

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

อังนรา ภัคดีพินิจ

คุณูปการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เมษายน 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุณภาพนิพนธ์ ได้พิจารณา
คุณภาพนิพนธ์ของ อัจฉรา ภักดีพิณีจ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัววรรณ ยอดนิล)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดุสิต ขาวเหลือง)

คณะกรรมการสอบคุณภาพนิพนธ์

.....ประธาน
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคนธ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัววรรณ ยอดนิล)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดุสิต ขาวเหลือง)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนภาค)

คณะศึกษาศาสตร์ อนุมัติให้รับคุณภาพนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่ 19 เดือน เมษายน พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

ชุมชนนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีวรรณ ยอดนิล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภิต ขาวเหลือง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องด้วยความมีเมตตาอย่างยิ่งต่อศิษย์ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ Dr. Ruth W. Edwards และ Dr. Linda Stanley มหาวิทยาลัยโคโลราโด ผู้เขียน Community readiness model ที่อนุญาตให้นำแบบสัมภาษณ์ Community readiness interview questions มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบชุมชนนิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาชี้แนะปรับแก้ให้ชุมชนนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การวิจัยนี้จะสำเร็จไม่ได้ถ้าไม่ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน ในชุมชนเทศบาลเมืองเสนา ขอขอบคุณ ดร.พวงทอง อินใจ คุณกฤษณา ฤทธิศร คุณภัทรภรณ์ ภู่งษา และคณะทำงานป้องกันภาวะอ้วนของอำเภอเสนา ที่กรุณาเอื้อเฟื้อให้ความสะดวก และร่วมดำเนินการวิจัย ทำให้ชุมชนนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคนบนฟ้า หลวงลุงจันท์ เหลาฉลาด ผู้เป็นแรงบันดาลใจและสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้พัฒนาตนเองและรักในการศึกษา และกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ พันเอกจรัส และคุณแม่ประนอม เหลาฉลาด ที่ให้ความรักเป็นกำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา ตลอดจน พันเอกธรรมนุญ ภักดีพินิจ ที่เป็นกำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา ขอขอบคุณน้องสาวทั้งสองที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดี

คุณประโยชน์อันพึงมีของชุมชนนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูทวาทิแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาตราบจนวันนี้

อัจฉรา ภักดีพินิจ

55810117: สาขาวิชา: การศึกษาและการพัฒนาสังคม; ปร.ด. (การศึกษาและการพัฒนาสังคม)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน/ ป้องกันภาวะอ้วน/ นักเรียนระดับประถมศึกษา

อัจฉรา ภักดีพินิจ: รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา (COMMUNITY PARTICIPATION MODEL FOR CHILDHOOD OVERWEIGHT PREVENTION AMONG ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN)

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์: ศรีวรรณ ยอดนิล, ปร.ด., คุณิต ชาวเหลือง, ปร.ด. 270 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมาจาก 5 ภาคส่วนของชุมชน เขตเทศบาลเมืองเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน โรงพยาบาล เทศบาล และผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 476 คน และสัมภาษณ์ความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนด้วยแบบสัมภาษณ์ที่แปลและปรับปรุงจาก Community readiness interview questions โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากแต่ละภาคส่วนแบบเจาะจง จำนวน 12 คน และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการตามขั้นตอนของ ADDIE Model วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อทดสอบค่าที (*t*-test) และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 พบอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ สมาชิกชุมชนขาดความรู้ และความตระหนักต่อปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก ผลการประเมินความพร้อมของชุมชน พบว่า ระดับความพร้อมของชุมชนอยู่ในระยะไม่ตระหนัก มีค่าคะแนน เท่ากับ 1.62 หมายถึง สมาชิกและผู้นำชุมชนไม่ตระหนักว่าภาวะอ้วนในเด็กเป็นประเด็นปัญหาของชุมชน และการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก มี 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การศึกษาสภาพชุมชน 2) การวางแผน 3) การดำเนินกิจกรรม 4) การประเมินผล และ 5) การสรุปผลและดำเนินการต่อเนื่อง ผลการใช้รูปแบบ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนหลังใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะอ้วนของนักเรียนหลังใช้รูปแบบ ลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้ คือ 1) ควรสร้างความตระหนักแก่ผู้นำชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนและนำไปกำหนดนโยบาย 2) ควรมีผู้ประสานงานหลักที่มีภาวะผู้นำสำหรับติดตามและประสานการดำเนินงานของแต่ละภาคส่วน 3) ควรเน้นการป้องกันภาวะอ้วนแก่เด็กทุกคน และ 4) ควรพัฒนาสมรรถนะในการประเมินความพร้อมของชุมชน แก่บุคลากรสาธารณสุข ครู และแกนนำชุมชน

55810117: MAJOR: EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT; Ph.D.
(EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT)

KEYWORDS: COMMUNITY PARTICIPATION/ CHILDHOOD OVERWEIGHT
PREVENTION/ ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN

ACHARA PAKDEEPINID: COMMUNITY PARTICIPATION MODEL FOR
CHILDHOOD OVERWEIGHT PREVENTION AMONG ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN.
ADVISORY COMMITTEE: SRIWAN YODNIL, Ph.D., DUSIT KHAWLOUENG. Ph.D. 270 P.
2018.

This research aimed to develop a community participation model for childhood overweight prevention among elementary school children. This study consisted of 2 steps: step 1. The first step was to study the community participation evaluating the level of its engagement. The data was collected from 476 participants who were community leaders, parents, healthcare, school, and municipality in Sena municipality Ayuttaya province. Additionally, twelve key informants were identified and interviewed using a semi-structured method. The interview questions were translated and adapted from the Community Readiness interview questions to assess community readiness. The second step was to develop the community participation model based on the ADDIE process. The data was analyzed by percentage, Mean, Standard Deviation, *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that while the level of community participation was at a medium level (2.50), community members have less knowledge and no awareness on childhood overweight issue. Additionally, the result of community readiness assessment reports the overall community readiness score at 1.62 which was equal to the first stage of readiness (no awareness). The community participation model was analyzed through 5 stages as follows: 1) community context analyzing, 2) community participation planning, 3) plan implementing, 4) plan evaluating, and 5) evaluation data summarizing and continue actions. After implementation, the level of community participation was significantly higher than before implementation at *p*-value .05 and the result of obesity evaluation among elementary school children was significantly lower than previous implementation at *p*-value .05 In conclusion, the study suggested that we should 1) raise awareness of community leaders who will be supporters for policy implementation, 2) have a coordinator who can regulate and coordinate the operations of each sector, 3) prevent obesity in children, and 4) develop a capacity to assess community readiness in health providers, teachers and community leaders.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	14
แนวคิดเครือข่ายสุขภาพในชุมชน.....	23
แนวคิดความพร้อมของชุมชน.....	27
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	35
แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	40
แนวคิดของภาวะอ้วนในเด็ก.....	43
แนวคิดของการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน.....	51
แนวคิดของการออกกำลังกายในเด็กวัยเรียน.....	57
นโยบายและมาตรการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของประเทศไทย.....	65
แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ.....	72
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	78

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	89
วิธีดำเนินการวิจัย.....	89
การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ	
ประถมศึกษา.....	89
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ	
ประถมศึกษา.....	97
4	105
ผลการวิจัย.....	105
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย.....	105
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
5	164
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	164
สรุปผลการวิจัย.....	164
อภิปรายผลการวิจัย.....	175
ข้อเสนอแนะ.....	182
บรรณานุกรม.....	183
ภาคผนวก.....	192
ภาคผนวก ก.....	193
ภาคผนวก ข.....	204
ภาคผนวก ค.....	217
ภาคผนวก ง.....	263
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	270

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	การแปลผลภาวะโภชนาการ: น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง..... 45
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 5 ภาคส่วน..... 91
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 476$)..... 106
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ($n = 476$)..... 108
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการตัดสินใจ ($n = 476$)..... 108
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการปฏิบัติ ($n = 476$)..... 110
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการรับประโยชน์..... 111
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการประเมินผล..... 112
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับความคาดหวังต่อความสามารถ ของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ($n = 476$)..... 113
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ ความเชื่อคุณค่าตนเอง ในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ($n = 476$).....
11	จำนวนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพร้อมของชุมชนจาก 5 ภาคส่วน..... 118
12	ค่าคะแนนและระดับความพร้อมของชุมชน 5 มิติ..... 121
13	การสังเคราะห์แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างรูปแบบ..... 125
14	รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา.. 131
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับศึกษาก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 268$)..... 135
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการตัดสินใจ ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบ ($n = 268$)..... 136

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการปฏิบัติก่อนและหลัง ใช้รูปแบบ (n = 268).....	139
18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้านการรับประโยชน์ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 268).....	142
19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้านการประเมินผล ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 268).....	144
20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง และความเชื่อคุณค่าตนเองต่อการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบในภาพรวม (n = 268).....	146
21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 268).....	147
22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ ความเชื่อคุณค่าตนเอง ในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 268).....	149
23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการประเมินภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 1044).....	150
24 การปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา.....	151
25 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ.....	160

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
26	เปรียบเทียบผลประเมินภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบ.....	161
27	ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ ประถมศึกษาที่สังเคราะห์จากบันทึกข้อมูลการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มี ส่วนร่วม.....	161
28	สรุปผลความพร้อมของชุมชน 5 มิติ.....	166

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 รูปแบบการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff.....	19
3 รูปการออกแบบและพัฒนารูปแบบ.....	77
4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะ อ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา.....	103
5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา.....	104
6 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ ประถมศึกษา.....	174

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาคมโลก และมีการคาดการณ์ว่าปัญหาจะทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในเด็ก จากรายงานของ Centers for Disease Control and Prevention (2014) พบว่า ใน 3 ทศวรรษที่ผ่านมาเด็กมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า ทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว และในปี พ.ศ. 2559 ทั่วโลกมีเด็กอายุ 5-19 ปี มากกว่า 340 ล้านคน อยู่ในภาวะอ้วน โดยในปี พ.ศ. 2518 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนในเด็ก เท่ากับร้อยละ 4 และเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2559 (World Health Organization [WHO], 2018) สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลการเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน โดยใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของกรมอนามัย พบว่า ยังไม่สามารถลดสถานการณ์ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากในปี พ.ศ. 2546 พบเด็กวัยเรียนมีภาวะอ้วนร้อยละ 13.6 หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2558 พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะอ้วนลดลงเหลือร้อยละ 12.5 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.1 ในปี พ.ศ. 2559 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และยังพบว่า เด็กในเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล นอกจากนี้ เมื่อแยกออกเป็นรายภาค เด็กในภาคกลางมีความชุกของภาวะอ้วนสูงเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2555)

จากสถานการณ์ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กที่ยังไม่สามารถจัดการเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะอ้วนจึงเป็นภัยคุกคามที่อันตรายของเด็กไทย เป็นปัญหาที่ควรเฝ้าระวังและหาทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะเด็กที่มีภาวะอ้วนเสี่ยงสูงที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่อ้วน ซึ่งจะตามมาด้วยปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิต จากรายงาน ของ WHO (2018) พบว่า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน โรคเมธิร์เรียมบางชนิด (เยื่อโพรงมดลูก เต้านมและลำไส้ใหญ่) และโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่า หนึ่งในสามของเด็กที่อ้วนในวัยก่อนเรียน และครึ่งหนึ่งของเด็กที่อ้วนในวัยเรียนจะยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ หากยังอ้วนเมื่อเป็นวัยรุ่น โอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนยิ่งสูงมาก หากไม่มีการแก้ไข ในอนาคตประเทศไทยจะเผชิญกับปัญหาประชากรไม่มีคุณภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต และเป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างยิ่งต่อสังคมโดยรวม

ภาวะอ้วนในเด็กเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน พัฒนาการของภาวะอ้วนมาจากการควบคุมพลังงาน (Energy regulation) ที่ขาดความสมดุลระหว่างการรับและใช้พลังงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้พลังงาน ปัจจัยส่วนบุคคล เชิงชีวภาพ (Individual/ biological susceptibility) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (ลัคคา เหมาะสมสุวรรณ, 2554; ทักษพล ธรรมรังสี, สิรินทร์ยา พูลเกิด และสุลัดดา พงษ์อุทธา, 2554) จากข้อมูลของกรมอนามัย พบว่า ภาวะอ้วนในเด็กไทยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมโภชนาการที่ไม่ถูกต้องรวมทั้งขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เด็กวัยเรียนที่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ คือ 60 นาทีต่อวัน และสัปดาห์ละ 3 วัน มีเพียงร้อยละ 24.3 ส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกม และคอมพิวเตอร์ เกินกว่าวันละ 2 ชั่วโมง และยังพบว่าเด็กวัยเรียนกินผักเพียงวันละ 1.5 ช้อนโต๊ะ ซึ่งตามหลักโภชนาการแล้วควรกิน ไม่น้อยกว่าวันละ 12 ช้อนโต๊ะ กินขนมกรุบกรอบและคิมเครื่องดื่มรสหวานจัดเกือบทุกวันสูงถึงร้อยละ 67.4 ส่งผลให้เด็กไทยมีปัญหาภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น (สำนักสื่อสารและตอบโต้ความเสี่ยง กรมอนามัย, 2557)

การจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของประเทศไทย จากมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พ.ศ. 2553-2562 โดยมีเป้าหมายระยะยาวว่าภายในปี พ.ศ. 2562 ประชากรไทยกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอัตราความชุกของภาวะอ้วนน้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งกรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จะประกอบด้วย มาตรการในการป้องกันควบคุม คัดกรองและบำบัดรักษา และต้องครอบคลุมกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของภาวะอ้วนใน 3 ปัจจัยหลักที่ควบคุมได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและการมีกิจกรรมทางกาย โดยมีกระบวนการจัดการที่มีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทุกระดับ มีกลไกการประสานงานเชื่อมโยงภาคีต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขของสังคมไทยและตั้งอยู่บนฐานความรู้ทางวิชาการ (อุมาพร สุทัศน์วรวิฒิ และลัคคา เหมาะสมสุวรรณ, 2554) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก โดยกำหนดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ได้แก่ ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ซึ่งมีเป้าหมายและตัวชี้วัดในการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียน คือ เด็กวัยเรียนต้องมีภาวะอ้วนไม่เกินร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ. 2560 มีเกณฑ์เป้าหมายให้ภาวะอ้วนลดลง ร้อยละ 0.5 ต่อปี เมื่อเทียบกับสถานการณ์เดิมของโรงเรียน (สำนักน โยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการออกกฎกระทรวงเพื่อการป้องกัน โดยเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทางอาหาร งดการใส่น้ำตาลในนมเด็ก และมีนโยบาย

ควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในโรงเรียนเน้นการควบคุมอาหารที่มีน้ำตาล และเพิ่มการออกกำลังกาย ซึ่งยังไม่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดภาวะอ้วน และไม่พบการดำเนินการเชิงระบบ ระดับพื้นที่ ครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นทางการ ทำให้ยังไม่สามารถลดภาวะอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การแก้ไขปัญหภาวะอ้วนและพัฒนาการดูแลสุขภาพ เพื่อให้หลุดพ้นจากความเจ็บป่วย ไม่สามารถแยกทำเป็นส่วน ๆ และต่างคนต่างทำได้ การมีส่วนร่วมมีความสำคัญในทุกขั้นตอนของการพัฒนา โดยเฉพาะในชุมชนจะต้องมีการบูรณาการให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ เข้ามาร่วมคิดร่วมทำงานเพื่อแก้ไขปัญห และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอย่างจริงจัง ซึ่งเป็นไปตามวิธีการพัฒนา ให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชนให้ยั่งยืนได้ด้วยตนเอง การป้องกันและการจัดการที่เน้นเฉพาะบุคคลเพียงอย่างเดียว มักไม่ประสบผลสำเร็จ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายหลายองค์กร ตั้งแต่หน่วยพื้นฐานของชีวิต คือ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สังคม รวมทั้งองค์กรของรัฐในการวางนโยบาย เพื่อผลักดันและขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการในการป้องกันและรักษาอย่างเป็นรูปธรรม (ปุลวิษ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง, 2554) เห็นได้จากการศึกษาของกนิษฐา อรรถวาไรย์ (2553) พบว่าแนวทางในการจัดการการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กต้องจัดการกับปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพ มีการทำงานร่วมกันของโรงเรียน โรงพยาบาล และเทศบาล ซึ่งโรงเรียนมีบทบาทเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับครอบครัว โรงพยาบาล และเทศบาล โดยเทศบาลสนับสนุนงบประมาณและโรงพยาบาลเป็นหน่วยประสานการจัดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมวิชาการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิรา ไชยศรี (2556) ที่ได้สังเคราะห์งานวิจัยเพื่อหาแนวปฏิบัติ การพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อจัดการภาวะอ้วนในเด็ก พบว่า วิธีการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก ต้องมีการจัดการแบบมีส่วนร่วมทั้งครอบครัว โรงเรียน และชุมชนเนื่องจากทั้งสามส่วนเป็นองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเด็ก และการศึกษาของยอดขวัญ เกษทองมา (2553) ที่พัฒนาตัวแบบการบริหารการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารเด็กในศูนย์เด็กเล็ก โดยตัวแบบที่พัฒนามีองค์ประกอบ คือ ครอบครัวเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก องค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก รวมทั้งกลุ่มกิจกรรมย่อย ทุกองค์ประกอบมีบทบาทหน้าที่และร่วมขับเคลื่อนอย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งมีการกำหนดมาตรการ/ ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานอย่างชัดเจน ใช้เทคนิคบริหารการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมที่ดี ติดตามให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ ประสานงาน วางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มอบหมายงาน และสร้างเครือข่ายในการทำงาน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม มีความเชื่อมั่นของผู้ปกครอง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและ พัฒนาการเด็กดีขึ้น เห็นได้ว่าการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืนที่จะส่งผลต่อคุณภาพของเด็ก

จากที่กล่าวมา ภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ต้องการการแก้ไขเร่งด่วน การป้องกันเป็นวิธีการสำคัญในการแก้ไขปัญหาและมีความยุ่งยากในการดำเนินการ น้อยกว่าการบำบัดรักษา หากต้องการให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพจะต้องมีการเลี้ยงดูและส่งเสริมสุขภาพตามวัย โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่มีอายุอยู่ในช่วง 6-12 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กจะออกสู่อสังคมนอกอย่างจริงจัง จากที่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บ้านได้เปลี่ยนมาใช้เวลาเต็มวันอยู่ที่โรงเรียน เด็กจะเรียนรู้จากโรงเรียน บ้านและจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เด็กได้สัมผัสจริง เป็นวัยที่มีความสามารถและพร้อมจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ในชีวิต สนใจสิ่งแวดล้อมและอยากมีความสามารถเทียบเท่าเพื่อนหรือมากกว่า มีพัฒนาการด้านความคิดและซึมซับคำสั่งสอน เข้าใจเหตุผลและปฏิบัติตามได้ดี (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2554) จึงเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในเด็กวัยนี้ จะได้รับผลดีและสามารถคงพฤติกรรมนั้นไว้ได้จนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งการออกแบบการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กเพื่อให้เกิดความยั่งยืน WHO (2012) ได้เสนอว่าจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงานตามกระบวนการ บูรณาการกิจกรรมการดำเนินงานตามระบบโครงสร้างของชุมชน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนอื่นที่มีความแตกต่างกัน เห็นได้ว่า กระบวนการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กต้องอาศัยกลไกภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมโดยการนำภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมคิดร่วมสร้างแนวทางการดำเนินการ และร่วมดำเนินกิจกรรมที่อาศัยการบูรณาการ ทั้งการรณรงค์ การสร้างความรู้ ความตระหนัก การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรม การบริโภคและการมีกิจกรรมทางกาย โดยไม่มุ่งเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่พฤติกรรมเด็ก จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาได้ขยายการมีส่วนร่วมหรือสื่อสารเพื่อป้องกันภาวะอ้วนไปยังครอบครัวหรือชุมชน (กิตติพร เนาว่าสุวรรณ และคณะ, 2556; รัชนก ใจเชิดชู, 2555; พรรณี บัญชรหัตถกิจ, 2551; เสกสรร อรรควาไสย์, 2544) แต่ยังไม่พบการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามาร่วมคิดวางแผนสร้างแนวทางการดำเนินการและร่วมดำเนินการอย่างแท้จริง มักเป็นบทบาทของนักวิชาการที่นำความรู้มาสร้างรูปแบบและนำทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย มีเพียงการศึกษาของกนิษฐา อรรควาไสย์ (2553) ที่ได้ศึกษาแนวทางการจัดการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินภาวะอ้วนในเด็กอายุ 3-5 ปีของครอบครัวและชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ 5 ภาคส่วน ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และยังไม่พบการศึกษาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา จำเป็นต้องมีการศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กที่เป็นการจัดการเชิงระบบของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดของชุมชน

ให้สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมส่งผลให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบของเขตสุขภาพ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิเข้าด้วยกัน แต่ละเขตครอบคลุมสถานบริการ 4-8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน มีทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยระดับกระทรวง โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 แผนงาน โดยมีแผนงานการพัฒนาสุขภาพของเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพเป็นแผนการดำเนินงานในเด็กวัยเรียนที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดว่าภายในปี พ.ศ. 2560 เด็กวัยเรียนจะต้องมีภาวะอ้วนไม่เกินร้อยละ 10 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากข้อมูลสถานการณ์ภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ปี พ.ศ. 2557 ภาคการศึกษาที่ 2 ของสำนักนโยบายนและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 ที่รับผิดชอบดูแลสถานบริการในเขตภาคกลาง จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง นนทบุรี ปทุมธานี สระบุรี สิงห์บุรี และลพบุรี มีเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 12.06 ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ โดยจังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นจังหวัดที่เด็กวัยเรียนมีภาวะอ้วนสูงติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ (สำนักนโยบายนและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากข้อมูลของ Health data center กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนของเขตสุขภาพที่ 4 ในปี พ.ศ. 2559 ภาคการศึกษาที่ 2 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.39 และในปี พ.ศ. 2560 ยังเท่ากับร้อยละ 12.39 (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เห็นได้ว่า ผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

จากสภาพพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 4 เป็นพื้นที่ราบลุ่มเจ้าพระยา ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นแหล่งการผลิตอาหารที่สำคัญ หลายจังหวัดมีนิคมอุตสาหกรรม อุตสาหกรรมปูนซีเมนต์ ทำให้มีปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพ และการพัฒนารอบปริมณฑลทำให้พื้นที่ที่มีความเจริญทางสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจสูง มีการเติบโตและขยายตัวอย่างรวดเร็ว วิถีชีวิตที่เดิมเคยเป็นสังคมชนบทเปลี่ยนไปเป็นการใช้ชีวิตแบบสังคมเมือง โดยที่ความเจริญทางเทคโนโลยีทำให้เกิดความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง รวมถึงการมีร้านค้าสะดวกซื้อ และร้านอาหารมากมายให้เลือกกิน โดยเฉพาะอาหารจานด่วน อาหารสะดวกซื้อ น้ำหวาน น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ ซึ่งให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ จะเห็นได้ว่าการใช้ชีวิตแบบสังคมเมืองดังที่กล่าวมาส่งเสริมให้เกิดภาวะอ้วนมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่

เขตสุขภาพที่ 4 ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยมีแนวคิดในการจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กที่อาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องของชุมชน ทั้งเครือข่ายภาคประชาชนและเครือข่ายภาครัฐ ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้แต่ละภาคส่วนของชุมชนมีโอกาสได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการตั้งแต่การศึกษาปัญหา การวางแผนดำเนินการ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการประเมินร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนให้กิจกรรมนั้นดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีความรับผิดชอบและเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดการทำงานร่วมกันแบบ “ประสานพลัง” อันเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม เกิดแผนงานที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้สำหรับให้ชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับพื้นที่ศึกษานำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติ เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีแก่เด็กให้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

คำถามการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาและสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาประกอบด้วย

1. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen and Uphoff (1980) ที่แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

2. แนวคิดเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและเครือข่ายสุขภาพภาครัฐ (กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

3. แนวคิดความพร้อมของชุมชน แบ่งเป็น 5 มิติ ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน 2) ผู้นำชุมชน 3) บรรยากาศของชุมชน 4) ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน และ 5) แหล่งทรัพยากร โดยแบ่งระยะความพร้อมของชุมชนเป็น 9 ระยะ ได้แก่ 1) ไม่ตระหนัก 2) ปฏิเสธ/ต่อต้าน 3) เริ่มตระหนัก 4) เริ่มคิดวางแผน 5) ตัดสินใจ 6) เริ่มลงมือกระทำ 7) ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 8) การยืนยันรับรอง/ ขยายผล และ 9) ระดับสูงสุดในการเป็นเจ้าของของชุมชน (Plested, Edwards & Jumper-Thurman, 2006; Stanley, 2014)

4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ทฤษฎีความมุ่งมั่น (Self-determination theory: SDT) (Deci & Ryan, 2008) ซึ่งเป็นหลักพัฒนาการทางจิตวิทยาที่จะช่วยให้บุคคลพบกับความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และแนวคิดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The stages of change) (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992)

5. แนวคิดกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1993) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality)

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge)

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

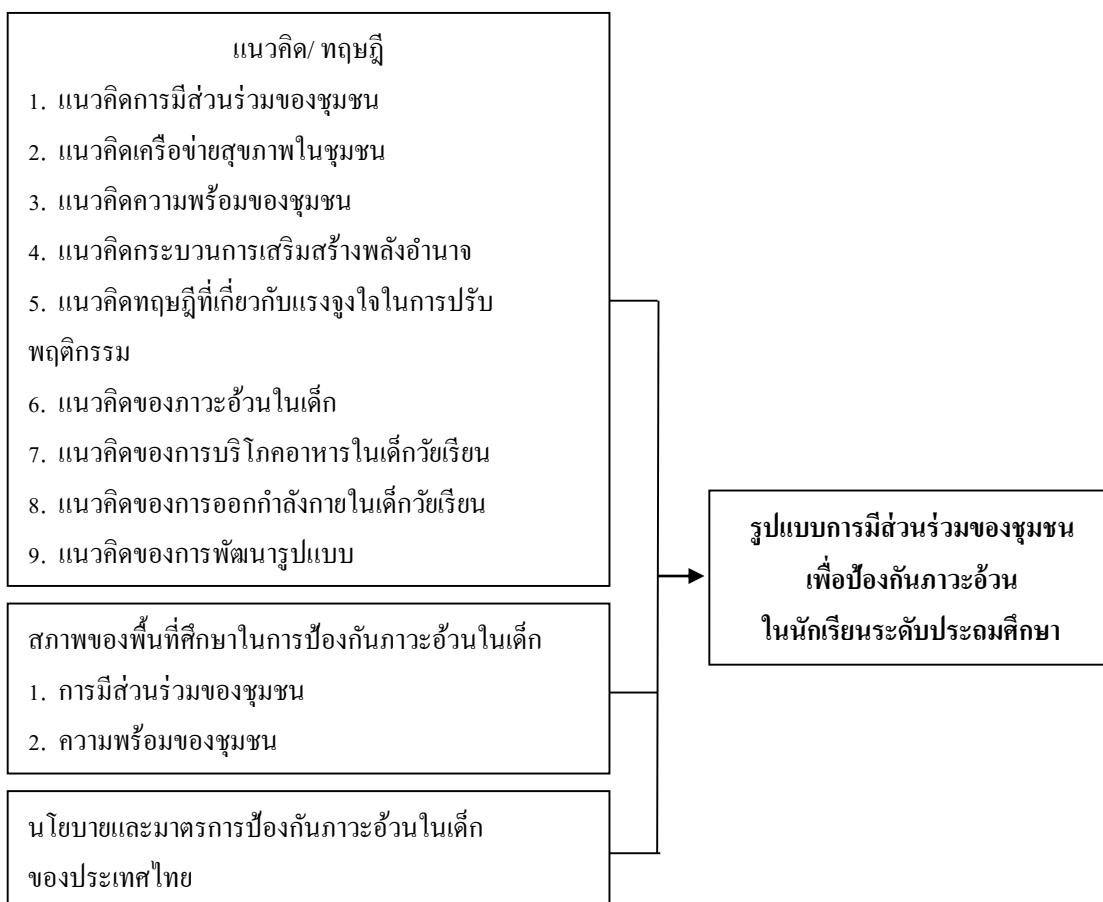
6. แนวคิดของภาวะฮ้วนในเด็ก

7. แนวคิดของการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน ได้แก่ หลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการและโภชนบัญญัติสำหรับคนไทย (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ก)

8. แนวคิดของการออกกำลังกายในเด็กวัยเรียน ได้แก่ ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในเด็กวัยเรียน และแนวทางการดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชน (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

9. แนวคิดของการพัฒนารูปแบบของ Strickland (2006) ที่เสนอขั้นตอนการออกแบบพัฒนารูปแบบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปทดลองใช้ (Implement) และการประเมินผล (Evaluation)

จากการศึกษาและสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเสนอภาพกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
2. หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-method research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ในจังหวัดที่มีความชุกของภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี สูงติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ ประกอบด้วย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สระบุรี และสิงห์บุรี โดยเลือก 1 จังหวัดเป็นพื้นที่ศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจากทั้งหมด 16 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเสนา จากนั้นสุ่มเลือกในชุมชนเขตเทศบาล เพื่อใช้ในการศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากเทศบาลในอำเภอเสนา จำนวนทั้งหมด 5 แห่ง มาจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองเสนา ที่มีโรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตเทศบาล จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี โรงเรียนประสาทวิทย์ และโรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์

ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษามาจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียน ชุมชน โรงพยาบาล และเทศบาล จำนวน 2,299 คน ดังนี้

1. ผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาของโรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี จำนวน 489 คน โรงเรียนประสาทวิทย์ จำนวน 621 คน และ โรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์ จำนวน 1,005 คน รวม 2,115 คน
2. โรงเรียน คือ ครูในโรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี จำนวน 20 คน โรงเรียนประสาทวิทย์ จำนวน 28 คน และ โรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์ จำนวน 74 คน รวม 122 คน
3. ชุมชน คือ ประธานชุมชน จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จาก 4 หมู่บ้าน จำนวน 50 คน รวม 54 คน
4. เทศบาล คือ นายกเทศมนตรี หัวหน้ากองสาธารณสุข พยาบาลประจำศูนย์สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ประเภทละ 1 คน รวม 4 คน
5. โรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 4 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 476 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) และวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาจากโรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี โรงเรียนประสาทวิทย์ และโรงเรียนราษฎร์บำรุง ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน, 94 คน และ 156 คน ตามลำดับ รวมทั้งหมด 325 คน

2. ครูจากโรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี โรงเรียนประสาทวิทย์ และโรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์ ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน, 23 คน และ 57 คน ตามลำดับ รวมทั้งหมด 96 คน

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 43 คน ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

4. ภาคส่วนของโรงพยาบาล เทศบาล และชุมชน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มิพบทาบเกี่ยวกับการดูแลป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนประถมศึกษาและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย รายละเอียดดังนี้

4.1 โรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 4 คน

4.2 เทศบาล ได้แก่ นายกเทศมนตรี หัวหน้ากองสาธารณสุข พยาบาลประจำศูนย์สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ประเภทละ 1 คน รวม 4 คน

4.3 ชุมชน ได้แก่ ประธานชุมชน จาก 4 ชุมชน จำนวน 4 คน

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับระดับความพร้อมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษาในการศึกษาระยะที่ 1 ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากภาคส่วนของโรงพยาบาล และเทศบาล ภาคส่วนละ 1 คน รวม 2 คน ภาคส่วนของชุมชนจาก 4 ชุมชน ๆ ละ 1 คน รวม 4 คน ภาคส่วนของโรงเรียนจากโรงเรียนในเขตเทศบาล 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 3 คน และผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา จากโรงเรียนในเขตเทศบาล 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 3 คน รวมจำนวนทั้งหมด 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ เป็นผู้ที่มิพบทาบเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล เมืองเสนา มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ของชุมชน และสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชุมชนได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาในการศึกษาระยะที่ 2 มีจำนวน 15 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยเป็น

ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาและ
 ยินดีร่วมมือในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 3 คน (ตัวแทนผู้ปกครองนักเรียน
 ผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะอ้วน ผู้ปกครองนักเรียนที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ) แกนนำ อสม.
 จำนวน 4 คน จาก 4 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน ประธานชุมชนจาก 4 หมู่บ้าน จำนวน 4 คน ครูอนามัย
 จำนวน 1 คน ครูพลศึกษา จำนวน 1 คน พยาบาลกองสาธารณสุขเทศบาล จำนวน 1 คน และ
 บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาในการศึกษา ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน 4 ด้าน
 ประกอบด้วย ด้านการตัดสินใจ ด้านการรับประโยชน์ ด้านการปฏิบัติ และด้านการประเมินผล

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ชุมชน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเสนา ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
 ปัญหาภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษา ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาครัฐ และภาคประชาชน
2. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การปฏิบัติร่วมกันของชุมชนในการดำเนินการ
 ป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 4 ด้าน ดังนี้
 - 2.1 ด้านการตัดสินใจ ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนในเรื่องที่จะทำและ
 วิธีการทำในเรื่องการพัฒนาศักยภาพองค์กร การจัดการด้านทุน และการจัดทำแผนในการป้องกัน
 ภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาของชุมชน
 - 2.2 ด้านการรับประโยชน์ ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์จากการจัดกิจกรรม
 การป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
 - 2.3 ด้านการปฏิบัติ ชุมชนมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ โดยที่ชุมชนตระหนักและ
 ร่วมดำเนินการเอง
 - 2.4 ด้านการประเมินผล ชุมชนร่วมกันควบคุม ตรวจสอบผลการดำเนินงาน ตลอดจน
 ปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
3. ความพร้อมของชุมชน หมายถึง ระดับที่ชุมชนเตรียมการจะจัดการกับปัญหาภาวะ
 อ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยมีการประเมินระดับความพร้อมของชุมชนด้วยการใช้
 รูปแบบความพร้อมของชุมชน (Community readiness model: CRM) ใน 5 มิติ เพื่อนำมาพัฒนา
 รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน ประเมินว่าสมาชิกในชุมชนทราบถึงความมุ่งมั่นในการจัดการกับปัญหา ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และการเข้าถึงบริการของทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างไร

3.2 ผู้นำชุมชน ประเมินว่ามีผู้นำแบบเป็นทางการและมีสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนได้สนับสนุนในการจัดการกับปัญหาหรือไม่

3.3 บรรยากาศของชุมชน ประเมินว่าทัศนคติที่มีต่อปัญหาของสมาชิกในชุมชนเป็นอย่างไร มีสมาชิกในชุมชนที่คิดว่าหมดหนทางในการจัดการปัญหา หรือคิดว่าต้องรับผิดชอบ และมีพลังในการจัดการกับปัญหา

3.4 ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน ประเมินว่าสมาชิกในชุมชนรู้เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา ผลที่เกิดขึ้น และผลกระทบต่อชุมชนอย่างไร

3.5 แหล่งทรัพยากร ประเมินว่ามีแหล่งทรัพยากรในชุมชน เช่น คน เวลา เงิน สถานที่ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนการจัดการกับปัญหาหรือไม่

4. ระยะความพร้อมของชุมชน แบ่งเป็น 9 ระยะ ดังนี้

4.1 ระยะไม่ตระหนัก หมายถึง สมาชิกในชุมชนหรือผู้นำชุมชนไม่ตระหนักว่าปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นประเด็นปัญหาของชุมชน

4.2 ระยะปฏิเสธ/ต่อต้าน หมายถึง มีสมาชิกของชุมชนเพียงส่วนน้อยที่เป็นกังวลกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก ระวังได้เพียงเล็กน้อยว่ามีปัญหานี้เกิดขึ้นในชุมชน

4.3 ระยะเริ่มตระหนัก หมายถึง รู้สึกมีความกังวลในปัญหา แต่ยังไม่มีความตั้งใจที่จะจัดการกับปัญหา

4.4 ระยะเริ่มคิดวางแผน หมายถึง สมาชิกในชุมชนเห็นว่าปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาของชุมชนชัดเจน จะต้องดำเนินการบางอย่างเพื่อจัดการกับปัญหา และอาจมีสมาชิกในชุมชนบางกลุ่มที่กำลังจัดการกับปัญหาอยู่ แต่ยังไม่มีความหมายหรือรายละเอียดในการดำเนินการ

4.5 ระยะตัดสินใจ หมายถึง ผู้นำในชุมชนเริ่มมีการวางแผนอย่างจริงจัง สมาชิกในชุมชนเริ่มให้การสนับสนุนและเริ่มมีความมุ่งมั่นที่จะจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก

4.6 ระยะเริ่มลงมือกระทำ หมายถึง ชุมชนมีแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพียงพอสำหรับนำไปใช้จัดการกับปัญหา และกำลังดำเนินการทำกิจกรรมต่าง ๆ

4.7 ระยะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กิจกรรมได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหรือผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจในชุมชน ทีมงานได้รับการอบรมและฝึกฝนประสบการณ์

4.8 ระยะเวลาขึ้นรับรอง/ ขยายผล หมายถึง ชุมชนมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมและสนับสนุนการขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นเรื่องปกติที่สมาชิกในชุมชนจะได้รับทราบข้อมูลภาวะอ้วนในเด็ก

4.9 ระยะเวลาการเป็นเจ้าของในระดับสูงสุดของชุมชน หมายถึง สมาชิกในชุมชนมีความรู้และทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความชุก สาเหตุและผลของภาวะอ้วนในเด็ก มีการประเมินผลที่สามารถนำไปใช้พัฒนาการดำเนินงาน และมีการนำรูปแบบการดำเนินงานไปประยุกต์ใช้กับประเด็นปัญหาอื่นของชุมชน

5. กระบวนการเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้สมาชิกในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา สาเหตุของปัญหาและความจำเป็นที่ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนต้องได้รับการแก้ไข รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

6. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การปฏิบัติร่วมกันของชุมชนในการดำเนินการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมระดับต่ำ การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมระดับสูง

7. นักเรียนระดับประถมศึกษา หมายถึง นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่อยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลเมืองเสนา

8. ภาวะอ้วน หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่สูงสุดเดียวกัน อ่านผลได้ที่จุดเริ่มอ้วนและอ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ +2 SD ขึ้นไป) จากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิง 5-18 ปี (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

9. การป้องกันภาวะอ้วน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมหรือการปฏิบัติในการเพิ่มความสามารถของบุคคลและชุมชนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้มีน้ำหนักที่เหมาะสมตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

10. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา หมายถึง กิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนสนใจและเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ในการดำเนินงานด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ผู้วิจัยศึกษาเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. แนวคิดเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
3. แนวคิดความพร้อมของชุมชน
4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม
5. แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
6. แนวคิดของภาวะอ้วนในเด็ก
7. แนวคิดของการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน
8. แนวคิดของการออกกำลังกายในเด็กวัยเรียน
9. นโยบายและมาตรการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของประเทศไทย
10. แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความหมายของการมีส่วนร่วม

คำว่ามีส่วนร่วมมีผู้นิยามความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

Cohen and Uphoff (1980) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเกี่ยวข้องกันของแต่ละบุคคล เพื่อการปรับปรุงสถานะความเป็นอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งได้อธิบายไว้ 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

โกวิทย์ พวงงาม (2553) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการของกลุ่มองค์กรชุมชนมีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ โดยมีความเข้าใจปัญหาของตนและตระหนักถึงสิทธิ์ของตนที่มีต่อสิ่งนั้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ด้วยการที่บุคคลได้รับข้อมูลใหม่ที่ช่วยเพิ่มอำนาจความคิด มีโอกาสได้ร่วมวิเคราะห์และตัดสินใจกำหนดเป้าหมายในกิจกรรมเหล่านั้น

ฉลาด จันทรสมบัติ (2553) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตั้งแต่การศึกษาปัญหา การวางแผนดำเนินการ

การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการประเมินร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนให้กิจกรรมนั้นดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อรพินท์ สพโชคชัย (2550) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทาง ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2550) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการ ซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัย และสวัสดิการของตนเอง และของชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นหนักในเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนของเขาเอง หรือหมายความว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาทุกระดับ และประชาชนเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ไขปัญหาของชุมชน

ถวิลลดี บุรีกุล (2551) ได้อธิบายการมีส่วนร่วมในหลายมิติ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในความหมายที่แคบ คือ การพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมช่วยเหลือด้วยความสมัครใจของประชาชนต่อ โครงการสาธารณะต่าง ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาชาติ แต่ไม่ได้หวังจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการ หรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ
2. การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้าง หมายถึง การให้ประชาชนในชนบทรู้สึกตื่นตัว เพื่อที่จะทราบถึงการรับความช่วยเหลือและตอบสนองต่อ โครงการพัฒนา ขณะเดียวกันก็สนับสนุนความคิดริเริ่มของคนในท้องถิ่น
3. ในเรื่องของการพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้น ๆ ด้วย
4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา คือ การที่ประชาชนได้เข้าร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อเขา
5. การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนจะมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่าง ๆ การระดมทรัพยากรท้องถิ่น และเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรงรักษาองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น
6. การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน ซึ่งหมายถึงว่า บุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมนั้นได้เป็นผู้มีความริเริ่ม และได้มุ่งใช้ความพยายามตลอดจนความเป็นตัวของตัวเองที่จะดำเนินการตามความริเริ่มนั้น

7. การมีส่วนร่วม คือ การที่ได้มีการจัดการใช้ความพยายามเพิ่มความสามารถในการควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่าง ๆ ตามสภาพสังคมนั้น ๆ โดยกลุ่มที่ดำเนินการและความเคลื่อนไหวที่จะดำเนินการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยทรัพยากรและระเบียบต่าง ๆ

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของกระบวนการที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยประชาชนเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ซึ่งลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการคิด ศึกษา และค้นคว้าหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาตลอดจนความต้องการของชุมชน 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนนโยบาย หรือแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย และ 4) การมีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตาม และประเมินผลการทำงาน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff

Cohen and Uphoff (1997) กล่าวถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยมิติพื้นฐานสำคัญ 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 มีส่วนร่วมในเรื่องใดหรือด้านใด ได้เสนอไว้ 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Participation in implementation) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ (Participation in benefit) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation)

มิติที่ 2 ใครเข้ามามีส่วนร่วม โดยจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ บุคลากรในระดับปฏิบัติการ กลุ่มผู้มีความรู้ความสามารถ กลุ่มบุคคลในระดับบริหารและ กลุ่มบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ให้พิจารณาถึงคุณลักษณะของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องเพศ สถานภาพ ครอบครัว อาชีพ และรายได้

มิติที่ 3 การมีส่วนร่วมนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ใน 4 ประเด็น คือ

1. พื้นฐานจากการที่เข้ามามีส่วนร่วม โดยพิจารณาถึงแรงที่กระทำให้เกิดการมีส่วนร่วม นั้นเกิดจากเบื้องบนหรือเบื้องล่าง แรงเสริมในการมีส่วนร่วมมาจากที่ใด

2. รูปแบบของการมีส่วนร่วม พิจารณาถึงรูปแบบองค์กรว่ามีส่วนร่วมโดยตรงหรือโดยอ้อม

3. ขอบเขตของการมีส่วนร่วม พิจารณาเกี่ยวกับระยะเวลาที่เข้ามามีส่วนร่วมและช่วงของกิจกรรม

4. ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วม พิจารณาเกี่ยวกับการให้อำนาจแก่ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม ปฏิสัมพันธ์สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

รูปแบบการมีส่วนร่วม

Cohen and Uphoff (1980) ได้จำแนกรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งได้อธิบายการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) การตัดสินใจชนิดนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดทางเลือก ตัดสินความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนดและประเมินทางเลือก และการตัดสินใจเลือก ซึ่งเปรียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่ได้เลือกมาสู่การปฏิบัติ สามารถแบ่งการตัดสินใจนี้ออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.1 การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น (Initial decision) เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการ และวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการ ซึ่งขั้นตอนนี้มีความสำคัญในการเลือกโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคนและมีความเป็นรูปธรรม โดยผ่านการใช้กระบวนการตัดสินใจ ในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญและเสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา

1.2 การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (Ongoing decision) ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น ซึ่งการตัดสินใจในการดำเนินโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของโครงการและวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

1.3 การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (Operational decision) เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กร เมื่อโครงการเข้ามามีการเชื่อมโยงโครงการมีการรวมตัวขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการ กรอบที่สมาชิกยึดถือ มีการประชุมเพื่อจัดทำนโยบายและการคัดเลือกผู้นำที่มีอิทธิพลต่อองค์กร

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Participation in implementation) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติแบ่งได้ 3 วิธีการ คือ

2.1 การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร (Resource contribution) สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์และข้อมูลข่าวสาร ทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญเพื่อพัฒนาโครงการ สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้คือการรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและสนับสนุนอย่างไรอาจใช้วิธีการจูงใจ การให้ค่าตอบแทนหรือการบีบบังคับให้สนับสนุนทรัพยากร ซึ่งพบได้บ่อยว่าทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันและเป็นการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารและประสานงาน (Project administration and coordination) คนในองค์กรมีการรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน หรือเป็นสมาชิกทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการ เป็นสมาชิกอาสาโดยทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการจะมี

การฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงาน วิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจให้กับคนในองค์กรแล้ว ยังช่วยให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายในและได้รับคำแนะนำในสิ่งที่เป็นปัญหาของคนในท้องถิ่น ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

2.3 การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (Participation in enlistment)

ในการขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องการผลประโยชน์เสมอไป แต่จะพิจารณาข้อเท็จจริงถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังนำโครงการมาใช้ และผลกระทบต่อคนในองค์กรที่เข้าร่วมโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Participation in benefits) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจ มีความสำคัญต่อการยอมรับเอาโครงการที่สำคัญเข้ามาทั้งที่การตัดสินใจอาจไม่เกิดขึ้นหรือมีขีดจำกัด ซึ่งการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แบ่งได้ 3 ชนิด ดังนี้

3.1 ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (Material benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น เป็นการเพิ่มการบริโภค รายได้ ทรัพย์สิน จะต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าใครคือผู้มีส่วนร่วมและทำให้เกิดการดำเนินการขึ้น

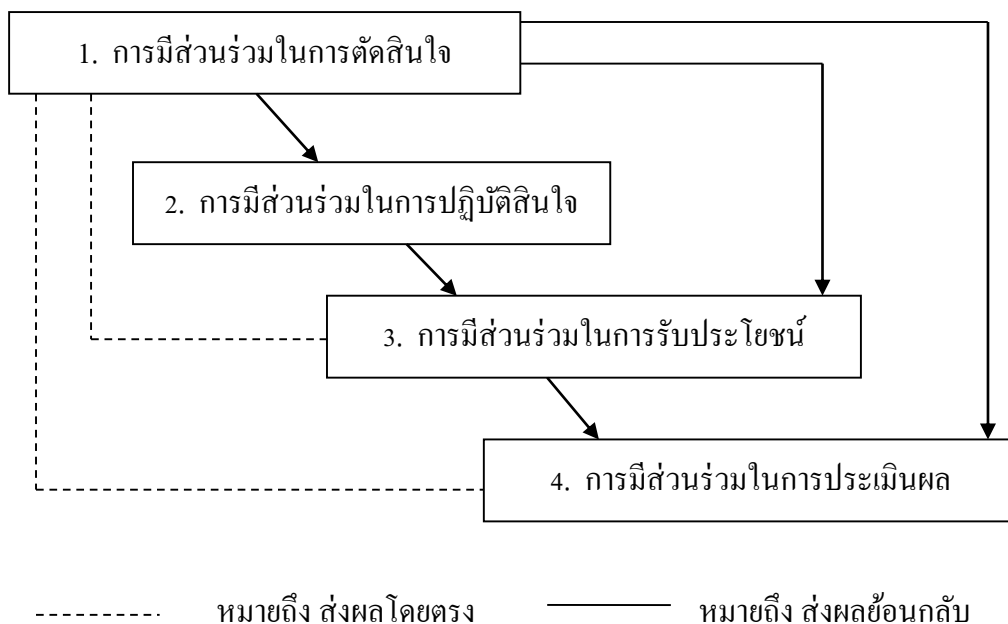
3.2 ผลประโยชน์ด้านสังคม (Social benefits) เป็นความต้องการด้านพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ บริการหรือความพึงพอใจจากสาธารณูปโภค จำเป็นต้องมีการกำหนดการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งในเรื่องปริมาณ การแบ่งผลประโยชน์ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ

3.3 ผลประโยชน์ด้านบุคคล (Personal benefits) เป็นความต้องการที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกเข้ามา เป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมืองโดยผ่านความร่วมมือในโครงการ ผลประโยชน์สำคัญที่ได้มี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อำนาจการเมือง และความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วย เพราะอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แตกต่างกันจะเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้วางแผนนโยบายหลักกว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลออกมาตรงข้ามกับความคาดหวังจะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ การมีส่วนร่วมทางตรง และการมีส่วนร่วมทางอ้อม ซึ่งจะประเมินผลด้านงบประมาณ ความพึงพอใจของบุคคลต่อโครงการ การมีส่วนร่วม วิธีการเข้ามามีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อต่าง ๆ หรือผ่านตัวแทนที่เลือกเข้าไป เพื่อนำความคิดเห็นไปใช้ประโยชน์

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff มีกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการวิเคราะห์การมีส่วนร่วม ว่ามีส่วนร่วมในเรื่องใดหรือด้านใด โดยเสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วม

ในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อีกทั้งพิจารณาว่าการมีส่วนร่วมนั้นมีใครเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง และการมีส่วนร่วมของบุคคลแต่ละกลุ่มนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร โดยจะแสดงความสัมพันธ์ของแต่ละด้านของการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff ได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ

ถวิลวดี บุรีกุล (2551) นำเสนอเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าต้องมีอิสรภาพ เข้าร่วมโดยสมัครใจ มีความเสมอภาคในการเข้าร่วมกิจกรรมและผู้เข้าร่วมต้องมีความสามารถ คือ มีความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนจะมีประสิทธิภาพได้ต้องประกอบด้วย ปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลจากประชาชนส่งผ่านไปยังผู้เสนอนโยบายหรือโครงการ เพื่อให้ผู้ที่กำหนดนโยบายหรือผู้ที่เสนอโครงการนั้น ๆ ได้ทราบถึงธรรมชาติและแนวคิดของสังคม
2. ข้อมูลทางเทคนิคเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นประเด็นสนใจจากผู้เสนอโครงการส่งผ่านไปยังประชาชน
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความเชื่อระหว่างประชาชนกับผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้เสนอโครงการ หรือระหว่างประชาชนด้วยกันเอง

4. ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประชาชนผู้สนใจจะต้องได้รับการนำเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ

จุฬารัตน์ ชมพันธุ์ (2555) ได้สรุปการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องเกิดขึ้นก่อนที่การตัดสินใจโดยผู้อำนาจตัดสินใจจะเกิดขึ้น
2. กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน
3. กระบวนการตัดสินใจที่ประกอบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริงและเหมาะสมในทุกขั้นตอน
4. การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องประกอบด้วยผู้มีส่วนได้เสียจากการตัดสินใจนั้นในทุกภาคส่วนอย่างครอบคลุมและเหมาะสม
5. กระบวนการมีส่วนร่วมควรประกอบด้วยเทคนิคการมีส่วนร่วมที่หลากหลายและมีความเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกัน
6. กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และการสื่อสารที่ใช้ในกระบวนการมีส่วนร่วมต้องเป็นแบบสองทาง
7. ข้อเสนอแนะและบทสรุปที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องชัดเจนและเปิดเผย สามารถติดตามและตรวจสอบได้ว่าข้อเสนอแนะเหล่านั้นส่งผลอย่างไรต่อการตัดสินใจขั้นสุดท้าย และหากข้อเสนอแนะเหล่านั้นไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจขั้นสุดท้าย ต้องมีคำอธิบายที่เหมาะสมจากผู้อำนาจตัดสินใจ

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน โดยกระบวนการตัดสินใจจะต้องประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วนอย่างครอบคลุมและเหมาะสม มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้และการสื่อสารที่ใช้ในกระบวนการมีส่วนร่วมต้องเป็นแบบสองทาง

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

วิธีการแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญ การแบ่งระดับขึ้นการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาระดับสูงสุด เป็น 7 ระดับ ดังนี้ (ถวิลวดี บุรีกุล, 2551, หน้า 10-11)

1. ระดับการให้ข้อมูลเป็นระดับต่ำสุดและเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการดำเนินการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม เป็นการให้ข้อมูลแก่ประชาชนเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายหรือผู้วางแผน โครงการ แต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใด ๆ วิธีการ

ให้ข้อมูล เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าว การแสดงนิทรรศการ การใช้สื่อ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สื่อบุคคล และหอกระจายข่าว เป็นต้น ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ประชาชนจะต้องให้อย่างทั่วถึง ถูกต้อง ตรงไปตรงมา ทันการณ์ เข้าใจได้ง่ายและไม่มีค่าใช้จ่ายมาเป็นอุปสรรคในการได้รับข้อมูลนั้น ๆ

2. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าระดับแรก มีการเชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นและประเมินข้อดีข้อเสีย เพื่อให้ได้ข้อมูลชัดเจนมากขึ้น มักใช้การสำรวจความคิดเห็น และการบรรยายให้ประชาชนฟังเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ แล้วขอความคิดเห็น ซึ่งการรับฟังความคิดเห็นนี้ จะกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ก็ต่อเมื่อประชาชน ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ได้มีข้อมูลที่ถูกต้องและพอเพียง

3. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนที่สูงขึ้น เป็นการเจรจาอย่างเป็นทางการเพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นหรือข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การจัดประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ตลอดจนการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็นโดยใช้รูปแบบต่าง ๆ อาทิ การสนทนากลุ่มและประชาเสวนา เป็นต้น

4. ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าการปรึกษาหารือ เป็นการมีส่วนร่วมที่มีขอบเขตกว้างขึ้น รับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียม โครงการและผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินงาน เหมาะกับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง และการเจรจาเพื่อหาทางประนีประนอมกัน การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น

5. ระดับการร่วมปฏิบัติ เป็นระดับขั้นที่สูงถัดไปจากระดับการวางแผนร่วมกัน คือ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบนโยบายหรือโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินการน่านโยบายไปปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

6. ระดับร่วมติดตามตรวจสอบประเมินผล เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีผู้เข้าร่วมน้อย แต่มีประโยชน์ต่อการดำเนินงานเป็นอย่างมาก รูปแบบของการติดตามตรวจสอบหรือประเมินผล อาจอยู่ในรูปแบบของการจัดตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลที่มาจากหลายฝ่าย การสอบถามประชาชนโดยการทำการสำรวจเพื่อให้ประชาชนประเมิน การประเมินผลนี้ มีความสำคัญมาก เพราะจะมีผลต่อการพิจารณาจัดสรรประโยชน์ การยุติหรือคงไว้ตลอดจนปรับปรุงนโยบายหรือโครงการ

7. ระดับการควบคุมโดยประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ เป็นต้น

สนชยา พลศรี (2556) ได้จัดหมวดหมู่ของการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ คือ

1. การมีส่วนร่วมในระดับน้อย ได้แก่ การถูกบังคับให้เข้าร่วม การได้รับข้อมูลข่าวสารทางเดียว และการมีโอกาสได้ชี้แจง
2. การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง ได้แก่ การปรึกษาหารือ การได้แสดงความคิดเห็น การตัดสินใจร่วมกัน
3. การมีส่วนร่วมในระดับมาก ได้แก่ การร่วมปฏิบัติ การร่วมติดตามประเมินงาน การร่วมแบบหุ้นส่วน และการร่วมควบคุมติดตาม

The International Association of Public Participation (2007) ได้กำหนดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน 5 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform)

การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐ เป็นระดับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนน้อยที่สุด ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานของภาครัฐ โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลที่แท้จริง ถูกต้อง ทันสมัย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ รูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การจัดทำสื่อเผยแพร่ การพหามสถานที่จริง การจัดกิจกรรมเปิดบ้าน (Open houses) และ Website

ระดับที่ 2 การปรึกษาหารือ (Consult)

การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่แท้จริง ความรู้สึกและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ดังนั้น ประชาชนมีบทบาทในฐานะการให้ข้อมูลการตัดสินใจเป็นของหน่วยงานภาครัฐรูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การสำรวจความคิดเห็น และการประชุมสาธารณะ

ระดับที่ 3 การให้เข้ามามีบทบาท (Involve)

การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทำงานตลอดกระบวนการตัดสินใจหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนโครงการ และวิธีการทำงานโดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่จัดระบบอำนวยความสะดวก ยอมรับการเสนอแนะ และการตัดสินใจร่วมกับภาคประชาชน การมีส่วนร่วมระดับนี้มักดำเนินการในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ระดับที่ 4 การสร้างความร่วมมือ (Collaborate)

การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยประชาชนและภาครัฐจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจ เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐ และเอกชน คณะที่ปรึกษาภาคประชาชน

ระดับที่ 5 การให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower)

เป็นระดับที่ให้อำนาจแก่ประชาชนในระดับที่สูงที่สุด เพราะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ รัฐจะดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงสุดนี้เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของดำเนินการกิจและภาครัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนเท่านั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การลงประชามติ และการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งโดยกระบวนการประชามติ

สรุปได้ว่า การแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่ง ซึ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษานี้จะเป็นการปฏิบัติร่วมกันของชุมชน ในการดำเนินการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff ตามเกณฑ์การประเมินของ Best and Kahn (1998) เป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมระดับต่ำ การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมระดับสูง

แนวคิดเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

การสร้างเครือข่ายสุขภาพ

ปัญหาด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งจากตัวบุคคลเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งการจัดการกับปัญหาสุขภาพเหล่านั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การทำงานโดยใช้เครือข่ายเป็นวิธีการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการทำงานแบบ “ประสานพลัง” เครือข่ายจะเป็นขบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบันที่มีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการบางอย่างร่วมกัน มีการร่วมดำเนินกิจกรรมโดยที่สมาชิกของเครือข่ายยังคงความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน (เสรีพงศ์พิศ, 2548, หน้า 8) ในการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพจะเป็นการนำกลุ่มคน กลุ่มองค์กร กลุ่มหน่วยงานหรือกลุ่มเครือข่ายที่มีอยู่แล้วหรือจัดรวมเป็นกลุ่มเดียวกัน ประเภทเดียวกันหรือพื้นที่เดียวกันเข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพของชุมชน อาจมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเพื่อคัดเลือกบุคคลให้เป็นตัวแทนกลุ่ม โดยมีเป้าหมายการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนในแนวทางเดียวกัน ความเป็นเครือข่ายมีองค์ประกอบ ดังนี้ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2543; สุรพล พะยอมแย้ม, 2556)

1. การรับรู้ร่วมกันถือเป็นหัวใจของเครือข่ายที่ทำให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง อาจมีความเห็นที่แตกต่างกันในส่วนของการทำงานตามแผนปฏิบัติงานได้ ซึ่งมุมมองที่แตกต่างกันภายใต้การรับรู้ถึงปัญหาที่สมาชิกทุกคนยอมรับแล้ว จะช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์ในการทำงานมากขึ้น

2. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน หมายถึง การที่สมาชิกมองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพเดียวกัน มีการรับรู้และเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน และมีเป้าหมายที่จะเดินทางไปด้วยกัน ทำให้กระบวนการขับเคลื่อนเกิดพลัง มีความเป็นเอกภาพและช่วยผ่อนคลายความขัดแย้ง อันเนื่องมาจากความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

3. การมีความสนใจหรือผลประโยชน์ร่วมกันจะเป็นแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม เป็นเครือข่ายมากขึ้น

4. การมีส่วนร่วมที่ทัดเทียมกัน เป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมลงมือกระทำอย่างเข้มแข็ง

5. การสร้างเสริมซึ่งกันและกันโดยสมาชิกของเครือข่ายสามารถสร้างเสริมสนับสนุนหรือสร้างความเข้มแข็งให้กันและกัน นำจุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยลดจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง ทำให้เกิดผลสำเร็จในงานเพิ่มขึ้นกว่าการแยกกันทำ

6. การพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ทำให้เครือข่ายดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง การได้รับการสนับสนุนบางประการจากสมาชิกในเครือข่าย จะทำให้ชุมชนมีสัมฤทธิ์ผลในงานเพิ่มขึ้น

7. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน สมาชิกต้องมีกิจกรรมร่วมกัน มีการสื่อสารระหว่างกัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันทำให้เกิดความผูกพันกันมากขึ้น

จากองค์ประกอบของลักษณะการเป็นเครือข่ายจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การเชื่อมโยงกันในลักษณะเครือข่ายเป็นการเชื่อมโยงเข้าหากันเป็นเครือข่ายมิใช่เพียงการรวมกลุ่มของสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันในระดับเพียงแค่การพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือร่วมสังสรรค์ด้วยกันเท่านั้น แต่ยังพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมและมีเป้าหมายร่วมกัน

โครงสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

การจัดโครงสร้างเครือข่ายมีส่วนสำคัญต่อการจัดวางตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบงานบุคคลและกลุ่มในแต่ละชุมชนเป็นอย่างมาก กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้เสนอรูปแบบของการจัดโครงสร้างเครือข่ายเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบตามแนวคิดและรูปแบบตามแนวราบ รายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบตามแนวคิด เป็นโครงสร้างเครือข่ายตามอำนาจหน้าที่ที่มีการจัดลำดับชั้นลดหลั่นกันลงไปตามโครงสร้างบังคับบัญชาแบบลำดับชั้น โดยมีแกนนำซึ่งเป็นผู้นำเครือข่ายและผู้มีอำนาจในการสั่งการหรือระดมมวลชนสมาชิกในเครือข่ายให้มาร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของเครือข่าย โดยสมาชิกมีหน้าที่รับการถ่ายทอดคำสั่งเท่านั้น

2. รูปแบบตามแนวราบ เป็นโครงสร้างเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน/ การมอบหมายงานและความร่วมมือในแนวราบเป็นหลัก อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Node) ของแต่ละเครือข่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลักษณะกลไกบริหารเครือข่ายของกลุ่ม/ เครือข่ายประชาคมเพื่อสุขภาพ โครงสร้างเครือข่ายแบบนี้จึงให้ความสำคัญกับแกนนำหรือผู้นำเครือข่าย ซึ่งภาวะผู้นำของเครือข่ายมีความสำคัญมากในการผลักดันไปสู่ความสำเร็จของผลงาน การใช้ภาวะผู้นำในการขับเคลื่อนเป็นการอาศัยทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในรูปของความสัมพันธ์เชิงเครือญาติและความสัมพันธ์อันดีมิตรในการประสานงาน และขอความร่วมมือในการดำเนินงานส่วนใหญ่ เครือข่ายสุขภาพในชุมชนเป็นเครือข่ายตามแนวราบ ซึ่งนอกจากการให้ความสำคัญกับภาวะผู้นำของแกนนำกลุ่มและความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำของกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ แล้ว ยังให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนหรือประชาคมอย่างมาก

องค์ประกอบของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน

การพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน เครือข่ายที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วย เครือข่ายภาคประชาชน และเครือข่ายภาครัฐ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) รายละเอียด ดังนี้

1. เครือข่ายภาคประชาชน เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและดำเนินงาน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มบุคคล กลุ่มองค์กร หรือกลุ่มเครือข่ายที่มีในชุมชน ได้แก่

1.1 คณะกรรมการหมู่บ้าน

1.2 กลุ่มองค์กรหรือชมรม สมาคมต่าง ๆ ที่เข้มแข็งกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี กลุ่มสัจจะออมทรัพย์เพื่อส่งเสริมอาชีพหรือกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น ชมรมต่าง ๆ ได้แก่ ชมรมอสม. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน ชมรมสร้างสุขภาพหรือชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น

1.3 กลุ่มแกนนำทางสังคมที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระ ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น

2. เครือข่ายภาครัฐ เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพ (รพ.สต./ รพช./ รพท/ รพศ./ สสอ./ สสจ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน เกษตร พัฒนาชุมชน อบต. เทศบาล เป็นต้น

ประโยชน์ของการมีเครือข่าย

เครือข่ายเป็นการขยายหรือการเพิ่มจำนวนสมาชิกและสร้างพันธมิตร โดยการเชื่อมโยงหรือส่งเสริมสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความร่วมมือระหว่างกลุ่ม การสร้างเครือข่ายมีประโยชน์หลายประการขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ สมาชิกและกิจกรรมของเครือข่ายสรุปได้ดังนี้

1. ช่วยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ความรู้ อุปกรณ์ เครื่องมือ ฯลฯ
2. ทำให้เห็นปัญหาและประเด็นการพัฒนาที่บางทีอาจมองข้ามไป
3. ทำให้มีพัฒนาการที่ก้าวหน้าและรวดเร็วขึ้น ลดการทำงานและการใช้ทรัพยากร

ที่ซ้ำซ้อน

4. ช่วยให้กลุ่มชุมชนร่วมมือช่วยเหลือกัน สร้างเสริมขวัญกำลังใจและแรงจูงใจ

ในการทำกิจกรรม

บทบาทของเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเครือข่ายควรคำนึงถึงบทบาทและหน้าที่ในการทำงานเพราะแต่ละเครือข่ายต่างมีบทบาทที่แตกต่างกันไป ซึ่งบทบาทและหน้าที่ของเครือข่ายในสังคมไทยอาจจะจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (ประเวศ วะสี, 2541)

1. ระดับกิจกรรม/ การทำงาน (ทีมทำ) ได้แก่ เครือข่ายที่เน้นกระบวนการทำงานในระดับพื้นที่หรือในประเด็นปัญหานั้น ๆ เป็นสำคัญ โดยเป็นเครือข่ายที่มีโครงสร้างความสัมพันธ์ไม่ซับซ้อน มีแบบแผนการปฏิบัติงานที่เป็นลักษณะคล้ายงานประจำ มีกระบวนการจัดการและการทำงานที่เน้นการพึ่งพาอาศัยกันและทรัพยากรในพื้นที่ เช่น เครือข่ายกลุ่มออมทรัพย์ เครือข่ายแม่บ้านเกษตรกร เครือข่ายประชาคมตำบล ฯลฯ ที่มีการรวมตัวกันเพื่อทำงานในกิจกรรมนั้นอย่างจริงจัง

2. ระดับการสนับสนุนและการประสานงาน (ทีมนำ) ได้แก่ เครือข่ายที่ทำหน้าที่ประสานงาน ส่งเสริมการทำกิจกรรมของเครือข่ายและภาคีต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อมูลทางเลือกในกระบวนการทำงาน ซึ่งเครือข่ายในระดับนี้ อาจเป็นทั้งเครือข่ายเชิงพื้นที่ที่มีการทำงานครอบคลุมในระดับจังหวัดหรือภูมิภาค และเครือข่ายเชิงประเด็นที่ทำงานเฉพาะด้าน

3. ระดับการส่งเสริม/ และการให้คำปรึกษา (ทีมหนุน) ได้แก่ เครือข่ายขององค์กรสถาบัน และหน่วยงานหลักทางสังคมที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาและพัฒนาเป็นเครือข่าย ซึ่งการส่งเสริมของเครือข่ายจะเป็นการให้คำปรึกษาและให้แนวทางการปฏิบัติแก่เครือข่ายอื่น ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาประเทศ ลักษณะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จึงเป็นไปในลักษณะของการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดผลสำเร็จมากกว่าการมีส่วนร่วมและ

การทำงานในเชิงลึก อาจให้การสนับสนุนทุน ข้อคิดเห็นตามกิจกรรมและประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งทำหน้าที่ประสานงานกับองค์กรสถาบันที่ให้การสนับสนุนทุน ซึ่งเป็นภาคีในระดับ ประเทศ ซึ่งการกำหนดบทบาทและหน้าที่อย่างชัดเจน จะช่วยให้กระบวนการทำงานของเครือข่ายบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

สรุป การดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายเป็นวิธีการที่สำคัญต่อการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การมีเครือข่ายในการดำเนินงาน จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนเพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งทั้งเครือข่ายภาคประชาชนและเครือข่ายภาครัฐมีบทบาทและความสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน สำหรับการวิจัยนี้เครือข่ายในการทำงาน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาจะประกอบด้วย โรงเรียน โรงพยาบาล เทศบาล ผู้นำชุมชน และผู้ปกครอง

แนวคิดความพร้อมของชุมชน

ความหมายของความพร้อมของชุมชน

Plested et al. (2006) และ Stanley (2014) ได้ให้ความหมายความพร้อม (Readiness) ว่า ความพร้อมเป็นระดับที่ชุมชนเตรียมการจะจัดการกับปัญหา ซึ่งความพร้อมจะเป็นประเด็นที่เฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้และวัดจากหลายมิติ ความพร้อมสามารถเพิ่มความสำเร็จในการดำเนินงาน และเป็นความรู้ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนายุทธวิธีและกิจกรรมการดำเนินงาน

โครงการหรือกิจกรรมที่เข้ากันได้กับระดับความพร้อมของชุมชนเป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง ความสำเร็จของการดำเนินงาน โครงการหรือกิจกรรมต้องมีความท้าทายพอที่จะทำให้เพิ่มระดับของความพร้อม แต่ถ้าหากชุมชนต้องใช้ความพยายามมากเกินไปในการดำเนินงาน อาจมีโอกาที่จะไม่ประสบความสำเร็จ เพราะสมาชิกในชุมชนไม่มีความพร้อมหรือไม่สามารถเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมได้ ดังนั้น รูปแบบความพร้อมของชุมชนจึงเป็นเครื่องมือที่ประเมินความพร้อมและพัฒนายุทธวิธีที่เหมาะสมกับระดับความพร้อมของชุมชน เพื่อเพิ่มโอกาสสูงสุดของความสำเร็จ

รูปแบบความพร้อมของชุมชน

รูปแบบความพร้อมของชุมชน (Community readiness model: CRM) เป็นนวัตกรรมของวิธีการประเมินความพร้อมของชุมชน เพื่อนำมาใช้พัฒนาและจัดทำโครงการในการป้องกันโรค

ให้เหมาะสมกับชุมชน รูปแบบความพร้อมของชุมชนได้พัฒนาจากหลักการของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model of behavior change: TTM) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แต่แต่ละบุคคลจะสร้างความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงจากระยะเริ่มต้นจนถึงระยะคงสภาพ การประเมินระดับความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล และใช้วิธีการที่เหมาะสมกับระยะของการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการสร้างการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ดีของแต่ละบุคคล ซึ่งหลักการนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้กับชุมชนที่ต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของคนในชุมชน (Klufa, 2012)

The Tri-Ethnic Center for Prevention Research มหาวิทยาลัยโคโลราโด (Colorado State University) ได้พัฒนารูปแบบความพร้อมของชุมชน มาจากแนวคิดเกี่ยวกับ “ความพร้อมของชุมชน” ที่ Mary Ann Pentz ได้นำเสนอไว้ว่า ถ้าชุมชนยังไม่มีความพร้อม การเริ่มต้นทำโครงการต่าง ๆ ไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ และถ้าเริ่มโครงการโดยที่ชุมชนไม่พร้อมจะทำให้เกิดความล้มเหลวในการดำเนินงาน ซึ่งสมมติฐานในการสร้างรูปแบบความพร้อมของชุมชน (Kesten, 2012) มีดังนี้

1. แนวคิดของความพร้อมจะพิจารณาในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความพร้อมของชุมชนในการป้องกันการติดแอลกอฮอล์ ความพร้อมในการสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น
2. การพิจารณาความก้าวหน้าของความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชนจากระยะของความพร้อม แม้ว่าการลดระดับลงของความพร้อมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้
3. รูปแบบความพร้อมของชุมชนมีข้อสันนิษฐานว่าการดำเนินกิจกรรมที่จะทำให้พบกับความสำเร็จต้องเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับระยะความพร้อมของชุมชน

รูปแบบความพร้อมของชุมชนจะประกอบด้วยมิติความพร้อมของชุมชนทั้งหมด 5 มิติ จะต้องมีการประเมินมิติความพร้อมของชุมชนก่อนดำเนินกิจกรรม เพราะความพร้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเตรียมชุมชน เพื่อดำเนินการจัดการกับปัญหา ดังนั้นรูปแบบความพร้อมของชุมชน จึงเป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยความต้องการของชุมชนและพัฒนายุทธวิธีที่เหมาะสมกับความต้องการนั้น ซึ่งมิติความพร้อมของชุมชนมี 5 มิติ ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นในการจัดการกับปัญหาของชุมชน ผู้นำชุมชน บรรยากาศของชุมชน ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน และแหล่งทรัพยากรของชุมชน (Stanley, 2014) รายละเอียดดังนี้

1. ความมุ่งมั่นในการจัดการกับปัญหาของชุมชน เป็นมิติที่ประเมินว่าสมาชิกในชุมชนทราบถึงความมุ่งมั่นในการจัดการกับปัญหา ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และการเข้าถึงบริการของทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างไร
2. ผู้นำชุมชน มิตินี้จะประเมินว่ามีผู้นำแบบเป็นทางการและมีสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนได้สนับสนุนในการจัดการกับปัญหาหรือไม่

3. บรรยากาศของชุมชน มิตินี้จะประเมินว่าทัศนคติที่มีต่อปัญหาของสมาชิกในชุมชนเป็นอย่างไร มีสมาชิกในชุมชนที่คิดว่าหมดหนทางในการจัดการปัญหา หรือคิดว่าต้องรับผิดชอบ และมีพลังในการจัดการกับปัญหา

4. ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน ประเมินว่าสมาชิกในชุมชนรู้เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา ผลที่เกิดขึ้นและผลกระทบต่อชุมชนอย่างไร

5. แหล่งทรัพยากรของชุมชน ประเมินว่ามีแหล่งทรัพยากรในชุมชน เช่น คน เวลา เงิน สถานที่ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนการจัดการกับปัญหาหรือไม่

เห็นได้ว่า มิตีความพร้อมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของชุมชนในการปฏิบัติ มิติใดที่มีคะแนนต่ำจะต้องมีวิธีการที่เหมาะสมมาใช้เพื่อเพิ่มความพร้อมใน มิตินั้นเพื่อให้ระยะการเปลี่ยนแปลงของชุมชนอยู่ในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งรูปแบบความพร้อมของชุมชนได้แบ่งระยะความพร้อมของชุมชนเป็น 9 ระยะ คือ ระยะไม่ตระหนัก ระยะปฏิเสธ/ต่อต้าน ระยะเริ่มตระหนัก ระยะ เริ่มคิดวางแผน ระยะตัดสินใจ ระยะเริ่มลงมือกระทำ ระยะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ระยะยืนยันรับรอง/ ขยายผล และระยะการเป็นเจ้าของในระดับสูงสุดของชุมชน (Plested et al., 2006) รายละเอียดดังนี้

1. ระยะไม่ตระหนัก (No awareness) สมาชิกในชุมชนหรือผู้นำชุมชนไม่ตระหนักว่าเป็นประเด็นปัญหา
2. ระยะปฏิเสธ/ต่อต้าน (Denial/ Resistance) มีสมาชิกของชุมชนเพียงส่วนน้อยที่เป็นกังวลกับปัญหา รู้สึกได้เพียงเล็กน้อยว่ามีปัญหานี้เกิดขึ้นในชุมชน
3. ระยะเริ่มตระหนัก (Vague awareness) รู้สึกมีความกังวลในปัญหาแต่ยังไม่มีแรงจูงใจที่จะจัดการกับปัญหา
4. ระยะเริ่มคิดวางแผน (Preplanning) เห็นว่าเป็นปัญหาของชุมชนชัดเจน จะต้องดำเนินการบางอย่างเพื่อจัดการกับปัญหา และอาจมีสมาชิกในชุมชนบางกลุ่มที่กำลังจัดการกับปัญหาอยู่แต่ยังไม่มีความหมายหรือรายละเอียดในการดำเนินการ
5. ระยะตัดสินใจ (Preparation) ผู้นำในชุมชนเริ่มมีการวางแผนอย่างจริงจัง สมาชิกในชุมชนให้การสนับสนุนแบบพอประมาณกับความมุ่งมั่นที่จะจัดการกับปัญหาของชุมชน
6. ระยะเริ่มลงมือกระทำ (Initiation) มีแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพียงพอกับการนำไปใช้จัดการกับปัญหา และกำลังดำเนินการทำกิจกรรมต่าง ๆ
7. ระยะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Stabilization) กิจกรรมได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหรือผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจในชุมชน ทีมงานได้รับการอบรมและฝึกฝนประสบการณ์

8. ระยะยืนยันรับรอง/ ขยายผล (Confirmation/ Expansion) ชุมชนมีความสามารถในการจัดการกับปัญหา สมาชิกในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมและสนับสนุนการขยายผลการดำเนินงาน การได้รับข้อมูลของชุมชนเป็นเรื่องปกติ

9. ระยะการเป็นเจ้าของ ในระดับสูงสุดของชุมชน (High level of community ownership) สมาชิกในชุมชนมีความรู้และทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความชุก สาเหตุและผลของปัญหา มีการประเมินที่มีประสิทธิภาพซึ่งช่วยให้มีแนวทางพัฒนาการดำเนินงาน และมีการนำรูปแบบการดำเนินงานไปประยุกต์ใช้กับประเด็นปัญหาอื่น

เมื่อได้ประเมินความพร้อมของชุมชนเรียบร้อยแล้ว จะนำระยะความพร้อมของชุมชนมาพัฒนายุทธวิธีในการดำเนินงานสำหรับชุมชน การใช้ยุทธวิธีที่เหมาะสมกับระยะความพร้อมจะช่วยป้องกันชุมชนจากการต้องใช้ความพยายามมากเกินไปในการดำเนินงาน เพื่อปรับเปลี่ยนชุมชน ซึ่งการดำเนินงานที่เกินกว่าความมุ่งมั่นของชุมชน มีโอกาสที่จะพบกับความล้มเหลว เพราะยังขาดความตระหนักหรือมีแหล่งทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนความพยายามนั้น

เป้าหมายและกลวิธีที่เหมาะสมกับระยะความพร้อมของชุมชน

Plested et al. (2006) ได้เสนอเป้าหมายและกลวิธีที่เหมาะสมกับระยะความพร้อมของชุมชน ดังนี้

1. ระยะไม่ตระหนัก (No awareness) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักในประเด็นปัญหา กลวิธีที่ใช้ ได้แก่
 - 1.1 การพูดคุยชี้แจงเป็นรายบุคคลกับผู้นำชุมชน
 - 1.2 การเข้าพบและสนทนากลุ่มเล็กกับสมาชิกชุมชนเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา
 - 1.3 การสนทนารายบุคคลกับผู้สนับสนุนที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนทางโทรศัพท์
2. ระยะปฏิเสธ/ต่อต้าน (Denial/ Resistance) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักในสิ่งที่เป็นปัญหาหรือประเด็นที่เกิดขึ้นในชุมชน กลวิธีที่ใช้ ได้แก่
 - 2.1 การเข้าพบเป็นรายบุคคลและกระตุ้นในสิ่งที่เคยพูดคุยเกี่ยวกับการช่วยเหลือ
 - 2.2 การอภิปรายถึงสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับประเด็นปัญหาที่เกิดในชุมชน
 - 2.3 การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรด้านการศึกษา/ ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อขยายการช่วยเหลือออกไปด้วยการใช้ใบปลิว โปสเตอร์หรือแผ่นพับ
 - 2.4 การชี้ให้เห็นบทความที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาของชุมชน
 - 2.5 การจัดทำและส่งบทความให้กับสื่อในท้องถิ่น และการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องแก่กับเครือข่ายในชุมชน

3. ระยะเริ่มตระหนัก (Vague awareness) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักในสิ่งที่ชุมชนสามารถทำได้ กลวิธีที่ใช้ ได้แก่

- 3.1 การวางแผนการปฏิบัติและนำเสนอข้อมูลของเหตุการณ์ในชุมชนและความไม่เชื่อมโยงกันในการทำงานของเครือข่ายในชุมชน
- 3.2 การโพสต์ใบปลิว โปสเตอร์และป้ายโฆษณา
- 3.3 การเริ่มต้นดำเนินการปฏิบัติและใช้โอกาสนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของชุมชน
- 3.4 การสำรวจชุมชนอย่างไม่เป็นทางการและสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนทางโทรศัพท์หรือที่บ้าน

4. ระยะเริ่มคิดวางแผน (Preplanning) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการคิดวางแผนให้เป็นรูปธรรมเพื่อจัดการกับปัญหา กลวิธีที่ใช้ ได้แก่

- 4.1 การให้ข้อมูลแก่ชุมชนเกี่ยวกับประเด็นปัญหาด้วยการนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ
- 4.2 การเข้าพบกับผู้นำชุมชนและร่วมกันในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
- 4.3 การทบทวนถึงความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนเพื่อประเมินว่าใครเป็นกลุ่มเป้าหมายและพิจารณาระดับความสำเร็จของการดำเนินการ
- 4.4 การอภิปรายกลุ่มกับแกนนำในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาและพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการ
- 4.5 การเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์

5. ระยะตัดสินใจ (Preparation) มีเป้าหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อวางแผนการปฏิบัติ กลวิธีที่ใช้ ได้แก่

- 5.1 การสำรวจชุมชน การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนา กลวิธีในการดำเนินงานกับสมาชิกในชุมชน
- 5.2 การให้ผู้นำหลักในชุมชนและผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อชุมชนประชุมชี้แจงแก่สมาชิกในชุมชน และการเข้าร่วมรายการวิทยุและโทรทัศน์ของท้องถิ่น
- 5.3 การวางแผนเพื่อประเมินความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาของชุมชน

6. ระยะเริ่มลงมือกระทำ (Initiation) มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงของชุมชน กลวิธีที่ใช้ ได้แก่

- 6.1 การฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมของชุมชน
- 6.2 การวางแผนเผยแพร่การดำเนินกิจกรรมในการจัดการกับปัญหา
- 6.3 การเข้าร่วมการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

6.4 การสัมภาษณ์ผู้รับบริการเพื่อหาส่วนขาดของบริการ ปรับปรุงบริการที่มีอยู่ และหาสถานที่หลักเพื่อแสดงข้อมูล

6.5 เริ่มศึกษาหาข้อมูลแหล่งทรัพยากรและแหล่งเงินทุน และเริ่มประเมินความสามารถพื้นฐานของชุมชน

7. ระเบียบปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Stabilization) มีเป้าหมายเพื่อให้คงความมุ่งมั่นในการจัดการกับปัญหาและปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง กลวิธีที่ใช้ ได้แก่

7.1 การวางแผนสถานการณ์ชุมชนเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

7.2 การพัฒนาทักษะแก่ผู้เชี่ยวชาญและสมาชิกในชุมชน นำเสนอการประเมินผลโปรแกรมผ่านทางกรรพี่กอบรมและบทความในหนังสือพิมพ์

7.3 การประชุมทุกไตรมาสเพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงกลวิธีในการดำเนินงาน

7.4 การทำให้ผู้สนับสนุนหรืออาสาสมัครในชุมชนคงความสนใจต่อสถานการณ์ปัญหา

7.5 การเตรียมและเสนอบทความในหนังสือพิมพ์ นำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับความก้าวหน้าและแผนที่จะดำเนินการต่อไป

7.6 เริ่มต้นสร้างเครือข่ายในการทำงานระหว่างผู้ให้บริการและระบบที่มีอยู่ของชุมชน

8. ระเบียบยืนยันรับรอง/ ขยายผล (Confirmation/ Expansion) มีเป้าหมายเพื่อขยายผลและยกระดับการให้บริการ กลวิธีที่ใช้ ได้แก่

8.1 การสร้างให้เกิดเครือข่ายในการทำงานที่เหมาะสมกับบริการ การวางแผนล่วงหน้าในการประเมินความเสี่ยงของชุมชน

8.2 การเผยแพร่โปรแกรมการให้บริการของชุมชน

8.3 การคงไว้ของฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน

8.4 การพัฒนานักพูดของชุมชน

8.5 เสนอการเปลี่ยนแปลงนโยบายโดยผ่านการสนับสนุนจากบุคลากรของรัฐ

8.6 การนำข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาให้สื่อมวลชนเผยแพร่ขยายผล

8.7 การนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากการประเมินผลมาใช้เพื่อพัฒนาความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน

9. ระเบียบการเป็นเจ้าของในระดับสูงสุดของชุมชน (High level of community ownership) มีเป้าหมายเพื่อผลักดันให้ชุมชนคงสภาพในการปรับเปลี่ยนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กลวิธีที่ใช้ ได้แก่

9.1 การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนจากภาคเอกชนในชุมชนรวมถึงการสนับสนุน
ด้านงบประมาณ

9.2 การหาแหล่งทรัพยากรที่หลากหลายในชุมชน

9.3 ฝึกอบรมพัฒนาขั้นสูงขึ้นแก่บุคลากรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

9.4 มีการประเมินซ้ำในประเด็นปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.5 มีการประเมินภายนอกถึงประโยชน์ที่ได้รับและนำผลการประเมินมาปรับปรุง
โปรแกรม

9.6 ติดตามข้อมูลผลการดำเนินงานเพื่อนำมาใช้ในการของงบประมาณ

9.7 รายงานผลความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องแก่ผู้นำในชุมชนและผู้ที่ทำให้การสนับสนุน
การดำเนินงาน ซึ่งในระดับนี้ชุมชนจะมีความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเองและมี
ความสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

จุดแข็งของรูปแบบความพร้อมของชุมชน

รูปแบบความพร้อมของชุมชนช่วยสร้างและพัฒนาวิถีที่เหมาะสมกับความพร้อม
ของชุมชน โดยคาดว่าโครงการหรือกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการใช้รูปแบบความพร้อมของชุมชน
จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จมากขึ้น มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
และเปลี่ยนได้อย่างยั่งยืนมากกว่าไม่ได้มีการประเมินความพร้อมของชุมชนก่อนทำการเปลี่ยนแปลง
ซึ่งรูปแบบความพร้อมของชุมชนนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประเด็นด้านสาธารณสุขได้อย่าง
หลากหลาย เป็นเครื่องมือที่ง่ายสำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์และประเมินระบบบริการ
โดยแนวทางในการสัมภาษณ์สามารถนำไปปรับใช้ในประเด็นที่สนใจ และสามารถนำไปใช้ร่วมกับ
ชุมชนที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบระยะของความพร้อมได้

ข้อจำกัดของรูปแบบความพร้อมของชุมชน

ข้อคำถามของรูปแบบความพร้อมของชุมชนสามารถใช้ในการระบุความรู้และ
ความตระหนักต่อปัญหาของชุมชน ซึ่งวิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจะมีผลต่อผลลัพธ์ของการใช้
รูปแบบ จึงมีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลที่จริงแล้วจะเป็นผู้ที่มีความสนใจหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับ
กับปัญหา ซึ่งอาจทำให้ระดับของความพร้อมอยู่ในระดับสูงกว่าสภาพจริงของชุมชน ดังนั้น
การประเมินความพร้อมอาจเป็นมุมมองที่สะท้อนจากเสียงส่วนน้อย ข้อวิจารณ์อีกประเด็น คือ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมของชุมชนมีขนาดเล็ก การระบุ
การคัดเลือก และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องใช้เวลาและทรัพยากรมาก เทคนิคของการให้คะแนน
จะให้คะแนนจากการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยต้องมีความรอบคอบเมื่อนำไปใช้

ข้อจำกัดอื่น ๆ มีความเห็นว่า รูปแบบความพร้อมของชุมชนมีพื้นฐานมาจากข้อมูลเชิงคุณภาพและไม่ได้ได้รับการพัฒนาหรือสร้างการประเมินตามหลักการวัดทางจิตวิทยา ทำให้มีข้อโต้แย้งว่ารูปแบบที่มีโครงสร้างเชิงคุณภาพไม่สามารถนำมาเป็นเครื่องมือวัดเชิงปริมาณ และช่วยในการเปรียบเทียบระหว่างชุมชนได้ อีกทั้งไม่สามารถตรวจสอบความเที่ยงตรงภายนอก (External validity) ของเครื่องมือเมื่อนำไปใช้วัดความพร้อมของชุมชน จากข้อวิจารณ์นี้ผู้สร้างรูปแบบความพร้อมของชุมชน ได้เน้นว่าความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ไม่สามารถนำมาประเมินรูปแบบนี้ได้เพราะรูปแบบเป็นทฤษฎีการวัดอย่างกว้าง แม้ว่าจะสามารถนำมาทดสอบสมมติฐานตามโครงสร้างตามทฤษฎีที่เรียกว่า ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง และผู้สร้างรูปแบบชี้ให้เห็นถึงการนำรูปแบบไปใช้ว่าสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นหลักฐานว่าข้อคำถามของรูปแบบมีความเที่ยงตรงสามารถนำไปใช้ได้ โดยจะนำความคงเส้นคงวาระหว่างผู้วิจัยมาเป็นตัวแทนที่ใช้วัดความเที่ยงตรง เพราะผลการสัมภาษณ์เดียวกันสามารถแปลความหมายที่ระดับความพร้อมเดียวกันของผู้วิจัยสองคน (Beebe et al., 2001 cited in Klufa, 2012)

นอกจากนี้ ผู้สร้างรูปแบบกล่าวว่า ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) จะไม่สามารถนำมาทดสอบได้เพราะชุมชนไม่ได้อยู่ในสภาพคงที่ และไม่สามารถคาดได้ว่าผลการทดสอบจะมีค่าคะแนนความพร้อมเหมือนกัน ค่าความเชื่อมั่นจึงเป็นสิ่งที่ไม่เคร่งครัด จะแสดงถึงความเชื่อมั่นได้จากความคงเส้นคงวาของรายงานข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง และความคงเส้นคงวาระหว่างผู้วิจัยในการให้คะแนน ถ้ามีความคิดเห็นที่แตกต่างมากจากผู้อื่นของผู้ให้ข้อมูลหนึ่งคน ผู้สร้างรูปแบบเสนอว่าให้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มขึ้น เพื่อให้เข้าใจมุมมองที่เป็นสิ่งปกติของชุมชน จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่า จากที่มีการติดตามการนำรูปแบบไปใช้ หากได้ระมัดระวังในการระบุลักษณะและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม และเลือกชุมชนที่เหมาะสม พบว่า รูปแบบความพร้อมของชุมชนจะมีประโยชน์ในการนำไปใช้มากกว่าปัญหาที่พบ

รูปแบบความพร้อมของชุมชนและภาวะอ้วนในเด็ก

รูปแบบความพร้อมของชุมชนได้มีการนำไปใช้อย่างหลากหลาย สามารถนำไปใช้ประเมินได้ทั้งชุมชนในชนบทและชุมชนเมือง ชุมชนเก่าและชุมชนใหม่ และสามารถนำไปใช้ในการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติส่วนบุคคล รูปแบบความพร้อมของชุมชนได้เริ่มนำไปประยุกต์ใช้กับการป้องกันการให้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การนำไปใช้ในโครงการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ การฆ่าตัวตาย มะเร็ง และภาวะอ้วนในเด็ก (Klufa, 2012)

รูปแบบความพร้อมของชุมชนได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ในรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา Findholt (2007) ได้นำเครื่องมือนี้คำนวณคะแนนความพร้อมของชุมชนก่อนเริ่มโครงการและนำไปใช้ในการจัดทำกลยุทธ์เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ผู้ให้ข้อมูล

ที่เกี่ยวข้องในการสัมภาษณ์ ได้แก่ ผู้บริหารของโรงเรียน พยาบาลประจำโรงเรียน นักโภชนาการ ผู้นำโปรแกรมในเยาวชน และพ่อแม่จาก 6 ชุมชนในเมืองยูเนี่ยน รัฐโอเรกอน ผลการประเมิน คะแนนความพร้อมของชุมชนอยู่ในระยะไม่ตระหนัก ได้คะแนนเท่ากับ 1.6 คะแนน และวิเคราะห์ ผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลบางครอบครัว มีความเชื่อว่าพฤติกรรมการบริโภคและการมีกิจกรรม ทางกายเป็นประเด็นส่วนตัวและโรงเรียนไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ เชื่อว่าเด็ก เติบโตโดยไม่พบพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม กลวิธีในการป้องกันภาวะอ้วนได้ถูกพัฒนาให้ เหมาะกับระยะของความพร้อม แม้ว่าผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กับการป้องกันภาวะอ้วนยังไม่แสดงให้เห็น ถึงผลที่ชัดเจนแต่ Findholt ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าชุมชนได้เรียนรู้ถึงความชุกของภาวะอ้วนในเด็ก แสดงให้เห็นว่าความตระหนักของชุมชนได้เพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า รูปแบบความพร้อมของชุมชนพัฒนามาจากหลักการ ของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแนวคิดเกี่ยวกับ “ความพร้อมของชุมชน” เป็นนวัตกรรม ของวิธีการประเมินความพร้อมของชุมชน 5 มิติ เพื่อนำมาใช้พัฒนาและจัดทำ โปรแกรมการป้องกัน โรคให้เหมาะสมกับชุมชน ซึ่งการใช้ยุทธวิธีที่เหมาะสมกับระยะความพร้อมจะช่วยป้องกันชุมชน จากการต้องใช้ความพยายามมากเกินไปในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนชุมชน การใช้ยุทธวิธี ที่ไม่เหมาะสมกับความพร้อมอาจทำให้พบกับความล้มเหลว เพราะชุมชนยังขาดความตระหนักหรือ มีแหล่งทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะใช้ในการจัดการกับปัญหา รูปแบบความพร้อมของชุมชนสามารถ นำไปประยุกต์ใช้กับประเด็นด้านสาธารณสุขได้อย่างหลากหลาย เป็นเครื่องมือที่ง่ายสำหรับใช้เป็น แนวทางการสัมภาษณ์และประเมินระบบบริการ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบความพร้อม ของชุมชนมาประเมินความพร้อมของชุมชนที่ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม ที่ศึกษาในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย ทฤษฎีความมุ่งมั่น (Self-determination theory: SDT) และแนวคิดของระยะ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The stages of change) มีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีความมุ่งมั่น

Deci and Ryan ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจที่เรียกว่า ทฤษฎีความมุ่งมั่น (Self-determination theory: SDT) เป็นทฤษฎีที่บุคคลนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาตนเอง ซึ่งการเรียนรู้ผ่าน ความท้าทายและการได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ มีความจำเป็นในการพัฒนาความเป็นตัวตนของ บุคคล คนส่วนใหญ่มักสร้างแรงจูงใจโดยใช้รางวัลภายนอก เช่น เงิน ของรางวัล แต่ SDT จะเน้น

การสร้างแรงจูงใจที่มาจากภายใน โดยมีหลักการพัฒนาการทางจิตวิทยาของ SDT ที่ทำให้บุคคลพบกับความสำเร็จ (Deci & Ryan, 2008) ได้แก่

1. ความสามารถ (Competence) บุคคลต้องเรียนรู้ความเชี่ยวชาญในงานและเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ
2. ความสัมพันธ์หรือความผูกพัน (Connection or relatedness) บุคคลต้องมีประสบการณ์ของความรู้สึกเป็นเจ้าของและผูกพันกับคนอื่น ๆ
3. ความเป็นอิสระ (Autonomous) บุคคลต้องรู้สึกว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมและเป้าหมายของตนเองได้ มีอิสระในการตัดสินใจ

Deci and Ryan ได้แบ่งเป็นระดับขั้นของแรงจูงใจไว้ 6 ระดับ ดังนี้

1. การไม่มีแรงจูงใจ
2. การให้รางวัลและการทำโทษ
3. ความผูกพัน
4. รู้สึกว่าดีมีประโยชน์กับตนเอง สนุกสนาน
5. สอดคล้องกับเป้าหมาย ค่านิยม
6. มีความสนใจ อิ่มภายในใจ

เมื่อบุคคลได้พัฒนาความสามารถ ความผูกพัน และความเป็นอิสระจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นและสามารถสร้างแรงจูงใจภายในได้ ซึ่งพัฒนาการทางจิตวิทยาเหล่านี้ไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ดังนั้น การพัฒนาบุคคลจึงต้องมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องและการมีสัมพันธ์ภาพ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะเป็นได้ทั้งการให้กำลังใจหรือขัดขวางความผาสุกและการเจริญงอกงามในชีวิตของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการให้รางวัลจะทำลายความเป็นอิสระของบุคคล เพราะพฤติกรรมที่เกิดจากการให้รางวัลจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้น้อยลงและจะลดแรงจูงใจภายใน

การให้กำลังใจด้านบวกโดยไม่คาดหวัง (Unexpected positive encouragement) และการให้ข้อมูลย้อนกลับในความสามารถของบุคคลจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจภายใน เนื่องจากการให้ข้อมูลย้อนกลับช่วยทำให้คนรู้สึกว่ามีความสามารถเพิ่มขึ้น สิ่งนี้จึงเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาบุคคลให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

จากที่กล่าวมา สังเกตได้ว่า ทฤษฎีความมุ่งมั่นเริ่มต้นมาจากการรวบรวมข้อสันนิษฐานที่ว่าทุกคนมีธรรมชาติที่จะพัฒนาความรู้สึกเป็นตัวตน นั่นคือ คนมีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองด้วยการเชื่อมโยงลักษณะทางจิตใจของตนกับบุคคลอื่นและกลุ่มคนในสังคม ดังนั้น สภาพแวดล้อม

ทางสังคมสามารถช่วยเอื้อให้เกิดการพัฒนาของคนและมีแนวโน้มที่จะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจหรือเป็นอุปสรรคในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวคิดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวคิดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The stages of change) เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1970 ในงานจิตวิทยาคลินิกของ Prochaska เป็นรูปแบบการพัฒนาจากงานศึกษาวิจัยของ Prochaska และ DiClemente จำแนกระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็น 7 ระยะ (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ได้แก่

1. ระยะเมินเฉย (Pre-contemplation) เป็นระยะที่ยังไม่สนใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยังไม่คิดพิจารณาเรื่องที่ตัวเองจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะต่อต้าน (Resistant) ไม่มีแรงจูงใจ (Unmotivated) และยังไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการบริการทางสุขภาพใด ๆ การตอบสนองที่เหมาะสมได้แก่ การให้ข้อมูลตรงไปตรงมา เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือขู่ให้กลัว

2. ระยะลังเลใจ (Contemplation) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีความคิดแล้วว่าตนจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรืออยู่อย่างเดิมดี มีการชั่งใจหาข้อดีข้อเสีย คิดว่าการเปลี่ยนแปลงมีข้อดีแต่ข้อเสียมีมากกว่า คิดว่ามีอุปสรรคและคงทำไม่สำเร็จ ซึ่งในระยะลังเลใจบุคคลมีแนวโน้มว่าจะทำการเปลี่ยนแปลงภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า การตอบสนองที่เหมาะสมคือการพูดคุยถึงข้อดีข้อเสีย เปิดโอกาสให้ทบทวนอย่างรอบด้าน

3. ระยะตัดสินใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (Determination, Preparation) เป็นระยะที่บุคคลเกิดความตระหนักและตัดสินใจได้ว่าจะต้องกระทำการเปลี่ยนแปลง มีกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีแผนกว้าง ๆ ซึ่งอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถไปถึงระยะลงมือกระทำได้อาจจะมาจากขาดเป้าหมายหรือเป้าหมายไม่ชัดเจน อาจมีความคิด ความเชื่อ ความกลัวบางอย่างซ่อนอยู่ ซึ่งพลังของความคิด ความเชื่อเหล่านั้นเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองที่เหมาะสมคือการให้ทางเลือกให้เลือกได้อย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้รับบริการ ส่งเสริมศักยภาพในการลงมือทำของผู้รับบริการ

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) ในระยะนี้บุคคลจะเริ่มลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลง ศึกษาหาข้อมูลเพื่อที่จะมีแผน ขั้นตอน กลวิธีที่จะช่วยให้ตนเองเปลี่ยนแปลง มีทักษะในการแก้ไขเผชิญปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น และยังทำการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ถึง 6 เดือน ซึ่งระยะนี้จะต้องการทำให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตอบสนองที่เหมาะสมคือ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้ลงมือทำตามวิธีที่ตนเลือกอย่างต่อเนื่อง ช่วยขจัดอุปสรรคในการลงมือปฏิบัติ

5. ระยะเวลาคงสภาพ (Maintenance) บุคคลที่อยู่ในกลุ่มนี้ พบว่า สามารถคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างน้อย 6 เดือน สามารถเปลี่ยนนิสัยและรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมีกิจวัตรตามพฤติกรรมใหม่ พยายามหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองที่จะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม มีวิถีชีวิตที่สมดุล มีคุณค่าบริหารเวลา ผ่อนคลาย ดูแลสุขภาพ สังเกตสัญญาณเตือนที่บ่งถึงการกลับไปในความเคยชินเดิม

6. ระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ ซ้ำ ๆ เป็นครั้งเป็นคราว 1-2 ครั้ง (Lapse) เป็นการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ เพียงครั้งหรือสองครั้งหรือในระยะเวลาอันสั้น อาจเกิดจากสถานการณ์เสี่ยง 3 ประเภท ได้แก่ อารมณ์ทางลบ ความขัดแย้งในสัมพันธภาพส่วนบุคคล และแรงกดดันจากสังคม (ตรงและอ้อม)

7. ระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ เต็มรูปแบบเหมือนที่เคยเป็นมา (Relapse) พบว่า บุคคลที่อยู่ระยะนี้ จะกลับไปมีพฤติกรรมเหมือนเดิมที่เคยเป็นมา ความคิดสำคัญที่พบในบุคคลที่อยู่ในระยะนี้และเป็นความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ความคิดว่าตนเองล้มเหลว เนื่องจากไม่สามารถทำตามสิ่งที่ตนเองได้กำหนดไว้ ส่งผลให้คิดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องยากอยู่นอกเหนือการควบคุม เช่น อาจคิดว่าเป็นเรื่องเวรกรรม หรือเป็นเรื่องของโชคชะตา ความอากัฟจึงทำให้ล้มเลิกที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง ระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ ซ้ำ เป็นครั้งคราว และระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ เต็มรูปแบบเหมือนที่เคยเป็นมา ในระยะนี้ถือว่าเป็นโอกาสที่ดีในการเรียนรู้และค้นพบตัวเอง เพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสภาพดำเนินต่อไปได้นานควรกระตุ้นให้บุคคลมองว่าเป็นบทเรียนแทนที่จะเป็นความล้มเหลว การตอบสนองที่เหมาะสมในระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ได้แก่ การประคับประคอง ให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา สรุบบทเรียนมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงต่อไป

Prochaska and Velicer (1997) ได้เสนอวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ 10 วิธี ภายใต้กระบวนการปรับพฤติกรรม 2 กระบวนการ คือ กระบวนการปรับความคิด (Cognitive or experiential process) และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral process) (ผาณิต หลีเจริญ, 2556) รายละเอียดดังนี้

1. การปลุกจิตสำนึก (Consciousness raising) เป็นการเพิ่มการรับรู้สาเหตุและสิ่งที่เป็นผลของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน กิจกรรมที่สามารถปลุกจิตสำนึก ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเผชิญหน้า การแปลความหมาย การให้ข้อมูล และการสอน

2. การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (Dramatic relief) เนื่องจากอารมณ์จะมีผลให้คนเริ่มประเมิน สถานการณ์และตัดสินใจ ดังนั้น การจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ เช่น การพูดคุยกัน

ในกลุ่ม การดูภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะสามารถใช้เป็นเครื่องกระตุ้นให้คนรู้สึกและต้องการเปลี่ยนแปลง

3. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นกระบวนการที่คนแต่ละคนสะท้อนข้อดีข้อเสีย ปัญหาอุปสรรค ประโยชน์ของการทำพฤติกรรมในใจของตนเอง ซึ่งจะทำอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมควรทำให้คนเชื่อว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เขาต้องการ

4. การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (Social liberation) เป็นการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการยอมรับว่าสิ่งแวดล้อมสนับสนุนพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน

5. การทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-liberation) เป็นการสนับสนุนให้บุคคลพัฒนาความมุ่งมั่นที่จะสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พัฒนาความมุ่งมั่นที่จะสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยการสนับสนุนให้บุคคลค้นหาทางเลือกสอดคล้องกับความต้องการจำนวนทางเลือกที่หลากหลายจะเสริมให้บุคคลมุ่งมั่นที่จะไปถึง

6. การช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ (Helping relationships) เป็นวิธีการที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพเพื่อจัดระบบสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมใหม่ เช่น การสนับสนุนของครอบครัว การจัดระบบเพื่อนช่วยเพื่อน

7. การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (Counter conditioning) เป็นการทดแทนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การทดแทนความเครียดด้วยกิจกรรมคลายเครียด เช่นการออกกำลังกาย การร้องเพลง การทดแทน การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงด้วยผัก เป็นต้น

8. การประเมินผลของพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง (Environmental-reevaluation) เป็นขั้นที่คนประเมินความรู้และความรู้สึกของบุคคลว่า การทำพฤติกรรมของเขามีผลต่อคนอื่น ๆ ดังนั้น การจัดกิจกรรมในขั้นตอนนี้ คือ การทำให้คนนั้นรู้สึกว่าการทำพฤติกรรมของตนเองเป็นทั้งตัวแบบที่ดีและไม่ดี หรือทำให้เข้าใจผลกระทบของพฤติกรรม และเขามีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้

9. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเป็นไปได้ง่ายถ้าไม่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนรู้สึกถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อลดโอกาสของการถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเดิม เช่น การไม่เดินผ่านบริเวณที่ขายอาหาร

10. การให้การเสริมแรง (Reinforcement management) ทำได้ทั้งการเสริมแรงทางบวกและทางลบ การให้การเสริมแรงทางบวกเพื่อรักษาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ในขณะที่การให้

การเสริมแรงทางลบ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามวิธีการให้การเสริมแรงทางบวก เป็นวิธีการสนับสนุนให้การปรับพฤติกรรมเป็นไปโดยธรรมชาติและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้รับพฤติกรรมมากกว่าการให้การเสริมแรงทางลบหรือการลงโทษ

จากที่กล่าวมา การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้นั้นจะต้องผ่านขั้นตอนตามระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลายระยะ การประเมินความพร้อมของบุคคลตามระยะของการเปลี่ยนแปลงก่อนทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถออกแบบการช่วยเหลือให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และวางแผนเลือกใช้วิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้ โดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการปรับความคิด (Cognitive or experiential process) และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral process)

แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

นิคซ์ ทศนิยม (2545) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุน หรือช่วยเพิ่มความสามารถให้บุคคลหรือกลุ่มได้มองเห็นปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

Gibson (1991) ได้สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเกิดความตระหนักรู้ (Critical awareness) ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ

พานทิพย์ แสงประเสริฐ (2554) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมการพัฒนาเพื่อสร้างเสริมความสามารถของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนในการตอบสนองความต้องการและการแก้ไขปัญหาของตน โดยใช้ทรัพยากรที่จำเป็นและนำข้อดีของตนเองที่มีอยู่ออกมาใช้ในการดำรงชีวิต จะเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของตนเองได้

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนบุคคลหรือกลุ่มบุคคลให้เกิดความสามารถแห่งตน เชื่อมั่นว่าสามารถจะเปลี่ยนแปลงตนเองและสังคมในทางที่พึงปรารถนา โดยมีอิสระในการเลือกและกำหนดอนาคตของตนเอง ชุมชนและสังคมได้ด้วยการตระหนักรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหา สามารถจัดการปัญหาด้วยทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Chandler, 1992) ประกอบด้วย ปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล

1.1 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

1.2 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง การมีความรักในตนเอง นับว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

1.3 ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

1.4 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย โดยที่จะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุด แม้ว่าจะมีอุปสรรคสำหรับปัจจัยภายในบุคคล ยังรวมถึงการยอมรับในบทบาท ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติร่วมกัน ตลอดจนคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ให้คำแนะนำให้กำลังใจให้การประคับประคองและให้ความเชื่อมั่นในการที่จะดูแลตนเอง

เห็นได้ว่าปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่จะผลักดันให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนว่าสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง มีความมั่นใจในการจัดการปัญหาและพฤติกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมและเป็นผลดีต่อสุขภาพ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษาของ Gibson (1993) พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนของ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นนี้ จะทำให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง กับตนเอง โดยคิดในแง่บวกและคิดว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และด้านพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดวิเคราะห์ วิจาร์ณ และเป็นเหตุเป็นผล (Critical reflection) ด้วยการทำให้บุคคลกลับมามองปัญหา ประเมิน และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่ง ที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลง ที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) เป็นกระบวนการเริ่มต้นของกระบวนการเสริมสร้างอำนาจ อันจะนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกทางออกหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) บุคคล มีความตระหนักในความเข้มแข็ง เชื่อมั่นในความรู้ของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรม ที่เหมาะสมเพื่อควบคุมจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีเงื่อนไขดังนี้ คือ การส่งเสริม (Avocation for) การเรียนรู้ปัญหา (Learning the ropes) การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม การเจรจา ต่อรอง การสร้างความรู้สึกร่วมกัน โดยบุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลประกอบการพิจารณา ช่วยให้การตัดสินใจในการแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น ในตนเองมากขึ้นและมีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Holding on) เป็นขั้นตอนที่บุคคลมีความสามารถ ในตนเองมีความเชื่อมั่น รู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหาไว้ใช้ในครั้งต่อไป

จะเห็นได้ว่าแต่ละขั้นตอนในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคล มีความสามารถ เกิดความเชื่อมั่นในพลังอำนาจที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง ในการจัดการปัญหาได้อย่างบรรลุเป้าหมาย การที่แต่ละบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้าง พลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้าง พลังอำนาจด้วยเช่นกัน

พานทิพย์ แสงประเสริฐ (2554, หน้า 60-61) ได้สรุปขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของชุมชน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของประชาชน โดยส่งเสริมให้ประชาชนใช้ความสามารถที่ตนเองมีอยู่อย่างเต็มที่ ตัดสินใจด้วยตนเองด้วยเหตุผล และส่งเสริมให้ประชาชนทำงานร่วมกัน ใช้หลักประชาธิปไตย การเคารพความคิดเห็น โดยบุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้ การสร้างให้ประชาชนเห็นคุณค่าของตนเอง การทำงานเป็นทีม ยึดหยุ่นตามสถานการณ์
2. การประสานงานระหว่างหน่วยงานองค์กร เป็นการทำงานแบบหุ้นส่วน (Partnership) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Commitment) การวางแผนร่วมกัน (Format) และใช้การเจรจาต่อรอง (Negotiation) เมื่อมีปัญหาอุปสรรคใช้การเจรจาต่อรองอย่างประนีประนอม ขอมรับว่าทั้งสองฝ่ายมีทั้งได้และเสียประโยชน์อยู่บ้าง แต่เป้าหมายของกลุ่มบรรลุผลที่ตั้งไว้
3. การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยวิธีการ ดังนี้
 - 3.1 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นเครือข่าย
 - 3.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเกิดองค์การรับผิดชอบในการพัฒนาชุมชน โดยเลือกตั้งคณะกรรมการ
 - 3.3 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อถ่ายทอดความรู้ ค่านิยมบนพื้นฐานวัฒนธรรมสู่ชุมชนอื่น
 - 3.4 กระตุ้นให้ประชาชนรู้จักวิธีการคิดเพื่อแก้ปัญหาและประเมินผลอย่างเป็นระบบ จากที่กล่าวมา พลังอำนาจของบุคคลและชุมชนเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายในบุคคล เช่น ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิตและประสบการณ์ส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม บรรยากาศรอบ ๆ ที่เอื้อให้เกิดความรู้สึกลึกซึ้งยอมรับการช่วยเหลือ โดยมีกระบวนการสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง การสะท้อนคิดวิเคราะห์ห้วงวิจรณ์ และเป็นเหตุเป็นผล การตัดสินใจเลือกทางออกหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

แนวคิดของภาวะอ้วนในเด็ก

ความหมายของภาวะอ้วน

ปูลวิชัย ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (2554) กล่าวว่า ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการได้รับพลังงานจากอาหารเกินความต้องการของร่างกาย และเก็บสะสมไว้จนเกิดอาการปรากฏ เช่น ได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไป จนมีการสะสมพลังงานไว้ในร่างกายในรูปของไขมันเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดโรคอ้วน (Obesity) ตามมา

อรุณี เจตศรีสุภาพ (2555) ได้ให้ความหมายของภาวะอ้วนว่าเป็นภาวะที่เด็กมีน้ำหนักตัวเมื่อเทียบกับอายุหรือส่วนสูงเกินค่ามาตรฐานปกติ

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้เมื่อเปรียบเทียบกับส่วนสูง เมื่อร่างกายได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปจนความจำเป็นของร่างกาย จะมีการสะสมของพลังงานไว้ในร่างกายในสภาพไขมันเพิ่มขึ้นจึงทำให้เกิดภาวะอ้วน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

ภาวะอ้วน หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ส่วนสูงเดียวกันอ่านผลได้ที่จุดเริ่มอ้วนและอ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ $+2 SD$ ขึ้นไป) จากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิง 5-18 ปี (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สรุปได้ว่า ภาวะอ้วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้เมื่อเปรียบเทียบกับส่วนสูง ซึ่งเกิดจากการได้รับพลังงานจากอาหารเกินความต้องการของร่างกาย มีการสะสมของพลังงานในสภาพไขมันเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะอ้วน โดยวินิจฉัยจากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิง 5-18 ปี (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ่านผลน้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ส่วนสูงเดียวกัน ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($+2 SD$) ขึ้นไป แสดงว่า อ้วน

การประเมินภาวะอ้วน

เกณฑ์การตัดสินภาวะอ้วนในเด็กทำได้ยากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตมีน้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้นตลอด การประเมินการเจริญเติบโตของเด็กที่ผ่านมามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเป็นหลักทำให้กว่าจะรู้ตัวก็พบว่าเด็กอ้วนมากไปแล้ว ซึ่งการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กควรดูที่น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นควบคู่กับอัตราการเพิ่มของความสูง ซึ่งหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนในเด็กมีหลายวิธี ดังนี้

1. การใช้ค่าน้ำหนักและความสูง นำมาประเมินด้วยกราฟอ้างอิงการเจริญเติบโตของน้ำหนักตามความสูงของเด็กไทยอายุ 1 วัน-19 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 โดยใช้เกณฑ์เริ่มอ้วน เมื่อน้ำหนักตามความสูงมากกว่าค่าน้ำหนักมัธยฐาน $+2$ เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเป็น โรคอ้วน เมื่อน้ำหนักตามความสูงมากกว่าค่าน้ำหนักมัธยฐาน $+3$ เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การใช้ดัชนีมวลกาย (Index) ได้แก่ ร้อยละของน้ำหนักตามความสูง (% weight-for-height, %W/H) ซึ่งค่า %W/H คำนวณจากค่าน้ำหนักตัวคูณ 100 หารด้วยค่าน้ำหนักอิงตามเกณฑ์ความสูง ค่า %W/H ที่ $\geq 110-120$ เป็นภาวะอ้วน และค่า %W/H > 120 เป็นโรคอ้วน

3. การใช้ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) เป็นดัชนีที่นิยมใช้วินิจฉัยโรคอ้วนในผู้ใหญ่ และมีแนวโน้มจะใช้กันมากขึ้นในเด็ก ค่า BMI คำนวณจากค่าน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง แล้วนำไปเปรียบเทียบกับกราฟหรือค่า BMI อ้างอิงตามอายุและเพศ ค่า BMI ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์มากกว่าหรือเท่ากับ 85 ถึงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่น้อยกว่า 95 เป็นภาวะอ้วน และค่า BMI ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์มากกว่าหรือเท่ากับ 95 เป็นโรคอ้วน ขณะนี้ยังไม่มีเกณฑ์อ้างอิง BMI ของเด็กไทย (สง่า ดามาพงษ์, ถัดดา เหมาะสุวรรณ และสุนทรี รัตนชูเอก, 2551)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยประเมินภาวะอ้วนในเด็กโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย อายุ 1-18 ปี ของกรมอนามัย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ประเมินภาวะอ้วนในเด็กได้ดีและง่ายต่อการปฏิบัติ (จันทรา ไชยศรี, 2556) มี 2 ลักษณะ คือ

1. กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชาย-หญิง สำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ถ้าเด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่า 2 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+2 SD) ของเด็กเพศเดียวกันที่มีอายุเท่ากัน โดยการเปรียบเทียบบนกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต แสดงว่าอ้วน

2. ตารางตัวเลขแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่า 2 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+2 SD) เช่นเดียวกัน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546, หน้า 14-15)

การแปลผลภาวะอ้วนในเด็กโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย อายุ 1-18 ปี ของกรมอนามัย แสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การแปลผลภาวะโภชนาการ: น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

ช่วงที่	ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	การแปลผล	ความหมาย
1	อยู่เหนือเส้น +3 SD	อ้วน	- อ้วนควรระวังหัวใจโดยการปรับเปลี่ยนนิสัยบริโภคโดยชนิดของอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงคือ อาหารที่มีไขมันและแป้งสูง ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที/ 3 วัน/ สัปดาห์
2	อยู่ระหว่างเส้น +2 SD ถึง +3 SD	เริ่มอ้วน	- เริ่มอ้วนน้ำหนักเริ่มมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเท่ากันอย่างชัดเจน ควรระวังหัวใจ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ช่วงที่	ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	การแปลผล	ความหมาย
3	อยู่ระหว่างเส้น +1.5 SD ถึง +2 SD	ท่วม	- น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงยังอยู่ในเกณฑ์แต่น้ำหนักจะค่อนข้างมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเท่ากัน
4	อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD	สมส่วน	- น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูงโดยมีแนวโน้มที่ดีควรอยู่ใกล้เส้นมัธยฐาน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะอ้วนในเด็ก

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนในเด็กเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรมกับปัจจัยแวดล้อม โดยพัฒนาการของภาวะอ้วนมาจากการควบคุมพลังงาน (Energy regulation) ที่ขาดความสมดุลระหว่างการรับและใช้พลังงาน (Energy intake และ Energy expenditure) เมื่อสะสมไปในช่วงเวลาหนึ่งจะมีไขมันในร่างกายมากเกินไป ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้พลังงาน ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554; ทักษพล ธรรมรังสี, สิริรินทร์ยา พูลเกิด และสุลัดดา พงษ์อุทธา, 2554)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม เป็นตัวกำหนดน้ำหนักตัวผ่านกลไกการควบคุมดุลพลังงาน ถ้ากลไกเหล่านี้บกพร่องจะทำให้มีการบริโภคอาหารและการใช้พลังงานผิดปกติ ส่งผลให้มีภาวะอ้วน ความผิดปกติทางพันธุกรรมอาจทำให้ร่างกายขาดสาร Leptin ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาสมดุลของพลังงานในร่างกาย ภาวะที่มี Leptin น้อยหรือสมองไม่ตอบสนองต่อสารของ Leptin จะทำให้เกิดภาวะต้านการทำงานของอินซูลิน ร่างกายสร้าง Growth hormone ลดลงและสร้าง Thyroid hormone ที่เป็นฮอร์โมนเพื่อการใช้พลังงานลดลง เด็กจึงมีการเจริญเติบโตช้าแต่กินจุ ร่างกายใช้น้ำตาลกลูโคสและไขมันไม่เต็มที่ ทำให้มีไขมันในเลือดสูงขึ้น มีความดันโลหิตสูงและมีพัฒนาการเข้าสู่วัยหนุ่มสาวช้า เด็กที่ตัวเตี้ยจึงมีโอกาสอ้วนมากกว่าเด็กตัวสูง เด็กที่มีกลุ่มอาการต้านอินซูลิน (Insulin resistance syndrome คือ กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในการใช้พลังงานของร่างกายที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง) ทำให้ใช้น้ำตาลกลูโคสได้น้อย (อรุณี เจตศรีสุภาพ, 2555) นอกจากนี้มีการศึกษาประวัติอ้วนในครอบครัว พบว่า เด็กที่มี

พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีน้ำหนักเกินจะมีโอกาสเป็นเด็กอ้วนเพิ่มขึ้น 4-5 เท่าเทียบกับเด็กปกติ แต่จะเพิ่มขึ้นเป็น 13 เท่า ถ้าทั้งพ่อและแม่มีน้ำหนักเกิน (นริศรา พิงโพธิ์สภ, 2552)

1.2 ปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจ

1.2.1 ความผิดปกติภายในร่างกาย ได้แก่ โรคของอวัยวะในระบบต่อมไร้ท่อทำให้เด็กอ้วนได้ แต่พบน้อยกว่าปัจจัยอื่น (ประมาณไม่ถึงร้อยละ 10 ของเด็กอ้วน) เด็กที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่ออาจพบว่ามีภาวะอ้วน เตี้ย มีความพิการทางสมอง สติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ อายุการเจริญของกระดูกช้ากว่าอายุจริงและเกิดโรคอ้วนโดยไม่มีประวัติอ้วนในครอบครัว

1.2.2 ความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น เด็กที่มีปัญหาเรื่องการนอน มีปัญหาด้านอารมณ์ เก็บกด หดห้วง เสรีาซึม หรือมีความสุขสนุกสนาน อารมณ์เหล่านี้สามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและทำให้มีภาวะอ้วนได้

2. พฤติกรรมการบริโภค

การสะสมของไขมันในร่างกายและการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับปริมาณพลังงานของสารอาหารที่รับประทาน โดยเฉพาะอาหารคาร์โบไฮเดรต (อาหารพวกแป้งและน้ำตาล) อาหารรสหวาน และอาหารไขมันสูง ซึ่งมักพบในครอบครัวที่มีลักษณะ ดังนี้ (อรุณี เจตศรีสุภาพ, 2555)

2.1 เด็กอ้วนส่วนใหญ่เกิดในครอบครัวที่มีรายได้น้อย เนื่องจากบิดามารดาชอบอาหารที่มีพลังงานสูง เช่น อาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมัน

2.2 พบในครอบครัวที่จัดอาหารเกินความต้องการของสมาชิกในครอบครัว

2.3 ชอบรับประทานอาหารสะดวกซื้อและเข้าถึงได้ง่ายเป็นประจำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารนอกบ้านที่ถูกปรุงด้วย ไขมัน ไขมัน และน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่กินมื้อเช้าเพิ่มความเสี่ยงเป็นโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนสูงขึ้น (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554)

3. พฤติกรรมการใช้พลังงาน

พฤติกรรมการใช้พลังงาน ได้แก่ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายหากไม่เพียงพอและไม่สม่ำเสมอ จะเกิดการสะสมของไขมันในร่างกายทำให้มีภาวะอ้วน ทั้งนี้สภาพแวดล้อมที่สะดวกสบายในการใช้ชีวิตประจำวันทำให้มีการใช้พลังงานน้อย มีผลต่อการสะสมไขมันในร่างกาย และเด็กที่ดูโทรทัศน์ เล่นคอมพิวเตอร์และ/หรือเล่นเกมมากเกินไปวันละ 2-3 ชั่วโมง มีผลทำให้อ้วนและทำให้ปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง นอกจากนี้ เด็กในเมืองใหญ่มักต้องเสียเวลาเดินทางไปโรงเรียน มีข้อมูล พบว่า เวลาเดินทางที่ใช้อยู่ในรถทุก 1 ชั่วโมง เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนขึ้น ร้อยละ 6 ในทางกลับกันความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลดลงร้อยละ 4.8 ต่อทุก 1 กิโลเมตรที่เดินเพิ่มขึ้นต่อวัน (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554)

4. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

ครอบครัวมีหน้าที่สำคัญในการหล่อหลอมนิสัยการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อสมรรถภาพการทำงานของเด็ก การเลี้ยงดูของพ่อแม่และปัจจัยแวดล้อมในบ้านมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก มีการศึกษาพบว่า การเก็บนม น้ำผลไม้ และขนมจำนวนมากไว้ในบ้านในช่วงที่เด็กหยุดอยู่กับบ้าน และไม่มีแม่ดูแลกำกับไม่ให้เล่นคอมพิวเตอร์หรือวิดีโอเกมมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เด็กเลี้ยงอ้วน

นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมในโรงเรียนยังมีผลต่อการเกิดภาวะอ้วนในเด็ก เนื่องจากเด็กใช้เวลาครึ่งหนึ่งของช่วงกลางวันนาน 9 เดือนต่อปีที่โรงเรียน นอกจากอาหารกลางวันแล้ว เด็กส่วนหนึ่งยังกินทั้งอาหารเช้าและอาหารเย็นที่โรงเรียน โรงเรียนจึงมีบทบาทร่วมกับครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับเด็ก กิจกรรมต่าง ๆ และคุณภาพของอาหารในสถาบันเหล่านี้จึงอาจมีผลเพิ่มภาวะอ้วนในเด็กในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเห็นได้ว่าปัจจัยแวดล้อมและนโยบายของโรงเรียนสามารถชักนำให้เด็กอ้วนได้ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554)

เห็นได้ว่า การเกิดภาวะอ้วนในเด็กมีสาเหตุมาจากการขาดความสมดุลระหว่างการรับและใช้พลังงานของร่างกาย มีความเกี่ยวข้องที่ซับซ้อนกันของหลายปัจจัยซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรม การบริโภค พฤติกรรมการใช้พลังงาน และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของภาวะอ้วน ดังนั้น มาตรการในการป้องกันควบคุม คัดกรอง และบำบัดรักษาจะต้องครอบคลุมกลุ่มปัจจัยเหล่านี้เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะอ้วน

ผลจากภาวะอ้วน

ภาวะอ้วนในเด็กเป็นภัยเงียบที่ผู้ใหญ่มักจะคาดไม่ถึง เด็กจะมีปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ ดังนี้ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554; อรุณี เจตศรีสุภาพ, 2555)

1. เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีไขมันในเลือดสูงเกินปกติเด็กจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วน
2. เสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) เนื่องจากมีภาวะต้านอินซูลินทำให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคส กรดอะมิโน (Amino acid) และกรดไขมันต่าง ๆ เข้าสู่เซลล์ ทำให้สารดังกล่าวมีปริมาณในเลือดมากเกินปกติ จึงทำให้เกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ ตามมา
3. มีความผิดปกติของกระดูกและข้อจากน้ำหนักตัวที่มากเกินไปกดลงบนกระดูกอ่อน และ Growth plates ทำให้เกิดความผิดปกติของข้อเข่าเกิดผิดรูป ขาทั้ง 2 ข้างโตไม่เท่ากัน ทำให้ขาตั้งข้างยาวข้าง กระดูกขาโก่ง หรือพบหัวกระดูกต้นขาหลุดทั้งสองข้าง

4. ความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี โรคอ้วนในเด็ก เป็นปัจจัยเสี่ยง ทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี ร่วมกับภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเรื้อรัง และมีไขมันสะสมในระดับมากขึ้น

5. มีความผิดปกติของการหายใจและการนอนหลับ เด็กโรคอ้วนจะมีปัญหาจากทางเดินหายใจถูกอุดกั้นในขณะนอนหลับซึ่งเรียกว่า Obstructive sleep apnea หรือเรียกย่อว่า โรคโอเอสเอ (OSA) ได้บ่อย โดยเด็กที่เป็น OSA มักจะนอนกรน หรือหยุดหายใจขณะหลับ ปัสสาวะรดที่นอน และชอบนั่งหลับในเวลากลางวัน บางรายเรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง หรืออาจมีภาวะพร่องสติปัญญา ในรายที่มี OSA รุนแรงอาจมีอาการ โรคหืด และหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย

6. ผลต่อสุขภาพเมื่อเป็นผู้ใหญ่ เด็กที่เคยอ้วนในวัยเด็กมีความเสี่ยงที่จะยังอ้วนเมื่อเป็นวัยรุ่น 12 เท่าของเด็กในวัยเดียวกันที่ไม่อ้วน และพบว่า ความเสี่ยงของการยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นตามอายุหนึ่งในสามของเด็กที่อ้วนในวัยก่อนเรียน และครึ่งหนึ่งของเด็กที่อ้วนในวัยเรียน ยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ หากยังอ้วนเมื่อเป็นวัยรุ่น ร้อยละ 80 จะเป็นผู้ใหญ่อ้วน

7. ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม พบว่า เด็กที่มีภาวะอ้วนจะมีปัญหาเกี่ยวกับบุคลิกภาพ เด็กที่อ้วนมักโดนเพื่อนแกล้ง ล้อเลียนและเกิดความอายในรูปร่างของตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้ไม่ต้องการไปโรงเรียนหรือมีสังคมกับผู้อื่น และเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีความกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น กลัวไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน อาจไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ และในบางคนอาจวิตกกังวลมากจนทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

เห็นได้ว่า ภาวะอ้วนมีผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เด็กที่อ้วนมีโอกาสเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้สูงขึ้น หากไม่มีการแก้ไขในอนาคตประเทศไทยจะเผชิญกับปัญหาประชากรไม่มีคุณภาพเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต และเป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างยิ่งต่อสังคม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องหาแนวทางป้องกันเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วน

การป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก

WHO (2012) ได้เสนอกลยุทธ์ในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กมีประเด็นหลัก ดังนี้

1. แผนงานและโปรแกรมการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กที่มีการผสมผสานระหว่างนโยบายจากส่วนกลางกับชุมชน

2. การผสมผสานกันระหว่างนโยบาย กฎหมาย และงบประมาณเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกาย

3. นโยบายที่บูรณาการสำหรับป้องกันภาวะอ้วนในเด็กที่มีโครงสร้างให้เห็นการดำเนินงานที่ยั่งยืน

4. กิจกรรมการดำเนินงานแต่ละระดับทั้งระดับการดูแลเด็กปฐมวัย โรงเรียน และชุมชน
 5. จัดทำแผนงานและการประสานกับแต่ละภาคส่วนในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
 ในการออกแบบโปรแกรมการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก มีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงานตามกระบวนการ
2. บูรณาการกิจกรรมการดำเนินงานตามระบบโครงสร้างของชุมชน
3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนอื่นที่มีความแตกต่างกัน

นอกจากนี้ WHO (2000) ได้เสนอแนวทางในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กว่าต้องมีการป้องกันในวงกว้างกับเด็กที่ยังไม่มีภาวะอ้วนและเด็กกลุ่มเสี่ยงอ้วน เพื่อลดอุบัติการณ์รายใหม่ และป้องกันในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการป้องกันและจัดการกับภาวะอ้วนควรมีการวางแผนระยะยาวและกระทำอย่างต่อเนื่อง และใช้ความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ครู เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การป้องกันระดับ 1: การป้องกันในวงกว้าง (Universal precaution)

การป้องกันในระดับนี้มีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะอ้วนและโรคอ้วน คือ ลดจำนวนการเกิดโรคอ้วนรายใหม่ รวมทั้งเพิ่มความตระหนักของประชาชนในเรื่องโภชนาการ และการออกกำลังกาย กลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกันในระดับนี้คือ การให้ข้อมูล และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2555) เช่น

1. กำหนดนโยบายส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพ และการออกกำลังกาย
2. เพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาหารสุขภาพและการออกกำลังกาย
3. ควบคุมและตรวจสอบการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการอาหารเด็ก
4. ห้ามการขายเครื่องดื่ม น้ำหวาน น้ำอัดลม และฟาสต์ฟู้ดในโรงเรียน
5. ส่งเสริมให้เด็กรับประทานผลไม้และผักสดเป็นอาหารว่างแทนขนมขบเคี้ยว
6. กำหนดให้โรงเรียนมีสถานที่สำหรับเล่นกีฬาและออกกำลังกาย

การป้องกันระดับ 2: การป้องกันในกลุ่มเสี่ยง (Selective prevention)

การป้องกันในระดับนี้มีเป้าหมายเพื่อลดการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ในบุคคลที่มีภาวะอ้วน บุคคลที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคอ้วน หรือบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ซึ่งลักษณะของเด็กที่จัดเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น น้ำหนักแรกคลอดน้อย มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สำหรับกลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกันในระดับนี้คือ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นในระดับโรงพยาบาล (Hospital-based) ครอบครัว (Family-based) โรงเรียน (School-based)

และชุมชน (Community-based) เช่น ส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองอย่างน้อย 6 เดือน หรือการรณรงค์ให้โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม เป็นต้น (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ และคณะ, 2553)

การป้องกันระดับ 3: ในกลุ่มที่เป็นโรคอ้วนหรือมีภาวะอ้วน (Targeted prevention)

การป้องกันในระดับนี้มีเป้าหมายเพื่อลดภาวะอ้วนรวมทั้งลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น กลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกันในระดับนี้คือ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นในระดับโรงพยาบาล (Hospital based) และครอบครัว (Family-based) เช่น ผู้ปกครองควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเด็ก มีการชักชวนให้เด็กออกกำลังกาย จำกัดการดูโทรทัศน์และการเล่นเกมของเด็กไม่ให้เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน เป็นต้น

จากที่กล่าวมา การป้องกันภาวะอ้วนในเด็กต้องดำเนินการ โดยมีแผนงานที่บูรณาการกันระหว่างนโยบายของภาครัฐกับชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกายในเด็กทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็กปกติ กลุ่มเสี่ยงอ้วน และกลุ่มที่มีภาวะอ้วน ในการป้องกันและจัดการกับภาวะอ้วนควรมีการวางแผนระยะยาวและกระทำอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบูรณาการกิจกรรมการดำเนินงานตามบริบทของชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ดังนั้น การศึกษาหารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม เกิดแผนงานที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานและเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน การปฏิบัติที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากศักยภาพของชุมชนโดยชุมชนและเพื่อชุมชนจึงเป็นกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืนที่จะส่งผลต่อคุณภาพของเด็กต่อไป

แนวคิดของการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียน อัตราการเจริญเติบโตในช่วงวัยเรียนตอนต้นจะเป็นไปอย่างช้า ๆ แต่สม่ำเสมอเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยแรกรุ่น ในช่วงวัยเรียนตอนปลายอัตราการเจริญเติบโตของร่างกายจะสูงมากอีกครั้งหนึ่ง เพศหญิงเริ่มเข้าสู่วัยแรกรุ่นเมื่ออายุประมาณ 10 ปีเร็วกว่าเพศชายประมาณ 2 ปี พฤติกรรมการกินอาหารที่เป็นปัญหาของเด็กวัยนี้คือ จะไม่ลองกินอาหารที่ไม่เคยกิน กินอาหารไม่เป็นเวลา มัวแต่เล่นจนลืมกิน เล่นมากจนเพลียไม่อยากกินอาหาร เลือกกินอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, มปป.) และทัศนีย์ วิฑูรธิศานต์ (2544) ได้สรุปปัญหาการกินอาหารของเด็กวัยเรียน ไว้ดังนี้

1. เด็กไม่มีโอกาสได้กินอาหารเช้าหรือได้กินน้อย เพราะพ่อแม่หรือผู้ปกครองเตรียมอาหารให้ไม่ทัน นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากเด็กตื่นสายและกลัวว่าจะไปโรงเรียนไม่ทันจึงงดอาหารเช้า การงดอาหารเช้ามีผลเสียต่อสุขภาพร่างกายส่งผลต่อการเรียนและการปฏิบัติกิจกรรม
 2. เด็กไม่มีความรู้ในการเลือกอาหารกลางวันโรงเรียน เมื่อเด็กเข้าโรงเรียนต้องกินอาหารกลางวันนอกบ้าน โดยเฉพาะเด็กต้องซื้ออาหารเอง แต่เนื่องจากเด็กไม่มีความรู้ในการเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และอาจนำเงินไปซื้ออาหารที่ไม่ประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ขนมหวาน ทอฟฟี่ ลูกกวาดหรือน้ำหวาน ปัญหานี้อาจมีทางแก้ไขโดยทางโรงเรียนจัดอาหารกลางวันที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้เด็ก พร้อมทั้งแนะนำให้เด็กรู้จักเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอีกด้วย
 3. เด็กมีความรู้สึกเบื่ออาหารหรือไม่มีความอยากกินอาหาร เนื่องจากผู้ใหญ่บังคับมากจนเด็กไม่อยากจะกินอาหารอีก ดังนั้น พ่อแม่จึงควรให้อิสระแก่เด็กในการเลือกอาหารบ้าง ภายใต้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง
 4. ผู้ใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้อง พ่อแม่หรือผู้ปกครองและคนรอบข้างมีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารไม่ถูกต้อง ตัวอย่างเช่น เด็กกินปลาหรือเนื้อสัตว์ต่าง ๆ จะทำให้เด็กเป็นตาลขโมย หรือไม่จัดอาหารประเภทผักสดให้เด็กเพราะจะทำให้เกิดท้องอืด เป็นต้น ความเชื่อดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กไม่มีโอกาสได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้น พ่อแม่จึงควรมีความรู้ทางโภชนาการพอสมควร เพื่อสามารถจัดอาหารสำหรับเด็กวัยนี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- ที่ผ่านมามคนไทยส่วนมากรู้จักและคุ้นเคยกับอาหารหลัก 5 หมู่ เป็นอย่างดี อาหารหลัก 5 หมู่ จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่คนไทยใช้เป็นหลักยึดปฏิบัติในการกินอาหารตลอดมา ปัจจุบันสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว วัฒนธรรมตะวันตกได้เข้าสู่สังคมไทยจนสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมถึงพฤติกรรมทางการบริโภคของคนไทยไปอย่างรวดเร็ว ผลการเปลี่ยนแปลงได้สะท้อนออกมาให้เห็นในหลาย ๆ ด้าน พบว่า ขณะที่ยังไม่สามารถจัดโรคขาดสารอาหารได้สำเร็จ แต่ภาวะอ้วนและโรคอ้วนก็ได้เพิ่มทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทย ต้นเหตุสำคัญเกิดจากคนไทยยังขาดความรู้ในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลือกบริโภคอาหาร ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล จึงร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ จัดทำ “ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย” ขึ้นหรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “โภชนบัญญัติสำหรับคนไทย” มี 9 ข้อ ดังนี้ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข)

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว การกินอาหารครบ 5 หมู่ให้หลากหลาย คือ การกินอาหารหลาย ๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ

ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาหารที่มีประโยชน์สำหรับเด็ก คือ อาหารหลัก 5 หมู่ มีดังนี้

1.1 อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ชนิดต่าง ๆ ไข่ นม ถั่ว และสิ่งแทนเนื้อ อาหารหมู่นี้ให้สารอาหารที่สำคัญที่สุดและหาไม่ได้ในอาหารหมู่อื่น ๆ คือ โปรตีน เด็กควรบริโภคไข่ทุกวัน ๆ ละ 1 ฟอง และควรเปลี่ยนวิธีการประกอบอาหารให้แตกต่างกัน เพื่อไม่ให้เด็กเบื่ออาหาร หมู่ที่ 1 จะนำไปใช้ในการเสริมสร้างร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อต่าง ๆ สมออง หัวใจ ปอด และตับ รวมทั้งโครงสร้างของกระดูก อาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ นม ไข่ เนื้อสัตว์ เนื้อปลา ปลาหมึกโปรตีนที่ย่อยง่ายมีไขมันต่ำบริโภคเป็นประจำจะช่วยลดปริมาณไขมันในเลือด และมีฟอสฟอรัสสูงเหมาะสมสำหรับเด็ก ส่วนอาหารที่มีโปรตีนรองลงมาได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ

1.2 อาหารหมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว เผือก มัน ขนุน และอาหารต่าง ๆ ที่ทำจากข้าวหรือแป้ง ข้าวที่ให้เด็กบริโภคควรเลือกข้าวกล้อง เพราะเป็นข้าวที่อุดมไปด้วยคุณค่าทางอาหาร เกลือแร่ วิตามินต่าง ๆ นอกจากนี้มีผลิตภัณฑ์จากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ แต่ไม่ควรให้บริโภคมากกว่าข้าวกล้อง สำหรับน้ำตาล ควรเลือกใช้น้ำตาลทรายแดง เพราะไม่ผ่านการฟอกสี ไม่ควรให้เด็กบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบมากนัก เพราะจะทำให้เด็กติดหวาน และลักษณะนิสัยนี้จะติดไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

1.3 อาหารหมู่ที่ 3 ได้แก่ พืชผักต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งสีเขียว แดง เหลือง ขาว ควรให้เด็กบริโภคผักทุกมื้อ ทั้งผักสดและผักสุกโดยหมุนเวียนสับเปลี่ยนผักชนิดต่าง ๆ ไม่ซ้ำกันในแต่ละมื้อ ซึ่งกากใยในพืชมีประโยชน์ต่อระบบขับถ่าย ช่วยไม่ให้ท้องผูกและช่วยลดระดับไขมันในเลือดมากับอาหาร

1.4 อาหารหมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กควรสนับสนุนให้เด็กบริโภคผลไม้แทนขนมหวาน และควรจัดผลไม้ให้เด็กหลังอาหารทุกมื้อ หมุนเวียนกันในแต่ละมื้อ หรือจะให้บริโภคเป็นอาหารว่าง แทนขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ แต่ควรเลือกผลไม้ที่ไม่มีกรดมาก เพราะถ้าเด็กท้องว่างกรดในผลไม้อาจกัดกระเพาะได้

1.5 อาหารหมู่ที่ 5 ได้แก่ ไขมันต่าง ๆ ที่ได้จากพืชและสัตว์ เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูงกว่าอาหารที่ให้พลังงานชนิดอื่น ช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลายในไขมัน ซึ่งได้แก่ วิตามินเอ ดี อี และเค รวมทั้งให้กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย ไขมันได้จากพืชและสัตว์ ไขมันจากสัตว์ประกอบด้วยกรดไขมันที่อิ่มตัวและโคเลสเตอรอล ส่วนไขมันจากพืช มีไขมันไม่อิ่มตัว และมีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าไขมันจากสัตว์

นอกจากนี้ ควรหมั่นดูแลน้ำหนักตัวเนื่องจากน้ำหนักตัวใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึง ภาวะสุขภาพของคนเรานั่นเอง น้ำหนักที่เหมาะสมตามวัยจะต้องได้สัดส่วนกับความสูง ควรรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์โดยการกินอาหารที่เหมาะสม ควบคู่กับการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ

2. กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวที่รับประทาน ควรเป็นข้าวซ้อมมือหรือข้าวไม่ขัดสี เพราะได้วิตามิน แร่ธาตุ ตลอดจนใยอาหารควบคู่ไปกับการได้แป้ง ซึ่งจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ สำหรับอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีนหรือ ขนมปัง อาจรับประทานเป็นบางมื้อ อาหารเหล่านี้จะให้แป้งซึ่งจะถูกย่อยไปใช้เป็นพลังงาน แต่ถ้ารับประทานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการจะเปลี่ยนเป็นไขมันได้

3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ควรรับประทาน หลาย ๆ ชนิด ทั้งสีเขียวและเหลือง ควรเลือกรับประทานตามฤดูกาล เพราะนอกจากร่างกาย จะได้รับวิตามินและแร่ธาตุแล้วยังได้ใยอาหาร (Dietary fiber) ซึ่งสามารถจับสารต่าง ๆ ได้แก่ สารพิษต่าง ๆ โคเลสเตอรอลและสามารถดึงน้ำไว้ในลำไส้ได้เป็นอย่างมาก จึงเป็นการเพิ่มปริมาณ อุจจาระในลำไส้และเกิดการกระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ เป็นการลดโอกาสที่สารพิษ ต่าง ๆ จะสัมผัสกับผนังลำไส้ นอกจากนี้พืชผักผลไม้ยังให้สิ่งที่ไม่ใช่สารอาหาร เช่น สารต่อต้าน ปฏิกริยา ออกซิเดชั่น (Antioxidant) และสารอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ทางสมุนไพรอันจะทำให้ร่างกายอยู่ใน สภาวะสมดุลและป้องกันอนุมูลอิสระ (Free radical) ไม่ให้ทำลายเนื้อเยื่อและผนังเซลล์ ซึ่งนำไปสู่ การป้องกันไม่ให้ไขมันเกาะผนังหลอดเลือดและป้องกันการเกิดมะเร็งอีกด้วย

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ อาหารที่แนะนำในข้อนี้ จะให้โปรตีนซึ่งมีจุดเน้น คือ ปลาและอาหารประเภทถั่วต่าง ๆ เช่น เต้าหู้ขาวและเต้าหู้เหลือง สำหรับเนื้อสัตว์ ควรรับประทานพอประมาณเลือกเฉพาะที่มีมันน้อย ๆ ไข่เป็นอาหารโปรตีน ที่ย่อยง่ายควรรับประทานเป็นประจำ เช่น วันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 2 ฟอง

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย สำหรับประโยชน์ของการดื่มนมของเด็กวัยนี้ ควรดื่มนม เป็นประจำทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 แก้ว เพราะนมเป็นแหล่ง โปรตีน และแคลเซียมที่เหมาะสม อีกทั้งนมยังจำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตของเด็ก

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันจากพืชและสัตว์เป็นสารอาหารที่ให้พลังงาน ที่สูงที่สุดแก่ร่างกาย และเป็นตัวละลายวิตามินเอ ดี อี และเค ให้แก่ร่างกายนำไปใช้ประโยชน์ได้ แต่ต้องรับประทานในปริมาณที่เหมาะสม ควรใช้ไขมันจากพืชในการปรุงอาหารมากกว่าไขมันจาก สัตว์ และไม่ควรเกิน 3 ช้อนโต๊ะต่อวัน หากรับประทานไขมันในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้เกิด

การสะสมในร่างกาย โดยถ้าสะสมในหลอดเลือดจะทำให้เกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดเป็นอันตรายต่อหัวใจและสมอง และถ้าสะสมตามร่างกายจะทำให้เกิดโรคอ้วนได้

7. กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน การกินอาหารที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค ทั้งไวรัส แบคทีเรียหรือพยาธิและไม่มีการปนเปื้อนจากสารเคมีหรือสารตกค้างต่าง ๆ จะทำให้ร่างกายใช้ประโยชน์จากอาหารได้อย่างเต็มที่และไม่เกิดพิษร้าย เช่น อาเจียน ท้องเดินหรืออาการอาหารเป็นพิษ นอกจากนี้จะลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคพยาธิและโรคมะเร็งบางประเภทได้ด้วย ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงควรเลือกรับประทานอาหารที่สดสะอาด ผลผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้มีเครื่องหมายรับรองคุณภาพ มีกลิ่น รส และสีทันตามธรรมชาติ เลือกซื้ออาหารที่ปรุงใหม่ ๆ หรืออาหารที่สุกร้อน ๆ สำหรับผัก ผลไม้ ควรเลือกกินเฉพาะที่ผ่านการล้างให้สะอาดเท่านั้น

8. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำจะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพเพราะการดื่มมาก ๆ จะทำให้การทำงานของสมองและระบบประสาทช้าลง ทำให้เกิดความประมาทและระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดพลาดได้ง่าย ตลอดจนปฏิบัติกริยาตอบสนองทำงานได้ช้าลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คนที่ดื่มเหล้ามักเป็นโรคขาดสารอาหารหลายชนิด นับตั้งแต่โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดโปรตีนและแร่ธาตุ เมื่อดื่มเหล้าไปนาน ๆ ตับจะถูกทำลายยิ่งทำให้การขาดสารอาหารรุนแรงมากขึ้นและมักจะเป็นโรคตับแข็งควบคู่กันไป ด้วยเหตุนี้ถ้าลดหรือเลิกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ดังนั้น การส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ตามโภชนบัญญัติสำหรับคนไทยเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนเนื่องจากเด็กวัยนี้ต้องการอาหารที่ถูกหลักโภชนาการให้พลังงานเพียงพอเพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมอง หากไม่ได้รับการปลูกฝังนิสัยการบริโภคให้ดีแล้วจะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีภาวะทุพโภชนาการ และมีผลต่อการเจริญเติบโตที่สมวัยของเด็ก

หลักการบริโภคอาหารสำหรับเด็ก

คณะกรรมการจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (2552) ได้แนะนำ “ธงโภชนาการ” เพื่อให้คนไทยบริโภคอาหารที่มีความเพียงพอ สมดุล หลากหลาย และปริมาณพอเหมาะ ซึ่งได้แบ่งพลังงานให้เหมาะสมกับเพศ วัย และกิจกรรมประจำวัน ดังนี้

1. กลุ่มเด็ก ผู้หญิง (ทำงานนั่งโต๊ะ) ผู้สูงอายุ ควรได้รับพลังงานวันละ 1,600 กิโล

แคลอรี

2. กลุ่มวัยรุ่นชาย หญิง ผู้ชายวัยทำงาน ควรได้รับพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี

3. กลุ่มผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร นักกีฬา ควรได้รับพลังงานวันละประมาณ 2,400 กิโลแคลอรี

จากข้อแนะนำการกินอาหารตามธงโภชนาการจะเห็นได้ว่า ไม่มีที่ว่างสำหรับขนมกรุบกรอบที่เด็ก ๆ ชอบกิน ขนมกรุบกรอบมีความหนาแน่นของสารอาหาร (คุณค่าต่อปริมาณพลังงานจากอาหาร) น้อยมาก เมื่อเด็กกินจะได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยลง เพราะข้อจำกัดของพลังงานในแต่ละวัน และเด็กมีกระเพาะอาหารเล็ก ขนมกรุบกรอบส่วนใหญ่ประกอบด้วย แป้ง น้ำมันปาล์ม น้ำตาล หรือเป็นอาหารรสเค็ม เช่น รสไก่ รสบาร์บีคิว จะมีโซเดียมสูง นอกจากเด็กจะไม่ได้รับอาหารอื่นที่มีประโยชน์จากการกินอาหารกรุบกรอบ ยังมีข้อเสีย คือ ทำให้เด็กมีนิสัยการกินอาหารที่ติดในรสหวาน รสเค็ม อาหารกรอบ ทอด ทำให้ยากจะปรับเปลี่ยนเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ (เรวดี จงสุวัฒน์, 2554)

สำหรับอาหารสำหรับเด็กระดับประถมศึกษาการจัดการจัดอาหารสำหรับเด็กวัยนี้ พ่อแม่ ผู้ปกครองและโรงเรียนควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ ดังที่ ออบเชย วงศ์ทอง (2547) ได้สรุปไว้ว่า ควรจัดอาหารให้เด็กระดับประถมศึกษากินเหมือนผู้ใหญ่ทุกอย่าง ยกเว้น คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และอาหารรสจัด ควรแก้ปัญหาการไม่ชอบกินผักของเด็กวัยนี้ด้วยการให้กินผลไม้มากขึ้น ฝึกนิสัยในการกินให้มีความระมัดระวังที่ดีและเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายฝึกให้มีความสุขอนามัยที่ดี คำนึงถึงความสะอาดของอาหาร ภาชนะอุปกรณ์และตัวเด็กเอง ความต้องการพลังงานของเด็กระดับประถมศึกษาประมาณวันละ 1,600 กิโลแคลอรี/ วัน โดยนำหลักการจัดกลุ่มอาหารจากธงโภชนาการมาใช้และนำปริมาณอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวันมากำหนดชนิดอาหารแบ่งเป็นมื้อ ๆ

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้เสนอข้อปฏิบัติของการจัดอาหารในเด็กวัยเรียน ดังนี้

1. จัดอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน โดยให้มีปริมาณพอเหมาะกับความต้องการ
2. ควรให้เด็กเป็นผู้เสนอรายการอาหารบ้าง เพื่อให้เด็กมีความรู้ถึงการมีส่วนร่วม
3. ควรฝึกวินัยในการรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ไม่รับประทานอาหารจุบจิบ อาจขอมให้เด็กกินอาหารผิดเวลาบ้าง โดยเฉพาะวันหยุดเพื่อผ่อนคลายความกดดันที่โรงเรียน
4. ควรฝึกให้เด็กรู้จักความพอดีในการรับประทานอาหารแต่ละประเภท ไม่ควรตามใจ หรือให้อาหารเป็นสิ่งต่อรองให้เป็นรางวัลหรือทำโทษ
5. ควรมีอาหารสำรองไว้บ้างเป็นอาหารที่เตรียมได้ง่าย ๆ แต่มีประโยชน์เพราะเด็กวัยนี้ นอกจากกินอาหารไม่เป็นเวลาเพราะหิวและยังหิวไม่เป็นเวลาอีกด้วย

หลักการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะอ้วน

หลักการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะอ้วนให้ยึดหลักการกินพอดี โดยกินอาหารครบมาตรฐาน (Adequate diet) หรือที่เรียกว่า อาหารสมดุล (Healthy balanced diet) (เรวดี จงสุวัฒน์, 2554) มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. มีพลังงานพอเหมาะ พลังงานที่ได้รับจากอาหารพอเพียงกับพลังงานที่ต้องใช้ไปในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ถ้าได้รับพลังงานที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่องจะทำให้น้ำหนักเกิน ถ้าได้รับพลังงานน้อยกว่าที่ต้องใช้จะทำให้น้ำหนักน้อย และในระยะยาวจะทำให้ได้รับสารอาหารต่าง ๆ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. มีความสมดุล มีปริมาณของอาหารแต่ละกลุ่มหรือหมู่ในปริมาณที่เหมาะสม เมื่อบริโภคแล้วทำให้ได้รับสารอาหารในระดับที่สมดุลกัน
3. มีความหลากหลาย สารอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน ในแต่ละกลุ่มหรือหมู่ไม่ซ้ำซากจำเจ เพื่อให้ได้สารอาหารชนิดต่าง ๆ เฉลี่ยแล้วพอเพียง
4. มีปริมาณสิ่งปรุงแต่งพอเหมาะ การใช้น้ำมัน น้ำตาลและเกลือ หรือน้ำปลาหรือซอสปรุงรส ต้องมีปริมาณไม่มาก

สรุปได้ว่า หลักการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน ในแต่ละวันควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยยึดหลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการที่ต้องมีความเพียงพอ สมดุล หลากหลาย และปริมาณพอเหมาะกับความต้องการ ซึ่งเด็กวัยเรียนในระดับประถมศึกษา ต้องการพลังงานประมาณวันละ 1,600 กิโลแคลอรี/ วัน ให้เด็กกินเหมือนผู้ใหญ่ทุกอย่างยกเว้นคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และอาหารรสจัด การกินพอดีโดยกินอาหารครบมาตรฐานจะทำให้เด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และสามารถป้องกันภาวะอ้วนในเด็กได้

แนวคิดของการออกกำลังกายในเด็กวัยเรียน

การเกิดภาวะอ้วนในเด็กเป็นผลมาจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ออกไป โดยพลังงานที่ได้รับ (จากอาหาร) มากกว่าพลังงานที่ใช้ออกไป (จากการออกแรง/ ออกกำลังกาย) ดังนั้น การป้องกันและควบคุมภาวะอ้วนต้องคำนึงถึงการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยธรรมชาติของวัยเด็กแล้วจะเป็นวัยที่ไม่ชอบอยู่นิ่ง ชอบเคลื่อนไหวร่างกาย มีความอยากรู้อยากเห็นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รอบตัว ในปัจจุบันการมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น โทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจากการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เหล่านี้ เด็กจะไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ทำให้การเจริญเติบโตของเด็กผิดปกติและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง

การออกกำลังกายมีความสำคัญกับการเจริญเติบโตและช่วยป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ซึ่ง กรมพลศึกษา (2538) ให้ความหมายหรือคำจำกัดความของการออกกำลังกายไว้ว่า การออกกำลังกาย เป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหว เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพดี โดยจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น การบริหาร เดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือการฝึกกีฬาที่ไม่ได้มุ่งการแข่งขัน ซึ่งการออกกำลังกายจะเป็นการเคลื่อนไหวที่ทำให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำงานมากกว่าภาวะปกติอย่างเป็นระบบระเบียบ มีรูปแบบที่แน่นอน และมีการเคลื่อนไหวร่างกายในรูปแบบซ้ำ ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศ วัย และสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล หากได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นประจำสม่ำเสมอ จะมีผลต่อสุขภาพทำให้ร่างกายแข็งแรง มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุขและมีคุณภาพ (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546; สุภัทรา อดันันทวรรณ, 2552)

ประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสามารถแบ่งกิจกรรมการออกกำลังกายตามประโยชน์ที่ทำให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การออกกำลังกายเพื่อความทนทานของหัวใจและปอด การออกกำลังกายความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายเพื่อความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548) รายละเอียด ดังนี้

1. การออกกำลังกายเพื่อความทนทานของหัวใจและปอด (Cardiopulmonary endurance) หรือความสมบูรณ์แข็งแรงของหัวใจและหลอดเลือด ที่มักเรียกกันว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการยืดหดตัว เป็นจังหวะซ้ำ ๆ กัน เช่น กล้ามเนื้อขา แขนลำตัว ทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ โดยทำติดต่อกันนานตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไป ให้มีความแข็งแรงหรือความเหนื่อยระดับปานกลางถึงหนักครั้งละ 20-60 นาที อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 วัน ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของการออกกำลังกาย สำหรับความแข็งแรงหรือความเหนื่อยระดับปานกลางนั้นสังเกตได้จากการหายใจที่แรงขึ้น แต่ยังพอพูดคุยกับคนข้างเคียงได้ หากพูดคุยไม่ได้แสดงว่าความแข็งแรงค่อนข้างหนักแต่ถ้ายังร้องเพลงได้สบาย แสดงว่าเบา และพบว่าถ้ามีการออกกำลังกายให้มีความเหนื่อยโดยอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดเป็นเวลานานกว่า 20 นาที จะเป็นผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งการควบคุมน้ำหนัก เพราะร่างกายจะใช้สารอาหารไขมันเป็นหลักในการเผาผลาญเพื่อให้ได้

พลังงาน และจะเห็นว่าชนิดกีฬาที่นิยมเล่นเพื่อสุขภาพในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ หรือเดินเร็ว ๆ การปั่นจักรยาน การเล่นฟุตบอล บาสเกตบอล ตระกร้อ เทนนิส ว่ายน้ำ

วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ก่อนจะออกกำลังกายแบบแอโรบิกควรเตรียมความพร้อมของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายปรับอุณหภูมิและปรับระบบการทำงานของร่างกายให้พร้อมที่จะทำงานหนัก โดยควรทำเป็นขั้นตอนเพื่อความปลอดภัยและลดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย ซึ่งมีขั้นตอนการออกกำลังกาย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย การฝึกฝน การผ่อนคลายความหนัก และการเหยียดกล้ามเนื้อ (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างช้า ๆ เพื่อให้ร่างกายเริ่มปรับตัวต่ออุณหภูมิในร่างกายที่เพิ่มขึ้น ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที จะด้วยท่ากายบริหาร การเดินหรือการเล่นทักษะการกีฬาอย่างง่าย ๆ จะช่วยให้การเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้นและช่วยป้องกันการบาดเจ็บ

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกฝน (Exercise) เป็นการฝึกฝนที่ใช้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ควรฝึกด้วยความเหมาะสมกับสภาพร่างกายเท่าที่จะทำได้ คือ ให้มีความเหนื่อยในระดับปานกลางถึงหนัก ในระยะเวลา 10 นาที ขึ้นไป ถึง 60 นาที แล้วแต่ความหนักหรือความแรงในการฝึก

ขั้นตอนที่ 3 การผ่อนคลายความหนัก (Cool down) หลังการฝึกฝนที่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นมา ก่อนจะหยุดพักควรพักผ่อนคลายความหนักลงช้า ๆ ด้วยระดับความหนักที่ค่อย ๆ ลดลงจนความเหนื่อยเกือบเข้าสู่ภาวะปกติซึ่งอาจใช้เวลาตั้งแต่ 5-10 นาที ตามสภาพร่างกาย ด้วยวิธีแบบเดียวกับขั้นตอนการอบอุ่นร่างกาย

ขั้นตอนที่ 4 การเหยียดกล้ามเนื้อ (Flexibility) เป็นการเหยียดกล้ามเนื้อเอ็นข้อต่อเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัวหลังการออกกำลังกาย เพราะขณะออกกำลังกายกล้ามเนื้อจะมีการเกร็งสลับกับคลายในระยะสั้น ๆ การเหยียดกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกายจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและไม่ทำให้ปวดเมื่อยในกล้ามเนื้อที่ถูกใช้งานด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในท่ากายบริหารประมาณ 5 นาที

2. การออกกำลังกายความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ (Muscular strength and endurance) เป็นวิธีการออกกำลังกายที่สามารถช่วยในการป้องกันและควบคุมภาวะไขมันในร่างกาย กล่าวคือ ผู้ที่ฝึกความแข็งแรงจะมีมวลกล้ามเนื้อมากขึ้น (Lean body mass) มวลกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น

ต้องการใช้พลังงาน จึงทำให้มีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ขณะออกกำลังกายผู้ที่มียากล้ามเนื้อมากกว่า ย่อมมีการเผาผลาญพลังงานมากกว่าผู้ที่มีมวลกล้ามเนื้อน้อย

การฝึกความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ แบบที่หนึ่งเป็นการฝึกโดยใช้น้ำหนักของร่างกายเป็นแรงต้าน แบบที่สองเป็นการฝึกโดยใช้น้ำหนักหรือแรงต้านจากภายนอก

2.1 การฝึกโดยใช้น้ำหนักของร่างกายเป็นน้ำหนักหรือแรงต้าน เช่น การดึงข้อ ดันพื้น ลูก-นั่ง รวมทั้งการฝึกกายบริหารเพื่อความแข็งแรงอื่น ๆ นั้น สามารถสร้างความทนทานของกล้ามเนื้อได้ค่อนข้างดี ถ้าทำซ้ำ ๆ กัน ความแข็งแรงนั้นเพิ่มได้เพียงระดับหนึ่งเนื่องจากแรงต้านหรือน้ำหนักของร่างกายนั้นน้อยไป แต่ก็สามารถเพิ่มแรงต้านหรือน้ำหนักได้โดยวิธีการลุกเข้าและจะหนักขึ้นไปอีก ถ้ายกขาข้างหนึ่งพ้นจากพื้น เป็นต้น การฝึกโดยใช้ส่วนของร่างกายเป็นแรงต้านค่อนข้างเหมาะสมกับเด็กและเยาวชนเพราะร่างกายยังไม่แข็งแรงมากนัก

2.2 การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยใช้น้ำหนักภายนอก เช่น การยกดัมเบล บาร์เบล ลูกทราย ฯลฯ หรือการใช้อุปกรณ์เป็นชุดหรือสถานี เด็กอายุเท่าไร ก็จะเริ่มฝึกยกน้ำหนักได้ เป็นคำถามที่ตอบได้ไม่ชัดเจนนักเพราะเด็กแต่ละคนมีอัตราการเจริญเติบโตที่แตกต่างกัน หากเด็กที่มีความเจริญเติบโตดี กล้ามเนื้อแข็งแรงก็สามารถเริ่มฝึกได้ตั้งแต่อายุ 9 ปี โดยทั่วไปแนะนำให้เริ่มฝึกเมื่ออายุประมาณ 10 ปี เพราะในเด็กอายุ 1-10 ปี จะมีการเติบโตของกระดูกซึ่งยังไม่แข็งแรงเต็มที่จึงไม่ควรให้ฝึกกิจกรรมที่ใช้ความอดทนหรือพลังกำลังหรือมีการกระแทกแรงเกินไป

3. การออกกำลังกายเพื่อความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ (Muscular flexibility)

เป็นการเหยียดกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เช่น กล้ามเนื้อหัวไหล่ ลำตัว ขา น่อง ข้อเท้า และอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความอ่อนตัว ทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว ช่วยลดบาดเจ็บที่เกิดกับกล้ามเนื้อ ข้อต่อได้ การเหยียดกล้ามเนื้อควรทำภายหลังที่ได้อบอุ่นร่างกายอย่างดีแล้วควรทำอย่างช้า นุ่มนวล ไม่เกร็ง ไม่กระแทก ใช้ท่าทางไม่โลดโผน ค่อย ๆ เหยียดออกจนตึง พักไว้ 10-30 วินาที เมื่อหายตึงจึงค่อย ๆ เหยียดมากขึ้นอีก แต่ต้องไม่มากจนเจ็บ ในระหว่างเหยียดให้หายใจสบาย ๆ การฝึกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้ร่างกายมีความอ่อนตัวเพิ่มขึ้น การฝึกรวดเร็ว รุนแรง ไม่ให้ผลดีและอาจบาดเจ็บ เพราะกล้ามเนื้อที่ถูกเหยียดฉับพลันทันที จนมากเกินไปจะตอบสนองโดยการหดตัวทำให้เกร็งไม่ยอมเหยียด ถ้าขึ้นเหยียดออกจะบาดเจ็บได้

ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในเด็กวัยเรียน

เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ดังนั้น การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายในเด็กจึงเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อให้เด็กมีความสุขสนุกสนาน ลักษณะของกิจกรรมจะไม่มีรูปแบบที่แน่นอน

เหมือนการฝึกในผู้ใหญ่ The National Association for Sport and Physical Education (2012) ได้ให้ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับเด็ก สรุปได้ดังนี้

1. ในแต่ละวันควรมีเวลาสำหรับการมีกิจกรรมเพื่อเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายเป็นเวลามากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป

2. กิจกรรมในแต่ละวันควรจะเริ่มจากระดับความหนักที่เบา และค่อย ๆ เพิ่มความหนักจนถึงระดับที่หนักปานกลาง

3. ควรมีอุปกรณ์สำหรับการเล่นกีฬาหลากหลายชนิด เพื่อให้เด็กมีกิจกรรมเพื่อเคลื่อนไหวร่างกายได้หลากหลาย และเป็นสิ่งล่อใจให้เด็กอยากออกมาเล่นในช่วงพักแทนที่จะนั่งคุยในห้องเรียน

เด็กในช่วงอายุ 6-12 ปี จะมีความสามารถในการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายในรูปแบบของกีฬาได้แทบทุกชนิด มีความสามารถที่จะเล่นกีฬาที่ต้องเล่นเป็นทีมได้ เข้าใจกฎและกติกาที่ไม่ซับซ้อนมากนัก รวมทั้งหน้าที่ของตัวเองในขณะที่เล่นกีฬาชนิดนั้น ๆ เด็กในวัยนี้ส่วนใหญ่จะสามารถเข้ากับเพื่อน ๆ ที่มีอายุใกล้เคียงกันได้ดี จะมีเพื่อนเล่นมาก มักจะชักชวนกันเล่นโดยไม่มีเตรียมร่างกายก่อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อที่หนักในทันที อาจเกิดการบาดเจ็บของเอ็น และกล้ามเนื้อ หรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เด็กในวัยนี้ส่วนใหญ่มักจะมีกิจกรรมการเล่นในสนามกลางแจ้ง สนามที่เล่นควรมีขนาดใหญ่พอควร พื้นสนามควรเรียบไม่ควรมีเนินดินหรือหลุมที่จะทำให้การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เอ็นและกระดูกได้ ควรเฝ้าระวังเรื่องการบาดเจ็บร่างกาย อาการเหนื่อยล้าและภาวะขาดน้ำ

การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) เพื่อเสริมสร้างกระดูกและให้ระบบกล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ซึ่งกิจกรรม ได้แก่ การ Sit up การวิดพื้น โหนบาร์เดี่ยว หรือการยกน้ำหนักที่ไม่หนัก ไม่แนะนำให้ฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในรูปแบบของการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ (Body building) ซึ่งรูปแบบการฝึกจะหนัก เกิดการบาดเจ็บต่อระบบกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูกและข้อได้ง่าย นอกจากนี้ การฝึกเพื่อให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้นจะได้ผลดีที่สุดก็ต่อเมื่อมีผลของฮอร์โมนเพศโดยเฉพาะ Testosterone ร่วมด้วย ดังนั้นการออกกำลังกายในรูปแบบการฝึกเพื่อเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อถือเป็นข้อห้ามในเด็ก

ข้อควรระวังในการออกกำลังกายในเด็ก

1. ภาวะมีไข้ ในเด็กที่มีอาการตัวร้อนถือเป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย เพราะกลไกระบายความร้อนออกจากร่างกายในเด็กจะยังไม่สมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของความร้อนในร่างกายจากผลของกิจกรรมการออกกำลังกาย อาจทำให้เกิดอันตรายต่อเด็กได้ ถึงแม้ว่าเด็กมีไข้เพียงเล็กน้อยก็ไม่ควรให้เด็กไปเล่นหรือเคลื่อนไหวออกแรงที่ต้องมีการทำงานของกล้ามเนื้อมากเกินไป

2. ภาวะร่างกายขาดน้ำ ภาวะขาดน้ำในร่างกายมีผลต่อปริมาตรของเลือดในระบบไหลเวียนเลือด ดังนั้น ในเด็กที่มีอาการถ่ายเหลวหรืออาเจียนมาก ๆ จะมีอาการอ่อนเพลียมาก และเด็กไม่ยอมที่จะวิ่งเล่น แต่เด็กที่มีอาการเพียงเล็กน้อยจะยังวิ่งเล่นได้เนื่องจากภาวะขาดน้ำ แต่เพียงเล็กน้อยนั้น ร่างกายมีกลไกชดเชยที่จะคอยปรับเพื่อให้การไหลเวียนเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แต่ภาวะขาดน้ำแม้เพียงเล็กน้อยก็จะมีผลต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกายของเด็ก จึงควรจำกัดกิจกรรมการเล่นของเด็กไม่ให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากเกินไป

3. การบาดเจ็บ เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กมีพื้นฐานมาจากการเล่นเพื่อความสนุกสนาน ดังนั้น รูปแบบของการเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กจะไม่กระทำตามลำดับขั้นตอนของการออกกำลังกาย (Stretching warm up-exercise-cool down) เหมือนในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ความแข็งแรงของระบบเอ็นกล้ามเนื้อกระดูกและข้อในเด็กแข็งแรงน้อยกว่าผู้ใหญ่ การบาดเจ็บต่อระบบดังกล่าวจึงสามารถเกิดขึ้นได้ง่ายในเด็ก เด็กช่วงอายุประมาณ 10-12 ปี จะเป็นช่วงอายุที่มีการเจริญเติบโตของกระดูกมากกว่าระบบเอ็นและกล้ามเนื้อ เด็กมักจะมีอาการปวดหรือรู้สึกตึง ๆ กล้ามเนื้อมักจะเป็นบริเวณรอบ ๆ ข้อเข่าหรือบริเวณกล้ามเนื้อ น่อง ส่วนใหญ่อาการปวดจะหายไปโดยการกดหรือนวดเบา ๆ ในบริเวณที่ปวด ในภาวะที่เอ็นและกล้ามเนื้อมีความตึงสูงจากการที่มีการเจริญของกระดูกมากกว่าจะทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย

4. สภาพอากาศของประเทศไทยเป็นเมืองร้อน มีแสงแดดมากควรมีแหล่งน้ำดื่มอย่างพอเพียงอยู่ใกล้บริเวณสนาม เพื่อให้เด็กได้ดื่มน้ำบ่อย ๆ ในขณะที่เล่น ยังไม่มีการแนะนำหรืองานวิจัยที่เด่นชัดเกี่ยวกับเครื่องดื่มน้ำเกลือแร่ในเด็ก ควรทาครีมหรือโลชั่นกันแดดให้เด็กเมื่อมีกิจกรรมที่ต้องอยู่กลางแจ้งเป็นเวลานาน

แนวทางการดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชน

แนวทางการดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 1997; กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) มีดังนี้

1. นโยบายโรงเรียน

การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ควรเป็นนโยบายที่เขียนไว้ในธรรมนูญโรงเรียน การมีครูพลศึกษาที่พอเพียง มีการจัดชั่วโมงพลศึกษา จัดเวลาให้เด็กมีการเคลื่อนไหว เช่น การเปลี่ยนห้องเรียน การจัดสถานที่และการจัดตั้งชมรมที่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว รวมทั้งการไม่ใช้การทำโทษเด็กโดยการวิ่งรอบสนามหรือวิธีอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการออกกำลังกาย รวมทั้งครูพลศึกษาควรมีความเชี่ยวชาญและกระตุ้นให้เด็กเกิดความรู้สึกอยากเรียน

สนุกสนานในช่วงเวลา รวมถึงการใช้ชีวิตในโรงเรียน เป็นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ นอกเหนือจากการให้เด็กสามารถเรียนรู้การเล่นกีฬาพื้นฐานในช่วงเวลา

2. การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เด็กเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสนุกสนาน การจัดสถานที่ควรคำนึงถึงความปลอดภัย สะดวก และกระตุ้นให้เด็กอยากเล่นทั้งก่อน และหลังการเข้าเรียน รวมทั้งในระหว่างพัก ควรจัดกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะในช่วงเปิดเทอม เท่านั้น ควรจัดในช่วงปิดเทอมหรือช่วงเทศกาลด้วย ซึ่งสามารถดำเนินการร่วมกับชุมชนและหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการใช้สถานที่ที่มีอยู่แล้วเพียงต้องการการบริหารจัดการ เพื่อสร้างกิจกรรมที่น่าสนใจให้แก่คนในชุมชนและมีการดูแลรักษาสถานที่ตามควร นอกจากความปลอดภัยและเข้าถึงโอกาสดังกล่าว

ผู้ใหญ่ควรเข้าใจและรู้วิธีการประเมินข้อจำกัดของเด็ก เช่น โรคประจำตัว รวมทั้งวิธีการดูแลแก้ไขในลักษณะของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างชัดเจน การสวมใส่เสื้อผ้าและอุปกรณ์กีฬาที่เหมาะสม ก็เป็นอีกหนทางหนึ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยของการเล่นกีฬาของเด็ก

ส่วนการดูแลเรื่องโภชนาการ ควรมีการแนะนำให้เด็กได้ดื่มน้ำอย่างพอเพียงทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการออกกำลังกายและเล่นกีฬา รวมทั้งการจัดสถานที่ที่สะดวกในการให้บริการ เรื่องน้ำดื่มการมีโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับครู และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนช่วยให้มีสุขภาพดี ควบคุมน้ำหนักและการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งนอกจากจะเป็นประโยชน์กับครูและเจ้าหน้าที่แล้วยังเป็นแบบอย่างที่ดีให้เด็กนักเรียนอีกด้วย

3. ช่วงเวลาพลศึกษา

การจัดช่วงเวลาพลศึกษาที่น่าสนใจและสนุกสนาน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ทัศนคติที่ดี สร้างความมั่นใจและนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต จนกระทั่งการออกกำลังกายคิดเป็นนิสัย และการประเมินความสัมฤทธิ์ผลในช่วงเวลาพลศึกษาควรเป็นการประเมินสมรรถภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาพมากกว่าที่จะเป็นแบบสมรรถภาพทั่วไป สิ่งที่สำคัญ คือ ผลการทดสอบสมรรถภาพไม่ควรมีผลต่อคะแนนการศึกษา นอกจากนี้ การใช้การเรียนรู้ Active learning ทั้งที่โรงเรียนและบ้านที่ทำให้เด็กเกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน จะกระตุ้นเด็กให้มีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย รวมทั้งการยอมรับจากเพื่อน ๆ คำชมเชยจากครูและผู้ปกครองจะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการทำกิจกรรม ที่ต่อเนื่องจนติดเป็นนิสัย

4. การให้ความรู้ด้านสุขภาพการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลที่รับรู้เข้าใจ ข้อมูล และบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทัศนคติที่ดีและนำไปปฏิบัตินั้นควรเป็นการร่วมงานกันของครูพลศึกษา ครูสุขศึกษาและครูประจำชั้น

ที่จะวางแผนการเรียนให้สอดคล้องกัน โดยใช้ Active learning strategies เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในโรงเรียนและที่บ้าน นอกจากนี้ การที่เด็กรู้จักประเมินตนเอง รวมทั้งการฝึกการตั้งเป้าหมาย การทราบบัญหาข้อขัดข้องและแนวทางแก้ไข การตอกย้ำและการรณรงค์สิ่งเหล่านี้ต้องการการเชื่อมโยงกับชุมชนเพื่อให้เด็กเกิดประสบการณ์ตรง

5. การจัดกิจกรรมนอกหลักสูตร

กิจกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขนิสัยการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่จำเป็นที่จะจัดในช่วงเวลาพักพิศศึกษาเท่านั้น กิจกรรมนอกเหนือจากช่วงพักพิศศึกษาสามารถทำได้ในช่วงก่อนระหว่างและหลังเลิกเรียน โดยเป็นกิจกรรมที่หลากหลาย จะช่วยให้เด็กมีทางเลือกที่ตนเองชอบ นอกจากนี้การเชื่อมโยงกับชุมชน จะช่วยให้มีสถานที่พอเพียงและสะดวก ซึ่งมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากชุมชน จะเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ดี

6. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองมีบทบาทอย่างมากในการสร้างเสริมนิสัยรักการออกกำลังกาย (Psychosocial environment) ในเด็ก ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการจัดตั้งโครงการกับทางโรงเรียน สนับสนุนกิจกรรมโรงเรียน และการเข้าไปมีบทบาทในสมาคมผู้ปกครอง เป็นต้น ผู้ปกครองที่มีความสามารถทางด้านกีฬาและนันทนาการ สามารถมีส่วนร่วมในการชี้แนะเด็กที่สนใจในกีฬาหรือกิจกรรมนั้น ๆ ในโรงเรียน และยังเป็นต้นแบบให้แก่เด็กและเพื่อน ๆ กิจกรรมดังกล่าวควรมุ่งเน้นการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากกว่าการแข่งขันที่มีแพ้และชนะ หากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทุกคนจะได้ประโยชน์มีแต่ชนะอย่างเดียว

7. การมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญ

การดำเนินการด้านสร้างเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญที่รู้ประเด็นปัญหาการวางแผนงาน การสร้างกิจกรรม การดำเนินการ การประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดครูที่ไม่ใช่ครูพลศึกษาการสอนพลศึกษานั้นจะไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากขาดความเข้าใจในเนื้อหาวิชาและการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างสนุกสนานและคิดเป็นนิสัย การแนะนำและสร้างแรงจูงใจให้เด็กต้องเฉพาะเป็นรายบุคคล (Tailored made) เพราะเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกัน และครูควรจัดแนวการสอนที่มีประสิทธิภาพ (Active learning strategies) ให้ผู้ปกครองและชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเกื้อกูลให้เกิดการดำเนินการที่ทำให้เด็กได้เรียนรู้และปฏิบัติอย่างสนุกสนาน

8. การบริการด้านสุขภาพ

แพทย์/ พยาบาล/ ผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงเรียนรวมทั้งผู้ปกครอง ควรมีส่วนในการให้บริการด้านสุขภาพ เด็กที่เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นโรคไม่ติดต่อหรือมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค รวมทั้ง

ผู้พิการ ควรจัดให้มีบริการและชี้แนะแนวทางให้ปฏิบัติ สำหรับเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาโรคอ้วน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ควรแนะนำโครงการที่ดูแลทั้งด้าน โภชนาการและการออกกำลังกายควบคู่กันไป

9. การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ส่งเสริมนันทนาการและกีฬา

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดโครงการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เด็กและเยาวชนสามารถเข้าร่วมได้ในชุมชน รวมทั้งการให้เข้าถึงโครงการดังกล่าว โดยไม่มีการแบ่งชั้นวรรณะ

10. การประเมินผล จำเป็นต้องมีการประเมินผลเป็นระยะไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการนำเสนออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องของความสัมพันธ์ผลของ โครงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงคุณภาพของการดำเนินการ และหาแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า การออกกำลังกายมีความสำคัญกับการเจริญเติบโต และความแข็งแรงของร่างกายในเด็กวัยเรียน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งยังช่วยป้องกันภาวะอ้วนเนื่องร่างกายจะใช้สารอาหารไขมันเป็นหลักในการเผาผลาญ เพื่อให้ได้พลังงานขณะที่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายสามารถแบ่งกิจกรรมการออกกำลังกายตามประโยชน์ที่ทำให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายได้เป็น 3 ประเภท คือ การออกกำลังกายเพื่อความทนทานของหัวใจและปอด การออกกำลังกายความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายเพื่อความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ เด็กวัยเรียนในช่วงอายุ 6-12 ปี จะมีความสามารถในการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายในรูปแบบของกีฬาได้แทบทุกชนิด แต่เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ดังนั้น การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายในเด็กควรเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อให้เด็กมีความสุขสนุกสนานให้เกิดการเรียนรู้ มีทัศนคติที่ดี สร้างความมั่นใจและนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตจนกระทั่งการออกกำลังกายติดเป็นนิสัย นอกจากนี้ ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะส่งเสริมนันทนาการและกีฬา โดยเด็กและเยาวชนสามารถเข้าร่วมและเข้าถึงกิจกรรมหรือสถานที่ในการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้เจริญเติบโตแข็งแรงต่อไป

นโยบายและมาตรการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของประเทศไทย

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่หลักในการให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาลเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และกำหนดให้คสช. จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง เพื่อให้ทุกภาคส่วน ได้แก่ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรประชาสังคม องค์กรเอกชน นักวิชาการและวิชาชีพ รวมทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ได้เข้ามาร่วมกันทำงานเชิงนโยบายที่เรียกว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติครั้งที่ 2 เมื่อ พ.ศ. 2552 มติ 8 ได้รับรองยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน และนำเสนอยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมี รายละเอียด ดังนี้

ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. 2553-2562 ตามมติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2 มติ 8

1. วัตถุประสงค์

1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและสนับสนุนสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบและกลไกในการจัดการ กับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.1 สนับสนุนให้เกิดการจัดการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชน มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

1.2.2 สนับสนุนให้เกิดการจัดการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชน มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

1.2.3 จำกัดและลดขนาดและความรุนแรงของผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน

2. เป้าหมาย

2.1 เป้าหมายเชิงกลไก

มีกระบวนการและกลไกการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมี ส่วนร่วม โปร่งใส ตั้งอยู่บนฐานความรู้ และเป็นไปเพื่อผลประโยชน์สาธารณะ

2.2 เป้าหมายระยะสั้น

มีแผนงาน มาตรการ และมีการพัฒนากฎหมาย ระเบียบ รวมถึงมีมาตรการทางสังคม ทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น ในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภายใน ปี พ.ศ. 2554

2.3 เป้าหมายระยะกลาง

2.3.1 ทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพออย่างน้อย 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายใน ปี พ.ศ. 2557

2.3.2 ประชากรไทยมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยได้รับพลังงานจากอาหารอย่างเหมาะสมตามวัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 การบริโภคผักผลไม้เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 และการบริโภคอาหารไขมัน หรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง ลดลงร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2557

2.3.3 ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปี พ.ศ. 2557

2.4 เป้าหมายระยะยาว

2.4.1 ประชากรไทยกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนน้อยกว่าร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ. 2562

2.4.2 ประชากรไทยกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนน้อยกว่าร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2562

ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

กลุ่มที่ 2 ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

กลุ่มที่ 3 ยุทธศาสตร์พัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ

กลุ่มที่ 4 ยุทธศาสตร์พัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

นโยบายและแผนการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแผนงานนี้ คือ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการมุ่งเน้นที่บริบทโรงเรียน โดยร่วมมือกับโรงเรียนในการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง กลุ่มเป้าหมาย คือ โรงเรียนประถมศึกษา เริ่มใน พ.ศ. 2543 จำนวน 75 แห่งในปี พ.ศ. 2546 ขยายการดำเนินงานครอบคลุมโรงเรียนประถมศึกษา 545 แห่ง และโรงเรียนมัธยมศึกษา 330 แห่ง สำนักโภชนาการได้จัดทำชุดความรู้เป็นเครื่องมือสำหรับโรงเรียนในการดำเนินการเน้นการประเมินภาวะโภชนาการปีละ 2 ครั้ง สร้างความตระหนักกับผู้ปกครอง ให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่นักเรียน และจัดค่าย 1-2 สัปดาห์ให้ความรู้แก่เด็กอ้วน และในปี พ.ศ. 2551 มีโรงเรียน/ ศูนย์เด็กเล็กปลอดน้ำตาล ส่งเสริมการผลิต/ จำหน่ายอาหารที่ลดปริมาณน้ำตาล ไขมัน โซเดียมลงร้อยละ 25 และการควบคุมโฆษณาขนมเด็ก (อูมาพร สุกี้สนั้วรุฉิม และถัสดา เหมาะสุวรรณ, 2554) และในปี พ.ศ. 2554 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงาน

เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และสถานศึกษาในสังกัดจนสามารถมีโรงเรียนต้นแบบไร้พุง และแหล่งเรียนรู้ระดับพื้นที่ได้ 21 แห่ง โดยมีความก้าวหน้าของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2554 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การบูรณาการในหลักสูตรการเรียนการสอนและนวัตกรรมด้านการควบคุม ป้องกันภาวะอ้วน (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556) รายละเอียด ดังนี้

1. ด้านโภชนาการ

1.1 ปรับเปลี่ยนการจัดเมนูอาหารกลางวันให้มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มขึ้น เน้นผัก ผลไม้ และลดจำหน่ายอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม งดการใช้ผงชูรส ส่วนอาหารว่างเน้นขนมไทย ที่มีรสหวานมันน้อย และผลไม้แทนขนมประเภทอื่น

1.2 งดจำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียน และปรับลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มไม่เกิน ร้อยละ 5

1.3 ส่งเสริมให้นักเรียนบริโภคผักผลไม้ จำหน่ายผลไม้ตามฤดูกาล รวมทั้งให้ความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้หน้าเสาธง

1.4 พัฒนาศักยภาพด้านโภชนาการและการจัดอาหารให้กับครู หัวหน้างาน ร้านอาหาร แม่ครัวและครูผู้สอนวิชาสุขศึกษา

1.5 จัดทำโครงการอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ ให้นักเรียนได้บริโภคอาหารเช้าทุกคน

2. การออกกำลังกาย

ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันหน้าเสาธง เช่น แอโรบิก ฮูลาฮูป ลีลาศโดยใช้ยางยืด ว่ายน้ำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ในช่วงเย็นหรือวันหยุด แอโรบิก แบบตาราง 9 ช่อง และออกกำลังกายหลังเลิกเรียนวันละ 30 นาที ตลอดปีการศึกษา 2554

3. การบูรณาการในหลักสูตรการเรียนการสอน

จัดทำแผนการเรียนรู้บูรณาการด้านอาหาร โภชนาการ และการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้อง กับกิจกรรมของโครงการ โรงเรียนต้นแบบไร้พุง กับสาระการเรียนรู้ รายวิชาสุขศึกษา พลศึกษา วิทยาศาสตร์ ภาษาไทย การงานพื้นฐานอาชีพ และเทคโนโลยีชุมชน กิจกรรมชุมนุมกีฬา รวมทั้ง การจัดทำป้ายนิเทศ

4. นวัตกรรมด้านการควบคุมป้องกันภาวะอ้วน

จัดทำสื่อการสอน รูปแบบการออกกำลังกายที่ผสมผสานกับอุปกรณ์ หนังสือเล่มเล็ก อ่านประกอบนอกเวลาเรียน และการแสดงละครหุ่นที่ผนวกการให้ความรู้ด้านโภชนาการ รวมทั้ง การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน

นอกจากนี้ สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยและกรมอนามัย ได้ร่วมกันดำเนินงาน โครงการพัฒนาระบบและกลไก เพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัยภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยพัฒนาศักยภาพคนในท้องถิ่นและชุมชน ใน 9 จังหวัดนำร่องให้มีความสามารถบริหารจัดการนำทรัพยากรของตนเองมาพัฒนาพฤติกรรม โภชนาการที่พึงประสงค์ในเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน ซึ่งดำเนินการในปี พ.ศ. 2553-2555 ผลการดำเนินงานสรุปได้ ดังนี้ (สง่า คามาพงษ์, 2555, หน้า 55)

1. จุดประกายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ตระหนัก และมีความสามารถบริหารจัดการพัฒนาเด็กด้านโภชนาการ ค้นหาปัญหาด้วยตนเองและคืนข้อมูลสู่ชุมชน รวมทั้งนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาเป็นเครื่องมือในการวางแผนงานชุมชนและงานด้าน โภชนาการเข้าในแผนพัฒนาท้องถิ่นพร้อมมีโครงการและงบประมาณรองรับอย่างเป็นรูปธรรม

2. เกิดนวัตกรรมด้านโภชนาการที่ใช้เป็นกลไกและเครื่องมือในการขับเคลื่อนงาน โภชนาการในระดับชุมชนและท้องถิ่น เช่น โปรแกรมสำเร็จรูปอาหารกลางวัน โปรแกรมสำเร็จรูป การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก สื่อการให้โภชนศึกษาและการบริหารจัดการงานโภชนาการ ในชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและ โรงเรียน โดยเฉพาะชุดเรียนรู้กลางใน โรงเรียนที่เป็นกลไกนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ

3. ท้องถิ่นและชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพในการกำหนดมาตรการทางสังคม เพื่อควบคุมการบริโภคน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบของเด็กในชุมชน ตลอดจนควบคุมคุณภาพอาหาร กลางวันและอาหารว่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและ โรงเรียนให้ได้มาตรฐาน อีกทั้งยังสร้างกระบวนการ ให้ชุมชนและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการผลิตสื่อโภชนาการ แล้วนำไปสอนบุตรหลานของตนเอง และที่สำคัญคือ อสม. และสื่อท้องถิ่น ได้เข้ามามีบทบาทต่อการสื่อสารด้านอาหารและโภชนาการ ในชุมชน

4. การลงทุนสร้างเด็กด้านโภชนาการ โดยท้องถิ่นและชุมชนเริ่มเกิดขึ้นอย่างเป็น รูปธรรม ที่เห็นชัดเจน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้หันมาใส่ใจพัฒนาคุณภาพอาหารกลางวัน ในศูนย์เด็กและ โรงเรียน โดยจัดสรรงบประมาณของท้องถิ่นมาเพิ่มค่าอาหารกลางวัน

องค์กรเอกชนและภาคีเครือข่ายที่ทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านภาวะโภชนาการ เภินในเด็ก

นอกจากหน่วยงานราชการแล้วยังมีองค์กรเอกชนที่สนับสนุนการดำเนินการ เพื่อแก้ปัญหา โรคอ้วนในเด็ก และพัฒนานโยบายเพื่อป้องกันปัญหานี้ (อุมาพร สุทัศนวิบูลย์ และถัสดา เหมาะสุวรรณ, 2554) ได้แก่

1. เครื่องช่วยในชุดโครงการภาวะโภชนาการเกินในเด็กของเครื่องช่วยวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์จัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการสร้าง รวบรวม วิเคราะห์ ตั้งเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนมาตรการ และนโยบายการป้องกันและควบคุมภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ในช่วงปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา ได้ทำงานร่วมกับองค์กรวิชาชีพ สถาบันการศึกษาและองค์กรท้องถิ่น ดำเนินการพัฒนา 2 ด้านหลัก คือ มาตรการในโรงเรียนและมาตรการลดากชนม

2. โครงการภาคีเครื่องช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงภาวะโภชนาการเกินในเด็ก แผนงานพัฒนาศักยภาพเครื่องช่วยเพื่อการขับเคลื่อนงานอาหารและโภชนาการเชิงรุก สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 4 เครื่องช่วยย่อย ได้แก่

2.1 เครื่องช่วย Day care

2.2 เครื่องช่วยโรงเรียน

2.3 เครื่องช่วยสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล PCU)

2.4 เครื่องช่วยผู้ประกอบการผลิตอาหารและเครื่องดื่มในระดับอุตสาหกรรม

ผลงานที่สำคัญ คือ แนวคิดการบูรณาการเพื่อดูแลภาวะโภชนาการของเด็กในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลเด็ก คือเพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน ผลิตภัณฑ์ต้นแบบขนมสุขภาพที่ได้ถ่ายทอดให้ผู้ประกอบการนำไปผลิตจำหน่ายในปีการศึกษา 2550

3. เครื่องช่วยเด็กไทยไม่กินหวาน สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้รณรงค์ลดการบริโภคน้ำตาลและผลิตภัณฑ์ที่มีการปรับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 156 ห้ามการเติมน้ำตาล น้ำผึ้ง และสารให้ความหวานอื่นในนมตัดแปลงสำหรับทารกและเด็กเล็ก ซึ่งมีผลบังคับใช้และนมทั้ง 2 สูตรได้ปรับเปลี่ยนแล้วตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2549

นอกจากนั้นเครื่องช่วยนักวิชาการด้านอาหารและโภชนาการสำหรับเด็ก จาก 4 ภาคส่วน คือ โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เครื่องช่วยเด็กไทยไม่กินหวาน และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มีเสนอแนะนโยบายด้านอาหารและโภชนาการสำหรับเด็ก โดยเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 4 ประเด็น คือ

1. ผลักดันให้เกิดกฎหมายควบคุมตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (นมผง) ในชื่อ “พ.ร.บ. ควบคุมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก”

2. ผลักดันให้ออกกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารในสถาบันการศึกษา เพื่อจำกัดการจำหน่ายขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลในโรงเรียน

3. ผลักดันให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชใหม่ ตาม พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. 2551 เพื่อกลั่นกรองวัตถุเคมีที่จะใช้ทำอาหารให้เด็กนักเรียน มีความปลอดภัยมากขึ้น

4. แก้ไขเนื้อหาใน พ.ร.บ. กองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวัน ใน โรงเรียนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 โดยจะต้องปรับปรุงโครงสร้างการบริหารจัดการกองทุน และแก้ไขกฎระเบียบการนำ เงินกองทุนฯ มาสนับสนุนให้เด็กไทยทุกคน ได้รับอาหารกลางวัน ที่เพียงพอและมีคุณภาพ และทบทุนนมดี กรม. วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 เพื่อเพิ่มงบค่าอาหารกลางวันจากเดิมคนละ 13 บาทต่อวัน เป็น 15 บาทต่อวัน

ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมและแก้ไขภาวะอ้วนและการเจริญเติบโตของเด็ก คือ

1. งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนมีไม่เพียงพอที่จะดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่ เป้าหมาย

2. การรายงานข้อมูลยังขาดประสิทธิภาพและการจัดการอย่างเป็นระบบ

3. บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะในพื้นที่ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการเฝ้าระวัง การเจริญเติบโต และการให้คำปรึกษาโภชนาการเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตดี

4. ขาดการดำเนินงานส่งเสริมการเจริญเติบโต มุ่งเน้นแต่การแก้ไขปัญหาเด็กอ้วน

แนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาเด็กและเยาวชน

กรมอนามัย มีข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขปัญหาด้านการควบคุมป้องกันและ แก้ไขภาวะอ้วนและการเจริญเติบโตของเด็ก คือ

1. ควรมีการผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ด้านการควบคุมป้องกันและแก้ไข ภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน และการส่งเสริมให้เด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรปรับปรุงระบบการรายงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยบูรณาการ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน

3. เร่งรัดการพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังให้เสร็จสมบูรณ์โดยเร็ว และพัฒนาศักยภาพ ด้านโภชนาการให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมา ปัญหาภาวะอ้วนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกำลังเร่งดำเนินการแก้ไข โดยมียุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. 2553-2562 ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2 มติ 8 เป็นนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ดำเนินการจัดการปัญหาภาวะอ้วน ของประเทศ ใน 4 ประเด็น คือ การส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคที่เหมาะสม การส่งเสริมการมี กิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบการจั้ดบริการดูแลรักษา

และความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแผนการควบคุมภาวะโภชนาการเกินในเด็กที่ดำเนินการมุ่งเน้นที่บริบทโรงเรียนในการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง จัดทำชุดความรู้เป็นเครื่องมือสำหรับโรงเรียน มีการประเมินภาวะโภชนาการปีละ 2 ครั้ง และมีโรงเรียน/ ศูนย์เด็กเล็กปลอดน้ำอัดลม ส่งเสริมการผลิต/ จำหน่ายอาหารที่ลดปริมาณน้ำตาล ไขมัน โซเดียม และการควบคุมโฆษณาสำหรับเด็ก อีกทั้งยังมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและสถานศึกษาในสังกัดให้เกิดโรงเรียนต้นแบบ ไร้พุง และแหล่งเรียนรู้ระดับพื้นที่โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การบูรณาการในหลักสูตรการเรียนการสอนและนวัตกรรมด้านการควบคุมป้องกันภาวะอ้วน รวมทั้งยังมีองค์กรเอกชนร่วมสนับสนุนการดำเนินการ พัฒนานโยบายเพื่อป้องกันปัญหาภาวะอ้วน และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำร่องพัฒนาศักยภาพคนในท้องถิ่นและชุมชนให้มีความสามารถบริหารจัดการนำทรัพยากรของตนเอง มาพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ในเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ตระหนักและมีความสามารถบริหารจัดการพัฒนาเด็กด้านโภชนาการพร้อมมีโครงการและงบประมาณรองรับอย่างเป็นรูปธรรม เห็นได้ว่า การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนที่ผ่านมาได้ใช้มาตรการทางกฎหมาย โดยออกกฎกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการป้องกัน เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทางอาหาร งดการใส่น้ำตาลในนมเด็ก และการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในโรงเรียน เน้นการควบคุมอาหารที่มีน้ำตาลและเพิ่มการออกกำลังกาย แม้จะเริ่มให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม แต่ยังไม่พบการดำเนินการเชิงระบบระดับ พื้นที่ ครอบคลุมและชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม และยังไม่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดภาวะอ้วน ทำให้ยังไม่สามารถลดภาวะอ้วนได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ

คำว่า “รูปแบบ” มาจากคำในภาษาอังกฤษ คือ “Model” ซึ่งคำศัพท์ดังกล่าวมีภาษาไทยที่เรียกแตกต่างกัน เช่น แบบจำลอง ตัวแบบ หุ่นจำลอง รูปหุ่น แบบตุ๊กตา โมเดล เป็นต้น นักวิชาการได้ให้ความหมายคำว่า “รูปแบบ” ไว้หลายลักษณะ ดังนี้

Good (1973) ให้ความหมายของรูปแบบ 4 ความหมาย คือ

1. เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ
2. เป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศ

เพื่อให้ผู้เรียน ได้เลียนแบบ เป็นต้น

3. เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหลัก หรือแนวคิด
4. เป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมกันเป็นตัวประกอบ และเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม

Stoner and Wankel (1998) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง การแสดง โครงสร้างเพื่อ ใช้ศึกษา ความสัมพันธ์ของตัวแปร

ทิสนา เขมมณี (2551) ให้ความหมายว่า รูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรม หรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจ ได้ชัดเจนขึ้นรูปแบบเป็นเครื่องมือ ทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

รัตนะ บัวสนธ์ (2552) กล่าวว่า ความหมายของรูปแบบจำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้

1. แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริง รูปแบบ ในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์ โมเดลเสื้อ เป็นต้น

2. แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จัก กันในชื่อ ที่เรียกว่า “Mathematical model”

3. แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมายนี้ บางทีเรียกกันว่า ภาพย่อ ส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการ ดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

ประเภทของรูปแบบ

Smith (1980) จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical model) จำแนกออกเป็น
 - 1.1 รูปแบบคล้ายจริง (Iconic model) มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นไล่กา หุ่นตามร้านตัดเสื้อผ้า
 - 1.2 รูปแบบเสมือนจริง (Analog model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลอง เครื่องบินจำลองที่บินได้หรือ เครื่องฝึกหัดบิน เป็นต้น รูปแบบชนิดนี้มีความใกล้เคียงความจริงมากกว่าแบบแรก

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic model) จำแนกออกเป็น

2.1 รูปแบบข้อความ (Verbal model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative model) เป็นการใช้ข้อความปกติธรรมดาในการอธิบาย โดยย่อ เช่น คำพรรณนาลักษณะงานคำอธิบายรายวิชา เป็นต้น

Bertalanffy (1968) ผู้สร้างทฤษฎีระบบกล่าวว่า การมีรูปแบบข้อความนั้น แม้บางครั้งจะเข้าใจยาก แต่ยังคงดีกว่าไม่มีรูปแบบเสียเลย เพราะอย่างน้อยก็เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบประเภทอื่นต่อไป

2.2 รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative model) เช่น สมการ และ โปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

Keeves (1988) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue model)

ลักษณะเป็นรูปแบบเชิงกายภาพ ส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ เช่น รูปแบบโครงสร้างอะตอม สร้างขึ้นโดยใช้หลักการเปรียบเทียบ โครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายกันทางกายภาพรวม ทั้งสอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ที่มีอยู่ในลักษณะนั้น ด้วยรูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมีองค์ประกอบชัดเจน สามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง เช่น รูปแบบจำนวนนักเรียนในโรงเรียนที่สร้างรูปแบบขึ้น โดยเปรียบเทียบกับลักษณะถ่วงน้ำที่ประกอบด้วยท่อน้ำเข้า และท่อน้ำออก ปริมาณที่ไหลเข้าถึงเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เข้าโรงเรียน อัตราการย้ายเข้า อัตราการรับเด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนปริมาณน้ำที่ไหลออกเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่ออกจากโรงเรียนเนื่องจากพ้นเกณฑ์การศึกษา ย้ายออกและจบการศึกษา สำหรับปริมาณน้ำที่เหลือในถังเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เหลืออยู่ในโรงเรียน เป็นต้น จุดมุ่งหมายของรูปแบบนี้ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงจำนวนนักเรียนในโรงเรียน

2) รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic model)

ลักษณะสำคัญของรูปแบบนี้ คือ เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยาย หรืออธิบาย ปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็น โครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น และใช้ข้อความในการอธิบาย เพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้ คือ ขาดความชัดเจนทำ ให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ อย่างไรก็ตาม สามารถนำรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษาได้ดี เช่น รูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียน เป็นต้น

3) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษา รูปแบบลักษณะนี้ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงข้อความ

4) รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็นรูปแบบที่เริ่มจากการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้คือต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

4.1) รูปแบบระบบเส้นเดี่ยว (Recursive model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียว โดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

4.2) รูปแบบระบบเส้นคู่ (Non-recursive model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปรหนึ่ง อาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงสาเหตุและเชิงผลพร้อมกัน จึงมีทิศทางความสัมพันธ์ย้อนกลับได้

การพัฒนาและการประเมินรูปแบบ

Keeves (1988) ได้กล่าวถึงหลักการกว้าง ๆ ในการสร้างรูปแบบไว้ ดังนี้

1. รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปรมากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา ซึ่งความเชื่อมโยงแบบเส้นตรงธรรมดาทั่วไปนั้น มีประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ

2. รูปแบบควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ สามารถตรวจสอบได้ด้วยการสังเกตและการหาข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์

3. รูปแบบควรระบุหรือชี้ให้เห็นเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้น รูปแบบจะเป็นทั้งเครื่องมือในการพยากรณ์และสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้

4. รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่ และสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่ศึกษาด้วย

การพัฒนารูปแบบอาจมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่ทั่วไปแล้ว อาจแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ คือ 1) การสร้างรูปแบบ (Construct) และ 2) การหาความตรง (Validity) ของรูปแบบ ซึ่งรายละเอียดในการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนขึ้นอยู่กับลักษณะและกรอบแนวคิด

พื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้น ๆ หากเป็นการพัฒนารูปแบบที่เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์อาจมีขั้นตอนในการดำเนินการ 2 ขั้นตอนหลัก คือ การพัฒนารูปแบบและทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ การสร้างรูปแบบที่ดีเพื่อการศึกษาเรื่องใดโดยเฉพาะจะต้องระบุให้เห็นเด่นชัดว่า มีตัวแปรหรือองค์ประกอบที่สำคัญอย่างไรบ้าง แสดงให้เห็นความสัมพันธ์มีผลต่อกันของตัวแปร ความสัมพันธ์เหล่านั้นตอบวัตถุประสงค์ของการสร้างรูปแบบหรือไม่อย่างไร รวมทั้งยังต้องคำนึงถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นที่ช่วยสนับสนุนการพิสูจน์รูปแบบ ข้อมูลจะต้องเชื่อถือได้ พิสูจน์ได้ มีเหตุผลเพียงพอ ข้อเท็จจริงตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบต้องเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

Strickland (2006) ได้เสนอขั้นตอนการออกแบบพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปทดลองใช้ (Implement) และการประเมินผล (Evaluation) ที่เรียกว่า “ADDIE Model” รายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการออกแบบการสอน ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา (Problem analysis) วิเคราะห์งาน (Task analysis) วิเคราะห์ผู้เรียน (Learner analysis) และการวิเคราะห์ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง (Resource analysis)

2. ขั้นตอนการออกแบบ (Design) เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งวัตถุประสงค์ การกำหนดเนื้อหาความรู้ การจัดกิจกรรม สื่อ และการวัดผล

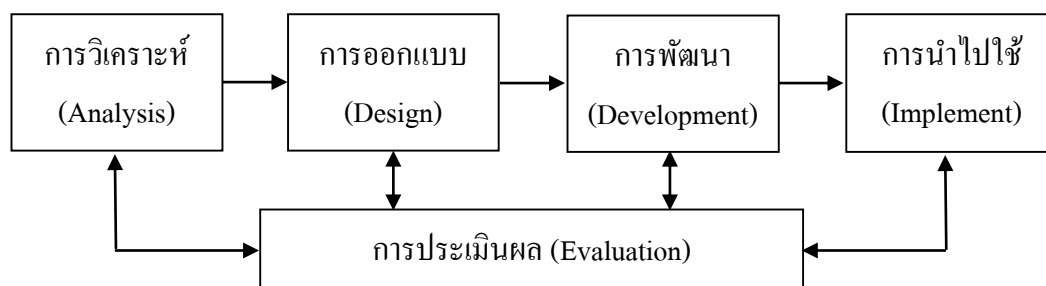
3. ขั้นพัฒนา (Development) เป็นการสร้างแผนการพัฒนาและสื่อ รวมทั้งการตรวจสอบและทดสอบขั้นต้นของแผนการพัฒนาและสื่อที่สร้างขึ้น

4. ขั้นการนำไปทดลองใช้ (Implementation) เมื่อกระบวนการออกแบบและพัฒนา รูปแบบได้ดำเนินการไปถึงขั้นที่ได้ผลผลิตสำหรับนำไปทดลองใช้ ซึ่งการนำไปทดลองใช้ต้องทำควบคู่กันไปกับขั้นตอนการประเมินผล พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพ

5. ขั้นการประเมินผล (Evaluation) เป็นการวัดว่าการออกแบบและพัฒนานั้น มีความสมบูรณ์แล้วหรือยัง การประเมินผลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

5.1 การประเมินผลเพื่อปรับปรุง (Formative evaluation) เป็นกระบวนการที่จัดทำขึ้นเพื่อการปรับปรุงกระบวนการมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศ การประเมินผล เพื่อการปรับปรุงนั้นจะต้องดำเนินการไปในแบบสร้างสรรค์ การประเมินผลเพื่อการปรับปรุง มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ การประเมินรายบุคคล การประเมินผลกลุ่มเล็ก และการประเมินภาคสนาม

5.2 การประเมินผลลัพธ์และผลสัมฤทธิ์ (Summative evaluation) การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ การรวบรวมข้อมูล และการตีความหมาย เพื่อประเมินความมีคุณค่าของรูปแบบ ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบของ “ADDIE Model” แสดงดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 รูปการออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Strickland, 2006)

นอกจากหลักการพัฒนาหรือสร้างรูปแบบดังที่กล่าวมาข้างต้น การทดสอบหรือประเมินรูปแบบก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการที่จะให้ได้มาซึ่งรูปแบบ ในการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพรูปแบบต้องมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เทียบตรง เชื่อถือได้ โดยปกติแล้วการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มักทำการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีทางสถิติหรือวิธีการเชิงปริมาณ ซึ่งควรต้องคำนึงความถูกต้องและความเชื่อมั่นของข้อมูลตัวเลขเหล่านั้น เพราะอาจทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี การทดสอบหรือประเมินรูปแบบอาจทำได้หลายลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง
2. การประเมินการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ
3. การประเมินความเหมาะสมทั้งในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา
4. การประเมินความน่าเชื่อถือและได้สารครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

ส่วน Eisner (1976) ได้เสนอแนวความคิดการประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งต่างจากการดำเนินการทางวิทยาศาสตร์หรือเชิงปริมาณ โดยเฉพาะในบางเรื่องที่ต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าตัวเลขที่นำมาพิจารณา ดังนี้

1. การประเมินด้วยแนวทางนี้จะเน้นการวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งซึ่งเฉพาะในประเด็นที่ถูกนำมาพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่จะผสมผสานปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาตามวิจารณ์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2. รูปแบบการประเมินที่เป็นความเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมินที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งและต้องอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย นิยมนำรูปแบบมาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสูง

3. รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือผู้ทรงคุณวุฒิว่าเที่ยงธรรมและมีคุณพินิจที่ดี มาตรฐานและเกณฑ์มาจากประสบการณ์ของผู้ทรงคุณวุฒินั้น ๆ

4. รูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ ตามวิธีการและความถนัดของแต่ละคน

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบต้องทำความเข้าใจแนวคิดที่เกี่ยวข้ององค์ประกอบของรูปแบบ ลักษณะที่ดีของรูปแบบ หลักในการสร้างและพัฒนา ตลอดจนการทดสอบหรือประเมินคุณภาพของรูปแบบในการพัฒนารูปแบบนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนออกแบบและพัฒนารูปแบบตามแนวคิดของ Strickland (2006) มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปทดลองใช้ (Implement) และการประเมินผล (Evaluation) ที่เรียกว่า “ADDIE model”

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

สุญาณี พงษ์ธนาภิกร (2547) ศึกษาผลของการให้รูปแบบการดูแลน้ำหนักตัวแก่นักเรียนต่อความรู้ในเรื่องการกินและการออกกำลังกาย และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการควบน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 275 คน และจำนวน 243 คน เป็นกลุ่มควบคุม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของเบนคูรา ในการออกแบบการเรียนการสอนในกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม 10 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 50-60 นาที ต่อสัปดาห์ แต่ละกิจกรรมจะสนับสนุนเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม เพื่อการดูแลน้ำหนักตัว ผลการศึกษา พบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองสามารถทำคะแนนในแบบทดสอบได้ดีขึ้นทั้งสี่ส่วน ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และการปฏิบัติพฤติกรรมอันเกี่ยวเนื่องกับการดูแลน้ำหนักตัว ซึ่งไม่พบในกลุ่มควบคุม สำหรับภาวะโภชนาการ พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมแล้ว กลุ่มทดลองมีจำนวนนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติสูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลง การศึกษานี้แสดงว่ารูปแบบการดูแลน้ำหนักตัวโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทาง

พฤติกรรมศาสตร์ในงานโภชนาการ สามารถป้องกันปัญหาโรคอ้วนตั้งแต่ในวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณหญิง พงษ์พิทักษ์, ประนอม โอทกานนท์ และจรรยา สันตยากร (2550) ศึกษารูปแบบการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โดยศึกษา 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย 2) สร้างรูปแบบ และ 3) ทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ ผู้ประกอบอาหารของโรงเรียน ผู้ปกครองและเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่มีภาวะโภชนาการเกินจำนวน 23 คน ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบโดยใช้ข้อมูลระยะที่ 1 ร่วมกับการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 3 ทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 และ 3 มี 330 คน เครื่องมือวัดผลการทดสอบ คือ ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของนักเรียน จากการศึกษาได้รูปแบบการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม คือ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย” แก่ผู้บริหารโรงเรียน ครูที่เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบอาหารของโรงเรียน ผู้ปกครองและเด็กนักเรียน 2) ผู้ปกครองและครูจัดอาหารที่ครบถ้วนมีปริมาณพอดีทั้งที่บ้านและโรงเรียน 3) ผู้ปกครองและครูจัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องทั้งที่บ้านและโรงเรียน 4) เด็กนักเรียนบริโภคอาหารถูกต้อง ออกกำลังกายทั้งที่บ้านและโรงเรียน บันทึกทุกวัน และส่งสมุดบันทึกให้ผู้ปกครองและครูประจำชั้นเพื่อตรวจสอบ ผลการทดสอบภายใน 3 เดือน พบว่านักเรียนที่มีภาวะโภชนาการท่วมเปลี่ยนแปลงเป็นสมส่วน นักเรียนที่เริ่มอ้วนเปลี่ยนแปลงเป็นท่วม แต่นักเรียนที่ภาวะโภชนาการอ้วนไม่มีการเปลี่ยนแปลง การทดสอบได้ผลว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เพื่อควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียน และเสนอแนะให้ศึกษาซ้ำโดยใช้กลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาทดสอบมากกว่าครั้งนี้

พรรณี บัญชรหัตถกิจ (2551) ศึกษาผลของเครือข่ายโรงเรียนเพื่อการป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็ก (SNOCOP) ในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งกระบวนการของ SNOCOP เป็นนวัตกรรมที่ออกแบบสำหรับนำมาใช้สร้างเครือข่ายโรงเรียนในการป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็ก มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมนักเรียนในด้านความรู้ เจตคติ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 375 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 180 คน จาก 6 โรงเรียน กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 195 คน จากอีก 6 โรงเรียน และกลุ่มที่สาม เป็นสมาชิกเครือข่ายฯ จำนวน 31 คน คือผู้บริหารโรงเรียน ครูอาจารย์ ผู้ปกครอง และสมาชิกชุมชน เป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมและโครงการ

ของเครือข่ายฯ เพื่อนักเรียน ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมเครือข่าย โรงเรียนในการป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็ก มีความรู้ เจตคติ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ยังพบว่า โรงเรียนในกลุ่มทดลองมีการกำหนดนโยบายโรงเรียน และทำกิจกรรมโรงเรียนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น สรุปได้ว่า โครงการเครือข่ายโรงเรียน เพื่อการป้องกันโรค อ้วนในวัยเด็ก ได้นำเครือข่ายเชิงสังคมมาใช้อย่างได้ผลในการป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็ก

กนิษฐา อรรควาไสย์ (2553) ศึกษาแนวทางการจัดการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนในเด็กอายุ 3-5 ปี ของครอบครัวและชุมชน ตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชนที่ศึกษา โดยศึกษา 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอ้วนของพื้นที่ ระยะเวลาวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อให้อ้วนและช่วยจัดการปัญหาและระยะสังเคราะห์ แนวทางการจัดการตามบทบาทภารกิจของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย พ่อแม่ ผู้ปกครอง 47 คน ครู 8 คน เจ้าหน้าที่เทศบาล 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7 คน ศึกษาในชุมชนเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการจัดการ การป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในเด็ก ต้องจัดการตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์จนถึงอายุ 3-5 ปี จัดการกับปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพ ใช้ข้อมูลพื้นที่ผสานความรู้วิชาการและทุนทางสังคม โดยโรงเรียน เทศบาล และโรงพยาบาลต้องทำงานเชื่อมต่อกัน หาข้อตกลงร่วมกัน กำหนดบทบาทตามภารกิจของตนเอง ใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นกลไกสำคัญของการจัดการออกแบบบริการที่เชื่อมโยง ทั้งระบบการเฝ้าระวังทางโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพและการลดอ้วน บทบาทโรงเรียน เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่าง โรงเรียน โรงพยาบาลและครอบครัว โรงพยาบาลเป็นหน่วยประสาน และจัดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และเทศบาลสนับสนุนงบประมาณแก่ทุกองค์กรในชุมชน

ยอดขวัญ เกษทองมา (2553) ศึกษาการพัฒนาตัวแบบการบริหารการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการบริหารเด็กในศูนย์เด็กเล็ก และเปรียบเทียบตัวแบบที่ได้รับการพัฒนาระหว่างศูนย์เด็กเล็ก ที่สังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างพื้นที่ที่ใช้และไม่ใช้ตัวแบบ ศึกษาในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่มีตัวแบบเดิมและตัวแบบใหม่ที่จะพัฒนาในเขตเทศบาล 2 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 2 แห่ง จัดเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากผู้ปกครอง องค์กรที่เกี่ยวข้อง ประชาชน และเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัย พบว่า ตัวแบบที่พัฒนามีองค์ประกอบ คือ ครอบครัวเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก องค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก รวมทั้งกลุ่มกิจกรรมย่อย ทุกองค์ประกอบมีบทบาทหน้าที่และร่วมขับเคลื่อนอย่างเป็นขั้นตอน และมีการกำหนดมาตรการ/ ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน

อย่างชัดเจน โดยใช้เทคนิคบริหารการมีส่วนร่วมที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมที่สัมพันธ์กันที่ดี ติดตามให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ ประสานงาน วางแผน และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มอบหมายงาน และสร้างเครือข่ายในการทำงาน ผลจากการพัฒนาและใช้ตัวแบบ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ความเชื่อมั่นของผู้ปกครอง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กดีขึ้น ตัวแบบที่พัฒนามีความแตกต่างกันเฉพาะด้านปริมาณ ความถี่ ระยะเวลาและรูปแบบการร่วมพัฒนา โดยพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลมีและเป็นทางการมากกว่า ขณะที่พื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแบบเรียบง่ายตามวิถีชาวบ้าน หลังการพัฒนาเด็กในศูนย์เด็กเล็กทั้งสองแห่งมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ พบว่า พื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่ใช้ตัวแบบ มีแบบแผนการดำเนินงานคล้ายกับพื้นที่ที่ไม่ใช้ตัวแบบ แต่มีรายละเอียดในการดำเนินงานมากกว่า จึงมีกิจกรรมการบริหารจัดการเด็กทุกด้านที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเชิงประจักษ์มากกว่า ดังนั้น การกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากศักยภาพของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชนนับว่าเป็นกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่จะส่งผลต่อคุณภาพของเด็กต่อไป

ผุสดี จันทร์บาง, ปิยะดา ประเสริฐสม และปราณี เหลืองวรา (2555) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคอ่อนหวานในเด็กนักเรียน ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย ซึ่งเป็นพหุภาคีจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วย สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน สถาบันเสริมสร้างพลังชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร โรงพยาบาลเทิง โรงพยาบาลพานและสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย กับเครือข่ายภาคีหุ้นส่วน ได้แก่ คณะครูและแกนนำนักเรียนของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในอำเภอพาน อำเภอเทิง และอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยใช้กระบวนการสุนทรียปริทัศน์ การสร้างศักยภาพเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ครูและแกนนำนักเรียนให้มีบทบาทนวัตกรรมดำเนิน โครงการสร้างเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการดำเนินงานเป็นเวลา 1 ปี ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านสร้างเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคหวานในเด็กที่เน้นการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างชัดเจน คือ

- 1) ในเชิงกลยุทธ์มีการทำงานบูรณาการงานสร้างเสริมทันตสุขภาพพร้อมไปกับประเด็นสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ภาวะทุพโภชนาการ
- 2) เกิดรูปธรรมในการลดการบริโภคหวานในโรงเรียน โดยเฉพาะใน โครงการอาหารกลางวัน ซึ่งมีนวัตกรรมในการปรุงอาหารที่ลดปริมาณน้ำตาล การบริโภคกล้วยน้ำว้าและพืชผัก ผลไม้ที่ปลูกเองในโรงเรียนและลดการบริโภคขนมหวาน
- 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมคิดร่วมทำอย่างชัดเจน
- 4) เกิดการกระบวนการสร้างเครือข่ายหวานพอดีชีวิตมีสุขในพื้นที่ด้วยความสมัครใจ
- 5) นวัตกรรมสังคมเกิดความมั่นใจและ

ภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม มีความเชื่อมั่นในการทำงานเป็นทีมและการคิดบวก และ 6) กลุ่มแกนนำนักเรียนสามารถก่อกระแส และขับเคลื่อนกลุ่มสมาชิกใน โครงการของตนได้ การศึกษานี้พบอีกว่า ในบางโรงเรียนภาคีหุ้นส่วนที่ยังใช้วิธีคิดแบบดั้งเดิม ที่ใช้ปัญหาเป็นตัวตั้ง ทำให้เกิดความสำเร็จได้น้อยกว่าโรงเรียนที่ใช้ปัญหาเป็นตัวตั้งอย่างเห็น ได้ชัด ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ ภาวะผู้นำและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารงานทันตสาธารณสุข และผู้บริหารสถานศึกษา และ 2) การสร้างเสริมทันตสุขภาพชุมชน ควรริเริ่มจากการค้นหาทุนทางสังคมและปัญหาของชุมชนเป็นตัวตั้ง

รัชนก ใจเชิดชู (2555) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และศึกษาผลของ โปรแกรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยปัญหา จำนวน 24 คน และผู้พัฒนาโปรแกรม จำนวน 12 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 30 คน ที่ศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา ในจังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด ฟริซิด-โพซิดโมเดล ประกอบด้วย 5 แผนกิจกรรม คือ 1) การสอนด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย 2) การปรับพฤติกรรม 3) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง ครู และเพื่อน 4) การจัดการด้านอาหารและการออกกำลังกายในโรงเรียน และ 5) การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังจากนำโปรแกรมไปใช้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด ฟริซิด-โพซิด โมเดล มีผลทำให้นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายดีขึ้น

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2556) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน และศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนเทศบาล 4 (วัดแหลมทราย) สังกัดเทศบาลนครสงขลา ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ภายใต้อำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ครู ผู้ปกครอง อสม.ตัวแทนจากเทศบาล อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า 1) นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน ด้านความรู้ ทักษะ และด้านการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังเสร็จสิ้นโครงการ 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนอยู่ในระดับมาก โดยแต่ละส่วนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการวางแผน ประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนบุคลากรเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึง

จันทรา ชัยศรี (2556) ศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก โดยการสังเคราะห์งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษาในประเทศไทยและในต่างประเทศ ซึ่งเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการภาวะอ้วนในเด็กระหว่างปี พ.ศ. 2546-2555 จำนวน 30 เรื่อง ผลการศึกษาของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะอ้วนในเด็กเป็นกระบวนการเริ่มต้นในการบ่งชี้ในการดูแลเด็กกลุ่มเป้าหมายที่เกิดภาวะอ้วน และการประเมินมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กไทย ซึ่งสร้างโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่ประเมินภาวะอ้วนได้ดี ง่ายต่อการปฏิบัติ 2) การประเมินเพื่อคัดแยกประเภทภาวะอ้วนในเด็ก ด้วยการซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและการใช้ยา ประวัติครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดู พฤติกรรมการบริโภคของเด็กและครอบครัว และการตรวจร่างกายตามระบบเพื่อคัดแยกเด็กอ้วนที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3) วิธีการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก ต้องมีการจัดการแบบมีส่วนร่วมทั้งครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เนื่องจากทั้งสามส่วนเป็นองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเด็ก และ 4) วิธีการประเมินผลของการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก เน้นการประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การประเมินชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและการติดตามเยี่ยมบ้าน

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ และปนัดดา ปรียทฤณ (2557) ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน โดยรวบรวมข้อมูลจากการถอดบทเรียนจากนักวิจัย จำนวน 36 คน ที่ดำเนินการวิจัยใน 12 พื้นที่ 14 กรณีศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการสรุปประเด็น ผลการศึกษา พบว่า ระบบและกลไก

การทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชน เกิดจากนโยบายของรัฐ และความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ ทั้ง 14 กรณีศึกษา ใช้ทุนคนเป็นหลักในการดำเนินงาน มีทุนเงินและทุนสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน ออกแบบกิจกรรม/วิธีการทำงาน โดยใช้การดูแลตามธรรมชาติ สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ และใช้ศักยภาพและประสบการณ์ของคนทำงาน โดยผ่านการประเมินความต้องการของชุมชนที่ได้มาจากวิธีการที่แตกต่างกัน มีการบรรจุโครงการดูแลสุขภาพชุมชนลงในแผนพัฒนาชุมชนเป็นลายลักษณ์อักษร และใช้การสื่อสารให้คนในชุมชนรับรู้ เป็นการสร้างนโยบายสาธารณะของชุมชน การพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน เกิดจากการมีทุนคนในพื้นที่ที่มีจิตอาสาทำงาน การปรับรูปแบบการทำงานให้ตอบสนองความต้องการของชุมชน และมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงานที่เกิดจากนโยบายระดับพื้นที่ ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ระดับปฏิบัติการ พยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญของทุนทางสังคมในชุมชน การประเมินความต้องการของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างนโยบายสาธารณะ ในระดับนโยบาย ผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน

งานวิจัยต่างประเทศ

McClain (2010) ศึกษาแรงจูงใจและการให้ความหมายเกี่ยวกับการกินที่ส่งผลต่อการสร้างพฤติกรรมการกินผัก/ผลไม้ ของเยาวชนละติโน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนประถมศึกษาจำนวน 251 คน โดยศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียนเพื่อประเมินชุดของระดับทางสังคมจิตใจที่พัฒนามาจากกลุ่มประชากรในโรงเรียนขนาดกลาง และปรับให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างอายุ 8-11 ปี ซึ่งการให้ความหมายเกี่ยวกับการกินจะประเมินด้วย The meanings of eating index และแรงจูงใจจะประเมินด้วย The motivation to eat fruits and vegetables scale ปริมาณอาหารที่บริโภคประเมินจากเครื่องมือ 3 ชนิด ดังนี้ 1) The nurse's health study survey ใช้ประเมินชนิดอาหารที่บริโภค 2) แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 3 วัน และ 3) แบบตรวจสอบรายการอาหารที่กินใน 1 วัน ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจภายในและปัจจัยที่มีพัฒนาการต่อการให้ความหมายของการกิน ได้แก่ การเห็นประโยชน์การกินของแต่ละบุคคล (Eating on behalf of others) ที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับผลไม้ในกลุ่มตัวอย่างเด็กประถมศึกษาละติโน

Ledford (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารกลางวันที่โรงเรียนกับภาวะอ้วนในเด็กประถมศึกษา โดยศึกษาผลระหว่าง The National School Lunch Program (NSLP) กับการจัดเตรียมอาหารจากบ้านต่อภาวะอ้วนหรือโรคอ้วนในเด็ก ตามตัวแปรด้านเพศ เชื้อชาติ ลักษณะของเชื้อชาติ และกิจกรรมทางกาย กรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ The Socio-

Ecological (SEM) เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ Youth Risk Behavior Survey (YRBS) โดยสำรวจแบบภาคตัดขวางในพ่อแม่เด็กประถมศึกษาอายุ 5-11 ปี ในชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงใต้ของอเมริกา จำนวน 399 คน และกลุ่มตัวอย่างจากภาคต่าง ๆ ของอเมริกาทาง Facebook ที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน ผลการศึกษา พบว่า เด็กหญิงและเด็กชายที่จัดเตรียมอาหารจากบ้านมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน เด็กหญิงที่ร่วมโปรแกรม NSLP มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น และเด็กชายที่เข้าร่วมการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์และเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มการเคลื่อนไหวมีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลดลง ซึ่งผลจากการศึกษาแสดงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านบวก รวมถึงความรู้และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัย นักกำหนดนโยบาย พ่อแม่ ผู้บริหารของโรงเรียน และชุมชน ในการจัดอาหารกลางวันเพื่อสุขภาพ พลังงานน้อย และการออกแบบกิจกรรมเพื่อช่วยในการป้องกันและจัดการภาวะอ้วนในเด็ก

Barkley (2012) ศึกษากิจกรรมการให้ความรู้เพื่อเพิ่มการบริโภคผักผลไม้แก่พ่อแม่ที่มีบุตรอยู่ในภาวะอ้วน โดยที่การเป็นต้นแบบและการมีความรู้ด้านโภชนาการของพ่อแม่เป็นกลวิธีที่ได้รับเสนอแนะว่ามีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับการจัดหาผักและผลไม้ให้แก่เด็กอายุ 5-10 ปี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกิจกรรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่พ่อแม่ต่อ การเพิ่มการบริโภคผัก/ผลไม้ของพ่อแม่ที่มีบุตรอยู่ในภาวะอ้วน โดยมีเป้าหมายให้พ่อแม่เป็นต้นแบบด้านโภชนาการในการเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 1 หน่วยบริโภค/วัน หลังได้ร่วมกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพ่อแม่ที่มีบุตรอยู่ในภาวะอ้วน จำนวน 93 คน เป็นพ่อแม่แอฟริกัน-อเมริกัน อายุ 18-25 ปี อาศัยอยู่ด้วยกันกับบุตร และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 US/ปี จบการศึกษาระดับวิทยาลัยหรืออาชีวศึกษา เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการในการเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้เวลา 3 เดือน โดยเข้าร่วมครบโปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 14 ($N = 13$) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเพิ่มการบริโภคผลไม้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความตระหนักเพิ่มขึ้น เข้าใจความสำคัญของการเป็นแบบอย่างของพ่อแม่ ว่ามีผลต่อการเลือกรับประทานผักและผลไม้ของบุตร

Kanan (2013) ศึกษา นโยบายและวิธีการป้องกันโรคอ้วนในเด็กของระบบโรงเรียนเม็กซิกันเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของนโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาภาวะอ้วน และโรคอ้วนในเด็กชาวเม็กซิกัน โดยมีโปรแกรม Instituto Nacional de Salud Publica (INSP) ที่ได้รับการออกแบบและนำมาทดลองใช้ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็ก มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่ออธิบายรูปแบบ ผลที่ได้รับและการดำเนินการตามนโยบายของโรงเรียนที่สุ่มเลือกมาใช้โปรแกรม INSP โดยศึกษาใน 4 ประเด็น คือ 1) รูปแบบเหตุผลและวิธีการป้องกันโรคอ้วนในเด็กในระบบโรงเรียนเม็กซิกัน ด้านการส่งเสริมอาหาร

เพื่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกายของโรงเรียนที่ได้รับการเลือกให้นำโปรแกรม INSP ไปใช้ เป็นระยะเวลา 2 ปี 2) ผลกระทบของโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานต่อปัจจัยเสี่ยงโรคอ้วนในเด็กเม็กซิกัน ได้นำเสนอผลกระทบของโปรแกรม INSP ต่อสภาพแวดล้อมในโรงเรียนจากการเปรียบเทียบโรงเรียนที่ใช้โปรแกรม INSP 16 แห่งและโรงเรียนที่ไม่ใช้โปรแกรม INSP 11 แห่ง พบว่า เด็กนักเรียนในโรงเรียนที่ใช้โปรแกรม INSP มีการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นและเข้าถึงอาหารที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพลดลง 3) นิเวศวิทยาและโครงสร้างทางทฤษฎีของโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานในเม็กซิโก ได้ประเมินการบูรณาการหลักการทางนิเวศวิทยา และโครงสร้างทางทฤษฎีในกิจกรรมการป้องกันโรคอ้วนในโรงเรียนที่ดำเนินการตามโปรแกรม INSP พบว่า มี 32 ยุทธวิธี ที่นำไปใช้ดำเนินการในโรงเรียน ส่วนมากใช้ทฤษฎี Social cognitive และ 4) การประเมินคุณภาพและการใช้แนวทางปฏิบัติของโรงเรียนตามนโยบายด้านโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายจากการวิเคราะห์นโยบาย กรอบแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายในโรงเรียนขององค์การอนามัยโลก (SPF) และข้อมูลตัวชี้วัดจากนโยบายชาติ พบว่า แนวทางของโรงเรียนทำตามกรอบแนวคิดนโยบายในโรงเรียนขององค์การอนามัยโลก แต่ไม่ได้นำมาใช้ทั้งหมด

Maginot (2014) ศึกษาผลของน้ำหนักตัวต่อความสามารถทางสังคมของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนและเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคอ้วน โดยศึกษาลักษณะโครงสร้างทางสังคมของเด็กประถมศึกษาและปัจจัยการป้องกัน เช่น ทักษะการจัดการปัญหา (Coping skills) เพื่อช่วยลดผลด้านลบทางสังคมและจิตใจที่มีต่อความสามารถทางสังคมของเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 2-6 จำนวน 232 คน จากโรงเรียนประถมศึกษา 4 แห่ง ตอบแบบประเมินตนเองและกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับการถูกล้อเลียนเรื่องน้ำหนักตัว การถูกกลั่นแกล้งจากกลุ่มเพื่อน ทักษะการจัดการปัญหา และการถูกตีตราเรื่องน้ำหนักตัว (Weight stigma) ผลการศึกษา พบว่า การถูกล้อเลียนเรื่องน้ำหนักตัวไม่มีผลกระทบต่อเด็กที่มีภาวะอ้วน เด็กที่เป็นโรคอ้วนถูกล้อเลียนเรื่องน้ำหนักตัวมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างทุกคนรู้สึกที่ถูกตีตราหากได้รับการยกตัวอย่างว่าอ้วน เด็กที่เป็นโรคอ้วนรู้สึกว่าตนมีความสามารถทางสังคมน้อยกว่าเด็กน้ำหนักปกติ และเด็กที่มีภาวะอ้วนและไม่พบทักษะการจัดการปัญหาจนถึงพบระดับปานกลาง จากความสัมพันธ์ระหว่างสภาพน้ำหนักตัวและการประเมินจากกลุ่มเพื่อนต่อความสามารถทางสังคม จากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความเข้าใจเกี่ยวกับผลของสภาพน้ำหนักตัวที่มีต่อพัฒนาการด้านสังคมจิตใจของเด็ก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคอ้วนมีประสบการณ์ด้านสังคมและจิตใจในทางลบตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยในการป้องกันที่ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากน้ำหนักตัวต่อพัฒนาการด้านสังคมและจิตใจของเด็ก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กที่ผ่านมา ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะอ้วน โดยศึกษาในเด็กและผู้ปกครองซึ่ง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะอ้วน ได้แก่ พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมในโรงเรียน และมีการศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมและจิตใจที่นำไปสู่การป้องกันภาวะอ้วน เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถทางสังคม แรงจูงใจ การให้ความหมายเกี่ยวกับการกิน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้ออกแบบเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ลักษณะของการดำเนินการจะใช้โรงเรียนเป็นฐานและขยายการมีส่วนร่วมหรือสื่อสารไปยังครอบครัวหรือชุมชน กิจกรรมส่วนใหญ่มุ่งปรับพฤติกรรมด้านอาหาร และ/หรือการออกกำลังกาย โดยการให้ข้อมูลความรู้ด้วยการสอนสุขศึกษาและการระดมสมองจัดทำชุดกิจกรรมที่มีขั้นตอนระยะเวลาที่ชัดเจน และพยายามพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน มุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก โดยการให้ความรู้ผ่านผู้ดูแลเด็กและให้พ่อแม่มีบทบาทร่วมรับรู้ข้อมูล เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพกับบุตร ร่วมทำกิจกรรมที่บ้านเสริมกับโรงเรียน บทบาทครู คือ คัดกิจกรรมหรือดำเนินชุดกิจกรรมให้กับเด็ก และมีการวัดผลของกิจกรรมระดับบุคคลจากพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย และค่าดัชนีมวลกาย ส่วนในระดับองค์กรดูจากการมีนโยบายและมีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้มีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ การบริบาลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก การสร้างเสริมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียน โดยเป็นการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และร่วมขับเคลื่อนอย่างเป็นขั้นตอน และมีการกำหนดมาตรการ/ ยุทธศาสตร์ มีกิจกรรมในการดำเนินงานอย่างชัดเจน ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเชิงประจักษ์มากขึ้น ดังนั้น การกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากศักยภาพของชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน จะทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนต่อไป (สาคร อินทโธโล, 2551; ยอดขวัญ เกษทองมา, 2553; สมพงษ์ จันทรโอวาท และคณะ, 2557; ผุสดี จันทรบ้าง และคณะ, 2555)

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก แม้จะพบว่ามีงานวิจัยที่ผ่านมาได้ขยายการมีส่วนร่วมหรือสื่อสาร เพื่อป้องกันภาวะอ้วนไปยังครอบครัวหรือชุมชน แต่ส่วนใหญ่ยังไม่พบการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามาร่วมคิด วางแผนสร้างแนวทางการดำเนินการและร่วมดำเนินการอย่างแท้จริง มักเป็นบทบาทของนักวิชาการที่นำความรู้มาสร้างรูปแบบและนำทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย มีเพียงการศึกษาของกนิษฐา อรรถควาไสย์ (2553) ที่ได้ศึกษาแนวทางการจัดการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนในเด็กอายุ 3-5 ปี

ของครอบครัวและชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ 5 ภาคส่วน ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาล อสม. ครอบครัว และผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังไม่พบ การศึกษาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งการจัดการเพียงบางส่วนเช่นที่ผ่านมา ประสิทธิภาพจึงไม่แน่นอนและเกิดเพียงบางกลุ่ม ทำให้ ไม่สามารถลดภาวะอ้วนในเด็กได้ ดังนั้น ควรจะมีการศึกษาการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนประถมศึกษาเพื่อเป็นรูปแบบการจัดการของชุมชนที่เป็นส่วนสำคัญในการจัดการป้องกัน ภาวะอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-method research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา มีการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

1. การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา พื้นที่ศึกษา

ศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ในจังหวัดที่มีความชุกของภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี สูงติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ ประกอบด้วย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สระบุรี และสิงห์บุรี โดยการสุ่มเลือก 1 จังหวัดเป็นพื้นที่ศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากทั้งหมด 16 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเสนา จากนั้นสุ่มเลือกชุมชนเขตเทศบาลเพื่อใช้ในการศึกษา ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากเทศบาลในอำเภอเสนา จำนวน ทั้งหมด 5 แห่ง มาจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองเสนา

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษามาจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียน ชุมชน โรงพยาบาล และเทศบาล จำนวน 2,299 คน ดังนี้

1. ผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาของโรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี จำนวน 489 คน โรงเรียนประสาทวิทย์ จำนวน 621 คน และโรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์ จำนวน 1,005 คน รวม 2,115 คน
2. โรงเรียน คือ ครูในโรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี จำนวน 20 คน โรงเรียนประสาทวิทย์ จำนวน 28 คน และโรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์ จำนวน 74 คน รวม 122 คน
3. ชุมชน คือ ประธานชุมชน จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จาก 4 หมู่บ้าน จำนวน 50 คน รวม 54 คน

4. เทศบาล คือ นายกเทศมนตรี หัวหน้ากองสาธารณสุข พยาบาลประจำศูนย์สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ประเภทละ 1 คน รวม 4 คน

5. โรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 4 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 476 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) โดยมีวิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) และวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาจากโรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี โรงเรียนประสาทวิทย์ และโรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์ ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน, 94 คน และ 156 คน ตามลำดับ รวมทั้งหมด 325 คน

2. ครูจากโรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเสนาบดี โรงเรียนประสาทวิทย์ และโรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์ ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน, 23 คน และ 57 คนตามลำดับ รวมทั้งหมด 96 คน

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 43 คน ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

4. ภาคส่วนของโรงพยาบาล เทศบาล และชุมชน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มิพบทาบเกี่ยวข้องกับการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษาและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

4.1 โรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 4 คน

4.2 เทศบาล ได้แก่ นายกเทศมนตรี หัวหน้ากองสาธารณสุข พยาบาลประจำศูนย์สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ประเภทละ 1 คน รวม 4 คน

4.3 ชุมชน ได้แก่ ประธานชุมชนจาก 4 ชุมชน จำนวน 4 คน

รายละเอียดของจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 5 ภาคส่วน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 5 ภาคส่วน

ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	ประชากร	รวม	กลุ่มตัวอย่าง	รวม
โรงพยาบาลเสนา	4	4	4	4
โรงเรียน (ผู้อำนวยการและครู)		122		96
โรงเรียนเสนาบดี	20		16	
โรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์	74		57	
โรงเรียนประสาทวิทย์	28		23	
เทศบาลเมืองเสนา	4	4	4	4
ชุมชน		54		47
ประธานชุมชน	4		4	
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	50		43	
ผู้ปกครองนักเรียน		2,115		325
โรงเรียนเสนาบดี	489		75	
โรงเรียนราษฎร์บำรุงศิลป์	1,005		156	
โรงเรียนประสาทวิทย์	621		94	
รวม		2,299		476

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาระดับความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากภาคส่วนของโรงพยาบาลและเทศบาล ภาคส่วนละ 1 คน รวม 2 คน ภาคส่วนของชุมชนจาก 4 ชุมชน ๆ ละ 1 คน รวม 4 คน ภาคส่วนของโรงเรียนจากโรงเรียนในเขตเทศบาล 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 3 คน และผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาจากโรงเรียนในเขตเทศบาล 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 3 คน รวมจำนวนทั้งหมด 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ เป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเสนา มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ของชุมชน และสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชุมชนได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา และแบบประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา รายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา ลักษณะแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา จำนวน 34 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกัน
ภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อในคุณค่าตนเองเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา จำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามในส่วนที่ 2, 3 และ 4 มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับของลิเคอร์ท
(Likert's rating scale) กำหนดค่าคะแนนของช่วงน้ำหนักรับเป็น 5 ระดับ มีความหมายในแบบสอบถาม
แต่ละส่วน ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550, หน้า 69)

ความหมายคะแนนในแบบสอบถามส่วนที่ 2

5 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมาก

3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย

1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยที่สุด

ความหมายคะแนนในแบบสอบถามส่วนที่ 3

5 คะแนน หมายถึง คาดหวังความสามารถตนเองมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง คาดหวังความสามารถตนเองมาก

3 คะแนน หมายถึง คาดหวังความสามารถตนเองปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง คาดหวังความสามารถตนเองน้อย

1 คะแนน หมายถึง คาดหวังความสามารถตนเองน้อยที่สุด

ความหมายคะแนนในแบบสอบถามส่วนที่ 4

5 คะแนน หมายถึง เชื่อในคุณค่าตนเองมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง เชื่อในคุณค่าตนเองตนเองมาก

3 คะแนน หมายถึง เชื่อในคุณค่าตนเองปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง เชื่อในคุณค่าตนเองน้อย

1 คะแนน หมายถึง เชื่อในคุณค่าตนเองน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดสำหรับผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 2 ข้อ

1. แบบประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ที่แปลและปรับปรุงจาก Community readiness interview questions (Stanley, 2014) ข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ แบ่งเป็น 5 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน จำนวน 16 ข้อ

มิติที่ 2 ผู้นำชุมชน จำนวน 6 ข้อ

มิติที่ 3 บรรยากาศของชุมชน จำนวน 7 ข้อ

มิติที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน จำนวน 4 ข้อ

มิติที่ 5 แหล่งทรัพยากร จำนวน 8 ข้อ

2.2 แบบประเมินคะแนนความพร้อมของชุมชน แปลและปรับปรุงจาก Anchored rating scales for scoring each dimension (Stanley, 2014)

2.3 แบบบันทึกคะแนนความพร้อมของชุมชน แปลและปรับปรุงจาก Community readiness assessment scoring sheet (Plested et al., 2006)

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา มีขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเป็นแบบสอบถามตามกรอบเนื้อหาในการวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

1.2 ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ในด้านความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความถูกต้องครอบคลุมประเด็นเนื้อหา และความสอดคล้องเหมาะสมในประเด็นที่ศึกษากับ ข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องหรือ IOC (Index of congruence) กำหนดเป็น 3 ระดับ คือ เหมาะสม ไม่แน่ใจ และไม่เหมาะสม และนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนมาให้ค่าน้ำหนักเป็นคะแนน ดังนี้ (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์, 2547, หน้า 69)

เหมาะสม	ได้คะแนนเป็น +1
ไม่แน่ใจ/ ควรปรับปรุง	ได้คะแนนเป็น 0
ไม่เหมาะสม	ได้คะแนนเป็น -1

จากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้อง หรือ IOC (Index of congruence) เป็นเกณฑ์ ในการพิจารณา ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่าแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ ใช้ได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปได้ว่าข้อคำถามของแบบสอบถาม มีความสอดคล้องเหมาะสมในประเด็นที่ศึกษา โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.80 และผู้วิจัย ได้นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

1.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครอง ชุมชน โรงเรียน เทศบาล และ โรงพยาบาล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามเท่ากับ .99

1.3 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ ประถมศึกษา มีขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

2.1 นำแบบประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน ระดับประถมศึกษาที่แปลและปรับปรุงให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิแปลกลับ แบบสัมภาษณ์จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (Back-translated) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของ เนื้อหาแบบสัมภาษณ์ตามต้นฉบับ และผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2 นำแบบประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาไปทดลองใช้ (Try out) กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครอง ชุมชน โรงเรียน เทศบาล และโรงพยาบาล ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเดียวกับที่ใช้ในการวิจัย ภาคส่วนละ 1 คน จากพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 1 แห่ง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่ศึกษา รวม 5 คน เพื่อตรวจสอบความง่ายต่อความเข้าใจของภาษาที่ใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อเก็บข้อมูลถึงหน่วยงาน 3 ภาคส่วน ได้แก่ เทศบาล โรงเรียน และโรงพยาบาล
2. ขออนุญาตเข้าพบผู้บริหารของเทศบาล โรงเรียน และโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
3. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนของโรงพยาบาล ครูอนามัย พยาบาล กองสาธารณสุข และประธานชุมชน
4. ส่งแบบสอบถามแก่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนของโรงพยาบาล ครูอนามัย พยาบาลกองสาธารณสุข และประธานชุมชน เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนของโรงพยาบาลเพื่อนัดหมายวันเวลาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาล โรงเรียน เทศบาล ชุมชน และผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน เกี่ยวกับความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
6. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา และนำไปประกอบการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลหาระดับการมีส่วนร่วม โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ซึ่งการแปลผลระดับการมีส่วนร่วม พิจารณาจากค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยนำช่วงคะแนนในชั้นเท่ากับค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการวัด เป็นเกณฑ์ในการกำหนดระดับของ

การประเมิน และนำค่าเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์ เพื่อระบุระดับของการประเมิน (Best & Kahn, 1998) โดยมีการแปลผล ดังนี้

ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 ถึง 5.00

ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 ถึง 3.67

ระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1 ถึง 2.33

2. วิเคราะห์ระดับความพร้อมของชุมชน โดยใช้แบบประเมินคะแนนความพร้อมของชุมชน และแบบบันทึกคะแนนการประเมินความพร้อมของชุมชน (Anchored rating scales for scoring each dimension และ Community readiness assessment scoring sheet) ของ Tri-Ethnic Center for Prevention Research (Plested et al., 2006; Stanley, 2014) ในการประเมินระดับความพร้อมของชุมชน มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ประเมินระดับความพร้อมของชุมชนที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนตามแบบประเมินคะแนนความพร้อมของชุมชน และบันทึกผลลงแบบบันทึกคะแนนการประเมินความพร้อมของชุมชนในส่วนของ Individual scores

2.2 นำคะแนน Individual scores ที่แต่ละคนได้ประเมินมาวิเคราะห์และหาข้อสรุปร่วมกันของระดับความพร้อมของชุมชน บันทึกผลลงแบบบันทึกคะแนนการประเมินความพร้อมของชุมชนในส่วนของ Combined scores

2.3 นำคะแนนแต่ละมิติของ Combined scores มาหารด้วยจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยรวมความพร้อมของชุมชนแต่ละมิติ (Calculated scores) และนำ Calculated scores มาหารด้วยจำนวนมิติความพร้อมของชุมชน 5 มิติ เพื่อหาระดับความพร้อมในภาพรวมของชุมชน (Overall stage of readiness) โดยแปลผลของคะแนนเทียบกับระดับขั้นความพร้อมของชุมชน 9 ระยะ ดังนี้

คะแนน 1.0-1.99 หมายถึง ไม่ตระหนัก

คะแนน 2.0-2.99 หมายถึง ปฏิเสธ/ต่อต้าน

คะแนน 3.0-3.99 หมายถึง เริ่มตระหนัก

คะแนน 4.0-4.99 หมายถึง เริ่มคิดวางแผน

คะแนน 5.0-5.99 หมายถึง ตัดสินใจ

คะแนน 6.0-6.99 หมายถึง เริ่มลงมือกระทำ

คะแนน 7.0-7.99 หมายถึง ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

คะแนน 8.0-8.99 หมายถึง การยืนยันรับรอง/ขยายผล

คะแนน 9 หมายถึง ระดับสูงสุดในการเป็นเจ้าของของชุมชน

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ใช้ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิดของ Strickland (2006) ที่เรียกว่า “ADDIE model” มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นศึกษาและวิเคราะห์ ขั้นออกแบบ ขั้นพัฒนารูปแบบ ขั้นทดลองใช้รูปแบบ และขั้นประเมินผลการใช้รูปแบบ รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์

1. ศึกษาเอกสาร หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ระดับการมีส่วนร่วมและระดับความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนจากการศึกษาในระยะที่ 1 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

2. จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยนำผลจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี มากำหนดโครงสร้างประเด็นการสนทนา

3. จัดการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ครั้งที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยแจ้งผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลสรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

4. สรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อนำมาใช้จัดทำรูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบ

การออกแบบรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดทฤษฎี หลักการที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะอ้วนที่ได้จากการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชน และผลสรุปของการสนทนากลุ่มมาสังเคราะห์ เพื่อกำหนดและสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ได้ดำเนินการดังนี้

1. นำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา เสนออาจารย์ที่ปรึกษาคุณุณีนิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณา

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ

2. จัดการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบรูปแบบก่อนนำไปใช้

3. ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา เพื่อนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้รูปแบบ

นำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาไปทดลองใช้ในพื้นที่วิจัย ได้แก่ ชุมชนเขตเทศบาลเมืองเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นระยะเวลา 6 เดือน เนื่องจากแนวคิดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The stages of change) เสนอว่าการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องใช้ระยะเวลากระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ประเมินระดับการมีส่วนร่วมด้วยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับศึกษาก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 268 คน ประกอบด้วย 1) ภาคส่วนของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 2 คน รวม 4 คน 2) ภาคส่วนของเทศบาล ได้แก่ นายกเทศมนตรี หัวหน้ากองสาธารณสุข พยาบาลประจำศูนย์สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ประเภทละ 1 คน รวม 4 คน 3) ชุมชน ได้แก่ ประธานชุมชนจาก 4 ชุมชน จำนวน 4 คน 4) อสม. จำนวน 43 คน และ 5) ครูและผู้ปกครองนักเรียนจากโรงเรียนเสนาบดีและโรงเรียนประสาธวิทย์ จำนวน 213 คน

2. ประเมินผลภาวะอ้วนโดยชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงนักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนเสนาบดีและโรงเรียนประสาธวิทย์ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 1,044 คน

3. ผู้วิจัย และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 5 ภาคส่วน ร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการใช้รูปแบบ

การประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบ ได้แก่ การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การเปรียบเทียบผลประเมินภาวะอ้วนของนักเรียนระดับศึกษาก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และสรุปผลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

และไม่มีส่วนร่วมของการปฏิบัติร่วมกันของชุมชน ในการดำเนินการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา มีดังนี้

1. ชั้นศึกษาและวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

1.2 แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม

1.3 อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายภาพ

2. ชั้นพัฒนารูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

3. ชั้นทดลองใช้รูปแบบ เครื่องมือในการวิจัยที่ใช้ได้แก่

3.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

3.2 แบบจดบันทึกและแบบสังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

3.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

3.4 แบบบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง และกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชาย-หญิง สำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ดำเนินการดังนี้

1. ชั้นศึกษาและวิเคราะห์

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา สร้างเครื่องมือโดยนำผลที่ได้จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีมากำหนดโครงสร้างประเด็นการสนทนาและหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้อาจารย์

ที่ปรึกษาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องตามโครงสร้างและภาษา

1.2 แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม หากคุณภาพของเครื่องมือโดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

2. ขั้นพัฒนารูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา หากคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

3. ขั้นทดลองใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ คือ

3.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ดำเนินการสร้างและหากคุณภาพ ดังนี้

3.1.1 นำกรอบแนวคิดทฤษฎี หลักการที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะอ้วนที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชน และผลจากการสนทนากลุ่มมากำหนดและสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

3.1.2 ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ด้วยการใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง หรือ IOC (Index of congruence) กำหนดเป็น 3 ระดับ คือ มีความสอดคล้องเหมาะสม ไม่น่าใจว่ามีความสอดคล้องเหมาะสม และไม่มีมีความสอดคล้องเหมาะสม และนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนมาหาค่าน้ำหนักเป็นคะแนน ดังนี้ (บุญเชิด ภิญ โยอนันตพงษ์, 2547, หน้า 69)

มีความสอดคล้องเหมาะสม ได้คะแนนเป็น +1

ไม่น่าใจว่ามีความสอดคล้องเหมาะสม ได้คะแนนเป็น 0

ไม่มีมีความสอดคล้องเหมาะสม ได้คะแนนเป็น -1

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมและสอดคล้องกันของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง หรือ IOC (Index of congruence) ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความเหมาะสมและสอดคล้องกันของรูปแบบ พบว่า ค่า IOC เท่ากับ 0.98 แสดงว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน

3.2 แบบจดบันทึก และแบบสังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา หากคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

3.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา และแบบบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง หากคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

3.4 กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชาย-หญิง สำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี เป็นเครื่องมือประเมินภาวะอ้วนในเด็กสร้างโดยกรมอนามัย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการพัฒนารูปแบบ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดสนทนากลุ่ม โดยจัดการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา และครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอข้อมูลหลังจากการพิจารณารูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบรูปแบบก่อนนำไปใช้

2. การเตรียมหัวข้อและประเด็นการสนทนาที่จะใช้ในการสนทนากลุ่มด้วยการจัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยนำผลจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีมากำหนด โครงสร้างแนวคำถาม และผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชนในการศึกษาระยะที่ 1 มาใช้ในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนฯ และจัดการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอข้อมูลหลังจากการพิจารณารูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบรูปแบบก่อนนำไปใช้

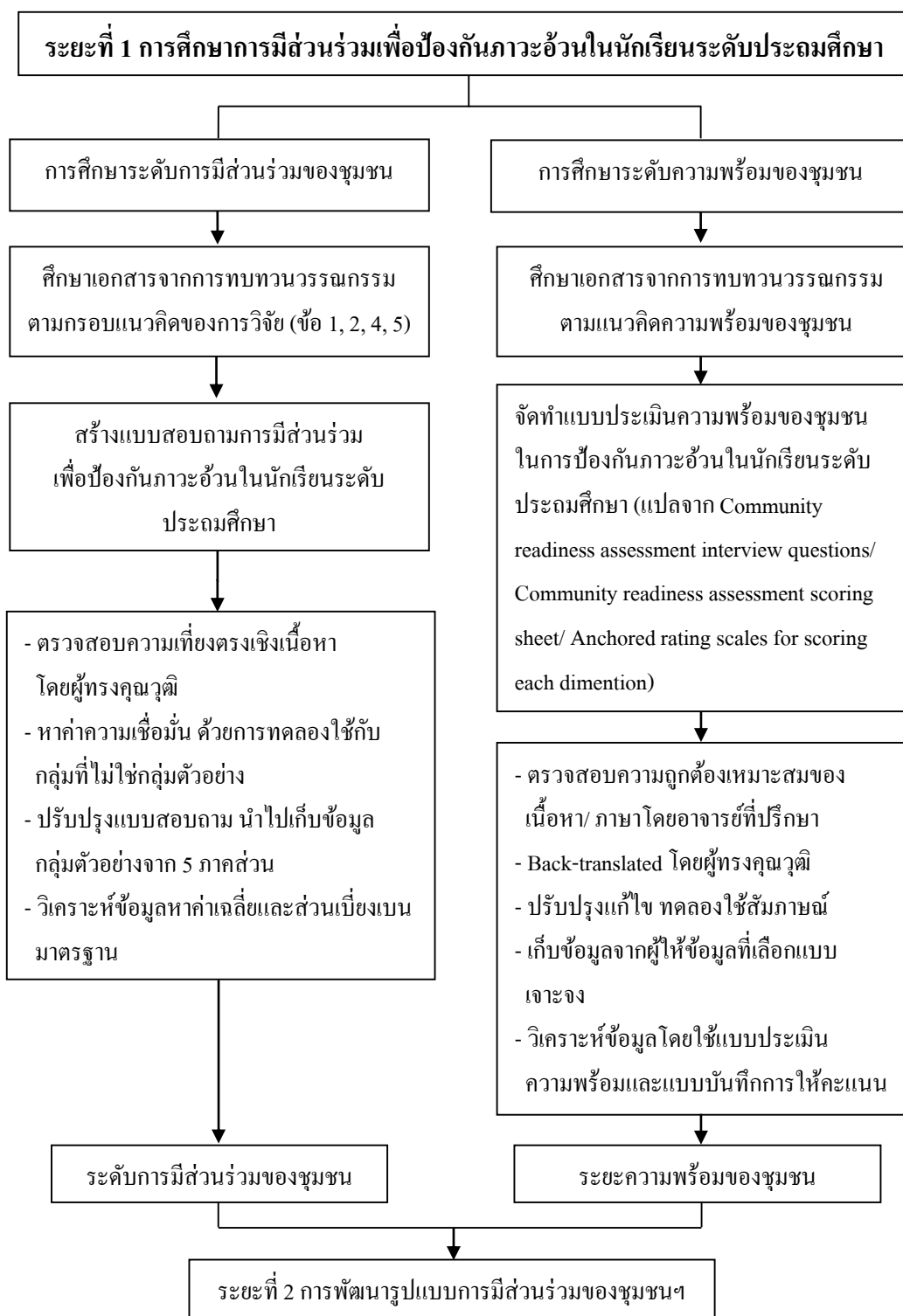
2.1 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มิบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาและยินดีร่วมมือในการวิจัย จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้ปกครองนักเรียนจำนวน 3 คน (ตัวแทนผู้ปกครองนักเรียน ผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะอ้วน ผู้ปกครองนักเรียนที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ) แกนนำอสม. จำนวน 4 คน จาก 4 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน ประธานชุมชนจาก 4 หมู่บ้าน จำนวน 4 คน ครูอนามัย จำนวน 1 คน ครูพลศึกษา จำนวน 1 คน พยาบาลกองสาธารณสุขเทศบาล จำนวน 1 คน และบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 คน

3. การพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการดังนี้
 - 3.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้ทรงคุณวุฒิ
 - 3.2 ติดต่อประสานงานกับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกำหนดวันเวลาในการเข้าพบ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการทดลองใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมพร้อมทั้งจัดบันทึกข้อมูลที่พบ ได้แก่ การปฏิบัติร่วมกันของชุมชนในการดำเนินการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
5. การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินการ ดังนี้
 - 5.1 ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มเป้าหมายจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครอง ชุมชน โรงเรียน เทศบาล และโรงพยาบาล ด้วยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
 - 5.2 ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงของนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และประเมินภาวะอ้วนจากผลการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิง 5-18 ปี (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

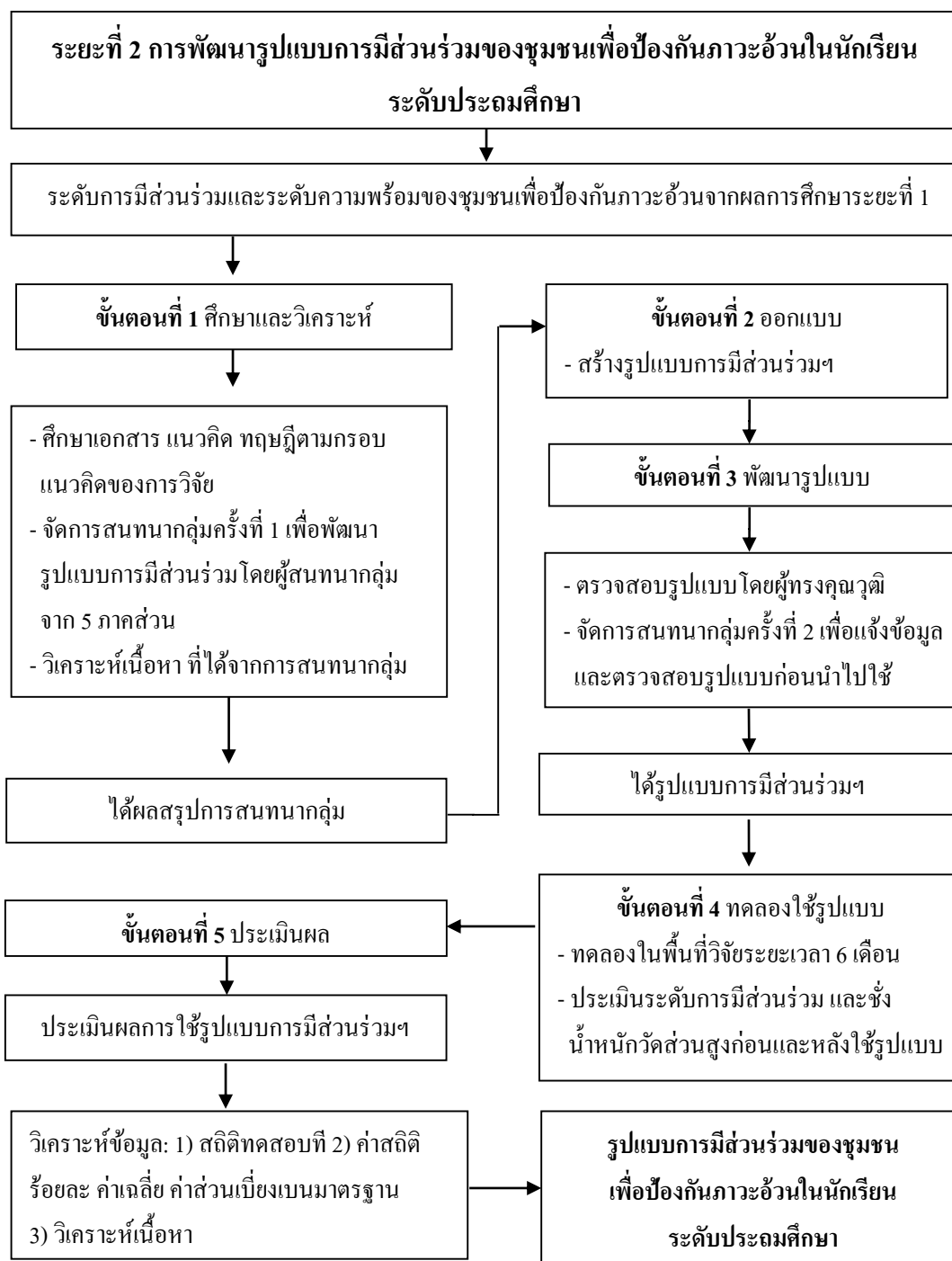
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ได้แก่ บันทึกการสนทนาของผู้จัดบันทึกและจากการถอดเทปใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
2. การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้
 - 2.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดบันทึกข้อมูลที่พบ ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติร่วมกันของชุมชนในการดำเนินการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
 - 2.2 วิเคราะห์ข้อมูลหาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) พิจารณาแปลผลระดับการมีส่วนร่วมจากค่าเฉลี่ย ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามเกณฑ์การประเมินของ Best and Kahn (1998) และวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติการทดสอบที (t -test)
 - 2.3 วิเคราะห์ข้อมูลผลประเมินภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลประเมินภาวะอ้วน ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติการทดสอบที (t -test)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา



ภาพที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน
เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนและความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ตอนที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ตอนที่ 2 ผลสรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ตอนที่ 3 ระดับความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ตอนที่ 4 ระยะเวลาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ตอนที่ 5 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย

- n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
- \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย
- SD แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t -test
- $*$ แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนและความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ตอนที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ผลของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 476 คน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3 ถึงตารางที่ 10 ดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 476$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
1. ชาย	98	20.60
2. หญิง	378	79.40
อายุ		
1. 21-30 ปี	38	8.00
2. 31-40 ปี	208	43.70
3. 41-50 ปี	156	32.80
4. 51-60 ปี	49	10.30
5. 61 ปี ขึ้นไป	25	5.20
สถานภาพ		
1. โสด	44	9.25
2. สมรส	389	81.72
3. หย่าร้าง/ม่าย	43	9.03
ตำแหน่ง		
1. ผู้ปกครองนักเรียน	325	68.28
2. บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4	0.84
3. ครู	96	20.17
4. ผู้นำชุมชน	4	0.84

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล	4	0.84
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	43	9.03
ระดับการศึกษา		
1. ประถมศึกษา	64	13.50
2. มัธยมศึกษา/ ปวช.	146	30.70
3. อนุปริญญา/ ปวส.	62	13.00
4. ปริญญาตรี	181	38.00
5. สูงกว่าปริญญาตรี	23	4.80
อาชีพปัจจุบัน		
1. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	65	13.70
2. ทำงานบริษัทเอกชน	172	36.10
3. ค้าขาย	74	15.50
4. รับจ้างทั่วไป	85	17.90
5. เกษตรกรรม	27	5.70
6. อื่น ๆ	53	11.10
การรับทราบข้อมูลการป้องกันภาวะอ้วน		
1. ไม่เคย	164	34.50
2. เคย	312	65.50
ประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันภาวะอ้วน		
1. ไม่เคย	386	81.10
2. เคย	90	18.90

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.40 อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.70 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 81.72 เป็นผู้ปกครองนักเรียน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.28 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 38.00 อาชีพปัจจุบันทำงานบริษัทเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 36.10 เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน

ภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 65.50 และประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันภาวะอ้วน ส่วนใหญ่ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 81.10

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ($n = 476$)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การตัดสินใจ	2.63	0.85	ปานกลาง	2
2. การปฏิบัติ	2.53	0.90	ปานกลาง	4
3. การรับประโยชน์	2.66	0.99	ปานกลาง	1
4. การประเมินผล	2.57	0.95	ปานกลาง	3
ภาพรวม	2.50	0.84	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 สำหรับผลการพิจารณารายด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับประโยชน์ และการประเมินผล พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการรับประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 2.66 รองลงมา คือ ด้านการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 ด้านการประเมินผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ตามลำดับ และด้านการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.53

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการตัดสินใจ ($n = 476$)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการตัดสินใจ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน แก่ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน	2.73	0.98	ปานกลาง	2
2. การเข้าร่วมประชุม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.47	0.98	ปานกลาง	8

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการตัดสินใจ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
3. การร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน	2.57	1.01	ปานกลาง	6
4. การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและวิธีการดูแล ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.93	0.99	ปานกลาง	1
5. การร่วมอภิปรายเสนอรายละเอียดของสภาพปัญหา ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.44	0.99	ปานกลาง	9
6. การวิเคราะห์หาสาเหตุ/ อุปสรรคในการดำเนินงาน ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.57	0.95	ปานกลาง	7
7. การคัดเลือกปัญหาที่พบในการดำเนินงานป้องกันภาวะ อ้วนในเด็กนักเรียน	2.62	0.99	ปานกลาง	4
8. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ ของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนใน เด็กนักเรียน	2.61	0.99	ปานกลาง	5
9. การตัดสินใจเลือกปัญหาที่พบในการดำเนินงานป้องกัน ภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เพื่อหาแนวทางจัดการปัญหา	2.71	0.98	ปานกลาง	3
ภาพรวม	2.63	0.85	ปานกลาง	

จากตารางที่ 5 พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ
2.63 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การได้รับรู้ข้อมูล
ข่าวสารด้านสุขภาพและวิธีการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ
2.93 รองลงมา คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนแก่ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน
ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การร่วมอภิปรายเสนอรายละเอียด
ของสภาพปัญหาในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เท่ากับ 2.44

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการปฏิบัติ ($n = 476$)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการปฏิบัติ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.54	1.02	ปานกลาง	8
2. การวางแผนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.64	1.03	ปานกลาง	1
3. การเสนอข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.60	1.01	ปานกลาง	2
4. การคัดเลือกแผนงาน/ โครงการเพื่อนำไปดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.55	1.01	ปานกลาง	6
5. การกำหนดทรัพยากร เช่น กำลังคน อุปกรณ์ สิ่งของเงินที่จะใช้ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.53	1.00	ปานกลาง	9
6. การตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน	2.58	1.01	ปานกลาง	4
7. การกำหนดวิธีดำเนินการในแผนงาน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.59	1.04	ปานกลาง	3
8. การกำหนดแนวทางการติดตาม การควบคุม กำกับ การดำเนินงาน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้เป็นไปตามแผน	2.59	1.04	ปานกลาง	3
9. การเข้าร่วมประชุมชี้แจงการดำเนินงานของชุมชนต่อภาครัฐและเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.48	0.99	ปานกลาง	11
10. การประสานงานกับภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.45	1.04	ปานกลาง	14

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการปฏิบัติ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
11. การช่วยระดมทรัพยากรที่เป็นเงิน คน วัสดุอุปกรณ์ จากคนในชุมชนสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.41	0.96	ปานกลาง	15
12. การบริจาคเงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.47	0.99	ปานกลาง	12
13. การร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.50	0.99	ปานกลาง	10
14. การค้นหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการที่กำหนดไว้	2.46	1.01	ปานกลาง	13
15. การนำข้อบกพร่องในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนมาปรับปรุงแก้ไข	2.54	1.04	ปานกลาง	7
16. การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนตามแผนที่ได้ปรับปรุงแก้ไข	2.56	1.02	ปานกลาง	5
ภาพรวม	2.53	0.90	ปานกลาง	

จากตารางที่ 6 พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การวางแผนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.64 รองลงมา คือ การเสนอข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การช่วยระดมทรัพยากรที่เป็นเงิน คน วัสดุอุปกรณ์จากคนในชุมชนสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เท่ากับ 2.41

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการรับประโยชน์ ($n = 476$)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการรับประโยชน์	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การได้รับความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงาน ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.72	1.08	ปานกลาง	1
2. การได้รับความไว้วางใจจากผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินงานป้องกัน ภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.64	1.03	ปานกลาง	2
3. การได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.62	1.09	ปานกลาง	3
ภาพรวม	2.66	0.99	ปานกลาง	

จากตารางที่ 7 พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการรับประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 เมื่อพิจารณาตามรายชื่อทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การได้รับความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.72 รองลงมา คือ การได้รับความไว้วางใจจากผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน เท่ากับ 2.62

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการประเมินผล ($n = 476$)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการประเมินผล	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การกำหนดวิธีการประเมินผลการทำงานตามแผนงาน/ โครงการ	2.55	0.99	ปานกลาง	4
2. การร่วมติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงาน/ โครงการที่กำหนดไว้	2.55	1.01	ปานกลาง	5
3. การวิเคราะห์ผลสำเร็จของแผนงาน/ โครงการตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้	2.54	1.00	ปานกลาง	6

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการประเมินผล	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
4. การปรับปรุงแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	2.59	1.00	ปานกลาง	2
5. การนำปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานมาปรับปรุง แก้ไขให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	2.61	1.03	ปานกลาง	1
6. การแจ้งข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียนให้ชุมชนรับรู้และร่วมหาแนวทางแก้ไข	2.59	1.04	ปานกลาง	3
ภาพรวม	2.57	0.95	ปานกลาง	

จากตารางที่ 8 พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้านการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ
2.57 เมื่อพิจารณาตามรายชื่อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การนำปัญหา
อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไขให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.61 รองลงมา คือ การปรับปรุงแผนงาน/ โครงการในการป้องกัน
ภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 และค่าคะแนน
เฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การวิเคราะห์ผลสำเร็จของแผนงาน/ โครงการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เท่ากับ
2.54

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับความคาดหวังต่อความสามารถ
ของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ($n = 476$)

ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง ในการป้องกันภาวะอ้วน	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การระบุปัญหาการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนของ เด็กนักเรียนในชุมชนได้	2.92	0.93	ปานกลาง	2
2. การมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำแผน/ โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.89	0.92	ปานกลาง	3

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง ในการป้องกันภาวะอ้วน	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
3. การระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือ ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.77	0.94	ปานกลาง	8
4. การชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมศึกษาปัญหาและ ความต้องการในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน	2.83	1.02	ปานกลาง	5
5. การชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.78	1.01	ปานกลาง	7
6. การช่วยดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน อย่างเสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม	2.87	0.99	ปานกลาง	4
7. การเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน ภาวะอ้วน	3.02	0.97	ปานกลาง	1
8. การทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการด้านการป้องกันภาวะอ้วน ของเด็กนักเรียน โดยทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี	2.82	1.00	ปานกลาง	6
ภาพรวม	2.86	0.87	ปานกลาง	

จากตารางที่ 9 พบว่า ภาพรวมของระดับความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง เพื่อการป้องกันภาวะอ้วน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 เมื่อพิจารณารายข้อ ทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะอ้วน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.02 รองลงมา คือ การระดมทรัพยากรการดำเนินงาน ป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนในชุมชนได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 และการระดมทรัพยากรและ ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.77

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ ความเชื่อคุณค่าตนเอง
ในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ($n = 476$)

ความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ของเด็กนักเรียนในชุมชน	2.91	0.98	ปานกลาง	1
2. การเป็นที่ปรึกษาของชุมชนในการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วน ของเด็กนักเรียนในชุมชน	2.81	0.99	ปานกลาง	3
3. การช่วยระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือ ในการดำเนินแผนงาน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ของเด็กนักเรียน	2.75	0.97	ปานกลาง	7
4. การได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนในการดูแลป้องกัน ภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน	2.76	0.98	ปานกลาง	6
5. การมีส่วนผลักดันนโยบายเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียนที่เกิดจากความต้องการของคนในชุมชน	2.75	0.97	ปานกลาง	7
6. การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้ ประสบความสำเร็จ	2.86	1.01	ปานกลาง	2
7. ความสามารถร่วมจัดทำแผนงาน/ โครงการเพื่อป้องกัน ภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคน ในชุมชน	2.80	0.98	ปานกลาง	4
8. ความสามารถติดตามผลความก้าวหน้าของการทำงาน ตามแผนงาน/ โครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.77	1.00	ปานกลาง	5
ภาพรวม	2.80	0.90	ปานกลาง	

จากตารางที่ 10 พบว่า ภาพรวมของระดับความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 เมื่อพิจารณา
รายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การมีส่วนสำคัญในการดำเนินงาน
ป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.91 รองลงมา คือ
การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้ประสบความสำเร็จ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86

และการช่วยระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือในการดำเนินแผนงาน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน และการมีส่วนร่วมผลักดันนโยบายเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนที่เกิดจากความต้องการของคนในชุมชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.75

ตอนที่ 2 ผลสรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ผลสรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการตอบคำถามปลายเปิดของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคของการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบ มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาหรืออุปสรรคของการดำเนินงาน

- 1.1 การขาดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน
- 1.2 การขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักต่อปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก
- 1.3 การเลี้ยงดู ทัศนคติ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็ก คิดว่าเด็กอ้วนน่ารัก สมบูรณ์ แข็งแรง นอกจากนี้ยังมีการเลี้ยงดูแบบตามใจ ไม่ควบคุมดูแลการบริโภคไม่ฝึกวินัยในการกินอาหารแก่เด็ก

1.4 สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ไม่เอื้อต่อการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก พบว่ามีร้านสะดวกซื้อกระจายทั่วชุมชน อาหารที่วางขายส่วนใหญ่จะเป็นอาหารขยะและอาหารที่มีรสชาติหวานมัน รวมทั้งในชุมชนยังมีพื้นที่ในการออกกำลังกายรวมทั้งอุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ

1.5 การขาดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็ก ไม่มีสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะอ้วน

1.6 การขาดนโยบาย แผนงาน/โครงการ และทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบ มีวิธีการดังนี้

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กแก่นักเรียน ผู้ปกครอง และสมาชิกในชุมชนเพื่อช่วยกันป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก โดยให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ฉลากโภชนาการ การออกกำลังกาย ภาวะอ้วนในเด็ก ผลกระทบของภาวะอ้วน และการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต)

2.2 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชน โดยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก และควรจัดทำสื่อ

สำหรับบรรดรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เช่น เอกสารแผ่นพับ ป้ายโฆษณา สื่อต่าง ๆ ทางสื่อสังคม วิทยุ เสียงตามสาย คู่มือให้ข้อมูลทางโภชนาการ เป็นต้น

2.3 การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของผู้ปกครอง โรงเรียน และสมาชิก ในชุมชน เห็นว่าควรสร้างการมีส่วนร่วมด้วยวิธีการสร้างความเข้าใจกับผู้ปกครองให้ช่วยดูแล ปรับเปลี่ยนการบริโภคของนักเรียน โดยเริ่มจากครอบครัวและขยายออกไปกับคนรอบข้างในชุมชน

2.4 การจัดทำแผนงาน/ โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนของชุมชนที่ควรมีผู้แทน จากทุกภาคส่วนเข้าร่วมประชุมระดมสมองในการจัดทำแผน เพื่อให้เป็นแผนงาน/ โครงการ ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง

2.5 การมีแนวทางหรือมาตรการดูแลควบคุมการขายอาหารขนม และเครื่องดื่ม ในโรงเรียนและจัดอาหารกลางวันที่เหมาะสมแก่นักเรียน มีการออกกฎระเบียบและดำเนินการ อย่างจริงจัง โดยจัดทำเป็นโครงการนำร่องให้เห็นเป็นตัวอย่าง

2.6 การจัดกิจกรรม และการบริการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กในโรงเรียนและ ชุมชนที่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยมีความร่วมมือกันของหน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน และชุมชน รวมทั้งมีการติดตามผลการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง โครงการ กิจกรรม และบริการที่เสนอแนะ มีดังนี้

2.6.1 การคัดกรองภาวะอ้วนในเด็กและลดความอ้วนในเด็ก

2.6.2 การตรวจสอบสุขภาพนักเรียนและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ

2.6.3 การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายหรือการจัดกีฬาในชุมชน

2.6.4 การจัดสถานที่ออกกำลังกายที่สามารถเข้าใช้บริการได้สะดวก มีอุปกรณ์ การออกกำลังกายที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยึดดูใจ

2.6.5 การจัดทำแนวทางการจัดการเพื่อให้ได้รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม

2.6.6 การจัดตั้งชมรม มีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน การตรวจสอบสุขภาพ เพื่อควบคุมน้ำหนัก

ตอนที่ 3 ระดับความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ ประถมศึกษา

ระดับความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ประเมินผลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในภาคส่วนของโรงพยาบาล เทศบาล ชุมชน โรงเรียน และผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา รวมจำนวนทั้งหมด 12 คน มีรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล แสดงในตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพร้อมของชุมชนจาก 5 ภาคส่วน

ภาคส่วนของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
โรงพยาบาล	1
เทศบาล	1
ชุมชน	4
โรงเรียน	3
ผู้ปกครองนักเรียน	3
รวม	12

จากตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมของชุมชนจาก 5 ภาคส่วน มีจำนวนทั้งหมด 12 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลจากภาคส่วนของโรงพยาบาลและเทศบาล แห่งละ 1 คน จากชุมชน จำนวน 4 คน จากโรงเรียน จำนวน 3 คน และผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 3 คน

ผลการประเมินระดับความพร้อมของชุมชน

ผู้วิจัยประเมินผลระดับความพร้อมของชุมชน 5 มิติ ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน ผู้นำชุมชน บรรยากาศของชุมชน ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน และแหล่งทรัพยากรของชุมชน ซึ่งผลการประเมินในแต่ละมิติมีรายละเอียด ดังนี้

1. มิติด้านความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน พบว่า อยู่ในระยจะไม่ตระหนักในชุมชนไม่มีโครงการหรือกิจกรรมในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เนื่องจากยังไม่คิดว่าภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาของชุมชน จึงสนใจจัดการปัญหาในกลุ่มผู้ใหญ่หรือปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ เช่น ไข้เลือดออก หรือยาเสพติดมากกว่า ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าววว่า

“ไม่มีโครงการ เท่าที่สัมผัสมายังไม่เคยเจอ เคยเห็นกิจกรรมออกกำลังกายในกลุ่มผู้ใหญ่” (ผู้ให้ข้อมูล 2, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

“โครงการถ้าไม่มาจากทางรัฐก็จะไม่มีใครริเริ่มนะ คิดว่าจากที่เห็นอยู่จะไม่มีใครคิดถึงเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 3, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

“ไม่มีโครงการ ไม่รู้ว่าในชุมชนมีเด็กอ้วนมากน้อยแค่ไหน ส่วนใหญ่จะทำด้านการห่างไกลยาเสพติดเป็นหลัก ให้มาออกกำลังกายกัน” (ผู้ให้ข้อมูล 7, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

2. มิติด้านผู้นำชุมชน พบว่า อยู่ในระยจะไม่ตระหนัก ผู้นำในชุมชนไม่กังวลถึงปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก ไม่ให้ความสำคัญและไม่เห็นว่าเป็นปัญหา อีกทั้งยังมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่เร่งด่วน

ในการนำมาจัดการเนื่องจากไม่เคยทราบข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน ว่ามีความสำคัญมากน้อยเพียงใด จึงไม่มีการสนับสนุนและไม่มีแผนในการจัดการ โดยผู้ให้ข้อมูล ได้กล่าวไว้ว่า

“เขายังไม่เห็นความสำคัญเท่าไรหรอก จะเล่นเรื่องผู้สูงอายุ ไม่เห็นเรื่องเด็ก ไม่มั่นใจว่า มีการวางแผนในเรื่องนี้ ถ้าเราให้ข้อมูล ปัญหา สาเหตุ คิดว่าผู้นำจะให้ความสำคัญ” (ผู้ให้ข้อมูล 1, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

“ปัญหาของประชาชนเรื่องอื่น ทำเรื่องยุ่งหลายไปเสียก่อนก่อนจะไม่มาดูเรื่องอ้วน มองเรื่องนี้ท้าย ๆ เพราะเขาคิดว่าโรคอ้วนเด็กลดน้อยทำได้ ยุ้งกักจะเกิดโรคระบาด เอนะ มันยังไม่ตายหรอก รอได้ รอก่อน ตอนนี่ยังไม่คิดเรื่องนี้ ปัญหาอื่นมาเยอะมากกว่า ปัญหาที่สำคัญน้อยกว่า” (ผู้ให้ข้อมูล 3, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

“ส่วนมากไปมุ่งปัญหาเรื่องอื่นที่มาแบบหวั่น ไข้เลือดออก อย่างโรคอ้วนยังไม่เห็นผลทันทีทันตา ถ้าไม่มีอะไรมากระตุ้น มาเร้า เขายังนิ่ง ๆ ถ้ามีอะไรมากระตุ้น มีคำสั่ง เขาก็จะเห็นความสำคัญ ยังไม่สนับสนุนชัดเจนต้องให้ข้อมูล” (ผู้ให้ข้อมูล 5, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2559)

3. มิติด้านบรรยากาศของชุมชน พบว่า อยู่ในระยะไม่ตระหนัก สมาชิกในชุมชน ยังไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนจึงไม่กังวล ไม่เห็นความสำคัญ ไม่เห็นว่าเป็นปัญหา มองว่าเป็นเรื่องไกลตัว และเป็นเรื่องไม่เร่งด่วนที่จะต้องนำมาจัดการ นอกจากนี้ครอบครัวยังมีการเลี้ยงดูแบบตามใจ ไม่ดูแลควบคุมการกินของเด็ก อีกทั้งสภาพแวดล้อมในชุมชน ยังมีร้านสะดวกซื้อเป็นจำนวนมาก มีการขายอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนทำให้ในชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่ไม่สนับสนุนให้เกิดการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ดังที่ผู้ให้ข้อมูล ได้กล่าวไว้ว่า

“จริง ๆ แล้วเรื่องนี้ไม่เคยอยู่ในเลี้ยวสมองเลย ไม่มีใครป้องกัน ที่เราไปเห็นเด็กจะเลือกกินขนมกรุบกรอบ เบปซี่ คนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญเลยคิดว่า ถ้าปากท้องยังไม่ดีให้ไปทำอย่างอื่นประสิทธิภาพจะไม่ดี” (ผู้ให้ข้อมูล 4, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

“สิ่งแวดล้อมในชุมชนมันครบทุกอย่าง มีห้างเขาไปซื้อได้สบาย กับข้าวไม่ต้องทำ ซื้อเข้าไมโครเวฟสบายดี ซื้อจากเซเว่น โลตัส สบาย ถูกกว่า ไม่คำนึงถึงประโยชน์ อาศัยสะดวก ทำงานกลับมีค่า ไม่มีเวลามาทำตรงนี้ พวกเขาจะหิวของสำเร็จรูปทั้งนั้นเวลาไปตลาดสะดวกกว่า มีของทอดขายเยอะ ไก่ทอด หมูทอด หาซื้อง่าย ขอให้มันดีก็อย่างเดียว ทำอะไรตามใจปาก อยากซื้ออะไรก็ซื้อ” (ผู้ให้ข้อมูล 6, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2559)

“สิ่งแวดล้อมตอนนี้ต่างไปจากเดิม กินของมันหาง่าย ซื้อได้ 24 ชั่วโมง การกินอยู่ของเด็ก ขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง เท่าที่เห็น พ่อแม่ ญาติพี่น้องอ้วน เด็กก็จะอ้วนตาม จะอ้วนกันทั้งบ้าน เท่าที่

เห็น ๆ นะ ปู่ย่าตายายจะตามใจ มีพ่อแม่มาบ่นให้ฟังว่า จะว่าลูกไม่ได้เพราะปู่ย่าตายายให้ท้าย” (ผู้ให้ข้อมูล 9, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2559)

4. มิติด้านความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน พบว่า อยู่ในระยะเวลาไม่ตระหนักสมาชิกในชุมชนมีความรู้และทราบผลกระทบของภาวะอ้วนในเด็กเพียงเล็กน้อย ไม่สามารถประเมินภาวะอ้วนได้ รวมทั้งยังไม่ทราบข้อมูลสถานการณ์ภาวะอ้วนของชุมชน ชุมชนจึงไม่ใส่ใจไม่เห็นว่าเป็นปัญหา เห็นว่าผลเสียที่จะเกิดขึ้นเป็นเรื่องของอนาคต และมีความรู้ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็ก คิดว่าเด็กอ้วนสมบูรณ์ แข็งแรง น่ารัก อ้วนเป็นกรรมพันธุ์ จะแก้ไขเรื่องการกินได้ยาก นอกจากนี้ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็ก ไม่มีแหล่งข้อมูล ไม่มีแผ่นพับ โปสเตอร์ สื่อประชาสัมพันธ์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“ส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้ว่าอ้วนไม่ดี รู้ว่าอ้วนแล้วดี อ้วนแข็งแรง ไม่ทราบว่าจะมีผลเสียในอนาคต ไม่มีแผ่นพับ โปสเตอร์เลยในชุมชนไม่เคยเห็น ประชาชนน่าจะไม่ได้เข้าถึงข้อมูล” (ผู้ให้ข้อมูล 2, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

“รู้เล็กน้อย ไม่คิดว่าเป็นปัญหาอะไร แต่งตัวไปไหนก็ไม่เห็นว่าอ้วนอะไร นอกจากน้ำหนักเกินเยอะ ๆ ถึงจะเห็นว่าอ้วน คิดว่ากรรมพันธุ์พ่อแม่อ้วน แต่จริง ๆ พ่อแม่ขาดความรู้ประสบการณ์ ไม่เป็นแบบอย่างให้กับเด็ก มาจากพฤติกรรมของเค้าแหละ” (ผู้ให้ข้อมูล 5, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2559)

“รู้ว่ามาจากกินอาหารเยอะ ไม่รู้ว่าอาหารให้แคลอรีเท่าไร รู้ว่าถ้าอ้วนไปเขาจะห้ามใจไม่ให้กินน้ำอัดลม จะห้ามตอนที่เด็กอ้วนแล้ว เริ่มอ้วนนี้เขาไม่รู้ อ้วนแล้วถึงจะมาแก้ ก็แค่รับรู้ไม่ใส่ใจ ข้อมูลเรื่องนี้ก็ไม่มีใครเผยแพร่” (ผู้ให้ข้อมูล 6, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2559)

5. แหล่งทรัพยากรของชุมชน พบว่า อยู่ในระยะปฏิเสธหรือต่อต้าน ในชุมชนไม่มีนโยบายหรือมาตรการในการจัดการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เคยมีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแต่ไม่ต่อเนื่อง บุคลากรไม่มีความชำนาญและยังไม่เคยมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก นอกจากนี้ ในชุมชนยังไม่มีแหล่งข้อมูล สื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภาวะอ้วนในเด็ก ส่วนด้านงบประมาณในการดำเนินงานมีงบประมาณด้านสาธารณสุขของเทศบาล โรงพยาบาล สปสข. แต่ไม่เคยมีการจัดสรรงบประมาณไปใช้ในเรื่องป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ซึ่งหากมีการจัดทำโครงการกิจกรรมในชุมชนมีบุคลากรที่สามารถนำช่วยดำเนินงานได้ คืออาสาสมัครสาธารณสุข และอาจขอความร่วมมือจากเครือข่ายผู้ประกอบการ ส่วนผู้เชี่ยวชาญในชุมชนคือ นักโภชนาการและพยาบาลในคลินิกไร้พุง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“ถ้าให้ข้อมูลผู้นำในชุมชนน่าจะสนับสนุน ผู้นำชุมชนเป็นส่วนผลักดัน มีงบประมาณขอได้จากเทศบาล เงินจากสปสข. การดูแลยังไม่ลงเข้มข้น จริงจัง ไม่เคยมีการฝึกอบรมในเรื่องอ้วน

ในเด็ก ถ้ามีการสนับสนุนน่าจะมีความชำนาญเพิ่มขึ้นได้” (ผู้ให้ข้อมูล 1, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

“ทางโรงพยาบาลเข้าไปทำกิจกรรมในโรงเรียนบ่อย ๆ และมีความรู้เรื่องเด็กอ่อนเยาะ และทางรพ. มีคลินิกไริ่ฟุง มีนักโภชนาการ เข้าไปทำงานนี้อยู่แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูล 2, สัมภาษณ์, 21 กันยายน 2559)

“มีทรัพยากรอยู่ที่ผ่านมาใช้ครุ แต่ชุมชนไม่เคยเข้ามา ไม่เคยใช้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม ถ้าให้ข้อมูลผู้นำในชุมชนน่าจะสนับสนุน คิดว่าพอจะหาผู้ปกครองมาร่วมได้หากมีการสำรวจ” (ผู้ให้ข้อมูล 6, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2559)

“งบประมาณจะมีท้องถิ่นเป็นหลักแต่เขาไม่ได้ทำเรื่องนี้ ด้านอสม. จะใช้เงินงบประมาณจากสปสข. ถ้าท้องถิ่นเล่นด้วยก็น่าจะไม่ยาก ส่วนคนทำงานจะมี อสม. เป็นหลัก” (ผู้ให้ข้อมูล 7, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2559)

“ไม่มีนโยบายของชุมชน เคยมีมาแนะนำแต่นานมากแล้วแนวปฏิบัติไม่มีนะ เคยมีโปสเตอร์มาปิดเรื่องโรคอื่น” (ผู้ให้ข้อมูล 9, สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2559)

จากที่กล่าวมา เห็นได้ว่า ระดับความพร้อมของชุมชน 5 มิติ ของชุมชนเทศบาลเมืองเสนา ในภาพรวมอยู่ในระยะไม่ตระหนัก หมายถึง สมาชิกในชุมชนหรือผู้นำชุมชนไม่ตระหนักว่าปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นประเด็นปัญหาของชุมชน โดยค่าคะแนนและการแปลผลระดับความพร้อมของชุมชนในภาพรวมและในแต่ละมิติ แสดงดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าคะแนนและระดับความพร้อมของชุมชน 5 มิติ

มิติความพร้อมของชุมชน	ค่าคะแนน	ระดับความพร้อมของชุมชน
1. ความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน	1.00	ไม่ตระหนัก
2. ผู้นำชุมชน	1.42	ไม่ตระหนัก
3. บรรยากาศของชุมชน	1.58	ไม่ตระหนัก
4. ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน	1.92	ไม่ตระหนัก
5. แหล่งทรัพยากรของชุมชน	2.17	ปฏิเสธ/ต่อต้าน
ภาพรวม	1.62	ไม่ตระหนัก

จากตารางที่ 12 พบว่า ระดับความพร้อมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระยะไม่ตระหนัก มีค่าคะแนนเท่ากับ 1.62 เมื่อพิจารณาผลความพร้อมของชุมชนในแต่ละมิติ พบว่า มิติความพร้อม

ของชุมชนด้านความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหา ด้านผู้นำชุมชน ด้านบรรยากาศของชุมชน และด้านความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของชุมชน มีระดับความพร้อมของชุมชนอยู่ในระยะไม่ตระหนัก ค่าคะแนนเท่ากับ 1.00, 1.42, 1.58 และ 1.92 ตามลำดับ ส่วนมิติความพร้อมของชุมชน ด้านแหล่งทรัพยากรของชุมชนมีค่าคะแนนสูงสุด ค่าคะแนน เท่ากับ 2.17 ระดับความพร้อมของชุมชนอยู่ในระยะปฏิเสธ/ต่อต้าน

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ตอนที่ 4 ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาและเตรียมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ได้แก่ ระดับความพร้อมของชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการศึกษาครั้งที่ 1 เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในระยะเวลาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม และนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งที่ 1 แก่ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ปลัดเทศบาลเมืองเสนา ผู้อำนวยการ โรงเรียนเสนาและโรงเรียนประสาทวิทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเสนา ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินระดับความพร้อมของชุมชน พบว่า ระดับความพร้อมของชุมชนในภาพรวม อยู่ในระยะไม่ตระหนัก (No awareness) หมายถึง สมาชิกและผู้นำชุมชนไม่ตระหนักว่าภาวะอ้วนในเด็กเป็นประเด็นปัญหาของชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินกลวิธีในการดำเนินงานตามระดับความพร้อมของชุมชนเพื่อเพิ่มความตระหนักในประเด็นปัญหาแก่ผู้นำและสมาชิกในชุมชน โดยขออนุญาตเข้าพบผู้นำชุมชน ได้แก่ ปลัดเทศบาลเมืองเสนา ผู้อำนวยการ โรงเรียนเสนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเสนา ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะอ้วนของนักเรียนประถมศึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน หลังจากรับทราบข้อมูล พบว่าระดับความพร้อมของชุมชนในส่วนของผู้นำชุมชนได้เพิ่มระดับเป็นระยะเริ่มคิดวางแผน (Preplanning) โดยที่ทุกภาคส่วนมีความตระหนักต่อปัญหามากขึ้น เห็นว่าควรมีการดำเนินการจัดการกับปัญหาแต่ยังไม่มีเป้าหมายหรือรายละเอียดในการดำเนินการที่ชัดเจน เริ่มมีการคิดวางแผน โดยโรงพยาบาลจะจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดทำโครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เทศบาลเสนอว่า มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับแกนนำในชุมชนคิดว่า จะวางแผนของงบประมาณจัดทำโครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก และยินดีร่วมในการดำเนินการ

กับโรงพยาบาล ส่วนโรงเรียนจะเริ่มดำเนินการตามแนวทางของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพนักเรียน ดูแลเรื่องอาหารสำหรับเด็กนักเรียนต่อ หลังจากที่ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. การประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผลการพิจารณารายด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับประโยชน์ และการประเมินผล พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการปฏิบัติมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อพิจารณารายข้อของระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังนี้

- 2.1 ด้านการตัดสินใจ ได้แก่ การร่วมอภิปรายเสนอรายละเอียดของสภาพปัญหา ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน
- 2.2 ด้านการปฏิบัติ ได้แก่ การช่วยระดมทรัพยากรที่เป็นเงิน คน วัสดุอุปกรณ์จากคน ในชุมชนสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน
- 2.3 ด้านการรับประโยชน์ ได้แก่ การได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน
- 2.4 ด้านการประเมินผล ได้แก่ การวิเคราะห์ผลสำเร็จของแผนงาน/ โครงการ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

นอกจากนี้ พบว่า สมาชิกในชุมชนมีความคาดหวังในความสามารถตนเองเรื่องการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพและความเชื่อคุณค่าตนเอง ว่ามีส่วนสำคัญในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองและความเชื่อคุณค่าตนเองในการระดมทรัพยากร ประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมผลักดันนโยบาย เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

ตอนที่ 5 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ระยะเวลาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ในการพัฒนาและสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนตามแนวคิดของ Strickland (2006) ที่เรียกว่า “ADDIE model” มีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นศึกษาและวิเคราะห์ ขั้นตอนออกแบบ ขั้นพัฒนารูปแบบ ขั้นทดลองใช้รูปแบบ และขั้นประเมินผลการใช้รูปแบบ ซึ่งผลการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์

ผู้วิจัยได้นำผลจากการศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลสรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน นำมาใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ครั้งที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ได้ผลสรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อนำมาใช้จัดทำรูปแบบ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การเพิ่มความตระหนักต่อปัญหาแก่ผู้ปกครองและสมาชิกในชุมชน โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ดังนี้

1.1 เทศบาลประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย

1.2 การกระจายความรู้โดยเครือข่ายให้ความรู้ของอสม. ครูและแกนนำนักเรียน มีการอบรมแกนนำชุมชน อสม. คณะกรรมการชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญ เพื่อกระจายความรู้ให้แก่สมาชิกในชุมชน

1.3 โรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ จัดทำแผ่นพับให้ความรู้ จัดทำเกณฑ์ในการประเมินการเจริญเติบโตพร้อมคำแนะนำ โปสเตอร์ ป้ายประชาสัมพันธ์

1.4 แจกประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกิจกรรมในการประชุมของเทศบาล โรงพยาบาล อสม. และโรงเรียน

2. การสร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน มีวิธีการดังนี้

2.1 แต่งตั้งคณะทำงานของชุมชนประกอบด้วยตัวแทนของแต่ละภาคส่วน ได้แก่ เทศบาล โรงพยาบาล โรงเรียน แกนนำชุมชน แกนนำอสม.

2.2 อบรมเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานแก่คณะทำงาน และทีมงานของแต่ละภาคส่วน

2.3 ประสานและทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก มีการคัดกรองภาวะอ้วนในเด็ก แจกผลและให้คำแนะนำ อสม.จะคัดกรองภาวะอ้วนทุกเดือน สอบถามพฤติกรรม การบริโภค รวมทั้งมีการบันทึกข้อมูลการดำเนินงาน มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลแก่โรงเรียน โรงพยาบาล ผู้ปกครอง และชุมชน

3. การกำหนดมาตรการหรือนโยบายในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก และจัดทำแผนงาน/โครงการ

3.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดนโยบายในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เสนอให้ออกกฎระเบียบไม่ขายน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบในโรงเรียน

3.2 โรงพยาบาลจัดทำโครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กโดยใช้งบประมาณจาก
โรงพยาบาลและเทศบาล

4. การประเมินติดตามผลการดำเนินงาน ดังนี้

4.1 การบันทึกและรายงานผลการเฝ้าระวังภาวะอ้วนในเด็ก โดยประเมินผล
การดำเนินงานจากจำนวนสมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม ประเมินความรู้ความเข้าใจ
หลังได้รับคำแนะนำ จำนวนนักเรียนที่ได้รับบริการคัดกรองและติดตามภาวะอ้วน และจำนวนเด็ก
ที่มีภาวะอ้วนในชุมชน

4.2 การประชุมคณะกรรมการทุก 2 เดือน เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุง
การดำเนินงาน

4.3 การประชุมอภิปรายสรุปผลที่ได้รับและประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงาน
และนำเสนอแก่ผู้บริหาร

ขั้นที่ 2 ออกแบบ

การออกแบบรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ระดับการมีส่วนร่วมและระดับ
ความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนจากการศึกษาในระยะที่ 1 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
จากการสนทนากลุ่ม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน
ระดับประถมศึกษา โดยนำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบการมี
ส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา รายละเอียดดังตาราง
ที่ 13

ตารางที่ 13 การสังเคราะห์แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างรูปแบบ

รูปแบบ	แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ
1. การมี ส่วนร่วม ในการ ตัดสินใจ	การร่วมตัดสินใจเพื่อให้ได้ทางเลือกโดย กำหนด ประเมินทางเลือก และตัดสินใจเลือก เป็นการวางแผนเพื่อนำทางที่ได้เลือกมาสู่ การปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ - ระยะเริ่มต้น หาความต้องการและวิธีการเข้า ไปมีส่วนร่วมด้วยการให้ข้อมูลที่สำคัญและ เสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา	1. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้าง ความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชน - จัดทำแผ่นพับ สคริปเสียงตามสาย บอร์ดนิทรรศการ และ Infographic สำหรับประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ในโรงเรียนและชุมชน - ประชุมชี้แจงและประชาสัมพันธ์ เผยแพร่การดูแลป้องกันภาวะอ้วน

ตารางที่ 13 (ต่อ)

รูปแบบ	แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะดำเนินการ ค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วม จัดลำดับความสำคัญและวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการ - ระยะปฏิบัติการ มีการรวมตัวขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรม มีการประชุมเพื่อจัดทำนโยบายและการคัดเลือกผู้นำ - การรวมตัวกันในระยะปฏิบัติการควรมีการทำงานตามแนวคิดการทำงานแบบเครือข่ายโดยมีการประสานงาน มอบหมายงาน ร่วมมือกัน มีแกนนำในชุมชนเป็นจุดเชื่อมการทำงาน ใช้ภาวะผู้นำในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งเครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มชมรม แกนนำทางสังคม 	<p>ในเด็กแก่ครู ผู้ปกครอง</p> <p>ในการประชุมของโรงเรียน</p> <p>และการประชุมประจำเดือนของเทศบาล รวมทั้งการประชุมของกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ในชุมชน</p> <p>- การให้ออม. เป็นเครือข่ายกระจายความรู้แก่สมาชิกชุมชนในครัวเรือนที่แต่ละคนรับผิดชอบ</p> <p>2. การเข้าพบกับผู้นำชุมชน โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์เพื่อให้เห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาและพัฒนาวิถีดำเนินงาน</p> <p>3. การสนทนากลุ่มกับแกนนำชุมชนในการวางแผนการปฏิบัติการค้นหา</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนทรัพยากร แหล่งทรัพยากรที่สำคัญ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และข้อมูลข่าวสารจะต้องทราบว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและสนับสนุนอย่างไร อาจใช้การจูงใจ การให้คำตอบแทนหรือการบีบบังคับให้สนับสนุนทรัพยากร - การบริหารและประสานงาน มีการรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน หรือเป็นสมาชิกทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการ เป็นสมาชิกอาสาโดยทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรม จะมีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงาน วิธีนี้จะเพิ่มความไว้วางใจ 	<p>1. การประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและจัดทำแผนงาน/ โครงการ</p> <p>2. การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กแก่คณะทำงานและเครือข่ายกระจายความรู้</p> <p>3. การแต่งตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรม</p> <p>4. การประชุมเผยแพร่การดำเนินกิจกรรมแก่สมาชิกชุมชน ครู</p>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

รูปแบบ	แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ
	<p>และช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาของตนเอง</p> <p>- การขอความร่วมมือ โดยพิจารณาข้อเท็จจริงถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลัง นำโครงการมาใช้และผลกระทบต่อคนในองค์กรที่เข้าร่วมโครงการ</p>	<p>และกลุ่มชมรมในชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือ</p> <p>5. การประชุมคณะทำงานทุก 2 เดือน เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงการดำเนินงานทรัพยากรที่จะนำมาใช้ดำเนินงาน</p>
3. การมีส่วนร่วมรับประโยชน์	<p>การสร้างการมีส่วนร่วมรับประโยชน์แบ่งเป็น 3 ชนิด ดังนี้</p> <p>- ด้านวัตถุประสงค์ เป็นความต้องการ ขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น เป็นการเพิ่มการบริโภค รายได้ ทรัพย์สิน จะต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าใครคือผู้มีส่วน ร่วมและทำให้เกิดการดำเนินการขึ้น</p> <p>- ด้านสังคม เป็นความต้องการด้านพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ บริการหรือความพึงพอใจ ต้องกำหนดการมีส่วนร่วมทั้งในเรื่องปริมาณ การแบ่งผลประโยชน์ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ</p> <p>- ด้านบุคคล ผลประโยชน์ที่ได้มี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อำนาจการเมือง และความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน จะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมาใช้วางนโยบายว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม เพื่อหาแนวทางและวางรูปแบบให้ตรงกับ ความคาดหวัง</p>	<p>1. การสร้างเครือข่ายในการทำงาน ร่วมกัน เพื่อการจัดบริการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กทั้งในชุมชนและโรงเรียน โดยโรงพยาบาลจัดทำเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน และคัดกรองภาวะอ้วนในเด็กแก่ อสม.และครู</p> <p>2. การอบรมพัฒนาศักยภาพแก่ทีมเครือข่ายกระจายความรู้ในชุมชน และโรงเรียน โดยให้ความรู้เรื่องภาวะอ้วนในเด็ก การเฝ้าระวังและการคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต) ความรู้เกี่ยวกับ 30. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)</p>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

รูปแบบ	แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	ประเมินผลการมีส่วนร่วมแบบทางตรง และทางอ้อม จะประเมินจากงบประมาณ ความพึงพอใจ การมีส่วนร่วม วิธีการเข้ามามีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อต่าง ๆ หรือผ่านตัวแทนที่เลือกเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อนำความคิดเห็นไปใช้ประโยชน์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การกำหนดวิธีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการจากฝั่งกำกับงาน รวมทั้งจัดทำแบบสรุปรายงานการดำเนินงาน 2. การประชุมอภิปรายสรุปผลที่ได้รับและประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงาน พร้อมจัดทำรายงานสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานนำเสนอแก่ผู้บริหารของเทศบาล โรงเรียน และโรงพยาบาล 3. การประชุมติดตามผลการดำเนินงานของคณะทำงานทุก 2 เดือน เพื่อนำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไข

ขั้นที่ 3 พัฒนารูปแบบ

ผู้วิจัยได้สร้างร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิด หลักการ ทฤษฎี ระดับการมีส่วนร่วมและระดับความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนจากการศึกษาในระยะที่ 1 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังสร้างร่างรูปแบบเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบเสนออาจารย์ที่ปรึกษาคุณฐิติพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตามแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องหรือ IOC (Index of congruence) เห็นว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษามีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน มีค่า IOC เท่ากับ 0.98 และผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มรายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรมด้านการตัดสินใจในกิจกรรมที่ 1 การรณรงค์

ประชาสัมพันธุ์ โดยให้เพิ่มการแจ้งข้อมูลเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมเบ้าหวาน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนอรูปแบบในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ครั้งที่ 2 เพื่อตรวจสอบรูปแบบก่อนนำไปใช้ ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีข้อคิดเห็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการประชาสัมพันธุ์ด้วยการจัดทำป้ายประชาสัมพันธุ์ขนาดใหญ่ว่าอาจจะทำไม่ได้ในตอนนี้อาจเพราะไม่มีงบประมาณในการดำเนินการและไม่แน่ใจว่าจะมีงบประมาณมาสนับสนุนหรือไม่ แต่ให้คงกิจกรรมนี้ไว้ ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ของรูปแบบ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นว่า รูปแบบมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ดำเนินงานในชุมชน สรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาที่นำไปทดลองใช้ มีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
เป้าหมาย เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะอ้วนและโรคอ้วน รวมทั้งเพิ่มความตระหนักของประชาชนในเรื่องโภชนาการ และการออกกำลังกาย

กลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกัน คือ การให้ข้อมูล และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม มาตรการในการดำเนินการ ได้แก่

1. การรณรงค์ประชาสัมพันธุ์ สร้างความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชน
2. การให้ข้อมูลความรู้และการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กแก่สมาชิกในชุมชน
3. การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของผู้ปกครอง โรงเรียน และคนในชุมชน
4. การจัดทำนโยบาย แผนงานของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก (มาตรการดูแล

ควบคุมการขายอาหารในโรงเรียน นโยบายส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพ และการออกกำลังกาย)

กิจกรรมในการดำเนินงานของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา มีการพัฒนาการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติ ด้านการรับประโยชน์ และด้านการประเมินผล ดังนี้

1. ด้านการตัดสินใจ
 - 1.1 กิจกรรมที่ 1 การรณรงค์ประชาสัมพันธุ์
 - 1.2 กิจกรรมที่ 2 การเข้าพบกับผู้นำชุมชน
 - 1.3 กิจกรรมที่ 3 การสนทนากลุ่มกับแกนนำชุมชน
2. ด้านการปฏิบัติ
 - 2.1 กิจกรรมที่ 1 การแต่งตั้งคณะทำงาน

- 2.2 กิจกรรมที่ 2 การจัดทำแผนงาน/ โครงการ
 - 2.3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน
 - 2.4 กิจกรรมที่ 4 การติดตามการดำเนินงาน
 - 2.5 กิจกรรมที่ 5 การเผยแพร่การดำเนินกิจกรรม
 - 3. ด้านการรับประโยชน์
 - 3.1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างเครือข่ายบริการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
 - 3.2 กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาศักยภาพแก่เครือข่ายในการดำเนินงาน
 - 4. ด้านการประเมินผล
 - 4.1 กิจกรรมที่ 1 การกำหนดวิธีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน
 - 4.2 กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายสรุปผลงาน
 - 4.3 กิจกรรมที่ 3 การปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน
- รายละเอียดของกิจกรรม แสดงดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

การมีส่วนร่วมของชุมชน	กิจกรรม	รายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1. ด้านการตัดสินใจ	1. การรณรงค์	ชุมชน	
	ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักแก่ สมาชิกในชุมชน	- การทำป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่ - การประชาสัมพันธ์เสียงตามสายทุกวันเวลาพักเที่ยง - การประชาสัมพันธ์ในการประชุมประจำเดือนของเทศบาลและการประชุมของกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมเบาหวาน - จัดทำแผ่นพับให้ความรู้ และ Infographic เผยแพร่ทาง Facebook และ Line - การกระจายเครือข่ายให้ความรู้ในชุมชน โดยอสม. ให้ความรู้ความตระหนักแก่สมาชิกชุมชนในครัวเรือนที่แต่ละคนรับผิดชอบ	เทศบาล เทศบาล เทศบาล โรงพยาบาล ผู้วิจัย โรงพยาบาล ผู้วิจัย อสม. แกนนำชุมชน บุคลากร ในคลินิกไร้พุง
	2. การเข้าพบกับผู้นำชุมชน	โรงเรียน - การให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์แก่ผู้ปกครอง ในการประชุมของโรงเรียน - การกระจายเครือข่ายให้ความรู้ใน โรงเรียนแก่นักเรียนและผู้ปกครอง โดยครูประจำชั้น และนักเรียนแกนนำ - นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ภาวะอ้วนเพื่อให้เห็นความสำคัญและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน - ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาและพัฒนาวิถีดำเนินงาน	ครูอนามัย บุคลากรในคลินิกไร้พุง ผู้วิจัย ครูประจำชั้น นักเรียนแกนนำ บุคลากรในคลินิกไร้พุง ผู้วิจัย บุคลากรคลินิกไร้พุง ผู้นำชุมชน ผู้วิจัย

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	กิจกรรม	รายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
2. ด้านการปฏิบัติ	3. การสนทนากลุ่มกับ แกนนำชุมชน	- แกนนำแต่ละภาคส่วนร่วมคิดวางแผนในการปฏิบัติ ค้นหาทรัพยากรที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงาน	ผู้วิจัย ครู อสม. ประธานชุมชน เทศบาล โรงพยาบาล
	1. การแต่งตั้งคณะทำงาน	- แต่งตั้งคณะทำงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาคส่วน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนในการดำเนินกิจกรรม	บุคลากรกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ชุมชน ร.พ.เสนา
	2. การประชุมจัดทำ แผนงาน/ โครงการ และนโยบาย ในการป้องกัน ภาวะอ้วน	- จัดทำแผนงาน/ โครงการและกำหนดนโยบายในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน	คณะทำงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็ก
	3. การพัฒนาศักยภาพ ในการดำเนินงาน	- จัดอบรมให้ความรู้แก่คณะทำงานและทีมงานเครือข่ายกระจายความรู้ในเรื่องภาวะอ้วนในเด็ก ผลกระทบของภาวะอ้วน การเฝ้าระวังและการคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาล และการออกกำลังกาย วิธีการควบคุม/ลดน้ำหนัก	ผู้วิจัย และบุคลากรคลินิกไร้พุง
	4. การประชุมเพื่อติดตาม การดำเนินงาน	- ประชุมติดตามการดำเนินงานของคณะทำงานทุก 2 เดือน	คณะทำงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็ก
5. การประชุมเผยแพร่ การดำเนินกิจกรรม	- ประชุมชี้แจงประชาสัมพันธ์รายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการ แก่สมาชิกในชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือ	คณะทำงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็ก	

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	กิจกรรม	รายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
3. ด้านการรับ ประโยชน์	1. การสร้างเครือข่าย ในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้บริการป้องกัน ภาวะอ้วนในเด็ก	- การจัดบริการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็กในชุมชนและโรงเรียน 1) คัดกรองและติดตามภาวะอ้วน เดือนละ 1 ครั้ง 2) แจกผลการคัดกรองและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ปกครอง 3) ประสานงานและส่งต่อข้อมูลการติดตามดูแลเด็ก - จัดทำเครื่องมือที่ในการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็ก ได้แก่ แบบคัดกรอง และเกณฑ์การแปลผลภาวะอ้วน ในเด็กพร้อมคำแนะนำ แบบบันทึกและรายงาน การติดตามผลภาวะอ้วนในเด็กเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน	ครู อสม. บุคลากรในคลินิกไร้พุง พยาบาลเทศบาล
	2. การอบรมพัฒนา ศักยภาพแก่คณะทำงาน และทีมงาน	- อบรมพัฒนาศักยภาพแก่ทีมงานเครือข่ายกระจายความรู้ ในเรื่อง ภาวะอ้วนในเด็ก ผลกระทบของภาวะอ้วน การเฝ้าระวังและ การคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย วิธีการควบคุม/ลดน้ำหนัก รวมทั้งทักษะการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	ผู้วิจัย และบุคลากรในคลินิก ไร้พุง
4. ด้านการประเมินผล	1. การกำหนดวิธีการ ประเมินและติดตามผล การดำเนินงาน	- กำหนดวิธีการวัดผลการดำเนินงาน โดยประเมินผลการดำเนินงานจาก 1) จำนวนสมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม 2) ความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำ 3) จำนวนนักเรียนที่ได้รับบริการคัดกรองและติดตามภาวะอ้วน 4) จำนวนเด็กที่มีภาวะอ้วนในชุมชน - จัดทำบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน	บุคลากรในคลินิกไร้พุง (แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด) และผู้วิจัย
			คณะทำงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็ก และผู้วิจัย

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	กิจกรรม	รายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
	2. การอภิปรายสรุป ผลงาน	- ประชุมอภิปรายเพื่อจัดทำรายงานสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและนำเสนอ แก่ผู้บริหาร	คณะกรรมการป้องกันภาวะอ้วน ในเด็ก และผู้วิจัย
	3. การประชุมเพื่อนำ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน มาปรับปรุงแก้ไข	- ประชุมของคณะกรรมการป้องกันภาวะอ้วนทุก 2 เดือนเพื่อติดตามผลและปรับปรุง การดำเนินงาน	คณะกรรมการป้องกันภาวะอ้วน ในเด็ก และผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้รูปแบบ

นำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาไปดำเนินการทดลองใช้ในพื้นที่วิจัย ได้แก่ ชุมชนเขตเทศบาลเมืองเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2560-พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. ประเมินระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ โดยประธานชุมชน บุคลากรที่รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลและเทศบาล อสม. ครูและผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนเสนาบดี และโรงเรียนประสาทวิทย์ ที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 268 คน ตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา แสดงผลดังตารางที่ 15 ถึงตารางที่ 22

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 268$)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การตัดสินใจ	2.65	0.84	ปานกลาง	1	2.89	0.79	ปานกลาง	2
2. การปฏิบัติ	2.61	0.93	ปานกลาง	3	2.86	0.80	ปานกลาง	3
3. การรับประโยชน์	2.49	0.91	ปานกลาง	4	2.98	0.90	ปานกลาง	1
4. การประเมินผล	2.62	0.93	ปานกลาง	2	2.86	0.88	ปานกลาง	4
ภาพรวม	2.52	0.84	ปานกลาง		2.88	0.79	ปานกลาง	

จากตารางที่ 15 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 เมื่อพิจารณารายด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าระดับการมีส่วนร่วมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.65 รองลงมา คือ ด้านการประเมินผล ด้านการปฏิบัติ และด้านการรับประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62, 2.61 และ 2.49 ตามลำดับ หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 เมื่อพิจารณารายด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการรับประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 2.9 รองลงมา คือ ด้านการตัดสินใจ ด้านการประเมินผล และด้านการปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.89, 2.86 และ 2.86 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
ด้านการตัดสินใจ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 268$)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการตัดสินใจ	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนของ เด็กนักเรียนแก่ผู้เกี่ยวข้อง ในชุมชน	2.72	0.98	ปานกลาง	3	2.97	0.93	ปานกลาง	3
2. การเข้าร่วมประชุม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.49	1.00	ปานกลาง	9	2.76	0.93	ปานกลาง	8
3. การร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.63	1.04	ปานกลาง	6	2.80	0.93	ปานกลาง	7
4. การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและวิธีการดูแลป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน	2.92	1.00	ปานกลาง	1	3.13	0.95	ปานกลาง	1
5. การร่วมอภิปรายเสนอรายละเอียดของสภาพปัญหาในการดำเนินงาน ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.49	0.98	ปานกลาง	8	2.72	0.99	ปานกลาง	9
6. การวิเคราะห์สาเหตุ/อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน	2.57	0.94	ปานกลาง	7	2.86	0.96	ปานกลาง	4
7. การคัดเลือกปัญหาที่พบในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.65	0.98	ปานกลาง	4	2.83	1.01	ปานกลาง	6

ตารางที่ 16 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการตัดสินใจ	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	<i>SD</i>	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	<i>SD</i>	ระดับ	อันดับ
8. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.63	0.96	ปานกลาง	5	2.84	0.97	ปานกลาง	5
9. การตัดสินใจเลือกปัญหาที่พบในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน เพื่อหาแนวทางจัดการปัญหา	2.75	1.00	ปานกลาง	2	3.08	0.88	ปานกลาง	2
ภาพรวม	2.65	0.84	ปานกลาง		2.89	0.79	ปานกลาง	

จากตารางที่ 16 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและวิธีการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.92 รองลงมา คือ การตัดสินใจเลือกปัญหาที่พบในการดำเนินงาน ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เพื่อหาแนวทางจัดการปัญหา ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เท่ากับ 2.49

หลังใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยการได้รับรู้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพและวิธีการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.13 รองลงมา คือ การตัดสินใจเลือกปัญหาที่พบในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เพื่อหาแนวทางจัดการปัญหา ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การร่วมอภิปรายเสนอรายละเอียดของสภาพปัญหาในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนใน เด็กนักเรียน เท่ากับ 2.72

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้านการปฏิบัติ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 268$)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการปฏิบัติ	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.59	1.03	ปานกลาง	6	2.94	0.96	ปานกลาง	1
2. การวางแผนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.68	1.04	ปานกลาง	1	2.90	0.93	ปานกลาง	6
3. การเสนอข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.64	1.05	ปานกลาง	2	2.90	0.95	ปานกลาง	7
4. การคัดเลือกแผนงาน/ โครงการเพื่อนำไปดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.56	1.00	ปานกลาง	7	2.88	0.95	ปานกลาง	9
5. การกำหนดทรัพยากร เช่น กำลังคน อุปกรณ์ สิ่งของ เงิน ที่จะใช้ ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.53	0.97	ปานกลาง	9	2.83	0.96	ปานกลาง	10
6. การตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน	2.62	1.03	ปานกลาง	4	2.88	0.91	ปานกลาง	8
7. การกำหนดวิธีดำเนินการในแผนงาน/ โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.62	1.03	ปานกลาง	4	2.92	0.91	ปานกลาง	2
8. การกำหนดแนวทางการติดตาม การควบคุม กำกับกับการดำเนินงาน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้เป็นไปตามแผน	2.63	1.06	ปานกลาง	3	2.91	0.97	ปานกลาง	4
9. การเข้าร่วมประชุมชี้แจงการดำเนินงานของชุมชนต่อภาครัฐและเอกชน ให้เข้ามาร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.49	1.02	ปานกลาง	11	2.82	0.92	ปานกลาง	12

ตารางที่ 17 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการปฏิบัติ	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	<i>SD</i>	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	<i>SD</i>	ระดับ	อันดับ
10. การประสานงานกับภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วม ดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.46	1.02	ปานกลาง	13	2.76	0.98	ปานกลาง	15
11. การช่วยระดมทรัพยากรที่เป็นเงิน คน วัสดุอุปกรณ์จากคนในชุมชน สำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.41	0.98	ปานกลาง	15	2.78	0.93	ปานกลาง	14
12. การบริจาคเงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกัน ภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน	2.47	1.01	ปานกลาง	12	2.76	0.98	ปานกลาง	15
13. การร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการเพื่อป้องกัน ภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน	2.53	1.01	ปานกลาง	10	2.85	0.99	ปานกลาง	11
14. การค้นหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการที่กำหนดไว้	2.44	1.00	ปานกลาง	14	2.79	0.96	ปานกลาง	13
15. การนำข้อบกพร่องในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มาปรับปรุงแก้ไข	2.54	1.06	ปานกลาง	8	2.91	0.98	ปานกลาง	5
16. การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนตามแผนที่ได้ปรับปรุง แก้ไข	2.60	1.04	ปานกลาง	5	2.92	0.97	ปานกลาง	3
ภาพรวม	2.61	0.93	ปานกลาง		2.86	0.80	ปานกลาง	

จากตารางที่ 17 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.68 รองลงมา คือ การเสนอข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การช่วยระดมทรัพยากรที่เป็นเงิน คน วัสดุอุปกรณ์จากคนในชุมชนสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เท่ากับ 2.41

หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.94 รองลงมา คือ การกำหนดวิธีดำเนินการในแผนงาน/ โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 ส่วนการประสานงานกับภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน และการบริจาคเงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.76

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
ด้านการรับประโยชน์ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 268$)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการรับประโยชน์	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การได้รับความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน	2.72	1.09	ปานกลาง	1	3.06	1.04	ปานกลาง	1
2. การได้รับความไว้วางใจจากผู้เข้าร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน	2.68	1.07	ปานกลาง	2	2.99	0.97	ปานกลาง	2
3. การได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.65	1.11	ปานกลาง	3	2.91	1.00	ปานกลาง	3
ภาพรวม	2.49	0.91	ปานกลาง		2.98	0.90	ปานกลาง	

จากตารางที่ 18 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการรับประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การได้รับความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.72 รองลงมา คือ การได้รับความไว้วางใจจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เท่ากับ 2.65

หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการรับประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การได้รับความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.06 รองลงมา คือ การได้รับความไว้วางใจจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เท่ากับ 2.91

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
ด้านการประเมินผล ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 268$)

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการประเมินผล	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การกำหนดวิธีการประเมินผลการทำงานตามแผนงาน/ โครงการ	2.57	1.00	ปานกลาง	4	2.86	0.96	ปานกลาง	3
2. การร่วมติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงาน/ โครงการที่กำหนดไว้	2.56	1.02	ปานกลาง	5	2.81	0.95	ปานกลาง	4
3. การวิเคราะห์ผลสำเร็จของแผนงาน/ โครงการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	2.57	1.00	ปานกลาง	4	2.79	0.98	ปานกลาง	5
4. การปรับปรุงแผนงาน/ โครงการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	2.60	0.99	ปานกลาง	2	2.86	0.93	ปานกลาง	2
5. การนำปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไขให้เกิด ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	2.63	1.04	ปานกลาง	1	2.91	0.98	ปานกลาง	1
6. การแจ้งข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ให้ชุมชนรับรู้และร่วมหาแนวทางแก้ไข	2.60	1.05	ปานกลาง	3	2.91	0.98	ปานกลาง	1
ภาพรวม	2.62	0.94	ปานกลาง		2.86	0.88	ปานกลาง	

จากตารางที่ 19 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การนำปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไขให้เกิดผลสำเร็จตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.63 รองลงมา คือ การปรับปรุงแผนงาน/ โครงการ ตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การร่วม ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงาน/ โครงการที่กำหนดไว้ เท่ากับ 2.56

หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะ อ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้านการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.86 เมื่อพิจารณาตามรายข้อทุกข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การนำ ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไขให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการแจ้งข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้ชุมชนรับรู้ และร่วมหาแนวทางแก้ไข มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.91 และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การวิเคราะห์ผลสำเร็จของแผนงาน/ โครงการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เท่ากับ 2.79

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง และความเชื่อคุณค่าตนเองต่อการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบในภาพรวม ($n = 268$)

ภาพรวมการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน ระดับประถมศึกษา	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง	2.89	0.87	ปานกลาง	3.03	0.78	ปานกลาง
ความเชื่อคุณค่าตนเอง	2.82	0.90	ปานกลาง	3.00	0.84	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ภาพรวมของระดับความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองและระดับความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.89 และ 3.03 ตามลำดับ

หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมของระดับความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง และระดับความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.03 และ 3.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 268$)

ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วน	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การระบุปัญหาการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนในชุมชนได้	2.94	0.94	ปานกลาง	3	3.10	0.85	ปานกลาง	3
2. การมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำแผน/โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.94	0.92	ปานกลาง	2	3.11	0.84	ปานกลาง	2
3. การระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.79	0.93	ปานกลาง	7	2.95	0.85	ปานกลาง	8
4. การชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.83	1.02	ปานกลาง	6	3.00	0.97	ปานกลาง	5
5. การชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผน/โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.78	1.02	ปานกลาง	8	2.97	0.96	ปานกลาง	6
6. การช่วยดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนอย่างเสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม	2.88	1.00	ปานกลาง	4	3.01	0.93	ปานกลาง	4
7. การเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะอ้วน	3.08	0.98	ปานกลาง	1	3.13	0.90	ปานกลาง	1
8. การทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการด้านการป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนโดยทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี	2.84	1.03	ปานกลาง	5	2.96	0.96	ปานกลาง	7
ภาพรวม	2.89	0.87	ปานกลาง		3.03	0.78	ปานกลาง	

จากตารางที่ 21 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ภาพรวมของระดับความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง เพื่อการป้องกันภาวะอ้วน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 เมื่อพิจารณารายข้อทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะอ้วน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.08 รองลงมา คือ การมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำแผน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 และการชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.78

หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมของระดับความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง เพื่อการป้องกันภาวะอ้วน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.03 เมื่อพิจารณารายข้อทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะอ้วน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.13 รองลงมา คือ การมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำแผน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.11 และการระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.95

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับ ความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 268$)

ความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วน	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	อันดับ
1. การมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนในชุมชน	2.96	0.99	ปานกลาง	1	3.13	0.94	ปานกลาง	1
2. การเป็นที่ปรึกษาของชุมชนในการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนในชุมชน	2.83	1.01	ปานกลาง	3	3.00	0.95	ปานกลาง	3
3. การช่วยระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือในการดำเนินแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน	2.75	0.96	ปานกลาง	7	2.92	0.92	ปานกลาง	8
4. การได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนในการดูแลป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน	2.79	1.00	ปานกลาง	5	2.97	0.94	ปานกลาง	5
5. การมีส่วนผลักดันนโยบายเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนที่เกิดจากความต้องการของคนในชุมชน	2.74	0.98	ปานกลาง	8	2.97	0.96	ปานกลาง	6
6. การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้ประสบความสำเร็จ	2.88	1.01	ปานกลาง	2	3.06	0.98	ปานกลาง	2
7. ความสามารถร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน	2.81	0.99	ปานกลาง	4	2.95	0.93	ปานกลาง	7
8. ความสามารถติดตามผลความก้าวหน้าของการทำงานตามแผนงาน/โครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	2.76	1.02	ปานกลาง	6	2.99	0.96	ปานกลาง	4
ภาพรวม	2.82	0.90	ปานกลาง		3.00	0.84	ปานกลาง	

จากตารางที่ 22 พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ภาพรวมของระดับความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.82 เมื่อพิจารณารายข้อทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.96 รองลงมา คือ การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้ประสบความสำเร็จ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.88 และการมีส่วนผลักดันนโยบายเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนที่เกิดจากความต้องการของคนในชุมชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.74

หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมของระดับความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.00 เมื่อพิจารณารายข้อทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียนในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.13 รองลงมา คือ การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้ประสบความสำเร็จ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.92 และการช่วยระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือในการดำเนินแผนงาน/โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.92

2. ประเมินผลภาวะอ้วน โดยชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงนักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียน เสนาบดีและโรงเรียนประสาทวิทย์ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 1,044 คน แสดงผล ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการประเมินภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 1044$)

ผลการประเมินภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา	\bar{X}	SD
ก่อนใช้รูปแบบ	2.45	0.99
หลังใช้รูปแบบ	2.38	0.92

จากตารางที่ 23 ผลการประเมินภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.45 และ 2.38 ตามลำดับ

3. ผู้วิจัย และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 5 ภาคส่วน ร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันของชุมชนในการดำเนินการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา แสดงผลดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 การปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
ด้านการตัดสินใจ	
1. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักแก่สมาชิก ในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องภาวะอ้วนในเด็ก ในการประชุมประจำเดือนของเทศบาลแก่ประธานชุมชน และแกนนำชุมชน ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน รวมทั้ง การประชุมชมรมผู้สูงอายุของเทศบาล - การกระจายเครือข่ายให้ความรู้ในชุมชน โดย อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กแก่สมาชิกชุมชน ในครัวเรือนที่แต่ละคนรับผิดชอบ - การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องภาวะอ้วนในเด็ก หน้าเสาธงและเสียงตามสายโดยนักเรียนแกนนำโรงเรียน เสนาบดี - การให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์แก่ครูและผู้ปกครอง ในการประชุมผู้ปกครองของโรงเรียนประสาทวิทย์ ในวันเปิดภาคเรียนเพื่อชี้แจงและเผยแพร่การดำเนิน กิจกรรมป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก - บุคลากรจากโรงพยาบาลและครูนามัย จัดทำสคริป สำหรับออกเสียงตามสาย บอร์ดนิทรรศการ แผ่นพับ ให้ความรู้ และ Infographic สำหรับใช้ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่นักเรียน ซึ่งผู้บริหารของโรงเรียนอนุญาต ให้ทีมโรงพยาบาลเข้าดำเนินงานร่วมกับโรงเรียนได้ โดยไม่ต้องทำหนังสือขออนุญาต

ตารางที่ 24 (ต่อ)

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
2. การเข้าพบกับผู้นำชุมชน	<p>- ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานคลินิกไร้พุง เข้าพบ ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการ โรงเรียนเสนาบดี และโรงเรียนประสาทวิทย์ ประธานชุมชน และประธานอสม. เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ภาวะอ้วนในเด็กของเทศบาลเมืองเสนา และใน โรงเรียน ทำให้ผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญ เข้าใจประเด็นปัญหาภาวะอ้วนในเด็กมากขึ้น และพร้อมที่จะสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเฉพาะด้านงบประมาณให้เขียนแผนงานโครงการขอได้จากเทศบาล และ โรงพยาบาลพร้อมทั้งสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมดำเนินงานทั้งในเทศบาล และโรงเรียน</p> <p>- ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาและพัฒนาวิถีดำเนินงาน ซึ่งปัญหาสำคัญในชุมชน คือ สมาชิกในชุมชนไม่มีความรู้ในเรื่องภาวะอ้วนในเด็กทำให้ไม่ตระหนักและไม่คิดถึงการจัดการแก้ไขปัญหาก็ต้องประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักแก่คนในชุมชนและพัฒนาศักยภาพทีมในการดำเนินงาน นอกจากนี้ โรงเรียนจะต้องดำเนินการมาตรการเพิ่มกิจกรรมทางกายแก่นักเรียนและควบคุมการขายอาหารอย่างต่อเนื่อง</p>
3. การสนทนากลุ่มกับแกนนำชุมชน	<p>- คณะทำงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กแต่ละภาคส่วนร่วมคิดวางแผนในการปฏิบัติ ค้นหาทรัพยากรที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงาน เห็นว่า ด้านงบประมาณนอกเหนือจากเงินงบประมาณของโรงพยาบาลแล้วยังสามารถขอได้จากเทศบาล จาก สปสช. และหาแหล่งงบประมาณอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น เงินบริจาคของจิตอาสา ส่วนบุคลากรที่สามารถนำช่วยดำเนินงาน ได้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขและครูอนามัย ส่วนผู้เชี่ยวชาญที่สามารถช่วยพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในชุมชน</p>

ตารางที่ 24 (ต่อ)

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
	คือ บุคลากรของโรงพยาบาลเสนา ได้แก่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลในคลินิกไร้พุง นอกจากนี้ คณะทำงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กได้ร่วมกันจัดทำผังเวลากำกับติดตามการดำเนินงานเพื่อช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผน
ด้านการปฏิบัติ	
1. การแต่งตั้งคณะทำงาน	- โรงพยาบาลได้จัดทำ (ร่าง) คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน ที่มาจากแต่ละภาคส่วน แต่มีข้อขัดข้องในระเบียบราชการ ทำให้ไม่สามารถแต่งตั้งคณะทำงานได้ ผู้รับผิดชอบ จากเทศบาลและโรงพยาบาลจึงเรียนปรึกษาปลัดเทศบาล เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยให้เทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ตัวแทน จากภาคส่วนต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นคณะทำงานและเซ็นคำสั่ง แต่งตั้งโดยนายอำเภอ ถึงแม้ว่าคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน ยังไม่เรียบร้อยแต่ชุมชนได้ดำเนินงานปฏิบัติกิจกรรม ตามแผนงาน
2. การประชุมจัดทำแผนงาน/	- จัดทำแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
โครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก	สำหรับดำเนินการในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 3 โครงการ ดังนี้ 1. โครงการจัดการเด็กที่มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน อำเภอเสนา ผู้รับผิดชอบโครงการ ได้แก่ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเสนา มีกิจกรรม ดังนี้ - อบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรโซ่ป่า ชายด้าป่า โค้ช - อบรมเชิงปฏิบัติการ “กระโดด โลดเต้น เล่นสนุก Fun for fit on tour” ในโรงเรียน

ตารางที่ 24 (ต่อ)

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
	<p>2. โครงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและกิจกรรมสร้างฐานการเรียนรู้ (Walk really) ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองเสนา มีกิจกรรม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อบรมให้ความรู้เรื่อง “3อ 2ส 1พ” - Walk really 3อ. <p>3. แผนงานส่งเสริมสุขภาพด้วย 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) โดยโรงพยาบาล แกนนำชุมชน อสม. และโรงเรียน ใช้งบประมาณที่ได้จากการบริจาค กิจกรรม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมอีด อ้อย โองนำความรู้ออกกำลังกาย - กิจกรรม อ.อาหาร - กิจกรรม อ.อารมณ์ “เห็นภาพนี้ นึกถึงอะไรบ้างจ๊ะ” เป็นกิจกรรมให้เด็กได้ระบายสีและให้เด็กรวมถึงผู้ปกครองเขียนอธิบายภาพว่าสุขภาพดีทำอย่างไร
<p>3. การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยและพยาบาลจากคลินิกไร้พุง ได้พัฒนาศักยภาพคณะทำงาน โดยให้ความรู้เรื่องภาวะอ้วนในเด็ก การ फैระวังและการคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย วิธีการควบคุม/ลดน้ำหนัก ในวันที่ 5 พ.ค. พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลเสนา จำนวน 15 คน - พยาบาลจากคลินิกไร้พุงให้ความรู้แก่อาสาสมัครชุมชนจำนวน 50 คน เรื่องภาวะอ้วนในเด็ก และการคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต) ในการประชุมอสม. เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นทีมเครือข่ายกระจายความรู้

ตารางที่ 24 (ต่อ)

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
4. การประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงาน	<p>- ประชุมติดตามการดำเนินงานร่วมกับการประชุมประชุมชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาล ดังนี้</p> <p>1) ประชุมครั้งที่ 1 ในวันอังคารที่ 2 ของเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 มีการดำเนินการได้ตามแผนงาน โดยโรงพยาบาลจัดทำเครื่องมือที่ในการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนสำหรับการให้บริการคัดกรองภาวะอ้วน ได้ดำเนินการคัดกรองภาวะอ้วนนักเรียนในโรงเรียนประสาทวิทย์ โรงเรียนเสนาบดี และในชุมชน เสร็จเรียบร้อย และส่งแบบรายงานให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเสนาเพื่อบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน</p> <p>2) ประชุมครั้งที่ 2 ในวันอังคารที่ 2 ของเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ติดตามผลการดำเนินงานสามารถปฏิบัติได้ตามแผน คือ ดำเนินกิจกรรมในโครงการจัดการเด็กที่มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน อำเภอเสนา โครงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและกิจกรรมสร้างฐานการเรียนรู้ (Walk really) และแผนงานส่งเสริมสุขภาพด้วย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ได้ดำเนินกิจกรรมอีก อ้อย โองนำความรู้ออกกำลังกายในโรงเรียนเสนาบดี และโรงเรียนประสาทวิทย์ โดยยังเหลือกิจกรรมอาหารและกิจกรรมอารมณ์ที่รอดำเนินการ นอกจากนี้ แกนนำชุมชนเขต ค ได้จัดกิจกรรมออกกำลังกายบริเวณลานกีฬาของชุมชนให้แก่เด็กในชุมชน เป็นกิจกรรมจิตอาสาไม่ต้องใช้งบประมาณ</p>

ตารางที่ 24 (ต่อ)

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
<p>5. การประชุมเผยแพร่การดำเนินกิจกรรม</p>	<p>- ผู้รับผิดชอบโครงการชี้แจงประชาสัมพันธ์รายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการในการประชุมประจำเดือนของเทศบาลในเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ซึ่งในการประชุมครั้งนี้แกนนำ อสม. ที่รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมอาหารได้แจ้งว่าทีมของโรงเรียนอนุบาลผู้สูงอายุอำเภอเสนาได้อาสาเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมกับนักเรียนด้วย</p>
<p>ด้านการรับประโยชน์</p>	
<p>1. การสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก</p>	<p>- โรงพยาบาลและผู้วิจัยร่วมจัดทำเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็ก ได้แก่ แบบคัดกรองและเกณฑ์การแปลผลภาวะอ้วนในเด็กพร้อมคำแนะนำ แบบบันทึกและรายงานการติดตามผลภาวะอ้วนในเด็กเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้โรงเรียนและอาสาสมัครสาธารณสุขใช้ในการจัดบริการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็ก</p> <p>- โรงพยาบาลจัดทำรายชื่อเด็กกลุ่มเป้าหมายให้ อสม. คัดกรองภาวะอ้วนในเด็กในชุมชน พร้อมสอนวิธีการใช้แบบคัดกรองและการแปลผล</p> <p>- โรงเรียน ร่วมกับ อสม. โรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเสนา ดำเนินการคัดกรองภาวะอ้วนแก่เด็กในชุมชนและโรงเรียน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คัดกรองและติดตามภาวะอ้วน เดือนละ 1 ครั้ง 2) แจ้งผลการคัดกรองและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ปกครอง 3) ประสานงานและส่งต่อข้อมูลการติดตามดูแลเด็กที่มีภาวะอ้วนแก่โรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตารางที่ 24 (ต่อ)

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
<p>2. การอบรมพัฒนาศักยภาพ แก่คณะทำงานและทีมกระจาย ความรู้ในชุมชน</p>	<p>- ดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพแก่ทีมงานเครือข่าย กระจายความรู้ในชุมชน ดังนี้</p> <p>1) อบรมหลักสูตร โขป้า ชายค้ำป้า ไค้ช ในวันที่ 25 ก.ค. พ.ศ. 2560 ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยครู เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนจากเทศบาล แกนนำชุมชน อสม. จำนวน 40 คน ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลเสนา เป็นหลักสูตรของกรมอนามัยที่สอน วิธีการเพิ่มกิจกรรมทางกายในเด็กวัยเรียนด้วยกิจกรรม 3 รูปแบบ คือ นวัตกรรมออกกำลังกายจิง โจ้ยัดตัว เพื่อช่วย เรื่องการยึดเหยียดกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และการยืดหยุ่น ของร่างกาย นวัตกรรมออกกำลังกายจิง โจ้ยัดตัว เพื่อช่วย ที่มีการกระโดด หรือมีการลงน้ำหนัก เพื่อกระตุ้นการเพิ่ม ความสูงให้เด็ก และนวัตกรรมออกกำลังกายเก้าอี้...ขยี้ฟุง ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทุก ๆ ส่วน ของร่างกาย</p> <p>2) อบรมเชิงปฏิบัติการ “กระโดด โดดเด่น เล่นสนุก Fun for fit on tour” ซึ่งเป็นกิจกรรมตามมาตรการส่งเสริม กิจกรรมทางกายในโรงเรียน และมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ศักยภาพทีมเครือข่ายกระจายความรู้ในโรงเรียน โดยครู จะคัดเลือกนักเรียน เพื่อเป็น โขป้าชายค้ำป้า ไค้ชสำหรับให้ ความรู้แก่เพื่อนนักเรียน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจาก ร.ร.ประสาทวิทย์ และร.ร.เสนาบดี จำนวน 60 คน วันที่ 1 ส.ค. และ 3 ส.ค. พ.ศ. 2560</p> <p>3) จัดกิจกรรมสร้างฐานการเรียนรู้ Walk really 30. เพื่อให้มีทักษะในการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ในวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเสนา กลุ่มเป้าหมาย คือ ครู และนักเรียนจาก</p>

ตารางที่ 24 (ต่อ)

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
	<p>โรงเรียนเสนาบดี จำนวน 100 คน แบ่งเป็น 3 ฐานกิจกรรม ดังนี้</p> <p>อ1: อารมณ์ กิจกรรมย่อย คือ สร้างความตระหนัก และทีมพันธมิตรเสริมกำลังใจ เสริมความรู้เรื่องพฤติกรรม การบริโภคและโรคอ้วน สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง</p> <p>อ2: อาหาร กิจกรรมย่อย คือ ฐานงานไหนดีไม่มีมัน ฐานงานไหนอ้วน คำนวณแคลอรี ฐานฝึกชั่งตวงอาหาร ฐานฝึกอ่านฉลากโภชนาการ</p> <p>อ3: ออกกำลังกาย กิจกรรมย่อย คือ ฐานร่างกายแข็งแรง กล้ามเนื้อเต่งตึง ต้องออกกำลังกาย</p> <p>4) จัดกิจกรรมอีด อ้อย โองนำความรู้ออกกำลังกาย ให้แก่นักเรียนชั้น ป. 2 โรงเรียนเสนาบดี จำนวน 33 คน ในวันที่ 26 ก.ค. พ.ศ. 2560 และนักเรียนโรงเรียน ประสาทวิทย์ จำนวน 88 คน ในวันที่ 28 ก.ค. พ.ศ. 2560 ผู้ดำเนินกิจกรรม คือ อสม.เทศบาลเมืองเสนา โดยมี กิจกรรมแบ่งทีมแข่งการออกกำลังกาย ตอบคำถามอาหาร ที่ช่วยลดน้ำหนัก และ อาหารเสี่ยงอ้วน แจกรางวัลตุ๊กตา เล็กและใหญ่ เครื่องเขียน</p>
<p>ด้านการประเมินผล</p> <p>1. การกำหนดวิธีการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน</p>	<p>- กำหนดวิธีการวัดผลการดำเนินงาน โดยประเมินผล การดำเนินงานจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จำนวนสมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม 2) ความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำ 3) จำนวนนักเรียนที่ได้รับบริการคัดกรองติดตาม ภาวะอ้วน 4) จำนวนเด็กที่มีภาวะอ้วนในชุมชน <p>- จัดทำบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน</p>

ตารางที่ 24 (ต่อ)

กิจกรรมตามรูปแบบ	การปฏิบัติกิจกรรม
2. การอภิปรายสรุปผลงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ข้อมูล - ผู้รับผิดชอบโครงการจากโรงพยาบาล เทศบาล และแกนนำ อสม. ประชุมเพื่อเตรียมจัดทำรายงานสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและนำเสนอแก่ปลัดเทศบาลผู้บริหารของโรงเรียน และโรงพยาบาล
3. การประชุมเพื่อนำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไข	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมติดตามการดำเนินงานร่วมกับการประชุมประชาชนชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาล พบปัญหาไม่พบเด็กในชุมชนตามรายชื่อที่ต้องคัดกรองภาวะอ้วน จึงเสนอให้ปรับปรุงการดำเนินงาน โดยเน้นการดูแลและจัดกิจกรรมให้กับเด็กที่อยู่ในโรงเรียนน่าจะง่ายในการปฏิบัติมากกว่า เมื่อเด็กได้ร่วมกิจกรรมแล้วจะเล่าให้ผู้ปกครองรับทราบ และวางแผนจะขยายผลการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กแก่ผู้ปกครอง

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการใช้รูปแบบ

ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ประกอบด้วย

1. ผลเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

การมีส่วนร่วมของชุมชน	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>t-test</i>	<i>p-value</i>
ภาพรวม				
ก่อนใช้รูปแบบ	2.52	0.84	5.24*	.000
หลังใช้รูปแบบ	2.88	0.79		
ด้านการตัดสินใจ				
ก่อนใช้รูปแบบ	2.65	0.84	3.50*	.001
หลังใช้รูปแบบ	2.89	0.79		
ด้านการปฏิบัติ				
ก่อนใช้รูปแบบ	2.61	0.93	3.45*	.001
หลังใช้รูปแบบ	2.86	0.80		
ด้านการรับประโยชน์				
ก่อนใช้รูปแบบ	2.49	0.91	6.36*	.000
หลังใช้รูปแบบ	2.98	0.90		
ด้านการประเมินผล				
ก่อนใช้รูปแบบ	2.61	0.94	3.06*	.002
หลังใช้รูปแบบ	2.86	0.88		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 25 พบว่า หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบ มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติ ด้านการรับประโยชน์ และด้านการประเมินผล สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลเปรียบเทียบการประเมินภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบผลประเมินภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ผลประเมินภาวะอ้วนของนักเรียน ระดับประถมศึกษา	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>t-test</i>	<i>p-value</i>
ก่อนใช้รูปแบบ	2.45	0.99	4.42*	.000
หลังใช้รูปแบบ	2.38	0.92		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 26 พบว่า หลังการใช้รูปแบบ นักเรียนระดับประถมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบ มีภาวะอ้วนลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาที่สังเคราะห์จากบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม รายละเอียดดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษาที่สังเคราะห์จากบันทึกข้อมูลการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ข้อค้นพบ
1. ด้านการตัดสินใจ	- ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหาร ประธานชุมชน และผู้นำแบบไม่เป็นทางการของชุมชน - ผู้บริหารของโรงเรียนให้ความสำคัญและสนับสนุนการจัดกิจกรรมป้องกันภาวะอ้วน มีการมอบหมายงานครูที่รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมอย่างชัดเจน และมีการประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้ปกครอง

ตารางที่ 27 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ข้อค้นพบ
	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็ก ทำให้คณะทำงานมีความตระหนักในการจัดการปัญหาและตัดสินใจที่จะจัดกิจกรรมดูแลด้านออกกำลังกายและการบริโภคอาหารแก่เด็กทั้งหมดไม่เน้นเฉพาะเด็กที่มีภาวะอ้วน - ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับนำมาใช้ในการดำเนินงานจากเทศบาล สปสช. โรงพยาบาล และจากจิตอาสาโดยมีตัวแทนของทั้งภาครัฐและภาคชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละโครงการ ซึ่งแตกต่างจากเดิมที่มีเฉพาะ โรงพยาบาลรับผิดชอบในการดำเนินงาน - มีการวางแผนจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ โดยโรงเรียนและโรงพยาบาลจัดทำร่วมกัน เนื่องจากยังไม่มียงบประมาณที่เพียงพอในการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์
2. ด้านการปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรวมกลุ่มช่วยกันจัดทำแผนงาน/ โครงการและดำเนินกิจกรรมในชุมชน แม้จะยังไม่มีการตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ - มีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารด้วยการตั้งกลุ่มไลน์สำหรับใช้ประชาสัมพันธ์ ประสานงาน และติดตามการดำเนินงาน - ได้เครือข่ายที่เป็นพันธมิตรในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ได้แก่ ครูการศึกษาในโรงเรียนและนักเรียนอนุบาลผู้สูงวัย - คณะทำงานแต่ละภาคส่วนอาสาสมัครรับผิดชอบโครงการและชักชวนสมาชิกในชุมชนเป็นทีมงานเข้าร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน รวมทั้งจัดหาสื่อประชาสัมพันธ์จากแหล่งอื่นเพิ่มเติม เช่น การขอสื่อประชาสัมพันธ์จากกรมอนามัย
3. ด้านการรับประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีความรู้ในการดูแลป้องกันภาวะอ้วน - ได้นำความรู้ไปใช้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง - ได้เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองแก่เด็กในชุมชน - ได้รับความภาคภูมิใจ จากการช่วยดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนอย่างเสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม เช่น

ตารางที่ 27 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ข้อค้นพบ
	<p>แกนนำ อสม. เขต ค อาสาจัดกิจกรรมนำเด็กออกกำลังภายในชุมชน โดยไม่ใช้งบประมาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แกนนำชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำแผนงาน/ โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน สามารถเขียนโครงการ เพื่อของบประมาณสำหรับใช้ขยายการดำเนินงานในปีถัดไปได้ - แกนนำผู้รับผิดชอบโครงการมีความสามารถในการประสานงาน กับภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงาน ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน - แกนนำผู้รับผิดชอบโครงการ ได้รับการชื่นชมจากสมาชิกในชุมชน และต้องการให้ขยายผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น
4. ด้านการประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดวิธีการประเมินผลการทำงานตามแผนงาน/ โครงการ ที่ชัดเจน ทำให้คณะทำงานสามารถติดตามผลการดำเนินงาน และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานได้ - การแจ้งข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียนให้ชุมชนรับรู้ ทำให้เกิดความตระหนัก สนใจ ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการเพิ่มขึ้น - การพบปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลโรงพยาบาลได้วางแผนพัฒนาระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการเชื่อมโยงการใช้ข้อมูลของแต่ละภาคส่วนในชุมชน - มีการใช้ประโยชน์จากผลการติดตามประเมินผลโดย อสม. นำเสนอผลการดำเนินงานให้ปลัดเทศบาล และเสนอแผนการดำเนินงานเพื่อของบประมาณปีถัดไป - มีการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กอย่างเป็นรูปธรรม โดยชุมชนเป็นเจ้าของในการจัดการกับปัญหาทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการคิดวางแผนพัฒนางาน ดังนี้ 1) การพัฒนาบทบาทโรงพยาบาลในการเป็น Supervision 2) การพัฒนาศักยภาพการสื่อสารประสานงาน 3) การปรับปรุงความรู้ 3 อ 2 ส 4) การจัดระบบการเฝ้าระวังและติดตามส่งต่อระหว่าง โรงเรียน และโรงพยาบาล

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยการใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมาจาก 5 ภาคส่วนของเขตเทศบาลเมืองเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย ผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียน ชุมชน โรงพยาบาล และเทศบาล จำนวน 476 คน และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากแต่ละภาคส่วนแบบเจาะจง จำนวน 12 คน เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับความพร้อมของชุมชน และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการ 5 ขั้นตอนของ ADDIE model ได้แก่ 1) ศึกษาและวิเคราะห์ โดยจัดการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ 2) ออกแบบ ได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎี หลักการที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะอ้วนที่ได้จากการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชน และผลสรุปของการสนทนากลุ่มมาสังเคราะห์เพื่อกำหนดและสร้างรูปแบบ 3) พัฒนารูปแบบ มีการตรวจสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนอในการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ 4) ทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มเป้าหมายจาก 5 ภาคส่วนของชุมชนเขตเทศบาลเมืองเสนา จำนวน 268 คน ได้ทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน และ 5) ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยประเมินเปรียบเทียบผลระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการประเมินภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษา และสรุปผลการปฏิบัติร่วมกันของชุมชนในการดำเนินการป้องกันภาวะอ้วน

สรุปผลการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนและความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

1.1 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 ผลการพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนรายด้าน ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับประโยชน์ และการประเมินผล พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการรับประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 2.66 รองลงมา คือ

ด้านการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 ด้านการประเมินผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ตามลำดับ และด้านการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.53

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของทุกข้อ อยู่ในระดับปานกลาง และรายชื่อของระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังนี้

1.1.1 ด้านการตัดสินใจ ได้แก่ การร่วมอภิปรายเสนอรายละเอียดของสภาพปัญหา ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.44

1.1.2 ด้านการปฏิบัติ ได้แก่ การช่วยระดมทรัพยากรที่เป็นเงิน คน วัสดุอุปกรณ์ จากคนในชุมชนสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.41

1.1.3 ด้านการรับประโยชน์ ได้แก่ การได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนใน เด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62

1.1.4 ด้านการประเมินผล ได้แก่ การวิเคราะห์ผลสำเร็จของแผนงาน/ โครงการ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.54

ส่วนระดับความคาดหวังในความสามารถตนเองและความเชื่อคุณค่าตนเอง ในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 และ 2.80 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า สมาชิกในชุมชนมีความคาดหวังในความสามารถตนเองเรื่องการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพและความเชื่อคุณค่าตนเอง ว่ามีส่วนสำคัญในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 และ 2.91 ตามลำดับ ส่วนความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองและความเชื่อคุณค่าตนเอง ในการระดมทรัพยากร ประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมผลักดันนโยบาย เพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 และ 2.91 ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วน ร้อยละ 65.50 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 81.10 และจากการสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน พบปัญหาหรืออุปสรรค ที่สำคัญของการดำเนินงาน คือ 1) การขาดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน และ 2) การขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักต่อปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก

1.2 ระดับความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ผลการศึกษาความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ ประถมศึกษา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระยะไม่ตระหนักมีค่าคะแนนเท่ากับ 1.62 โดยแสดงผลความพร้อมของชุมชนในแต่ละมิติ ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 สรุปผลความพร้อมของชุมชน 5 มิติ

มิติความพร้อมของชุมชน	คะแนน/ ระยะ	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
1. ความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหา	1.00 ไม่ตระหนัก	ไม่มีโครงการ/ กิจกรรมป้องกัน ยังไม่คิดว่า เป็นปัญหาของชุมชน
2. ผู้นำชุมชน	1.42 ไม่ตระหนัก	ผู้นำชุมชนไม่กังวลถึงปัญหา ไม่ให้ ความสำคัญ ไม่เคยทราบข้อมูลสถานการณ์ จึงไม่สนับสนุนและไม่มีแผนในการจัดการ
3. บรรยากาศของชุมชน	1.58 ไม่ตระหนัก	สมาชิกชุมชนไม่ทราบข้อมูลจึงไม่กังวล เห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว มีการเลี้ยงดู แบบตามใจ สภาพแวดล้อมไม่สนับสนุน ให้เกิดการป้องกัน
4. ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหา	1.92 ไม่ตระหนัก	มีความรู้เพียงเล็กน้อย เห็นว่าผลเสีย เป็นเรื่องของอนาคต มีความรู้ความเชื่อที่ผิด เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็ก ไม่สามารถเข้าถึง ข้อมูลข่าวสาร
5. แหล่งทรัพยากรของชุมชน	2.17 ปฏิเสธ/ ต่อต้าน	ไม่มีนโยบายหรือมาตรการในการจัดการ ปัญหา บุคลากรไม่มีความชำนาญ ไม่เคย ฝึกอบรม ไม่มีแหล่งข้อมูล แต่มีงบประมาณ มีเครือข่ายช่วยงาน

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ

ประถมศึกษา

2.1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ระยะก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้นำผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับความพร้อมของชุมชนนำเสนอแก่ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ปลัดเทศบาลเมืองเสนา ผู้อำนวยการ โรงเรียนเสนาและ โรงเรียนประสาทวิทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเสนา ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชน โดยขอเข้าพบเพื่อพูดคุยชี้แจงเป็นรายบุคคลกับผู้บริหารของเทศบาล โรงเรียน โรงพยาบาล

รวมทั้งขอเข้าพบและสนทนากลุ่มเล็กกับประธานชุมชนและแกนนำชุมชน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะอ้วนของนักเรียนประถมศึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามกลวิธีที่เหมาะสมกับระยะไม่ตระหนัก หลังดำเนินการพบว่า ระดับความพร้อมของชุมชนในส่วนของผู้นำชุมชน ได้เพิ่มระดับจากระยะไม่ตระหนัก เป็นระยะเริ่มคิดวางแผน (Preplanning) โดยทุกภาคส่วนมีความตระหนักต่อปัญหามากขึ้น เห็นว่า ควรมีการดำเนินการจัดการกับปัญหาแต่ยังไม่มีเป้าหมายหรือรายละเอียดในการดำเนินการที่ชัดเจน เริ่มมีการคิดวางแผน โดยโรงพยาบาลจะจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดทำโครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เทศบาลเสนอว่ามีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับแกนนำในชุมชนคิดว่าจะวางแผนของงบประมาณจัดทำโครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก และยินดีร่วมในการดำเนินการกับโรงพยาบาล ส่วนโรงเรียนจะเริ่มดำเนินการตามแนวทางของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพนักเรียน ดูแลเรื่องอาหารสำหรับเด็กนักเรียนต่อ หลังจากที่ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2.2 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ใช้ขั้นตอนตามแนวคิดของ Strickland (2006) ที่เรียกว่า “ADDIE model” มีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ซึ่งผลการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์

การสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นว่าปัญหาที่สำคัญของการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักต่อปัญหา และการขาดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน ได้ผลสรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาใช้จัดทำรูปแบบดังนี้

1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพิ่มความตระหนักต่อปัญหาแก่ผู้ปกครองและสมาชิกในชุมชน ได้แก่ จัดเสียงตามสายกระจายความรู้โดยเครือข่ายกระจายความรู้ของชุมชนและโรงเรียน จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ในการประชุมของหน่วยงานในชุมชน

2) การสร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน ได้แก่ แต่งตั้งคณะทำงาน ประกอบด้วยตัวแทนของแต่ละภาคส่วน อบรมเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานแก่ทีมงาน จัดบริการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและจัดระบบส่งต่อข้อมูลการดูแลแก่โรงเรียน โรงพยาบาล ผู้ปกครอง และชุมชน

3) การกำหนดมาตรการหรือนโยบายในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก และจัดทำแผนงาน/ โครงการ

4) การประเมินติดตามผลการดำเนินงาน โดยการบันทึกและรายงานผลการเฝ้าระวังภาวะอ้วนในเด็ก ประชุมคณะทำงานทุก 2 เดือน เพื่อติดตามและปรับปรุงการดำเนินงาน ประชุมอภิปรายสรุปผลและนำเสนอแก่ผู้บริหาร

ขั้นที่ 2 ออกแบบ

ผลการสังเคราะห์แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff ระดับการมีส่วนร่วมและระดับความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน จากการศึกษาในระยะที่ 1 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่ม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างรูปแบบ ดังนี้

เป้าหมาย เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะอ้วนและโรคอ้วน รวมทั้งเพิ่มความตระหนักของประชาชนในเรื่องโภชนาการ และการออกกำลังกาย

กลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกัน คือ การให้ข้อมูล และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม มาตรการในการดำเนินการ ได้แก่

- 1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชน
- 2) การให้ข้อมูลความรู้และการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กแก่สมาชิกในชุมชน
- 3) การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของผู้ปกครอง โรงเรียน และสมาชิก

ในชุมชน

4) การจัดทำนโยบาย แผนงานของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก (มาตรการดูแลควบคุมการขายอาหารในโรงเรียน นโยบายส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพ และการออกกำลังกาย)

กิจกรรมในการดำเนินงาน

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีกิจกรรมการปฏิบัติ คือ

1.1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชน

1.1.1) จัดทำแผ่นพับ สกริปเสียงตามสาย บอร์ดนิทรรศการ และ Infographic สำหรับประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในโรงเรียนและชุมชน

1.1.2) ประชุมชี้แจงและประชาสัมพันธ์เผยแพร่การดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กแก่ครู ผู้ปกครอง ในการประชุมของโรงเรียน และการประชุมประจำเดือนของเทศบาล รวมทั้งการประชุมของกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ในชุมชน

1.1.3) การให้ออสม. เป็นเครือข่ายกระจายความรู้แก่สมาชิกชุมชนในครัวเรือน
ที่แต่ละคนรับผิดชอบ

1.2) การเข้าพบกับผู้นำชุมชน โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์เพื่อให้เห็น
ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาและพัฒนากลวิธี
ดำเนินงาน

1.3) การสนทนากลุ่มกับแกนนำชุมชนในการวางแผนการปฏิบัติ การค้นหา
ทรัพยากรที่จะนำมาใช้ดำเนินงาน

2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ มีกิจกรรมการปฏิบัติ คือ

2.1) การประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
และจัดทำแผนงาน/ โครงการ

2.2) การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะ
อ้วนในเด็กแก่คณะทำงานและเครือข่ายกระจายความรู้

2.3) การแต่งตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรม

2.4) การประชุมเผยแพร่การดำเนินกิจกรรมแก่สมาชิกชุมชน ครู และกลุ่มชมรม
ในชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือ

2.5) การประชุมคณะทำงานทุก 2 เดือน เพื่อติดตามผลและปรับปรุงการดำเนินงาน

3) การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ มีกิจกรรมการปฏิบัติ คือ

3.1) การสร้างเครือข่ายในการทำงานเพื่อจัดบริการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
ทั้งในชุมชนและโรงเรียน โดยโรงพยาบาลจัดทำเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานและคัดกรอง
ภาวะอ้วนในเด็กแก่ อสม. และครู

3.2) การอบรมพัฒนาศักยภาพแก่ทีมเครือข่ายกระจายความรู้ในชุมชนและ
โรงเรียน โดยให้ความรู้เรื่องภาวะอ้วนในเด็ก การเฝ้าระวังและการคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนี
มวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต) ความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีกิจกรรมการปฏิบัติ คือ

4.1) การกำหนดวิธีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงาน/
โครงการจากพนักงาน รวมทั้งจัดทำแบบสรุปรายงานผลการดำเนินงาน

4.2) การประชุมอภิปรายสรุปผลที่ได้รับและประเมินประสิทธิภาพของ
การดำเนินงาน พร้อมจัดทำรายงานสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานนำเสนอแก่ผู้บริหารของเทศบาล
โรงเรียน และโรงพยาบาล

4.3) การประชุมติดตามผลการดำเนินงานของคณะทำงานทุก 2 เดือน เพื่อนำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไข

ขั้นที่ 3 พัฒนารูปแบบ

ในการพัฒนารูปแบบได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน มีค่า IOC เท่ากับ 0.98 และผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มรายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรมด้านการตัดสินใจในกิจกรรมที่ 1 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ โดยให้เพิ่มการแจ้งข้อมูลเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมเบ้าหวาน หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้นำเสนอรูปแบบในการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบรูปแบบก่อนนำไปใช้ ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีข้อคิดเห็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ด้วยการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่ว่าอาจจะทำไม่ได้ในตอนี้ เพราะไม่มีงบประมาณในการดำเนินการและไม่แน่ใจว่าจะมีงบประมาณสนับสนุนหรือไม่ แต่ให้คงกิจกรรมนี้ไว้ ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ของรูปแบบ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นว่า รูปแบบมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ดำเนินงานในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้รูปแบบ

ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2560-พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 โดยกลุ่มเป้าหมายที่ทดลองใช้รูปแบบมาจาก 5 ภาคส่วนของชุมชนเขตเทศบาลเมืองเสนา โรงเรียนเสนาบดี และโรงเรียนประสาทวิทย์ จำนวน 268 คน มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1) ประเมินระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ในกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 และ 2.88 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนในรายด้าน ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับประโยชน์ และการประเมินผล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยก่อนการใช้รูปแบบด้านการรับประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.49 ซึ่งรายชื่อของด้านการรับประโยชน์ ได้แก่ การได้รับความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.72 และการได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.65 หลังใช้รูปแบบ พบว่า ด้านการรับประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 2.9 เมื่อพิจารณารายชื่อของด้านการรับประโยชน์ การได้รับความรู้และประสบการณ์

ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.06 และการได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.91

2) ประเมินผลภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง นักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนเสนาบดีและ โรงเรียนประสาทิพย์ ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 1,044 คน พบว่า ผลการประเมินภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 และ 2.38 ตามลำดับ

3) ผู้วิจัย และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 5 ภาคส่วน ร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ผลดำเนินการของการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติ ด้านการรับประโยชน์ และด้านการประเมินผล มีดังนี้

3.1) ด้านการตัดสินใจ พบว่า ผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลได้ให้ข้อมูล สถานการณ์ปัญหาแก่ผู้บริหารของเทศบาล โรงเรียน และโรงพยาบาล ส่วนแกนนำ อสม. ครูอนามัย และพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองเสนา ได้ดำเนินการรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักทั้งในชุมชนและโรงเรียน โดยประชาสัมพันธ์ในการประชุมประจำเดือนของเทศบาล แก่ประธานชุมชน แกนนำชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์ในโรงเรียนแก่ครูและผู้ปกครองในการประชุมผู้ปกครอง แกนนำนักเรียนประชาสัมพันธ์หน้าเสาธงและเสียงตามสาย โดยมีโรงพยาบาลและโรงเรียนร่วมกันจัดทำสื่อเพราะไม่มีงบประมาณในการจัดจ้างทำสื่อประชาสัมพันธ์ และมี อสม. เป็นเครือข่ายกระจายความรู้แก่สมาชิกชุมชนในครัวเรือนที่แต่ละคนรับผิดชอบ แต่ยังไม่ให้บริการได้ไม่ครอบคลุมสมาชิกในชุมชนทั้งหมด เนื่องจากสมาชิกในชุมชนบางส่วนไม่อยู่บ้านต้องออกไปทำงาน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบทำให้แกนนำแต่ละภาคส่วนตระหนักถึงปัญหา และร่วมกันคิดวางแผนงาน/ โครงการเพื่อสร้างความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากเทศบาล

3.2) ด้านการปฏิบัติ พบว่า มีการจัดตั้งคณะทำงานที่มาจากผู้เกี่ยวข้อง 5 ภาคส่วน แต่มีข้อขัดข้องของขั้นตอนราชการ ทำให้ยังไม่สามารถแต่งตั้งคณะทำงานได้เรียบร้อย แต่ยังสามารถร่วมกันดำเนินงานได้ เนื่องจากมีผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลัก ในการรวมกลุ่มของแกนนำผู้เกี่ยวข้องจาก 5 ภาคส่วน ให้ช่วยกันจัดทำแผนงาน/ โครงการและดำเนินกิจกรรมในชุมชน และยังเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ ส่วนเทศบาลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ นอกจากนี้ ผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลช่วยหางบประมาณเพิ่มเติม โดยได้รับเงินบริจาคจากจิตอาสา ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก จำนวน 3 โครงการ แต่ละโครงการมีผู้รับผิดชอบโครงการหลักที่มาจากเทศบาล โรงพยาบาล และแกนนำ

อสม. สำหรับการประชาสัมพันธ์ ประสานงาน และติดตามการดำเนินงาน คณะทำงานได้เพิ่มช่องทางการสื่อสารด้วยการตั้งกลุ่มไลน์ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าโครงการ ร่วมกับการประชุมของเทศบาลและชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ได้เครือข่ายที่เป็นพันธมิตรในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น และได้มีการขยายเครือข่ายในการทำงาน โดยคณะทำงานแต่ละภาคส่วนที่เป็นผู้รับผิดชอบของโครงการจะชักชวนสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมเป็นทีมงาน

3.3) ด้านการรับประโยชน์ พบว่า โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านวิชาการและการจัดบริการ โดยอบรมพัฒนาศักยภาพแก่ทีมงานเครือข่ายกระจายความรู้ในชุมชน ทำให้ทีมงานมีความรู้ในการดูแลป้องกันภาวะอ้วน และนำความรู้ไปใช้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและผู้อื่น โดยแกนนำ อสม. ครูอนามัย และแกนนำนักเรียนดูแลสุขภาพและควบคุมน้ำหนักตนเองจนสามารถเป็นแบบอย่างได้ และมีแกนนำ อสม. เขต ค อาสาจัดกิจกรรมนำเด็กออกกำลังภายในชุมชนโดยไม่ใช้งบประมาณ ทำให้เกิดความรู้สึภาคภูมิใจจากการช่วยดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ส่วนแกนนำชุมชนที่อาสารับผิดชอบดำเนินงานแผนงานส่งเสริมสุขภาพด้วย 3 อ. มีอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ ไม่มีความมั่นใจด้านวิชาการและการติดต่อประสานงานกับโรงเรียน ยังติดกับรูปแบบเดิมที่ต้องรอการตัดสินใจดำเนินการจากโรงพยาบาล พยาบาลจากคลินิกไร้พุงจึงช่วยพัฒนาศักยภาพแก่แกนนำ อสม. โดยปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงาน สนับสนุนให้แกนนำ อสม. ได้มีโอกาสตัดสินใจประสานงานกับเทศบาลและโรงเรียน รวมทั้งดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้แกนนำ อสม. มีความมั่นใจมากขึ้นที่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักของโครงการ และได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนงาน/โครงการ จนสามารถเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสำหรับใช้จ่ายการดำเนินงานในปีต่อไปได้

ในการจัดบริการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็ก ผู้รับผิดชอบหลักในการบริการคัดกรองในโรงเรียน คือ ครู ในชุมชน คือ อสม. และพยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเสนา ส่วนโรงพยาบาลจัดทำเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็ก รวมทั้งจัดทำรายชื่อเด็กกลุ่มเป้าหมายให้ อสม. คัดกรองภาวะอ้วนในเด็กในชุมชน พร้อมสอนวิธีการใช้แบบคัดกรองและการแปลผล โรงพยาบาลรวบรวมผลการคัดกรองทั้งหมดของเทศบาลเมืองเสนา และติดตามดูแลเด็กที่มีภาวะอ้วน เพื่อให้การดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.4) ด้านการประเมินผล พบว่า คณะทำงานป้องกันภาวะอ้วนได้กำหนดวิธีประเมินผลแผนงาน/โครงการที่ชัดเจน ทำให้สามารถติดตามผลการดำเนินงาน และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานได้ อุปสรรคที่พบจากการประเมินผลการดำเนินงานในคัดกรองภาวะอ้วนแก่เด็กในชุมชน คือ ไม่พบเด็กตามรายชื่อเป้าหมายที่จะต้องคัดกรอง จึงแก้ไขปรับปรุง

การดำเนินงาน โดยให้เน้นการดูแลและจัดกิจกรรมกับเด็กในโรงเรียน ซึ่งง่ายต่อการปฏิบัติมากกว่า และมีปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลที่ยังไม่มีการจัดเก็บในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำให้ไม่สะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ โรงพยาบาลจึงเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการวางแผนพัฒนาระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ในการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการจากโรงพยาบาล เทศบาล และแกนนำ อสม. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการที่กำหนดไว้ ได้แก่ จำนวนและความรู้ความเข้าใจของผู้ร่วมกิจกรรม จำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง จำนวนนักเรียนที่มีภาวะอ้วน โดยโรงพยาบาลเป็นผู้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน และได้ประชุมผู้รับผิดชอบโครงการเพื่อจัดทำรายงานสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อเตรียมนำเสนอแก่ปลัดเทศบาล ผู้บริหารของ โรงเรียน และ โรงพยาบาล รวมทั้งได้แจ้งข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานในการประชุมของเทศบาลให้สมาชิกชุมชนได้รับรู้ เกิดความตระหนัก สนใจเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการเพิ่มขึ้น

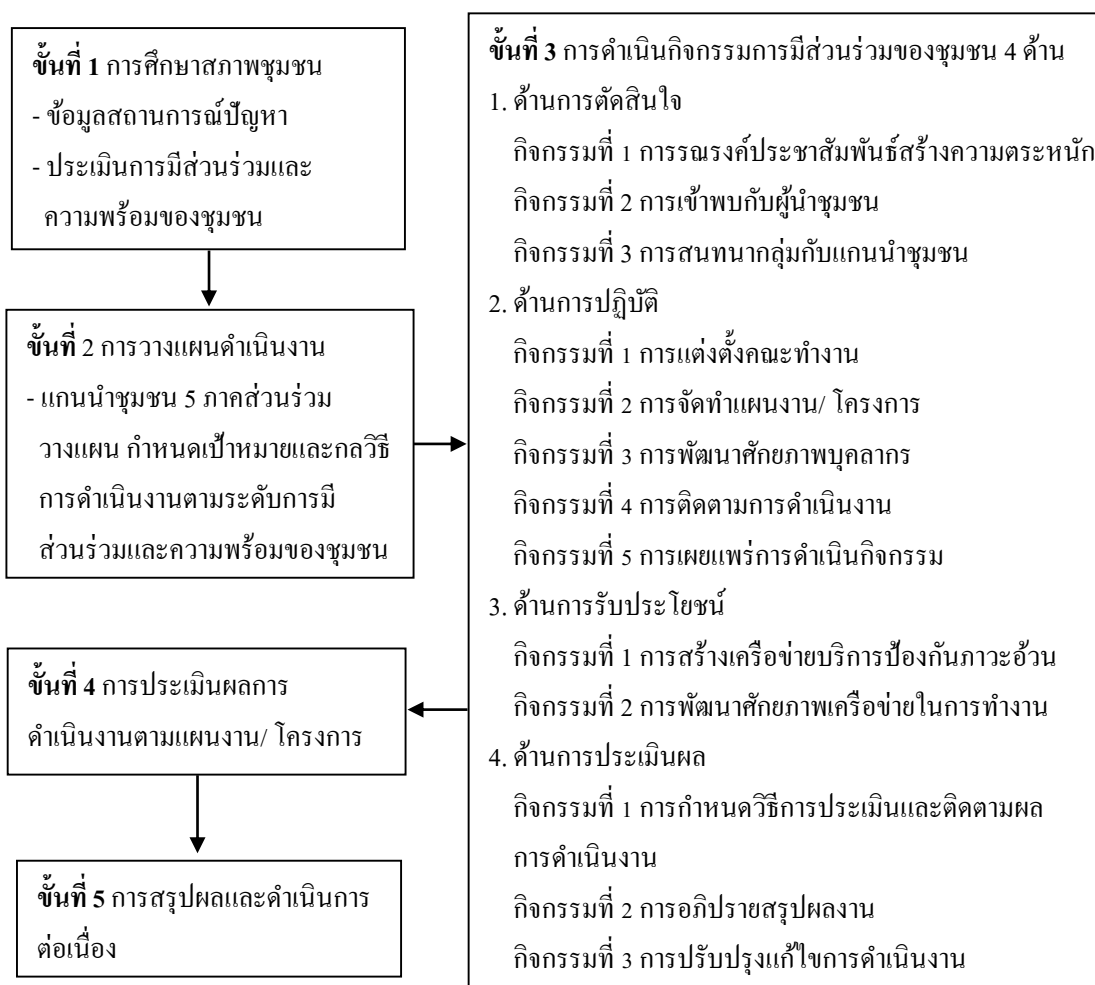
ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการใช้รูปแบบ

ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ประกอบด้วย

1) ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาพรวมของการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาทางด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติ ด้านการรับประโยชน์ และด้านการประเมินผล พบว่า ทุกด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลประเมินภาวะอ้วนของนักเรียน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ภาวะอ้วนของนักเรียนหลังใช้รูปแบบ ลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการพัฒนารูปแบบตามขั้นตอนของ ADDIE model สามารถสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ได้ดังนี้



ภาพที่ 6 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้

1. การสร้างความตระหนักต่อปัญหาแก่ผู้บริหารและผู้นำชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะผู้บริหารและผู้นำชุมชนเป็นผู้กำหนดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงาน
2. การดำเนินงานตามรูปแบบควรมีผู้ประสานงานหลักที่มีภาวะผู้นำสามารถเชื่อมโยงและติดตามประสานการดำเนินงานของแต่ละภาคส่วนในภาพรวมของชุมชน เพื่อให้การทำงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน
3. การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน ช่วยสนับสนุนการทำงานแบบเครือข่าย เพิ่มการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและสามารถติดตามผลการดำเนินงานได้

4. การใช้กลวิธีดำเนินงานของรูปแบบเป็นไปตามระยะความพร้อมของชุมชนที่อยู่ในระยะไม่ตระหนัก ผู้เข้าร่วมดำเนินการส่วนใหญ่จะเป็นผู้บริหาร ผู้นำชุมชน แกนนำ อสม. และผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล เทศบาลและโรงเรียน การร่วมดำเนินการของผู้ปกครองและนักเรียนยังมีน้อย ในระยะต่อไปควรเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและเด็กในการป้องกันภาวะอ้วน เพราะผู้ปกครองและเด็กมีส่วนสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

จากผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการปฏิบัติมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และพบอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน คือ สมาชิกในชุมชนขาดความร่วมมือ ขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ทั้งนี้เนื่องจากที่ผ่านมา มีเพียงโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน ขาดการประสานงานและการให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามาร่วมดำเนินงาน ทำให้ผู้นำและสมาชิกในชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดความตระหนักต่อปัญหา รวมทั้งขาดความร่วมมือกันในการจัดการปัญหาเพราะไม่เห็นความสำคัญ ไม่คิดว่าเป็นปัญหา และไม่คิดว่าตนเองต้องมีส่วนร่วมในการดูแล จึงไม่มีการวางแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมปฏิบัติ ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ ไม่มีการระดมทรัพยากรที่แต่ละภาคส่วนมีมาใช้ในการดำเนินงาน และไม่มีการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน เมื่อทราบปัญหาของการมีส่วนร่วมว่าเกิดจากการขาดความรู้ความตระหนักของสมาชิกในชุมชน ได้นำข้อมูลไปออกแบบกิจกรรมที่เน้นการสร้างความรู้ความตระหนักต่อปัญหาแก่สมาชิกในชุมชน เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก โดยจุดแข็งที่ชุมชนมี คือ สมาชิกชุมชนมีความคาดหวังในความสามารถตนเองเรื่องการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพและความเชื่อคุณค่าตนเองว่ามีส่วนสำคัญในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ได้มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกชุมชนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ มีความรู้ ความตระหนักต่อปัญหา และส่งเสริมให้ได้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ซึ่งจะพัฒนาไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีอำนาจ และความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1991)

และพานทิพย์ แสงประเสริฐ (2554) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วย ส่งเสริมสนับสนุนบุคคลหรือกลุ่มบุคคลให้เกิดความสามารถแห่งตน เชื่อกันว่าสามารถจะเปลี่ยนแปลง ตนเองและสังคมในทางที่พึงปรารถนา โดยมีอิสระในการเลือกและกำหนดอนาคตของตนเอง ชุมชนและสังคม ได้ด้วยการตระหนักรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหา สามารถจัดการปัญหา ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจจะพัฒนา ศักยภาพของชุมชนนำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ระดับความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

จากผลการศึกษาระดับความพร้อมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ ประถมศึกษา พบว่า ระดับความพร้อมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระยะไม่ตระหนัก ทั้งนี้ เป็นเพราะที่ผ่านมาไม่เคยมีการให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และไม่มีโครงการหรือกิจกรรม ป้องกันภาวะอ้วนแก่เด็กในชุมชน อีกทั้งสมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ความเชื่อที่ผิด เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็ก เห็นว่าเด็กอ้วนน่ารัก มองว่าผลกระทบที่เกิดจากภาวะอ้วนเป็นเรื่องไกลตัว และเป็นเรื่องไม่เร่งด่วนที่จะนำมาจัดการ ทั้ง ๆ ที่ในชุมชนมีแหล่งทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณ สถานที่ อสม. และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กจากโรงพยาบาลที่จะ นำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาได้ แต่จากการที่สมาชิกและผู้นำชุมชนไม่เคยรับทราบสถานการณ์ ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนว่าเป็นอย่างไร จึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องภาวะอ้วน ในเด็ก ทำให้ไม่ตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญ และไม่สนใจนำปัญหาภาวะอ้วนในเด็กมาจัดการ ส่งผลให้ระดับความพร้อมของชุมชน ในภาพรวมอยู่ในระยะไม่ตระหนัก ซึ่งการทราบถึงความพร้อม ของชุมชน จะช่วยให้เข้าใจในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาของชุมชน และสามารถนำผล ไปใช้ออกแบบกิจกรรมให้เหมาะกับบริบทและศักยภาพของชุมชน โดยชุมชนที่อยู่ในระยะ ไม่ตระหนัก ควรสร้างความตระหนักแก่ผู้นำชุมชน เพื่อให้มีความพร้อมในการจัดการปัญหา เพราะผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่กำหนดนโยบายและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน รวมทั้งสามารถ ชักจูงให้สมาชิกในชุมชนเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญและร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมเพื่อจัดการ กับปัญหา ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดของ Plested, Edwards and Thurman (2006) เสนอว่า การออกแบบกลวิธี การดำเนินงานในการปรับเปลี่ยนชุมชนต้องเหมาะสมกับระยะความพร้อมของชุมชน เพื่อเพิ่ม โอกาสของความสำเร็จ ซึ่งกลวิธีที่เหมาะสมกับระยะไม่ตระหนัก คือ การพูดคุยชี้แจงเป็นรายบุคคล กับผู้นำชุมชน การเข้าพบและสนทนากลุ่มเล็กกับแกนนำชุมชน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา โดยมี เป้าหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักในประเด็นปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดของฉวีลลิต บุนริกุล และ คณะ (2551) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนจะมีประสิทธิผลได้ต้องมีการส่งผ่านข้อมูลของ

ชุมชนไปยังผู้นำที่กำหนดนโยบายให้รับทราบข้อมูล และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความเชื่อระหว่างประชาชนกับผู้นำที่กำหนดนโยบาย ซึ่งข้อมูลนั้นจะนำเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภดี จันทรียง, ปิยะดา ประเสริฐสม และปราณี เหลืองวรา (2555) กล่าวว่า การสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริ โภคอ่อนหวานในเด็กนักเรียนด้วยการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงาน คือ ภาวะผู้นำและวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ

ประถมศึกษา

3.1 การศึกษาสภาพชุมชนก่อนดำเนินการจัดการปัญหา โดยศึกษาข้อมูล สถานการณ์ ปัญหาของชุมชน ประเมินการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชน ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ด้านการตัดสินใจ เนื่องจากการศึกษาสภาพชุมชนจะทำให้ทราบข้อมูลสถานการณ์ปัญหา รวมทั้งความพร้อมของชุมชนในมิติต่าง ๆ สำหรับนำมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเพื่อจัดการกับปัญหา ซึ่งการได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ของชุมชน ยังช่วยเพิ่มอำนาจความคิดจากการที่มีโอกาส ร่วมวิเคราะห์และตัดสินใจกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน เมื่อได้นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กแก่ผู้บริหารและผู้นำชุมชน ทำให้ผู้นำชุมชนเกิดความตระหนักเข้าใจ ประเด็นปัญหา เห็นความสำคัญ และเริ่มคิดดำเนินการวางแผนจัดการกับปัญหา โดยเห็นว่าปัญหา สำคัญในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน คือ สมาชิกในชุมชนยังขาดความรู้เรื่องภาวะ อ้วนในเด็ก ต้องดำเนินการวางแผนงาน โครงการเพื่อสร้างความรู้ความตระหนักเป็นอันดับแรก

เห็นได้ว่า การให้ข้อมูลสถานการณ์ที่ได้จากการศึกษาสภาพชุมชน สามารถทำให้ผู้นำ ชุมชนเริ่มตัดสินใจที่จะวางแผนจัดการปัญหา เพื่อเพิ่มความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งจะ นำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กต่อไป สอดคล้องกับ แนวคิดของ Gibson (1991) ที่กล่าวว่า การทำให้คนเกิดความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุ ที่แท้จริงของปัญหา รวมถึงการตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนในการแก้ไขปัญหา จะเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นสามารถตัดสินใจเลือกทางออก หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองได้ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นศูนย์กลางของการเกิดทางเลือกและตัดสินใจ ความคิดที่หลากหลาย ในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้นควรหาความต้องการและวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วม ในแผนงาน/ โครงการ สามารถทำได้โดยให้ข้อมูลที่สำคัญและเสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา โดยผ่านการใช้กระบวนการตัดสินใจ สอดคล้องกับแนวคิดของฉลาด จันทรสมบัติ (2553) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของชุมชนได้เข้ามาร่วมศึกษาปัญหาจะนำไปสู่การตัดสินใจ

วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาและขับเคลื่อนให้กิจกรรมนั้นดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดของถวิลวดี บุรีกุล และคณะ (2551) ที่เสนอว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน จะมีประสิทธิภาพได้ ผู้เข้าร่วมต้องมีความสามารถ คือมีความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร และต้องมีข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ

3.2 การวางแผนดำเนินงาน ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการตัดสินใจ และด้านการปฏิบัติ ทั้งนี้เป็นเพราะหลังจากที่ผู้บริหารและผู้นำชุมชน ได้มีการตัดสินใจในช่วง เริ่มต้นที่จะดำเนินการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและพร้อมที่จะสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้ แกนนำชุมชนเห็นความสำคัญ ตระหนักในปัญหาและร่วมกันดำเนินงาน โดยได้รวมกลุ่มกัน เป็นคณะทำงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก มีการร่วมกันระดมหาแหล่งทรัพยากร และจัดทำแผนงาน/ โครงการเพื่อนำมาดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพชุมชนมาใช้ประกอบการ จัดทำแผนที่เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ รับผิดชอบในการดำเนินงานอย่างชัดเจน รวมทั้งจัดทำฟังก์ชันกับงานและกำหนดวิธีการประเมินผล การดำเนินงานร่วมกัน ทำให้ได้แผนงานที่มีกิจกรรมเหมาะสมกับบริบทและปัญหาของชุมชน สามารถนำไปใช้ปฏิบัติตามแผนได้จริง ดังนั้น การวางแผนดำเนินงานจึงเป็นขั้นตอนที่สนับสนุน ให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการตัดสินใจและการปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดการมี ส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) กล่าวว่า การตัดสินใจในการดำเนินโครงการจะต้องค้นหา ความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญและวิธีการดำเนินโครงการ ที่ตรงกับความต้องการ และในการปฏิบัติจะต้องกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติ มีการสนับสนุน ทรัพยากร มีการบริหารและการประสานงานที่มีการรวมตัวกันในการปฏิบัติ หรือเป็นผู้บริหาร โครงการ ซึ่งการวางแผนจัดการกับปัญหาสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับแนวคิดของจุฑารัตน์ ชมพันธ์ุ (2555) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมอย่าง ชัดเจน และจะต้องประกอบด้วยผู้มีส่วนได้เสียจากการตัดสินใจนั้นในทุกภาคส่วน ซึ่งการทำงาน โดยใช้เครือข่ายทุกภาคส่วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วม และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา อย่างยั่งยืน

3.3 การดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ ชุมชน 4 ด้าน คือ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติ ด้านการรับประโยชน์ และด้านการประเมินผล ทั้งนี้เป็นเพราะแผนงาน/ โครงการที่นำมาปฏิบัติเกิดจากคิดร่วมกันของแกนนำ 5 ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีความเหมาะสมกับความพร้อมและบริบทของชุมชน สามารถนำมาใช้ดำเนินกิจกรรมได้จริง อีกทั้งการดำเนินงานตามรูปแบบมีพยาบาลจากคลินิกไร้พุงเป็นผู้ประสานงานหลัก ที่มีภาวะผู้นำ

สามารถเชื่อมโยงและติดตามประสานการดำเนินงานของแต่ละภาคส่วนในภาพรวมของชุมชน ช่วยกำกับการดำเนินงานตามแผน รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และในแผนงาน ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน ทำให้เกิดการดำเนินงานแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดของเกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) สุรพล พะยอมรัมย์ (2556) และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2556) กล่าวว่า การดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายเป็นวิธีการที่สำคัญต่อการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การมีเครือข่ายในการดำเนินงานจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งทั้งเครือข่ายภาคประชาชนและเครือข่ายภาครัฐ ต่างมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

3.4 การประเมินผลแผนงาน/ โครงการ เป็นการประเมินวัดผลการดำเนินงานของกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการตามแผนงาน/ โครงการ ซึ่งการประเมินผลนี้มีความสำคัญมาก เพราะจะมีผลต่อการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร การยุติหรือคงไว้ ตลอดจนปรับปรุงแผนงาน/ โครงการ

3.5 การสรุปผลและดำเนินการต่อเนื่อง ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ผู้รับผิดชอบ โครงการและคณะทำงานได้มีโอกาสร่วมกันวิเคราะห์สรุปผลงานจากผลประเมินการดำเนินงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในภาพรวมของชุมชน และนำข้อมูลมาใช้วางแผนจัดทำโครงการเพื่อขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งนำผลการวิเคราะห์เสนอแก่ผู้บริหารเพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล ส่งผลให้ชุมชนมีความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเองและมีความสามารถที่จะดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิด ของ Plested, Edwards and Thurman (2006) ที่กล่าวว่า การพัฒนาความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชนควรนำข้อมูลจากการประเมินผลมาใช้วางแผนเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ รวมทั้งนำเสนอผลการประเมินผลและสร้างเครือข่ายการทำงาน และหากต้องการผลักดันให้ชุมชนคงสภาพในการปรับเปลี่ยนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการนำข้อมูลผลการดำเนินงานมาใช้ของงบประมาณ รวมทั้งรายงานผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอแก่ผู้นำในชุมชนและผู้ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะทำให้ชุมชนมีความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเองและมีความสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

4. ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

4.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ในภาพรวม หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ทั้งนี้เป็นเพราะได้มีการวางแผนงาน/ โครงการ เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมและจัดการปัญหาตามระยะความพร้อมของชุมชนที่พบว่า สมาชิกชุมชน ขาดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักต่อปัญหา โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ คือ การเพิ่มความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจแก่สมาชิกชุมชน เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือจัดการกับปัญหา และได้ให้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาแก่ผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายให้มีความตระหนักต่อประเด็นปัญหาและสนับสนุนการดำเนินงาน แล้วจึงสร้างความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชน โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่การศึกษาปัญหา การวางแผนดำเนินการ การตัดสินใจ การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการดำเนินงาน เห็นได้ว่าเป็นการทำงานร่วมกันแบบเครือข่ายที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในการร่วมกันปฏิบัติ คือ ผู้รับผิดชอบจากโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลักในการเชื่อมโยงการทำงานของแต่ละภาคส่วน ในชุมชนและให้การสนับสนุนด้านวิชาการ เทศบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ โรงเรียน อสม. และแกนนำชุมชนมีหน้าที่ให้บริการคัดกรองภาวะอ้วนและเป็นเครือข่ายกระจายความรู้ ประชาสัมพันธ์ในโรงเรียนและชุมชน ซึ่งการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กและมีแนวทางปฏิบัติร่วมกันอย่างชัดเจน รวมทั้งมีนโยบายแผนงานการพัฒนาสุขภาพของเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข จึงช่วยสนับสนุนให้ชุมชนขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งกิจกรรมการดำเนินงานยังครอบคลุมการมีส่วนร่วมตามแนวคิด การมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) ที่ได้จำแนกรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ด้าน คือ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติ ด้านการรับประโยชน์ และด้านการประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา อรรถควาไสย์ (2553) พบว่า องค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ประกอบด้วย โรงเรียน เทศบาล และโรงพยาบาล แต่ละองค์กรต้องทำงานเชื่อมต่อกัน หาข้อตกลงร่วมกัน และกำหนดบทบาทตามภารกิจของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา ชัยศรี (2556) พบว่า วิธีการจัดการภาวะอ้วนในเด็กต้องมีการจัดการแบบมีส่วนร่วมทั้งครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เนื่องจากทั้งสามส่วนเป็นองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเด็ก และสอดคล้องกับการวิจัยของยอดขวัญ เกษทองมา (2553) พบว่า ตัวแบบการบริหารการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้เทคนิคการบริหารการมีส่วนร่วมที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมที่ดี ติดตามให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ ประสานงาน วางแผน และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มอบหมายงาน และสร้างเครือข่ายในการทำงาน

4.2 การประเมินผลภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา พบว่า นักเรียนประถมศึกษา มีภาวะอ้วน หลังใช้รูปแบบลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ทั้งนี้เป็นเพราะที่ผ่านมาสมาชิกในชุมชน และผู้นำชุมชนไม่ตระหนักถึงว่าปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก เนื่องจากไม่เคยทราบถึงสถานการณ์ปัญหา ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ขาดความรู้ และมีความคิดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็ก จึงไม่คิดวางแผนที่จะดำเนินการจัดการ แต่เมื่อรับทราบข้อมูลจึงคิดวางแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไข ปัญหาที่มีความร่วมมือกันจากทั้ง โรงพยาบาล โรงเรียน เทศบาล และชุมชน โดยมีคณะทำงาน และทีมงานกระจายความรู้ในโรงเรียนและชุมชน คือ อสม. และแกนนำนักเรียนร่วมกันให้บริการ ป้องกันภาวะอ้วนในโรงเรียนและชุมชน โดยการดำเนินกิจกรรมทั้งในเด็กที่มีน้ำหนักปกติและเด็ก ที่มีภาวะอ้วนแตกต่างจากเดิมที่เน้นการดูแลเฉพาะเด็กอ้วนซึ่งมีความยุ่งยากในการดูแลและมัก ไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่การดำเนินการตามรูปแบบเป็นการดูแลป้องกันภาวะอ้วนแก่เด็ก ทุกคน และเป็นการดำเนินการจากแผนงานที่มาจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อเพิ่ม โอกาส แก่เด็กในการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO (2000) กล่าวว่า แนวทางในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กต้องมีการป้องกันในวงกว้างกับเด็กที่ยัง ไม่มีภาวะอ้วนและเด็กกลุ่มเสี่ยงอ้วน เพื่อลดอุบัติการณ์รายใหม่และป้องกันในกลุ่มที่มีภาวะอ้วน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการป้องกันและจัดการกับภาวะอ้วนควรมี การวางแผนระยะยาวและกระทำอย่างต่อเนื่อง และใช้ความร่วมมือจากบุคลากรทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stein, Litman and Latzer (2014) กล่าวว่า โปรแกรม การป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ควรเป็นการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน มีการรวบรวมความรู้ ของผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาภาวะอ้วน และให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัว ซึ่งการปรับเปลี่ยนที่มีประสิทธิภาพจะต้องเป็นการดูแลในวงกว้าง นอกจากนี้ กิจกรรมที่ชุมชน เทศบาลเมืองเสนาได้ดำเนินงานดูแลป้องกันภาวะอ้วนแก่นักเรียนประถมศึกษา คือ การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน การให้บริการคัดกรองภาวะอ้วน การแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ภาวะอ้วนแก่นักเรียนและผู้ปกครอง การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในโรงเรียน คือ ไม่ขาย น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบในโรงเรียน การจัดกิจกรรมสร้างฐานการเรียนรู้และแผนงาน ส่งเสริมสุขภาพด้วย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) รวมทั้งการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย และเพิ่มกิจกรรมทางกายทั้งในโรงเรียนและชุมชนซึ่งเน้นการเรียนรู้ Active learning ที่ทำให้เด็ก เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน กระตุ้นเด็กให้มีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย และช่วยลด ความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ledford (2011) พบว่า เด็กที่เข้าร่วมการออก กายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์และเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มการเคลื่อนไหวมีความเสี่ยงต่อภาวะ อ้วนลดลง ซึ่งกิจกรรมที่ชุมชนได้ดำเนินการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กเป็นวิธีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Prochaska and Velicer (1997) กล่าวว่า กระบวนการปรับพฤติกรรมด้วยการปลุกจิตสำนึก (Consciousness raising) เป็นการเพิ่มการรับรู้สาเหตุและสิ่งที่เป็นผลของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน กิจกรรมที่สามารถปลุกจิตสำนึก ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเผชิญหน้า การแปลความหมาย การให้ข้อมูล และการสอน รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (Social liberation) เป็นการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในนักเรียน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน หน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพและการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจากรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการวางแผนงาน/ โครงการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชน โดยออกแบบกิจกรรมการปฏิบัติให้เหมาะกับบริบทและความสามารถของชุมชน และดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย ซึ่งจะช่วยสร้างเสริมการมีส่วนร่วมและเพิ่มโอกาสให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จมากขึ้น
2. ควรพัฒนาสมรรถนะในการประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชน ตามแนวคิดของรูปแบบแก้วคลาغر สาธารณสุข ครู และแกนนำในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวางแผนกิจกรรม โครงการให้เหมาะสมกับศักยภาพของชุมชน
3. ควรเน้นการจัดการปัญหาอ้วนในเด็กด้วยกลวิธีการดูแลป้องกันในวงกว้างแก่เด็กทุกคน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียน ชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. วิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังพ่อแม่เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลป้องกันภาวะอ้วนแก่บุตร เนื่องจากพ่อแม่และปัจจัยแวดล้อมในบ้านมีส่วนสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก
2. การศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายถึงความคุ้มค่าในการนำรูปแบบไปใช้

บรรณานุกรม

- กนิษฐา อรรถวาไสย์. (2553). รูปแบบการจัดการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนในเด็กอายุ 3-5 ปี ของครอบครัวและชุมชน. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรมพลศึกษา. (2538). การออกกำลังกายและการกีฬาเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียน. ม.ป.ท.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปีกรมอนามัย 2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555, 13 กุมภาพันธ์). เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ. คำสั่งที่ 209/ 2555.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship project). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). Health data center กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552 ก). ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552 ข). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). แนวทางการจัดทำค่ายลดน้ำหนัก กินพอดีไม่มีอ้วน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับเด็ก (อายุ 2-12 ปี)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 44-54.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). *การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ชัคเชสมิเดีย.
- โกวิท พวงงาม. (2553). *การจัดการตนเองของชุมชนและท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. (2552). *คู่มือธงโภชนาการกินพอดี สุขีทั่วไทย*. นนทบุรี: โรงพิมพ์รสพ.
- จันทรา ไชยศรี. (2556). *แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก: การสังเคราะห์งานวิจัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จินตวีร์ เกษมสุข. (2554). *การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2550). *การจัดการสาธารณสุขในชุมชน*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- จุฑารัตน์ ชมพันธุ์. (2555). การวิเคราะห์หลัก การมีส่วนร่วมของประชาชน. *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 8(1), 123-141.
- ฉลาด จันทรมบัติ. (2553). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาท้องถิ่น*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2550). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- คุณหญิงพิทักษ์, ประนอม โอทกานนท์ และจรรยา สันตยากร. (2550). การนำเสนอรูปแบบการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 32-41.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2551). การมีส่วนร่วม: แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ. ใน *เอกสารประกอบการศึกษาคูงานของคณะกรรมการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน วุฒิสภา วันอังคารที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ณ สถาบันพระปกเกล้า*. ม.ป.ท.

- ทักษพล ชรรมรังสี, สิรินทร์ยา พูลเกิด และสุดัฒดา พงษ์อุทธา. (2554). อ้วนทำไม ทำไมอ้วน: สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประชากรไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 1(20), 126-144.
- ทัศนีย์ วิฑูชิรสานต์. (2544). *โภชนศาสตร์ครอบครัว*. เลข: สถาบันราชภัฏเลข.
- ทศนา แคมมณี. (2551). *ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ค่านสุทธาการพิมพ์.
- นริสร่า พึ่งโพธิ์สถ. (2552). ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน. *วารสารประชากรศาสตร์*, 18(2), 69-87.
- นวลอนงค์ บุญจัญญศิลป์. (2555). *มาป้องกันโรคอ้วนกันเถอะ*. เข้าถึงได้จาก http://www.drlek.com/article2/article_2003_05_9_3736.html
- นิตย์ ทศนิยม. (2545). การส่งเสริมสุขภาพ: มิติการสร้างพลังอำนาจ. *วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 25(2-3), 103-114.
- บุญเชิด ฤญโญนนตพงษ์. (2547). *การประเมินการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ: แนวคิด และวิธีการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- ประเวศ วะสี. (2541). *ชุมชนเข้มแข็ง ทูทางสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม และธนาคารออมสิน.
- ปลุวิษข์ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2554). ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กไทย. *รวมารชิบตีพยาบาลสาร*, 18(3), 287-297.
- ผาณิต หลีเจริญ. (2556). การนำรูปแบบ TTM ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 1-11.
- สุสดี จันทร์บาง, ปยะดา ประเสริฐสม และปราณี เหลืองวรา. (2555). *โครงการพหุพาคีเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการสร้างเสริมการบริโภคอ่อนหวานเด็กนักเรียน*. เข้าถึงได้จาก http://www.anamai.ecgates.com/public_content/files/001/0000876_1.pdf
- พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2551). *ผลของเครือข่ายโรงเรียนเพื่อการป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็กในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขสุขุชิบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2554). *การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พิมพ์ิกา จันทไทย. (2553). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาท้องถิ่น.

วารสารการบริหารและพัฒนา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2(1), 175-189.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ และปนัดดา ปริญญาฤกษ์. (2557). กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(1), 1-15.

เพ็ญศรี เบ็ญนขา, บุญยง เกี่ยวการคำ และสิน พันธุ์พินิจ. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 8(2), 186-200.

ยอดขวัญ เกษทองมา. (2553). การพัฒนาตัวแบบการบริหารการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารเด็กในศูนย์เด็กเล็ก. *วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต*, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

รัชก ใจเชิดชู. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัตนะ บัวสวนธ์. (2552). การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา. กรุงเทพฯ: คำสมัย.

เรวดี จงสุวัฒน์. (2554). โภชนาการเพื่อป้องกันและรักษาโรคอ้วนและอ้วนลงพุง. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดียมาร์เก็ตติ้ง.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2554). โรคอ้วนและอ้วนลงพุงในเด็กและวัยรุ่น: ปัจจัยที่ทำให้เกิดและปัญหาด้านสุขภาพ. ใน *วรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), อ้วนและอ้วนลงพุง*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดียมาร์เก็ตติ้ง.

วิชัย เอกพลากร. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สง่า ดามาพงษ์. (2555). อาหารสู่โภชนาการสมวัยในท้องถิ่น. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ โภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 6. วันที่ 10-12 กันยายน พ.ศ. 2555 ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร. ม.ป.ท.*

สง่า ดามาพงษ์, ลัดดา เหมาะสุวรรณ และสุนทรี รัตนชอุก. (2551). ความเป็นมาและปัญหาโรคอ้วน. ใน *สุริยเดว ทริปาตี, สุนทรี รัตนชอุก (บรรณาธิการ), โรคอ้วน: แนวทางป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟู (หน้า 1-17)*. นนทบุรี: สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2554). *คู่มือเลี้ยงลูกวัย 6-12 ปี*. เข้าถึงได้จาก <http://www.rcpsycht.org/cap/book03.php>
- สนทยา พลศรี. (2556). *การพัฒนาความสามารถของบุคคลและกลุ่ม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สมพงษ์ จันท์โอวาท, สุภาพร สุโพธิ์ และนวรรตน์ บุญนาน. (2557). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพเขตอำเภอจันทรมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(3), 394-402.
- สาคร อินโทโล่. (2551). *การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม*. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2555). *อย่าทำร้ายเด็ก โดยปล่อยให้เด็กอ้วน*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/31255
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *รายงานการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประจำปี พ.ศ. 2554*. ม.ป.ท.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *กินตามวัยให้พอดี*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักสื่อสารและตอบโต้ความเสี่ยง กรมอนามัย. (2557). *กรมอนามัย พบเด็กเมืองเสี่ยงอ้วนสูง เร่งแก้ปัญหา หวังเพิ่มโรคเบาหวาน-ความดัน*. เข้าถึงได้จาก http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=6858&filename=index
- สุญาณี พงษ์ชนานิกร. (2547). *Get to win: รูปแบบการดูแลน้ำหนักตัวในเด็กโดยการประยุกต์โภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุภัทรา อะนั้นทวรรณ. (2552). *การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรพล พะยอมแฉ่ม. (2556). *จิตวิทยาในงานชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์.
- สุริยเดว ทรีปาตี และสุนทรี รัตนชูเอก. (2551). *โรคอ้วนในเด็ก: แนวทางป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟู*. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- เสกสรร อรรถวาไรย์. (2544). *รูปแบบการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนประถมศึกษา โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนและครอบครัว กรณีศึกษาโรงเรียนเทศบาลสวนสนุก สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสวี พงศ์พิศ. (2548). *เครือข่าย: ยุทธวิธีเพื่อประชาคมเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง*. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน.
- อบเชย วงศ์ทอง. (2547). *โภชนศาสตร์ครอบครัว*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรพินท์ สฟโชคชัย. (2550). *หลักการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม*. เข้าถึงได้จาก http://www.opdc.go.th/content.php?menu_id=5&content_id=708
- อรุณี เจตศรีสุภาพ. (2555). *เด็กอ้วน เด็กน้ำหนักตัวเกิน*. เข้าถึงได้จาก <http://haamor.com>
- อุมาพร สุทัศน์วรวิฑู และลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2554). *นโยบายและมาตรการป้องกันอ้วนและอ้วนลงพุงในเด็กและวัยรุ่น*. ใน วรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), *อ้วนและอ้วนลงพุง*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง.
- อุมาพร ทานรุ่งชโรทร. (2551). *การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2, 1-5.
- Barkley, Z. R. (2012). *An educational intervention to increase fruit and vegetable consumption in parents of obese and overweight children*. Doctoral dissertation, Nursing Practice, University of North florida.
- Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: Braziller.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1998). *Research in education* (8th ed.). MA: Allyn & Bacon.
- Carpenter, M. L. (2010). *Promoting healthy lifestyles: A grant proposal for a childhood obesity prevention/ Reduction program*. Master's thesis, social work, the department of social work, California State University.

- Centers for Disease Control and Prevention. (1977). *Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00046823.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Childhood obesity facts*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/healthyyouth/obesity/facts.htm>
- Chan, R., & Woo, J. (2010). Prevention of overweight and obesity: How effective is the current public health approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 765-783.
- Chandler, G. E. (1992). The source and process of empowerment. *Nursing Administration Quarterly*, 16(3), 65-71.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1977). *Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation*. New York: Cornell University.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development seeking clarity through specificity*. World Development.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.
- Eisner, E. (1976). Education connoisseurship and criticism: Their form and functions in educational evaluation. *Journal of Aesthetic Education*, 192-193.
- Findholt, N. (2007). Application of the community readiness model for childhood obesity prevention. *Public Health Nursing*, 24(6), 565-570.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advance Nursing*, 16, 354-361.
- Gibson, C. H. (1993). Empowerment theory and practice: With adolescents of color in the child welfare system. *Families in Society*, 74, 387-396.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of education* (3rd ed.). New York: McGraw-Hall.
- International Association of Public Participation [IAP2]. (2007). *IAP2 Spectrum of public participation*. Retrieved from http://c.yimcdn.com/sites/www.iap2.org/resource/resmgr/imported/IAP2%20Spectrum_vertical.pdf

- Kanan, M. S. (2013). *Childhood obesity prevention intervention and policy in the Mexican school system*. Doctoral dissertation, School of Kinesiology and Health Studies, Queen's University.
- Keeves, P. J. (1988). *Model and model building educational research, methodology and measurement: An international handbook*. Oxford: Pergamon.
- Kesten, M. J, Cameron, N., & Griffiths, P. L. (2013). Assessing community readiness for overweight and obesity prevention pre-adolescent girls: A case study. *BMC Public Health, 13*, 1205.
- Kesten, M. J. (2012). *The role of community readiness in the prevention of overweight and obesity in pre-adolescent girls*. Doctoral dissertation, Loughborough University.
- Klufa, J. (2012). *Assessment of Oklahoma counties' readiness to address nutrition and active living issues using the community readiness model*. Master of Science, the Faculty of the Graduate College of the Oklahoma State University.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- Ledford, D. (2011). *The relationship between eating school lunch and overweight or obesity in elementary school children*. Doctoral dissertation, Public Health, Walden University.
- Maginot, T. R. (2014). *The effect of weight social competence in overweight and obese elementary school aged children*. Doctoral dissertation, The Faculty of the California School of Professional Psychology Alliant International University, San Diego.
- McClain, A. D. (2010). *Motivation and the meanings of health behavior as factors associated with eating behavior in Latino Youth*. Doctoral dissertation, Preventive Medicine: Health Behavior, the Faculty of the USC Graduate School, University of Southern California.
- National Association for Sport and Physical Education. (2012). *2012 Shape of the nation report: status of physical education in the USA*. Reston, VA: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Plested, B. A., Edwards, R. W., & Jumper-Thurman, P. (2006). *Community readiness: A handbook for successful change*. Sage Hall: Colorado State University.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, 12(1), 38-48.
- Smith, R. H. (1980). *Measurement: Making organization perform*. New York: Macmillan.
- Stanley, R. L. (2014). *Community readiness for community change*. Sage Hall: Colorado State University.
- Stein, D., Weinberger-Litman, S. L., & Latzer, Y. (2014). *Psychosocial perspectives and the issue of prevention in childhood obesity*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25133140>
- Stoner, A. F., & Wankel, C. (1998). *Management* (3rd ed.). New Delhi: Prentice-Hill.
- Strickland, A. W. (2006). *ADDIE*. Idaho State University College of Education, Science, Math & Technology Education. Retrieved from <http://www.ed.isu.edu/addie/index.htm>
- World Health Organization. (1999). *Community involment in health for primary health care*. Bethesda: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Retrieved from libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf
- World Health Organization. (2006). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- World Health Organization. (2011). *Obesity*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- World Health Organization. (2012). *Population-based approaches to childhood obesity prevention*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
- เอกสารอนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์ Community readiness interview questions
- รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ชื่อวิทยานิพนธ์
ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา
ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) COMMUNITY PARTICIPATION MODEL FOR CHILDHOOD OVERWEIGHT PREVENTION AMONG ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN
๒. ชื่อ นิสิต นางอัจฉรา กักคัตินิจ หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
รหัสประจำตัว ๕๕๘๑๐๑๓๗ สาขาวิชา การศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์
 ภาคปกติ ภาคพิเศษ
๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว
ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
๒) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
(✓) อนุมัติโครงการวิจัย
() ไม่อนุมัติ
๔. วันที่ให้การอนุมัติ:.....๑๙.....เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

20-12

Ethic 04



ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ (นาย นางสาว นางสาว) อัจฉรา ภักดีพิทักษ์
 นิสิตหลักสูตร ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน
 ระดับประถมศึกษา โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศวีวรรณ ยอดนิล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
 เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์
 ขออนุญาตให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคคลากรในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

ลงนาม
 (นางสาว อัจฉรา ภักดีพิทักษ์)
 ตำแหน่ง
 วันที่
 ประธานตราสถาบัน (ถ้ามี)

๗๐-๗๑

Ethic 04



ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ (นาย นางสาว นาง) อัจฉรา ภักดีพิณีจ
 นิสิตหลักสูตร ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน
 ระดับประถมศึกษา โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรวิวัฒน์ ยอดนิล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
 เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์
 ขออนุญาตให้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคลากรในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

ลงนาม

(นางสาว) วิชาญทิพย์

ตำแหน่ง ศึกษานิเทศก์

วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๗

ประทับตราสถาบัน (ถ้ามี)





ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ (นาย นางสาว นางสาว) อัจฉรา ภักดีพิณิจ
 นิสิตหลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน
 ระดับประถมศึกษา โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศวีวรรณ ยอดนิล เป็นประธานกรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์
 เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์
 ขออนุญาตให้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคคลากรในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

ลงนาม
 (นาง โศภยา ธรรมรักษ์)
 ตำแหน่ง
 วันที่ ๑๓ มี.ย ๒๕๖๓
 ประทับตราสถาบัน (ถ้ามี)

๑๐-15

Ethic 04



ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ (นาย นางสาว นาง) อัจฉรา ภักดีพิณิจ
 นิสิตหลักสูตร ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน
 ระดับประถมศึกษา โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัทธาพร ขอดนิล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
 เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์
 ขออนุญาตให้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคคลากรในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

ลงนาม
 (นายอำนาจ นาคแก้ว)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถานศึกษา
 วันที่ ๒๑ กันยายน ๕๙
 ประทับตราสถาบัน (ถ้ามี)

๑๐-๑๓

Ethic 04



ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ (นาย นางสาว นาง) อัจฉรา ภักดีพิณิจ
 นิสิตหลักสูตร ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน
 ระดับประถมศึกษา โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัทธาพรณ โยตนิน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
 เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์
 ขออนุญาตให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคคลากรในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

ลงนาม

(.....รองศาสตราจารย์ศรัทธาพรณ โยตนิน.....)

ตำแหน่ง.....ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์.....

วันที่.....๒๓.....๕.....

ระดับตรา(เสกกรม (นาย))





ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ (นาย นางสาว นางสาว) อัจฉรา ภัคศิริพินิจ
 นิสิตหลักสูตร ปรัชญาคุณปฏิบัติ สาขาวิชาการศึกษาศาสตร์และการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน
 ระดับประถมศึกษา โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัทธา ยอดนิล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
 เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์
 ขออนุญาตให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคคลากรในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

ลงนาม
 (.....)
 ตำแหน่ง
 วันที่ ๒๕ มิ.ย. ๒๕๕๙
 ประทับตราสถาบัน (ถ้ามี)

เอกสารอนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์ Community readiness interview questions



May 30, 2015 at 05:33

Hello, Achara,
 I am delighted that you are considering using the Community Readiness Model in your work. As an author, I have no problem with you translating it, but would refer you to Dr. Linda Stanley for formal permission as she is the person at Colo. State currently working with the CR model. I have cc'd her in this communication.
 With best wishes,
 Ruth Edwards

*Ruth W. Edwards, MBA, PhD
 Retired as Senior Research Scientist and Director
 Tri-Ethnic Center for Prevention Research
 Colorado State University*

Senior Partner, FlashStone Research & Consulting, LLC

From: achara pakdeepinit [aodzy35@hotmail.com]
Sent: Wednesday, May 27, 2015 10:15 PM
To: Edwards,Ruth
Subject: Community readiness Model Translation Permission

Ruth Edwards, Ph.D.

Colorado State University

re: Community Readiness Model

Dear Dr. Edwards:

My name is Achara Pakdeepinid, a doctoral student from Burapha University, Thailand in Education and Social Development. I came across the Community Readiness Model while developing my dissertation proposal titled Community Participation Model for Childhood Overweight Prevention in Elementary School Children. I am writing to ask your permission to use and translate the Community Readiness Model (Interview Questions, Scoring Community Readiness Interviews, Scoring Sheet, and Achored Rating Scale) into the Thai language for my dissertation. The purpose of these translations will only be used in my research.

With every due regard,

Achara Pakdeepinid



From: [Linda Stanley](#) >

[Hide](#)

To: [achara pakdeepinit](#) >

RE: Community readiness Model Translation Permission

June 3, 2015 at 03:02

Hi Achara: please consider this email as permission to use and translate

Our community readiness model as stated in your email below.

Sincerely,

Linda Stanley

Linda Stanley, PhD

Research Scientist

Tri-Ethnic Center for Prevention Research

Colorado State University

[Fort Collins, CO 80523-1879](#)

[970-491-1765](#)

From: [achara pakdeepinit](#) [aodzy35@hotmail.com]

Sent: Monday, June 01, 2015 8:42 PM

To: Stanley, Linda

Subject: Community readiness Model Translation Permission

Linda Stanley, Ph.D.

Colorado State University

re: The Community Readiness Model

Dear Dr. Stanley:

My name is Achara Pakdeepinid, a doctoral student from Burapha University, Thailand in Education and Social Development. I came

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย

ตรวจแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. ศ.ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล | คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผศ.ดร.สมโภชน์ อเนกสุข | อาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. ผศ.ดร.สุกัญญา เจริญวัฒน์ | อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. พญ.จรีพร คงประเสริฐ | รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |

ตรวจแบบสัมภาษณ์ความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. รศ.ดร.อนงค์ วิเศษสุวรรณ | อาจารย์ศูนย์บัณฑิตศึกษานานาชาติ
การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
|----------------------------|--|

ตรวจรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. พญ.โสภา พิชัยณรงค์ | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา |
| 2. นพ.วิวัฒน์ ปองเสงี่ยม | หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน
โรงพยาบาลเสนา |
| 3. นางสุชานรี แสนทวีสุข | ผู้อำนวยการกลุ่มสนับสนุนการจัดการศึกษา
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา
พระนครศรีอยุธยา เขต 2 |
| 4. นางณัฐฐิยา พรหมโหมด | ผู้อำนวยการโรงเรียนประสาทวิทย์ |
| 5. นางสาวพรวิภา ดาวดวง | นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข |

ภาคผนวก ข

- ประเด็นการสนทนากลุ่ม
- แบบบันทึกรายงานการสนทนากลุ่ม
- ภาพกิจกรรมการสนทนากลุ่ม

ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ครั้งที่ 1

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม และนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลของระดับการมีส่วนร่วม ความพร้อมของชุมชน 5 มิติ (ความมุ่งมั่นของชุมชน ผู้นำชุมชน บรรยากาศของชุมชน ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาอ้วนในเด็ก แหล่งทรัพยากรของชุมชน)

1. ความคิดเห็นหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน
2. จุดดีที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
3. จุดอ่อนที่จะเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน
4. ภาพที่อยากให้เกิดขึ้นในการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน
5. แกนนำในการร่วมดำเนินงานการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
6. วิธีการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
7. กิจกรรมการปฏิบัติเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม
8. การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
9. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ครั้งที่ 2

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม เพื่อนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษาที่ได้ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมและสอดคล้องกันของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความคิดเห็นต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา

1.1 เป้าหมาย

1.2 กลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกัน

1.3 มาตรการในการดำเนินการ

1.4 กิจกรรมในการดำเนินการ 4 ด้าน

2. การวางแผนกิจกรรมการดำเนินงานและการติดตามผล

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา

ครั้งที่ 1 วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2559

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม นางอัจฉรา ภักดีพินิจ
 ผู้ช่วยดำเนินการสนทนากลุ่ม นางกฤษณา ฤทธิศร
 ผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่ม นางสาวภัทราภรณ์ ภู่งงษา
 รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. นางอารมณี ทิพย์ราชจันทร์ | โรงพยาบาล |
| 2. นางพรหมพิม คำกอง | แกนนำอสม. |
| 3. นางสาววิพร กิจงาม | คณะกรรมการชุมชน |
| 4. นางสาวมาลินี บัณฑิตยารักษ์ | ประธานชุมชน |
| 5. นางบุญญาสา ชมภูพล | ครู |
| 6. นางสาวกฤษณี พรมราช | ประธานชุมชน |
| 7. นางสาวพรสวรรค์ อัจฉาญอาคม | ครู |
| 8. นางปัทมา โจมทอง | ผู้ปกครอง |
| 9. นางสาวพิณ ลิมปกาญจน์เวช | ประธานชุมชน |
| 10. นางสาวพิศ กองภากร | ผู้ปกครอง |
| 11. นายสำราญ แสงคงฤทธิ | ประธานชุมชน |
| 12. นางนงลักษณ์ พุฒิฤทธิ | ผู้ปกครอง |
| 13. นางสาวสมปอง เฟื่องเคลือบ | ประธานอสม. |
| 14. นางสาวศันสิตา คคนัมพร | ครู |
| 15. นางรัชฎ์ลักษณ์ กิจรัตน์ | เทศบาล |

ประเด็นการสนทนากลุ่ม	สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่ม
1. ความคิดเห็นหลังจากที่ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ อ้วนในเด็กของชุมชน	ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคิดว่าข้อมูลที่แจ้งมาเป็นความจริง ของชุมชนที่ทุกคนไม่เคยทราบมาก่อน ไม่คาดคิดว่า ในชุมชนจะมีสถานการณ์ของภาวะอ้วนในเด็กมีความชุก มากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งแต่เดิมคิดว่าปัญหาภาวะ อ้วนในเด็กยังไม่สำคัญ ไม่เร่งด่วนที่จะนำไปจัดการแก้ไข ปัญหา จึงเน้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ หากต้องการแก้ปัญหา ที่ต้นเหตุ เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในอนาคต ควรมีการร่วมมือกันดูแลป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กจากทุกภาคส่วนเพราะเป็นปัญหาของชุมชน
2. จุดดีของชุมชนที่จะนำมาใช้ใน การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็ก	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรที่สามารถนำมาช่วยดำเนินงาน ได้แก่ อสม. และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ของโรงพยาบาลเสนา 2. การสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้นำชุมชน ของภาคส่วนเทศบาล โรงเรียน โรงพยาบาล และ คณะกรรมการชุมชน ซึ่งรับทราบข้อมูลสถานการณ์ ภาวะอ้วนในเด็ก เห็นว่าเป็นปัญหาที่ควรนำมาจัดการ แก้ไข 3. มีงบประมาณในการดำเนินงานสามารถที่จะขอ ได้จากเทศบาล และ โรงพยาบาล 4. โรงเรียนสามารถช่วยออกกฏระเบียบควบคุมการขาย อาหารในโรงเรียน
3. จุดอ่อนที่จะเป็นอุปสรรค ในการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สมาชิกในชุมชนไม่เห็นความสำคัญของปัญหา เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็ก 2. สมาชิกในชุมชนอาจจะไม่ให้ความร่วมมือเพราะไม่มี เวลาต้องทำงาน 3. ทีมงานยังไม่มีคามมั่นใจในการทำงานเพราะไม่มี ความรู้ความเชี่ยวชาญ

ประเด็นการสนทนากลุ่ม	สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่ม
4. ภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในชุมชน หากดำเนินการป้องกัน ภาวะอ้วนในเด็ก	ภาพที่ต้องการเห็น คือ คนในชุมชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย ไม่มีโรคอ้วน ซึ่งเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ การเพิ่ม ความตระหนักต่อปัญหาแก่คนในชุมชน โดยประชาสัมพันธ์ ให้รู้ความสำคัญของปัญหา รู้ข้อมูลสถานการณ์ภาวะอ้วน ในเด็ก และวิธีการป้องกันดูแลเด็กในชุมชนไม่ให้เกิด ภาวะอ้วน
5. แกนนำในการร่วมดำเนินงาน การป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก	ชุมชนเทศบาลเสนา แบ่งเป็น 4 เขต ได้แก่ เขต ก เขต ข เขต ค และเขต ฉ แกนนำที่ร่วมดำเนินการ จะประกอบด้วย ประธานชุมชน 4 เขต ตัวแทนคณะกรรมการชุมชน แกนนำ อสม. ครูอนามัย ตัวแทนเทศบาล (งานสาธารณสุข และ งานพัฒนาสวัสดิการสังคม) พยาบาลและนักวิชาการ สาธารณสุขกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลเสนา โดยแต่งตั้งเป็นคณะทำงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เพื่อให้การดำเนินงานเป็น ไปอย่างต่อเนื่อง และวางแผน การทำงานด้วยกัน
6. วิธีการเพิ่มการมีส่วนร่วม ของชุมชน ในการป้องกัน ภาวะอ้วนในเด็ก	1. การขอความร่วมมือจากผู้ปกครองนักเรียนทุกคน ให้เข้าร่วมในการดูแล เสนอว่าควรประชาสัมพันธ์ ประชุมชี้แจงสร้างความตระหนักให้กับผู้ปกครอง ก่อนเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการดูแลเด็ก 2. การมีมาตรการ กฎระเบียบในชุมชน เริ่มจากในโรงเรียน โดยนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหาร โรงเรียนรับทราบ และออกกฎระเบียบไม่ขายน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบในโรงเรียน ส่วนนอกโรงเรียนยังออก กฎระเบียบมาใช้บังคับได้ยาก ต้องให้ความรู้สร้าง ความตระหนัก เพื่อให้สมาชิกในชุมชนเห็น ความสำคัญก่อน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม	สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่ม
7. กิจกรรมการปฏิบัติเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเพิ่มความตระหนักต่อปัญหาแก่ผู้ปกครองและสมาชิกในชุมชนโดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เทศบาลประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย - การกระจายความรู้โดยเครือข่ายให้ความรู้ (อสม. ครูและแกนนำนักเรียน) มีการอบรมแกนนำชุมชน อสม. คณะกรรมการชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญ เพื่อกระจายความรู้ให้แก่สมาชิกในชุมชน <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ จัดทำแผ่นพับให้ความรู้ จัดทำเกณฑ์ในการประเมินการเจริญเติบโต พร้อมคำแนะนำ โปสเตอร์ ป้ายประชาสัมพันธ์ - แจกประชาสัมพันธ์การดำเนินงานในการประชุมของเทศบาล โรงพยาบาล อสม. และโรงเรียน 2. การสร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน มีวิธีการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - แต่งตั้งคณะทำงานของชุมชนประกอบด้วยตัวแทนของแต่ละภาคส่วน ได้แก่ เทศบาล โรงพยาบาล โรงเรียน แกนนำชุมชน แกนนำ อสม. - อบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานแก่คณะทำงานและทีมงานของแต่ละภาคส่วน - ประสานและทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก มีการคัดกรองภาวะอ้วนในเด็กแจ้งผลและให้คำแนะนำ อสม. จะคัดกรองภาวะอ้วนทุกเดือน สอบถามพฤติกรรมการกิน รวมทั้งมีการบันทึกข้อมูลการดำเนินงาน มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลแก่โรงเรียน โรงพยาบาล ผู้ปกครอง และชุมชน 3. การกำหนดมาตรการหรือนโยบายในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก และจัดทำแผนงาน/ โครงการ <ul style="list-style-type: none"> - ประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดนโยบายในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เสนอให้ออกกฏระเบียบไม่ขายน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบในโรงเรียน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม	สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่ม
	<p>- โรงพยาบาลจัดทำโครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก โดยใช้งบประมาณจากโรงพยาบาลและเทศบาล</p>
<p>8. การติดตามประเมินผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. การบันทึกและรายงานผลการเฝ้าระวังภาวะอ้วนในเด็ก โดยประเมินผลการดำเนินงานจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนสมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม - ความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำ - จำนวนนักเรียนที่ได้รับบริการคัดกรองและติดตามภาวะอ้วน - จำนวนเด็กที่มีภาวะอ้วนในชุมชน <p>2. การประชุมคณะทำงานทุก 2 เดือน เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงการดำเนินงาน</p> <p>3. การประชุมอภิปรายสรุปผลที่ได้รับและประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และนำเสนอแก่ผู้บริหาร</p>

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา

ครั้งที่ 2

วันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม นางอัจฉรา ภักดีพินิจ
 ผู้ช่วยดำเนินการสนทนากลุ่ม นางกฤษณา ฤทธิศรี
 ผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่ม นางสาวภัทราภรณ์ ภู่งงษา
 รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1. นายทศพล บุญมีลาภ | รองผอ. รร.เสนาบดี |
| 2. นางอุดม ไชยคราม | รองประธานชุมชน เขต ค |
| 3. นางสาวพรสวรรค์ อัจหาญอาคม | ประธานชุมชน เขต ค |
| 4. นางสาวสัมฤทธิ์ พรมราช | รองประธานชุมชน เขต ข |
| 5. นางพรหมพิมล คำทอง | ครูอนามัย |
| 6. นางสาวพิณ ลิ้มปกาญจน์เวช | ประธานชุมชน เขต ก |
| 7. นางภวิดา รูปเตมีย์ | รองประธานอสม. เขต ข |
| 8. นายสำราญ แสงคงฤทธิ์ | ประธานชุมชน เขต ฉ |
| 9. นางสาวพิศ กองภากร | ผู้ปกครอง |
| 10. นางนงลักษณ์ พุฒิฤทธิ์ | ประธานอสม. เขต ฉ |
| 11. นางปัทมา โจมทอง | ผู้ปกครอง |
| 12. นางอารมณ ทัพย์ราชขันธุ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 13. นางสาวสมปอง เฟ็งเคลือบ | ประธานอสม. |
| 14. นางสาวศันสิตา คคนัมพร | ครู |
| 15. นางธัญลักษณ์ กิจรัตน์ | เทศบาล |

ประเด็นการสนทนากลุ่ม	สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่ม
1. ความคิดเห็นต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา	ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในแต่ละประเด็นของรูปแบบฯ ดังนี้
1.1 เป้าหมาย	- ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นด้วยกับการตั้งเป้าหมายที่จะเพิ่มความตระหนักของสมาชิกในชุมชน และลดจำนวนการเกิดภาวะอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก เพราะได้รับทราบข้อมูลจากการประชุมกลุ่มครั้งที่แล้วว่าในอำเภอเสนามีความชุกของภาวะอ้วนในเด็กสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ ดังนั้นในการดูแลจะต้องทำให้สมาชิกในชุมชนรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องอ้วนและเกิดความตระหนักเพื่อช่วยกันดูแลเด็กในชุมชนไม่ให้อ้วน เป้าหมายนี้จึงเป็นเป้าหมายที่เหมาะสม
1.2 กลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกัน	- ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นว่ากลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของรูปแบบมีความเหมาะสม และสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการปัญหาได้ สิ่งที่สำคัญคือ การให้ข้อมูลความรู้เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ในโรงเรียนจะต้องมีควบคุมการขายอาหารไม่ขายน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ
1.3 มาตรการในการดำเนินการ	- ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นว่ามาตรการในการดำเนินการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กมีความเหมาะสม ครอบคลุมที่จะนำไปใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งทั้ง 4 มาตรการนี้จะช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ได้
1.4 กิจกรรมในการดำเนินการ	- ด้านการตัดสินใจ - กิจกรรมในการประชาสัมพันธ์ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มคิดว่าการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่อาจจะยังทำไม่ได้ เพราะยังไม่มียงบประมาณในการดำเนินการและไม่แน่ใจว่าจะมียงบประมาณมาสนับสนุนหรือไม่ แต่ให้คงกิจกรรมไว้ก่อน และเสนอว่าควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้งบประมาณไปก่อน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม	สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่ม
	<p>- ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเสนอว่า ควรมีการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมทางสถานีวิทยุชุมชน เพราะช่องทางนี้สามารถกระจายข้อมูลข่าวสารได้ทั่วถึงในชุมชน ซึ่งประชาชนชุมชนได้เคยขอความร่วมมือจากเจ้าของสถานีวิทยุในการประชาสัมพันธ์งานผู้สูงอายุ จึงเห็นว่าหากตั้งคณะกรรมการป้องกันภาวะอ้วนแล้วควรทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์ และให้ทางโรงพยาบาลจะช่วยจัดทำสคริปสำหรับใช้ในการประชาสัมพันธ์</p> <p>- เสนอว่าสื่อประชาสัมพันธ์ควรมีการจัดทำ Infographic โดยให้ทางโรงพยาบาลและผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อเผยแพร่ทาง Facebook และ Application Line</p>
- ด้านการปฏิบัติ	<p>ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นด้วยกับกิจกรรมที่ตั้งไว้ โดยมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- การแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาคส่วน โรงพยาบาลจะดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งฯ และเสนอให้ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นที่ปรึกษา</p> <p>- จัดอบรมให้ความรู้แก่คณะทำงานฯ ภายในเดือนพฤษภาคม เพื่อให้ทีมงานสามารถนำความรู้ไปใช้ในการคัดกรองเด็ก และสามารถให้คำแนะนำได้</p>
- ด้านการรับประโยชน์	<p>- ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นด้วยกับกิจกรรมที่กำหนด ซึ่งการบริการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็กต้องทำทั้งในชุมชนและโรงเรียนเพราะจะได้ครอบคลุมครบถ้วนของเด็กทั้งหมดในชุมชน และประชาชนชุมชน/ อสม. จะทราบจำนวนและสามารถติดตามคัดกรองได้</p> <p>- การอบรมพัฒนาศักยภาพแก่ทีมงานเครือข่ายกระจายความรู้เป็นกิจกรรมที่จำเป็นเพราะจะเป็นการสร้างทีมงานที่มีความรู้ความชำนาญมาช่วยในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จได้</p>

ประเด็นการสนทนากลุ่ม	สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่ม
- ด้านการประเมินผล	<p>- ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นว่ากิจกรรมที่กำหนด ทั้ง 3 กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องปฏิบัติ เพราะที่ผ่านมา การดำเนินโครงการต่าง ๆ มักไม่ได้มีการกำหนดวิธีการ ประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงาน ไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่องไม่มีข้อมูลที่จะนำมาใช้พัฒนาต่อยอด การดำเนินงานได้ หากได้มีการสรุปอภิปราย ปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งนำเสนอผลแก่ผู้นำ/ผู้บริหารจะช่วยให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณมาใช้ในการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง</p>
2. การวางแผนกิจกรรม การดำเนินงาน	<p>- วางแผนระยะเวลาในการดำเนินงาน 6 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2560</p> <p>- ในโรงเรียนประสาทวิทย์ได้เริ่มดำเนินการชี้แจง ประชาสัมพันธ์แก่ผู้ปกครองนักเรียนในการประชุม ผู้ปกครองแล้ว ภาคส่วนอื่นๆวางแผนจะดำเนินการพร้อม กันทั้งหมดในชุมชนหลังจากเปิดภาคเรียนในเดือน พฤษภาคม</p>

ภาพกิจกรรมการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1



ภาพกิจกรรมการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2



ภาคผนวก ค

คู่มือการดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา

**คู่มือการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา**

สารบัญ

หน้า

สารบัญ.....	
ความเป็นมาของรูปแบบ.....	
ขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบ.....	
ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพชุมชน	
ขั้นที่ 2 การวางแผนดำเนินงาน	
ขั้นที่ 3 การดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน	
ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน	
ขั้นที่ 5 การสรุปผลและดำเนินการต่อเนื่อง	
เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานตามรูปแบบ.....	
แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา.....	
แบบสัมภาษณ์ประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน	
ระดับประถมศึกษา.....	
แบบประเมินคะแนนความพร้อมของชุมชน.....	
แบบบันทึกคะแนนการประเมินความพร้อมของชุมชน	
เป้าหมายและกลวิธีที่เหมาะสมกับระยะความพร้อมของชุมชน	
บรรณานุกรม.....	

ความเป็นมา

ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ควรเฝ้าระวังและหาทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากสถานการณ์ของปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีภาวะอ้วนเสี่ยงสูงที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน ซึ่งจะตามมาด้วยปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิต แนวทางในการ ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กต้องมีการป้องกันในวงกว้างกับเด็กที่ยังไม่มีภาวะอ้วน และเด็กกลุ่มเสี่ยงอ้วน เพื่อลดอุบัติการณ์รายใหม่ และป้องกันในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการป้องกันและจัดการกับภาวะอ้วนควรมีการวางแผนระยะยาว และกระทำอย่างต่อเนื่อง และใช้ความร่วมมือจากบุคลากรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ได้จัดทำขึ้นจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff ที่จะพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน จาก 5 ภาคส่วน ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาล เทศบาล ชุมชน และผู้ปกครองนักเรียน ในการจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก โดยให้แต่ละภาคส่วนได้มีโอกาสเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ การศึกษาปัญหา การวางแผนดำเนินการ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความรับผิดชอบ และเป็นเจ้าของ เรื่องในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งเกิดการทำงานร่วมกันแบบ “ประสานพลัง” อันเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ของการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน และได้้นำแนวคิดความร่วมมือของชุมชนมาใช้ประเมินชุมชนก่อนวางแผนกิจกรรมการปฏิบัติเพื่อให้ได้แผนการดำเนินงาน ที่เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของชุมชน เกิดแผนงานที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหานี้ และนำไปสู่ การปฏิบัติจริงได้

คู่มือการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ ประถมศึกษาฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ครู แกนนำ ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีแก่เด็กให้เจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพชุมชนก่อนดำเนินการจัดการปัญหา

1. ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาของโรงเรียนและโรงพยาบาล
2. ประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน จากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียน ระดับประถมศึกษา โรงเรียน ชุมชน โรงพยาบาล และเทศบาล โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลหาระดับการมีส่วนร่วม โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ซึ่งการแปลผลระดับการมีส่วนร่วม พิจารณาจากค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ มีการแปลผล ดังนี้

ระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ	3.68	ถึง	5.00
ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ	2.34	ถึง	3.67
ระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ	1	ถึง	2.33

3. ประเมินความพร้อมของชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา ที่แปลและปรับปรุงจาก Community readiness interview questions (Stanley, 2014) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่คัดเลือกแบบเจาะจงจากตัวแทนในภาคส่วนของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียน โรงพยาบาล และเทศบาล ภาคส่วนละ 1-2 คน เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มิพบทาบเกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอ้วน มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ของชุมชนและสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชุมชนได้

การวิเคราะห์ระดับความพร้อมของชุมชน โดยใช้แบบประเมินคะแนนความพร้อมของชุมชน และแบบบันทึกคะแนนการประเมินความพร้อมของชุมชน มีขั้นตอน ดังนี้

- 3.1 ประเมินระดับความพร้อมของชุมชนที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนตามแบบประเมินคะแนนความพร้อมของชุมชน และบันทึกผลลงแบบบันทึกคะแนนการประเมินความพร้อมของชุมชนในส่วนของ Individual scores

- 3.2 นำคะแนน Individual scores ที่แต่ละคนได้ประเมินมาวิเคราะห์และหาข้อสรุปร่วมกันของระดับความพร้อมของชุมชน บันทึกผลลงแบบบันทึกคะแนนการประเมินความพร้อมของชุมชนในส่วนของ Combined scores

- 3.3 นำคะแนนแต่ละมิติของ Combined scores มาหารด้วยจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยรวมความพร้อมของชุมชนแต่ละมิติ (Calculated scores) และนำ Calculated scores มาหารด้วยจำนวนมิติความพร้อมของชุมชน 5 มิติ เพื่อหาระดับความพร้อมในภาพรวม

ของชุมชน (Overall stage of readiness) โดยแปลผลของคะแนนเทียบกับระดับขั้นความพร้อม
ของชุมชน 9 ระยะ ดังนี้

คะแนน 1.0-1.99	หมายถึง	ไม่ตระหนัก
คะแนน 2.0-2.99	หมายถึง	ปฏิเสธ/ต่อต้าน
คะแนน 3.0-3.99	หมายถึง	เริ่มตระหนัก
คะแนน 4.0-4.99	หมายถึง	เริ่มคิดวางแผน
คะแนน 5.0-5.99	หมายถึง	ตัดสินใจ
คะแนน 6.0-6.99	หมายถึง	เริ่มลงมือกระทำ
คะแนน 7.0-7.99	หมายถึง	ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง
คะแนน 8.0-8.99	หมายถึง	การยืนยันรับรอง/ขยายผล
คะแนน 9	หมายถึง	ระดับสูงสุดในการเป็นเจ้าของของชุมชน

4. การประเมินความพร้อมของชุมชน หากประเมินแล้วพบว่า อยู่ในระยะไม่ตระหนัก
ระยะปฏิเสธ/ต่อต้าน และระยะเริ่มตระหนัก ให้ใช้กลวิธีดำเนินการตามระยะความพร้อมของชุมชน
ก่อนดำเนินการต่อในขั้นตอนที่ 2 ของรูปแบบ คือ การพูดคุยชี้แจงเป็นรายบุคคลกับผู้นำชุมชน
ในแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะอ่อนของนักเรียนประถมศึกษา
รายละเอียดเกี่ยวกับภาวะอ่อนในเด็กและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน มีเป้าหมายเพื่อเพิ่ม
ความตระหนักในปัญหา และเกิดแรงจูงใจในการจัดการปัญหา เมื่อดำเนินการจนสามารถยกระดับ
ความพร้อมของชุมชนให้อยู่ในระยะเริ่มคิดวางแผน โดยผู้นำชุมชนเห็นว่าปัญหาของชุมชน
ชัดเจนและเริ่มคิดดำเนินการวางแผนจัดการกับปัญหา จึงดำเนินการต่อในขั้นตอนที่ 2

ขั้นที่ 2 การวางแผนดำเนินงาน

แกนนำชุมชนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องประชุมร่วมกันจัดทำแผนงาน/ โครงการ
กำหนดเป้าหมาย และกลวิธีการดำเนินงานตามระดับการมีส่วนร่วมและความพร้อมของชุมชน
เพื่อให้ได้กิจกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงและเหมาะสม
กับศักยภาพของชุมชน ซึ่งการใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับระยะความพร้อมจะช่วยป้องกันชุมชนจาก
การต้องใช้ความพยายามมากเกินไปในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนชุมชน หากการดำเนินงาน
นั้นเกินกว่าความมุ่งมั่นของชุมชนมีโอกาสที่จะไม่ประสบความสำเร็จเพราะยังขาดความตระหนัก
หรือมีแหล่งทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนความพยายามจัดการกับปัญหานั้น

ขั้นที่ 3 การดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมการดำเนินงานใน แต่ละด้านของการมีส่วนร่วม ดังนี้

ด้านการตัดสินใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลความรู้ที่เป็นทางเลือกแก่สมาชิกชุมชน ในการร่วมตัดสินใจจัดการกับปัญหา และการวางแผนเพื่อนำทางที่ได้เลือกมาสู่การปฏิบัติ กิจกรรม ประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่ 1 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนัก

1.1 จัดทำแผ่นพับ สคริปต์เสียงตามสายบอร์ดนิทรรศการ และ Infographic

สำหรับประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ใน โรงเรียนและชุมชน

1.2 ประชุมชี้แจงและประชาสัมพันธ์เผยแพร่การดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กแก่ครู ผู้ปกครอง ในการประชุมของโรงเรียน และการประชุมประจำเดือนของเทศบาล รวมทั้งการประชุม ของกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ในชุมชน

1.3 ให้ อสม. เป็นเครือข่ายกระจายความรู้แก่สมาชิกชุมชนในครัวเรือนที่แต่ละคน รับผิดชอบ

2. กิจกรรมที่ 2 การเข้าพบกับผู้นำชุมชน

2.1 นำเสนอข้อมูลสถานการณ์เพื่อให้เห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาและพัฒนาวิถีดำเนินงาน

3. กิจกรรมที่ 3 การสนทนากลุ่มกับแกนนำชุมชน

3.1 สนทนากลุ่มกับแกนนำชุมชนในการวางแผนการปฏิบัติ การค้นหาแหล่ง ทรัพยากรที่จะนำมาใช้ดำเนินงาน

ด้านการปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการทำงานจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก ของชุมชน ที่ดำเนินงานร่วมกันในลักษณะของเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชน โดยมีระบบ การบริหารทรัพยากร การประสานงาน การพัฒนาศักยภาพทีมงาน และมีการรวมตัวกัน ในการปฏิบัติงาน กิจกรรมประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่ 1 การแต่งตั้งคณะกรรมการ

1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนที่เป็นตัวแทนของ แต่ละภาคส่วน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนในการดำเนินกิจกรรม

2. กิจกรรมที่ 2 การจัดทำแผนงาน/ โครงการ

2.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก และจัดทำแผนงาน/ โครงการ โดยมีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินโครงการจากแต่ละภาคส่วน

3. กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

3.1 จัดอบรมให้ความรู้แก่คณะทำงานและเครือข่ายกระจายความรู้ในเรื่องภาวะอ้วนในเด็ก การเฝ้าระวังและการคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต) ความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) วิธีการควบคุม/ลดน้ำหนัก

4. กิจกรรมที่ 4 การติดตามการดำเนินงาน

4.1 ประชุมติดตามการดำเนินงานของคณะทำงาน ทุก 2 เดือน

5. กิจกรรมที่ 5 การเผยแพร่การดำเนินกิจกรรม

5.1 ประชุมเผยแพร่การดำเนินกิจกรรมแก่สมาชิกชุมชน ครู และกลุ่มชมรม ในชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือ

ด้านการรับประโยชน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดระบบและเครือข่ายในการจัดบริการ ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการทำงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและเชื่อในความสามารถของตนเอง กิจกรรมประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่ 1 การสร้างเครือข่ายบริการป้องกันภาวะอ้วน

1.1 จัดทำเครื่องมือที่ในการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็ก ได้แก่ แบบคัดกรองและเกณฑ์การแปลผลภาวะอ้วนในเด็กพร้อมคำแนะนำ แบบบันทึกและรายงาน การติดตามผลภาวะอ้วนในเด็กเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก่โรงเรียนและชุมชน

1.2 จัดบริการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วนในเด็กในชุมชนและโรงเรียน

1) คัดกรองและติดตามภาวะอ้วน เดือนละ 1 ครั้ง

2) แจ้งผลการคัดกรองและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ปกครอง

3) ประสานงานและส่งต่อข้อมูลการติดตามดูแลเด็ก

2. กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการทำงาน

2.1 อบรมพัฒนาศักยภาพแก่ทีมเครือข่ายกระจายความรู้ในชุมชนและโรงเรียน โดยให้ความรู้เรื่องภาวะอ้วนในเด็ก การเฝ้าระวังและการคัดกรองภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย การอ่านกราฟเจริญเติบโต) ความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)

ด้านการประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมและเป็นระบบ รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลมาปรับปรุงการดำเนินงาน กิจกรรมประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่ 1 การกำหนดวิธีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน

1.1 คณะทำงานและผู้รับผิดชอบโครงการกำหนดวิธีการวัดผลการดำเนินงาน โดยประเมินผลการดำเนินงานจาก

- 1) จำนวนสมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำ
- 3) จำนวนนักเรียนที่ได้รับบริการคัดกรองและติดตามภาวะอ้วน
- 4) จำนวนเด็กที่มีภาวะอ้วนในชุมชน

1.2 ผู้รับผิดชอบโครงการจัดทำบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน

2. กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายสรุปผลงาน

2.1 ผู้รับผิดชอบโครงการและคณะทำงานประชุมอภิปรายสรุปผลที่ได้รับและประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการ พร้อมจัดทำรายงานสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานนำเสนอแก่ผู้บริหารของเทศบาล โรงเรียน และโรงพยาบาล

3. กิจกรรมที่ 3 การปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน

3.1 ประชุมติดตามผลการดำเนินงานของคณะทำงานทุก 2 เดือน เพื่อนำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไข

การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน เนื่องจากแนวคิดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The stages of change) เสนอว่าการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องใช้ระยะเวลากระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน มีแผนกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้

แผนกิจกรรมการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

กิจกรรม	เดือนที่						ผู้รับผิดชอบ
	1	2	3	4	5	6	
1. แต่งตั้งคณะทำงาน	↔						เทศบาลและโรงพยาบาล
2. ประชุมจัดทำแผนงาน/ โครงการ	↔						คณะทำงานฯ
3. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชนและโรงเรียน							
3.1 ประชาสัมพันธ์ในการประชุมผู้ปกครอง	↔						โรงเรียน
3.2 ประสานขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ทางวิทยุชุมชน/ เสียงตามสายของเทศบาล		↔	↔				เทศบาลและแกนนำชุมชน
3.3 จัดทำแผ่นพับและ Infographic เผยแพร่ทาง Facebook และ Line		↔	↔				โรงพยาบาลและโรงเรียน
3.4 จัดทำสคริปประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องภาวะอ้วน		↔					โรงพยาบาลและโรงเรียน
3.5 ประชุมประชาสัมพันธ์ของเทศบาล/กลุ่มชมรมเดือนละ 1 ครั้ง		↔	↔	↔	↔	↔	เทศบาล และ โรงพยาบาล
4. จัดทำเครื่องมือที่ในการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะอ้วน	↔						โรงพยาบาลและผู้วิจัย
5. อบรมพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานแก่คณะทำงาน	↔						ผู้วิจัยและโรงพยาบาล
6. อบรมให้ความรู้ในการให้บริการการป้องกันภาวะอ้วนแก่ทีมงาน เครือข่ายกระจายความรู้		↔					โรงพยาบาลและเทศบาล

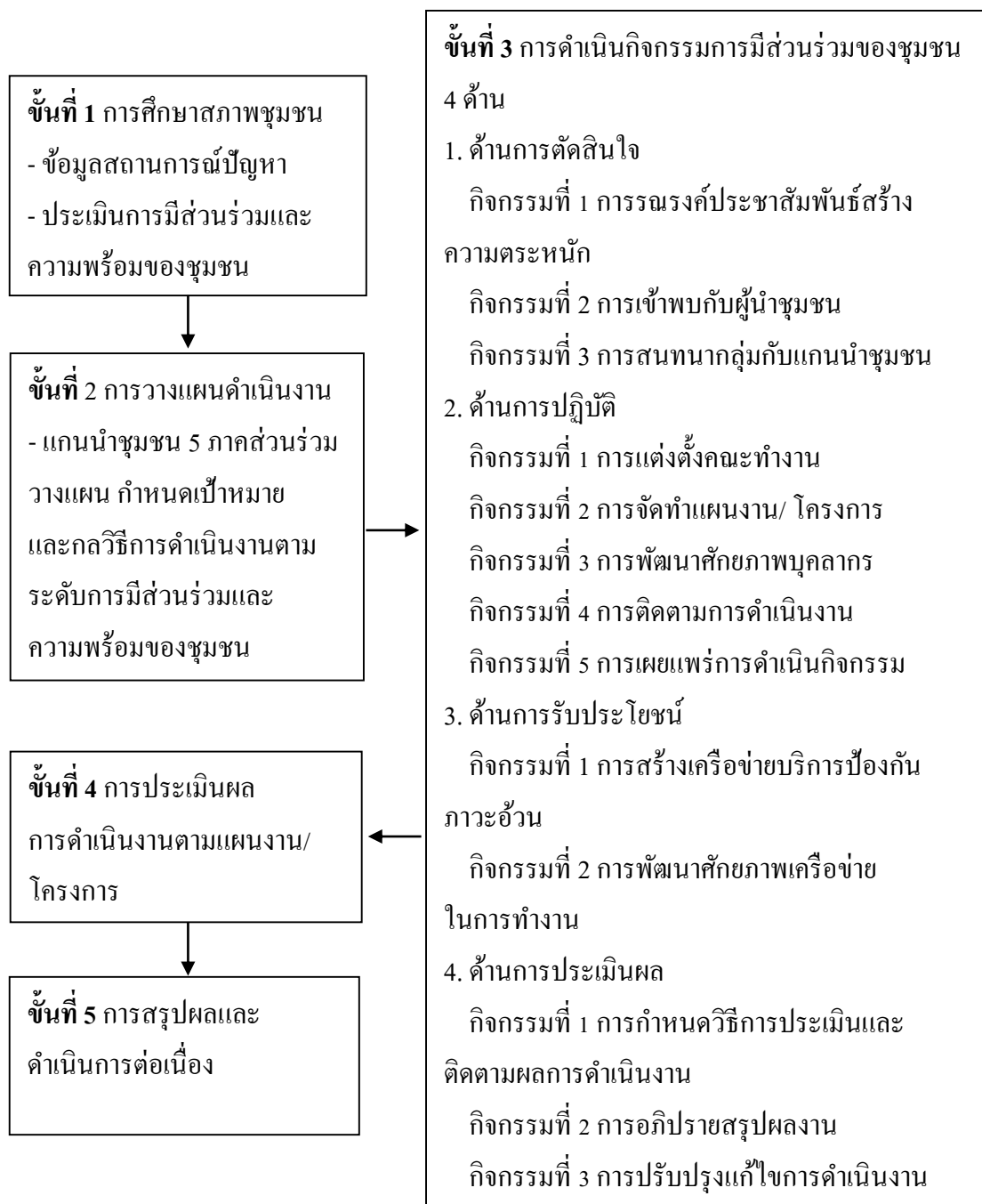
กิจกรรม	เดือนที่						ผู้รับผิดชอบ
	1	2	3	4	5	6	
7. จัดบริการคัดกรองภาวะอ้วนในโรงเรียนและชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง		←				→	โรงพยาบาล อสม. และ โรงเรียน
8. ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการ			↔		↔		คณะทำงานฯ
9. วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน		↔					โรงพยาบาล
10. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่สมาชิกในชุมชนในการประชุมประจำเดือนของเทศบาล			↔		↔		ผู้รับผิดชอบโครงการและ คณะทำงานฯ
11. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการ						↔	คณะทำงานฯ
12. นำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและผู้นำชุมชน						↔	ผู้รับผิดชอบโครงการและ คณะทำงานฯ

ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการ

เป็นการประเมินวัดผลการดำเนินงานของกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการตามแผนงาน/ โครงการ ซึ่งการประเมินผลนี้มีความสำคัญมากเพราะจะมีผลต่อการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร การยุติหรือคงไว้ตลอดจนปรับปรุงแผนงาน/ โครงการ

ขั้นที่ 5 การสรุปผลและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการของชุมชน และนำผลมาใช้ในการขยายการดำเนินงาน การวางแผนปฏิบัติ การพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญ และการนำเสนอข้อมูลเพื่อสร้างเครือข่ายในการทำงาน ซึ่งการดำเนินการในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน และช่วยผลักดันให้ชุมชนเกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังสามารถนำข้อมูลผลการดำเนินงานมาใช้ในการของบประมาณ โดยการรายงานผลความก้าวหน้าของโครงการแก่ผู้บริหารและผู้สนับสนุนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน สรุปขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนประถมศึกษา 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

**เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน
เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา**

แบบสอบถาม

เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 5 ส่วนในการตอบแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนให้เข้าใจและทำแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ไม่มีใครทราบว่าเป็นแบบสอบถามใดเป็นของท่าน การที่ท่านให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะอ้วนในเด็กแก่บุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงต่อไป

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 34 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อในคุณค่าของตนเองเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 2 ข้อ

นางอัจฉรา ภัคดีพิณีจ

นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการศึกษาศึกษาและการพัฒนาสังคม

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่อง () ตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ

() 1. โสด () 2. สมรส () 3. หย่าร้าง/ ม่าย

4. ตำแหน่ง

- () 1. ผู้ปกครองนักเรียน
 () 2. บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 () 3. ครู
 () 4. ผู้นำชุมชน
 () 5. บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล
 () 6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

6. ระดับการศึกษา

- () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษา/ ปวช.
 () 3. อนุปริญญา/ ปวส. () 4.ปริญญาตรี
 () 5. สูงกว่าปริญญาตรี () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

7. อาชีพปัจจุบัน

- () 1. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ () 2. ทำงานบริษัทเอกชน
 () 3. กู้ขาย () 4. รับจ้างทั่วไป
 () 5. เกษตรกรรม () 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

8. การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วน

() 1. ไม่เคย () 2. เคย

9. ประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันภาวะอ้วน

() 1. ไม่เคย () 2. เคย

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา**

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องคำตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของท่านกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
ในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา เพียงข้อละ 1 ช่อง

ข้อ	การมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน แก่ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน					
2.	การเข้าร่วมประชุม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการ ของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน					
3.	การร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน					
4.	การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและวิธีการดูแล ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
5.	การร่วมอภิปรายเสนอรายละเอียดของสภาพปัญหา ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
6.	การวิเคราะห์หาสาเหตุ/ อุปสรรคในการดำเนินงาน ป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
7.	การคัดเลือกปัญหาที่พบในการดำเนินงานป้องกันภาวะ อ้วนในเด็กนักเรียน					
8.	การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ ของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน					

ข้อ	การมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9.	การตัดสินใจเลือกปัญหาที่พบในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนเพื่อหาแนวทางจัดการปัญหา					
10.	การวางแผนแก้ไขปัญหา การเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
11.	การวางแผนในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
12.	การเสนอข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
13.	การคัดเลือกแผนงาน/โครงการเพื่อนำไปดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
14.	การกำหนดทรัพยากร เช่น กำลังคน อุปกรณ์ สิ่งของเงิน ที่จะใช้ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
15.	การตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน					
16.	การกำหนดวิธีดำเนินการในแผนงาน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
17.	การกำหนดแนวทางการติดตาม การควบคุม กำกับ การดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้เป็นไปตามแผน					
18.	การดำเนินการแก้ไขปัญหา การเข้าร่วมประชุมชี้แจงการดำเนินงานของชุมชนต่อภาครัฐและเอกชนให้เข้ามาร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					

ข้อ	การมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
19.	การประสานงานกับภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
20.	การช่วยระดมทรัพยากรที่เป็นเงิน คน วัสดุอุปกรณ์จากคนในชุมชนสำหรับดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
21.	การบริจาคเงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
22.	การร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
23.	การค้นหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการที่กำหนดไว้					
24.	การนำข้อบกพร่องในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนมาปรับปรุงแก้ไข					
25.	การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนตามแผนที่ได้ปรับปรุงแก้ไข					
26.	การได้รับประโยชน์ การได้รับความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
27.	การได้รับความไว้วางใจจากผู้ร่วมดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
28.	การได้เข้าร่วมดูแลป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
29.	การประเมินผล การกำหนดวิธีการประเมินผลการทำงานตามแผนงาน/โครงการ					
30.	การร่วมติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดไว้					

ข้อ	การมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
31.	การวิเคราะห์ผลสำเร็จของแผนงาน/ โครงการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้					
32.	การปรับปรุงแผนงาน/ โครงการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น					
33.	การนำปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไขให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้					
34.	การแจ้งข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนให้ชุมชนรับรู้และร่วมหาแนวทางแก้ไข					

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา**

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องคำตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับความคาดหวังต่อความสามารถของท่าน
ในการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา เพียงข้อละ 1 ช่อง

ข้อ	ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง ในการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา	ระดับความคาดหวัง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การระบุปัญหาการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนของเด็ก นักเรียนในชุมชนได้					
2.	การมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำแผน/ โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
3.	การระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือ ในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
4.	การชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมศึกษาปัญหาและ ความต้องการในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน					
5.	การชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผน/ โครงการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					
6.	การช่วยดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน อย่างเสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม					
7.	การเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน ภาวะอ้วน					
8.	การทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการด้านการป้องกันภาวะ อ้วนของเด็กนักเรียน โดยทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็น อย่างดี					

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อในคุณค่าตนเองเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา**

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องคำตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับความเชื่อคุณค่าตนเองของท่าน
ในการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา เพียงข้อละ 1 ช่อง

ข้อ	ความเชื่อคุณค่าตนเองในการป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา	ระดับความเชื่อ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วน ของเด็กนักเรียนในชุมชน					
2.	การเป็นที่ปรึกษาของชุมชนในการแก้ไขปัญหาภาวะ อ้วนของเด็กนักเรียนในชุมชน					
3.	การช่วยระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือ ในการดำเนินแผนงาน/ โครงการ เพื่อป้องกันภาวะอ้วน ของเด็กนักเรียน					
4.	การได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนในการดูแล ป้องกันภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน					
5.	การมีส่วนผลักดันนโยบายเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียนที่เกิดจากความต้องการของคนในชุมชน					
6.	การดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน ให้ประสบความสำเร็จ					
7.	ความสามารถร่วมจัดทำแผนงาน/ โครงการ เพื่อป้องกัน ภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคน ในชุมชน					
8.	ความสามารถติดตามผลความก้าวหน้าของการทำงานตาม แผนงาน/ โครงการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน					

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
 ในนักเรียนประถมศึกษา

1. ปัญหาหรืออุปสรรคของการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน ในชุมชนของท่าน
 มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียน
 ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ท่านคิดว่าควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์ประเมินความพร้อมของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับประถมศึกษา

คำชี้แจง

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ.....ได้ขออนุญาตเข้าทำการสัมภาษณ์สมาชิก
ในชุมชนของท่านเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ดิฉันจะขอสัมภาษณ์ท่านในฐานะที่เป็นตัวแทนของชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ของ
การสัมภาษณ์เพื่อศึกษาว่าชุมชนของท่าน มีความพร้อมต่อการป้องกันภาวะอ้วนในนักเรียนระดับ
ประถมศึกษาอย่างไร โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาที และจะไม่มีการเปิดเผย
ชื่อของท่าน ข้อคำถามจะครอบคลุมใน 5 มิติ ได้แก่ ความมุ่งมั่นของชุมชนในการจัดการกับปัญหา
ผู้นำในชุมชน บรรยากาศของชุมชน ความรู้ของชุมชนเกี่ยวกับประเด็นปัญหา และแหล่งทรัพยากร
ของชุมชนในการจัดการกับปัญหา

“พร้อมที่จะพูดคุยกันแล้วใช่ไหมคะ ขออนุญาตเริ่มต้นเลยนะคะ”

1. จากค่าคะแนน 1 ถึง 10 ให้ประเมินว่าในชุมชนของท่านมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะ
อ้วนในเด็กเป็นคะแนนเท่าไร โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง “ไม่มีความกังวลเลย” และ 10 คะแนน
หมายถึง “มีความกังวลมากที่สุด” และอธิบายเหตุผลที่ท่านให้คะแนนค่านี้

มิติที่ 1 ความมุ่งมั่นของชุมชนในการจัดการกับปัญหา

ต่อไปเป็นคำถามที่จะถามท่านเกี่ยวกับความมุ่งมั่นในปัจจุบันของชุมชนในการจัดการ
ปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก ซึ่งความมุ่งมั่นในที่นี้หมายถึง การมีโครงการ กิจกรรม หรือบริการ
ในชุมชนของท่านในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก

2. ในชุมชนของท่านมีโครงการ กิจกรรม หรือบริการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
หรือไม่ถ้าตอบ มี ให้ถามคำถามข้อที่ 3; ถ้าตอบ ไม่มี ให้ข้ามไปคำถามที่ 16

3. กรุณาเล่าให้ฟังเกี่ยวกับโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก
ผู้สัมภาษณ์จดคำสำคัญ เพื่อถามต่อในข้อ 4-7

4. บันทึกชื่อของโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ถามเน้น
ในแต่ละโครงการ/ กิจกรรม/ บริการนั้น ๆ ได้ดำเนินการมาเป็นเวลานานเท่าไร

5. โครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก มีไว้ให้บริการกับ
กลุ่มผู้รับบริการใดบ้าง (ถามเกี่ยวกับกลุ่มผู้รับบริการที่เฉพาะเจาะจง)

6. สมาชิกในชุมชนมีจำนวนเท่าไรที่ทราบว่ามิโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก? โดยให้ท่านเลือกคำตอบ ได้แก่ ไม่มี มีเล็กน้อย มีบางส่วนหรือส่วนใหญ่? อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่า “...คำตอบ(เช่น ไม่มี มีเล็กน้อย มีบางส่วน หรือส่วนใหญ่)” ที่ทราบ

7. สมาชิกบางส่วนที่ทราบว่ามิโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เขาทราบข้อมูลอะไรบ้าง

(เช่น ชื่อโครงการ/ กิจกรรม/ บริการ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย/ ทำอะไร/ ผลที่จะได้)

8. สมาชิกในชุมชนมีความเข้าใจหรือมีข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กหรือไม่ ถ้าตอบว่า มี: มีอะไรบ้าง?

9. สมาชิกในชุมชนทราบข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก อย่างไรบ้าง

10. สมาชิกในชุมชนเห็นว่าโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานหรือไม่?

ถามเพื่อตรวจสอบข้อมูล: สมาชิกในชุมชนชอบอะไรเกี่ยวกับโครงการนี้ มีอะไรที่ไม่ชอบ?

11. อุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กมีอะไรบ้าง?

12. จุดแข็งของโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กมีอะไรบ้าง?

13. จุดอ่อนของโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กมีอะไรบ้าง?

14. มีการนำผลประเมินการดำเนินงานของโครงการ/ กิจกรรม/ บริการในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก มาปรับปรุงการบริการ หรือนำมาริเริ่มทำกิจกรรมใหม่ ๆ หรือไม่?

15. มีการวางแผนเพิ่มเติมในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กในชุมชนหรือไม่?
โปรดอธิบาย

ถามคำถามในข้อที่ 16 ถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ตอบ “ไม่มี” ในคำถามข้อที่ 2 หรือไม่แน่ใจ

17. ในชุมชนของท่านมีผู้ที่ริเริ่มการดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กหรือไม่?

มิตินี้ 2 ผู้นำในชุมชน

ต่อไปเป็นคำถามที่จะถามท่านว่าผู้นำในชุมชนรับรู้ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กอย่างไร ผู้นำชุมชนในที่นี้หมายถึง ผู้ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและเป็นผู้ที่มีความสามารถในการโน้มน้าวใจสมาชิกในชุมชนและ/ หรือเป็นผู้ที่ช่วยนำชุมชนให้ประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก

17. จากค่าคะแนน 1 ถึง 10 ให้ท่านประเมินว่าผู้นำชุมชนมีความกังวลต่อปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นคะแนนเท่าไร โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง “ไม่กังวลเลย” และ 10 คะแนน หมายถึง “กังวลมากที่สุด” และอธิบายเหตุผลที่ท่านให้คะแนนค่านี้

18. ผู้นำชุมชนได้จัดลำดับความสำคัญของการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กไว้ในลำดับที่เท่าไร? ขอให้อธิบายเหตุผลที่ท่านให้คำตอบนี้

19. ผู้นำชุมชนได้สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กที่มีอยู่ในชุมชนนี้หรือไม่

ถ้าตอบ “ใช่” มีการสนับสนุนอย่างไร? ยกตัวอย่างเช่น สนับสนุนแต่ไม่มีส่วนร่วม หรือ สนับสนุนโดยมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือร่วมปฏิบัติ

ถ้าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ: ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมอย่างไร?

ถามถึงลักษณะของการมีส่วนร่วม:

ผู้นำชุมชนร่วมเป็นคณะทำงานหรือไม่?

ผู้นำชุมชนเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมการปฏิบัติต่อสาธารณชนหรือไม่?

ได้มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อจัดการกับปัญหาหรือไม่?

20. ผู้นำชุมชนได้ให้การสนับสนุนเพิ่มเติมในการจัดการกับภาวะอ้วนในเด็กหรือไม่
ถ้าตอบ “ใช่”: การสนับสนุนเป็นอย่างไร? (เช่น สนับสนุนเงิน ๑ หรือสนับสนุนเต็มที่ในการวางแผนงาน และเข้าร่วมกิจกรรม)

คำถามเพื่อค้นหาการสนับสนุน: พุดชัดเจนว่าชอบ/ เข้าร่วมวางแผนและดำเนินการ/ ช่วยหาแหล่งสนับสนุน โครงการใหม่

21. ผู้นำที่สนับสนุนการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กในชุมชนของท่านคือใคร?

22. ผู้นำที่อาจจะไม่เห็นด้วยกับการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กมีหรือไม่ มีใครบ้าง?

มิติที่ 3 บรรยากาศในชุมชน

23. จากค่าคะแนน 1 ถึง 10 ให้ประเมินว่าสมาชิกในชุมชนมีความกังวลต่อปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นคะแนนเท่าไร โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง “ไม่กังวลเลย” และ 10 คะแนน หมายถึง “กังวลมากที่สุด”

24. สมาชิกในชุมชนได้จัดลำดับความสำคัญของการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กไว้เป็นลำดับที่เท่าไร? ขอให้อธิบายเหตุผลที่ท่านให้คำตอบนี้

25. สมาชิกในชุมชนสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กที่มีอยู่หรือไม่

ถ้าตอบ “ใช่” มีการสนับสนุนอย่างไร? ยกตัวอย่างเช่น สนับสนุนแต่ไม่มีส่วนร่วม หรือสนับสนุนโดยมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือร่วมปฏิบัติ

26. สมาชิกในชุมชนคิดว่าควรวีให้มีการสนับสนุนมากขึ้นเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับภาวะอ้วนในเด็กหรือไม่

ถ้าตอบ “ใช่”: จะต้องสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างไร เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับภาวะอ้วนในเด็ก

แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนอย่างไร? (ยกตัวอย่าง เช่น สนับสนุนแต่อยู่เฉย ๆ หรือสนับสนุนโดยมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือร่วมปฏิบัติหรือไม่)

27. อุปสรรคในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนมีอะไรบ้าง?

28. มีสมาชิกในชุมชนที่เห็นว่าปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาที่จัดการได้ยาก และต้องทนอยู่กับปัญหานี้ต่อไปหรือไม่? โปรดอธิบาย

29. ขอให้ท่านบรรยายถึงบรรยากาศของชุมชนในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก

มิติที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก

30. จากค่าคะแนน 1 ถึง 10 ขอให้ท่านประเมินว่าสมาชิกในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นคะแนนเท่าไร? โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง “ไม่มีความรู้เลย” และ 10 คะแนน หมายถึง “มีความรู้มากที่สุด” เพราะอะไรจึงให้ค่าคะแนนนี้?

31. ในแต่ละประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กที่จะกล่าวต่อไปนี้ ขอให้ท่านบอกว่าสมาชิกในชุมชนมีความรู้ในประเด็นนั้นขนาดไหน โดยให้เลือกคำตอบระดับของความรู้ 4 ระดับ ดังนี้ 1. รู้มาก 2. รู้บางส่วน 3. รู้เล็กน้อย หรือ 4. ไม่รู้เลย

- สาเหตุของภาวะอ้วนในเด็ก
- ผลที่เกิดจากภาวะอ้วนในเด็ก
- อาการและอาการแสดงของภาวะอ้วนในเด็ก
- สถานการณ์ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน
- วิธีการป้องกันหรือรักษาภาวะอ้วนในเด็ก
- ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวและเพื่อน

32. สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กหรือไม่? ความรู้ความเข้าใจผิดเหล่านี้มีอะไรบ้าง?

33. แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับชุมชนในการจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กมีอะไรบ้าง? (เช่น บทความในหนังสือพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์)

สมาชิกในชุมชนสามารถเข้าถึงและ/ หรือใช้แหล่งข้อมูลนี้ได้หรือไม่?

มิติที่ 5 แหล่งทรัพยากรสำหรับการจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชน

ถ้ามีโครงการ กิจกรรม หรือบริการในชุมชนของท่านในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก ให้เริ่มถามคำถามที่ 34 ถ้าไม่มีให้ถามคำถามที่ 35

34. โครงการ กิจกรรม หรือบริการเพื่อจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กที่มีอยู่ในชุมชนของท่านในปัจจุบันนี้เป็นอย่างไร? มีการดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องหรือไม่?

35. ทรัพยากรที่นำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนมีอะไรบ้าง?

(ประเด็นชักถาม: อาสาสมัคร การบริจาคเงินจากองค์กร เงินทุน ผู้เชี่ยวชาญ สถานที่ สมาชิกและผู้นำในชุมชนได้สนับสนุนทรัพยากรในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กหรือไม่? โปรดอธิบาย

ในชุมชนของท่านมีผู้ที่ช่วยจัดหาทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กหรือไม่?

36. มีอาสาสมัครเข้าร่วมดำเนินงานในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กหรือไม่? โปรดอธิบาย

37. จากค่าคะแนน 1 ถึง 10 ให้ท่านประเมินคะแนนระดับของความชำนาญและการได้รับการฝึกอบรมสำหรับดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก มีค่าคะแนนเท่าไร? (โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง ระดับของความชำนาญอยู่ในระดับต่ำสุด และ 10 คะแนน หมายถึง ระดับของความชำนาญอยู่ในระดับสูงสุด) เพราะอะไรจึงให้ค่าคะแนนนี้

38. มีโครงการหรือแผนงานที่ได้รับงบประมาณเพื่อจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนหรือไม่?

ถ้ามี: โปรดอธิบาย

คำถามเพิ่มเติมของนโยบายที่เกี่ยวข้อง:

39. นโยบาย แนวปฏิบัติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนมีอะไรบ้าง?

40. นโยบาย แนวปฏิบัติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาภาวะอ้วนในเด็กในชุมชนของท่านมีสิ่งใดที่เป็นข้อจำกัดในการนำไปใช้ดำเนินงานหรือไม่? (เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติ อายุ)

41. มีความต้องการที่จะขยายการนำนโยบาย แนวปฏิบัติ และกฎหมายไปใช้เพิ่มขึ้นหรือไม่? ถ้ามี ได้มีการวางแผนที่จะขยายการนำไปใช้หรือไม่? โปรดอธิบาย

42. สมาชิกในชุมชนมีมุมมองต่อนโยบาย แนวปฏิบัติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กอย่างไร?

ขอบคุณท่านที่สละเวลาให้ในการสัมภาษณ์นี้ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปจัดทำแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะอ้วนในเด็กของชุมชนต่อไป

แบบบันทึกคะแนนความพร้อมของชุมชน

ผู้ประเมิน.....วันที่.....

คะแนนรายบุคคล (Individual scores): ผู้ประเมินแต่ละคนบันทึกคะแนนความพร้อมแต่ละมิติที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับการสัมภาษณ์แต่ละคนลงในตารางด้านล่าง

การสัมภาษณ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6
มิติที่ 1						
มิติที่ 2						
มิติที่ 3						
มิติที่ 4						
มิติที่ 5						

คะแนนรวม (Combined scores): ผู้ประเมินอภิปรายคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ของแต่ละคน และหาข้อสรุปร่วมกันเพื่อทำให้เป็นคะแนนรวม (Combined scores) บันทึกผลลงในตารางด้านล่าง และรวมคะแนนของแต่ละแถวซึ่งเป็นค่าคะแนนรวมของแต่ละมิติที่จะนำไปใช้ในการหาคะแนนคำนวณ (Calculated scores) ต่อไป

การสัมภาษณ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คะแนนรวม
มิติที่ 1							
มิติที่ 2							
มิติที่ 3							
มิติที่ 4							
มิติที่ 5							

คะแนนคำนวณ (Calculated scores): นำค่ารวมของคะแนนรวมในตารางด้านบนหารด้วยจำนวนคนที่ได้สัมภาษณ์และบันทึกคะแนนคำนวณที่ได้ทั้งหมดลงในช่องว่างด้านล่าง

			คะแนนระดับความพร้อม
ค่ารวมของคะแนนรวมมิติที่ 1.....	÷	จำนวนผู้รับการสัมภาษณ์.....	=.....
ค่ารวมของคะแนนรวมมิติที่ 2.....	÷	จำนวนผู้รับการสัมภาษณ์.....	=.....
ค่ารวมของคะแนนรวมมิติที่ 3.....	÷	จำนวนผู้รับการสัมภาษณ์.....	=.....
ค่ารวมของคะแนนรวมมิติที่ 4.....	÷	จำนวนผู้รับการสัมภาษณ์.....	=.....
ค่ารวมของคะแนนรวมมิติที่ 5.....	÷	จำนวนผู้รับการสัมภาษณ์.....	=.....
คะแนนเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในภาพรวม (Total calculate score):.....			

ระดับความพร้อมในภาพรวม: นำคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในภาพรวมหารด้วย 5 (จำนวนมิติความพร้อม 5 มิติ) จัดคะแนนระดับความพร้อมในภาพรวมให้เข้ากับระดับความพร้อมตามตารางคะแนนด้านล่าง

คะแนนเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในภาพรวม (Total calculate score) _____ ÷ 5 = _____

คะแนน	ระยะของความพร้อม
1.00-1.99	ไม่ตระหนัก
2.00-2.99	ปฏิเสธ/ต่อต้าน
3.00-3.99	เริ่มตระหนัก
4.00-4.99	เริ่มคิดวางแผน
5.00-5.99	ตัดสินใจ
6.00-6.99	เริ่มลงมือกระทำ
7.00-7.99	ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง
8.00-8.99	การยืนยันรับรอง/ ขยายผล
9	ระดับสูงสุดในการเป็นเจ้าของของชุมชน

ระยะความพร้อมของชุมชน คือ _____

แบบประเมินคะแนนความพร้อมของชุมชน

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ _____

ผู้ประเมิน _____

มิติที่ 1 ความรู้ของชุมชนเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับปัญหา

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
1	สมาชิกในชุมชนไม่มีความรู้เกี่ยวกับ โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	
2	สมาชิกในชุมชนมีความคิดเห็นหรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	
3	สมาชิกในชุมชนส่วนน้อยทราบถึง โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชน รู้ชื่อของโปรแกรม กิจกรรม หรือการให้บริการแต่ไม่ทราบรายละเอียด	
4	สมาชิกในชุมชนบางส่วนทราบถึง โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชน รู้ชื่อของโปรแกรม กิจกรรม หรือการให้บริการแต่ไม่ทราบรายละเอียด	
5	สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ทราบถึง โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชน รู้ชื่อของโปรแกรม กิจกรรม หรือการให้บริการแต่ทราบรายละเอียดอื่น ๆ เพียงเล็กน้อย	
6	สมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนรู้วัตถุประสงค์และเป้าหมายของ โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
7	สมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนรู้เกี่ยวกับ โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชน สามารถบอกชื่อ เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลอื่น ๆ ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับ โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชนได้	
8	สมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนมีความรู้อย่างมากเกี่ยวกับ โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชน ทราบถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมแต่ละระดับ	
9	สมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนมีความรู้และทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ โปรแกรม กิจกรรมหรือการให้บริการของชุมชน และมีข้อมูลจากการประเมินผลที่จะนำไปใช้ดำเนินงานต่อ และทราบถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการดำเนินงาน	

คะแนนความพร้อมของมิติที่ 1 = _____ คะแนน

มติที่ 2 ผู้นำในชุมชน

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
1	ผู้นำชุมชนไม่มีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	
2	ผู้นำชุมชนมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก แต่เชื่อว่าสมาชิกในชุมชนไม่กังวลกับปัญหานี้หรือคิดว่าปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาที่ไม่ต้องนำมากล่าวถึง	
3	ผู้นำชุมชนเชื่อว่าสมาชิกในชุมชนอาจกังวลกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก แต่ยังไม่มีความตั้งใจในการปฏิบัติ อาจเห็นว่าเป็นปัญหาที่ยังไม่ต้องนำมาจัดการ	
4	ผู้นำชุมชนรับทราบว่าสมาชิกในชุมชนกังวลกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและพยายามที่จะจัดการกับปัญหา สมาชิกในชุมชนอาจสนับสนุนการจัดการกับปัญหา แต่ยังไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงาน การประเมินผล หรือช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหา	
5	ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุนหรือปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาอย่างต่อเนื่อง หรือมีการพัฒนาการดำเนินงาน อาจมีคณะทำงานหรือมีการประชุมกลุ่ม แต่ยังไม่มีส่วนที่เป็นหลักในการดำเนินงาน	
6	ผู้นำชุมชนมีบทบาทหลักในการวางแผน การพัฒนา และ/หรือการดำเนินการ การปรับปรุง หรือการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหา อาจเป็นหลักในกลุ่มหรือคณะทำงาน เป็นผู้ดำเนินการหลักในชุมชนและ/หรือเป็นผู้ที่ขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงาน	

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
7	ผู้นำชุมชนมีส่วนในการสร้างให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงาน หรือได้ปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความสามารถในการจัดการกับปัญหาในระยะยาว	
8	ผู้นำชุมชนมีบทบาทหลักในการขยายหรือปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาภาวะอ้วน ในเด็ก มีการประเมินผลและนำมาปรับปรุงแก้ไข เสาะหาแหล่งทรัพยากรใหม่ และ/ หรือ ช่วยพัฒนาการดำเนินการเพื่อจัดการปัญหา	
9	ผู้นำชุมชนมีการทบทวนประเมินผลของโปรแกรม กิจกรรม หรือการให้บริการเพื่อจัดการปัญหา อย่างต่อเนื่องและปรับปรุงการสนับสนุนด้านงบประมาณตามผลการประเมินนั้น	

คะแนนความพร้อมของมิติที่ 2 = _____ คะแนน

มติที่ 3 บรรยากาศของชุมชน

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
1	สมาชิกในชุมชนมั่นใจว่ายังไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	
2	สมาชิกในชุมชนเข้าใจว่าปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาที่น่าเป็นห่วงแต่มั่นใจว่าในชุมชนของตนยังไม่ต้องเป็นกังวลกับปัญหานี้ หรือสมาชิกชุมชนคิดว่าไม่สามารถหรือควรนำปัญหาภาวะอ้วนในเด็กมาจัดการ	
3	สมาชิกในชุมชนเชื่อว่าปัญหาภาวะอ้วนในเด็กอาจเป็นปัญหาที่น่ากังวล ยังไม่เห็นแรงจูงใจในการปฏิบัติ และไม่เห็นว่สมาชิกในชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหานี้	
4	สมาชิกในชุมชนยอมรับว่ากังวลเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและมีโปรแกรม กิจกรรม หรือการให้บริการบางอย่างเพื่อจัดการปัญหา อาจได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน มีความมั่นใจว่าการดำเนินงานที่มีอยู่เพียงพอแล้วกับการจัดการกับปัญหา	
5	ทัศนคติของสมาชิกในชุมชนคือ มีความกังวลกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและต้องการจัดการกับปัญหา อาจมีความเชื่อว่าการดำเนินงานที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาหรือควรต้องมีการปรับปรุงการดำเนินงาน	

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
6	ทัศนคติของสมาชิกในชุมชนคือ สมาชิกในชุมชนมีหน้าที่ต้องจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก และสมาชิกบางส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา ตลอดจนวางแผน พัฒนาและ/ หรือ ดำเนินการสิ่งใหม่ ๆ ปรับปรุงหรือเพิ่มความสามารถในการดำเนินการเพื่อจัดการกับปัญหา	
7	ทัศนคติของสมาชิกในชุมชนคือ สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนรับผิดชอบในการจัดการกับปัญหา ภาวะอ้วนในเด็ก การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการกับปัญหาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง	
8	ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องของชุมชนสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูง มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ	
9	ทุกภาคส่วนของชุมชนให้การสนับสนุนอย่างมาก สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัญหาและรับเป็นภาระความรับผิดชอบของตนเอง	

คะแนนความพร้อมของมิติที่ 3 = _____ คะแนน

มิติที่ 4 ความรู้ของชุมชนเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
1	สมาชิกในชุมชนไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	
2	สมาชิกในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเพียงเล็กน้อยอาจมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่าปัญหานี้เกิดขึ้นได้อย่างไร เกิดที่ไหน และทำไมถึงต้องจัดการปัญหา อาจรู้เพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา หรือไม่รู้ว่าจะทำไมปัญหาภาวะอ้วนในเด็กอาจจะเป็นปัญหาของชุมชน	
3	สมาชิกในชุมชนมีความรู้ที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก เช่น รับรู้ว่าภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาและอาจรู้ว่าทำไมจึงเกิดปัญหานี้ สมาชิกในชุมชนบางส่วน อาจมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่าปัญหานี้เกิดขึ้นได้อย่างไร เกิดที่ไหน และทำไมถึงต้องจัดการปัญหา	
4	สมาชิกในชุมชนมีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก เช่น รับรู้ว่าภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาและทราบข้อมูลที่จำกัดเกี่ยวกับสาเหตุ ผลลัพธ์ สัญญาณและอาการแสดงของปัญหา อาจรู้ว่าปัญหานี้เกิดขึ้นในพื้นที่ แต่รู้เพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา และ/ หรือสาเหตุและผลที่เกิดจากปัญหา	
5	สมาชิกในชุมชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก เช่น รับรู้ว่าทำไมภาวะอ้วนในเด็กทำให้เกิดปัญหาและทราบข้อมูลของสาเหตุ ผลลัพธ์ สัญญาณและอาการแสดงของปัญหา ตระหนักว่าปัญหานี้เกิดขึ้นในพื้นที่แต่มีความรู้เล็กน้อยเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา และ/ หรือรู้เพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้	

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
6	สมาชิกในชุมชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก เช่น ระบุว่าทำไมภาวะอ้วนในเด็กทำให้เกิดปัญหาและทราบข้อมูลของสาเหตุ ผลลัพธ์ สัญญาณและอาการแสดงของปัญหา ตระหนักว่าปัญหานี้เกิดขึ้นในพื้นที่และมีความรู้บางส่วนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชุมชน และ/ หรือการปฏิบัติเพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้	
7	สมาชิกในชุมชนมีความรู้ที่มากกว่าความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก เช่น มีความเข้าใจถึงสาเหตุ ผลลัพธ์ สัญญาณและอาการแสดงของปัญหา ตระหนักว่าปัญหานี้เกิดขึ้นในพื้นที่และมีความรู้บางส่วนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชุมชน และ/ หรืออะไรที่เป็นการปฏิบัติเพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้	
8	สมาชิกในชุมชนมีความรู้ที่มากกว่าความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับความชุกของปัญหาในพื้นที่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชุมชน และ/ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้	
9	สมาชิกชุมชนมีรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน และมีความรู้เกี่ยวกับความชุกของปัญหาในพื้นที่	

คะแนนความพร้อมของมิติที่ 4 = _____ คะแนน

มิติที่ 5 แหล่งทรัพยากร (คน เงิน เวลา สถานที่)

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
1	ไม่มีทรัพยากรที่จะนำมาใช้สำหรับจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	
2	สมาชิกในชุมชน และ/หรือผู้นำในชุมชน ไม่มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหา	
3	การดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กในปัจจุบันอาจได้รับการสนับสนุนทรัพยากร แต่ยังไม่มีการระดมทรัพยากรอย่างแน่นอนหรือต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในการนำทรัพยากรไปใช้ มีแรงจูงใจเพียงเล็กน้อยที่จะจัดสรรทรัพยากรไว้กับการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	
4	การดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กในปัจจุบันอาจได้รับการสนับสนุนทรัพยากร แต่ยังไม่มีการระดมทรัพยากรอย่างแน่นอนหรือต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในการนำทรัพยากรไปใช้ สมาชิกในชุมชนบางส่วน หรือผู้นำชุมชนมองเห็นถึงทรัพยากรที่จะสามารถนำไปใช้จัดการกับปัญหา	
5	มีการจัดหาทรัพยากรที่จะนำมาใช้สำหรับดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก สมาชิกในชุมชนบางส่วน หรือผู้นำชุมชนได้ดำเนินการเพื่อจัดหาทรัพยากร เช่น การเชิญชวนให้บริจาค การเขียนโครงการ และการหาอาสาสมัคร อาจมีการสนับสนุนการดำเนินการเพื่อจัดการปัญหา แต่ยังไม่มีการระดมทรัพยากรอย่างแน่นอนหรือต่อเนื่อง	

คะแนน ความพร้อม	หลักในการประเมิน	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
6	ได้รับการจัดสรรทรัพยากรสำหรับสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก	
7	มีแหล่งที่จะพิจารณาจัดสรรทรัพยากรสำหรับดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาทำให้คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง	
8	มีแหล่งที่จะพิจารณาจัดสรรทรัพยากรสำหรับดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาทำให้คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สมาชิกในชุมชนมองหาการสนับสนุนเพิ่มขึ้นสำหรับการดำเนินงานจัดการปัญหาใหม่ๆ	
9	มีแหล่งทรัพยากรที่หลากหลายและมีกองทุนที่มีความมั่นคงและคาดว่าจะดำเนินการจัดการปัญหาจะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนเพิ่มขึ้นสำหรับการใช้ในการดำเนินงานจัดการปัญหาใหม่ๆ	

คะแนนความพร้อมของมิติที่ 5 = _____ คะแนน

เป้าหมายและกลวิธีที่เหมาะสมกับระยะความพร้อมของชุมชน

ระยะความพร้อมของชุมชน	เป้าหมาย	กลวิธีที่เหมาะสม
1. ระยะไม่ตระหนัก (No awareness)	เพื่อเพิ่มความตระหนัก ในประเด็นปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> - การพูดคุยชี้แจงเป็นรายบุคคลกับผู้นำชุมชน - การเข้าพบและสนทนากลุ่มเล็กกับสมาชิกชุมชนเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา - การสนทนารายบุคคลกับผู้สนับสนุนที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนทางโทรศัพท์
2. ระยะปฏิเสธ/ต่อต้าน (Denial/ Resistance)	เพื่อเพิ่มความตระหนัก ในปัญหาหรือประเด็น ที่เกิดขึ้นในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าพบเป็นรายบุคคลกับผู้นำชุมชนและกระตุ้นในการช่วยเหลือ - การอภิปรายสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดในชุมชน - การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรด้านการศึกษา/ ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อขยายการช่วยเหลือออกไปด้วยการใช้ ใบปลิว โปสเตอร์หรือแผ่นพับ - การชี้ให้เห็นข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของชุมชน และนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แก่กับเครือข่ายในชุมชน - การจัดทำและส่งบทความให้กับสื่อในท้องถิ่น
3. ระยะเริ่มตระหนัก (Vague awareness)	เพื่อเพิ่มความตระหนัก ในสิ่งที่ชุมชนสามารถ ทำได้	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนปฏิบัติและนำเสนอข้อมูลของชุมชนและความไม่เชื่อมโยงในการทำงานของเครือข่ายในชุมชน - การโพสต์ใบปลิว โปสเตอร์และ

		ป้ายโฆษณา
--	--	-----------

ระยะความพร้อม ของชุมชน	เป้าหมาย	กลวิธีที่เหมาะสม
		<ul style="list-style-type: none"> - การเริ่มต้นดำเนินการปฏิบัติและใช้โอกาสนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของชุมชน - การสำรวจชุมชนอย่างไม่เป็นทางการและสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนทางโทรศัพท์หรือที่บ้าน
4. ระยะเริ่มคิดวางแผน (Preplanning)	เพื่อเพิ่มความตระหนักในการคิดวางแผนให้เป็นรูปธรรมเพื่อจัดการกับปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> - การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลแก่ชุมชนเกี่ยวกับประเด็นปัญหาด้วยการนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ - การเข้าพบกับผู้นำชุมชนและร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา - การทบทวนความสามารถในการจัดการปัญหาของชุมชนเพื่อประเมินกลุ่มเป้าหมายและระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน - การอภิปรายกลุ่มกับแกนนำชุมชนเกี่ยวกับปัญหาและพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการ
5. ระยะตัดสินใจ (Preparation)	เพื่อรวบรวมข้อมูลแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อวางแผนการปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - การสำรวจชุมชน ประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อพัฒนาวิธีดำเนินงานกับสมาชิกในชุมชน - การให้ผู้นำหลักในชุมชนและผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อชุมชนประชุมชี้แจงแก่สมาชิกในชุมชนและการเข้าร่วมรายการวิทยุและโทรทัศน์ของท้องถิ่น

		- การวางแผนเพื่อประเมินเป้าหมาย ความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา ของชุมชน
--	--	--

ระยะความพร้อม ของชุมชน	เป้าหมาย	กลวิธีที่เหมาะสม
6. ระยะเริ่มลงมือกระทำ (Initiation)	เพื่อให้ข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจงของชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - การฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อม ของชุมชน - การวางแผนเผยแพร่การดำเนินกิจกรรม จัดการกับปัญหา - การประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้า ของการดำเนินงาน - การสัมภาษณ์ผู้รับบริการเพื่อหาส่วน ขาด ของบริการ ปรับปรุงบริการที่มีอยู่ และหาสถานที่หลักเพื่อแสดงข้อมูล - เริ่มศึกษาหาข้อมูลแหล่งทรัพยากร และแหล่งเงินทุน และเริ่มประเมิน ความสามารถพื้นฐานของชุมชน
7. ระยะปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง (Stabilization)	เพื่อให้คงความมุ่งมั่น ในการจัดการกับปัญหา และปฏิบัติตามแผนงาน/ โครงการได้อย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง - การพัฒนาทักษะแก่สมาชิกในชุมชน นำเสนอการประเมินผลโปรแกรม ผ่านทาง การฝึกอบรมและบทความ ในหนังสือพิมพ์ - การประชุมทุกไตรมาสเพื่อติดตาม ความก้าวหน้าและปรับปรุงกลวิธี ในการดำเนินงาน - การทำให้ผู้สนับสนุนหรืออาสาสมัคร ในชุมชนคงความสนใจและตระหนัก ต่อสถานการณ์ปัญหา - การนำเสนอรายละเอียดความก้าวหน้า การดำเนินงานและแผนที่จะดำเนินการ ต่อไป

ระยะความพร้อม ของชุมชน	เป้าหมาย	กลวิธีที่เหมาะสม
		<ul style="list-style-type: none"> - เริ่มต้นสร้างเครือข่ายในการทำงานระหว่างผู้ให้บริการและระบบที่มีอยู่ของชุมชน
8. ระยะยืนยันรับรอง/ ขยายผล (Confirmation expansion)	เพื่อขยายผลและยกระดับการให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างเครือข่ายในการบริการและวางแผนล่วงหน้าเพื่อประเมินความเสี่ยงของชุมชน - การเผยแพร่โปรแกรมการให้บริการของชุมชน - การจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน - การพัฒนานักพูดของชุมชน - เสนอการเปลี่ยนแปลงนโยบายของชุมชน โดยผ่านการสนับสนุนจากบุคลากรของรัฐ - การนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาให้สื่อมวลชนเผยแพร่ขยายผล - การนำข้อมูลจากการประเมินผลมาใช้เพื่อพัฒนาความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาของชุมชน

ระยะความพร้อม ของชุมชน	เป้าหมาย	กลวิธีที่เหมาะสม
9. ระยะเวลาเป็นเจ้าของ ในระดับสูงสุด ของชุมชน (High level of community ownership)	เพื่อผลักดันให้ชุมชน คงสภาพในการ ปรับเปลี่ยนและพัฒนา อย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนจากภาคเอกชนในชุมชน รวมถึงการสนับสนุนด้านงบประมาณ - การหาแหล่งทรัพยากรที่หลากหลาย ในชุมชน - ฝึกอบรมพัฒนาขั้นสูงขึ้นแก่บุคลากร ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง - มีการประเมินซ้ำในประเด็นปัญหา และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - มีการประเมินภายนอกถึงประโยชน์ ที่ได้รับและนำผลการประเมินมา ปรับปรุง แผนงาน/ โครงการ - ติดตามข้อมูลผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาใช้ในการของบประมาณ - รายงานผลความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แก่ผู้นำในชุมชนและผู้ให้การ สนับสนุน การดำเนินงาน

ที่มา: Plested, B.A., Edwards, R. W., & Jumper-Thurman, P (2006)

ภาคผนวก ง

ภาพกิจกรรมการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
ในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ภาพกิจกรรมการเข้าพบผู้บริหารและผู้นำชุมชน



ภาพกิจกรรมสัมภาษณ์ประเมินความพร้อมของชุมชน



ภาพการประชุมพัฒนาศักยภาพคณะทำงานในการดำเนินงานป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก



ภาพกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรโซ่ป่า ชายด์ป่า โฉ้ย



ภาพกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ “กระโดดโลดเต้น เล่นสนุก Fun for Fit on Tour”



ภาพกิจกรรมสร้างฐานการเรียนรู้ Walk really 3อ.



กิจกรรมอืด อ้อย โองนำความรู้ ออกกำลังกาย





ภาพกิจกรรม อ.อาหารร่วมกับอนุบาลผู้สูงอายุ





ภาพกิจกรรมประชุมอภิปรายสรุปผลการดำเนินงานของแกนนำชุมชน

