

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวคิด ทัศนคติภัยสึนามิและผลกระทบต่อสุขภาพ โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน แนวคิดภูมิปัญญาตะวันออกกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่น

ทัศนคติภัยสึนามิและผลกระทบต่อสุขภาพ

1. ความเป็นมา

ธรณีพิบัติภัยสึนามิหรือคลื่นยักษ์สึนามิ (Tsunami) เป็นภาษาญี่ปุ่นคำว่า “ซุ” (Tsu) แปลว่า ทำเรือ และคำว่า “นามิ” (Nami) แปลว่า คลื่น รวมแล้วแปลว่า คลื่นที่เข้าสู่ฝั่งหรือทำเรือ ซึ่งหมายถึง คลื่นในอ่าว (habor wave, tidal wave) คลื่นยักษ์สึนามิเกิดจากแผ่นดินไหวใต้มหาสมุทร หรือพื้นที่ท้องทะเล หรือใล้ๆ พื้นที่ท้องทะเลจากการเปลี่ยนแปลงของเปลือกโลกบริเวณที่มีน้ำทะเลจำนวนมาก ทำให้น้ำทะเลเหนือบริเวณดังกล่าวมีการไหลอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดคลื่นขนาดใหญ่บริเวณจุดศูนย์กลางและกระจายออกไปทุกทิศทาง สาเหตุการเปลี่ยนแปลงของเปลือกโลกในปัจจุบันพบว่าเกิดจาก 4 สาเหตุ ได้แก่ แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด แผ่นดินถล่ม และอุกกาบาตพุ่งชนโลก (พิพิรัชฌ์คลื่นยักษ์สึนามิ, 2548 ; กลุ่มติดตามและประเมินผล สำนักผู้ตรวจการประจำเขตตรวจราชการที่ 10, 2549)

จากเหตุการณ์แผ่นดินไหวใต้พื้นทะเล นอกฝั่งตะวันตกตอนเหนือของเกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 เวลา 07.58 น. ตามเวลาประเทศไทย วัดค่าได้ 9.15 ริกเตอร์ จัดอันดับความแรงเป็นอันดับที่ 5 ของโลกในรอบ 100 ปี ทำให้เกิดรอยเลื่อนพื้นผิวโลกเคลื่อนตัวอย่างรุนแรง เป็นแนวยาวมากกว่า 1,000 กิโลเมตร และลึกลงไปใต้ทะเลมากกว่า 10 กิโลเมตร บริเวณเหนือเกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย ส่งผลให้เกิดแผ่นดินไหวใต้ทะเลครั้งยิ่งใหญ่เกิดคลื่นยักษ์สึนามิ มีทิศทางเคลื่อนตัวในแนวตะวันออกถึงตะวันตก เข้าถล่มชายฝั่งของประเทศต่าง ๆ ที่มีพื้นที่ติดกับทะเลอันดามันในมหาสมุทรอินเดีย และด้านตะวันออกของทวีปแอฟริกา รวม 13 ประเทศ คือ อินเดีย อินโดนีเซีย ศรีลังกา ไทย หมู่เกาะมัลดีฟส์ โชมาเลีย พม่า มาเลเซีย ซิเชล แทนซาเนีย บังคลาเทศ เคนยา และแอฟริกาใต้ ซึ่งในส่วนของประเทศไทยจังหวัดที่อยู่ทางภาคใต้ฝั่งทะเลอันดามันทั้งหมด 6 จังหวัด ได้แก่ ภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง ตรัง และสตูล ได้รับผลกระทบจากคลื่นยักษ์สึนามิในครั้งนี้โดยตรงอย่างรุนแรง เป็นเหตุให้เกิดโศกนาฏกรรมครั้งใหญ่ที่สุดในประเทศไทย สร้างความสูญเสีย เสียหายต่อชีวิตและ

ทรัพย์สินของประชาชน นักท่องเที่ยว ผู้ประกอบการ นักเรียน ครู และผู้ประกอบการ ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นทั้ง 6 จังหวัดอย่างมหาศาล ไม่สามารถประเมินค่าได้ และนับว่าเป็นครั้งแรกที่ประเทศในแถบมหาสมุทรอินเดียได้รู้จักกับมหันตภัยจากคลื่นยักษ์สึนามิ ซึ่งคนทั้งโลกได้ประจักษ์ว่าเป็นสาธารณภัยครั้งรุนแรงที่สุดในโลกอีกครั้ง (กลุ่มติดตามและประเมินผล สำนักผู้ตรวจการประจำเขตตรวจราชการที่ 10, 2549; คณะจัดทำเอกสารสึนามิกับการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประเทศไทย, 2548)

2. ความเสียหายที่เกิดจากธรณีพิบัติภัยสึนามิ

ความเสียหายที่เกิดจากธรณีพิบัติภัยสึนามิครั้งนี้ ทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญมีดังนี้ (ระบบฐานข้อมูลสำนักงานนโยบายและแผนพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2549)

2.1 ความเสียหายต่อชีวิต โศกนาฏกรรมครั้งนี้ ส่งผลให้มีจำนวนผู้เสียชีวิตกว่า 228,600 คน และมีผู้สูญหายกว่า 44,700 คน โดยมีผู้สูญเสียชีวิตทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศไม่น้อยกว่า 37 เชื้อชาติ (ศูนย์ป้องกันสาธารณภัยจากคลื่นยักษ์สึนามิ, 2548) สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,395 คน แยกเป็นผู้เสียชีวิตชาวไทยจำนวน 2,059 คน เป็นชาวต่างชาติ 2,436 คน และอีก 900 คน ที่ระบุสัญชาติไม่ได้ ส่วนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีจำนวนทั้งสิ้น 8,457 คน แยกเป็นคนไทย 6,065 คน ชาวต่างชาติ 2,392 คน และมีผู้สูญหายทั้งสิ้น 2,817 คน แยกเป็นคนไทย 1,921 คน ชาวต่างชาติ 896 คน จากยอดรวมผู้เสียชีวิตกับยอดผู้สูญหาย สรุปได้ว่าน่าจะมีผู้เสียชีวิตรวมแล้วไม่ต่ำกว่า 8,000 คน (พินิตพรรณ, 2548)

2.2 ความเสียหายต่อทรัพย์สิน ได้แก่ บ้านเรือน โรงแรม ร้านค้า โรงเรียน อาคาร และสิ่งก่อสร้างต่าง ๆ ของหน่วยงานราชการ รวมทั้งอาคารทำการอุทยานแห่งชาติ อาคารเอนกประสงค์ อาคารศาลาประจำหมู่บ้าน สะพาน ถนน ท่าเทียบเรือ เรือประมง กระชังปลา บ่อกุ้ง อุปกรณ์ประมง บ่อน้ำ ระบบประปาหมู่บ้าน และแหล่งน้ำจืด ตลอดจนสภาพภูมิทัศน์ริมชายหาดและสวนสาธารณะ

2.3 ความเสียหายต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จากการสำรวจแนวปะการัง 174 สถานี พบว่าประมาณร้อยละ 13.22 ได้รับผลกระทบหรือเสียหายมาก และประมาณร้อยละ 26.44 ได้รับผลกระทบเล็กน้อยถึงปานกลาง สำหรับแหล่งหญ้าทะเลได้รับผลกระทบประมาณร้อยละ 5 ในขณะที่สัตว์ทะเลหายากและใกล้สูญพันธุ์ ได้แก่ เต่า โลมา และพะยูน บาดเจ็บและตายจำนวนมาก ทรัพยากรอีกประเภทที่ได้รับผลกระทบคือ ป่าชายเลน รวมความเสียหายทั้งสิ้นประมาณ 2,010 ไร่ จากพื้นที่ป่าชายเลนทั้งหมดในฝั่งอันดามัน 1.13 ล้านไร่ สำหรับทรัพยากรดินและการใช้ประโยชน์ที่ดิน ด้านเกษตรได้รับความเสียหายโดยสิ้นเชิง ทั้งผลผลิตและพื้นที่ที่ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ นอกจากนี้พบความเสียหายทางกายภาพชายฝั่งทะเล ได้แก่ การกัดเซาะชายฝั่ง การเปลี่ยนแปลงร่องน้ำ ปากแม่น้ำ รวมทั้งการเปลี่ยนสภาพธรณี

สถานวิทยาชายฝั่ง การปนเปื้อนจากความเค็มในแหล่งน้ำผิวดินและน้ำใต้ดิน การเกิดดินถล่ม และพายุซบรวมถึง 53 แห่ง ใน 16 จังหวัด และการเกิดภาวะมลพิษจากน้ำท่วมขัง น้ำเสีย ขยะ และสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ต่าง ๆ (ระบบฐานข้อมูลสำนักงานนโยบายและพัฒนาระบบบริหารธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2549)

2.4 ความเสียหายในจังหวัดพังงา จังหวัดที่ได้รับประสบภัยรุนแรงที่สุดคือ จังหวัดพังงา ครอบคลุม 66 หมู่บ้าน 18 ตำบล ใน 6 อำเภอ ประชาชนที่ได้รับประสบภัยจำนวน 19,509 คน และ 4,615 ครัวเรือน โดยอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เป็นพื้นที่ที่ประสบเหตุมากที่สุด มีผู้เสียชีวิตจำนวน 4,225 คน และบาดเจ็บ 5,597 คน (ศูนย์อำนวยการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพผู้ประสบภัยจากคลื่นยักษ์ Tsunami, 2548) พื้นที่ที่ได้รับ ความเสียหาย ได้แก่ อำเภอท้ายเหมือง อำเภอตะกั่วทุ่ง อำเภอตะกั่วป่า เช่น เกาะพระทอง เกาะคอเขา บ้านน้ำเค็ม หาดบางหลุด หาดทับตะวัน หาดบางสัก อ่าวทอง แหลมปะการัง หาดคึกคัก หาดบางเนียง หาดนางทอง เขาหลัก ฐานทัพเรือพังงา หาดท้ายเหมือง ท่าฉัตรไชย เป็นต้น ชุมชนที่ได้รับ ความเสียหาย ได้แก่ ชุมชนบริเวณถนนภูเก็ต-ตะกั่วป่า หมู่ 2 บ้านน้ำเค็ม ตำบลบางม่วง บ้านบางเนียง ตำบลคึกคัก บ้านเขาหลัก เกาะคอเขา เกาะยาว และหมู่เกาะต่าง ๆ โดยบริเวณที่เป็นชุมชนถูกคลื่นซัดหายไปทั้งชุมชน โรงแรมที่พักสำหรับนักท่องเที่ยวถูกคลื่นซัดจนกำแพงและทรัพย์สินพังทลายเสียหาย

2.5 ความเสียหายในสถานศึกษาและเด็กกำพร้า มีสถานศึกษาได้รับความเสียหาย 96 แห่ง เป็นสถานศึกษาที่ได้รับความเสียหายรุนแรง 5 แห่ง นักเรียนได้รับผลกระทบ 6,965 คน นักเรียนเสียชีวิต 225 คน ครูและบุคลากรทางการศึกษาเสียชีวิต 3 คน เด็กกำพร้าทั้งหมด 677 คน จาก 483 ครอบครัว โดยจำแนกเป็นกำพร้าบิดา 281 คน กำพร้ามารดา 306 คน และกำพร้าทั้งบิดามารดา 74 คน จังหวัดที่มีเด็กกำพร้าที่ได้รับจากคลื่นยักษ์สึนามิมากที่สุดคือจังหวัดพังงา 315 คน จากข้อมูล ณ วันที่ 27 มกราคม 2548 (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2548 ; กลุ่มติดตามและประเมินผล สำนักผู้ตรวจการประจำเขตตรวจราชการที่ 10, 2549) และจากการสำรวจข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ (ข้อมูล ณ วันที่ 11 กันยายน 2548) พบว่า มีเด็กกำพร้าและสูญเสียผู้ปกครองทั้งสิ้นจำนวน 1,671 คน โดยจังหวัดพังงามีจำนวนเด็กกำพร้ามากที่สุด 747 ราย รองลงมาจังหวัดภูเก็ต 175 ราย กระบี่ 127 ราย และระนอง 97 ราย นอกจากนี้ยังมีจังหวัดอื่นๆ กระจายไปทุกภาคทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 58 จังหวัด

3. ผลกระทบต่อสุขภาพ

หลังเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย กรมควบคุมโรค โดยสำนักกระบาดวิทยาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 6 จังหวัด ได้จัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคในเชิงรุก (active disease surveillance) เพื่อเฝ้าระวังโรคและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผลการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2547 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2548 พบผู้ป่วยในข่ายที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด 3,823 ราย โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงจำนวน 2,511 ราย

รองลงมาได้แก่โรคติดเชื้อจำนวน 389 ราย และโรคปอดอักเสบจำนวน 222 ราย ในจำนวนนี้มี ผู้เสียชีวิต 5 รายจากโรคปอดอักเสบจำนวน 2 ราย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เป็น เบาหวานและมีอุจจาระร่วง 1 ราย และเด็กอุจจาระร่วง 1 ราย ผลจากการเฝ้าระวังและควบคุม ป้องกันโรค ไม่พบการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือไม่มีโรคระบาดในวงกว้าง (สำนักโรคบาตวิทยา, 2548) กรมสุขภาพจิตได้จัดทีมปฏิบัติการออกหน่วยให้บริการสุขภาพจิต (mobile team) เพื่อออก หน่วยให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ที่มีปัญหาทางกายและทางจิตในพื้นที่ 6 จังหวัดภาคใต้ ผลของ การให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพนับตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2547 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2548 พบว่ามีผู้รับบริการทั้งสิ้น 9,177 ราย ได้ให้คำปรึกษาจำนวน 7,688 ราย รักษาทางกาย จำนวน 2,599 ราย และให้ยาทางจิตจำนวน 2,066 ราย โดยจังหวัดที่มีผู้มารับบริการมากที่สุดคือ พังงามีจำนวน 4,512 ราย ต้องให้คำปรึกษา 4,721 ราย รักษาทางกายจำนวน 1,180 ราย และให้ ยาทางจิตจำนวน 1,202 ราย (คณะจัดทำเอกสารสัมมนาเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ประเทศไทย, 2548)

จากการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยธรรมชาติใน 6 จังหวัดภาคใต้ ตั้งแต่ วันที่ 26 ธันวาคม 2547 จนถึงวันที่ 26 มกราคม 2548 จำนวน 4,710 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ประสบภัยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพังงา พบว่าสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยที่พบบ่อย ได้แก่ เด็กอายุ 1-5 ปี ส่วนใหญ่จะเกาะติดผู้ใหญ่ กลัวความมืด มีปัญหาการกิน การนอน และปัสสาวะรดที่ นอน เด็กอายุ 6-11 ปี ต้องการความสนใจจากพ่อแม่มากขึ้น กลัวโรงเรียน ไม่มีสมาธิ ผลการ เรียนลดลงและไม่เล่นกับเพื่อน กลุ่มอายุ 12-14 ปี ต้องการความสนใจจากพ่อแม่หรือครูมากขึ้น มีปัญหาเรื่องการเรียน และบ่นว่ามีอาการทางด้านร่างกายที่ไม่ชัดเจน กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มี ปัญหาเรื่องการนอน สมาธิไม่ดี ซึมเศร้า มีความยากลำบากในการปรับจิตใจให้สมดุล มีความคิด ฟุ้งซ่าน หงุดหงิด คับข้องใจง่ายกว่าปกติ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ส่วนผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จะมีปัญหาเรื่องการนอน มีความยากลำบากในการปรับจิตใจให้สมดุล ซึมเศร้า มีความคิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิด และคับข้องใจง่ายกว่าปกติ ปวดศีรษะและมีปัญหาด้านระบบทางเดินอาหาร และจาก ผลการประเมินความเครียดของผู้ประสบภัยระหว่างวันที่ 30 ธันวาคม 2547 ถึง 26 มกราคม 2548 จำนวน 971 คน พบว่า ภายหลังเกิดเหตุการณ์ธรรมชาติพิบัติภัยในสัปดาห์แรก มีความเครียด มากร้อยละ 23.8 และมีแนวโน้มลดลงในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 21.8, 11.0 และ 9.8 ตามลำดับ และผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ประสบภัยระหว่างวันที่ 30 ธันวาคม 2547 ถึง 22 มกราคม 2548 จำนวน 926 คน พบว่าในสัปดาห์แรกมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.5 และมี แนวโน้มลดลงในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ร้อยละ 25.7 และ 7.2 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2548ก)

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ 6 จังหวัดที่ประสบภัย 9 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ พบว่า ผู้ประสบภัยมีอาการทางจิตสูงถึง 9,131 ราย ป่วยทางจิตขั้นรุนแรง 362 ราย ปัญหา สุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าพบถึงร้อยละ 29 รองลงมาเป็นโรคความ

ผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังเกิดเหตุวิกฤตหรือพีทีเอสดี (post traumatic stress disorder, PTSD) พบร้อยละ 23 ผู้คิดฆ่าตัวตายร้อยละ 9 คิดสารเสพติดเพื่อดับความทุกข์ใจร้อยละ 6 และอีกร้อยละ 3 มีความเศร้าโศกอย่างมาก ร้องไห้บ่อยๆ นอนไม่หลับ โหยหาบุคคลที่เสียชีวิต และไม่ต้องการเห็นสิ่งที่ฆ่าเตือนให้คิดถึงผู้ตาย ซึ่งผู้ประสบภัยจะยังคงเห็นภาพคิดตา ตื่นกลัวเวลาที่ได้ยินหรือเห็นสิ่งที่เตือนให้ระลึกถึงเหตุการณ์ นอนไม่หลับ ผันรำย บางครั้งระแวงระวังสะอื้น ผวา ใจสั่น อึดอัดไม่สบายใจ โดยเฉพาะได้ยินข่าวแผ่นดินไหว ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ประมาณ 2 เท่าตัว ทั้งนี้เนื่องจากสภาพจิตใจของผู้หญิงมีความอ่อนไหวกว่าผู้ชาย (พิมลพรรณ, 2548)

หลังเหตุการณ์ผ่านไป 1 ปี ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ ได้รับการบำบัดจนมีอาการดีขึ้น ปัญหาทางจิตใจคลี่คลายลง แต่ก็ยังมีผู้ประสบภัยอีกหลายคนที่ยังต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพราะจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า ยังมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากจิตใจอีกประมาณร้อยละ 10 ที่ยังมีภาวะเครียดอยู่ ส่วนคนที่ยังมีความวิตกกังวลคิดเป็นอัตราส่วน 1 ต่อ 4 และคนที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าคิดเป็นอัตราส่วน 1 ต่อ 7 และคนที่มีความเครียดรุนแรงหรือพีทีเอสดี คิดเป็น 1 ต่อ 20 (กรมสุขภาพจิต, 2548ข) ผู้ประสบภัยยังมีอาการซึมเศร้า เครียด ซึมเหม่อ เมื่ออยู่ตามลำพัง คิดถึงแต่เรื่องเก่าๆ เกี่ยวกับคลื่นยักษ์สึนามิ เกิดอาการภาพหลอน ขวัญผวา บางคนกลัวถึงขั้นไม่กล้ามองทะเล และจะเกิดอาการผวาทุกครั้งที่ได้ยินเสียงคลื่น บางคนคิดฆ่าตัวตาย แม้ว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะกังวลว่าเหยื่อจากคลื่นยักษ์สึนามิมีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะหลังเกิดเหตุการณ์ในช่วง 2-3 เดือนแรก มีหลายหน่วยงานเข้าช่วยเหลือให้กำลังใจ แต่ในระยะนี้การเยี่ยมเยียนให้กำลังใจลดน้อยลงไป ประกอบกับการช่วยเหลือของราชการล่าช้าไปบ้าง จึงทำให้ผู้ประสบภัยคิดว่าตัวเองต้องต่อสู้อย่างโดดเดี่ยว อนาคตไม่แน่นอน จึงเกิดความเครียดและคิดฆ่าตัวตาย บางคนหันไปใช้สารเสพติดและดื่มสุรา เพื่อแก้ไขภาวะวิตกกังวล และจากข้อมูลการช่วยเหลือและฟื้นฟูทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยธรรมชาติพิบัติของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2547 ถึงวันที่ 4 มกราคม 2549 พบว่า มีผู้ประสบเหตุการณ์สึนามิใน 6 จังหวัดภาคใต้เข้ารับปรึกษาและบำบัดจำนวน 18,402 ราย เป็นการบำบัดด้วยยาทางจิต รับคำปรึกษาแนะนำ และตรวจสุขภาพ โดยผู้ป่วยบางรายเข้ารับบริการมากกว่า 1 อย่าง และอาจมากกว่า 1 ครั้ง หากพิจารณารายจังหวัดแล้ว จังหวัดพังงาซึ่งประสบภัยมากที่สุด มีผู้เข้ารับการปรึกษาและบำบัดมากเป็นอันดับหนึ่ง คือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้ารับบริการรวมทุกจังหวัด รองลงมาคือจังหวัดกระบี่ ภูเก็ต ระนอง สตูล และตรัง ((กลุ่มติดตามและประเมินผล สำนักผู้ตรวจการประจำเขตตรวจราชการที่ 10, 2549)

ผลการสำรวจติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภัย 3 ปี โดยกรมสุขภาพจิตร่วมมือกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข พบว่าปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใหญ่ลดลง ส่วนกลุ่มเด็กมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าเหตุการณ์สึนามิได้ผ่านไปกว่า 3 ปี ดูเหมือนทุกอย่างน่าจะ

เข้าที่ ทั้งเรื่องที่พื้กออาศัย เงินชดเชยต่าง ๆ และอาชีพทำกิน แต่ยังคงมีความจำเป็นในเรื่องของการ
 ดิคมารักษาบาดแผลทางจิตใจ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาเยียวยาไม่เหมือนบาดแผลทางกายที่ตกสะเก็ด
 แล้วก็หายไป และจากการสำรวจใน 2 ครั้งที่ผ่านมา พบว่ายังมีประชาชนจำนวนไม่น้อยต้อง
 เผลอภัยกับปัญหาโรคเรื้อรังภายหลังประสบภัยพิบัติ (สุภาวระชุนชน, 2551)

4 การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน

4.1 การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ทันทีหลังเกิดเหตุการณ์จนถึงปัจจุบัน ภายหลังเกิด
 เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยสึนามิ ได้มีหน่วยงานภาครัฐทั้งส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กร
 เอกชน และภาคประชาชน ได้ผนึกกำลังเพื่อช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ทันทีหลังเกิดเหตุการณ์ ทั้งการ
 ดำเนินการช่วยเหลือและค้นหาผู้รอดชีวิตและผู้เสียชีวิต ขณะเดียวกันยังช่วยเหลือบรรเทาทุกข์อื่น
 ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากเดิมของชุมชนที่ได้สูญเสียไปกับคลื่นยักษ์สึนามิ เพื่อให้
 ประชาชนที่ประสบภัยดำรงชีวิตได้ด้วยความปลอดภัย มีความสงบสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการ
 ที่มีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ สะอาด ปราศจากมลพิษ เพื่อเป็น
 แหล่งอาหาร และแหล่งประกอบอาชีพที่มั่นคงถาวร (ระบบฐานข้อมูลสำนักงานนโยบายและ
 แผนพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2549)

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ
 ภาคเอกชน องค์กรเอกชน และชุมชนในพื้นที่ ตั้งแต่วันเริ่มแรกของการเกิดธรณีพิบัติภัยสึนามิ
 จนถึงปัจจุบัน ทั้งในด้านการค้นหา ช่วยเหลือผู้รอดชีวิต ผู้สูญหาย ผู้บาดเจ็บ รวมทั้งการ
 ให้บริการด้านน้ำสะอาดเพื่อการอุปโภคบริโภค โดยติดตั้งประปาเคลื่อนที่ สูบล้างและฟื้นฟูน้ำบ่อ
 ดิน บ่อน้ำบาดาล การซ่อมแซมระบบน้ำประปาให้กับชุมชนและโรงเรียน ตรวจวัดมลพิษใน
 ชุมชน ดำเนินการสำรวจความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เช่น แนว
 ปะการัง แหล่งหญ้าทะเล สัตว์ทะเลหายากและใกล้สูญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อช่วยชีวิตเต่า
 ทะเล โลมา และพะยูน อีกทั้งดำเนินการพลิกปะการังและกัลปังหา นอกจากนี้ยังร่วมกับชุมชนใน
 พื้นที่ทำความสะอาดชายหาด ปลูกป่าชายเลน ป่าชายหาด และศึกษาวิจัยเพื่อการฟื้นฟูและพัฒนา
 ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นฐานการดำเนินการฟื้นฟูในระยะยาวต่อไป รวมทั้ง
 ได้ประกาศพื้นที่ประสบภัยให้เป็นพื้นที่คุ้มครองสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษา
 คุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 และยังคงได้รับความร่วมมือจากองค์กรในการให้ความ
 ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและที่พื้กออาศัย จัดรูปแบบที่ดิน การ
 แก้ไขปัญหาดินให้กับเกษตรกร ส่งเสริมอาชีพ การศึกษา สุขภาพอนามัย การเงินการคลัง การ
 ช่วยเหลือชาวประมงและชาวเรือด้านความปลอดภัยในการเดินเรือ และระบบเตือนภัยล่วงหน้า
 นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือทั้งในด้านผู้เชี่ยวชาญ อุปกรณ์
 เครื่องมือ และการดำเนินการฟื้นฟู และวิจัยทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ระบบการเตือน
 ภัย และด้านอื่น ๆ จากองค์กรระหว่างประเทศดังเช่น UNEP, FAO, IUCN, GTZ, GEF เป็นต้น

และหน่วยงานภาครัฐของประเทศต่าง ๆ รวมทั้งองค์กรเอกชนต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศเยอรมัน ฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา เดนมาร์ก สวีเดนและจีน เป็นต้น (ระบบฐานข้อมูลสำนักงานนโยบายและแผนพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2549)

4.2 การช่วยเหลือนักเรียน ครูและบุคลากรทางการศึกษา นักเรียนกำพร้าและนักเรียนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยสึนามิในชายฝั่งอันดามันได้รับการช่วยเหลือ ดูแล ฝ้าระวังเป็นกรณีพิเศษ นอกจากนี้ทุนการศึกษาที่กระทรวงศึกษาธิการจัดให้ ยังมีองค์กรต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ให้การสนับสนุนให้ทุนการศึกษาประเภทให้ครั้งเดียวและประเภทต่อเนื่อง เช่น ทุนมูลนิธิหม่อมหมื่นรุจิราภรณ์ราชภัฏวิทยาลัยพัฒนาพระนคร องค์กรประสานโครงการ To Be Number One ทุนสภาสตรีแห่งชาติ ทุนสมาคมแม่ดีเด่นแห่งชาติ บริษัทซีเมนต์จำกัด ทุนยูวพุทธ มูลนิธิพัฒนรักษ์ ทุนลูกเสือโลก ทุนนายกเทศมนตรี Mr. Franz Hostettmann เมือง Stein am Rhein ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ องค์กรยูนิเซฟ มูลนิธิชัยดำรงธรรม (จบปริญญาตรี) และสภาภาษาไทย (จบปริญญาตรี) ฯลฯ นอกจากนี้มีทุนอาหารกลางวันที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โปรดเกล้าฯ พระราชทานเพื่อดำเนินการโครงการอาหารกลางวัน (ระบบฐานข้อมูลสำนักงานนโยบายและแผนพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2549)

สำหรับการฟื้นฟูสภาพจิตใจนักเรียนที่ประสบภัยมีหน่วยงาน สถานศึกษา และองค์กรต่าง ๆ ได้มีการจัดกิจกรรมรับขวัญและฟื้นฟูจิตใจนักเรียนหลากหลายกิจกรรมมากมาย เช่น สำนักผู้ตรวจราชการประจำเขตตรวจราชการที่ 10 ร่วมกับองค์กร Propheten ประเทศเยอรมัน จัดกิจกรรม Art for Children ศิลปะสำหรับเด็กเพื่อฟื้นฟูเยียวยาด้านจิตใจ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากระบี่นำนักเรียนและเยาวชนที่ประสบภัยไปทัศนศึกษานอกสถานที่จำนวน 5 ครั้ง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาดัง เขต 1, 2 และสตูล จัดกิจกรรมค่ายผู้นำเยาวชนให้ความรู้แก่นักเรียน ตามสถาบันการศึกษา และองค์กรต่าง ๆ เช่น ยูนิเซฟ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู บำบัดให้กับนักเรียน นอกจากนี้สำนักตรวจราชการและติดตามประเมิน สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ โดย นายสุทธิ ผลสวัสดิ์ หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการและคณะ ได้เดินทางไปตรวจราชการ และตรวจเยี่ยมโครงการสบายจิต เพื่อฟื้นฟูจิตใจนักเรียน นักศึกษาที่ประสบเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยสึนามิ ตามแนวทางมหาสติปัญญา 4 ในพื้นที่จังหวัดระนอง พังงา กระบี่ และภูเก็ต ((กลุ่มติดตามและประเมินผล สำนักผู้ตรวจการประจำเขตตรวจราชการที่ 10, 2549)

โรงเรียนราชประชานุเคราะห์

1. ความเป็นมา

โรงเรียนที่ทำการศึกษาคือโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๓๕ จังหวัดพังงา เดิมชื่อโรงเรียนบ้านบางสัก ตั้งอยู่ตำบลบางม่วง อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา มีพื้นที่ 361 ไร่ จาก

เหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 โรงเรียนที่ได้รับความเสียหายโดยสิ้นเชิง มูลนิธิราชประชานุเคราะห์ในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ ได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือก่อตั้งใหม่และเปลี่ยนสภาพจากโรงเรียนบ้านบางตักเป็นโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 35 จังหวัดพังงา เพื่อให้ความช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากธรณีพิบัติภัย เด็กกำพร้าและเด็กด้อยโอกาสประเภทอื่น ๆ ในเขตจังหวัดพังงา เปิดทำการเรียนการสอนปีการศึกษา 2548 ในวันที่ 27 เมษายน 2548 ในปีการศึกษา 2550 มีนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 รวม 755 คน และคุณครูจำนวน 67 คน (ประสิทธิ์, 2548)

2. วิสัยทัศน์ของโรงเรียน

โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๓๕ จังหวัดพังงา มุ่งมั่นจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อพัฒนาเด็กด้อยโอกาส ให้เป็นคนที่มีสมบูรณ์ เป็นคนดี มีปัญญา มีความสุข มีความเป็นไทย มีศักยภาพในการศึกษาต่อและประกอบอาชีพในอนาคต (ประสิทธิ์, 2548)

3. พันธกิจของโรงเรียน

3.1 เพื่อพัฒนาคุณภาพนักเรียนและกระบวนการจัดการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนได้พัฒนาความรู้ความสามารถให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน นำกระบวนการวิจัยในชั้นเรียนมาใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน นักเรียนมีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ และทักษะการดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพ

3.2 พัฒนาระบบบริหารและการจัดการที่ดี คล่องตัว มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้นักเรียนพัฒนาศักยภาพ มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของสังคม

3.3 พัฒนาคู และบุคลากรทางการศึกษาให้เป็นมืออาชีพ มีทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ และคุณภาพการศึกษา ที่สอดคล้องกับระบบการประกันคุณภาพการศึกษา

3.4 พัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ และการสื่อสาร เพื่อจัดกระบวนการการเรียนรู้และบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน

3.5 พัฒนาบรรยากาศ และจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ส่งเสริมสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยของผู้เรียน ระดมกำลังสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.6 พัฒนาเครือข่ายและทรัพยากรทางการศึกษาให้มีส่วนร่วมของหน่วยงาน ทางภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน องค์กร ผู้ปกครอง เพื่อให้มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการวางแผนสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน จัดการศึกษาและพัฒนาโรงเรียนในรูปแบบผู้คิด ผู้ร่วมปฏิบัติ ผู้ร่วมพัฒนา

4. เป้าประสงค์ของโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๓๕

เมื่อจบการศึกษา มีคุณลักษณะดังนี้ (ประสิทธิ์, 2548)

4.1 นักเรียน เป็นคนดี มีคุณธรรม จริยธรรม มีวินัย ความรับผิดชอบ ปราศจากอบายมุข และสิ่งเสพติด รู้จักคิดวิเคราะห์ รักการอ่าน แสวงหาความรู้ มีทักษะในการ

ดำรงชีวิตในสังคมยุคใหม่ ใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ และการสื่อสาร เพื่อการเรียนรู้ สร้างงาน สร้างอาชีพ สามารถนำเสนอผลงานได้อย่าง สร้างสรรค์

4.2 ครู มีทักษะวิชาชีพ มีการพัฒนาหลักสูตร และกระบวนการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้สื่อนวัตกรรม เทคโนโลยีที่ทันสมัย เหมาะสมกับนักเรียน สนใจ และใส่ใจดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้ได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองตามศักยภาพ และความสามารถ

4.3 ผู้บริหาร เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง มีการบริหารการจัดการที่ดี มีความรู้ความสามารถในการพัฒนา งานวิชาการหลักสูตร นวัตกรรม และกระบวนการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และคุณภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน องค์กร เอกชน ภาครัฐ และสร้างเครือข่ายและมีการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

4.4 โรงเรียน เป็นโรงเรียนแห่งคุณภาพ มีบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีเอกลักษณ์เป็นต้นแบบของการปฏิรูปการศึกษาที่แท้จริง ซึ่งเกิดจากการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมพัฒนา ร่วมสนับสนุนจากชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ๆ ให้มีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา

4.5 ผู้ปกครองและชุมชน เป็นโรงเรียนที่ผู้ปกครองและชุมชนให้การยอมรับ เชื่อถือ มีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและมีบทบาทสำคัญในการจัดการศึกษา รวมทั้งให้การสนับสนุนการดำเนินงานของโรงเรียน

5. ลักษณะการจัดการเรียนการสอน

เป็นการจัดการศึกษาแบบให้เปล่าตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย กรมสามัญศึกษาจัดสรรงบประมาณเป็นค่าอาหาร เสื้อผ้า วัสดุการศึกษา และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันทั้งหมด รวมทั้งการได้รับบริจาคจากแหล่งต่าง ๆ เป้าหมายหลักของการจัดการศึกษาคือ เพื่อช่วยเหลือปกป้องคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของเด็กด้อยโอกาส ให้มีโอกาสได้รับการศึกษาและพัฒนาตนเองอย่างเท่าเทียมกับเด็กปกติทั่วไป เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ทั้งทางด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาชีพ ด้านความรู้ทั่วไป ด้านกฎหมาย ด้านคุณธรรม ศีลธรรมและจริยธรรม เพื่อให้มีทักษะในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข มีคุณค่าและศักดิ์ศรี สามารถที่จะให้ความร่วมมือในการพัฒนาประเทศได้ โดยให้ความช่วยเหลือทางการศึกษาแก่เด็กที่ขาด โอกาสทางการศึกษาหรือบุคคลที่รัฐจำเป็นต้องจัดบริการทางการศึกษาให้เป็นพิเศษ เพื่อมุ่งให้เกิดความเสมอภาคทางการศึกษาแก่ผู้ยากไร้ หรือผู้เสียเปรียบทางการศึกษาในลักษณะต่าง ๆ โดยอาจจัดเป็นเด็กด้อยโอกาส เป็นเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก ซึ่งมีชีวิตความเป็นอยู่ด้อยกว่าเด็กปกติทั่วไป เนื่องจากเป็นผู้ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาสังคม หรือปัญหาอื่น ๆ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มี

ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีพัฒนาการที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย และสามารถบรรลุถึงศักยภาพขั้นสูงสุดได้ (กรมสามัญศึกษา, 2544)

6. ประเภทของเด็กด้อยโอกาส

กองการศึกษาสงเคราะห์ (กรมสามัญศึกษา, 2544) กำหนดแบ่งเด็กด้อยโอกาสออกเป็น 10 ประเภท ดังนี้

6.1 เด็กถูกบังคับให้ขายแรงงาน หรือแรงงานเด็ก หมายถึง เด็กที่ถูกบังคับให้ขายแรงงาน หรือหารายได้ด้วยการขายแรงงานก่อนถึงวัยอันสมควร ถูกเอารัดเอาเปรียบจากนายจ้าง จนไม่มีโอกาสได้รับการศึกษา หรือการพัฒนาให้เติบโตตามหลักพัฒนาการอันเหมาะสม

6.2 เด็กเร่ร่อน หมายถึง เด็กที่ไม่มีที่อยู่อาศัยพักพิงเป็นหลักแหล่งแน่นอน ดำรงชีวิตอยู่อย่างไร้ทิศทาง ขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เสี่ยงต่อการประสบอันตรายและเป็นปัญหาสังคม

6.3 เด็กที่อยู่ในธุรกิจทางเพศ หรือโสเภณีเด็ก หมายถึง เด็กที่มีความสมัครใจหรือถูกบังคับ ล่องลอยให้ขายบริการทางเพศ หรือถูกชักจูงให้ต้องตกอยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อการประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ

6.4 เด็กที่ถูกทอดทิ้ง/เด็กกำพร้า หมายถึง เด็กที่มารดาทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลหรือตามสถานที่ต่าง ๆ รวมไปถึงเด็กที่บิดามารดาปล่อยทิ้งไว้ให้มีชีวิตอยู่ลำพัง หรือกับบุคคลอื่น โดยไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดา ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากปัญหาหย่าร้างหรือครอบครัวแตกแยก มีสภาพชีวิตอยู่ท่ามกลางความสับสนขาดความรักความอบอุ่น รวมถึงเด็กที่ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู อันเนื่องมาจากสาเหตุอื่น

6.5 เด็กที่ถูกทำร้ายทารุณ หมายถึง เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางร่างกาย ทางเพศหรือทางจิตใจ มีชีวิตอยู่อย่างไม่เป็นสุข ระวัง หวาดกลัวเนื่องจากถูกทำร้ายทารุณ ถูกบีบบังคับกดดันจากบิดามารดา หรือผู้ปกครองซึ่งมีสภาพจิตใจหรืออารมณ์ไม่เป็นปกติ หรือถูกล่วงละเมิดทางเพศในลักษณะต่าง ๆ จากบุคคลที่อยู่ใกล้ตัว

6.6 เด็กยากจนมากเป็นพิเศษ หมายถึง เด็กซึ่งเป็นบุตรหลานของคนยากจนที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 20,000 บาทต่อปี ครอบครัวอยู่รวมกันหลายคน ขาดแคลนปัจจัยพื้นฐาน มีชีวิตอยู่อย่างยากลำบาก รวมถึงเด็กในแหล่งชุมชนแออัดหรือบุตรของกรรมกรก่อสร้าง หรือเด็กจากครอบครัวที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกลที่ขาดโอกาสที่จะได้รับการศึกษาและบริการอื่น ๆ

6.7 เด็กในชนกลุ่มน้อย หมายถึง เด็กที่เป็นบุตรหลานของบุคคลที่มีวัฒนธรรมแตกต่างไปจากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ มีชีวิตอยู่อย่างยากลำบาก และมีปัญหาเกี่ยวกับการถือสัญชาติไทย เป็นสาเหตุให้ไม่มีโอกาสได้รับการศึกษาหรือบริการอื่น ๆ ส่วนใหญ่เป็นเด็กใน

ครอบครัวที่อพยพเข้ามาอยู่อาศัยตามบริเวณแนวชายแดนของประเทศไทย เช่น ชาวเขา ชาวเล เป็นต้น

6.8 เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด หมายถึง เด็กที่ติดสารระเหยหรือยาเสพติดให้โทษ หรือเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการถูกชักนำให้ประพฤติน่าไม่เหมาะสมเกี่ยวข้องกับกลุ่มมิจฉาชีพผู้มีอิทธิพล หรือบุคคลที่แสวงหาผลประโยชน์จากการประกอบอาชีพผิดกฎหมายเป็นเด็กคือโอกาสที่มีแนวโน้มสูงต่อการก่อปัญหาในสังคม

6.9 เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์หรือโรคติดต่อร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ หมายถึง เด็กที่ติดเชื้อเอดส์หรือมีบิดามารดาเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นเด็กที่ถูกสังคมรังเกียจ เป็นเหตุให้เด็กไม่สามารถเข้ารับการศึกษา หรือบริการอื่น ๆ ร่วมกับเด็กปกติทั่วไป

6.10 เด็กในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หมายถึง เด็กที่กระทำผิดและถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนตามกฎหมาย ตลอดถึงเด็กหญิงที่ตั้งครรภ์นอกสมรส ซึ่งมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น การทำแท้ง การฆ่าตัวตาย การทอดทิ้งทารก

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน

1. ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ (health) คือ ความสุข ปราศจากโรค ความสบาย ความมีอนามัย (ทวีศักดิ์, 2534) สุขภาพ คือรากฐานที่สำคัญของชีวิต การระวังรักษาและส่งเสริมสุขภาพ เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคล ถ้าคนเราต้องการมีสุขภาพสมบูรณ์ดี ก็จำเป็นต้องกระทำกิจกรรมหลายๆอย่างประกอบกัน ทั้งในด้านการปฏิบัติตัวหรือสุขบัญญัติและสุขนิสัยส่วนตัว รวมถึงการปฏิบัติเพื่อส่วนรวม ถ้าทุกคนรู้จักรักษาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเป็นอย่างดีอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน ย่อมหมายถึงประเทศชาติมีพลเมืองที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ฉะนั้นทุกคนจึงจำเป็นที่จะต้องรู้จักรักษาดูแล เอาใจใส่สุขภาพของตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาเหตุในการบั่นทอนสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ, 2543) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้กำหนดไว้ว่า สุขภาพเป็นภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีด้วย (Pender, 1996) สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะหรือภาวะที่เป็นสุขสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้ (ประเวศ, 2541, 2543)

1.1 สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย หมายถึง เป็นภาวะที่ระบบต่างๆ ของร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ สามารถทำงานได้ตามปกติ

ไม่บกพร่อง และร่างกายไม่เหนื่อยล้า มีกลไกที่สามารถต้านทานโรค มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่พอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย และมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

1.2 สุขภาวะที่สมบูรณ์ด้านจิตใจ หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง แจ่มใส คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด ปราศจากความเครียดและภาวะที่บีบคั้นทางจิตใจ มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ สมาธิ ปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย หากยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาวะสมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

1.3 สุขภาวะที่สมบูรณ์ด้านสังคม หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการดำรงชีวิตในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี มีความสุข มีครอบครัวที่อบอุ่น มีชุมชนที่เข้มแข็ง สังคมที่มีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีกรรภาพ สันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม อยู่ในระบบเศรษฐกิจและการเมืองที่ดี รวมทั้งได้รับระบบบริการทางสังคมและระบบสุขภาพที่ดี

1.4 สุขภาวะที่สมบูรณ์ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา ความศรัทธาและความเชื่อต่อสิ่งที่เคารพนับถือ การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือพระเจ้า เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความอ่อนคลาย เบาสบาย มีความเปิดเผยซ่านไปทั่ว และมีความสุขอันเป็นทิพย์ สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นยอดที่ส่งผลกระทบอย่างแรงต่อสุขภาวะอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณมนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง

สุขภาพจึงเป็นองค์รวมด้านอนามัยของบุคคล อันประกอบด้วยภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นจุดมุ่งหมายของสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก ลักษณะของการมีสุขภาพดีสามารถสังเกตและพิจารณาได้จากการมีร่างกายที่มีพัฒนาการที่สมวัย การมีโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้อย่างปกติ มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกได้อย่างเหมาะสมและพอเพียง มีความสามารถในการปรับตัวให้สมดุลอยู่ตลอดเวลา แม้จะมีปัจจัยต่าง ๆ มากระทบก็ตาม มีกลไกการป้องกันอันตรายที่เหมาะสม และสามารถซ่อมแซมให้ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ (วสุธร, 2543) การมีสุขภาพที่ดีจะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมได้อย่างเต็มกำลังความสามารถและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านระบบบริการสุขภาพ (สมจิต, 2543 ; นันทวัน, 2545)

2.1 ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม อายุ เพศ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ ค่านิยม ความเชื่อของบุคคล พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรม

การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการจัดการกับความเครียด รวมถึงทักษะชีวิตในการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ เป็นต้น

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

2.2.1 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น อากาศ ความร้อน น้ำ เสียง แสง อาคารบ้านเรือน อาหารและยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนจากมลพิษทางอากาศ น้ำ เสียง แสง อุบัติเหตุต่างๆ พิษจากอาหารและสารเคมี เป็นต้น

2.2.2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านสังคมและวัฒนธรรมประเพณี เป็นปัจจัยเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ความเชื่อและพฤติกรรมของครอบครัวหรือสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ เช่น ค่านิยมและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของชุมชนมีผลต่อการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัดของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามของบุตร อิทธิพลจากการโฆษณาและการสื่อสารที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โครงการวิ่งเพื่อสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2.2.3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจและการเมือง เป็นปัจจัยทางด้านนโยบาย กฎหมาย และระบบบริการต่างๆ ของประเทศที่มีอิทธิพลการยกระดับความเป็นอยู่และความปลอดภัยของประชาชน รวมถึงระดับการศึกษา รายได้ ฐานะเศรษฐกิจและสถานทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเพิ่มศักยภาพและความรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

2.3 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย การจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมพื้นที่อย่างทั่วถึง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ การให้บริการที่มีความเสมอภาคและยุติธรรม มีมาตรฐานและคุณภาพ การส่งเสริมและพัฒนาประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน จะช่วยส่งเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสุขภาพโดยรวมของประเทศ

3. ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำหรือปฏิบัติ และสภาพการณ์ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Green & Kreuter, 1991) เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการมีสุขภาพดีเท่าที่จะเป็นไปได้ (Pender, 1987) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (WHO, 1986 อ้างตามสมจิต, 2543) เป็นการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์

ต่าง ๆ ทั้งทางด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมมาใช้ เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มสุขภาพ เป็นการจัดกิจกรรมที่มุ่งไปสู่ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและของบุคคล (สมจิต, 2543) เป็นกระบวนการและกลยุทธ์ในการพัฒนาศักยภาพและความรับผิดชอบของบุคคลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญาและจิตวิญญาณ โดยการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการสร้างเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี อีกทั้งเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ ความร่วมมือในการฝึกกำลังและขยายภาคีด้านสุขภาพ (ศิริพรและประภาพร, 2545) เป็นกระบวนการการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ให้มีสภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง มีการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสมและปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่บริการแก่ประชาชนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนถึงวัยชรา กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญได้แก่ การสุขศึกษา การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การอนามัยโรงเรียน การอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุ การโภชนาการ การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต และการทันตสาธารณสุข (วสุธร, 2543)

4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญได้แก่ (ประเวศ, 2541)

- 4.1 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส และป้องกันโรคได้หลายอย่าง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและภูมิแพ้ เป็นต้น
- 4.2 รับประทานอาหารที่ถูกต้อง คือรับประทานอาหารพอประมาณ ได้สัดส่วนครบถ้วน รับประทานอาหารผักผลไม้มากๆ ช่วยป้องกันโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคกระเพาะและโรคสมองเสื่อม
- 4.3 หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง อย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไป สัมผัสทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภัยอันตราย
- 4.4 สร้างทักษะในชีวิต เพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ เช่น ความกดดันหรือการถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยง
- 4.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพและทางสังคม เช่น รมเย็น สะอาดปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัยและความเอื้ออาทรต่อกัน
- 4.6 มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีวิธีการหลากหลายที่จะช่วยให้บุคคลละความเห็นแก่ตัว เข้าถึงความดี เช่น การเล่น การเรียนรู้ การศาสนา การรวมกลุ่ม การเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติ ทำให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณอันทำให้สุขภาพดียิ่ง

4.7 มีการเรียนรู้ที่ดี เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สนุก เกิดปัญญา มีอิสรภาพ ทำให้มีความสุข และมีแรงจูงใจอยากเรียนรู้

5. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่พัฒนาโดยเพนเดอร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา เป็นรูปแบบที่ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นความสามารถของบุคคล (competence-or-approach-oriented model) โดยเชื่อว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง พยายามสร้างสรรค์สภาพความเป็นอยู่เพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของตนเอง มีความสามารถในการตระหนักรู้ด้วยตนเอง (self-awareness) และสามารถประเมินความสามารถของตนเองได้ ให้คุณค่ากับการเจริญเติบโตในทางที่ดี และมีความพยายามรักษาคุณภาพระหว่างความเปลี่ยนแปลงและความคงที่ พยายามและกระตือรือร้นในการปรับพฤติกรรมของตนเอง บุคคลซึ่งเป็นองค์รวมที่มีบูรณาการของกาย จิต สังคมและวิญญาณ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเอง และในขณะเดียวกันก็ถูกปรับเปลี่ยนโดยสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล (interpersonal environment) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคคลต้องริเริ่มปรับเปลี่ยนแบบแผนของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (Pender, 1996 ; วัลลา, 2543) ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (Pender, 1996)

5.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (individual characteristics and experiences) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย

5.1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (prior related behavior) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผลทางตรงขึ้นอยู่กับความถี่ของการปฏิบัติ พฤติกรรม การปฏิบัติที่มีความถี่มากจะช่วยให้เปลี่ยนแปลงกลายเป็นนิสัยที่เคยชินได้ และผลทางอ้อมเป็นปัจจัยที่ผ่านทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำและความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการกระทำกิจกรรม ซึ่งตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986 cited by Pender, 1996) เชื่อว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติจะส่งผลทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรม โดยปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีววิทยา (personal biologic factors) เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดประจำเดือน ชีพความสามารถในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไว

และความสมดุลของการทรงตัว ปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตวิทยา (personal psychologic factors) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา ฐานะเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งทางด้านการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (วัลลา, 2543 ; Pender, 1996)

5.2 ปัจจัยการรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affects) ประกอบด้วย

5.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits of action) บุคคลจะวางแผนกระทำพฤติกรรมสุขภาพก็ต่อเมื่อการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีผลลัพธ์เป็นทางบวก เป็นการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำทั้งประโยชน์ภายใน (intrinsic benefits) เช่น มีความกระตือรือร้นเพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายสมบูรณ์ขึ้น รู้สึกความเมื่อยล้าลดลง จิตใจแจ่มใสไม่ขุ่นมัวหรือเครียด เป็นต้น และประโยชน์ภายนอก (extrinsic benefits) เช่น การได้รับรางวัล การได้รับคำยกย่องชมเชยจากผู้อื่น และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

5.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barrier to action) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งที่อาจเป็นจริงหรือเป็นสิ่งที่คาดการณ์ไปเองอันมีผลต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น เป็นกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมกับสิ่งที่คาดการณ์ไว้ ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบากของการปฏิบัติ การสูญเสียเวลา ระยะเวลาปฏิบัติไม่เหมาะสม รวมทั้งการสูญเสียความพึงพอใจส่วนบุคคลจากพฤติกรรมเสี่ยงที่เคยปฏิบัติในวิถีชีวิตทำให้ไม่สามารถเลิกได้ เช่น การสูบบุหรี่ การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและการรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงในการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยทำให้เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแผนลดลง

5.2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและความคงอยู่ของพฤติกรรม ทั้งนี้แบนดูรา (Bandura, 1986; วัลลา, 2543) ได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถก็จะกระทำกิจกรรมนั้น จะพยายามกระทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำของแต่ละบุคคล โดยบุคคลสองคนที่มีความสามารถเหมือนกันอาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน หากบุคคลสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน แม้ในคน ๆ เดียวก็เช่นกัน ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสถานการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน ทั้งนี้แบนดูรา (Bandura, 1986; วัลลา, 2543) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลนั้นไม่คงตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ หากขณะใดบุคคลมีความเชื่อว่ามีความสามารถ ก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมาก การที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นอย่างไรนั้น มีพื้นฐานมาจากองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต (mastery experience) การประสบความสำเร็จเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุภาพนั้นอีกด้วยความมั่นใจและคงอยู่ตลอดไป 3) การสังเกตจากประสบการณ์ผลย้อนกลับ และตัวแบบอื่น ๆ (vicarious experiences) ได้เห็นประสบการณ์แสดงพฤติกรรมของผู้อื่นมาก่อน แล้วนำมาประเมินเปรียบเทียบกับตนเอง ทำให้เกิดแรงกระตุ้นและประสงค์ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จเช่นกัน 4) การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น (verbal persuasion) เป็นการถูกชักชวนโดยบุคคลอื่นและตนเองประเมินแล้วคิดว่าสามารถที่จะกระทำได้ ประกอบกับการมีแบบอย่างที่ดีของพฤติกรรมที่ตนเองพึงพอใจและคาดว่าตนเองสามารถกระทำได้เหมือนแบบอย่าง หรือได้เล็งเห็นผลของประโยชน์ของการกระทำกิจกรรม ทำให้บุคคลดึงเอาความสามารถของตนเองออกมาเพื่อกระทำกิจกรรมตามแบบอย่างหรือคำชักจูงได้ง่ายขึ้น 5) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) สภาวะทางด้านสรีรภาพเป็นสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัวต่อสภาพการณ์ เช่น ความรู้สึกเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และความสงบ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทำให้บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองตามสภาพการณ์

5.2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการกระทำกิจกรรม (activity-related affect) เป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำกิจกรรมในขณะนั้น (activity related) อารมณ์ของบุคคลในขณะนั้น (self-related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกหรือไม่เลือกการกระทำกิจกรรมนั้นอีก โดยความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลกระทำกิจกรรมอีก และความรู้สึกด้านลบจะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรม ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการกระทำกิจกรรมมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ

5.2.5 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influences) การรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

สถานการณ์ในสิ่งแวดล้อมที่มีความสะดวก สถานที่เพียงพอ บรรยากาศสูงใจ เวลาเหมาะสม บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมถึง การรับรู้เกี่ยวกับทางเลือกสถานการณ์ที่เหมาะสม คุณลักษณะกิจกรรมที่ต้องการ และความ สนุกสนานของสิ่งแวดล้อมที่จะกระทำกิจกรรม บุคคลจะกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ที่รู้สึก ว่าเหมาะสม เข้ากันได้ มีความสัมพันธ์กัน ปลอดภัย และมั่นใจ (Pender, 1996)

5.2.6 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นความนึกคิดของบุคคล เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ เริ่มต้นจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทาง สังคม การสนับสนุนทางสังคม และการมีแบบอย่างที่ดี โดยบรรทัดฐานทางสังคมเป็นตัวกำหนด มาตรฐานการกระทำของบุคคลทางสังคมซึ่งบุคคลอาจจะยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และการ สนับสนุนทางสังคมเป็นการส่งเสริมทางด้านสิ่งของเครื่องใช้และกำลังใจเพื่อให้การกระทำ กิจกรรมของบุคคลคงอยู่ต่อไปได้ ส่วนการมีแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ บุคคลอื่น เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลตามทฤษฎี การเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

5.3 ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (behavioral outcome) โดยทั่วไปจะเริ่มต้นกระทำกิจกรรม ด้วยการยึดมั่นต่อแผนการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากมีสิ่งอื่นเข้ามาแทรกแซงซึ่ง สอดคล้องกับความต้องการและความชอบอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดของบุคคล เป็นผลทำให้ไม่ได้ กระทำกิจกรรมตามแผนที่ตั้งใจไว้แต่ต้น ผลลัพธ์ของพฤติกรรมประกอบด้วย

5.3.1 การยึดมั่นต่อแผนของการปฏิบัติพฤติกรรม (commitment to a plan of action) เป็นการเริ่มต้นในการจูงใจให้บุคคลเข้าสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากมีทางเลือกอื่นที่ให้ผล ที่เหนือกว่า และเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง จึงจะล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพเดิม

5.3.2 ความต้องการและความชอบอื่นที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) เป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาอย่างกะทันหันก่อนที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ ซึ่งเป็นความต้องการอื่นที่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ ก่อนและบุคคลควบคุมได้ค่อนข้างน้อย เช่น มีงานด่วนต้องทำ ต้องดูแลครอบครัว บุคคล จำเป็นต้องปฏิบัติไม่อย่างนั้นจะเกิดผลเสียต่อตนเองหรือบุคคลอื่นที่มีความสำคัญ ส่วนความชอบ อื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่า บุคคลควบคุมได้ ค่อนข้างสูง ความชื่นชอบในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ การที่จะต้านทานความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ซึ่งแต่ละคนมี แตกต่างกัน (วัลลา, 2543 ; Pender, 1996)

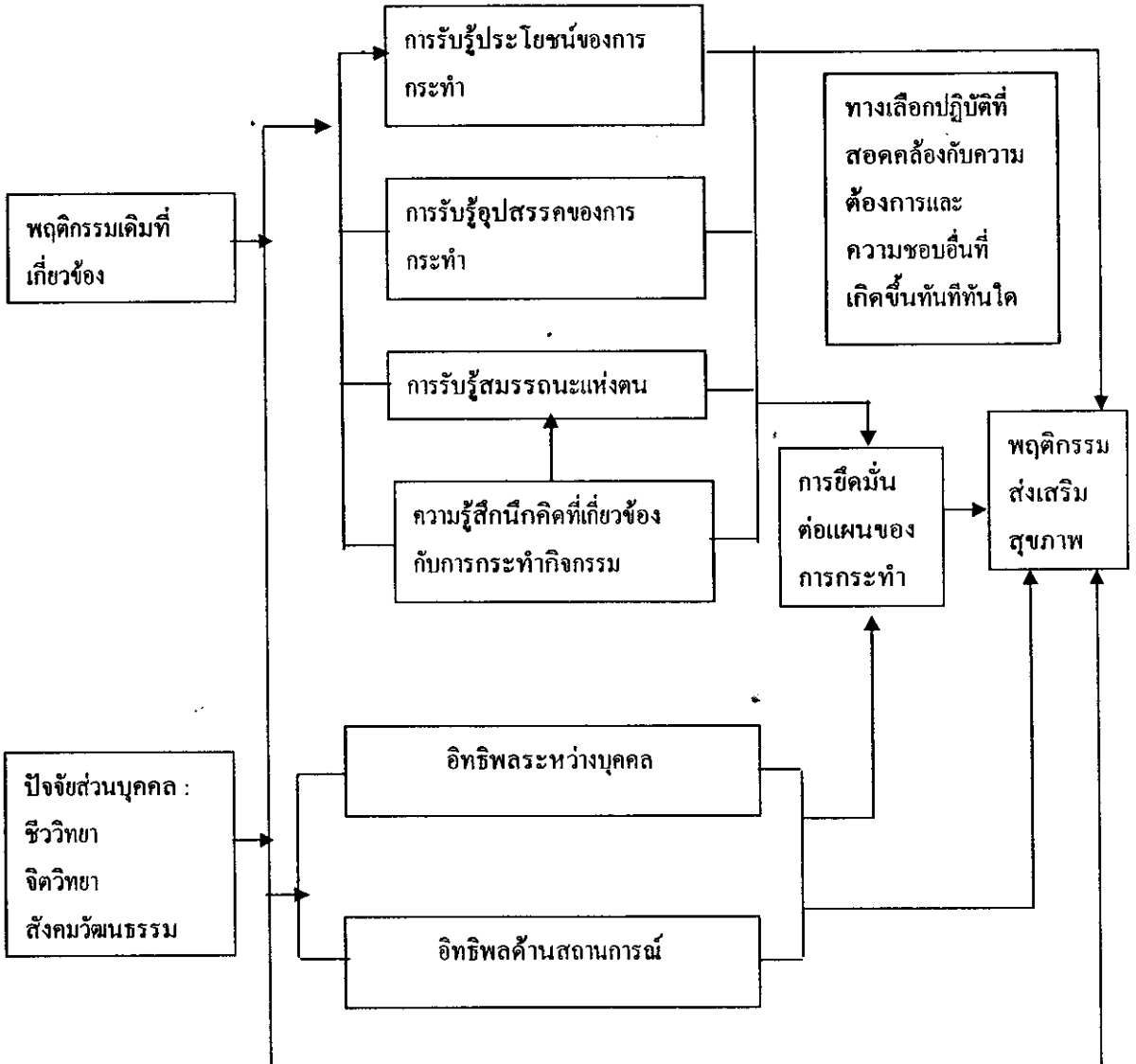
5.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตประจำวัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ความผาสุกของบุคคล และการมีชีวิตรที่ยืนยาว รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ดังแสดงในภาพที่ 1

5.4 การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (the life style and health-habits) ตามที่เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้สร้างขึ้นประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป (general competence in self-care) ด้านอาหารและโภชนาการ (nutrition competence) การออกกำลังกายและกิจกรรมสันทนาการ (physical and recreational activity) แบบแผนการนอนหลับ (sleep pattern) การจัดการกับความเครียด (stress management) การตระหนักในคุณค่าของตนเอง (self-actualization) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (sense of purpose) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (relationship with others) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) และการใช้ระบบบริการสุขภาพ (use of health care system)

คุณลักษณะและ
ประสบการณ์ของ
บุคคล

การรับรู้และทัศนคติที่
เฉพาเจาะจงต่อพฤติกรรม

ผลลัพธ์ของ
พฤติกรรม



ภาพ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แหล่งที่มา : Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*.

6. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมุ่งเน้นให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อเกื้อกูลต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งจะกระทำได้เมื่อประชาชนมีทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ มีชุมชนที่เข้มแข็ง และพึ่งตนเองได้ มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยง ตลอดจนให้การชี้แนะ (สมจิต, 2543) แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ ทิศทาง ขอบเขต การดำเนินงานที่กว้างขวาง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่าย เช่น ภาคประชาชน องค์กรชุมชนในท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อม และองค์กรภาครัฐ เป็นต้น (อนุวัฒน์, 2541) ในกฎบัตรรอดตาว่าได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่สำคัญดังนี้ (สมจิต, 2543; WHO, 1986)

6.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพดี (healthy public policy) ของประชาชน ซึ่งถ้ายึดแนวคิดของสุขภาพในลักษณะของบูรณาการ นโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพดีจะต้องเน้นการพัฒนาคนเป็นหัวใจสำคัญ โดยระบบต่าง ๆ ของประเทศ จะต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลให้คนได้เกิดจิตสำนึกและเห็นคุณค่าของสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นนิสัยตั้งแต่ที่บ้าน โรงเรียน สถานที่ทำงาน และในชุมชน นอกจากนี้ นโยบายต่าง ๆ ของประเทศจะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ และแสดงความรับผิดชอบต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น ตัวอย่างนโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพดีในประเทศไทย ได้แก่ การห้ามสูบบุหรี่ในยานพาหนะโดยสารสาธารณะทุกประเภทเพื่อปกป้องผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การควบคุมอาหารและยา มาตรการการเก็บภาษีบุหรี่เพื่อนำรายได้มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

6.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ (supportive environment) สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และทางสังคม

6.2.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มีการสุขาภิบาลที่ดี สิ่งแวดล้อมสะอาดปราศจากมลภาวะ มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ หรือออกกำลังกาย ที่ปลอดภัยทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ มีน้ำสะอาดสำหรับการบริโภค มีสถานที่เก็บและกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกลักษณะ มีส้วมใช้อย่างถูกสุขอนามัย เป็นต้น

6.2.2 สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น ปราศจากเชื้อโรคและพาหะนำโรค เช่น ยุง แมลงวัน แมลงอื่น ๆ สุนัขบ้า

6.2.3 สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพและมิตรไมตรีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกันทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน สถานที่ทำงาน กับเพื่อนบ้านและในชุมชน

6.3 การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเอง โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ รวมทั้งระดมทรัพยากรต่าง ๆ ภายในชุมชน ให้ชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุน เป็นการเพิ่ม

พลังอำนาจให้กับชุมชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ตัวอย่างกิจกรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในประเทศไทย ได้แก่ ชมรมชีวิตจิตของภาคประชาชนที่เผยแพร่ความรู้ และฝึกทักษะการใช้ชีวิตแบบชีวิตจิต และให้คำแนะนำต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ชมรมกลุ่มออกกำลังกายที่สวนลุมพินี สวนจตุจักร ชมรมจักรยาน วันอาทิตย์ที่เชียงใหม่ เป็นต้น

6.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) เป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้ประชาชน เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น มีทางเลือกมากขึ้น โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ส่งเสริมการเรียนรู้ และฝึกทักษะในการจัดการเพื่อดำรงชีวิตตามวิถีทางที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง มีทักษะในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างสันติ รู้จักรักษาสิ่งแวดล้อม ให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณเพื่อเข้าถึงความดี ลดความเห็นแก่ตัว มีการเรียนรู้ที่ดี ตลอดจนรู้จักแสวงหาและใช้ข้อมูลทางสุขภาพให้เป็นประโยชน์ รวมทั้งเฝ้าดูแลและวังสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน

6.5 การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (reoriented health services) จากเชิงรับที่มุ่งการรักษา และมุ่งเฉพาะบุคคลมาเป็นเชิงรุกที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ประชาชนและองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและพึ่งพาตนเอง และการดูแลสุขภาพจะต้องกระทำที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน และในชุมชน ไม่ใช่เฉพาะที่โรงพยาบาล รวมทั้งใช้การดูแลสุขภาพแบบพหุลักษณะ คือรวมการดูแลทั้งการแพทย์แบบตะวันตก การแพทย์พื้นบ้าน และภูมิปัญญาไทยที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์กับประชาชน และให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

7. การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน

การสร้างเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน หมายถึง กระบวนการเพื่อให้นักเรียน ผู้ปกครอง ครู บุคลากรของโรงเรียน รวมทั้งสมาชิกในชุมชนในโรงเรียนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (กรมอนามัย, 2545) การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพให้ผลตอบแทนทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ได้แก่ ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราการป่วยและตายจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลให้สถานะสุขภาพของประชากรดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของบุคคลและของประเทศ เพิ่มโอกาสมีรายได้ให้กับบุคคลและประเทศ บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สังคมมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (วรรณิและปิยนุช, 2547) การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นมากในโรงเรียน เพราะการที่เด็กและเยาวชนมีสุขภาพที่ดี สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจนั้นเป็นสิทธิขั้นต้นของมนุษย์ ที่ผู้อื่นไม่สามารถหยาบยั้งให้ได้และเป็นหน้าที่ของทุกคนจะต้องแสวงหา สร้างเสริมให้เกิดกับตนเอง พร้อมทั้งช่วยเหลือเกื้อกูลต่อผู้อื่นที่อยู่ใกล้ชิด (กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ, 2543)
 ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนจึงมีความสำคัญดังนี้ (กรมอนามัย, 2544)

7.1 นักเรียนได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองในปัจจุบัน รวมทั้งสามารถ
 ดูแลตนเองและครอบครัวในอนาคต

7.2 ผู้ปกครองและสมาชิกในชุมชนได้รับประโยชน์เรื่องความรู้และพัฒนาทักษะการดูแล
 สุขภาพ

7.3 การดำเนินงานของกลุ่มและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ได้รับประโยชน์จากกลุ่มนักเรียน
 และครู ซึ่งมีการศึกษาและสุขภาพดี

7.4 การพัฒนาประเทศก้าวหน้าขึ้น เนื่องจากประชากรมีการศึกษาและสุขภาพดีขึ้น

8. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (school health promotion)

8.1 ความหมายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามความหมายของ
 องค์การอนามัยโลก หมายถึง โรงเรียนที่มีการเร่งรัดการสร้างสมรรถนะของตนเองอย่างต่อเนื่อง
 เพื่อให้เป็นสถานที่ที่มีสุขภาพที่ดี สำหรับการดำรงชีวิต การเรียนรู้ และการทำงาน (WHO, 1998)
 เป็นโรงเรียนที่มีการพัฒนาขีดความสามารถตลอดเวลาเพื่อเป็นสถานที่ที่มีสุขภาพดีที่ดี มีความ
 ร่วมมือ ร่วมใจกันพัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการมี
 สุขภาพดีของทุกคนในโรงเรียน (กรมอนามัย, 2547) เป็นโรงเรียนที่ทุกคนในโรงเรียนร่วมกันจัด
 โครงสร้างและประสบการณ์ผสมผสานกันในเชิงบวก การเตรียมพร้อมเพื่อชีวิต โดยมุ่งให้เด็กซึ่ง
 เป็นกลุ่มเป้าหมายให้มีสุขภาพดี เตรียมพร้อมในการเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี และมีจิตสำนึกเรื่อง
 สุขภาพในอนาคต และการที่จะให้บรรลุเป้าหมายเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพนั้น จะต้องนำ
 บุคลากรหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกัน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และด้านการศึกษา ครู นักเรียน
 ผู้ปกครอง และผู้นำในชุมชน เพื่อให้มีการปลูกฝังเรื่องสุขภาพ และการเรียนรู้ในทุกวิถีทางเท่าที่
 สามารถทำได้ โดยการจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ตลอดจนโครงการและบริการหลักที่
 หลากหลายในเรื่องสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน (ปณิธาน, 2541; อนุวัฒน์, 2541)

8.2 หลักการของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนเปรียบเสมือนบ้านแห่งที่สองของ
 นักเรียน ทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ รวมทั้งมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ
 สังคม ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพให้กับ
 ประชาชน ซึ่งมีหลักการดังนี้ (รวมพร, 2543)

8.2.1 เป็นการนำรูปแบบของสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ โดยเน้นความสัมพันธ์
 ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

8.2.2 นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะและความรู้ด้านสุขภาพให้แก่
 บุตรหลานตนเอง

8.2.3 เน้นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียน เช่น อาคาร สุขากิจบาล น้ำสะอาด สนามเด็กเล่น เป็นต้น

8.2.4 เน้นการสร้างสภาพสังคมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์ที่ดี และภาวะอารมณ์ที่ดีของเด็กนักเรียน

8.2.5 เป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการสุขภาพในพื้นที่กับโรงเรียน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่อง

8.2.6 เน้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ สำหรับการเรียนในหลักสูตร เพื่อพัฒนา ทักษะและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

8.2.7 ทำให้เกิดความเสมอภาคทางเพศในด้านการศึกษา และสุขภาพ ด้วยการเพิ่ม ความสามารถในการดูแลสุขภาพของสตรี

8.2.8 ให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีสำหรับครู

8.2.9 ทำให้โรงเรียนและชุมชนได้ร่วมกันทำงานเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของ นักเรียน ครอบครัว และสมาชิกในชุมชน

8.3 คุณลักษณะของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ประการ (WHO, 1996 อ้าง ตามรวมพร, 2543) คือ

8.3.1 ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรด้านการศึกษาและสาธารณสุข ได้แก่ ครู นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับครอบครัว และกลุ่ม ชุมชนที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรที่เชื่อมโยงกับโรงเรียน

8.3.2 มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความปลอดภัย เช่น มีการจัด สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม มีบรรยากาศที่เอื้ออาทรและเคารพซึ่งกันและกัน สนับสนุนความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมปราศจากความทารุณและโหดร้าย และมีสนามเด็กเล่นที่ปลอดภัย

8.3.3 จัดให้มีการสอนสุขศึกษา มีหลักสูตรที่ช่วยปรับปรุงความรู้ ความเข้าใจของ นักเรียนในเรื่องสุขภาพอนามัย ซึ่งช่วยให้นักเรียนมีทางเลือกที่เหมาะสมด้านสุขภาพ และมี พฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพไปตลอดชีวิต

8.3.4 จัดให้เข้าถึงบริการสุขภาพ มีการให้บริการด้านสุขภาพ เช่น ตรวจคัดกรอง การชันสูตร วิเคราะห์ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการรักษาที่เหมาะสม เป็นต้น โดยเป็นการจัดการที่มีประสิทธิภาพที่สุดที่โรงเรียนจะจัดให้ได้ โดยขึ้นอยู่กับทรัพยากรและข้อปฏิบัติต่าง ๆ ของโรงเรียน

8.3.5 ดำเนินนโยบายและข้อกำหนดในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ เช่น นโยบาย ทัวไปที่มุ่งให้กิจกรรมและทรัพยากรต่าง ๆ เป็นไปเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ นโยบายการบริโภคสุรา ยาเสพติด การสูบบุหรี่ ความโหดร้ายทารุณ การปฐมพยาบาล เป็นต้น

8.3.6 มีการปรับปรุงสุขภาพอนามัยของชุมชน ได้แก่ ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน เป็นต้น

8.4 องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้มีการพัฒนาขึ้นจากการพัฒนามาจากแนวคิดด้านอนามัยโรงเรียน โดยส่งเสริมสุขภาพและสุศึกษาในโรงเรียนที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จะต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกและยั่งยืน มีการจัดทำนโยบาย ระเบียบวิธีปฏิบัติ และโครงสร้างซึ่งผนวกเอาหลักพื้นฐานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไว้ในกิจกรรมปกติของโรงเรียน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และแนวทางในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพดังนี้ (WHO, 1997 อ้างตามกรมอนามัย, 2543; กรมอนามัย 2547)

8.4.1 นโยบายของโรงเรียน เป็นข้อความที่เป็นตัวกำหนดทิศทางการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ซึ่งจะส่งผลต่อกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียน และการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ นโยบายสุขภาพของโรงเรียน โรงเรียนควรได้กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนที่เกิดจากความเห็นชอบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงเรียน เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้รับทราบ ทำให้การดำเนินงานมีความเข้มข้นและชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนหลักที่ต้องดำเนินการ คือ

1) การกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน เป็นปัจจัยพื้นฐานแรกของการดำเนินงาน เพราะเป็นการแสดงออกถึงความมุ่งมั่นตั้งใจของโรงเรียนที่จะดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนให้ไปในทิศทางใด ขั้นตอนที่จะทำให้ นโยบายนี้ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิผล ได้แก่

1.1) โรงเรียนมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน เพื่อเป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการนโยบาย ประกอบด้วยครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้แทนองค์กรในชุมชน โดยมีสัดส่วน 3 ใน 5 มาจากประชาชนหรือองค์กรในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างๆ อย่างเข้มแข็ง

1.2) โรงเรียนประกาศนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านส่งเสริมสุขภาพ 9 ประเด็น คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียน การเฝ้าระวังและแก้ปัญหาสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติ การคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแก่นักเรียนและชุมชน โดยมีโรงเรียนเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมสุขภาพจิตและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาระบบการเรียนรู้โดยมีผู้เรียนเป็นสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน บุคลากรในโรงเรียนและชุมชน

2) การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ เมื่อกำหนดนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อยทั้ง 9 ประเด็นที่จะดำเนินการและมีการจัดตั้งองค์กรแล้ว โรงเรียนควรมีการ

ถ่ายทอดนโยบายดังกล่าวสู่ผู้ปฏิบัติ หรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ครู ผู้ปกครอง นักเรียน และบุคลากรในโรงเรียนได้รับทราบเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งทำได้หลายวิธี ได้แก่ ทำป้ายประกาศดาวหรือชั่วคราว พิมพ์ในวารสารของโรงเรียน คู่มือโรงเรียน มีการประกาศนโยบายในการประชุมต่าง ๆ เช่น ประชุมครู ประชุมนักเรียนหรือประชุมผู้ปกครอง โดยมีความถี่ที่เหมาะสมที่จะทำให้ทุกคนรับทราบนโยบาย และผู้บริหารกำกับติดตามให้มีการจัดทำแผนงานโครงการ ตามประเด็นส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้กำหนดไว้

8.4.2 การบริหารจัดการในโรงเรียน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการจัดการต่าง ๆ ในโรงเรียนที่นำไปสู่การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีแนวทางดำเนินงานหลัก ๆ 3 เรื่อง ได้แก่

1) การจัดทำแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพ แผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงในโรงเรียน และคำนึงถึงแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ครอบคลุมมิติ 3 ประการ คือ

1.1) การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทุกคนในโรงเรียน

1.2) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง รวมทั้งการพัฒนาความรู้ความสามารถ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพและความปลอดภัย และ

1.3) การปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพและสังคมในโรงเรียนให้ปลอดภัย และส่งผลดีต่อสุขภาพของทุกคนในโรงเรียน

2) การจัดองค์กรรองรับแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพ แผนงาน/โครงการในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต้องการการมีส่วนร่วมจากนักเรียน บุคลากร และสมาชิกในชุมชนเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน สอดคล้องกับความต้องการ และได้ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์ โดยแนวทางในการจัดองค์กรรองรับแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ได้แก่

2.1) สำรวจความต้องการ สภาพปัญหา โดยการระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง

2.2) เชิญผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการตั้งแต่เริ่มต้น

2.3) จัดทำแผนงาน/โครงการที่ระบุกิจกรรมชัดเจน ปฏิบัติได้จริงและกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน ตรงตามบทบาทหน้าที่ไม่ควรมอบหมายให้ครูคนใดคนหนึ่งหรือครูอนามัยเพียงคนเดียว

2.4) เปิดโอกาสและสนับสนุนนักเรียนแกนนำต่าง ๆ ให้มีส่วนรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ ในแผนงาน/โครงการ 1.

25) ใช้แหล่งทรัพยากรที่หาได้ในท้องถิ่น เช่น เชิญกลุ่มแม่บ้านมาร่วมรับผิดชอบโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียน เชิญกลุ่มผู้ปกครองร่วมปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เป็นต้น

2.6) บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวิชาสุขศึกษา โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน และกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน

2.7) จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาขึ้นมาอีกคณะหนึ่งเพื่อให้คำปรึกษาและสนับสนุนแผนงาน/โครงการเหล่านั้น คณะกรรมการที่ปรึกษามาจากผู้มีความรู้ความชำนาญในด้านต่างๆ ที่มีในพื้นที่

3) การนิเทศ/ติดตาม และการประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและก้าวหน้า รวมทั้งตรวจสอบปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินงาน โดยมีแนวทางได้แก่ การผสมผสานไปในระบบการนิเทศ/ติดตามงานปกติของโรงเรียน มีการกำหนดวิธีการประเมินผลไว้ในแผนงาน/โครงการ โดยระบุผู้ที่รับผิดชอบการประเมินให้ชัดเจน มีการบันทึกผลการนิเทศ/ติดตามไว้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนางานต่อไป และรายงานผลการประเมินต่อผู้บังคับบัญชา

8.4.3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน หมายถึง โครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และสมาชิกของชุมชน เพื่อให้โรงเรียนได้มีการดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับภาคีต่างๆ ในชุมชน การเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในโครงการ หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมรับรู้สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ และเป็นการปรับเปลี่ยนแนวความคิดให้สมาชิกของชุมชน เห็นว่าสุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกคนที่ต้องดูแลเอาใจใส่ ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของบุคคลหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น และการดำเนินงานให้สำเร็จได้ต้องทำทั้งที่โรงเรียน ในครอบครัวและชุมชน โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจึงควรมีคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรในชุมชน โดยร่วมกันดำเนินการวิเคราะห์สภาพและสาเหตุของปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมตรวจสอบ ทบทวน พัฒนาและปรับปรุง

8.4.4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ หมายถึง การจัดการควบคุมดูแลปรับปรุงภาวะต่างๆ และสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนให้อยู่ในสภาพที่ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการเรียนรู้ ส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคม รวมถึงการป้องกันโรคและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน นอกจากนี้จะมีผลดีทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็กวัยเรียนแล้ว ยังมีผลต่อสุขภาพของครอบครัวและชุมชนด้วย สำหรับแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนประกอบด้วย 2 ส่วนหลักที่ต้องดำเนินการ ได้แก่

1) แนวทางการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้ถูกสุขลักษณะ จะช่วยให้นักเรียนได้อยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสิ่งแวดล้อมติดตัวนักเรียนไปที่บ้าน ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไปในอนาคต ซึ่งโรงเรียนมีแนวทางการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบตามที่โรงเรียนมอบหมายสำรวจสิ่งแวดล้อมทุกต้นปีการศึกษา โดยใช้ “แบบสำรวจสุขภาพสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน” มีการสรุปผลการสำรวจเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนและผู้บริหาร โรงเรียน เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เป็นไปตามมาตรฐาน และประเมินซ้ำเมื่อสิ้นปีการศึกษา ดำเนินการให้มีการสำรวจและทำลายแหล่งลูกน้ำยุงลายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะฤดูฝน และสามารถขอคำปรึกษาเรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มารับบริการ

2) แนวทางการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมในโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมมีผลต่อสุขภาพจิตของทุกคนในโรงเรียน จะสะท้อนออกมาเป็นความรู้สึกพึงพอใจ บรรยากาศของทางสังคมที่ดีเกิดขึ้นจากการที่สมาชิกในสังคมมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน การเปิดโอกาสให้นักเรียนมีส่วนร่วมนอกจากจะช่วยให้การทำงานต่าง ๆ สอดคล้องกับความต้องการของนักเรียนแล้วยังช่วยให้นักเรียนเกิดเจตคติที่ดีต่อเรื่องสุขภาพและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีติดตัวต่อไป แนวทางการส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สนับสนุนให้นักเรียนมีส่วนร่วมเป็นคณะทำงาน/คณะกรรมการต่าง ๆ ในโรงเรียนร่วมกับครูและกรรมการจากภายนอก โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ สนับสนุนกิจกรรมชุมนุมของนักเรียน เช่น การจัดสถานที่เป็นที่ตั้งชุมนุม สนับสนุนงบประมาณแก่ชุมนุม เปิดโอกาสให้นักเรียนที่รวมกลุ่มกันทำงานต่าง ๆ ได้เสนอผลงานหรือกิจกรรมที่ทำให้เป็นที่รับรู้ต่อสมาชิกในโรงเรียน ให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่โรงเรียนจัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และจัดให้มีกิจกรรมสังสรรค์ร่วมกันระหว่างครู นักเรียน ผู้ปกครอง และสมาชิกในชุมชน

8.4.5 บริการอนามัยโรงเรียน หมายถึง การที่โรงเรียนจัดให้มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับนักเรียนทุกคน เพื่อให้นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นจากครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีจุดมุ่งหมายให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพดีมีศักยภาพในการเรียนรู้ โดยประกอบด้วย 3 ส่วนหลักที่ต้องดำเนินการดังนี้

1) การตรวจสุขภาพนักเรียน มีแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ ครูอนามัยประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนเพื่อนัดหมายวันเวลาเข้าให้บริการ ครูอนามัยประสานงานกับครูประจำชั้น ป.1-ป.4 เพื่อชี้แจงนำนัก/วัดส่วนสูง ประเมินภาวะการณ

เจริญเติบโต ทดสอบสายตาโดยใช้ E-Chart แล้วลงบันทึก และกำหนดวันที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าให้บริการตรวจสุขภาพสำหรับ ป.5 ขึ้นไป ใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง จัดเตรียม สถานที่นำนักเรียนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเข้าตรวจสุขภาพ นักเรียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษาแนะนำนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพให้รับ บริการที่สถานบริการสุขภาพ โดยใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ

2) การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะ สุขภาพเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพนักเรียน หาแนวทางให้การช่วยเหลือต่อไป มี แนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ ทดสอบสายตาปีละ 1 ครั้งทุกชั้นปี การตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในชั้น ป.1-ป.4 สำหรับนักเรียนชั้น ป.5-ม.6 ให้นักเรียนตรวจด้วยตนเองภายใต้การ ดูแลของครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การทดสอบการได้ยิน เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้น ค้นหาความผิดปกติของการได้ยินเฉพาะนักเรียนชั้น ป.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขตรวจ ป.1-ป.4 เพื่อค้นหาความผิดปกติในช่องปาก ส่วนนักเรียน ป.5-ม.6 ตรวจด้วย ตนเองเมื่อพบความผิดปกติให้ครูประจำชั้นหรือครูที่ปรึกษาส่งตัวไปขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเข้ามาให้บริการ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ ให้บริการ โดยครูอนามัยและโรงเรียนให้ความร่วมมือ

3) การจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โรงเรียนทุกแห่งจัดห้องพยาบาลโรงเรียน และบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับนักเรียน ซึ่งถือเป็นบริการสุขภาพพื้นฐาน โดยครูอนามัย หรือครูพยาบาล ควรมีบทบาทในการดูแลเรื่องการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การ จัดหาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับห้องพยาบาลให้เพียงพอ โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาการ เจ็บป่วยของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษาส่งต่อนักเรียนที่เจ็บป่วย ไปรับบริการที่ห้องพยาบาล ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษาส่งต่อนักเรียนตรวจสุขภาพตนเองพบว่ามี ปัญหาหรือความเจ็บป่วยไปขอรับคำแนะนำจากห้องพยาบาล ครูอนามัย/ครูพยาบาลให้การดูแล รักษาเบื้องต้นแก่นักเรียนและบุคลากรที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ และครูอนามัย/ครูพยาบาลส่ง ต่อนักเรียนหรือบุคลากรที่เจ็บป่วยเกิดขอขอบเขตการบริการห้องพยาบาล ไปรับบริการที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล

8.4.6 สุขศึกษาในโรงเรียน หมายถึง การที่โรงเรียนจัดกิจกรรมสุขศึกษาทั้งใน หลักสูตรการศึกษา และผ่านทางกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนเพื่อมุ่งให้เกิดการเรียนรู้ และมีการฝึกปฏิบัติ ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี โดยมีแนวทางการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน คือ การให้ความรู้และสร้างเสริมเจตคติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิด ทักษะที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับสุขบัญญัติ โดยสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการถูกกำหนดขึ้นเพื่อ เป็นแนวทางให้ประชาชนปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีทั้งสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และสุขภาพทาง

สังคม การสอนเรื่องนี้ตั้งแต่วัยเด็กจะช่วยให้ง่ายที่จะปลูกฝังจนเกิดการปฏิบัติเป็นประจำกลายเป็น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีตัวไปตลอดชีวิต โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

- 1) วางแผนการเรียนรู้สุขบัญญัติแห่งชาติให้สอดคล้องกับนักเรียนชั้นต่าง ๆ
- 2) พิจารณาเนื้อหาของสุขบัญญัติในแต่ละข้อตามความเหมาะสมของชั้นเรียน โดยพิจารณาจากสาระการเรียนรู้รายชั้นปีที่กระทรวงศึกษาธิการจัดทำไว้ หรือตามความคิดเห็นของคณะกรรมการจัดทำหลักสูตรสถานศึกษาของโรงเรียนแต่ละแห่ง
- 3) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สุขบัญญัติแห่งชาติควรเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ที่เน้นการสร้างทักษะ

8.4.7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย หมายถึง การส่งเสริมให้นักเรียนมีการ เจริญเติบโตสมวัย โดยจัดให้มีอาหารที่มีคุณค่าต่อสุขภาพ สะอาด ปลอดภัยให้กับนักเรียนและ บุคลากรในโรงเรียน ประกอบด้วยการดำเนินงานที่สำคัญ 2 เรื่อง ได้แก่

- 1) โภชนาการในโรงเรียน มีแนวทางการดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การให้ ความรู้เรื่องโภชนาการผสมผสานกับหลักสูตรในชั้นเรียน การจัดให้มีอาหารกลางวัน การเสริม อาหารให้นักเรียนเพิ่มเติม และการให้นักเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การประเมินภาวะ โภชนาการ การเจริญเติบโต โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินภาวะการขาดสารอาหาร ที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การแก้ปัญหาด้านโภชนาการของนักเรียน โรงเรียน ดำเนินการเรื่องอาหารกลางวันให้กับนักเรียนทุกคน จัดอาหารเสริมให้นักเรียนรับประทานทุกวัน
- 2) การสุขาภิบาลอาหาร มีแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ สำรวจสุขาภิบาลอาหารใน โรงเรียนตามแบบของกรมอนามัย ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้องตามมาตรฐาน ควบคุมดูแล ด้านความปลอดภัยของอาหาร โดยเฉพาะสารปนเปื้อน

8.4.8 การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ หมายถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนมีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยการจัดสถานที่ อุปกรณ์ และ กิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาใช้ สถานที่และอุปกรณ์หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนจัดขึ้นตามความเหมาะสม โดยมีแนวทางหลัก ในการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน คือ

- 1) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ สำหรับ นักเรียน บุคลากรในโรงเรียน และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนและชุมชน โดยใช้ กิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการเป็นตัวนำ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ จัดให้ มีสถานที่สำหรับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับประเภทของกีฬาและความปลอดภัย จัดหา อุปกรณ์สำหรับกีฬาให้เพียงพอสอดคล้องกับสถานที่ที่จัดให้ และดูแลให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแรงกระตุ้น หรือจูงใจให้นักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ตลอดจนประชาชนที่อยู่ใกล้เคียงโรงเรียนเห็นเป็นสิ่ง

สำคัญในชีวิตประจำวันที่ต้องปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการของโรงเรียน ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชุมชน/ชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในโรงเรียน ให้การสนับสนุนชุมชน/ชมรมด้วยวิธีการต่าง ๆ และร่วมรณรงค์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในชุมชน หรือเป็นผู้นำในกิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬาในโอกาสสำคัญ ๆ

2) การพัฒนาสมรรถภาพร่างกาย ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย นอกจากจะประเมินจากภาวะเจริญเติบโตค่าน้ำหนักและส่วนสูงแล้ว ยังสามารถประเมินได้จากสมรรถภาพทางกาย ซึ่งการทดสอบสมรรถภาพทางกายเป็นกิจกรรมที่โรงเรียนดำเนินการอยู่แล้ว หรืออาจติดต่อหน่วยงานใกล้เคียงที่มีความชำนาญเรื่องนี้โดยตรงมาทดสอบสมรรถภาพให้กับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน โดยแนวทางดำเนินการได้แก่ จัดให้มีการทดสอบสมรรถภาพทางกายแก่นักเรียนทุกคนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แล้วแจ้งผลการทดสอบให้นักเรียนทราบทุกครั้ง เพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนใจในสุขภาพของตนเอง ให้คำแนะนำแก่นักเรียนที่ไม่ผ่านการทดสอบ โดยคำนึงถึงสรีรร่างกาย และภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล และติดตามความก้าวหน้าด้วยการทดสอบซ้ำตามเวลาที่กำหนดไว้

8.4.9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ระบบบริการให้คำปรึกษาแนะแนวและช่วยนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเสี่ยง รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ ครูที่ปรึกษา/ครูประจำชั้น ซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการดำเนินงานสำรวจข้อมูลนักเรียน เพื่อให้รู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านความสามารถ ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านอื่น ๆ หลังจากนั้นครูที่ปรึกษา/ครูประจำชั้น/ครูฝ่ายปกครองร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อพิจารณาจัดกลุ่มนักเรียนจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหา เพื่อวางแผนดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โรงเรียน/ครูที่ปรึกษา/ครูประจำชั้น จัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างครูและผู้ปกครองในการดูแลนักเรียนทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โรงเรียนจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับนักเรียน กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่มีปัญหา ดำเนินการโดยให้คำปรึกษาเบื้องต้นเพื่อช่วยผ่อนคลายปัญหา และจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาด้านนอกห้องเรียนและในห้องเรียน มีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ถ้านักเรียนยังมีพฤติกรรมไม่ดีขึ้น โดยครูที่ปรึกษา/ครูประจำชั้น/คณะกรรมการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน/คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ติดตามนักเรียนที่ได้รับการช่วยเหลือเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ และประสานความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งในโรงเรียนและชุมชน โดยเฉพาะผู้ปกครองเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว

8.4.10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน หมายถึง การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรในโรงเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักเรียนในโรงเรียน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ การสนับสนุน/แนะนำให้ครูและบุคลากรทุกคนในโรงเรียน ได้มีโอกาสประเมินสุขภาพตนเองอย่าง

น้อยปีละ 1 ครั้ง โดยรับบริการตรวจสุขภาพที่สถานบริการทางสาธารณสุข การขอรับคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาให้บริการในโรงเรียน และประเมินสุขภาพตนเอง เช่น ประเมินความเครียด คำนวณหาดัชนีมวลกาย การจัดให้มีแหล่งเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพ และจัดหาสื่อด้านสุขภาพเผยแพร่ในโรงเรียน เช่น บอร์ดเผยแพร่หน้าห้องพยาบาล จัดเสียงตามสาย จัดหาสื่อเอกสารไว้ในห้องสมุด ให้นักเรียนหาข่าวจากสื่อ นำมาเผยแพร่ในรูปแบบที่น่าสนใจด้วยวิธีต่าง ๆ และเชิญวิทยากรจากภายนอก ให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่บุคลากรในโรงเรียน ผู้บริหาร ชี้นำทำความเข้าใจเรื่องข้อห้ามการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ชัดเจนในการประชุมบุคลากรในโรงเรียน การจัดทำป้ายห้ามสูบบุหรี่ให้เห็นชัดเจนในบริเวณโรงเรียน ผู้บริหาร ให้ความสำคัญกับการชี้แจง/เชิญชวนบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่โรงเรียนจัดขึ้น เช่น รับบริการทดสอบสมรรถภาพพร้อม ๆ กับนักเรียน ร่วมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ขอรับคำแนะนำด้านสุขภาพขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาให้บริการ การจัดสถานที่ทำงานให้น่าอยู่

8.5 กลวิธีการดำเนินงาน การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอาศัยกลวิธีหลัก 4 ประการ (WHO, 1995; รวมพร, 2543)

8.5.1 การชี้แนะ (advocacy) ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งองค์กรท้องถิ่นและชุมชน จำเป็นต้องได้รับการชี้แนะให้เกิดความเข้าใจในแนวคิด และหลักการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และเผยแพร่ออกไปให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้บุคลากรต่าง ๆ เข้าใจ เห็นคุณค่าและนำไปปฏิบัติ

8.5.2 การสร้างหุ้นส่วนและภาคี (partnership and alliances) การประสานความคิด และร่วมมือระหว่างทุกหน่วยงานของสังคม ทั้งในระดับท้องถิ่น อำเภอ และจังหวัดเป็นหัวใจของความสำเร็จในการสร้างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพราะความร่วมมือจากทุกฝ่ายจะช่วยกันระดมความคิดในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สิ่งสำคัญอันดับแรกคือ การสร้างภาคีที่ยั่งยืนระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข และด้านการศึกษา ร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่นทั้งภาครัฐและเอกชน โดยองค์กรเหล่านี้ต้องเกิดความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนด้วย หลังจากนั้นต้องมีการร่วมกันสร้างกระบวนการตั้งแต่การวางแผนการดำเนินการ มีการกำหนดตัวบุคคลซึ่งสามารถรับผิดชอบ มีเวลา และสามารถทำหน้าที่ในภาคีร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ได้ ภาคีดังกล่าวนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นภาคีร่วม ซึ่งในการสร้างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ภาคีร่วมจึงมีบทบาทสำคัญมากโดยเฉพาะในระดับปฏิบัติ ซึ่งชุมชนและโรงเรียนจะต้องเป็นภาคีหลักในเรื่องนี้

8.5.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็งในระดับท้องถิ่น (strengthening local capacity) เป็นการดำเนินการเพื่อเพิ่มศักยภาพให้ประชาชน องค์กร ท้องถิ่น และโรงเรียนมีความสามารถในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพราะหากชุมชนในระดับท้องถิ่นขาดความเข้มแข็ง ก็ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นในแผนงานพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

จึงจำเป็นต้องมีแผนงานพัฒนางานด้านบุคลากรและแผนสร้างศักยภาพของชุมชน และโรงเรียน ด้วย โดยแต่ละหน่วยงานในจังหวัดอาจนำแผนงานโครงการที่มีอยู่แล้วมาปรับให้สอดคล้องซึ่งกัน และกัน หรืออาจใช้กลวิธีอื่น ๆ ที่เป็นการส่งเสริมให้ประชาชน และโรงเรียนได้มีการใช้ศักยภาพ ที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยให้โรงเรียนและชุมชนในท้องถิ่นสามารถดำเนินการ ในการรวมกลุ่ม เพื่อตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ ประเมินความต้องการส่งเสริมสุขภาพของท้องถิ่นและ โรงเรียน ระดมและใช้ทรัพยากร วางแผน ประสานงาน และดำเนินกิจกรรม ตลอดจน ประเมินผลความก้าวหน้า และผลสรุปโดยหน่วยงานของรัฐในท้องถิ่นทำหน้าที่เพียงให้การ สนับสนุนและช่วยเหลือทางวิชาการที่จำเป็นเท่านั้น

8.5.4 การวิจัย ติดตาม และประเมินผล (research, monitoring and evaluation) ในการ พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพนั้น ทุกระดับหน่วยงานที่มีส่วนร่วมควรมีแผนงานชัดเจน และมี ประสิทธิภาพ โดยมีการออกแบบให้สามารถทำการศึกษาวิจัยและประเมินผลได้ เพื่อช่วยในการ ติดตามและปรับแผนงาน

8.6 ขั้นตอนการสร้างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การสร้างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมี ขั้นตอนดังนี้ (กรมอนามัย, 2545)

8.6.1 สร้างความสนับสนุนของชุมชนและท้องถิ่นเพื่อก่อให้เกิดโรงเรียนส่งเสริม สุขภาพ ในการสร้างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต้องการการสนับสนุนอย่างมากจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน และชุมชน ซึ่งสิ่งที่จะต้องทำเป็นอันดับแรกคือการชี้แจงทำความเข้าใจให้ทุกฝ่าย รับทราบถึงความสำคัญ วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับต่อนักเรียน ครอบครัว และชุมชนในภาพรวม อันดับต่อไปเป็นการเพิ่มการสนับสนุน โดยการระดมความคิดเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพใน วงกว้าง เช่น ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง นักเรียน และอาจมีการเชิญประชาชนทั่วไปมาร่วมประชุม อย่างไม่เป็นทางการ หรือออกไปพบปะปรึกษาหารือในโอกาสต่าง ๆ เพื่อเป็นการเรียกแรง สนับสนุนในการดำเนินงานขั้นต่อไป

8.6.2 จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนหรือที่มออนามัยโรงเรียน รวบรวมกลุ่มผู้สนใจในงานส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาการเรียนของนักเรียนประมาณ 8-10 คน เพื่อแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน อาจมีการตั้งชื่อ เช่น คณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น คณะกรรมการดังกล่าวนี้อาจประกอบด้วยครูใหญ่ สมาชิกจาก คณะกรรมการโรงเรียน ครู นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรท้องถิ่น ผู้นำหน่วย ราชการในท้องถิ่น และผู้นำองค์กรเอกชนและธุรกิจชุมชน คณะกรรมการดังกล่าวนี้จะเป็น ผู้ช่วยในการชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาโรงเรียนไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

8.6.3 จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน คณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนควร ประกอบด้วยผู้นำต่าง ๆ ของชุมชนในพื้นที่โรงเรียนตั้งอยู่ ซึ่งเป็นผู้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มี ผลต่อภาวะสุขภาพ และมีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะสนับสนุนการดำเนินงาน โดยจะทำงานร่วมกับ

โรงเรียนในการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพที่มีผลกระทบในวงกว้าง การปรับปรุงบริการสุขภาพ การผลักดันให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างโรงเรียนกับผู้ปกครอง และผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ระดมการสนับสนุน รวมทั้งช่วยประเมินปัญหาสุขภาพ นอกจากนั้นซึ่งในระหว่างการดำเนินงานนี้อาจต้องเผชิญกับความขัดแย้งหรือการต่อต้านในระยะแรก ซึ่งหากได้สรรหาผู้ที่เป็นที่ยอมรับจากทุกองค์กรในชุมชนมาเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาก็ย่อมสามารถไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้งต่าง ๆ ได้อีกด้วย

8.6.4 วิเคราะห์สถานการณ์ เมื่อได้จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน และคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การตรวจสอบสถานการณ์ในปัจจุบันของท้องถิ่นว่าได้ดำเนินการใด ๆ ไปแล้วบ้างในการส่งเสริมสุขภาพ มีปัญหาสุขภาพใดบ้างที่ป้องกันได้ ปัญหาใดบ้างที่ต้องการการแก้ไข และมีทรัพยากรใดบ้างที่ต้องใช้ในการแก้ปัญหาเหล่านี้ ข้อมูลที่ได้เหล่านี้จะเป็นข้อมูลดิบเพื่อจัดลำดับความสำคัญของแผนปฏิบัติการ ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์นี้อาจแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

1) การประเมินงานส่งเสริมสุขภาพปัจจุบันในโรงเรียน เพื่อให้ทราบว่ามิจิจกรรมใดบ้างที่กำลังดำเนินการอยู่บ้าง กิจกรรมใดบ้างที่ประสบความสำเร็จ และมีกิจกรรมใดบ้างที่ให้บทเรียนควรค่าแก่การนำไปปรับปรุงแก้ไข

2) การประเมินปัญหา นโยบาย และทรัพยากรของชุมชน โดยอาจรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ หรือจากการสัมภาษณ์และสอบถามข้อมูลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงเรียน คลินิก โรงพยาบาล สถานีอนามัย หรือในชุมชน เป็นต้น เพื่อให้สามารถระบุสภาพปัญหาที่สำคัญของชุมชน และเป็นการตรวจสอบนโยบาย กฎหมาย และระเบียบข้อปฏิบัติต่าง ๆ ทั้งในระดับโรงเรียน ชุมชน อำเภอ จังหวัด รวมทั้งในระดับชาติว่ามีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างไร

8.6.5 กำหนดจุดเริ่มต้นในการดำเนินงาน ขั้นตอนนี้เป็นการสร้างวิสัยทัศน์เพื่อการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน โดยอาจมีการประชุมระดมสมองระหว่างแกนนำโรงเรียนและชุมชน รวมทั้งสมาชิก คณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน ในประเด็นของการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการในขั้นต่อไป

8.6.6 จัดทำแผนปฏิบัติการ หลังจากทำการนำข้อมูลจริงมาวิเคราะห์แล้ว ก็มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วนำเสนอแผนการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพบรรจุในแผนพัฒนาโรงเรียนในแต่ละปี โดยกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินงาน และมอบหมายความรับผิดชอบแต่ละขั้นตอนให้ตรงกับทักษะ และประสบการณ์ของแต่ละคน พร้อมทั้งกำหนดงบประมาณ และแหล่งให้การสนับสนุนไว้ในแผนอย่างชัดเจน

8.6.7 ดำเนินการติดตามและประเมินผล ต้องทำเป็นระยะ ๆ โดยอาจมีการจัดประชุมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้า รวมทั้งการให้การช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะการดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

8.6.8 พัฒนาเครือข่ายระดับท้องถิ่น โรงเรียนที่ริเริ่มเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้ดำเนินการประสบความสำเร็จในบางเรื่องควรแสดงผลสำเร็จให้สาธารณชนทราบ เพื่อเป็นตัวอย่างให้โรงเรียนอื่นนำไปปรับใช้ และควรมีการขยายเครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับอำเภอ จังหวัด จนถึงในระดับประเทศ ซึ่งอาจมีการกำหนดความรับผิดชอบ ขอบเขต และกลวิธีในการเข้าร่วมเครือข่าย เพื่อเป็นการชักจูงให้โรงเรียนอื่น ๆ ก้าวเข้าสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาแต่เดิมเป็นลักษณะของงานอนามัยในโรงเรียน ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุขในส่วน of กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช.) ซึ่งรับผิดชอบการจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาได้จัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพเกิดขึ้นในโรงเรียน ได้แก่ จัดโครงการอาหารกลางวัน พัฒนาด้านสุขาภิบาล และด้านสุขภาพอนามัยนักเรียนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาด้านกีฬาพลานามัย เพื่อการมีสมรรถภาพทางร่างกายที่ดีของนักเรียน ส่วนกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชนในแบบพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โดยมีวัตถุประสงค์ให้เด็กวัยเรียนและเยาวชนได้รับการพัฒนาสุขภาพ โดยการส่งเสริม ป้องกัน รักษา แก้ไขปัญหา ให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และมีพัฒนาตามวัยที่เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมครอบคลุมในเรื่องด้านการเจริญเติบโต ด้านการบริการสุขภาพ ตรวจและรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันควบคุมและขจัดโรค ด้านทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (พรณี, 2540)

ปัจจุบันกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ได้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน และได้ส่งเสริมสนับสนุนให้นักเรียนเป็นผู้นำส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เพื่อให้เด็กนักเรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพก้าวไปสู่ความสำเร็จ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนและคุณครูมีส่วนร่วมในการจัดทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนโดยผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก

แนวคิดภูมิปัญญาตะวันออกกับการสร้างเสริมสุขภาพ

1. ความหมายของภูมิปัญญาตะวันออก

ภูมิปัญญา(wisdom) มาจาก คำว่า “ภูมิ” มีความหมายว่า แผ่นดิน พื้นดิน พื้น ชั้น พื้นเพ และคำว่า “ปัญญา” หมายความว่า พื้นความรู้ ความสามารถ ความรอบรู้ ความรู้ทั่ว ความฉลาดที่เกิดแต่การเรียนรู้ (ทวิศักดิ์, 2534) ภูมิปัญญา หมายถึง พื้นความรู้ หรือองค์ความรู้ ความสามารถ ประสพการณ์ ความเชื่อ ทักษะและพฤติกรรมในการดำเนินวิถีชีวิตและการแก้ไขปัญหาของมนุษย์ที่เกิดจากการสังสมบูรณาการและสืบทอดกันมายาวนานของมนุษย์ตั้งแต่อดีต ปัจจุบันและต่อไปอนาคต โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางจารีตประเพณี ขนบธรรมเนียม ศาสนา ภาษา ศิลปะ คณิตศาสตร์ หัตถกรรม การประกอบอาชีพการเกษตร และพิธีกรรมต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาของคนกับคน คนกับสิ่งแวดล้อมธรรมชาติ และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ เพื่อให้เกิดความสุขของบุคคล ครอบครัว ชุมชนหรือสังคม ภูมิปัญญาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มนุษย์สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยอาจเป็นทักษะภูมิปัญญาชาวบ้าน (popular wisdom) ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (folk wisdom) หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) ที่ได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้จนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในชุมชน และเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง ชุมชนยังสามารถพัฒนาความรู้เดิมและประสานความรู้ใหม่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อเอื้อให้เกิดทางเลือกใหม่ในการแก้ไขปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ภูมิปัญญามีลักษณะเป็นพลวัตร อย่างไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตลอด โดยการเชื่อมโยงกับศาสตร์ต่างๆที่มีความหลากหลายไม่เป็นเอกภาพ (unity) แต่มีความเป็นเอกลักษณ์ (identity) อันเป็นศักยภาพหรือความสามารถที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา การปรับตัว การเรียนรู้ เพื่อการดำรงชีวิตและความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ เป็นความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการศึกษา สังเกต คิดวิเคราะห์จนเกิดปัญญา และตกผลึกมาเป็นองค์ความรู้ (อาภรณ์, 2544; วิมลรัตน์, 2550 ; อ้อมใจ, 2548)

ภูมิปัญญาไทย หมายถึง องค์ความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะของคนไทยที่มีความเป็นเอกลักษณ์ในตัวเอง อันเกิดจากการสังสมประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ การปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มชนเดียวกันและระหว่างกลุ่มชุมชนหลาย ๆ ชาติพันธุ์รวมไปถึงโลกทัศน์ที่มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ ภูมิปัญญาไทยมิได้เกิดขึ้นเป็นเอกเทศแต่มีส่วนแลกเปลี่ยน เลือกรรพัฒนา และปรับใช้จากภูมิปัญญาอารยธรรมอื่น เป็นภูมิปัญญาที่เอื้ออำนวยให้คนไทยแก้ไขปัญหาพัฒนาวิถีชีวิต และสร้างสรรค์อารยธรรมของคนไทยเองได้อย่างมีคุณภาพกับสภาพแวดล้อม และเหมาะสมกับยุคสมัย ลักษณะองค์รวมของภูมิปัญญาไทยมีความเด่นชัดในหลายด้าน ได้แก่ การทำเกษตรแบบผสมผสาน การปรับเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการเกษตร การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการแปรรูปผลผลิต การรวมกลุ่มโรงงาน ขางพารา กลุ่มโรงสีและกลุ่มหัตถกรรม การจัดการปัญหาสุขภาพด้วยการใช้สมุนไพรที่มีความหลากหลาย การนวดแผนไทย การดูแลและการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน การอนุรักษ์ป่าชาย

เลน การทำแนวปะการังเทียม การจัดการป่าต้นน้ำและป่าชุมชน การจัดการกองทุนของชุมชน ในรูปของสหกรณ์ออมทรัพย์ การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลและสวัสดิการบริการ ชุมชน การสร้างสรรค์ผลงานด้านศิลปประดิกรรม ประติมากรรม นาฏศิลป์ ดนตรี ทัศนศิลป์ และการละเล่นพื้นบ้าน การอนุรักษ์และการสร้างสรรค์ผลงานด้านภาษาไทยในภูมิภาคต่าง ๆ และ ภาษาท้องถิ่น การประดิษฐ์แต่งอาหารและการผลิตอาหารแปรรูป การประยุกต์และปรับใช้หลัก ธรรมคำสอนทางศาสนา ปรัชญาความเชื่อและประเพณีที่มีคุณค่าให้เหมาะสมกับบริบททาง เศรษฐกิจสังคม (อ้อมใจ, 2548 ; เอกวิทย์, 2544)

ภูมิปัญญาตะวันออก (eastern wisdom) เป็นองค์ความรู้ที่ชาวตะวันออกใช้ในการแก้ไข ปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและจะยังมีในอนาคต ภูมิปัญญาเป็นสิ่งที่ไม่หยุด นิ่งตายตัว (Static) แต่มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา (dynamic) เพื่อให้สามารถที่จะ แก้และจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (พระมหาจรรยา, 2543) เป็นองค์ความรู้ที่มีรากฐาน จาก ปรัชญาตะวันออก ซึ่งมีรากเหง้าจากศาสนาและลัทธิที่มีอิทธิพลที่สำคัญคือฮินดูพราหมณ์ พุทธ จีน ขงจื้อ เต๋า เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับทักษะ ความเชื่อ พฤติกรรม และการดำรงชีวิตที่มี การสั่งสม ถ่ายทอด บูรณาการสืบต่อกันมาของชาวตะวันออก โดยมีลักษณะสำคัญคือ ไม่หยุด นิ่งตายตัว มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการอยู่ตลอดเวลา ประสานสอดคล้องกับธรรมชาติบน พื้นฐานของวัฒนธรรม โดยเน้นความสำคัญของคุณธรรมและจริยธรรมมากกว่าวัตถุธรรม และ เชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (อาภรณ์, 2544)

2. การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวภูมิปัญญาตะวันออก

หลักการพื้นฐานภูมิปัญญาตะวันออกและการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวภูมิปัญญา ตะวันออกที่สำคัญมีดังนี้ (วิมลรัตน์, 2550; เพ็ญญา, 2544 ; สุสง, 2541)

2.1 ภูมิปัญญาตะวันออกมีพื้นฐานที่สำคัญอันเกิดจากการเรียนรู้จากธรรมชาติ และ สิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับชีวิตมนุษย์

2.2 ภูมิปัญญาตะวันออกเชื่อว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากปัจจัยธรรมชาติ ปัจจัยจิต ธรรมชาติ ปัจจัยจากสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติหรือความเชื่อทางไสยศาสตร์ และปัจจัยที่เกิด จากความเสียดสมดุลของธาตุภายในร่างกาย เป็นเหตุให้ร่างกายอ่อนแอและเป็นบ่อเกิดแห่งโรค

2.3 เป็นระบบการแพทย์แผนโบราณ (traditional medical system) หรือการแพทย์แผน เดิมที่พัฒนาจากการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ท้องถิ่นที่เป็นกระบวนการแก้ไขปัญห สุขภาพ ตามวัฒนธรรมของชนชาติต่างๆ โดยมีการสั่งสมองค์ความรู้และรวบรวมเป็นทฤษฎี ตำรา มีการ ให้บริการรักษาและถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นระบบและพัฒนาจนเป็นผู้เชี่ยวชาญ มีความเป็น เอกลักษณะของแต่ละประเทศ มีความเป็นสากลและมีอิทธิพลต่อการแพทย์ประเทศอื่น

2.4 มีระบบการป้องกันโรค วินิจฉัย วิธีการรักษาและผลิตภัณฑ์ที่ใช้ที่แตกต่างจาก การแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้หลักการสร้างระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) ให้มีความแข็งแรง

และเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ประชาชนสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ช่วยลดการใช้ยาที่เกินความจำเป็นและยังเป็นการลดการเสียชีวิตและการค้ากับต่างประเทศ ใช้วิธีการเยียวยาบำบัดด้วยร่างกายเอง(healing) ตามธรรมชาติ มากกว่าการใช้ยาหรือสารเคมีที่แปลกปลอมและเทคโนโลยี ส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยการพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การงคอาหาร แสง การใช้สมุนไพร เป็นการดูแลสุขภาพที่มีปฏิสัมพันธ์กันกับทางสังคมสูง ประชาชนสามารถสามารถเลือกหนทางที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ และที่ได้รับการเยียวยาบำบัดจากจากผู้อื่น โดยผู้บำบัดเป็นผู้คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือ โดยตระหนักถึงความมีน้ำใจ ความรักความเมตตา ความเอื้ออาทร ความมีมนุษยธรรมและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีการประกอบพิธีกรรมและการทำบุญเพื่อให้จิตใจมีความบริสุทธิ์และมีสุขภาพจิตที่ดี การสวดมนต์เพื่อเพิ่มกำลังใจ และการรักษามีความเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล

2.5 เน้นการให้คุณค่าของการดำเนินวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ วัฒนธรรม สังคม และเศรษฐกิจ เป็นการการพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนจำนวนมาก เพื่อป้องกัน และรักษาโรคตั้งแต่เริ่มเกิดอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และช่วยสร้างเสริมอายุให้ยืนยาวออกไป แม้เป็นโรคที่รักษาไม่หาย

2.6 มีลักษณะเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ความสนใจผู้ป่วยทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ให้การเยียวยาทางจิตใจด้วยความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันและการแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ เพื่อปรับความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย ไม่เครียด ขณะที่แพทย์แผนปัจจุบันจะเน้นเฉพาะอวัยวะที่เจ็บป่วยและบำบัดอวัยวะที่เป็นโรค โดยยึดหลักการว่าทุกส่วนของร่างกายล้วนสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน การกระทำต่อจุดใดจุดหนึ่งของร่างกาย ย่อมมีผลกระทบต่อส่วนอื่นๆของร่างกาย เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นผลจากการเสียสมดุลของร่างกายทั้งระบบ

2.7 เทคนิคหรือทักษะภูมิปัญญาตะวันออกและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานแม้ว่ามีความหลากหลายและแตกต่างกัน แต่เป็นเทคนิคที่ช่วยหนุนเสริมซึ่งกันและกัน เช่น การฝึกมวย ไทเก๊ก ซิ้ง การนวด โยคะ สมธิ โดยมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตร่วมด้วย เช่น อาหาร และพักผ่อน การทำจิตใจให้สงบจะช่วยหนุนเสริมให้ร่างกายปรับสมดุลได้เร็วขึ้นและยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลสุขภาพที่มีความประหยัด และมีความปลอดภัยค่อนข้างสูง อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดการใช้ยาที่เกินความจำเป็น และลดการเสียชีวิตและการค้ากับต่างประเทศ

สรุป ภูมิปัญญาตะวันออกเป็นการดูแลสุขภาพที่ประชาชนทั่วโลกให้ความสนใจ และได้รับการยอมรับมากขึ้นในปัจจุบัน รวมทั้งประชาชนชาวไทย เป็นการดูแลสุขภาพที่ประชาชนไทยเลือกใช้เพื่อเพิ่มศักยภาพและพึ่งตนเอง ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาและ

ฟื้นฟูสภาพ โดยมีปรัชญาพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปรัชญาพุทธ อายurved การแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนจีน เป็นการผสมผสานความเชื่อ วัฒนธรรม ศาสนา และภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความสมดุลของกาย จิต จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ทักษะภูมิปัญญาตะวันออกและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ได้รับการแพร่หลายในประเทศไทย เช่น อาหารและสมุนไพรไทยและจีน สมุนไพร การนวด โยคะ การร่ำมวยไท้เก๊ก ชี่กง พลังจักรวาล และสฤคนธบำบัด เป็นต้น ภูมิปัญญาตะวันออกและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ ดูแลคนทั้งคนให้ครบทุกส่วนโดยไม่แยกจากกัน คำนึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ครอบครัว วัฒนธรรมและบริบทของสังคม โดยเน้นการสนับสนุนการช่วยเหลือและพึ่งตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญ คือ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก มุ่งให้ประชาชนคนไทยทุกสังคมที่มีสุขภาพที่ดี พร้อมทั้งส่งเสริมความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเองและพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยายามเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ และจากในสถานการณ์ปัจจุบันแนวโน้มของการเจ็บป่วยได้เปลี่ยนไปจากอดีต ในขณะที่เดียวกันประชาชนได้หันมาสนใจและให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาตะวันออกและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก สำหรับนักเรียนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากธรณีพิบัติภัย

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่น

1. ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของการเจริญเติบโตอย่างมากรองจากช่วงที่อยู่ในครรภ์ และช่วงวัยทารก ทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโตทางเพศ ทำให้มีการเจริญเติบโตทางร่างกายและทางเพศอย่างมาก ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางด้านจิต อารมณ์ สังคมและสติปัญญาควบคู่กันไปด้วย ผลของพัฒนาการทุกด้านทำให้วัยรุ่นมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ แต่วุฒิภาวะในด้านต่างๆ ยังพัฒนาไม่ถึงขีดสุด ทำให้วัยรุ่นบางคนมีพฤติกรรมเสี่ยง และเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้าหรือการฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ หากได้รับการปกป้อง ส่งเสริม และดูแลสุขภาพดีพอ โดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัววัยรุ่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ชุมชนและสังคมโดยรอบ

เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเหล่านี้จะเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญและเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ (นิตยา, 2545)

2. การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในวัยรุ่น

การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ในวัยรุ่นที่สำคัญมีดังนี้ (นิตยา, 2545)

2.1 การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการด้านร่างกายในวัยรุ่น ในระยะวัยรุ่นร่างกายจะมีการเจริญเติบโตอย่างมาก เนื่องจากการทำงานของต่อมไร้ท่อคือ ไฮโปธาลามัส (hypothalamus) พิทูอิทารี (pituitary) และต่อมเพศ (gonad) ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างของร่างกายและพัฒนาการทางเพศ ทำให้วัยรุ่นมีน้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงจะมีน้ำหนักและส่วนสูงมากกว่าวัยรุ่นชายเล็กน้อยในตอนต้นของวัย นอกจากนี้ฮอร์โมนยังมีผลให้แขนขาเจริญกว่าลำตัว ทำให้ดูเก้งก้าง ออกและไหล่กว้างและขยายใหญ่มากขึ้น ทำให้ปริมาณความจุของอากาศมากขึ้น การหายใจซาลงใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้นและแข็งแรงขึ้น กล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีปริมาณมากขึ้นและแข็งแรงขึ้น ทำให้วัยรุ่นสามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกายได้ทนทาน สายตาและอวัยวะในการเรียนรู้มีความสมบูรณ์เต็มที่ ฟันแท้จะขึ้นทดแทนฟันน้ำนมจนสมบูรณ์เมื่ออายุ 12 ปี ยกเว้นฟันกราม 4 ซี่สุดท้ายที่จะขึ้นเมื่ออายุ 17-21 ปี การเปลี่ยนแปลงของฟันนี้เอง ทำให้โครงสร้างและสัดส่วนของใบหน้าเปลี่ยนแปลงไปจากวัยเด็กที่ผ่านมา โดยใบหน้าและกระดูกส่วนกลางจะยื่นไปข้างหน้าและแลดูยาวขึ้น ในด้านพัฒนาการทางเพศจะพบว่าผลของฮอร์โมนทางเพศ ทำให้วัยรุ่นหญิงเริ่มมีประจำเดือน เดือนแรกจะมีขึ้นตามอวัยวะเพศและรักแร้ ขณะที่วัยรุ่นชายจะมีหนวด ขน องคชาติและอวัยวะพัฒนาขึ้น วัยรุ่นชายจะหลั่งน้ำอสุจิเมื่ออายุประมาณ 14 ปี นอกจากนี้ยังทำให้ปริมาณไขมันในร่างกายมากขึ้น โดยเฉพาะต้นขา สะโพก หน้าอก และก้น ทำให้วัยรุ่นหญิงรูปร่างกลมกว่าวัยรุ่นชาย ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสิวและกลิ่นตัวได้ง่าย และหากดูแลไม่ดีพอ จะทำให้เกิดปัญหากลาก และกลิ่นตามมา กล้องเสียงและสายเสียงพัฒนามากขึ้นทำให้เสียงเปลี่ยน พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นจะมีเต็มที่ในช่วงอายุ 18-20 ปี

2.2 การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ ในช่วงต้นของวัยวัยรุ่นจะมีอารมณ์รุนแรง ตรงไปตรงมา เปิดเผย เปลี่ยนแปลงไปมาง่าย และจะควบคุมตนเองได้ดีขึ้นในช่วงปลายของวัย เนื่องจากมีการเรียนรู้จากสังคม และรู้จักผ่อนคลายเป็นวิธีต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์มากขึ้น อารมณ์ในวัยนี้อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ อารมณ์สนุก อารมณ์ก้าวร้าวรุนแรง และอารมณ์เก็บกด นอกจากนี้วัยรุ่นจะมีความคิดแบบยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง โดยจะให้ความสำคัญกับตนเองและความคิดของตนเอง มักมีความคิดสุดขั้วเกี่ยวกับตัวเองคือ ดีกับไม่ดีเท่านั้น ความคิดแบบยึดตนเองเป็นศูนย์กลางนี้จะลดลงเมื่ออายุ 15-16 ปีเป็นต้นไป นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงอย่างมากของร่างกายและเพศที่ทำให้วัยรุ่นมีลักษณะระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ จะทำให้มีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความต้องการเป็นอิสระและความต้องการผูกพัน หากได้รับการช่วยเหลืออย่าง

เหมาะสมจากผู้ใหญ่ จะทำให้วัยรุ่นลดความรู้สึกขัดแย้งดังกล่าวและผ่านระยะนี้ไปได้ด้วยดี และพัฒนาการด้านจิตใจที่สำคัญคือ การสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง (identity) ว่าตนเองเป็นใครและต้องการอะไร และการพัฒนาอัตมโนทัศน์หรือความเข้าใจในตนเองว่าตนเองมีลักษณะ ความถนัด ความสามารถ และข้อจำกัดอะไร เป็นเรื่องที่สำคัญมากเพราะเป็นพื้นฐานการสร้างความสำเร็จในผู้ใหญ่ วัยรุ่นที่ไม่สามารถทำได้ จะสับสนในบทบาททางสังคม และ/หรือบทบาททางเพศ และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสังคมในที่สุด

2.3 การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการด้านสังคม เพื่อนเป็นสังคมที่สำคัญที่สุดของวัยรุ่น และมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก กลุ่มเพื่อนวัยรุ่นจะแตกต่างจากเพื่อนในวัยเด็ก ซึ่งมักจะเป็นเพื่อนบ้าน ในขณะที่กลุ่มเพื่อนในวัยรุ่นจะมีสมาชิกที่หลากหลาย และมักเป็นเพื่อนต่างเพศ เมื่อรวมกลุ่มกัน จะสร้างกฎระเบียบ ภาษาและประเพณีภายในกลุ่ม กลุ่มเพื่อนมีความสำคัญต่อจิตใจและมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาตนเองของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นจะใช้เพื่อนเป็นที่ปรึกษา เลียนแบบและทำกิจกรรมร่วมกัน การทำตามกลุ่มเพื่อนมีทั้งด้านดีและไม่ดี วัยรุ่นตอนต้นมักเอาอย่างเพื่อนมากกว่าวัยเด็ก การรวมตัวกันเป็นกลุ่มของวัยรุ่นมีอิทธิพลและความคลุมเครือ เนื่องจากเอกลักษณ์ของกลุ่มจะหมายถึงเอกลักษณ์ของตน และเนื่องจากวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศอย่างมาก จึงมีความสนใจเพศตรงข้าม และเริ่มให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามบทบาททางเพศ พฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่นได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว ดังนั้นหากวัยรุ่นได้รับการปลูกฝังให้มีความรู้ และทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศ จะช่วยป้องกันวัยรุ่นจากการล่าส่อนทางเพศได้ และแม้ว่าพ่อแม่และครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับวัยรุ่นลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มเพื่อน แต่ทั้งพ่อแม่ ครอบครัวและกลุ่มเพื่อนต่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมวัยรุ่น ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของเรื่องแต่ละเรื่อง เช่น เรื่องเงิน การศึกษา และแผนอนาคต ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจมากกว่า ในขณะที่เรื่องการใช้ชีวิตในสังคม ทั้งการแต่งตัวและระสนิยมต่าง ๆ เพื่อนจะมีอิทธิพลมากกว่า

2.4 การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการด้านสติปัญญาและคุณธรรม เนื่องจากสมองมีการเจริญเติบโตเต็มที่มาแล้วตั้งแต่วัยเด็ก ในขณะที่วัยรุ่นจะมีความสามารถในการเรียนรู้พัฒนาถึงขีดสูงสุด ภาษามีการพัฒนาอย่างมาก พัฒนาการด้านความคิดจึงเข้าสู่ระดับวุฒิภาวะสูงสุดหรือคิดแบบผู้ใหญ่ ซึ่งเพียเจต์ (Piaget) เรียกระยะนี้ว่า ระยะความคิดแบบนามธรรม (period of formal operation) มีลักษณะสำคัญ คือ คิดแบบตรรกะเชิงนามธรรม คิดเปรียบเทียบเชิงสัดส่วน คิดแบบแยกตัวแปรและองค์ประกอบเพื่อสรุปผล และคิดหาข้อสรุปในเชิงองค์รวมได้ ลักษณะความคิดแบบนี้จะทำให้วัยรุ่นสามารถคาดการณ์ถึงสิ่งที่ยังไม่เกิดเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะเกิด และแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้มากขึ้น แต่การพัฒนาขีดความสามารถด้านความคิดถึงจุดสูงสุดได้ไม่พร้อมกัน ความคิดของวัยรุ่นยังมีข้อจำกัดและแตกต่างจากผู้ใหญ่ตรงที่วัยรุ่นยังมีความคิดแบบยึดตัวเองและสิ่งแวดลอมรอบ ๆ ตัวเป็นศูนย์กลาง และมักจะคิดอย่างอคติเกินความจริง ข้อจำกัดด้านความคิดเหล่านี้ จะทำให้การรับรู้และการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นบางครั้ง

เป็นไปไม่ถูกต้อง เช่น เข้าใจผิดว่าการสูญหรือแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ การคิดสารเสพติดเป็นการแสดงออกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม หรือเข้าใจว่าการทำพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ แม้จะมีอันตรายบ้างก็คงไม่รุนแรงและสามารถเลิกได้เมื่อต้องการ เป็นต้น

ในส่วนของพัฒนาการด้านคุณธรรมตามแนวคิดของโคล์เบอร์ก (Kohlberg) วัยรุ่นตอนต้นส่วนใหญ่จะพัฒนาอยู่ในขั้นระดับกฎเกณฑ์ (conventional level) คือ ทำความคิดให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มหรือทำตามกฎระเบียบและกฎเกณฑ์ของสังคมกลุ่มเพื่อน และความคาดหวังของครอบครัว วัยรุ่นจึงต้องเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างศีลธรรมที่เป็นสากลและกฎเกณฑ์ของกลุ่มเพื่อน หากสิ่งที่ปฏิบัติไม่สอดคล้องกัน ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย พัฒนาการด้านจริยธรรมจะสูงขึ้นถึงระดับเหนือกฎเกณฑ์ (post-conventional level) คือ เข้าใจและทำตามกฎเกณฑ์ศีลธรรมที่เป็นสากล ขอมรับหน้าที่และสิทธิผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะมีความขัดแย้งบ้างในบางครั้ง แต่จะสามารถใช้เหตุผลและมโนธรรมของตนเองในการตัดสินใจเลือกกระทำได้

3. ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายในวัยรุ่น

3.1 ภาวะโภชนาการ จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 โดยกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเยาวชนอายุ 15-18 ปีในเขตชนบท มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD) ร้อยละ 71.8 น้ำหนักค่อนข้างมาก (> +1.5 SD ถึง +2 SD) ร้อยละ 2.10 และน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (> +2 SD) ร้อยละ 9.60 น้ำหนักค่อนข้างน้อย (< -1.5 SD ถึง -2 SD) ร้อยละ 8.0 และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (< -2 SD) ร้อยละ 8.5 (กองโภชนาการ, 2549)

3.2 ความบกพร่องของอวัยวะการเรียนรู้ อวัยวะการเรียนรู้ที่มักพบเป็นปัญหาความบกพร่อง เช่น ตาและหู

3.3 ความบกพร่องในการดูแลผิวหนัง ในช่วงวัยรุ่นต่อมเหงื่อและต่อมไขมันจะทำงานมากขึ้นเนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ วัยรุ่นที่ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดีจะมีปัญหาสุขภาพผิวหนัง เช่น สิว กลาก เกาต์ และกลิ่นตัวตามมา ปัญหาสุขภาพผิวหนังที่เกิดขึ้นเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีผลต่อสุขภาพผิวหนังเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อภาพลักษณ์ ซึ่งวัยนี้ให้ความสำคัญอย่างมากอีกด้วย

3.4 สุขภาพปากและฟัน ช่วงวัยนี้ฟันแท้จะขึ้นเกือบสมบูรณ์ ยกเว้นฟันกราม 4 ซี่ การดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากและฟันจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยรักษาสุขภาพฟันให้คงอยู่ยาวนาน การสูญเสียฟันแท้ นอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการบดเคี้ยวอาหาร ยังมีผลต่อการพูด การออกเสียง และบุคลิกภาพของบุคคล

3.5 ปัญหาเกี่ยวกับประจำเดือน ที่พบบ่อยได้แก่ (นิตยา, 2545)

3.5.1 การไม่มีประจำเดือน (amenorrhea) ปกติวัยรุ่นจะมีประจำเดือนเมื่ออายุ 9-16 ปี เฉลี่ย 12.5 ปี ความผิดปกติของการไม่มีประจำเดือนแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การมี

ประจำเดือนล่าช้า (primary amenorrhea or delayed menarche) หมายถึง ภาวะที่วัยรุ่นหญิงไม่มีประจำเดือนเลขจนอายุ 17 ปี สาเหตุอาจเกิดจากการไม่มีรังไข่หรือมดลูก หรือมีความบกพร่องของอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง อันเนื่องมาจากอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากไฮโปธาลามัสและหรือต่อมพิทูอิทารี เช่น วัยรุ่นหญิงที่เป็นนักกีฬาที่ต้องออกกำลังกายอย่างหนัก นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติของร่างกายบางชนิดอาจมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสืบพันธุ์ได้ เช่น การทำงานของธัยรอยด์ที่มากหรือน้อยผิดปกติ (hypothyroidism or hyperthyroidism) การติดเชื้ออย่างรุนแรงเป็นเวลานาน การเจ็บป่วยด้วยเรื้อรังอื่น ๆ ตลอดจนมีภาวะทุโภชนาการ 2) การมีประจำเดือนขาดหายไปนานกว่า 6 เดือน หรือนานกว่า 3 รอบเดือนหลังจากมีประจำเดือนครั้งแรก (secondary amenorrhea) สาเหตุสำคัญที่พบบ่อย คือ การตั้งครรภ์สำหรับสาเหตุอื่นที่พบได้ ได้แก่ ความเครียดทางกายและใจ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ทันใด ภาวะที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากหรือน้อยผิดปกติ โรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยทั่วไปการมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอเป็นสิ่งที่พบได้ โดยเป็นผลมาจากความไม่สมบูรณ์ของ ไฮโปธาลามัส พิตูอิทารีและรังไข่ (hypothalamus-pituitary-ovarian axis) ในช่วงแรกของพัฒนาการวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม 2 ใน 3 ของวัยรุ่นจะมีประจำเดือนสม่ำเสมอใน 2 ปี หลังจากมีประจำเดือนครั้งแรก การให้ความรู้ความเข้าใจแก่วัยรุ่นและครอบครัวจะลดความกังวลใจที่มีได้

3.5.2 การปวดประจำเดือน (dysmenorrhea) หมายถึง ภาวะไม่สุขสบายในช่วง 1-2 วันแรกของการมีประจำเดือน ซึ่งเป็นสาเหตุความเจ็บป่วย 1 ใน 6 อันดับแรกของวัยรุ่น และเป็นสาเหตุของการไม่มาโรงเรียนหรือไม่มาทำงานของวัยรุ่นหญิง (Wong et al, 1999) สามารถแยกอาการปวดประจำเดือนได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) การปวดประจำเดือนที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคในอุ้งเชิงกราน (primary dysmenorrheal) สาเหตุสำคัญของการปวดชนิดนี้ มักจะมาจากการมีระดับความทนต่อการเจ็บปวดต่ำ หรือมีการหลั่งของ prostaglandins ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการบีบตัวของมดลูก โดยทำให้เกิดการหดและขยายตัวของหลอดเลือดในเยื่อมดลูก ขณะเดียวกัน prostaglandins ยังทำให้ประสาทส่วนปลายลดระดับความทนทานต่อสิ่งเร้าทางกายภาพและเคมี ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดมดลูกขึ้น นอกจากนี้ prostaglandins ยังอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ และอารมณ์เปลี่ยนแปลง 2) การปวดประจำเดือนที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับโรคในอุ้งเชิงกราน (secondary dysmenorrheal) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดประจำเดือนในกลุ่มนี้ได้แก่ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ทั้งจากเชื้อรา แบคทีเรีย หรือพยาธิ

3.6 ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะและองคชาติ (penile & scrotal problems) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับองคชาติที่พบได้ในวัยรุ่น ได้แก่ การที่หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศเกิดการยึดติด (tight foreskins) ทำให้ไม่สามารถยืดยาวตัวเมื่ออวัยวะส่วนอื่นโตขึ้น หรือไม่สามารถเปิดเพื่อทำความสะอาด และอาจทำให้เกิดการหมักหมมติดเชื้อตามมา การฉีกขาดหรือดิ่งรั้ง frenulum ซึ่งเป็นผิวหนังส่วนล่างของอวัยวะเพศที่เชื่อมต่อกับ prepuce จากการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับ

องคราติ ปัญหาหลังนี้ถ้าเป็นไม้มากจะหายได้เอง แต่หากมีการฉีกขาดมากจำเป็นต้องเย็บปิดเพื่อห้ามเลือด เนื่องจากที่อัมตะเป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้ไม่บ่อย แต่หากพบในช่วงวัยรุ่นมักจะเป็นเนื้อร้าย มีลักษณะแข็ง ไม่เจ็บ ผิวเรียบ หรือเป็นก้อน มักพบบริเวณด้านหน้าหรือด้านข้างของอัมตะ อัมตะข้างที่มีก้อนเนื้อนี้จะหนักและถ่วงมากกว่าอีกข้างหนึ่ง ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย (นิตยา, 2545)

4. ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น

วัยรุ่นมีอารมณ์อ่อนไหวเปลี่ยนแปลงง่าย สับสน ขาดความมั่นใจ มีอารมณ์รุนแรง มีทั้งอัจฉริยภาพ โกรธแค้น อาฆาต คือและต่อต้านอำนาจ หรือบางขณะอาจเศร้า เบื่อหน่าย และเหงาหงอยได้ ทั้งนี้เกิดจากการกระตุ้นของฮอร์โมนต่างๆ และพัฒนาการของอารมณ์ดั้งเดิม และสะสมตั้งแต่วัยเด็ก สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้วัยรุ่นวิตกกังวล และสับสนบ้างอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ดังนี้ คือ (กรมสุขภาพจิต, 2546, ศรีธรรม, 2543; และศรีเรือน, 2540)

4.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการวางตัวเป็นชายหนุ่มหญิงสาวในสังคม ซึ่งยังมีความไม่แน่ใจ และลังเลสงสัย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่รวดเร็ว ดังจากการศึกษาความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และการเข้าสังคมของวัยรุ่นในสถานศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคามของประเสริฐ (2544) พบว่าวัยรุ่นวิตกกังวลเรื่องขนาดของทรวงอก ตะโพก ความอ้วน ผิว ฯลฯ หงุดหงิดเมื่อสวมขึ้นบนใบหน้า กลัวหน้าตาไม่สวย ไม่หล่อและผิวพรรณที่ไม่ดีไม่สดใสตามวัย

4.2 ความสับสนเกี่ยวกับการเปลี่ยนวัยจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ต้องตัดสินใจในเรื่องบทบาทของตนและความประพฤติ มีการสร้างอุดมการณ์ ซึ่งล้วนเป็นภาระที่ต้องเรียนรู้ มีความต้องการเป็นตัวเอง แต่ยังคงการเป็นเด็กในบางขณะ

4.3 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการศึกษาเพื่อเตรียมตัวประกอบอาชีพ มีความไม่แน่ใจในความถนัด ความสนใจ และความต้องการของตน ในการแข่งขันทางการศึกษาซึ่งในปัจจุบันมีส่วนทำให้วัยรุ่นกังวลมากขึ้น

4.4 ความไม่แน่ใจว่าในการเลือกอาชีพ เนื่องจากการเลือกอาชีพเป็นตัวกำหนดชีวิตในอนาคต จึงก่อให้เกิดความหนักใจแก่วัยรุ่น ความขัดแย้งระหว่างตนเองกับบุคคลในครอบครัวในการเลือกอาชีพ จะยิ่งเพิ่มความกังวลและสับสนมากขึ้น

4.5 การปรับตัวยาก เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ค่านิยมและทัศนคติที่ขัดแย้งกัน การมุ่งประโยชน์ส่วนตนเป็นสำคัญ ค่านิยมในการเที่ยวเตร่ การใช้จ่ายฟุ่มเฟือย การแต่งกายตามสมัยนิยม การมีเพื่อนเพศตรงข้าม ล้วนทำให้วัยรุ่นพยายามเลียนแบบกัน แม้ในบางรายจะมีฐานะไม่เอื้ออำนวย จึงทำให้ตกเป็นเหยื่อของผู้หวังประโยชน์จากวัยรุ่น ทำให้หลงเดินไปในทางที่ผิด อันเป็นการทำลายอนาคตของตนเอง

4.6 การขาดความอบอุ่น เนื่องจากสภาพครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวอาจมีขนาดเล็กลง และสมาชิกในครอบครัวมีความห่างเหินกัน บิดามารดาต้องทำงานมากเพื่อจุนเจือครอบครัว และไม่ค่อยมีเวลาให้เด็ก บิดามารดาอาจเหน็ดเหนื่อยหรือเครียดจากงาน ทำให้ไม่สามารถรับฟังและให้คำแนะนำแก่บุตรได้มากนัก ทำให้เด็กขาดความอบอุ่น และหันไปหาเพื่อนหรือบุคคลอื่นนอกบ้าน ส่วนในครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย มีปู่ ย่า ตา ยาย และญาติผู้ใหญ่อยู่รวมกันหรืออยู่บ้านใกล้กัน ถ้าผู้ใหญ่มีความขัดแย้งกันเองก็อาจทำให้วัยรุ่นลำบากใจและสับสนได้

4.7 ปัญหาจากโรงเรียน โรงเรียนสมัยใหม่จะวางโปรแกรมให้เด็กนักเรียนได้รับอย่างเร่งรีบ สอนให้ทำข้อสอบมากกว่าที่จะให้ความรู้พัฒนาการไปตามลำดับวัยที่เหมาะสม เด็กนักเรียนโรงเรียนมัธยมจะมีการแข่งขันสูง เด็กจะต้องประสบความสำเร็จทั้งในโรงเรียน และในการแข่งขันกันเข้ามหาวิทยาลัย หากเข้าไม่ได้นอกจากจะทำให้เกิดการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองแล้ว ยังมีปัญหาทางอารมณ์อื่น ๆ เช่น อับอายเพื่อนฝูง ครู และถูกแรงกดดันจากบิดามารดาอีกด้วย (ศรีเรือน, 2540)

4.8 ความสับสนจากสื่อมวลชน ภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิดีโอ ซึ่งมีอิทธิพลต่อสิ่งที่วัยรุ่นเชื่อถือ ยึดเอาเป็นแบบอย่าง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้เป็นเพียงสิ่งที่ผู้สร้างคิดฝันขึ้น ไม่มีบุคคลเช่นนั้นในชีวิตจริง ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถดิ้นตัวไปถึงเป้าหมายที่นึกฝันได้ ทำให้เกิดความสับสนจนอาจกลายเป็นเด็กวัยรุ่นที่ต้องใช้กลไกป้องกันตัวมากมาย เพื่อฝัน หรือแสดงออกแปลก ๆ ในบางกรณีกลายเป็นเด็กแสร้งแสร้ง หรือประพฤติดีทางเพศอย่างใดอย่างหนึ่ง (ศรีเรือน, 2540)

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นมีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการวางตัวในสังคม จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่รวดเร็ว การศึกษาเพื่อเตรียมตัวประกอบอาชีพ ค่านิยม และทัศนคติที่เปลี่ยนแปลง ความไม่แน่ใจว่าในการเลือกอาชีพ ปัญหาการปรับตัวจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ความสับสนในบทบาทระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ ปัญหาขาดความอบอุ่นจากสภาพครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวขนาดเล็ก หรือครอบครัวขยายที่มีความห่างเหินกัน ขัดแย้งกัน ความเครียดจากการแข่งขันทางการศึกษา จากการเลียนแบบบุคคลในอุดมคติที่ไม่สามารถไปถึงจุดหมายได้

5. ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง

เด็กวัยรุ่นที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นและเด็กวัยรุ่น เป็นวัยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านการสูบบุหรี่ การใช้ยาเสพติด การดื่มสุรา อุบัติเหตุจากยานยนต์ และความเครียด เนื่องจากในวัยนี้ความเจริญทางร่างกายอย่างรวดเร็วในขณะที่จิตใจยังไม่พัฒนาเต็มที่ มีจิตใจที่อ่อนไหวไม่มั่นคง มีความประหม่า มีความกลัว โกรธง่าย ใจคอไม่หนักแน่น และประสบการณ์ในชีวิตมีน้อย (รวมพร, 2543) เด็กวัยนี้ต้องการมีเพื่อนและต้องการการยอมรับจากเพื่อน เพื่อนจึงมีความสำคัญยิ่ง นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่มีความสับสนวุ่นวาย ไม่อยากรับผิดชอบอะไร แต่ก็ต้องการอิสระอย่างเต็มที่

ทั้งยังชอบเสี่ยงภัย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ด้านการเรียน และปัญหาสังคม ซึ่งในการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวนี้

5.1 รับประทานอาหารไม่เหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันค่านิยมในการบริโภคอาหารและวิถีชีวิตของคนไทยที่เปลี่ยนไปตามอิทธิพลตะวันตก ร่วมกับสภาพแวดล้อมในปัจจุบันทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมมากขึ้น เช่น รับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่และอาหารที่มีไขมันมาก ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ขนมเค้ก และพิซซ่า เป็นต้น ทำให้วัยรุ่นมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันปัญหาค่านิยมการลดความอ้วนที่มักเกิดจากความรักสวยรักงาม จึงพยายามลดน้ำหนักด้วยการอดอาหารและรับประทานอาหารเบ็ดเตล็ดที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย เช่น หมากฝรั่ง น้ำอัดลมและผลไม้ดอง เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร

5.2 ขาดการออกกำลังกาย วัยรุ่นไทยมีความเสี่ยงในเรื่องการขาดการออกกำลังกาย โดยพบว่าเยาวชนที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 30 เยาวชนหญิงไม่ออกกำลังกายมากกว่าเยาวชนชายถึง 2-3 เท่า ขณะที่กิจกรรมที่เยาวชนชายและหญิงส่วนใหญ่ทำมากที่สุดในเวลาว่างคือ ดูทีวี และวิดีโอ (จรรยา, อัญชติและจิรจิต, 2541) นอกจากนี้ การออกกำลังกายไม่ถูกต้องก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นได้รับบาดเจ็บและอุบัติเหตุตามมา สาเหตุเนื่องจากการออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับรูปร่าง และความสามารถของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ หรือระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ หรือจากการขาดความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทั้งจากสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ที่ใช้

5.3 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและการเจริญเติบโตทางด้านเพศอย่างมากในวัยรุ่น ทำให้มีความตื่นตัวและไวต่อการกระตุ้นทางเพศ ประกอบกับข้อจำกัดด้านความคิดและประสบการณ์ของวัยรุ่น ร่วมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสังคมปัจจุบัน ทั้งสถานที่ท่องเที่ยวบันเทิง และกิจกรรมในยามค่ำคืน ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงทางเพศ การตั้งครรภ์และการทำแท้งในระดับที่สูงขึ้น และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

5.4 พฤติกรรมเสี่ยงอันตรายจากอุบัติเหตุจากยานยนต์ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ และมีความเสี่ยงที่จะทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองอารมณ์สนุกหรือก้าวร้าวที่เกิดขึ้น โดยพบว่าอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของวัยรุ่น นอกจากนี้ วัยรุ่นส่วนหนึ่งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการพกพาอาวุธ เช่น ไม้ มีด หรือแม้กระทั่งปืนไปในที่ชุมชน เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นวัยรุ่นก็พร้อมที่จะใช้อาวุธที่มีอยู่ในการต่อสู้หรือทำร้ายซึ่งกันและกัน

5.5 การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด เหล้าและเบียร์เป็นสิ่งเสพติดที่เยาวชนไทยรายงานว่าใช้มากที่สุด รองลงมาคือ บุหรี่ และเครื่องสำอางกำลัง และสารเสพติดที่มีรายงานว่าวัยรุ่นไทยนิยมใช้มีหลายชนิด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน กัญชา สารระเหย ยาแอสซิดาซี ยาเคดามีนและอื่น ๆ โดยเฉพาะยาบ้าหรือแอมเฟตามีน เหตุผลในการใช้เพื่อความสนุกสนานมากขึ้นและเพิ่มสมรรถนะ

ในการทำงาน จึงเป็นสิ่งที่ทางโรงเรียน ผู้ปกครอง ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

สรุป

จากสถานการณ์กรณีพิบัติภัยเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ภายหลังสถานการณ์พิบัติภัยนักเรียนที่ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่ได้ออนย้ายไปโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๓๕ จังหวัดพังงา ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ก่อตั้งขึ้นโดยมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ในพระบรมราชูปถัมภ์และกระทรวงศึกษาธิการร่วมกันสร้างขึ้นแทนโรงเรียนบ้านบางสักที่ได้รับความเสียหายทั้งหมด เพื่อเป็นสถานศึกษาแก่นักเรียนผู้ด้อยโอกาสทั้งจากภาวะยากไร้ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู บิดามารดาเสียชีวิต ถูกทอดทิ้ง มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจและปัญหาสังคม

คณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของผลกระทบจากกรณีพิบัติภัยคลื่นยักษ์สึนามิต่อสุขภาพของนักเรียน หลังเกิดเหตุการณ์กรณีพิบัติภัยคณะผู้วิจัยและนักศึกษายาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตและช่วยเหลือเบื้องต้นแก่นักเรียนและคุณครูที่ประสบภัยที่โรงเรียนบ้านบางสักและโรงเรียนบ้านปากวิปี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา พบว่านักเรียนบางคนยังมีปัญหาสุขภาพจิต มีภาวะเครียด ซึมเศร้า เงียบขรึม ไม่ค่อยพูด มีสมาธิในการเรียนและทำกิจกรรมลดลง และมีปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น เป็นแผลตามผิวหนัง และโรคระบบทางเดินหายใจ และผลจากการประเมินโครงการดังกล่าวพบว่านักเรียนและคุณครูมีความสนใจเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและอยากให้มีการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียน และจากผลจากการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพผู้ประสบภัยจากคลื่นยักษ์สึนามิ 6 จังหวัดภาคใต้ มีข้อเสนอแนะให้ควรมีการพัฒนาและผลิตองค์ความรู้ จัดอบรมผู้ดูแลและผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิต บูรณาการระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ประสบภัย ส่งเสริมให้มีการนำกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวภูมิปัญญาตะวันออก เป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของบุคคล โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรครมากกว่าการซ่อมสุขภาพภายหลังเกิดโรคแล้ว คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกให้แก่นักเรียนในพื้นที่ประสบกรณีพิบัติภัย โดยศึกษาเฉพาะโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๓๕ จ. พังงา