้างประสบการณ์และทักษะที่ดีแก่เด็กวัยเรียน ซึ่งการดำเนินงานจะสำเร็จลงไม่ได้หากขาดการมีส่วนร่วมรับผิดชอบจากองค์กรหรือสถาบันต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน สถานบริการสาธารณสุขในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบ ตลอดจนสถาบันการศึกษาที่มีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรสุขภาพในชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียต่าง ๆ ในชุมชนจะส่งผลอย่างยิ่งในด้านคุณภาพของการดำเนินงานทุกด้าน ทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่า การดำเนินงานมีความครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ทั้งนี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐาน พื้นฐานของชุมชนมาปะกอบการตัดสินใจ (เดชรัต สุขกำเนิดและคณะ, 2545) ดังนั้น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและออกแบบกลั่นกรองเด็กวัยเรียนในครั้งนี้ มีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาการเรียนรู้โดยเด็กไทยให้มีรูปร่างสูงใหญ่ได้สัดส่วน มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีสมรรถภาพในการทำงานและการเล่นกีฬาสูง ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็กไทยให้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพกายและจิตใจที่สมบูรณ์ เป็นกลั่นกรองสำคัญในการพัฒนาประเทศ อีกทั้งยังเป็นโครงการต้นแบบในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกแบบกลั่นกรองเด็กวัยเรียนที่อยู่ทั้งในและนอกระบบการศึกษาให้มีสุขภาพที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

คำาถามการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีคำาถามการวิจัย ต่อไปนี้

1. กฎแบบและกระบวนการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่มีอยู่ในโรงเรียน และชุมชนมีหรือไม่ อย่างไร

2: กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนในชุมชน มีกระบวนการอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษารูปแบบและกระบวนการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชนเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียน

2. พัฒนารูปแบบและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชนเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียน

3. จัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนในชุมชน

4. ศึกษาผลการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนครั้งนี้ มีการพัฒนารูปแบบและจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพบนแนวคิด ความเชื่อ และนโยบายขององค์กรชุมชน ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และองค์กรชุมชน โดยได้ทดลองจัดกระบวนการและประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนฯ

กับเด็กวัยเรียนในโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น และพัฒนารูปร่างต่าง ๆ ที่เพื่อน ๆ สิงแผลล้อม และสังคมรอบข้างมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยทำการศึกษาในจังหวัดภาคตะวันออก 2 จังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวมเป็น 2 หมู่บ้าน/ ชุมชน ที่มีความพร้อมยินดีเข้าร่วมการวิจัย

คำนิยามศัพท์

เด็กวัยเรียน หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ถึง 15 ปี ทั้งเพศชายและหญิง โดยหมายรวมถึงเด็กวัยเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา

การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กวัยเรียนในชั้นโรงเรียน/ สุขศึกษาที่โรงเรียนจัดให้ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกชั้นโรงเรียนศึกษาและการเล่นกีฬาต่าง ๆ ตามความชอบและความถนัดของแต่ละคน

ภาวะไมโครนากา หมายถึง ภาวะการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนช่วงอายุต่าง ๆ ประเมินโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (น้ำหนักและส่วนสูง) เพื่อตัดความเหมาะสมของสัดส่วนของร่างกาย ตามเกณฑ์มาตรฐาน สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพสำหรับเด็กไทย อายุ 7-18 ปี ของคณะกรรมการส่งเสริมกีฬา และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในสถาบันการศึกษาและการพัฒนาองค์ความรู้

สมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่เป็นความสามารถเชิงสรีรวิทยาของระบบที่จะช่วยป้องกันบุคคลจากโรคต่าง ๆ ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะของร่างกาย ขาดการออกกำลังกาย และถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เด็กวัยเรียนคนนั้นมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย

1. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ที่ช่วยให้ร่างกายทรงตัวด้านกับแรงศุนย์กลางของโลกอยู่ได้โดยไม่ล้ม เป็นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหวพื้นฐาน เช่น วิ่ง กระโดด เขย่ง กระโจน และความแข็งแรงเพื่อเคลื่อนไหวในมุมต่าง ๆ เพื่อเล่นกีฬา หรือใช้ในการช่วงว่าง ปา เดาะ ตี และสุดท้ายคือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการเกร็งในการต้านทานแรงที่กระทำจากภายนอกโดยไม่ล้มหรือเสียการทรงตัว

2. ความอดทนของกล้ามเนื้อ เป็นความสามารถของกล้ามเนื้อในการออกแรงทำให้วัดถูกเคลื่อนที่ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ หรือหลายครั้งติดต่อกันได้

3. ความอดทนของระบบไหลเกี่ยนโลหิตและระบบหายใจ เป็นความสามารถของปอด และหัวใจ หลอดเลือด ในการลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารไปยังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการออกแรง ขณะเดียวกันก็นำสารที่ไม่ต้องการออกจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการออกแรง

4. ความอ่อนตัว หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวของส่วนแขน ส่วนขา หรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย ให้เต็มขีดจำกัดของการเคลื่อนไหวนั้น ๆ

5. องค์ประกอบของร่างกาย ประกอบด้วยไขมันในร่างกายกับน้ำหนักของส่วนต่าง ๆ ที่ปราศจากไขมัน ได้แก่ ส่วนของกระดูกและกล้ามเนื้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

1. เด็กวัยเรียนทั้งในโรงเรียนและชุมชน (เด็กนอกรอบการศึกษา)

1.1. ได้รับการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการและการออกกำลังกายจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการ

1.2 ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นในวัยเรียนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย

1.3 มีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง มีทักษะในการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะในด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

2.1 ได้องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงาน และองค์กรต่าง ๆ ใน การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน

2.2 ปฏิบัติงานบนพื้นฐานของบริบท สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันและความต้องการการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนจากทุกภาคส่วน

2.3 ได้เรียนรู้การทำงานร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน

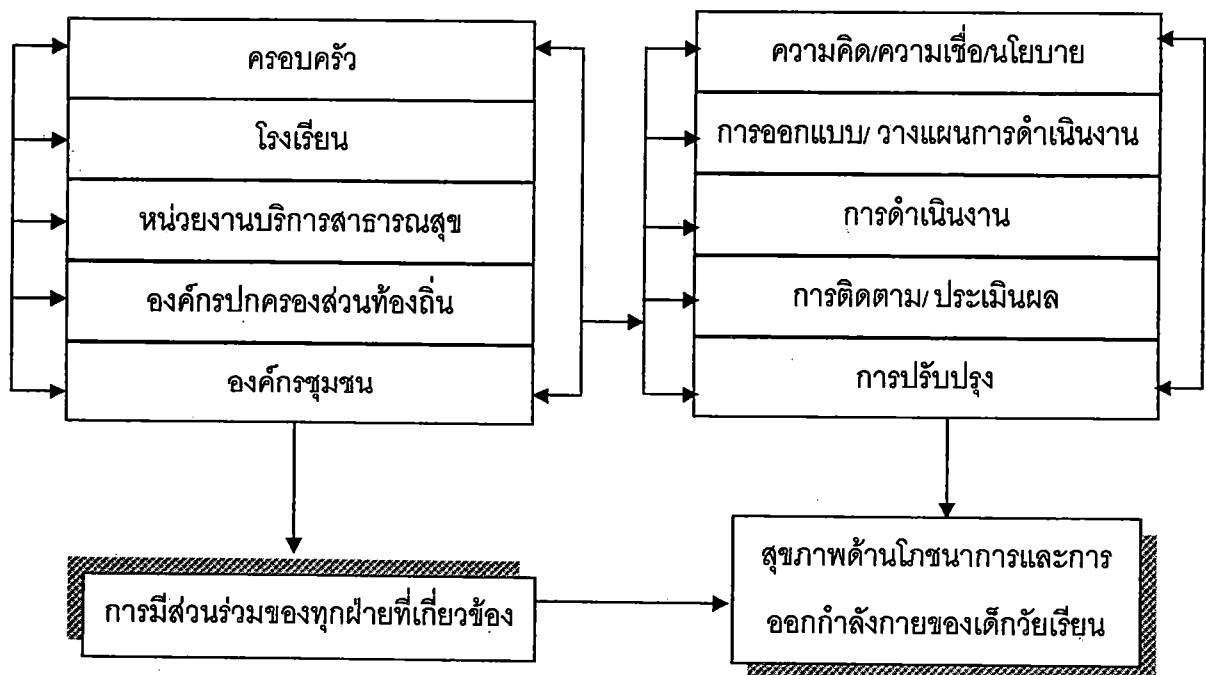
2.4 ได้ระบบและกลไกในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการจัดบริการสุขภาพแก่เด็กวัยเรียน

3. นักวิจัยและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

- 3.1 ได้องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชน
- 3.2 ได้เรียนรู้การทำงานร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน
- 3.3 ได้ความรู้ในการพัฒนานักวิจัยและนักวิชาการใหม่ต่อไป
- 3.4 ได้เครื่อข่ายการเรียนรู้ในการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการจัดการเรียนการสอนต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของ ครอบครัว โรงเรียน หน่วยงานบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนต่าง ๆ ซึ่งผ่านกระบวนการของความคิด ความเชื่อกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลเด็กวัยเรียน สรุปแผนการดำเนินการ วิธีการดำเนินการ การติดตามประเมินผล และการปรับปรุงแผนการดำเนินงานหรือความคิดในการให้บริการ ตามกรอบแนวคิดในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ขององค์กรและขั้นตอนการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนตามกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะกรรมการศึกษาคนค่าวรรณชื่อ มูลต่าง ๆ จากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุน งานวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

ความสำคัญของอาหารและการออกกำลังกายในระดับโลก กล่าวถึงยุทธศาสตร์ระดับโลก เรื่องอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ พ.ศ. 2547 (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2004) ขององค์กรอนามัยโลก และกฎบัตร多伦多 ต่อต้านโรค สำหรับสุขภาพ (The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action)

ภาระโภชนาการกับเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย 2 เรื่องคือ (1) สถานการณ์ด้านโภชนาการ ของเด็กวัยเรียน ซึ่งได้ให้ความสำคัญประเด็นที่เป็นปัญหาด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนไทยในขณะนี้ คือ การขาดสารอาหาร ภาระโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน และพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารเข้า ของเด็กวัยเรียน (2) ปัจจัยทางสังคมสื่อมีมอทิฟพลดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก

การออกกำลังกายกับเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย สถานการณ์ด้านการออกกำลังกายของเด็ก วัยเรียน การส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับเด็กและประยุษณาของการออกกำลังกาย ข้อแนะนำการ ออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียน และสมรรถภาพทางกายและการออกกำลังกาย

การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในประเทศไทย โดยได้ศึกษาบทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545-2553)

ความสำคัญของอาหารและการออกกำลังกายในระดับโลก

อาหารและกิจกรรมทางกายมีอิทธิพลต่อสุขภาพร่วมกันและแยกจากกัน เพราะกิจกรรมทางกาย แต่เพียงอย่างเดียว ก็มีความสำคัญในการพัฒนาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล องค์การ อนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสองประการที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อหรือโรคไว เนื้อเรื่อง ที่นับวันที่ความรุนแรงมากขึ้น—โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานประเภทที่ 2 และโรคมะเร็ง บางชนิด—ได้แก่ อาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยเสี่ยงของภาวะ เกิดโรคไม่ติดต่อ 5 ประการคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันคลอเรสเทอโรลในเลือดสูง กินผักและผลไม้ไม่

เพียงพอ น้ำหนักเกินหรืออ้วน การขาดกิจกรรมทางกาย (physical activity) และการสูบบุหรี่ จึงได้พัฒนาอย่างศาสตร์โลกด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิกใช้ในการจัดทำกลยุทธ์ดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและบริโภคอาหารที่เหมาะสม ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นับตั้งแต่ภาครัฐไปจนถึงประชาชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชน ซึ่งสอดคล้องต้องกันกับองค์กรอนามัยโลกประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEARO) ที่กำลังขับเคลื่อนเพื่อให้ประเทศไทยและสมาชิกดำเนินการทำกลยุทธ์ด้านอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ (World Health Organization, 2004) มุ่งเน้นประเด็นด้านต่าง ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เช่น ลักษณะต่าง ๆ ทางโภชนาการ (โภชนาการเกิน โภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การขาดสารอาหารปริมาณน้อย และการบริโภคสารอาหารบางอย่างเกิน) ความมั่นคงด้านสารอาหาร (food security) การเข้าถึง (accessibility) ความมีอยู่ห้าได้ (availability) และความสามารถในการจ่าย (affordability) ความปลอดภัยด้านอาหาร (food safety) และการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ส่วนที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ประเด็นควรประกอบด้วย ความต้องการกิจกรรมทางกายในที่ทำงาน ที่บ้านและการใช้ชีวิตที่โรงเรียน ความเป็นเมืองที่เพิ่มมากขึ้น และการวางแผนเมืองที่หลากหลาย รูปแบบ การคมนาคม ความปลอดภัยและการเข้าถึงกิจกรรมทางกายในช่วงเวลาพักผ่อน โดยต้องเป็นความร่วมมือกันในระยะยาวจากทุกภาคส่วนในสังคม ด้วยมาตรการที่เข้มแข็งและเอาใจใส่อย่างเต็มที่ จากรัฐบาล

ขณะเดียวกันได้มีการผลักดันกฎบัตรโดยอนุตด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยเครือข่าย กิจกรรมทางกายระดับโลก (Global Advocacy for Physical Activities-GAPA) เพื่อเป็นการเพิ่ม กิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมการนั่งอยู่กับที่ โดยมีหลักการดังต่อไปนี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

1. ใช้ยุทธศาสตร์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีประชากรทั้งประเทศเป็นกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง ประชากรเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่กำลังเผชิญกับสภาวะที่เป็นปัญหาและอุปสรรค
2. นำแนวทางเรื่องความเป็นธรรมภาพสมมพسان เพื่อลดความไม่เท่าเทียมทางสังคมและ สุขภาพ รวมทั้งการขาดโอกาสเข้าถึงการมีกิจกรรมทางกาย
3. ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสภาพแวดล้อม สังคม และปัจเจกบุคคล ซึ่งมีผลต่อการมี กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ
4. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมืออย่างยั่งยืนในการปฏิบัติในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับ ภูมิภาคและระดับท้องถิ่น ซึ่งครอบคลุมทุกภาคส่วน เพื่อผลสำเร็จที่ยั่งใหญ่

5. พัฒนาศักยภาพและสนับสนุนการฝึกอบรม การทำวิจัย การนำแผนสู่การปฏิบัติ นโยบาย
การประเมินผล และการเฝ้าระวัง

6. ใช้แนวทางการส่งเสริมตลอดช่วงชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและพัฒนาการของเด็ก ครอบครัว ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

7. ขับเคลื่อนและผลักดัน เพื่อให้มีอำนาจในการตัดสินใจและชุมชนเพิ่มพันธ์สัญญาทางการเมืองและการจัดสร้างทรัพยากรเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

8. ควรแนวใจว่า yothasatr ที่ใช้ได้คำนึงถึงความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม และปรับให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง บริบทและทรัพยากรของชุมชน

9. ส่งเสริมการมีทางเลือกเพื่อสุขภาพของประชาชน โดยทำให้ทางเลือกในการมีชีวิตเชิงบวก เพื่อเอื้อต่อสุขภาวะนั้น เป็นทางเลือกที่ปฏิบัติได้ง่าย

การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย สำหรับเด็กวัยเรียนในครั้งนี้ ได้นำแนวคิด หลักการของ yothasatr ระดับโลก และกฎบัตรitolon โดยมาประยุกต์ในการพัฒนาฐานแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและกิจกรรมทางกายของเด็ก บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างสุขภาพ โดยการปรับกลไกให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและบริบทของชุมชน บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจำชีวิৎสัมภาระ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นที่โรงเรียนก่อนจะขยายออกไปสู่ชุมชนในระยะต่อไป

ภาวะโภชนาการกับเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ควรได้รับพลังงานและสารอาหารที่มีคุณภาพสูง ครบถ้วน และเพียงพอ กับความต้องการในแต่วัน เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการสร้างเซลล์และกระดูก และการสร้างพลังงานเพื่อใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ อาหารมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายมากกว่าหือกับเท่ากับอิทธิพลของพัณฑุกรรม การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้รับอาหารเหมาะสมเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ได้รับสารอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณและคุณภาพ และมีภาวะโภชนาการที่สมบูรณ์ในช่วงนี้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเป็นประจำ และพักผ่อนอย่างเพียงพอ นับเป็นโอกาสสุดท้ายของชีวิตที่เด็กจะสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาการได้เต็มศักยภาพที่พัณฑุกรรมได้กำหนดไว้ หากปล่อยเวลาให้ล่วงพ้นวัยนี้ไปแล้ว แม้จะใช้ความพยายามที่จะส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตของส่วนสูงเพิ่มขึ้นด้วยวิธีการใดก็ตาม พ布ว่า ให้ผลน้อยมากและลืมเปลี่ยนค่าใช้จ่ายสูงมาก

ภาวะโภชนาการ เป็นดัชนีบ่งชี้ที่ดีของภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็ก และภาวะโภชนาการที่ดีเป็นต้นทุนสำคัญที่ส่งเสริมให้เด็กเติบโตได้เต็มศักยภาพ การส่งเสริมให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี นอกจาก

จะเป็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตและสุขภาพที่ดี เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และผลลัพธ์ที่ใน การเรียนให้สูงขึ้น และเพิ่มสมรรถภาพในการทำกิจกรรมและการเล่นกีฬาแก่เด็กในปัจจุบันแล้ว ยังช่วย ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เมื่อเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เช่น ภาวะไขมันสูงในเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคกรดกรดพูน

อย่างไรก็ดี สามารถกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ของวัยเรียนซึ่งกำลังย่างก้าวเข้าสู่วัยรุ่นนั้น ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอย่างมาก ทำให้พบว่าเด็กช่วงวัยนี้มีปัญหาทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน การศึกษาเริงประจักษ์ มากมายที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ปัจจุบันด้านโภชนาการที่น่าเป็นห่วงของเด็กไทยทั้ง ในปัจจุบัน และการคาดการณ์ไปถึงอนาคต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถานการณ์ด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนในประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาด้านโภชนาการทั้งสองด้าน คือ ภาวะโภชนาการ พร่อง และภาวะโภชนาการเกิน ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยได้รับการยกย่องในเวทีโลกให้เป็น ตัวอย่างของประเทศที่ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการขจัดปัญหาขาดสารอาหาร ด้วยการใช้นโยบาย แก้ไขความยากจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่ใช้กล ยุทธ์พัฒนาชนบทแบบบูรณาการ ที่รวมการแก้ไขปัญหาขาดแคลนอาหารและน้ำ การอนามัยป้องกัน โรคติดต่อ และการสาธารณสุขมูลฐาน ให้ด้วย หลังจากที่ภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงไม่ใช่ปัญหา อีกต่อไป ประเทศไทยกลับประสบปัญหาใหม่ เด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนรุนแรง ที่ เป็นเงื่อนไขที่ปัญหาโรคเสื่อมเรื้อรัง อันเป็นผลพวงของโรคอ้วนจะบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ ของประเทศไทยในอนาคตได้ (ลัดดา เหมะสุวรรณ, 2551) สำรวจการศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนเอกสาร สถิติ และรายงานการวิจัยต่าง ๆ ที่เป็นสถานการณ์ด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนไทยໄร์ดังต่อไปนี้

1. การขาดสารอาหาร ปัญหาที่ยังคงต้องแก้ไข

ภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนยังคงอยู่ในอัตราที่สูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ อย่างชัดเจนทั้งในเขตเมืองและชนบท จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2546 โดยสำนักโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข พับเด็กวัยเรียนจำนวนทั้งสิ้น 2,252 คน ขาดสารอาหารเรื้อรัง (ภาวะเตี้ย) คิดเป็นร้อยละ 7.5 นอกเหนือนี้ ข้อมูลการรายงานสถานการณ์ภาวะ โภชนาการของประเทศไทยจากสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ พบว่า ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2535-2547) สถานการณ์การขาดสารอาหารโดยเฉพาะในภาคใต้และพลังงานมีแนวโน้มลดลงจากเดิม

ร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 12.21 และร้อยละ 9.56 ในปี พ.ศ. 2540 และ 2547 ตามลำดับ (สำนักงานการกระทรวงสาธารณสุข, 2549) เด็กไทยวัยเรียนร้อยละ 31 เป็นโรคโลหิต ฯ จางจากการขาดธาตุเหล็ก และอีกจำนวนไม่น้อยเป็นโรคขาดสารไอโอดีน สอดคล้องกับผลการประเมินสถานการณ์ของการขาดสารอาหารของเด็กวัยเรียนในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย (สุภาพร เพ็งโนนยาง, 2548) ที่พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะการขาดสารอาหารในระดับไม่แสดงอาการ โดยเด็กร้อยละ 68 มีภาวะการขาดสารอาหาร ได้แก่ สังกะสี วิตามินเอ และไอโอดีนมากกว่าระดับปกติ ร่วมกันมากกว่า 2 ตัวชี้วัดไป

ผลเสียของการขาดสารอาหารเรื้อรังในเด็กวัยเรียน จะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและระดับสติปัญญา ผลงานให้เด็กไทยตัวเตี้ยแกรน สมองเติบโตช้า การเรียนรู้ช้า พัฒนาน่าไม่เต็มตามศักยภาพ จากการศึกษาในเด็กอายุ 2-18 ปี ของลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ (2547) ระบุว่า เด็กที่มีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ยจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังทำให้ภูมิต้านทานโรคลดลง เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีระดับสติปัญญาต่ำ ประสาทि�วิภาคการทำงานลดลง และมีความสามารถในการสร้างรายได้น้อยกว่าเด็กที่ได้รับอาหารเหมาะสมตามวัย และจากการสำรวจคนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) เปิดเผยว่า ความฉุกเฉือนภาวะเตี้ยในเด็กอายุ 6-11 ปี และ อายุ 12-14 ปี มีร้อยละ 3.7 และ ร้อยละ 3 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบตามภาคพื้นที่ เด็กวัยเรียนภาคใต้มีความฉุกเฉือนเด็กเตี้ยกว่าเกณฑ์สูงสุด (ร้อยละ 5.9) มีเด็กน้ำหนักน้อยสูงสุดกว่าภาคอื่น ๆ (ร้อยละ 4.7)

อย่างไรก็ได้ การสำรวจในระยะใกล้เคียงกันในปี พ.ศ. 2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์กรยูนิเซฟ (Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), December 2005 - February 2006 จึงใน ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2551) พบว่า ภาวะน้ำหนักน้อยลดลงเหลือร้อยละ 9.3 และภาวะผอมลดลงเหลือน้อยเหลือร้อยละ 4.1 ในขณะที่ภาวะเตี้ยยังคงเดิมที่ร้อยละ 11.9 กล่าวอีกนัยหนึ่ง ในช่วงเวลา 20 ปี จากปี พ.ศ. 2529 -2538 ประเทศไทยสามารถลดภาวะน้ำหนักน้อยได้ร้อยละ 1.1 ต่อปี การสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2549 ยืนยันว่าปัญหาน้ำหนักน้อยลดลงอย่างต่อเนื่องจริง ส่วนปัญหาเด็กเตี้ยกว่าเกณฑ์ แม้ว่าจะลดได้เป็นลำดับในช่วงปี พ.ศ. 2529 -2538 เช่นเดียวกับปัญหาน้ำหนักน้อย หากแต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นในช่วง 10 ปีหลัง จึงเป็นความเร่งด่วนที่ทุกภาคส่วนต้องระดมพลังกันแก้ปัญหานา粗นาการนี้ก่อนที่จะเข้าขั้นวิกฤต และเกิดผลกระทบต่อชุมชนในระยะยาว

2. ภาวะโภชนาการเด็ก และโรคอ้วน ภัยเงยบคุกคามเด็กไทย

โรคอ้วน ภัยเงยบที่คุกคามเด็กไทยอยู่ในขณะนี้ จัดเป็นโรคระบาดที่เริ่มระบาดมากขึ้นในสังคมไทยในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ร้อยละ 30-80 ของเด็กเหล่านี้เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็ยังคงอ้วนและมักจะป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยปัจจัยทางภาวะโภชนาการเด็กและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทางสุขภาพที่ได้รับผลกระทบด้านให้เป็นวาระแห่งชาติ ในที่ประชุมคณะกรรมการรัฐมนตรี ใน พ.ศ. 2553 มีการกำหนดพื้นที่เฉพาะทิศทางของการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมไทยในการจัดการปัญหานี้อย่างชัดเจน

ความซุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กชายเรียนของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีงานศึกษาวิจัยและสำรวจเชิงประจักษ์หลายงาน ที่ชี้ให้เห็นถึงความซุกของภาวะอ้วนและเริ่มขึ้นของเด็กไทยในช่วงห้าปีที่ผ่านมา ดังนี้ ข้อมูลจากการสำรวจเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หมื่นกว่าคนทั่วประเทศ พ布เด็กไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วนและเริ่มอ้วนถึงร้อยละ 12 โดยกรุงเทพมหานครมีความซุกของเด็กอ้วนสูงสุดถึงร้อยละ 15.5 รองลงมาคือภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคอีสาน คิดเป็นร้อยละ 12, 11, และ 9 ตามลำดับ (เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) ยอดคล่องกับการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 4 ที่พบว่า เด็กไทยอายุ 1-14 ปี จำนวน 540,000 คน หรือร้อยละ 4.7 มีน้ำหนักเกิน และเด็กจำนวนอีก 540,000 คน หรือ 4.6% อยู่ในภาวะอ้วน และประมาณ ¼ หรือ 135,000 คน เสี่ยงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อจากการบริโภคอาหารอย่างไม่ถูกวิธี และไม่สมดุลกับการเผาผลาญ โดยมีเตรียมประทานพลังงานเข้าไป แต่ไม่ได้ถูกใช้ออกมา (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)

นอกจากนี้ ข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กไทยที่น่าเป็นกังวล คือ เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.3) ของเด็กอายุ 9-12 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการสำรวจมีภาวะโภชนาการเกิน (นริสรา พึงโพธิ์สก, 2551) โดยพบว่า มักเป็นเด็กที่เป็นลูกคนเดียวหรือลูกคนสุดท้อง เนื่องจากครอบครัวไทยนิยมหุ่มเทให้ความรักและตามใจลูกคนสุดท้องเป็นพิเศษ หากเป็นลูกคนเดียว ก็จะยิ่งถูกตามใจให้กินดีอยู่ดีจนทำให้ได้รับสารอาหารมากเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ส่วนเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีพี่น้องหลายคน เด็กที่มักใช้แรงน้อยถึงปานกลาง เด็กที่ดื่มน้ำมากไม่นาน เด็กในครอบครัวที่มีฐานะดี และเด็กที่อยู่ในโรงเรียนที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ก็ล้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกินได้มากกว่าเด็กวัยเรียนกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งรวมอนามัย คาดการณ์ว่าในปี 2555 เด็กไทยจะเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ที่ปัจจุบัน มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอยู่ในลำดับที่ 8 ของโลก ซึ่งความซุกของเด็กอ้วนจะสูงถึง 1 ใน 5 ของเด็กวัยก่อนเรียน และ 1 ใน 10 ของเด็กวัยเรียน โดยจะเป็นโรคอ้วนและเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

ต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ในเวลาเดียวกันยังพบเด็กไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดสารไอโอดีนและเป็นโรคโลหิตจาง จากการขาด ธาตุเหล็ก และอื่นๆ อย่างน้อย

16 โรค

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกิน และภาวะอ้วน ที่ส่งผลให้ประเทศไทยมีความซุกซ่อนโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระดับต้น ๆ ของโลก พบว่า เด็กวัยเรียนติดอาหารสหวาน มัน เค็ม ในรอบ 3 ปี (พ.ศ.2547-2550) รับประทานขนมกรุบ กรอบและน้ำอัดลมเป็นประจำ เพิ่มขึ้นถึง 1.8 และ 1.5 เท่าตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2552) โดยเด็กอายุ 6-14 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน ขนมกรอบ อาหารประเภทไขมันสูง สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น มีแนวโน้มการบริโภคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีปริมาณการบริโภคลดลงในกลุ่มอายุที่มากขึ้น (ดวงพิทย์ ธีรวิทย์, 2548) ซึ่งขนมกรุบกรอบที่เด็กกิน จำนวน 100 ถุง มีเม็ดถึง 10 ถุงที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย มากกว่า 90 ถุงมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ โดยพบว่า เด็กไทยซื้อขนมถุงกรอบวันละ 26 บาท เฉลี่ยคนละ 9,800 บาทต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษาที่ใช้เงินเพียงคนละ 3,024 บาทต่อปี

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชากรในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2547 พบอัตราความซุกของภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 15.0 โดยเด็กวัยเรียนเพศชายเป็นโรคอ้วนมากกว่าเด็กวัยเรียนเพศหญิง (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2547) นอกจากนี้ เด็กวัยเรียนบริโภคผักเฉลี่ยเพียงปริมาณคนละ 14.3 กรัมต่อวัน หรือ ประมาณ 1.5 ช้อนกินข้าว ผลไม้บริโภคเพียง 59.7 กรัมต่อวัน รวมบริโภคผักผลไม้คนละ 74 กรัมต่อวัน และจากรายงานสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 พบว่า เด็กวัยเรียนบริโภคผักเพียงคนละ 13.9 กรัม/วัน หรือเกือบ 1.5 ช้อนกินข้าว ผลไม้เฉลี่ย 61.5 กรัม/วัน ซึ่งปริมาณน้อยกว่าองค์การอาหารที่แนะนำให้เด็กวัยเรียน อายุ 6-13 ปี ควรบริโภคผักวันละ 4 ทัพพี (ประมาณ 12 ช้อนกินข้าว หรือมีอีก 4 ช้อนกินข้าว) ผลไม้วันละ 3 ส่วน แต่ในขณะเดียวกันการบริโภคอาหารประเภทแป้ง น้ำตาลและไขมันในเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง เนื่องจากวิถีชีวิตและค่านิยมในการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีปัญหาโภชนาการเกิน

การศึกษาของอาจารย์ ตั้งวิชุรย์ (2550) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ชี้ให้เห็น พฤติกรรมทางโภชนาการของเด็กวัยเรียนไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนิยมบริโภคขนมซองที่มีแป้งและไขมันปริมาณมาก โดยบริโภคเฉลี่ยวันละ กะบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนฯ

3-4 ครั้ง ส่วนเครื่องดื่มที่นิยมบริโภคมากที่สุด คือ น้ำอัดลม โดยเฉลี่ยเด็กได้รับพลังงานจากขนม อาหาร ว่าง และเครื่องดื่มประมาณ 495 กิโลแคลอรี หรือเทียบเท่าร้อยละ 30 และ ร้อยละ 8.6 ของพลังงานที่ต้องการต่อวันตามลำดับ มากกว่าปริมาณมาตรฐานที่ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด ให้ ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายเปลี่ยนพลังงานส่วนเกินนี้เป็นไขมันได้ โดยเครื่องดื่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนนอกจากน้ำอัดลม น้ำหวานต่าง ๆ ที่ทราบกันดีแล้วนั้น การดื่มน้ำเมรี่ยวเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง เนื่องจากน้ำเมรี่ยวมีน้ำมันเป็นส่วนประกอบเพียงร้อยละ 35-50 และที่สำคัญน้ำเมรี่ยวชนิดดื่มเหล่านี้ (รวมชนิดໄล์ที่ทำมาจากน้ำมันพืชร่วมมันเนย) ผสมน้ำตาลสูงถึงร้อยละ 8-20 สูงกว่าขนมหวานอย่างมาก และสูงใกล้เคียงกับน้ำอัดลม การดื่มน้ำเมรี่ยว 1 กล่อง (180 มิลลิลิตร) จึงทำให้ได้บริโภคน้ำตาล 3 ช้อนชา บางปีห้ออาจมีน้ำตาลสูงถึง 7 ช้อนชา หากเด็กบริโภคตามน้ำเมรี่ยววันละ 2 กล่อง เท่ากับได้รับน้ำตาลเท่ากับ 6 ช้อนชา ซึ่งเกินคำแนะนำที่ควรรับประทานได้ไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา (คำแนะนำของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน) ขณะเดียวกันเด็กจะได้รับโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่เพียงครึ่งเดียวเท่านั้น

สำหรับผลกระทบของปัญหาภาวะโภชนาการเกิน และภาวะอ้วน ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียบุสุขภาวะ การขาดงาน ข้อจำกัดด้านร่างกายที่บั่นทอนความสามารถของผู้ที่เป็นโรคอ้วน ประเทศไทยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนสูงเป็นอันดับต้น ๆ โดยในปี พ.ศ.2548 ค่ารักษาพยาบาลของโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมกันเพียงสามโรคสูงถึงกว่า 70,000 ล้านบาท.

สาเหตุสำคัญเกิดจาก พฤติกรรมทางอาหารและโภชนาการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งต้นเหตุเกิดจากขาดการวางแผนฐาน และสร้างระบบการเข้าถึงอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมให้แก่เด็ก สรุปได้ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้ (ศูนย์ปฏิบัติการกระทรวงศึกษาธิการ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2553)

1. ครอบครัวขาดความรู้และทักษะด้านอาหารและโภชนาการ โดยขาดการ สร้างแรงจูงใจ และจิตสำนึกให้ผู้เลี้ยงดูเด็กเห็นความสำคัญและใส่ใจให้อาหารที่ถูกหลักโภชนาการ

2. สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ ผลการสูมสำรวจโรงเรียน 400 แห่งทั่วประเทศ พ布ว่า โรงเรียนมักจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างเป็นอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูง ซึ่งโรงเรียนที่มีการจัดผลไม้ให้กับเด็กใน 1 สัปดาห์ มีเด็กอ้วนน้อยกว่าโรงเรียน

ที่ไม่จัดผลไม้ ร้อยละ 30 และโรงเรียนที่มีการขายเครื่องดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานมีเด็กอ้วนเป็น 2 เท่าของโรงเรียนที่ไม่มี

3. การบริหารจัดการด้านอาหาร และโภชนาการระดับพื้นที่ยังต้องปรับปรุง แก้ไข โดยเฉพาะกลุ่มการทำงานของ 3 ภาคส่วนที่เป็นเจ้าภาพหลัก คือ ห้องถั่น เจ้าหน้าที่ และชุมชนหรือภาคประชาชน พบว่า ห้องถั่นมีเงินและทรัพยากร แต่ส่วนใหญ่ขาดองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ การดำเนินงานด้านการพัฒนาพฤษฎิกรรมโภชนาการ

3. อาหารเข้า มือสำคัญที่เด็กวัยเรียนไทยละเลย

การบริโภคอาหารมื้อหลักของคนเราจำเป็นต้องบริโภคให้ครบทั้ง 3 มื้อ และสมดุลกัน ระหว่างอาหารทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะวัยเด็กที่ต้องการพลังงานและสารอาหารในการเจริญเติบโต โดย พลังงานในแต่ละวันควรได้จากอาหาร 3 มื้อเท่า ๆ กัน คือ มื้อลงทะเบียนร้อยละ 30 และจากอาหาร ว่างอีกร้อยละ 10 แต่กลับพบว่าเด็กไทยได้พลังงานจากมื้อเข้าประมาณร้อยละ 25 ส่วนอีกประมาณร้อยละ 60 ได้จากมื้อกลางวันและมื้อยเย็น ที่เหลือเป็นอาหารว่าง ซึ่งอุดมไปด้วยน้ำตาลและไขมัน ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน ไขมัน ฯลฯ

อาหารเข้าเป็นมือสำคัญที่จำเป็นสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ มือเข้าเป็นมือแรกของวันก่อนที่ร่างกายต้องใช้พลังงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยแพร่ สำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าของวัยเรียนว่า เด็กวัยเรียน 6-11 ปี ร้อยละ 30 ไม่วรับประทานอาหารเข้า และมีพฤติกรรมการไม่วรับประทานอาหารเข้าเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในนักเรียน หญิงอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 52 ไม่วรับประทานอาหารเข้า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551) สดคคล่องกับการสำรวจของ ประเทศไทย ศิริจักรวาล สถาบันโภชนาการ ม.มหิดล (2549) (อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของเด็กนักเรียนชั้นปฐมศึกษาปีที่ 3 และ 4 จำนวน 902 คน ในกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กนักเรียนกว่าร้อยละ 40 ไม่ได้กินอาหารเข้าเป็นประจำทุกวันในวันที่ต้องมาโรงเรียน ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่หิว ไม่มีเวลา และไม่มีการทำอาหารเข้าที่บ้าน ทั้ง ๆ ที่การไม่วรับประทานอาหารเข้าเป็นสิ่งที่ไม่อ灸มองข้ามได้ เพราะส่งผลโดยตรงในด้านการพัฒนาการของเด็กในวัยเรียน และพัฒนาการด้านอารมณ์ สมอง และความจำ

นอกจากนี้ การศึกษาในระดับพื้นที่การศึกษาเขต 3 ถึงแบบแผนการบริโภคอาหารเข้าของเด็กนักเรียนชั้นปฐมศึกษาปีที่ 5 และ 6 พบว่า ในวันเปิดเรียนเด็กร้อยละ 2.8 ไม่วรับประทานอาหารเข้าเลย และร้อยละ 3.8 ไม่วรับประทานอาหารเข้าเลยในวันหยุดเรียน ด้วยเหตุผลไม่รู้สึกหิว ไม่มีเวลา/

ตื่นสาย โดยส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารจานเดียว พวกร้าวตัว หรือใจ แล้วได้รับพลังงานร้อยละ 21 % โดยได้รับสารอาหารพิเศษมีวิตามินซี แคลเซียม เหล็ก และไฟเบอร์ในปริมาณที่ไม่เพียงพอ (จุรภรณ์ วนมุติก, 2550)

ผลของการอดอาหารเข้าประจำชั้นในเด็กโดย การดื่มนกินอาหารมื้อเข้าทำให้เด็กนักเรียนมีระดับน้ำตาลในเลือดจะต่ำ จึงพบว่าในช่วงสายของวัน เด็กจะรู้สึกหิวกระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิในการเรียน ขาดความจับใจในการคิดคำนวณหรือการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เกิดการผิดพลาด ได้มากกว่าและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะต้ออยกว่าเด็กที่รับประทานอาหารเข้า ทั้งนี้ เนื่องจากสมองของคนเราต้องการน้ำตาลกลูโคส เพื่อไปปล่อยเลี้ยง นอกจากนี้ เด็กจะไม่มีกำลังสำหรับการเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกาย บางคนอาจมีอาการปวดท้องหรือปวดศีรษะได้ อาการเหล่านี้พบในคนที่อดอาหารเข้า ถ้าเด็กได้อาหารเข้าก็จะไม่มีอาการเหล่านี้ อาหารเข้าจึงเป็นมือที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

อาหารเข้าจะมีประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพได้นั้น จะต้องกินอาหารให้ครบถ้วนเพียงพอครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ และควรกินหลากหลายไม่จำเจ ในแต่ละวัน คนเราต้องการพลังงานจากการโดยมีสัดส่วนของพลังงานจาก คาร์บไฮเดรต ร้อยละ 55-60 ไขมัน ร้อยละ 25-30 โปรตีน ร้อยละ 10-15 ดังนั้น อาหารเข้าที่เหมาะสมควรประกอบด้วย

1. อาหารที่มีปรตีนสูงพอควร ทั้งนี้เพื่อคงระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กให้สูงอยู่เป็นเวลาที่ยาวนาน จะทำให้เด็กมีความสามารถในการเรียนรู้และประกอบกิจกรรม ที่ต้องใช้พลังงานได้ดีขึ้น

2. ชาตุเหล็กสำคัญในวัยเรียน เหล็กเป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องการในปริมาณน้อย แต่เหล็กมีความสำคัญต่อร่างกายมาก เพราะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ ฮีโมโกลบิน ซึ่งอยู่ในเม็ดเลือดแดง การขาดเหล็กจะทำให้เกิดสภาวะโลหิตจาง ซึ่งทำให้ความสามารถของเดือนอนุรักษ์เจนไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลงและมีผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ นอกจากนี้ เด็กวัยเรียนที่ขาดเหล็ก จะมีผลต่อการพัฒนาการของสมอง เช瓜ร์ปัญหา จะต้ออยกว่าเด็กปกติที่ไม่ขาดเหล็ก สามารถเรียนต่อความจำได้ เด็กก็มีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บขา งุนง่าน หัวนอนบอย ๆ ทำให้เรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง ผลสัมฤทธิ์ของการเรียนต่อ และยังไม่มีกำลังสำหรับการประกอบกิจกรรมหรือเล่นกีฬา เพื่อการป้องกันการขาดเหล็ก ควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีเหล็กสูง เช่น ตับ เลือด เนื้อสัตว์ ปลา

และผักใบเขียวเข้มให้เพียงพอ พร้อมกับกินผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม และมะละกอ สับปะรดร่วมด้วยเพื่อช่วยให้การดูดซึมเหล็กได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ การกินอาหารครัวค้านี้ถึงความสมดุลของอาหาร ไม่กินอาหารอย่างเดียว หนึ่งมากเกินไป เพราะสารอาหารบางอย่างถ้ามีมากเกินไป จะขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็กได้ เช่น สารออกซาเลตที่มีมากในผักขม ถ้ากินมากเกินไปจะขัดขวางการดูดซึมเหล็กได้ ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องการในปริมาณน้อย แต่มีความสำคัญต่อร่างกายมาก เพราะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของฮีโมโกลบิน ซึ่งอยู่ในเม็ดเลือดแดง ร่างกายดูดซึมเหล็กจะทำให้เกิดสภาวะโลหิตจาง ซึ่งทำให้ความสามารถของเลือดนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง มีผลกระทบต่อการเรียน และผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ ภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กเป็นปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่งในวัยรุ่นหญิง เพราะในแต่ละเดือนจะมีการสูญเสียเหล็กออกมากมากร่วมกับประจำเดือน นอกเหนือจากที่ออกมากับบ๊อสสาวและอุจจาระ เมื่อเบริกับเพียงกับวัยรุ่นชายแล้ว วัยรุ่นหญิงจึงต้องการธาตุเหล็กในแต่ละวันมากกว่าวัยรุ่นชาย เพื่อชดเชยกับการสูญเสียในแต่ละเดือน ดังนั้น วัยรุ่นหญิงจึงควรให้ความสนใจในเรื่องการกินอาหารเป็นพิเศษเพื่อการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก ควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับ เลือด เนื้อสัตว์ ปลา และผักใบเขียวเข้มให้เพียงพอ พร้อมกับกินผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กให้ดีขึ้น

จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการทั้ง 3 ประเท็นที่เป็นปัญหาของเด็กวัยเรียนไทยในขณะนี้ ล้วนส่งผลกระทบในวงกว้างตั้งแต่คุณภาพชีวิตของเด็กไทยที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากผลกระทบด้านสุขภาพของปัญหาโภชนาการทั้ง 3 ด้าน โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการหลายหน่วยงาน และได้มีการศึกษาแบบแผนและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียนไทย อย่างไรก็ได้ ยังมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่เข้ามาร่วมมือกับพัฒนาการเด็ก ต่อไป ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องการแก้ไข ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยต้องอาศัยทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมแก้ไข ในการศึกษาครั้นนี้ คณะผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่ได้เข้ามาร่วมคิด ร่วมทำ และประเมินผล บนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้มีการประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการที่ழุกชนได้จัดให้เด็กอยู่ในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นปัญหาโภชนาการทั้ง 3 เรื่อง เพื่อให้ได้ร่วมรับรู้ และตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และพัฒนากระบวนการรูปแบบวิธีการสร้างเสริมสุขภาวะด้านโภชนาการของเด็กที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก

ปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยนับวันจะมีความ слับซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงของสังคม ความเจริญเติบโตของภาคเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม รวมทั้ง ความก้าวหน้าของการสื่อสารและการคมนาคม ทำให้รับเอาพฤติกรรมการบริโภคแบบตะวันตกมามากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารฟาสฟู้ด อาหารสำเร็จรูป สิ่งเหล่านี้ได้นำเสนอให้เด็กและวัยรุ่นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างออกไป

โดยทั่วไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ได้เป็นพฤติกรรมเอกเทศที่บุคคลกระทำโดยตามเสื่อ
ใจเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการกระทำขึ้นของสังคมและวัฒนธรรมที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้อื่น รวมทั้งมีภูมิหลัง
หรืออิทธิพลของครอบครัวหนุนเสริมอยู่ ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการสร้างนิสัยการบริโภคอาหารในเด็ก คือ
บิดา มารดาและผู้ใกล้ชิด พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กถูกกำหนดด้วยปัจจัยหลายอย่าง จาก
การบทหวานเอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ เอกสารวิชาการ รวมทั้งข้อมูลทุติยภูมิ พับปัจจัยทาง
สังแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กดังต่อไปนี้ (นวลอนงค์ บุญราษฎร์ศิลป์,
2546)

1. สภาพແວດລ້ອມທາງກາຍກາພ ແລະວັດນອຮມທາງອາຫາຣ ສປາພແວດລ້ອມຂອງຊຸມໝັນ
ໄດ້ແກ່ ຄືນທີ່ອຸໍ່ ທຽບຢາກຮີເຄືອຂໍານວຍຕ່ອກກາຮັດຕິອາຫາຣ ຮົມທັກຄວາມສະດວກໃນກາຮັ້ອ (accessibility)
ຫຼືກາຮ່ານາໄດ້ຮັ້ງອາຫາຣນີ້ຕ່າງໆ (availability) ເຊັ່ນ ປະຊາບໃນເຫດເມືອງນິຍມຮັບປະທານອາຫາຣ
ສໍາເຮົ້ຈູປ່ ອາຫາຣພ້ອມປຸງ ຫຼືອາຫາຈານດ່ວນກັນມາກັ້ນ (ກໍລາຍ ສ່ວນທັນຕົ້ນ, 2541) ກາຮປະກອບ
ອາຫາຣໃນຄວັງເຮືອນລົດລົງ ວັດນອຮມທາງອາຫາຣມີອີກຮີພລຕ່ອພັດຖິກຮ່າມກາຮເລືອກຫຼັ້ອ ກາຮເຕີຍມ້ວຍຫຼື
ປະກອບອາຫາຣ ແລະກາຮັບປະທານອາຫາຣ ໂດຍຄູກຄ່າຍຫອດຈາກບຽບນຸ່ງຫຼືອົນຮຸ່ນກ່ອນສູ່ລຸກທລານ

2. สภาพสังคม เศรษฐกิจ สภาพสังคมที่เร่งรีบในปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีเวลาประกอบอาหารรับประทานเอง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ทำให้ในบางครอบครัวหันบิดามารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน การมีร้านค้าจำหน่ายอาหารเพิ่มมากขึ้น พร้อมกับการรับເອງวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามา มื้ออาหารฟ่าฟื้ด อาหารสำเร็จรูปขายให้ความสะดวกแก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น พร้อมรสชาติอร่อยถูกปาก ทำให้คนส่วนใหญ่نيยมซื้ออาหารเหล่านี้รับประทาน โดยที่อาจจะไม่ได้คำนึงถึงความสะอาด หรือส่วนประกอบที่อยู่ในอาหาร รวมทั้งผลดีและผลเสียที่จะได้รับจากอาหารเหล่านั้น

3. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการกำหนดการตัดสินใจเลือกซื้อหรือไม่ซื้ออาหาร ดังนั้น ครอบครัวที่มีรายได้ดี จะมีอำนาจในการซื้อและมีโอกาสในการเลือกอาหารบริโภคมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า จากรายงานการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มือเข้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนขึ้นอยู่กับรายได้ของบิดามารดา รวมทั้งนิสัยการบริโภคของตัวนักเรียนและสมาชิกในครอบครัว (กลยุทธ์ ศรีเมธน์, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ ครอบครัวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน พบว่า เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (ศรีสุดา วงศิริเชษฐ์, 2540) อย่างไรก็ตาม ยังมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับภาวะโภชนาการในเด็ก โดยมีรายงานพบเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้สูงมักอ้วน หรือมีภาวะโภชนาการเกิน (วรรณวิมล กิตติลักษณ์, 2536) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะครอบครัวที่มีรายได้ดีอาจให้เด็กบริโภคมากเกินความต้องการ โดยเฉพาะอาหารที่ให้พลังงานสูง

4. ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา ระดับการศึกษาของบิดาและมารดาเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก จากการศึกษาเบรียบเทียบระดับการศึกษาของบิดา มารดา กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก พบว่า เด็กในครอบครัวที่บิดามารดา มีการศึกษาสูง มีพฤติกรรมการเลือกอาหารบริโภคตีกับเด็กที่บิดามารดา มีการศึกษาน้อย อย่างไรก็ตามในกรณีที่บิดามารดา มีการศึกษาสูง แต่มีภารกิจที่ต้องทำงาน ทำให้มีเวลาเอ้าใจใส่การบริโภคอาหารของเด็ก ก็อาจพบเด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมได้เช่นกัน

5. อาชีพของบิดา มารดา สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ศึกษาอาชีพของมารดาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในวัยเรียน ปี พ.ศ.2533 พบว่า อาชีพของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบจำนวนเด็กอ้วนในครอบครัวที่มารดาทำงานนอกบ้าน มากกว่าครอบครัวที่มารดาทำงานในบ้าน ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก มารดาที่ทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาจัดหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้แก่เด็ก นอกจากนี้ ในเด็กที่บิดามารดาทำงานทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือนักโภชนาการมักมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดี และเหมาะสมกว่า ทั้งนี้ เนื่องจากมีความรู้ทางโภชนาการที่ดีกว่า ทำให้ทราบว่าอาหารอะไรมีประโยชน์ หรือมีโทษต่อร่างกาย

6. ความเชื่อและทัศนคติของบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวส่วนใหญ่ นิยมและชอบเด็กอ้วนมากกว่าเด็กผอม เพราะเด็กอ้วนนอกจากจะดูแก้มยุ้ย น่ารักแล้ว ยังแสดงถึง

ความสมบูรณ์ของเด็ก และการอันมีจะกินของครอบครัว (คู่มือเลี้ยงลูกอย่างไรไม่ให้อ้วน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 และ Epstein, 1995) นอกจากนี้ ยังมีทัศนะว่าความผอมแสดงถึงความอด อยากร ไม่มีจะกินหรือเป็นโรค ด้วยเหตุนี้พ่อแม่ส่วนใหญ่จึงมักส่งเสริมให้ลูกรับประทานอาหารมากกว่า การห้ามไม่ให้รับประทาน

7. ชนิดของอาหารและเครื่องดื่มที่รับประทาน มีการศึกษาพบว่า ถ้าบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงมากทำให้รับประทานอาหารได้มากกว่าปกติ เพราะไขมันช่วยเพิ่มรสชาติและมีฤทธิ์ต้านความอิ่มန้อยกว่าอาหารประเภทแป้งและโปรตีน (Lawton, 1999) หากบริโภคเป็นนิสัยก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะไขมันจากการกินได้ อย่างไรก็ตาม ชนิดของอาหารที่รับประทาน มักเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความชอบในอาหารชนิดนั้น ๆ ของผู้บริโภค หรือจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวให้รับประทาน รวมทั้งยังอาจได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมทางอาหาร มีการรับประทานตามบรรพบุรุษ หรือคนรุ่นก่อน

8. กลุ่มเพื่อน ตัวแบบ และสื่อโฆษณา เพื่อน ตัวแบบ เช่น ดาราหรือบุคคลที่เด็กชื่นชอบ รวมทั้งสื่อโฆษณาต่าง ๆ ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร รวมทั้งการบริโภคอาหารของเด็กซึ่งมักซื้ออาหารรับประทานตามโฆษณา ตามเพื่อน หรือบุคคลที่ชื่นชอบ เช่น ดารานักร้อง

9. โรงเรียน เป็นสถานที่ที่เด็กใช้ชีวิตส่วนใหญ่มากกว่าอยู่ที่บ้าน และเป็นที่ที่สามารถจัดบริการด้านโภชนาการให้แก่เด็กได้ทั้งอาหารมื้อเช้า มื้อกลางวัน และอาหารว่าง หรือขนมขบเคี้ยว การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะด้านโภชนาการแก่เด็ก ๆ ในโรงเรียน รวมทั้ง ครูอาจารย์ เพื่อนรุ่นพี่ และเพื่อนร่วมชั้นที่เป็นต้นแบบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก ต่างก็ล้วนอยู่ที่โรงเรียนทั้งสิ้น จากการสัมภาษณ์ครู- นักเรียน และการสังเกตสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเกือบ 400 แห่งทั่วประเทศ (ตั้งแต่ หมายเหตุ 2544 ข้างต้นใน ตารางที่พย์ ชีระวิทย์, 2549) พบว่า โรงเรียนมีการจัดอาหารกลางวัน อาหารว่าง การจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกิน โดยข้ามมันไป ข้าวขาหมู น้ำหวาน ติดอันดับเมนูอาหารกลางวันยอดนิยมของเด็ก ส่วนอาหารว่างโรงเรียนมักจะจัด ไอศกรีม ถึงร้อยละ 82 และขนมกรุบกรอบ หรือขนมของมากถึงร้อยละ 55 นอกจากนี้ อาจเจอกเป็นลูกอม ลูกภาค อมยิ้ม มากฝรั่ง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของเล็ก ซึ่งหากแต่และเยลลี่รูปแบบต่าง ๆ ขณะเดียวกัน “เมนูยอดฮิต” รอบรั้วโรงเรียนก็ไม่เป็นห่วงไม่แพ้กัน ซึ่งจากการสำรวจพบว่าเมนูยอดฮิตอันดับต้น ๆ มีทั้งน้ำอัดลมร้อยละ 82 ไอศกรีมร้อยละ 79 ของทดสอบ เช่น ไก่ทอดลูกชิ้นทodor ร้อยละ 77 เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีร้านอาหารฟาสต์ฟู้ดอยู่หน้าโรงเรียนอีก ร้อยละ 13

302514

กระบวนการสร้างเสริมศักยภาพด้านภาษาทางการและภาษาอุบค์กำลังภาษาลงตัวด้วยเทคโนโลยี

นิสากร ก្មោះការពេទ្យ និងគោលគោល

613.0433
466957
2554
A.3
ແລະຄນະ

อย่างไรก็ตาม โรงเรียนหลายแห่งมีมาตรการห้ามขายขันมกรุบกรอบ น้ำอัดลมในโรงเรียน แต่ยังพบว่า ยังไม่มีระบบการจัดการโภชนาการที่ดีและมีประสิทธิภาพให้แก่เด็ก เนื่องจากยังตัดออกอยู่ที่รายได้ และการ “อยู่ได้” ของผู้ประกอบการร้านอาหารที่ประเมินได้ในโรงเรียน เพราะอาหารบางชนิด เช่น ลูกชิ้น ทอด จะขายดีกว่าลูกชิ้นย่าง เป็นที่ชื่นชอบของเด็ก ๆ มากกว่า และสามารถผลิตได้เร็วกว่า ซึ่ง 3 ใน 4 ของโรงเรียนที่สำรวจจำนวน 342 แห่ง พบร่วมกัน แม้มีมาตรการห้ามขายขันมกรุบกรอบ แต่ยังมีน้ำอัดลม ขายภายในโรงเรียนมากถึงร้อยละ 15 โดยจำนวน 1 ใน 4 ทางโรงเรียนเป็นฝ่ายจำหน่ายเองให้แก่นักเรียน และร้อยละ 12 มีบริษัทนำน้ำอัดลมขอเข้ามาขายเอง ขณะที่ร้อยละ 50 มีผลไม้เฉลี่ยให้เด็กกิน สปดาห์ละ 3 วัน (ดวงทิพย์ ธีระวิทย์, 2549)

นอกจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กเอง เช่น สภาพทางอารมณ์และจิตใจ บุคคลที่อยู่ในสภาพอารมณ์ที่สนุกสนาน มีความสุข รวมทั้ง บุคคลที่ตกอยู่ในภาวะความเครียด หรือรู้สึกไม่ปลดภัย อาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น และเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กกับสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ส่วนนี้จัดตัวเองเป็นเพศ พบร่วมกับ เพศชายมักมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมมากกว่าเพศหญิง (พัชราภรณ์ อารีย์, สุภาวดัน วงศ์คุณ, ศรีพรพรรณ กันธัง, อุมาพร บุญญิสพรวน, เพียรชัย คำวงศ์, ศุภวรรณ บูรณพิน, และคณะ, 2550)

จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมดังกล่าวข้างต้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนดังได้กล่าวมาแล้ว ในการศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในครั้งนี้ ได้ผุงเน้นไปที่การจัดการปัจจัยที่เป็นตัวต้นแบบ โรงเรียน ชนิดอาหาร และความเชื่อหรือทัศนคติ ต่อการบริโภคอาหารของบิดา มาตรตา ผู้ปกครองของเด็ก ส่วนนี้จัดอยู่ใน ฯ ได้แก่ สภาพสังคม เศรษฐกิจ อาชีพของบิดา มาตรตา ระดับการศึกษาของบิดา มาตรตา และเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่ได้นำมาร่วมพิจารณาในการศึกษาครั้งนี้

การออกกำลังกายกับเด็กวัยเรียน

หากพูดถึงการออกกำลังกาย จะมีคำหลายคำที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย และการฝึกฝน โดย นพ.สมพล สงวนรังศิริกุล (2547; หน้า 1-2) ได้ดังนี้

การเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการทำงานของกล้ามเนื้อลายและมีการใช้พลังงานสำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ

การออกกำลังกาย (exercise) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีรูปแบบที่แน่นอน และมีการเคลื่อนไหวร่างกายในรูปแบบช้า ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ชนิดของการออกกำลังกายอาจแบ่งได้ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. **การออกกำลังกายแบบ แอโรบิก (aerobic exercise)** หมายถึง การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อได้พัฒนาจากการใช้ออกซิเจน ในการเผาผลาญสารอาหาร ใน การออกกำลังกายแบบนี้ มักจะมีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อแขนขาอยู่ตลอดเวลา และพบว่า ถ้ามีการออกกำลังกายให้มีความเหนื่อยโดยอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 50-60 % ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด เป็นเวลานานกว่า 20 นาที ก็จะเป็นผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งการควบคุมน้ำหนัก เพราะร่างกายจะใช้สารอาหารไขมันเป็นหลักในการเผาผลาญเพื่อให้ได้พลังงาน และจะเห็นว่าชนิดกีฬานี้ยิ่งเล่นเพื่อสุขภาพในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ หรือเดินเร็ว ๆ การปั่นจักรยาน การเล่นฟุตบอล บาสเกตบอล ตะกร้อ เทนนิส ว่ายน้ำ

2. **การออกกำลังกายแบบแอนโนโรบิก (anaerobic exercise)** หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่กล้ามเนื้อมีการทำงานในรูปแบบของการออกแรงอย่างมากในทันทีและใช้เวลาสั้น ๆ (ไม่เกิน 2 นาที) และตามด้วยการหยุดพัก พลังงานที่กล้ามเนื้อให้ในการทำงานจะเป็นพลังงานที่ได้จากปฏิกิริยาทางเคมีของการสลายสารกลุ่มฟอสเฟต (adenosine triphosphate , creatine phosphate) และการสลายกลั่นโคเจนที่สะสมไว้ในเซลล์กล้ามเนื้อเอง ซึ่งกระบวนการเผาผลาญเหล่านี้ เป็นกระบวนการที่ไม่ใช้ออกซิเจน และการได้พลังงานจากการนี้จะมีผลทำให้เซลล์กล้ามเนื้อมีสภาวะเป็นกรดจากกรดแลคติกที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการเผาผลาญของไกลโคเจน ตัวอย่างการออกกำลังกายในรูปแบบนี้ ได้แก่ การยกน้ำหนัก การวิ่งระยะสั้น 100-200 เมตร sit up วิดพื้น โหนบาร์เดี่ยว

การฝึกฝน(training) หมายถึง การออกกำลังกายที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และเกิดความชำนาญในชนิดกีฬานั้น ๆ เป็นการฝึกโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการแข่งขันเป็นหลัก

ปัจจุบันเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ทันสมัยทำให้การใช้วิศวกรรมศาสตร์มากขึ้น แต่ในทางกลับกันก็ส่งผลทำให้การมีกิจวัตรประจำวัน ซึ่งรวมไปถึงการออกกำลังกายหรือกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงไป โดยผลกระทบนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้ใหญ่ แต่ยังส่งผลกระทบไปถึงเด็กและวัยรุ่นด้วย ทำให้เด็ก ๆ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่หน้าจอทีวี ผุดคุยโทรศัพท์ และใช้คอมพิวเตอร์ในการเล่นเกมส์ อย่างน้อยประมาณ 5 ชั่วโมงต่อวันมากกว่าที่จะออกไปวิ่งเล่น หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยเสริมสร้างให้สุขภาพร่างกาย

แข็งแรง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้อ้างอิงถึงผลการสำรวจในรอบ 30 ปี ส่วนใหญ่พบว่า เด็กมีโอกาสที่จะเชิงบวกกับภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือเป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่า เนื่องจากเด็กนั่งอยู่เฉย ๆ มา กว่า ๑ ชั่วโมง ซึ่งแผนกุมารเวชศาสตร์ของอเมริกา (American Academy of Pediatrics) หรือเออีพี และมูลนิธิเคนเซอร์ แฟมิลี่ (Kaiser Family Foundation) ของอเมริกา แนะนำว่า เด็กวัยเรียนไม่ควรนั่งอยู่เฉย ๆ นานกว่า 2 ชั่วโมง และเด็กวัย 2 ขวบขึ้นไปควรออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน สปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ควบคู่กับการรับประทานอาหารครบถ้วน 5 หมู่ เพื่อสุขภาพที่แข็งแรง ขณะเดียวกันยังแนะนำด้วยว่าเด็กควรบริโภคผลไม้ ผัก หรือเมล็ดธัญญาหารให้มากขึ้น

สถานการณ์ด้านการออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียน

ปัจจุบันสมรรถภาพทางกายของเด็กวัยเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนส่วนมากจะถูกทดสอบทั้ง แอลมอนด์ข้าวไป โดยจะมุ่งเน้นและส่งเสริมแต่เฉพาะทางด้านสติปัญญาเป็นสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการจัดการเรียนการสอนในชั้นอนุบาลศึกษาเพียง 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งอาจจะไม่เพียงพอต่อการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของนักเรียนให้แข็งแรงสมบูรณ์ได้ทุกส่วน การออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกายตามสบายตามใจชอบของนักเรียน ออกกำลังกายแบบไม่มีหลักการบริหารเฉพาะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้บางส่วนของร่างกายไม่ได้รับการสร้างเสริมสมรรถภาพที่ดี

การสำรวจสถานการณ์การออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่ผ่านมาของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีผลการศึกษาดังนี้คือ

1. สัดส่วนการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนน้อยลงจาก ร้อยละ 34.0 ใน พ.ศ. 2548 เหลือเพียง ร้อยละ 9.6 ในปี พ.ศ. 2552 แนวโน้มการออกกำลังกายน้อยลง กิจกรรมทางกายจะดับสูงลดลงจาก ร้อยละ 5.9 ใน พ.ศ. 2548 มาเป็น ร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2552 โดยนักเรียนชายมีกิจกรรมทางกายจะดับสูง ร้อยละ 8.6 นักเรียนหญิง ร้อยละ 2.3 (สำนักงานบริหารฯ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

2. ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชน พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) พบว่า ร้อยละ 73.1 ของกลุ่มเด็กอายุ 11-14 ปี ออกกำลังกายมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี ร้อยละ 29.3) แต่ตัดจากกลุ่มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (วัยทำงาน ออกกำลังกายเพียงร้อยละ 19.7) อาจเพราะเนื่องจากการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในโรงเรียนจึงทำให้มีการออกกำลังกายในกลุ่มนี้มากที่สุด

3. ผลสำรวจสุขภาพอนามัยของเด็ก โดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา-นคินทร์ เมื่อ พ.ศ.2551-2552 โดยสำรวจเด็ก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฐมวัยอายุ 1-5 ปี จำนวน 3,029 คนและกลุ่มเด็ก อายุ 6-14 ปี จำนวน 5,999 คน จาก 20 จังหวัด พบว่า เด็กไทยใช้เวลาในกิจกรรมที่ไม่เคลื่อนไหว ร่างกาย มากกว่าการวิ่งเล่นตามวัย หรือการออกกำลังกาย โดยในเด็กอายุ 1-5 ปีร้อยละ 40 ถูกวิ่งมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง เด็กอายุ 10-14 ปีร้อยละ 14 เล่นคอมพิวเตอร์มากกว่าวันละ 1 ชั่วโมง และในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปีมีเพียงร้อยละ 50 ของที่ใช้เวลาออกกำลังกายวันละ 1 ชั่วโมง สักคราที่ละ 5 วัน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพชัย, <https://sites.google.com/site/pochaihospital/>)

การส่งเสริมให้เด็กได้มีการเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังอย่างเหมาะสม จะช่วยเพิ่มการสร้างมวลของกระดูก ทำให้กระดูกมีการเจริญเติบโตอย่างที่ควรจะเป็นทั้งด้านความยาวและความหนา ระบบกล้ามเนื้อ และระบบข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายพัฒนาไปอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย เด็กที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ระบบย่อยอาหารจะสามารถทำงานได้เต็มที่ ทำให้เจริญอาหาร การย่อยอาหารและการขับถ่ายดี ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์พร้อมกันไปทั้งขนาด รูปร่างและการทำงานที่ของขัยจะต่าง ๆ ภายในร่างกาย เมื่อจากการออกกำลังกายมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายที่เกี่ยวกับ การเจริญเติบโต ตรวจข้ามกับเด็กที่ขาดการออกกำลังกาย จะทำให้กระดูกเล็ก เปราะบาง และการขยายตัวทางด้านความยาวไม่ได้เท่าที่ควรเป็นผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้า แคระแกรัน และส่งผลให้มีปัญหาเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุโดยเฉพาะผู้หญิง เมื่อจากกระดูกพรุนและแตกหักง่าย เด็กบางคนแม้จะมีส่วนสูงและน้ำหนักตัวมากกว่าเด็กในวัยเดียวกันโดยเฉลี่ย แต่ส่วนใหญ่แล้วจะมีไขมันมากเกินไป มีกระดูกเล็ก หัวใจมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวและรูปร่างอาจผิดปกติได้ เช่น เข่าชิดกัน อ้วนแบบชุด ดังนั้น เด็กที่ออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยให้เด็กที่ขาดการออกกำลังกาย (เทเวศร์ พิริยพุนท์ และคณะ, <http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c6t2.html>)

นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังส่งผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดให้มีความสามารถในการปั๊มน้ำ 送เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้มากขึ้น ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ทำให้เด็กมีอารมณ์แจ่มใส สนุกสนาน มีความมั่นใจและกล้าแสดงออก ดังนั้น บิดามารดาจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแล สนับสนุนส่งเสริม และเป็นต้นแบบที่ดีให้เด็ก ๆ ได้มีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมหลากหลายที่เหมาะสมกับพากษาในแต่ละวัย

การส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับเด็กและประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับเด็กมีหลักการง่าย ๆ ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

1. ควรให้เด็กลดหรือเลี่ยงการนั่งนอนที่ไม่จำเป็น เช่น นั่ง/นอนดูโทรทัศน์ หรือนั่งเล่นเกมคอมพิวเตอร์
2. สงเสริม/สนับสนุนให้เด็กทำกิจกรรมนันทนาการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 วัน เช่น กิจกรรมเข้าจังหวะ กิจกรรมการละเล่น ได้แก่ รำวง ซักกะเย่อ ตีจับ ฯลฯ ในขณะเดียวกัน ได้มีการสงเสริมให้เด็กได้มีการฝึกความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อด้วย เช่น นอนยกตัว ทำกายบริหาร โหนบาร์ โหนราว ดันพื้น ฯลฯ
3. สงเสริมให้เด็กทำกิจกรรมทางกายทุกวัน เช่น ช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน งานสวน เดินขึ้นบันได วิ่งเก็บของ วิ่งเล่น เดินไปโรงเรียนหรือเดินไปซื้อของ ถือจักรยานไปซื้อของหรือไปโรงเรียน
4. ที่สำคัญ เด็กควรออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายให้เริ่มรู้สึกเหนื่อยในระดับปานกลางขึ้นไป คือ รู้สึกหายใจเร็วขึ้น เหนื่อยซึม และควรทำกิจกรรมทางกายให้ได้อย่างน้อยวันละ 1 ชม. ทุกวัน
5. ควรสนับสนุน/ สงเสริมให้เด็กได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพิ่มเติม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ละอย่างน้อย 20 นาที เช่น เล่นกีฬา กระโดดเชือก ฯลฯ
6. เด็กต้องออกกำลังกายด้วยความระมัดระวัง เล่นอย่างปลอดภัย และดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเจริญเติบโต เพาะกาย ออกกำลังกายจะ
 1. เพิ่มการสร้างมวลกระดูก ทำให้กระดูกเจริญเติบโต ซึ่งมีผลกับความสูงของเด็ก
 2. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พัฒนาระบบประสาทสั่งการที่มีผลกับการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้การทรงตัวในการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น
 3. ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดแข็งแรงขึ้น มีการเจริญเติบโตเร็วขึ้น มีความสามารถในการปีบตัวทำให้มีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งมากขึ้น
 4. ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว

5. นอกจากสุขภาพกายที่ดีแล้ว การออกกำลังกายยังช่วยส่งเสริมสุขภาพใจให้แข็งแรง เพราะจะทำให้เกิดความสนุกสนาน เพราะได้มีสังคม และทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใส และรู้สึกว่าตนเองเป็นคนแข็งแรง มีความเชื่อมั่นในตนของสูง มีความมั่นใจ และกล้าแสดงออก

ข้อแนะนำการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน

การออกกำลังกายที่จะก่อให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพร่างกาย สุขภาพใจนั้น ควรมีความเหมาะสมกับปัจจัยด้านคุณลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ เพศ วัย โดยมีข้อเสนอแนะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในเด็กวัยเรียนดัง (สมพล สงวนรังคิริกุล, 2547)

1. ข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับเด็กอายุ 2-12 ปี เด็กในช่วงอายุนี้จะมีความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว/ ออกกำลังกายในรูปแบบของกีฬาได้แบบทุกชนิด มีความสามารถที่จะเล่นกีฬาที่ต้องเล่นเป็นทีมได้ เช่น ใจกว้างและอดทนไม่เสียดาย รวมทั้งหน้าที่ของตัวเองในขณะเล่นกีฬานั้น ๆ การออกกำลังกายในวัยนี้ ควรมุ่งให้เด็กมีความเพลิดเพลินและให้เด็กได้ฝึกหรือเล่นด้วยความสมัครใจพร้อมอธิบายถึงประโยชน์ที่เด็กได้รับจากการฝึก ไม่ควรใช้เครื่องมือที่บังคับ ควรจัดให้เท่าที่เด็กต้องการ โดยเน้นที่ความสนุกสนานของเด็กเป็นใหญ่ ไม่ควรทำเพื่อจุดประสงค์ของพ่อแม่หรือให้ช้า การตั้งความหวังสูงมากหรือการมุ่งฝึกเพื่อเอาชนะเพียงอย่างเดียวล้วนเป็นผลเสียต่อสุขภาพเด็กทั้งสิ้น เพราะการทำงานของระบบประสาท และการประสานงานของกล้ามเนื้อมีน้อย จึงควรให้เด็กได้ออกกำลังกายเบา ๆ ง่าย ๆ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์มากนัก เช่น การวิ่ง การเล่นเกมส์ ยิมนาสติก การบริหารประกอบดนตรี การเล่นที่ฝึกความคล่องแคล่ว และความชำนาญแบบง่าย ๆ เช่น ปืน ได้

2. ข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับเด็กอายุ 12-15 ปี การออกกำลังกายในวัยนี้ เพื่อเพิ่มความคล่องแคล่ว ปลูกฝังให้มีน้ำใจนักกีฬาและให้มีการแสดงออกถึงความสามารถเฉพาะตัว สร้างเสริมให้เด็กเล่นกีฬาที่หลากหลาย เพื่อให้มีการพัฒนาร่างกายทุกส่วน โดยใช้กิจกรรมหลาย ๆ อย่าง ตลอดจน เช่น ฟุตบอล แบดมินตัน วอลเลย์บอล ปิงปอง แบดมินตัน ยิมนาสติก ว่ายน้ำ ซึ่งกรายงานแต่ต้องหลีกเลี่ยงการประทะในกิจกรรมที่ต้องสัมผัสกับผ้าอย่างต้องข้าม และที่เป็นข้อห้ามคือ การซ้อมวย และการออกกำลังกายที่ต้องใช้ความอดทน เช่น วิ่งระยะไกล (ระยะทาง 10 กิโลเมตรขึ้นไป) การออกกำลังกายในแต่ละวัน ควรได้จากการฝึกเล่นกีฬาวันละ 2 ชั่วโมง สลับกับการพักเป็นระยะ ๆ

การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscle strength) เพื่อเสริมสร้างกระดูก และให้ระบบกล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ซึ่งกิจกรรมได้แก่ การลุกนั่ง (sit up) การวิดพื้น โหนบาร์ ด้วย หรือแม้กระทั่งการยกน้ำหนักที่ไม่หนักมาก แต่จะไม่แนะนำให้มีฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อในรูปแบบของการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ (body building) ซึ่งรูปแบบการฝึกจะหนัก เกิดการบาดเจ็บต่อระบบกล้ามเนื้อ เช่น กระดูก และ ข้อ ได้ง่าย นอกจานี้ การฝึกเพื่อให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้น จะได้ผลดีที่สุดก็ต่อเมื่อมีผลของฮอร์โมนเพศ โดยเฉพาะเทสโตรอสเตโรน (testosterone) ร่วมด้วย จึงกล่าวได้ว่าการออกกำลังกายในรูปแบบการฝึกเพื่อเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อถือเป็นข้อห้ามในเด็ก

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในการศึกษารั้งนี้ ได้นำการออกกำลังกายโดยใช้ “ตาราง 9 ช่อง” มาเป็นเครื่องมือส่งเสริมให้เด็กได้ออกกำลังกายควบคู่กับการออกกำลังสมองไปพร้อมกัน เนื่องจากเด็กวัยเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายครั้งนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเรียนแบบท่องจำในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 มาเป็นการเรียนที่พัฒนาให้เด็กเกิดความรู้ ความเข้าใจ และการบูรณาการในชั้นมัธยมศึกษา ตาราง 9 ช่อง จึงเหมาะสมกับเด็กวัยเรียนกลุ่มเป้าหมายที่สุดในการที่จะช่วยให้เด็กได้ปรับร่างกาย และพัฒนาสติปัญญา สามารถในการเรียนไปพร้อมกับการได้มีกิจกรรมทางกาย

**อัชจริยะตาราง 9 ช่อง พัฒนาภาษา พัฒนาสมอง (รีรัญน์ จันทร์นวล, 2552 และฯฯ
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 52 ประจำวันที่ 15 ตุลาคม 2548)**

ตาราง 9 ช่อง เป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง ที่ช่วยฝึกสมอง ฝึกทักษะการคิดอย่างมีระบบ มีเหตุผลและการตัดสินใจให้มีประสิทธิภาพ รศ. เจริญ กระบวนการรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์ การกีฬา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นผู้คิดค้นขึ้น เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการฝึกพัฒนาปฏิกริยาความเร็วในการเคลื่อนไหวของมือและเท้าให้กับนักกีฬา รวมทั้งพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ ตลอดจนการทรงตัวในการเคลื่อนไหวร่างกายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยถูกนำมาใช้ครั้งแรก ที่ชุมชนนักกีฬาทางมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อ ปี พ.ศ. 2539 เพื่อต้องการพัฒนาปฏิกริยาความเร็วของเท้า ความสัมพันธ์ การทรงตัวในแต่ละรูปแบบของการเคลื่อนไหว เพื่อพัฒนาความสามารถให้กับนักกีฬา เนื่องจากเชื่อมั่นว่า เด็กหรือนักกีฬาไทยหากได้รับการเรียนรู้หรือการฝึกอย่างถูกต้องเป็นระบบด้วยกระบวนการและหลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ จะสามารถพัฒนาการเรียนรู้ และชีวิৎความสามารถของนักกีฬาให้ก้าวไปสู่การแข่งขันระดับนานาชาติ หรือระดับโลกได้

ปัจจุบันได้มีการนำไปปรับใช้กับการเรียนการสอน รวมถึงการพัฒนาสมองของเด็กเพื่อฝึกใช้ความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น ตารางเก้าช่องเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ถูกนำมาบรรจุไว้ในหลักสูตรพิเศษ เมื่อปี 2544 เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ทักษะกลไกการเคลื่อนไหว (Psychomotor learning) ให้กับ คุณพุ่ม เจน เช่น โอลส์ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตน์ราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ต่อมา โครงการเครือข่าย

โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพในดวงใจ โดยผู้แทนจากคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดอบรม เทศบูรณะด้านสุขภาพในดวงใจ 25 โรงเรียน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการนำความคิดเห็นของนักเรียน รวมทั้งนำไปประยุกต์และบูรณาการในการสอนวิชาต่าง ๆ เช่น วิชาภาษาไทย ภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์

การฝึกออกกำลังกายโดยใช้ตัวเอง 9 ช่อง จะช่วยประสานความสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาท และกล้ามเนื้อ เพื่อกระตุ้นและพัฒนาปฏิกิริยาความเร็วในการปฏิบัติทักษะการเคลื่อนไหว ความรวดเร็วในการคิด และการตัดสินใจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมุ่งให้เกิดการพัฒนาสมองทั้งซึ่กซ้าย และซึ่กขวาควบคู่กันไป ด้วยการพัฒนามากจากรูปแบบการเคลื่อนไหวที่เป็นพื้นฐานเบื้องต้นของมนุษย์ นำไปสู่การกำหนดวิธีการโดยใช้หลักการทำงานของสมองมาควบคุมการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำหนดโครงสร้างของสมองในการรับรู้เรียนรู้ และพัฒนาการควบคุมการทำงานของสมองให้เป็นไปอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอนตามรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ถูกสร้างขึ้นหรือวางแผนไว้อย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากรูปแบบและขั้นตอนการเคลื่อนไหวที่ง่ายไปสู่การเคลื่อนไหวที่ยาก และพัฒนาการเคลื่อนไหวจากซ้ายไปสู่การเคลื่อนไหวที่ขวาเดียว ขั้บข่อน หลากหลายรูปแบบ และหลากหลายทิศทางมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้สมองได้รับการกระตุ้นและพัฒนาการรับรู้เรียนรู้ รวมทั้ง การเขื่อมโยงข้อมูลที่ถูกจัดลำดับความสัมพันธ์ให้อย่างถูกต้องตามแบบแผนของรูปแบบการเคลื่อนไหวที่กำหนดไว้ เท่ากับเป็นการสร้างแผนที่หรือกำหนดรูปแบบขั้นตอนการทำงานให้สมอง (brain mapping) เพื่อนำไปสู่กระบวนการรับรู้เรียนรู้ ทั้งงาน และการพัฒนาปัญญาสัมพันธ์ทางด้านความคิดและทักษะกลไก การเคลื่อนไหวของร่างกาย (psychomotor skills) อย่างเป็นระบบ การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีรูปแบบวิธีการและขั้นตอนที่ถูกต้องชัดเจนเป็นระบบ คือ การกำหนดเงื่อนไขให้สมองทำงานอย่างมีทิศทางและมีเป้าหมาย ซึ่งแตกต่างจากการปล่อยให้เด็กหรือร่างกายเคลื่อนไหวไปตามพัฒนาการที่เป็นธรรมชาติ ภาพสะท้อนหรือผลลัพธ์ของ การเคลื่อนไหว (feedback) จึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการรับรู้เรียนรู้ และพัฒนาการของสมองโดยตรงที่ก้าวน้ำขึ้นจากการฝึกหรือการเรียนรู้อย่างแท้จริง และเป็นการประเมินผลที่มีความเป็นรูปธรรมชัดเจนที่สุด

รูปแบบของการฝึกนั้น จะเน้นการกระตุ้นการทำงานของสมอง หรือระบบประสาทที่ทำหน้าที่ในการรับรู้ข้อมูล (sensory neuron) เพื่อส่งไปยังสมองส่วนกลาง (central nervous system) ซึ่งทำหน้าที่วิเคราะห์และเปลี่ยนความหมายข้อมูล ก่อนจะส่งไปยังเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่สั่งงาน และควบคุมการเคลื่อนไหวให้เป็นไปตามข้อมูลที่ส่งมา (motor neuron) ช่วงการทำงานของระบบประสาทดังกล่าวนี้ จะใช้เวลาเพียงสั้น ๆ โดยเน้นความถูกต้องแม่นยำ และความรวดเร็วในการเคลื่อนไหวเป็นสำคัญ

ตาราง 9 ช่องนี้ ยังสามารถสมมัติการเคลื่อนไหวประกอบด้วยเพื่อออกแบบร่างกายแบบแอโรบิก สำหรับ ร่างกาย สำหรับ ลีลาศ และเดินรำเพื่อสุขภาพได้ด้วย

การเคลื่อนไหวในช่วงเริ่มแรกจะใช้ท่าพื้นฐานที่สำคัญเป็นแบบ 3 มิติ คือ ซ้าย-ขวา, หน้า-หลัง และบน-ล่าง เท่านั้น แต่ละท่าจะใช้เวลาฝึกประมาณ 10-15 วินาทีต่อรอบ และต้องมีการฝึกซ้ำ 3-5 รอบ หลังจากนั้น ผู้ออกกำลังกายสามารถนำไปประยุกต์หรือคิดทำต่างๆ เพิ่มเติมได้เอง

อุปกรณ์ ใช้กระดาษหรือแผ่นไม้ขนาด 75x75 เซนติเมตรแบ่งเป็น 9 ช่องเท่ากัน เขียนตัวเลขลง ในแต่ละช่อง จากล่างขึ้นบน เริ่มจากช่องซ้ายล่างสุด เป็นเลข 1, 2, 3, ..., 9 เมื่อฝึกจนชินและจำ ตำแหน่งของตัวเลขต่างๆ ในตารางได้แล้ว อุปกรณ์แผ่นนี้อาจไม่จำเป็นอีกต่อไป (ตัวอย่างอุปกรณ์ และ ท่าในการฝึก ศึกษาได้จากภาคผนวก)

สมรรถภาพทางกายกับการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจะมีผลโดยตรงต่อสมรรถภาพทางร่างกายอื่นๆ การออกกำลังกายชนิดใช้แรงจะทำให้มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้น โดยการเพิ่มขนาดมวลของกล้ามเนื้อมากขึ้น การออกกำลังกายแบบอดทน (ไม่หนักมากแต่ใช้เวลาติดต่อกันเป็นเวลานาน) ทำให้เพิ่มความอดทนขึ้นได้ โดยเพิ่มสมรรถภาพทางการไหลเวียนของโลหิตและระบบการหายใจ เด็กที่ขาดการออกกำลังกายจะมีสมรรถภาพ ต่ำกว่าเด็กที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งเป็นข้อเสียในการฝึกกิจกรรมทางด้านการกีฬา และออกกำลังกาย ยิ่งไปกว่านั้น สมรรถภาพทางด้านการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อและระบบประสาทต้องทำให้ปฏิวิธิยาตอบสนองในการหลีกเลี่ยงขันตรายต่อไปด้วย เด็กจะได้รับคุณประโยชน์ ในการพัฒนาทักษะที่ได้รับมาได้ง่ายและเด็กขึ้นป่วยฯ

มีผู้ให้ความหมายของสมรรถภาพทางกายไว้ดังนี้

คลาร์ค (Clark, 1976) กล่าวว่า สมรรถภาพทางกาย หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันตัวยความกระชับกระแข็ง ว่องไว ปราศจากความเหนื่อยเมื่อยล้า และมีพลังงานเหลือพอที่จะนำไปใช้ในการประกอบกิจกรรมบันเทิงในเวลาว่าง และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับภาระฉุกเฉินได้ดี

ลินเดซี, โจนส์และไวทลี่ (Lindsey, Jones and Whitley. 1989 : 21 - 22) ให้ความหมาย สมรรถภาพทางกายว่าคือ สภาพทางกายที่จะทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผล ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างกระชับกระแข็งและว่องไว มีการตอบสนองต่อสภาวะฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี ซึ่งได้มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับองค์ประกอบของ

สมรรถภาพทางกาย ทั้งในส่วนที่หมายความเฉพาะองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพเท่านั้น คือ ความแข็งแรง, ความอดทนของกล้ามเนื้อ, ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต, ความอ่อนตัว, ทรวดทรงและรวมองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับทักษะ เช่น ความ คล่องแคล่ว, พลัง, ความเร็ว, การทรงตัว, ปฏิบัติการตอบสนองและการประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเข้าไปด้วย

กรมพลศึกษา (2544) ได้ให้ความหมายของสมรรถภาพทางกาย ไว้ว่า คือ ความสามารถของ ร่างกาย (Physical ability) ที่จะประกอบกิจกรรมหรือทำงานหนัก (Intensive activity) ได้เป็นเวลานาน (Long period) โดยไม่เหน็ดเหนื่อยเร็วและผลที่ได้สูง (High quality and quantity)

ว่าสนา คุณakovitthi (2550) ได้สรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสมรรถภาพทางกาย หมายถึง หลักการสำคัญดังนี้

1. สมรรถภาพทางกายมีความจำเป็นและเกี่ยวข้องกับชีวิต ความเป็นอยู่ของคนแต่ละคน เป็นอย่างมาก
2. ทักษะกีฬาไม่ใช่สัญลักษณ์ของสมรรถภาพทางกาย แม้ว่าทักษะจะมีส่วนช่วยพัฒนา ระดับความแข็งแรงสมบูรณ์ทางกายให้สูงขึ้นได้ก็ตาม
3. สมรรถภาพทางกายเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสุขภาพและความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือ การทำงานประจำวันของมนุษย์มากกว่าทักษะกีฬา
4. โครงการที่สุขภาพไม่ดี สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ด้วยการพัฒนา หรือยกระดับ สมรรถภาพทางกายให้สูงขึ้น ด้วยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการมี สมรรถภาพทางกายจริง ๆ
5. การทำงานประจำวันต้องใช้พลังงานและความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายคนแต่ละคน ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะคน ถ้าความแข็งแรงสมบูรณ์มีไม่มาก พลังงานก็จะถูกนำไปใช้จนหมด หรือเก็บหมด ในช่วงนั้น ในทางตรงข้ามถ้ามีความแข็งแรงสมบูรณ์มาก คงฯ นั้นก็ยังคงมีพลังงานเหลืออยู่หลังจาก การทำงานประจำวันตามปกติ และพลังงานที่เหลืออยู่นี้จะช่วยให้คนเรามีพลังงานสำรองไว้ใช้ ในยาม ฉุกเฉินจำเป็น หรือในภาวะที่ต้องการใช้มากกว่าภาวะปกติได้ พลังงานสำรอง หรือพลังงานเหลือเก็บ นี้ ยังช่วยส่งเสริมให้งานที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย (เพราะงานในกิจวัตร ประจำวันมีระดับต่ำกว่าศักยภาพแท้จริง)
6. คนที่มีสมรรถภาพทางกายดีจะไม่สึกว่าตนเองมีความไม่สบายเกิดขึ้นในขณะทำงาน ซึ่ง หมายถึง อย่าดึงดันหรือฝืนทำต่อไป จนกระทั่งเกิดการบาดเจ็บ (ไม่สบาย) อันเนื่องมาจากการปรับปรุง สมรรถภาพทางกาย (เพราะหมายถึงการทำงานมากเกินควร)

7. สมรรถภาพทางกายที่ดีไม่หยุดลงที่ตัวของมันเองแต่ยังเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นผู้มีสุขภาพดี ซึ่งมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามไปด้วย

8. การมีสมรรถภาพทางกายที่ดีไม่ได้เป็นแค่ตอบ (หรือการแก้ปัญหา) ทุกอย่างในชีวิตไม่สามารถรับประกันได้ว่า จะมีชีวิตยืนยาวหรือเป็นภูมิคุ้มกันโรคได้ทุกชนิด เพราะคนแต่ละคนจะมีวิถีชีวิตของตนเอง ซึ่งไม่อาจเปรียบเทียบกับใคร ๆ ได้นอกจบทนเอง

9. สมรรถภาพทางกายประกอบด้วยองค์ประกอบหลากหลาย และเป็นพื้นฐานที่ทุกคนควรจะมี องค์ประกอบดังกล่าวคือ ความทนทานของระบบหายใจ และระบบไหลเวียนเลือดความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น และองค์ประกอบของร่างกาย (ปริมาณไขมันในร่างกาย)

10. พิจารณาถึงระดับสมรรถภาพทางกายของตนเองว่าเป็นอย่างไร ควรพิจารณาถึงคุณสมบัติ แต่ละข้อ ในระดับต่อไปนี้ ซึ่งเป็นเกณฑ์อย่างน้อย

10.1 ทำงานประจำวันได้สำเร็จตามความต้องการ

10.2 มีการเพิ่มพูนการป้องกันการเสื่อมสุขภาพ เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและโรคเกี่ยวกับการเสื่อมการทำงาน

10.3 หาเวลาและโอกาสให้ตนเองสามารถควบคุมเหตุฉุกเฉิน ปัจจุบันทันต่อเวลาและสภาพภารณ์ที่ไม่ปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น การสมมติเหตุการณ์แล้วคิดแนวทางแก้ไขในทันที

10.4 หาเวลาออกกำลังกาย หรือ เล่นกีฬาเพื่อสร้างหรือพัฒนาสมรรถภาพทางกายของตน

จากความหมายของสมรรถภาพทางกายได้กล่าวมาพอจะกำหนดความหมายของคำว่า สมรรถภาพทางกายได้ว่า สมรรถภาพทางกายของบุคคล เป็นความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมใด ๆ ด้วยความกระชับกระแข็ง เป็นระยะติดต่อกันนาน ๆ โดยปราศจากการเหนื่อยล้าอ่อนเพลียให้ปรากฏ และสามารถพื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว

ความสำคัญของสมรรถภาพทางกาย

กรมพลศึกษา (2539: 9) สมรรถภาพของร่างกายจะเกิดขึ้นได้นั้น ก็ต่อเมื่อร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายเท่านั้น และสมรรถภาพทางกายนี้จะเป็นสภาพของร่างกายที่จะเกิดขึ้นและหายไปได้ การที่จะรักษาให้สมรรถภาพของร่างกายคงสภาพอยู่เสมอนั้น มีวิธีเดียวเท่านั้น คือ จะต้องออกกำลังกายเป็นประจำอยู่เสมอทุกวัน คุณค่าของสมรรถภาพทางกายจากการออกกำลังกายเป็นประจำนั้น สามารถสรุปเป็นข้อ ๆ ที่สำคัญดังนี้ คือ

1. การออกกำลังกายเป็นประจำนั้น จะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายได้มีการเจริญเติบโต ได้อย่างเต็มที่โดยเฉพาะวัยเด็ก ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในระหว่างการเจริญเติบโต กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้มี

การพัฒนาอย่างเต็มที่ และได้สัดส่วนทำให้สมรรถภาพในการทำงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในจำนวนงานเท่ากันกล้ามเนื้อที่มีสมรรถภาพสูงจะทำงานลำเร็วได้โดยใช้แรงงานที่น้อยกว่าและเหนื่อยน้อยกว่า ประหยัดกว่า ทำให้สามารถนำกำลังงานที่เหลือไปใช้ในงานอื่นได้อีกด้วย

2. ผู้มีสมรรถภาพร่างกายดี จะช่วยให้มีบุคลิกักษณะส่งผ่าน สามารถที่จะเคลื่อนไหวหรือเดินเห็นได้ด้วยความส่ง คล่องแคล่วและกระฉับกระเฉงเป็นไปตามจังหวะ หรือลีลาของ การเคลื่อนไหวหรือการเดินนั้น ๆ การเคลื่อนไหวของร่างกายในลักษณะตั้งกล้ามเนื้อกจากจะเป็นการประหยัดแรงงานได้เป็นอย่างดีแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมความส่งาร้าวให้แก่ตนเองเป็นอย่างดีอีกด้วย

3. ผู้ที่มีสมรรถภาพทางร่างกายดี จะเป็นผู้ที่มีสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมงานต่าง ๆ ประจำวันได้ผลผลิตที่สูง ถ้าเป็นผู้ที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน จะสามารถตระหน้าและมีสมาธิในการศึกษาเล่าเรียนได้ดีกว่า เป็นระยะเวลานานกว่า ทำให้ได้รับผลการเรียนดีกว่าผู้ที่ไม่มีสมรรถภาพทางกาย

4. กล้ามเนื้อหลังตอนล่างมีความสำคัญในการป้องกันโรคปวดหลังเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ถ้าได้มีการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนนี้ได้มีการพัฒนาเป็นอย่างดีและถูกต้องตั้งแต่วัยเด็กแล้ว จะเป็นการช่วยป้องกันโรคปวดหลังได้เป็นอย่างดีอีกทางหนึ่งด้วย

5. สำหรับวัยเด็กนั้นการมีสมรรถภาพทางกายดีจะช่วยให้เป็นเด็กที่มีความกระตือรือร้น มีความต้องการที่จะเคลื่อนไหวและมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง

6. การออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายมีสมรรถภาพนั้นเป็นวิธีที่ดียิ่งอย่างหนึ่งในการที่จะช่วยรักษาและควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมน้ำหนักตัวด้วยวิธีการลดอาหารอย่างเดียวันนี้เป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้องอย่างมาก โดยเฉพาะในวัยเด็กที่อยู่ระหว่างการเจริญเติบโต วิธีที่ดีที่สุดและถูกต้องนั้น ควรจะเป็นการควบคุมด้วยการออกกำลังกายและอาหารควบคู่กันไป

7. การออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายมีสมรรถภาพนั้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานประสานกันระหว่างระบบไหลเวียนกับระบบหายใจ ซึ่งเป็นการป้องกันโรคหัวใจเสื่อมสมรรถภาพได้เป็นอย่างดี และในปัจจุบันนี้มีความเชื่อว่าโรคเสื่อมสมรรถภาพนี้เองเป็นต้นเหตุของโรคหัวใจวายที่กำลังเป็นโรคคร้ายที่น่ากลัวยิ่งอย่างหนึ่งในสังคมสมัยใหม่นี้ วิธีป้องกันที่ดีอย่างหนึ่งก็คือการออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อรักษาสมรรถภาพทางกายนั่นเอง

8. คำกล่าวของกริกิบราวน์ที่ว่า “จิตใจที่ผ่องใสอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์” นั้นเพื่อให้มีความหมายขัดเจนอย่างขึ้นควรจะขยายความต่อไปอีกว่า “เรื่องร่างที่สมบูรณ์นั้นคือเรื่องร่างที่มีสมรรถภาพทางกายดี” ฉะนั้นเมื่อร่างกายมีสมรรถภาพดี สุภาพสมบูรณ์ก็ย่อมจะเป็นผลต่อประสิทธิภาพทางด้านจิตใจด้วย

จากที่กล่าวมาแล้วนี้จะเห็นว่าสมรรถภาพทางกายเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการมีชีวิตอยู่ประจำวันที่เป็นไปได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข ซึ่งจะได้จากการออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ กิจกรรมการออกกำลังกายนี้อาจจะเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายต่าง ๆ ที่เป็นไปตามความสนใจเหมาะสมกับเพศและวัย สภาพภารณ์และเวลาที่มีอยู่นั้น เช่น บางคนอาจจะออกกำลังกายด้วยการวิ่งข้าม วันละประมาณ 15 ถึง 20 นาที หรือบางคนอาจจะเล่นกีฬาอย่างใด อย่างหนึ่ง ตามความสนใจ และความสนใจของตนเองก็ได้ ข้อสำคัญอยู่ที่การออกกำลังกายนั้น ควรจะเป็นกิจกรรมที่ร่างกายได้ออกกำลังกายและทำงานมากกว่ากิจกรรมที่กระทำอยู่ในชีวิตประจำวัน คือ ให้ร่างกายได้มีโอกาสออกแรงและรู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ และในขณะเดียวกันควรจะเป็นกิจกรรมที่ร่างกายได้มีโอกาสใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างทั่วถึงกันด้วย

ปัจจัยของสมรรถภาพทางกาย

หอคเคอร์ (Hocquer. 1989) ได้แบ่งสมรรถภาพทางกาย เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. องค์ประกอบสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related physical fitness) ได้แก่ ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular strength and endurance) ความอดทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular strength and endurance) ความอ่อนตัว (Flexibility) ส่วนประกอบของร่างกาย (Body composition)
2. องค์ประกอบสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับการมีทักษะที่ดี (Skill-related physical fitness) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญสำหรับสมรรถภาพทางกายที่ สงผลให้นักกีฬาประสบความสำเร็จ แต่ไม่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพดี ประกอบด้วย
 - 2.1 ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต (Cardio vascular endurance)
 - 2.2 ความอดทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular strength and endurance)
 - 2.3 ความอ่อนตัว (Flexibility)
 - 2.4 ส่วนประกอบของร่างกาย (Body composition)
 - 2.5 ความคล่องแคล่วว่องไว (Agility)
 - 2.6 การทรงตัวที่สมดุล (Balance)
 - 2.7 การทำงานประสานกันของระบบกล้ามเนื้อ (Coordination)
 - 2.8 พลัง (Power)
 - 2.9 ปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction)

2.10 ความเร็ว (Speed)

กรมพลศึกษา (2539:8) บัญชีของสมรรถภาพทางกาย ได้แก่

1. ความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิต และการหายใจ เป็นประสิทธิภาพของการทำงานประสานกันระหว่างระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ โดยร่างกายสามารถยืนหยัดที่จะทำงานได้เป็นระยะเวลานานได้ เมื่อหยุดงานแล้วร่างกายจะสามารถคืนสูญสภาพปกติได้เร็ว โดยการทำงานนี้ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการระบบไหลเวียนโลหิต อันได้แก่ หัวใจ ปอดและหลอดเลือดทำงานได้ด้วยประสิทธิภาพสูงสุดในขณะที่ร่างกายทำงานหนัก กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้มีความทนทานในด้านนี้ ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกายที่เป็นไปเพื่อลดน้ำ油และซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ เช่น การวิ่งเหยาะในระยะทางไกล หรือวิ่งอยู่กับที่ข้ามเป็นระยะเวลานาน ๆ นักวิ่งระยะไกล เช่นนักวิ่ง 5,000 เมตร 10,000 เมตร หรือนักวิ่งมาราธอน จะเป็นผู้ที่มีระบบไหลเวียนและระบบหายใจทำงานประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ คือ เป็นผู้ที่มีความอดทนของร่างกายโดยส่วนรวมอยู่ในระดับสูงนั่นเอง

2. ความทนทานของกล้ามเนื้อ เป็นความสามารถของกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่ต้องทำงานซ้ำซากได้เป็นระยะเวลานาน โดยได้งานมากแต่เหนื่อยน้อย กิจกรรมที่จะช่วยให้เกิดความทนทานของกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนนี้ ได้แก่ กิจกรรมที่จะต้องใช้กล้ามเนื้อส่วนใดของร่างกายซ้ำซากเป็นเวลานาน ๆ เช่น การดึงข้อหลาย ๆ ครั้ง การดันพื้นหลาย ๆ ครั้ง การทำลูกนั่งหลาย ๆ ครั้ง การขอแขนห้อยตัวเป็นระยะเวลานาน ๆ และการนั่งเป็นมุ่งแผลมเป็นเวลานาน ๆ เป็นต้น

3. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คือ ความสามารถของกล้ามเนื้อในการหดตัว เพื่อทำงานอย่างหนักอย่างได้ดียิ่งเต็มที่ในระยะเวลาได้เวลาหนึ่ง โดยกล้ามเนื้อส่วนหนึ่งส่วนใดหรือกล้ามเนื้อของร่างกายหลาย ๆ ส่วนทำงานร่วมกัน เช่น ความสามารถในการบีบมือซ้ายหรือขวา ความสามารถในการยกน้ำหนัก ความสามารถในการดึงไดนาโมมิเตอร์ เป็นต้น กิจกรรมที่จะช่วยให้เกิดพลังของกล้ามเนื้อนี้ ได้แก่ กิจกรรมที่กล้ามเนื้อต้องมีโอกาสในการหดตัวอย่างเต็มที่ซ้ำระยะหนึ่งแล้วพักสับกันไป เช่น การยืนอยู่ระหว่างขอบประตูแล้วใช้มือทั้งสองด้านขอบประตูออกไปข้าง ๆ อย่างเต็มที่ซ้ำครู่หนึ่งแล้วก็พักสับกันไป การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งและไหลมีพลังสูงขึ้น เช่นเดียวกัน การบริหารกายด้วยการยกน้ำหนักก็เป็นการช่วยให้กล้ามเนื้อขา ลำตัว ไหล่ และแขนมีพลังสูงขึ้นอีก เช่นเดียวกัน

4. พลังหรือกำลังดีดของกล้ามเนื้อ คือ ความสามารถของกล้ามเนื้อส่วนนี้ส่วนใดหรือ หลาย ๆ ส่วนของร่างกายในการหดตัวเพื่อทำงานอย่างเร็ว และแรงในจังหวะหนึ่งจังหวะใด พลังหรือ กำลังดีดของกล้ามเนื้อนี้จะแตกต่างจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ได้ถูกถ่วงแล้วตรงที่ว่า พลังนี้ เป็นผลงานของการหดตัวของกล้ามเนื้อเพียงครั้งเดียวจังหวะเดียว สรุปความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็น ผลงานของการหดตัวของกล้ามเนื้อเช่นเดียวกัน แต่หลังจากการหดตัวแล้วยังมีโอกาสที่จะใช้ความ พยายามในการหดตัวอย่างเต็มที่ต่อไปอีกชั่วระยะเวลาหนึ่ง ผลงานที่เกิดขึ้นจากความพยายามในครั้งหลังนี้ อาจจะมากกว่า หรือเท่ากับการหดตัวไปแล้วในครั้งแรกได้ ตัวอย่างกิจกรรมที่เกี่ยวกับพลังของ กล้ามเนื้อ ได้แก่ การยืนอยู่กับที่กระโดดไกล การยืนอยู่กับที่กระโดดสูง การพุ่งछ่อน การหุ่นหนัก เป็นต้น กิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อได้มีพลังตัวได้เพิ่มขึ้นนั้นได้แก่ กิจกรรมประเภทที่ช่วยเพิ่ม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดังได้แก่ถ่วงแล้ว

5. ความเร็ว คือ ความสามารถในการหดตัวหลาย ๆ ครั้งติดต่อกันของกล้ามเนื้อส่วนนี้ ส่วนใดหรือกล้ามเนื้อหลาย ๆ ส่วนของร่างกายรวมกัน เพื่อทำงานให้ได้ผลงานมากในเวลาอันรวดเร็ว เช่น การหดตัวเพื่อช่วยให้ร่างกายได้เคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้อย่างรวดเร็วและในเวลาที่สั้น ที่สุด ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด ก็คือ การวิ่ง 50 เมตร หรือการวิ่ง 100 เมตร กิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิด ความเร็วขึ้นนี้ ได้แก่ กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น และกิจกรรมที่ต้องใช้ ความเร็ว

6. ความคล่องตัว คือ ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมกัน เพื่อให้ร่างกายสามารถเปลี่ยนตำแหน่งและทิศทาง ใน การเคลื่อนไหวได้ด้วยความรวดเร็ว และ มีประสิทธิภาพ เช่น สามารถนั่งลงและยืนขึ้นสับกันได้ด้วยความรวดเร็ว มีความสามารถที่จะวิ่งกลับ ตัวไปมาได้ด้วยความรวดเร็ว มีความสามารถที่จะวิ่งกลับตัวไปทางซ้ายและขวาได้ด้วยความรวดเร็ว กิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถคล่องตัวนี้ ได้แก่ กิจกรรมที่กล้ามเนื้อได้มีโอกาสทำงานด้วยการเปลี่ยนตำแหน่ง และทิศทางต่าง ๆ ดังได้แก่ถ่วงแล้ว

7. ความอ่อนตัว คือ ความสามารถในการเหยียดตัวของข้อต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวได้ในบริเวณที่กราบไว้ที่สุด ตัวอย่างเช่น การยืนเข้าตึงก้มตัวแต่พื้น การยืนเข้า ตึงแต่ตัวหงายหลังเขามีอัตราพื้นไปข้างหลัง กิจกรรมที่จะช่วยให้ร่างกายได้มีความสามารถอ่อนตัวมากขึ้น นั้น ได้แก่ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ร่างกายต้องการเหยียดตัวมากกว่าที่ทำงานในเวลาปกติ

8. การทรงตัวหรือความสามารถสมดุล คือ การที่ประสาทรับความรู้สึกของร่างกายโดยเฉพาะที่ อัญญาภัยในกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ส่วนประสาทควบคุมการทำงานตัวภายในหูและประสาทด้าน เพื่อรักษาดุลของ

ร่างกายให้อยู่ในท่าต่าง ๆ ทั้งในขณะอยู่กับที่และในระหว่างเคลื่อนที่ เช่น การเดินบนเส้นทางให้ปลายเท้าต่อ กัน การยืนเห้าเดียวมีอหังส่องทางออกไปทางข้าง การหักกบ การยืนด้วยศีรษะ การยืนด้วยมือ เป็นต้น การทรงตัวด้วยท่าต่าง ๆ เหล่านี้ ควรจะได้รับการฝึกฝนเป็นประจำจึงจะสามารถทรงตัวได้ดีขึ้น

กรมวิชาการ (2545 : 222) กล่าวไว้ในเอกสารประกอบหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 คู่มือการจัดการเรียนรู้กลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษาว่าสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ (Health – Related Physical Fitness) ความสามารถของระบบต่าง ๆ ร่างกาย ประกอบด้วย ความสามารถทางสรีรวิทยาด้านต่าง ๆ ที่ช่วยป้องกันบุคคลจากโรคที่มีสาเหตุจากภาวะการขาดการออกกำลังกาย นับเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการมีสุขภาพดี ความสามารถหรือสมรรถนะเหล่านี้ สามารถปรับปรุงพัฒนาและคงสภาพได้ โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทางกายเพื่อสุขภาพ มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. **องค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition)** ตามปกติแล้วในร่างกายมนุษย์ ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ กระดูก ไขมัน และส่วนอื่น ๆ แต่ในส่วนของสมรรถภาพทางกายนั้น หมายถึง สัดส่วนปริมาณไขมันในร่างกายกับมวลร่างกายที่ปราศจากไขมัน โดยการวัดอุกมาเป็นปริมาณร้อยละของไขมัน ด้วยเครื่องวัดปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง (Skin fold caliper) ผู้ที่มีสมรรถภาพดีจะมีประมาณร้อยละของไขมันต่ำ

2. **ความอดทนระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ (Cardio-respiratory Endurance)** หมายถึง สมรรถนะเชิงปฏิบัติของระบบไหลเวียนเลือดโลหิต และระบบหายใจในการล้มเหลวของกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายสามารถยืนหยัดที่จะทำงานหรือออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นระยะเวลานานได้

3. **ความอ่อนตัวหรือความยืดหยุ่น (Flexibility)** หมายถึง ช่วงของการเคลื่อนไหวสูงสุด เท่าที่จะทำได้ของข้อต่อหรือกลุ่มข้อต่อ

4. **ความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscular Endurance)** หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือกลุ่มกล้ามเนื้อในการอดทนตัวข้า ฯ เพื่อต้านแรงหรือความสามารถในการคงสภาพการหดตัวเพียงครั้งเดียวเป็นระยะเวลานานได้

5. **ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength)** หมายถึง ปริมาณสูงสุดของแรงที่กล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือกลุ่มกล้ามเนื้อสามารถออกแรงต้านทานได้ในช่วงการหดตัว 1 ครั้ง

การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในประเทศไทย

การศึกษาทบทวน และวิเคราะห์ต่อ งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ อาทิเช่น แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า รัฐบาลได้มีบทบาทเป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการสร้างสิ่งแวดล้อมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีความสามารถในการควบคุมวิธีชีวิตของตนเองหรือภาวะแวดล้อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและมีแบบแผนการมีกิจกรรมทางกายที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง โดยการดำเนินงานด้านอาหารและการออกกำลังกายของประเทศไทยที่ผ่านมา สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านโภชนาการ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับภาวะโภชนาการของเด็กอย่างจริงจัง โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน และแผนงานไปที่ตัวเด็กซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 เป็นต้นมา ต่อมาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้กำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเด็กและเยาวชนไทย อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าเสียดายว่า ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจซึ่งทำให้แผนงานโครงการต่าง ๆ ไม่อาจบรรลุผลได้อย่างน่าพอใจ แต่ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ลดปัจจัยเสี่ยงเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ที่มุ่งเน้นให้เด็กสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ คือ มีการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมตามวัย รวมทั้งการดูแลสุขภาพซองปากและฟันได้ และยุทธศาสตร์คนไทยไว้รักษาไว้ ที่กำหนดเป้าหมายให้เด็กอายุ 6-14 ปี มีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นปกติ จากการมีพุทธิกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย

ในช่วงการดำเนินงานแผนนี้ มีแผนงานโครงการต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมากมายที่เป็นความร่วมมือจากภาคีทุกภาคส่วน อาทิเช่น โครงการจังหวัด...ไว้รักษาไว้ โครงการภาคีร่วมใจคนไทยไว้รักษา โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีน, โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว, โครงการโรงเรียนต้นแบบ...ไว้รักษา, โครงการมนตร์สุขภาพ สุขอนามัยไทยไว้รักษา (เมธู 2:1:1), โครงการพัฒนาการรับรองสัญลักษณ์ในผลิตภัณฑ์ขนม ลดน้ำตาล ไขมัน โซเดียม เพื่อคนไทยไว้รักษา, โครงการรณรงค์เพื่อลดการบริโภคอาหารหวานในเด็กไทย (พ.ศ.2545 – 2547), โครงการเด็กไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแกร่ง

และ โครงการเสริมสร้างสมรรถนะเพื่อการจัดทำแผนไนชนาการระดับชาติ มีการจัดตั้งเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานที่เป็นเครือข่ายองค์กร และบุคคลหลายกลุ่ม ที่เน้นรณรงค์ให้เด็ก ๆ ลดการกินหวานลง และให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานเกิดจากการรวมกลุ่มของ ทันตแพทย์ คุณภาพแพทย์ นักไนชนาการและนักวิชาการอิสระหลายสาขา เริ่มต้นช่วงปลายปี พ.ศ. 2545 โดยได้รับ การสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปัจจุบันมีการขยายเครือข่ายลงไปใน ระดับพื้นที่เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2554-2558) ที่กำลังใช้อยู่ใน ปัจจุบันนี้นั้น ยังมีจุดอ่อนในบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดกลยุทธ์ด้านอาหาร โดย สิรินทร์ยา พูล เกิด และทักษพลด ธรรมรังสี (2553) ได้ให้ความคิดเห็นไว้ว่า เป็นการตั้งรับในระดับปัจจุบันบุคคล ผ่าน การส่งเสริมเรียนรู้ของประชาชนทุกวัยมากกว่าเชิงรุก และกลยุทธ์การตั้งรับนี้ยังส่งผลต่อการขับเคลื่อน มาตรการที่ควบคุมกลไกการตลาดและการโฆษณาอาหาร ซึ่งมีอิทธิพลสำคัญต่อการเลือกซื้อและ บริโภคอาหารของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่ยังไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง และง่ายต่อการ ถูกขักจุนจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จึงหันยังไม่ปรากฏว่ามียุทธศาสตร์ใดในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ที่ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคหรือการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีผ่านการใช้กฎหมายเพื่อควบคุม การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก รวมถึงลินค์อาหารประเภทไขมัน หรือน้ำตาล หรือเกลือสูง ซึ่งกลุ่มเด็กถือเป็นกลุ่มที่อ่อนไหวต่อการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และอาจส่งผลต่อพัฒนาระบบ อาหารเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้ และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วนในอนาคตอีกด้วย

ผลการดำเนินงานด้านอาหารโดยเฉพาะการป้องกันและแก้ไขภาวะไนชนาการเกิน และโรคอ้วน ในเด็ก ได้มีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งจริงจังในโรงเรียนหลายแห่ง ปัจจุบันนี้ ต้นติวังษ์ (2547) ได้ ศึกษาการดำเนินงานของโรงเรียน 5 แห่ง พบร่วมกัน แนวคิด เหตุจุนใจในการเริ่มดำเนินงานที่มาของ โครงการต่าง ๆ และวิธีดำเนินการ ปฏิบัติงานจะแตกต่างกันไปในแต่ละโรงเรียน ตามนโยบายของ ผู้บริหาร แนวคิดของการทำงาน รวมถึงปัญหาและสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในแต่ละโรงเรียน ทุก โรงเรียนมีนโยบายที่เหมือนกันอย่างหนึ่ง คือ การห้ามขายน้ำอัดลม ขบวนการครอบครัวในบริเวณโรงเรียน แต่ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานอย่างจริงจัง ทุกโรงเรียนยังไม่สามารถแก้ไขปัญหานักเรียนที่มีภาวะ ไนชนาการเกินได้อย่างชัดเจน แม้ว่าไม่พบโรงเรียนใดมีความซุกซื่อของภาวะไนชนาการเกินเพิ่มมากขึ้นก็ ตาม ปัญหาที่พบว่าโรงเรียนหลายแห่งยังไม่สามารถแก้ไขได้คือ เรื่องการขายอาหารในบริเวณโรงเรียน และครอบนอกโรงเรียน โดยอาหารส่วนใหญ่ที่ขายชนิดที่พับเป็นประจํา ได้แก่ น้ำอัดลม ของทอดชนิด ต่าง ๆ เช่น ไส้กรอก ลูกชิ้น เกี๊ยว ขบวนการครอบครัว เป็นต้น และนอกจากการดำเนินงานของทางโรงเรียน

แล้ว จากการสำรวจและสัมภาษณ์ พบร่วมว่า อีกปีจัดที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนที่สำคัญมาก คือ การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ที่มีอิทธิพลต่อการสร้างพฤติกรรมการรับประทานของเด็ก

การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านการออกกำลังกาย

การส่งเสริมการออกกำลังกายในประเทศไทย เริ่มมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2507 โดยการดำเนินงานของ นพ.อุดม ใบнакุชณะ และคณะ ภายใต้องค์กรส่งเสริมกีฬาแห่งประเทศไทย ต่อมา พ.ศ.2528 ก่อตั้งการกีฬาแห่งประเทศไทย ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัยได้ดำเนินโครงการส่งเสริม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2530 ตรงกับช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) โดยจัดเป็นกิจกรรมหนึ่งในกองอนามัยโรงเรียน กิจกรรมที่เด่นชัดในการรณรงค์ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) (วิจกร อาภัปกิริยา, 2546)

ต่อมาธับลความสำคัญและความชัดเจนในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมากขึ้น เนื่องจากผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2544 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายรวมทั้งการเคลื่อนไหวออกแรง ในงานอาชีพ และกิจวัตรประจำวันเพียงร้อยละ 44.4 จึงได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2545 เป็นปีแห่งการเริ่มนั่นสร้างสุขภาพ ให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เป็นแผนแม่บท โดยมีแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ 3 เป็นแผนรองรับ ที่มีเป้าหมายการพัฒนาคนร่วมกัน มีกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เป็นเจ้าภาพร่วมในการบริหารจัดการให้โอกาสประสบผลสำเร็จมากขึ้น มีการกำหนดยุทธศาสตร์หลัก ให้โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ ให้ประชาชนมีการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬามากขึ้น และลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน (วิจกร อาภัปกิริยา, 2546)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่เป็นแผนแม่บทนั้น ได้ตั้งเป้าหมายให้ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันฯ ละ 30 นาที และมีชุมชนสร้างสุขภาพ อย่างน้อยต้อง มี 1 ชุมชนต่อหนึ่งหมู่บ้าน ได้ประกาศให้นโยบายสร้างสุขภาพ เป็นนโยบายเร่งด่วน และให้ปี พ.ศ. 2545-2547 เป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพทั่วไทย กำหนดมาตรการดำเนินการตามยุทธศาสตร์หลัก คือ การสร้างกระแส และการปฏิบัติการยืดพื้นที่ ภายใต้กลยุทธ์รวมพลังสร้างสุขภาพ สำหรับแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2545-2549) ได้ตั้งเป้าหมายไว้ที่เด็กและเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย และเล่นกีฬา รวมทั้งมีคุณธรรม และน้ำใจนักกีฬา และประชาชนได้ ออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ มีสมรรถภาพทางกาย

รัฐบาลประกาศนโยบายสร้างสุขภาพ และคาดหวังว่าจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนที่เจ็บป่วยและเสียชีวิต ซึ่งสูงถึงปีละ 2-2.5 แสนล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550 ข้างต่อไป อัจฉรา ปุ่ราม, 2553) การดำเนินงานที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ให้กระบวนการเรียนโดยบานยและยุทธศาสตร์การส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากร ผ่านแผนงาน โครงการ และกิจกรรมตามประเภท/ ชนิดกีฬาต่าง ๆ ครอบคลุมในพื้นที่สังคมเมือง ชนบท จนถึงพื้นที่ในภูมิภาคที่ห่างไกล โดยหน่วยงานภาครัฐและมิใช่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และองค์กรปกครองท้องถิ่น มีกลไกในการกำหนดนโยบาย มาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีนัยยะสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย และจัดสรรงบประมาณจำนวนนับพันล้านบาท ทั้งในโครงการขนาดเล็กและโครงการขนาดใหญ่ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม เกื้อหนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ เทคโนโลยี นวัตกรรม ตลอดจนการสร้างทุนทางสังคม วัฒนธรรม ในด้านการกีฬาและออกกำลังกาย อย่างไรก็ดี จากการศึกษาผลประโยชน์ของการลงทุนด้านการส่งเสริมกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพต่อสุขภาวะสังคมไทย ของอัจฉรา ปุ่ราม (2553) พบว่า จำนวนงบประมาณการลงทุนสำหรับแผนการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2552 ที่ผ่านมา จำนวนสูงถึงปีละประมาณ 200 ล้านบาท งบลงทุนในโครงการส่งเสริมกีฬาและออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพระดับจังหวัด 5 ปี ที่ผ่านมา มีจำนวนเงินเท่ากับ 679,854,402 บาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การลงทุนส่วนใหญ่อยู่ในโครงการด้านกีฬามวลชน และโครงการกีฬาและนันทนาการกลุ่มนักเรียน และเยาวชน โดยที่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีการลงทุนมากที่สุด ถัดมา คือ สำนักงานท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด และเทศบาล และงบประมาณต่อหัวประชากร (Unit cost) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เฉลี่ยเท่ากับ 13.90 บาท/คน/ปี แต่การลงทุนโครงการฯ ยังไม่เกิดประสิทธิผลหรือความคุ้มค่า เนื่องจากประสิทธิผลด้านสุขภาพลดลงทุกปี ทั้งด้านจำนวนผู้ป่วยเบ้าหวานและความดันโลหิตสูง และจำนวนครั้งในการรักษาพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนพบว่า จำนวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาสูงเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากกว่าจำนวนการศึกษาวิจัยที่มุ่งป้องกันและแก้ปัญหาการขาดสารอาหาร โดยศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็ก เพื่อเป็นแนวทางในการหามาตรการป้องกัน การเกิดโรคอ้วน การให้ความรู้แก่บุคคล마다 ผู้ปักธง ครุਆจาร์ย์ และตัวเด็กเอง (กานติชิตา วัฒนา, 2550 และ Wanchai, 2006) จำกัดกิจกรรมทางกายให้เด็กควบคู่ไปกับการให้ความรู้ (ยุทธภูมิ อimitophay, 2550) ที่นำเสนอเช่น การศึกษาวิจัยที่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ

เกินโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายโรงเรียนในการปรับปรุงพัฒนาระบบ นักเรียนด้านความรู้ เจตคติ และความตั้งใจให้พัฒนาระบบในการป้องกันโคงอ้วน โดยวัดผลทั้งเชิง ปริมาณด้านความรู้ เจตคติ และความตั้งใจให้พัฒนาระบบ และข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นนโยบาย โรงเรียน กิจกรรมโรงเรียน และการติดต่อเชิงสังคม และความผูกพันเชิงสังคมที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา สนับสนุนเชิงสังคม (Bunchonhattakit, 2008) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ เจตคติ และความตั้งใจให้พัฒนาระบบในการป้องกันโคงอ้วนดีกว่ากลุ่มเบรียบเทียบ ในระดับโรงเรียนมี การกำหนดนโยบายและการทำกิจกรรมโรงเรียนมากกว่า เช่นกัน

โดยสรุป การพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพพื้นฐานของเด็กวัยเรียน หากจะสร้างให้เกิดศักยภาพ ของกิจกรรมเด็กไทยอันถือเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาคนให้มีความพร้อม ทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน ภาคราชการ องค์กรธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน และองค์กรอื่น ๆ จะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง ซึ่งต้องให้ความสำคัญที่เครื่องชี้วัดสถานภาพเด็กไทย เครื่องชี้วัด กระบวนการพัฒนาเด็กไทย และการพัฒนาเครื่องมือชี้วัดเด็กไทยโดยชุมชนท้องถิ่น (อนุชาติ พวงสำลี, 2541) กระบวนการพัฒนาเด็กไทยให้มีสุขภาพด้านโภชนาการและกรอกกำลังกายที่ดีจะต้องเกิดจาก การมีส่วนร่วมขององค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน การมีส่วนร่วมจะต้องมีส่วนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การ วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ ในกระบวนการประเมินภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน กำหนดปัญหา กำหนดนโยบาย การตัดสินใจในการวางแผนหรือจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา ปฏิบัติการ ประเมินผล การดำเนินงาน และรับผลจากการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน รวมทั้งปฏิสมัชณ์ที่องค์กร ต่าง ๆ มีร่วมกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนครั้งนี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนในชุมชน มีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

ประชากร

ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชน เป็นสมาชิกชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน คือ (1) ครอบครัว (2) โรงเรียน (3) ศูนย์สุขภาพชุมชน (4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (5) องค์กรชุมชนต่าง ๆ และผู้นำชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นชุมชนในภาคตะวันออก ประกอบด้วย

1. ชุมชน/หมู่บ้าน ที่สมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา โดยสูมตัวอย่างจากจังหวัดในภาคตะวันออก 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี และจังหวัดระยอง ทำการสุ่มเลือกอำเภอ จังหวัดละ 1 อำเภอ สุ่มอำเภอละ 1 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้านหรือชุมชน ประกอบด้วย 2 ตำบล ดังนี้

1.1 ชุมชน/หมู่บ้านในจังหวัดชลบุรี มีลักษณะเป็นพื้นที่การเกษตรแบบชานนาท จำนวนการปักครองขึ้นกับองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (กำลังปรับเปลี่ยนบทบาท ยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นบริการใกล้บ้านแบบดูแลคนทั้งคน และเป็นช่องทางการกระจายอำนาจอีกทางหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ชุมชน องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่—ผู้วิจัย) ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้กับประชาชนในพื้นที่ มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 6 หมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขสามารถทำงานกับชุมชนได้เป็นอย่างดี และกลุ่มผู้นำชุมชน องค์กรชุมชนมีความเข้มแข็ง มีการจัดประชุมประชุมของหมู่บ้านเป็นประจำทุกเดือนมุ่งเน้นไปในแต่ละหมู่บ้าน ภายใต้หัวข้อที่น่าสนใจ เช่น การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาที่อยู่ใกล้กับศูนย์สุขภาพชุมชน ครอบครัวของเด็กนักเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์กรชุมชนในตำบล

1.2 ชุมชน/ หมู่บ้านในจังหวัดระยอง มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง มีการอพยพของแรงงานจากต่างจังหวัดโดยเฉพาะจากจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเข้ามารับจ้างใช้แรงงานในเขตพื้นที่นี้ เนื่องจากมีสถานประกอบการที่เป็นโรงงานขนาดกลางจำนวนหลายแห่ง อำนวยการปกครองขึ้นกับองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ที่กำลังยังคงดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเช่นกัน) จัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ทำการศึกษาในเรียนระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้นที่ตั้งอยู่ในหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน ครอบครัวของเด็กนักเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์กรชุมชนในตำบล

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน และสถานบันต่าง ๆ พิจารณาจากโครงสร้างการปกครองในแต่ละพื้นที่เป็นกรอบในการคัดเลือก และจากการประสานความร่วมมือจากพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้เข้ามาร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยน รับการสัมภาษณ์ และให้ความคิดเห็น ดังมีรายละเอียดและจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัวของเด็กวัยเรียน ได้แก่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ที่เข้าเรียนในโรงเรียนที่เป็นพื้นที่ในการศึกษา โดยการเข้าร่วมกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยน และรับการสัมภาษณ์ ตำบลละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน

2.2 อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน/ องค์กรต่าง ๆ กรรมการหมู่บ้าน และกรรมการโรงเรียน ตำบลละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน

2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตำบลละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 6 คน

2.4 บุคลากรในโรงเรียน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการ ครุacionนายโรงเรียน และครูประจำชั้น โรงเรียนละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

2.5 นายกองค์กรบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์กรบริหารส่วนตำบล หัวหน้างานสาธารณสุข หัวหน้าส่วน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านการศึกษา สมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบล ตำบลละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

2.6 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวนโรงเรียนละ 40 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน

การเลือกผู้ให้ข้อมูล เป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยต้องเป็นหัวหน้าองค์กร/ สถาบัน และให้มีการกำหนดตัวอย่างบุคคลอื่น ๆ จากการรวมของหลายและแน่น้ำจากหัวหน้าหน่วยงาน สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียนใช้นักเรียนทุกคนที่อยู่ในห้องเรียน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการคุ้มครองโดยไม่ระบุชื่อของวิธีการวิจัยทุกขั้นตอน และจะมีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษา รวมทั้งประวัติชนพื้นที่จะเกิดขึ้นจากการศึกษาอย่างละเอียดและมีความเข้าใจแล้ว และสามารถสอบถามจากคณะกรรมการผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหากมีข้อสงสัยเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบคำถามใดหรือไม่ตอบก็ได้ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบกับสิทธิ์ที่พึงได้รับจากการบริการสุขภาพหรือบริการอื่นใดที่มีอยู่

การบันทึกเสียงสัมภาษณ์จะทำต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลในส่วนที่เป็นภาพรวมที่สรุปผลเป็นงานวิจัยตามเหตุผลเชิงวิชาการเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ของท่าน และข้อมูลที่ไม่ยินดีให้เปิดเผย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เก็บอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกไฟล์ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ต้องมีการกำหนดการแสดงผลและรหัสผ่านเฉพาะบุคคล และถูกทำลายออกจากการเครื่อง เมื่อมีการเผยแพร่งานวิจัยแล้ว ประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองให้ดำเนินการวิจัยได้ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการวิจัย 3 คน และผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน ที่ผ่านการรับรองให้เข้าใจในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวิธีการสัมภาษณ์ สังเกต และบันทึกผลการวิจัยเป็นอย่างดี โดยจะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน เก็บข้อมูล บันทึก และประมวลผลการวิจัย

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์จะลึกและสนทนาแก่กลุ่ม ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงรูปแบบและกระบวนการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชนเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียน

เครื่องมือนี้ไม่ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น เพราะเป็นเพียงประเด็นคำถามหลักและรองแต่จะตรวจสอบความครอบคลุมของสารตามวัตถุประสงค์ทุกครั้งที่เก็บข้อมูล

ในการเก็บบันทึกข้อมูล เหตุการณ์ และสิ่งแวดล้อม นอกจานแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกในการสนทนากลุ่มแล้ว จะใช้เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพ กระดาษฟลิปchart กระดานบอร์ด ปากกาเคมี สำหรับบันทึกข้อมูล ประกอบ รวมทั้งเอกสารต่างๆ ในครูและสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านอาหารและการออกกำลังกาย โดยการบันทึกเสียงและภาพจะทำการบันทึกต่อเมื่อได้รับอนุญาตและความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น เพื่อประโยชน์ในการยืนยันข้อมูล

3. แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการตรวจสอบความต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และได้นำมาทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว

4. แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพใช้แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานฯ สำหรับเด็กไทยอายุ 7-18 ปี ของคณะกรรมการส่งเสริมกีฬาและการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพในสถาบันการศึกษา และการพัฒนาองค์ความรู้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนการวิจัย

1. ประชุมเฉพาะกลุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างความตระหนักรถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนขององค์กรที่เกี่ยวข้อง
2. ประชุมองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียน จากการความเชื่อนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง วางแผนการดำเนินการ กำหนดเป้าหมายและขอบเขตของระยะเวลาดำเนินการ
3. ดำเนินการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนในโรงเรียน ติดตามกำกับ ประเมินผลการทำงาน ตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับแก่ชุมชน และปรับแผนการดำเนินการใหม่ตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
4. นำเสนอผลการวิจัย เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันสรุป และเสนอรายงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

คุณภาพของข้อมูลการวิจัย

การตรวจสอบข้อมูล ตรวจสอบ 2 ประเด็นคือ ความหลากหลาย และความถูกต้อง โดยให้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้จากการรวมข้อมูลหลายวิธี หลายแหล่ง ผู้ร่วบรวมข้อมูลหลายคน และต่างช่วงเวลาอัน (triangulation technique) (Denzin, 1989) ได้แก่ การสัมภาษณ์ในประเด็นเดียวกันจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน การศึกษาจากเอกสารการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน แผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง รายงานสถิติต่าง ๆ ของโรงเรียน ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล และการประชุมหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละวันของคณะกรรมการวิจัยเพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้มา ว่ามีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร การสะท้อนกลับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (data reflections)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษารั้งนี้มีการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ** ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการบรรยายลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินสถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกายของเด็กวัยเรียนในพื้นที่ที่ศึกษา นำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาสุขภาพแบบการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป
- 2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งแบบรายวันและเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาของโคลาizzo (Colaizzi, 1978 cited in Streubert & Carpenter, 2003) คือ จ่านาทำความเข้าใจข้อความและถ้อยคำต่าง ๆ ในบันทึกหมายฯ ครั้ง ประมาณผลจากการถอดข้อความทепและบันทึกข้อความที่เกี่ยวข้องทั้งหมดโดยไม่มีการตีความ จับประเด็นสำคัญและให้สัญลักษณ์ประโยชน์หรือข้อความสำคัญที่เป็นความหมายในประเด็นที่ศึกษา กำหนดความหมายของประเด็นที่ศึกษาที่ได้จากประโยชน์หรือข้อความสำคัญนั้น แล้วจัดกลุ่มของความหมายที่เหมือนกันแล้วให้ชื่อเป็นข้อสรุป จากนั้นจึงอธิบายความหมายของประเด็นในเรื่องที่ศึกษาพร้อมอธิบายโครงสร้างที่สำคัญทั้งหมด สรุดท้ายได้นำข้อสรุปที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบว่ามีความหมายตรงกับที่บอกเล่ามาหรือไม่

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนครั้งนี้ ขอนำเสนอผลการศึกษา 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่องค์กรชุมชนได้จัดบริการให้เด็กวัยเรียนในชุมชน ประกอบด้วย ความคิด/ความเชื่อ นโยบายสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน และรูปแบบการจัดบริการด้านอาหารและการออกกำลังกายขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนที่จัดให้กับเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นการประเมินสถานการณ์ภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนตัวอย่างที่เข้าไปศึกษา และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมายัดกระบวนการท่าในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กด้านอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน ซึ่งได้ใช้เด็กวัยเรียนในโรงเรียนเป็นเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในครั้งนี้ บนพื้นฐานของการร่วมคิดร่วมทำ ขององค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน และการเรียนรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน ที่จัดบริการในชุมชนที่ศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน ครั้งนี้ ได้มีการศึกษาความคิด/ ความเชื่อ และนโยบายสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายขององค์กรชุมชนต่าง ๆ ที่มีต่อเด็กวัยเรียนในชุมชนของตนเอง ตลอดจนการจัดบริการด้านโภชนาการและอาหารให้เด็ก ดังมีผลการวิจัยดังนี้

1. ความคิด/ ความเชื่อ และนโยบายสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนต่อเด็กวัยเรียน

ผลการศึกษาความคิด/ ความเชื่อ และนโยบายสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนชุมชนที่องค์กรชุมชนมีอยู่ได้ถูกสะท้อนผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ปอยกับกลุ่มผู้นำ/ ผู้แทนองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนครอบครัวเด็กวัยเรียน โดยได้จัดสนทนากลุ่ม ปอยแยกกันในแต่ละองค์กร เพื่อให้ได้มุมมอง ความคิด ความเชื่อที่แท้จริงของแต่ละภาคส่วน แล้วจึงนำมาจัดหมวดหมู่ ดังมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1.1 ความคิด/ ความเชื่อ ด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายขององค์กรชุมชนที่มีต่อเด็กวัยเรียนในชุมชน

ผลการศึกษาความคิด/ ความเชื่อด้านโภชนาการและการออกกำลังกายขององค์กรชุมชน ที่มีต่อเด็กวัยเรียน จะนำเสนอใน 2 มุมมอง คือ (1) มุมมองขององค์กรชุมชน ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดบริการด้านอาหารและการออกกำลังกาย : องค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงเรียน และ ชมรมออกกำลังกาย/ อาหารในชุมชน (ถ้ามี) และ (2) มุมมองของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการจัดบริการ : ครอบครัวของเด็กวัยเรียน เด็กวัยเรียน และสมาชิกชุมชน ดังนี้

1.1.1 ความคิด/ ความเชื่อด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน ในชุมชนตามมุมมองของผู้จัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย

องค์กรชุมชนต่าง ๆ มีความคิด/ ความเชื่อด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนของตน ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

ก. มุมมองต่อสถานการณ์ปัญหาด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน

องค์กรชุมชนมองว่าภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กในพารามยังไม่เป็นปัญหาที่ต้องจัดการแก้ไข ดังคำกล่าวที่ว่า

“เด็กในพื้นที่ของผมส่วนใหญ่สุขภาพดี ไม่ค่อยเห็นมีอ้วน ๆ ที่ยอมมาก ๆ ก็ไม่เห็นมี เพราะเรามีโครงการนึ่งเรียน โครงการอาหารกลางวันสนับสนุนเพิ่มเติมจากที่ได้มาจากรัฐอีก ...ให้เด็กปะทะมุกคนได้กินฟรี”

“เด็ก ๆ ก็แข็งแรงกันดีนะคระ ... ส่วนใหญ่ก็เย็น ๆ ก็จะเล่นฟุตบอลกัน คิดว่าพอก่อเรื่องการออกกำลังกายของเด็กวัยนี้ พวกรเด็กผู้ชายปัจจุบันมีภาระหนักกว่าเด็กผู้ชายหนุ่มอย แต่ช่วงพักระหว่างวันก็กระโดดยางกัน ที่ รร. ก็จะมีชั้นรมให้เด็กเข้า... รำไทย นาฏศิลป์ ดนตรีสากล ลีลาศ”

อย่างไรก็ตี เมื่อได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน ร่วมกับการศึกษาสถิติการรับบริการและผลการตรวจสุขภาพของเด็กนักเรียน กลับพบว่า เด็กวัยเรียนกำลังเผชิญกับปัญหาภาวะไม่อนามากการเกินเกณฑ์ พัฒน์ในเด็กเล็ก และการไม่รับประทานอาหารเข้าของเด็กวัยเรียน โดยส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการเลี้ยงดูของผู้ปกครองของเด็กด้วย

“ที่เห็นพบรอบ ก็เรื่องพัฒน์ กับอ้วน สาเหตุมาจากการดูแลอาหาร... ที่มีปัญหาคือเด็กเล็กมาก ๆ มันบังคับยาก แต่เด็กโต พ่อแม่มีส่วนหนึ่งกัน คือ ตัดปัญหา ซื้อให้มันกินจะดีไป ๆ”

“ส่วนใหญ่จะมีพัฒนาดี แต่เด็กนักเรียนน้ำหนักติดขั้นมาก ก็ต้องดูแลตัวเอง... แต่เด็กไม่กินข้าวเข้าเป็นโรคกระเพาะกันเพียบ เคยตรวจเจอบาดท้องมาก...”

สาเหตุที่ปัญหาทุพโภชนาการและการขาดการออกกำลังกายยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรจากองค์กรชุมชน เนื่องจากองค์กรชุมชนมองว่าระดับความรุนแรงและขนาดของปัญหาไม่มากเท่ากับปัญหายาเสพติดที่ได้รับการชูให้เป็นนโยบายเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขปัจจันจากรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าวว่า

“ที่ผมกังวลมากคือ เรื่องยาเสพติด ถึงบ้านเราไม่มีคนขาย แต่ก็ยังบอกใจไม่ได้เต็มร้อยว่าไม่มีคนเสพ ที่มีคนเข้าออกตลอดเวลา เพราะมีโรงงานอุตสาหกรรม มีคนนอกเข้ามาเยอะและเป็นห่วงเด็ก ๆ...”

“ยามน้ำ ยาน้ำ ยาไอซ์เนี่ยในตำบลเราไม่มีหรอก ส่วนมากมาจากที่อื่นเข้ามา ตอบคันตามส่วน ตามบ้านป่า ตามบ้านชาวเขา ไม่มีคนขาย แต่ก็ยังบอกใจไม่ได้เต็มร้อยว่าไม่มีคนเสพ ที่มีคนเข้าออกตลอดเวลา เพราะมีโรงงานอุตสาหกรรม มีคนนอกเข้ามาเยอะและเป็นห่วงเด็ก ๆ...”

ข. มุ่งมั่นต่อการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนขององค์กรชุมชน

(1) องค์กรชุมชนยอมรับและรับรู้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรชุมชนที่จะต้องพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียน และจัดบริการ รวมทั้งสร้างเสริมสุขภาพเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ

หากแต่ชุมชนและครอบครัวยังขาดข้อมูลสะท้อนกลับในภาพรวม จึงทำให้ไม่ได้ตระหนักรและเข้ามาร่วมคิดวางแผนแก้ไข ประกอบกับภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว การจัดบริการจึงยังเป็นภาระหนักที่ที่องค์กรชุมชนต้องจัดบริการฝ่ายเดียว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมว่าปัญหาเกือบ ยังไม่เคยเอาข้อมูลพวนี้ไปคุยในที่ประชุมประจำเดือนนะ เขาจะเลยยังไม่รู้ว่าปัญหามันหนักแค่ไหน ชาวบ้านเขายังมองเดียว ๆ ออย”

“อืม..ม หนูยังไม่เคยแจ้งในที่ประชุมชาวบ้านนะ เรื่องนี้...ส่วนใหญ่จะมีเรื่องจากจังหวัด อำเภอให้แจ้งมากกว่า ก็ยังไม่เคยมาคุยกันซักที มันจะเกี่ยวกันไม่พี่... (ปัญหารือเด็กไม่รับประทานอาหารเข้าค่อนห้อง และผู้ปกครองบ่นว่าเด็กอยู่ชั้น ม.1 แล้วยังอ่านหนังสือไม่ค่อยออก)”

“เรียกประชุมผู้ปกครองทุกครอบครัว แต่เราเข้าใจว่าพ่อแม่ก็ยุ่งเรื่องทำงานกิน อาจทำให้ขาดการดูแลแบบใกล้ชิดไปบ้าง บางเรื่องก็ให้เป็นครูประจำชั้นเป็นคนแจ้งไป”

(2) การจัดบริการที่ดำเนินการอยู่ในขณะนี้ มีรูปแบบการให้บริการตามแนวนโยบายและแผนการดำเนินงานที่มีการมอบหมายนโยบายมาจากหน่วยงานระดับสูง เช่น การจัดบริการตามองค์ประกอบของโครงการโรงเรียนในผืน/ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การจัดอาหารกลางวันและนมโรงเรียน การดำเนินงานตามโครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน คนไทยไว้พุง การเฝ้าระวังทางโภชนาการโดยการวัดส่วนสูง ชั้นนำหนัก โดยการตรวจสุขภาพประจำปีโดยนักเรียน เป็นต้น การจัดกิจกรรมตามตัวชี้วัดสามารถทำได้ผ่านตามเกณฑ์แต่ยังขาดการติดตามและประเมินผลด้านคุณภาพของกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

การจัดบริการส่วนใหญ่เป็นการสร้างเสริมและการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งมีทั้งการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การจัดบริการให้ด้วยความพยายามให้เด็กและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การตรวจหาสารพิษ สารปนเปื้อนในอาหารที่นำมาขายในโรงเรียน และร้านค้ารอบ ๆ โรงเรียน การสนับสนุนให้เด็กได้มีโอกาสไปแข่งขัน กีฬาต่าง ๆ การจัดให้มีวิทยากรสอนทักษะด้านกีฬา ดังเช่นคำกล่าวว่า

“พอดีตอนนั้นมาเข้ามาช่วยทำ อย.น้อยค่ะ ก็คิดว่าจะตรวจแต่ในโรงเรียน... พากสาวฟอกขาว สารเร่งเนื้อแดง เชื้อโรค ทำนองนี้ เลยคิดว่า ไหน ๆ ทำแล้วก็ตรวจร้านข้างนอกด้วยเด็กว่า... แจ้ง(ผลการตรวจ)กลับค่ะ ร้านค้าเขากรีบฟังดี..ยังค่ะ ยังไงพบร่วมมือปัญหาอะไร... ก็มีแกนนำประมาณ 10 กว่าคน”

“ประชูโรงเรียนนี้ไม่เคยปิดเลขค่ะ เพราะชาวบ้านชอบมาเล่นกีฬากันที่นี่..เขาก็พากลพานานมากวิ่งเล่นด้วย สนามกีฬาก็ยกให้เป็นของชุมชนไป อบต.ช่วยสนับสนุนงบประมาณให้ บางส่วนก็ได้มาจาก อบจ.”

“คงกีฬามีหลายอย่าง ผู้ชายก็ชอบเล่นฟุตบอล ฟุตซอล มีวิทยากรมาสอนให้ ของชุมชนกีฬาฯ ส่วนเด็กผู้หญิงจะชอบเล่นวอลเลย์บอล พยายามส่งให้เข้าไปแข่งตามที่ต่างๆ จะได้ชัยชนะเล่นกันบ่อยๆ... ให้รางวัลกันนานหลายประเภทค่ะ เหรียญทองขาวังจักร เหรียญเงินแขยงก้าวกระเดด”

“พยายามเข้าไปร่วมกิจกรรมของโรงเรียนค่ะ เอาเรื่องสุขภาพเข้าไปด้วย ในช่วงโภชนาศึกษา เราเก็บข้อมูลเด็กๆ ใจเย็นๆ แต่ก็อาจยังไม่ได้เน้นเรื่องโภชนาการเท่าไหร่นัก จะเน้นปัญหาตามวัยหรือสถานการณ์ขณะนั้นมากกว่า หรือเราจัดกิจกรรมอะไรก็ให้เด็กนักเรียนเข้ามาร่วมด้วย”

การจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายให้แก่เด็กวัยเรียนโดยองค์กรชุมชน ดังเช่น การจัดบริการอาหารเข้าแก่เด็กนักเรียน การปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนการสอนของโรงเรียน การจัดตั้งชุมชนต่างๆ ดังคำกล่าวว่า

“รู้ว่าเด็กหลายคนไม่ได้ทานเข้ามาค่ะ เพราะอยู่ไกล ต้องเดินแต่เข้า เลยให้ร้านอาหารเปิดขายแต่เข้าก่อนเข้าແກะเคารพองชาติ เด็กๆ ก็ไปรีบทานกัน”

“โรงเรียนเรา ให้เด็กเดินเรียนช่วงเปลี่ยนคาบ จะได้ขับเคลื่อนร่างกายกันบ้าง... ตอนเข้าก็จัดให้ออกกำลังกายหน้าเสาธง 10 นาที ประกอบเพลง 2 เพลง เพลงประจำโรงเรียน และเพลงโรงเรียนในฝัน”

นอกจากนี้ การจัดการปัญหาด้านโภชนาการแบบรายบุคคล รายครอบครัวยังคงมีอยู่ ตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน

“จะมีการตรวจสุขภาพประจำปี ชั้นน้ำหนักวัดส่วนสูงแต่ละเดือน ประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งส่วนนี้คุณครูจะเป็นผู้ดำเนินการ เราจะเข้าไปช่วยแปลผลด้วยกัน ถ้าใครมีภาวะโภชนาการต่ำ ก็จะมีวิตามิน ยาน้ำชาตุเหล็ก 3 เดือนก็จะมาประเมินใหม่อีกครั้ง”

“ตรวจสุขภาพแล้ว ก็จะคุยกันกับครูว่าจะทำอะไรให้บ้าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษา และก็เชิญผู้ปกครองมาคุยบ้าง”

“เด็กที่มีปัญหาเรื่องพันธุ์ ก็จะมีการประสานกับทาง รพ. ว่าจะมาได้วันไหนบ้าง ซึ่งก็ตามคิว และผู้ปกครองต้องอนุญาตด้วย”

อย่างไรก็ตาม กลุ่มเด็กวัยเรียนบางกลุ่มที่เป็นเป้าหมายเฉพาะเช่น เด็กผู้หญิง หรือเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กเล็ก ยังไม่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายจากองค์กรชุมชน เท่าไหรัก

“ส่วนใหญ่ฟุตบอลเราจะมีแต่เด็กผู้ชายครับ ฟุตบอลหญิงก็มีเด็กห้าว ๆ ไม่เกิดคน หรือคนรับ ส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมอะไรให้เข้าทำ พากแอโรบิกก็จะเป็นพากแม่บ้านซะมาก ไม่มีครับ... สำหรับเด็กผู้หญิง”

“กิจกรรมการออกกำลังกายของเด็กช่วงเย็นไม่มี แต่มีของผู้ใหญ่ คือ แอโรบิก ตอนเย็นมีเด็กนักเรียนประจำ ของเด็ก..ส่วนมากก็เล่นกีฬากันอยู่แล้ว แต่ก็จัดเครื่องออกกำลังกายให้นะที่ โรงเรียน เล่นได้ทั้งเด็กผู้ใหญ่”

องค์กรชุมชนแต่ละภาคส่วนจะแบ่งบทบาทหน้าที่กันในการจัดบริการสุขภาพด้าน โภชนาการและการออกกำลังกายให้แก่เด็กวัยเรียนตามความรับผิดชอบและภารกิจหลัก เช่น องค์กร บริหารส่วนตำบลจะสนับสนุนเรื่องงบประมาณ และอุปกรณ์พื้นที่ การจัดสถานที่ให้สำหรับการออก กำลังกาย ส่วนโรงเรียนและศูนย์สุขภาพชุมชน จะมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาทักษะชีวิตด้านอาหารและการ ออกกำลังกาย รวมทั้งการปฐมพยาบาลผู้ติดรวมสุขภาพที่ถูกต้องให้เด็ก ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีทาง สุขภาพ

1.1.2 ความคิด/ ความเชื่อด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน ตามนุ่มนวลของผู้ได้รับผลกระทบจากการจัดบริการ

ผลการศึกษาความคิด/ ความเชื่อด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัย เรียนตามนุ่มนวลของชุมชนและครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ และประชุมกลุ่มมีดังนี้

ก. นุ่มนวลต่อสถานการณ์ปัญหาด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของ เด็กวัยเรียน

ครอบครัว และชุมชนมีนุ่มนวลและรับรู้ต่อสถานการณ์ด้านโภชนาการและการ ออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มน้ำหมูนช และการสนทนากลุ่มย่อยของผู้แทนครอบครัวของเด็กวัยเรียน ดังนี้ผลการศึกษาต่อไปนี้

(1) เป็นเรื่องตามธรรมชาติของเด็กในวัยนี้ หรือเป็นเรื่องบุญกรรม ครอบครัวและผู้แทนสมาชิกชุมชนมีมุ่งมองและการรับรู้ต่อสภาวะในชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในครอบครัวและในชุมชนเป็นเรื่องตามธรรมชาติของเด็กในวัยนี้ เมื่อโตขึ้นก็จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หรือถ้าหากไม่ดีขึ้นก็ยกให้เป็นเรื่องของบุญกรรมที่ทำกันมาแต่ชาติก่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันก็ตัวเล็กจังเลยนะ พอแม่มันก็เล็ก ปูຍ่าตาイヤกแบบนี้ ชูนมยังไงก็ไม่เข็นหัวอก”

“เล็ก ๆ แม่มันก็เป็นอย่างนี้แหละ กินยาก นุ่นก็ไม่กิน น้ำก็ไม่กิน พอดีเป็นสาวกเห็นกินได้กินดี ชี้เกียจไปปั้งคับมัน เนี่ยอย”

(2) เป็นค่านิยมที่ชื่นชอบเด็กอ้วนมากกว่าเด็กผอม เพราะแสดงถึงความมีสุภาพดี น่ารัก หรือบ่งบอกเรื่องความสามารถในการเลี้ยงดูของครอบครัวนั้น หลายครอบครัวยังแสดงให้เห็นถึงความรักใคร่เอ็นดูนุ่มนวลที่มีอยู่ร่วมกันทั่ว ว่าเป็นเด็กน่ารัก

“พ่อมันสิ ขอบตามใจ เห็นมันร้องจะกินขนมถุง ก็ส่งสาร គักตั้งคือให้แล้ว... มันบอกอ้วนดีกว่าผอม”

“อ้าว หม้อ อ้วน ๆ ลิตตี้ แสดงว่าเราเลี้ยงมันดี ไม่ดี ๆ อยาก ๆ”

(3) เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละครอบครัวที่ต้องจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ไม่นำใจส่งผลกระทบต่อภาพรวมของชุมชนได้ การจัดการแก้ไขปัญหาจะกระทำไปตามความรู้และประสบการณ์การเลี้ยงดูรุ่นพ่อแม่ที่มีอยู่เดิม หากสถานการณ์ของเด็กด้านอาหารและการออกกำลังกายไม่ได้ทำให้เด็กเจ็บป่วยหรือไม่สบายก็ยังไม่ถือว่ารุนแรงจนต้องไปพึ่งบริการทางสุขภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชน คำว่ารุนแรงตามความเข้าใจและการรับรู้ของครอบครัวและผู้แทนชุมชนคือ เด็กรับประทานอาหารไม่ได้ มีไข้ตัวร้อน ไม่สามารถไปโรงเรียน หรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ครอบครัวและชุมชนไม่ได้มองเรื่องผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคแพลงในกระเพาะอาหาร หรือระดับผลการเรียนที่ต่ำ (ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่เด็กไม่ได้รับประทานอาหารเข้า ทำให้ขาดสมรรถภาพในการเรียน)

ข. มุ่งมองต่อการจัดบริการด้านอาหารและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน ขององค์กรชุมชน

ครอบครัว และชุมชนมีมุ่งมองและรับรู้ต่อการจัดบริการด้านอาหารและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนขององค์กรชุมชนดังนี้

(1) เป็นหน้าที่ขององค์กรชุมชน โดยเฉพาะโรงเรียน ที่ควรจัดบริการให้เด็กอย่างเหมาะสมเพียงพอ กับวัยของเด็ก การจัดบริการที่มีอยู่จากองค์กรชุมชนทั้งจากองค์กรบริหารส่วน ตำบลที่จัดบริการเรื่องอาหารกลางวันและนมโรงเรียนให้กับเด็กชั้นประถมศึกษาทุกคนได้รับประทานพร้อมกับกิจกรรมกีฬาประจำปี การจัดซื้อไม่กี่ฟ้า (ซื้อไม่ผลศึกษา) ตามหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียน ซึ่งมีเพียงสปดาห์ละ 1 ชั่วโมง มีความคิดว่ามีความเหมาะสมและเพียงพออยู่แล้ว

(2) ครอบครัวและชุมชนมีหน้าที่เป็นเพียงผู้เข้าไปมีส่วนร่วม ครอบครัวและชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมทุกครั้งตามที่โรงเรียนหรือองค์กรบริหารส่วนตាบลธ้องขอ หรือขอความร่วมมือ แต่ยังไม่มีความต้องการเข้าไปร่วมแสดงความคิดเห็นเนื่องจากภาระงานอาชีพที่ต้องหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว

(3) ชุมชนควรมีการรวมตัวกันให้เกิดกิจกรรมด้านกีฬาของเด็กและคนในหมู่บ้าน โดยเริ่มจากการจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางประเพณีพื้นบ้านของท้องถิ่น ดังจะเห็นได้จากคำให้สัมภาษณ์ของประธานชุมชนกีฬาเพื่อพัฒนาสังคมในชุมชนนบทดังนี้

“ชุมชนฯ เมื่อตนมีน้ำเริ่มมาจากการประเพณีร่วมความประทับ แล้วเขาก็จะมีกิจกรรมในงานวิ่งค่วย ส่วนหนึ่งก็เอาในเรื่องของกีฬาเข้ามาด้วย มีแข่งฟุตบอลช่วงป่าย กีฬาคนในชุมชนบ้าง เด็กกับพี่น้องบ้าง อะไรมีบ้าง”

อย่างไรก็ได้การรวมกลุ่มยังจำกัดวงเฉพาะกลุ่มเด็กผู้ชายและเป็นเด็กโต ส่วนกลุ่มเด็กผู้หญิงยังไม่มีการจัดกิจกรรมที่ริเริ่มจากชุมชนเอง

ในชุมชนจะมีการจัดตั้งกรรมการ แบ่งงานกัน ทั้งในด้านการทำหน้าที่และใน การจัดกิจกรรม การประชาสัมพันธ์ การจัดหาอุปกรณ์กีฬา การขอและจัดสรรงบประมาณกันเองภายในชุมชนตามกิจกรรมและความต้องการของแต่ละกลุ่มกิจกรรม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของชุมชน

“ช่วงวิ่งค่วย มีประเพณีวิ่งความหนึ่ง สมมุติว่ามีสมัคร 32 ทีมกี 2 เดือน เกริก จัดเป็นอาทิตย์แข่งกันไปเรื่อย ๆ ซึ่งนักกังค่อนเย็น สนามใหญ่สนามนึง สนามเล็กสนามนึง”

“พากกีฬาแบบนี้ บางที่ค่าสมัครกีตังค์พากผู้ชาย คนนี้รับผิดชอบไป คนนี้ไปดูเด็ก พากผู้ชายออกค่าสมัครให้ ค่าเสื้อผ้าให้ พากผู้ชายแลกันเอง เงินก็ไม่พอ พากผู้ชายรวมเงินพากผู้ชาย งานประเพณีผูกทำกันที่ 4 แสน อบต.ให้มาก 2-3 แสน ผูกกีฬาข้อความร้านบ้าง คนในตลาดบ้าง

ในขณะที่ชุมชนเมือง การรวมตัวของชุมชนที่ทำให้เกิดการรวมกลุ่มของคนในชุมชนมาร่วมกันออกกำลังกาย และเล่นกีฬาร่วมกันยังไม่มี เนื่องจากสภาพการดำรงชีวิต และประชากรส่วนใหญ่เป็นประชากรที่มีการอพยพเคลื่อนย้ายสูง ยังไม่เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่เนี่ย มีแต่พากย้ายมา วัน ๆ ก็ไปทำงานที่โรงงาน ปล่อยถูกไว้ที่โรงเรียน ถึงหน้านา ก็กลับบ้านที่ ส่วนใหญ่ก็มาทำงานโรงงาน จะขอความร่วมมืออะไรก็ยากจะหาม เพราะถูกเขาเองก็เลี้ยงไปวัน านึ่ง”

1.2 นโยบายสุขภาพและรูปแบบการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย แก่เด็กวัยเรียนในชุมชนขององค์กรชุมชน

องค์กรชุมชน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน และศูนย์สุขภาพชุมชน ได้จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนระยะสั้น 3 ปี ขึ้น โดยได้มีการบรรจุเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนไว้ด้วย นโยบายสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายขององค์กรชุมชนสามารถนำเสนอได้ 3 ด้านดังนี้

1.2.1 ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment for health) ได้แก่ การจัดให้มีสวนสุขภาพประจำตำบล โดยใช้พื้นที่ของโรงเรียนเป็นศูนย์กลาง หรือจัดทำสนามกีฬาหรือสวนสุขภาพขึ้นใหม่ภายในชุมชน การสนับสนุนงบประมาณในการสร้างและปรับปรุงสนามกีฬาให้เป็นสนามกีฬาของชุมชน การสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา และเปิดบริการให้ชุมชนได้เข้ามาใช้ได้ทุกเมื่อตามต้องการ การกำหนดข้อห้ามขายน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบในโรงเรียน การควบคุมดูแลเรื่องการใส่ผ้าชูรสนในอาหารที่ขายในโรงเรียน การกำหนดเมนูอาหารกลางวัน และการจัดให้มีการขายอาหารช่วงเช้าก่อนเคารพองชาติ ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า

“ครูประՃាชั้นเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านโรงอาหาร ดูแล้ววันนี้นักเรียนจะทานอะไร มีเมนูอะไร ซ่าวกันดูเรื่องเมนูค่ะ มีหลายคน...7-8 คน”

“สนานกีฬาของตำบลเราไม่มี เราใช้สนานกีฬาของโรงเรียนโดย อ.บ.ต.... สนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์กีฬา เรายังสามารถเล่นได้ ตอนนี้กีฬาร้อง吟 สามารถเล่นได้ กีฬาเด็ดลอด คือ ชุมชนเป็นเจ้าของ”

“ก็รู้นะว่ามีเมืองที่ไม่กินข้าวเช้า เดຍถามเด็ก ๆ บอกว่า ตื่นสาย พ่อแม่ต้องมาส่งแต่เช้า บางคนบ้านไกล ชี้เกียจกิน ตั้งค่านะเมือง ก็มีนะ ไม่ใช่ไม่มี รอบ ๆ โรงเรียนก็มีขายหมูปิ้ง ข้าวเหนียว ขนมปัง... ไม่แพง 5 บาท 10 บาท แต่เด็กไม่ยอมกิน...ยัง...ยังไม่เคยคุยกับครูจริง ๆ จัง ๆ ซักที”

1.2.2 ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill) มีการสนับสนุนการพัฒนาทักษะชีวิตด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว เพื่อให้บุคคลและครอบครัวสามารถควบคุมสุขภาพของตนเอง และสิ่งแวดล้อมของเข้า ได้รู้จักเลือกสิ่งที่เป็นคุณต่อสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนให้มีวิทยากรมาสอนทักษะในการเล่นกีฬาฟุตบอล การจัดค่าย อย.น้อย และสุขาภิบาลอาหาร การบูรณาการศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงกับอาหารกลางวันสำหรับเด็ก การจัดให้มีyu เกษตรกร การอบรมผู้ประกอบการนักเรียนตามโครงการอาหารเสริมสร้างเด็ก การจัดกีฬาประจำปีของตำบล

“การตั้งกลุ่ม อย.น้อย ในโรงเรียน. เป็นแกนนำชั้น ป.4-6 แล้วให้ความรู้ในโรงเรียนจะมีการฝึกอุปกรณ์ตรวจที่โรงเรียนก็จะมีเด็กซึ่งได้รับการอบรมและครูที่ปรึกษา แล้วเราจะไปติดตามอีกทีหนึ่ง”

1.2.3 การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และรัตถุภัยในชุมชน ทำให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของ และควบคุมกิจกรรม และโซ่อثرต่างของชุมชนเอง ซึ่ง มีความแตกต่างกันในการก่อกำเนิดของการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างชุมชนชนบท และชุมชนเมือง ดัง ค่ากล่าวของประธานชุมชนฯ ในชุมชนชนบทที่ว่า

“ชุมชนของเรา...(ชุมชนกีฬาเพื่อพัฒนาสังคม)...มันก็เป็นชุมชนจากเด็กในตำบล ในพวกรเด็ก คนโต อะไรมีอย่างนี้ นารุมทำงานทำกิจกรรม พากทำกีฬาบ้าง แล้วก็พากจัดงานประจำเรื่องความอะไรมีอย่างนี้ แล้วก็พากแม่บ้านที่เด็กอกกำลังกายแอโรวิกกันอยู่ ก็เข้ามาอยู่ในชุมชนด้วย เพื่อขอ งบประมาณจาก อ.บ.ต. มาออกกำลังกายกัน คือเรา (ชุมชนกีฬาฯ) เป็นตัวตั้ง แล้วเขียนโครงการขอ

งบประมาณรวมทั้งหมดมาเป็นก้อน มาแจกแจงกัน แต่ถ้า อบต. ให้มาก็คือไม่พอแจก ชาวบ้านแกวนี้ จะซวยออกบ้าง ตามร้านค้า ก็ขอเดาจัดกิจกรรมต่าง ๆ”

“มีกรรมการ 17 คน ประธานก็ผลัดกันเป็น คือพี่คนนั้นเขาเป็นอยู่หน้ายปีแล้ว แต่ผมมา เป็นซึ่งเดิมมาก็ทำงานอยู่ในชุมชนอยู่แล้ว....เรื่องจัดกิจกรรม หากรุ่มการ จัดสนับสนุน ทุกอย่าง พากผู้ จัดการกันเองหมด”

“พากก็พ้าแบบนี้ บางที่ค่าสมัครก็ตั้งค์พากผู้ คนนี้รับผิดชอบไป คนนี้ไปดูเด็ก พาก ผู้ ก็ออกค่าสมัครให้ ค่าเสื้อผ้าให้ พากผู้ก็ดูแลกันเอง เงินก็ไม่พอ พากผู้รวมเงินพากผู้ เอง งานประเพณีผูกทำกันที่ 4 แสน อบต.ให้มาก 2-3 แสน ผูกก็ไปขอตามร้านบ้าง คนในตลาดบ้าง

จะเห็นได้ว่า ชุมชนมีความเป็นเจ้าของในชุมชน และเป็นเจ้าภาพในกิจกรรมที่ชุมชนได้ ร่วมกันคิดและทำขึ้น ในขณะที่ชุมชนที่เกิดขึ้นในชุมชนเมืองจะมีจุดก่อเกิดมาจากภารผู้ผลักดันของ เจ้าหน้าที่ หรือตามนโยบายการดำเนินงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีชุมชนทุกแห่งบ้านเลย เป็นชุมชนออกกำลังกายตามนิยามาหมู่บ้านสุขภาพดี เย็น ๆ ก็มี คนมาเดินแอร์บิกกัน ก็จะเป็นผู้สูงวัยหน่อย ส่วนเด็ก ๆ ก็จะไปเตะบอลกัน ก็ยังไม่ได้มีเจ้าภาพอะไร ตรงนี้ ตอนนี้กำลังทำชุมชนต้านเบาหวาน เป็นการคัดกรองเบาหวานโดยเด็กนักเรียน”

ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน

ผลการศึกษาในส่วนนี้จะนำเสนอกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลัง กาย ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการศึกษาครั้งนี้ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนกระทั่งสรุปผลการดำเนินงาน ร่วมกัน สร่งต่อข้อมูลและบทเรียนการทำงานให้กับองค์กรชุมชน เพื่อนำไปขยายการดำเนินงานต่อไป ผล การศึกษาดังนี้

2.1 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียน ในชุมชน

กระบวนการพัฒนารูปแบบสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัย เรียนในชุมชนครั้งนี้ ได้ดำเนินการกับกลุ่มเด็กวัยเรียนในโรงเรียน และมีการร่วมกันวางแผน และสังคีน ข้อมูลสะท้อนกลับให้องค์กรชุมชน เพื่อขยายผลการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายสู่ ชุมชนต่อไป โดยได้ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แสวงหาภาคีความร่วมมือ และศึกษาภูมิหลัง เป็นขั้นตอนการประสานงานกับองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงเรียน ศูนย์สุขภาพชุมชน ชุมชน และกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ผู้นำชุมชน เพื่อศึกษาความคิด/ ความเชื่อ นโยบายและรูปแบบการจัดบริการด้านอาหารและออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน เพื่อแสวงหาภาคีความร่วมมือ โดยคณะกรรมการผู้วิจัยได้ประสานงานพร้อมทีมงานวัดถูกประสงค์ไปยังพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนัดหมายวันเวลา สถานที่ พร้อมขอความอนุเคราะห์ให้ประสานงานไปยังหัวหน้าองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมและความร่วมมือต่อไป ขั้นตอนนี้มีกิจกรรมดังนี้

1.1 ศึกษาวิเคราะห์ภูมิหลังของชุมชน หรือสถานการณ์ความต้องการร่วมโครงการ โดยได้สัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าองค์กรชุมชนที่ยินดีและเติมใจให้สัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก และจัดการสนทนากลุ่มอย่างกับประธานชุมชน ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 ศึกษาความคิด/ ความเชื่อ และการรับรู้ นมมองของครอบครัว ชุมชนต่อ สถานการณ์ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน กับผู้แทนสมาชิกชุมชน และครอบครัว โดยคัดเลือกครอบครัว จากคำแนะนำของครูอาจารย์ในโรงเรียน และพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.3 นำข้อมูลที่ได้มาประชุมบ打死ศึกษาหารือกันในคณะกรรมการผู้วิจัย เพื่อเพิ่มเติมให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นการทำให้คณะกรรมการผู้วิจัยได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน เตรียมร่างแผนการดำเนินงานเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมองค์กรชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน คณะกรรมการผู้วิจัยได้นำเสนอผล การศึกษาที่ได้ในขั้นตอนแรกเพื่อสะท้อนกลับและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ที่ได้ให้ข้อมูล จากนั้นได้นำเสนอร่างแผนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การประเมินสุขภาวะด้านอาหารและการออกกำลังกายของเด็ก คัดเลือกและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมตามผลการประเมิน ประเมินผลเป็นระยะพร้อมปรับปรุงแก้ไข และประเมินผลการดำเนินงาน

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน ซึ่งที่ประชุมกำหนดให้ดำเนินการสร้างเสริม สุขภาพแก่เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เนื่องจากเป็นวัยที่มีกำลังมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และการปรับตัวให้เข้ากับหลักสูตรการเรียนการสอนที่แตกต่างไปจากการเรียนในชั้นประถมศึกษาที่เพิ่งผ่านมา ซึ่งที่ประชุมเชื่อว่าจะเกิดประโยชน์มากกว่าจัดกิจกรรมกับเด็กชั้นอนุบาล

กิจกรรมที่จัดขึ้นมีได้มุ่งเน้นในเรื่องการให้ความรู้ หรือการสร้างความเข้าใจในประเด็นของอาหารและการออกกำลังกาย เนื่องจากมีอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนอยู่แล้ว แต่เป็นการสร้างความตระหนักรถึงมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการได้รับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง (การประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ) และการประเมินตนเอง การประเมินจากเพื่อนบok โดยให้เด็กได้คิดและวางแผนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเขาร่องตามบวบพ ธรรมชาติของเข้า และความตั้งใจของตนเองด้วยตนเองหรือโดยมีกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ

ขณะเดียวกันได้มีการอภิปราย และบททวนเรื่องนโยบายสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายขององค์กรบริหารส่วนตำบล และโรงเรียนที่มีอยู่ การดำเนินงานตามนโยบาย และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งการกำหนดแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณต่อไป โดยได้มีการประชุมอภิปรายทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินงาน ปรับปรุงแผน และประเมินผลการดำเนินงาน ที่ประชุมได้กำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานในทุกสัปดาห์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรม โดยกำหนดให้จัดกิจกรรมในชั่วโมงพลศึกษาหรือชั่วโมงแนะแนว หรือชั่วโมงสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมงซึ่งในการดำเนินการจริงบางครั้งไม่สามารถจัดกิจกรรมได้บรรลุทันภายใน 1 ชั่วโมง จึงทำให้มีการขยายเวลาการจัดกิจกรรมออกไปบ้างในบางครั้ง บางกิจกรรมต้องอาศัยระยะเวลาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กนักเรียนทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ทุกสัปดาห์ตามที่วางแผนไว้

ในระหว่างการจัดกิจกรรม ได้มีการนำเสนอข้อมูลแก่โรงเรียนและองค์กรชุมชนเป็นระยะ เพื่อให้ได้รับทราบและปรับแผนการดำเนินงานร่วมกันให้เหมาะสม รวมทั้งได้ช่วยกันสืบค้นถึงสาเหตุ ของพฤติกรรมหรือสมรรถภาพทางกายที่ต่างกันมาตຽฐาน เพื่อจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุคคลของเด็กต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ ส่งต่อ ขยายผลสู่ชุมชน ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานได้มีการส่งต่อข้อมูลให้กับที่ประชุมผู้นำองค์กรชุมชน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผล สร้างเด็กวัยเรียนในชุมชน ซึ่งที่ประชุมให้ความเห็นว่า กิจกรรมที่จะจัดขึ้นไม่ได้เป็นกิจกรรมที่จะจัดให้เด็กแต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นกิจกรรมที่ชุมชนจะจัดให้เกิดขึ้นเพื่อการสร้างสุขภาพที่ดีด้านภานุการและการออกกำลังกายให้กับเด็ก โดยพยายามให้เกิดความครอบคลุมทั้งกลุ่มเด็กชายและเด็กหญิง พร้อมทั้งการกระตุ้นเตือนให้ครอบครัวได้เห็นความสำคัญและส่งเสริมให้ลูกได้มีโอกาสเคลื่อนไหวร่างกายใน

ชีวิตประจำวันมากขึ้น สำหรับโรงเรียน จะได้มีการประชุมครุ่นไม่ให้ใช้การออกกำลังกายมาลงโทษ นักเรียน ซึ่งจะทำให้เด็กมีความรู้สึกไม่ดีกับการออกกำลังกายไปด้วย

2.2 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียน

ผลการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียน นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

2.2.1 ผลการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จากการให้นักเรียนตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการทำแผนที่ความคิดเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารของฉัน รวมทั้งการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้ที่ไม่รับประทานอาหารเข้า ผลการศึกษาพบว่า

ก. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

นักเรียนทั้งหญิงและชายมีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองว่า ปกติมากที่สุด ร้อยละ 54.1 สำหรับนักเรียนชาย และร้อยละ 50.0 สำหรับนักเรียนหญิง ขณะที่นักเรียนชายจำนวนร้อยละ 21.6 นักเรียนหญิงร้อยละ 15.9 คิดว่าตนเองผอม และ คิดว่าตนเองอ้วน ร้อยละ 13.5 และ 13.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มาตราเป็นผู้ประกอบอาหารให้นักเรียนรับประทานที่บ้าน

เมื่อให้นักเรียนเลือกชนิดของอาหารที่นักเรียนต้องรับประทานเองที่โรงเรียน ภายหลัง มื้ออาหาร พบร่วมกับ ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอด เป็นอาหารยอดนิยมที่นักเรียนทั้งหญิงและชายต้องรับประทาน ร้อยละ 34.2 และ 37.9 ตามลำดับ รองลงมาคือ น้ำหวาน น้ำผลไม้ ขนมหวาน ไอศครีม ลูกอม ในจำนวนร้อยละที่ใกล้เคียงกัน

นักเรียนส่วนมากดื่มน้ำ โดยตีมนมหวาน นมรสชาติโกแลต นมรสสดตอบรับมากที่สุด (ร้อยละ 45.9 ในนักเรียนชาย และ ร้อยละ 36.4 ในนักเรียนหญิง) รองลงมาคือเบร์รี่ในเพคท์นิฟ (ร้อยละ 34.1) นมถั่วเหลืองในเพคชาญ (ร้อยละ 27.0) นมพร่องมันเนย เป็นชนิดของนมที่นักเรียนไม่ดื่มมากที่สุด รองลงมาคือ นมจีด โดยส่วนใหญ่ดื่มจำนวน 1 แก้ว/ กล่อง ต่อวัน (ตารางที่ 1)

การรับประทานอาหารในวันเปิดเรียนและวันหยุดพบว่า มื้อเช้าเป็นมื้อที่นักเรียนไม่รับประทานมากที่สุดในวันธรรมด้าและวันหยุด โดยมีจำนวนนักเรียนที่ไม่รับประทานอาหารมื้อเช้าในวันเปิดเรียน (31 คน) มากกว่าวันหยุด (22 คน) ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารกลางวันและมื้อเย็น

ขณะเดียวกันมีนักเรียนจำนวนหนึ่งรับประทานอาหารมื้อก่อนนอนในจำนวนร้อยละที่ใกล้เคียงกันทั้งในวันธรรมดากลางวันหยุด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (N=81)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	เพศชาย(n1=37)		เพศหญิง(n2=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง				
- ผอม	8	21.6	7	15.9
- ปกติ	20	54.1	22	50.0
- ข้วน	5	13.5	6	13.6
- ไม่แน่ใจ	4	10.8	9	20.5
2. ผู้ประกอบอาหารให้นักเรียนรับประทานที่บ้านส่วนใหญ่				
- มากด้วย	20	54.1	30	68.2
- บิดา	7	18.9	6	13.6
- บุคคลอื่น ๆ ได้แก่ ยาย ย่า ป้า น้า อา	7	18.9	5	11.4
- ซื้อมารับประทาน/อาหาร	3	8.1	3	6.8
3. ชนิดของอาหารที่นักเรียนซื้อรับประทานที่โรงเรียนหลังมื้ออาหาร				
3.1 ไม่มีซื้อรับประทาน	2	5.4	6	13.6
3.2 ซื้อรับประทาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	35	94.6	38	86.4
- ลูกชิ้นทอด/ไส้กรอกทอด	28	34.2	36	37.9
- น้ำหวาน	17	20.7	20	21.1
- น้ำผลไม้	11	13.4	15	15.8
- ขนมหวาน/ไอศครีม/ลูกอม	12	14.6	14	14.7
- ขนมกรุบกรอบ	5	6.1	4	4.2
- บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	5	6.1	4	4.2
- น้ำอัดลม	4	4.9	2	2.1
4. การดื่มน้ำ				
- ไม่ดื่มน้ำ	4	10.8	0	0.0
- ดื่มน้ำ	33	89.2	44	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	เพศชาย(n1=37)		เพศหญิง(n2=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. หากดื่มน้ำ ชนิดของน้ำที่นักเรียนดื่มเป็นประจำ (มากกว่า 3 ครั้ง/ สัปดาห์)				
5.1 น้ำจืด				
- ไม่ดื่ม	28	75.7	32	72.7
- ดื่ม	9	24.3	12	27.3
5.2 น้ำเบร์บี้				
- ไม่ดื่ม	28	75.7	29	65.9
- ดื่ม	9	24.3	15	34.1
5.3 - นมหวาน/ รสขุ่นโภ๊แลด/ รสสดอเบอรี่				
- ไม่ดื่ม	20	54.1	28	63.6
- ดื่ม	17	45.9	16	36.4
5.4 นมพร่องมันเนย				
- ไม่ดื่ม	33	89.2	41	93.2
- ดื่ม	4	10.8	3	6.8
5.5 นมถั่วเหลือง				
- ไม่ดื่ม	27	73.0	34	77.3
- ดื่ม	10	27.0	10	22.7
6. จำนวนแก้ว/ กล่องที่ดื่มต่อวัน (n1=33, n2=				
1 แก้ว/ กล่อง	16	48.5	23	52.3
2 แก้ว/ กล่อง	10	30.3	10	22.7
3 แก้ว/ กล่อง	5	15.2	9	20.5
4 แก้ว/ กล่อง	0	0.0	2	4.5
5 แก้ว/ กล่อง	2	6.1	0	0.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำแนกตามมื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน

มื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน	เพศชาย(n1=37)		เพศหญิง(n2=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารในวันธรรมดा				
1.1 มื้อเช้า				
- ไม่รับประทาน	13	35.1	18	41.0
- รับประทาน	24	64.9	26	59.0
1.2 มื้อกลางวัน				
- ไม่รับประทาน	2	5.4	4	8.3
- รับประทาน	35	94.6	40	91.7
1.3 มื้อเย็น				
- ไม่รับประทาน	3	8.1	5	11.4
- รับประทาน	34	91.9	39	88.6
1.4 มื้อก่อนนอน				
- ไม่รับประทาน	26	70.3	40	8.3
- รับประทาน	11	29.7	4	91.7

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำแนกตามมื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน

มื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน	เพศชาย(n1=37)		เพศหญิง(n2=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. การรับประทานอาหารในวันหยุด				
2.1 มื้อเข้า				
- ไม่รับประทาน	11	29.7	11	25.0
- รับประทาน	26	70.3	33	75.0
2.2 มือกลางวัน				
- ไม่รับประทาน	1	2.7	2	4.5
- รับประทาน	36	97.3	42	95.5
2.3 มื้อยืน				
- ไม่รับประทาน	3	8.1	1	2.7
- รับประทาน	34	91.9	43	97.3
2.4 มื้อก่อนนอน				
- ไม่รับประทาน	26	70.3	38	86.4
- รับประทาน	11	29.7	6	13.6

ความถี่ในการรับประทานอาหารจำแนกตามชนิด พบร่วมกับนักเรียนครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.6) รับประทานผักใบเขียว สับปะรด ละ 1-2 วัน ส่วนใหญ่รับประทานผลไม้ไม่หวานจัดสับปะรด ละ 1-4 วัน ที่นำสินใจคือ เด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.8) ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน โดยจำนวนนี้ดื่มน้ำอัดลมเกือบทุกวัน/ ทุกวัน (5-7 วัน) ร้อยละ 25.9 ใกล้เคียงกับการรับประทานขนมกรุบกรอบที่พบว่า ร้อยละ 37 รับประทานเกือบทุกวัน/ ทุกวัน สำหรับขนมหวาน ไอศกรีม คุกเก้ ขนมใส่กะทิ, ผลไม้ร้อนหวาน, อาหารทอด เช่น มันฝรั่งทอด ไก่ทอด ไส้กรอกทอด และ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เด็กนักเรียนครึ่งหนึ่งจะรับประทาน 1-2 วัน/ สับปะรด ในขณะที่จะรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารมัน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู หมูสามชั้น หมูกรอบ ในความถี่สับปะรด ละ 1-4 ครั้ง นักเรียนส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือรับประทานสับปะรด ละ 1-2 วัน (ตารางที่ 3)

๙. การรับประทานอาหารเข้า

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และให้นักเรียนเขียนแผนภาพความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่อยากปรับเปลี่ยน พบว่า มีนักเรียนเกือบครึ่งห้องที่ไม่รับประทานอาหารเข้าทุกวันที่มาโรงเรียน สาเหตุที่ไม่ได้รับประทานอาหารเข้าได้แก่ ไม่มีเวลา เพราะตื่นสาย และ/หรือบ้านอยู่ไกล ไม่หรือรับประทานแล้วปวดท้อง เห็นเพื่อนไม่รับประทานก็เลยไม่อยากรับประทานบ้าง ในขณะที่เด็กนักเรียนหญิงบางคนให้เหตุผลที่ไม่รับประทานอาหารเข้าเพราะกลัวอ้วน ดังคำกล่าวของเด็กนักเรียนว่า

“บ้านอยู่ไกล..มาถึง วร. ก็เกือบเข้าແ殿堂แล้ว ไม่มีเวลา...ตื่นสาย” (12 คน)

“ผมไม่อยากกิน กินพี่โรงป่วยท้องทุกที่ อยู่บ้านก็ไม่กินด้วย” (3 คน)

“เขี้ยวใจกิน, แม่ให้ตั้งค่าน้ำพอค่ะ แต่ไม่หรือ ไม่อยากกิน, เข้าเกินไปไม่อยากกิน, ไม่เคยกิน อยู่บ้านกินสาย ๆ...” (35 คน)

“เดียวอ้วนค่ะ เอาไว้กินตอนกลางวันเลย” (6 คน)

“ที่หน้า วร. มีขนมปัง หมูย่างขาย บางวันก็ซื้อ บางวันก็ไม่กิน...ไม่อยากกิน”

นอกจากเหตุผลส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของเด็กนักเรียนแล้ว การบริการอาหารเข้าที่โรงเรียนยังส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าของเด็กนักเรียนด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“กับข้าวที่โรงเรียนช้า ๆ เหมือนเดิม, ไม่อร่อย” (8 คน)

“(กับข้าว) ให้น้อย เลยไม่ค่อยอยากรีบกิน” (11 คน)

2.2.2 ผลการประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ ได้ประเมินในประเด็นของขนาดร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ลูกนิ้ว และดันพื้น) ความอ่อนตัว และความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ ผลการประเมินดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กวัยเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เข้ารับการประเมินสมรรถภาพทางกาย จำแนกตามองค์ประกอบการประเมิน ($N=78$)

องค์ประกอบ	เพศชาย ($n=36$)		เพศหญิง ($n=42$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ขนาดร่างกาย				
- ผอมบาง	8	22.22	1	2.38
- พอเนาะ	22	61.11	34	80.95
- น้ำหนักเกิน	6	16.67	7	16.67
2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ทดสอบท่าดันพื้น)				
- ต่ำกว่ามาตรฐาน	3	8.33	1	2.38
- มาตรฐาน	15	41.67	31	73.81
- สูงกว่ามาตรฐาน	18	50.00	10	23.81
3. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ทดสอบท่าลุกนั่ง)				
- ต่ำกว่ามาตรฐาน	21	58.33	30	71.43
- มาตรฐาน	15	41.67	12	28.57
- สูงกว่ามาตรฐาน	0	0	0	0
4. ความอ่อนตัว				
- ต่ำกว่ามาตรฐาน	2	5.56	2	4.76
- มาตรฐาน	28	77.78	26	61.90
- สูงกว่ามาตรฐาน	6	16.67	14	33.33
5. ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ				
- ต่ำกว่ามาตรฐาน	5	13.89	4	9.52
- มาตรฐาน	2	5.56	2	4.76
- สูงกว่ามาตรฐาน	29	80.56	36	85.71

จากตารางที่ 4 พบว่า เกือบทุกคนมีรูปร่างพอเนาะ มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับมาตรฐาน ความอ่อนตัวด้วยมาตรฐานซึ่งจะช่วยในเรื่องลดการลื่นล้มได้ง่ายในขณะที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่ที่สำคัญก็คือ มากกว่าร้อยละ 70 ของเด็กนักเรียนที่เข้ารับการประเมินมีค่าความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ทำให้นักเรียนออก

กำลังกายต่อเนื่องไม่ได้นาน เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบร้า เพศชายมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงมีความอ่อนตัวกว่าเพศชาย

2.2.3 การอภิปรายและทบทวนนโยบาย และแผนการดำเนินงานด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนขององค์กรบริหารส่วนตำบล โรงเรียน และศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้แทนองค์กรบริหารส่วนตำบลฝ่ายสาธารณสุข ผู้แทนคณะกรรมการโรงเรียน (ซึ่งมีสมาชิกชุมชนเป็นกรรมการโรงเรียนด้วย) พยาบาลวิชาชีพศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้แทนครอบครัวเด็กวัยเรียน พบร้า ยังไม่มีแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียนสำหรับปีต่อไป ดังนี้

ก. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพด้านโภชนาการ จะดำเนินการพร้อมกันทั้งในโรงเรียนและชุมชน โดยร้านอาหารในโรงเรียนนอกจากจะมุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัยของอาหาร ตามโครงการ อย.น้อย ที่ได้ดำเนินการอยู่ และการจัดบริการอาหารเข้าแก่เด็กแล้วนั้น จะมุ่งประเด็นไปที่คุณค่าทางโภชนาการที่ลดหวาน มัน เค็ม และเน้นผักผลไม้ให้มากขึ้น เช่น เปลี่ยนจากอาหารทอดเป็นบีบ ย่าง หรือนึ่งแทน และยังคงนโยบายเรื่องการทำขามขายน้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบในโรงเรียน ส่วน habitats รถเข็นที่มาขายบริโภคนิริรั้วโรงเรียน ยังเป็นปัญหาที่ชุมชนและผู้ปกครองจะต้องร่วมมือกันช่วยดูแลลูกหลานของตนในการเลือกซื้อขนม สำหรับร้านอาหารในชุมชนจะมุ่งเน้นประเด็นอาหารปลอดภัย ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและศูนย์สุขภาพชุมชนจะร่วมมือกันในการตรวจสอบคุณภาพต่อไป

ข. การออกกำลังกายสำหรับเด็กผู้หญิงที่พบว่ายังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เป็นประเด็นที่ทั้ง 3 ฝ่าย คือ โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และชุมชน ได้ร่วมกันคิดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเด็กหญิง โดยอาจประยุกต์ทำรำพื้นบ้าน หรือเพลงพื้นบ้านเข้ากับการออกกำลังกาย (แอโรบิกแดนซ์) หรือการส่งเสริมการละเล่นพื้นบ้าน เช่น หอยกอง เป็นต้น

ค. การเพิ่มโอกาสในการออกกำลังกายให้กับเด็กวัยเรียน จะดำเนินการต่อเนื่องในส่วนของกิจกรรมการออกกำลังกายหน้าเสาธง การเดินเรียน ที่ได้มีการเสนอเพิ่มเติมคือ การไม่ใช้การออกกำลังกายเป็นการลงทะเบียนเด็กที่กระทำผิด การให้มีช่วงพักเรียนระหว่างคาบในช่วงปัจจุบันขึ้นอีก 10 นาที และการจัดกิจกรรมกีฬาชุมชนที่เพิ่มประเภทกีฬาสำหรับเด็กวัยเรียนไปด้วย

ง. การไม่รับประทานอาหารเข้าของเด็ก นอกจากจะเป็นหน้าที่หนึ่งของผู้ปกครองที่ต้องดูแลให้บุตรหลานได้รับประทานอาหารเข้าก่อนเข้าเรียนแล้ว โรงเรียนจะจัดบริการอาหารเข้าที่มีเมนูหลากหลายเหมาะสมกับเด็ก และจะให้บริการถึงช่วงเวลาพักระหว่างคาบเรียนในช่วงเข้าให้เด็กได้ซื้อรับประทานในราคาถูก นอกจากนี้ องค์กรบริหารส่วนตำบลจะได้ขอความร่วมมือจากชุมชน (กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรีพัฒนา ชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข) ได้จัดอาหารเข้าอย่างง่าย เช่น ข้าวต้ม มาบริการในราคายี่ถูกแก่เด็กเดือนละครั้ง

2.2.4 การจัดกิจกรรมกับเด็กนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย จากการทบทวนนโยบายและแผนการดำเนินงาน รวมทั้งศึกษาข้อมูลจากการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และสมรรถภาพทางกายของเด็กวัยเรียน จึงได้มีข้อตกลงร่วมกันในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียนครั้งนี้ โดยมุ่งเน้น 4 ประเด็น คือ เติมเต็มโภชนาการ ลดหวานมันเค็ม เน็นผลไม้ผัก ก้าวขยับออกกำลังกาย ได้มีกิจกรรมสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีคุณค่ากับการทำงานของสมอง โดยมีการนำการตูนภาพพยัมต์รั้น บทความข่าวในหนังสือพิมพ์มาให้ช่วยกันวิเคราะห์ วิจารณ์ พบร่วมกับเด็กนักเรียนไม่ต้องการมีสมองเสื่อม (อัลไซเมอร์) และรู้ว่าที่ตนเองเคยเข้าใจว่าการรับประทานอาหารเข้าทำให้อ้วน เป็นความเข้าใจผิด รวมทั้งรับรู้ประโยชน์ของอาหารเข้า ดังคำกล่าวที่ว่า

“หนูไม่เคยกินข้าวตอนเข้า หนูถึงสอบได้ที่ไม่ได้”

“หนูไม่อยากเป็นโกรسمองเสื่อมเหมือนผู้หญิงในเรื่องเลย ตอนแรกคิดว่าจะเป็นเฉพาะคนแก่ ๆ เท่านั้น”

“สาย ๆ ก็วิวแล้ว บางที่เพื่อนมาแกลงก็igrustay ขี้หุดหิดไปหมด เพราะไม่ได้กินข้าวเข้านี้เอง...ไม่ได้ทำให้อ้วนชะหน่อย”

การจัดกิจกรรมให้มีการตัวว่า “กินอาหารดีมีประโยชน์ทำให้ร่างกายแข็งแรงกว่าการออกกำลังกาย” ช่วยให้เด็กนักเรียนได้หาข้อมูลมาถกเถียงกันด้วยเหตุผล พร้อมกับได้ข้อสรุปว่า ห้องอย่างนั้นสำคัญเท่ากันที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง และต้องกินและออกกำลังให้เหมาะสมกับวัย เพศและความชอบด้วย จึงจะทำให้ปฏิบัติได้นาน

การจัดกิจกรรมประกวดการตีนตราง 9 ช่อง โดยได้สอนทำพื้นฐานให้ 3 ท่า แล้วให้เด็กนักเรียนไปคิดทำเพิ่มเติมอีก 3 ท่าประกอบเพลงที่กำหนด 1 เพลง ไปฝึกซ้อมกันเป็นกลุ่มตามระยะเวลาที่กำหนด (2 สัปดาห์) และมาประกวดแข่งขันกัน เด็ก ๆ มีความคิดสร้างสรรค์ และสนุกสนาน

กิจกรรมนี้มาก อย่างไรก็ดี กิจกรรมนี้ในช่วงแรกยังต้องอาศัยคุปกรณ์ตาร่าง 9 ช่อง ทำให้ไม่สะดวกในช่วงแรกที่เด็กกลับไปฝึกฝน เพราะมีบางคนทำหาย จึงขาด แต่มีบางกลุ่มฝึกซ้อมทำให้จดจำตารางได้โดยไม่ต้องใช้คุปกรณ์อีก

การจัดทำแผนที่ความคิดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อกราฟตุกความคิดและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องของตนเอง ให้เพื่อน ๆ ในกลุ่มได้รับทราบ วิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางการแก้ไขตามวิธีการของตนเอง และเพื่อนช่วยเพื่อน กำหนดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีการติดตามผลทุก 1 สัปดาห์ ให้ทุกคนลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ตนต้องการเปลี่ยนมากที่สุด แล้วนำมาเสนอหน้าชั้นเรียน ผลการปฏิบัติพบว่า นักเรียนเกินครึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ส่วนคนที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพราะสาเหตุที่แก้ไขไม่ได้ด้วยตนเองและเพื่อน ได้แก่ บ้านอยู่ไกล จึงทำให้มาสาย และรับประทานแล้วปวดท้อง โดยได้ส่งต่อข้อมูลของนักเรียนรายนี้ให้กับพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อบำบัดอาการปวดท้องต่อไป กิจกรรมนี้ นักเรียนสะท้อนกลับว่า

“ผมว่าเดี๋นศรับครู ไม่ต้องมีใครมาบังคับ ผมอยากเปลี่ยนอันไหนผมก็ลองทำอันนั้น ทำไม่ได้ก็ไม่เป็นไร ได้มีโอกาสลองใหม่ตามแบบของผม”

“หนูได้โทรไปปลูกเพื่อนด้วยค่ะ บอกให้รับมาโรงเรียน อย่าลืมกินข้าวเช้าด้วย”

“หนูได้ไปตามเพื่อนให้มากินข้าวเช้าด้วยกัน (6 คน)”

“ตีค่ะ ที่ได้ช่วยเพื่อนให้เขามากินข้าวเช้าเหมือนหนู (4 คน) ได้กินข้าวพร้อมกันกับเพื่อนด้วย สนุกดี (2 คน)”

อย่างไรก็ดี มีเด็กจำนวนหนึ่งที่ให้ความคิดเห็นเรื่องรายการอาหารที่ร้านค้าในโรงเรียนจำหน่ายที่ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหารเช้าว่า

“เบื้องกับข้าว เนื้อมีนเดิมทุกวัน แล้วก็ไม่ค่อยอร่อย...ได้ (กับข้าวและข้าว) น้อย” (18 คน)

“ผมไม่ชอบกินอาหารเดิมๆ... (7 คน)”

“อาหารที่โรงเรียนไม่อร่อย บางวันมีแต่ของเผ็ด... ไม่ชอบ”

จึงได้ให้เด็กซ้ายกันนำเสนอรายการอาหารที่ตนเองชอบและต้องการรับประทานแล้วหัวหน้าชั้นได้นำรายการอาหารนี้แจ้งกลับไปยังครูผู้รับผิดชอบเรื่องการจัดรายการอาหาร และทำให้ได้ข้อตกลงว่า ควรนำผู้แทนนักเรียนมาร่วมเป็นกรรมการดูรายรายการอาหารที่ขาย หรือมีการสำรวจความคิดเห็นและประเมินอาหารที่ชอบเพื่อประกอบในการจัดรายการอาหารในทุกสิ่นเดือน ทั้งนี้ ครูกรรมการผู้รับผิดชอบจะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสม คุณค่าทางด้านโภชนาการอีกชั้นหนึ่ง

2.2.5 การส่งต่อข้อมูลให้กับองค์กรชุมชน ทั้งข้อมูลการประเมินต่าง ๆ เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และผลการดำเนินงานทั้งหมด ที่ประชุมได้มีการร่วมกันวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายสำหรับเด็กในชุมชน โดยไม่ได้จัดกิจกรรมที่เด็กวัยเรียนในชุมชน หากแต่เป็นผู้เกี่ยวข้องที่จะเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้เด็ก เช่น การประชุมพ่อค้าแม่ค้าในโรงเรียนเรื่องการลดปริมาณน้ำตาลในน้ำหวาน น้ำผลไม้ลัง (ซึ่งภายหลังการติดตามหลังงานวิจัยสิ้นสุดทราบว่า พ่อค้า แม่ค้า มีความยินดี เพราะช่วยลดต้นทุนการผลิตด้วย) การปรับเปลี่ยนอาหารทอดบางรายการ เช่น ลูกชิ้น ไส้กรอกเป็นตัวมัน หรือย่างแทน รวมทั้งการขอความร่วมมือจากร้านค้ารอบโรงเรียนจัดอาหารที่มีคุณค่าให้กับเด็ก เพื่อการเข้าประกวดเป็นร้านอาหารสำหรับเด็กในปีต่อไป และการบรรจุเข้าแผนปฏิบัติการประจำปีในปี 2554

2.3 องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียน

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียนที่ได้จัดขึ้นบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และข้อมูลเบื้องต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนที่มีอยู่ในครั้งนี้นั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

2.3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งที่เป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจภาษาณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่มย่อยของหัวหน้าองค์กรชุมชน ข้อมูลจากแบบสอบถามและประเมินสมรรถภาพทางกายของเด็กวัยเรียน

2.3.2 การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียนทุกภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ศูนย์สุขภาพชุมชน และครอบครัว เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนพัฒนาสัญญาณร่วมกันในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน อย่างไรก็ได้ในการศึกษาครั้งนี้ยังมิได้นำผู้ประกอบอาหารที่จำหน่ายอาหารให้แก่เด็กนักเรียนภายในโรงเรียนมาร่วมรับรู้และวางแผนการดำเนินงานครั้งนี้

2.3.3 การเปิดโอกาสให้เด็กวัยเรียนได้รับรู้ข้อมูลสุขภาวะด้านโภชนาการและสมรรถภาพทางกายของตนเอง เพื่อเกิดความตระหนัก รวมทั้งให้เด็กได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มุ่งมอง คิดวางแผนแก้ไขและสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง โดยอาจให้เพื่อนที่มีสุขภาวะคล้ายกันเข้ามาช่วยเหลือกัน

2.3.4 การสะท้อนกลับข้อมูลการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิด การปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อเป้าหมายขั้นตอนไป และขยายผลไปยังเด็กวัยเรียนในชั้นอื่นๆ และ ชุมชนเพื่อไปสู่เด็กวัยเรียนอกรอบ

2.4 การเรียนรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัย กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายเด็กวัยเรียน

จากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียนในครั้งนี้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ และได้บทเรียนที่สามารถนำมาประยุกต์ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย รวมทั้งด้านอื่น ๆ ดังนี้

2.4.1 การจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ หรือการสร้างความตระหนักรถ้วนใจกิจกรรมกับเด็กวัยเรียนเป็นภาพรวมทั้งห้องได้ แต่กลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กนักเรียนนั้น ไม่สามารถใช้การสั่งการหรือการขอความร่วมมือได้ หากแต่ ต้องเริ่มจากตัวเด็กเองให้ได้รับรู้จากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตัวเองที่เป็นสิ่งที่เป็นรูปธรรม (เช่น ได้รับรู้ผลการตรวจสมรรถภาพทางกายของตนเอง) ได้คิดวิเคราะห์ หาสาเหตุและแนวทางปรับปรุง พฤติกรรมของตนเอง พร้อมได้มีเวลาไปทดลองทำงานที่ตนคิด และวางแผนไว้

นอกจากนี้ ครูผู้ปกครอง และชุมชนต้องเป็นผู้สนับสนุน กระตุ้นเตือน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็กด้วย

2.4.2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมครั้งนี้ จำเป็นที่จะต้องอาศัยกลุ่มเพื่อนเป็นตัวช่วย ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การไหวไปปลูกเพื่อนที่ตื่นสายให้รีบตื่น เพื่อจะได้รับประทานอาหารเข้าได้ทัน หรือการซักชวนกันไปรับประทานอาหารเข้าพร้อมกัน การทำให้เป็นค่านิยมที่คราวมีได้รับประทานอาหารเข้าจะเชยหรือล้าสมัยไป ซึ่งจะมีผลต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.4.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของบุคคลเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะนั้น จำเป็นที่จะต้องมีแรงขับเคลื่อนจากหลายทาง เช่น การจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนฯ

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ซึ่งต้องมีการจัดบริการให้เป็นในแนวทางเดียวกันทั้งในโรงเรียนและชุมชนโดยรอบ การกำหนดแผนงานโครงการ และนโยบาย แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนต่อกลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียนโดยเฉพาะ ไม่ว่าจะกับกลุ่มเป้าหมายอื่น ความตั้งใจจริงจังของผู้ปกครองที่มุ่งส่งเสริมให้ลูกได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าเหมาะสมแก่ร่างกายและการเจริญเติบโต การส่งเสริมให้ลูกได้มีทางเลือกและชลัดเลือกในการบริโภค เป็นต้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน ในชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบ และกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน โดยอาศัย ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ภาวะโภชนาการและการออก กำลังกายของเด็กวัยเรียน และบนแนวคิด/ ความเชื่อ และนโยบายขององค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และองค์กรชุมชน ได้ทดลองจัด กระบวนการและประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพกับเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เพื่อน ๆ สิ่งแวดล้อมและสังคมรอบข้างมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ทำการศึกษาในจังหวัดภาคตะวันออก 2 จังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวมเป็น 2 หมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีความพร้อมยินดีเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อยกับผู้แทนองค์กรชุมชน ครอบครัว และสมาชิกชุมชน ซึ่งข้อมูลที่เก็บได้ผู้วิจัยทำการ ตรวจสอบ 2 ประเด็นคือ ความหลากหลาย และความถูกต้อง รวมทั้งได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งแบบ รายวันและเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาของโคลาizzo (Colaizzi, 1978)

ในบทนี้ ขอนำเสนอหัวข้อสำคัญอันเป็นผลของการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย กระบวนการสร้าง เสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ ได้พัฒนาขึ้น พร้อมข้อเสนอแนะบางประการที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนต่อไป

สรุปผลการวิจัย

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนครั้ง นี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญคือ

1. รูปแบบการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนของ องค์กรชุมชนที่มีอยู่ในพื้นที่ศึกษา

รูปแบบการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่องค์กร ชุมชนจัดบริการให้นั้น มุ่งเน้น 3 ประเด็นคือ

1.1 ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment for health) ได้แก่ การจัดให้มีสวนสุขภาพ สนามกีฬาประจำชุมชน การสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา และเปิด

บริการให้ชุมชนได้เข้ามาริบุรุษได้ทุกเมื่อตามต้องการ การกำหนดนโยบายห้ามขายน้ำอัดลม ขั้นมากrub ครอบในโรงเรียน การควบคุมดูแลเรื่องการใส่ผงชูรสในอาหารที่ขายในโรงเรียน การกำหนดเมนูอาหาร กลางวัน และการจัดให้มีการขายอาหารซึ่งเข้ากันเคารพธงชาติ การออกกำลังกายหน้าเสาธงหลัง เดือนพฤษภาคม

1.2 ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill) ทั้งในระดับบุคคลและ ครอบครัว เพื่อให้สามารถควบคุมสุขภาพและสิงแวดล้อมของตนเอง ตลาดเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อ สุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนให้มีวิทยากรมาสอนทักษะในการเล่นกีฬาฟุตบอล การพัฒนาศักยภาพให้ เด็กนักเรียนเป็นอย่างดี การบูรณาการศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงกับอาหารกลางวันสำหรับเด็ก การจัดให้มีเวทีเกษตรกร การอบรมผู้ปกครองนักเรียนตามโครงการความอาชีวศึกษา สร้างเต็ก การจัดกีฬา ประจำปีของตำบล

1.3 การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) เป็น การสนับสนุนให้ชุมชนพึงตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัตถุ ภายในชุมชน ทำให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของ และควบคุมกิจกรรม และโซ่อิทธิพลของชุมชนเอง ซึ่งมี ความแตกต่างกันในภารกิจของการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างชุมชนบท และชุมชนเมือง ใน ชุมชนบทมีการรวมตัวกันของกลุ่มคนในชุมชนเพื่อออกกำลังกาย เล่นกีฬาร่วมกัน ผ่านกิจกรรมตาม ประเภทสำคัญต่าง ๆ ของชุมชน จนเกิดเป็นชุมชนขึ้น สำหรับชุมชนเมืองที่มีประชากรอยู่พยำพายเข้า ออกตลอดเวลา การรวมตัวกันเพื่อการออกกำลังกายต้องอาศัยการริเริ่มโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพ แต่ความ ต่อเนื่องยังยืนอยู่ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าไหร่นัก

อย่างไรก็ได้ การจัดบริการด้านออกกำลังกายในชุมชน เช่น ชมรมกีฬาต่าง ๆ ของชุมชน มี การจัดบริการให้เด็กวัยเรียนขายมากกว่าหนึ่ง หรือเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กเล็ก

องค์กรชุมชนแต่ละภาคส่วนจะแบ่งบทบาทหน้าที่กันในการจัดบริการสุขภาพด้าน โภชนาการและการออกกำลังกายให้แก่เด็กวัยเรียน ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการกิจหนัก ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม ให้แก่องค์กรชุมชนอื่น ๆ (จากงบประมาณการดำเนินงานที่ได้รับจัดสรรจากหน่วยงานระดับสูง) เช่น โรงเรียน ศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มกีฬานี้หรือชมรมกีฬาของชุมชน ผ่านการจัดทำแผนปฏิบัติการประชุมประจำปี มีการสนับสนุนทั้ง รูปแบบของงบประมาณ อุปกรณ์กีฬา สถานที่สำหรับการออกกำลังกาย สรวนโรงเรียนและศูนย์สุขภาพ ชุมชน จะมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาทักษะชีวิตด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย รวมทั้งการปลูกฝัง

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้เด็ก ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการของโรงเรียนและศูนย์สุขภาพชุมชน จะมีการดำเนินงานตามแนวโน้มโดยบากและแผนการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมายโดยบาก และแนวทางปฏิบัติตามจากหน่วยงานระดับสูง

2. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 แสวงหาภาคความร่วมมือ และศึกษาภูมิหลัง เป็นขั้นตอนการประสานงานกับองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง มีกิจกรรมดังนี้

1.1 ศึกษาวิเคราะห์ภูมิหลังของชุมชน หรือสถานการณ์ความต้องการร่วมโครงการ โดยได้สัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าองค์กรชุมชนที่ยินดีและเต็มใจให้สัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก และจัดการสนทนากลุ่มย่อย

1.2 ศึกษาความคิด/ ความเชื่อ และการรับรู้ มุ่งมองของครอบครัว ชุมชนต่อ สถานการณ์ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน กับผู้แทนสมาคมชิกชุมชน และครอบครัว

1.3 นำข้อมูลที่ได้มาประชุมปรึกษาหารือกันในคณะกรรมการผู้วิจัย เพื่อเป็นการทำให้ คณะกรรมการผู้วิจัยได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน เตรียมร่างแผนการดำเนินงานเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม องค์กรชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน นำเสนอผลการศึกษาที่ได้ใน ขั้นตอนแรกเพื่อสะท้อนกลับและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ที่ได้ให้ข้อมูล จากนั้นได้ นำเสนอร่างแผนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การประเมินสุขภาวะด้านอาหารและการออกกำลังกาย ของเด็ก คัดเลือกและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมตามผลการประเมิน ประเมินผลเป็นระยะ พร้อมปรับปรุงแก้ไข และประเมินผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินงาน ปรับปรุงแผน และประเมินผลการดำเนินงาน กำหนดให้จัด กิจกรรมใหม่ซ้ำในพื้นที่ศึกษาหรือซ้ำในเมืองแนะนำ หรือซ้ำในเมืองสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมงซึ่งในการดำเนินการจะริบบางครั้งไม่สามารถจัดกิจกรรมได้เสร็จทันภายใน 1 ชั่วโมง จึงทำให้มี การขยายเวลาการจัดกิจกรรมออกไปบ้างในบางครั้ง บางกิจกรรมต้องอาศัยระยะเวลาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กนักเรียนทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ทุกสัปดาห์ตามที่วางแผนไว้

กิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการสร้างความตระหนักเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการได้รับสุขภาพดีของตนเอง และการประเมินตนเอง การประเมินจากเพื่อนบок โดยให้เด็กได้คิดและวางแผนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเขารองตามบริบทและความตั้งใจของตน โดยตนเองหรือโดยมีกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 4 สหท้อนข้อมูลย้อนกลับ ส่งต่อ ขยายผลสู่ชุมชน ที่ประชุมให้ความเห็นว่า กิจกรรมที่จะจัดขึ้นไม่ได้เป็นกิจกรรมที่จะจัดให้เด็กแต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นกิจกรรมที่ชุมชนจะจัดให้เกิดขึ้นเพื่อการสร้างสุขภาพที่ดีด้านโภชนาการและการออกกำลังกายให้กับเด็ก โดยพยายามให้เกิดความครอบคลุมทั้งกลุ่มเด็กชายและเด็กหญิง พร้อมทั้งการกระตุ้นเตือนให้ครอบครัวได้เห็นความสำคัญและส่งเสริมให้ลูกได้มีโอกาสเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันมากขึ้น สำหรับโรงเรียน จะได้มีการประชุมครุภูมิให้ใช้การออกกำลังกายมาลงโทษนักเรียน ซึ่งจะทำให้เด็กมีความรู้สึกไม่ดีกับการออกกำลังกายไปด้วย

3 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในโรงเรียนที่ได้พัฒนาขึ้น มีผลการดำเนินงานดังนี้

3.1 ผลการประเมินพฤติกรรมการรับประทาน พ布ว่า ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอดเป็นอาหารว่างที่นักเรียนชื่อรับประทานหลังรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมาเป็นไอกรีม ลูกอม ขนมหวาน และส่วนใหญ่เด็กมารสหวาน/ นมรสชาต์ค็อกเทล/ นมสดตอบรับมากที่สุด

อาหารมื้อเช้าเป็นมื้อที่นักเรียนไม่รับประทานมากที่สุดในวันธรรมดากล่าวหาระดับความต้องการที่ต่ำสุด และ/ หรือบ้านอยู่ไกล ไม่หิว รับประทานแล้วปวดท้อง เห็นเพื่อนไม่รับประทานก็เลยไม่ยกรับประทาน กลัวอ้วน และการบริการอาหารเช้าที่โรงเรียน เช่น กับข้าวข้าวกันทุกวัน ให้น้อย

3.2 ผลการประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ พ布ว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีรูปร่างพอดีเหมาะสม มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อออยู่ในระดับมาตรฐาน แต่มากกว่าร้อยละ 70 ของเด็กนักเรียนที่เข้ารับการประเมินมีค่าความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ทำให้นักเรียนออกกำลังกายต่อเนื่องไม่ได้นาน

3.3 การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย พ布ว่า เด็กนักเรียนไม่ต้องการมีสมองเสื่อม (อัลไซเมอร์) และรู้ว่าทีตนเองเคยเข้าใจว่าการรับประทานอาหารเช้าทำให้อ้วนเป็นความเชื่อใจผิด รวมทั้งรับรู้ประโยชน์ของอาหารเช้า

การจัดกิจกรรมประกวดการเต้นตาราง 9 ซึ่ง โดยได้สอนท่าพื้นฐานให้ 3 ท่า แล้วให้เด็กนักเรียนไปคิดทำเพิ่มเติมอีก 3 ท่าประกอบเพลงที่กำหนด 1 เพลง ไปฝึกซ้อมกันเป็นกลุ่มตามระยะเวลาที่กำหนด (2 สัปดาห์) แล้วมาประกวดแข่งขันกัน ซึ่งโรงเรียนให้ความสนใจและนำไปเป็นกิจกรรมหนึ่งในชุมชนออกกำลังกายของโรงเรียน

3.4 การจัดทำแผนที่ความคิดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ผลการปฏิบัติพบว่า นักเรียนเกินครึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ส่วนคนที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพราะสาเหตุที่แก้ไขไม่ได้ด้วยตนเองเพื่อน ได้แก่ บ้านอยู่ไกล จึงทำให้มาสาย และรับประทานแล้วปวดท้อง

3.5 การอภิปรายและบทหวานนโยบาย และแผนการดำเนินงานด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน พร้อมส่งต่อข้อมูล ให้กับองค์กรชุมชน ทั้งข้อมูลการประเมินต่าง ๆ เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และผลการดำเนินงานทั้งหมด ที่ประชุมได้มีการร่วมกันวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายสำหรับเด็กในชุมชน และการเตรียมบรรจุลงในแผนปฏิบัติการปีต่อไป โดยมีประเด็นที่จะนำไปคิดกลยุทธ์ในการสร้างเสริมด้านภาวะโภชนาการและการออกกำลังกาย ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพด้านโภชนาการ มุ่งเน้นอาหารที่มีคุณค่าและปลอดภัยทั้งในโรงเรียนและชุมชน การจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับเด็กผู้หญิง การเพิ่มโอกาสในการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันของเด็กวัยเรียนในขณะที่อยู่โรงเรียน และการจัดบริการอาหารเช้าของโรงเรียนและชุมชน

4. องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียนครั้งนี้ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่มีอยู่ในชุมชน การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง และเด็กวัยเรียน การเปิดโอกาสให้เด็กวัยเรียนได้รับรู้ข้อมูลสุขภาวะของตนเอง และการสะท้อนกลับข้อมูลการดำเนินงาน

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายขององค์กรชุมชนที่จัดให้กับเด็กวัยเรียน พ布ว่า องค์กรชุมชนมีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละองค์กร มีการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน กิจกรรมที่จัดเป็นการดำเนินงานตามนโยบายและแผนงานโครงการของหน่วยงานระดับสูง มีการจัดกิจกรรมได้ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดแต่ยังขาดการติดตามและประเมินผลด้านคุณภาพของกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้เงินโดยบาก แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจากหน่วยงานระดับสูงเป็นสิ่งที่ดี แต่ยังขาดการสนับสนุนเรื่องความ

ขัดเจนในนโยบาย และเรื่องงบประมาณ เช่น โรงเรียนมีมาตรการห้ามขายขัมกุบกรอบ และน้ำอัดลม ในโรงเรียน แต่ยังไม่สามารถจัดระบบการจัดการด้านโภชนาการที่ดีให้ได้ เพราะติดขัดเรื่องรายได้ที่อาจขาดหายไปของโรงเรียนและของผู้ประกอบการที่เข้ามาขายอาหารในโรงเรียน

การศึกษาครั้งนี้มีชุมชนที่เป็นพื้นที่การศึกษาได้มีการรวมตัวกันจัดตั้งเป็นชุมชนกีฬาขั้นสำหรับเด็ก และคนในชุมชนได้ออกกำลังกายร่วมกัน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยปลูกฝังนิสัยการออกกำลังกายให้ติดตัวไปตลอดชีวิต แต่กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อการออกกำลังกายนั้นเป็นการออกกำลังกายของเด็กชาย และผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิง ยังไม่เคยจัดกิจกรรมหรือให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กหญิงถึงแม้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

2. ผลกระทบต่อการรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียนในการศึกษาครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการสำรวจในระดับชาติ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553 สำนักงานสนับสนุนกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2552) และระดับบุคคล (อาทิ ตั้งวิชาร์ย์, 2550 บุญเอื้อ ยงวนิชชากร และผู้สูงอายุ จันทร์บาง, 2546) ที่พบว่า เด็กมีการบริโภคขนมขบเคี้ยว ขัมกุบกรอบ และดื่มน้ำอัดลมเกือบทุกวัน ในขณะที่รับประทานผักใบเขียวเพียงสปดาห์ละ 1-2 วัน การรับประทานนมสดหวาน นมเบร์เชีย วิลล์ชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่นนี้ ขึ้นๆ ลงๆ ในมื้ออาหาร สุขภาพและโรคไม่ติดต่อในกลุ่มนักเรียนจะเร็วขึ้น จะมีผลกระทบในระยะยาวต่อไปทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของเด็กที่จะเดินโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไปในอนาคต และภาวะค่ารักษายาลาจิกโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ การจัดการกับปัญหาเหล่านี้ จำเป็นต้องดำเนินการตั้งแต่การป้องกันทั้งในระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศ ซึ่งต้องอาศัยนโยบายและการดำเนินการในด้านต่าง ๆ ของรัฐบาลอย่างจริงจัง โดยมีมาตรการต่าง ๆ ออกแบบอย่างเชื่อมโยงกันทั้งระบบ ตั้งแต่มาตรการเรื่องภาษี การโฆษณาสินค้า การควบคุมคุณค่าทางโภชนาการของสินค้า ระดับสังคมโดยเฉพาะสื่อต่าง ๆ ที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำเสนอ แบบอย่างที่ดีแก่เด็กและเยาวชน ให้เกิดการเลียนแบบในทางที่ดี ระดับชุมชนมุ่งเน้นเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ สรวนระดับครอบครัวควรต้องได้รับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันไม่ให้บุตรหลานเกิดภาวะอ้วน และการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ทั้งนี้ หากสามารถดำเนินการไปพร้อม ๆ กันในทุก ๆ ด้าน ตามที่กล่าวมา เชื่อว่าเด็กไทยจะมีภูมิคุ้มกันตนเองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคอ้วน ได้

3. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านภาระโภชนาการและการออกกำลังกายในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดหลักการของยุทธศาสตร์ระดับโลกและกฎบัตรต่อรองโดยมาประยุกต์ในการพัฒนาฐานแบบ การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายของเด็ก บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่าย และบนพื้นฐานข้อมูลสถานการณ์ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่ได้มีการประเมินโดยผู้สำรวจ เพื่อสำรวจหาภาคีความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง โดยให้ได้รับทราบสภาพปัจจุบันด้านภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน และร่วมกันคิดกิจกรรม หลากหลายแผนงานโครงการในการแก้ไขปัจจุบันนี้ต่อไป ซึ่งจำเป็นต้องมีความพร้อมพอสมควร ในองค์ประกอบต่าง ๆ ขันได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน ข้อมูลชุมชนในด้านต่าง ๆ และกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและเจ้าหน้าที่ สุขภาพ เพื่อให้มีการระดมความคิดเห็นในการใช้ข้อมูลวิเคราะห์ปัจจุบันสุขภาพตามสภาพที่เป็นจริง กระทั้งเลือกและออกแบบกิจกรรมของโครงการได้ จากนั้นนำไปสู่การปฏิบัติจริง จนพัฒนาเป็น ศักยภาพและความสามารถของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้อย่างยั่งยืนในที่สุด คือ สามารถช่วยดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างดี ก่อนที่จะส่งต่อถึงแพทย์ได้อย่างเหมาะสมทันการ

4. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียน เนื่องจากในการประเมินเบื้องต้น โดยการพูดคุยในชั้นเรียน พบร้า เด็กได้รับความรู้เรื่องอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในชั่วโมงสุข ศึกษาอยู่แล้ว แต่ปุ่งเน้นเรื่องการสร้างความตระหนัก การปรับเปลี่ยนสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง อย่างไรก็ได้ การทบทวนงานวิจัยที่ ผ่านมาทำให้ได้ข้อเท็จจริงว่า แม้จะมีความรู้ทางด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและ ตระหนักรถึงผลดีของการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการออกกำลังกาย แต่หากปัจจัยแวดล้อมทั้ง ในระดับครอบครัว โรงเรียน และนโยบาย กฎหมาย ระบบการค้า ไม่เอื้อให้บุคคลสามารถที่จะมี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ บุคคลที่อยู่ในปัจจัยแวดล้อมนั้นก็ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเช่นนั้น ได้ ปัจจัยแวดล้อมจึงมีส่วนสำคัญยิ่งในการสร้างพฤติกรรมที่ดีของบุคคล จึงต้องจัดการกับปัจจัย แวดล้อมนี้ควบคู่ไปกับการจัดการกับพฤติกรรมของบุคคลด้วย ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้มี การอภิปรายถึงแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่มีอยู่ พร้อมภาคีที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ให้ร่วมกันคิดแนวทางในการแก้ไขปัจจุบันเพื่อจัดทำแผนการสร้างเสริม สุขภาพเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนให้ครอบคลุมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน พร้อมส่งคืนข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อดำเนินการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำตาราง 9 ซึ่ง มาเป็นเครื่องมือในการสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ซึ่งได้รับความสนใจจากเด็กวัยเรียนและคณาจารย์ของโรงเรียน แต่ประโยชน์ของตาราง 9 ซึ่ง มีได้มีเพียงสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังช่วยในการพัฒนาสมอง สมรรถ

และความจำแก่เด็กวัยเรียน หากโรงเรียน และ/ หรือ องค์กรชุมชนได้ดำเนินการอย่างเนื่องในการนำตัวร่าง 9 ช่อง มาเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบก่อกำลังกายให้กับเด็กวัยเรียน และขยายออกไปยังประชากรกลุ่มอายุอื่น ๆ โดยการนำมาพัฒนาและปรับเปลี่ยนกับการเดินและวิ่ง ที่สำคัญคือ การแสดงความร่วมมือจากภาคีที่เกี่ยวข้อง และการคืนชื่อมูลให้ชุมชน ซึ่งทุกขั้นตอนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ได้

3. ผลการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการสำรวจจะระดับประเทศ ซึ่งองค์กรชุมชนสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพแก่เด็กวัยเรียนได้ ตั้งแต่การพัฒนานโยบายสุขภาพด้านอาหารและการออกแบบก่อกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน การพัฒนาศักยภาพของเด็กวัยเรียน ผู้ปกครอง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเหล่านี้ อันจะนำไปสู่การเกิดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเรื่อง กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกแบบก่อกำลังกายของเด็กวัยเรียนครั้งนี้ ได้ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กวัยเรียน “ในระบบ” ที่โรงเรียนเป็นภาคีหลักในการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่เด็กวัยเรียน สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแก่เด็กวัยเรียนนอกระบบน่าจะเป็นสิ่งที่ท้าทายความเข้มแข็งของชุมชนและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของชุมชนและองค์กรชุมชนต่าง ๆ ที่จะมุ่งสร้างเสริมและป้องกันปัญหาด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนในชุมชน

2. การศึกษาครั้งต่อไปในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกแบบก่อกำลังกายของเด็กวัยเรียนอาจเป็นการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกแบบก่อกำลังกายในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก เช่น อาหารปลอดภัย อาทิ ไข่ นม ไม่ใส่สารกันบูด หรือบอแรกซ์ การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของเด็กโดยใช้ภูมิปัญญาห้องถีน การส่งเสริมให้ครอบครัว และ/ หรือผู้สูงอายุในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกแบบก่อกำลังกายตามวัฒนธรรม ประเพณี และธรรมชาติของชุมชน

3. การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกแบบก่อกำลังกายมี 2 ด้าน คือ ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะการขาดสารอาหาร สำหรับการศึกษานี้ ยังไม่ได้มุ่งเน้นภาวะการขาดสารอาหารของเด็กวัย

เรียนควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาที่มุ่งประเด็น กระบวนการสร้างสุขภาพด้านการขาดสารอาหารของเด็กวัยเรียนควบคู่ไปกับการเสริมสมรรถภาพทางกาย ด้วย

4. การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้นำกลุ่มแม่ค้า พ่อค้า ที่ขายอาหารในโรงเรียน ชุมชน เข้ามาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรได้มีการนำกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพ และสร้างความรู้ความเข้าใจแก่คนกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดความตระหนักรและเกิดความพร้อมในการสนับสนุนการสร้างสุขภาพแก่เด็กวัยเรียนได้อย่างแท้จริง

5. การศึกษาครั้งนี้ มุ่งจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายกับเด็กวัยเรียน โดยอาศัยความร่วมมือจากองค์กรชุมชนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างไรก็ได้ การเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดีของเด็กวัยเรียนยังน้อย ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับบุตรหลานในครอบครัวของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กรมพลศึกษา. (2544). การศึกษาสมรรถภาพทางกายของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น. กรุงเทพ : งานวิจัยส่วนส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพ และนันทนาการ สำนักงานพัฒนาการ.

กรมพลศึกษา. (2539). การทดสอบและการประเมินผลสมรรถภาพทางกาย. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาการพลศึกษา สุขภาพและนันทนาการ กรมพลศึกษา.

กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. (2545). หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : คุรุสภาลาดพร้าว.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). ข่าวประชาสัมพันธ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานประจำปี 2551 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ส่งเสริมคนไทยสุขภาพดี. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การออกแบบกายสำหรับเด็ก. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์กรรับส่งสินค้าและครุภัณฑ์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). ชี้คุณประโยชน์ทำงานอาหารมื้อเช้า สำคัญต่อพัฒนาการของเด็กวัยเรียน ในบทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 15 กรกฎาคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/news/>

กานต์ธิดา วัฒนาภา, (2550). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะไมซนาการเกิน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. สด. เมย์ผู้วิจัยภาควิชาการศึกษาไทยไม่สอนคล้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจ ชี้รัฐบาลมักเข้าใจพัฒนาเศรษฐกิจมากกว่าการศึกษา พบเด็กไม่ได้เรียนเฉียด 3 ล้านคน. วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 15 กรกฎาคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/education/20090811/68034ผลวิจัยเด็กวัยเรียนออกกลางคันอื้อ.html>

กัลยา ศรีเมือง. (2541). ศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขาวิชาสหเวชศาสตร์ (การแพทย์บัณฑิต) แม่และเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2550). โภค้อวัยในเด็ก สถานการณ์ปัจจุบัน.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).

เทเวศร์ พิริยพุนท์ และคณะ, ความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย บทที่ 6 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โครงการวิจัยสุดยอดนาสัค วันที่เข้าถึงข้อมูล 1 มีนาคม 2553 จาก <http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c6t2.html>

เดชรัต สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2545). การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

ดวงทิพย์ ธีรวิทย์. (2549). สถานการณ์ทางสุขภาพในเด็กและเยาวชน. นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นวลอนงค์ บุญจวนศิลป์. (2546). โครงการทบทวนองค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

บุญเอื้อ ยงวนิชชากร และผู้สดี จันทร์บาง. (2546). การบริโภคขนมของเด็กประถมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 26(2). วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 12 มิถุนายน 2552. เข้าถึงได้จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/262/26208.html>

ปรัลภรณ์ ตันติวงศ์. (2547). การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการเด็กอ้วนในโรงเรียน. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).

พัชราภรณ์ อารีย์, สุภาวดี วงศ์คุณ, ศรีพรวน กันธัง, อุมาพร ปุณณิสพรรณ, เพียรชัย คำวงศ์, ศุภวรรณ บูรณพิน, และคณะ (2550). ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมด้านร่างกายของเด็กวัยรุ่น: การศึกษาเบื้องต้น. พยาบาลสาร, 34 (2), 98-105.

ลัตดา เหมาะสุวรรณ. (2547). พัฒนาการด้านกายของเด็กไทย: การเจริญเติบโตภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกาย. กรุงเทพฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกอ.).

ลัดดา เนมาสุวรรณ. (2551). โภชนาการในเด็กไทย ใน หนังสือ 10 ปี ทศวรรษเพื่อเด็กและภูมิปัญญา ของครอบครัว. สายตี วรกิจโภคธรรม, บัญญติ ยงหย่อม, และ สาวิตรี ทยานศิลป์ บรรณาธิการ. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 13 มีนาคม 2551. เข้าถึงได้จาก www.cf.mahidol.ac.th/.../MonAugust2008-12-30-1-Copy%20of%202.pdf

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2548). ตาราง 9 ซึ่ง ใน ช่วงมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 12(152) ประจำวันที่ 15 ตุลาคม 2548 วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 13 มีนาคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://www.ku.ac.th/kunews/box9.html>

ยุทธภูมิ อภิตรพ่าย. (2550). ผลของการจัดโปรแกรมออกแบบกำลังกายที่มีต่อน้ำหนักและสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ชั้นปีที่ 5-6 โรงเรียนบ้านบางเด่น อ.บางเด่น จ.นครปฐม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการทางการกีฬา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารณา คุณอาภิสิทธิ์. (2550). เอกสารประกอบการเรียนการพัฒนาหลักสูตร. ภาควิชาพลศึกษา : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์. ภาควิชาพลศึกษา :

วิรภานันท์ จันทร์นวล. (2552). ออกแบบเป็นรายวิชา : ข้อฉะเชิงตาราง 9 ซึ่ง พัฒนาการ พัฒนาสมอง. ใน จดหมายช่าวชุมชนคนรักสุขภาพ. 6 (90); 32-33.

วรรณภิมล กิตติติดลกุล. (2536). บัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจกร อาภัปกริยา. (2546). สร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย : จากนโยบายสู่การปฏิบัติ. วารสาร ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 26 (3). วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 18 มีนาคม 2549 เข้าถึงได้จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/263/26304.html>

ศรีสุดา วงศ์เศษกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อสุขภาพกับภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 5-6 ในโรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์ปฏิบัติการกระทรวงศึกษาธิการ : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน
ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2553). ภาวะโภชนาการเด็กไทยพ่อ娘ขาด. วันที่ทำการสืบค้น
ข้อมูล 15 กรกฎาคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://www.moc.moe.go.th/node/1180>

สมพล สงวนรังศิริกุล. (2547). ข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับเด็ก(อายุ 2-12 ปี). นนทบุรี: กอง
ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สิรินทร์ยา พูลเกิด และทักษิพลด ธรรมรังสี. (2553). ยุทธศาสตร์การจัดการภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรค
ข้อวันกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 4
(4), 483-496.

ศุคนธ์ เจียสกุล และนพรัตน์ แก่นนาคما. (2542). โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ก้าวใหม่ของงานอนามัย
โรงเรียน. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 22(1). วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 18
มีนาคม 2547 เข้าถึงได้จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/221/22101.html>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2553). เด็กไทยกับภัยอ้วน. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2553). กฎบัตรต่อรองโดยเพื่อกิจกรรมทางกาย
ข้อเสนอระดับโลกเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ ฉบับปรับปรุงล่าสุดเมื่อ 20 พฤษภาคม 2553. วันที่ทำ
การสืบค้นข้อมูล 1 ตุลาคม 2553 เข้าถึงได้จาก
<http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-thai-20may2010.pdf>

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). รายงานผลการสำรวจ
ด้านโภชนาการ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-
2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2552). กรมอนามัยเผยแพร่เด็กไทยซื้อขนมปีละ
9,800บาท ใน ข่าวสุขภาพ วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 15 กรกฎาคม 2553 เข้าถึงได้จาก
www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/11161

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2551). สธ.แฉเด็กไทยเมินอาหารเข้า ในช่วงสุขภาพ วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 15 กรกฎาคม 2553 เข้าถึงได้จาก
<http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/1918>

สำนักสสส.พยากรณ์, สำนักงานสสส.แห่งชาติ. (2552). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักงานสสส.แห่งชาติ. (2551). การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2547. วันที่ทำการสืบค้นข้อมูล 15 กรกฎาคม 2553.
 เข้าถึงได้จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=3&id=87>

สำนักระบบวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2552.
 นนทบุรี: สำนักระบบวิทยา กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

อนุชาต พวงสำลี. (2541). เครื่องชี้วัดการพัฒนาเด็กไทย : ข้อเสนอแนะคิดกระจ่างสามด้าน. ในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่อง เด็ก : ยุทธศาสตร์การลงทุนอนาคตไทย วันที่ 14 มกราคม 2541 ห้องแกรนด์บลูม โรงแรมแกรนด์ไฮแอท เอราวัณ กรุงเทพฯ.

ขัจฉา บุญราคม (2553). ผลกระทบของการลงทุนด้านการส่งเสริมกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพต่อสุขภาวะสังคมไทย. เอกสารประกอบการประชุม และการเสนอผลงานวิชาการ การประชุมวิชาการแห่งชาติ บทบาทครูสุนศึกษา พลศึกษากับการพัฒนาคุณภาพเยาวชนไทยในสถานศึกษา ณ โรงแรมจอมเทียนปาร์ค (หาดจอมเทียน) เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี วันที่ 1 - 3 ธันวาคม 2553 สมาคมสุนศึกษา พลศึกษา และสัมนาการแห่งประเทศไทย.

Bunchonhattakit, P. (2008). *Effects of school-social network on childhood obesity prevention (SNOCP) in primary schools Saraburi province*. Thesis on the degree of Doctor of Public Health (Health Education and Behavioral Science) Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Clark, H.H. (1976). *Application of Measurement to Health and Physical Education*. 5th ed. New Jersey: Prentic-Hall, Inc.

- Clark, M.J.D. (1999). *Nursing in the community: Dimensions of community health nursing.* 3rd ed . Stamford, CC : Appleton.
- Epstein L.H. (1995). Exercise in the treatment of childhood obesity. *Int J Obes*, 19 (supp14), S122-S125.
- Hocqer, W.W.K. (1989). *Lifetime Physical Fitness and Wellness*. 2nd ed. Colorado: Morton Publishing Company.
- Jureeporn Nounmusig. (2007). *The contribution of breakfast to nutrient intakes of Thai school-aged children: case study in basic education commission (BEC) area 3.* Thesis on Master of Science (Nutrition) Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Lindsey, Ruth., Jones, Billie Jo., Van Whitley, Ada.(1989).*Fitness for the Health of It.* 6th ed, Dubuque, Iowa : W.C., Brown.
- Lowton C, Burley V, Wales J, Blurdell J. (1993). Dieting fat and appetite control in obese subjects : weak effects on satiation and satiety. *Int J Obese* ; 17 : 409-16.
- Ripa. (1993) Sealant revised : An Update of Effectiveness of Pit and Fissure Sealant. *Caries Res.* 1993; 27 (suppl.1) 77-82.
- Denzin, N. (1989). *The research art: A theoretical introduction to sociological methods* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Martorell, R. (2003). *Chapter 8: Obesity an emerging health and nutrition issue in developing countries.* Retrieved March 2, 2009, from http://www.ifpri.org/pubs/books/ufa_ch_08.pdf.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative.*(2nd ed.) Philadelphia: Lippincott.

Supaporn Pengnonyang. (2005). *Vitamin A, iron, zinc, and iodine deficiencies, and their coexistence among rural northeast school children, Thailand*. Thesis on Master of Science (Nutrition) Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Wanchai, S. (2006). *The development of health promoting school program on food consumption behaviors of primary school student in Prachinburi municipality*. Thesis on Master of Science (Public Health) Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

World Health Organization. (1996) *Promoting Health through Schools : The World Health Organization's Global School Health Initiative*. Geneva.

World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific (1996) *Regional Guidelines Development of Health Promoting Schools : A Forum*.

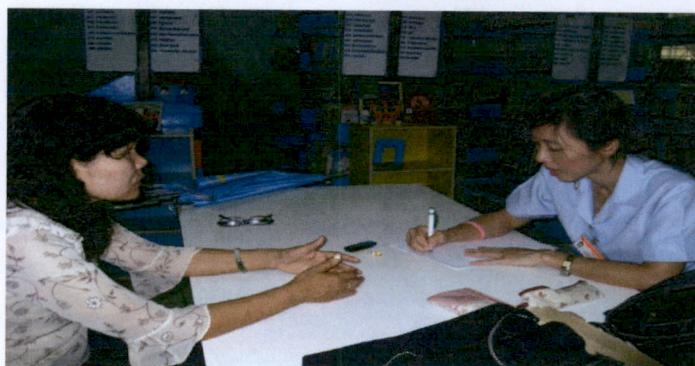
World Health Organization. (2004). WHO Technical report series 916 Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Retrieved August 15, 2010, from
<http://www.fao.org/docrep/005/ac911e/ac911e00.htm>

World Health Organization. (2004). Global strategy on diet, physical activity, and health. Retrieved May 5, 2009, from
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ภาพในการศึกษาวิจัย เรื่อง กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้าน
โภชนาการและการออกกำลังกาย

ภาพที่ 1-5 สนทนากลุ่ม หัวหน้าองค์กรชุมชน



ภาพที่ 6-10 ประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ



ภาพที่ 11-21 สร้างความตระหนัก—ขับออกกำลังกาย

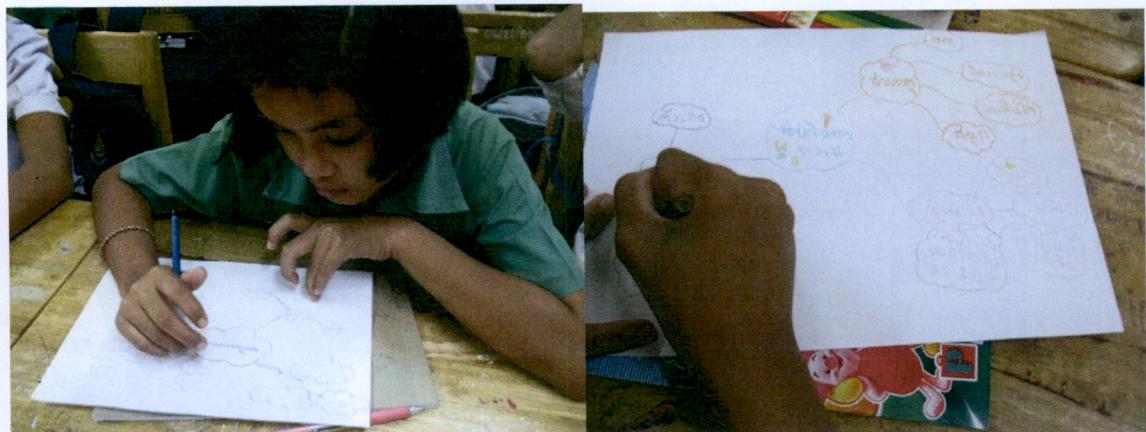


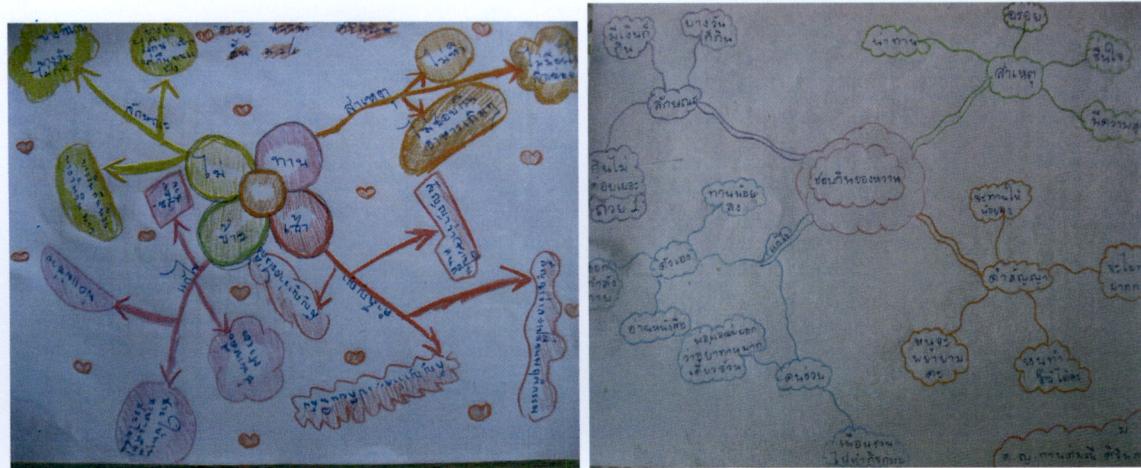


กระบวนการสร้างเสริมศุภภาพด้านนิสัยนากการและกิจกรรมออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนฯ

นิสากร กุรุไกรเพชร และคณะ

ภาพที่ 22 -31 แผนที่ความคิด ปรับพฤติกรรมการกิน



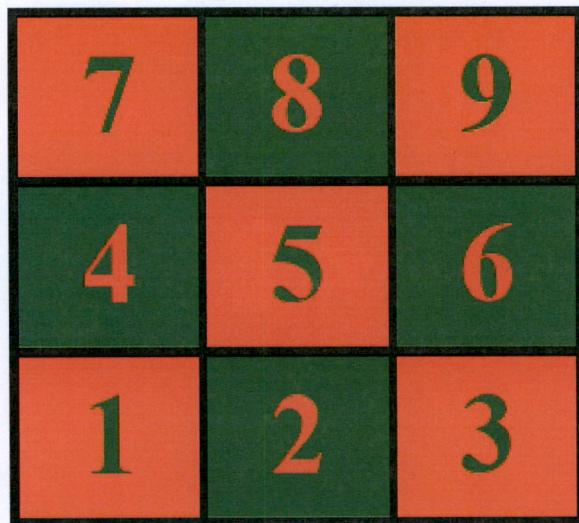




ภาพที่ 32 – 33 คิดวิเคราะห์นโยบาย แผนงาน และส่งคืนข้อมูลให้ชุมชน



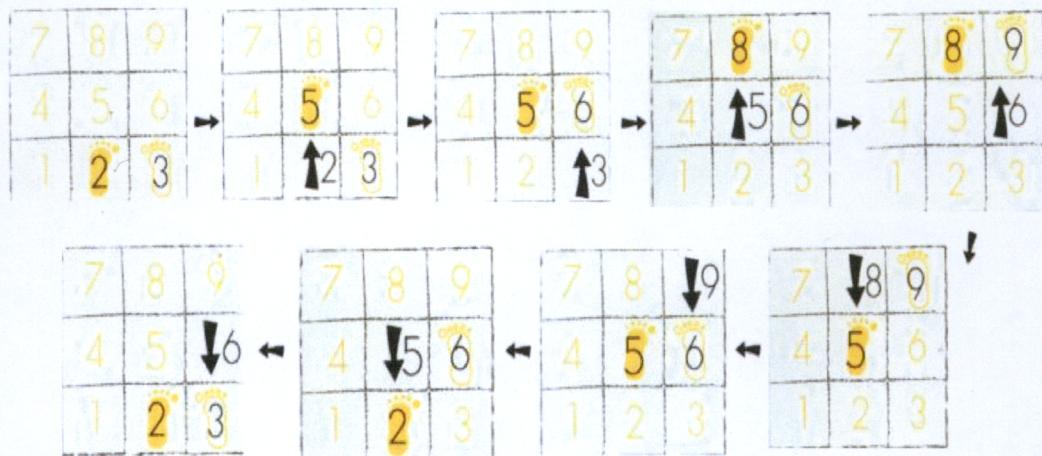
ภาคผนวก ข. ตาราง 9 ช่อง



ภาพตาราง 9 ช่อง ที่สามารถตีตารางลงบนกระดาษแข็งหรือแผ่นไม้กระดาน ซึ่งจะใช้ในช่วงการฝึกครั้งแรกๆ เมื่อเด็กมีสมรรถนะและความคุยชินกับตำแหน่งของตัวเลขต่างๆ แล้ว ตาราง 9 เก้าที่เป็นแผ่นกระดาษหรือแผ่นไม้นี้ อาจไม่จำเป็นอีกต่อไป

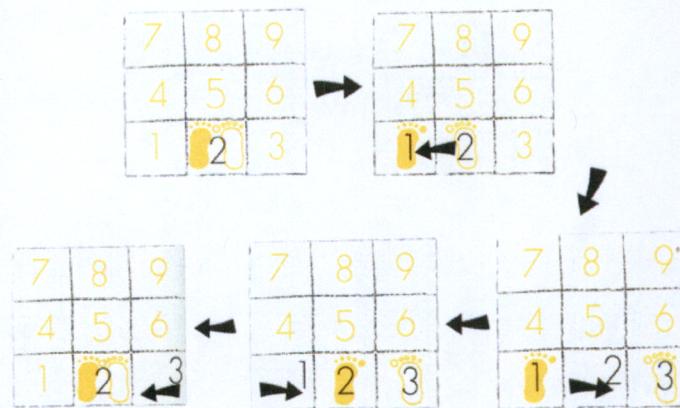
วิธีการฝึกและท่าทางการฝึก แต่ละท่าใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติประมาณ 10-15 วินาทีต่อรอบ และต้องมีการฝึกซ้ำ 3-5 รอบ โดยมีการเคลื่อนไหวพื้นฐานที่สำคัญเป็นแบบ 3 มิติ คือ ซ้าย-ขวา, หน้า-หลัง และบน-ล่าง เท่านั้นเอง

แบบที่ 1 ก้าวขึ้น – ลง



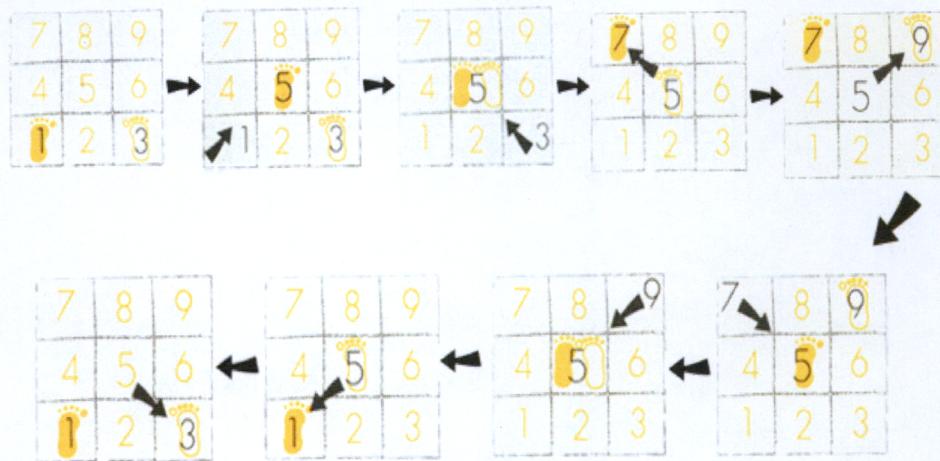
วางแผนเท้าซ้ายที่ซ่องหมายเลข 2 เท้าขวาอยู่ที่ซ่องหมายเลข 3 จากนั้นก้าวเท้าซ้ายขึ้นไปที่ซ่องหมายเลข 5 ก้าวเท้าขวาขึ้นไปที่ซ่องหมายเลข 6 ต่อด้วยก้าวเท้าซ้ายต่อไปที่ซ่องหมายเลข 8 เท้า ก้าวขวา ก้าวต่อไปที่ซ่องหมายเลข 9 จากนั้นถอยเท้าซ้ายลงไปที่ซ่องหมายเลข 5 ถอยเท้าขวาไปที่ซ่องหมายเลข 6 ถอยเท้าซ้ายลงไปที่ซ่องหมายเลข 2 สุดท้ายถอยเท้าขวาลงไปที่ซ่องหมายเลข 3

แบบที่ 2 ก้าวออกด้านข้าง



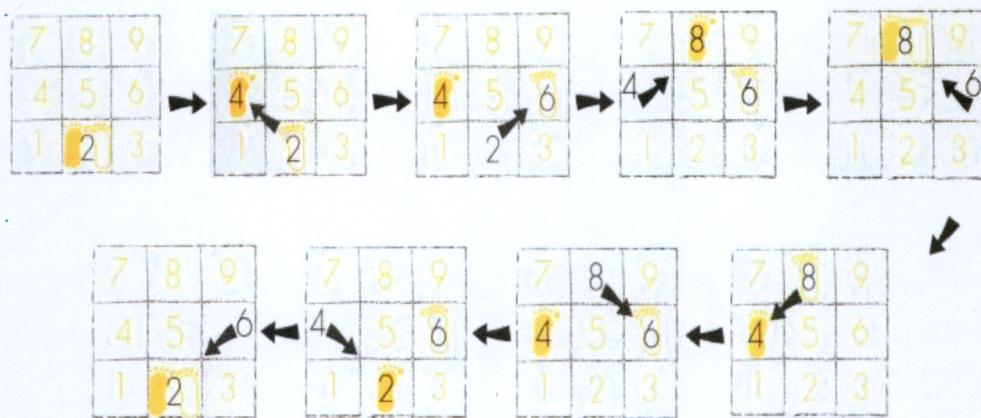
ทำเตรียมวางแผนเท้าทั้งสองข้างยืนอยู่ที่ซ่องหมายเลข 2 จากนั้นเริ่มต้นก้าวเท้าซ้ายไปที่ซ่องหมายเลข 1 ก้าวเท้าขวาไปที่ซ่องหมายเลข 3 ก้าวเท้าซ้ายกลับมาที่ซ่องหมายเลข 2 พร้อมทั้งก้าวเท้าขวากลับมาที่ซ่องหมายเลข 2 ด้วย

แบบที่ 3 ก้าวเป็นรูปగากบาท



ท่าเตรียมวางแผนเท้าซ้ายไว้ที่ซ่องหมายเลข 1 เท้าขวาอยู่ที่ซ่องหมายเลข 3 จากนั้นก้าวเท้าซ้ายขึ้นไปที่ซ่องหมายเลข 5 พร้อมกับก้าวเท้าขวาต่อไปที่ซ่องหมายเลข 5 ด้วย ก้าวเท้าซ้ายขึ้นไปที่ซ่องหมายเลข 7 ก้าวเท้าขวาขึ้นไปที่ซ่องหมายเลข 9 ต่อด้วยถอยเท้าซ้ายลงไปที่ซ่องหมายเลข 5 ถอยเท้าขวาลงไปที่ซ่องหมายเลข 5 และถอยเท้าซ้ายลงไปที่ซ่องหมายเลข 1 สุดท้ายถอยเท้าขวาลงไปที่ซ่องหมายเลข 3

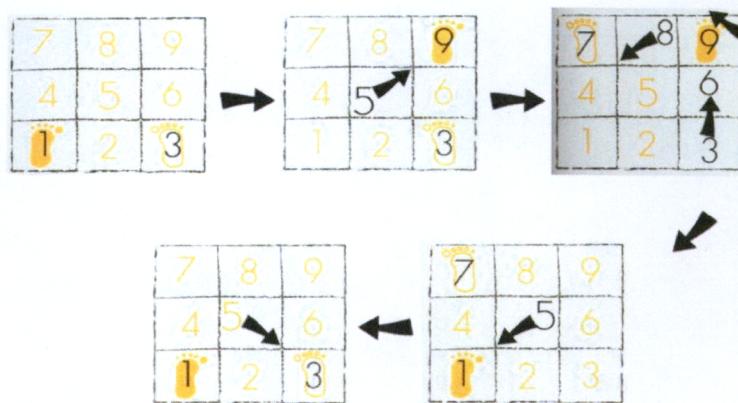
แบบที่ 4 ก้าวเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด



ท่าเตรียม

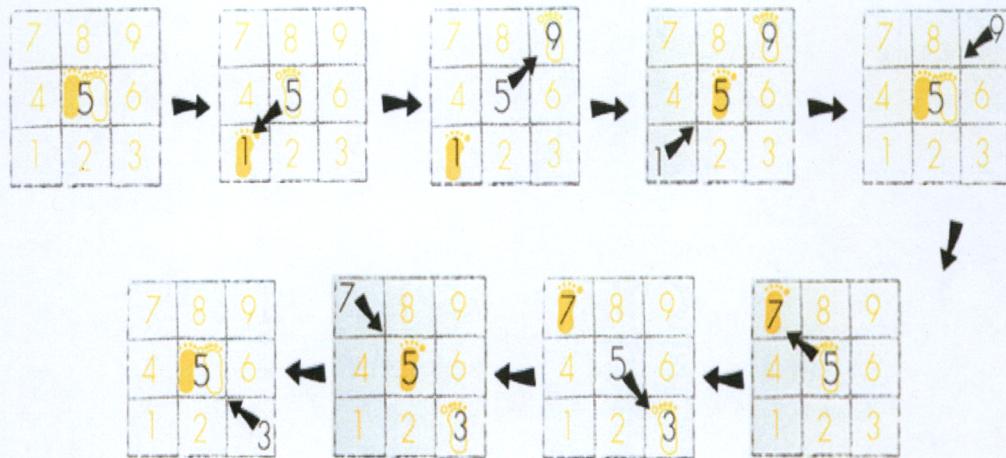
เท้าทั้งสองข้างวางอยู่ที่ซ่องหมายเลข 2 จากนั้นก้าวเท้าซ้ายไปที่ซ่องหมายเลข 4 ก้าวเท้าขวาไปที่ซ่องหมายเลข 6 ต่อด้วยก้าวเท้าซ้ายไปที่ซ่องหมายเลข 8 ตามด้วยก้าวเท้าขวาไปที่ซ่องหมายเลข 8 เช่นกัน จากนั้นถอยเท้าซ้ายลงไปที่ซ่องหมายเลข 4 ถอยเท้าขวาไปที่ซ่องหมายเลข 6 สุดท้ายถอยเท้าซ้ายลงไปที่ซ่องหมายเลข 2 ตามด้วยถอยเท้าขวาลงไปที่ซ่องหมายเลข 2 เช่นกัน เป็นอันจบท่าแบบที่ 4

แบบที่ 5 ก้าวท่ายงมุมแบบไขว้เท้า



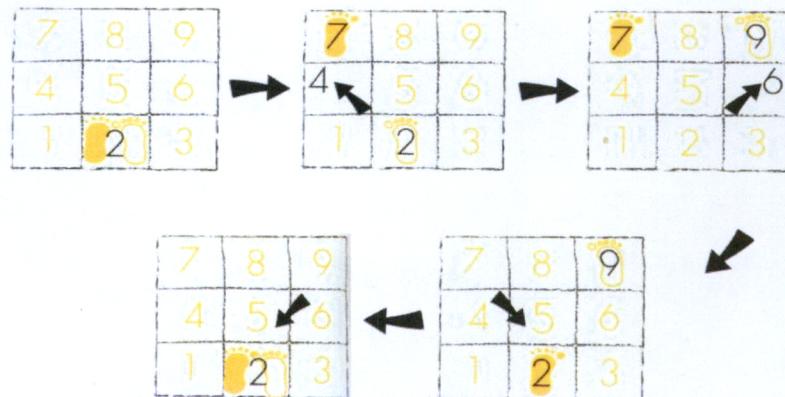
เริ่มต้นท่าเดรีym ยืนอยู่แล้วล่างสุดของตาราง โดยวางเท้าซ้ายไว้ที่ช่องหมายเลข 1 เท้าขวาไว้ที่ช่องหมายเลข 3 จากนั้นเริ่มด้วยก้าวเท้าซ้ายเลี้ยวขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 9 ก้าวเท้าขวาไว้ข้างมาไปที่ช่องหมายเลข 7 ต่อด้วยถอยเท้าซ้ายลงมาที่ช่องหมายเลข 1 และถอยเท้าขวาลงมาที่ช่องหมายเลข 3

แบบที่ 6 ก้าวทะแยกมุมแบบรัศมีดาว



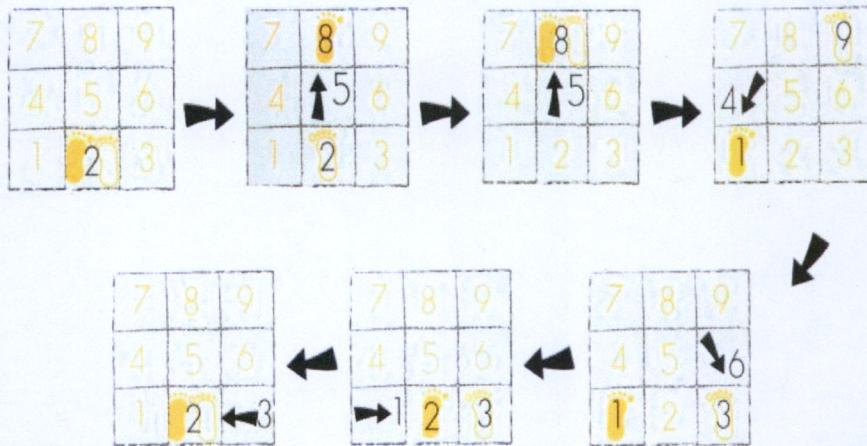
ท่าเดรีym เท้าหันสองข้างยืนอยู่ที่ช่องหมายเลข 5 จากนั้นเริ่มต้นด้วยก้าวเท้าซ้ายเลี้ยงลงไปที่ช่องหมายเลข 1 ก้าวเท้าขวาเลี้ยงขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 9 และก้าวเท้าซ้ายกลับมาที่ช่องหมายเลข 5 พร้อมด้วยก้าวเท้าขวากลับไปที่ช่องหมายเลข 5 เช่นกัน ต่อด้วยก้าวเท้าซ้ายเลี้ยงขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 7 ก้าวเท้าขวาเลี้ยงลงไปที่ช่องหมายเลข 3 จากนั้นก้าวเท้าซ้ายกลับมาที่ช่องหมายเลข 5 ก้าวเท้าขวากลับมาช่องหมายเลข 5

แบบที่ 7 ก้าวเฉียงเป็นรูปตัว v



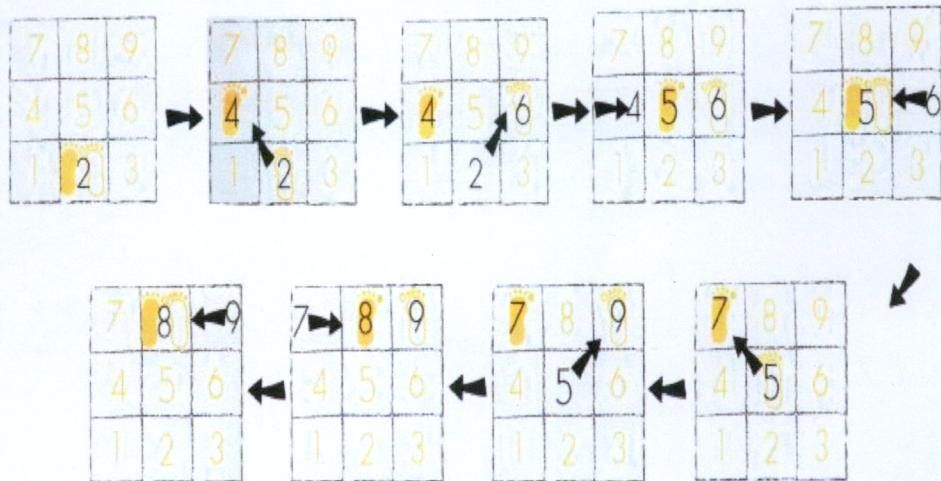
ท่าเตรียมยืนด้วยเท้าทั้งสองข้างอยู่ที่ช่องหมายเลข 2 เริ่มต้นด้วยก้าวเท้าซ้ายขึ้นไปที่หมายเลข 7 ก้าวเท้าขวาขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 9 ต่อด้วยก้าวเท้าซ้ายกลับมาที่ช่องหมายเลข 2 และสุดท้ายก้าวเท้าขวากลับมาที่ช่องหมายเลข 2

แบบที่ 8 ก้าวสามเหลี่ยม



ท่าเตรียมยืนด้วยเท้าทั้งสองข้างในช่องหมายเลข 2 จากนั้นเริ่มต้นก้าวเท้าซ้ายขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 8 ตามด้วยก้าวเท้าขวาขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 8 จากนั้นถอยเท้าซ้ายลงมาที่ช่องหมายเลข 1 ถอยเท้าขวาลงมาที่ช่องหมายเลข 3 ต่อด้วยก้าวเท้าซ้ายกลับมาที่ช่องหมายเลข 2 และก้าวเท้าขวากลับมาที่ช่องหมายเลข 2 ด้วย

แบบที่ 9 ก้าว-ชิด สามเหลี่ยมซ้อน



เริ่มด้วยท่าเดรีymยืนด้วยเท้าทั้งสองข้างอยู่ที่ช่องหมายเลข 2 ก้าวเท้าซ้ายขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 4 ก้าวเท้าขวาไปที่ช่องหมายเลข 6 ต่อด้วยก้าวเท้าซ้ายเข้ามาที่ช่องหมายเลข 5 ก้าวเท้าขวาเข้ามาที่ช่องหมายเลข 5 ด้วย จากนั้นก้าวเท้าซ้ายขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 7 ก้าวเท้าขวาขึ้นไปที่ช่องหมายเลข 9 ก้าวเท้าซ้ายเข้ามาที่ช่องหมายเลข 8 พรวมกับก้าวเท้าขวาเข้ามาที่ช่องหมายเลข 8 ด้วย จากนั้นทำยั่อนกลับลงไปสู่ช่องเริ่มต้น

ขอขอบพระคุณข้อมูลจาก หนังสือ ตราวง 9 ช่องกับการพัฒนาสมอง โดย (รองศาสตราจารย์ เจริญ กระบวนการรัตน์) และแผนงานส่งเสริมสวัสดิกรรมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ สสส.