

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ของเด็กวัยเรียนในชุมชน

The Health Promotion Process for Nutrition and Exercise of School-Age Children in a Community

นิสากร กรุงไกรเพชร, ส.ต.
สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, ส.ค.
พัชรินทร์ พูลทวี, พย.ม.

Nisakorn Krungkraipetch, Dr. P.H.
Suwanna Junprasert, Dr. P.H.
Phatcharin Phunthawee, M.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนบนแนวคิดนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ทำการศึกษาในหมู่บ้านของจังหวัดภาคตะวันออก 2 หมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้แทนองค์กรชุมชน เด็กวัยเรียนและครอบครัว การเก็บข้อมูลประกอบด้วย (1) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มข้อย การประเมิน ซึ่งได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความหลากหลายของข้อมูล และวิเคราะห์เหื้อหา (2) ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ แล้วนำมารวิเคราะห์ความถี่และร้อยละ ได้ผลการศึกษามาดังนี้

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่องค์กรชุมชนดำเนินการอยู่นั้น มุ่งเน้น 3 ประเด็นคือ (1) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (2) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพื่อให้สามารถควบคุมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ มีทางเลือกต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และ (3) การเสริมสร้างกิจกรรมให้เข้มแข็ง

โดยมีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ การกิจกรรมของแต่ละองค์กรชุมชน

2. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย (1) สำรวจหาภาคีความร่วมมือและศึกษาภูมิหลัง (2) ออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน (3) ดำเนินงานปรับปรุงแผน และประเมินผลการดำเนินงาน (4) สะท้อนข้อมูล ย้อนกลับ สรุปต่อเพื่อขยายผลสู่ชุมชน

3. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านโภชนาการและการออกกำลังกายจะสำเร็จลงได้ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญคือ การวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่มีอยู่ในชุมชน การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียนทุกภาคส่วน การเปิดโอกาสให้เด็กวัยเรียนมีโอกาสจัดการสุขภาวะของตนเอง และการสะท้อนกลับข้อมูลการดำเนินงาน อย่างไรก็ได้ สิ่งสำคัญที่ทำให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพดำเนินต่อไปได้ไม่สิ้นสุดนั้น จำเป็นต้องมีแรงขับเคลื่อนจากหลายพิธิการทำงานทั้งในและนอกชุมชนเข้ามาร่วมผลักดัน

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. จากการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพฯ ทำให้องค์กรชุมชนกำหนดแนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อบรรจุเข้าแผนปฏิบัติการประจำปีในปีต่อไป ดังแต่ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพด้านโภชนาการทั้งใน โรงเรียนและชุมชนพร้อมกัน เน้นเรื่องความปลอดภัย ของอาหาร ปรับเปลี่ยนเป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จัด บริการอาหารเช้าที่ได้คุณค่า ส่งเสริมการออกกำลังกาย ในเด็กหญิง และการเพิ่มโอกาสการออกกำลังกายใน ชีวิตประจำวันให้มากขึ้น และการนำตารางเวลาซึ่ง บูรณาเป็นกิจกรรมหนึ่งการเรียนการสอน สำหรับเด็ก วัยเรียนที่เข้าร่วมโครงการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารได้ในประเด็นการเลือกชนิดอาหาร และการรับประทานอาหารเช้า

องค์กรชุมชนสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการ ศึกษาครั้งนี้ไปวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัย เรียนทั้งในและนอกระบบการศึกษาได้ โดยสำรวจหา ความร่วมมือจากภาคที่เกี่ยวข้องและการคืนข้อมูลให้ ชุมชน เพื่อนำมาใช้พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ด้านอาหารและการออกกำลังกาย พัฒนาศักยภาพเด็กและผู้ปกครอง สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ต่อไป

คำสำคัญ : เด็กวัยเรียน โภชนาการ การสร้างเสริม สุขภาพ การออกกำลังกาย ระบบการดูแลสุขภาพ

Abstract

The aim of the action research was to develop health promotion pattern and process for nutrition and exercise of school-age children based on the concept and policy of the communities' organizations. The research was conducted in 2 villages of eastern part of Thailand. The study group consisted of the representatives of the communities' institutions,

school-age children and their families. The quantitative data was 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 were analyzed by content analysis. 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 depending on their responsibilities.

2. The process of health promotion on nutrition and exercise for school-age children started with (1) seeking support from stakeholders and looking through the background of health promotion for school-age children. (2) planning (3) implementation and evaluation and (4) reflection and feedback of the information to extend to the communities.

3. The core components of the process of health promotion on nutrition and exercise for school-age children included situation analysis of health promotion patterns of nutrition and exercise for school-age children, key stakeholders' participation, giving chances to

school-age children to manage his/her health, and reflecting health information to the communities. Nevertheless, the most important component which moved the process continuously was the influence both inside and outside the communities.

4. The health promotion process persuaded the community institutions to set up health promotion guidelines for nutrition and exercise. These would be form an operational plan next year as well as creating a healthy environment for safety nutrition both in the schools and communities, modifying intake of healthy food, providing nourishing breakfasts, promoting exercise for girls, increasing the change of exercise for girls, increasing the change of exercise in daily life, and integrating the nine table into the curriculum. The children who attended the study changed their eating behavior through carefully selecting types of food and eating breakfast.

Community institutions can use the information of this study for health promotion planning of school-age children in both the formal and informal sectors. By the participation of related partnerships and reflecting information to communities, the public health policy for nutrition and exercise will be conducted, children and their families' skills will be strengthened, and healthy environments will be designed.

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ผ่านมามาในยุคกระแสโลกกว้างนี้ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่แบบแผนการดำเนินชีวิตตามอย่างของประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการบริโภคน้ำอัดลม ไขมันสัตว์ ในมันสัตว์ และน้ำตาลรายขากำขึ้น แต่กลับบริโภคผัก ผลไม้ลดลง ในขณะที่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายลดลง มีการเปลี่ยนรูปแบบการพักผ่อนหย่อนใจจากเดิม เป็นการใช้เวลาอยู่หน้าจอโทรทัศน์มากขึ้น (World Health Organization, 2004) อย่างไรก็เป็นว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดโรคต้อหูเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็ก การมีพฤติกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะมีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุต่อไป

เด็กไทยยังเผชิญกับปัญหาทุพโภชนาการ 2 ด้าน ทั้งขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกินในเวลาเดียวกัน สาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารและโภชนาการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งต้นเหตุเกิดจากการวางแผนรากฐาน และสร้างระบบการเข้าถึงอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมให้แก่เด็ก ผลสำรวจภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนทั้งในเขตเมืองและชนบท พบมีเด็กพอมและค่อนข้างพอมรวมกันร้อยละ 4.5 รูปร่างเตี้ยร้อยละ 3.7 และมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 14.2 เด็กได้รับสารอาหารบางชนิดจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอโดยเฉพาะได้รับแคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ และวิตามินซี เพียงร้อยละ 45-65 ของสารอาหารที่ควรได้รับ ในขณะที่เด็กได้รับพลังงานเฉลี่ยวันละ 1,452 กิโลแคลอรี่ กิตเป็นร้อยละ 89.6 ของปริมาณที่ควรได้รับ (กรมอนามัย, 2552) ในเวลาเดียวกัน ยังพบ

เด็กไทย จำนวนไม่น้อยที่ ขังขาดสารไอโอดีนและเป็นโรคโภคิตจาก การขาดธาตุเหล็ก และอื่นๆ อายุน้อย 16 โรค

ผลเสียของการขาดสารอาหารเรื้อรังในเด็กวัยเรียน จะส่งผลถึงระดับการเรียนรู้เดินไตและระดับสติปัญญา ส่งผลให้เด็กไทยตัวเตี้ยแกร่งแกรน สมองเดินโตช้า การเรียนรู้ช้า พัฒนาการไม่เต็มตามศักยภาพโดยเด็กที่มีภาวะเดี้ยดและค่อนข้างเดี้ยจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ก่อนเข้าสูงและสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังทำให้ภูมิคุ้มกันทางโรคลดลง เมื่อเดินโตเป็นผู้ใหญ่จะมีสติปัญญาต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และมีความสามารถในการสร้างรายได้น้อยกว่าเด็กที่ได้รับอาหารเหมาะสมตามวัย (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2547)

ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลสำรวจภาวะโภชนาการในครุ่นเด็กจัยเรียน จำนวน 884 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบร้า มีภาวะอ้วนเริ่มอ้วน และท้วมรวมกันสูงถึงร้อยละ 19.9 (กรมอนามัย, 2552) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการน้ำหนักอาหารที่มีไขมันสูงและมีส่วนผสมเพิ่มขึ้น รวมทั้งขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสนับสนุน (สำนักงานน้ำหนักและโรคอ้วน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งสอดรับกับการสำรวจโภชนาการของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 ที่พบร้า เด็กอายุ 6-14 ปี บริโภคน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบเกือนทุกวันและทุกวัน ร้อยละ 33.7 และ 46.5 ตามลำดับ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้รายงานผลการสำรวจโรงเรียนระดับประถมทั่วประเทศว่า เมนูอาหารกลางวันของโรงเรียนร้อยละ 82.5 จัดรายการอาหารที่มีไขมันสูงและน้ำหวาน เข่นข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวผัด กวยเตี๋ยวผัด ฯลฯ เกลือย 2 มื้อ/สัปดาห์ และร้อยละ 40 ไม่มีร้านขายอาหารเมนู

พัก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้คาดการณ์ไว้ว่า ในปี 2558 เด็กไทยจะเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอยู่ในลำดับที่ 8 ของโลก ซึ่งความชุกของเด็กอ้วนจะสูงถึง 1 ใน 5 ของเด็กวัยก่อนเรียน และ 1 ใน 10 ของเด็กวัยเรียน การมีภาวะน้ำหนักเกินในเด็กจะเป็นวัยรุ่นซึ่งมีความสัมพันธ์กับความอ้วนในวัยผู้ใหญ่มากกว่า การมีภาวะน้ำหนักเกินในเด็กจะเป็นวัยเด็กเล็ก (Martorell, 2003) และหนึ่งในสามของเด็กที่อ้วนตั้งแต่อายุ 7 ปี ท้าให้มีภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 40 ในขณะที่เด็กอ้วนวัยรุ่นทำให้เกิดภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 70-80 โดยจะเป็นโรคอ้วนและเสียต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม แนวโน้มการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนลดน้อยลง ข้อมูลจากสำนักงานน้ำหนักและโรคอ้วน (2553) พบว่า สัดส่วนการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของเด็กวัยนี้ลดลงจากร้อยละ 34.0 ในปี พ.ศ. 2548 เหลือเพียงร้อยละ 9.6 ในปี พ.ศ. 2552 เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่ใช้เวลาในกิจกรรมที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าการวิ่งเล่นตามวัย โดยเด็กอายุ 1-9 ปี ดูทีวีเฉลี่ยวันละ 2 ชั่วโมงและเพิ่มเป็น 2.4 ชั่วโมงในเด็กอายุ 10-14 ปี ซึ่งในการศึกษาระยะยาวแบบติดตามไปข้างหน้าพบว่า การดูโทรทัศน์ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่ส่งผลให้เด็กอ้วนในที่สุด โดยเด็กอายุ 3 ปีที่ดูโทรทัศน์มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เสี่ยงอ้วนที่อายุ 7 ขวบเป็น 1.55 เท่าของเด็กที่ดูสัปดาห์ละ 4 ชั่วโมงหรือน้อยกว่า 3 ชั่วโมง (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2553)

การป้องกันแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาสูงเน้นให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้ คือ มีการออกกำลังกาย บริโภค

อาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัย แต่กลยุทธ์การดำเนินงานยังเป็นการตั้งรับในระดับปัจเจกบุคคล ผ่านการส่งเสริมการเรียนรู้ของประชาชนทุกวัยมากกว่าเชิงรุก ซึ่งส่งผลต่อการบันเกลื่อนมาตรการที่ควบคุมกลไกตลาดและโฆษณาอาหารที่มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่ยังไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองง่ายต่อการถูกชักจูงจากปัจจัยทางสื่อแวดล้อม (ศิรินทร์ฯ พูลเกิด และ ทักษิณ พล ธรรมรังษี, 2553) การดำเนินการระดับโรงเรียนยังไม่สามารถแก้ไขปัญหานักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินได้อย่างชัดเจน (ปรัลภรณ์ ตันติวงศ์, 2547) ขณะที่ทั่วไปมีการลงทุนสำหรับแผนงานการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพมีจำนวนสูงถึงปีละประมาณ 200 ล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (อัจฉรา ปุราคม, 2553) แต่การลงทุนโครงการดังกล่าวยังไม่เกิดประสิทธิผล หรือความคุ้มค่าเนื่องจากประสิทธิผลด้านสุขภาพลดลงทุกปี ทั้งด้านจำนวนผู้ป่วยเบ้าหวานและความดันโลหิตสูงและจำนวนครั้งในการรักษาพยาบาลอย่างไรก็ดี ผลการศึกษาที่อาชัยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายโรงเรียนในการปรับปรุงพฤติกรรมเด็กวัยเรียนในการป้องกันโรคอ้วน (Bunchonhattakit, 2008) พบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ เอกคดิ และความตั้งใจในการป้องกันโรคอ้วนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในระดับโรงเรียนมีการกำหนดนโยบายและการทำกิจกรรมโรงเรียนมากกว่า เช่น กัน

ดังนั้น กระบวนการพัฒนาเด็กไทยให้มีสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่ดีจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมขององค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ในชุมชนจะส่งผลอย่างยิ่งในด้านคุณภาพของการดำเนินงานทุกด้านที่เกิดความมั่นใจได้ว่าการดำเนินงานมีความครอบคลุม ครอบคลุมองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ทั้งนี้

ตั้งอยู่บนข้อมูลพื้นฐานของชุมชนมาประกอบการตัดสินใจ (เดชรัตน์ สาภานันดีและคณะ, 2545) การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนครั้งนี้ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ ในการประเมินภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน กำหนดเป้าหมาย นโยบาย ตัดสินใจในการวางแผนหรือจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา ปฏิบัติการ ประเมินผล และรับผลจากการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพเด็ก ปฏิสัมพันธ์ที่องค์กรต่างๆ มีร่วมกัน และรวมถึงการเปิดโอกาสให้เด็กวัยเรียนได้มีโอกาสจัดการสุขภาวะของตนเองผ่านกระบวนการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการจัดการสุขภาพของตน ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษามีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาการเรียนรู้เดิม โดยของเด็กไทยให้มีปรัชร่างสูงให้ญี่ปุ่นได้สัดส่วน มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีสมรรถภาพในการเรียนและการเล่นกีฬาสูง ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็กไทยให้เรียนรู้เดิมโดยเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพกายและจิตใจที่สมบูรณ์ เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ อีกทั้งยังเป็นโครงการด้านแบบในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนที่อยู่ทั้งในและนอกระบบการศึกษาให้มีสุขภาพที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

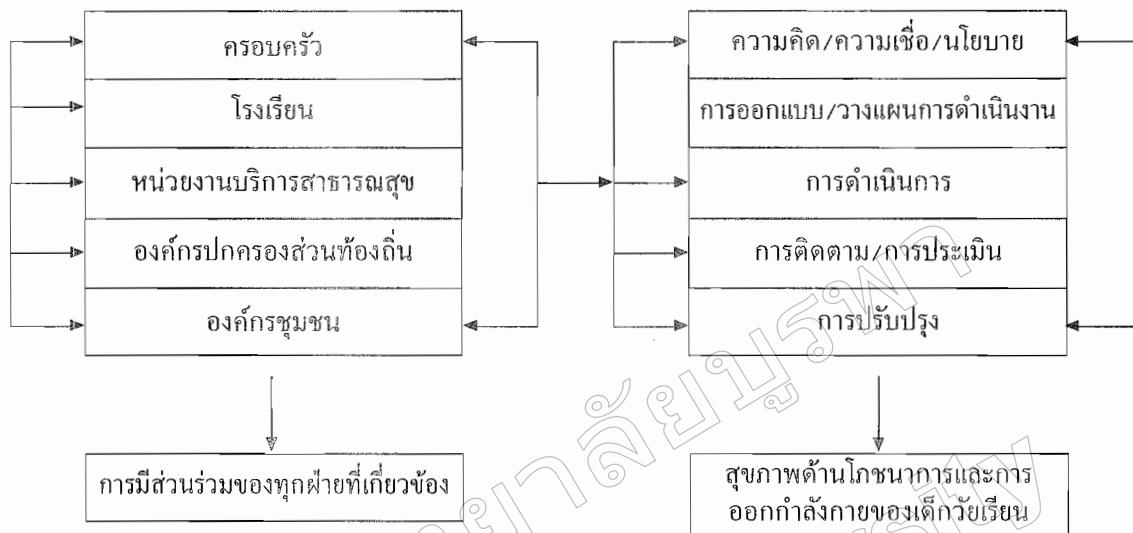
มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการ
การสร้างเสริมสุขภาพโภชนาการและการออกกำลังกาย
แก่เด็กวัยเรียนในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนเป็น ความรับผิดชอบร่วมกันของครอบครัว โรงเรียน หน่วย

งานบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนต่างๆ ซึ่งผ่านกระบวนการของความคิด ความเชื่อกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลเด็กวัยเรียน สู่แผนการดำเนินการ วิธีการดำเนินการ การติดตาม

ประเมินผล และการปรับปรุงแผนการดำเนินงานหรือ ความคิดในการให้บริการ ตามกรอบแนวคิดในแผนภูมิ ที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ขององค์กรและหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการและการออกแบบการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนตามกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ชุมชนในจังหวัดระยองและชลบุรีที่ผ่านการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยวิธีการสุ่มกลุ่ม (cluster random sampling) ได้จำนวน 1 ตำบลฯ ละ 1 ชุมชน ที่มีคุณสมบัติคือ มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชนสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ชุมชนทั้งสองแห่งนี้มีลักษณะความเป็นชุมชนชนบท 1 แห่ง และเป็นชุมชนเมืองที่มีการอพยพโยกย้ายของประชากร และประชากรแห่งภายนอกชุมชน อีก 1 แห่ง

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชนและองค์กรชุมชนที่เข้าร่วมวิจัย ได้แก่

(1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล

ปลัด หัวหน้างานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการศึกษา เจ้าหน้าที่ฝ่ายแผน บุคลากรสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข

(2) ผู้อำนวยการโรงเรียน และคณะกรรมการบริหารโรงเรียน ครุประจ้าหัน และครุที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน โดยโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง และเป็นโรงเรียนในผืนที่ผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งสองแห่ง

(3) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 2 ห้อง มีนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย จำนวน 43 คน และ 35 คน รวมทั้งสิ้น 78 คน และครอบครัวของเด็กโดยเข้าร่วมกิจกรรมประชุมและเปลี่ยน และรับการสัมภาษณ์ 10 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เด็กและสูงอายุ กลุ่มเด็กวัยเรียนและครอบครัว ที่มีความต้องการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชนเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียน เครื่องมือนี้ไม่ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น เพราะเป็นเพียงประเด็นคำถามหลักและรอง แต่จะตรวจสอบความครอบคลุมของสาระตามวัดถูกต้องที่เก็บข้อมูล
2. แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 10 ข้อ ถามชนิดอาหารที่เด็กบริโภค และจำนวนเม็ดอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ลักษณะคำตอบจะเป็นใช่หรือไม่ ส่วนที่ 2 จำนวน 10 ข้อ ถามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ภายหลังจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เห็นเด็กวัยเด็กกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงเรียนในจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลfaของครอนบัช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลาง ($\alpha = .74$)
3. แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐาน สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพใช้แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานฯ สำหรับเด็กไทยอายุ 7-18 ปี (คณะกรรมการส่งเสริมกีฬาและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในสถาบันการศึกษา และการพัฒนาองค์ความรู้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549)
4. ตาราง 9 ของ รศ.เจริญ กระบวนการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ช่วยในการพัฒนาสมองของเด็กกีฬาและเด็ก โดยฝึกปฏิบัติรายวันรู้และตอบสนองต่อการเคลื่อนไหว (ทุกชั้น ศูนย์รวมภาษา, 2552)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นคำถามและขั้นตอนการทำวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่ พร้อมแนวทางการประสานงานกับองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง
2. ประชาสัมพันธ์กลุ่มผู้แทนองค์กรชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สร้างความตระหนักรถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน และเปลี่ยนข้อคิดเห็น และสัมภาษณ์เด็กผู้บริหารองค์กรชุมชน ในประเด็นนโยบายสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินงานด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน ท่ององค์กรชุมชนดำเนินงานอยู่
3. จัดสนับสนุน แนะนำและสัมภาษณ์เด็กในกลุ่มที่ยังไม่ชัดเจนกับผู้แทนสมาชิกชุมชน และครอบครัว ศึกษาความคิด/ ความเชื่อ และการรับรู้ นุ่มนวลของครอบครัวและชุมชนต่อสถานการณ์ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน
4. นำข้อมูลที่ได้มาระบุลงในแบบฟอร์มที่ออกแบบไว้ เพื่อเพิ่มเติมให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และทำให้คุณผู้วิจัยได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องต่องาน เตรียมร่างแผนการดำเนินงานเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมองค์กรชุมชน
5. ประชุมองค์กรชุมชนเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน และกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย และทบทวนนโยบายสุขภาพที่มีอยู่ ปัญหาอุปสรรคและกำหนดแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณต่อไป

6. ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนที่ได้วางไว้ร่วมกับองค์กรชุมชน ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนผ่านการประเมินสมรรถภาพทางกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จัดทำแผนที่ความคิดเห็นของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของลูก การสร้างความตระหนักรู้ในการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการกำหนดแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ระยะเวลาการดำเนินการ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ จำนวนห้องเรียน 8 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์

7. ประชุมผู้แทนองค์กรชุมชนทุกเดือนฯ ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามผลการจัดกิจกรรม และสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อให้เกิดการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อเป้าหมายขั้นต่อไป และกำหนดแผนการขยายผลไปยังเด็กวัยเรียนในชั้นอื่นๆ และชุมชนเพื่อไปสู่เด็กนอกระบบ

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความหลากหลาย โดยใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้จากการรวมรวมข้อมูลเดียวกัน หลากหลายแหล่ง ผู้ร่วมรวมข้อมูลหลากหลายคน และต่างช่วงเวลา กัน (triangulation technique) (Denzin, 1989) ได้แก่ การสัมภาษณ์ในประเด็นเดียวกันจากผู้ให้ข้อมูลหลากหลายคน การศึกษาจากเอกสารการครุและสุขภาพเด็กวัยเรียน แผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง รายงานสถิติ ต่างๆ ขององค์กรชุมชน และการประชุมหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละวันของคณะผู้วิจัยเพื่อตรวจสอบข้อกันพนที่ได้ม่าว่า มีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร และการสะท้อนกลับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (data reflections)

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ นิวัธิการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ (1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง

ปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการบรรยายลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินสถานการณ์ ด้านภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกายของเด็กวัยเรียน และนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพเด็ก (2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งแบบรายวันและเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาของโคลาizzo (Colaizzi, 1978 cited in Streubert & Carpenter, 2003) คือ อ่านทำความเข้าใจถ้อยคำต่างๆ ในนั้นทึ่กหมายๆ ครั้ง ประมาณผลและบันทึกข้อความที่เกี่ยวข้องทั้งหมดโดยไม่มีการตีความ ขับประเด็นสำคัญและให้สัญลักษณ์ประจำคุณหรือข้อความสำคัญที่เป็นความหมายในประเด็นที่ศึกษา กำหนดความหมายของประเด็นที่ศึกษา แล้วจัดกลุ่มของความหมายที่เหมือนกันแล้วให้ซึ่อเป็นข้อสรุป จากนั้นจึงอธิบายความหมายของประเด็นพร้อมอธิบายโครงสร้างที่สำคัญทั้งหมด สุดท้ายได้ทำข้อสรุปที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบว่ามีความหมายตรงกับที่นักอภิปรายหรือไม่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่จัดบริการในชุมชนที่ศึกษา

1.1 ความคิด/ความเชื่อ และนโยบายสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน องค์กรต่างๆ ในชุมชนต่อเด็กวัยเรียน

(1) มนุษย์ขององค์กรชุมชน : ภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กในภาพรวมยังไม่เป็นปัญหาที่ต้องจัดการแก้ไขในขณะนี้ เนื่องจากระดับความรุนแรงและขนาดของปัญหาไม่นำก่อให้ปัญหายาเสพติดที่ได้รับการชี้ให้เป็นนโยบายเร่งด่วนที่ต้องป้องกันแก้ไขจากรัฐบาลและ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากแต่ผลการสัมภาษณ์เด็กเล็ก องค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงกลับพบว่า เด็กวัยเรียนกำลังเพชญกับปัญหาภาวะโภชนาการเกิน เกณฑ์ฟันผุในเด็กเล็ก และการไม่รับประทานอาหารเข้าของเด็กวัยเรียน โดยส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็ก อย่างไรก็ตาม องค์กรชุมชนยอมรับและรู้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนและจัดบริการให้แต่ชุมชนและครอบครัว ยังขาดข้อมูลสะท้อนกลับในการพิเคราะห์จากองค์กรชุมชน จึงทำให้มิได้ตระหนักและเข้ามาร่วมคิด วางแผนแก้ไข ประกอบกับภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว การจัดบริการเชิงปัจจัยเป็นภาระหน้าที่ท่องค์กรชุมชนต้องจัดบริการฝ่ายเดียว

การจัดบริการที่ดำเนินการอยู่ มีรูปแบบการให้บริการตามแนวโน้มนายและแผนการดำเนินงานที่มีการมองหมายนโยบายมาจากหน่วยงานระดับสูง เช่น การจัดบริการตามองค์ประกอบของโครงการโรงเรียนในฝัน/โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การจัดอาหารกลางวันและน้ำใจโรงเรียน ดำเนินงานตามโครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน คนไทยไร้พุง การฝึกระวังทางโภชนาการโดยการวัดส่วนสูง ชั้นน้ำหนัก โดยการตรวจสุขภาพประจำปีโดยนักเรียน เป็นต้น การจัดกิจกรรมตามตัวชี้วัดสามารถทำได้ผ่านตามเกณฑ์ แต่ยังขาดการคิดตามและประเมินผลด้านคุณภาพของกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การจัดบริการส่วนใหญ่ เป็นการสร้างเสริมและการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งมีทั้งการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การจัดบริการให้ด้วยความพยายามให้เด็กและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การตรวจหาสารพิษ สารปนเปื้อนในอาหารที่นำมาขายในโรงเรียน และร้านค้ารอบๆ โรงเรียน การสนับสนุนให้เด็กได้มีโอกาสไปแข่งขัน กีฬาต่างๆ การจัดให้มีวิทยากรสอนทักษะด้านกีฬา ข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มเด็กวัยเรียนบางกลุ่ม

ที่เป็นปัจจัยเฉพาะเจาะ เด็กผู้หญิง หรือเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กเล็ก ยังไม่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายจากองค์กรชุมชนเท่าไรนัก

(2) นุ่มนวลและการรับรู้ต่อสภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน ในครอบครัวและในชุมชนของผู้ได้รับผลกระทบจากการจัดบริการ : มองว่าเป็นเรื่องตามธรรมชาติของเด็กในวัยนี้ เมื่อโตขึ้นก็จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หรือถ้าหากไม่ได้ขึ้นก็ยกให้เป็นเรื่องของบุญกรรมที่ทำกันมากแต่ชาติก่อน และยังมีค่านิยมเกี่ยวกับรูปร่างของเด็กที่ชื่นชอบเด็กอ้วนมากกว่าผอม เพราะแสดงถึงสุขภาพและสุขอนุฐานะเศรษฐกิจของผู้ดูแลเด็ก การจัดการแก้ไขปัญหาจะῆกระทำไปตามความรู้และประสบการณ์การเลี้ยงดูของรุ่นพ่อแม่ที่มีอยู่เดิม หากสถานการณ์ของเด็กด้านอาหารและการออกกำลังกายไม่ได้ทำให้เด็กเจ็บป่วยหรือไม่สบายก็ยังไม่ถือว่ารุนแรงจนต้องไปพึ่งบริการทางสุขภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชน คำว่ารูปร่างตามความเข้าใจและการรับรู้ของครอบครัวและผู้แทนชุมชนคือ เด็กรับประทานอาหารไม่ได้ มีไข้ตัวร้อน ไม่สามารถไปโรงเรียน หรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ครอบครัวและชุมชนไม่ได้มองเรื่องผลผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคแพ้ในระบบท้ออหาร หรือระดับผลการเรียนที่ต่ำ (ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่เด็กไม่ได้รับประทานอาหารเข้าทำให้ขาดสมรรถภาพในการเรียน) นอกจากนี้ การจัดบริการแก้เด็กวัยเรียนยังถือเป็นหน้าที่ขององค์กรชุมชนที่ครอบครัวมีหน้าที่เป็นผู้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมเท่านั้น ยังไม่มีความต้องการเข้าไปร่วมแสดงความคิดเห็นเรื่องจากภาระงานอาชีพที่ต้องหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว

อย่างไรก็ต้องมีการร่วมด้วยกันให้เกิดกิจกรรมด้านกีฬาของเด็ก และคนในหมู่บ้าน โดยเริ่มจากการจัดกิจกรรมในวัน

สำคัญทางประเพณีพื้นบ้านของท้องถิ่น แม้บางแห่ง จะได้รวมกลุ่มที่ยังจำกัดวงเฉพาะกลุ่มเด็กผู้ชายและวัยรุ่นชายก็ตาม ขณะเดียวกันการรวมตัวของชุมชนที่ทำให้เกิดการรวมกลุ่มของคนในชุมชนมาร่วมกัน ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาร่วมกันยังไม่เกิดขึ้นในชุมชนที่มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง เนื่องจากสภาพการดำรงชีวิต และประชากรส่วนใหญ่เป็นประชากรที่มีการอพยพเคลื่อนย้ายสูง ยังไม่เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน

1.2 นโยบายสุขภาพและรูปแบบการจัดบริการด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนในชุมชนขององค์กรชุมชน มีการบรรจุเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชนไว้ในแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนระยะสั้น 3 ปี ไว้ 3 ด้านคือ

(1) **ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ** ได้แก่ การจัดให้มีส่วนสุขภาพประจำตัวลดการสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา การสนับสนุนงบประมาณในการสร้างและปรับปรุงสนามกีฬาและเปิดบริการให้ชุมชนเข้ามายใช้ได้ทุกเมื่อตามต้องการ

(2) **ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลทั้งในระดับครอบครัวและบุคคล** เพื่อให้สามารถควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมของเข้า ได้แก่ การสนับสนุนให้มีวิชาการมาสอนทักษะในการเล่นฟุตบอล การจัดค่าย อ.y.n.อย และสุขาภินาคอาหาร การจัดให้มียุวเกษตร การอบรมผู้ประกอบด้านโภชนาการ ควรามเสริมสร้างเต็ก

(3) **ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง** ทำให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของและควบคุมกิจกรรม ให้เหมาะสมของชุมชนเอง ได้แก่ การสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนสร้างสุขภาพของชุมชน จุดกำเนิดของชุมชนฯ ในชุมชนที่มีลักษณะความเป็นชุมชนชนบทจะเริ่มการพนวกเรื่องสุขภาพเข้ากับประเพณีวัฒนธรรมในท้องถิ่น และมีคืนชุมชนเป็น

เจ้าภาพในสิ่งที่สามารถได้ร่วมกิดร่วมทำขึ้น โดยมีองค์กรชุมชนช่วยสนับสนุนงบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์ ส่วนชุมชนที่มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองจะมีจุดก่อเกิดจากการผลักดันของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติตามนโยบายการดำเนินงาน การดำเนินงานยังอยู่ภายใต้การคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียน

2.1 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเด็กวัยเรียนในชุมชน

ขั้นตอนที่ 1 แสวงหาภาคีความร่วมมือและศึกษาภารกิจหลัง ประจำรอบด้วยกิจกรรมคือ (1) ศึกษา วิเคราะห์ภารกิจหลังของชุมชนเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยได้สัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าองค์กรชุมชน และจัดการสนทนากลุ่มย่อยกับประธานชุมชน ผู้นำชุมชน พยาบาล วิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (2) ศึกษาความคิด/ความเชื่อ และการรับรู้ ภูมิปัญญาของครอบครัว ชุมชนต่อสถานการณ์ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนกับผู้แทนสมาชิกชุมชนและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน ที่มีวิจัยได้นำเสนอร่างแผนการดำเนินงาน ประจำรอบด้วย การประเมินสุขภาวะด้านอาหารและการออกกำลังกายของเด็ก กัดเลือกและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมตามผลการประเมิน ประเมินผลเป็นระยะพร้อมปรับปรุงแก้ไข และประเมินผลการดำเนินงาน ที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความมุ่งหมายในการจัดกิจกรรมคือ กิจกรรมที่จัดขึ้นมีได้มุ่งเน้นในเรื่องการให้ความรู้ หรือการสร้างความเข้าใจในประเด็นของอาหารและการออกกำลังกาย เนื่องจากมีอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนอยู่แล้ว แต่เป็นการ

สร้างความตระหนักเพื่อนุ่งหัวใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจากการได้รับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง (การประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ) และ การประเมินตนเอง การประเมินจากเพื่อนบok โดยให้ เด็กได้คิดและวางแผนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ เขายังตามบริบท ธรรมชาติของเขา และความตั้งใจ ของตนด้วยตนเองหรือโดยมีกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ และมีการทบทวนนโยบายสุขภาพด้านโภชนาการและ การออกกำลังกายขององค์กรชุมชนที่ดำเนินงานอยู่ ปัญหาอุปสรรค รวมทั้งกำหนดแผนการดำเนินงานใน ปีงบประมาณเดือนไป มีข้อตกลงให้ประชุมอภิปรายทุก เดือนๆ ละ 1 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินงาน ปรับปรุงแผน
และประเมินผลการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาใน
การดำเนินงานในทุกสัปดาห์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง ซึ่งในการดำเนินการจริงบาง
ครั้งไม่สามารถจัดกิจกรรมได้เรียบร้อยใน 1 ชั่วโมง
จึงทำให้มีการขยายเวลาการจัดกิจกรรมออกไปบ้างใน
บางครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ ส่งต่อ ขยายผลสู่ชุมชน ที่ประชุมให้ความเห็นว่า กิจกรรมที่จะจัดขึ้นไม่ได้เป็นกิจกรรมที่จะจัดให้เด็กแต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นกิจกรรมที่ชุมชนจะจัดให้เกิดขึ้นเพื่อการสร้างสุขภาพที่ดีด้านโภชนาการและการออกกำลังกายให้กับเด็ก โดยพิจารณาให้เกิดความครอบคลุมทั้งกลุ่มเด็กชายและเด็กหญิง พร้อมทั้งการกระตุ้นเตือนให้ครอบครัวได้เห็นความสำคัญและส่งเสริมให้เด็กได้มีโอกาสเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันมากขึ้น สำหรับโรงเรียน จะได้มีการประชุมครุภูมิให้ใช้การออกกำลังกายมาลงโทษนักเรียน ซึ่งจะทำให้เด็กมีความรู้สึกไม่ดีกับการออกกำลังกายไปด้วย

2.2 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการ สร้างเสริมสภาพ นำเสนอด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

(1) ผลการประเมินสมรรถภาพทางกาย

เพื่อสุขภาพ พนว่า เกือบทุกคนมีรูปร่างพอเหมาะสม มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อออยู่ในระดับมาตรฐาน ความอ่อนตัวดีตามมาตรฐานซึ่งจะช่วยในเรื่องลดการลื่นล้มได้ง่ายในขณะที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่ที่น่าเป็นกังวลคือ มากกวาร้อยละ 70 ของเด็กนักเรียนที่เข้ารับการประเมิน มีค่าความทันทานของระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ทำให้นักเรียนออกกำลังกายต่อเนื่องไม่ได้นาน เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พนว่า เพศชายมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงมีความอ่อนตัวดีกว่าเพศชาย

(2) ผลการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอดยังเป็นอาหารยอดนิยมของนักเรียนทั้งหญิงและชาย ที่ซื้อรับประทานในมื้อกลางวัน ร้อยละ 34.2 และร้อยละ 37.91 ตามลำดับ รองลงมาคือ น้ำหวาน ขนมหวาน ไอศครีม ถุงกอน ในร้อยละที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังพบว่า มื้อเช้าเป็นมื้อที่นักเรียนไม่รับประทานมากที่สุดทั้งในวันหยุดและวันเปิดเรียน สาเหตุเนื่องจาก ไม่มีเวลา เพราะตื่นสาย บ้านอยู่ไกล รับประทานแล้วปวดห้อง เห็นเพื่อนไม่รับประทานเลย ทำตาม และกลัวอ้วน

เมื่อพิจารณาความตี่ ดังตารางที่ 1 พบว่า
นักเรียนครึ่งหนึ้ง (ร้อยละ 55.6) รับประทานผักใบเขียว
สัปดาห์ละ 1-2 วัน ส่วนใหญ่รับประทานผลไม้ไม่หวาน
จัดสัปดาห์ละ 1-4 วัน ที่น่าสนใจคือ เด็กส่วนใหญ่
(ร้อยละ 93.8) ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน โดยจำนวนน้ำ
ดื่มน้ำอัดลมเกือบทุกวัน/ทุกวัน ร้อยละ 25.9 ใกล้เคียง
กับการรับประทานนมกรุณกรอบที่พบว่า ร้อยละ 37
รับประทานเกือบทุกวัน/ทุกวัน สำหรับขนมหวาน
ไอศครีม คุกกี้ ขนมไส้กะทิ, ผลไม้รสหวาน, อาหารทอด
นักเรียนครึ่งหนึ่งจะรับประทาน 1-2 วัน/สัปดาห์ ใน
ขณะที่จะรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารมัน ใน
ความตี่สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง นักเรียนส่วนใหญ่ไม่รับ

ประทานอาหารที่มีรสเด็ดหรือรับประทานสัปดาห์ละ 1-2 วัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำแนกตามความถี่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ($N=81$)

ชนิดของอาหารและเครื่องดื่ม	ความถี่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร			
	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่รับประทาน	1-2 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์
1. ผักใบเขียว (ผักสุก)	7 (8.6)	45 (55.6)	22 (27.2)	7 (8.6)
2. ผลไม้ไม่หวานจัด	8 (9.9)	39 (48.1)	30 (37.1)	4 (4.9)
3. น้ำอัดลม น้ำหวาน	5 (6.2)	35 (43.2)	20 (24.7)	21 (25.9)
4. ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ	3 (3.7)	28 (34.6)	20 (24.7)	30 (37.0)
5. ขนมหวาน ไอศครีม ขนมใส่กะทิ	13 (16.1)	44 (54.3)	13 (16.0)	11 (13.6)
6. ผลไม้รสหวาน	12 (14.8)	35 (43.2)	26 (32.1)	8 (9.9)
7. มันผั่งทอด ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอด เกี๊ยวทอด แซมเบอร์เกอร์ พิซซ่า	9 (11.1)	41 (50.6)	24 (29.6)	7 (8.6)
8. มะม่วงส้มส้ม	10 (12.3)	41 (50.6)	19 (23.5)	11 (13.6)
9. เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารมันๆ	7 (8.6)	37 (45.7)	26 (32.1)	11 (13.6)
10. อาหารที่มีรสเด็ด	33 (40.7)	31 (38.3)	11 (13.6)	6 (7.4)

(3) การอภิปรายและบททวนนโยบาย และแผนการดำเนินงานด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนขององค์กรชุมชน พบว่า ยังไม่มีแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับเด็กโดยเฉพาะ และการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยโรงเรียน โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุน จึงได้พูดคุยและวางแผนทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียนในปีต่อไป ดังนี้

ก. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพด้านโภชนาการ จะดำเนินการพร้อมกันทั้งในโรงเรียน

และชุมชน ร้านอาหารในโรงเรียนนอกจากจะมุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัยของอาหาร ตามโครงการ อ.ย.น้อย ที่ได้ดำเนินการอยู่ และการจัดบริการอาหารเช้าแก่เด็กแล้วนั้น จะมุ่งประเด็นไปที่คุณค่าทางโภชนาการ ที่ลดหวาน มัน เค็ม และเน้นผักผลไม้ให้มากขึ้น เช่น เปเลี่ยนจากอาหารทอดเป็นปิ้ง ย่าง หรือนึ่งแทน และยังคงนโยบายเรื่องการห้ามขายน้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบในโรงเรียน ส่วนหานเร รถเข็นที่มาขายบริเวณริมรั้วโรงเรียน ยังเป็นปัญหาที่ชุมชนและผู้ปกครองจะต้องร่วมมือกันช่วยดูแลลูกหลานของตนในการเลือกซื้อขนม สำหรับร้านอาหารในชุมชนจะมุ่งเน้นประเด็นอาหารปลอดภัยท่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์สุขภาพชุมชนจะร่วมมือกันในการตรวจสอบ

ดูแลต่อไป

บ. การออกแบบอาหารสำหรับเด็กผู้หญิงที่พบว่า ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เป็นประเด็นที่ทั้ง 3 ฝ่าย คือ โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และชุมชน ได้ร่วมกันคิดกิจกรรมการออกแบบอาหารสำหรับเด็กหญิงโดยอาจประยุกต์ทำรำพื้นบ้านหรือเพลงพื้นบ้านเข้ากับการออกแบบอาหาร (แอโตรบิกแดนซ์) หรือการส่งเสริมการละเล่นพื้นบ้าน เช่น ทอยกอง เป็นต้น

ค. การเพิ่มโอกาสในการออกแบบอาหารให้กับเด็กวัยเรียน จะดำเนินการต่อเนื่องในส่วนของกิจกรรมการออกแบบอาหารหน้าเสาธง การเดินเรียน ที่ได้มีการเสนอเพิ่มเติมคือ การไม่ใช้การออกแบบอาหารเป็นการลงโทษเด็กที่กระทำผิด การให้มีช่วงพักเรียนระหว่าง课堂ในช่วงบ่ายนานขึ้นอีก 10 นาที และการจัดกิจกรรมกีฬาชุมชนที่เพิ่มประเภทกีฬาสำหรับเด็กไปด้วย

ง. การไม่รับประทานอาหารเช้าของเด็กนอกจากจะเป็นหน้าที่หนึ่งของผู้ปกครองที่ต้องดูแลให้บุตรหลานได้รับประทานอาหารเช้าก่อนเข้าเรียนแล้ว โรงเรียนจะจัดบริการอาหารเช้าที่มีเมนูหลากหลายเมนากับเด็ก และจะให้บริการถึงช่วงเวลาพักระหว่าง课堂เรียนในช่วงเช้าให้เด็กได้ซื้อรับประทานในราคากลุ่มนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลจะได้ข้อความร่วมมือจากชุมชน (กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรีพัฒนาชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข) ได้จัดอาหารเช้าย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม นมริการในราคากลุ่มแรกเดือนละครั้ง

(4) การจัดกิจกรรมกับเด็กนักเรียนกลุ่มนี้เป็นรายเดือน คือ เดิมเติมโภชนาการลดหวานมันก็เป็นหนึ่งอย่าง แต่ก็ต้องมีการนำการศึกษาพัฒนาตัวตน นบทความเข้าใจในหนังสือพิมพ์มาให้ช่วยกันวิเคราะห์วิจารณ์พบว่า เด็กไม่ต้องการมีส่วนร่วมเสื่อม (อัลไซเมอร์) และรู้ว่าที่ตนเองเกขเข้าใจว่าการรับประทานอาหารเช้าทำให้อ้วนเป็นความ

เข้าใจผิด รวมทั้งรับรู้ประโยชน์ของอาหารเช้า การจัดกิจกรรมให้มีการได้รู้ว่า “กินอาหารดีมีประโยชน์ทำให้ร่างกายแข็งแรงกว่าการออกกำลังกาย” ช่วยให้เด็กนักเรียนได้หาข้อมูลมากก็ต้องกันด้วยเหตุผล พร้อมกับได้ข้อสรุปว่า ทั้งสองอย่างนั้นสำคัญเท่ากันที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรงและต้องกินและออกกำลังให้เหมาะสมกับวัย เพศและความชอบด้วย จึงจะทำให้ปฏิบัติตามได้ด้านนี้

การจัดกิจกรรมประกวดการเดินตราง 9 ซึ่งโดยนักวิจัยได้สอนทำพื้นฐานให้ 3 ท่า แล้วให้เด็กไปคิดทำเพิ่มเติมอีก 3 ท่าประกอกเพลงที่กำหนด 1 เพลิงไปฝึกซ้อมกันเป็นกลุ่มตามระยะเวลาที่กำหนด (2 สัปดาห์) แล้วมาประกวดแข่งขันกัน เด็กๆ มีความคิดสร้างสรรค์ และสนุกกับกิจกรรมนี้มาก อย่างไรก็ได้กิจกรรมนี้ในช่วงแรกยังต้องอาศัยอุปกรณ์ตราง 9 ซึ่งทำให้ไม่สะดวกในช่วงแรกที่เด็กกลับไปฝึกฝน เพราะมีน้ำหนักมาก ลักษณะ แต่มีน้ำหนักกลุ่มฝึกซ้อมทำให้ขาดขาตรางได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์อีก

การจัดทำแผนที่ความคิดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อกระตุ้นความคิดและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องของตนเอง ให้เพื่อนๆ ในกลุ่มได้รับทราบ วิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางการแก้ไขตามวิธีการของตนเอง และเพื่อนช่วยเพื่อนกำหนดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีการติดตามผลทุก 1 สัปดาห์ ให้ทุกคนลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ตนต้องการเปลี่ยนมากที่สุดแล้วนำมาเสนอหน้าชั้นเรียน ผลการปฏิบัติพบว่า นักเรียนเกินครึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ส่วนคนที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพราะสาเหตุที่แก้ไขไม่ได้ด้วยตนเองและเพื่อน ได้แก่ บ้านอยู่ไกล จึงทำให้มาสาย และรับประทานแล้วปวดท้อง โดยได้ส่งต่อข้อมูลของนักเรียนรายนี้ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อบำบัดอาการปวดท้องต่อไป

(5) การส่งต่อข้อมูลให้กับองค์กรชุมชน

ทั้งข้อมูลการประเมินต่างๆ เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และผลการดำเนินงานทั้งหมด ได้มีการร่วมกันวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับเด็กในชุมชน มุ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องได้อัจฉริยะและตื่นตัวของเด็ก เช่น การประชุมพ่อค้าแม่ค้าในโรงเรียนเรื่องการลดปริมาณน้ำตาลในน้ำหวานน้ำผลไม้สัง (ซึ่งภายหลังการติดตามหลังงานวิจัยสืบสุดทราบว่า พ่อค้า แม่ค้า มีความยินดี เพราะช่วยลดต้นทุนการผลิตด้วย) การปรับเปลี่ยนอาหารทอดบางรายการ เป็นต้ม หรือย่างแทน รวมทั้งการขอความร่วมมือจากร้านค้ารอบโรงเรียนจัดอาหารที่มีคุณค่าให้กับเด็ก เพื่อการเข้าประมวลเป็นร้านอาหารสำหรับเด็กในปีต่อไป และการบรรจุเข้าแผนปฏิบัติการประจำปีในปีต่อไป

2.3 องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ
การสร้างเสริมสุขภาพฯ ประกอบด้วยองค์ประกอบ
สำคัญ 4 อย่างคือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์การ
สร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลัง
กายของเด็กวัยเรียนที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งที่เป็นข้อมูล
ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกู้มย่อย
ของหัวหน้าองค์กรชุมชน ข้อมูลจากแบบสอบถาม
และประเมินสมรรถภาพทางกายของเด็กวัยเรียน (2)
การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง และมี
หน้าที่รับผิดชอบต่อการกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพ
เด็กวัยเรียนทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ
ตลอดจนพัฒนาศักยภาพร่วมกันในกระบวนการสร้างเสริม
สุขภาพแก่เด็กวัยเรียน (3) การเปิดโอกาสให้เด็กได้
รับรู้ข้อมูลสุขภาวะด้านโภชนาการและสมรรถภาพ
ทางกายของตนเอง เพื่อเกิดความตระหนักร รวมทั้งให้
เด็กได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นุ่มนอง คิด
วางแผนแก้ไขและสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง โดย
อาจให้เพื่อนที่มีสุขภาวะคล้ายกันเข้ามาช่วยเหลือกัน
และ (4) การสะท้อนกลับข้อมูลการดำเนินงาน เพื่อ

ให้เกิดการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อเป้าหมายขั้นต่อไป และขยายผลไปยังเด็กวัยเรียนในชั้นอื่นๆ และเด็กวัยเรียนนอกระบบในชุมชน

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยมีประเด็นที่นำมาอภิปราย ดังนี้

1. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พนบวฯ องค์กร
ชุมชนมีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ
ของแต่ละองค์กร มีการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนิน
งานซึ่งกันและกัน กิจกรรมที่จัดเป็นการดำเนินงาน
ตามนโยบายและแผนงานโครงการของหน่วยงาน
ระดับสูง มีการจัดกิจกรรมได้ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด
แต่ยังขาดการติดตามและประเมินผลด้านคุณภาพ
ของกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้นโยบาย แนว
ทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจากหน่วยงาน
ระดับสูงเป็นสิ่งที่ดี แต่ยังขาดการสนับสนุนเรื่อง
ความชัดเจนในนโยบาย และเรื่องงบประมาณ ผล
การจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพครั้งนี้ ทำให้
เกิดความตระหนักรู้คิดในกลุ่มองค์กรชุมชนถึง
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง เกิด
แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและ
การออกกำลังกายแก่เด็กวัยเรียนทั้งในระบบและ
นอกระบบการศึกษาโดยบรรจุเป็นแผนงานประจำปี
ในปีต่อไป

2. ผลการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียนครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการสำรวจในระดับชาติ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553 สำนักงานสนับสนุนกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2552) และระดับบุคคล (อารยา ตั้งวิทูรย์, 2550 บุญเอื้อ ยงวนิชชากร และผู้สืบ จันทร์บาง, 2546) ที่พบว่า เด็กมีการบริโภคขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ และดื่มน้ำอัดลมเกือบทุกวัน ในขณะที่รับประทานผักใบเขียวเพียงสัปดาห์ละ 1-2 วัน วิถีชีวิต

ที่ไม่เหมาะสมเข่นนี้ชี้ว่า แนวโน้มปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในกลุ่มนักเรียนจะเพิ่มเรื่องขึ้น มีผลกระทบในระยะยาวทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของเด็กที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไปในอนาคต และภาระค่ารักษาพยาบาลจากโรคไม่ติดต่อต่างๆ การจัดการกับปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องดำเนินการตั้งแต่การป้องกันทั้งในระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศ ซึ่งต้องอาศัยนโยบายและการดำเนินการในด้านต่างๆ ของรัฐบาลอย่างจริงจังโดยมีมาตรการต่างๆ ออกแบบอย่างเชื่อมโยงกันทั้งระบบตั้งแต่มาตรการเรื่องภาษี การโฆษณาสินค้า การควบคุมคุณค่าทางโภชนาการของสินค้า ระดับสังคมโดยเฉพาะสื่อต่างๆ ที่ต้องทำหน้าที่ เป็นผู้นำเสนอแบบอย่างที่ดี แก่เด็กและเยาวชนให้เกิดการเลียนแบบในทางที่ดี ระดับชุมชนมุ่งเน้นเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ส่วนระดับครอบครัวควรต้องได้รับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันไม่ให้บุตรหลานเกิดภาวะอ้วน และการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ทั้งนี้ หากสามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันในทุกๆ ด้าน ตามที่กล่าวมา เชื่อว่าเด็กไทยจะมีภูมิคุ้มกันดูดองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคอ้วนได้

3. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพฯ ในการศึกษารังนี้ ได้นำแนวคิดหลักการของยุทธศาสตร์ระดับโลกและกฎหมายต่อรองนำมาประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายของเด็กนلنพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และบนพื้นฐานข้อมูลสถานการณ์ด้านโภชนาการและการออกแบบกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่ได้มีการประเมินโดยผู้วิจัย เพื่อแสวงหาภาคีความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจำเป็นต้องมีความพร้อมพอดูสมควรในองค์ประกอบต่างๆ อันได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการออกแบบกำลังกายที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน ข้อมูลชุมชนในด้านต่างๆ และกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้มีการ

ระดมความคิดเห็นในการใช้ข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตามสภาพที่เป็นจริง กระทั้งเลือกและออกแบบกิจกรรมของโครงการได้จากนั้นนำไปสู่การปฏิบัติจริง จนพัฒนาเป็นศักยภาพและความสามารถของชุมชนในการดูแลสุขภาพคนเองได้อย่างยั่งยืนในที่สุด คือ สามารถช่วยดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างดี ก่อนที่จะส่งต่อถึงแพทย์ได้อย่างเหมาะสมทั้งการ

4. การศึกษารังนี้ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียน เนื่องจากในการประเมินเมื่อต้น โดยการพูดคุยในห้องเรียน พบว่า เด็กได้รับความรู้เรื่องอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในช่วงโรงเรียนสุขศึกษาอยู่แล้ว แต่มุ่งเน้นเรื่องการสร้างความตระหนัก การปรับเปลี่ยนสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพุทธิกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกแบบกำลังกายที่ถูกต้องอย่างไรก็ตี การทบทวนงานวิชาที่ผ่านมาทำให้ได้ขอเท็จจริงว่า แม้จะมีความรู้ทางด้านการบริโภคอาหารและการออกแบบกำลังกายและตระหนักรถึงผลดีของการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการออกแบบกำลังกาย แต่หากปัจจัยแวดล้อมทั้งในระดับครอบครัว โรงเรียน และนโยบาย กฏหมาย ระบบการค้า ไม่เอื้อให้บุคคลสามารถที่จะมีพุทธิกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ บุคคลที่อยู่ในปัจจัยแวดล้อมนั้นก็ไม่สามารถปฏิบัติพุทธิกรรม เช่นนั้นได้ ปัจจัยแวดล้อมจึงมีส่วนสำคัญยิ่งในการสร้างพุทธิกรรมที่ดีของบุคคล จึงต้องจัดการกับปัจจัยแวดล้อมนี้ควบคู่ไปกับการจัดการกับพุทธิกรรมของบุคคลด้วย ดังนั้น ใน การศึกษาวิจัยรังนี้ จึงได้มีการอภิปรายถึงแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกแบบกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่มีอยู่ พัฒนามาที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้ร่วมกันคิดแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อจัดทำแผนการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนให้ครอบคลุมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน พร้อมส่งคืนข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อดำเนินการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หากโรงเรียน องค์กรชุมชนได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการนำตาราง ๑ ช่อง มาเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบกายให้กับเด็กวัยเรียน และขยายออกไปยังประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยการนำมาพัฒนา กับการเด็กและเยาวชน ได้แก่ เด็ก ลีลาศ รำ ท่อนด่างฯ ที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพทั้งทางกาย ใจ อารมณ์

2. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนา การและการออกแบบกายครั้งนี้ ขั้นตอนที่สำคัญที่สุดคือ การแสวงหาความร่วมมือจากภาคีที่เกี่ยวข้อง และการคืนข้อมูลให้ชุมชน ซึ่งทุกขั้นตอนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ได้

3. องค์กรชุมชนสามารถนำผลการประเมิน พฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียน ที่ได้ไปวางแผนการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพแก่เด็กวัยเรียนได้ ตั้งแต่การพัฒนานโยบายสุขภาพ ด้านอาหารและการออกแบบกายเด็กวัยเรียน การพัฒนาศักยภาพของเด็กวัยเรียน ผู้ปกครอง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เหล่านี้ อันจะนำไปสู่การเกิดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแก่เด็กวัยเรียนในระบบบันดาล ที่จะเป็นสิ่งที่ท้าทายความเข้มแข็งของชุมชนและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ของชุมชนและองค์กรชุมชนต่างๆ ที่จะมุ่งสร้างเสริม และป้องกันปัญหาด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนในชุมชน

2. การศึกษาครั้งต่อไปอาจเป็นการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกแบบกายในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก เช่น อาหารปลอดภัย การเสริมสร้างสมรรถภาพ

ทางกายของเด็กโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การส่งเสริมให้ครอบครัว และ/หรือผู้สูงอายุในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหาร และการออกแบบกายตามวัฒนธรรม ประเพณี และธรรมชาติของชุมชน

3. การมีการศึกษาที่มุ่งประเด็นกระบวนการสร้างสุขภาพด้านการขาดสารอาหารของเด็กวัยเรียนควบคู่ไปกับการเสริมสมรรถภาพทางกายด้วย

4. ควรได้มีการนำกลุ่มแม่ค้า พ่อค้า ที่ขายอาหารในโรงเรียน ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้ ด้วย มีการพัฒนาศักยภาพ และสร้างความรู้ความเข้าใจ แก่คนกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดความตระหนักรและเกิดความพร้อมในการสนับสนุนการสร้างสุขภาพแก่เด็กวัยเรียนได้อย่างแท้จริง

5. การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในฐานะที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับบุตรหลานในครอบครัวของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนงบประมาณการทำวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ที่สนับสนุนการทำวิจัยจนสำเร็จ และขอบคุณผู้แทนองค์กรชุมชนทุกหน่วยงาน นักเรียนและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

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

คณะกรรมการส่งเสริมการกีฬาและออกแบบกายเพื่อสุขภาพ ในสถาบันการศึกษาและการพัฒนาองค์ความรู้. (2549). แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐาน

สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพสำหรับเด็กไทย อายุ 7-18 ปี. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เดชรัต สุขกำเนิด วิชัย เอกพลางร และปัตพงษ์ เกษยสมบูรณ์. (2545). การประเมินผลกระบวนการสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

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

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

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

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547). 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.

ลัคดา เหมาสุวรรณ. (2547). พฤติกรรมสุขภาพ ใน วิชัย เอกพลางร, (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนาระบบทุนมูลท่องสารสุขภาพ.

การของเด็กไทย : การเจริญเติบโตภาวะโภชนาการ และสมรรถภาพทางกาย. กรุงเทพฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สสส.).

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

ลัคดา เหมาสุวรรณ. (2553). พฤติกรรมสุขภาพ ใน วิชัย เอกพลางร, (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนาระบบทุนมูลท่องสารสุขภาพ.

ปรัลัยกรณ์ ตันติวงศ์. (2547). การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการเด็กอ้วนในโรงเรียน. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มนุนิช สาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).

สิรินทร์ยา พูลเกิด และทักษิพลด ธรรมรงค์ศี. (2553). ยุทธศาสตร์การขัดการภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วนกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 4 (4), 483-496.

อารยา ตั้งวิจูรย์. (2550). พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างและขนมของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอั่งทองหาดใหญ่: ความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อัจฉรา ปุ่ราม (2553). ผลกระทบของการลงทุนด้านการส่งเสริมกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพต่อสุขภาวะสังคมไทย. เอกสารประกอบการประชุม และการเสนอผลงานวิชาการ การประชุมวิชาการแห่งชาติ บทบาทครุสุขศึกษา พลศึกษา กับการ

พัฒนาคุณภาพเยาวชนไทยในสถานศึกษา ณ โรงเรม
จอมเทียนปาล์มนีช (หาดจอมเทียน) เมืองพัทยา
จังหวัดชลบุรี วันที่ 1-3 ธันวาคม 2553 สมาคมสุข
ศึกษา พลศึกษา และสัมนาการแห่งประเทศไทย.

ฤกษ์ สุวรรณจาย. (2552). คู่มือตาราง ๙ ช่อง
พัฒนาภายใน พัฒนามอง ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Bunchonhattakit, P. (2008). *Effects of school-social network on childhood obesity prevention (SNOCOP) 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.

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_ch08.pdf.

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative* (2nd ed.) Philadelphia: Lippincott.

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