

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัย ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยและได้สรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

- 1.1 แนวคิด ความหมาย และความเป็นมาของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
- 1.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของต่างประเทศ
- 1.3 องค์ประกอบองค์การดำเนินงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
- 1.4 กลวิธีและขั้นตอนการเข้าสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
- 1.5 ประโยชน์ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต่อชุมชน

2. การสร้างเสริมสุขภาพ

- 2.1 การพัฒนาสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.3 กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับสุขภาพ

3. วิธีการที่เป็นเลิศ

4. แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม

- 4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม
- 4.2 แนวคิดของการมีส่วนร่วม
- 4.3 ลักษณะการมีส่วนร่วม

5. แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างรูปแบบ

- 5.1 ความหมายของรูปแบบ
- 5.2 ประเภทของรูปแบบ
- 5.3 องค์ประกอบของรูปแบบ
- 5.4 การพัฒนารูปแบบ

6. การวิจัยเชิงคุณภาพ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

จากการผลักดันขององค์การอนามัยโลกในการใช้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาสุขภาพจึงเกิดการเริ่มต้นของแนวคิด อนามัยโรงเรียนแห่งโลก (Global School Health Initiative) หรือ GSHI ซึ่งทิศทางโดยทั่วไปของ GSHI ขององค์การอนามัยโลก ได้รับการเสนอแนะจาก Ottawa Charter for Health Promotion (1986) the Jakarta Declaration of the fourth International Conference on Health Promotion (1997) และการประชุมนักพิเศษขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้เสนอแนะเรื่องการสุขศึกษาในโรงเรียนและการส่งเสริมสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จขึ้นในปี 1995 ดังนั้น แนวคิด GSHI ขององค์การอนามัยโลกจึงมีขึ้นในปี ค.ศ. 1995 ทั้งนี้เพื่อเคลื่อนไหวและเพิ่มความเข้มแข็งในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการให้การศึกษาในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก การประชุมนี้มีขึ้นเพื่อจะออกแบบในการปรับปรุงสุขภาพของนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ครอบครัว และสมาชิกอื่นของชุมชน โดยมีโรงเรียนเป็นสื่อกลาง จุดมุ่งหมายขององค์การอนามัยโลกในเรื่อง GSHI คือ การเพิ่มจำนวนโรงเรียนที่จะเรียกได้ว่าเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ถึงแม้ว่าความหมายของคำว่าโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจะมีหลากหลายในแต่ละแห่ง แต่คุณลักษณะที่เข้มแข็งและถาวรของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงเรียนที่เป็นสถานที่ที่มีสุขภาพดี (Health Setting) ที่จะอยู่อาศัย เรียนรู้และทำงาน โครงการ GSHI นี้เป็นโครงการของ Health Promotion Department in the Social Change and Mental Health Cluster of World Health Organization (World Health Organization, 1999, p. 1)

แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การเริ่มต้นของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโลกนั้น ประเทศสหรัฐอเมริกา นับได้ว่าเป็นผู้นำในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดให้มีองค์ประกอบหลักในการดำเนินงาน 3 ประการ ประกอบด้วย 1) การจัดให้มีสุขศึกษาในโรงเรียนแบบเบ็ดเสร็จ 2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 3) การจัดบริการสุขภาพที่เพียงพอ ซึ่งมียุทธวิธีและกิจกรรมการดำเนินการ คือ การวิเคราะห์และพัฒนานโยบายร่วมกันระหว่างภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุข การรวมพลังและสร้างความเข้มแข็งของกลไกความร่วมมือประสานงาน มีการพัฒนาโดยตระหนักถึงสภาพเป็นจริงและประเมินผลแผนงานและโครงการที่ปฏิบัติตามองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ของโรงเรียน สมาคมครู – ผู้ปกครอง องค์กร ชุมชน ตัวแทนของภาคสาธารณสุข และภาคอื่น ๆ จะร่วมกันกระตุ้นผู้นำและผู้ตัดสินใจในโครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนเพื่อบรรจุไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น มีการส่งเสริมให้มีการทำวิจัยในประชากรวัยเรียน เพื่อประเมินสภาพและสิ่งที่นำไปสู่ความเสี่ยงทางสุขภาพและมีการกำหนดจุดมุ่งหมายการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน (Pan American Health Organization, 2000, pp. 1 – 8)

สำหรับองค์การอนามัยโลกในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกได้กำหนดให้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีองค์ประกอบในการดำเนินงาน 6 ประการ คือ 1) นโยบายสุขภาพ 2) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 3) สิ่งแวดล้อมทางสังคม 4) ความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชน 5) ทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ และ 6) บริการสุขภาพในโรงเรียน (ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, และ สุชาดา ตั้งทางธรรม, 2541, หน้า 3 – 15)

จากที่กล่าวถึงความเป็นมา และแนวคิดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโลก แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา และแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก สรุปได้ว่าแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเกิดจากการผลักดันขององค์การอนามัยโลกซึ่งมีการเคลื่อนไหวเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการให้การศึกษาระดับท้องถิ่น เป้าหมายของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับปรุงสุขภาพของนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ครอบครัว และสมาชิกในชุมชน โดยมีโรงเรียนเป็นสื่อกลาง แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกามีเป้าหมายเพื่อการเตรียมคนรุ่นใหม่ให้มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมและมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนตลอดจนสร้างและรักษาสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การเริ่มต้นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในสหรัฐอเมริกายังต้องการที่จะพัฒนาและขยายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศต่าง ๆ ในด้านความหมายของคำว่า โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแม้ว่าจะมีความหลากหลายกันในแต่ละแห่ง แต่อาจกล่าวได้ว่าคุณลักษณะเด่นของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพคือ โรงเรียนจะเป็นสถานที่ที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ สุขศึกษาในโรงเรียนแบบเบ็ดเสร็จ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และบริการสุขภาพที่เพียงพอ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบใช้กลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การร่วมมือจากภาคต่าง ๆ ของสังคม ภารกิจของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในทุกด้านของการศึกษา โดยใช้เทคนิคความร่วมมือของประเทศสมาชิก และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศ จัดตั้งหุ้นส่วนภาคีต่าง ๆ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพ สนับสนุนสิ่งแวดล้อม และพัฒนาทักษะชีวิต ส่วนยุทธวิธีและกิจกรรมที่ใช้มี 6 ประการ ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์และพัฒนานโยบายร่วมกันระหว่างภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุข 2) การรวมพลังและสร้างความเข้มแข็งของกลไกความร่วมมือประสานงาน 3) พัฒนาโดยตระหนักถึงสภาพที่เป็นจริง และประเมินผลแผนงานและโครงการในการปฏิบัติตามองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพ 4) ร่วมมือกับฝ่ายต่าง ๆ ทั้งในชุมชนและภาคอื่น ๆ 5) ทำการวิจัยและ 6) พัฒนาและดำเนิน โครงการ โดยมีจุดหมายให้เกิดความสามารถที่ชัดเจน สำหรับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก เน้นการนำแนวคิดสุขภาพองค์รวมมาช่วยกับการสร้างการมีส่วนร่วม โดยโรงเรียนต้องมีวิธีการในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่ง

เป็นผลจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

สำหรับการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทให้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีบทบาท 2 ประการ คือ 1) พัฒนาสุขภาพอนามัยการเรียนรู้นักเรียน ครู บุคลากรในโรงเรียนและสมาชิก ในชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของโรงเรียน และ 2) ประสานการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และชุมชนเพื่อให้ผู้ที่อยู่อาศัยศึกษาและทำงานในโรงเรียนและชุมชน สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและกำหนดให้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีการดำเนินงาน 10 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ (กรมอนามัย 2543, หน้า 11)

1. นโยบายโรงเรียน
2. การบริหารจัดการในโรงเรียน
3. โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน
4. การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ
5. บริการอนามัยโรงเรียน
6. สุขศึกษาในโรงเรียน
7. โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย
8. การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ
9. การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม
10. การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน

สำหรับการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาโรงเรียนให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกำหนดให้โรงเรียนมีขั้นตอนในการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การสร้างความสนับสนุนของชุมชนและท้องถิ่นเพื่อก่อให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
2. การจัดตั้งกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน
3. การจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน
4. การวิเคราะห์สถานการณ์
5. การกำหนดจุดเริ่มต้นในการดำเนินงาน
6. การจัดทำแผนปฏิบัติการ
7. การติดตามประเมินผล
8. การพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่ต้องการให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาสุขภาพ โดยที่โรงเรียนจะต้องพัฒนาการบริหารจัดการภายในโรงเรียนให้สามารถใช้ศักยภาพของโรงเรียนให้เต็มที่เพื่อพัฒนาสุขภาพของนักเรียนบุคลากรในโรงเรียนตลอดจนครอบครัวและชุมชน โดยที่โรงเรียนจะมีบทบาทสำคัญ คือ การพัฒนาสุขภาพอนามัยและการเรียนรู้ของนักเรียน ครู บุคลากรในโรงเรียนและสมาชิกในชุมชนที่โรงเรียนตั้งอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของโรงเรียน และมีบทบาทในการประสานงานกับทุกฝ่ายทั้งนี้เพื่อให้ทุกคนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เกิดผลดีต่อสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระหว่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของสหรัฐอเมริกาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามองค์ประกอบที่องค์การอนามัยโลกภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามองค์ประกอบที่องค์การอนามัยโลกภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้มีองค์ประกอบแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของสหรัฐอเมริกา	องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก	องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคแปซิฟิกตะวันออกเฉียงใต้
1. สุขศึกษาในโรงเรียนแบบเบ็ดเสร็จ 2. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3. บริการสุขภาพที่เพียงพอและโครงการสุขภาพ	1. นโยบายสุขภาพ 2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 3. สิ่งแวดล้อมทางสังคม 4. ความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชน 5. ทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ 6. บริการสุขภาพในโรงเรียน	1. นโยบายโรงเรียน 2. การบริหารจัดการในโรงเรียน 3. โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน 4. การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ 5. บริการอนามัยโรงเรียน 6. สุขศึกษาในโรงเรียน 7. โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย 8. การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ 9. การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม 10. การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน

ในด้านกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ว่าบุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย นักเรียน ครูและบุคลากรในโรงเรียน ครอบครัวและสมาชิกของชุมชน กลุ่มเป้าหมายที่เป็นสถาบัน ได้แก่ สถาบันโรงเรียน สถาบันครอบครัว สถาบันของชุมชน ในท้องถิ่นและสถาบันสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ การพัฒนาความสัมพันธ์หุ้นส่วนภาคีระหว่างภาคต่าง ๆ ในสังคม การเพิ่มศักยภาพของเด็กและสมาชิกในชุมชน การมีส่วนร่วมของทุกคนในโรงเรียน การบรรจุเรื่องโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในแผนการพัฒนาท้องถิ่น การประเมินผลโครงการปฏิบัติตามองค์ประกอบ การทำวิจัยในกลุ่มประชากรวัยเรียนเพื่อประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาโครงการเพื่อปกป้องสิทธิทางสุขภาพและสิทธิทางการศึกษาของเด็ก

ความหมายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีจุดประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรทุกคนในโรงเรียน โดยการก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการจัดให้มีการเสริมสร้างประสบการณ์แบบผสมผสานสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายและค่านิยมต่าง ๆ ของโรงเรียน (หทัย ชิดานนท์, 2540, หน้า 17)

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นสถานที่ที่ซึ่งทุกคนในโรงเรียนร่วมกันจัดโครงสร้างและประสบการณ์ผสมผสานเชิงบวก เพื่อส่งเสริมและปกป้องสุขภาพของนักเรียน ประกอบด้วย การเรียนรู้เรื่องสุขภาพทั้งในและนอกหลักสูตร การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการจัดให้การบริการสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเป็น โรงเรียนที่มีขีดความสามารถแข็งแกร่งมั่นคงที่จะเป็นสถานสุขภาพอนามัยที่ดี เพื่อการอาศัยและการทำงานโดยประสานการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุขและชุมชนเพื่อให้ผู้ที่อาศัยศึกษาหรือทำงานในโรงเรียนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (กระทรวงศึกษาธิการ, 2543, หน้า 8)

สรุปโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่เป็นศูนย์กลางของผู้ที่อาศัยและทำงานในโรงเรียนรวมทั้งชุมชน ในการส่งเสริมคุ้มครองสุขภาพ ให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองผู้อื่นรวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีมีการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ ทั้งในและนอกหลักสูตร การจัดมีการบริการสุขภาพที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นศูนย์กลางในการสร้างความเข้าใจส่งเสริมให้ผู้ปกครอง บุคลากรในโรงเรียนและชุมชนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ริเริ่มสร้างสรรค์โดยมีแนวคิดการพัฒนาสุขภาพนักเรียนให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี

ความเป็นมาของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ในปีพ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุม เพื่อช่วยสนับสนุนเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งตามมาด้วยการประชุมนานาชาติเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานจัดโดยกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ณ กรุงอัลมา-อะตา ในปีพ.ศ. 2521 จากการประชุมดังกล่าวทำให้งานส่งเสริมสุขภาพหรือการสาธารณสุขแนวใหม่ได้เริ่มต้นขึ้นพร้อมกับคำประกาศเจตนารมณ์ของการประชุมซึ่งกำหนดขึ้นมากับความตระหนักว่าสุขภาพที่ดีเป็นเป้าหมายพื้นฐานทางสังคม และได้วางแนวทางใหม่ในการกำหนดนโยบายสุขภาพซึ่งเน้นหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน ความร่วมมือระหว่างภาคต่างๆ ของสังคม โดยมีสาธารณสุขมูลฐานเป็นรากฐานซึ่งมีการดำเนินงานสืบเนื่องและนำไปสู่การประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพนานาชาติครั้งแรกที่กรุงฮอนกอนก ประเทศแคนาดาเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ญัตติบัตรออกความเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้ถือกำเนิดขึ้นจากการประชุมในครั้งนั้นและถือเป็นเสาหลักเสาแรกของการส่งเสริมสุขภาพมิติใหม่ ต่อจากนั้นได้มีการประชุมครั้งที่ 2 ที่เมืองแอคคีเลด ประเทศออสเตรเลีย เมื่อเดือนเมษายน 2531 ในหัวข้อนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพและการประชุมครั้งที่ 3 จัดขึ้นที่เมืองซันด์สวาล์ ประเทศสวีเดนเมื่อเดือนมิถุนายน 2534 ในหัวข้อสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ พร้อม ๆ กับที่การส่งเสริมสุขภาพ ก็ได้แสดงบทบาทที่สำคัญมากขึ้น ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วโลก จนถึงครั้งที่ 4 ได้จัดขึ้น ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ระหว่างวันที่ 21 - 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ในหัวข้อเรื่อง New Players for New Era : Leading Health Promotion into the 21st Century ซึ่งเป็นการประชุมครั้งแรกที่จัดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาในเอเชีย และเป็นครั้งแรกที่มีเอกชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วยโดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดจากภาคสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และการพัฒนาทุกระดับจาก 78 ประเทศทั่วโลก การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ทบทวนและประเมินผลกระทบการส่งเสริมสุขภาพ 2) กำหนดกลยุทธ์ ที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพประสบผลตามความมุ่งหมายและ 3) ส่งเสริมพัฒนาแนวร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ที่จะต้องตอบรับกับสิ่งท้าทายระดับโลก ในสภาวะปัจจุบัน (ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และ สุชาดา ตั้งทางธรรม, 2541, หน้า 3 - 4)

จากการประชุมนานาชาติขององค์การอนามัยโลก เรื่องการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ตั้งแต่ปี 1978 เป็นต้นมานั้น องค์การอนามัยโลกได้เสนอกลวิธีการดำเนินงาน Intercountry Consultation on Health Promoting Schools (โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ) ภายใต้แนวคิดที่ว่า สามารถเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการประชุมซึ่งองค์การอนามัยโลกร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจัดการประชุมขึ้นใน

ประเทศไทยเมื่อวันที่ 2-3 ธันวาคม 2540 ได้ก่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา ทั้งองค์กรต่างประเทศ องค์กรระหว่างประเทศ และในประเทศกล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ได้ร่วมกำหนด ทิศทางกลยุทธ์ ในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และมีนักเรียน บุคลากรในโรงเรียนทุกคน ชุมชนเป็นเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ของโครงการ (ศรีสุดา สุรเกียรติ, 2547, หน้า 28 - 29)

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จึงเกิดจากข้อเสนอแนะของคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง โรงเรียนเพื่อตอบสนองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน จากโรคไม่ติดต่อที่มี แนวโน้มสูงขึ้นซึ่งองค์การอนามัยโลกร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการได้เสนอ แนวคิดหลักการของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งได้ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ ในการสร้าง เครือข่ายระดับประเทศเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรร่วมกัน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้รับแนวคิดโครงการ และกำหนดเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการพัฒนาสุขภาพอนามัย ประชาชน ที่จะต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการเรียน ให้โรงเรียนเป็นสถานที่ที่สามารถส่งเสริม สุขภาพแก่เด็ก ครอบครัว บุคลากรในโรงเรียนและสมาชิกของชุมชน โดยให้โรงเรียนมีบทบาท ดังนี้ (นวลปรารค์ เมธิกุล, 2544, หน้า 9 - 10)

1. พัฒนาสุขภาพอนามัยและการเรียนรู้ของนักเรียน ครู บุคลากรในโรงเรียน สมาชิก ชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของโรงเรียน
2. ประสานการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งทางการศึกษา สาธารณสุข และชุมชน เพื่อให้ผู้ทำงานในโรงเรียน สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรวมทั้งมี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

สำหรับประเทศไทยนั้น กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้รับแนวคิดในการจัดโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอื่น ๆ และองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติขึ้น จัดประชุมระดมความคิดเห็นในการร่วมงานระหว่างหน่วยงาน ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งมีมติร่วมกันที่จะให้มีการพัฒนาทุกโรงเรียนในประเทศไทยให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยในปีการศึกษา 2541 นั้นให้มีโรงเรียนต้นแบบในทุก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและทุกจังหวัด รวมทั้งหมด 89 แห่ง ปีพ.ศ. 2542 ได้ขยายเป็นอำเภอละ 1 แห่ง ปี พ.ศ. 2543 ขยายในตำบลอย่างน้อย 1 แห่ง ในปี พ.ศ. 2544 มีนโยบายที่จะขยายให้ ครอบคลุมโรงเรียนต่าง ๆ ทั่วประเทศ อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงเรียนทั้งหมดและในปี

พ.ศ. 2546 จะครอบคลุมทั่วทุกโรงเรียนในประเทศไทย (ปิยนุช บุญทอง, 2545, หน้า 14)

การดำเนินการดังกล่าว เป็นการเริ่มต้นกระบวนการสร้างความสามารถให้แก่บุคคลชุมชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมมูลเหตุปัจจัยต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดโรค หรือให้มีประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีความปกติสุขทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีการร่วมกันทุก ๆ ฝ่ายเพื่อก่อให้เกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพโดยสถาบันการศึกษาคือโรงเรียนเป็นศูนย์กลางสำคัญที่ใช้ปฏิบัติการ หรือเพื่อให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นที่ทำให้คนและชุมชน มีความสามารถสูงขึ้นควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่จะกระทบถึงสุขภาพอนามัย การร่วมมือให้โรงเรียนสามารถใช้ศักยภาพทั้งหมดที่มีอยู่เพื่อพัฒนาสุขภาพของนักเรียนบุคลากรในโรงเรียนตลอดจน ครอบครัว ชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (นวลปรางค์ เมธิกุล, 2544, หน้า 13)

ส่วนอีกแนวคิดหนึ่งของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ การร่วมมือกันพัฒนาโรงเรียนโดยอาศัยศักยภาพทั้งหมดที่โรงเรียนและชุมชนมีอยู่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพย่อมขึ้นอยู่กับแต่ละท้องถิ่น ซึ่งมีปัญหาแตกต่างกัน ฉะนั้นโรงเรียนจึงควรสำรวจความต้องการและปัญหาที่รอการแก้ไขโดยโรงเรียนและชุมชนควรร่วมกันคิดช่วยกันวางแผน และร่วมมือร่วมแรงกัน เพื่อพัฒนาให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่นักเรียน และสามารถที่จะดูแลป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง ตลอดจนครอบครัวในที่สุด (กรมอนามัย, 2541, หน้า 5)

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมุ่งไปที่วิถีทางการดำเนินชีวิต ที่มีสุขภาวะเพื่อมวลสมาชิกโรงเรียน ด้วยการพัฒนาสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งเสริมให้เกิดความมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าโดยโรงเรียนเปิดโอกาสให้กับทุกคน และต้องให้คำมั่นสัญญาที่จะดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยยกระดับสุขภาวะทั้งทางด้านสังคมและกายภาพ แนวคิดของ English National Healthy School Standard (NHSS) มุ่งเน้นความสำคัญในการได้รับสุขภาวะทางศักยภาพและการบรรลุถึงความสำเร็จทางด้านวิชาการของนักเรียน โดยผ่านการดำเนินงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตัวร่วมในคำจำกัดความที่กล่าวมาแล้วคือ ความตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องจัดสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และทางสังคม เพื่อที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ เคนแมนและคณะ (Denman & others, 1999, pp.65- 66)

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นและศูนย์กลางในการพัฒนาสุขภาพ ควบคู่กับการศึกษาด้วยการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการพัฒนาแบบองค์รวมในพื้นที่โรงเรียนสร้างกลไกการประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และชุมชน ด้วยเหตุที่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการทัศน์ใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินการที่แตกต่างจากเดิม ทำให้การดำเนินงานกิจกรรมตามแนวทาง

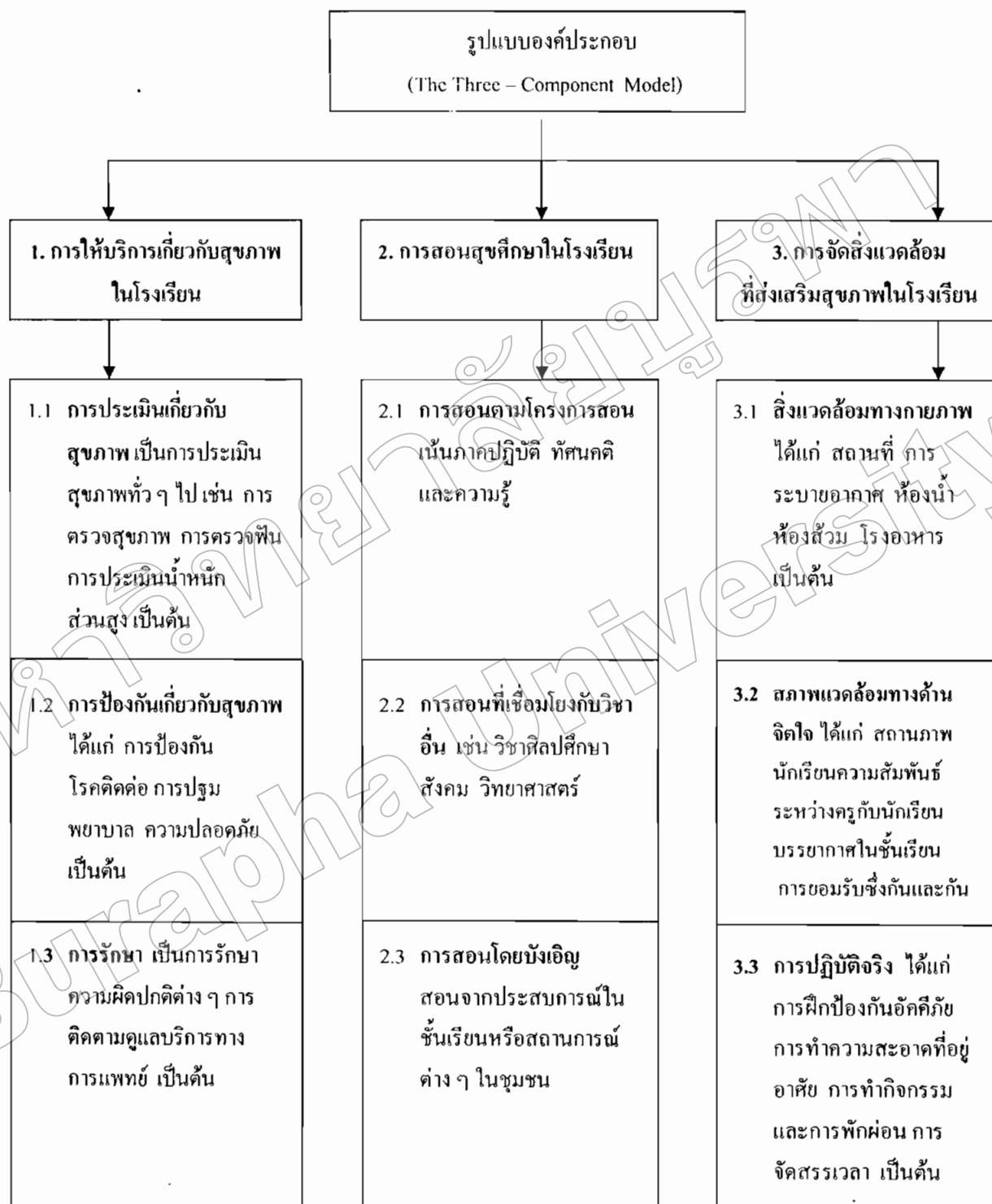
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายไม่เคยชิน จึงมีคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไว้ให้ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับความรู้ เกิดความเข้าใจ และนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโรงเรียน ให้มีขีดความสามารถแข็งแกร่งมั่นคงและเป็นสถานที่มีสุขภาพอนามัยดี สำหรับการอาศัย ศึกษาการเรียนรู้และการทำงาน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของนักเรียน บุคลากรในโรงเรียนและสมาชิกในชุมชน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของต่างประเทศ

การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย สามารถมองเห็นความเหมือนและความแตกต่างกันของการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของแต่ละประเทศ ดังต่อไปนี้

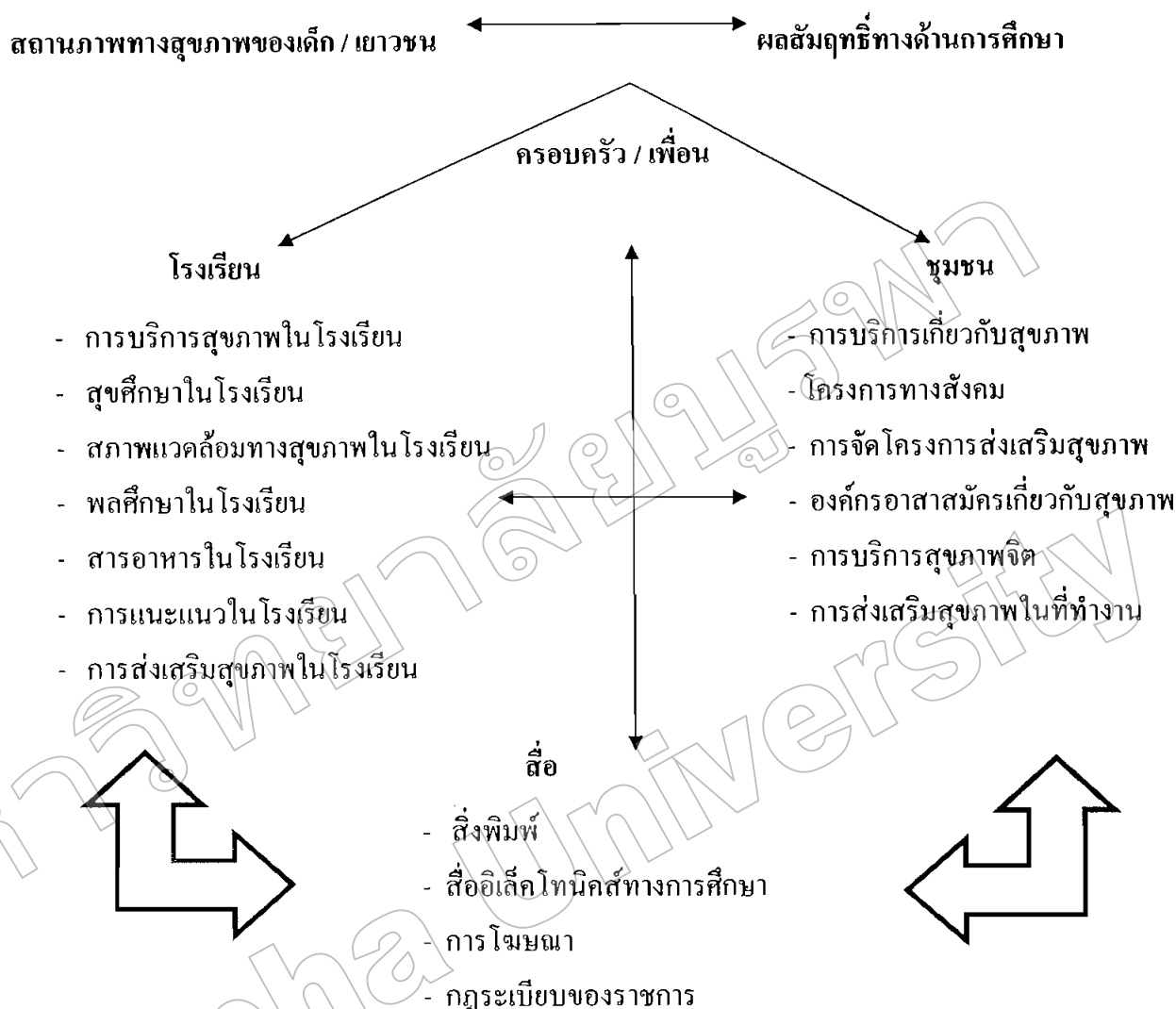
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศอเมริกาได้กำหนดกรอบแนวคิดในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 1900 ในครั้งนั้นอเมริกาได้ใช้รูปแบบ (Model) การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนที่เรียกว่า รูปแบบ 3 องค์ประกอบ (The Three – Component Model) ซึ่งให้ความสำคัญใน 3 องค์ประกอบหลัก คือ การให้บริการสุขภาพในโรงเรียน (School Health Service) การสอนสุขภาพศึกษาในโรงเรียน (School Health Instruction) และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (School Health Environment) ในโรงเรียนรายละเอียดของรูปแบบดังกล่าวที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบ 3 องค์ประกอบ (The Three – Component Model) (Stone, 1990 , p. 298)

จากรูปแบบ 3 องค์ประกอบ (The Three – Component Model) ในภายหลังได้เพิ่ม องค์ประกอบหลักอีก 5 องค์ประกอบ คือ การบริการอาหารในโรงเรียน (School Food Service) พลศึกษา (Physical Education) การให้คำปรึกษาในโรงเรียน (School Counseling) การส่งเสริม โรงเรียนเป็นสถานที่พัฒนาสุขภาพ (School Worksite Promotion) และกิจกรรมร่วมระหว่าง ชุมชนกับโรงเรียน (School and Community Activities) จึงเรียกรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใน โรงเรียนลักษณะนี้ว่า รูปแบบ 8 องค์ประกอบ (An Eight – Component Model) ซึ่งถือเป็น รูปแบบพื้นฐานและรูปแบบที่เป็นมาตรฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ปัจจุบันต่อมา นาเคอร์ (Nader, 1990 , p. 134) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในอีกรูปแบบ หนึ่งเรียกรูปแบบงานอนามัยโรงเรียนสำหรับทศวรรษที่ 1990 (A School Health Model for the 1990) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญต่อสถานภาพทางด้านสุขภาพของเด็ก / เยาวชน และ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเป็นจุดสูงสุด โดยมีโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และสื่อเป็น องค์ประกอบพื้นฐาน ในแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญและอิทธิพลต่อกันและกัน ซึ่งรูปแบบ งานอนามัยโรงเรียนสำหรับทศวรรษที่ 1990 (A School Health Model for the 1990) แสดงใน ภาพที่ 3



ภาพที่ 3 รูปแบบงานอนามัยโรงเรียนสำหรับทศวรรษที่ 1990 (Nader, 1990 , p. 134)

รูปแบบงานอนามัยโรงเรียนสำหรับทศวรรษที่ 1990 (A School Health Model for the 1990) ถือว่าเป็นรูปแบบของโครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive School Health Program) และนาเดอร์ (Nader) ได้กำหนดขั้นตอนอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการส่งเสริมในโรงเรียน 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างความสัมพันธ์กับชุมชน (Links to the Community) เพื่อจัดบริการสุขภาพและโครงการสุขภาพต่าง ๆ ให้กับชุมชน
2. การประเมินความต้องการ (Needs Assessment) เป็นการประเมินความต้องการของแต่ละชุมชน ซึ่งแต่ละชุมชนย่อมมีความแตกต่างกัน ดังนั้น แต่ละโครงการจึงต้องจัดขึ้นมาให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละชุมชนอย่างแท้จริง

3. พัฒนา / ปรับปรุงการบริการสุขภาพในโรงเรียน (Develop / Modify the School Health Services) ถือเป็นหน้าที่อันดับแรกที่โรงเรียนต้องจัดบริการทางสุขภาพกับนักเรียนแต่ละคน พร้อมกันนั้นยังต้องทำหน้าที่ประสานกับชุมชนหรือหน่วยบริการด้านสุขภาพ (Health Providers) ในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่นักเรียน

4. พัฒนา / ปรับปรุงสุขศึกษาในโรงเรียน (Develop / Modify School Health Education) การจัดการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนถ้ามองตามปรัชญาการศึกษาจิตวิทยาการศึกษาหรือสังคมวิทยาการศึกษา ประกอบด้วยจุดมุ่งหมายหรือความคาดหวังหลายอย่าง ทั้งด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ ทักษะคตินักเรียน นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนควรสอดคล้องกับพัฒนาการของนักเรียนและความต้องการของชุมชน

5. พัฒนา / ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของโรงเรียน (Develop / Modify School Health Environment) การจัดทำให้โรงเรียนเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย และสะอาด เป็นหน้าที่อันดับแรกที่โรงเรียนต้องจัดทำนอกจากนั้นโรงเรียนยังต้องควบคุมดูแล อาหาร โรงอาหาร และการป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลาย เป็นต้น (Nader , 1990 , pp.136 – 143)

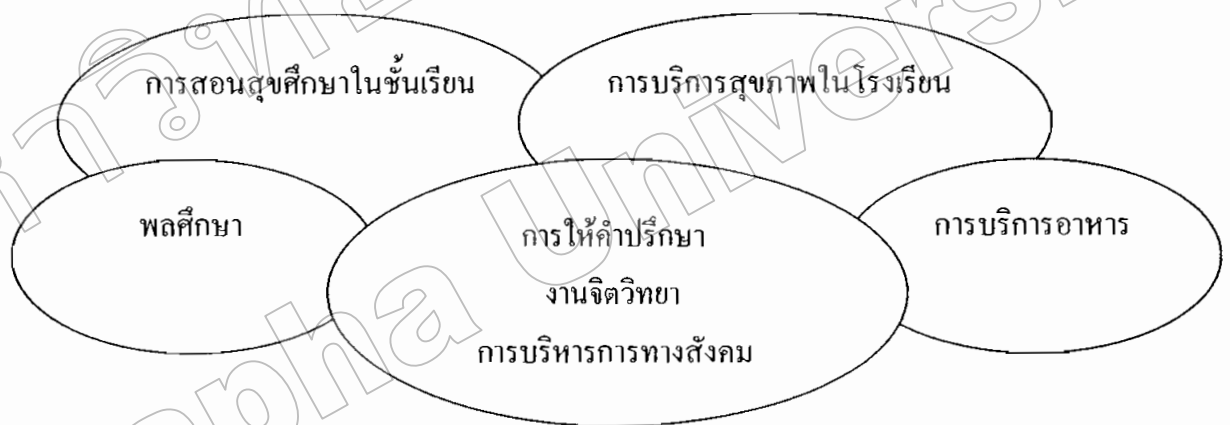
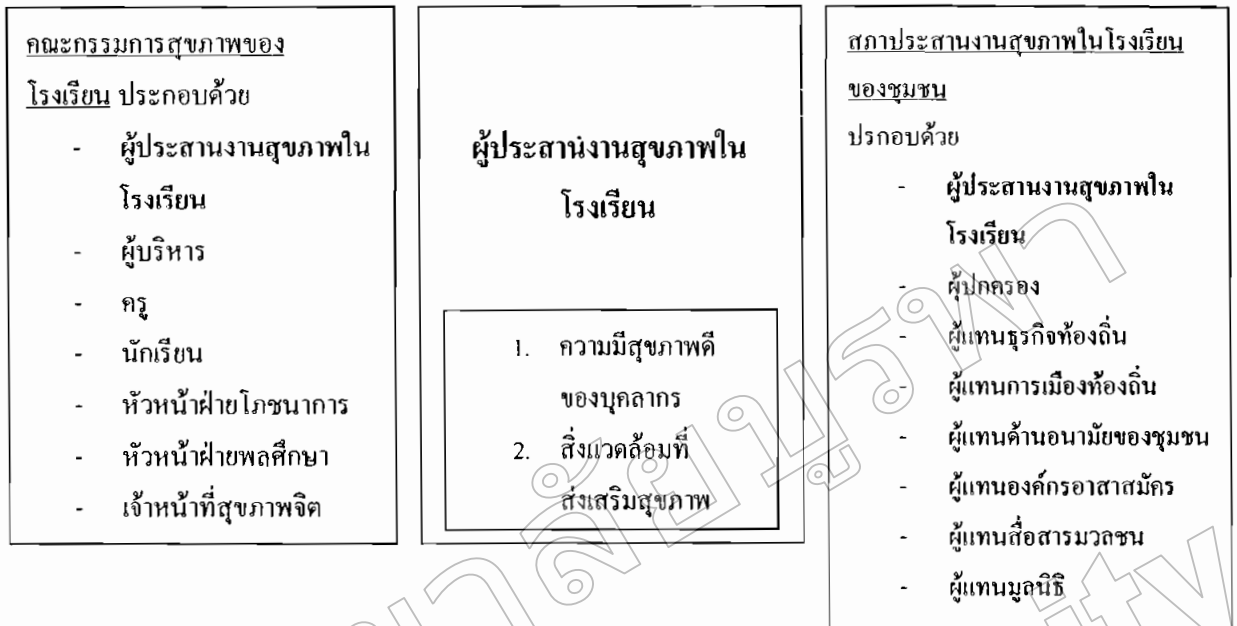
จากการที่มีรูปแบบงานอนามัยโรงเรียนสำหรับทศวรรษที่ 1990 (A School Health Model for the 1990s) ในขณะเดียวกันก็มีพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนขึ้นมาอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า เอสเซสส์ โมเดล (Access Model) ซึ่งรูปแบบนี้มีองค์ประกอบหลักอยู่ 5 องค์ประกอบ คือ การบริหาร (Administration) ชุมชน (Community) หลักสูตร (Curricular) สภาพแวดล้อม (Environment) และการบริการในโรงเรียน (School Services) เป็นรูปแบบที่มีความคล้ายคลึงกับรูปแบบของ นาเดอร์ (Nader, 1990) ที่มองเห็นว่าโรงเรียนที่เป็นสถาบันและโลกใบเล็กของสังคมที่นักเรียนส่วนใหญ่ควรได้รับการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เป็นเวลาหลายปี

เอสเซสส์ โมเดล (Access Model) เป็น Model ที่เน้นการพัฒนาการบริหารและชุมชนเป็นอันดับแรกตามแผนผังโครงสร้างของรูปแบบ นอกจากนี้ Access Model ยังมีความแตกต่างจาก Model อื่น ๆ ที่มีมาก่อนหน้านี้ในด้านความต้องการด้านการบริการ การเพิ่มประเภทของการบริการต่าง ๆ ในโรงเรียน และในแผนผังโครงสร้างรูปแบบยังเพิ่มคำว่า การส่งเสริม (Promotion) ในการพัฒนาสุขภาพในโรงเรียน (Stone, 1990, p.299) แผนผังโครงสร้าง Access Model แสดงดังภาพที่ 4

เอสเซสส์ โมเดล	(ACCESS MODEL)
Administration	(การบริหาร)
Community	(ชุมชน)
Curricula	(หลักสูตร)
Environment	(สภาพแวดล้อม)
Services	(การบริการ)

<p>การบริหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - กฎระเบียบและกฎหมาย - แผนงานระยะยาว - บุคลากร — ครู <ul style="list-style-type: none"> - ผู้บริหาร - ทีมสุขภาพ - การฝึกอบรมครู - การฝึกอบรมอื่น ๆ - งบประมาณ 		<p>ชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการที่ปรึกษาสุขภาพของโรงเรียน - สภาพสุขภาพของชุมชน - คณะกรรมการโรงเรียน - กลุ่มและตัวแทนองค์กร - ผู้ปกครองและครอบครัว - เครือข่ายระหว่างองค์กร - สื่อสารมวลชน
	<p>สภาพแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียน ครู และบุคลากร - การสนับสนุนต่อความต้องการอันหลากหลายของนักเรียน - การสนับสนุนต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน - การสนับสนุนให้ปราศจากสิ่งเสพติดในอาคารเรียนและสนามเด็กเล่น 	
<p>หลักสูตร</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพ / การศึกษา - พลศึกษา วิทยาศาสตร์ - สังคมวิทยา - การฝึกอบรมทักษะทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ - สาขาวิชาอื่น ๆ - ห้องสมุดและคอมพิวเตอร์ 		<p>การบริการในโรงเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาพยาบาล การตรวจฟัน - โครงการตรวจสอบสุขภาพ - การตรวจสอบการพูดและการได้ยิน - การให้คำปรึกษาและแนะแนว - คลินิกสุขภาพ - โครงการบริการด้านอาหาร

อีกรูปแบบหนึ่งเป็นการเอา รูปแบบ 8 องค์ประกอบ (An Eight Component Model) หรือเรียกว่า The Eight - Point Model) ซึ่งเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนแบบเบ็ดเสร็จ มาปรับปรุงแก้ไขใหม่ โดยมีการเพิ่ม ผู้ประสานงานด้านสุขภาพในโรงเรียน (School Health Coordinator หรือ SHC) ซึ่งถือว่า SHC เป็นผู้ที่มีความสำคัญในรูปแบบนี้ โดยที่จะมีการเน้นถึงความสำคัญในบทบาทของ SHC ในโรงเรียนที่มีต่อการบริหาร โครงการสุขภาพในโรงเรียน การหลอมรวมงานบุคลากรและการประสานงาน โครงการต่าง ๆ ตลอดจนการประเมินผลโครงการต่าง ๆ และเพื่อให้รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รูปแบบนี้จะกำหนดให้ 3 องค์ประกอบ คือ ความมีสุขภาพสมบูรณ์ของบุคลากร (Staff Wellness) สิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Environment) และการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือผู้ปกครอง (Community / Parent Involvement) เป็นองค์ประกอบหลักและอยู่ในความรับผิดชอบของ SHC และมีการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการ ส่วนอีก 5 องค์ประกอบ คือ การสอนสุขศึกษาในโรงเรียน การบริการสุขภาพในโรงเรียน พลศึกษา การให้คำปรึกษา และการจัดบริการอาหาร ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่เป็นแกนในการดำเนินงานรูปแบบนี้เรียกว่า รูปแบบ 3 ของ 8 องค์ประกอบ (Three Elements of the Eight – Point Model) ซึ่งแผนผังของรูปดังแสดงในแผนภาพที่ 5



ความเป็นสุขภาพดีของบุคลากร สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพอนามัยในโรงเรียน การมีส่วนร่วมของชุมชน / ผู้ปกครอง ผู้รับผิดชอบ ผู้ประสานงานสุขภาพในโรงเรียน

ภาพที่ 5 รูปแบบ 3 ของ 8 องค์ประกอบ (Resnicow & Allen worth, 1996, p. 61)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของประเทศออสเตรเลีย

การส่งเสริมสุขภาพในออสเตรเลีย ได้มีขึ้นจากแนวคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก ดังนี้

สาเหตุที่ต้องส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนมาจากเหตุผลที่ว่า สุขภาพและรูปแบบพฤติกรรมที่มีในวัยเด็กจะยังมีตลอดไปแม้กระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ เด็ก ๆ จะมีทางเลือกต่อสุขภาพ (Health choices) และรูปแบบพฤติกรรมที่รับเอามาระหว่างที่ยังเป็นเด็ก การเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพและรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่นำมาใช้ตั้งแต่วัยเด็ก จะดำรงอยู่ตลอดมาจนถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการปฏิบัติดังกล่าวไม่เพียงพื่อต่อสุขภาพของผู้ใหญ่และคุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านั้น แต่ยังส่งผลต่อแนวโน้มสุขภาพของคนในชุมชนและสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอีกด้วย...

(McBride, Medford , & Cameron , 1999, p. 17)

แมคไบรด์ (McBride) ได้กล่าวว่า มีองค์ประกอบมากมายที่ทำให้โรงเรียนมีความเหมาะสมที่จะทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพซึ่งองค์ประกอบเหล่านั้น คือ 1) โรงเรียนมีโครงสร้างพื้นฐานที่จะมีโอกาสให้เกิดความร่วมมือทางการศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพภายใต้โครงสร้างที่มีอยู่แล้ว 2) โรงเรียนเชื่อมโยงกับสิ่งต่าง ๆ มากมายที่มีผลต่อสุขภาพของเด็ก 3) โรงเรียนสามารถเข้าถึงเด็กจำนวนมากเพราะเด็ก ๆ ต้องใช้เวลาศึกษาเล่าเรียนในโรงเรียนและเป็นช่วงเวลาที่เด็กจะได้รับการอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ 4) โรงเรียนต้องปฏิบัติตามนโยบายของชาติ ซึ่งมีนโยบายสนับสนุนให้โรงเรียนมีภาระหน้าที่ด้านสุขภาพไว้เป็นหน้าที่หลักด้วย (McBride & others, 1999, p.8) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของออสเตรเลียรับอิทธิพลจากแนวคิดสหรัฐอเมริกา และได้มีการดำเนินการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เนื่องจากมีงานวิจัยเสนอแนะว่าโรงเรียนที่จัดให้มีการพัฒนาโครงการสุขภาพในโรงเรียนจะมีผลทำให้เกิดการกระตุ้นเด็ก ๆ ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้อย่างเป็นผล อย่างไรก็ตามสภาพที่ทำให้โครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับการจัดองค์ประกอบที่หลากหลาย และองค์ประกอบในการปฏิบัติที่เป็นพื้นฐาน ได้แก่ คณะกรรมการการเงิน เวลา บุคลากรของโรงเรียน และบุคลากรในชุมชน ซึ่งบุคลากรควรมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน และแหล่งทรัพยากรสุขภาพของชุมชน ซึ่งนับได้ว่าองค์ประกอบเหล่านี้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญและเพื่อให้การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนมีประสิทธิภาพจึงมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานขึ้น ซึ่งต่อไปนี้เป็นกรนำเสนอรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพในรัฐตะวันตกของประเทศออสเตรเลีย (Western Australian School Health Project Model หรือ WASH Project Model) โดยรูปแบบการดำเนินงานในรัฐตะวันตกของประเทศออสเตรเลียได้นั้นถึงกระบวนการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ โดยนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และมีการกำหนดการสนับสนุนและกลยุทธ์ต่าง ๆ ด้านการบริหารจัดการ นอกจากนี้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนกำหนดให้มี 10 องค์ประกอบ รายละเอียด ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในรัฐตะวันตกของประเทศออสเตรเลีย (McBride et al, 1999,

จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลีย ทั้ง 5 รูปแบบ จะเห็นได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนได้มีการพัฒนาจากการที่ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดให้มี 3 องค์ประกอบหลักในการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประกอบด้วย การให้บริการสุขภาพในโรงเรียน การสอนสุขศึกษาในโรงเรียน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ต่อมาได้กำหนดสิ่งที่โรงเรียนต้องดำเนินการเพิ่มอีก 5 องค์ประกอบ คือ การบริการอาหารในโรงเรียน พลศึกษา การให้คำปรึกษาในโรงเรียน การส่งเสริมโรงเรียนให้เป็นที่พัฒนาสุขภาพ และกิจกรรมร่วมระหว่างชุมชนกับโรงเรียน จะเห็นว่าองค์ประกอบที่กำหนดให้โรงเรียนดำเนินการนั้นขยายเพิ่มมากขึ้น และมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มองค์ประกอบเรื่องการบริหารโรงเรียน องค์ประกอบที่มาจากภายนอกโรงเรียน ได้แก่ ชุมชนและสภาพแวดล้อมสำหรับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของประเทศออสเตรเลียนั้น รับแนวคิดการดำเนินงานมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบกับได้มีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานของโรงเรียนภายใต้โครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่แล้ว พัฒนารูปแบบ WASH Project Model ซึ่งหลักที่ใช้ในการดำเนินงานคือ การทำงานในรูปแบบคณะกรรมการและให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมีการกำหนดสิ่งสนับสนุน ตลอดจนกำหนดกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการบริหารจัดการของโรงเรียนและมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 10 องค์ประกอบ คือ 1) หลักสูตรสุขศึกษา 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 3) การบริการอาหารด้านสุขภาพ 4) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน 6) การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร 7) โครงการด้านพลศึกษา 8) การบริการด้านสุขภาพ 9) การให้คำปรึกษา 10) สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

จากการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลีย สรุปได้ว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนในระยะเริ่มแรกโรงเรียนถูกควบคุมจากภายนอกโดยรัฐกำหนดองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพที่โรงเรียนต้องดำเนินการและต่อมาได้มีการกำหนดองค์ประกอบด้านการบริหารโรงเรียนเพื่อให้โรงเรียนพัฒนาการบริหารจัดการภายใต้โครงสร้างพื้นฐานของโรงเรียนที่มีอยู่ และได้มีการวิจัยพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนของประเทศออสเตรเลีย ซึ่งได้รูปแบบที่มีโรงเรียนเป็นฐานโดยโรงเรียนเป็นผู้กำหนดสิ่งสนับสนุนและกลยุทธ์การบริหารจัดการเพื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนใช้การดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการและให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

องค์ประกอบการดำเนินงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การจัดโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยองค์การที่มีศักยภาพที่มีแนวทางด้านความคิดร่วมกันและมีความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนของตนเอง การทำให้โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพบรรลุผลนั้น ต้องมีองค์ประกอบให้ชัดเจน ได้แก่ 1) นโยบายของโรงเรียน 2) การบริหารจัดการในโรงเรียน 3) โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 5) บริการอนามัยโรงเรียน 6) สุขศึกษาโรงเรียน 7) โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย 8) การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ 9) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม 10) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรของโรงเรียน (กรมอนามัย, 2546, หน้า 5 – 6) โรงเรียนมีการจัดองค์การให้เอื้อต่อการบริหาร อย่างเป็นระบบครบวงจรสามารถจัดประเภทได้ดังนี้

1. การจัดสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนหมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางจิตใจ ทางสังคม เช่น การจัดห้องเรียนการจัดสนามทางเดินและบริเวณให้เป็นระเบียบปลอดภัย สะอาด ห้องเรียนมีแสงสว่างเพียงพอ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ซึ่งจะส่งผลดีกับนักเรียน (กระทรวงสาธารณสุข, 2543, หน้า 10)

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน หมายถึง การปรับปรุงรักษาการอนุรักษ์ การใช้สิ่งของต่าง ๆ ในโรงเรียนอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดทำลาย หรือเสื่อมหายไป โดยพยายามแก้ไขให้คงสภาพเดิมเพื่อการใช้ประโยชน์ที่ยาวนาน การฟื้นฟู ส่งเสริมให้อยู่ใสภาพที่ใช้การได้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น เรื่องของอากาศ ควันพิษ สารพิษในน้ำดื่มน้ำใช้ ขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพของนักเรียน อาคารเรียน ห้องเรียน โต๊ะเรียน เก้าอี้ กระดานดำ สนาม ถนน ดิน ต้นไม้ ประติมากรรม หน้าต่าง ฯลฯ (สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์, 2545, หน้า 6-7)

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนจึงเป็นการกระทำหรือการช่วยเหลือของนักเรียนเพื่อให้เกิดการรักษาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เหมาะสม เกิดความตระหนัก เห็นคุณค่าของสิ่งของในโรงเรียนและช่วยกันดูแลรักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับการส่งเสริมสนับสนุนให้การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนของนักเรียน และครูดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ความมุ่งหมายในการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะก็เพื่อที่จะทำให้เด็กนักเรียนได้รับความสะอาดสบายปลอดภัย และเกิดสิ่งต่อไปนี้ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2544, หน้า 38)

1. ส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย เพื่อให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพทางกายที่ดี
2. ส่งเสริมบรรยากาศทางอารมณ์ที่ดี เพื่อให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพทางจิตที่ดี

3. ช่วยให้เกิดความปลอดภัยจากโรคและอุบัติเหตุ เพื่อให้เด็กนักเรียนมีสวัสดิภาพที่ดี
4. ช่วยให้การจัดบริการสุขภาพ และการสอนสุขศึกษาได้ผลดียิ่งขึ้น เพื่อให้เด็กนักเรียนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม
5. เป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักเรียน ผู้ปกครองและชุมชน เพื่อเป็นการพัฒนาสุขภาพทั้งของส่วนบุคคลและชุมชน

โรงเรียนที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี ย่อมจะทำให้เกิดประโยชน์แก่นักเรียนโดยส่วนรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ส่งผลให้โรงเรียนและชุมชนมีสถานให้บริการในด้านสถานที่ ที่ได้มาตรฐานถูกสุขอนามัย เป็นศูนย์กลางของการส่งเสริมสุขภาพได้

1. สิ่งแวดล้อมหรือความเป็นอยู่ที่ดีถูกสุขลักษณะในโรงเรียน ย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของเด็กอยู่เป็นอันมาก
 2. การศึกษาจัดได้ว่าเป็นกระบวนการเกี่ยวข้องกันระหว่างผู้เรียนกับสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพราะตลอดเวลาที่เด็กอยู่ใน โรงเรียนเด็กต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมและสนองตอบสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ อยู่เสมอ
 3. โดยธรรมชาติแล้วสิ่งแวดล้อมย่อมมีทั้งที่ให้คุณและให้โทษปะปนกันอยู่ด้วยเหตุนี้ ถ้าหากโรงเรียนจัดสิ่งแวดล้อมไม่ดี ก็ย่อมจะมีผลเสียหากเกิดขึ้นกับเด็กได้อย่างแน่นอน
 4. คนเราสามารถจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้จากเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมได้ตลอดเวลา การจัดสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ต่าง ๆ ภายในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการจัดการศึกษาให้แก่เด็ก เพราะตามปกติสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ย่อมเป็นอุปกรณ์การสอนอยู่แล้วในตัว
 5. ครูนับว่าเป็นสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็ก เพราะครูเป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านวัตถุ จิตใจและสังคมของเด็กและยิ่งกว่านั้นเด็ก ๆ จะเรียนและเลียนแบบจากครูเสมอ
- แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อม

โรงเรียนต้องมีการกำหนดแนวทางในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการทำงานให้เกิดความรวดเร็วและมีทิศทาง ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ, 2542, หน้า 173 – 196)

1. ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เพื่อให้ครู นักเรียนและบุคลากรอื่น ๆ ในโรงเรียนได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบนิเวศ ประโยชน์ของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อการดำรงชีวิตและสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด เช่น ป่าไม้ แม่น้ำ สัตว์ป่า ชุมชน เป็นต้น
2. การบำรุงรักษาโรงเรียน เพื่อไม่ให้เกิดสภาพแวดล้อมเสื่อมโทรมได้แก่ ซ่อมแซมอาคารเรียน โต๊ะ เก้าอี้ ที่ชำรุดไม่ให้มีสิ่งกีดขวางให้เกิดอันตราย ดูแลรักษาอาคารเรียนไม่ให้มีการขีดเขียนหรือทำให้สกปรกไม่น่าดู รักษาบริเวณโรงเรียนให้สะอาดไม่มีหญ้ารกรุงรังเก็บเครื่องมือ

เครื่องใช้วัสดุต่าง ๆ เป็นระเบียบ ดูแลรักษาความสะอาดของโรงอาหาร โรงครัวและส้วม ดูแลรักษาบริเวณโรงเรียนไม่ให้มีน้ำขัง โดยจัดให้มีทางระบายน้ำที่ดี ดูแลสนาม ถนน และทางเดินไม่ให้เป็นหลุมเป็นบ่อ และดูแลรักษาต้นไม้ ไม้ดอก ไม้ประดับ ในโรงเรียนโดยเอาใจใส่ดูแลรดน้ำ ใส่ปุ๋ย ไม่เด็ดดอกไม้ หรือตัดต้นไม้ ไม่กรีดยัง หรือเขียนด้วยของมีคมลงบนต้นไม้

3. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น ได้แก่การปรับปรุงบริเวณโรงเรียนให้สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยและสวยงาม ปรับปรุงถนนและทางเดินให้มีสภาพดี เพื่อสะดวกในการสัญจรไปมา ปรับปรุงระบบกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล โดยจัดหาที่รองรับขยะส่งเสริมการกำจัดขยะการนำไปทำปุ๋ยหมักซึ่งนำไปใช้ในโรงเรียนต่อไป ปรับปรุงห้องส้วม ที่ปัสสาวะให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดีตลอดเวลา ปลูกต้นไม้ขึ้นต้นจะช่วยให้ร่มเงา อนุรักษ์ดิน และลดมลพิษทางอากาศ โรงเรียนอาจจะให้มีสวนหย่อม โดยจัดให้มีไม้ดอกไม้ประดับ มีแอ่งน้ำสำหรับปลูกพืชเลี้ยงสัตว์ เพื่อให้นักเรียนเห็นความสวยงามของธรรมชาติจะได้รู้จักธรรมชาติมากขึ้น

4. การใช้กฎระเบียบของโรงเรียน เพื่อให้สามารถดูแลให้มีความเป็นระเบียบ ความปลอดภัยต่าง ๆ แก่นักเรียน

5. หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดมลพิษ เพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ เช่น พลาสติก สเปรย์ โฟม ควรใช้ถุงกระดาษ หรือใบตองใส่อาหารแทนถุงพลาสติก เป็นต้น หลีกเลี่ยงจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน ควรยึดหลักในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (สุจิตรา-สุคนธ์ทรัพย์, 2545, หน้า 7)

1. จัดให้เกิดความสะอาด มีระเบียบเรียบร้อย สวยงามเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต
2. จัดให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุและอันตรายอื่น ๆ ให้เหมาะสม
3. จัดให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อ
4. จัดให้เหมาะสมกับวัยและความเจริญเติบโตกับนักเรียน

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ในการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้มีความปลอดภัยนั้น ใช้หลักในการเลือกสรรเครื่องเล่นหรืออุปกรณ์การศึกษา จัดทำคู่มือการใช้อุปกรณ์กีฬา ติดไว้ให้นักเรียนได้อ่านตามความเหมาะสม ตรวจสอบความปลอดภัยของอาคารเรียน ต้นไม้ และเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นระยะ ให้ความร่วมมือกับชุมชน เพื่อลดอันตรายจากการจราจรในบริเวณใกล้เคียงเช่นนี้ มาตรการลดความเร็วของยานพาหนะ การป้องกันไม่ให้เข้ามาบริเวณโรงเรียนจัดห้องน้ำห้องส้วมให้เพียงพอสำหรับนักเรียนชายและหญิง บริการให้มีน้ำสะอาดดื่ม และน้ำใช้อย่างเพียงพอ นำสิ่งที่ไม่ใช้แล้วมาหมุนเวียนใช้ใหม่ เช่น กระดาษ แก้ว อะลูมิเนียม เป็นต้น ไม่สนับสนุนให้

นักเรียนใช้ภาชนะพลาสติก โรงเรียนมีระบบการกำจัดขยะมูลฝอยที่เหมาะสมเพียงพอ นักเรียนมีส่วนร่วมในการรักษาความสะอาด และทำให้โรงเรียนมีความสวยงาม เช่น การทาสีโรงเรียน การปลูกต้นไม้ มีการจัดระบบระบายอากาศเพียงพอในทุกพื้นที่ มีแสงสว่างเพียงพอต่อการมองเห็น ควบคุมดูแลไม่ให้มีเสียงรบกวนนักเรียน และประเมินคว่ามีส่วนใดบ้างที่ยังไม่บรรลุมาตรฐานเพื่อหาทางปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และ สุชาดา ตั้งทางธรรม, 2541, หน้า 8 – 9)

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ดีขึ้นทำให้นักเรียนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีสุขภาพที่ดี มีน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาดมีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีความปลอดภัยในชีวิต มีที่สำหรับนั่งพักผ่อน ที่รับประทานอาหารสะอาด บรรยากาศร่มรื่นน่าอยู่ นักเรียนได้รับอากาศบริสุทธิ์ ไม่มีเสียงรบกวน หรือกลิ่นต่างๆ ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรคนักเรียนมีสมาธิในการเรียน นอกจากนี้โรงเรียนยังมีปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพอีกหลายประการทำให้มีสุขภาพจิต สุขภาพกายดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ, 2542, หน้า 9 – 25)

จากการศึกษาการดำเนินงานของโรงเรียนมัธยมศึกษาที่เอื้อต่อการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพนั้น มีการสร้างและดูแลรักษาอาคารสถานที่ ตลอดจนการติดตั้งวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งเครื่องเล่น และอุปกรณ์กีฬาที่มีความมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัยเพียงพอ สะอาด และสะดวกในการเข้าไปใช้เพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน หรือการพักผ่อนได้ทั่วถึง มีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและใช้อย่างเพียงพอ มีการรักษาสมดุลของสิ่งแวดล้อม และมีการจัดเวรยามเพื่อป้องกันการโจรกรรม สำหรับการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีการสร้างให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้นักเรียนรู้ว่ามีมนุษยและโรงเรียนมีกฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น (ระเบียบ บัวคำซอ, 2544 , หน้า ง)

จากการศึกษาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อพัฒนาไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพค่อนข้างเอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีเพียงบางส่วนที่เป็นอาคารเรียน และสนามกีฬา ยังไม่เพียงพอต่อการใช้ของนักเรียนแต่สามารถใช้อาคารสถานที่ร่วมกันได้ ส่วนทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมพบว่า นักเรียนได้ประโยชน์จากการที่โรงเรียนตั้งอยู่ในมหาวิทยาลัย ส่งผลให้นักเรียนมีความกระตือรือร้นในด้านวิชาการ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่นักเรียนจัดขึ้นหรือมีการณรงค์ ส่งผลต่อการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของนักเรียนด้วย (ขวัญชัย แสงสุวรรณ , 2545, หน้า ง)

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนมีส่วนสำคัญกับนักเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพหลายประการที่จะทำให้โรงเรียนเป็นสถานที่น่าเรียน นักเรียนได้รับความสะดวกสบาย ความปลอดภัย

ต่อสุขภาพ เช่น เรื่องอากาศ ควันพิษ ขยะมูลฝอย ต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของนักเรียน มีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมสมถุขลักษณะกับพัฒนาการของเด็กมีที่พักผ่อนหย่อนใจนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตมีสติปัญญาให้เด็กเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีความสนใจสุขภาพของตนเอง ตลอดจนอยากตอบสนองด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และการอยู่ร่วมกับสังคมอย่างมีความสุข

2. การบริการอนามัย

บริการอนามัย หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพแก่นักเรียนอย่างครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพอนามัยป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การตรวจสายตา และการได้ยิน การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมรักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคในช่องปาก โรคหนองพยาธิลำไส้ และโลหิตจางซึ่งมีการบริการดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2543 , หน้า 6)

การให้บริการแก่นักเรียน

1. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ขึ้นไปตรวจสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองภาคเรียนละ 1 ครั้ง
2. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 4 ได้รับการตรวจสุขภาพ โดยบุคลากรสาธารณสุขหรือครูอนามัยโรงเรียน อย่างน้อยปีละครั้ง
3. นักเรียนได้รับการทดสอบสายตาปีละครั้ง
4. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการทดสอบการได้ยินด้วยเครื่องตรวจการได้ยิน
5. นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุขปีละครั้ง
6. นักเรียนไม่มีฟันผุ (ฟันที่ได้รับการอุดหรือแก้ไขแล้วถือว่าไม่ผุ)
7. นักเรียนไม่มีภาวะเหงือกอักเสบ
8. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการวัคซีนหัดเยอรมัน คางทูม Measles Mumps Rubella (MMR)
9. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค Bacillus Chalmette Guiro (BCG)
10. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก Tetanus Diphtheria (dT) และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ Oral Polio Vaccine (OPV) กระตุ้น
11. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ไม่เคยได้รับวัคซีน บาดทะยัก ไอกรน Diphtheria Tetanus and Prussic Vaccine (DTP) หรือเคยได้รับมาน้อยกว่า 4 ครั้ง ได้รับการฉีดวัคซีน dTP 2 ครั้ง
12. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้รับการฉีดวัคซีน dT กระตุ้น

13. มียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น

14. นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการช่วยเหลือทันที

15. นักเรียนและบุคลากรที่เจ็บป่วยเกินขอบเขต การบริการของห้องพยาบาล เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คอปกอกจากการขาดสารไอโอดีน ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา ในอีกความหมายหนึ่ง ของอนามัยในโรงเรียน หมายถึง การจัดบริการสุขภาพให้กับนักเรียนเพื่อการดำรงรักษา การปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิภาพของนักเรียนให้อยู่ในสภาพดีที่สุดในที่จะเป็นไปได้ซึ่งอาศัยกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อสุขภาพของนักเรียน ดังนี้ (สุชาติ โสมประยูร, 2541, หน้า 77 – 132)

1. การตรวจค้นความบกพร่องทางสุขภาพร่างกายของนักเรียนและเมื่อพบแล้วหาทางช่วยเหลือแก้ไขให้ทันที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมากขึ้น

2. การติดตามเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านสุขภาพ ให้ได้รับความช่วยเหลือโดยการติดต่อกับเด็กผู้ปกครองของนักเรียน

3. การจัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ และการปฐมพยาบาลแก่นักเรียนที่ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ในโรงเรียน

4. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงเรียน

5. การแนะนำดัดนิสัยหรือการแนะนำสุขภาพ

การจัดบริการอนามัยให้นักเรียนจุดมุ่งหมายเบื้องต้น คือ การจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพให้นักเรียน ทำให้เกิดความเจริญงอกงามไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสมตรงตามความต้องการของการศึกษา (Educational Needs) และทางการรักษาพยาบาล (Medical Needs) ด้วยเหตุนี้เองบริการอนามัยในโรงเรียนที่จัดขึ้น เช่น การจัดห้องพยาบาลหรือการจัดสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่เด็กโรงเรียนจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการและจำเป็นในการรักษาพยาบาลควบคู่ไปซึ่งการให้บริการ กำหนดเวลาในการให้บริการอนามัย โรงเรียนการตรวจสุขภาพโดยแพทย์ การตรวจสุขภาพหรือการตรวจโรค (Medical Examination) โดยแพทย์ทั่วไปหรืออายุรแพทย์ นับว่าเป็นบริการสุขภาพที่สำคัญมาก โรงเรียนควรจะจัดให้มีขึ้นตามโอกาสหรือกำหนดเวลา ดังนี้ (สุชาติ โสมประยูร และคณะ, 2542, หน้า 175 – 188)

1. ก่อนเข้าเรียนนักเรียนที่เข้าใหม่ทุก ๆ คนควรจะได้รับ การตรวจสุขภาพหรือตรวจโรคโดยแพทย์เสมอ

2. ขณะเมื่อเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 6 ควรได้รับการตรวจร่างกาย

3. เมื่อเวลานักเรียนไม่สบายอันเกิดจากโรคภัยไข้เจ็บหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ

4. สำหรับนักเรียนที่เข้าร่วมแข่งขันกีฬาคควรได้รับการตรวจสอบสุขภาพก่อนที่จะทำการฝึกซ้อมหรือก่อนการเก็บตัวนักกีฬา

5. การตรวจสอบสุขภาพโดยทันตแพทย์ นักเรียนควรได้รับการตรวจสอบสุขภาพของปากและฟันโดยทันตแพทย์ปีละครั้ง เนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคที่พบในเด็กวัยเรียนมากที่สุด

6. การตรวจสอบสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่อนามัยและพยาบาลทางโรงเรียนจะได้ติดต่อให้มิพยาบาลมาตรวจสอบสุขภาพ และให้การรักษาพยาบาลเล็ก ๆ น้อย ๆ แก่นักเรียนเป็นประจำ เช่น ควรจะมีพยาบาลมาเยี่ยมโรงเรียนสัปดาห์ละครั้ง เป็นต้น

7. การตรวจสอบสุขภาพโดยครู ในฐานะที่เป็นครูมีหน้าที่สอนอย่างเดียวต้องมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของเด็กนักเรียนด้วย ดังนั้นการตรวจสอบสุขภาพของนักเรียนจึงต้องถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของครูด้วยเช่นกัน

7.1 การสังเกตในตอนเช้าก่อนเข้าเรียน (Morning Health Inspection) ครูประจำชั้นจะต้องสังเกตนักเรียนในตอนเช้าทุกวัน ในขณะที่นักเรียนอยู่ในแถวหรือในโอกาสที่นักเรียนเดินแถวเข้าห้องเรียน โดยครูยืนอยู่ที่ประตูหรือหน้าห้องเรียน เพื่อที่จะตรวจสอบได้สะดวกขึ้น ดังนี้

ท่าที่ 1 ยืนมือออกไปสุดแขนข้างหน้าทั้งสองแขนข้าง แขนมือ ถามนิ้วมือทุกนิ้วแล้วคว่ำมือครูดูบริเวณแขน มือ ฝ่ามือ ง่ามมือ ง่ามนิ้ว ความสะอาดมือและเล็บ สีของเล็บ สังเกตอาการบวม แผล ผื่น จุดดำ ตุ่มบริเวณมือ แขน

ท่าที่ 2 ยืนตัวตรงหันหน้าไปข้างซ้าย นักเรียนหญิงใช้มือขวาตัดผมด้านหลังเหนือหูขวา และในท่าเดียวกันหันหน้าไปทางขวามือซ้ายตัดผมด้านหลังเหนือหูซ้ายขึ้น ครูสังเกต ใจหายที่ผมครูหู สังเกตใบหู และผิวหนังรอบ ๆ หู ตลอดจนใบหน้าซีกนั้นและบริเวณหลังหูรายหูเป็นน้ำหนวกลให้ดูว่าบริเวณคอและใต้คางบวมมีก้อนโตหรือไม่

ท่าที่ 3 ถัดฟันข้มกว้างให้เห็นเหงือก อ้าปากแลบลิ้น ครูสังเกตริมฝีปาก หน้าฟัน ความแข็งแรงของเหงือก ลักษณะลิ้น เยื่อในปาก นอกจากนี้ครูควรสังเกตดูความสะอาดโดยทั่วไปของเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย ผิวหนัง และหน้าผาก รวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของนักเรียนอีกด้วย

8. การสังเกตขณะอยู่ในชั้นเรียน (Health Observation) ในขณะที่ครูกำลังสอนอยู่ว่านักเรียนมีอาการผิดปกติหรือไม่ ต้องเอาใจใส่สังเกตอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่นความบกพร่องทางสุขภาพจิต เป็นต้น สิ่งที่ครูอาจสังเกตพบได้ขณะนักเรียนอยู่ในชั้นเรียน ได้แก่

8.1 ลักษณะทั่วไป อาการผอมมากหรือผอมลงทุกที เข้าห้องน้ำบ่อย หอบ ไอเรื้อรัง ริมฝีปากเขียว ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายโตบวมผิดปกติ

8.2 ทรวดทรง อาการที่อาจพบ คือ ตะโพกเอียงผิดปกติ เดินขาเป๋ หรือขาเก ผลก ลีบ

การเคลื่อนไหวผิดปกติ

8.3 ผิวหนัง เล็บ คือ ผิวหนังซีดหรือแดงผิดปกติ มีผื่นหรือบวม เป็นต้น

8.4 ศีรษะและผม สิ่งที่สังเกต คือ ผมร่วงเป็นหย่อม ๆ สะเก็ดบนหนังศีรษะเกาศีรษะบ่อย ๆ ไข่เหาติดอยู่ตามเส้นผม โดยเฉพาะชายผมด้านหลัง

8.5 ตา คือ ขอบตาอักเสบบวม เป็นเมือก ตาแดง ตาเหล่ ปวดศีรษะบ่อย ๆ ตาส่อนเวลามองอะไรก็เบลอเห็นน้ำมูก ลูกตาพอง น้ำตาไหล

8.6 หู คือ ปวดหู ไม่ค่อยได้ยินคำถาม ชอบแคะหู ไม่ตั้งใจเรียน ส่งเสียงดังเกินไป

8.7 จมูกและคอ คือ อ้าปากหายใจทางปากอยู่เสมอ น้ำมูกไหลตลอดเวลา เลือดกำเดาออก พูคเสียงอู้อี้

8.8 ปากและฟัน คือ ริมฝีปากซีดหรือแดงผิดปกติ แดงหรือเป็นสะเก็ด มุมปากเป็นแผล ฟันสกปรกเป็นคราบ ลมหายใจเหม็น

8.9 พฤติกรรมและอุปนิสัยการเรียนแย่งลง พูคไม่ชัดหรือติดอ่าง กัดเล็บ กัดลิ้นเนื้อในหน้าแขนหรือขากระดูก ชอบทะเลาะกับผู้อื่น รังแกผู้อื่น หรือขยันเกินไปถึงกับแยกตัวออกจากผู้อื่น ใจลอย ขี้อาย ประพฤติผิดเพศ

9. การชั่งน้ำหนักและการวัดส่วนสูง เป็นการดูแลสุขภาพเพื่อให้ทราบว่าร่างกายมีความเจริญเติบโตไปลักษณะใด ปกติหรือไม่ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงควรกระทำเป็นครั้งคราว การจัดบริการอนามัยในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โรงเรียนจัดให้บริการความรู้เรื่องสุขภาพแก่กลุ่มเด็ก และเยาวชนทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น โรงเรียนจัดให้มีการบริการภูมิคุ้มกันโรคสำหรับนักเรียน บริการตรวจร่างกาย บริการตรวจช่องปากประจำปี ให้คำปรึกษาแก่นักเรียนที่มีปัญหาทางสังคม มีหน่วยงานมาบริการให้การอบรมความรู้แก่ครู และนักเรียนเพื่อให้ได้ความรู้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพนักเรียน (กระทรวงสาธารณสุข , 2542, หน้า 1 – 2)

จากการศึกษารูปแบบการส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในจังหวัดเชียงใหม่ ตามกระบวนการทั้ง 7 ขั้นตอนนั้นสรุปได้ดังนี้ (จิรวดี ศุภยศอมร. 2544: หน้า 87 – 91)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา นักเรียนส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดในด้านอนามัยส่วนบุคคลอย่างเป็นประจำ อีกทั้งยังขาดทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และพ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่เอาใจใส่อย่างจริงจัง

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนด้านพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านสภาพปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนด้านอนามัยส่วนบุคคล และมีทัศนคติด้านพฤติกรรมด้านสุขภาพดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบแนวคิด นักเรียนสามารถมองเห็นสภาพปัญหาของตนเองและมีแนวคิดไปในทิศทางเดียวกันว่าปัญหาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลนั้น เกิดจากนักเรียนไม่ปฏิบัติอย่างจริงจังสม่ำเสมอทุกวัน

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ได้มีการระดมสมองเพื่อร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์คือกลุ่มนักเรียน ครู ผู้ปกครองต้องการให้นักเรียนตระหนักและมีความสนใจต่อการปฏิบัติตนด้านอนามัยส่วนบุคคล ตามสุขบัญญัติแห่งชาติประจำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

ขั้นตอนที่ 5 การวางแผนกำหนดกิจกรรม ได้มีการวางแผนกำหนดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล 4 กิจกรรม 1) การตรวจสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคล กิจกรรมที่ 2) ดื่มน้ำความสมบูรณ์เพิ่มพูนอนามัย กิจกรรมที่ 3) ฟื้นฟูสุขภาพด้วยมือเรา กิจกรรมที่ 4) รักผมสวยต้องช่วยกันรักษาทำจัดหาและได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินตามแผนงานในแต่ละกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 6 การปฏิบัติตามกิจกรรมการส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล ได้จัดประชุมชี้แจงครู นักเรียนเพื่อให้ทราบรายละเอียดของการตรวจสุขภาพ ด้านอนามัยส่วนบุคคลสำรวจและจัดหาอุปกรณ์ในการแปรงฟันให้แก่เด็กนักเรียน ในตอนเช้าและก่อนนอน การดูแลสุขภาพเส้นผม และหนังศีรษะและอื่น ๆ จัดอบรมให้ความรู้ รวมทั้งแนะนำให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลด้วย

ขั้นตอนที่ 7 การติดตามและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ดังนี้

1. การประเมินผลงาน ตามรูปแบบการส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ
2. การประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ การส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ
3. การประเมินผลลัพธ์ของ โปรแกรมกิจกรรม การส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ อนามัยในโรงเรียน เป็นความจำเป็นที่ทางโรงเรียนต้องจัดให้นักเรียนทุกคนที่อยู่ในโรงเรียนได้รับการดูแลจากครูนอกจากนี้นักเรียนจะต้องมีการเรียนรู้ในด้านสุขศึกษาด้วย เพื่อเป็นการปฏิบัติควบคู่กันไปได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขนิสัยที่ดีในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองทั้งขณะอยู่ในโรงเรียนและนำไปปฏิบัติต่อเนื่องเมื่ออยู่กับครอบครัวก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บหรือโรคติดต่อที่ร้ายแรง

3. สุขศึกษา

สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพทั้งทางด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ จากการนำความรู้จากประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ส่วนหนึ่งซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต (สุชาติ โสภประยูร, 2542, หน้า 9)

สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการต่าง ๆ ที่มีการวางแผนไว้เป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนามนุษย์ โดยการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพบุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545, หน้า 14 – 15)

สุขศึกษาในโรงเรียน หมายถึง กระบวนการจัดประสบการณ์สอนด้านสุขภาพให้กับนักเรียนในโรงเรียน ผ่านการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ การจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน และการสอนสุขศึกษาในชั้นเรียน เพื่อมุ่งปรับปรุงเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ บุคลากรในโรงเรียนและประชาชนในชุมชนให้สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม (พัชรี ศรีสังข์, 2541, หน้า 235) จากความหมายสุขศึกษา และสุขศึกษาในโรงเรียน สรุปได้ว่า หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ ทั้งความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในโรงเรียน เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องส่งผลต่อความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม หลักการเบื้องต้นในการสอนสุขศึกษา

โรงเรียนจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสุขบัญญัติ 10 ประการและลดปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาสาธารณสุขท้องถิ่นประเทศ ซึ่งมีหลักเบื้องต้นในการสอนสุขศึกษา ดังนี้ (กองสุขศึกษาแห่งชาติ, 2541, หน้า 7)

1. การสอนเน้นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพไปในลักษณะทางบวก (Positive) ไม่ใช่ทางลบ (Negative) ควรระบุดูจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างเสริมและดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของเด็ก ควรเน้นสุขภาพของปากและฟันเพื่อให้ปากสะอาด
2. จุดมุ่งหมายในการสอนสุขศึกษาควรให้เด็กมีสุขภาพดีขึ้น พยายามให้นักเรียนคิดไปในทางปฏิบัติให้มากกว่าในแง่ของวิชาการ
3. การสอนควรเน้นที่เด็กปกติ หรือเด็กที่อยู่ในเกณฑ์ทั่วไปหรือเด็กที่ผิดปกติบ้างเล็กน้อย
4. ประสบการณ์ทางการเรียนรู้ จัดให้เหมาะสมหรือสอดคล้องกับความเจริญเติบโตหรือพัฒนาการทางด้านสรีระวิทยา ทางด้านจิตวิทยาและทางด้านสังคมวิทยาของเด็ก
5. บทเรียนที่สอนเด็กควรคำนึงถึงความสนใจ ความต้องการ ความสามารถและภูมิหลังของเด็กเสมอ เพราะทั้ง 4 ด้าน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในตัวเด็กที่จะช่วยให้การเรียนการสอนบรรลุเป้าหมาย

6. การสอนแบบแก้ปัญห (Problem – Solving) จัดว่าเป็นสถานการณ์แห่งการเรียนรู้ นั้นจะได้ผลดีที่สุด ดังนั้นปัญหาที่ครูหยิบขึ้นมาจึงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์จริง ซึ่งมีความหมายและความสำคัญต่อผู้เรียน

7. การเรียนรู้แบบบูรณาการ หรือแบบผสมผสานจะได้ผลดีที่สุดและมีการเรียนรู้อยู่ได้นานก็ต่อเมื่อการเรียนรู้ได้ถูกหล่อหลอมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

8. การสอนควรเน้นเด็กเป็นสำคัญโดยให้เด็กรู้จักคิดสามารถที่จะค้นพบและนำไปสู่การแก้ปัญหาทางสุขภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็กนักเรียน

9. การสอนเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ คือข้อกำหนดที่เด็กเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัยเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้ (อรนุช จันทร์วงษ์, 2544 , หน้า 30 – 34)

9.1 ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด

9.2 รักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธี

9.3 ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหาร และหลังการขับถ่าย

9.4 กินอาหารสุก สะอาด และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือสีฉูดฉาด

9.5 งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน

9.6 สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น

9.7 ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท

9.8 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี

9.9 ทำจิตใจให้ร่าเริงอยู่เสมอ

9.10 มีจิตสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

สุขศึกษาในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

สุขศึกษาในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและมีการบูรณาการกิจกรรมในหลักสูตรให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม นักเรียนสามารถเชื่อมโยงไปสู่ชุมชน จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรงานส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง สร้างประสบการณ์การเรียนรู้เชิงพัฒนาที่เหมาะสมให้กับเด็ก และตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ มีการพัฒนาเพื่อเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมของนักเรียน เพื่อป้องกันโรค การรักษาความสะอาดความปลอดภัย สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิตเป็นต้น (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545, หน้า 173)

นักเรียนได้รับความรู้จากการจัดการเรียนการสอน จากเนื้อวิชาสุขศึกษาในโรงเรียนระดับประถมศึกษาทั้งในและนอกห้องเรียนในด้านโภชนาการ นิสัยการรับประทานอาหาร อนามัย

ส่วนบุคคล การบริหารจัดการความเครียด การตัดสินใจความเป็นตัวของตัวเอง ทักษะการติดต่อสื่อสาร การปฏิเสธ ทักษะการแก้ปัญหาและการแก้ปัญหาและการจับที่ที่ปลอดภัย การออกกำลังกาย การเลือกซื้ออาหารและสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเผยแพร่ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน (ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ และคณะ, 2542, หน้า 99)

จากการศึกษาเรื่องการบูรณาการการเรียนสุขศึกษาในชั้นเรียน กับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของนักเรียนประถมศึกษาและวิเคราะห์พัฒนาการ การเรียนการสอนสุขศึกษาที่บูรณาการให้เหมาะสมกับสภาพสิ่งแวดล้อม และปัญหาสุขภาพอนามัยของนักเรียน โรงเรียนป่าบางห้วยฮ่าง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งนักเรียนประกอบด้วยสองกลุ่มใหญ่คือ นักเรียนชาวไทยพื้นราบและกลุ่มนักเรียนชาวเขาเผ่าต่าง ๆ เช่น ม้ง มูเซอ ลีซอ จีนฮ่อ ซึ่งสภาพโรงเรียนมีอาคารไม่เพียงพอต่อการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยนักเรียนมีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะนักเรียนที่เป็นชาวเขา เนื่องจากนักเรียนที่มาพักประจำที่ห้องพักซึ่งดูแลไม่ทั่วถึงทำให้นักเรียนกลุ่มมีปัญหาสุขภาพเป็นโรคผิวหนัง เป็นเหา หิดผี และโรคกลากเกลื้อน ทำให้นักเรียนพื้นราบมีปัญหาเช่นกัน เนื่องจากนักเรียนคลุกคลีกัน ทำให้ติดเชื้อแพร่กระจายของโรคอย่างมากสภาพการเรียนการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนเป็นการเรียนการสอนแบบบรรยาย และนักเรียนทำแบบฝึกหัด และจะเน้นวิชาด้านทักษะ คือ ภาษาไทยกับคณิตศาสตร์ ส่วนด้านสุขศึกษาเป็นแค่หน่วยเล็ก ๆ เท่านั้น

การพัฒนา รูปแบบของการเรียนการสอนสุขศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และปัญหาสุขภาพอนามัยของนักเรียน พัฒนามาจากความเชื่อ การเรียนรู้ของมนุษย์ต้องเกิดจากการกระทำการเรียนรู้สิ่งใดที่สนใจ และเป็นปัญหาความต้องการที่จะทำให้นักเรียนเกิดความสนใจในการเรียนตั้งแต่การค้นคว้าหาปัญหาความต้องการ วิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขด้วยตนเอง จะช่วยให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้และไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผลของการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยบูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างเป็นการสร้างความสัมพันธ์รับรู้ปัญหาและแก้ปัญหาด้วยกัน ผลของการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนได้ดังนี้ (นิจชิตา อินอิม, 2543, หน้า 109 – 116)

1. สุขภาพอนามัยของนักเรียนในเรื่องสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง แม้ว่าจะไม่ถึงขั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานจริงจังของนักเรียน นอกจากนี้กระบวนการวิจัยช่วยให้เห็นศักยภาพของนักเรียนที่สามารถคิดวางแผนและแก้ไขปัญหาตนเอง
2. ครูผู้สอนที่เข้าร่วมกิจกรรม เริ่มมองเห็นกระบวนการสอนแบบใหม่ถึงแม้จะยังไม่ชัดเจนแต่เริ่มมองเห็นความเป็นไปได้ ในการจัดการเรียนการสอนรูปแบบที่ให้นักเรียนเป็นผู้ที่บทบาทเท่าเทียมกับครู และนักเรียนต้องมีส่วนร่วมในการเรียนทุกขั้นตอนด้วย
3. โรงเรียนไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ระบุว่าได้มาจากการกระบวนการวิจัย

4. ในเรื่องของชุมชนที่อยู่อาศัยมี 2 ส่วน คือ นักเรียนที่เป็นชาวเขาที่ราบ และนักเรียนไทยภูเขา นักเรียนชายไทยพื้นราบไม่สามารถระบุการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนักเรียนกลุ่มนี้มีความสุขดีอยู่แล้ว

5. สำหรับผู้วิจัยทำให้มองเห็นว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนสุขศึกษาแบบใหม่มีความเป็นไปได้ต่อเนื่องจากกิจกรรมการมีส่วนร่วม และช่วยกระตุ้นให้นักเรียนรู้จักคิดวิเคราะห์วางแผนแก้ปัญหาได้ การจัดการเรียนการสอนแบบใหม่ ช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักเรียนดีขึ้น และสุดท้ายพบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมจะได้ผลแค่ไหนนั้นขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ออกแบบสามารถสร้างจิตสำนึกให้เกิดขึ้นมากน้อยแค่ไหน

สุขศึกษาในโรงเรียนเป็นกระบวนการก่อให้เกิดความรู้ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางความรู้ ทักษะคิดในด้านอนามัยให้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องของสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ซึ่งเป็นบรรทัดฐานสำหรับการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้กับนักเรียนตามนโยบายของชาติเพื่อได้ยึดเป็นปฏิบัติขั้นพื้นฐานให้นักเรียนมีความสุขอนามัยที่ดี การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นผลลัพธ์โดยรวมที่สำคัญอันบังเกิดขึ้นได้จากการนำความรู้และประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ส่วนหนึ่ง ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

4. โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย

โภชนาการและอาหาร หมายถึง สิ่งที่คนเรารับประทานเข้าไปแล้วร่างกายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายให้ดำเนินไปอย่างปกติ (อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, 2540, หน้า 30) รวมถึงน้ำเมื่อบริโภคและจะมีการเปลี่ยนแปลงและดูดซึมไปใช้ประโยชน์ต่อร่างกาย อย่างเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายทำให้ร่างกายเจริญเติบโตมีการสร้างและซ่อมแซมอวัยวะที่ทรุดโทรมสามารถควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และให้พลังงานความร้อนแก่ร่างกายตลอดจนในการคุ้มกันโรค (กรมอนามัย, 2543, หน้า 47)

สรุปได้ว่าโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย หมายถึงการรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าตามความต้องการของร่างกายเพื่อนำไปสร้างความเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ที่สึกหรอปราศจากโรคภัยให้มีความสุขอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญา

การจัดโภชนาการและอาหารในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานการจัดโภชนาการและอาหารในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนควรจัดให้มีโครงการอาหารกลางวันเพื่อให้นักเรียนมีอาหารกลางวันที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่รับประทาน

ทุกคนทุกวัน โครงการอาหารเสริมนมสำหรับนักเรียนทุกคน นักเรียนทุกคนได้รับการเฝ้าระวัง การเจริญเติบโตปีละ 2 ครั้ง การสุขาภิบาลอาหารและน้ำมีการจัดให้มีที่ล้างจาน นอกจากนี้ยังพบว่าบางแห่งมีกิจกรรมให้ชุมชนช่วยประกอบอาหาร จัดให้มีการปลูกผักพืชสวนครัวเลี้ยงปลา เลี้ยงเป็ดเพื่อนำไปใช้ในการประกอบอาหารกลางวัน ขอความร่วมมือจากผู้ปกครองช่วยสนับสนุน อาหารกลางวัน และมีบริการจัดให้น้ำดื่มพร้อมเครื่องกรองน้ำ มีที่ระบายน้ำรอบโรงอาหาร (นันทกา หนูเทพ, 2543, หน้า 3 – 9)

นักเรียนต้องมีนิสัยในการบริโภคที่ดีขึ้น มีการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย ไม่รับประทานอาหารตามใจชอบหรือตามกระแสนิยม การเลือกซื้ออาหารมีการสังเกตวันหมดอายุ ไม่เลือกซื้ออาหารที่แม่ค้านำมาเร่ขายรับประทานผักและผลไม้ที่สด การรับประทานอาหารกลางวัน ที่โรงเรียนเตรียมให้ใช้ภาชนะที่สะอาดในการบรรจุอาหาร ห่อข้าวมารับประทานที่โรงเรียน ไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรือไม่รับประทานอาหารหมักดอง เช่น มะม่วง ฝรั่ง มะยม กระท้อน ที่ไม่มีประโยชน์กับร่างกาย มีการออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักตัวส่วนสูง (ปิยนุช บุญทอง, 2545, หน้า 127 – 128)

จากการศึกษากิจกรรมโภชนาการในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงาน การประถมศึกษาจังหวัดพิษณุโลกได้ดังนี้ (กิริติ กิจธิระวุฒิพงษ์, 2542, หน้า 67 – 69)

1. โครงการอาหารกลางวัน จากการศึกษาพบว่าทุกโรงเรียนมีโครงการอาหารกลางวันมี คณะกรรมการดำเนินงาน โดยที่ผู้รับผิดชอบโครงการ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร และในการจัดอาหารส่วนใหญ่เป็นแบบอาหารจานเดียว จัดให้กับนักเรียนที่ขาดสารอาหาร
2. โครงการพืชผักสวนครัวในโรงเรียน พบว่ามีการดำเนินงานร้อยละ 90.3 และมี ระยะเวลาของกิจกรรมเฉลี่ย 4 ปีได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอื่น ๆ ได้แก่ เกษตรตำบล องค์กรบริหารส่วนตำบล ศูนย์ขยายพันธุ์พืชโดยนำผลผลิตไปใช้ในโครงการอาหารกลางวัน
3. โครงการสุขาภิบาลอาหารกลางวันจากการศึกษาพบว่าการดำเนินงานร้อยละ 90.3 มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสุขาภิบาล การเก็บภาชนะอุปกรณ์หลักสุขาภิบาลหลักการ ประกอบอาหารและมีการพิจารณาความสะอาดสถานที่ประกอบการ ภาชนะอุปกรณ์ต่าง ๆ
4. โครงการโภชนาการศึกษาในโรงเรียนมีการดำเนินงานร้อยละ 85.5 ส่วนใหญ่ได้รับการ อบรมในเรื่องอาหารและโภชนาการให้ได้รับการสนับสนุนสื่อจากกระทรวงศึกษาธิการเพื่อใช้ ในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้
5. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่าง ๆ พบว่าด้านบุคลากรไม่เพียงพอสำหรับการ ปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบโครงการขาดความรู้โดยตรง และไม่มีบุคลากรที่คอยรับผิดชอบโดยตรง ต้องหมุนเวียนกันรับผิดชอบ สำหรับงบประมาณพบว่า ได้รับการจัดสรรให้ทุกโรงเรียนแต่ไม่

เพียงพอกับความต้องการสำหรับการขาดแคลนด้านต่าง ๆ เช่น โรงอาหารพื้นที่ทำการเกษตร ภาชนะและอุปกรณ์เครื่องมือการเกษตร สื่อการสอนยังไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมโครงการ

โภชนาการและอาหาร เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เมื่อรู้จักการเลือกรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าตามความต้องการของร่างกาย เพื่อนำไปสร้างความเจริญเติบโตซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่สึกหรอ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนักเรียนจะต้องทำให้ถูกต้อง เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอย่างชาญฉลาดเพื่อให้ปราศจากความเจ็บป่วย มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย ได้รับการตรวจร่างกายหรือการดูแลเอาใจใส่แนะนำช่วยเหลือจากครูหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ นักเรียนสามารถช่วยเหลือตนเองในด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับวัยของนักเรียนได้รับสารอาหารตามที่ร่างกายต้องการอย่างครบถ้วน และนำไปใช้เสริมสร้างซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ

กลวิธีและขั้นตอนการดำเนินงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ อาศัยกลวิธีหลัก 4 ประการ (กรมอนามัย, 2543, หน้า 12-14) ดังนี้

1. การชี้แนะ (Advocacy) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อให้เกิดความตระหนักในสังคมเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพ ดังนั้น ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งองค์กรท้องถิ่น และชุมชนต้องได้รับการชี้แนะให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดและหลักการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และเผยแพร่ออกไปให้มากที่สุด เพื่อให้บุคลากรต่าง ๆ เข้าใจ เห็นคุณค่าและนำไปปฏิบัติ

2. การสร้างหุ้นส่วนและภาคี (Partnerships and Alliances) ความสำเร็จในการสร้างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการประสานความคิด และความร่วมมือระหว่างทุกหน่วยงานของสังคมทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด เพราะความร่วมมือจากทุกฝ่ายจะช่วยกันระดมความคิดในการจัดการกับปัจจัยเชิงซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สิ่งสำคัญลำดับแรกคือ การสร้างภาคีที่ยั่งยืนระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข และด้านการศึกษา ร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่นทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งองค์เหล่านี้ต้องเกิดความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพ โดยโรงเรียนแล้วร่วมกันสร้างกลไกที่เอื้อต่อการวางแผนและดำเนินการ มีการกำหนดตัวบุคคลซึ่งสามารถรับผิดชอบ ให้เวลา และสามารถทำหน้าที่ในภาคีร่วมกับหน่วยงานอื่นได้ ภาคีที่เข้มแข็งไม่เพียงแต่เป็นการวางรากฐานที่จำเป็นเพื่อการชี้แนะเท่านั้น แต่ยังช่วยในการระดมและประสานทรัพยากรด้วย ดังนั้น เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพโดยโรงเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ภาคีร่วมจึงเป็นหัวใจสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฏิบัติ ซึ่งชุมชนและโรงเรียนจะต้องเป็นภาคีหลักในเรื่องนี้

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งในระดับท้องถิ่น (Strengthening Local Capacity) เป็นการดำเนินการเพื่อเพิ่มศักยภาพให้ประชาชน องค์กรท้องถิ่น และโรงเรียนที่มีความสนใจ ได้มีความสามารถพอที่จะดำเนินการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้ ถึงแม้หน่วยงานต่าง ๆ ในระดับจังหวัด อำเภอ จะเห็นความสำคัญและกำหนดแผนที่ดีเพียงใด แต่หากระดับท้องถิ่นขาดความเข้มแข็งก็ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานหรือพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น แผนงานพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องมีแผนงานด้านพัฒนาบุคลากรและแผนการสร้างศักยภาพของชุมชนและโรงเรียนด้วย

4. การวิจัย ติดตาม และประเมินผล (Research, Monitoring and Evaluation) ทุกระดับ ทุกหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ควรมีแผนงานที่ตรงประเด็น และมีประสิทธิภาพ สามารถออกแบบให้มีการวิจัยและประเมินผลได้ เพื่อช่วยในการติดตามและปรับแผนงาน

ขั้นตอนในการเข้าสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

กระบวนการในการเข้าสู่การรับรองเป็น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

การเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

1. โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงเรียนระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาในทุกสังกัด ทั้งภาครัฐและเอกชน

2. การเข้าร่วมโครงการของโรงเรียน ผู้บริหาร โรงเรียนแสดงเจตจำนงเพื่อเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยแจ้งต้นสังกัดในระดับจังหวัด

การพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ โรงเรียนที่แสดงเจตจำนงเพื่อเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. โรงเรียนประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาสิ่งที่ยังไม่ได้ดำเนินการ

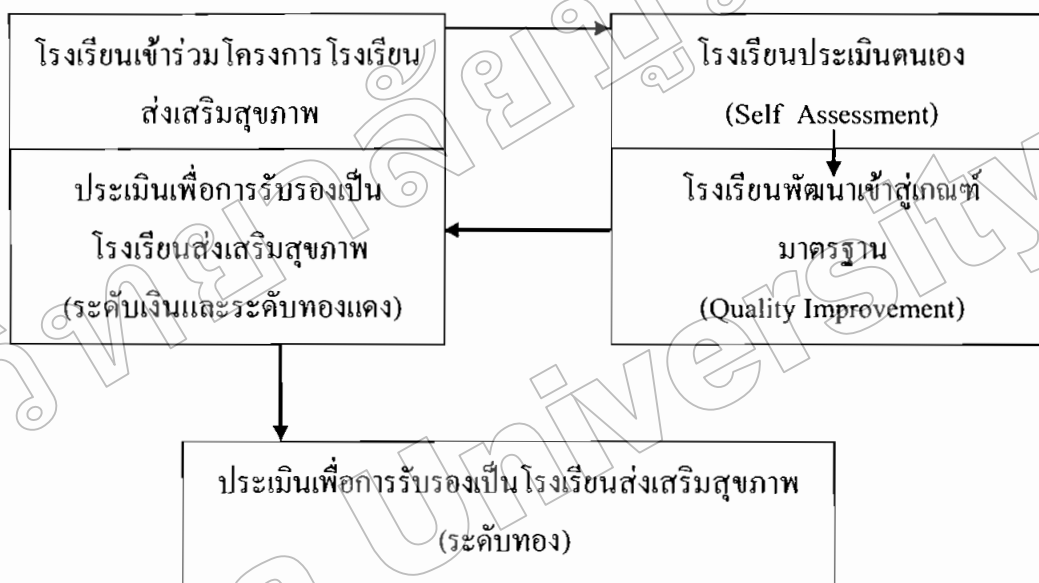
3. โรงเรียนพัฒนาให้เข้าสู่เกณฑ์มาตรฐาน ทั้งในส่วนที่สามารถดำเนินการใช้เองและส่วนที่จำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนจากบุคคล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งสามารถขอรับคำแนะนำได้จากทีมที่ปรึกษาและสนับสนุน

4. เมื่อโรงเรียนดำเนินการได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบและเห็นว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแล้ว สามารถขอรับการประเมินเพื่อรับรองการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้จากทีมประเมินระดับอำเภอ

การประกาศรับรองเป็น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อ โรงเรียน ได้ผ่านการประเมินเพื่อการรับรองเป็น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจากทีม ประเมินแล้วโรงเรียนจะได้รับใบประกาศเกียรติคุณจากกระทรวงสาธารณสุข ระดับทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง

กระบวนการในการเข้าสู่การรับรองเป็น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีลำดับขั้นตอนต่าง ๆ ดังปรากฏในภาพประกอบ 3 ดังนี้



ภาพที่ 7 แสดงกระบวนการเข้าสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข (2543, หน้า 7)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

กรมอนามัยได้เสนอขั้นตอนในการจัดกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไว้อย่างกว้าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้ (กรมอนามัย, 2546, หน้า 13 – 17)

1. การสร้างความช่วยเหลือสนับสนุนของชุมชน เริ่มจากการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลอนามัยโรงเรียนในพื้นที่ ในการชี้แนะให้นักเรียน ผู้ปกครอง ประชาชน และผู้นำท้องถิ่น ให้ความสำคัญของการสร้างสุขภาพ จนมีความเห็นสอดคล้องว่าโรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้น และเป็นจุดศูนย์กลางในการดำเนินงานโดยความร่วมมือของทุก ๆ คน ในชุมชนเพื่อสุขภาพของทุกคน

2. การจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนจำนวน 8 – 14 คน ประกอบด้วย

ผู้แทนครู ผู้ปกครอง นักเรียน สมาชิกและชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยพิจารณาผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้มีความสนใจและเสียสละเพื่อส่วนรวมเข้าใจบทบาทใหม่ของโรงเรียน และมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเข้มแข็ง มีความพยายามที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ และควรเป็นผู้นำที่ทำงานเป็นทีม และทำงานเป็นระยะเวลานาน

3. การจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน ประกอบด้วยผู้นำต่าง ๆ ของชุมชนรวมทั้งผู้แทนจากภาครัฐและเอกชนประมาณ 15 – 25 คน เพื่อทำหน้าที่ชี้แจงเรื่องโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ให้สมาชิกและองค์กรในท้องถิ่นเข้าใจ และเห็นปัญหาทางสุขภาพอนามัย

4. วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพต่อไป โดยคณะกรรมการวิเคราะห์สถานการณ์เรื่องปัญหาสุขภาพที่พบในโรงเรียน ชุมชน กฎหมายระเบียบทางด้านสุขภาพ นโยบายทรัพยากรของ โรงเรียน ชุมชน ประเมินความสามารถของ โรงเรียน ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียน

5. การกำหนดจุดเริ่มต้นในการทำงานของโรงเรียน เริ่มจากการกำหนดประเด็นต่าง ๆ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพตามความต้องการของนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ผู้ปกครองชุมชน เช่น โครงการอาหารกลางวัน การหาน้ำสะอาด การสร้างส้วม การกำจัดโรคหนองพยาธิ เป็นต้น

6. การจัดทำแผนปฏิบัติการ ต้องให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของโรงเรียน พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม บทบาทของผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัดเพื่อการติดตาม ประเมินผล มีกลไกการประสานความร่วมมือและระบบรายงานอย่างชัดเจน

7. ติดตามและประเมินผล โดยจัดให้มีการประชุมและแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินความก้าวหน้าทั้งขณะปฏิบัติงานและวันสิ้นสุดโครงการ เผยแพร่ผลงานรวมทั้งปฏิบัติงานในกรณีที่มีจุดบกพร่อง

8. พัฒนาเครือข่ายระดับท้องถิ่น โดยให้คำชี้แนะเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการสร้างเครือข่าย กำหนดความรับผิดชอบขอบเขต กลวิธีในการเข้าร่วมเครือข่ายให้มากขึ้นตามลำดับและชักจูงให้โรงเรียนอื่น ๆ ก้าวไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพร้อมกัน

ขั้นตอนทั้ง 8 ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการจัดกิจกรรม โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อพัฒนาสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน ให้เป็นไปตามเกณฑ์ในการประเมินของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ที่กรมอนามัยได้จัดทำขึ้นมา เพื่อเป็นมาตรฐานการประเมินผลของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
การจัดทำแผนปฏิบัติงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การจัดทำแผนปฏิบัติงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเตรียมการตรวจสอบหลักฐานการทำงานตาม 10 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลกที่เป็นกรอบแนวทางในการพิจารณาการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละองค์ประกอบว่าโรงเรียนต้องการอะไร มีสิ่งใดที่ยังไม่ได้ทำ ควรจะทำอะไรบ้างเพื่อให้บรรลุเป้าหมายมีขั้นตอนดังนี้ (กรมอนามัย. 2546, หน้า 15)

1. การจัดทำแผนปฏิบัติงาน

1.1 จัดประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการ การจัดลำดับความสำคัญของงานและแผนปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบรายละเอียดของปัญหาตาม 10 องค์ประกอบนำมาจัดลำดับความสำคัญ โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้

1.1.1 ผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียนในระยะสั้นและระยะยาว

1.1.2 นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 ความตระหนักต่อชุมชน

1.1.4 ทรัพยากรที่ใช้

1.1.5 ความเป็นไปได้ของโครงการ

1.1.6 การกำหนดเวลาของการดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบโครงการ

1.1.7 พิจารณาแหล่งเงินทุน ความช่วยเหลือโดยคณะกรรมการโรงเรียนร่วมแสวงหางบประมาณสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

2. กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ

ในการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพนั้น โรงเรียนต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนเพื่อที่จะประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ ซึ่งมีการกำหนดวัตถุประสงค์ดังนี้

2.1 เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมของโรงเรียน เห็นความสำคัญของการร่วมพัฒนาโรงเรียน มีแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

2.2 เพื่อให้การดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีการพัฒนากิจกรรมต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

2.3 สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้องในด้านการพัฒนาโรงเรียนให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยทำให้เกิดประโยชน์กับนักเรียนและชุมชน

3. นโยบายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

นโยบายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นทิศทางที่ประกาศใช้อย่างชัดเจนมาก และครอบคลุมทุกด้านทั้งโรงเรียนซึ่งส่งผลต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียนมากขึ้นและจัดสรรทรัพยากร

เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนอาจมีนโยบายเรื่องต่าง ๆ อยู่แล้วแต่อาจจะขาดในเรื่องของสุขภาพ ก็บรรลุนโยบายนี้เข้าด้วย ดังนี้ (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย : สุขาคา ตั้งทางธรรม, 2541, หน้า 5 – 15)

1. การกำหนดนโยบายทางด้านโภชนาการและอาหาร โรงเรียนต้องจัดให้มีโครงการอาหารกลางวันให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารและมีการให้บริการด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้นักเรียนได้รับรู้ถึงประโยชน์ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดังเช่น

- 1.1 โรงเรียนมีนโยบายเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ
- 1.2 โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ และห้ามดื่มสุรา หรือยาเสพติดทุกชนิด
- 1.3 โรงเรียนสนับสนุนความเสมอภาค โดยให้นักเรียนหญิง และนักเรียนชายสามารถใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในโรงเรียนอย่างเท่าเทียมกัน

1.4 โรงเรียนมีระเบียบปฏิบัติที่เป็นทางการ ในการจ่ายยาให้แก่นักเรียน

1.5 โรงเรียนมีนโยบายและแผนงานการปฐมพยาบาล

1.6 โรงเรียนมีนโยบายควบคุมโรคหนองพยาธิและปาราสิต

1.7 โรงเรียนมีนโยบายการป้องกันผิวหนังจากแสงแดด

1.8 โรงเรียนมีนโยบายในการตรวจร่างกายนักเรียน

1.9 โรงเรียนมีนโยบายเกี่ยวกับการปิดโรงเรียนในกรณีฉุกเฉินมากหรือมีเหตุการณ์ซึ่งจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพของนักเรียน

1.10 โรงเรียนมีแผนการรักษาความปลอดภัยเพื่อรองรับภัยธรรมชาติหรืออุบัติเหตุ

1.11 โรงเรียนมีนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน หมายถึง อาคาร สนาม เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งพื้นที่รอบ ๆ โรงเรียน สุขากิจบาล และน้ำสะอาด

2.1 โรงเรียนจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

2.2 โรงเรียนสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดสมดุลของสิ่งแวดล้อม

2.3 กระตุ้นให้นักเรียนดูแลสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในโรงเรียน

2.4 โรงเรียนสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเรียน

3. การจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมในโรงเรียน เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทุกคนที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนไม่ว่าจะเป็นครู นักเรียน ผู้ปกครอง ครูอาวุโส เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ทางการศึกษา ตลอดจนบุคคลในชุมชน ซึ่งจะเป็นแบบอย่างทางด้านเจตคติและค่านิยมที่ดีสำหรับทุกคนในโรงเรียนด้วยพฤติกรรมทางสังคมที่แสดงออกมา

3.1 ปรัชญาของโรงเรียนเกื้อหนุนต่อสุขภาพจิต และความต้องการทางสังคมของนักเรียน และครู

3.2 โรงเรียนสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อบอุ่นต่อการมีส่วนร่วมและตั้งใจเรียนของนักเรียน มีความเชื่อมั่นในตนเอง

3.3 โรงเรียนให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนนักเรียนที่ด้อยโอกาสอย่างดี

4. การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนเป็นความเชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนกับครอบครัวของนักเรียน ผู้นำชุมชนซึ่งให้การสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือสถานที่ที่ผู้ปกครองสามารถนำลูกไปปรึกษาอย่างใกล้ชิด และมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

4.1 เปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมกับโรงเรียน

4.2 โรงเรียนจัดกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับชุมชนท้องถิ่น

5. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ คือการจัดหลักสูตรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ได้รับความรู้ ทักษะ ความเข้าใจและทักษะในเรื่องสุขภาพ เป็นผลให้นักเรียนมีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน

5.1 หลักสูตรด้านสุขภาพ มีลักษณะที่สอดคล้องและเป็นองค์รวม

6. การพัฒนาความเข้าใจพื้นฐานกับนักเรียนให้สอดคล้องกับวัย และวัฒนธรรมในเรื่องอาหาร การป้องกันสุขภาพอนามัย การออกกำลังกาย ความปลอดภัย สุขภาพจิต เพศศึกษา บุหรี่ ยาเสพติด ทนตสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

6.1 นักเรียนมีโอกาสดังกล่าวจะได้รับทักษะเฉพาะด้าน เช่นทักษะการปฏิเสธยาเสพติด การรักษาความสะอาดในช่องปาก เช่น การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน

6.2 นักเรียนได้รับการฝึกให้มีทักษะการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความสัมพันธ์กับคนอื่น การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การคิดอย่างมีวิจารณญาณและความคิดสร้างสรรค์ ทักษะเหล่านี้ทำให้นักเรียนมีสุขภาพดีและมีคุณภาพ

7. จัดอบรมเตรียมการให้ครู เพื่อเป็นแบบอย่างหลักในการเสริมสร้างสุขภาพ

7.1 มีโปรแกรมการอบรมก่อนและระหว่างการทำงานให้แก่ครู และทำให้ความรู้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

7.2 ครูได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสื่อและการใช้ทรัพยากรอย่างเพียงพอ

8. ให้ความรู้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) อื่น ๆ ให้มีโอกาสดังกล่าวจะได้รับทักษะที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

8.1 มีการอบรมให้แก่ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษาและสมาชิกในชุมชน รวมทั้งโปรแกรมพัฒนาเฉพาะสาขาสำหรับครูในโรงเรียน

9. บริการสุขภาพ เป็นการบริการพื้นที่ในด้านสุขอนามัย และการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่กลุ่มเด็กและเยาวชนด้วยการให้บริการ โดยตรง และการร่วมมือกับ โรงเรียน

9.1 มีการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของทุกท้องถิ่นและประเทศ ให้แก่นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน

9.2 โรงเรียนจัดให้มีการบริการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับนักเรียน

ประโยชน์ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต่อชุมชน

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จะต้องมีการจัดกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน การให้บริการอนามัยโรงเรียน การบริหารจัดการในโรงเรียน การให้คำปรึกษาและสังคมสงเคราะห์ สุขศึกษาในโรงเรียน โครงการระหว่างโรงเรียนและชุมชน การโภชนาการและสุขภาพโภชนาการ การออกกำลังกาย กีฬา และสันทนาการ นโยบายของโรงเรียน และการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 ชลบุรี. มปป.) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจัดกิจกรรมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพในทุกเรื่องทั้งที่โรงเรียนและชุมชนดำเนินการผลกระทบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมองเห็นได้ในระยะยาวและถือประโยชน์ต่อชุมชนดังนี้ (กรมอนามัย. 2543: หน้า 20 – 21)

1. เด็กได้รับการสอนทักษะ ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองเมื่อเขาวิวย ก็จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่และยังสามารถสอนลูกหลานต่อไปได้
2. โรงเรียนจะได้รับประโยชน์ หากผู้ปกครองและชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียน โดยสนับสนุนและประสานการให้บริการต่าง ๆ อีกทั้งเป็นการใช้ทรัพยากรในชุมชนที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดและลดการสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์
3. ผู้ปกครองและสมาชิกของชุมชนจะได้รับประโยชน์ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในท้องถิ่น ได้เรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลและทักษะการดูแลสุขภาพอนามัยที่ทันสมัย ตลอดจนมีส่วนร่วมในการศึกษาของเด็ก โรงเรียนจะเปิดกว้างในการรับฟังความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง
4. กลุ่มชุมชนและองค์กรต่าง ๆ จะได้รับประโยชน์ที่นักเรียนและครูจะเป็นอาสาสมัครร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งประชากรที่มีการศึกษาและมีคุณภาพดีก็จะเป็นทรัพยากรที่สำคัญสำหรับชุมชน
5. ภาคธุรกิจจะมีลูกจ้างที่มีการศึกษามากขึ้นและสร้างผลผลิตได้มากขึ้น ประชาชนสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ และเป็นการเตรียมให้เยาวชนได้พัฒนาตนเองเพื่อให้ตรงกับลักษณะงานที่ภาคธุรกิจต้องการ
6. ในภาพรวมเมื่อประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีประเทศชาติก็จะพัฒนามีพื้นฐานที่

แข็งแกร่งและนำไปสู่การพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศต่อไป

7. โลกจะก้าวไกลและจะเป็นหลักประกันได้ว่าประชาชนจะมีสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานตามแนวทางที่วางไว้ในปฏิญญาและอนุสัญญานานาชาติทั้งหลายที่ว่าด้วยการศึกษาและสาธารณสุข

โครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนจะเกิดขึ้นก็โดยการพัฒนาปรับปรุง โครงการสุขภาพในโรงเรียน (หรือการอนามัยโรงเรียน) เดิม ให้มีความสมบูรณ์และครอบคลุมองค์ประกอบดังกล่าวให้มากขึ้น เพื่อเอื้อต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน ครู บุคลากรของโรงเรียน อย่างยั่งยืนตลอดไป

ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในการพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนมีดังนี้

1. การลงทุนในโรงเรียนต้องมีการปรับปรุงและขยายมากขึ้น การศึกษาเป็นสิทธิเบื้องต้นของมนุษยชน สมาชิกในสังคมทุกคนโดยเฉพาะเด็กควร ได้รับ โอกาสทางการศึกษาที่เท่าเทียมกัน และเป็นการศึกษาสำหรับทุกคน (Education for All)

2. ส่งเสริมการศึกษาและขยายโอกาสทางการศึกษาสำหรับเด็กผู้หญิงจัดซื้อเลือกปฏิบัติทางสังคมต่อเด็กผู้หญิง การศึกษาจะส่งผลในระยะยาวสำหรับครอบครัวใหม่ที่เด็กผู้หญิงนั้นกลายมาเป็นภรรยาและมารดาของเด็กรุ่นใหม่ต่อมา สุขภาพของเด็กสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ ในกลุ่มมารดาที่ได้รับการศึกษาที่เหมาะสมและเพียงพอ การส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนควรประกอบด้วย การพัฒนาเศรษฐกิจในระดับพอเพียงที่ยั่งยืน โดยผ่านกระบวนการการศึกษา การให้การศึกษาอย่างต่อเนื่อง

3. ทุกโรงเรียนควรจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับนักเรียน ครู และบุคลากรทุกคน สภาพแวดล้อม ดังกล่าวประกอบด้วย

3.1 มีน้ำสะอาด ปลอดภัยไว้ใช้ และมีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขาภิบาลต่าง ๆ เช่น ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

3.2 มีการป้องกันภัยจากสิ่งอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดกับนักเรียน เช่น ยาเสพติด การทำร้ายร่างกาย การทะเลาะวิวาท

3.3 มีการป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและฉุกเฉิน

3.4 มีการห้ามสูบบุหรี่ คืมสุราในโรงเรียน

3.5 ครู ผู้ปกครองมีส่วนร่วมตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายต่าง ๆ ของโรงเรียน

4. ทุกโรงเรียนทั้งระดับอนุบาลถึงมัธยมศึกษา ควรให้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอย่างรวดเร็วตลอดทั้งเพิ่มทักษะชีวิตในด้านการติดต่อสื่อสาร การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และมีความเป็นตัวของตัวเอง รับผิดชอบต่อตนเองและสังคม

5. ทุกโรงเรียนควรมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมดังนี้

5.1 ปรับปรุงด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ครู และบุคลากรทุกคน

5.2 ลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเช่น การสูบบุหรี่ การใช้ยาที่ผิด สารเสพติด

5.3 พัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมในโรงเรียนให้เกิดความปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ

5.4 สร้างเสริมความร่วมมือระหว่างครู นักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน

5.5 กำหนดนโยบายและตัดสินใจร่วมกันระหว่างครู นักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชนในการดำเนินงานพัฒนาปรับปรุงงานส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน โดยมีการระดมทรัพยากร กระจายงบประมาณสิ่งสนับสนุนโดยประสานความร่วมมือจากแหล่งต่าง ๆ

จากการที่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีการจัดกิจกรรมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพทุกเรื่อง ทั้งที่โรงเรียนและชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ สรุปได้ว่า โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของความเข้มแข็งอย่างมีสุขภาพดีของบุคคล ซึ่งโรงเรียนทุกแห่งสามารถพัฒนาให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้โดยการปรับแนวคิดด้านการศึกษาและแนวทางการบริหารจัดการให้เปิดกว้างและเชื่อมโยงประสานกับระบบย่อยของสังคมภายนอกให้มากขึ้น การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความคิดของการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาตนเองที่มุ่งไปสู่ทางเลือกที่สำคัญของการพัฒนาท้องถิ่นที่เน้นการปกครองตนเองและปกครองกันเองให้ได้มีประสิทธิภาพ ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละท้องถิ่น ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้และศักยภาพของแต่ละท้องถิ่นเป็นหลักและเมื่อโรงเรียนที่เริ่มเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพดำเนินการประสบความสำเร็จก็ควรแสดงผลสำร็จนั้นต่อสาธารณชนและโรงเรียนอื่น ๆ ทราบ เพื่อเป็นการชักจูงให้โรงเรียนอื่นได้ก้าวเข้าสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพร้อมกันซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพต่อไป

การสร้างเสริมสุขภาพ

การสาธารณสุขเป็นงานในความรับผิดชอบของรัฐที่ดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของคนเพื่อทำให้คนในชาติดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจอันจะส่งผลต่อความสามารถประเทศชาติจึงปรารถนาที่จะให้คนทุกคนในชาติมีสุขภาพดี เนื่องจากคนเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

การพัฒนาสุขภาพ

การพัฒนาการสาธารณสุขเป็นงานที่ต้องทำอย่างเป็นระบบ เพื่อการพัฒนาสุขภาพของ

ประชาชน ดังนั้น การวางเป้าหมายของการพัฒนาการสาธารณสุข ต้องทำความเข้าใจความหมายของคำว่าสุขภาพให้ตรงกันซึ่งคำว่าสุขภาพ ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Health” องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (สำนักงานปลัดกระทรวง, กองงานวิทยาลัยพยาบาล, มปป.) สำหรับความหมายทั่วไปในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายคำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้ดังนี้

สุขภาพ น. หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

อนามัย น. หมายถึง ความไม่มีโรค สุขภาพ ว. (วิเศษณ์) เกี่ยวกับสุขภาพ ถูกสุขลักษณะ เช่น ข้าวอนามัย กรมอนามัย สะอาดปราศจากสารพิษเจือปน เช่น ผักอนามัย

พลานามัย น. หมายถึง ภาวะของร่างกายที่แข็งแรงและไม่เป็นโรค วิชาว่าด้วยการรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539, หน้า 584, 843, 913)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของสุขภาพที่แตกต่างกันอีกดังต่อไปนี้ คือ สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทยให้ความหมาย “สุขภาพ” ไว้ดังนี้

สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุมมิติทางกาย ทางจิต และทางสังคม การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบไม่ทุรนทุราย วุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมอย่างดี ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนแข็งแรง การมีสุขภาพดีจะต้องเป็นสิ่งที่อยู่ในใจและเป็นสิทธิของคนทุกคน ๆ คุณจะต้องถือว่าสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติ เป็นเรื่องที่ต้องร่วมกันทำให้เกิดขึ้น ส่วนการเจ็บป่วยหรือสุขภาพไม่ดีนั้นเป็นเรื่องปกติทุกคนต้องร่วมกันป้องกัน (สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย, 2541, หน้า 31)

สำหรับสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความหมายของการมีสุขภาพดี ดังนี้ การมีสุขภาพดี คือ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์ประกอบอย่างสมดุลทั้งมิติทางจิตวิญญาณ (มโนธรรม) ทางสังคม ทางกาย และทางจิต สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะการไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น การมีสุขภาพดีจึงเป็นเป้าหมายสูงสุดของชีวิตและสังคม สุขภาพจึงควรเป็นทั้งอุดมการณ์และเป็นสมบัติของชาติ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544, หน้า 19)

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า การดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจใน

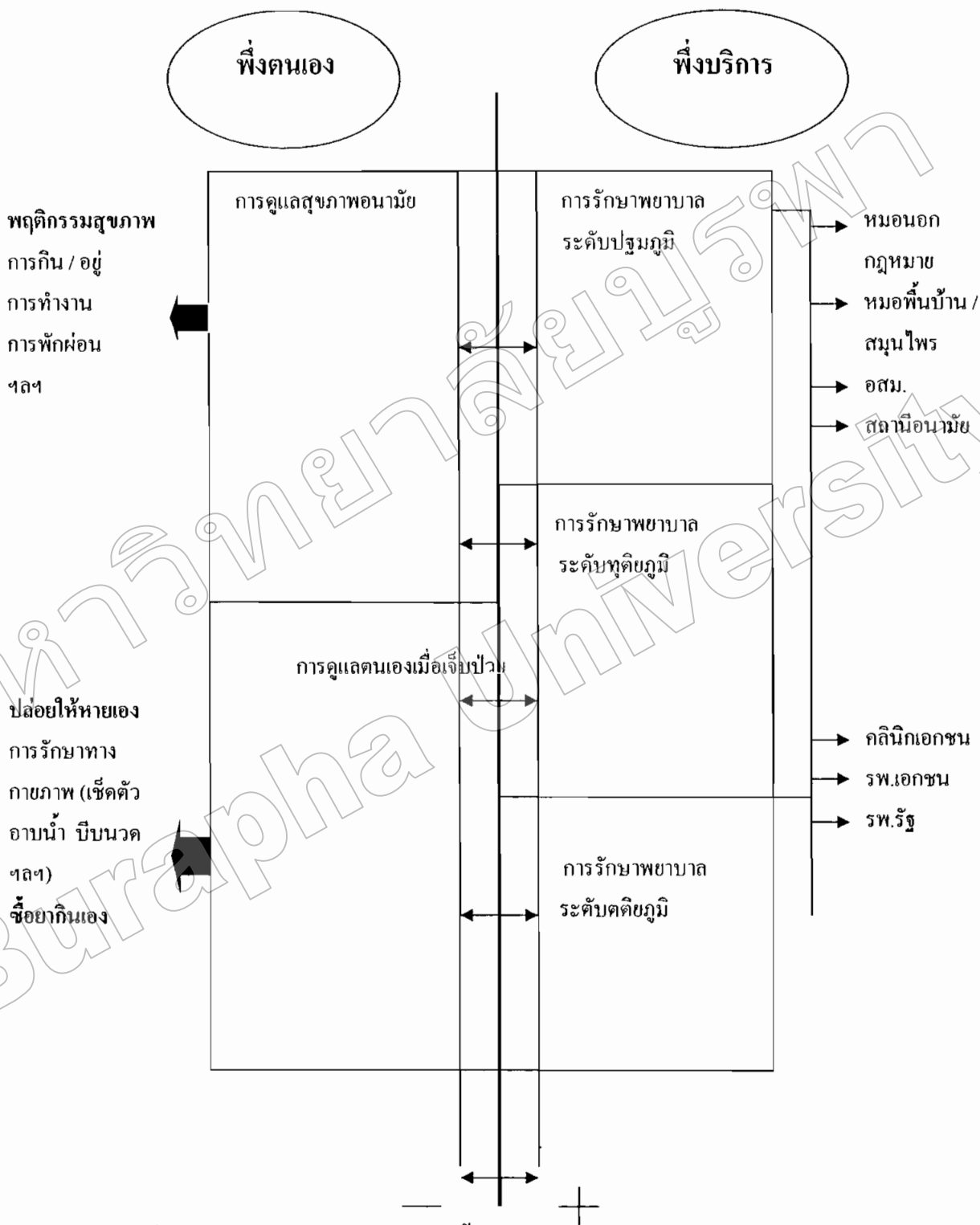
เรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (ปิยธิดา ตรีเดช ,2540, หน้า 3)

จากความหมายของคำว่าสุขภาพ และคำที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าความหมายของสุขภาพ ครอบคลุมมิติทางกาย ทางใจ ทางจิตวิญญาณ และทางสังคม มีความเชื่อมโยงกับมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อมสุขภาพเป็นสิ่งปกติและเป็นสิทธิของทุกคนส่วน สุขภาพไม่ดีเป็นสิ่งผิดปกติที่ต้องป้องกัน และแก้ไข ทุกคนและทุกส่วนของสังคมต้องมีส่วนร่วม ในการสร้างสุขภาพดีให้เกิดขึ้น การดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องร่วมมือกันเพื่อพัฒนาตนเอง และเพื่อการพัฒนาสังคม

การที่รัฐมีบทบาทสำคัญในการจัดสาธารณสุขและได้มีการพัฒนาสาธารณสุขตั้งแต่ แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 – 9 และปัจจุบันอยู่ในช่วงพัฒนา ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) การพัฒนาการสาธารณสุขของรัฐ มีผลในด้านการลดอัตราการเกิดและการตายในด้านของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคคงยังต้องหากลวิธีดำเนินการที่เหมาะสม เนื่องจากพบว่าสภาวะสุขภาพของคนไทยยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้และพบว่าการป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่เคยป้องกันได้บางโรค เช่น อูจจาระร่วง ปอดบวม วัณโรค มาลาเรีย กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นนอกจากนั้นปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีนับว่าเป็นปัญหาสำคัญซึ่งก่อให้เกิดภาวะสูญเสียรวมทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยสมควรของเด็กและเยาวชนจากโรคติดเชื้อและอุบัติเหตุ

นอกจากภาพรวม สภาวะสุขภาพของคนไทยที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพที่ต้องหากลวิธีในการแก้ปัญหาแล้วในด้านประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพในประเทศไทยยังไม่มี ประสิทธิภาพเท่าที่ควร อัตราเติบโตเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาช่วงปี พ.ศ. 2531 – 2541 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึงร้อยละ 6.32 ต่อปี นอกจากนั้นประเทศไทยยังมีการใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคเดียวกันได้แก่ ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศมาเลเซีย ประเทศฟิลิปปินส์และประเทศศรีลังกา โดยเราใช้ ทรัพยากรด้านสุขภาพมากกว่าประเทศอื่นในขณะนี้ สามารถบรรลุถึงผลลัพธ์ต่อสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกันหรือดีกว่า (จิรัฐมย์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 , หน้า 53 – 54) จากสภาวะสุขภาพของคนไทยที่ยังคงมีปัญหาสุขภาพร่วมกับปัญหาของระบบการบริหารจากการด้านการสาธารณสุขของประเทศดังนั้นจึงมีการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและปรับเปลี่ยนแนวคิดของสังคมที่มีต่อระบบสุขภาพโดยใช้ยุทธศาสตร์หลายประการได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างหลักการทั้งสุขภาพอย่างถ้วนหน้า การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพทั้งนี้ เพื่อการพัฒนาคุณภาพของการบริการด้านต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศ

ในการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีประชาชนควรมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งตามทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของ โอเร็ม (Orem Self-Care Theory) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองว่า มี 3 ส่วน คือ (1) การดูแลสุขภาพของตนเองในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (2) การดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อให้มีการกระบวนกรของการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์และการป้องกันอิทธิพลต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและ (3) การดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน มาร์ริเนอร์ (Mariner, 1986, pp. 119 – 120) ดังนั้นการพัฒนาประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองจึงเป็นแนวคิดที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน นอกจากนี้เมื่อเราพิจารณาถึงองค์ประกอบหลักในการดูแลสุขภาพจะเห็นได้ว่า สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ การที่ประชาชนใช้บริการจากสถานบริการของรัฐ และการที่ประชาชนดูแลหรือพึ่งตนเองการดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไป ขณะที่ไม่เจ็บป่วยอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยซึ่ง หมายถึง การดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบริการจากรัฐซึ่งสามารถสรุปการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยได้ ดังภาพที่ 8



ดูสุขภาพ ที่แปรตามสภาพความต้องการ ณ. พื้นที่และประชากรกลุ่มต่าง ๆ

ภาพที่ 8 การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย (วิชัย โปษยะจินดา และสุพัตรา ศรีวิชิชา, 2544,

หน้า 1)

จากภาพที่ 8 จะเห็นได้ว่าในการพัฒนาการสาธารณสุขที่ยั่งยืน รัฐจะต้องหาแนวทางพัฒนาให้เกิดความสมดุลระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งบริการจากรัฐของประชาชน โดยพัฒนาให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้นทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและมีศักยภาพด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

ในการพัฒนาสุขภาพเท่าที่ผ่านมามีคำว่าสุขภาพถูกนิยามในความหมายที่แคบ หรือมุ่งแต่สุขภาพในด้านลบ (Negative Health) ซึ่งก็คือ ภาวะปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย ส่วนการพัฒนาสุขภาพหรือ การสร้างเสริมสุขภาพในด้านบวก (Positive Health) เป็นเรื่องที่มีจะถูกกละเลยเป็นผลทำให้การพัฒนาสุขภาพเท่าที่ผ่านมามีไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากมีปัญหาในการจัดสุขภาพทางบวกอย่างเป็นรูปธรรมการ ไม่สามารถพิสูจน์อิทธิพลเชิงประจักษ์ของการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการพัฒนาได้อย่างไรก็ตามเมื่อมีการนำยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพมาใช้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาสุขภาพ และจากแนวคิดที่ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการไปสู่เป้าหมายของสุขภาพดี ดังนั้น การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำได้โดยการเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพหรือเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลครอบครัว ชุมชน / สังคม ด้านสุขภาพ ด้วยการพัฒนาคนให้มีความรู้ ความเข้าใจต่อเรื่องสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพอันจะเป็นเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่สมดุล (Health Balance) เป็นแบบแผนของพฤติกรรมที่จำเป็นในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2534, หน้า 29) จากแนวคิดในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และแนวคิดการสร้างคุณภาพในการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนดังกล่าวเมื่อมาวิเคราะห์กระบวนทัศน์ (Paradigm) ในการกำหนดนโยบายการพัฒนาการสาธารณสุขจะเห็นว่ามีเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ จากการบริหารงานสาธารณสุขในอดีตเข้าสู่ยุคทันสมัยที่มีการจัดทำแผนพัฒนาระดับชาติและเมื่อเข้าสู่ยุคปัจจุบันจะเห็นว่า ก่อนที่การแพทย์แบบตะวันตกจะเข้ามาในประเทศไทยลักษณะการสาธารณสุขเป็นแบบแผนโบราณหลังจากนั้นเป็นการแพทย์แบบตะวันตก ต่อมาเป็นลักษณะการแพทย์แบบผสมผสาน และในปัจจุบันเป็นลักษณะที่การสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยมีค่านิยมที่เป็นส่วนสำคัญในการกำหนดการพัฒนาการสาธารณสุข คือ ค่านิยมแห่งความเสมอภาคทางสังคม ค่านิยมแห่งการกระจายอำนาจ ค่านิยมในการมีส่วนร่วมของประชาชน และค่านิยมในการระดมใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน (ประยงค์ เต็มชวลา, 2540, หน้า 29 – 40) จากการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ในการพัฒนาการสาธารณสุข ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการที่การสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทำให้แนวคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนจึงเป็นหลักในการพัฒนาการสาธารณสุขและ ทำให้การพัฒนาสุขภาพของประชาชนต้องเชื่อมโยงกับวิสัยทัศน์ในการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน ทั้งนี้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9

(พ.ศ. 2545 – 2549) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสุขภาพโดยมีความเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 เพื่อการพัฒนาสังคมระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ชีดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยกำหนดยุทธศาสตร์หลัก 6 ประการ ดังนี้ คือ 1) เร่งการสร้างความสุขภาวะเชิงรุก 2) การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า 3) ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ 4) การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ 5) การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพและ 6) การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2545 , หน้า 11- 20) จากยุทธศาสตร์ทั้ง 6 ประการดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแนวคิดการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน เป็นแนวคิดที่มาจากความพยายามในการที่จะแก้ปัญหาาระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างความสมดุลในการดูแลสุขภาพของตนเองระหว่างการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนกับการพึ่งบริการของรัฐและทิศทางการพัฒนาประเทศที่กระบวนการทัศน์ในการพัฒนาได้เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เป็นยุทธศาสตร์ที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากหลักการพื้นฐานของสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีวิวัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งขยายจากปัจจัยทางการแพทย์แบบชีวภาพมาสู่ปัจจัยด้านพฤติกรรมจนมาถึงปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีผลทำให้เกิดประเด็นของการทบทวนความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ที่อาจรู้จักในความหมายที่แตกต่างกันไป สุขภาพที่เรารู้จักกันดี คือสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงการปราศจาก โรคภัยไข้เจ็บหรือทุพพลภาพเท่านั้น (WHO,1986) ซึ่งความหมายนี้ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 แต่จากปัญหาสาธารณสุขและสังคมมนุษย์ได้เปลี่ยนแปลงไปต่อมาในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ได้มีการเพิ่มคำว่าสภาวะจิตวิญญาณ (Spiritual Well – being) เพราะเชื่อว่ามนุษย์เท่านั้นที่มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณได้จึงทำให้การมีสุขภาพดี อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของชีวิตและสังคมเป็นทั้งอุดมการณ์และหลักประกันความมั่นคงของชาติ รวมทั้งผู้รับบริการมีหลายระดับ ทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือมีหลายมิติทางด้านปฏิสัมพันธ์และการนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละระดับไปใช้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของทฤษฎีที่หลากหลาย เช่น Health Belief Model, Tran Theoretical Model and Stages of Change, Social Cognitive Theory, Social Network and Support, PRECEDE – PROCEED Model, Theories of Organizational Change, Communication Theory จากความหลากหลายนี้จึงได้มีการค้นหาคะบวนการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ขึ้น ซึ่งแตกต่างไปจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม ตารางที่ 2 คือการมุ่งเน้นความตระหนักถึงบทบาทของ

ภาคต่าง ๆ ของสังคม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจและสังคม) ต้องดำเนินการในสองส่วน คือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม พร้อมกับสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพดี รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจเพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและปัจเจกบุคคล นั่นก็แสดงว่าต้องค้นหามาตรฐานการปรับเปลี่ยน เพื่อเอื้อต่อสุขภาพที่ดียิ่งกว่าสนใจแต่เพียงองค์ประกอบทางการแพทย์แบบชีวภาพเท่านั้น (WHO, 1986) จากประเด็นดังกล่าวจึงเป็นผลให้เกิดแนวคิดนี้ขึ้นกับวงการสาธารณสุขประสานร่วมมือ เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าด้วยเหตุนี้การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวใหม่นี้จึงเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันของสังคม โดยเน้นที่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ความร่วมมือระหว่างภาคต่าง ๆ ของสังคม การเสริมสร้างอำนาจและความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ

ตารางที่ 2 ข้อแตกต่างระหว่างการสร้างเสริมแนวใหม่ กับการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม

การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่	การสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม
<ul style="list-style-type: none"> - เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม - มุ่งที่สุขภาพของประชากร / ชุมชน - เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม - ใช้กลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตรออกดาดาว่า <ul style="list-style-type: none"> - สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ - เสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง - พัฒนาทักษะส่วนบุคคล - ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข - สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน <p>ความร่วมมือระหว่างภาคและการสร้างพลังอำนาจ / ศักยภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นบริการที่จัดโดยองค์กรสุขภาพ - มุ่งที่สุขภาพส่วนบุคคล - เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล - เน้นปัจจัยทางพฤติกรรมส่วนบุคคล - ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมการให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้สุขศึกษา - ส่งเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะของปัจเจกบุคคล

อย่างไรก็ตามยังมีผู้ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะอื่น คือ เป็นผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการกระทำและเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ (Egger, Spark, Lawson & Donovan, 1999) สำหรับเพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดี (Well - Being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมเน้นพฤติกรรมประชาชนที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเพนเดอร์ได้เสนอว่าเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการมุ่งไปที่การเพิ่มระดับสุขภาพดี และความสำเร็จในชีวิตของปัจเจกบุคคลและกลุ่ม ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของมนุษย์ที่มีประสิทธิผล เป็นการลงทุนในสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับบริการรักษาพยาบาลซึ่งมีราคาแพง ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสำเร็จของผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเจริญทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต (Walker, Sechrist & Pender, 1987)

ฉะนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงถูกมองในมิติที่กว้างขวางมากขึ้นกว่าเดิมและครอบคลุมคนทั้งระบบ อันรวมถึงปัจจัยทางสังคม ค่านิยม วัฒนธรรม การเมือง ธุรกิจ และสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับคนมากกว่ามองเห็นเป็นส่วน ๆ ดังเช่นอดีตที่ผ่านมา มีการเน้นการทำงานร่วมกับประชาชนในแต่ละระดับจนถึงขั้นกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพขึ้น ซึ่งการกำหนดนโยบายให้ชัดเจนจำเป็นต้องอาศัยความรู้ทักษะเฉพาะด้านมากกว่าเดิมรวมถึงอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2541) ด้วยเหตุนี้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่นำมาใช้ไม่ว่าจะอยู่ ณ สถานที่ใดต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านหรือท้องถิ่นให้ประชากรได้รู้ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะมีสุขภาพดี

กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์นำมาใช้ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล องค์กร และชุมชนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพตนเองที่นิยมใช้และประสบผลสำเร็จ คือ การเรียนรู้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมซึ่งจะขอเสนอรายละเอียด ดังนี้

1. การเรียนรู้

การเรียนรู้เป็นสิ่งที่ต้องวางแผนให้รอบคอบ การเรียนรู้เป็นสิ่งที่เกิดได้ตลอดเวลา ใน

ทุกสถานที่ และเกิดได้กับทุกคน วิชาการด้านพฤติกรรมศาสตร์มีคุณค่าในการสร้างระบบการเรียนรู้ที่จำเป็นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เวลา สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การเรียนรู้บางอย่างอาจใช้งบประมาณสนับสนุน แต่การเรียนรู้มากมายปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานแล้ว ยังเป็นการปรับเปลี่ยนตนเอง ให้รู้จักตนเอง เกิดศรัทธาในตนเอง และมองเห็นโอกาสในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นศักยภาพและพลังอำนาจของตนเอง ซึ่งเมื่อไปรวมกับทีมงานหรือเครือข่าย จึงนำไปสู่การทำงานที่มีพลังอำนาจของชุมชนที่แท้จริง

การเรียนรู้ด้านสุขภาพและการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง การเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อทำให้การมีส่วนร่วมและการใช้อำนาจแก่ประชาชนและชุมชนบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ (ลักขณา เดิมศิริกุลชัย และสุชาดา ตั้งทางธรรม (แปล), 2541) ดังนั้นการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ มิใช่จะมุ่งเน้นที่จะให้บุคคลมีความรู้เท่านั้น แต่ต้องพัฒนาให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติจนเกิดทักษะอย่างเพียงพอ จนสามารถมีพลังร่วมในการแก้ไขปัญหของตนเอง ผู้ให้บริการทางสุขภาพจะเปลี่ยนบทบาทจากผู้สั่งการ ขอร้อง หรือกระทำ เป็นผู้คอยกระตุ้นและสนับสนุน หรือตัวเร่งปฏิบัติการ การดำเนินงานจะต้องมีการเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร เรียนรู้ร่วมกัน การที่จะให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยสมัครใจ จะต้องวางกิจกรรมการเรียนรู้ให้บุคคลเกิดความเชื่อในเรื่องต่อไปนี้ คือ เชื่อว่าตัวเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคนั้น ๆ ถ้าไม่ปฏิบัติพฤติกรรม เชื่อว่าถ้าปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว จะได้รับผลประโยชน์โดยไม่ป่วยหรือไม่เป็นโรคดังกล่าว หรือโรคดังกล่าวมีความรุนแรงต่อตัวเอง อาจทำให้เกิดความตายหรือพิการ ได้มีแรงจูงใจ มีกำลังใจจากผู้อื่นสนับสนุนผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หรือได้รับอิทธิพลจากบุคคลใกล้ชิดเป็นต้น (เขวาลักษณ์ อนุรักษ์ และคณะ, 2542)

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

เป็นกิจกรรมที่เชื่อว่าจะนำไปสู่การจัดการตนเอง (Empowerment for Health) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง แต่การใช้อำนาจแก่ชุมชนนั้นจะเกี่ยวกับปัจเจกบุคคลที่มาประสานงานการปฏิบัติร่วมกันเพื่อที่จะมีอิทธิพลและอำนาจมากขึ้นในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและคุณภาพชีวิตในชุมชนตนเอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งของชุมชนเพื่อสุขภาพ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีการกล่าวถึงอำนาจและการควบคุมภายในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และจากความหมายการสร้างเสริมสุขภาพที่ประกาศไว้ในกฎบัตรออกดคาา (WHO, 1986) คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถของเราในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่ง (Green & Rae burn, n.d. cited Rowell, 1996) มองว่าการเสริมสร้าง

พลังอำนาจและการเพิ่มความสามารถ คือ ความหมายเดียวกันและมองว่าการเพิ่มความสามารถเป็นการเพิ่มอำนาจ ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรอื่น ๆ แก่ปัจเจกบุคคลและชุมชนซึ่งสอดคล้องความคิดของ (French, n.d. cited in Rodwell, 1996) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เป็นกระบวนการที่นักการศึกษาด้านสุขภาพพยายามที่จะเพิ่มอำนาจแก่ปัจเจกบุคคลเพิ่มการควบคุมการดำเนินชีวิตและสุขภาพของบุคคล หัวใจของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนก็คือการเป็นเจ้าของและการควบคุมชะตากรรมและความพยายามของตนเอง ฉะนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงฐานอำนาจ

อย่างไรก็ตามแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจยังค่อนข้างสับสนในการตีความ บางครั้งมองว่าเป็นกระบวนการหรือเป็นผลลัพธ์ก็ได้ ซึ่ง กิบสัน Gibson (1991) ได้สรุปความหมายและลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้ที่มีความหมายไว้หลากหลาย เช่น เป็นกระบวนการที่บุคคลองค์กรหรือชุมชน สามารถควบคุมกำกับกับการดำรงชีวิตของตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง หรือหมายถึงกระบวนการที่สร้างพลัง (Synergistic Paradigm) ซึ่งเป็นการที่ผู้คนมีการประสานงานกัน แลกเปลี่ยนทรัพยากรและร่วมมือกันทำงาน กระบวนการหาทางออกของการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความแข็งแกร่ง สิทธิ และหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือมองว่าเป็นกระบวนการของวิภาษวิธี (Dialectical Paradigm) โดยการฝึกมองสถานการณ์ให้ครบทุกด้าน เช่น การวิเคราะห์ทั้งด้านบวกด้านลบ และสุดท้าย Gibson ได้สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความตระหนักรู้ที่แท้จริง (Critical Awareness) โดยการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และร่วมมือกันแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนและต่อมา Gibson (1993) ได้ให้ความหมายอีกว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยสร้างให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและมีอำนาจที่จะควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

สำหรับการศึกษาศรีเสริมสร้างพลังอำนาจในแนวคิดของ Rappa Port (1985) ซึ่งได้อธิบายถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นภาวะบุคคล ตระหนักรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นหรือชุมชนในการกำหนดทิศทางอนาคตได้ และอธิบายเพิ่มเติมว่าการมีพลังอำนาจเป็นความรู้ เป็นแรงจูงใจและบุคลิกภาพที่พัฒนาได้จากคนที่ได้ผ่านประสบการณ์ในการกำหนดหรือควบคุมสถานการณ์หรือแก้ปัญหา ซึ่งสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุน หรือช่วยเพิ่มความสามารถให้บุคคลหรือกลุ่มได้มองเห็นปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้จึงมองว่า

พลังอำนาจไม่สามารถหยิบยื่นได้ แต่เป็นสิ่งที่สร้างขึ้นเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายใน ตัวบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้จะใช้กับบุคลากรผู้ให้บริการทางสาธารณสุขของโรงพยาบาลและชุมชน สำหรับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เข้าถึงบริการและทรัพยากร ได้อย่างเท่าเทียมกัน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ถ้าชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ลักษณะการแก้ปัญหาจะยึดพื้นฐานชุมชนเป็นหลัก (Community Based) นั่นคือเป้าหมายของการทำงานจะเน้นการแก้ปัญหของคนที่ส่วนใหญ่ในชุมชนเป็นสำคัญ โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชนตั้งแต่ขั้นการระบุปัญหาว่าจะเลือกแก้ปัญหาอะไร จะแก้อย่างไร จะใช้ทรัพยากรอะไรเพื่อแก้ปัญหานั้นคั้งนั้นการมีส่วนร่วมจึงมีความหมายเท่ากับการได้รับอำนาจในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาของตนเองนั่นเอง (Oakley & Marsden, 1984) ด้วยเหตุนี้ต้องยอมรับว่าศูนย์กลางของทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การเรียนรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเป้าหมายแรกของการมีส่วนร่วม เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะ ใ้มน้ำวให้เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องในการมีสุขภาพดีทั้งบุคคลและชุมชน โดยเฉพาะเพิ่มความตระหนักถึงศักยภาพ และข้อจำกัดของตนเองในการแก้ปัญหาและกำหนดทางเลือกที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเป็นสำคัญ (Keith Tones, n.d. cited in Scriven & Orem, 1996b)

3. การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาพลังการพัฒนาให้ยั่งยืนประชาชนต้องเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และกระบวนการตัดสินใจ จึงจะทำให้กิจกรรมเหล่านี้บรรลุ (ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และสุชาดา ตั้งทางธรรม (แปล), 2541) ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นเป้าหมายแรกของการสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นสิ่งที่มีคุณค่าที่จะ ใ้มน้ำวบุคคลให้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง คั้งนั้นสุขภาพของบุคคลและสังคมมีความหมายมากต่อการเลือกการมีสุขภาพดี กลยุทธ์หรือกลวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจควรรู้ใช้ได้ทุกสถานการณ์และทุกระดับเป้าหมายของการให้ความรู้หรือสุขศึกษา คือเพิ่มความตระหนักเป็นสำคัญ (Scriven & Orem, 1996a)

ความหมายของการมีส่วนร่วมมีได้หลากหลาย และแตกต่างกันไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปจะเห็นพ้องกันว่ามีส่วนร่วมมีความสำคัญในอันจะกระจายผลประโยชน์ที่ได้รับ จึงทำให้บางคนมองว่ามีส่วนร่วม คือ การช่วยตนเองพึ่งพาตนเองได้ และเกี่ยวข้องกับชุมชน การร่วมมือร่วมใจ การกระจายอำนาจและการเป็นตัวของตัวเองของท้องถิ่น เป็นต้น ความหมายดังกล่าวกว้างมาก ไม่สามารถสรุปใช้ร่วมกันโดยทั่วไปได้ อย่างไรก็ตามเมื่อนำคำนี้ไปใช้จึงควรต้องมีการระบุคำจำกัดความขึ้น (Kahssay & Oakley, n.d.)

อ้างอิงใน นิตย ทัศนียม, 2546) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการทำงานด้านสุขภาพ มี 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมในลักษณะความร่วมมือ (Participation as Collaboration) โดยส่วนใหญ่แต่ละจะเป็นการร่วมกิจกรรมมิใช่ร่วมวางแผนและร่วมดำเนินการ 2) การมีส่วนร่วมโดยร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ (Participation as Specific Targeting of Project Benefits) คือกลุ่มที่ควรจะได้รับผลประโยชน์ให้เข้ามามี ส่วนร่วมในแต่ละระยะของการดำเนินการโครงการ 3) การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างพลังอำนาจ (Participation as Empowerment) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด และสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เพราะเป็นการ โอนอำนาจให้แก่ประชาชนในการตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาของตนเอง เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนมีอำนาจต่อรอง

สำหรับการมีส่วนร่วมในความหมายที่เป็นนัยทางการเมือง คือ การเปลี่ยนแปลงกลไกในการพัฒนาจากการพัฒนาโดยรัฐบาลมาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงหมายถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในการกำหนดการพัฒนาให้แก่ประชาชนอย่างน้อยที่สุดประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการริเริ่มวางแผนและดำเนินการในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ของอนาคตของตนเอง

จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมมีความหมาย 2 ลักษณะ คือ

1. เน้นที่กระบวนการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดจาก โครงการ และ โครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. มีนัยทางการเมือง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- 2.1) การส่งเสริมและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถในการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนแสดงออกถึงความสามารถของตนเองและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

- 2.2) การเปลี่ยนแปลงกลไกพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนเป็นหลัก มีการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาสู่ภูมิภาค เพื่อให้ภูมิภาคลักษณะเป็นเอกเทศ ให้มีอำนาจทางการเมือง การบริหาร มีอำนาจต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งในความหมายนี้เน้นที่เป้าหมายเป็นหลักให้ได้มาซึ่งอำนาจเพื่อจะได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังแล้วยังมีความหมาย โดยนัยว่า ต้องมีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของรัฐให้มีการกระจายอำนาจมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับ สุขภาพ

การที่จะพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยศักยภาพของคนในชาติซึ่งต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่ช่วยหล่อหลอมให้คนมีศักยภาพสูงสุด คือ การศึกษาและสุขภาพ ดังนั้น องค์ประกอบด้านการศึกษาและสุขภาพจำเป็นที่จะต้องดำเนินการควบคู่กัน จึงจะพัฒนาศักยภาพของคนได้อย่างเต็มที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 4) การศึกษาและสุขภาพจึงนับได้ว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ ได้มีผู้ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและการศึกษา ดังนี้

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการศึกษา ทั้งนี้ ถ้าเด็กสุขภาพไม่ดีย่อมไม่สามารถศึกษาได้ดี (สุชาติ โสมประยูร, 2526, หน้า 79-80) นอกจากนั้น ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของสุขภาพของสุขภาพกับการศึกษาพบว่า สุขภาพกาย จิต และสังคมที่ดีช่วยให้เด็กซึ่งจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตมีการศึกษาเรียนรู้ได้ดีกว่า เนื่องจาก ไม่ขาดเรียน มีความตั้งใจในการเรียนรู้น่ากว่ามี โอกาสจะประสบผลสำเร็จในการศึกษาและในการดำรงชีวิตมากกว่า ตลอดจนเป็นที่มึคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศขณะที่ การศึกษาที่ได้รับจากโรงเรียน หรือสถาบันการศึกษา หรือ จากการอบรม สั่งสอน ชี้นำการถ่ายทอดวิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม ที่ได้รับจากทางบ้าน ชุมชนในสังคมนั้น จะช่วยหล่อหลอมความรู้ในการดำรงชีวิต ความรู้ทางสุขภาพ ทักษะติดต่อสุขภาพ ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้เจ็บป่วยเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้เช่นเดียวกัน ผลทางสุขภาพอาจไม่ปรากฏให้เห็นในช่วงวัยเด็ก แต่จะปรากฏอาการเจ็บป่วยในช่วงวัยผู้ใหญ่ อันเป็นอุปสรรคต่อการแสดงออกของศักยภาพของคนนั้น ๆ ในการดำรงชีวิต การทำงาน ตลอดจนการพัฒนาประเทศตามมาก็ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 4-5)

จากความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับ สุขภาพดังที่กล่าวมา ในการจัดการศึกษาได้มีการให้ความสำคัญกับสุขภาพเด็กเป็นอย่างมาก ดังที่ได้มีการให้ความสำคัญของการศึกษาควบคู่กับสุขภาพมาช้านาน จนปัจจุบันได้มีการปฏิรูปการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ เป้าหมายกระบวนการเรียนรู้ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ต้องการสร้างคนให้เป็นคนเก่ง ดี และมีความสุข ซึ่งคณะอนุกรรมการปฏิรูปการเรียนรู้ได้ให้คำนิยามว่า คนที่มีความสุข คือ คนที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นร่าเริงแจ่มใส ร่างกายแข็งแรง จิตใจเข้มแข็ง มีมนุษยสัมพันธ์ มีความรักต่อสรรพสิ่งทั้งหลาย มีอิสรภาพปลอดภัยจาก การเป็นทาสอบายมุข สามารถดำรงชีวิตได้เพียงพอต่ออัตภาพ (ทองคุณ หงส์พันธ์, 2543, หน้า 26)

จากที่กล่าวมา ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับสุขภาพ แสดงให้เห็นเด่นชัดว่า แนวคิดในการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษาหรือด้านสาธารณสุขทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน เพื่อให้ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาประชาชนในชาติ นอกจากนี้ในหลายๆ ประเทศทั้ง ประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา ได้มีวิจัยที่แสดงว่าการพัฒนาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาการศึกษาและการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยสุขภาพมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับความสามารถ ทางการศึกษา คุณภาพชีวิตและผลิตผลทางเศรษฐกิจ การจัดทำมีโครงการสุขภาพในโรงเรียนสามารถลดปัญหาสุขภาพเบื้องต้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการจัดการศึกษา และช่วยพัฒนาด้านสาธารณสุขได้อย่างชัดเจน ผลที่พบจากการทำวิจัยในหลายประเทศ ทำให้ในปี ค.ศ. 1950 คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการสุขภาพในโรงเรียนองค์การอนามัยโลกได้วางพื้นฐานทฤษฎี (The First Theoretical Groundwork) ให้มีการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนขึ้น (World Health Organization, 1998, p. 1)

ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับสุขภาพที่ทั้งสองด้านมีความสำคัญต่อการเตรียมคนในอนาคตเพื่อการพัฒนาประเทศ งานสุขภาพในโรงเรียนจึงมีความสำคัญ ดังมีผู้กล่าวถึงแนวคิดงานสุขภาพในโรงเรียนหรือที่เรียกว่างานอนามัยโรงเรียน ดังต่อไปนี้

สุขศึกษาในโรงเรียน หรือสุขศาสตร์ในโรงเรียน ตรงกับคำว่า School Health Education เป็นวิชาที่ว่าด้วยการสุขภาพในโรงเรียน บริการอนามัยและการสอนสุขศึกษาในทางการสาธารณสุขมักเรียนวิชานี้ว่า อนามัยโรงเรียน (School Hygiene หรือ School Health) ปัจจุบันในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา วิชานี้ได้เปลี่ยนแปลงหรือวิวัฒนาการไปมากจนกระทั่งคำว่า สุขศึกษาในโรงเรียน หรือสุขศาสตร์ในโรงเรียน หรือ School Health Program หรือโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (สุชาติ โสมประยูร, 2525, หน้า 2-3)

1. สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ถูกลักษณะ (School Health Environment)
2. บริการสุขภาพในโรงเรียน (School Health Service)
3. การสอนสุขศึกษาในโรงเรียน (School Health Instruction)

สรุปได้ว่าคำที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยโรงเรียน มีหลายคำ ได้แก่ คำว่า สุขศึกษาในโรงเรียน โครงการสุขภาพในโรงเรียนและโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ถูกลักษณะ บริการสุขภาพในโรงเรียนและการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนแล้ว นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวถึงเหตุผลที่ต้องดำเนินงานอนามัยโรงเรียนและจุดมุ่งหมายของงานอนามัยโรงเรียนไว้ดังต่อไปนี้

โครงการสุขภาพในโรงเรียน คือ ความหมายร่วมกันของบุคลากรทุกฝ่ายในโรงเรียนและในชุมชนในอันที่จะร่วมมือกันป้องกัน และรักษาไว้ซึ่งความเป็นผู้ที่มีความสุขอนามัยอันสมบูรณ์ (สมัย

รื่นสุข และจิตประภา ศรีวิเศษ , มปป. : หน้า 10) และมีเหตุผล 3 ประการ ในการที่ต้องดำเนินงานอนามัยโรงเรียน คือ

1. ประชากรชาวไทยในปัจจุบันส่วนมากตกอยู่ในสภาพจนเจ็บและโง่
2. จำเป็นจะต้องพัฒนาชนในชาติให้เป็นคนมีฐานะดีขึ้น มีความเฉลียวฉลาดและมีสุขภาพดีด้วยการให้การศึกษา

3. การอนามัยโรงเรียนจะมีส่วนช่วยแก้ปัญหาประชากรยากจน เจ็บและโง่ได้

นอกจากนี้สุขภาพยังมีความสำคัญต่อเด็กนักเรียนเนื่องจากสุขภาพเป็นพื้นฐานสำหรับพื้นฐานทั้งหมด ถ้าเด็กสุขภาพไม่ดีเด็ก ๆ จะไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ (Harold, 1996, p. 52) ดังนั้นจึงมีการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียนขึ้นเพื่อส่งเสริมและสร้างสุขภาพของนักเรียนด้วยการสนับสนุน 3 ด้าน คือ การบริการด้านสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อม และการสอนสุขศึกษาทั้งนี้ต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วมและใช้ทรัพยากรทุกส่วนของโรงเรียนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ มีบูรณาการโครงการสุขภาพของชุมชนและโรงเรียนเข้าด้วยกันเพื่อมุ่งช่วยให้นักเรียนมีความสามารถในการที่จะมีสถานะสุขภาพที่ดีที่สุด (Redicand, Olsen, and Baffin, 1993 p. 29) และการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียนยังมีจุดมุ่งหมายอื่น ๆ อีกต่อไปนี้

1. เพื่อการส่งเสริมสุขภาพอนามัยทั้งร่างกายและจิตใจให้แก่เด็กนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน
2. เพื่อสร้างทักษะและเจตคติด้านสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน
3. เพื่อการวางแผนและดำเนินโครงการสุขภาพในโรงเรียนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และแผนงานต่าง ๆ ของโรงเรียน
4. เพื่อให้การปฐมพยาบาลและการดูแลรักษาเบื้องต้น การป้องกันอุบัติเหตุในโรงเรียน
5. เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงเรียน
6. เพื่อให้การให้คำแนะนำและคำปรึกษาด้านสุขภาพ
7. เพื่อให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

(สุลี ทองวิเชียร, 2542, หน้า 10)

จากความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง เหตุผลที่ต้องมีการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน และการกล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน สรุปได้ว่างานอนามัยโรงเรียนเป็นงานด้านการบริการสุขภาพ การสอนสุขศึกษา และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะภายในโรงเรียน โดยที่ได้มองเห็นความสำคัญของสุขภาพว่าเป็นพื้นฐานทั้งปวงที่จะทำให้เด็กเรียนรู้ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีในสังคม และยังเป็นการแก้ปัญหา ความยากจน ความเจ็บป่วย การขาดความรู้ ทั้งนี้การอนามัยโรงเรียนดำเนินการเพื่อพัฒนาคนในชาติ โดยเป็นความพยายามร่วมกันของ

บุคลากรทุกฝ่ายทั้งใน โรงเรียนและในชุมชนเพื่อที่จะดำรงรักษาสุขภาพของนักเรียนและบุคลากร ในโรงเรียนที่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน นอกจากนี้ยังต้องการให้เกิดการบูรณาการโครงการ สุขภาพของชุมชนและ โรงเรียนเข้าด้วยกัน

การดำเนิน โครงการสุขภาพใน โรงเรียนนั้นมีปรัชญาพื้นฐานที่ใช้เป็นหลักในการ ดำเนินงาน คือ สุขภาพไม่ใช่เป้าหมายแต่เป็นหนทางไปสู่เป้าหมาย สุขภาพมีการเคลื่อนไหว ตลอดเวลา สุขภาพเป็นสาขาที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากสาขาวิชาต่าง ๆ มาเกี่ยวข้องด้วยจำนวนมาก และสุขภาพเป็นระบบของมนุษย์ที่รวมถึง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และหลักศีลธรรม จุดมุ่งหมายการสอนสุขภาพในระยะกลางและระยะยาวควรมีทิศทางไปสู่การทำให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคล และชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ สุขภาพของประชากรในวัยเรียนเป็น ความรับผิดชอบของสมาชิกชุมชนในอนาคตจะมีความสามารถเช่นเดียวกัน เนื่องจากโครงการ สุขภาพใน โรงเรียนที่ดีจะส่งผลกระทบต่อ โรงเรียน บ้าน และชุมชนและชีวิตในวัยผู้ใหญ่ ควรจะสร้าง ความร่วมมือกันในการจัด โครงการสุขภาพใน โรงเรียนและการจัด โครงการสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้แน่ใจว่าจะมีความต่อเนื่องในการบริการ และผลที่สำคัญมากที่สุดของ โครงการสุขภาพใน โรงเรียน ต่อควรมีสุขภาพที่ดี การเจริญเติบโตและการพัฒนาของตัวนักเรียนเองก็ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับพ่อแม่ ผู้ปกครองนักเรียน โครงการสุขภาพในโรงเรียนจะ ส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองเพื่อบุตรหลานของตนเองโดยทำให้นักเรียนมีศักยภาพสูงสุด เพื่อการเรียนรู้เติบโตและพัฒนา (Smolensky and Convection, n.d.cited in Radicand , Olsen & Baffi, 1993, p. 28)

จากปรัชญาพื้นฐานของโครงการสุขภาพในโรงเรียนสรุปได้ว่า การจัดโครงการสุขภาพใน โรงเรียน หรืองานสุขภาพอนามัยในโรงเรียนนั้น ต้องใช้สุขภาพเป็นวิธิต่าง ไม่ใช่เป้าหมาย สุขภาพเป็นสาขาวิชาที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากสาขาวิชาต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้น ต้องมอง ทั้งระบบ สุขภาพของนักเรียนเป็นความรับผิดชอบของชุมชน การจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน ต้องการให้นักเรียน และสมาชิกในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โครงการที่จัดขึ้นต้องส่งผลต่อ โรงเรียน บ้านและชุมชน สอดคล้องกับโครงการสุขภาพของชุมชนในระดับท้องถิ่นและมีความต่อเนื่อง และถ้านักเรียนซึ่งเป็นสมาชิกมีสุขภาพดีก็จะสะท้อนถึงสุขภาพของสมาชิกของ ชุมชนและการมีสมาชิกที่มีสุขภาพดีในอนาคต

การที่การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพมีทั้งความสัมพันธ์กันและมีความสำคัญประเทศไทยได้เริ่มงาน อนามัยโรงเรียนขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2468 โดยตามหลังประเทศในยุโรปและอเมริกาประมาณกว่า 50 ปี การเริ่มงานอนามัยโรงเรียนในประเทศไทยนั้น เป็นพระราชดำริของสมเด็จพระบรมมหาราชชนก กรมหลวงสงขลานครินทร์ (สุนันท์ พิพัฒน์เพ็ญ, 2528 , หน้า 3 – 7) การดำเนินงานอนามัย

โรงเรียนในระยะแรกจะเน้นในเรื่องสุขภาพสิ่งแวดล้อมระยะต่อมาได้สนใจในเรื่องสุขภาพของนักเรียน พ.ศ. 2510 ได้มีการปรับปรุงโครงการอนามัยโรงเรียนโดยยึดหลักการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ซึ่งประกอบด้วยงานสำคัญ ๆ 4 ประการ ที่ต้องดำเนินพร้อม ๆ กันโดยประสานกับฝ่ายการศึกษา คือ บริการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน สุขาภิบาลโรงเรียน หรือ อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและชุมชน (พัฒน์ สุจันงค์, 2529, หน้า 265) การดำเนินงานอนามัยโรงเรียนได้ดำเนินการต่อมาจนกระทั่งมีนโยบายพัฒนาโรงเรียนไปสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

วิธีการที่เป็นเลิศ

วิธีการที่เป็นเลิศ หรือ Best Practices เป็นคำที่มีความหมายในเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งหมายถึงแนวทางหรือวิธีปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ที่นำองค์กรไปสู่ความสำเร็จและบรรลุจุดมุ่งหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล Best Practices ช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถลดเวลาในการปรับปรุงประสิทธิภาพขององค์กรได้โดยการศึกษาจาก Best Practices อย่างเป็นระบบก็เป็นการสร้างฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำ Bench marking ซึ่งเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถเพิ่มศักยภาพทางการแข่งขันขององค์กร อันจะนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพทางการแข่งขันขององค์กร (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2545ก, บทนำ)

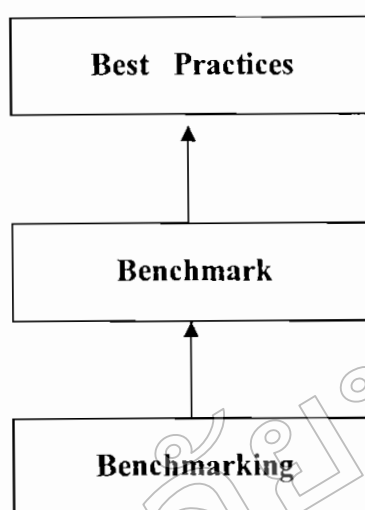
ความหมายของ Best Practices

American Productivity & Quality Center (APQC) ได้ให้คำจำกัดความคำว่า Best Practices ไว้ว่า คือ ปฏิบัติทั้งหลายที่สามารถก่อให้เกิดผลที่เป็นเลิศซึ่งรวมความแล้วจะสรุปได้ว่า

Best Practices คือ วิธีปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ หรืออาจกล่าวได้ว่า คือ การปฏิบัติที่ทำให้องค์กรสู่ความเป็นเลิศ

อันที่จริงแล้วคำว่า ดีที่สุด (Best) ของคำว่า Best Practices นี้เป็นคำที่ให้ความหมายในเชิงเปรียบเทียบ คือ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเป้าหมายเป็นหลัก คำว่า ดีที่สุด อาจจะได้หมายถึงดีที่ดีที่สุดจริง ๆ ขององค์กรทั้งหมดแต่อาจจะเฉพาะสำหรับองค์กรใดองค์กรหนึ่งเท่านั้นเพราะแต่ละองค์กรมีวัฒนธรรม วิสัยทัศน์ สภาพธุรกิจและปัจจัยภายในขององค์กรที่แตกต่างกันไป ดังนั้น Best Practices จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเรื่อง ๆ เดียวหรือกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ดีที่สุดของแต่ละองค์กรมองหา (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2546, หน้า 10 – 11)

ความสัมพันธ์ของ Benchmark, Benchmarking และ Best Practices ความสัมพันธ์ของสามคำนี้อาจแสดงได้ดังรูป



จากรูปชี้ให้เห็นว่ากระบวนการทำ Benchmarking นำไปสู่การค้นหาที่เป็น Benchmark หรือผู้ที่ปฏิบัติได้ดีที่สุดว่าเป็นใครและผู้ที่เป็ Benchmark สามารถตอบคำถามเราได้ว่า Best Practices หรือวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด ที่นำสู่ความเป็นเลิศนั้นเข้าทำได้อย่างไร

อุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งขององค์กรในการปรับปรุงและพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน คือ การขาดแคลนฐานข้อมูลแนวทางหรือวิธีการปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ / เป็นเลิศ (Best Practices) ทั้งในภาคอุตสาหกรรมการผลิตและบริการเนื่องจากหน่วยงานส่วนใหญ่ ยังคิดว่าวิธีการต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองประสบความสำเร็จ เป็นความลับขององค์กรที่ไม่ควร ไม่เปิดเผย เนื่องจากเกรงว่าจะทำให้คู่แข่งหรือองค์กรอื่น ๆ ทราบถึงวิธีการและแข่งขันกับตนเองได้ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในภาพรวมจะพบว่าปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ มิได้แข่งขันกับคู่แข่งในประเทศแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้นแต่ต้องแข่งขันได้ในระดับโลกด้วยดังนั้น การแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ Best Practices ของตนและนำ Best Practices ที่ดีของผู้อื่น ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาจะทำให้องค์กรสามารถเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันได้ และเมื่อทุกองค์กรในประเทศร่วมกันพัฒนาจะส่งผลให้ความสามารถในการแข่งขันโดยรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ทั้งภาครัฐและเอกชนจึงจำเป็นต้องร่วมมือในการปรับปรุงและพัฒนาตนเอง อย่างเร่งด่วนโดยแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยใหการพัฒนาดำเนินไปได้อย่างรวดเร็ว เกิดการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดระยะเวลาที่ใช้ในการปรับปรุงประสิทธิภาพ คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้นำที่ประสบความสำเร็จหรือทำได้ดีกว่า ดังนั้นการศึกษาจาก Best Practices จึงเป็นวิธีได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์กร (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2545, ข, หน้า 5)

สรุปได้ว่าวิธีการที่เป็นเลิศ (Best Practices) คือ วิธีการปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ โดย Best Practices เป็นส่วนหนึ่งของ Benchmark และผู้ที่บอกว่าตนเองเป็น Best Practices ได้นั้น คงไม่ใช่ตนเอง คนต้องมีองค์กรที่เป็นกลางเป็นผู้บอกกล่าวให้ว่าองค์กรนั้นเป็นเลิศในด้านใด ๆ ซึ่งการเป็น Best Practices อาจจะเป็นได้แค่ช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นถ้าองค์กรไม่มีการพัฒนาหรือปรับตัวอยู่ตลอดเวลา

แนวคิด และทฤษฎีการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมจะมีความหมายอย่างไรควรต้องพิจารณาที่กรอบแนวคิด เป้าหมายหรือกระบวนการของการพัฒนาแต่ละงาน แต่โดยทั่วไปมีผู้ให้แนวคิดและทฤษฎีของเรื่องการมีส่วนร่วมไว้หลากหลายโดยเฉพาะแนวคิดในด้านความหมายความสำคัญ และลักษณะของการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม

คำว่า “การมีส่วนร่วม” (Participation) โดยทั่วไปจะมีความหมายที่หลากหลาย สำหรับความหมายที่พูดถึงในเชิงการพัฒนาชนบทมักจะหมายถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ชุมชนหรือประชาชนในการเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาของภาครัฐเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมอย่างหนึ่ง แต่การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้างกว่าอาจหมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ ของชุมชนโดยตรง การมีส่วนร่วมอาจมีได้ทุกระดับตั้งแต่การมีส่วนร่วมในระดับชาติลงไปจนถึงระดับหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของรัฐ หรือกิจกรรมการพัฒนาของชุมชนที่ประชาชนยินดีมาร่วม โดยที่การมีส่วนร่วมนี้จะมีความหมายว่าสมาชิกทุกคนจะร่วมรับประโยชน์และการลงทุนลงแรงด้วย จึงจะเป็นการมีส่วนร่วมในความหมายที่เป็นธรรม (มัญญา ท่วมยิ้ม, 2543) ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

ออตตาเวย์ (Ottaway, 1966 อ้างอิงจาก นิคม ศัคแสน, 2540, หน้า 14) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมคือการที่สมาชิกของกลุ่มมีความสนใจ มีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการศึกษาทำความเข้าใจและดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง และการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

เจมส์ คี ปีทอง (2527, หน้า 265 – 268) กล่าวว่ามีส่วนร่วมของชุมชนหมายถึงกระบวนการที่บุคคลกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เริ่มที่จะดำเนินกิจกรรมร่วมกัน โดยที่ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการจะร่วมแสดงและร่วมให้ความคิดเห็นและร่วมที่จะดำเนินการเพื่อที่จะกำหนดวิถีชีวิตของเขาเองด้วยตัวเอง ทั้งนี้การสนับสนุนของรัฐอาจเกิดขึ้นตามความจำเป็นแต่ไม่ใช่ในรูปแบบของการควบคุม โดยมีขอบเขตของการมีส่วนร่วมดังนี้

การวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของชุมชนหรือของกลุ่ม

1. การกำหนดแนวทางการดำเนินการให้บรรลุในการแก้ปัญหาหรือบรรลุเป้าหมาย
2. การระดมทรัพยากรทั้งในและนอกชุมชน
3. การปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้
4. การควบคุมติดตามและการประเมินผล
5. การจัดสรรผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นอย่างยุติธรรม

วันรักษ์ มิ่งมณีนาถ (2536, หน้า 10 – 13) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าร่วมอย่างเข้มแข็งอย่างเต็มที่ของกลุ่มบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการหรืองานพัฒนาชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมจะเป็นเครื่องประกันว่าสิ่งที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการมากที่สุดจะได้รับการตอบสนองและทำให้มีความเป็นไปได้มากขึ้นว่าสิ่งที่ทำไปนั้นจะตรงกับความต้องการแท้จริง และมั่นใจมากขึ้นว่าผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้รับประโยชน์เสมอหน้ากัน

นิคม ผัดแสน (2540, หน้า 10) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมเป็นการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ปรัชญา และแนวทางการบริหารด้วยกลุ่มของตนเอง

อรพินธ์ สพโชคชัย (2538, หน้า 14) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือในการที่จะทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลในกลุ่มว่ามีความสามารถที่จะช่วยกันทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าหากทุกคนต่างยอมรับจุดมุ่งหมายต่าง ๆ ของกลุ่มแล้ว การทำงานของกลุ่มก็จะประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น กลุ่มต่าง ๆ จะมีความร่วมมือแตกต่างกันไปไม่ว่ากลุ่มนั้น ๆ จะมีปริมาณความเป็นศูนย์กลางมากน้อยก็ตาม และไม่ว่ากลุ่มนั้น ๆ จะแก้ปัญหาง่าย ๆ หรือแก้ปัญหาสลับซับซ้อนก็ตามแต่อย่างน้อยที่สุดทุกคนต้องร่วมมือกันและยอมรับในจุดมุ่งหมายของงานนั้น

นอกจากนี้ สุมณฑา พรหมบุญ และคณะ (2541, หน้า 33 – 43) ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไว้ว่า หนทางที่จะไปสู่มิติแห่ง “การศึกษาตลอดชีวิต” และ “สังคมแห่งการเรียนรู้” ได้โดยการให้ผู้เรียนสามารถแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่หลากหลายและยืดหยุ่น แม้ว่างานของ สุมณฑา พรหมบุญ และคณะ จะมีฐานจากการศึกษาในระบบ แต่มีสาระที่นำมาพิจารณาประยุกต์เพื่อจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการทำงานกับชุมชนได้หลายประเด็นซึ่งเหตุผลที่สนับสนุนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่

- ความรู้และความจริงเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ โลกถูกค้นพบใหม่เสมอ ๆ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในสังคมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทุกคนต้องเรียนรู้วิธีที่จะแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยเตรียมสมาชิกของชุมชนให้พร้อมที่จะเผชิญกับชีวิตจริง เพราะลักษณะของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ผู้รับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองได้ลงมือปฏิบัติ ได้กิจกรรมกลุ่ม ได้ฝึกฝนทักษะการเรียนรู้ ทักษะการบริหารจัดการ การเป็นผู้นำ ผู้ตาม และที่สำคัญเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับชีวิตจริงมากที่สุดวิธีหนึ่ง

- การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี ฝึกฝนความเป็นประชาธิปไตย ฝึกการช่วยเหลือเกื้อกูล และการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุขต่อชุมชน

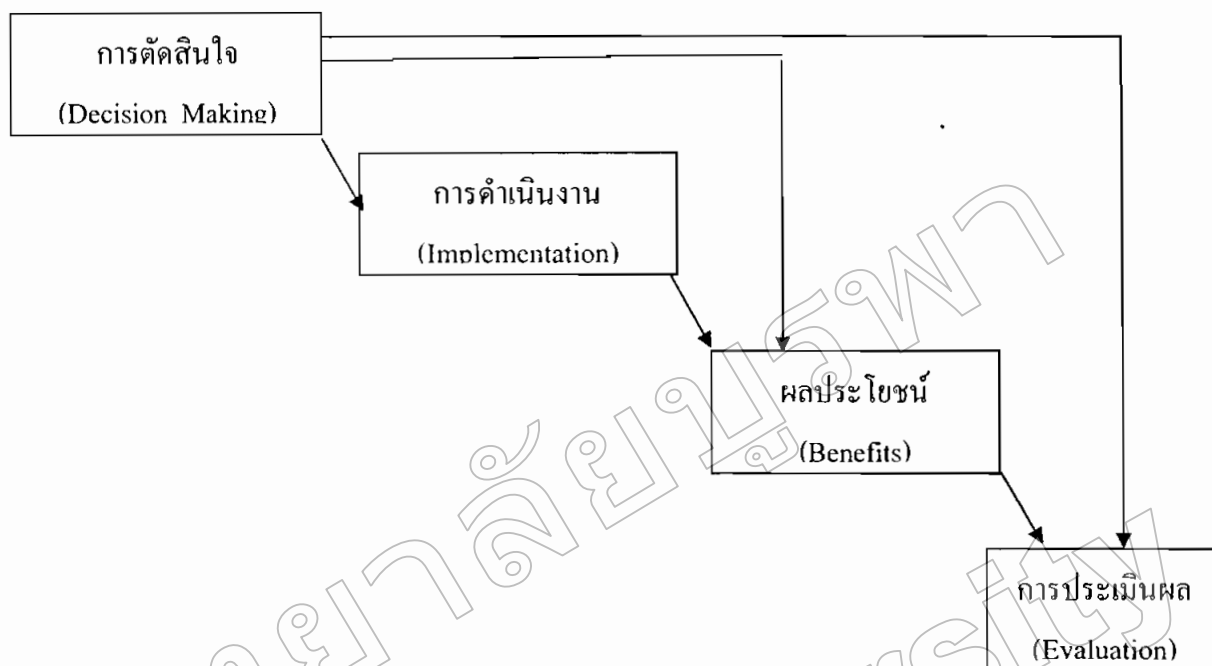
- การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยลดความสัมพันธ์เชิงอำนาจทุกคนได้รับการยอมรับได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เกิดความสุขในการอยู่ร่วมกัน

ศิริกาญจน์ โกสุมภ์ (2542, หน้า 10) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม มีความหมายค่อนข้างหลากหลายอาจรวมถึงกระจายอำนาจ การช่วยเหลือโดยสมัครใจ การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานของ โครงการตลอดจนการร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ

จากแนวคิดต่าง ๆ ดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมคือกระบวนการที่ให้ประชาชนในชุมชนนั้น ๆ ได้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน โดยให้ทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยปราศจากการควบคุมของรัฐ ซึ่งการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงได้นั้นทุกคนจะต้องมีความสนใจและความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนให้ความร่วมมือและเห็นคุณค่าประโยชน์ของการทำงานร่วมกันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจริง และผลของการมีส่วนร่วมจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความเข้มแข็งของชุมชนได้เป็นอย่างดี

แนวคิดของการมีส่วนร่วม

โคเฮนและอัปฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1997 :pp. 7 – 9) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมโดยทั่วไปแล้วจะต้องเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การดำเนินงาน (Implementation) เช่น การจัดองค์กร การกำหนดกิจกรรมพัฒนา เป็นต้น นอกจากนั้น การตัดสินใจจะต้องคำนึงควบคู่ไปกับเรื่องของผลประโยชน์ (Benefits) และการประเมินผล (Evaluation) ดังวงจรของการมีส่วนร่วม ดังนี้



ภาพที่ 9 วงจรการมีส่วนร่วม (Cohen and Up Hoff, 1997, p. 13)

จะเห็นว่าการตัดสินใจนั้นเรื่องเกี่ยวข้องเกือบ โดยตรงกับการดำเนินงาน แต่ก็เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ และการประเมินผลด้วยเหมือนกัน กล่าวคือ ผลประโยชน์นั้นเป็นผลมาจากขั้นตอนการดำเนินงาน และผลประโยชน์ก็จะมาเป็นตัวกำหนดให้มีการประเมินผล ซึ่งต่างก็ได้รับผลมาจากขั้นตอนการตัดสินใจแล้วทั้งสิ้นนั่นเอง นอกจากนี้ก็จะมีผลสะท้อนกลับ (Feedback) จากการประเมินผลและการดำเนินงานกลับไปสู่การตัดสินใจอีกด้วย

ลักษณะการมีส่วนร่วม

นักวิชาการได้กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันในลักษณะต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจว่าจะศึกษาในด้านใด เช่น

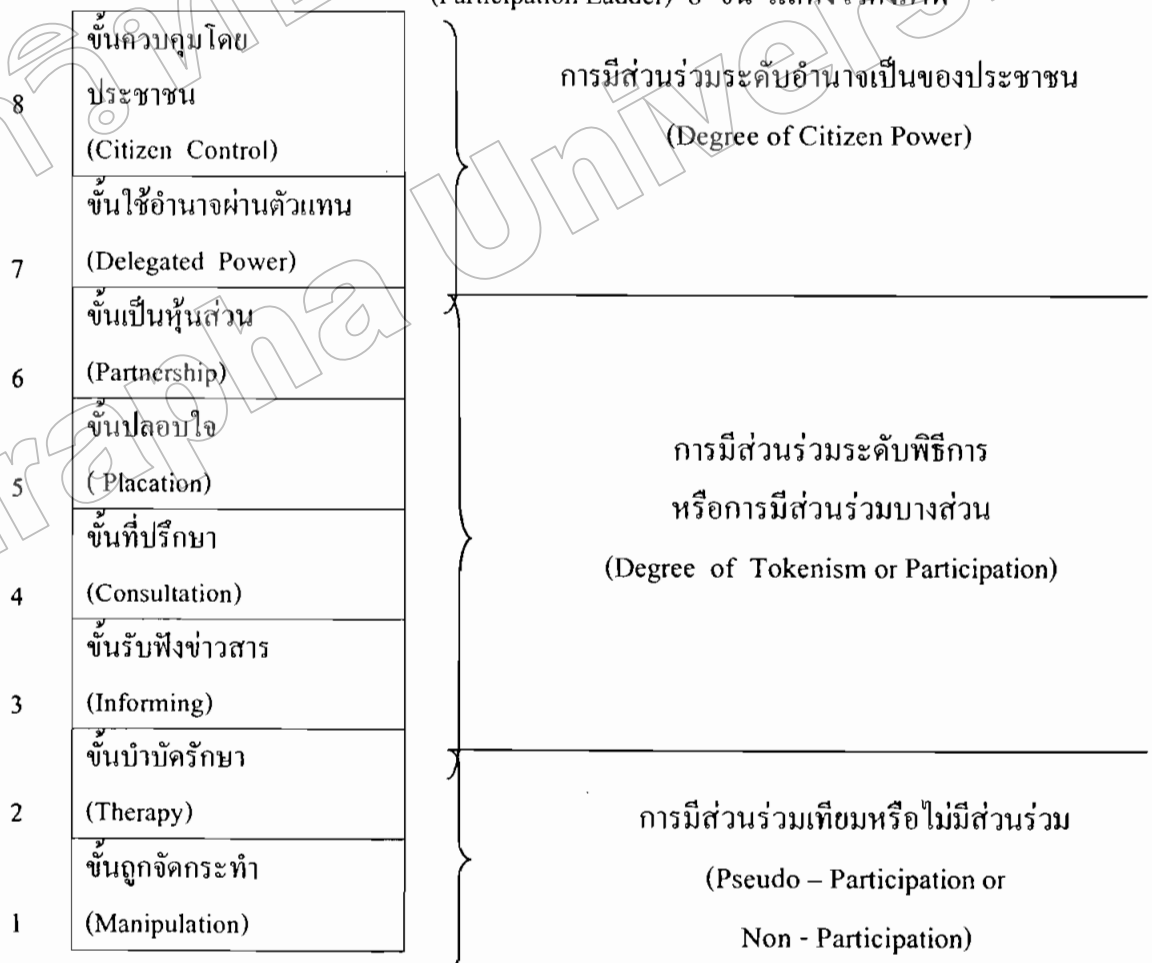
ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2534, หน้า 12) กล่าวถึง หลักการบริการแบบมีส่วนร่วม หลักการร่วมมือที่สำคัญของประชาชนคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม หลักการอย่างจริงจังและจริงใจ ทั้งนี้ด้วยการเปิดโอกาสให้มีการศึกษาการร่วมพิจารณาและตกลงใจร่วมกันในการปัญหาหรือการวางโครงการต่าง ๆ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมก็เพื่อเป็นการให้ประชาชนได้มีสิทธิและความเสมอภาคกันในอันที่จะรับผิดชอบในสังคม ประชาชนจะมีโอกาสร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบ

เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ (2539, หน้า 19) ได้ศึกษาวิเคราะห์พระราชบัญญัติและระเบียบของสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในส่วนที่เอกชนมีส่วนร่วมในการบริหารการศึกษาที่ภาครัฐดำเนินการ ปรากฏว่ามีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารการศึกษามีอยู่ในลักษณะเดียวกันคือในรูปของคณะกรรมการเข้าร่วมในคณะกรรมการก็จะอยู่ในลักษณะของผู้ทรงคุณวุฒิมีความหมายรวมถึงข้าราชการในหน่วยงานอื่น ๆ ข้าราชการที่เกษียณแล้วหรือประชาชนทั่วไป

นริวรรณ พรหมชุม (2537, หน้า 7) ได้ศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของการศึกษาประจำโรงเรียนในโครงการการศึกษาเพื่อพัฒนาหมู่บ้านในเขตชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมของกรรมการการศึกษาไว้เป็น 2 ด้าน คือ

1. การมีส่วนร่วมในด้านนโยบาย ได้แก่การให้ข้อมูล คำแนะนำ และการร่วมตัดสินใจ
 2. การมีส่วนร่วมในด้านปฏิบัติการ เช่น แรงงาน เงิน / วัสดุอุปกรณ์และการประสานงาน
- แอมไตน์ (Am stein, 1978, p. 236) มีความเห็นว่าการมีส่วนร่วมมีลักษณะเป็นบันได

(Participation Ladder) 8 ชั้น แสดงไว้ดังภาพ



ภาพที่ 10 แสดงบันไดของลักษณะการมีส่วนร่วม

จากภาพประกอบนี้ ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 รวมเรียกว่าเป็นขั้นที่มีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วมหมายถึงประชาชนยังไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างแท้จริง

บันไดขั้นที่ 3 - 5 รวมเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมระดับพิธีการหรือการมีส่วนร่วม บางส่วน หมายถึง เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมได้ในบางส่วน บางเรื่องเท่านั้น เพราะบางส่วนผู้มีอำนาจเต็มสงวนเอาไว้ แต่ยังนับดีกว่าขั้นที่ 1 - 2

บันไดขั้นที่ 6 - 7 รวมเรียกว่ามีส่วนร่วมระดับอำนาจของประชาชนซึ่งเป็นระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก โดยพัฒนาการขั้นที่ 6 - 7 จนถึงขั้นที่ 8 ขึ้นควบคุมโดยประชาชนเป็นการใช้อำนาจตัดสินใจของประชาชน โดยผ่านตัวแทนหรือประชาชน เป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง

ชาดิด และคณะ (Shadid et al., 1982, p. 1221 อ้างถึงใน เมตต์ เมตต์การุณจิต, 2541, หน้า 82) ให้ความเห็นว่า แนวคิดเรื่องขั้นตอนหรือการมีส่วนร่วมที่เป็นแนวคิดที่เป็นระบบมากที่สุดมีดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประการแรกที่จะต้องกระทำคือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงการดำเนินแผนงานและการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในส่วนขององค์ประกอบในการดำเนินงาน โครงการนั้นจะได้มาจากคำถามที่ว่าใครทำประโยชน์ให้กับโครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารและประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์และเป็นโทษได้ทั้งต่อบุคคลและสังคม

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือความเห็น (View) ความชอบ (Performance) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

นอกจากนี้ บาร์นส์ (Barnes, 1995, p. 4) ยังได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมได้ประเด็นสำคัญ 10 ประการ คือ

1. ระยะเวลาและสถานที่ในการมีส่วนร่วมกับโครงการ ควรต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมให้ต่อเนื่องตามวงจรชีวิตของโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้น โครงการยุติ หรือหากคณะผู้บริหารเห็นว่าเหมาะสมก็ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่แต่ละคนเกี่ยวข้องด้วยจริง ๆ เท่านั้นก็ได้

2. การมีส่วนร่วมนั้น มีมิติทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดย (1) ทางด้านปริมาณ ถ้ามีคนมา มีส่วนร่วมมากก็ทำให้ความสัมพันธ์ ระหว่างกันดีขึ้นมาก ให้องค์กรทางสังคมก่อตัวขึ้น ส่วน (2) ทางด้านคุณภาพ ควรให้มีส่วนร่วมมีมิติที่ จะขัดขวางความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่าง บุคคล หรือ ความเป็นนาย บ่าวกัน ให้มีส่วนร่วมเสมอกัน จึงจะถือว่ามีความดี

3. จะให้มีการมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายปลายทาง (An End) หรือจะให้เป็นแนวทาง (A mean) คือ จะให้เพียงบุคคลต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องก็พอใจคิดว่าบรรลุวัตถุประสงค์บางสิ่งแล้วหรือจะ พิจารณาว่าการมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่ต้องทำให้ดี โดยตอบให้ได้ว่า “หลังจากการมีส่วนร่วมแล้ว จะมีอะไรดีขึ้น อะไรควรจะเกิดขึ้นอีกบ้าง” อันเป็นการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมที่เป็นวิธีการหรือ กระบวนการที่ต้องดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ ซึ่งทำให้เกิดความสำเร็จยิ่งขึ้น

4. การมีส่วนร่วมนี้ ตามธรรมชาติอาจเกิดขึ้น ไม่สม่ำเสมอหรือตลอดเวลาก็ได้ เช่นเวลาเกิด ภัยพิบัติคนก็มาช่วยเมื่อหมดภัยแล้ว ก็แยกกันกลับไปเช่นเดิม แต่ถ้าตั้งองค์กรประชากรเข้ามามีส่วน ร่วมแก้ปัญหาในภัยพิบัติต่าง ๆ ในพื้นที่กว้างขึ้นอาจต้องการตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมในเวลาที่ ยาวนานขึ้น และอาจใช้วิธีการมีจดหมายข่าวแจ้งเรื่อง ไปยังประชาชนทั่วไปก็ได้

5. การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมและทางการศึกษา ซึ่งหากเกิดขึ้น ได้คือให้มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันไปด้วย จะเป็นเสมือนการให้การศึกษาแก่สังคมไปใน ขณะเดียวกันแต่หลายโอกาสต้องให้เกิดความร่วมมือในแต่ละเรื่อง ต้องใช้เวลารอคอยบางอย่าง เช่นกัน

6. สถานการณ์มีส่วนร่วมนี้ ต้องคำนึงว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริง มิใช่เกิดขึ้นจากการออก คำสั่ง แต่จะต้องสร้างขึ้นเอง จะให้มีผู้สั่งว่ามาร่วมกันให้เต็มที่ แล้วคนมาร่วม คงไม่ค่อยเกิดขึ้นได้ การมีส่วนร่วมมักต้องใช้ความพยายามให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเกิดแนวคิดประชาสังคม มีจิตสำนึกสาธารณะ เคารพความหลากหลายทางความคิด เพราะทำให้มุมมองกว้างขึ้น และเกิด ความรอบคอบขึ้นจน เป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน

7. มีคณะผู้บริหารการมีส่วนร่วมพิจารณา เพื่อวางแผนดำเนินการให้เหมาะสมว่าจะให้ บุคคล กลุ่มใด เข้ามามีส่วนร่วมเมื่อใด และ โดยวิธีใด ฯลฯ โดยคณะผู้บริหารการมีส่วนร่วมนี้ควรมี ตัวแทนผู้ได้รับผลกระทบในจำนวนมากพอสมควร และให้มีความหลากหลายมากพอ

8. การมีส่วนร่วมรับรู้สภาพปัญหาโดยมีส่วนร่วม จะทำให้คนในชุมชนรู้สภาพที่เป็นจริง มากขึ้น การมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหาทำให้เมื่อเห็นปัญหา แล้วจะนำความมุ่งมั่นที่จะคิดหาทาง แก้ไขด้วยกันและร่วมแก้ปัญหา นั้น ๆ ได้ จะทำให้เป็นบทเรียนที่จะแก้ปัญหาตนเองต่อไปได้

9. คนที่อยู่ร่วมกันในชุมชนส่วนใหญ่ มิได้ใช้ชุมชนเป็นเพียงที่รวมคนคล้ายเอาก้อนหินมา กองรวมกันเท่านั้น แต่คนในชุมชนหนึ่ง ๆ มักมีความผูกพัน เอื้ออาทรต่อกัน มีค่านิยมร่วมกัน

10. ควรทำให้การมีส่วนร่วมมีลักษณะป็นอรรถมณั้ขันประกอบไปบั้ง เพราะในสังคมไทย การมีอรรถมณั้ขัน จะช่วยให้บรรยากาศมีส่วนร่วมเกิดขึ้น ดังนั้นในการประชุมถ้าใช้อรรถมณั้ขันคนตรี เกมสั กีฬา เข้าร่วมด้วยจะสร้างอรรถมณั้ขันการมีส่วนร่วมให้เพิ่มมากขึ้นได้

กล่าวโดยสรุป ลักษณะการมีส่วนร่วมนั้นพิจารณาได้หลายรูปแบบ แต่ลักษณะโดยรวม ได้แก่การมีส่วนร่วมวิเคราะห์สภาพปัญญาร่วมกำหนดความต้องการ การวางแผน การตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการจัดองค์การการปฏิบัติหรือการดำเนินงาน ร่วมตรวจสอบ และการประเมินผลร่วม แก้ไขพัฒนา ปรับปรุง ซึ่งอาจจะเป็นการมีส่วนร่วมโดยตรงหรือมีส่วนร่วมทางอ้อม ทั้งในระดับของการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนร่วมทั้งหมด

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นประเด็นสำคัญ ในการพัฒนา เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารด้านสภาวะการณั้ ความต้องการ ตลอดจนจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชุมชน ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการ ต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ การที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดค้น แก้ปัญหา และวางแผนการพัฒนาจะ ก่อให้เกิดความรู้สั้กในการเป็นเจ้าของกิจกรรมพัฒนามากยิ่งขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติงาน อย่างเข้มแข็งและจริงจัง อันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างรูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ

คำว่า “รูปแบบ” ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษ “Model” ได้มีคำที่ใช้ในภาษาไทยหลายคำ เช่น แบบจำลอง ตัวแบบ หุ่นจำลอง รูปหุ่น แบบตุ้กตา โมเดล เป็นต้น รูปแบบได้มีนักวิชาการ ได้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะ ดังนี้

1. เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ
2. เป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ ผู้เรียนได้เลียนแบบ เป็นต้น
3. เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหลักการหรือแนวคิด
4. เป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบ และเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคมอาจจะเขียนออกมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษา กั้ได้

อุทัย บุญประเสริฐ (2543,หน้า 31) ให้ความหมายว่า คือ สิ่งที่แสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญ ๆ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

สวัสต์ สุกนธรังสี (2520, หน้า 206) ให้ความหมายว่า คือ ตัวแทนที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบาย พฤติกรรมของลักษณะบางประการของสิ่งที่เป็นของจริงอย่างหนึ่ง (Reality) (Bar do & Hartman, 1982, P. 70 อ้างถึงใน สมาน อัสวภูมิ 2537, หน้า 13) ได้กล่าวถึง

รูปแบบในทางสังคมศาสตร์ไว้ว่า “เป็นชุดของข้อความเชิงนามธรรมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เราสนใจ” เพื่อใช้ในการนิยามคุณลักษณะ และ / หรือ บรรยายคุณสมบัติ นั้น ๆ “ซึ่งบาร์โด และ ฮาร์ทแมน (Bar do & Hartman) อธิบายต่อไปว่า รูปแบบเป็นอะไรบางอย่างที่เราพัฒนาขึ้นมา เพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญ ๆ ของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบจึงมิใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดทุกแง่มุมเพราะการทำเช่นนั้น จะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนและยุ่งยากเกินไปในการทำทำความเข้าใจซึ่งจะทำให้คุณค่าของรูปแบบ นั้นค่อยลงไป ส่วนการที่จะระบุว่ารูปแบบหนึ่ง ๆ จะต้องมีรายละเอียดมากน้อยเพียงใดจึง เหมาะสมและรูปแบบนั้น ๆ ควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดเป็นการตายตัว ทั้งนี้ก็ แล้วแต่ปรากฏการณ์นั้น ๆ อย่งไร

อิงลิช และอิงลิช (English & English, 1985, p. 326 อ้างถึงใน ศิริชัย กาญจนวาสี, 2536, หน้า 40) กล่าวว่ามีความหมายต่างกัน คือ

1. แบบจำลองของจริง
2. ตัวแบบที่แบบอย่าง
3. รูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล สัญลักษณ์และหลักการของระบบ
4. แบบแผนตัวอย่างของการดำเนินงานแสดงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ในระบบ

ทอสลี และคาร์รอลล์ (Tosi & Carroll, 1982, p. 163) กล่าวว่า รูปแบบเป็นนามธรรม ของจริงหรือภาพจำลองของสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีรูปแบบอย่างง่าย ๆ ไปจนถึง รูปแบบที่มีความสลับซับซ้อนมาก ๆ และมีทั้งรูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) ที่เป็น รูปแบบจำลองของวัตถุ เช่น แบบจำลองหอสมุดแห่งชาติ แบบจำลองอาคารศูนย์การค้า เป็นต้น และรูปแบบเชิงคุณลักษณะ (Qualitative Model) ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ด้วยภาษาหรือ สัญลักษณ์ เช่น รูปแบบเชิงระบบและคามสถานการณ์ (A System Contingency Model) ของ บราวน์ และโมเคิร์ก (Brown & Wankel, 1986, pp. 16 – 17 อ้างถึงในสมาน อัสวภูมิ, 2537, หน้า 12) และรูปแบบการควบคุมวิทยานิพนธ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2533, หน้า 3)

สโตนเนอร์ และแวนเกล (Stoner & Wankel, 1986, p. 12) ให้ทัศนะว่ารูปแบบเป็นการ จำลองความจริงของปรากฏการณ์เพื่อทำให้เราได้เข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของ ปรากฏการณ์ นั้น ๆ ได้ง่ายขึ้น และเวลเลอร์ (Weller, 1967, p. 15 อ้างถึงใน สมาน อัสวภูมิ, 2537, หน้า 13) กล่าวว่า “รูปแบบเป็นการสร้างมโนทัศน์” (Conceptualization) เกี่ยวกับชุดของ

ปรากฏการณ์โดยอาศัยหลักการ (Rational) ของระบบรูปนัย (Formal System) และมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยามความสัมพันธ์ และประพจน์ที่เกี่ยวข้อง ส่วน สไตน์เนอร์ (Steiner, 1988, p. 9) ได้กล่าวว่า รูปแบบ คือ สิ่งของสิ่งหนึ่งที่คล้ายคลึงกับสิ่งของอีก สิ่งหนึ่ง และได้จำแนกความหมายโดยเฉพาะของโมเดลเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. โมเดลเชิงกายภาพ (Physical Models) เช่น โมเดลหรือแบบจำลองเครื่องบินเอฟ 16 ลำเล็ก ๆ ที่สร้างจำลองมาจากเครื่องบินเอฟ 16 เป็นต้น

1.1 โมเดลของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model - of) เช่น โมเดลหรือแบบจำลองเครื่องบินเอฟ 16 ลำเล็ก ๆ ที่สร้างจำลองมาจากเครื่องบินเอฟ 16 เป็นต้น

1.2 โมเดลเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model - for) เช่น โมเดลหรือแบบจำลองเครื่องบินเอฟ 16 ลำเล็ก ๆ ที่สร้างจำลองมาจากเครื่องบินเอฟ 16 เป็นต้น

2. โมเดลเชิงแนวคิดของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Conceptual Model) แบ่งออกได้ ดังนี้

2.1 โมเดลเชิงแนวคิดของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Conceptual Model - of) คือ โมเดลหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นโดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว

2.2 โมเดลเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Conceptual Model - for) คือ โมเดลหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นโดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว

สมาน อัสวภูมิ (2537, หน้า 13) ได้กล่าวว่า รูปแบบจำลองอย่างง่ายหรือย่อส่วน (Simplified Form) ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้เสนอรูปแบบดังกล่าวได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น หรือในบางกรณีอาจจะใช้ประโยชน์ในการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนอาจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

จากความหมายต่าง ๆ ที่นักวิชาการได้กล่าวไว้พอสรุปได้ว่ารูปแบบ (Model) หมายถึง แบบอย่างหรือตัวอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ หรือลอกเลียนแบบในอนาคต เป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นเพื่อแสดงหรืออธิบายให้เห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญในเรื่องหนึ่งเรื่องใดเฉพาะ

ประเภทของรูปแบบ

คีฟส์ (Keeves, 1988 b, p. 561) ได้แบ่งประเภทของโมเดลโดยยึดแนวทางของ แคปแลน และทัทสึโอกะ (Caplan & Tutsuoka) และพัฒนาการของการใช้โมเดลทางการศึกษาได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. โมเดลเชิงเทียบเคียง (Analogue Model)

ลักษณะเป็นโมเดลเชิงกายภาพ ส่วนใหญ่ใช้ทางวิทยาศาสตร์ เช่น โมเดลแสดงพัฒนาการ

ของอะตอม เป็นต้น โมเดลประเภทนี้ทางการศึกษาไม่ค่อยนำมาใช้กันสร้างขึ้นโดยใช้หลักการเทียบเคียงโครงสร้างของโมเดลให้สอดคล้องกับลักษณะของสิ่งที่คล้ายคลึงกัน และสามารถนำไปใช้หาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง

โมเดลประเภทนี้ที่ใช้ในวงการศึกษาดังกล่าว โดยการเทียบเคียงกับลักษณะของแท่งก้นน้ำที่ประกอบด้วยท่อน้ำ

โมเดลของจำนวนประชากร นักเรียนในโรงเรียน (Model of a School Population) สร้างขึ้นเข้าและท่อน้ำออก กล่าวคือจำนวนนักเรียนที่เข้าโรงเรียนประกอบด้วย อัตราการเกิดของเด็ก อัตราการย้ายเข้าพื้นที่ และอัตราการรับเด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์ สัดส่วนจำนวนนักเรียนที่ออกจากโรงเรียน ประกอบด้วยอัตราการย้ายออกจากพื้นที่ อัตราการออกจากโรงเรียนตามระบบและอัตราการออกจากโรงเรียนเนื่องจากอายุพื้นที่เกณฑ์จุดมุ่งหมายของโมเดลนี้ ก็เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรนักเรียนในโรงเรียน นั่นเอง

การทดสอบ โมเดลประเภทนี้ทำได้โดยการเปรียบเทียบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่เก็บรวบรวมได้ในขณะตามหลักการการให้เหตุผลตรรกะ อย่างไรก็ตามโมเดลประเภทนี้มีจุดอ่อน คือ ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบภายในโมเดลได้อย่างจำกัด

2. โมเดลเชิงข้อความ (Semantic Model)

ลักษณะสำคัญของโมเดลประเภทนี้ ก็คือ การแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายในโมเดลในรูปของข้อความ โมเดลเชิงข้อความใช้หลักการเทียบเคียงเชิงแนวความคิด จึงให้ได้เนื้อหาสาระมากกว่าโมเดลได้ดี แต่จุดอ่อนของโมเดลประเภทนี้ก็คือ ขาดความชัดเจน ขาดแก่นการศึกษาเพราะสามารถนำไปใช้ศึกษาหรือวิจัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการศึกษาได้ดี เช่น ในโมเดลการเรียนรู้ในโรงเรียน เป็นต้น

3. โมเดลเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model)

โมเดลเชิงคณิตศาสตร์ได้เริ่มนำมาใช้ในการทางการศึกษาในช่วงต้นของทศวรรษที่ 1960 แรก ๆ นำมาใช้ในด้านการวัดผลการศึกษา ก่อน ต่อมาจึงขยายไปใช้กับการวิจัยทางการศึกษา สาขาวิชาอื่น ๆ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์เพิ่มขึ้นเพราะสามารถทดสอบสมมติฐานได้ ซึ่งจะช่วยให้นำไปสู่การสร้างทฤษฎีในสาขาวิชานั้น

4. โมเดลเชิงสาเหตุ (Causal Model)

4.1 โมเดลระบบเส้นเคี้ยว (Recursive Model) เป็นโมเดลที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุไปในทางเดียวกันหรือไม่มี ความสัมพันธ์ย้อนกลับ รวมทั้งกรณีความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียวกัน แต่วันต่างเวลากัน

4.2 โมเดลเชิงสาเหตุเส้นคู่ (Non Recursive Model) คือ โมเดลที่แสดงความสัมพันธ์

เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในโมเดลตัวหนึ่งอาจเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของตัวแปรภายใน โมเดลอีกตัวหนึ่ง หรือ มีทิศทางความสัมพันธ์ย้อนกลับนั่นเอง

จอยซ์ และวิล (Joyce & Weil, 1985 อ้างถึงใน สมาน อัสวภูมิ, 2537, หน้า 15) ได้ศึกษาและจัดแบ่งประเภทของรูปแบบตามแนวคิดหลักการหรือทฤษฎีซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้น ๆ และได้แบ่งกลุ่มรูปแบบการสอนเอาไว้ 4 รูปแบบ คือ

1. Information – Processing Models เป็นรูปแบบการสอนที่ยึดหลักการความสามารถในกระบวนการประมวลข้อมูลของผู้เรียน และแนวทางในการปรับปรุงวิธีการ จัดการกับข้อมูลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. Personal Models รูปแบบการสอนที่จัดไว้ในกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลและการพัฒนาบุคคลเฉพาะราย โดยมุ่งเน้นกระบวนการที่แต่ละบุคคล จัดระบบและปฏิบัติต่อสรรพสิ่งทั้งหลาย
3. Social-Interaction Model เป็นกลุ่มของรูปแบบการสอนที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และบุคคลต่อสังคม
4. Behavior Models เป็นกลุ่มของรูปแบบการสอนที่ใช้องค์ความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการพัฒนารูปแบบ จุดเน้นที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้ของผู้เรียนมากกว่าการพัฒนาโครงสร้างทางจิตวิทยาและพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้

บาร์โด และฮาร์ทแมน (Bardo & Hartman, 1982, pp. 70 – 72 อ้างถึงใน สมาน อัสวภูมิ, 2537, หน้า 15) ได้ให้ทัศนะถึงแนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบ โดยแบ่งประเภทพื้นที่และรูปแบบที่อธิบายลักษณะจากลักษณะของเมืองออกเป็นรูปแบบที่อธิบายโดยลักษณะพื้นที่และรูปแบบที่อธิบายโดยลักษณะของประชากร รูปแบบที่ใช้ในการอธิบายโดยพื้นที่นั้นมีจุดมุ่งหมายในการบรรยายลักษณะของเมืองว่าลักษณะอย่างไร เช่น Concentric Zone Model และ Social Area Analysis Model เป็นต้น สำหรับรูปแบบที่ใช้อธิบายโดยคุณลักษณะของประชากรของเมืองต่าง ๆ เช่น Residential Segregation Models และ Group Location Models เป็นต้น

องค์ประกอบของรูปแบบ

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พบว่าไม่ปรากฏมีหลักเกณฑ์ตายตัวว่ารูปแบบนั้นต้องมีองค์ประกอบอะไรบ้างอย่างไร ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะเรื่องหรือปรากฏการณ์ที่ผู้สนใจดำเนินการศึกษา ส่วนการกำหนดองค์ประกอบรูปแบบในการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดองค์การและการบริหารจัดการ (The Model of Organization and Management) ตามแนวคิดของ บราวน์ และโมเบิร์ก (Brown & Mob erg, 1980, pp. 16 – 17 อ้างถึงใน สมาน

อัสวภูมิ, 2537, หน้า 13) นั้น ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้นมาจากแนวคิดเชิงระบบ (Systems Approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency Approach) และองค์ประกอบรูปแบบของบราวน์

และโมเบอร์ก ประกอบด้วย

1. สภาพแวดล้อม (Environment)
2. เทคโนโลยี (Technology)
3. โครงสร้าง (Structure)
4. กระบวนการจัดการ (Management Process) และการตัดสินใจสั่งการ (Decision Making)

การพัฒนา

การพัฒนา

คีฟส์ (Kecve, 1988b, p. 560) ได้กล่าวถึงหลักการอย่างกว้าง ๆ เพื่อกำกับการสร้างรูปแบบ

ไว้ 4 ประการ คือ

1. รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้าง (ของตัวแปร) มากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตามความเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไปนั้นก็ยังมีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ
2. รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้
3. รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษาดังนั้น นอกจากนั้นรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในพยากรณ์ได้ ควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย
4. นอกจากคุณสมบัติต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างนวัตกรรมใหม่และการสร้างสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่กำลังศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบพบว่า การพัฒนารูปแบบนั้นอาจจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจจะแบ่งออกเป็นสองตอนใหญ่ ๆ คือ การสร้างรูปแบบ (Construct) และการหาความตรง (Validity) ของรูปแบบ (สมาน อัสวภูมิ, 2537 อ้างอิงจาก Willer, 1967, p. 83) ส่วนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนว่า มีการดำเนินการอย่างไร นั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและกรอบแนวคิดซึ่งเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้น

ตัวอย่างในเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาที่เอื้อต่อการพัฒนาชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย เลื่อน สุริหาร และคณะ (2532, หน้า 45) ซึ่งประกอบด้วย

1. การศึกษาและประมวลคุณลักษณะของบุคคลที่เอื้อต่อการพัฒนาชนบทในภาค

คะวันออกเฉียงเหนือ

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะของบุคคลที่เอื้อต่อการพัฒนาชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (โดยการศึกษาหลักสูตรประถมศึกษาที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน วิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการเรียนการสอนของโรงเรียนประถมศึกษาในหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง แล้วพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่สร้างเสริมคุณลักษณะของบุคคลที่เอื้อต่อการพัฒนาชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลการทดลอง การพัฒนารูปแบบอีกตัวอย่างหนึ่งเป็นรูปแบบการควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ บุญชม ศรีสะอาด (2533, หน้า 3 – 5) ซึ่งดำเนินการพัฒนารูปแบบเพื่อการทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ ในส่วนการพัฒนารูปแบบนั้น ดำเนินการโดยวิเคราะห์ลำดับในการทำวิทยานิพนธ์ หลักการเขียนรายงานการวิจัย จุดบกพร่องที่มักจะพบในการทำวิทยานิพนธ์ ฯลฯ แล้วนำองค์ประกอบเหล่านั้นมาสร้างเป็นรูปแบบการควบคุมวิทยานิพนธ์ตามลำดับขั้นในการทำวิทยานิพนธ์ หลักจากนั้นจะนำรูปแบบดังกล่าวไปทดสอบและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ

จากการศึกษาวิเคราะห์ในเรื่องนี้พอสรุปได้ว่าการสร้างรูปแบบ (Model) นั้นไม่มีข้อกำหนดที่ตายตัวแน่นอนว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่โดยทั่วไปจะเริ่มต้นจากการศึกษาองค์ความรู้ (Intensive Knowledge) เกี่ยวกับเรื่องที่เราจะสร้างรูปแบบตามหลักให้ชัดเจน จากนั้นจึงค้นหาสมมุติฐานและหลักการของรูปแบบที่จะพัฒนา แล้วสร้างรูปแบบตามหลักการที่กำหนดขึ้น และนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบหาคุณภาพของรูปแบบต่อไป

โดยสรุปแล้วพัฒนารูปแบบมีการดำเนินการเป็นสองตอนใหญ่ คือ การสร้างรูปแบบและการหาคุณภาพของรูปแบบ

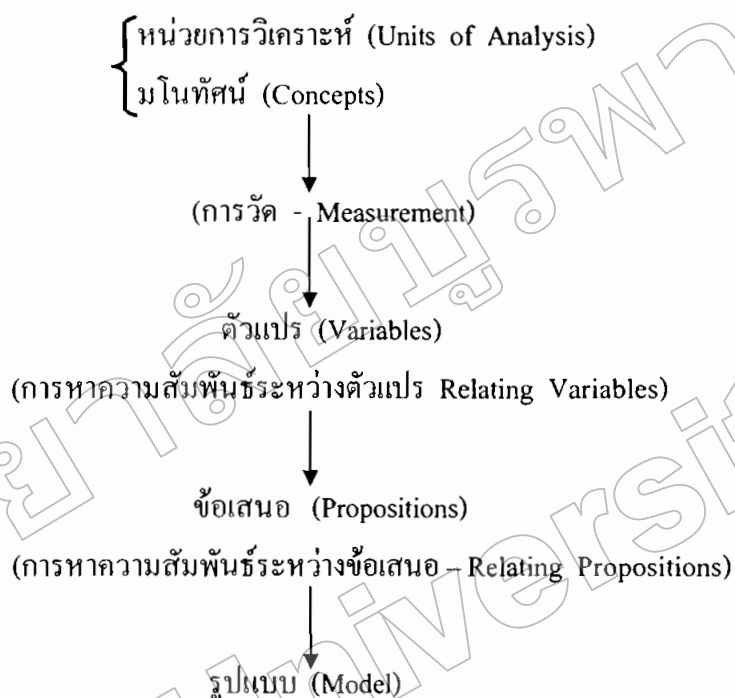
ในทางการวิจัยเชิงประจักษ์ ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของหลักการทางวิทยาศาสตร์ การสร้างรูปแบบ (Model Building) หมายถึง ความพยายามอย่างเป็นระบบในการหาความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแทนหรือสัญลักษณ์ขององค์ความรู้รอบตัวเรา เพื่อจัดเข้าด้วยกันเป็นชุด (Sets) ของข้อเสนอ (Propositions) ที่สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

การสร้างรูปแบบนั้นผู้วิจัยต้องนำมโนทัศน์มาบรรจุหรือฝังลงในรูปแบบตามที่มโนทัศน์เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันจริง ๆ (Steiner, 1990) และรูปแบบเสนอมะไรอย่างไรหรือก่อให้เกิดการอธิบายอะไรต่อไปต้องถือว่าเป็นไปตามความเป็นจริง (Reality) ของปรากฏการณ์ (Phenomenon) ที่ศึกษานั้น ๆ

ลำดับขั้นในการสร้างรูปแบบที่มีการเสนออย่างชัดเจนได้แก่ข้อเสนอของนักสังคมวิทยา

และนักสถิติกลุ่มหนึ่ง แสดงขั้นตอนดังนี้

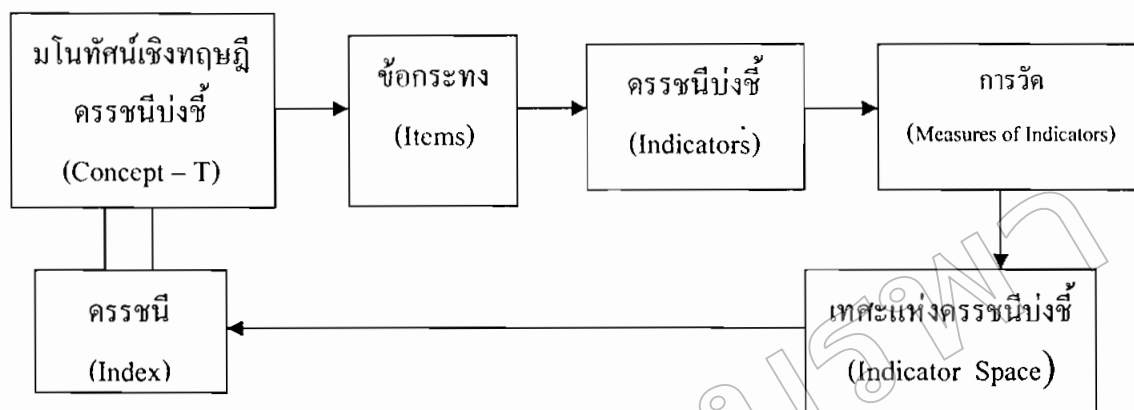
ลำดับขั้นตอนของการสร้างรูปแบบ



ภาพที่ 11 ลำดับของการสร้างรูปแบบ

ในกระบวนการสร้างรูปแบบนั้นมีการจำแนกมโนทัศน์ออกเป็น 2 ประเภทหลัก ๆ คือ มโนทัศน์เชิงทฤษฎี (Theoretical Concept หรือ Concept - T) และมโนทัศน์การสังเกต (Observed Concept หรือ Concept - O) Concept - T ได้มาจากการพิจารณาองค์ประกอบที่ศึกษา โดยหลักการเหตุผลเชิงตรรกะ อันอาจมีฐานมาจากทฤษฎีอื่น หรือผลการวิจัยผู้ที่พิจารณามีได้มีประสบการณ์ในการสังเกตโดยตรง ส่วน Concept - O ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผู้พิจารณาเอง (Boyle, 1966; Stinchcombe, 1968)

Curtis and Jackson เรื่อง ครรชนีบ่งชี้ (Indicators) ในการสร้างรูปแบบ (Model) อย่างชัดเจน ตามภาพที่ 12 ดังนี้



ภาพที่ 12 การสร้างรูปแบบโดยอาศัยครรชนีบ่งชี้

สรุปได้ว่า แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างรูปแบบกำหนดเป็นฐานในการวิจัยเพื่อการพัฒนา รูปแบบ ให้มีการเก็บข้อมูลและจัดกระทำข้อมูลโดยกระบวนการ Inductive และ Deductive การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หน่วยการวิเคราะห์ มโนทัศน์ ตัวแปร การวัดและแสดงความสัมพันธ์ของมโนทัศน์เหล่านี้ในรูปแบบของข้อเสนอเพื่ออธิบายหรือตัวแทนเชิงรูปธรรมของปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้น ๆ สำหรับการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในงานวิจัยนี้ใช้วิธีสร้างรูปแบบของ เอเบล (Abell, 1991) และเป็นรูปแบบเชิงถ้อยคำ (Sematic Model)

การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพนั้นแปลมาจากคำภาษาอังกฤษว่า (Qualitative Method) ซึ่งทางด้านเทคนิคการวิจัยแล้ว หมายถึง วิธีการปฏิบัติกระทำต่อข้อมูลที่แจ่มชัดไม่ได้ (หรือไม่เป็นตัวเลข) ที่กล่าวเช่นนี้หมายความว่า การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพ มิได้ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติเป็นศูนย์กลางวิเคราะห์ผลการวิจัยทั้งเรื่องแต่เราสามารถใช่วิธีวิเคราะห์ข้อมูลบางส่วนได้ (นิสา ชูโค, 2545, หน้า 23) ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการแสวงหาความรู้โดยพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสิ่งแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ความหมาย ค่านิยม หรืออุดมการณ์ของบุคคลภายนอกเหนือข้อมูลเชิงปริมาณ

ความสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของนักวิจัยที่มุ่งศึกษาปรากฏการณ์สังคม โดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์สังคมที่แตกต่างจากปรากฏการณ์ธรรมชาติ ซึ่งมีลักษณะความสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. เน้นการมองให้เห็นภาพรวม โดยการมองจากหลายแง่มุม
2. เป็นการศึกษาแบบเจาะลึก
3. คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย
4. ใช้การพรรณนาและวิเคราะห์แบบอุปนัย
5. เน้นปัจจัยด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ ความหมาย
เทคนิคที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. การวิเคราะห์เอกสารอาจทำได้ทั้งโดยวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพวิธีการปริมาณคือการกระทำให้ออกเอกสาร ได้แก่ ถ้อยคำ ประโยคหรือใจความในเอกสารเป็นจำนวนที่วัดได้ แล้วจึงนับจำนวนของถ้อยคำ ประโยคและใจความเหล่านั้น วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบนี้ที่รู้จักกันดีคือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ส่วนวิธีเชิงคุณภาพคือ การตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Inductive) จากเอกสารนั้นกล่าวประกอบเอกสารอื่น ๆ โดยอาจจะแบ่งประเภท ตามเนื้อหาของเอกสารแล้วเปรียบเทียบประเภทต่าง ๆ กันด้วย ก็ได้

2. การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการศึกษาค้นคว้าที่ใช้กัน โดยทั่วไปในแขนงวิชาทางสังคมศาสตร์ เป็นรูปแบบของการปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างผู้ถามและผู้ตอบภายใต้กฎเกณฑ์วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูล เป็นการสนทนามีจุดมุ่งหมายเป็นหลัก ฉะนั้นจึงใช้โดยทั่วไปโดยไม่จำกัดว่าผู้ให้ข้อมูลมีระดับการศึกษาสูงเพียงใด ลักษณะสำคัญของการศึกษาคือความยืดหยุ่นผู้สัมภาษณ์มีโอกาสอธิบาย ขยายความหรือซักถามเพิ่มเติมติดต่อกัน เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจจุดประสงค์ของผู้สัมภาษณ์ ทั้งยังสามารถเปลี่ยนสถานการณ์หรือหาทางบวกลับ เมื่อผู้พูดตอบไม่ตรงคำถามลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ในขณะที่สัมภาษณ์สามารถสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ตอบได้ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสสังเกตเห็นสีหน้าท่าทาง ความรู้สึก ปฏิกริยาที่ซ่อนเร้นไว้ในใจที่แสดงออกมาในขณะที่พูดและไม่พูด การสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ (กิตติพัฒน์ นนทปัทมคุลย์, 2546, หน้า 122 - 124)

2.1 การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหรือแบบมาตรฐาน (Structured or Standardized interviews) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีการกำหนดคำถามเฉพาะเจาะจงและชัดเจนหลักการและเหตุผลของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างคือ ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แต่ละคนได้รับคำถามชุดเดียวกันเพื่อว่าจะสามารถเปรียบเทียบคำตอบของแต่ละคนได้สะดวกขึ้น

2.2 การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างหรือปลายเปิด (Unstructured or Open Ended Interviews) เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมที่สุด ในการเก็บรวบรวมสาระด้านการรับรู้โลกและประสบการณ์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งนี้แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างสามารถยืดหยุ่นและสั้น ใหญ่ ไปตามสถานการณ์ได้ดี มีลักษณะเป็นการรวบรวมชุดของคำถามที่สำคัญ ที่มีมาจากข้อ

สนธิฐานอันหลากหลาย

2.3 การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or Guided Interviews) เป็นประเภทที่อยู่ตรงกลางระหว่างการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับแบบไม่มีโครงสร้าง โดยจะกำหนดคำถามที่จะตัดสินใจได้ว่าคำถามอะไรบ้าง หรือใช้คำสำคัญ (Keyword) เป็นเครื่องชี้นำในการสัมภาษณ์เป็นประโยชน์สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหลาย ๆ คน พร้อมกับต้องการความเข้าใจลึกซึ้งในโลกและประสบการณ์ของแต่ละคน

3. การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเอาอกเอาใจใส่ และกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธี เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นกับสิ่งอื่นจุดเด่นสำคัญของการสังเกต คือ ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นธรรมชาติเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับโรงเรียนเสริมสุขภาพ

กฤษณา เหมชัย (2544) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในกระบวนการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนต้นแบบของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองนักเรียนที่เป็นคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนต้นแบบของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 จำนวน 173 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองนักเรียนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 69.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโครงการ เจตคติ ประสบการณ์เดิมของผู้ปกครองและการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการและเมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง พบว่า อายุ เจตคติต่อโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและประสบการณ์เดิมของผู้ปกครองสามารถช่วยทำนายการมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 27.9 สำหรับปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานร่วมระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครอง ได้แก่ ต้องประกอบอาชีพจึงไม่ได้มีส่วนร่วมในบางกิจกรรม การได้รับความรู้ที่แตกต่างกัน ความไม่ต่อเนื่องของครูผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้ปกครองมีทักษะเชิงวิชาการน้อย และการขาดความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพ

สุวรรณ หล่อโลหะการ (2544) ศึกษาการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ : โรงเรียนบ้านหมากปรก จังหวัดภูเก็ต โดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นต่อการบริหารงาน ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการบริหารจัดการและพฤติกรรมการณ์

ส่วนร่วมพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและศึกษาผลกระทบในการดำเนินงานตามโครงการของนักเรียน ครู และบุคลากร ตัวแทนผู้ปกครองและชาวบ้านในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะการบริหารจัดการ และพฤติกรรมกรมการมีส่วนร่วมพัฒนาโรงเรียนหลังดำเนินงาน 6 เดือน และความคิดเห็นต่อการบริหารงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเดือนที่ 9 เพิ่มขึ้น และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการประเมินครั้งที่ 1 โดยมีอิทธิพลร่วมของการเปลี่ยนแปลงทักษะการบริหารจัดการ คือ การได้รับการอบรมหรือทราบเรื่องโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นต่อการบริหารงานโรงเรียนเกิดจากอิทธิพลของการมีตำแหน่งทางราชการ และเข้าร่วมประชุมมากกว่า 3 ครั้ง ผลกระทบของการดำเนินงานตามโครงการในช่วง 3 เดือนหลัง นักเรียนได้รับสิทธิบริการสุขภาพดีขึ้น แะะมีทัศนคติต่อความสะอาดของร่างกายและของใช้เพิ่มขึ้น ความคิดเห็นต่อบรรยากาศองค์กร โรงเรียนด้านการสนับสนุนให้รางวัล และความพึงพอใจในงานของครูและบุคลากรเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวแทนผู้ปกครองและชาวบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรมการมีส่วนร่วมพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการจัดองค์กรและทีมงาน

ระเบียบ บัวคำซอ (2544) ศึกษาการดำเนินงานของโรงเรียนมัธยมศึกษาที่เอื้อต่อการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า โรงเรียนมัธยมศึกษาได้ทำการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 6 ประการ ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ นโยบายสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพ โดยในด้านการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนพบว่า ผู้ปกครอง ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียน โดยการแสดงความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ของโรงเรียน การสนับสนุนด้านทุนและทรัพยากรแก่โรงเรียน การป้องกันรักษาและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่นักเรียน

นวลปรานค์ เมธิกุล (2544 , บทคัดย่อ) ศึกษาการประเมินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดกำแพงเพชร ผลการประเมินพบว่า การประเมินความเหมาะสมของปัจจัย ที่ใช้ในการดำเนินงานโครงการด้านผู้บริหาร ครูอนามัยโรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความเห็นในภาพรวมสอดคล้องตรงกันว่า คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัด ระดับอำเภอ มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีความเหมาะสมในระดับมาก ด้านงบประมาณมีความเหมาะสมในระดับน้อย และพบว่าประเมินความเหมาะสมการดำเนินงานตามโครงการด้านการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนด้านจัดทำแผนงาน โครงการด้านสุขภาพ มีความเหมาะสมในระดับปานกลางและยังพบว่าคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัดและ

ระดับอำเภอขาดการนิเทศติดตาม ส่วนด้านงบประมาณได้รับการสนับสนุนน้อย

สงบ เพิ่มพงษ์พิพัฒน์ (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดเพชรบุรี พบว่า การปฏิบัติตามกลวิธีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนในด้านการชี้แนะ การสร้างหุ่นส่วนและภาคีและการสร้างความเข้มแข็งในระดับท้องถิ่น อยู่ในระดับมาก ในขณะที่ด้านการวิจัย ติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับต่ำ สำหรับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามกลวิธีการดำเนินงาน พบว่าในด้านการชี้แนะ ผู้ปกครองและชุมชนบางส่วนไม่เห็นความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างหุ่นส่วนและภาคี ผู้ปกครองและชุมชนยังห่วงเรื่องการประกอบอาชีพ ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งในระดับท้องถิ่น โรงเรียนและผู้ปกครองบางครั้งไม่มีโอกาสและเวลาที่จะร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของนักเรียน ด้านการวิจัย ติดตามและประเมินผล ขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีแผนงานในการติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจน

สุพัตรา ธานีชัย (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องศักยภาพของโรงเรียนสารภีพิทยาคม ในการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่า โรงเรียนมีนโยบายสุขภาพที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทุกคนในโรงเรียน การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนทางกายภาพเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ถ้าโรงเรียนพัฒนาการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียนเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนและชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การบริการสุขภาพในโรงเรียนมีการปรับเปลี่ยนไปสู่การบริการสุขภาพแนวใหม่เป็นเชิงรุก

ศุภรัตน์ ศรีวิรัตน์ (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดสงขลา และศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาดำรงตำแหน่งปัจจุบัน การรับรู้ประโยชน์ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม ต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงเรียนทุกโรงเรียนที่รับนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ปี 2541 - 2543 ในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสงขลา โดยกำหนดให้ประธานคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 138 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามด้านการรับรู้ แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95, 0.86, และ 0.95 ตามลำดับและแบบสอบถามด้านการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดเกือบทุกกิจกรรมมีเพียง 3 กิจกรรมที่โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติ คือ การแสดงความก้าวหน้าในการดำเนินงานให้สาธารณชนทราบ และการประชาสัมพันธ์นโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้สาธารณชนเห็นเด่นชัด และการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนอย่างน้อยภาคเรียนละ 2 ครั้ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน คือ แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และปัจจัยทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีส่วนร่วมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด

อรนุช ชันทะวงศ์ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และ โภชนบัญญัติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามตัวแปร เพศ อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครองฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือนและการได้รับข่าวสารเรื่องอาหารกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 490 คน เป็นชาย 241 คน และหญิง 249 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่านักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และด้านการได้รับข่าวสารเรื่องอาหารเพศหญิงและเพศชาย มีความรู้เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอาชีพของผู้ปกครองที่ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ส่วนเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารนั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการศึกษาของผู้ปกครองพบว่า มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนของฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครัวเรือนต่างกันมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันสำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันสำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรทัย ชัยวงศ์ (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยนำเข้าเพื่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าแต่ละโรงเรียนมีปัจจัยนำเข้าเพื่อการดำเนินงานได้แก่ทุกโรงเรียนได้นำนโยบายหลักโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจากกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวง

สาธารณสุขมาปรับใช้ให้เข้ากับโรงเรียน ผู้บริหารโรงเรียนมีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ บุคลากร ครุมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดำเนินงานที่เอื้อต่อการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อการดำเนินงานไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพียงเล็กน้อย

อุ๋นใจ สงเคราะห์ และกนกวรรณ เสนีवास (2544, หน้า 24 – 31) ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2542 พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนและประสบความสำเร็จนั้นอย่างน้อยต้องประกอบไปด้วยความชัดเจนของแนวคิดของผู้เกี่ยวข้องทุกคน ความชัดเจนของความคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและกระบวนการในขั้นตอนการพัฒนาความเคลื่อนไหวของกลุ่มองค์กรหรือผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ความเข้มแข็งขององค์กรและบุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ขวัญชัย แสงสุวรรณ (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ยังไม่มี การกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพแต่ได้มีการดำเนินงานในหลายส่วนที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนมีความสัมพันธ์อันดีกับชุมชน โรงเรียนมีกิจกรรมร่วมกับชุมชนตามประเพณี และเอื้อสถานที่ให้กับองค์กรหลายหน่วยงานเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ สำหรับสภาพปัญหาได้แก่ ผู้บริหารมีมุมมองในด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ชัดเจน ขาดพลังความร่วมมือในด้านการส่งเสริมสุขภาพจากหลาย ๆ ฝ่าย และทุกฝ่ายยังขาดความเข้าใจในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

บุญมา สุนทรวิรัตน์ (2545) ได้ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการงบประมาณ ดำเนินการขององค์การบริหารส่วนตำบล ในกิจกรรมด้านสุขภาพ จังหวัดเลยในปีงบประมาณ 2544 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล ทำโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละการศึกษาพบว่าในส่วนกระบวนการงบประมาณมีที่มาของเงินงบประมาณร้อยละ 90.59 จากเงินงบประมาณโดยการจัดสรรจากรัฐบาลกลาง (กระทรวงมหาดไทย) ในประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำข้อบังคับงบประมาณรายจ่าย พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในระดับหมู่บ้านและตำบลสูงถึงร้อยละ 82.70 และ 81.50 ตามลำดับ ในสถานการณ์การบริหารจัดการงบประมาณในการกิจด้านสุขภาพพบว่า การจัดสรรงบประมาณเป็นไปในสัดส่วนที่ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุข มีการจัดสรรเงินสนับสนุนการกิจด้านสุขภาพเพียงร้อยละ 1.30 ของงบประมาณรายจ่ายในขณะที่พบการระบาดของโรคเล็ปโตสไปโรซิส และไข้เลือดออกที่ค่อนข้างสูงในพื้นที่ อบต. งบประมาณ

ส่วนใหญ่ใช้ไปในแผนงานบริหารร้อยละ 37.20 แผนงานเกษตรชุมชน ร้อยละ 32.76 และแผนงานอุตสาหกรรมและโยธา ร้อยละ 9.47 สำหรับปัญหาอุปสรรคในการบริหารงบประมาณพบว่า อบต. ร้อยละ 84.01 ที่ประสบปัญหาการจัดซื้อนมมีร้อยละ 88.20 ประสบปัญหาการผูกขาดเนื่องจากการแบ่งเขตการขายของผู้ประกอบการ ส่วนปัญหาที่ อบต. ประสบปัญหาพบว่าปัญหางบประมาณมีไม่เพียงพอหรือล่าช้าในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.54 และปัญหาความรู้ของสมาชิก อบต. ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.84

จากการศึกษามีข้อเสนอแนะหลักที่สำคัญว่า ในกระบวนการงบประมาณทุกขั้นตอนนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และประชาชน ควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถและมีวิสัยทัศน์ ในการพัฒนาท้องถิ่น มีการนำเสนอปัญหาของท้องถิ่นอย่างเปิดกว้างและชัดเจนให้ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงเพื่อการมองปัญหาได้ครอบคลุม ทำให้การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนงานอย่างสมเหตุสมผลสามารถแก้ไขปัญหาลงมือได้อย่างเหมาะสม

อดิศร วงศ์คงเคช (2545) ได้ศึกษาการสนับสนุนการพัฒนาด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุข ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพัฒนาสาธารณสุขในชุมชนของบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาสาธารณสุขของ อบต. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลจากเอกสาร การใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มรวม 18 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า อบต. ที่ศึกษาทั้งหมดให้การสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขอยู่บนเกณฑ์ต่ำไม่มีแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ต่ำไม่มีแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ชัดเจนการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาด้านสาธารณสุขโดยตรงเพียงร้อยละ 0.2 ของงบประมาณที่ใช้ในเพื่อพัฒนาตำบลทั้งหมด และพบว่าบุคลากรของ อบต. ร้อยละ 71.7 มีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาด้านสาธารณสุขของหน่วยงานอื่น ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพัฒนาสาธารณสุขในชุมชนของบุคลากรของอบต. มีระดับคะแนนสูง ร้อยละ 53.2 ระดับคะแนนปานกลาง ร้อยละ 32.1 และระดับคะแนนต่ำ ร้อยละ 14.4 ส่วนปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของอบต. ได้แก่ การให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ปัญหาเรื่องงบประมาณ ขาดบุคลากรที่จะปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและบุคลากรของอบต. มีความคิดเห็นเชิงไม่ยอมรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กัมพล ผลพฤษยา (2545) การประเมินผลโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินโครงการ

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี ใน 4 ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการและผลผลิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้บริหารและครูผู้รับผิดชอบโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี จำนวน 204 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ประมาณค่า 5 ระดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1. การประเมินผลโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี ตามความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบโครงการ โดยรวมอยู่ในระดับมากผ่านเกณฑ์การประเมิน 2. การประเมินผลโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่โดยพิจารณาเป็นรายด้าน ดังนี้ 2.1 ด้านการประเมินสภาพแวดล้อม ตามความคิดเห็นของผู้บริหารและครูผู้รับผิดชอบโครงการ อยู่ในระดับมากผ่านเกณฑ์การประเมิน 2.2 ด้านการประเมินปัจจัยเบื้องต้น ตามความคิดเห็นของผู้บริหารและครูผู้รับผิดชอบโครงการ อยู่ในระดับมากผ่านเกณฑ์การประเมิน 2.3 ด้านการประเมินกระบวนการ ตามความคิดเห็นของผู้บริหารและครูผู้รับผิดชอบโครงการ อยู่ในระดับมากผ่านเกณฑ์การประเมิน 2.4 ด้านการประเมินผลผลิต ตามความคิดเห็นของผู้บริหารและครูผู้รับผิดชอบโครงการ อยู่ในระดับมากผ่านเกณฑ์การประเมิน

เพ็ญศรี กระหม่อมทองและคณะ (2545) การประเมินผลโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความครอบคลุมการดำเนินงานของโครงการฯ การบริหารจัดการโครงการฯ ในระดับอำเภอ กระบวนการดำเนินงานตามแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ประสิทธิภาพของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต่อนักเรียน ครู และ บุคลากร ในโรงเรียน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยการจัดเก็บข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิด้วยวิธีการเชิงปริมาณ คือ ส่งแบบสอบถามให้โรงเรียนจำนวน 5,000 โรงเรียน จากทั่วทุกภาคและจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใน 5 จังหวัด ระหว่างเดือนสิงหาคม 2545 ผลการประเมินพบว่า เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (ปี พ.ศ. 2544) มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการ 10,396 โรงเรียน จากจำนวนโรงเรียนทั้งสิ้น 32,458 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 32.0 (เป้าหมายการดำเนินงานกำหนดเป็นร้อยละ 50)

มีโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการเพียงร้อยละ 9.6 ของโรงเรียนทั้งหมด สำหรับการบริหารจัดการดำเนินงานโครงการในระดับจังหวัด อำเภอ พบว่าจังหวัดและอำเภอรับโครงการนี้เป็นของจังหวัด อำเภอ มีการตั้งคณะกรรมการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ ในทางปฏิบัติพบว่า เจ้าหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการเจ้าหน้าที่ฝ่ายการศึกษาเป็นฝ่ายให้ความร่วมมือ ผู้เกี่ยวข้องมีความคิดว่าการดำเนินงานของโครงการนี้เป็นเรื่อง

ของกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้นการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานจึงมิได้เป็นไปในลักษณะของการมีส่วนร่วมไม่มีการให้นโยบายหรือสั่งการจากระดับกระทรวง กรมของฝ่ายการศึกษา จึงเป็นการยากสำหรับโรงเรียนที่จะดำเนินงานตามแนวทางโครงการให้เต็มทีโรงเรียนที่มีรายงานว่าจะเข้าร่วมโครงการแล้วนั้น ส่วนหนึ่งยังมิได้มีการเคลื่อนไหวดำเนินกิจกรรมใด ๆ เพราะขาดความรู้ในวิธีการดำเนินงาน ต้องการการชี้แจง นิเทศ ติดตามงาน ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมามีน้อยมาก ข้อเสนอแนะจากการประเมินผลครั้งนี้ คือ การผลักดันให้กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรับแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นนโยบายสำคัญ ที่มีแผนงาน งบประมาณรองรับ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้สาธารณชนเห็นประโยชน์และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานอย่างทั่วถึง

นิยม เปรมบุญ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 159 โรงเรียนจากผู้บริหาร ครูอนามัย ครูผู้สอน บุคลากรในโรงเรียน บุคลากรในชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรง กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 7 ประการเรียงลำดับตามความสำคัญดังนี้ คือ ทักษะคิดต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของผู้บริหารโรงเรียน โครงการระหว่างโรงเรียนและชุมชน บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของครูอนามัยโรงเรียน บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ทักษะคิดต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของผู้บริหารโรงเรียน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.867 ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 75.20

ชุติมา อินหัน (2546, หน้า 80 – 80) ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ : กรณีโรงเรียนบ้านท่าพ้อ (ครุฑวิทยากรณ์) อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร พบว่า นักเรียน ป.4 – ป.6 ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

มีเพียงร้อยละ 29.71 ที่มีความรู้ ความเข้าใจ นักเรียนมีการรับรู้ประโยชน์ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.29 รองลงมาคือ ระดับมากและปานกลาง ในจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก คิดเป็นร้อยละ 32.57 และ 29.14 ตามลำดับ

อารีย์ ค่านประดิษฐ์ (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อ

การพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า โรงเรียนเทศบาล 4 วัดโพธิ์อัน จังหวัดสุพรรณบุรี มีการดำเนินงานตามกระบวนการและองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามขั้นตอนครบถ้วน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย คือ จากกลุ่มพลังทางวิชาการ กลุ่มพลังทางประสังคมและกลุ่มพลังทางการเมือง ในการพัฒนางานให้สำเร็จ โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ ภาวะผู้นำและความกระตือรือร้นของผู้บริหารโรงเรียน ความรู้สึกการเป็นเจ้าของโครงการและการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในโรงเรียน การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ปกครองและนักเรียน การสนับสนุนและแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ ผู้บริหารโรงเรียนมีองค์ความรู้ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพน้อย ความไม่เต็มใจในการเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียนบางท่าน และการเมืองท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณน้อย

ธีรธยา พลชา (2545) ศึกษาการประเมินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของอำเภอสะพุง จังหวัดเลย โดยใช้รูปแบบซิป (CIPP Model) เพื่อประเมินความก้าวหน้าปัญหาและอุปสรรคของโครงการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน ครู และนักเรียนที่เป็นกรรมการ ผู้นำชุมชน ผู้ปกครองที่เป็นกรรมการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 195 คน ผลการประเมินพบว่า 1) ด้านสถานะแวดล้อม ผู้บริหารโรงเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักเรียนที่เป็นคณะกรรมการโครงการ ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองนักเรียน เห็นด้วยอยู่ในระดับมาก 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ผู้บริหารโรงเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองนักเรียน เห็นด้วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนนักเรียนที่เป็นคณะกรรมการโครงการเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก 3) ด้านกระบวนการ ผู้บริหารโรงเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักเรียนที่เป็นคณะกรรมการ เห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ส่วนผู้นำชุมชนและผู้ปกครองนักเรียน เห็นด้วยอยู่ในระดับปานกลาง 4) ด้านผลลัพธ์ ผู้บริหารโรงเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักเรียนที่เป็นคณะกรรมการ เห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ส่วนผู้นำชุมชนและผู้ปกครองนักเรียน เห็นด้วยอยู่ในระดับปานกลาง 5) ปัญหาอุปสรรคด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในโครงการด้านกระบวนการขาดการประสานงานระหว่างชุมชนและหน่วยงานเกี่ยวข้องขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างคณะกรรมการ

ทัศนะ วิเศษ (2547) ได้ศึกษาปัญหาการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า 1. ปัญหาการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านนโยบายของโรงเรียน ด้านการบริหารจัดการในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และด้านโครงการร่วมระหว่าง

โรงเรียนและชุมชน 2. ปัญหาการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียนที่ผู้บริหารโรงเรียนมีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี และโรงเรียนที่ผู้บริหารมีประสบการณ์ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป แตกต่างกันอย่างไม่น่าสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน 3. ปัญหาการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนที่มีขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ โดยภาพรวมและด้านนโยบายของโรงเรียน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่สำหรับในด้านการบริหารจัดการในโรงเรียน และด้าน โครงการร่วมระหว่างและชุมชนของโรงเรียนขนาดเล็กกับโรงเรียนขนาดกลางและโรงเรียนขนาดใหญ่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยโรงเรียนขนาดเล็กมีปัญหา มากกว่าโรงเรียนขนาดกลางและโรงเรียนขนาดใหญ่

กรรณิกา ประพันธ์ (2547) ได้ศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชลบุรีการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาในการดำเนินงาน โครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเปรียบเทียบปัญหาในการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามที่ตั้ง ขนาดของโรงเรียน และศึกษาข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูผู้รับผิดชอบโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ 2543 จำนวน 58 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบบสอบถามประเภทปลายเปิด สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาในการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชลบุรี โดยเฉลี่ยมีปัญหาอยู่ในระดับน้อย 2) ปัญหาในการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชลบุรี จำแนกตามที่ตั้งกับขนาดของโรงเรียน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ .05) ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชลบุรี โดยภาพรวมเสนอแนะให้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนในทุก ๆ ด้านให้เพียงพอ

นพรัตน์ ผลิตากุลและคณะ (2547) (อ้างถึงใน เพ็ญศรี กระหม่อมทอง, 2548, หน้า 57) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาและภาวะสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาใน

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้น ป. 5 – ม.6 จำนวน 7,169 คน จาก 12 จังหวัด สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Random Sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2547 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละและค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 7,169 คน เป็นนักเรียนในเขตเทศบาล 3,073 คน นอกเขตเทศบาล 4,096 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.1 นับถือศาสนาพุทธ นักเรียนในแต่ละชั้น ป.5 – ป.6 มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ซึ่งมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาในระดับประถมศึกษาและมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ นักเรียนมีปัญหาด้านการเรียนมากที่สุดร้อยละ 46.4 โดยจะปรึกษาครูเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ เพื่อนและมารดาตามลำดับ นักเรียนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปรับปรุงร้อยละ 34.7 พฤติกรรมบริโภคที่ต้องปรับปรุง ร้อยละ 61.6 พฤติกรรมการออกกำลังกายที่โรงเรียนตามเกณฑ์ร้อยละ 30.1 พฤติกรรมออกกำลังกายที่บ้านตามเกณฑ์ ร้อยละ 36.6 พฤติกรรมด้านอารมณ์และความรู้สึกที่มีปัญหา ร้อยละ 17.1 พฤติกรรมสัมพันธภาพสังคม ร้อยละ 96.9 ในด้านภาวะสุขภาพนักเรียน พบว่า นักเรียนมีน้ำหนักตามอายุน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 3.2 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เตี้ย ร้อยละ 5.1 น้ำหนักตามส่วนสูงที่พอม ร้อยละ 2.8 เริ่มอ้วนร้อยละ 3.5 และอ้วนร้อยละ 3.8 มีฟันผุ ร้อยละ 38.7 เหงือกอักเสบร้อยละ 11.1 สายตาคิดปกติ ร้อยละ 0.9 เป็นเหา ร้อยละ 5.7 นักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองมีแนวโน้มพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมบริโภค พฤติกรรมด้านอารมณ์และความรู้สึก ตลอดจนภาวะสุขภาพทางกาย ได้แก่ โรคฟัน โรคผิวหนัง ความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้า ภาวะโภชนาการเป็นปัญหาน้อยกว่าโรงเรียนระดับอื่น ข้อเสนอแนะควรจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อกระตุ้นให้นักเรียนสนใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มีมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านสุขภาพตนเอง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการแปรงฟัน รวมทั้งสนับสนุนให้โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองเพิ่มมากขึ้น

สมชาย สุขสมศักดิ์ (2548, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพระดับทองของโรงเรียนวัดเจ็ดริ้ว สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสมุทรสาคร พบว่า 1) การส่งเสริมสุขภาพระดับทองของโรงเรียนวัดเจ็ดริ้ว ทั้งภาพรวม และทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับมาก 2) ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพระดับทองของโรงเรียนวัดเจ็ดริ้ว โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด และเมื่อแยกพิจารณาองค์ประกอบพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ยกเว้นองค์ประกอบการบริหาร จัดการ โรงเรียนอยู่ในระดับน้อยสำหรับข้อเสนอแนะนั้นเห็นว่าผู้บริหารควรสนับสนุน เน้นย้ำ ให้ความสำคัญ และนักเรียนเห็นความสำคัญของสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าร่วม โครงการและ กิจกรรมต่าง ๆ และมีการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ตลอดจนมีแผนงาน

โครงการเสนอต่อกรมต้นสังกัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อของบประมาณในการดำเนินการ

3) แนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนวัดเจ็ดริ้ว พบว่าในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ควรให้ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกชั้นตอนและผู้บริหารต้องนิเทศกำกับ ติดตามและประเมินผล ตลอดจนต้องให้การสนับสนุนและให้ขวัญและกำลังใจ

กานต์ จันทวงษ์ (2548, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัย เรื่องการสร้างชุดสื่อกระบวนการเรียนรู้ด้วยวิธีกระบวนการระบบสำหรับพัฒนาผู้นำเครือข่ายโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่า กระบวนการดำเนินงานที่สำคัญ 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม ดำเนินการโดยจัดประชุมระดมสมองผู้นำและผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น ค้นหาความต้องการจำเป็น และข้อมูลพื้นฐานซึ่งประกอบด้วยความจำเป็นทางสุขภาพของโรงเรียน ในอำเภอพุทธมณฑล ประสพการณ์การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน แนวทางการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ แนวทางการเสริมศักยภาพในการจัดการเครือข่ายโรงเรียนของอำเภอ แนวทางพัฒนาเครือข่ายผู้นำเด็กนักเรียนและหลักเกณฑ์ในการเลือกเด็ก การพัฒนาสื่อ การส่งเสริมการเรียนรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ 2) การผลิตและพัฒนาสื่อด้วยวิธีกระบวนการระบบ ประกอบด้วยกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน และการทดสอบหลายขั้นตอน จนได้สื่อที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ ได้ชุดสื่อ คู่มือครูและคู่มือเครือข่ายนักเรียนแกนนำ 3) การออกแบบและจัดกระบวนการเรียนรู้ด้วยวิธีกระบวนการระบบ ดำเนินการโดยจัดกิจกรรมค่ายเด็กพุทธมณฑลทำได้ในโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ชุดสื่อและกระบวนการเรียนรู้ด้วยวิธีกระบวนการระบบ มีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลต่อการเรียนรู้ และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักเรียนแกนนำเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน โดยมีผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้น การสร้างชุดสื่อและกระบวนการเรียนรู้ด้วยวิธีกระบวนการระบบ จึงเป็นแนวทางหนึ่งของการพัฒนาสื่อ และการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพต่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน

ประชุม พุ่มเพ็ชร (2549, หน้า 97- 98) ทำการศึกษาการบริหารจัดการคุณภาพการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพเหื่อสุขภาพะทางกายของนักเรียน โรงเรียนวัดสุขวัฒนาราม สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 2 พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพะทางกายของนักเรียนที่พบ ได้แก่ ด้านทพ โภชนาการร้อยละ 21.59 การเป็นหารร้อยละ 18.75 และทันตสุขภาพ ร้อยละ 11.36 และในเรื่องการดำเนินงานดูแลสุขภาพเหื่อนักเรียนด้านสุขภาพะทางการของนักเรียนก่อนเข้าโครงการวิจัย พบว่าการดำเนินงานแก้ไขปัญหานักเรียนยังไม่มีประสิทธิผล ครูขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรม กระบวนการในการบริหารจัดการคุณภาพการศึกษา

ด้านการดูแลสุขภาพทางกายภาพของนักเรียนใช้กิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหานักเรียน ประกอบด้วย กิจกรรมในห้องเรียน กิจกรรมซ่อมเสริม กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน กิจกรรมประสานสัมพันธ์กับผู้ปกครอง กิจกรรมประสานการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหารุนแรง

ประสิทธิ์ ธีระพันธ์ และคณะ (2551, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง โครงการนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ : สถานการณ์และแนวโน้มการปฏิบัติการของชมรมสร้างสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าการกำหนดนโยบายชมรมสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มต้นจากผู้บริหารระดับสูงของฝ่ายข้าราชการประจำต้องการณรงค์เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในระดับประเทศ แต่ข้อเสนอรูปแบบการณรงค์ของฝ่ายข้าราชการประจำที่รับผิดชอบเรื่องนี้ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้บริหารระดับสูงฝ่ายข้าราชการเมือง จนต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการณรงค์ที่เน้นการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลงานของบุคคลและพรรคฝ่ายรัฐบาล เช่น การรวมพลังออกกำลังกายในวันเวลาเดียวกันทั้งประเทศเพื่อสร้างสถิติโลก และการเข้าร่วมออกกำลังกายในวันดังกล่าวของฝ่ายการเมืองระดับสูง นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายขึ้นทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ และชมรมสร้างเสริมสุขภาพต้องทำกิจกรรมตามนโยบาย 5 อ.ให้ครบถ้วน(ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และ อโรควา) โดยเริ่มต้นจากการออกกำลังกาย และกำหนดให้ทำงานดังกล่าวให้เสร็จภายในปี 2549 หรือใช้เวลาประมาณ 4 ปี นับจากวันเริ่มดำเนินการข้อกำหนดต่าง ๆ จัดทำโดยคณะทำงานที่เป็นตัวแทนนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางทุกแห่ง โดยมีกองสุขศึกษาในฐานะเป็นทีมงานที่รับผิดชอบนโยบายเรื่องนี้เป็นแกนหลักข้อกำหนดดังกล่าว โดยเฉพาะประเด็นการจัดตั้งชมรมให้ได้ครบทุกหมู่บ้านในปี 2549 ได้มีผู้บริหารระดับกลางในส่วนกลางหลายท่านไม่เห็นด้วย แต่ไม่อาจคัดค้านแนวคิดและความต้องการของผู้บริหารระดับสูงได้ เมื่อนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากก็ไม่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว เช่นกัน แต่จำเป็นต้องปฏิบัติตามเพราะเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการตรวจสอบและกำกับอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การรายงานผลงานต่อส่วนกลางทุกเดือน การเก็บโดยเอกสารราชการ การประชุมผู้บริหาร และการติดตามผลงานของทีมผู้ตรวจราชการ ซึ่งพื้นที่ต่าง ๆ สามารถจัดตั้งชมรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้เงินที่มีอยู่ในพื้นที่เอง เนื่องจากส่วนกลางไม่มีงบประมาณสนับสนุนเรื่องนี้เป็นพิเศษ ด้วยการใช้เครือข่ายและความสัมพันธ์ที่มีอยู่กับประชาชน และชุมชนเป็นเงื่อนไขสำคัญในการจัดตั้งชมรม แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ก็ไม่มั่นใจในความถูกต้องของจำนวนชมรม และสมาชิกชมรมที่ได้รับ เนื่องจากความเร่งรีบและเร่งรัดในการดำเนินงาน ซึ่งในกระบวนการจัดตั้งชมรมนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ริเริ่มดำเนินการ หลังจากนั้นก็ให้การสนับสนุนด้านความรู้ การฝึกอบรมผู้นำดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการออกกำลังกาย เช่น การจัดประกวดเต้นแอโรบิกที่เป็นกิจกรรมหลักในการออกกำลังกายของชมรมส่วนใหญ่ และ

การศึกษาดูงาน โดยการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้สมาชิกนั้นกรรมการชมรมสามารถ
ดำเนินงานได้เอง เจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้เข้าไปช่วยหรือ สำหรับกิจกรรมอีก 4 เรื่องที่นอกเหนือจาก
การออกกำลังกายนั้นยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจนในการพัฒนาเป็นวิถีชีวิตของสมาชิกชมรม สมาชิก
ชมรมได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการพูดและฝึกอบรมให้ความรู้ในเรื่อง
ต่าง ๆ เหล่านั้นเท่านั้น

งานวิจัยต่างประเทศ

โคลบ (Kolbe, 1995) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาการวาง โปรแกรมสุขภาพและนโยบาย
ในโรงเรียน” The School Health Policies and Programs Study (SHPPS) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาแนวทางหลักในการวาง โปรแกรมสุขภาพและนโยบายสุขภาพในโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง
ประชากรเป็นบุคคลทั่วไป นักเรียนมัธยมปลาย ครูผู้สอนและครูพลศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ โปรแกรมสุขภาพ และนโยบายสุขภาพใน โรงเรียนผลการวิจัยพบว่า
รัฐบาลสามารถสนับสนุนในเรื่องทั่ว ๆ ไป ของการ โปรแกรมสุขภาพได้ แต่ในเรื่องความรุนแรง
การบาดเจ็บที่เป็นอุบัติเหตุ การตั้งครุภัณฑ์ไม่พึงประสงค์ รัฐบาลยัง ไม่ได้เน้นและจัดให้เพียงพอใน
โปรแกรมและนโยบายสุขภาพใน โรงเรียน

โรเจอร์ (Rogers, 1966, pp. 1 - 2) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การปฏิบัติโครงการส่งเสริมสุขภาพ
ในโรงเรียนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด บริบทและกระบวนการปฏิบัติของครู ผลการวิจัยพบว่า
มีปัจจัย 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับบริบทขององค์กร คือ โครงสร้างขององค์กร สิ่งแวดล้อมทางสังคม
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมภายนอก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกระบวนการปฏิบัติ คือ
การติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ คุณลักษณะของผู้นำทีม การสนับสนุน
ทางการบริหาร และกระบวนการบริหารปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของกระบวนการในการปฏิบัติ
โครงการ คือ การมีส่วนร่วม และจำนวนโครงการหรือชนิดและระดับของกิจกรรมของโครงการ
ผลการวิจัยยังพบว่าใน โรงเรียนประถมและ โรงเรียนมัธยมศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลสำคัญต่อ
กระบวนการและการปฏิบัติ คือ การจัดองค์กรและกลุ่มงาน (1996, pp. 1 - 3)

ฮีนกฮาน และ มาลาคอฟ (Heneghan and Malakoff, 1997, pp. 327 - 331) การจัดการบริการ
สุขภาพในโรงเรียน โดยสำรวจจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผลการวิจัยพบว่า มีโรงเรียน 88 % ที่มี
การจัดการบริการสุขภาพบางประเภทใน โรงเรียน 75 % ที่มีพยาบาลประจำโรงเรียน มีโรงเรียนน้อยกว่า
50% ที่ได้รับการประเมินจากพยาบาลประจำโรงเรียน อุปสรรคในการจัดให้มีบริการอนามัย
โรงเรียน ของ โรงเรียนและชุมชน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าแต่ละ โรงเรียนมีความแตกต่างกัน
ในการจัดให้มีบริการอนามัยโรงเรียนและแตกต่างกันในด้านความครอบคลุมของบริการที่จัด

เลกเกอร์ (Leger, 1999) ได้ทำการศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด โรงเรียน

ส่งเสริมสุขภาพของครูในประเทศออสเตรเลีย และการนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Australian Teachers' Understandings of the Health School Promoting School Concept and the Implication for the Development of School Health) พบว่า โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพดำเนินไปได้ด้วยดีนั้นขึ้นอยู่กับความเข้าใจในแนวคิดของครู โดยครูส่วนใหญ่เข้าใจในองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพราะมีการบรรจุไว้ในหลักสูตรการรณรงค์แล้ว แต่ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการมีส่วนร่วมกับชุมชน

เดนแมน และคณะ (Denman and other, 1999, pp. 65 – 76) ได้ศึกษาการดำเนินงานด้านนโยบายของโรงเรียนรัฐเอกชนเกี่ยวกับการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษา พบว่าโรงเรียนทั้งหมดมีการเขียนนโยบายการให้ความรู้ด้านสุขศึกษา ร้อยละ 85 ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และยังมีโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเด็กดีกว่าโรงเรียนประถมศึกษา สืบเนื่องมาจากมีความพร้อมในด้านปัจจัยในการดำเนินงานที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการกำหนดให้ทำกิจกรรมใด ๆ นอกจากความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปากเท่านั้น ซึ่งทุกคนจะได้รับเหมือนกันก่อนเริ่มโครงการนักเรียนทุกคนจะได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปาก ในทันตแพทย์คนเดียวกัน และจะทำอีก 2 ครั้ง คือ เมื่อสิ้นสุดโครงการและหลังจากโครงการสิ้นสุดแล้ว 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองที่ควบคุมตนเองในเรื่องของสุขปฏิบัติ

ลิสเตอร์ ชาร์ปและคณะ (Lister – Sharp & Others, 1999) ทำการวิจัยด้วยการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศอังกฤษ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในด้าน โภชนาการ การออกกำลังกาย ความปลอดภัย สุขภาพจิต สุขภาพทางเพศ การใช้สารเสพติด อนามัยส่วนบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อมและสภาพครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพส่งผลทางบวกต่อสุขภาพและพฤติกรรมของนักเรียน เด็กมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น แต่การปลูกฝังพฤติกรรมและทัศนคติต้องใช้ระยะเวลาและต้องใช้โปรแกรมที่ผสมผสานหลาย ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ลักษณะพื้นฐานของโรงเรียน สภาพสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน

โรนาร์ดี เกทเทิล และเจอร์รี วาเรนไทน์ (Ronald Kettle and Jerry Valentine 2000) ศึกษาความเกี่ยวข้องของผู้ปกครองนักเรียนที่สมัครเข้าร่วมกับโรงเรียน ในการวางแผนเป้าหมาย โปรแกรมศึกษา โดยที่ครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมด้วย วัตถุประสงค์เพื่อให้ผลการเรียนของนักเรียนดีขึ้น อัตราการสอบตกลดลง พฤติกรรมของนักเรียนดีขึ้น เกรดเฉลี่ยดีขึ้นและทัศนคติต่อโรงเรียนดีขึ้น ผลการวิจัย พบว่าผลการเรียนของนักเรียนที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมหรือใครเป็นคนรายงานผลระหว่างผู้ปกครองหรือนักเรียน วิธีการวัดผล

การเรียนที่ใช้วัฒนธรรม จริยธรรมที่เกี่ยวข้อง วิชาที่ใช้สอบ รายได้และเพศของผู้ปกครอง นักเรียน สำหรับลักษณะการเลี้ยงดูที่บ้านพบว่านักเรียนรายงานว่าอ่านหนังสือมากขึ้น แต่ผู้ปกครองนักเรียนรายงานว่าผลการเรียนลดลงทั้งนี้เป็นผลจากผู้ปกครองนักเรียนมีความสามารถแตกต่างกัน เช่น ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ทรัพยากรที่มี เช่น เวลาความช่วยเหลือที่มีให้เด็ก ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อการเรียนของนักเรียน ส่วนการสื่อสารระหว่างโรงเรียนและบ้าน มีผลต่อผลการเรียนน้อยและผลแตกต่างกันตามเชื้อชาติและรายได้ของครอบครัวเพราะบางครอบครัวไม่สะดวกต่อการสื่อสารกับโรงเรียน

มิทเชล และคณะ (Mitchell and Other 2000) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในประเทศออสเตรเลีย : ศึกษาในฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ของซิดนีย์ (A Randomized Trial of Intervention to Develop Health Promoting School in Australia : the South Westem Sydney Study) พบว่าโรงเรียนที่ผ่านสัมมนา การฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวคิด โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือโรงเรียน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีความตระหนักในการพัฒนาให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมากกว่าโรงเรียนที่ไม่ได้ผ่านการอบรมและสัมมนาแต่พบว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อพัฒนาให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเลย และสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้คือการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพในการวางแผนงาน และร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

เมกบริดจ์ (McBride. 2000, pp. 59 – 65) โครงการอนามัยโรงเรียนของออสเตรเลีย ตะวันตก (WASH) โดยเปรียบเทียบผลกระทบของการเอาจริงเอาจังในการแทรกแซงด้วยการสนับสนุนองค์กรในการจัดการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ระหว่าง 2 ระดับ คือ ระดับให้ความสนใจน้อยในการแทรกแซง โดยการส่งข้อมูลของโครงการ (WASH) ทางไปรษณีย์ และระดับให้ความสนใจเข้มงวดในการแทรกแซงโดยการจัดฝึกอบรม และการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ ทำการวิจัยเชิงทดลองโดยแบ่งโรงเรียนที่ศึกษาเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง จะให้ความสนใจอย่างเข้มงวด กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทดลองที่ให้ความสนใจระดับน้อย ทั้งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จะนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ 3 ซึ่งไม่มีการแทรกแซงเลย หลังจากนั้นจะมีการประเมินการเปลี่ยนแปลง ใน 2 ระดับ คือ ระดับองค์กรของโรงเรียนและระดับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า โรงเรียนที่ได้รับความสนใจเข้มข้นในการแทรกแซง จาก โครงการ WASH จะมีความสามารถในการเพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมในการวางแผนกลยุทธ์ทางสุขภาพของโรงเรียนที่ได้รับการให้ความสนใจในการแทรกแซงน้อย และไม่ได้รับการแทรกแซงเลยจะ

ไม่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

บราวน์ (Brown, 2000, p. 38) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพของโรงเรียนโดยเน้น การจัดการพยาบาลใน โรงเรียนให้นักเรียนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีแนวทางเลือกสำหรับนักเรียน และการรักษาสุขภาพอนามัยของนักเรียนให้สม่ำเสมอ โดยให้การป้องกันโรค การมีโภชนาการที่ถูกหลักการ การส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมของโรงเรียนให้ปลอดภัย ประชากรของโรงเรียนสามารถทำให้เกิดการทำนายสำหรับการสร้างงานพยาบาลได้ โดยไม่ต้องสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ สิ่งที่ทำนายที่สำคัญของพยาบาลโรงเรียนก็คือต้องมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ต้องจัดโปรแกรมการพยาบาลที่เหมาะสมและแจ้งให้ผู้บริหารโรงเรียน โดยไม่จัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการศึกษา

ฟรีเฟอร์คอร์น (Pfeferkom, 2002, p. 63) ได้ทำการศึกษาวิวัฒนาการของสุขศึกษาในโรงเรียน ทางรัฐคาโรไลนาตอนใต้ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1894 ถึง ปีค.ศ. 1989 ซึ่งผลปรากฏว่าแรกเริ่มสุขศึกษาในโรงเรียนในช่วงปี ค.ศ. 1894 – 1945 อยู่ในรูปแบบการจัดในโรงเรียนประถมศึกษาต่อมาได้จัดเป็นโปรแกรมปกติของโรงเรียนมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1945 – 1965 และต่อมาในปี ค.ศ. 1969 – 1987 ได้มีการปรับปรุงไปเป็นโปรแกรมสมบูรณ์แบบ ในช่วงการปรับเปลี่ยนนั้น จนกระทั่งต่อมาได้พัฒนาไปกระทั่งมีการตั้งองค์กรวิชาชีพเกิดขึ้นในมลรัฐ พร้อมออกกฎหมายบังคับให้ทุกโรงเรียนต้องจัดการศึกษาในโรงเรียนด้วย ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายภายหลังจากที่ยกฐานะเป็นสาขาวิชาสุขศึกษาทำให้มีการพัฒนาองค์กรวิชาชีพนี้ขึ้นมากำกับควบคุมดูแล มีการผลิตครูสุขศึกษาโดยตรง เพื่อทำหน้าที่สอนวิชานี้ในโรงเรียนทั่วไป

วาคอฟฟ์ ฮอร์น (Wycoff – Hon. 2002, p. 63) ได้ทำการศึกษากระบวนการสนับสนุนโปรแกรมสุขภาพใน โรงเรียน และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของรายการสนับสนุนการใช้โปรแกรมดังกล่าวระหว่างโรงเรียน ซึ่งโรงเรียนสามารถเน้นสถานภาพของสุขภาพของนักเรียนสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ โดยเลือกศึกษากับ โรงเรียน 3 โรงเรียนในมลรัฐฟลอริดา ซึ่งเป็น โรงเรียนที่มีความสามารถในการใช้โปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ โดยมีบุคลากรเข้าร่วมทั้งหมด 27 คน ผลการศึกษาพบว่า ทุกโรงเรียนได้สร้างระบบการสนับสนุนทั้ง 4 แบบ ได้แก่ การใช้อำนาจและการสนับสนุนงบประมาณ การจัดองค์กรและบุคลากรเข้าทำงานจัดแหล่งทรัพยากร และสื่อสารติดต่อ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดที่โรงเรียนทำให้เกิดผลการปฏิบัติงานตามโครงการดังกล่าว โดยการสนับสนุนเชิงการบริหารที่สัมพันธ์กับการใช้บุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการนำในกรนำโครงการนี้ไปใช้และทำโครงการนี้ดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การกำหนดนโยบายและการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานในระดับท้องถิ่นก็เป็นสิ่งจำเป็น

เพื่อเพิ่มพูนความตระหนักของบุคลากร โดยสรุปจะต้องให้การศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีการทำงานเกี่ยวข้องประสานงานกัน และผลกระทบทางการศึกษาที่เกิดขึ้น

วิลเล่ย์ (Wiley, 2002, p. 63) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพในโรงเรียน ในมลรัฐมิสซิสซิปปีที่สนับสนุนให้เปิดการสอนสุขภาพ โดยเน้นในเรื่องความรับผิดชอบสุขภาพกิจกรรมด้านร่างกาย โภชนาการ การสร้างเสริมจิตใจ มนุษยสัมพันธ์และการจัดการกับความเครียด การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามกับนักการศึกษาสุขภาพจำนวน 248 คน ผลการศึกษาพบว่า นักการศึกษาสุขภาพมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับบางครั้งถึงบ่อยครั้ง นักการศึกษาสุขภาพเกือบทั้งหมดได้ทำตัวเป็นแบบอย่างของการมีพฤติกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพให้กับนักเรียนอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับการเป็นแบบอย่างการมีพฤติกรรมด้านสุขภาพกับคะแนนจากการทำแบบวัดรูปแบบการดำรงชีวิตและไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมกับความรับผิดชอบการจ้างงาน โดยสรุปในการปรับปรุงสุขภาพอนามัยของนักเรียนให้มีขึ้น ไม่ได้เกิดจากการสอนให้ความรู้เท่านั้น แต่ต้องฝึกให้มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพอนามัยด้วย ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องต้องมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นแบบอย่างกับนักเรียนได้ด้วย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ เกิดจากการพัฒนาให้โรงเรียนเป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยมีกำหนดมาตรฐานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การดำเนินงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพใช้หลักการสร้างความร่วมมือในลักษณะไตรภาคีคือ ฝ่ายการศึกษา ฝ่ายสาธารณสุข และภาคชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาสุขภาพควบคู่ไปกับการศึกษา เพื่อให้เกิดการบูรณาการกิจกรรมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยส่วนกลางกำหนดองค์ประกอบในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเหมือนกันทั้งประเทศจำนวน 10 องค์ประกอบ คือ 1) นโยบายของโรงเรียน 2) การบริหารจัดการในโรงเรียน 3) โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน 4) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ 5) การให้บริการอนามัยในโรงเรียน 6) สุขภาพในโรงเรียน 7) โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย 8) การออกกำลังกายกีฬาและนันทนาการ 9) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม และ 10) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน ซึ่งกรมอนามัยเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงได้ทำการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับสถานศึกษาโดยมีเอกสารดำเนินการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เอกสารคู่มือโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และเอกสารประกอบการประเมิน โครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามองค์ประกอบและตัวชี้วัดในการ

ดำเนินการและกำหนดการผ่านมาตรฐานขั้นต่ำแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับทองแดง ระดับเงิน ระดับทอง และปัจจุบันเพิ่มอีก 1 ระดับ เป็นระดับเพชร ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวยังไม่เพียงพอต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน การกำหนดนโยบายสาธารณะ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การให้บริการสุขภาพ การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ก็เป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมถาวรและยั่งยืนได้ แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้จัดกิจกรรมแบบองค์รวมที่เอื้อให้นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และผู้อื่นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวนักเรียน ผู้ปกครอง และบุคคลในครอบครัว รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่บุคลากรในโรงเรียน ชุมชน ตลอดจนองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน แต่สภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพปัจจุบันยังไม่ปรากฏว่ามีภาพความร่วมมือของกลุ่มเหล่านั้น ในการร่วมกันพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต่อไป ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสมาชิกในชุมชน โดยเกิดจากความร่วมมือร่วมใจของบุคคลในชุมชน ซึ่งมีโรงเรียนเป็นหน่วยงานที่คอยผลักดัน ขับเคลื่อน กลยุทธ์ ในการสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียน คณะครู ผู้ปกครอง และสมาชิกในชุมชน ให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อการมีความรู้สึกระหนักและมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลตนเองสมาชิกในครอบครัว และพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน