

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



รายงานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและชุมชน
บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออก

พัชรินทร์ พูลทวี

สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ

นิสากร กรุงไกรเพชร

วันดี ไตรรักษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2553

3 ส.ย. 2553
27 07 02
๒๕๕๓ ๒๗๑

เริ่มบริการ

24 ส.ย. 2553



รายงานการวิจัย
การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน
ในโรงเรียนและชุมชนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน
ภาคตะวันออก

คณะผู้วิจัย

พัชรินทร์ พูลทวี

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

นิสากร กรุงไกรเพชร

วันดี ไตรรักษา

พิมพ์ที่ กองบริการการศึกษา

มหาวิทยาลัยบูรพา

ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี

จังหวัดชลบุรี 20131

ปีที่พิมพ์เผยแพร่ มีนาคม 2553

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยบูรพา

ปีงบประมาณ 2551

โดยความเห็นชอบของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและชุมชนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออก” ดำเนินการโดยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย งบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2551 โดยความเห็นชอบของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ คุณนิศยา ภักดี และ คุณรัตนา พงศ์พนัส พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และกรุณาช่วยประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ นิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่เข้าร่วมกิจกรรมในพื้นที่

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้นำองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้อำนวยการ โรงเรียน คุณครู ประธานชุมชน กรรมการชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ประชาชนผู้แทนครอบครัว และเด็กวัยเรียนในชุมชน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ที่กรุณาให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ข้อมูล ความคิดเห็น และร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

พัชรินทร์ พูลทวี
หัวหน้าโครงการวิจัย
31 มีนาคม 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้แทนผู้แทนองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชน ประกอบด้วย 1) พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ตัวแทนของครอบครัวของเด็กนักเรียน 2) ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูผู้รับผิดชอบและเกี่ยวข้องงานกับสุขภาพเด็กนักเรียน 3) พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) แกนนำชุมชน 6) ผู้แทนองค์กรอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน ประชาชน จากการสุ่มตัวอย่าง 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระยอง และจังหวัดสระแก้ว ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดละ 1 ตำบล ที่มีพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการวิจัย มีโรงเรียนในพื้นที่ และยินดีร่วมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สุ่มหมู่บ้านหรือชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ จำนวน 3 หมู่บ้านและ 2 ชุมชน ทำการวิจัยโดยการจัดทำเวทีประชาคม การสะท้อนข้อมูลให้กับตัวแทนสถาบันต่างๆ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน ที่ผ่านการอบรมทำความเข้าใจ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา การทำกิจกรรม การสังเกต การสัมภาษณ์ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีให้ข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน (Triangulation method) และการสะท้อนข้อมูล (Reflection) ให้ผู้เกี่ยวข้องได้ ยืนยันความถูกต้อง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัยมีดังนี้

1. รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและในชุมชน องค์กรหลักที่สำคัญในชุมชน ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีการดำเนินการด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนผ่านทางกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ การจัดการสุขภาพที่พบ ได้แก่ การจัดการด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก สุขภาพอนามัยของเด็กในโรงเรียน และการแพร่ระบาดของสารเสพติด

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนการพัฒนาโดยนักประชุมผู้นำชุมชนเพื่อทราบปัญหา หรือสถานการณ์สุขภาพของชุมชนที่ได้จากการทำประชาคมและสัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนองค์กร, ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุกำหนดแนวทางแก้ไข ,ร่วมกันกำหนดการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาตาม โดยกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ,การดำเนินกิจกรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและทำการประเมินผล เมื่อเกิดกระบวนการพัฒนาทำให้ชุมชนเรียนรู้จักการพัฒนากระบวนการสุขภาพ โดยชุมชนและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ กลุ่มต่างๆต่อไป

คำสำคัญ : เด็กวัยเรียน สุขภาพเด็กวัยเรียน รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This Participatory action research aims to study and develop “Health management model for the school children in schools as well as communities” on the basis of community participation in the eastern region of Thailand. Samples are the corporate representatives of several organizations, who involve in health care for school children in the communities, included 1) parents, guardians, and family representatives 2) school directors and respective teachers 3) nurses and public health staffs 4) leaders of local government 5) community leaders 6) leaders of other organization. Rayong and Sakaew were random, and then selected one sub-district from each of them where the professional nurses (who are responsible for school health) participate and cooperate willingly for this research. 5 village areas in both sub-districts were random. Community forum, data reflection, and in-depth interviews was done by the researcher and her helpers who were trained. In order to verify the accuracy of the data used triangulation method and reflect that data back to related persons. The Content analysis was done. The results are as follow...

1. According to the study of health management in the communities, the outstanding main organizations are schools, communities and local organizations that have provided health care activities and projects for school children.
2. Those health managements involve nutrition, exercise, sexual behavior, Dengue prevention, sanitation, and drugs.
3. Development model on health management for school children on the basis of community participation includes the process of pre-development by helping the community leaders to realize their problems and health situations in which was known by community forum and deep interview. The researcher team and the community leaders work together on problem analysis and solutions set. In order to solve the community problems, the public policy is set and the intervention and evaluation are done by focusing on community participation.

This developing process has enlightened the community to learn how to set up health system by themselves in order to meet their needs. And it is a possible guide line to develop health care model for different groups further.

(Keywords): The school children, Health of the school children, Health management model for the school children, Community participation

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	ก	
บทคัดย่อ	ข	
ABSTRACT	ค	
สารบัญ	ง	
	เนื้อหา	หน้า
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	2
	วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	2
	นิยามศัพท์	2
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
บทที่ 2	วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
	เด็กวัยเรียน	4
	สถานการณ์ปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน	8
	รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน	13
	การมีส่วนร่วมชุมชน	15
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	21
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
	เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือวิจัย	24
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
	การวิเคราะห์ข้อมูล	26
บทที่ 4	ผลการศึกษา	27
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	27
	ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและในชุมชน	29
	ส่วนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน	40

บทที่ 5	สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	43
	ผลการวิจัย	43
	การอภิปรายผล	46
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	48
เอกสารอ้างอิง		50
ภาคผนวก		
	ผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัย	51
	ประวัติผู้วิจัย	53

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญ และที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน ทั้งทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เหล่านี้ ทำให้ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การดำเนินชีวิตเต็มไปด้วยความเร่งรีบ และการแข่งขันเพื่อความอยู่รอด ทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยของประชากรในประเทศเกิดเปลี่ยนแปลง โดยปัญหาโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ อันมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ความพิการและการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ การคิดสารเสพติด การติดเชื้อเอชไอวี และปัญหาความเครียดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องร่วมกันวางแผนแก้ไขและป้องกันการเกิดโรคเหล่านี้ บุคลากรสาธารณสุขได้พยายามร่วมมือกันวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเหล่านี้

เด็กและเยาวชนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสุขภาพให้มีสุขภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องได้รับบริการและความต้องการพื้นฐานรวมถึงบริการด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจและสติปัญญา ซึ่งการลงทุนด้านสุขภาพอนามัยตั้งแต่ในวัยเด็ก เป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามหาศาลเพราะเด็กและเยาวชนจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีต่อไป (สิริภัทร สารรักษ์, 2551) การดำเนินการแก้ปัญหาข้างต้นควรเริ่มต้นที่เด็ก เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าและมีความสำคัญ เพราะเด็กเหล่านี้จะต้องเจริญเติบโตเป็นกำลังแรงงานและสมองของชาติ หากเด็กได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างถูกต้อง เหมาะสม จากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสังคม จะทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกัน สามารถดูแลปกป้องตัวเอง รู้วิธีการดูแลตนเอง รู้วิธีการเลือกสิ่งที่ดีให้แก่ตนเอง ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้นได้อย่างครอบคลุม

เด็กแบ่งออกเป็น เด็กวัยทารก เด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียน แต่เนื่องมาจาก เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากประสบการณ์ของเด็กเอง จากบุคคลและสิ่งต่างๆ(อินทิรา พัวสกุล,2543) จึงได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น เพื่อน และคนรอบข้างได้ง่าย ดังนั้น การจัดการดูแลสุขภาพเด็กจึงควรเริ่มต้นที่เด็กวัยเรียน การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ภาคราชการ องค์กรธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอื่น ๆ ทำให้การดำเนินการแก้ไขเป็น

รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและพื้นที่ การร่วมกันพัฒนารูปแบบ จะทำให้เกิดตัวอย่างในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ให้เด็กเหล่านี้เจริญเติบโต เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นกำลังที่สำคัญของประเทศชาติต่อไป

คำถามการวิจัย

รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีสุขภาพที่รับผิดชอบสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชนของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปรที่ศึกษา

1). รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและชุมชน

นิยามศัพท์

เด็กวัยเรียน หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ถึง 15 ปี ทั้งเพศชายและหญิง โดยหมายรวมถึงเด็กวัยเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา

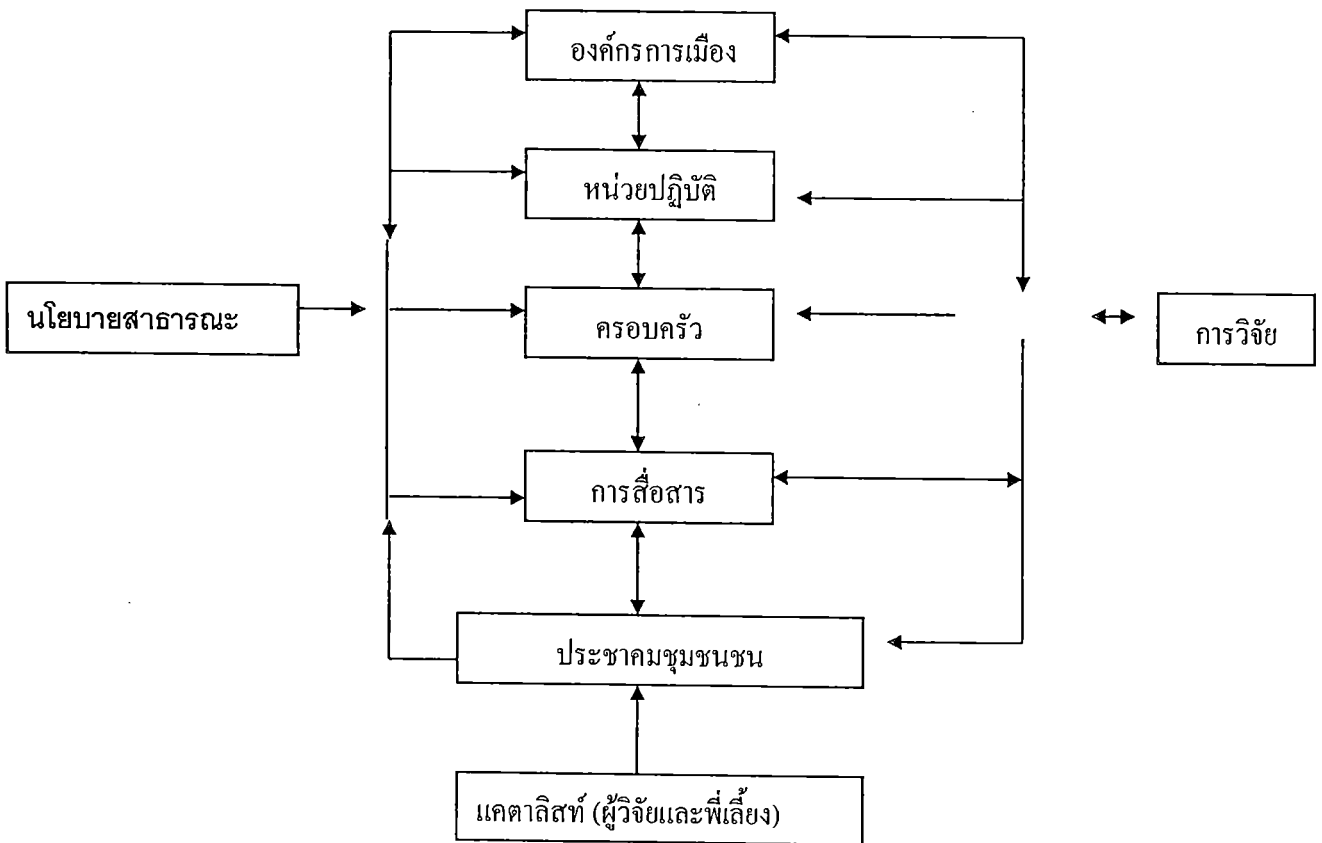
สุขภาพเด็กวัยเรียน หมายถึง สภาวะที่อาจเป็นความปกติสุข หรือความผิดปกติ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของเด็กวัยเรียนผู้นั้นกับสิ่งแวดล้อม ครอบคลุมถึงสภาพร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่ง เปลี่ยนแปลงได้อยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้แทนองค์กรในชุมชน

รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน หมายถึง กระบวนการ วิธีการ ขั้นตอน การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของสถาบันต่าง ๆ ในชุมชน ทั้งภาครัฐ เอกชน และ สมาชิกในชุมชน ในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ สวัสดิการและความผาสุกของเด็กวัยเรียนในชุมชน ทั้งที่อยู่ในและนอกระบบการศึกษา

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีโอกาสดูได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ วางแผน และดำเนินการจัดการการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีสุขภาพที่รับผิดชอบสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชนของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อร่วมกันออกแบบนโยบายสาธารณะในการจัดการสุขภาพของเด็กในวัยเรียนให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมจึงมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในงานวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอสาระวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามที่ได้ศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. เด็กวัยเรียน
2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน
3. รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1. เด็กวัยเรียน

เด็ก คือ อนาคตของชาติ ... เด็กวันนี้ คือ ผู้ใหญ่ในวันหน้า" เป็นคำกล่าวติดปากสังคมไทยมาช้านาน ดังนั้น การจะได้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ต้องเริ่มตั้งแต่เด็ก จากการสำรวจสำมะโนประชากรครั้งสุดท้ายของประเทศไทย พบประชากรที่เป็นเด็กประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) เด็กจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนมากเป็นหนึ่งในสามของประเทศ และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสำคัญ เพราะเด็กเหล่านี้จะต้องเจริญเติบโตเป็นกำลังแรงงาน อนาคตและสมองของประเทศชาติ เด็กเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาการเลี้ยงดูจากผู้ใหญ่ ต้องการการปกป้องดูแลจากผู้อื่นในระยะแรกของชีวิต หากเด็กได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างถูกต้อง เหมาะสม จากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสังคม พวกเขาเหล่านี้ก็จะสร้างสมสิ่งที่ดีงาม ทั้งในด้านความรู้ ความคิด สติปัญญา ควบคู่ไปกับจริยธรรม คุณธรรม จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดี มีคุณธรรม เป็นพลเมืองที่ดีของชาติต่อไป และหากเด็กได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้อยู่ร่วมกับครอบครัวที่ดี เรียนหนังสือจากโรงเรียนดีมีคุณภาพ เขาก็จะมีพัฒนาการการเรียนรู้ ความคิด และการปรับตัวที่เหมาะสมทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่ดีต่อไปได้ (Stanhope & Lancaster, 1992) เด็ก คือผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี (Clark, 1999) ประเทศไทย กำหนดให้เด็กเป็นผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 0-14 ปี และยังแบ่งวัยเด็กออกเป็น 3 ระยะ คือ วัยทารก วัยก่อนเรียน และวัยเรียน (อุไร อุดตโรทัย, 2546)

พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 6 – 12 ปี เด็กวัยนี้จะมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น โดยเด็กจะเริ่มเรียนรู้ในสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวก่อนแล้วจึงค่อยไปหาประสบการณ์สิ่งแวดล้อมที่อยู่ไกลตัวออกไป เด็กวัยนี้จะมีลักษณะเด่น ก็คือ การเริ่มออกจากบ้านมาสู่หน่วยสังคมอื่น ซึ่งจุดศูนย์กลางสังคมของเด็ก คือ โรงเรียน เด็กที่

เริ่มเข้าเรียน จะสามารถเรียนรู้ได้ดี ชอบความตื่นเต้น ฟังพอใจในสิ่งแปลกใหม่ จะหันเหไปสู่การเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เช่น เรียนรู้เกี่ยวกับเพื่อน ครู การเรียน การเล่นกับเพื่อน เด็กจะใฝ่เรียนรู้และพยายามกระทำการต่างๆ เพื่อให้เห็นว่าเขาสามารถทำได้หรือประสบความสำเร็จ อยากให้ผู้อื่นยอมรับในความสามารถของตนเอง ถ้าโรงเรียนได้จัดสิ่งแวดล้อมให้เด็กได้มีการเคลื่อนไหว และเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ อยู่เสมอ จะเป็นการเพิ่มและเสริมพัฒนาการทางปัญญาให้แก่เด็กวัยนี้ โดยเด็กจะเรียนรู้การเข้าสู่สังคมมากขึ้น รู้จักบทบาทในการเป็นสมาชิกของกลุ่มเพื่อน ได้เรียนรู้ถึงระบบกฎเกณฑ์ต่างๆ มากขึ้น

ดังนั้น พ่อแม่ควรช่วยให้เด็กได้เกิดความรู้สึกว่าเขามีดี มีความสามารถ โดยการสนับสนุนให้เด็กได้ทำในสิ่งที่เขาชอบอย่างสุดความสามารถ หากจุดดี-จุดเด่นของตัวเด็กเพื่อชมเชย เป็นการบ่มเพาะความรู้สึกขยันหมั่นเพียรให้เกิดขึ้น เพราะความสามารถจริงของเด็กที่ปฏิบัติได้นั้น ยังต้องได้รับการส่งเสริมและช่วยเหลือจากผู้ใหญ่และสังคมในการช่วยให้เด็กมีศักยภาพสูงสุดที่เป็นไปได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการส่งเสริมหรือได้รับการส่งเสริมที่มากเกินไปความสามารถของเด็ก เด็กจะรู้สึกตัวเองด้อยค่า ไม่มีความสามารถ

พ่อแม่ควรทำความเข้าใจว่าเด็กในวัยนี้มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวมากขึ้น สามารถคิดหาเหตุผล แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และสามารถเข้าใจกฎเกณฑ์ต่างๆ ได้ก็จริง แต่ก็มีข้อจำกัดว่าความรู้ความเข้าใจเหล่านี้ก็ต้องอยู่ในรูปธรรม เช่น การสอนให้เด็กทำความดี (นามธรรม) พ่อแม่จะต้องยกตัวอย่างให้อยู่ในรูปของพฤติกรรมที่เด็กสามารถปฏิบัติได้ เช่น การตั้งใจเรียน เชื้อฟังคำสั่งสอนของผู้ใหญ่ เป็นการทำความดี (เบญจรัตน์ นุชนาฎ, 2552)

เห็นได้ว่า ช่วงอายุของเด็กในวัยเรียน 6-12 ปีนั้น ถือเป็นช่วงสำคัญของเด็กในการเรียนรู้ทักษะชีวิตและพัฒนาการต่างๆ ทางด้านสติปัญญา (higher cognitive functions) เป็นช่วงที่การทำงานของสมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและเต็มที่ ดังนั้นธรรมชาติและพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กในช่วงวัยเรียนจึงมีการเปลี่ยนแปลงและแสดงให้เห็นถึงการเจริญเติบโตที่ค่อนข้างเด่นชัดในแต่ละขวบปี ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

อายุ 6 ปี

เด็กวัยนี้สามารถมองเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งของได้ เช่น ความแตกต่างของลวดลายต่าง ๆ เข้าใจความหมายของหน้า-หลังและบน-ล่างของเด็ก แต่ไม่เข้าใจระยะใกล้หรือไกลของสถานที่ เด็กวัยนี้ยังคิดถึงแต่เรื่องปัจจุบัน คิดถึงแต่เรื่องที่ตนเองพัวพันอยู่ด้วย มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมค่อนข้างสั้น สนใจการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่จะไม่สนใจความสำเร็จของกิจกรรมนั้น ๆ เด็กจะกระตือรือร้นทำงานที่ตนเองสนใจ แต่เมื่อหมดความสนใจจะเลิกทำทันที โดยไม่สนใจว่างานนั้นจะสำเร็จหรือไม่

อายุ 7 ปี

เด็กวัยนี้จะมีความอยากรู้อยากเห็น สามารถจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ มีความสนใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ และจะพยายามทำให้สำเร็จ รู้จักชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นสิ่งนี้ มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมยังค่อนข้างสั้น จะ

สนใจสิ่งต่างๆที่ละอย่าง ดังนั้น ถ้ามีงานหลายอย่างให้เด็กทำ ควรจะแบ่งหรือกำหนดให้เป็นส่วน ๆ ไม่ควรให้พร้อมกันทีเดียว เพราะจะทำให้เด็กเบื่อ

อายุ 8 ปี

เด็กวัยนี้จะมีความอยากรู้อยากเห็น สนใจซักถามมากขึ้น ชอบทำสิ่งใหม่ ๆ ที่ตนไม่เคยทำมาก่อน มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมนานขึ้น มีความสนใจที่จะทำงานให้สำเร็จ มีความพิถีพิถันและรับฟังคำแนะนำในการทำงานมากขึ้น สามารถเข้าใจคำชี้แจงง่าย ๆ มีความสนใจในการเล่นต่าง ๆ สามารถแสดงละครง่าย ๆ ได้ สนใจการวาดภาพ คุุภาพยนตร์ โทรทัศน์ การ์ตูน ฟังวิทยุ และชอบนิทาน สนใจในการสะสมสิ่งของ

อายุ 9 ปี

เด็กวัยนี้เป็นวัยที่รู้จักใช้เหตุผล สามารถตอบคำถามอย่างมีเหตุผล มีความรู้ในด้านภาษา และความรู้รอบตัวกว้างขึ้น ชอบอ่านหนังสือที่กล่าวถึงข้อเท็จจริง สามารถแก้ปัญหาและรู้จักหาเหตุผลโดยอาศัยการสังเกต ในวัยนี้ต้องการอิสรภาพเพิ่มขึ้น สนใจที่จะสะสมสิ่งของ และจะเลียนแบบการกระทำต่าง ๆ ของคนอื่น

อายุ 10 ปี

วัยนี้เป็นวัยที่สมองกำลังพัฒนาเต็มที่ การเรียน การหาเหตุผล ความคิดและการแก้ปัญหาดีขึ้น สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และมีการไตร่ตรองก่อนตัดสินใจ ไม่ทำอย่างหุนหันพลันแล่น มีความคิดริเริ่ม เด็กชายชอบเรียนดาราศาสตร์ วิทยาศาสตร์ เด็กหญิงจะสนใจเกี่ยวกับการเรือน การสร้างมโนภาพเกี่ยวกับเวลา แม่นยำและกว้างขวางขึ้น ทำให้สามารถศึกษาประวัติศาสตร์สำคัญ วัน เดือน ปี ได้ สามารถเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว

อายุ 11-12 ปี

เด็กวัยนี้จะมีเพื่อนวัยเดียวกัน มีการเล่นเป็นกลุ่ม บางคนจะเริ่มแสดงความสนใจในเพศตรงข้าม สนใจกีฬาที่เล่นเป็นทีม กิจกรรมกลางแจ้ง สัตว์เลี้ยง งานอดิเรก หนังสือ การ์ตูน จะมีลักษณะเป็นคนที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ๆ อาจกลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ และชอบการวิพากษ์วิจารณ์ จะเห็นว่าความคิดเห็นของกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญมากกว่าความคิดเห็นของผู้ใหญ่ และจะมีความกังวล เริ่มเอาใจใส่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของตนด้วย

(เบญจรัตน์ นุชนานนท์, 2552)

นอกจากการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุแล้ว ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร (2553) ยังได้แบ่งพัฒนาการของเด็กตามด้านต่างๆซึ่ง ลักษณะพัฒนาการแต่ละด้านของเด็กวัยเรียนสรุปได้ดังนี้

1. พัฒนาการทางกาย

พัฒนาการทางกายของเด็กวัยนี้จะเป็นไปค่อนข้างช้า แต่สม่ำเสมอ ซึ่งเด็กหญิงจะโตเร็วกว่า เด็กผู้ชายในวัยเดียวกัน ไม่ว่าจะเส้นทางด้านส่วนสูงหรือน้ำหนัก ฟันแท้เริ่มที่จะขึ้นแทนที่ฟันน้ำนม มีการเคลื่อนไหวที่คล่องตัวขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยก่อนเรียน การทำงานของกล้ามเนื้อใหญ่ และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อเล็กและตาดีขึ้นมาก ในการพัฒนาการทางร่างกายนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยของพันธุกรรม อาหาร การออกกำลังกาย ความมั่นคงทางอารมณ์ และการพักผ่อนนอนหลับ ซึ่งถ้าเด็กมีพื้นฐานของสุขภาพที่ดีแล้วนั้นย่อมเป็นพื้นฐานของการพัฒนาการทางด้านต่างๆต่อไป

2. พัฒนาการทางสติปัญญา

การพัฒนาการทางด้านสติปัญญานั้นจะตั้งอยู่บนรากฐานของการเรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อน ซึ่งเพื่อนจะมีอิทธิพลสูงต่อการเรียนรู้ ถ้าเด็กมีการปรับตัวต่อกลุ่มเพื่อนได้ดี เด็กก็จะมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ดีได้ แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ

เด็กวัยนี้สามารถเรียนรู้ในเรื่องรูปธรรมและนามธรรม ในรูปแบบของลักษณะของสัญลักษณ์ เช่น อักษร ตัวเลข เป็นต้น เด็กวัยนี้เริ่มพัฒนาความคิดรวบยอด เรียนรู้ศัพท์ต่างๆมากขึ้น มีความคล่องแคล่วในการอ่าน การพูด การเขียน ซึ่งเป็นเครื่องมือของเด็กในการที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆต่อไป รู้จักการใช้เหตุและผล คิดในแง่ของวิทยาศาสตร์ และเริ่มที่จะรู้จักใช้เหตุผลในการวิจารณ์ความถูกต้องได้ด้วยมโนธรรมของเด็กเอง

3. พัฒนาการทางอารมณ์

เด็กวัยนี้รู้จักกลัวในสิ่งที่เป็นเหตุเป็นผลมากกว่าเด็กวัยก่อนเรียน เพราะความสามารถในการใช้เหตุและผลมากขึ้น มีความรู้สึกสงสารเห็นใจ เข้าใจในอารมณ์ผู้อื่น รวมทั้งสัตว์เลี้ยงด้วย เพราะชอบเขตของชีวิตสังคมของเด็กกว้างขึ้น แต่สิ่งที่ต้องพัฒนาสำหรับเด็กวัยนี้ คือการเข้าใจในอารมณ์ตนเองและบุคคลอื่นๆด้วย ซึ่งสามารถส่งเสริมได้โดยการเปิดโอกาสให้เข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน การได้ออกกำลังกายเพื่อได้ผ่อนคลาย การทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆที่เด็กชอบ เช่น การวาดภาพ การปั้น การเขียนเรื่องราวต่างๆ การเล่นเกมเป็นต้น

เด็กวัยนี้ควรได้เรียนรู้ถึงอารมณ์ต่างๆ ไม่ควรเก็บกดมากเกินไปจะทำให้เด็กเกิดความเครียดได้ อันนำไปสู่การเจ็บป่วยทางกายได้

4. พัฒนาการทางสังคม

เด็กวัยนี้ชอบที่จะเข้ากับกลุ่มเพื่อน เรียนรู้ถึงการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ที่แตกต่างไปจากบ้าน อยากที่จะเป็นสมาชิกในกลุ่มเพื่อน และให้กลุ่มยอมรับตนเอง ในการเข้ากลุ่มนั้นเด็กได้เรียนรู้ถึงการทำงานร่วมกัน การแข่งขันกัน การเคารพกฎเกณฑ์ต่างๆที่โรงเรียนกำหนด ดังนั้นผู้ดูแลต้องส่งเสริมในการพัฒนาการดังกล่าว โดยการเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ถึงการเข้าสู่สังคมมากขึ้น ให้มีเพื่อน การส่งบุตรหลานไปโรงเรียน เป็นต้น

ในการเลียนแบบบทบาททางเพศของเด็กก็เป็นพัฒนาการที่สืบเนื่องมาจากเด็กวัยก่อนเรียน โดยเด็กจะเลียนแบบคนที่ใกล้ชิด และเป็นคนที่เด็กรัก ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ครู และญาติที่ใกล้ชิด หรือแม้กระทั่งพี่เลี้ยงเด็ก จากรายการโทรทัศน์ การ์ตูน เป็นต้น เด็กวัยนี้จะเข้ากลุ่มตามเพศของตนเอง และมักมีพฤติกรรมที่คิดว่า จะเหมาะกับเพศของตนเอง เช่น เด็กหญิงก็จะชอบรักสวยรักงาม ไม่เล่นอะไรที่ผาดโผน เด็กชายก็ชอบที่จะเล่นอะไรที่รุนแรงและผาดโผนกว่าเด็กหญิง เป็นต้น ซึ่งถือว่าการพัฒนาการดังกล่าวสำคัญในการที่จะเรียนรู้บทบาททางเพศของตนเอง 3

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน

เนื่องจากในปัจจุบันสภาพสังคมได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้าน การสื่อสาร ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ปัญหาเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดความเร่งรีบในการหาเลี้ยงชีพ ทำให้เกิดปัญหาครอบครัว การระบาดของสารเสพติด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อเด็กวัยเรียนทั้งสิ้น ทำให้สภาพปัญหาของเด็กวัยเรียนมีทั้งการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและพฤติกรรมซึ่งสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กในปัจจุบัน ดังนี้คือ จากผลการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาพบว่าเด็กไทยในชนบทอายุต่ำกว่า 12 ปี ไม่น้อยกว่า 6.6 ล้านคน เป็นโรคฟันผุ และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาใน ขณะที่เด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6-14 ปี ในกรุงเทพมหานครกว่า 1 แสนคน กินอาหารฟาสต์ฟู้ดทุกวัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเป็นโรคอ้วน และมีวัยรุ่นกว่า 6 แสนคน กำลังมีปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับความช่วยเหลือ (ศิริภัทร สารระรักษ์และคณะ, 2551)

ศิริภัทร สารระรักษ์และคณะ (2551) ได้กล่าวถึง ปัญหาสุขภาพในเด็กวัยเรียนที่ยังพบว่าเป็นปัญหาค่อนข้างสูง ได้แก่ ปัญหาฟันผุ พบว่า เด็กอายุ 12 ปีมีแนวโน้มเป็นโรคฟันผุเพิ่มขึ้น ในขณะที่ฟันผุเพิ่มมากขึ้น เด็กกลับเข้าถึงบริการทันตกรรมลดน้อยลง ภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนและเยาวชนยังคงอยู่ในอัตราที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งในเขตเมืองและชนบทจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2546 โดยกองโภชนาการ พบเด็กวัยเรียนจำนวนทั้งสิ้น 2,252 คน และเยาวชน (อายุ 15-18 ปี) จำนวน 259 คน มีการขาดสารอาหารเรื้อรัง (ภาวะเตี้ย) ร้อยละ 7.5 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบภาวะโภชนาการเกินในเขตเมืองของเด็กวัยเรียนและเยาวชน ร้อยละ 9.5 และ 17.7 ตามลำดับ

ผลเสียของการขาดสารอาหารเรื้อรังในเด็กวัยเรียนและเยาวชน จะส่งผลถึงระดับสติปัญญาจากการศึกษาในเด็กอายุ 2-18 ปี ของลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ พบว่าเด็กที่มีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ยจะมีระดับสติปัญญาดูต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคลดลง และประสิทธิภาพการทำงานลดลง ผลกระทบของการมีภาวะโภชนาการเกินคือทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเก๊าท์ เป็นต้น จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ครั้งหนึ่งถึงหนึ่งในสามของผู้ที่อ้วนในวัยเด็ก จะยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่

โอกาสหายจากโรคอ้วนจะน้อยลง มีปัญหาแทรกซ้อนทางสุขภาพต่อระบบต่างๆในร่างกายและมีอัตราการตายสูงกว่าประชากรทั่วไป

ปัญหาที่สำคัญยิ่งอีกอย่างหนึ่งคือ ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในนักเรียนและเยาวชน เนื่องจากหลายงานวิจัยพบว่าประชากรอายุระหว่าง10-24ปี มีแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงในการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น สาเหตุจากปัจจุบันเยาวชนมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มากมาย จากการศึกษาสถานการณ์ทางเพศของเด็กและเยาวชนอายุ 6-24 ปี ที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาระหว่างปี พ.ศ.2532-2542(ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และ วรรณมา เตชวณิชย์พงศ์, 2543 อ้างถึงใน สิริภัทร สารระรักษและคณะ,2551) พบว่านักเรียนในระดับมัธยมศึกษา มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดในเพศชายคือ อายุ12ปี ส่วนผู้หญิงน้อยที่สุดคือ 15 ปีปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควรคือการตั้งครรภ์และการทำแท้งจากรายงานสถานการณ์ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 14.7 ในปี 2547 และผลการสำรวจการทำแท้งในประเทศไทยในปี 2542 พบว่า ร้อยละ 46.8 ของกลุ่มผู้หญิงที่ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า24 ปี ร้อยละ30 เป็นวัยรุ่นอายุ ต่ำกว่า20 ปี และร้อยละ24.7ของผู้ที่ทำแท้งมีสถานภาพเป็นนักเรียน นักศึกษา สำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในเยาวชนนั้น พบว่า 29% ของผู้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ11% ของผู้เป็นโรคเอดส์ เป็นคนหนุ่มสาวอายุต่ำกว่า 24 ปี โครงการ Child watch ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของเด็กวัยเรียน พบปัญหาเด็กแร่ร้อน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา เด็กที่เยวกลางคืนและมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง การตั้งครรภ์ก่อนวัย พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม เช่น ดื่มน้ำอัดลม เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นเป็นที่น่าสังเกตว่าปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน คือ สภาพแวดล้อม ซึ่ง ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็งและสุกานดา โพธิ์ศรี(2546) ได้กล่าวถึง สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมที่ส่งผลกระทบต่อเด็กวัยเรียนในปัจจุบันว่า ในปี 2543 เด็กทั่วโลกกว่า4.7 ล้านคน ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ตายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจาก สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม สำหรับในประเทศไทย ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมเป็นภัยคุกคามที่มีผลต่อสุขภาพ ของเด็กในไทย จากปัจจัยเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมนำมาซึ่งการเจ็บป่วยของเด็ก ดังนี้ คือ

1. โรคระบบทางเดินอาหาร เกิดจากการได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย จากการกินอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดอีก ทั้งมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น การไม่ล้างมือให้สะอาด ก่อนการรับประทานอาหาร ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยในเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยในปี พ.ศ.2543 ข้อมูลกองระบาดวิทยาพบว่า เด็กในกลุ่มอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุดคือ จำนวน 354,077 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เช่นเดียวกับการเจ็บป่วย ด้วยโรคบิด ซึ่งพบว่า เด็กในกลุ่ม 0-4 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด คือ จำนวน 17,371 ราย ประมาณร้อยละ 43.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด

2. โรคระบบทางเดินหายใจ การสัมผัสฝุ่นละอองในอากาศของประชาชน มีความสัมพันธ์กับการตายก่อนเวลาอันสมควร และการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้อง กับระบบทางเดินหายใจ ฝุ่นละอองที่เกิดขึ้นภายนอกอาคาร ควรมีแหล่งจากเขม่า จากการเผาไหม้เชื้อเพลิง ฝุ่นจากถนน จากการเกษตรกรรม จากการก่อสร้าง และจากกระบวนการอุตสาหกรรม ฝุ่นละอองในอาคาร เกิดจากควันบุหรี่ และการใช้ถ่านในการหุงต้ม ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคไข้หวัด ภูมิแพ้กันมาก

3. โรคที่นำโดยแมลง แมลงที่เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ได้แก่ ยุง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออก ไข้มาลาเรีย โรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มอายุ 0-14 ปี โดยกลุ่มเด็กวัยเรียน ช่วงอายุ 5-14 ปี จะมีการเจ็บป่วยสูงถึง 12,372 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และเสียชีวิต 20 ราย โรคไข้มาลาเรีย จะพบผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ โดยในเด็กอายุ 0-14 ปี พบการเจ็บป่วย 11,180 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเสียชีวิต 6 ราย และโรคไข้สมองอักเสบ พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 0-14 ปี จำนวน 309 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด

4. โรคจากการได้รับสารพิษ ปัญหาการได้รับสารพิษในเด็ก อาจเกิดจากอุบัติเหตุ การจงใจทำร้ายตนเอง หรือเป็นสารพิษที่อยู่ในสภาพแวดล้อม โดยข้อมูลในเรื่องนี้ยังมีน้อย ขึ้นเพียงการศึกษาเฉพาะของสถาบันการศึกษา จากข้อมูลการได้รับสารพิษในเด็ก มี 2 ชนิด ได้แก่ สารกำจัดศัตรูพืช ในปี 2543 กองระบาดวิทยาได้รายงานพบผู้ป่วยเด็ก ในช่วงอายุ 0-14 ปี ที่ได้รับสารพิษจากการใช้สารเคมี กลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต คาร์บอนเนต และสารกลุ่มยาฆ่าหญ้า จำนวน 171 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด สารตะกั่ว เป็นสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพอย่างร้ายแรงต่อเด็ก หากได้รับปริมาณมากในวัยเด็ก จะมีผลโดยตรงต่อสติปัญญา ในช่วงเด็กอายุ 1-14 ปี โดยเฉพาะเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ญาติพี่น้อง ที่ต้องสัมผัสกับสารตะกั่ว หรืออาศัยอยู่ใกล้โรงตะกั่ว โรงงานแบตเตอรี่ โรงงานสี หรือโรงงานที่เกี่ยวข้องกับสารตะกั่ว ซึ่งอาจปล่อยสารตะกั่ว ออกมาปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม การปนเปื้อนของสารตะกั่วในมลพิษในอากาศ จากสาเหตุการจราจรค่อนข้างลดลง หลังจากมีนโยบายใช้น้ำมันเบนซินไร้สารตะกั่ว ตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา

5. การบาดเจ็บ เป็นสาเหตุการตายในเด็ก โดยในปี พ.ศ.2542 พบว่า เด็กไทยอายุ 1-14 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บทุกชนิด 2,961 คน คิดเป็นร้อยละ 33.4 ของการตายทั้งหมด และคิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 21.5 คนต่อเด็กแสนคน เด็กส่วนใหญ่ที่ตาย เป็นเด็กในครอบครัวที่มีรายได้น้อย และการศึกษาของผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดู

นอกจากปัญหาสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กแล้วปัญหาด้านพฤติกรรมในปัจจุบันก็มีผลต่อสุขภาพของเด็กเช่นเดียวกัน เบญจรัตน์ นุชนาฎ (2552) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กไว้ดังนี้ คือ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กแรกเกิดส่วนใหญ่ได้คัมมจากมารดาอย่างน้อย 4 เดือนแรก ในรายที่มารดาต้องออกไปทำงานต่างจังหวัด ทั้งเด็กให้ ดา ยาย เลี้ยงเด็กก็จะได้รับนมผสมหลังอายุ 4 เดือน พร้อมกับ

ได้รับอาหารเสริม เช่นกล้วยบด ข้าวบด ตับบด หรืออาหารตามแหล่งอาหารของชุมชน เช่น ปลา ไข่ เมื่อเด็กโตขึ้น ส่วนใหญ่เด็กจะรับประทานข้าวเหนียวกับอาหาร ส่วนใหญ่เป็นอาหารจากนมแม่ค้ำที่นำอาหารสดมาขาย เช่นเนื้อไก่ ไข่ ตับ ต้มปลา ผักต่าง ๆ บางอย่างก็ เป็นอาหารที่ทำได้ในชุมชน ส่วนผลไม้ มักเป็นผลไม้ในท้องถิ่น มะม่วงสุก สับปะรด มะละกอ เมื่อเด็กเข้าสู่วัยก่อนเรียน ซึ่งต้องเข้าไปอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนใหญ่ อาหารที่เด็กได้รับก็จะพิถีพิถันและมีประเภทหลากหลายมากขึ้น เช่น ขนมหวาน และอาหารที่มารดาหรือผู้ดูแลปรุงขึ้นเป็นพิเศษสำหรับเด็ก และพบว่าเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการบริโภคนมเป็นประจำทุกวันมีเด็กเล็กบางส่วนที่ยังมีปัญหาการบริโภคอาหาร เช่นเด็กทานอาหารยาก เด็กบางคนไม่ชอบทานผัก บางคนไม่ชอบทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เด็กส่วนใหญ่ชอบการรับประทานขนมขบเคี้ยว เมื่อเด็กเข้าสู่ชั้นประถมศึกษาได้รับอาหารของเด็กก็จะมีหลากหลาย มีทั้งอาหารที่ผู้ปกครองทำเองจากแหล่งอาหารในชุมชนเด็กก็จะรับประทานอาหารชนิดเดียวกับที่ผู้ปกครองครองรับประทาน แต่ในอาหารมื้อเช้าเด็กบางคนก็ได้รับประทานอาหารสำเร็จจากตลาด เช่น ข้าวผัด ไข่พะโล้ และของหวาน เช่น ลอดช่องที่ซื้อจากแม่ค้า และเด็กในวัยที่อยู่ในชั้นประถมศึกษาในมือกลางวันเด็กก็จะได้รับอาหารหลากหลายเมนูจากอาหารกลางวันทางโรงเรียนเตรียมให้และบางส่วนที่ผู้ปกครองเตรียมอาหารให้เด็กไปโรงเรียนด้วย และเด็กทุกคนจะได้รับนมอย่างน้อย 5 วัน ใน 7 วัน สำหรับในวัยที่เด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น หรืออยู่ในวัยที่ต้องศึกษาในระดับมัธยมศึกษาการรับประทานอาหารก็จะรับประทานอาหารชนิดเดียวกับปกครอง เช่น แกงหอย ผัก ผักกูด และพบว่าเด็กบางส่วนไม่รับประทานอาหารเช้า แต่จะดื่มนม และโอวัลตินแทนอาหารกันส่วนในมือกลางวันเด็กส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารตามร้านค้าในโรงเรียน เช่น ก๋วยเตี๋ยว ข้าวราดแกง ขนมจีน และการรับประทานขนมขบเคี้ยวระหว่างมือ และพบว่าเด็ก มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะนิสัยการกินของเด็กเล็กบางคน และพฤติกรรมในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง รวมทั้งพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และอาหารปิ้งย่างหรือรมควันที่มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ในประเด็นที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและอาหารหลัก 5 หมู่ และอาหารที่เหมาะสมกับเด็ก พ่อ แม่ ผู้ปกครองและเด็ก จะได้รับความรู้จากโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. การเลือกอาหารที่เหมาะสมปลอดภัยต่อสุขภาพของเด็ก ต้องรู้จักการเลือกว่าอาหารชนิดใดมีคุณค่า ปลอดภัย และมีประโยชน์ต่อร่างกาย

พฤติกรรมออกกำลังกาย

ใช้ออกแรงหรือออกกำลังกาย พบว่าในเด็กวัยก่อนเรียน จะมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกายจากกิจกรรมการเล่นกับเพื่อน ออกแรงในสนามเด็กเล่น เด็กในวัยก่อนเรียนกิจกรรมในห้องเรียนไม่ออกแรงมาก ส่วนในเด็กประถมศึกษาและเด็กที่อยู่ในวัยมัธยม มีโอกาสออกกำลังกายในคาบเรียนวิชาพลศึกษา และส่วนใหญ่มักจะรวมกลุ่มกันออกกำลังกายหลังจากเลิกเรียนในตอนเย็นทุกวัน ด้วยการเล่นฟุตบอล บอลเลย์บอล และบางส่วนก็ใช้วิธีการวิ่งและส่วนน้อยที่เป็นรูปแบบของการออกแรงเบา ๆ เช่น ช่วยผู้ปกครองทำงาน

บ้านเด็กส่วนใหญ่ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับการออกกำลังกาย แต่ยังคงขาดความตระหนัก และมักมีข้อจำกัดด้านสถานที่ในการออกกำลังกายและอุปกรณ์ในการเล่นมีไม่เพียงพอ

พฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพจิตตนเอง

จากการสังเกตและสอบถาม ในกลุ่มเด็กที่ พ่อแม่ไปทำงานต่างจังหวัด ในบางรายเด็กมักจะมีอาการซึม ร้องไห้ คิดถึงพ่อแม่ สังเกตจากช่วงเวลาที่ทราบข่าวพ่อแม่จะกลับมาเด็กมักจะแสดงอาการจิตใจ ร่าเริง และมีความกระตือรือร้น เด็กที่อยู่ในวัยมัธยมศึกษาจะมีภาวะความเครียดสูงกว่าเด็กในวัยประถมศึกษา เนื่องจากความเครียดในเรื่องการเรียน เช่น กลัวว่าจะเรียนสู้เพื่อนไม่ได้ หรือเรียนไม่ทันเพื่อน และ ในคนที่ต้องเรียนต่อ ก็เครียดเกี่ยวกับการเรียนต่อกลัวว่าจะสอบไม่ติด ยิ่งเรียนสูงยิ่งมีความเครียด มีส่วนน้อยที่มีความเครียดจากผู้ปกครอง เนื่องจากถูกผู้ปกครองบ่นเรื่องการเรียน และ การทำงานบ้าน หรือพ่อแม่ไม่ เข้าใจ แต่เด็กแต่ละคนก็มีวิธีในการระบายความเครียดของตนเอง และสามารถควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส ปล่อยวางและไม่คิดมากจึงไม่ได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง วิธีการคลายเครียดของเด็กแต่ละคน ก็จะเลือกวิธีที่ตนเองชอบ และคิดว่าสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือการ์ตูน หรือหนังสือบันเทิง เล่นเกมส์ ดูโทรทัศน์ และการ ไปพูดคุยกับเพื่อนเป็นกลุ่มมีส่วนน้อยที่รู้ถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดแต่บางครั้งก็ไม่สามารถระบายความเครียดให้เพื่อนรู้ได้

พฤติกรรมการส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม

ในสภาพแวดล้อม ในชุมชนบ้านปางสาม ถือว่าเป็นชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมและธรรมชาติที่สมบูรณ์ มีป่าไม้ที่สมบูรณ์ อาจจะมีปัญหามลพิษจากไฟฟ้าในฤดูแล้งชุมชนมีวิธีในการควบคุมมลพิษได้ ด้านที่พักอาศัยอยู่ในสภาพที่ถูกหลักสุขาภิบาล ส่วนน้อยที่ยังพบสภาพบ้านที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล แต่ทุกบ้านมีห้องน้ำที่เพียงพอ การกำจัดขยะของคนในชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่มีการคัดแยกขยะ และมีการกำจัดขยะกันเอง โดยวิธีเผาทำลาย และทิ้งในหลุมขยะของหมู่บ้านด้านการป้องกันสัตว์นำโรคในหมู่บ้านพบว่าทุกครัวเรือนมีการป้องกันโดยการนอนกางมุ้ง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก็มีการใส่มุ้งลวดเอาไว้ป้องกันยุงและแมลง และเด็ก ๆ มีการรณรงค์โดยการใส่ทรายอะเบตเพื่อทำลายลูกน้ำยุงลาย ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การใช้กับดักกำจัดหนู เด็กจะได้รับการปลูกฝังให้รักษาความสะอาดภายใน บ้าน และชุมชน เช่น การกางหญ้า การทำความสะอาดภายในบ้าน การปลูกต้นไม้ เนื่องในวันสำคัญต่าง ๆ และทำเป็นประจำทุกเดือน และจัดให้มีการประกวดกลุ่มสะอาด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชนปางสาม คือ ขาดความตระหนักในการทิ้งขยะให้ถูกที่ ขาดความรับผิดชอบ คนส่วนใหญ่มีความรู้ในการแยกขยะแต่ยังไม่คิดที่จะทำ

พฤติกรรมการเสพบุหรี่ยี่สุรา

พบว่ามียี่เด็กส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมในการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ เด็กที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่มีสาเหตุจากการทดลองสูบบุหรี่เพื่อนเป็นบางครั้งบางคราว และจะไม่สูบบุหรี่อยู่ที่บ้านและเด็กที่ดื่มสุรามักจะเลียนแบบพฤติกรรมการดื่มสุราจากผู้ใหญ่ และถูกเพื่อนชวนเข้ากลุ่ม โดยส่วนใหญ่แล้วเด็กได้รับทราบถึงโทษ

ของการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และก่อให้เกิดโรค เช่น ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทโดยได้รับความรู้จาก โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายของกลุ่มเด็กเอง

พฤติกรรมกรรมการรับการตรวจสุขภาพ

พบว่าเด็กส่วนใหญ่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ปกครองเป็นอย่างดี ผู้ปกครองมีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ของเด็ก โดยเฉพาะในเด็ก แรกเกิดถึง 6 ปีจะเห็นได้ว่าผู้ปกครองได้เห็นความสำคัญของการได้รับภูมิคุ้มกันโรค การได้รับการชั่งน้ำหนักและการดูแลด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ถ้าเด็กมีความผิดปกติก็จะขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และมีการพูดคุยระหว่างผู้ปกครองด้วยกันเอง ในเด็กประถมศึกษา นอกจากจะได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ปกครอง แล้ว ยังได้รับการดูแลสุขภาพจากครูที่ให้คำแนะนำ และช่วย

ดูแลได้ เมื่อมีการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ผู้ปกครองจะนำเด็กมารับบริการที่สถานอนามัย มีส่วนน้อยที่จะซื้อยาให้รับประทานเองก่อนถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงนำส่งสถานอนามัย หรือโรงพยาบาล ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการของหน่วยงานสาธารณสุข ที่ทำให้เด็กไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ คือเด็กบางคนที่อยู่กับผู้ปกครองที่ไม่ใช่ พ่อ แม่ แต่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ที่แก่มาแล้วความรู้ในการดูแลสุขภาพอาจมีน้อย และการเดินทางมายังสถานบริการ ไม่มีคนมาส่ง

3. รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน

การดำเนินการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ของประเทศไทยที่ผ่านมา มุ่งไปพัฒนาทางด้านการศึกษา และด้านสุขภาพ แต่การดำเนินการด้านการจัดการสุขภาพนั้น ไม่ใช่แค่เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยเท่านั้น คลาร์ก (Clark, 1999) ได้กล่าวถึง สุขภาพของเด็กวัยเรียน (Health of school-age children) ไว้ว่าประกอบด้วย มิติที่สำคัญ 6 ด้าน คือ ด้านชีวกายภาพ (Biophysical Dimension) ด้านจิตวิทยา (Psychological Dimension) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Dimension) ด้านสังคม (Social Dimension) ด้านพฤติกรรม (Behavioral Dimension) และระบบบริการสุขภาพ (Health care system Dimension) ดังนั้น กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องนี้ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ลดปัจจัยเสี่ยงในเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น ประกอบด้วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน เช่น โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งการดำเนินการด้านสุขภาพอนามัยเด็กที่ดำเนินการไปแล้ว เช่น การเสริมสร้างสุขภาพทั้งด้านการบริโภคอาหารของเด็ก ที่พบว่าเด็กได้รับประทานอาหารสำเร็จรูป และการรับประทานอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกาย ที่ไม่เหมาะสมในแต่ละวัย การดูแลรักษาสุขภาพจิตของเด็กในการจัดการความเครียดที่ชัดเจน การส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมการสูบบุหรี่, สุรา ชุมชนถือว่าไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเลียนแบบพฤติกรรมกรมการ

คืบคลานจากผู้ใหญ่ รูปแบบการรับการตรวจสุขภาพ หากมีปัญหาด้านสุขภาพ จะใช้วิธีขอรับคำปรึกษา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และมีการพูดคุยระหว่างผู้ปกครองด้วยกันเอง

รูปแบบที่เหมาะสมต่อการเสริมสร้างสุขภาพของเด็ก

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก คือต้องสร้างความเข้าใจให้พ่อแม่ ผู้ที่เลี้ยงเด็ก ให้เข้าใจในพฤติกรรมของเด็กแต่ละด้าน ในด้านการบริโภค ต้องเข้าใจ ในหลักโภชนาการ อาหารสะอาด เลือกอาหารครบ 5 หมู่ เด็กต้องทานอาหารในปริมาณที่ร่างกายต้องการและรับประทานทานครบทุกมื้อ การออกกำลังกาย พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมต้องเริ่มต้นจากทุกคนในครอบครัว และทั้งชุมชน เพราะถือว่าผู้ใหญ่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีกับเด็ก ต้องมีสถานที่ ที่เหมาะสม เช่น สนามเด็กเล่น ด้านสุขภาพจิต

พบว่าควรเริ่มที่ครอบครัวเป็นหลัก ใช้หลักความรัก ความผูกพัน มีกิจกรรมร่วมกัน ด้านสิ่งแวดล้อม ครอบครัวมีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับเด็ก ชุมชนต้องมีการจัดแหล่งเรียนรู้ให้เด็ก และเอื้อให้เกิดการพัฒนาการของเด็ก รูปแบบไม่เสปนุหรีและไม่คืบคลาน จากการศึกษาพบว่าคนในหมู่บ้านต้องร่วมใจกันดูแลสอดส่อง มีการพูดคุยและ ใช้กระบวนการทางประชาม เข้ามาดูแลเด็ก ร้านค้า และแหล่งเสี่ยงในชุมชน มณฑล คงปิ่น (2541) ได้กล่าวถึง พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพเด็กที่มีโรงเรียนเป็นฐาน และเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาเด็ก โดยการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรและผู้ปกครอง ผ่านกระบวนการให้ความรู้ การฝึกอบรม และการเป็นพี่เลี้ยงติดตามนิเทศร่วมกันกับครูใหญ่ และจัดทำแนวทางการพัฒนาเด็กอย่างเป็นองค์ที่เหมาะสมกับธรรมชาติและสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กผ่านการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

การทำงานได้ใช้กลวิธีสำคัญสองประการ คือ

- ชี้นำ ระดมแรงค์ ผลักดัน ให้เกิดการเคลื่อนไหว (Advocate) รวมทั้งการให้การสนับสนุนตาม

บทบาทหน้าที่ (Contribute)

- สร้างเสริมความสามารถ (Enable) และเพิ่มศักยภาพ (Empower) รวมทั้งชี้ความสามารถ

(Performance) ในการดูแลสุขภาพ

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ที่นำมาใช้ได้แก่

- การสร้าง Public Policy ที่เป็นของโรงเรียน ร่วมกันระหว่างครู โรงเรียน และผู้ปกครอง ภายใต้การสนับสนุนของผู้วิจัย ครูใหญ่ และผู้บริหาร โรงเรียน

- การสร้าง Healthy Environment ภายในโรงเรียน โดยการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

- การสร้างความเข้มแข็งให้กับเด็ก ครู ครอบครัว ชุมชนที่เกี่ยวข้อง ผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วม

ต่างๆ

- การพัฒนาทักษะและขีดความสามารถ รวมทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมทางสุขภาพ (Skill / Performance Enhancement) ทั้งของเด็ก ครู และผู้ปกครอง
- การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ และระบบข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ (Health Care Service / Information)

3.การมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ทั้งนี้ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่า การเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top - down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom - up) (สุทธิ วรรณประดิษฐ์, 2547)

ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

ดร.สรยุทธา จันสุข (2553) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่างๆของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง

อสิศรา ชูชาติ และคณะ (2538) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม ถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปการพัฒนา ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

ประพนธ์ ปิยะรัตน์ (2543) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การกระทำร่วมกันของบุคคลในการพัฒนามี 2 ลักษณะ คือ

1.การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (Participation as a mean) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรค วิธีของการนำทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว

2.การมีส่วนร่วมเป้าหมาย (Participation as a end) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ปัญหาและร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้น แม้โครงการจะสิ้นสุดแล้วก็ตาม แต่การมีส่วนร่วมก็ยังคงอยู่ตลอดไป ทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืน

ประพนธ์ ปิยะรัตน์(2543) ระบุว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนของชุมชนเป็นกระบวนการสำคัญ ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้มีมติประกาศหลักการที่สามของการพัฒนาระหว่างประเทศในปี 2543 ว่าเป้าหมายของการพัฒนาอยู่ที่ความสุขของประชาชนทั้งมวลล้วนหน้าโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกระจายผลประโยชน์ของการพัฒนาอย่างยุติธรรม

วรรณดี จันทรศิริ (2545) การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชน กลุ่ม องค์กร เครือข่าย และภาคีการพัฒนาในการดำเนินงานตามข้อเสนอโครงการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

อำนาจ อนันตชัย (2527 อ้างถึงใน วรรณดี จันทศิริ, 2545) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมว่า การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของงานดียิ่งขึ้น ประสิทธิภาพเกี่ยวกับหน่วยงาน มีโครงสร้าง นโยบาย การดำเนินงานและใช้วิธีการให้บรรลุถึง เป้าหมาย โดยวิธีการที่ดีที่สุดในสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกกับคุณภาพของคนในหน่วยงาน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ วางแผน และกำหนดกิจกรรมต่างๆร่วมกัน

ขั้นตอนของการสร้างการมีส่วนร่วม

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527 อ้างถึงใน วรรณดี จันทศิริ, 2545) กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้คือ

1. ร่วมทำการศึกษา ค้นคว้า ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผน นโยบาย หรือแผนงาน หรือ โครงการ หรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองและของหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้ (1.) ร่วมแสดงความคิดเห็น (2.) ร่วมสละทรัพยากรวัสดุ (3.) ร่วมสละแรงกาย (4.) ร่วมสละเวลา และจากลักษณะการมีส่วนร่วมดังกล่าวสามารถสรุปได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ร่วมคิด 2) ร่วมตัดสินใจ 3) ร่วมวางแผน 4) ร่วมดำเนินการ 5) ร่วมติดตามประเมินผล

ประเวศ (2532 อ้างถึงใน วรรณดี จันทศิริ, 2545) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นความคิดริเริ่มของท้องถิ่นในการทำให้เกิดการจัดองค์กรและการปรากฏขึ้นของผู้นำตามธรรมชาติ จากแนวความคิดเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่แล้วจะมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก จะแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยในส่วนของการละเอียดที่แยกย่อยลงไปเท่านั้น อย่างไรก็ตาม

ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้สรุปรวมแนวความคิดเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการศึกษาไว้ 5 ขั้นตอน เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการทำงานของสตรีในชนบท คือ

1. การมีส่วนร่วมศึกษาปัญหา
2. ร่วมวางแผนวางโครงการ
3. การมีส่วนร่วมปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมติดตามผลและ
5. ร่วมบำรุงรักษา

โดยสรุปแล้วเครื่องชี้วัดระดับการมีส่วนร่วม คือ ความเต็มใจ ตั้งใจ สนใจที่จะเสียสละทั้งแรงกาย แรงใจ ทรัพย์สิน วัสดุ โดยแสดงให้เห็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม เพื่อให้การสนับสนุนต่อสังคมโดยส่วนรวมและให้ท้องถิ่นนั้นๆ เกิดความรัก ความสามัคคี มีความคิดริเริ่มที่จะทำให้เกิดการจัดองค์กร อันจะก่อให้เกิดประโยชน์เป็นไปในทางที่ดียิ่งขึ้นตลอดไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

ตำราญ จิตมานะ (2537) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำสตรีในการพัฒนาชุมชน ได้แก่ สถานภาพในชุมชน ระดับการครองชีพ อำนาจตัดสินใจในครอบครัว การรับข่าวสารด้านการพัฒนาชุมชน การติดต่อสัมพันธ์กับผู้นำการเปลี่ยนแปลงของรัฐ การได้รับการยอมรับจากผู้นำที่เป็นทางการ ความรู้ความเข้าใจในหลักการพัฒนาชุมชน และเจตคติที่มีต่อการมีส่วนร่วมของสตรีในการพัฒนาชุมชน

เกียรติศักดิ์ (2536 อ้างถึงใน วรรณดี จันทศิริ, 2545) ได้เสนอปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมไว้ 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยของสิ่งจูงใจ หมายถึง การที่ประชาชนจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ นั้น คือ ประการแรก ตนจะได้ผลตอบแทนในสิ่งที่ทำไป และประการที่สอง การได้รับการบอกกล่าวหรือได้รับการชักชวนจากบุคคลอื่นให้เข้าร่วม

2. ปัจจัยโครงสร้างของโอกาสหรือช่องทางในการเข้าร่วม หมายถึง ช่องทางการมีส่วนร่วม และมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับหลังการมีส่วนร่วม ดังนั้นพื้นฐานทางด้านโครงสร้างของการมีส่วนร่วม ควรมีลักษณะดังนี้ คือ ประการแรกเปิดโอกาสให้ทุกคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ประการที่สอง มีการกำหนดเวลาของการมีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนสามารถกำหนดเงื่อนไขตามสภาพความเป็นจริง ประการที่สาม มีการกำหนดลักษณะของกิจกรรมที่แน่นอนว่าจะทำอะไร

3. ปัจจัยด้านอำนาจ ในการส่งเสริมกิจกรรมของการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนสามารถกำหนดเป้าหมายวิธีการและผลประโยชน์ของกิจกรรมได้

ชูเกียรติ (2536 อ้างถึงใน วรรณดี จันทศิริ, 2545) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีส่วนร่วมออกได้ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ

2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม
3. ปัจจัยทางการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การติดต่อสื่อสารทั้งการสื่อสารมวลชนและ
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ สิ่งจูงใจ โอกาส และอำนาจ เป็นต้นเงื่อนไขของการ

มีส่วนร่วม

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็น การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การตีพิมพ์ประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นส่วนหนึ่งกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ

(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

รูปแบบการมีส่วนร่วม

- การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง - เกิดจากการรวมตัวกันโดยสมัครใจ หรือรวมกลุ่มกันเอง โดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากภายนอก

- การมีส่วนร่วมแบบชักนำ - เกิดจากการที่ผู้มีอำนาจชี้แนะ หรือสนับสนุน ผลักดันให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามา มีโอกาส และบทบาท
- การมีส่วนร่วมแบบบังคับ - เกิดจากการที่ผู้มีอำนาจจัดการ และดึงผู้เกี่ยวข้องเข้ามาจัดวาง และแสดงบทบาทอย่างไม่เต็มใจ

(พีรธร บุญยรัตน์,2544)

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษา

ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (2547) ได้นำเสนอความคิดเห็นผ่านบทความ “แลหน้าเศรษฐกิจ สังคมไทย” สรุปการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชนได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่รัฐเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้เป็นการ มองมาจากเบื้องบนหรือจากรัฐ ประชาชนเป็นเพียงผู้คอยรับนโยบายและปฏิบัติตาม
2. การมีส่วนร่วมที่เกิดจากความต้องการของประชาชนด้วยความสมัครใจ โดยที่รัฐ คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือคอยอำนวยความสะดวกเท่านั้น

ทั้งนี้ จากการที่กฎหมายได้กำหนดบทบาทของท้องถิ่นกับการจัดการศึกษาในสาระ มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ที่ ระบุไว้ว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิจัดการศึกษาในระดับใดระดับหนึ่งหรือทุกระดับตามความ พร้อม ความเหมาะสม และความต้องการภายในท้องถิ่น ทั้งนี้ วิจิต นันทสุวรรณ และจันทน์ แรกพิณิจ (2541 : 21-29) ได้นำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาไว้ดังนี้

1.รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง การจัดการศึกษาในลักษณะนี้ เกิดจาก ความสามารถและความต้องการของคนในชุมชน ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและ ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในชุมชน โดยยึดหลักให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยไม่ยึดจำกัดของ ระยะเวลา สถานที่ เพศ และอายุ เป็นการเปิดโอกาสให้คนได้เรียนรู้ตามอัธยาศัยที่แท้จริง ชุมชนได้เข้ามา มีบทบาทหลักในการจัดการศึกษา ทั้งนี้ รูปแบบการมีส่วนร่วมตามแนวทางนี้ ต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 อย่างที่ มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ คน ความรู้ และทรัพยากร โดยมีกระบวนการดำเนินการ คือ

1. การวิเคราะห์ – สังเคราะห์ ปัญหาชุมชน
2. หาทางออกที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต
3. ดำเนินการสร้างกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนได้แก้ไขปัญหามีอยู่
4. ประเมินผลกิจกรรม

โดยการกำหนดเนื้อหาหรือกิจกรรมการเรียนรู้ จะเริ่มจากจุดเล็กๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันแล้ว ขยายออกไปสู่เนื้อหาหรือกิจกรรมที่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทั้งหมด

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของโรงเรียน ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งกับโรงเรียนในการสร้างหลักสูตรท้องถิ่นที่สัมพันธ์ และสอดคล้องกับความเป็นจริงของสภาพชุมชน สนองความต้องการ และวิถีชีวิตของชุมชนในท้องถิ่น โดยบุคคลในท้องถิ่น เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้รู้ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง มาจัดทำหลักสูตรท้องถิ่นและประเมินผล

3. รูปแบบการเชื่อมประสานการจัดการศึกษาระหว่างโรงเรียนกับชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะกับชุมชนที่มีกระบวนการเรียนรู้ที่เข้มแข็ง มีองค์กรชุมชนเพื่อจัดการเรียนรู้ร่วมกัน มีเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนอื่น

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษา ตามที่ได้กล่าวมานั้น สรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษานั้น นอกจากจะเป็นการมีส่วนร่วมทั้งกับโรงเรียนในการพัฒนา การจัดการเรียนการสอนแล้ว นอกจากจะเป็นการมีส่วนร่วมทั้งกับโรงเรียนในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแล้ว ยังเป็นไปในลักษณะของการร่วมกันจัดการศึกษาให้แก่คนในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนนั้น ๆ ด้วยบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในระดับสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะพัฒนาความรู้ ทักษะ ของเกษตรกร ซึ่งเป็นประชาชนนอกระบบโรงเรียนในชุมชน จึงกำหนดใช้รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง โดยมุ่งหมายให้กลุ่มประชากรในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และชุมชนได้ต่อไปอย่างยั่งยืน

จากการศึกษาทฤษฎี หลักการ แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผล ต่อความต้องการของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ทั้งนี้ ในการที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมต้องคำนึงถึง วิธีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติ ของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เพราะกลุ่มคนในชุมชน มีความแตกต่างกันใน ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางเศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนโดยสรุปมีขั้นตอนทั้งสิ้น 5 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์ - สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน 2) การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต 3) การกำหนดกิจกรรม 4) การดำเนินกิจกรรม และ 5) การประเมินผลกิจกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออก โดยมีรายละเอียดของการวิจัย ดังนี้

ประชากร ประกอบด้วย โรงเรียนและชุมชนที่โรงเรียนตั้งอยู่ในภาคตะวันออก

กลุ่มตัวอย่าง เป็น โรงเรียนและชุมชนในภาคตะวันออก ที่สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากจังหวัดในภาคตะวันออก 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระยองและจังหวัดสระแก้ว จากจังหวัดเลือกพื้นที่ที่ศึกษา มาจังหวัดละ 1 พื้นที่ที่มีความพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมของการวิจัยซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1. มีหน่วยบริการสาธารณสุขประจำตำบล ได้แก่ สถานีอนามัย และหรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่
2. พยาบาลวิชาชีพยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและการติดต่อประสานงานในการดำเนินการวิจัยกับองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ที่ศึกษา
3. มีโรงเรียนที่จัดการศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษาตอนต้น ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้นและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. องค์กรปกครองท้องถิ่นในของพื้นที่นั้นยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

จากเกณฑ์ดังกล่าวเลือกได้พื้นที่ที่ศึกษา 2 แห่ง ได้แก่

1. พื้นที่ชุมชนชนบทกึ่งเมือง 1 แห่ง สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีโรงเรียนที่รับนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 1 แห่ง มีสถานีอนามัยประจำตำบล 2 แห่ง เลือกศึกษา 1 แห่งตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งมีหมู่บ้านในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยที่ศึกษา 3 หมู่บ้าน เพื่อการศึกษาการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 หมู่บ้าน
2. พื้นที่ชุมชนเขตเมือง 1 แห่ง สังกัดเทศบาลตำบล มีโรงเรียนที่รับนักเรียนตั้งแต่ชั้นระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดเทศบาล จำนวน 1 โรงเรียน มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในสังกัดเทศบาลตำบลแห่งนี้ที่ตั้งอยู่ข้างเทศบาล 1 แห่ง หน่วยบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit ..PCU.) ของโรงพยาบาลชุมชน มีชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาล 10 ชุมชน เลือกศึกษาการมีส่วนร่วมของ 2 ชุมชน ที่พยาบาลที่รับผิดชอบการบริการ

สุขภาพในพื้นที่และหัวหน้าฝ่ายการศึกษา ฝ่ายคุณภาพชีวิตและฝ่ายสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล
พิจารณาเห็นชอบร่วมกัน

ทำการศึกษามีส่วนร่วมของผู้แทนองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชน ประกอบด้วย 1) พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ตัวแทนของครอบครัวของเด็กนักเรียน 2) ผู้อำนวยการ โรงเรียน คณะกรรมการ โรงเรียน ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ครูผู้เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กนักเรียน เด็กนักเรียนอาสาสมัครที่มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่เพื่อน ๆ นักเรียนในโรงเรียนและในชุมชน 3) พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่ 4) นายกเทศมนตรีเทศบาล รองนายกเทศมนตรีฝ่ายสวัสดิการสังคมและการศึกษา ฝ่ายคุณภาพชีวิต ฝ่ายสิ่งแวดล้อม ปลัดเทศบาล หัวหน้าฝ่ายแผนงาน หัวหน้างานอนามัยและสิ่งแวดล้อม ประธานสภาเทศบาล คณะกรรมการสภาเทศบาล นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัด หัวหน้าสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 5) ผู้นำและแกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้านประธานชุมชน สมาชิก อบต. ประจําหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 6) ผู้แทนองค์กรอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน ประชาชน (ผู้ที่สนใจร่วมประชาคม)

ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้ดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาโครงการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยเน้นการพัฒนาการมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ในขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินงานดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

ขั้นประสานงานและเตรียมการ

- 1) ติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมการวิจัย
- 2) ประสานงานร่วมกับพยาบาลประจำหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ไปยังหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองท้องถิ่น โรงเรียนและชุมชนกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมการวิจัย
- 3) เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จากองค์การปกครองท้องถิ่นแล้ว ได้ขอความอนุเคราะห์ในการประสานงานไปยังผู้นำและแกนนำชุมชนที่เป็นพื้นที่ตัวอย่าง

ขั้นตอนการปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน

1) ทำการประเมินปัญหาาร่วมกันระหว่าง ผู้วิจัยและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน โดยเชิญประชุมผู้แทนองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชน เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชนตามองค์ประกอบหรือมิติต่าง ๆ ของผู้นำองค์กรเหล่านั้น แต่เนื่องจากผู้แทนองค์กรต่าง ๆ มีเวลาที่จะประชุมกันได้ไม่พร้อมเพรียงกัน คณะผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) ผู้แทนองค์กรต่าง ๆ ครั้งละประมาณ 5-15 คน ที่สามารถนัดเวลาตรงกัน ได้ ทำการประชุมวิเคราะห์สภาพปัญหาดังกล่าวพื้นที่ละ 2-3 ครั้ง ตลอดจนการแยกประเมินปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชน โดยทำการประชุมผู้นำชุมชนร่วมกับประชาชนที่สนใจในหมู่บ้าน/ชุมชนต่าง ๆ ชุมชน ละ 1 ครั้ง รวมทำประชาคม 5 ครั้งมีผู้ร่วมประชาคมครั้งละ 35 – 86 คน การประชาคมดังกล่าวดำเนินการในวันที่ปกติมีการประชุมชาวบ้านของแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชนอยู่แล้ว ปกติการประชุมชุมชนจะพิจารณาเรื่องปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน ตลอดจนการแจ้งเรื่องราวที่ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำการปกครองไปร่วมประชุมที่อำเภอมา สถานที่ประชุมเป็นบ้านผู้ใหญ่บ้าน หรือบางที่ใช้ศาลาเอนกประสงค์ในชุมชนเป็นที่ประชุม

โดยมีสาระของการประชาคมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพร่วมกันของชุมชน มีสาระเช่นเดียวกับการประชุมผู้นำองค์กร ผู้วิจัยเป็นผู้สรุป และตรวจทานผลการสรุปต่อที่ประชุมโดยการจัดทำแผนที่จินตภาพ (Mind map) สรุปผลหลังการประชุมทุกครั้ง การประชุมแต่ละครั้งคณะผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (monitor and facilitator) ในการประชุม แต่การนำการประชุมเป็นบทบาทของผู้นำขององค์กรต่าง ๆ ได้แก่ นายก อบต. หรือ ผู้อำนวยการ โรงเรียน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชนในนำการประชุมในกลุ่มต่าง ๆ

2) วิเคราะห์สาเหตุแห่งสุขภาพเด็กวัยเรียนร่วมกัน จากประเด็นการประเมินปัญหาสุขภาพผู้นำ อบต. ผู้นำองค์กร โรงเรียน หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ร่วมกันโดยการสาเหตุแห่งปัญหาร่วมกัน อภิปรายเกี่ยวกับความสำคัญของการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน และผลต่อการพัฒนาคุณภาพเด็ก สังคม และประเทศชาติ โดยคณะผู้วิจัยในฐานะตัวแทนจากสถาบันการศึกษาทางด้านสุขภาพ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ตลอดจนความสำคัญของการดูแลจัดการสุขภาพร่วมกันขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนของผู้แทนองค์กรในชุมชน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปและตรวจทานผลการสรุปต่อที่ประชุม กิจกรรมดังกล่าวผู้แทนองค์กรต่าง ๆ ร่วมวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน โดยดำเนินการที่โรงเรียนและสำนักงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น

391.91

01494

ณ.3

3) การวางแผนจัดการการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ผู้แทนองค์กร ผู้นำชุมชน และคณะผู้วิจัย ทำการวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการทำประชาคม ระดมความคิดถึงรูปแบบที่ดีในการจัดการสุขภาพในโรงเรียนและชุมชน และวางแผนองค์กรต่าง ๆ และคณะผู้วิจัยได้ร่วมกันออกแบบ และร่วมดำเนินการจัดการบริการสุขภาพในโรงเรียนและตามแผนการทำงานร่วมกัน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งทำหน้าที่ในการบริหารงบประมาณสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินการ สถานศึกษาจัดทำโครงการและกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพเด็ก สถานบริการสาธารณสุขรับผิดชอบเรื่องการบริหารความรู้วิชาการ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการของกิจกรรมต่อไป ผลการดำเนินงานได้นำเสนอในบทที่ 4

4) การดำเนินกิจกรรม ตามที่องค์กรก่อนต่างๆ ได้มีส่วนร่วมกันคิด วางแผน

5) การติดตามประเมินผลและความต่อเนื่องที่องค์กรจะดำเนินการต่อไป โดยในทุกส่วนขององค์กรร่วมกันติดตามประเมินผล โดยสถานศึกษาจะเป็นหลักเนื่องจากใกล้ชิดกับเด็กวัยเรียนมากที่สุด

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้แก่

1.1 ผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพ มีประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพ การจัดการศึกษา และการปฏิบัติงานในชุมชนทุกคน ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยทำหน้าที่ ประสานงาน กระตุ้น อำนวยความสะดวกในกระบวนการพัฒนาของชุมชน การเก็บข้อมูลผลการปฏิบัติการ สะท้อนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง สรุปผลกิจกรรมการปฏิบัติการ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมของทุกคนโดยการประชุมซักซ้อมความเข้าใจในเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ทุกครั้ง ทำการตรวจทานความคิด และผลสรุปการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ตลอดจนการประเมินการปฏิบัติหน้าที่แต่ละครั้งเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการทำงานให้ดีขึ้นในครั้งต่อไป

1.2 ผู้ช่วยวิจัย เป็นเจ้าหน้าที่งานธุรการ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 1 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 4 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตจำนวน 1 คน โดยผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนจะมีช่วยรับผิดชอบในการอำนวยความสะดวกและร่วมในกระบวนการ

ปฏิบัติการในการวิจัยตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายในแต่ละครั้ง ผู้ช่วยวิจัยทุกคนได้รับการอบรมให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละกิจกรรมเป็นอย่างดี

1.3 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในกิจกรรมของการวิจัย ถือเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชนโดยมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมการรูปแบบที่ได้จากกิจกรรมการปฏิบัติการพัฒนานั้น การดำเนินการดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างทุกคนดำเนิน ไปอย่างอิสระตามศักยภาพและบทบาท หน้าที่ ทางสังคมของตนเอง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกผลการสังเกตและสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง มีแต่ประเด็นคำถามหลัก ที่ใช้บันทึกข้อมูลกระบวนการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน

2.2 เครื่องบันทึกภาพ สำหรับบันทึกภาพเอกสาร และกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ทั้งที่ดำเนินการอยู่ก่อนและในระหว่างการวิจัยปฏิบัติการพัฒนาในชุมชน เพื่อประโยชน์ในการตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

2.3 เครื่องบันทึกเสียง สำหรับบันทึกการสัมภาษณ์ และการจัดกิจกรรมการปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

ข้อมูลที่ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อถือได้ด้วยวิธีสรุปย้อนกลับให้แหล่งข้อมูลโดยตรงเพื่อยืนยันและตรวจทานความถูกต้องด้วยวาจาหลังการปฏิบัติการกิจกรรมทุกครั้ง ตลอดจนการนำเสนอข้อมูลในที่ประชุม ในการประชุมเพื่อให้มีโอกาสตรวจทานข้อมูล สะท้อนความคิดเพิ่มเติม และยืนยันความถูกต้องของข้อมูลต่าง ๆ ก่อนออกจากพื้นที่อีกครั้ง

การเก็บข้อมูลการวิจัย

กระทำโดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ธุรการซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูลตลอดโครงการ ซึ่งผ่านการอบรมให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และแนวทางการสรุปวิเคราะห์บันทึกผล ทำการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การบันทึกภาพ บันทึกเสียง จากการศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีให้ข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน (Triangulation method) และการสะท้อนข้อมูล (Reflection) ให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้ยืนยันความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสรุปในที่ประชุม ในการประชุม การสังเกต เอกสาร ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลต่าง ๆ ได้นำมาถอดเป็นคำบรรยายและบันทึกด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นที่ได้ นำข้อมูลที่จัดหมวดหมู่ไว้มาสรุปเป็นผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2552 (รายละเอียดในภาคผนวก) การเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นตัวแทนขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยเรียนในชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ในทุกขั้นตอน ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสซักถามถึงกิจกรรม และขั้นตอนต่างๆของการวิจัยจนแน่ใจว่ามีความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อให้สามารถตัดสินใจที่จะตอบคำสัมภาษณ์ของโครงการวิจัยได้อย่างอิสระ และสามารถถอนตัวออกเมื่อไรก็ได้หากไม่ยินดี หรือไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลต่อ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หรือการดำเนินชีวิตต่อไป ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะใช้เพื่อการนำเสนอเป็นภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยินดีให้ความร่วมมือ และลงนามในเอกสารยินยอมให้ให้ข้อมูลด้วย บางส่วนยินยอมให้ข้อมูลแต่ไม่สะดวกที่จะลงนามในเอกสารยินยอม ไม่มีผู้ใดเมื่อได้รับการชี้แจงแล้วไม่ร่วมมือที่จะให้ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสาระสำคัญนำเสนอ 3 ส่วน คือ

1 ข้อมูลทั่วไป

2 รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและในชุมชน

3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษามีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ พื้นที่ที่ศึกษาเป็นชุมชนชนบทกิ่งเมือง 1 ตำบล และชุมชนเมือง 1 ตำบล ลักษณะทั่วไปของชุมชนทั้ง 2 ตำบลมีดังนี้

1) ชุมชนชนบทกิ่งเมือง อำนาจการปกครองขึ้นกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนผลไม้ ฝรั่ง พารา ทุเรียน และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ลักษณะครอบครัวมีทั้งครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย บางครอบครัวเป็นคนต่างพื้นที่ย้ายมาเพื่อทำการประกอบอาชีพ เมื่อเจ็บป่วยประชาชนนิยมไปรับบริการที่สถานีอนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ในตำบลที่ศึกษามีศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง เลือกศึกษา 1 แห่งที่มีพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งจะได้รับการพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากกระทรวงสาธารณสุข อยู่ห่างจากโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอประมาณ 7 กิโลเมตร มีพื้นที่ที่สถานีอนามัยรับผิดชอบ 3 หมู่บ้าน และโรงเรียน 1 แห่ง ที่จัดการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น

2) ชุมชนเมือง ที่ตั้งอยู่ในเขตการปกครองเทศบาลตำบล ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย เป็นพื้นที่เขตการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน 1 แห่ง มีศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล 1 แห่ง มีชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลจำนวน 10 ชุมชน และมีโรงเรียน 1 แห่ง ระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นโรงเรียนนำร่องของการถ่ายโอนโรงเรียนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศูนย์รวมกีฬา (sport complex) ประกอบด้วย สนามเทนนิส บาสเกตบอล ทรูกรีฑา ปิงปอง แบดมินตัน สระว่ายน้ำสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก ซึ่งก่อสร้างโดย

งบประมาณของเทศบาล ที่เปิดให้ประชาชนมาใช้ออกกำลังกายได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยประชาชนนิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน และหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยก็ใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาล ซึ่งไม่ได้อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2 ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน จากการศึกษาข้อมูลโดยการมีส่วนร่วมในการประชุมของชุมชนในหมู่บ้านจำนวน 5 ร่วมกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้บริหารองค์กรต่าง ๆ ให้ความตระหนักห่วงใยต่อภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนดังนี้

1) พฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้แทนองค์กรเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้แก่

1.1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารและของว่างที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารนมกรูบรอบ นมใส่สี ชอบคั้นน้ำอัดลม ซึ่งมีขายทั่วไปในโรงเรียน และร้านค้าชุมชน การไม่รับประทานอาหารเช้า ส่งผลให้เกิดปัญหาทำให้เด็กเป็น โรคอ้วน ขาดสารอาหาร โรคฟันผุ และปัญหาสุขภาพอื่นๆตามมา การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การรับประทานอาหารจำนวนมาก ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการในเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองของเด็กส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาหารเอง แต่ไปซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จหรือที่เรียกว่ากับข้าวถุงซึ่งมีขายตามตลาดในชุมชน บางร้านมีการประกอบอาหารไม่ถูกสุขลักษณะมีการปนเปื้อนสารพิษ ใส่มงชูรส ทำให้เด็กได้รับสารพิษในอาหารและบางครั้งได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ

1.2) พฤติกรรมใช้สารเสพติดและการแพร่ระบาดของสารเสพติดในชุมชน เป็นปัญหาด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่องค์กรชุมชนส่วนใหญ่วิตกกังวล เพราะเป็นส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัวและชุมชน หลายด้าน ซึ่งมีทั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดให้โทษ เช่น ยาบ้า และ สารเสพติดที่ปกครองและประชาชนในชุมชนเสพให้เห็นเป็นแบบอย่างได้แก่ บุหรี่ สุรา

1.3) พฤติกรรมเล่นเกมสื่อกอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต การที่เด็กใช้เวลาวันหนึ่งมากกว่า 3 ชั่วโมง ในการเล่นเกมสื่อกอมพิวเตอร์ และทางอินเทอร์เน็ต หรือจนทำให้เด็กมีกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ไม่สนใจการเรียน ทำให้มีผลสุขภาพ สติปัญญา อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กวัยเรียน

1.4) พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น สาเหตุเกิดจาก พ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็ก ไม่มีเวลาใกล้ชิดกับบุตร เนื่องจากต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว การขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัวทำให้เด็กแสวงหาความรัก จากเพื่อนต่างเพศ ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นำไปสู่ปัญหาการทำแท้ง หรือการเลี้ยงดูบุตรได้ไม่ดีตามมา

1.5) พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เสี่ยงต่ออันตรายของเด็กวัยเรียน และเป็นการรบกวนผู้อื่น รวมทั้งพฤติกรรมการไม่สวมหมวกนิรภัย ขณะขับขี่

1.6) พฤติกรรมการใช้ความรุนแรง เป็นพฤติกรรมที่ถูกกล่าวถึงปัญหาที่เกิดเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่นของชุมชน

2) การเจ็บป่วยทางร่างกาย ผู้แทนองค์กรได้ให้ความสำคัญกับการป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงจากประสบการณ์และข้อมูลที่ทราบถึงการเสียชีวิตของเด็กในหมู่บ้านอื่น และ การป่วยด้วยโรคที่พบบ่อย ได้แก่

2.1) โรคไข้หวัด เป็นโรคอันดับแรก ๆ ที่ชุมชนและองค์กรนึกถึง เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อย ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอากาศ แต่ชุมชนและองค์กรชุมชนก็ไม่ได้แสดงความวิตกกังวลอะไรมากนัก เพราะสามารถดูแลรักษาให้หายและป้องกันได้ หากมีอาการเรื้อรังก็จะรีบพาไปสถานบริการสุขภาพ

2.2) โรคฟันผุ เป็นปัญหาเกี่ยวเนื่องจากที่ พฤติกรรมที่เด็กชอบรับประทานขนมกรุบกรอบไส้ดี การแปรงฟันไม่ถูกวิธี รวมทั้งร้านค้าที่ขายขนมในชุมชนสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานลูกอม และการรักษาความสะอาดในช่องปากที่ไม่เพียงพอ โดยมองว่า การจัดการป้องกันปัญหานี้เป็นเรื่องของ โรงเรียนที่เด็กศึกษาอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

2.3) โรคไข้เลือดออก เป็นโรคที่เป็นแล้วอาจถึงแก่ชีวิต แม้จะมีการณรงค์ป้องกันกันอย่างกว้างขวาง แต่ไข้เลือดออกก็ยังคงมีการระบาดในชุมชนเกิดขึ้นเกือบทุกปี ทำให้ชุมชนและองค์กรชุมชนเป็นห่วงและให้ความสำคัญกับเรื่องไข้เลือดออก

2.4) โรคอ้วน เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การกินขนม กรุบกรอบ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบด้วยแป้ง น้ำตาล เป็นอาหารที่ไม่มีประโยชน์ รวมทั้งการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ทำให้ทุกชุมชนเกิดปัญหาเด็กอ้วนมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและในชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลของพื้นที่ดังกล่าวพบว่าองค์กรในชุมชนก็มีความตระหนักในการจัดการสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยการจัดกิจกรรม หรือ โครงการเฉพาะในเด็กและเยาวชน และการบูรณาการไปในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน โดยมีรูปแบบและวิธีการ พอสรุปได้ดังนี้

องค์กรหลักที่สำคัญในชุมชนมีการดำเนินการด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนผ่านทางกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การดำเนินการด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน โดยให้ความสำคัญและเน้นที่การปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้มีการจัดการ ดังนี้

2.1.1 โรงเรียนจัดให้มีการขายอาหารมื้อหลักตลอดทั้งวัน ในโรงอาหารของโรงเรียนจะมีร้านค้าอาหารให้เด็กนักเรียนสามารถซื้อรับประทานได้ โดยเฉพาะอาหารที่ถือเป็นอาหารหลัก ได้แก่ ข้าว ถั่วเขียวจะต้องมีจำหน่ายให้เด็กสามารถซื้อได้ตลอดทั้งวัน ขณะที่โรงเรียนโดยทั่วไปจะจำหน่ายเฉพาะเวลาเที่ยง หลังจากนั้นก็จะหยุดจำหน่าย ตงเหลือแต่ร้านที่จำหน่ายขนมและเครื่องดื่มเท่านั้น การดำเนินการดังกล่าวด้วยเหตุผลที่ว่าอาหารหลักที่จัดจำหน่ายเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน เมื่อนักเรียนหิวสามารถซื้ออาหารรับประทานได้ตลอดเวลา ซึ่งแตกต่างกับการที่โรงเรียนจำหน่ายอาหารหลักเฉพาะเวลาเที่ยงวัน เวลาอื่น ๆ เมื่อเด็กหิวก็จะไปซื้อขนม น้ำหวาน ที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้ทางโรงเรียนไม่มีการจำหน่ายน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ เพื่อให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ต้องไปซื้อขนมกรุบกรอบกินในเวลาหิว ดังคำกล่าวที่ว่า

“สำหรับโรงเรียนของเราจัดระบบอาหารไม่เหมือนที่อื่น ผมยึดมาจากมหาวิทยาลัย ถ้าเราขายอาหารเฉพาะช่วงเที่ยง 11.30 น – 12.30 น. ข้าวโมงเดียว เด็กได้เงินมา 30 บาท กินข้าว 1 งาน 10 บาท อยู่ในกระเป๋าอีก 20 ซื้อน้ำ 1ขวด 5 บาท อีก 15 บาท เด็กอิมแล้วครับ เด็กก็เก็บเงินนี้ไว้ พอเลิกเรียนก็ไปซื้อร้านค้า เงินรั้วไหลออกไป เด็กเอาเงินไปซื้อขนมถุง ๆ แต่ของเรานี้ห้ามขายขนมกรุบกรอบ ห้ามขายน้ำอัดลม ให้เค้าทาน(อาหารหลัก) ได้ทั้งวัน ไม่มีน้ำอัดลม ไม่มีอาหารกรุบกรอบ เงินรั้วไหลไปไหน เงินที่ได้ อะไรที่ไม่ถูกต้องเราจัดการเองหมด”

ที่นี้เราไม่มีปัญหาเด็กอ้วน ทั้งโรงเรียนมีเพียง 1-2 คน แทบจะไม่มีเลย เราจัดให้มีการขายอาหารที่โรงอาหารเหมือนมหาวิทยาลัย ผมไปเรียนปริญญาโทที่มหาวิทยาลัย คิดว่าดี ก็เลยมาปรับที่โรงเรียน เด็กว่างจากการเรียน หิวเมื่อไร ก็ซื้ออาหารกินอิมได้ ไม่ต้องไปซื้อขนมกรุบกรอบกิน”

2.1.2 ไม่อนุญาตให้ขายอาหารที่ไม่มีประโยชน์ในโรงเรียน เพื่อควบคุมปริมาณอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่น น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ อาหารที่ไม่สะอาดในโรงเรียน รวมทั้งกำหนดเป็นนโยบายการจัดการเรื่องนี้โดยการห้ามรถเข็นขายอาหารมาขายในโรงเรียนด้วย

“ร้านขนมโรงเรียนเราจะไม่มีให้ มีแต่ร้านผลไม้ พวกน้ำมะพร้าว น้ำลำไย พวกฝรั่ง มันแกว”

“เราขอร้องไม่ให้ขายขนมถุง น้ำอัดลมในโรงเรียนได้ แต่ตอนเย็นก็มีคนมาขายรอบ ๆ รั้ว และในชุมชนก็ยังมีการขายกันอยู่ พ่อแม่เด็กก็ซื้อให้กินอยู่ดี”

“จะมีพ่อค้า แม่ค้า ที่เรารอเขาไม่ให้เข้ามาขาย ถ้าเด็กซื้อ (ขนมกรุบกรอบ) แต่เราจะไม่ให้อาหารทานในโรงเรียน”

2.1.3 การจัดตั้งธนาคารโรงเรียนมีส่วนแก้ไขปัญหาโภชนาการของเด็ก การจัดตั้งธนาคารดำเนินการ โดย ให้เด็กที่สมัครใจและเป็นผู้นำนักเรียนมาจัดทำสมุดฝากเงิน โดยมีครูในโรงเรียนเป็นผู้ดูแล โดยเด็กที่มีเงินเหลือจากค่าขนมในแต่ละวันสามารถนำมาฝากไว้ที่ครู การให้เด็กนำเงินมาฝากจะช่วยพัฒนาทักษะในการเก็บออมของเด็กแล้ว ยังช่วยลดปริมาณการซื้ออาหารที่ไม่มีประโยชน์จากภายนอกมารับประทาน แทนการนำไปซื้อขนมกรุบกรอบรับประทาน และนอกจากนี้ยังเป็นการปลูกฝังนิสัยการออมให้เด็กอีกทางหนึ่งด้วย

“ตอนเย็นเลิกเรียน เด็กก็เอาเงินมาฝากธนาคาร โรงเรียน ได้ดอกเบี้ย แข่งขันกัน ไม่ต้องมีเงินเหลือ ไปซื้อขนมหน้าโรงเรียน เป็นมานานแล้ว หน้าโรงเรียนเลยไม่มีรถเข็นมาขายขนม”

2.1.4 การจัดให้เด็กวัยเรียนและเด็กเล็กได้ดื่มนมทุกวัน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากอบต. ให้เด็กได้ดื่มนมฟรี ตั้งแต่ชั้น ป.1-ป.6 เพื่อให้เด็กในชุมชนได้รับอาหารที่มีประโยชน์ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย และเมื่อเด็กอ้วนก็ช่วยลดปริมาณการซื้ออาหารที่ไม่มีประโยชน์ด้วย

“ที่อบต. สนับสนุนให้เด็กดื่มนมฟรี ตั้งแต่ ป.1- ป4 และกำลังขยายถึงป.6”

2.1.5 การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียนและในชุมชน โรงเรียนร่วมมือกับทางสถานีนอนามัย โดยโรงเรียนคัดนักเรียนที่มีความสมัครใจไปอบรมเป็นอสม.น้อย และมาร่วมดูแลด้านสุขภาพอนามัยของเด็กในโรงเรียนในหลายๆด้าน ด้านการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียน อสม.น้อยร่วมมือกับอสม.ใหญ่และครู ร่วมมือกัน โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและประเมินภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ทางโรงเรียนยังมีการจัดกิจกรรมโดยการเจ้าหน้าที่จากสถานบริการสาธารณสุขมาให้ความรู้แก่เด็กเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราแปลงห้องเรียนเป็นห้องพยาบาลอย่างไร มีชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงว่ามีเด็กคนนี้อ้วนผอมไปมั้ย ควรจะเสริมอะไรเรามีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหาร บริการน้ำดื่มที่สะอาดปลอดภัยมีการตรวจสอบสุขภาพนักเรียนและก็มีบันทึกข้อมูลทางด้านอนามัย”

“แล้วเราก็เชิญวิทยากรมาให้ความรู้ ด้าน โภชนาการและอาหารเราก็มีกิจกรรม อย.น้อยนะครับ”

2.1.6 ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน ชุมชนมีความเห็นว่าพ่อแม่และผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแลเรื่องอาหารของเด็ก ส่วนใหญ่จะซื้ออาหาร กับข้าวถุง ที่ทำขายในชุมชนซึ่งบางครั้งไม่สะอาด มีสารพิษเจือปน อาหารรสหวานจัด เค็มจัด ทำให้เด็กได้รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ชุมชนจึง

เสนอจะดำเนินการทำร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน โดยให้ขายอาหารที่ปลอดสารพิษ ไม่ใส่ผงชูรส ถูกหลักอนามัยและเน้นอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อให้เด็ก รวมถึงประชาชนในชุมชนได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักอนามัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีนโยบายว่า 1 ท้องถิ่น 1 ร้านปลอดภัย”

“(ที่ร้านอาหาร) ตรวจสอบว่าผักคุณปลอดสารพิษจริงอะไร ไม่ใส่จริงส่วนประกอบ เครื่องปรุงต่าง ๆ ได้คุณภาพ ไม่ว่าจะซอส ไม่ว่าจะอะไร ถ้าเป็นไปได้เอาแค่สร้าง Model ขึ้นมา 1 อำเภอหรือ 1 ร้านนี้ ผมว่าคนรักสุขภาพต้องกินอยู่แล้ว ไม่ว่าจะใครบอกว่า อันนี้ไม่มีสารเจือปน แพงกว่ากันนิดหน่อยผม ว่าผมก็ต้องกินร้านนั้น”

2.1.7 การตรวจความสะอาดของอาหารที่มีขายในชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขเด็กที่เรียกว่า “อ.ย.น้อย” ซึ่งเป็นผู้ตรวจร้านค้าทั้งใน โรงเรียนและในชุมชน โดยอาจขอความร่วมมือด้านอุปกรณ์จากสถานีอนามัย หรืองบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และให้วิทยากรจากสถาบันการศึกษาเป็นผู้สอนวิธีการตรวจให้

“อ.ย.น้อย ตรวจสุขภาพในโรงเรียนด้วย คือจะตรวจร้านค้า แล้วก็ถ้าเป็นนอกพื้นที่ก็ช่วย อสม. ใหญ่ เก็บพัสดุ เก็บเครื่องตรวจอะไรอย่างนี้ ตรวจผัก ตรวจอะไรก็ตามตรวจ ตรวจถั่วงอก เอา ง่าย ๆ มันมีชุดตรวจ Ph”

2.2 การดำเนินการด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กวัยเรียน จากสภาพที่เด็กวัยเรียนมีการออกกำลังกายน้อย สาเหตุเนื่องมาจาก ในชุมชนมีอุปกรณ์และสถานที่ไม่เพียงพอ ปัญหาเรื่องร้านเกมส์ทำให้เด็กใช้เวลาว่างส่วนใหญ่อยู่ในร้านเกมส์ ไม่มีเวลาออกกำลังกายหรือสนใจการออกกำลังกายน้อยลง ทำให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย ปัญหานี้อาจมีผลกระทบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้ร่วมกันดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกายดังนี้

2.2.1 การใช้สนามกีฬาของท้องถิ่นในการจัดการเรียนพลและการเล่นของเด็กวัยเรียน พบว่าองค์กรปกครองท้องถิ่นบางแห่งร่วมมือกับทาง โรงเรียน โดยการอนุญาตให้โรงเรียนนำเด็กนักเรียนมาเรียนพลและเล่นกีฬาได้ในสนามกีฬาที่ท้องถิ่นสร้างขึ้นด้วยงบประมาณเงินรายได้ของท้องถิ่น โดยเฉพาะสระว่ายน้ำและโรงยิมของทางเทศบาล ตลอดจนการร่วมมือกันจนเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการศึกษาที่เป็นความร่วมมือกันขององค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องอันมีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน และในบางองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีงบประมาณของท้องถิ่นมาก นอกจากการสร้างสนามกีฬา และสระว่ายน้ำสำหรับประชาชนและเด็กในชุมชนแล้ว ยังได้มีการสร้างสระว่ายน้ำขนาดเล็กให้เด็กในชุมชนได้มาฝึกหัดว่ายน้ำกัน ดังสะท้อนจากคำกล่าวที่ว่า

“วันจันทร์ เต็มแอโรบิกแล้วก็ว่ายน้ำอันนี้ถือว่าเป็นกิจกรรมเพราะตั้งแต่เด็กเล็ก จนถึง ป.6 จะว่ายน้ำ พออนุบาลถึง ป.4 จะว่ายน้ำ 2 ภาคเรียน แต่ ป.5 ป.6 เนี่ยภาคเรียนที่ 2 จะเรียนเทนนิส ตอนที่เขาอยู่ ป.1 – ป.4 เนี่ย เขาจะว่ายน้ำตลอด พอขึ้น ป.5 , ป.6 ภาคเรียนที่ 1 จะว่ายน้ำ ภาคเรียนที่ 2 จะตีเทนนิส ครูพละก็มี 2 คน”

2.2.2 การออกกำลังกายตอนเช้าก่อนเข้าเรียน โดยทางโรงเรียนได้กำหนดให้เด็กนักเรียนได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการเรียนในวิชาพลศึกษา ในเวลาเช้าหลังกิจกรรมเคารพธงชาติแล้ว โดยจัดให้นักเรียนหมุนเวียนเป็นผู้นำการออกกำลังกายทุกวัน กิจกรรมการออกกำลังกายที่พบมีหลากหลาย บางแห่งเป็นการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก การรำแม่ไม้มวยไทย การเดินห่วงโซ่ร่าสุก ฯลฯ

“กิจกรรมการบริหารตอนเช้าคือเรามีกิจกรรมทำท่าบริหารท่าแม่ไม้มวยไทยทุกเช้า”

“แต่ถ้าเป็นกิจกรรมที่เดินแอโรบิกเราจะเดินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 30 นาที ตอนเช้าหลังจากเคารพธงชาติ เพราะฉะนั้นเด็กจะไม่ได้เรียนวิชาพลศึกษาอย่างเดียว สรุปแล้วเราได้สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพราะว่าจะเรียนพละ 1 ชั่วโมง เต็มแอโรบิก 30 นาที ”

“การออกกำลังกายตอนเช้า ให้เด็กออกกำลังกายทุกเช้า อย่างน้อย ๆ ให้ขยับแข้งขยับขา”

2.2.3 การแข่งขันกีฬาของชุมชน ให้เด็กและประชาชนในชุมชนมาร่วม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณเงินรางวัล โดยกำหนดเป็นกีฬาประจำท้องถิ่น ชุมชนบางแห่งจัดทำปีละ 1 ครั้งตามเทศกาล เช่น เทศกาลสงกรานต์ โดยมีกีฬาหลายประเภท บางชุมชนจัดเป็นการแข่งขันระยะยาว เช่น กีฬาฟุตบอล แข่งสะสมคะแนน เพื่อส่งเสริมให้เด็กและประชาชนในชุมชนได้ออกกำลังกาย

“ชุมชนส่งเสริมแข่งขันออกกำลังกายอะไร ก็แล้วแต่ชุมชนมีส่วนร่วมของคุณพ่อ คุณแม่มาให้กำลังใจ นี่ก็ความสัมพันธ์ระหว่าง โรงเรียนกับชุมชนนะคับ”

“ในช่วงสงกรานต์ ได้มีการแข่งขันกีฬา ระหว่างหมู่บ้าน ประมาณ 12 วัน กีฬาทุกประเภทให้เด็กและประชาชนทั่วไป”

“เรามองในเรื่องของกีฬา กีฬาที่ต่อเนื่องให้ทำ เด็กเนี่ยวัยรุ่น โดยเฉพาะผู้ชายในเรื่องของฟุตบอล ให้เขาแข่งสะสมไปได้ยาว ๆ ทำเป็น long Term อาจจะวัน 3 วัน แล้วแข่งสะสมแบบฟุตบอลอังกฤษ”

“ทำทุกปี ปีละครั้ง อาจจะ 7 วัน 8 วัน ผมอยากให้มียาว 2 เดือน 3 เดือน”

3.2.4 การจัดสรรอุปกรณ์กีฬาไปในชุมชน ชุมชนเห็นว่าสิ่งที่เด็กในชุมชน ออกกำลังกาย น้อย มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจาก ในชุมชนมีอุปกรณ์และสถานที่ไม่เพียงพอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้จัดสรรงบประมาณ ซื่ออุปกรณ์กีฬาให้แต่ละหมู่บ้าน และยัง สร้างสถานที่ออกกำลังกาย เช่น สระว่ายน้ำ ห้องฟิตเนส ไว้ในชุมชนเพื่อให้เด็กและประชาชนมาใช้ ออกกำลังกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในหมู่บ้านก็จะมีเครื่องกีฬานะคะ ที่เราไปมอบให้ แจกให้ตามหมู่บ้านมีลูกฟุตบอล ตะกร้อ เปตอง อะไรพวกนี้ ”

“อุปกรณ์กีฬาต่างๆ เรามีห้องฟิตเนส ได้การสนับสนุนจากท่านวิเชียร (นายก อบต.)”

“ห้องฟิตเนส อยู่ห้องถัด ไปนะครับ เครื่องออกกำลังกายนี้มาจากอบต.บางบุตรนะคับ ประมาณ 8-9 หมื่นบาท”

3.3 การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชนต่าง ๆ มีการรณรงค์ป้องกันโรค ไข้เลือดออกทุกปี ถึงกระนั้นก็ตามก็ยังมีเด็กป่วยด้วยโรคไข้เลือดในชุมชนเป็นระยะ พาหะนำโรคเป็น ยุงลายซึ่งหากินในเวลากลางวันซึ่งเป็นเวลาที่เด็กอยู่โรงเรียน จึงเป็นเหตุให้โรงเรียนให้ความสำคัญ การต่อการป้องกัน ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีการรณรงค์เพื่อกำจัดพาหะนำโรค เป็นการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคในรูปแบบของกิจกรรมต่าง ๆ โดยการนำของ ครูในโรงเรียน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการออกแบบเองตามสถานการณ์ โดยความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนตำบล โดย องค์กรปกครองท้องถิ่นจะมีหน้าที่หลักในการจัดทำแผนงบประมาณ และสนับสนุน โดยกิจกรรม ต่าง ๆ ที่มีการดำเนินการมีดังนี้

3.3.1 การรณรงค์ควบคุมโรคในชุมชนโดยนักเรียน เป็นกิจกรรมที่ร่วมกันระหว่างอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อสม.จิ๋ว ซึ่งเป็นเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่ผ่านการอบรมการ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไปทำงานร่วมกันในชุมชน โดย อสม.จิ๋ว ช่วย อสม.(ใหญ่) สำรวจลูกน้ำ ยุงลายตามบ้านในชุมชน และใส่ทรายอะเบทในแหล่งน้ำต่าง ๆ กิจกรรมดังกล่าวมีผลดีเพราะลักษณะ ของเด็กทำให้ อสม.จิ๋ว สามารถบอกและแจ้งบ้านที่มีลูกน้ำให้กำจัดได้และเกิดความร่วมมือ ขณะที่ อสม. (ใหญ่) อาจมีการต่อต้านได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ช่วงไหนมีการระบาด โรงเรียนก็จะมีกิจกรรมการรณรงค์ ที่จะป้องกันไข้เลือดออกในเด็ก กัน รณรงค์ก็จะมีมาพ่นหมอกควันตามหมู่บ้าน ก็จะให้เด็กไปร่วมมีกิจกรรม คว้ากะลา เทยารยนต์ แจกทรายอะเบท”

“...อสม. จี๊วก็จะเป็นลูกชายของ อสม. ใหญ่ ก็คืออยู่ในละแวกบ้าน ก็เป็นลูกหลาน เป็นเพื่อน บ้านช่วยกันดู ช่วยกันตรวจ เพราะอย่างวังแดงจะมี Case หนึ่งที่เป็นแล้ว แล้วก็รอดชีวิต คราวนี้พอเห็น ช้าง ๆ บ้านเป็นแล้วอาการหนักแบบนี้เขาก็ร่วมมือร่วมใจกันฝ่าโอ่งปิดกันเรียบร้อยเลยล่ะ”

“เรื่องการดูแล เราก็มีย อสม. จี๊ว แรก ๆ ก็จะเป็นเด็กตัวเล็ก ๆ ขยายวงกว้างขึ้น อย่างไปเนี่ย เราก็มียตีบให้เขาเล็ก ๆ น้อย ๆ คนละ 20 บาท อะไรเงี้ยล่ะ บางทีก็ขอเป็นน้ำ บางทีก็ขอเป็นก๋วยเตี๋ยวทุก เสาร์ แล้วแต่ทาง อสม. ใหญ่เขาจะพาเดิน”

“เขามียที่เลี้ยง ก็เป็นระบบกำลังเสริม ในอนาคต อสม. จี๊วเขาอาจจะพัฒนามาเป็น อสม. ใหญ่”

3.3.2 การรณรงค์ควบคุมโรคในโรงเรียนโดย อสม.จี๊ว เป็นการพัฒนา อสม.จี๊วในการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยคัดเลือกนักเรียนที่สมัครใจอยากทำงานให้โรงเรียน และอยากเป็นพยาบาลในอนาคต ไปอบรมความรู้และวิธีการป้องกันโรคในชุมชนและในโรงเรียนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีนามัย หลังจากนั้นทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์สำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน โดยบางโรงเรียนได้ทำการออกแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียนเอง ในพื้นที่เสี่ยงและทำการสำรวจทุกสัปดาห์ โดยโรงเรียนมักจะให้สำรวจกันในทุกวันศุกร์ เพื่อลดการเกิดของยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก

“ตอนที่ช่วงที่ระบาดเยอะ ๆ โรงเรียนก็จะจัดทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในโรงเรียน แต่ไม่ได้เป็นแผนปกติของโรงเรียน (ดำเนินการเมื่อมีการระบาดของโรคในชุมชนหรือในชุมชนใกล้เคียง)”

“ส่วนใหญ่คุณครู ก็จะเป็นคนออกแบบกิจกรรมและให้เด็ก ๆ ช่วยกันทำ”

3.3.3 การกำจัดพาหะนำโรคในภาพกว้าง โดยองค์กรส่วนท้องถิ่น จัดทำแผนและจัดเตรียมงบประมาณในการพ่นหมอกควัน ทรายอะเบท เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย เมื่อมีการระบาด โดยการแจ้งข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุข รวมทั้งมีการรณรงค์การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ในชุมชน ในฤดูที่มีการระบาด โดยเป็นแผนในการดำเนินงานทุกปี ดังคำกล่าวที่ว่า

“เวลามียปัญหาเรื่องไข้เลือดออก จะขอ อบต. มาพ่นหมอกควันให้ อบต. จะรีบมา”

“เทศบาลก็มีกองสาธารณสุข เขามียแผนพ่นหมอกควันของเขาเองอยู่แล้ว มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเรื่องนี้ แต่มันอาจจะมี Case ที่ทางโรงพยาบาลเจอ Case ที่เป็น ไข้เลือดออกโดยตรง เขาก็จะให้เราไปซ้ำ ไปย้ำอีกที แต่จริง ๆ เราจะมีแผนที่ไปพ่นหมอกควัน แจกทรายอะเบท รณรงค์คำว่า โทลกะกะลา เป็นประจำอยู่แล้ว แต่ถ้ามันมี Case ที่ว่าในชุมชนนี้มีเด็กเป็น ไข้เลือดออก เราก็มียตาม ไปประสานงานกันอีกที แต่แผนปกติเรามีอยู่แล้ว”

“ปัญหาของไข้เลือดออกก็จะดูว่ามีเด็กที่เป็นไข้เลือดออก เขตพื้นที่ไหน ถ้าเป็นพื้นที่ของเขตเทศบาล เขาก็จะโทรมาทางเทศบาลให้มาควบคุมโรค ถ้าเป็นเขต อบต. โรงพยาบาลก็จะมีหน่วยที่รับผิดชอบการควบคุมโรคเข้ามาดูแล”

3.4 การดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรกำลังเป็นปัญหาที่มีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กต้องเร่งรีบในการหารายได้เลี้ยงปากท้อง ทำให้มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่และอบรมเลี้ยงดูบุตร ทำให้เด็กต้องการความรักและความอบอุ่น เมื่อไม่ได้จากพ่อแม่จึงไปหาจากเพื่อนต่างเพศ ทำให้เกิดปัญหาเด็กมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรส่งผลให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์ การมีบุตรเมื่อยังไม่พร้อม ทำให้ต้องออกจากโรงเรียน ไปเลี้ยงดูบุตร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาดังนี้

3.4.1 การใช้ธรรมะในการพัฒนาจิตใจเด็ก โรงเรียนร่วมมือกับวัดในชุมชนร่วมกันป้องกันปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในช่วงโมฆะพระพุทธรักษา หรือจัดเป็นค่ายอบรม เพื่อให้เด็กมีคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินชีวิต มีธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีสติในการกระทำสิ่งต่างๆ โดยนิมนต์พระจากวัดมาเป็นผู้สอนธรรมะ

“โดยส่งเสริมในเรื่องของคุณธรรมจริยธรรม ซึ่งเราก็มีโครงการส่งเสริมด้านคุณธรรมอยู่เป็นประจำ ซึ่งเราก็ได้รับความอนุเคราะห์จากทางวัดด้วย จัดพระมาสอนซึ่งปัจจุบันก็มีการสอน”

“กินข้าวกลางวันกันเสร็จ ก็จะเรียกให้เข้ามานั่งในห้องประชุม นั่งฟังนิทานชาดก บางครั้งก็นิมนต์พระมาเทศน์ บางครั้งก็สวดมนต์...เด็ก ๆ ทุกชั้นปีคะ ทำทุกวัน อย่างน้อยช่วงครึ่งชั่วโมงก่อนเข้าเรียน”

3.4.2 การสร้างความตระหนักต่อปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้เด็กในวัยเรียนได้รับรู้ถึงผลเสีย อันตรายและความรุนแรงของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย การสำส่อนทางเพศ และความรุนแรงของโรคเอดส์ เป็นความร่วมมือของโรงเรียน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยโรงเรียนเป็นผู้เขียนโครงการ ได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากสถานีอนามัย และงบประมาณสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนตำบล จัดทำเป็นลักษณะค่ายเยาวชน จำนวน 2 วัน เพื่อให้เด็กได้รับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย ความรุนแรงของโรคเอดส์ เน้นให้เด็กได้เห็นสภาพปัญหาของผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ค่ายเยาวชนรู้ทันภัยใกล้ตัว วันที่ 30 เนี่ย ช่วงเช้าจะให้เรียนรู้เรื่องโรคเอดส์ ช่วงบ่ายยาเสพติด เข้าออกจากนี้ ดี 5 ไปให้เขาดูพระบาทน้ำพุ ว่าหนูเป็น โรคเอดส์ แล้วหนูมีอาการเป็นยังไง หนูมีเพศสัมพันธ์ เป็นเอดส์ ตัดยาเสพติดเนี่ยอาการเป็นไง เป็นงบ อบต ผมขอไว้ 50, 000 เด็กเป้าหมาย 80 คน”

3.5 ปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยของเด็กในโรงเรียน ได้แก่ การเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้แก่ ไข้หวัด ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นแผล เนื่องจากเด็กในโรงเรียนมีจำนวนมาก ครูอนามัยที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพในโรงเรียน ต้องรับผิดชอบหน้าที่เกี่ยวกับการสอนด้วยจึงไม่สามารถดูแลเด็กนักเรียนได้ทั่วถึง โรงเรียนจึงร่วมมือกับสถานีอนามัย จัดระบบการป้องกันส่งเสริมสุขภาพเพื่อจัดการดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กในโรงเรียน ดังนี้ คือ

3.5.1 จัดอบรมผู้นำอนามัยในโรงเรียน โดยโรงเรียนคัดเลือกเด็กที่มีความสนใจในการทำงาน อยากเป็นพยาบาล ไปอบรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบรมเกี่ยวกับดูแลสุขภาพเบื้องต้น และมาร่วมกันดำเนินการดูแลสุขภาพเด็กในโรงเรียน วิธีการทำงานจะมอบหมายหน้าที่แก่นักเรียนแต่ละคน ดังนี้

คนที่ 1 จ่ายยา เมื่อมี นักเรียนเจ็บป่วย ต้องให้ครูที่สอนอยู่ เขียนใบส่งตัว มาที่ห้องพยาบาล และทำการจ่ายยาให้ เบื้องต้น ตามน้ำหนักตัว ยาที่จ่ายให้ เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ (Paracetamol) ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวดท้อง หลังจากให้ยาแล้ว ทำการบันทึก ชื่อ นามสกุล การเจ็บป่วย ยาที่ให้และผู้ให้ ลงในสมุดบันทึกประวัติที่ห้องพยาบาล ถ้าอาการหนัก นักเรียนไม่สามารถดูแลได้จะปรึกษาครูอนามัย หรือครูในโรงเรียน ถ้าอาการหนักมากจะส่งตัวไปรับการรักษาที่สถานีอนามัย โดยมีใบส่งตัว ซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่โรงเรียนจัดทำขึ้น

คนที่ 2 ทำหน้าที่ทำแผลให้กับเพื่อนนักเรียน โดยมีอุปกรณ์ในการทำแผลที่ถูกต้อง (ระบุดีกว่าว่าจะไบบ้าง) ล้างมือทุกครั้งก่อนทำแผล

คนที่ 3 และ คนที่ 4 ทำหน้าที่ ในการตรวจตราดูแลความสะอาดเรียบร้อยของสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน ความสะอาดห้องน้ำ ตรวจตราลูกน้ำยุงลาย โดยจะมีสมุดบันทึกบริเวณที่ตรวจและจำนวนลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นแบบฟอร์มของโรงเรียนเอง และใส่ทรายอะเบททุกสัปดาห์

คนที่ 5 ทำหน้าที่เป็นประชาสัมพันธ์ กระจายข่าวสารด้านสุขภาพ โดยการเดินกระจายข่าว หรือ พุดหน้าเสาธง

ดังกล่าวที่ว่า

“ครู ป.5 ป.6 ก็จะจัดทีม พาเด็กไปอบรมที่เทศบาล ประมาณ 20 คน แต่ที่ไปอบรม โรงพยาบาลประมาณ 5 คนพอเขาอบรมมาเสร็จ คุณครูพิมพ์เขาจะให้เด็กมาพูด ว่าการแปร่งฟันยังงี้ แล้วก็อธิบาย เรามองว่าบางที่เขาดกหล่นยังงี้ก็จะเสริมให้ ส่วนมากก็จะเรื่องฟัน เรื่องผิวหนัง บัญญัติ 10 ประการ ที่จำได้เพราะเด็กก็จะมาเรียน ให้เด็ก ป.5 ตรวจน้อง ๆ เบื้องต้น ”

“ผู้นำอนามัย เป็นนักเรียนชั้น ป. 5 และ ป. 6 จำนวน 5 คน คัดเลือกมาจาก นร.ที่สมัครใจ ส่งไปอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพที่สถานีอนามัยบางบุตรจำนวน 3 วัน โดยอาสาสมัครทั้ง 5 คน มีหน้าที่คือ

3.5.2 ใช้ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนร่วมให้บริการในโรงเรียน ในการให้บริการสุขภาพแก่นักเรียนที่เจ็บป่วยมีการจัดเวรอาสาสมัครสาธารณสุขมาร่วมดูแลสุขภาพเด็ก โดยมาประจำอยู่ที่ห้องพยาบาลของโรงเรียนในบางวันเพื่อช่วยดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อมีเด็กเจ็บป่วย ทำการบันทึกผลการปฏิบัติในสมุดบันทึกที่โรงเรียนเช่นเดียวกัน

“บางวันยังมีอาสาสมัครสาธารณสุข มาประจำที่ห้องพยาบาลเพื่อตรวจรักษาโรคให้กับนักเรียนที่เจ็บป่วยด้วย แต่ไม่บ่อยนัก”

3.6 การจัดการปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของสารเสพติดในชุมชน สาเหตุจากที่เด็กขาดความอบอุ่นและขาดการเลี้ยงดูที่ดีจากพ่อแม่ โดยชุมชนมองว่าเด็กมีเวลาว่างมากในช่วงหลังเลิกเรียน และช่วงปิดเทอมทำให้เด็กเกิดการมั่วสุมและพากันไปเสพยาเสพติด กิจกรรมการดำเนินการที่มีในชุมชน ได้แก่

3.6.1 การจัดกิจกรรมกีฬาหลังเลิกเรียนและช่วงปิดเทอมให้กับเด็ก ทั้งนี้เพื่อลดเวลาว่างในการมั่วสุมเสพยาของเด็กวัยเรียนในชุมชน ครูจะเป็นผู้สอน นักเรียนให้เล่นกีฬา ตอนเย็นๆหลังเลิกเรียน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจัดให้มีแข่งขันกีฬาในระยะยาวเพราะเชื่อว่าจะทำให้เด็กต้องใช้เวลาในการฝึกซ้อมก่อนการแข่งขัน ทำให้ไม่มีเวลาว่างไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

“ก็เอาเวลานี้ ไปเบียดเวลาที่จะไปเสพยาเวลา 24 ชั่วโมงมันก็น้อยลง”

“ทำทุกปี (จัดแข่งขันกีฬา) ปีละครั้ง อาจจะ 7 วัน 8 วัน ผมอยากให้มีนยา 2 เดือน 3 เดือน”

“ไปเลือกหาเวลาที่เขาว่าง เพราะว่าอย่างน้อยกีฬาที่เล่นในสนามอย่างน้อยก็ 2 ชั่วโมง การเตรียมตัว การนวดอีกประมาณชั่วโมงหนึ่ง ก็กับการต้องมาเตรียมทีมอีก สักชั่วโมง 2 ชั่วโมง วันหนึ่งก็ใช้เวลาเขาได้ 6 ชั่วโมง นอนให้เวลานอนอีก 6 ชั่วโมง เหลือเวลา จริง ๆ 12 ชั่วโมง เหลือเวลาน้อยจะไปทำอะไรได้”

“โรงเรียนเสนอให้ข้อเสนอว่าจะนัดเด็กมาเจอครู สอนกีฬาคณิตรี โดยอาจของงบประมาณ ครูสอนและอุปกรณ์กีฬาหรือเครื่องดนตรีให้เด็ก”

3.6.2 จัดการแข่งขันกีฬาเพื่อเสริมสร้างสถาบันครอบครัวสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมที่องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดแผนงานหรือโครงการ จัดเตรียมงบประมาณ จัดงาน เงินรางวัล โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน กรรมการชุมชน ในการร่วมกันประชาสัมพันธ์ จัดเตรียมสถานที่ในการจัดงาน

“มีกิจกรรมแรลลี่ครอบครัว เพื่อเสริมเรื่องสถาบันครอบครัว คุณพ่อคุณแม่ ให้ความร่วมมือมาเต็ม ”

3.6.3 การใช้ศิลปะ ส่วนหนึ่งเพื่อให้เด็กได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มุ่งความสนใจมาทำงานศิลปะมากกว่าเรื่องสารเสพติด เมื่อชุมชนเห็นความสำคัญจัดให้มีเวทีแสดงความสามารถ แสดงผลงานทางด้านศิลปะ มีผู้ใหญ่หรือเพื่อนๆมาชม ทำให้เด็ก เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีที่พึ่งทางใจไม่ไปพึ่งพาสารเสพติด

“ก็จะมีวาดภาพระบายสีก็คือเด็กถนัดอะไรเราก็จะเอามาไว้ที่นี้หมดเลย เป็นพวกดนตรี มีบุทกิจกรรมของเด็ก ๆ ด้วย มีระบายสีปูนปลาสเตอร์มีวาดภาพ มีดนตรีของเด็ก ๆ นะคะ แล้วก็ร้อยลูกปัดอะไรยังงี้ค่ะ ก็จะมีออกมาโชว์”

“แต่ว่าถนัดเด็กเดินเนี่ยจะมีอยู่ในโครงการ จะมีทุกปีเหมือนกัน ช่วงพฤษภาคม”

3.6.4 ใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุเป็นการจัดเวทีให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านต่าง ๆ มาสอนให้เด็กได้เรียนรู้กิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อให้เด็กมีทางเลือกในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ไม่ใช้เวลาว่างไปเสพยาเสพติด ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราเตรียมทำอยู่แล้ววันอาทิตย์เนี่ย ท่านนายกพูดเรื่องนี้ว่า จะเน้นนโยบายทำยังไง ให้ผู้สูงอายุมาเจอกับเด็ก ถ่ายทอดสิ่งที่เป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของเราที่ถ่ายทอดกันมารุ่นต่อรุ่น ทำยังไงให้เจอกันได้ เพราะนั่น ผมว่าตรงนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ดี”

“ตลาดนัดผู้สูงอายุ ตลาดนัดผู้สูงอายุจะทำคล้าย ๆ โครงการถนนเด็กเดินที่พวกผมคุยกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะเอาผู้สูงอายุที่สานสัมพันธ์ เป้าแค่นได้ หรืออะไรก็ตามก็มาทำนุททาว ๆ แล้วก็ให้เด็กนักเรียน อาจจะเป็นโครงการ ไปเดินเที่ยวชมอาจจะเป็นชั่วโมงเรียนของเด็ก หรืออะไรก็ตามเป็นกลยุทธ์ของทางครูบาอาจารย์”

ส่วนที่ 3. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสรุปปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียน การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินการกิจกรรม หรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนขององค์กรต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและถึงเป็นภารกิจหลักในองค์กรต่าง ๆ ที่เสนอโครงการ ดังนั้นในการทำประชาคมชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการประชุมผู้นำ การประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และจากการร่วมกิจกรรมการประชาคมของประชาชนในพื้นที่ คณะผู้วิจัย ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทน อบต. ในหมู่บ้าน อสม. พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งประชาชนบางส่วนได้ร่วมกันเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาด้านต่างๆ ที่หน่วยงานให้ความห่วงใยร่วมกัน เพื่อช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้แก่เด็กในชุมชน ปัญหาที่ได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยเน้นกิจกรรมและวิธีการดำเนินงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือกันหลายฝ่าย โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นัดประชุมผู้นำชุมชนเพื่อทราบปัญหา หรือสถานการณ์สุขภาพของชุมชน

หลังจากที่คณะผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนในชุมชน การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่ชุมชนมีอยู่ จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูในโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทำประชาคมร่วมกับประชาชนในพื้นที่ จึงได้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนในชุมชน ได้สะท้อนข้อมูลให้ผู้แทนองค์กรที่ได้ประชุมร่วมกันเพื่อให้องค์กรและผู้นำชุมชนได้ทราบปัญหาของชุมชน โดยการนัดผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนมารับฟังปัญหาและร่วมกันวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพเด็กวัยเรียนร่วมกัน ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ที่ประชุมได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเพื่อการป้องกันปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเด็กนักเรียน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการติดเชื้อเอดส์ ตลอดจนปัญหาการใช้สิ่งเสพติดในเด็กวัยเรียน ซึ่งปัญหาหลักทั้ง 2 ดังกล่าวตัวแทนองค์กรพิจารณาว่าจะมีผลเสียระยะยาวต่ออนาคตของเด็ก และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคมของเด็ก

ขั้นตอนที่ 2 ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุกำหนดแนวทางแก้ไข ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการ โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการชุมชน ร่วมกันคิดวางแผนแนวทางการจัดทำรูปแบบการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียน ที่พบในชุมชน โดยกระบวนการวางแผนจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพนั้น ชุมชนได้ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ทั้งนี้เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและรู้สึกเป็นเจ้าของ คณะผู้วิจัยเป็นสนับสนุนให้แนวทางดำเนินการ และให้การสนับสนุนใน ด้านวิชาการในกิจกรรมการสอนการอบรม ได้แก่ การพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันเสพติดและการมี

เพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย ทางเลือกและรูปแบบในการ ออกกำลังกายเพื่อให้ห่างไกลกับสารเสพติด เพื่อผลักดันให้การดำเนินงานดูแลสุขภาพเด็กเกิดความ ยั่งยืน เพราะการวางแผนการจัดการสุขภาพ การดำเนินการ การกำหนดเป้าหมายเป็นสิ่งที่ชุมชนได้ ร่วมกันคิด มีส่วนร่วมมีส่วน ได้ส่วนเสีย มีการระดมสมองร่วมกัน จึงก่อให้เกิดความยั่งยืนได้ง่ายกว่า การที่กำหนดกิจกรรมโดยบุคลากรทีมสุขภาพวางแผนหรือกำหนดให้ โดยประชุมเห็นว่าแนวคิดและ กิจกรรมร่วมกันดังกล่าวถือเป็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งนโยบายสาธารณะนี้จะเหมือนเป้าหมายที่ ทุกหน่วยงานในชุมชนไม่ว่าจะเป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน สถานบริการสาธารณสุข และชุมชน ร่วมกันให้ความสนใจมากที่สุด องค์กรในท้องถิ่นร่วมกันกำหนดกิจกรรม/โครงการ เพื่อ นำไปเขียนเป็นแผนของหน่วยงาน เพื่อเสนอของบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ใน ลักษณะต่าง ๆ ร่วมกัน จากนโยบายสาธารณะของชุมชนที่ศึกษา โรงเรียนได้เป็นผู้รับผิดชอบเสนอ โครงการต่อ อบต. โดยกิจกรรมเป็นความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน รวมทั้งคณะผู้วิจัยด้วย

“นโยบายเกี่ยวกับสาธารณสุข หรือนโยบายอะไรก็ได้แล้วแต่ โดยปกติแล้วทางเทศบาลก็จะให้ ชุมชนชาวบ้านมีส่วนร่วม”

“นโยบายสาธารณะของ(ชื่อพื้นที่)คือ (ชื่อพื้นที่) ร่วมใจ ห่วงใย เด็กและเยาวชนวัยเรียน”

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาตามนโยบายสาธารณะ

ชุมชนได้เสนอให้จัดกิจกรรมนาร่อง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดย เสนอให้มีการจัดค่ายให้เด็กในช่วงปิดเทอม ซึ่งเนื้อหาและสาระของการจัดค่าย เพื่อดำเนินการแก้ไข และป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กตามปัญหาที่พบในชุมชน ได้แก่ สารเสพติด เพศสัมพันธ์ การออก กำลังกายน้อย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาที่ จะจัดกิจกรรม แหล่งงบประมาณและความร่วมมือด้านต่างๆ โดยกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดเป็น เด็กในชุมชนทั้งหมด ไม่จำเป็นต้องอยู่โรงเรียนที่กำลังศึกษา หากอยู่ในวัยเดียวกันก็เชิญมาร่วม โครงการด้วย เพราะเชื่อว่าถ้านำมาเข้าค่ายเฉพาะเด็กที่เรียนในโรงเรียนมาอบรมเพียงเท่านั้น เมื่อเด็ก กลับบ้าน หรือออกไปในชุมชน พบเด็กคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับการอบรมก็อาจได้รับการชักชวนให้มี พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ การแก้ปัญหาถ้าจะไม่ได้ผล แต่แยกการดำเนินการจัดค่ายเป็น 2 ครั้งใน การเตรียมการได้เป็นความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วย ตรวจสอบรายชื่อเด็กที่จะเข้าร่วมโครงการ โรงเรียนสนับสนุนสถานที่คือห้องประชุมบริเวณ โรงเรียน

เพื่อจัดค่ายและอุปกรณ์โสตต่างๆ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ คณะผู้วิจัยเป็นวิทยากร

“สมมุติว่าปิดเทอม 1 เดือน 30 วัน 30 วันให้อบรมกิจกรรมของเด็ก ให้มีกิจกรรมเรื่องของเด็กทั้งหมด อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้มากที่สุด”

“ฟังข้อมูลจาก ผ.อ.. เด็กนอกที่ไม่ได้เรียน เด็กที่ไม่ได้เรียนให้สำรวจทุกหมู่ เด็กที่ไม่ได้เรียนเด็กที่มีปัญหาทางครอบครัว ถ้าเอาเด็กที่ดี กับ ไม่ดีรวมกันเดี๋ยวไม่ได้ไปด้วย เหมือนเด็กที่ติดยาเสพติด บางครั้ง คนที่ไม่ดีก็รวมด้วย ขยายสาขามาก น่าจะเอาเด็กที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เอารายชื่อมา”

ขั้นที่ 4 การดำเนินกิจกรรมและผล

ชุมชนกำหนด การจัดค่าย เพื่อให้นักเรียนมาร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน ก่อนวันปิดภาคเรียน จำนวน 2 วัน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาทักษะ เพื่อป้องกันเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม
2. เพื่อให้เด็กมีความรู้ และสามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยได้
3. เพื่อให้เด็กมีทางเลือกและรูปแบบในการออกกำลังกายอย่างง่ายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

มีเด็กเข้าร่วมโครงการประมาณ 50 คน เป็นเด็กในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยเป็นการจัดกิจกรรมค่ายที่ในโรงเรียน 2 วันมีทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติทักษะในสถานการณ์ต่าง ๆ การแสดงบทบาทสมมติในกลุ่มต่าง ๆ ที่เสนอพัฒนาการปฏิเสธสารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สมควร การวิเคราะห์สถานการณ์ การอภิปรายปัญหาและการประเมินผลร่วมกัน นอกจากนี้เด็กกลุ่มนี้ได้มีกิจกรรมต่อเนื่องในการไปศึกษาดูงานที่วัดพระบาทน้ำพุอีก 1 วันซึ่งจัดในวันหลังจากค่ายที่โรงเรียนโดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล

เมื่อเสร็จสิ้นโครงการเด็กที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ มีความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองจากสารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ สามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกวิธี และเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ขั้นที่ 5 การสรุปผล

เมื่อองค์กรต่างๆ ได้ร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนในชุมชน มีส่วนร่วมออกแบบและกำหนดนโยบายสาธารณะ เมื่อองค์กรต่างๆ ที่มีตความสำคัญกับเด็กได้มาร่วมคิดวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาาร่วมกันทำให้ การดำเนินการแก้ปัญหาเด็กวัยเรียนในชุมชน มีความบูรณาการครบทุกด้าน ครอบคลุม สอดคล้องและตรงกับสภาพปัญหามากที่สุด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการจัดการ สุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียง มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงตามแนวคิดของผู้แทนองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแล สุขภาพเด็กวัยเรียนในชุมชน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ อาศัยข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์เด็กวัยเรียน แนวทางการจัดการสุขภาพและกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้แทนองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน และผู้แทนสมาชิกของชุมชน ได้แก่ ผู้แทนจากครอบครัว โรงเรียน สถานบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการของ ชุมชน ในพื้นที่ชุมชนจังหวัดสระแก้วและจังหวัดระยองในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล จังหวัด ละ 3 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่บุคลากรสาธารณสุขและผู้แทนองค์กรท้องถิ่นให้ความร่วมมือและยินดี ประสานงานการเก็บข้อมูล รวมตัวแทนจากกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของการวิจัย ทั้งสิ้น 341 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้แทน องค์กรชุมชน การประชุมกับสมาชิกชุมชน การประชุมกลุ่มย่อยกับผู้แทนองค์กรชุมชน และผู้แทน สมาชิกชุมชน โดยได้กำหนดประเด็นในแต่ละข้อคำถาม และแนวทางในการประชุมกลุ่มย่อย และการ ประชุม ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยคณะผู้วิจัยจำนวน 4 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 1 คน ที่ได้รับการอบรมชี้แจง ทำความเข้าใจร่วมกันในกระบวนการวิจัยอย่างถ่องแท้ นอกจากนี้ จะใช้วิธีการดังกล่าวข้างต้นแล้ว เนื้อหา วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลเป็นอย่างดีแล้ว รวมทั้งใช้การบันทึกเสียง บันทึกภาพ และการบันทึกวิดีโอพร้อมเสียง เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ร่วมกับวิธีการตรวจสอบแบบหลายทาง (Triangulation Technique) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1.ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน จากการศึกษาข้อมูลในชุมชน พบว่าผู้ที่เกี่ยวข้องและ ผู้บริหารองค์กรต่าง ๆ ให้ความสำคัญตระหนักห่วงใยต่อภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน 2 ด้าน คือ

1.1) พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางด้าน ร่างกาย ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและของว่างที่ไม่เหมาะสม ทำให้เด็กเป็นโรคอ้วน ขาด สารอาหาร โรคฟันผุ และปัญหาสุขภาพอื่นๆตามมา พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการแพร่ระบาดของ

โครงการวิจัยเรื่อง :

ของสารเสพติดในชุมชน พฤติกรรมเล่นเกมสื่อกอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต จนทำให้เด็กมีกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ทำให้มีผลสุขภาพ สติปัญญา อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นำไปสู่ปัญหาการทำแท้งหรือการเลี้ยงดูบุตรได้ไม่ดีตามมา พฤติกรรมการขับรถจักรยานยนต์ที่เสี่ยงต่ออันตรายของเด็กวัยเรียน และพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่นของชุมชน

2.2) การเจ็บป่วยทางร่างกาย การป่วยด้วยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคไข้หวัด เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด จากการเปลี่ยนแปลงของอากาศ โรคฟันผุ เป็นปัญหาเกี่ยวเนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานไม่ถูก โรคไข้เลือดออก เป็นโรคที่มีการรณรงค์ป้องกันกันอย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังคงมีการระบาดในชุมชนเกือบทุกปี และโรคอ้วน เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการออกกำลังกายไม่เพียงพอ

2. รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและในชุมชน ชุมชนก็มีความตระหนักในการจัดการสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยมีรูปแบบและวิธีการ ซึ่งองค์กรหลักที่มีการดำเนินการด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนผ่านทางกิจกรรมหรือ โครงการต่าง ๆ ได้แก่

2.1) การดำเนินการด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน เน้นที่การปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยโรงเรียนบางแห่งจัดให้มีการขายอาหารมื้อหลักตลอดทั้งวัน เพื่อให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ในเวลาที่หิว ไม่อนุญาตให้ขายอาหารที่ไม่มีประโยชน์ในโรงเรียน จัดตั้งธนาคารโรงเรียนเพื่อช่วยลดปริมาณการซื้ออาหารที่ไม่มีประโยชน์จากภายนอกมารับประทาน และช่วยพัฒนาทักษะในการเก็บออมของเด็กแทนการนำไปซื้อขนมมารับประทาน นอกจากนี้ยังมีการปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดให้เด็กวัยเรียนและเด็กเล็กได้ดื่มนมทุกวัน เพื่อให้เด็กอิมมูโนช่วยลดปริมาณการซื้ออาหารที่ไม่มีประโยชน์และยังช่วยให้เด็กได้รับอาหารที่มีประโยชน์ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียนและในชุมชน โดยร่วมมือกับทางสถานีอนามัยคัดนักเรียนที่มีความสนใจไปอบรมเป็น อสม.น้อย และมาร่วมดูแลด้านสุขภาพอนามัยของเด็กในโรงเรียนร่วมมือกัน โดยการชักนำหนักเด็กและประเมินภาวะสุขภาพ ชุมชนมีการจัดทำร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน โดยให้ขายอาหารที่ปลอดภัยสารพิษ ไม้ใส่ผงชูรส อาหารถูกหลักอนามัยและเน้นอาหารเพื่อสุขภาพ รวมทั้งมีการตรวจความสะอาดของอาหารที่มีขายในชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขเด็กที่เรียกว่า “ อย.น้อย ” เป็นผู้ตรวจร้านค้าทั้งในโรงเรียนและในชุมชน

2.2) การดำเนินการด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กวัยเรียน จากสภาพที่เด็กวัยเรียนมีการออกกำลังกายน้อยของค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้ร่วมกันดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดสรรงบประมาณสร้างสนามกีฬาของท้องถิ่นเพื่อให้ใช้ในการจัดการเรียนพลและเพื่อให้เด็กวัยเรียนให้เด็กในชุมชนได้ใช้ออกกำลังกาย และยังจัดสรรอุปกรณ์กีฬาไว้ในชุมชนเพื่อให้เด็กและประชาชนมีอุปกรณ์ใช้ในการออกกำลังกาย ในส่วนของโรงเรียนบางแห่งมีนโยบายสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายตอนเช้าก่อนเข้าเรียนทุกวันนอกเหนือจากวิชาพล ส่วนของชุมชนได้มีการจัดให้มีการแข่งขันแข่งขันกีฬาของชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เด็กและประชาชนในชุมชนได้ออกกำลังกายและยังช่วยส่งเสริมสถาบันครอบครัวอีกด้วย

2.3) การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก ชุมชนต่าง ๆ มีการณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกปี โดยการนำของ ครูในโรงเรียน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกิจกรรมดังนี้ การณรงค์ควบคุมโรคในชุมชนโรงเรียน โดยคัดเลือกนักเรียนที่สมัครใจและผ่านการอบรม ทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ สำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เสี่ยงบริเวณโรงเรียนและยังขยายผลโดยร่วมมือกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อสม.จับบ่อและแจ้งบ้านให้กำจัด ลูกน้ำยุงลาย การกำจัดพาหะนำโรคในภาพกว้าง โดยของค์กรส่วนท้องถิ่น จัดทำแผนและจัดเตรียมงบประมาณในการพ่นหมอกควัน ทราายอะเบท เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย

2.4) การดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาคามีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทำให้เกิดปัญหาเด็กส่งผลให้เกิดโรคติดต่อปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์ การมีบุตรเมื่อยังไม่พร้อม ทำให้ต้องออกจากโรงเรียนไปเลี้ยงดูบุตร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาดังนี้ การใช้ชมรมในการพัฒนาจิตใจเด็กเพื่อให้เด็กมีคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินชีวิต มีชมรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ การสร้างความตระหนักต่อปัญหาคามีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

2.5) ปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยของเด็กในโรงเรียน ได้แก่ การเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ได้แก่ ไข้หวัด ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นแผล โรงเรียนจึงร่วมมือกับสถานีอนามัย จัดระบบการป้องกันส่งเสริมสุขภาพเพื่อจัดการดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กในโรงเรียน ดังนี้ คือ จัดอบรมผู้นำอนามัยในโรงเรียน มาร่วมกันดำเนินการดูแลสุขภาพเด็กในโรงเรียนใช้ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนมาประจำอยู่ที่ห้องพยาบาลของโรงเรียน ในบางวัน เพื่อให้บริการสุขภาพแก่นักเรียนที่เจ็บป่วย

2.6) การจัดการปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของสารเสพติดในชุมชนชุมชนมองว่าเด็กมีเวลาว่างมากในช่วงหลังเลิกเรียนและช่วงปิดเทอมทำให้เด็กเกิดการมั่วสุมและพากันไปเสพยาเสพติด กิจกรรมการดำเนินการที่มีในชุมชน ได้แก่การจัดกิจกรรมกีฬาหลังเลิกเรียนและช่วงปิดเทอมให้กับเด็กเพื่อลดเวลาว่างในการมั่วสุมเสพยาของเด็กวัยเรียนในชุมชน จัดการแข่งขันกีฬาเพื่อเสริมสร้างสถาบัน

ครอบครัวสัมพันธ์ ใช้ศิลปะเพื่อให้เด็กได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มุ่งความสนใจมาที่งานศิลปะมากกว่าเรื่องสารเสพติด ใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น การจัดเวทีให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านต่าง ๆ มาสอนให้เด็กได้เรียนรู้กิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อให้เด็กมีทางเลือกในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ไม่ใช้เวลาว่างไปเสพยาเสพติด

3. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป ประกอบด้วย 1) ต้องทราบถึงสภาพปัญหาของเด็กวัยเรียนในชุมชนก่อน จากการทำประชาคมกับประชาชนในชุมชน เมื่อได้ประเด็นปัญหาสุขภาพมาแล้ว 2) นำเสนอเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันของชุมชน และนำการอภิปรายเกี่ยวกับความสำคัญของภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน และผลของสุขภาพต่อการพัฒนาคุณภาพเด็ก สังคม และประเทศชาติ เพื่อร่วมกันหาสาเหตุและ 3) หาแนวทางการแก้ไข จนก่อให้เกิดนโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นข้อตกลงหรือเป้าประสงค์ร่วมกันขององค์กรต่างๆในชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน เมื่อได้นโยบายแล้วองค์กรต่างๆร่วมมือกันดำเนินการตามนโยบายสาธารณะที่กำหนด 4) ดำเนินการจัดกิจกรรมนำร่อง เป็นค่ายเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ ในเรื่อง การพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันเสพยาเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย ทางเลือกและรูปแบบในการออกกำลังกาย โดยองค์กรต่างๆเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งทางด้านงบประมาณ สถานที่ วิทยากร ผลจากการทำกิจกรรมไม่เพียงแต่จะพัฒนาเด็กเท่านั้น แต่ยังเป็นโครงการนำร่องให้องค์กรต่าง ๆ ได้เริ่มจัดการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนตามที่ได้กำหนดนโยบายไว้ โดยมีคณะผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาสนับสนุนทางวิชาการ

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. การศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนที่โรงเรียนและชุมชน คลาร์ก (Clark, 1999) ได้กล่าวถึง สุขภาพของเด็กวัยเรียน(Health of school-age children) ไว้ว่าประกอบด้วย มิติที่สำคัญ 6 ด้าน คือ ด้านชีวกายภาพ (Biophysical Dimension) ด้านจิตวิทยา (Psychological Dimension) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Dimension) ด้านสังคม (Social Dimension) ด้านพฤติกรรม(Behavioral Dimension) และระบบบริการสุขภาพ (Health care system Dimension)

การศึกษารุ่นนี้พบว่า การจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนที่โรงเรียนและชุมชนได้ดำเนินการอยู่แล้ว มีการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งถือว่าครอบคลุมทุกมิติทางด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยองค์กรต่างๆในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงเรียน แต่ละองค์กรมี

บทบาทหน้าที่การจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนกันตามความถนัด ความเชี่ยวชาญ ชำนาญ และบทบาทหน้าที่หลัก บางหน่วยงานดำเนินการเพียงลำพัง บางหน่วยงานได้ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้บางองค์กรยังทำการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน โดยนำภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาร่วมด้วย ซึ่งถือว่าเป็นแนวคิดที่ดีที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของชุมชนของตน หาและใช้ทุนทางสังคม ซึ่งการดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยการใช้งบประมาณทางสังคม นี้จะทำให้เกิดการเปิดเผยจุดแข็งของชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2550) ซึ่งเป็นฐานในการสร้างชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งได้เป็นอย่างดี แต่การร่วมมือมีส่วนร่วม การร่วมมือกันวางแผน ยังมีน้อย ทำให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาในบางครั้งยังไม่ครอบคลุม ในทุกด้านของปัญหาและบูรณาการทุกหน่วยงาน

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้เกิดขึ้นได้ จากปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง คือ ผู้นำองค์กรต่างๆ มีความสนใจในการดูแลสุขภาพเด็ก เพราะผู้นำ เป็นบุคคลที่ชุมชนให้ความนับถือ เชื่อถือ ผู้นำเหล่านี้จึงเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพในชุมชน ดังที่ อมรวิรัช นาคทรพร และคณะ (2551, p.49) ได้กล่าวไว้ว่า การมีผู้นำที่เข้มแข็ง จะก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนได้ดี การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีผลให้เกิดการผลักดันกระบวนการพัฒนาขึ้นได้ อันเนื่องมาจากตัวผู้นำได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน เห็นถึงความสำคัญของการจัดการดูแลเด็กในวัยเรียน เมื่อผู้นำเห็นความสำคัญ ผู้ร่วมงานในองค์กรก็จะเห็นความสำคัญและร่วมมือกันพัฒนาระบบสุขภาพ จนเกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมแบบองค์รวม โดยมีคณะผู้วิจัยเป็นผู้ประสานความร่วมมือและให้ข้อเสนอแนะ

3. การสร้างการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน เนื่องจากการจัดการ ในระบบเดิมมักดำเนินการแก้ไขปัญหาภายใต้กระบวนการที่แยกส่วน ไม่สามารถผสานเข้ากับวิถีชีวิตและวิถีคิด ไม่เกิดการร่วมมือกันแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม (ขนิษฐา นันทบุตร, 2550 p13) ทำให้เมื่อดำเนินการแก้ปัญหา บางครั้งไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหา สภาพชุมชน ไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ดังนั้นกลไกในการดูแลสุขภาพชุมชนที่สำคัญ คือ การให้คนในชุมชนทำหน้าที่แก้ปัญหาลง ใช้ศักยภาพของชุมชนมาจัดการกับปัญหาของชุมชนเอง โดยเน้นการออกแบบการดูแลสุขภาพจากผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมากกว่าการดำเนินงานตามโปรแกรมหรือ โครงการที่กำหนดรูปแบบไว้แล้ว (ขนิษฐา นันทบุตร, 2550) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ประชาชนและองค์กรต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วน ร่วมร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมวางแผน และกำหนดกิจกรรมต่างๆ และประเมินผลร่วมกัน

โดยองค์กรหลัก ในการร่วมสร้างสุขภาพ ที่น่าจะประกอบด้วยอย่างน้อย 3 ภาคส่วนที่สำคัญ ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนและเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนและองค์กร

ชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2550) และกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมนี้ สิ่งที่สำคัญอีกประการ คือ ต้องสร้างให้ชุมชนความตระหนัก ในปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนอันจะส่งผลกระทบต่อลูกหลานของพวกเขาเอง การศึกษาครั้งนี้ในขั้นตอนแรกผู้วิจัยได้เข้าพบผู้นำเพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน เมื่อผู้นำเห็นด้วย จึงได้ร่วมกันจัดทำประชาคม และประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กทุกภาคส่วน โดยร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาและได้กำหนดให้มีนโยบายสาธารณะในการจัดการดูแลสุขภาพเด็ก จึงเป็นการแก้ไขปัญหาที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และการดำเนินการแก้ไขสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้องค์กรในชุมชน เป็นแกนนำหลักในการพัฒนา เพราะจะทำให้การดำเนินการแก้ไขสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ดังนั้นในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ควรเริ่มต้นที่การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และดำเนินกิจกรรมโดยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

2. ผู้นำชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพประชาชนในทุกวัย โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน ดังนั้นการพัฒนาความเข้าใจและความตระหนักในผลของสุขภาพเด็กวัยเรียนต่อคุณภาพของประชาชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีกระบวนการพัฒนาผู้นำชุมชน

3. เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่สำคัญจากผลการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพหลายอย่างโดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพหลายอย่างที่เกิดขึ้นในเด็กวัยเรียน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายน้อย ซึ่งเป็นแบบแผนเชื่อมโยงจนเป็นผู้ใหญ่และมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความสนใจใส่ใจในการปรับเปลี่ยนก่อนที่จะพัฒนาจนเป็นความเคยชิน และพัฒนาเป็นพฤติกรรมเสียอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนใน โรงเรียนและชุมชนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรมีการศึกษาติดตามว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและชุมชนบนพื้นฐานจากการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเป็นไปได้และสามารถแก้ปัญหาได้จริง และรูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนใดที่เป็น รูปแบบที่ดีในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน

บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2550). เอกสารประกอบแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เสริมสร้างทักษะชีวิต เรื่อง โรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับแกนนำสุขภาพในชุมชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2550). ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ. นนทบุรี: อุษาการพิมพ์.
- ขนิษฐา นันทบุตร; และคนอื่น ๆ. (2550). บทสังเคราะห์นวัตกรรมการสู่ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพชุมชน. นนทบุรี. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน: อุษาการพิมพ์.
- ทวีสุข พันธุ์เพ็ง; และ สุกานดา โพธิ์ศรี (2546). ผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก จากสิ่งแวดล้อม ตอนที่ 1 : สถานการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก. สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 8(1).
- นันทนา อ่วมกุล; และคนอื่น ๆ. (2545). แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เบญจรัตน์ นุชนาฎ; และคนอื่น ๆ. (2552). พัฒนาการของเด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2553, จาก <http://gotoknow.org/blog/bigbenjnicfd/305008>
- ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2544). บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล นนทบุรี โครงการสาธารณสุขระดับตำบล กระทรวงสาธารณสุข.
- ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร. (2533). วัยเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ. จาก <http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=kunyawat&month=02-2008&date=22&group=4&gblog=11>
- พีรธร บุญรัตน์ (2544). เอกสารประกอบคำบรรยาย เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน:แนวคิด และประสบการณ์วิจัย. พิษณุโลก: สถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- มณฑล คงปิ่น (2541). รายงานการวิจัย การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ. นนทบุรี:
กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. จาก [http://icoh.anamai.moph.go.th/thai/index.php?](http://icoh.anamai.moph.go.th/thai/index.php?option=com_content&view=article&id=72:-m-m-s&catid=21&Itemid=100)
[option=com_content&view=article&id=72:-m-m-s&catid=21&Itemid=100](http://icoh.anamai.moph.go.th/thai/index.php?option=com_content&view=article&id=72:-m-m-s&catid=21&Itemid=100)
- วรรณดี จันทศิริและคณะ. (2545). รายงานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดย
กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้นโยบาย สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: หมู่
ที่ 8 ตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี
- สรฤทธิ จันสุข. (2553). การมีส่วนร่วม. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2553 จาก
<http://gotoknow.org/blog/530116/328530>
- สิริกัทร สารรักรักษ์และคณะ. (2551). ยุทธศาสตร์ลดปัจจัยเสี่ยงในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น. จาก
http://203.157.71.157/ewtadmin/ewt/hpc7/cwt_news.php?nid=363
- สุธี วรประดิษฐ. (2547). การมีส่วนร่วมของชุมชน. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2553, จาก
<http://www.thailabour.org/thai/news/47120601.html>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). (2552). แผนงานหลักสสส 2552-2554
แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชนและครอบครัว. จาก <http://corp.thaihealth.or.th/plans>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). สมุดบันทึกกิจกรรมอนามัย
โรงเรียน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำราญ จิตมานะ. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำสตรีในการพัฒนาชุมชน.
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อภิญา ตันทวิวงศ์. (2551). รากฐานของสังคมคือ ชุมชนท้องถิ่น. นนทบุรี.สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.): สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- อมรวิรัช นาคทรพรพ และคนอื่น ๆ. (2551). การศึกษาในวิถีชุมชน : การสังเคราะห์ประสบการณ์
ในชุดโครงการวิจัยด้านการศึกษากับชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย (สวก.)

อริศรา ชูชาติ และคณะ. (2538). *เทคนิคเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม นครปฐม สถาบันการ
สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.*

เอกสารแจกประกอบการประชุม วันที่ 21 กันยายน 2549 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 20 กันยายน 2549

Clark, M. J. (1999). *Nursing in the community : dimensions of community health nursing*
3rd ed. USA.: Prentice Hall.

ภาคผนวก



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
3764
28 ก.ย. 52
15.20 น.

ส่วนงาน กองบริการการศึกษา งานส่งเสริมการวิจัย โทร.2561-2162

ที่ ศธ 0528.023/2904

วันที่ 28 กันยายน 2552

เรื่อง ขอส่งแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา

✓ อ.พัชรินทร์
- อ.สุวิมล

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นักวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ส่งโครงการวิจัยเพื่อขอ
คำรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 1 โครงการ ดังนี้

- 1.โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน
ในโรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนภาคตะวันออก

โดย นางสาวพัชรินทร์ ฐลที หัวหน้าโครงการวิจัย

บัดนี้โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณา และได้รับการรับรองโครงการวิจัย

จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา แล้ว งานส่งเสริมการวิจัย

กองบริการการศึกษา ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ดังกล่าวจำนวน 1 ฉบับ มายังท่านเพื่อแจ้งนักวิจัยที่เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดแจ้งให้นักวิจัยทราบ จักขอบคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดี

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

รองประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ ฐลที
เป็นต้นฉบับโครงการ

ขอเรียนขอ

1. เพื่อโปรดทราบ

2. เพื่อบอกให้ อ.พัชรินทร์ ฐลที ทราบ ตามขั้นตอนตามเดิม

ขอแจ้งให้นักวิจัยทราบต่อไป

อ.กาน

28 ก.ย. 52

บันทึกหมาย/รพอ

28 ก.ย. 52



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยบูรพา

1. โครงการวิจัย

ภาษาไทย	การพัฒนา รูปแบบการจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคตะวันออกเฉียง
ภาษาอังกฤษ	The Development of Health Management Model for School Age Children in the School and Community in Eastern Region: Based on Community

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวพัชรินทร์ พูลทวี

3. หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(/) รับรองโครงการวิจัย

() ไม่รับรอง

5. วันที่ที่ให้การรับรอง : 25 กันยายน พ.ศ. 2552

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย