ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

Health Care System for Adolescents in Islamic Private Schools in the Five Southern Border Provinces

นภาภรณ์ แก้วเหมือน

Napaporn Kaewmuen

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University
2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้เขียน นางนภาภรณ์ แก้วเหมือน

สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

……..
(ดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

……..
(รองศาสตราจารย์ ดร.จีรเนาว์ ทัศศรี)

คณะกรรมการสอบ

……...ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ)

…….กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตนูนท์)

……กรรมการ
(ดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร)

……กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จีรเนาว์ ทัศศรี)

…….กรรมการ
(นายแพทย์ปวิตร วณิชชานนท์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

……
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธีระพล ศรีชนะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ดร.กุลทัต หงส์ชางกูร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางนภาภรณ์ แก้วเหมือน)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....
(นางนภาภรณ์ แก้วเหมือน)
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้เขียน นางนภาภรณ์ แก้วเหมือน

สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

ปีการศึกษา 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารโรงเรียน สุ่มตัวอย่างแบบช่วงชั้น เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.94 สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.98 จำนวน แบบสอบถามทั้งหมด 167 ชุด นำมาวิเคราะห์ 161 ชุด วิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก 2 คน และสนทนากลุ่ม 2 ครั้งๆละ 9-10 คน

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้บริหารโดยรวมเท่ากับ 3.76 คะแนน (S.D. 0.71) องค์ประกอบระดับภายในบุคคลเท่ากับ 3.96 คะแนน (S.D. 0.73) ระดับระหว่างบุคคล เท่ากับ 3.63 คะแนน (S.D. 0.73) และระดับชุมชนเท่ากับ 3.71 คะแนน (S.D. 0.74) อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบในองค์ประกอบ ระดับภายในบุคคล คือ ด้านทักษะ พบ เรื่องการเลือกรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ การขับขี่จักรยานยนต์ที่ปลอดภัย สุขภาพ ส่วนองค์ประกอบ ระดับระหว่างบุคคล จำแนกเป็น *ด้านการสนับสนุนของครอบครัว* พบเรื่องข้อมูลสุขภาพและความร่วมมือเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียน *ด้านการสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญ* พบ เรื่องการให้คำแนะนำนักเรียนที่ป่วย การตรวจการมองเห็นแก่นักเรียน และการช่วยเหลือฟื้นฟูนักเรียนที่ป่วย ส่วนองค์ประกอบ ระดับชุมชน จำแนกเป็น *ด้านระบบของโรงเรียน* พบเรื่องนโยบายอาหารกลางวัน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพนักเรียน; หลักสูตรเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะครูในการสอนสุขศึกษา และการฝึกทักษะนักเรียนเพื่อจัดการความเครียด; การดูแลสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะ และการสำรวจสุขาภิบาลอาหาร; การสนับสนุนให้ครูทำกิจกรรมสุขภาพในชั้นเรียน; การสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพ การทำแผนงานจากข้อมูลปัญหาสุขภาพนักเรียน และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับการเรียนการสอน

ด้านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พบ เรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน และโรงเรียนในการริเริ่มโครงการสุขภาพ; การสนับสนุนของชุมชนเรื่อง งบประมาณ การออกกำลังกายและความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือนักเรียนป่วย; การตรวจสุขภาพประจำปี คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่บุคลากรได้รับ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพและการได้รับข่าวสาร มีข้อเสนอแนะต่อกระทรวงศึกษาธิการให้ปรับปรุงหลักสูตร วิธีการประเมินผล และสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขให้พัฒนาหลักสูตรอบรมครูและนักเรียน โดยให้สถาบันศาสนาเป็นสื่อกลางในการทำกิจกรรม ข้อเสนอแนะต่อพื้นที่ ควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุขในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

Thesis Title Health Care System for Adolescents in Islamic Private Schools in the Five Southern Border Provinces

Author Mrs. Napaporn Kaewmuen

Major Program Health System Management

Academic Year 2013

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the healthcare system for adolescents in the five border southern provinces of Thailand. The subjects were school administrators selected by interval sampling. Both qualitative and quantitative data were sought using a self-completed questionnaire. Validity index of the questionnaires was 0.94 and Cronbach's alpha coefficient 0.98. From 167 questionnaires sent out, 161 were returned and analyzed. Data were described in terms of percentage, mean and standard deviation. In addition, content analysis was performed on 2 in-depth interviews and two group discussions. Each group comprised 9-10 school administrators.

The mean overall score of adolescents health care system according to school administers was 3.76 (S.D. 0.71). The study also focused on three levels of health care system: intrapersonal, interpersonal and community levels. The mean scores in those levels were 3.96 (S.D. 0.73), 3.63 (S.D. 0.73) and 3.71 (S.D. 0.71), respectively. However, there were some problems reported in the aspect of interpersonal level. Healthy food consumption and safety when driving motorcycles were the skills that should be improved. The interpersonal level was divided into family support and expertise support. To promote wellness of students, families should coordinate and provide health information. Healthcare personnel should advise and provide rehabilitation for sick students, as well as perform visual examination. The community level was divided into school system and interaction process. Regarding the school system, the lunch policy was of concern as well as the need to encourage people in the community to coordinate health

promotion activities, setting up of a health education training course for teachers and a stress management course for students; environment and waste management, including food sanitary survey; promotion of health activities in the classroom; provision of budget for health projects, and planning based on students' health data. Recording the interaction process, it was found that issues of concern were the need is initiate a wellness project coordinated by parents, school and community; to provide budget support from the community itself; to organize exercise activities and help for sick students; as annual physical examination; health care personnel advice, including participation in wellness activities and access to health information. Improvement of course syllabus, method of evaluation and health promotion activities are recommended to the Ministry of Education. The message to the Ministry of Health is to provide an enhanced training program for teachers and students. Moreover, coordination among school, family, local government and health organizations should be encouraged to enhance ongoing health promotion and prevention activities.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร และรองศาสตราจารย์ ดร.จีรเนาว์ ทัศศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่เป็นทั้งผู้ชี้แนะ แนะนำ จุดประกายความคิด ให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาการความรู้ จุดประกายแนวคิดและปัญญาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ และสถาบันการจัดการระบบสุขภาพที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตนูนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสริม ทัศศรี ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ ที่ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะทางวิชาการที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งทั้งต่อผู้วิจัยและต่องานวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพทุกท่านและคุณศุภลักษณ์ อรรณพ ที่ได้ช่วยเหลือทั้งเป็นธุระจัดการ รวมทั้งเพื่อนพี่ๆ น้องๆ ที่เรียนปริญญาโท

ขอขอบพระคุณ อ.ขอดะรี บินเซ็น, อ.ไลล่า หมูดเส็ม คุณอิลฟาน ตอแลมา คณะครูโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณแม่จิราภรณ์ คุณพ่อน้อม หนูสนิท คุณฉัตรชัย แก้วเหมือน ครอบครัว หนูสนิท และครอบครัวแก้วเหมือน ที่ได้สนับสนุนในทุกๆด้าน ทั้งช่วยเหลือให้กำลังใจ

สุดท้ายนี้คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี ครอบครัว ญาติพี่น้อง คณาจารย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นภาภรณ์ แก้วเหมือน

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ……		(5)
ABSTRACT……		(7)
กิตติกรรมประกาศ……		(9)
สารบัญ……		(10)
รายการตาราง……		(12)
บทที่ 1	บทนำ……	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา……	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย……..	4
	คำถามการวิจัย……...	4
	กรอบแนวคิดการวิจัย……	5
	ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย…….	7
	ขอบเขตการวิจัย……	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ……..……	7
บทที่ 2	เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……	9
	ระบบการดูแลสุขภาพ……...	9
	แนวคิดระบบนิเวศวิทยา……...……	13
	วัยรุ่นมุสลิม……...	15
	รูปแบบโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม……...……...	27
	ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามตามมุมมองผู้บริหารโรงเรียน…….....	31
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย……..……	41
	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ……	41

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	วิธีการสุ่มตัวอย่าง……..	42
	เครื่องมือในการวิจัย……..……	44
	การเก็บรวบรวมข้อมูล……..……	47
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง……...……	49
	การวิเคราะห์ข้อมูล ……...……	50
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล……	51
	ผลการวิจัย……..	51
	อภิปรายผลการวิจัย……...……	82
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ……..	89
	สรุปผลการวิจัย……..	89
	ข้อเสนอแนะ……..	93
บรรณานุกรม……..		97
ภาคผนวก……..		108
	ก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม……...	109
	ข แบบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย……..…	114
	ค แบบสอบถามการวิจัย……...	115
	ง แนวทางในการสัมภาษณ์……..	126
	จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ……..	128
ประวัติผู้เขียน……		129

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1.	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้……	52
2.	จำนวนและร้อยละ ของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน…….	54
3.	จำนวนและร้อยละ ของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกตามปัญหาสุขภาพนักเรียน……..…	56
4.	จำนวนและร้อยละ ของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกตามพฤติกรรมของนักเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพ……	57
5.	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหาร โดยภาพรวมและองค์ประกอบแต่ละระดับ……..……	58
6.	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหาร จำแนกตามองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นระดับภายในบุคคล……...……	59
7.	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหาร จำแนกตามองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นระดับระหว่างบุคคล…….	63
8.	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหาร จำแนกตามองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นระดับชุมชน…….	71

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทั่วโลก ในยุโรปได้กำหนดให้สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด (World Health Organization 2005) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดแนวทาง พร้อมทั้งนโยบายในการพัฒนาสุขภาพของวัยรุ่น เช่นเดียวกับประเทศไทย วัยรุ่นช่วงอายุ 10-21 ปี มีจำนวนถึง 1,101,033 คนคิดเป็นร้อยละ 17.3 ของประชากร (กรมการปกครอง 2554) สุขภาพของวัยรุ่นจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ในช่วงวัยนี้วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน โรงเรียนจึงเป็นสังคมแห่งที่สองรองจากบ้าน ที่จะปลูกฝังเจตคติและเสริมสร้างทักษะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถูกต้องเหมาะสมของเด็กและเยาวชนเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนทั่วประเทศ มีปัญหา 3 ประเด็นที่สำคัญ คือปัญหาสังคม ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง และปัญหาสุขภาพจิต โดย 1) ปัญหาสังคมพบว่าวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในปี 2553 สูงถึง 26,486 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร 2555) คดีความที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือการใช้ความรุนแรง 1,146 ราย ฆาตกรรม 963 ราย ความผิดเกี่ยวกับเพศ 440 ราย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2549) วัยรุ่นกลุ่มที่กระทำผิดสูงสุดเป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาหรือกำลังศึกษาอยู่ โดยกลุ่มเด็กชายส่วนใหญ่ติดยาบ้า (ตวงทิพย์ ธีระวิทย์ 2549) 2) ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการใช้ยาเสพติด การระบาดของยาเสพติดเพิ่มเข้ามาสู่กลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. 2551) ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม พบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี ที่มาทำคลอดมีจำนวน 52,008 คน คิดเฉลี่ยวันละ 142.5 คนหรือชั่วโมงละ 5.9 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2551) ปัญหาการใช้สื่อและเทคโนโลยีไม่เหมาะสม ร้อยละ 30.0 พบว่า เกมส์คอมพิวเตอร์ที่มีเนื้อหารุนแรงก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะสั้น (วนิพพล มหาราชา 2554) และ 3) ปัญหาสุขภาพจิต พบว่า อัตราการเคยมีอารมณ์เศร้า และพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มสูงขึ้นตามระดับปีที่เรียน พบในวัยรุ่นชายและหญิง ร้อยละ 4.9 ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ เคยวางแผนฆ่าตัวตาย โดยวัยรุ่นที่เคยฆ่าตัวตาย พบว่า พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 5 ครั้งในวัยรุ่นชาย ร้อยละ 16.2 หญิงร้อยละ 6

(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2551) ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตสังคมที่พบถือว่า ผิดปกติต้องพบจิตแพทย์ ร้อยละ 5.1 ได้แก่ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมเด็กกว่าวัย เกเรผิดระเบียบ โดยปัญหาที่พบมากที่สุดในภาคใต้ถึง ร้อยละ 9.9 คือ ด้านสังคม ด้านพฤติกรรมก้าวร้าว ด้านเพศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2549) และความชุกของการใช้สารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาในภาคใต้เพิ่มสูงขึ้นทุกปี กระท่อม และกัญชาเป็นสารเสพติดที่นักเรียนเคยใช้มากที่สุด (สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ 2549) สุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม อยู่ในสภาพไม่ปกติทั้งในภาพรวม และรายด้านทั้ง 9 ด้าน คือ ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย้ำคิด ย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย กลัว โดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง โรคจิต และพบว่าวัยรุ่นหญิงมีสุขภาพจิตด้านความโกรธ ก้าวร้าว ทำลายสูงกว่าชาย (นิรันดร์ จุลทรัพย์และคณะ 2549)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น นำไปสู่ความสูญเสียทั้งต่อตัววัยรุ่นเอง บุคคลที่เกี่ยวข้อง ครอบครัว รวมถึงสังคม ตัววัยรุ่นเองนั้นเมื่อเกิดปัญหาทำให้สูญเสียโอกาสหลายอย่างในชีวิตทั้งด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ และอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ อีกทั้งยังเกิดผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ครอบครัวต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ผลกระทบด้านสังคมที่ชัดเจน ได้แก่ การมีทารกถูกทอดทิ้งจากการตั้งครรภ์วัยรุ่น คิดเป็นจำนวน 2.61 ต่อประชากรแสนคน การวัยรุ่นที่กระทำความผิดทำร้ายผู้อื่น และเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมยังมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 30,668 คดีในปี 2540 เป็น 51,128 คดีในปี 2550 หรือคิดเป็นร้อยละ 41.3 โดยในจำนวนดังกล่าวเป็นคดีด้านการใช้ความรุนแรงต่อชีวิตผู้อื่น ร้อยละ 15 (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 2550) ส่งผลให้ผู้อื่นบาดเจ็บหรือเสียชีวิตเกิดความไม่ปลอดภัยในสังคม

ตามแนวคิดนิเวศวิทยา (ecological perspective) ปัญหาสุขภาพในวัยรุ่นเกี่ยวข้องกับปัจจัยระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ ความรู้ ความเชื่อ การได้รับการฝึกฝนปฏิบัติ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (ยุวดี พงษ์สาระนันทกุล 2553, Croyle 2005, Hockenberry & Wilson 2011) กำลังแสวงหาเอกลักษณ์แห่งตน (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์ และคณะ 2551) จึงส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน เกิดจากอัตตลักษณ์ของวัยรุ่น สถานการณ์ประกอบแรงจูงใจ (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์ และสอรัฐ มากบุญ 2551) ปัจจัยระดับชุมชน เช่น วัฒนธรรม ศาสนา สภาพชุมชน นโยบายและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นประเด็นสำคัญ คือสถานศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด การได้รับบาดเจ็บ การมีเพศสัมพันธ์ (Oriol et al. 1998)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในการหาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียน พบว่า การปลูกฝังความคิด ความเชื่อ การให้ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (สุรีรัตน์ รงเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ 2554) แรงสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียน (รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ 2548) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการแตกต่างกัน การจัดสภาพแวดล้อม กิจกรรมการเรียนการสอน บรรยากาศในชั้นเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ มีผลกับการบรรลุตามขั้นตอนพัฒนาการและพฤติกรรมพลเมืองดีของวัยรุ่น (ฉันทนา มุติ 2540) การบริการอนามัยโรงเรียนอย่างถูกต้องเหมาะสมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (ธนกร ช้างน้อย 2552) การอบรมสั่งสอนให้ยึดมั่นในหลักของศาสนามีส่วนสำคัญมากในการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น รวมทั้งการสร้างความผูกพันกับชุมชน ใช้กิจกรรมทางวัฒนธรรมประเพณี สถาบันทางศาสนาเป็นสื่อในการทำกิจกรรม การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพและกิจกรรมที่สร้างสรรค์จะเป็นพลังในการพัฒนาวัยรุ่น (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์ และสอรัฐ มากบุญ 2551) การจัดตั้งระบบการดูแลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและ ที่อยู่ ที่พักอาศัยของวัยรุ่นในโรงเรียนเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น (Schwartz 2007) อิสลามถือว่าการดูแลรักษาสุขภาวะนั้นเป็นหน้าที่ (วายิบ) สำหรับมนุษย์ อิสลามได้กำหนดบทบัญญัติหลายอย่างซึ่งมีผลโดยตรงและทางอ้อมต่อสุขภาวะของมนุษย์ (อนันตชัย ไทยประสาน และรอซีดี เลิศอริยะพงษ์กุล 2552, อาศิส พิทักษ์คุมพล 2553, อิศรา ศานติศาสน์ 2553, อิสมาแอ อาลี 2553) ซึ่งแนวทางการดูแลวัยรุ่นมุสลิมนั้นต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม (National Academy of Sciences 2008) นำหลักบัญญัติทางศาสนาอิสลามซึ่งมีผลต่อสุขภาวะของวัยรุ่นมาเพื่อส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรมวัยรุ่นในโรงเรียนอย่างเหมาะสม เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นได้ จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบยังมีข้อมูลจำกัด การเผยแพร่ข้อมูลหรืองานวิจัยยังมีน้อย

สำหรับระบบการศึกษาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นพื้นที่ที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นในภาคใต้ คือประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเป็นตัวตนที่มีการแสดงออกของความเป็นอัตลักษณ์ของคนไทยที่นับถือศาสนาอิสลามอย่างเด่นชัด เพราะนอกจากจะดำเนินชีวิตตามวิถีมุสลิมแล้วยังมีการสืบสานวิถีแห่งศาสนาผ่านการจัดการเรียนการสอน (นวลตา อาภาคัพภะกุล 2552) โดยสถานที่ที่สอนศาสนาอิสลาม แต่เดิมนั้นจะอยู่ในรูปของ “ปอเนาะ” ซึ่งเป็นสถานที่สอนศาสนาอิสลามที่ชาวไทยมุสลิมจัดตั้งขึ้น โดยมีโครงสร้างการบริหารเป็นโต๊ะครูและเป็นเจ้าของ นักเรียนจะพักอาศัยในกระท่อมซึ่งเรียกว่าปอเนาะ อยู่ภายในบริเวณบ้านโต๊ะครู มีอาคารสถานที่สอน

เรียกว่า “บาลาเซาะ” หรือ “บารา” ปอเนาะบางแห่งสร้างเป็นเอกเทศ ปอเนาะบางแห่งสร้างติดกับบ้านโต๊ะครู การสอนขึ้นอยู่กับความสามารถของโต๊ะครู (มูหามัดรูยานี บากา และอิบราเฮ็ม ณรงค์รักษาเขต 2552) ต่อมาเมื่อรัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาศาสนา ก็ได้เริ่มวางระเบียบปรับปรุงส่งเสริมปอเนาะ ในปี พ.ศ.2504 โดยกำหนดให้มีการจดทะเบียนปอเนาะเป็นสถานศึกษา ในปี พ.ศ. 2508 ให้มีการปรับปรุงการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐาน กำหนดหลักสูตรวิชาศาสนาและวิชาสามัญ (อาดัม นีละไพจิตร 2531) ปัจจุบันปอเนาะบางแห่งได้พัฒนาเป็นโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนต้องคำนึงถึงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากในโรงเรียนมีนักเรียนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก จะเห็นได้จากจำนวนผู้เรียนที่มีมากกว่า 2 แสนคน มีสถานศึกษา 588 แห่ง (นวลตา อาภาคัพภะกุล 2552) และจังหวัดชายแดนใต้มีวัยรุ่นถึงร้อยละ 73.0 เรียนอยู่ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม โรงเรียนจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการพัฒนาคุณภาพวัยรุ่นในพื้นที่ (รุ่ง แก้วแดง 2555)

การพัฒนาวัยรุ่นต้องดูแลจัดการศึกษา พัฒนาคุณภาพชีวิตเน้นความเชื่อมโยงด้านสุขภาวะของวัยรุ่นสนับสนุนให้เป็นผู้ “เก่ง ดี มีสุข” การศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัดระบบการดูแลให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในพื้นที่ภาคใต้ที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม และศาสนา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. องค์ประกอบแต่ละระดับในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้อยู่ในระดับใด
2. ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ตามการรับรู้ของผู้บริหารโรงเรียน ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่โรงเรียนจัดขึ้นเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเอง และการดูแลด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะ (วสุธร ตันวัฒนกุล 2548, ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ 2553, Hsiao 2003) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของสถาบันวิจัยมะเร็งแห่งชาติ อเมริกา ปี ค.ศ.2005 (Croyle 2005) และแนวคิดทางนิเวศวิทยาของ บรอนเฟรนเบรนเนอร์ ปี ค.ศ.1979 (Bronfenbrenner 1979 อ้างถึงใน Susan 2011, Bryans, Cornish & Mcintosh 2009, Evans et al. 2008, Paquette & Ryan 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

มุมมองทางนิเวศวิทยา เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ได้รับอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรมเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์อย่างเชื่อมโยงต่อเนื่องกันใน 3 ระดับ คือ 1) ระดับภายในบุคคล 2) ระดับระหว่างบุคคล 3) ระดับชุมชน โดย

1) ระดับภายในบุคคล คือลักษณะที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2) ระดับระหว่างบุคคล คือกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มของบุคคลใกล้ชิดและมีความเชื่อมั่นต่อกันซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะภายในบุคคล ได้แก่ การให้คำแนะนำ สนับสนุน ให้บริการดูแลสุขภาพของครอบครัว กลุ่มเพื่อน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

3) ระดับชุมชนคือ ระบบของสถาบันหรือองค์กร กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล และวัฒนธรรมของชุมชนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับระหว่างบุคคล แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะภายในบุคคล ได้แก่ กฎระเบียบ การควบคุมและนโยบาย การดำเนินงานของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ และหลักคำสอนทางศาสนาที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ

การศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้กรอบนิเวศวิทยานั้น ผู้บริหารโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม

ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้จะรับรู้ถึงระบบการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นได้จากสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงเรียนภายใต้ปฏิสัมพันธ์อย่างเชื่อมโยงต่อเนื่องกันขององค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับภายในบุคคล ผู้บริหารโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามรับรู้ถึงระบบการดูแลสุขภาพที่จัดขึ้นในโรงเรียนจากคุณลักษณะที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงภายในตัววัยรุ่น คุณลักษณะเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ทักษะในการดูแลสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ระดับระหว่างบุคคล สิ่งที่ทำให้ผู้บริหารรับรู้ถึงระบบการดูแลสุขภาพที่จัดให้ในโรงเรียนระดับนี้ คือกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในโรงเรียนกับวัยรุ่น ระหว่างครอบครัว เพื่อนและผู้เชี่ยวชาญ คือ ครู บุคลากรสาธารณสุข และโรงเรียน กระบวนการเหล่านี้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายโดยตรงต่อสุขภาวะของวัยรุ่นและส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อน และผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ครู บุคลากรสาธารณสุข โรงเรียนด้านอนามัยโรงเรียนในการดูแลสุขภาพ

ระดับชุมชน ผู้บริหารโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามรับรู้ถึงระบบการ ดูแลสุขภาพในโรงเรียนระดับชุมชน จากระบบของสถาบันหรือองค์กร กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล รวมถึงวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เกิดขึ้นในโรงเรียนเพื่อทำหน้าที่ ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ และเป็นกระบวนการที่มีผลโดยตรงต่อระดับระหว่างบุคคลแต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น อันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะภายในบุคคลของวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะ ครอบคลุม 1) ระบบของโรงเรียน ได้แก่ นโยบายของผู้บริหาร โรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ และการบริหารจัดการในโรงเรียน 2) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มของบุคคล ได้แก่ กิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้าน และชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน และ 3) วัฒนธรรมของชุมชน ได้แก่ หลักสูตรในการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพ

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานรวมถึงการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การพัฒนาและสนับสนุนเรื่องระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งเป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรมให้มีสุขภาพที่ดี

2. ใช้ประกอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ในพื้นที่ภาคใต้ที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม และศาสนา

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน ครั้งนี้ เป็นการศึกษาตามการรับรู้ของผู้บริหารโรงเรียน ดำเนินการเฉพาะโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ที่มีนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และเป็นโรงเรียนในระบบที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตภาคใต้ 5 จังหวัดได้แก่ ยะลา นราธิวาส ปัตตานี สงขลาและสตูล เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2556

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบการดูแลสุขภาพในโรงเรียน หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นทั้ง 3 ระดับ ตามการรับรู้ของผู้บริหารว่าเกิดขึ้นในโรงเรียนเพื่อทำหน้าที่ ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมโดยมีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะ ความสัมพันธ์เหล่านี้ ครอบคลุมองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น 3 ระดับได้แก่ ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน วัดได้ด้วยแบบสอบถามระบบการดูแลสุขภาพของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของสถาบันวิจัยมะเร็งแห่งชาติ อเมริกา ปี ค.ศ.2005 (Croyle 2005) และแนวคิดทางนิเวศวิทยาของ บรอนเฟรนเบรนเนอร์ ปี ค.ศ.1979 (Bronfenbrenner 1979 อ้างถึงใน Susan 2011, Bryans, Cornish & Mcintosh 2009, Evans et al. 2008, Paquette & Ryan 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ความคิดเห็นของผู้บริหาร หมายถึง ความรู้สึกหรือการคาดคะเน ไตร่ตรองเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ครอบคลุมองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น 3 ระดับได้แก่ ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. ระบบการดูแลสุขภาพ
2. แนวคิดระบบนิเวศวิทยา
3. วัยรุ่นมุสลิม
    3.1 หลักบัญญัติศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของ วัยรุ่นมุสลิม
    3.2 การดูแลสุขภาพวัยรุ่นมุสลิม
    3.3 ปัญหาสุขภาพในวัยรุ่นมุสลิม
4. รูปแบบโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม
    4.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน
5. ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามตามมุมมองของผู้บริหารโรงเรียน
    5.1 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล
    5.2 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคล
    5.3 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน

1. ระบบการดูแลสุขภาพ

ระบบสุขภาพ (health system) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างเป็นส่วนประกอบและมีความเชื่อมต่อกับเป้าหมาย (Hsiao 2003) เพื่อให้เกิดสุขภาวะและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ ทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยด้านกลไกลการดำเนินงานด้านสุขภาพ (ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ 2553, พงค์เทพ สุธีรวุฒิ 2555, วสุธร ตันวัฒนกุล 2548,)

ระบบการดูแลสุขภาพ (health care system) หรือ ระบบบริการสุขภาพ (health service system) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ความหมายของระบบการดูแลสุขภาพ คือ ระบบ

ความสัมพันธ์ทั้งมวลที่สังคมจัดขึ้นเพื่อทำหน้าที่ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาคุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นแบบผสมผสานหรือเฉพาะด้าน ของบุคคลและสังคมซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันออกไป ครอบคลุมทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (professional care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน (non- professional care) รวมถึงความสัมพันธ์ ของผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับการดูแลรักษา สถานที่ที่ใช้สำหรับทำกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ รูปแบบของการดูแลรักษาสุขภาพ ตลอดจนยา อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ 2546, ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ 2553, วสุธร ตันวัฒนกุล 2548)

ระบบการดูแลสุขภาพที่ดีที่พึงประสงค์ย่อมต้องมีการจัดระบบการดูแลสุขภาพตามความเหมาะสม สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการ โดยมีการออกแบบระบบ โครงสร้างของบริการสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็น ความต้องการทางด้านสุขภาพ อีกทั้งสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ การจัดระบบการดูแลสุขภาพควรเริ่มต้นด้วยการกำหนดความจำเป็น ความต้องการ ตลอดจนสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพที่ต้องการหรือมุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไข หลังจากนั้นจึงจะทำการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพ สองรูปแบบ ดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลตนเองและบริการสุขภาพในชุมชน 2) การดูแลด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม ในรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดย

1) รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองและบริการสุขภาพในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง สามารถพึ่งตนเองในด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน อาจกระทำได้โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ด้วยการสื่อสารด้วยรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพพื้นฐานและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

2) การดูแลด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม ในรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (prevention and control) การรักษาพยาบาล (curative) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)

2.1) การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างเงื่อนไขปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี หรือแข็งแรง มีภูมิต้านทานต่อการเกิดโรค โดยกฎบัตรออตตาวาได้ให้นิยามไว้ ว่า “การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มการควบคุมสุขภาพและทำให้สุขภาพดีขึ้น การจะบรรลุถึงสภาวะสุขสบาย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้

ปัจเจกหรือกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถที่จะพอใจในสิ่งที่ตนปรารถนาและที่จะปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นการใช้ทั้งทรัพยากรส่วนบุคคล และทรัพยากรของสังคม และเป็นการใช้ความสามารถทางกายภาพเพื่อให้มีสุขภาพดี การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่ความรับผิดชอบแต่เฉพาะของภาคสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเลยจากลีลาชีวิตอันเปี่ยมด้วยสุขภาพ ไปจนถึงความอยู่ดีกันดีอีกด้วย" อีกทั้งมีผู้ให้นิยาม ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย พอสรุปความหมายได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง การบริการทั้งที่จัดโดยสถาบัน ชุมชน และครอบครัวรวมทั้งการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดการสภาพแวดล้อมกำหนดเงื่อนไขปัจจัยที่เอื้อให้เกิดสุขภาพดี (ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ 2553, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ 2550)

2.2) การป้องกันและควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องกันในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคจะเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค รวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรคบางโรค หรือเพื่อหนุนปัจจัยที่มีผล ช่วยลดความไวของการติดเชื้อ ตลอดจนการหยุดการลุกลามของโรค ในกรณีที่เกิดโรคแล้ว และเป็นการฟื้นฟูสภาพ ในกรณีที่มีการสูญเสียของอวัยวะจากการเกิดโรค โดยการป้องกันโรคจะมุ่งเน้นที่ระดับบุคคล ส่วนการควบคุมโรคจะมุ่งเน้นที่ระดับชุมชนหรือสังคม (ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ 2553) การป้องกันและควบคุมโรคแบ่งได้หลายแบบ แต่อาจกล่าวรวมและแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ระยะนี้คนจะอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงใน 3 ปัจจัยก่อโรค ได้แก่ คนหรือชุมชน (host) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (agent) สิ่งแวดล้อม (environment) แต่ยังไม่เกิดโรค สิ่งที่จำเป็น คือ การป้องกันเฉพาะอย่าง (specific protection) เป็นการป้องกัน เพื่อขัดขวางความไม่สมดุลกันของ 3 ปัจจัยก่อโรค ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคเฉพาะอย่าง การให้บุคคลมีสุขวิทยาดีเพื่อป้องกันการติดโรค การสุขาภิบาลที่ดี การป้องกันอันตรายจากการประกอบอาชีพ และอุบัติเหตุ

ระดับที่ 2 การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ระยะนี้คนเกิดโรคขึ้นจากการเสียสมดุลของ 3 ปัจจัยก่อโรค แต่ระยะแรกจะยังไม่มีอาการที่สังเกตได้ชัดเจน ระยะนี้ต้องการการสกัดกั้นโรคและบูรณะให้กลับมาปกติ

ระยะที่ 3 การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ระยะนี้คนเกิดโรคขึ้นจนมีอาการ และเกิดความเสียหายหรือพิการ จำเป็นต้องมีการหยุดโรค และฟื้นฟูให้อวัยวะที่เสียหายสามารถใช้งานได้

2.3) การฟื้นฟูสภาพ เป็นกระบวนการรักษาที่มีการวางแผนการรักษาให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด หรือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด และคงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รูปแบบการฟื้นฟูสภาพแบ่งตามลักษณะระดับของบริการเป็น 3 รูปแบบ คือ รูปแบบฟื้นฟูสภาพด้วยตนเอง และครอบครัว รูปแบบการฟื้นฟูในชุมชน และรูปแบบการบริการฟื้นฟูสภาพในสถาบัน

รูปแบบฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองและครอบครัว (rehabilitation care in self and family care level) เป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลและครอบครัวสามารถดูแลฟื้นฟูสภาพของตนเอง ให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีมีสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การใช้เครื่องมือทางกายภาพ การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว

รูปแบบการฟื้นฟูสภาพในชุมชน (community based rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสภาพที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ หรือคนในชุมชน โดยที่ตัวบุคคลที่มีความจำเป็นต้องการการบริการ ครอบครัว รวมทั้งสมาชิกในชุมชน มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

รูปแบบการฟื้นฟูสภาพโดยการดูแลต่อเนื่อง (long term care) เป็นการดูแลที่อยู่ระหว่างกลาง (intermediate care) หรือเป็นการบริการที่ผสมผสานทั้งการดูแลด้วยตนเองโดยครอบครัวโดยชุมชนร่วมกับการดูแลโดยสถาบัน (integrated care or coordinated care) เป็นการจัดบริการเพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามสภาพร่างกาย ซึ่งบริการการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน (activities of daily living) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหาร เป็นต้น และการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน (instrumental activities of daily living) เช่น อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในบ้าน อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเดินทาง เป็นต้น รวมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น ราวสำหรับเกาะยึด ทางลาดสำหรับรถเข็น เป็นต้น

โดยสรุปองค์ประกอบหลักของการจัดระบบการดูแลสุขภาพควรมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การออกแบบระบบการดูแลสุขภาพมี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการดูแลตนเองรวมถึงบริการสุขภาพในชุมชนและการดูแลด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม โดยแบ่งเป็นบริการ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพที่เป็นไปได้

2. แนวคิดระบบนิเวศวิทยา (ecological perspective)

มุมมองทางนิเวศวิทยาของสถาบันวิจัยมะเร็งแห่งชาติ (Croyle 2005) ที่ประยุกต์มาจากแนวคิดทางนิเวศวิทยาของบรอนเฟรนเบรนเนอร์ ปี ค.ศ.1979 (Bronfenbrenner 1979 อ้างถึงใน Susan 2011, Bryans, Cornish & Mcintosh 2009, Evans et al. 2008, Paquette & Ryan 2001) เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม และในขณะเดียวกันพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ก็ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม ที่พวกเขาดำเนินชีวิตอยู่ด้วย มุมมองทางนิเวศวิทยากล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันใน 3 ระดับ คือ 1) ระดับภายในบุคคล 2) ระดับระหว่างบุคคล 3) ระดับชุมชน ดังรายละเอียด

1) ระดับภายในบุคคล คือ ลักษณะที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การที่วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและเกิดสุขภาวะนั้น วัยรุ่นต้องมีลักษณะที่อยู่ภายในตัวบุคคลเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ ระดับภายในบุคคลนี้เป็นระดับที่ได้รับอิทธิพลโดยตรงมาจากระดับระหว่างบุคคล

2) ระดับระหว่างบุคคล คือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มของบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความเชื่อมั่นต่อกันซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะภายในบุคคล ได้แก่ การให้คำแนะนำ สนับสนุน ให้บริการดูแลสุขภาพของครอบครัว กลุ่มเพื่อน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ระดับระหว่างบุคคลนี้เป็นการส่งเสริม จัดกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพโดยตรงต่อตัววัยรุ่นให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและเกิดสุขภาวะ และระดับนี้เป็นระดับที่ได้รับอิทธิพลโดยตรงมาจากระดับชุมชน

3) ระดับชุมชน คือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล กลุ่มของบุคคล ระบบของสถาบัน องค์กรรวมถึงวัฒนธรรมของชุมชนที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับระหว่างบุคคล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะภายในบุคคล ครอบคลุมองค์ประกอบ ดังนี้ ระบบของสถาบัน องค์กรที่ทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ กฎระเบียบ การควบคุมและนโยบาย, กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ การดำเนินงานของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ, วัฒนธรรมของชุมชนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ หลักคำสอนทางศาสนาที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ

ดังนั้นการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ตามการรับรู้ของผู้บริหารโรงเรียนโดยใช้กรอบนิเวศวิทยาของสถาบันวิจัยมะเร็งแห่งชาติ อเมริกา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จึงครอบคลุมใน 3 ระดับ ดังนี้

1) ระดับภายในบุคคล หมายถึง ผู้บริหารรับรู้ถึงระบบการดูแลสุขภาพที่จัดขึ้นในโรงเรียนจากคุณลักษณะที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงภายในตัววัยรุ่นอันจะช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นดูแลตนเองได้ ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ ประเมินได้จาก ความรู้ ทักษะและความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2) ระดับระหว่างบุคคล หมายถึง การรับรู้ของผู้บริหารจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในโรงเรียนระหว่างครู บุคลากรสาธารณสุขและเพื่อนกับวัยรุ่น กระบวนการเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะและส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มเพื่อน ครู บุคลากรสาธารณสุข และโรงเรียนด้านบริการอนามัยโรงเรียน

3) ระดับชุมชน หมายถึง การรับรู้ของผู้บริหารผ่าน ระบบของสถาบัน องค์กร กระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางอ้อมระหว่างบุคคล กลุ่มของบุคคลที่มีต่อวัยรุ่น รวมถึงวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นอันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะภายในบุคคลของวัยรุ่น และเป็นกระบวนการที่โรงเรียนจัดขึ้นเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะ ครอบคลุมองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ระบบที่โรงเรียนจัดขึ้นเพื่อสนับสนุนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ และการบริหารจัดการในโรงเรียน 2) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางอ้อมระหว่างบุคคล กลุ่มของบุคคลที่มีต่อวัยรุ่นซึ่งโรงเรียนจัดขึ้น ได้แก่ กิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน 3) วัฒนธรรมของชุมชนที่โรงเรียนจัดขึ้น ได้แก่ หลักสูตรในการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพ

3. วัยรุ่นมุสลิม

"วัยรุ่น" เป็นช่วงวัยหนึ่งของการเจริญเติบโตของมนุษย์ (พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 2530) เป็นระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคม (อาภรณ์ ดีนาน 2551, ยุวดี พงษ์สาระนันทกุล 2553) นักวิชาการได้กำหนดอายุของเด็กที่เข้าสู่วัยรุ่นและช่วงอายุของวัยรุ่นไว้แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น ตอนกลางและตอนปลาย (Hockenberry & Wilson 2011, UNICEF 2005) โดยวัยรุ่นตอนต้นเริ่มตั้งแต่อายุ 10 ปี (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน 2545) จนถึงช่วงอายุ 17 ปี ในผู้หญิงจะเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนต้นเร็วกว่าผู้ชาย คืออายุ 10 - 15 ปี ในผู้ชาย 15 -17 ปี วัยรุ่นตอนกลางเด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 15 - 17 ปี และผู้ชายอยู่ในช่วงระหว่าง 17 - 19 ปี (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน 2545) ส่วนวัยรุ่นตอนปลาย เริ่มตั้งแต่ช่วงอายุ 18 ปี จนถึงช่วงอายุ 21 ปี (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2545) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 18 - 20 ปี และผู้ชายอยู่ในช่วงระหว่าง 19 - 21 ป

การเข้าสู่วัยรุ่นในทัศนะอิสลามนั้นเมื่อเด็กชายเริ่มมีฝันเปียก และเด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก ถือเป็นสัญญาณที่สำคัญว่าเด็กผู้นั้นเข้าสู่วัยรุ่น เป็นวัยที่บรรลุศาสนภาวะจะต้องปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ทุกประการ เช่น การละหมาดฟัรดู 5 เวลา การแต่งกายตามหลักศาสนา การสังคม (ฟัรดูกิฟายะฮ.) ด้านหลักศาสนาอิสลาม การอาบน้ำวาญิบต่างๆการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การเรียนคัมภีร์อับกุรอาน และวิชาการอื่นๆ การปฏิบัติตนตามแบบอย่างนบีมูฮัมหมัด (ศ็อลฯ) การดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันโรคทั้งแก่ตนเอง และสังคม ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะทำให้วัยรุ่นเหล่านี้เป็นผู้ที่มีความสมบูรณ์ในการนับถือศาสนา (วิทยาลัยอิสลามศึกษา 2535)

การมีประจำเดือนครั้งแรกของเด็กผู้หญิง อยู่ในช่วงอายุ 9 - 17 ปี การหลั่งน้ำอสุจิของเด็กผู้ชาย ครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุ 11.5 - 15.3 ปี (วิโรจน์ อารีย์กุล 2553) ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ซึ่งเมื่อเทียบการการแบ่งช่วงวัยของนักวิชาการตรงกับช่วงของวัยรุ่นตอนต้น และวัยรุ่นตอนกลาง ดังนั้นการเข้าสู่วัยรุ่นตามทัศนะอิสลามจึงเป็นช่วงดังกล่าว วัยรุ่นมุสลิมที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 13 - 18 ปี ซึ่งนับว่าเป็นวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องพัฒนาการของวัยรุ่นนั้น มีนักวิชาการได้แบ่งพัฒนาการเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน 2545)

1. พัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญาและความคิด วัยรุ่นตอนต้น จะมีการเจริญเติบโตของร่างกายมากในช่วงนี้ น้ำหนักและส่วนสูง จะมีอัตราเพิ่มสูงสุด (growth spurt) การ

เปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง กระดูก กล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ที่เป็นผลของโกรทฮอร์โมน (growth hormone) ไทรอยด์ฮอร์โมน (thyroid hormone) และฮอร์โมนเพศ (sex hormone) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกระดูก กล้ามเนื้อ และระบบสืบพันธุ์ เห็นได้ชัดในด้านความสูง และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น แขนขายาวขึ้น วัยรุ่นหญิงจะมีน้ำหนักเพิ่ม 4 - 5 กิโลกรัม และสูง 6 - 7 เซนติเมตร ต่อปี ในขณะที่วัยรุ่นชายจะมีน้ำหนักเพิ่ม 5 - 7 กิโลกรัม และสูง 7 -9 เซนติเมตร การเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมอง สมองส่วนสีเทาซึ่งก็คือ เซลล์สมองและใยประสาทส่วนรับข้อมูล (dendrite) จะเติบโตสูงสุดเมื่อเด็กหญิงอายุ 11 ปีและเด็กชายอายุ 12 ปี การขยายตัวหลังจากอายุ 12 ปีไม่ได้มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์สมอง แต่จะมีการสร้างใยประสาทเชื่อมโยงกันระหว่างเซลล์สมองส่วนต่างๆ (proliferation) จำนวนมหาศาล กระบวนการจัดระเบียบของใยสมองส่วนช่วงวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ไม่ได้ใช้จะถูกตัดหายไป (prunning) ส่วนที่ใช้บ่อยใยประสาทจะสร้างและเพิ่มขนาดของเปลือกหุ้มหนาขึ้น ช่วยทำให้การส่งกระแสประสาทมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ทำเป็นนิสัย หรือ pattern กระบวนการจัดระเบียบใยสมองนี้เป็นการค้นพบใหม่ และพบเป็นส่วนสำคัญของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองในการเรียนรู้ที่จะปรากฏในช่วง 0-25 ปีเท่านั้น และการเจริญเติบโตของอวัยวะระบบสืบพันธุ์ที่บ่งบอกถึงความแตกต่างระหว่างเพศทั้งเพศหญิงและเพศชาย (Hockenberry & Wilson 2011) เพศชายจะมีการหลั่งน้ำอสุจิเวลาหลับ มีขนขึ้นตามแขนขา ริมฝีปาก รักแร้ และอวัยวะเพศ หนวดเครา เสียงจะแตกพร่าและห้าวขึ้นมีลักษณะที่เรียกว่าแตกพาน ส่วนในผู้หญิงจะเริ่มมีประจำเดือนมีหน้าอก ตะโพกผาย เริ่มมีขนขึ้นตามรักแร้และอวัยวะเพศเสียงแหลมกังวานดังกว่าเดิม ไหล่กว้างได้สัดส่วน ด้านสติปัญญาที่เห็นได้ว่าในมีความแตกต่าง เนื่องจากมีความเป็นเหตุและผล มีความคิดแบบนามธรรมมากขึ้น สามารถแยกเหตุการณ์ที่เป็นจริงออกจากความคิดของตนได้ (อาภรณ์ ดีนาน 2551, UNICEF 2005)

วัยรุ่นตอนกลางเป็นช่วงที่ยังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และสติปัญญาต่อจากช่วงวัยรุ่นตอนต้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายยังคงมีอยู่แต่จะไม่โดดเด่นเหมือนช่วงวัยรุ่นตอนต้น แต่จะไปเพิ่มในด้านเจตคติ ความรู้สึกนึกคิด ด้านสติปัญญาพบว่า วัยรุ่นมีความคิดแบบมีเหตุมีผล การวิเคราะห์สิ่งที่เป็นนามธรรมก็มีการพัฒนามากขึ้นตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) ในระยะพัฒนาการความเข้าใจอย่างมีเหตุผล มีความคิดเปลี่ยนจากรูปธรรมเป็นนามธรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ความคิดเริ่มกว้างขวางขึ้น เข้าใจตามความเป็นจริงได้มากขึ้น สามารถคิดในเชิงทฤษฎี เป็นเหตุเป็นผล มีสมมุติฐาน พิสูจน์ความจริง สามารถจินตนาการเข้าใจมโนทัศน์ (ความคิดรวบยอด) ที่ลึกซึ้งขึ้นสามารถวิจารณ์เปรียบเทียบบรรยายได้ละเอียดขึ้น และรู้จักคิดแก้ปัญหาได้เอง

วัยรุ่นตอนปลายเป็นช่วงที่พัฒนาการด้านต่างๆ มีความเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น พัฒนาการด้านร่างกายเกือบจะคงที่ รูปร่างมีลักษณะคล้ายกับผู้ใหญ่ ระบบสืบพันธุ์มีการเจริญเติบโตสมบูรณ์ มีความพร้อมด้านการเจริญพันธุ์ ความรู้สึกนึกคิดและสติปัญญาจะเจริญเติบโตอย่างเต็มที่

วัยรุ่นมุสลิมมีพัฒนาการทางด้านนี้เช่นเดียวกันกับวัยรุ่นทั่วไปและศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการศึกษาเพื่อพัฒนาสติปัญญา ดังที่ท่านนบีมูฮัมหมัด(ศ็อลฯ)กล่าวไว้ว่า “จงศึกษาหาความรู้ตั้งแต่อยู่ในเปลจนถึงหลุมฝังศพ” (วิทยาลัยอิสลามศึกษา 2535) นักวิชาการอิสลามเห็นพ้องต้องกันว่า จุดมุ่งหมายสำคัญของการกำหนดบทบัญญัติในอิสลาม คือการปกป้องมนุษย์ให้ดำรงอยู่ในห้าประการสำคัญ คือ ศาสนา ชีวิต สติปัญญา วงศ์ตระกูลและทรัพย์สิน อิสลามให้ความสำคัญต่อการรักษาสติปัญญาของมนุษย์ ได้วางแนวทางในการรักษาสติปัญญาให้สมบูรณ์ โดยมี ข้อห้ามต่างๆ ที่ส่งผลทำลายความสมบูรณ์ของสติปัญญา เช่น ของมันเมาต่างๆ สิ่งเสพติด และมีบทลงโทษสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวางแนวทางอบรมสั่งสอนและสร้างจิตสำนึกให้มนุษย์มีสติ ปัญญาที่สมบูรณ์ โดยสร้างความสมบูรณ์แก่สติปัญญาด้านกายภาพ คือ ให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า สร้างความสมบูรณ์แก่สติปัญญาด้านชีวภาพ คือ การให้ความรู้และศรัทธา ให้ยกฐานะของสติปัญญาด้วยการให้เกียรติต่อผู้มีปัญญาที่ดีเลิศ ห้ามความคิดที่ผิดเพี้ยน งมงาย และไม่ถูกต้อง โดยห้ามมิให้เกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ การทำนายพยากรณ์ และถือว่าผู้ที่มีความเชื่อในเรื่องดังกล่าวเป็นผู้กระทำบาปอันใหญ่หลวง (มัสลัน มาหะมะ 2552)

2. พัฒนาการด้านจิต อารมณ์ วัยรุ่นตอนต้น การเปลี่ยนแปลงด้านจิตอารมณ์ของวัยรุ่นช่วงนี้ที่สำคัญคือแสดงอารมณ์อย่างรุนแรงรวดเร็ว และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มักตัดสินใจวู่วาม มีอารมณ์แบบพายุบุแคม อารมณ์ที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น คือ อยากรู้ อยากเห็น อยากลองทั้งทางดีและทางเสื่อม มักมีอารมณ์หงุดหงิด อยากทำอะไรก็ทำตามความคิดของตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2545, อาภรณ์ ดีนาน 2551) ลักษณะเช่นนี้เกิดจากความเครียด และความวิตกกังวลกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในตนเอง และจากภายนอก เช่น วิตกกังวลกับภาพลักษณ์ของตนเอง การปรับตัวให้เหมาะสมกับบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการทำงานของต่อมต่างๆ โดยเฉพาะต่อมไร้ท่อที่ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมน ส่งผลให้มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย สับสน และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จนบางครั้งก็ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้

วัยรุ่นตอนกลาง ลักษณะเด่นที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตอารมณ์ เห็นได้จากการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีลักษณะรุนแรงสูง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ง่าย และบางครั้งไม่มีเหตุผล มีความวิตกกังวลหงุดหงิด ไม่สบายใจ เครียด หรืออารมณ์เศร้า

เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอน หวั่นไหวง่าย สับสน ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของวัยที่กำลังจะผ่านจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ความวิตกกังวลสับสนต่อตัวเองในภาพลักษณ์ การสร้างสัมพันธ์กับเพื่อน การคาดหวังของพ่อแม่ มีต้องการความเป็นอิสระจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง และจะพยายามค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อแสดงถึงความเป็นตัวตนที่โดดเด่นทั้งในด้านการแต่งกาย และด้านพฤติกรรมโดยอาจเลียนแบบจากบุคคลอื่นที่ชื่นชอบแล้วนำมาสร้างเป็นบุคลิกภาพของตน

วัยรุ่นตอนปลาย ด้านจิตอารมณ์มีความอดทน และความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น ในด้านความคิด ต้องการความมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล มีค่านิยมเป็นของตัวเอง กลุ่มเพื่อนจึงเข้ามามีบทบาทน้อยลง นอกจากนี้ยังมีความสนใจเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองมากขึ้น เพื่อต้องการเป็นที่ดึงดูดใจของเพศตรงข้าม

ในส่วนของศาสนาอิสลาม ถือว่าพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้คนเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม รู้จักอยู่ร่วมกันในสังคม ทั้งนี้พัฒนาการของวัยรุ่นส่วนหนึ่งอยู่ที่บิดามารดา ซึ่งจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ลูก ท่านนบีมูฮัมหมัด (ศ็อลฯ) กล่าวไว้ความว่า “การกระทำทุกอย่างของพ่อแม่นั้นเป็นแบบอย่างของลูกๆจงเป็นแบบอย่างที่ดี ถูกต้องตามหลักศาสนา แก่พวกเขา” (วิทยาลัยอิสลามศึกษา 2535) ในการพัฒนาด้านจิต อารมณ์นั้นวัยรุ่นต้องมีจิตภาพหรือความสำนึกในศาสนา มีความเข้าใจกับหลักศรัทธาในอิสลาม 6 ประการ คือ 1)ศรัทธาในเอกภาพของพระผู้เป็นเจ้า มุสลิมทุกคนจะต้องเชื่อว่าประเจ้ามีจริงและมีเพียงพระองค์เดียวคืออัลลอฮ. หลักศรัทธาข้อนี้เป็นหลักที่สำคัญที่สุดสำหรับมุสลิมเป็นสิ่งที่ครอบครัวจะต้องปลูกฝังให้ลูกหลานเป็นสิ่งแรกเพราะความเข้าใจในหลักศรัทธาต่อพระเจ้านี้จะเป็นทั้งทางนำและเป็นสิ่งควบคุมพฤติกรรมของมุสลิมได้ตลอดไป 2) ศรัทธาในบรรดามลาอีกะฮ. มลาอีกะฮ.เป็นบ่าวหรือผู้รับใช้พระเจ้าประเภทหนึ่งที่มีลักษณะที่ต่างไปจากมนุษย์ การศรัทธาต่ออีกะฮ.จะของทำให้มุสลิมจะต้องทำความดีละเว้นความชั่ว เนื่องจากทุกๆการกระทำถ้าอยู่ในแนวทางของอัลลอฮ.นั้นจะได้ผลบุญเป็นการตอบแทนแต่ถ้าการกระทำอยู่ในหนทางที่ขัดกับแนวทางของอัลลอฮ.จะได้บาป 3) ศรัทธาในศาสนทูตศาสนาอิสลามมีศาสนาทูตอยู่เป็นจำนวนมาก แต่ศาสนฑูตที่สำคัญและกล่าวไว้ในอัลกุรอานมี 25 ท่าน ศาสดามูฮัมหมัดเป็นศาสดาท่านสุดท้ายเป็นผู้ที่มุสลิมจะต้องเจริญรอยตามและปฏิบัติตามคำสอนของท่าน 4) ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ ซึ่งมีทั้งหมด 4 เล่ม ได้แก่ คัมภีร์เตาร็อต เป็นคัมภีร์ที่ประทานให้กับท่านศาสดามูซา (โมเสส) คัมภีร์อินญีลประทานให้กับศาสดาอีซา(เยซูคริสต์) คัมภีร์ซาบูรประทานให้กับศาสดาวูด (เดวิด) คัมภีร์อัลกุรอานประทานให้กับศาสดามูฮัมหมัด 5) เชื่อในกฎกำหนดสภาวะหมายถึงระเบียบอันรัดกุมของพระผู้เป็นเจ้าที่กำหนดไว้แก่โลก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือกฎที่ตายตัวเมื่อประสบกับผู้ใดแล้วไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทุกอย่างต้องดำเนินไปตามประสงค์ของพระเจ้า และกฎที่ไม่ตายตัวซึ่งดำเนินไปตามความสัมพันธ์

ระหว่างเหตุและผล ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของมนุษย์ในอันที่จะใช้สติปัญญาเลือกปฏิบัติโดยยึดความถูกต้องตามหลักการอิสลาม 6) ศรัทธาในวันพิพากษา มุสลิมต้องเชื่อว่าโลกนี้เป็นโลกแห่งการทดสอบไม่ใช่โลกที่แท้จริงของมนุษย์ แต่โลกอาคีเราะฮ.(โลกหลังความตาย) เป็นโลกที่แท้จริงของมนุษย์ มุสลิมต้องเชื่อว่ามีวันแตกสลายของโลกหรือวันสิ้นโลก (วันกียามะฮ) เมื่อถึงวันสิ้นโลกมนุษย์จะต้องตายและกลับฟื้นขึ้นมาใหม่อีกครั้งเพื่อรับการพิพากษาความดี ความชั่วที่ได้กระทำไว้ในโลกนี้ (โลกดุนยา) ขณะเดียวกันต้องฝึกฝนให้เกิดการปฏิบัติตามหลักปฏิบัติพื้นฐาน 5 ประการ คือ 1) การกล่าวปฏิญาณตน ที่ว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ. และมุหัมมัดคือศาสดาของเรา” การปฏิญาณตนต้องเป็นการกล่าวด้วยใจ คือ การศรัทธาอย่างแท้จริง การกล่าวศรัทธาเปรียบเสมือนคำพูด เตือนใจให้ทำดี และสร้างความมั่นใจว่ามีพระเจ้าที่อยู่เคียงข้าง การกล่าวศรัทธาจึงเป็นวิธีการสร้างเสริมสุขภาพจิตของมุสลิม 2) การละหมาดวันละ 5 เวลา คือ ย่ำรุ่ง (ซุบฮ) กลางวัน (ดุอริฮ) เย็น (อะซัร) พลบค่ำ (มัฆริบ)และกลางคืน (อิชา) โดยยึดหลักว่าผู้หญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกและผู้ชายเริ่มมีฝันเปียกหรือการหลั่งน้ำอสุจิครั้งแรก ถือว่าได้บรรลุศาสนภาวะต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนา 3) การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน หมายถึง การงดรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม ร่วมเพศ ละเว้นจากการกระทำความชั่วทั้งทางกาย วาจา ใจ ตั้งแต่พระอาทิตย์ขึ้นจนถึงพระอาทิตย์ตกในระหว่างเดือนรอมฎอน ต้องถือปฏิบัติปีละครั้ง 4) การจ่ายซะกาตหรือการบริจาคทาน เป็นข้อบังคับสำหรับมุสลิมที่มีทรัพย์สินเกินจำนวนที่กำหนดไว้ให้แก่คนที่มีสิทธิ์ได้รับทานตามอัตราที่กำหนดไว้ การบริจาคทานจะทำเมื่อครอบรอบหนึ่งปีและจะทำหลังจากเสร็จสิ้นการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนของทุกๆปี 5) การไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ นครเมมกะห์ การประกอบพิธีฮัจญ์ ไม่ได้บังคับให้มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติ บุคคลที่ปฏิบัติได้ต้องมีความสามารถทั้งทรัพย์สินและร่างกายเท่านั้น ถ้าบุคคลที่มีหนี้สินก็ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติ (อนันตชัย ไทยประสาน, รอซีดี เลิศอริยพงษ์กุล 2552)

3. พัฒนาการทางด้านสังคม วัยรุ่นตอนต้น ด้านสังคมเริ่มมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เริ่มมีสัมพันธภาพกับเพื่อน ติดเพื่อนมากขึ้น เนื่องจากมีการเข้าสู่สังคมใหม่ เช่น การเปลี่ยนโรงเรียน (Hongchayangkool 2008) เริ่มคบเพื่อนที่มีความสนใจคล้ายกัน และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน สัมพันธภาพกับพ่อแม่จึงเริ่มลดลงอย่างชัดเจน การคบเพื่อนจึงเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่สำคัญต่อจิตใจ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นตามทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมตามกฎเกณฑ์ของสังคมของโคลเบอร์ก (Kohlberg’s moral development) ที่เริ่มมีการใช้กฎเกณฑ์ต่างๆตามที่กลุ่มสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดเป็นพฤติกรรมของตนเอง (Hossein 2008) ดังนั้นกลุ่มเพื่อนจึงเป็นสังคมที่สำคัญมากและส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อวัยรุ่น (ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต 2551, Santrock 1999) การเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้อาจทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นได้

ตลอดเวลา และอาจมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากค่านิยมของสังคม แต่เป็นที่ยอมรับกันในกลุ่มของวัยรุ่นเอง (อาภรณ์ ดีนาน 2551)

วัยรุ่นตอนกลางสามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตได้มากขึ้น ให้ความสำคัญกับเพื่อนสูงสุด ปฏิบัติตามเพื่อน มีการคบหากลุ่มเพื่อนที่ชอบ ต้องการการยอมรับจากเพื่อน บทบาทและค่านิยมของเพื่อนจึงมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของวัยรุ่น มีพฤติกรรมที่โลดโผนเสี่ยงภัย (สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ 2550) สัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่เริ่มห่างมากขึ้น เกิดเป็นช่องว่างระหว่างวัย ที่อาจถึงขั้นมีความขัดแย้งกันได้ (Hossein 2008)

วัยรุ่นตอนปลาย เริ่มมีค่านิยมเป็นของตัวเอง กลุ่มเพื่อนจึงเข้ามามีบทบาทน้อยลง แต่สนใจเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตัวเองมากขึ้น เพื่อต้องการเป็นที่ดึงดูดของเพศตรงข้าม การมีเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาทางด้านอารมณ์และสังคม รู้จักคบเพื่อน มีเพื่อนสนิทมีเพื่อนเล่น การมีเพื่อนส่งเสริมทำให้เด็กมีความมั่นใจ เข้มแข็ง มีพลังอำนาจ มีพวก การยอมรับในหมู่เพื่อนจึงเสริมความภูมิใจ และเอกลักษณ์หรือภาพพจน์ต่อตนที่ดี วัยรุ่นจะเลือกคบเพื่อนที่มีลักษณะคล้ายๆตน ถ้าวัยรุ่นขาดเพื่อนทำให้เขามีปมด้อย ขาดมนุษย์สัมพันธ์ มีภาพพจน์ต่อตนเองไม่ดี ความคิดไปทางลบอารมณ์ซึมเศร้า และหันเข้าหายาเสพติด หรือประพฤติผิด และมีโอกาสเป็นโรคจิตประสาทได้ (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน 2545)

ทัศนะของศาสนาอิสลาม วัยรุ่นมุสลิมมีวิถีชีวิตในสังคมแตกต่างจากวัยรุ่นอื่นๆ โดยเฉพาะการแต่งกาย เนื่องจากศาสนาอิสลามได้บัญญัติให้มุสลิมต่างกายแบบฉบับของผู้นับถือศาสนาอิสลาม ผู้ชายนั้นต้องแต่งให้สุภาพ ปกปิดระหว่างสะดือและหัวเข่า รูปแบบของเสื้อผ้าจะอยู่ในรูปแบบใดก็ได้ ไม่จำกัดว่าต้องเป็นโสร่งหรือกางเกง (ดลมนรรจน์ บากา และแวอูเซ็ง มะแดเฮาะ 2533, มัสลัน มาหะมะ 2552) ส่วนผู้หญิงจะต้องไม่เปิดเผยเรือนร่างส่วนใด ยกเว้นใบหน้าและฝ่ามือ การปกปิดส่วนที่จะต้องปกปิดเป็นหน้าที่ทางศาสนา ดังนั้นวัยรุ่นมุสลิมจึงมีการแต่งกายตามหลักศาสนาอิสลามมากกว่าตามสมัยนิยมซึ่งแตกต่างจากวัยรุ่นโดยทั่วไป และตามหลักศาสนาถือว่าการฟังเพลงหรือชมกิจกรรมเป็นสิ่งที่ต้องห้าม การร้องเพลงและดนตรีคือต้นเหตุของการมีพฤติกรรมมั่วสุมติดยาเสพติด ความรัก รวมถึงการแต่งกายตามแฟชั่น และไม่ยอมรับการบันเทิงเริงรมย์ที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศและทำลายหลักการทางศาสนาอิสลาม (มัสลัน มาหะมะ 2552) ดังนั้นตามหลักของศาสนาทำให้วัยรุ่นมุสลิมมีพัฒนาการทางสังคมที่แตกต่างไปจากวัยรุ่นโดยทั่วไป ดังอัลกุรอานในซูเราะฮ.อัลหะดีด โองการที่ 20 (57:20) ความว่า “พึงรับทราบเถิดว่าแท้จริงการมีอยู่บนโลกนี้มิใช่อื่นใด เว้นแต่เป็นการละเล่นและการสนุกสนานร่าเริงและเครื่องประดับ และการโอ้อวดระหว่างพวกเจ้า และการแข่งขันสะสมในทรัพย์สิน และลูกหลาน เปรียบเสมือนเช่นน้ำฝนที่ทำให้งอกเงยซึ่งพืชผล ยังความพอใจแก่กสิกรรมแล้วมันก็เหี่ยวแห้ง เจ้า

จะเห็นมันเป็นสีเหลืองแล้วมันก็กลายเป็นเศษเป็นชิ้นแห้ง ส่วนในวันปรโลกมีการลงโทษอย่างสาหัส และมีการอภัยโทษ และความโปรดปรานของอัลลอฮ. และการมีชีวิตอยู่บนโลกนี้ มิใช่อื่นใด นอกจากการแสวงหาผลประโยชน์แห่งความหลอกลวงทั้งหลาย" (อ้างถึงในอนันตชัย ไทยประสาน, และรอซีดี เลิศอริยพงษ์กุล 2552)

เรื่องสำคัญของวัยรุ่นที่ ท่านนบีมูฮัมหมัด (ศ็อลฯ) กล่าวคือ เรื่องเกี่ยวกับหลักความเชื่อและศรัทธาโดยตรง โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในวันโลกหน้า (วันกิยามะฮ.) มีใจความว่า "เท้าของบ่าวคนหนึ่งคนใดจะไม่ขยับเคลื่อนจนกระทั่ง (บ่าวคนนั้น) ต้องถูกสอบสวนในสี่ประการ ชีวิตของเขาใช้ไปอย่างไร วัยหนุ่มของเขาดำเนินไปอย่างไร ทรัพย์สินของเขาขวนขวายมาจากไหน จะใช้จ่ายไปอย่างไร และความรู้ของเขานำไปปฏิบัติอย่างไร" (บันทึกโดย ติรมีซีย์) (อนันตชัย ไทยประสาน, และรอซีดี เลิศอริยพงษ์กุล 2552)

โดยสรุป วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ในวัยรุ่นมุสลิมนั้นเมื่อมีพัฒนาการด้านร่างกาย คือฝันเปียกในผู้ชาย มีประจำเดือนในผู้หญิงถือว่าเข้าสู่วัยบรรลุศาสนภาวะจะต้องปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ทุกประการ ซึ่งพัฒนาการด้านสังคมจะมีความแตกต่าง ด้านการแต่งกาย ความสำนึกในศาสนา มีความเข้าใจกับหลักศรัทธาในอิสลาม 6 ประการ การปฏิบัติตามหลักปฏิบัติพื้นฐาน 5 ประการ

3.1 หลักบัญญัติศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิม

การดูแลรักษาสุขภาวะนั้นอิสลามถือเป็นหน้าที่ (วายิบ) มุมมองของอิสลามถือว่าสุขภาวะอันสมบูรณ์เป็นสุดยอดแห่งความโปรดปราน (เนียะมัต) ที่มนุษย์พึงได้รับจากอัลลอฮ. จึงเป็นหน้าที่ซึ่งมนุษย์จะต้องมีความสำนึกในคุณค่าและแสดงความกตัญญูต่ออัลลอฮ. ด้วยการดำรงรักษาความโปรดปรานนั้นไว้อย่างถึงที่สุด ดังที่ท่านศาสดามูหัมมัดได้กล่าวไว้ว่า (อาศิส พิทักษ์คุมพล 2553, อิศรา ศานติศาสน์ 2553)

"สำหรับร่างกายของเจ้านั้นเป็นหน้าที่ซึ่งเจ้าต้องดูแลมัน" (บุคอรี มุสลิม)

การบั่นทอนสุขภาวะ นอกจากจะได้รับความเดือนร้อนในชีวิตบนโลกแล้ว ยังจะต้องรับผิดชอบในวันอาคีรอฮ.อีกด้วย ทั้งนี้เพราะความโปรดปรานใดๆ ก็ตามที่มนุษย์ได้รับจากอัลลอฮ.เขาจะต้องถูกสอบถามในวันปรโลก ดังปรากฏโองการในอัลกุรอานว่า

"หลังจากนั้น (ตาย) สูเจ้าต้องถูกสอบถามถึงเรื่องความโปรดปรานต่างๆ ที่ได้รับจากอัลลอฮ." (อัตตะกาซุร:8)

อิสลามได้กำหนดบทบัญญัติหลายอย่างซึ่งมีผลโดยตรงและทางอ้อมต่อสุขภาวะของบุคคล สรุปได้ดังนี้ (อนันตชัย ไทยประสาน และรอซีดี เลิศอริยะพงษ์กุล 2552, อาศิส พิทักษ์คุมพล 2553, อิศรา ศานติศาสน์ 2553, อิสมาแอ อาลี. 2553)

1) การรักษาความสะอาด ความสะอาดถือว่า เป็นอิบาดะฮ์ เป็นศาสนกิจเป็นหน้าที่จำเป็น บทเรียนเบื้องต้นสำหรับมุสลิมทุกคนที่เริ่มศึกษาเกี่ยวกับหลักปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮ์) ในอิสลาม คือ เรื่องความสะอาด เพราะความสะอาดเป็นกุญแจเข้าสู่การละหมาด ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติอันเป็นเสาหลักของอิสลาม ทุกครั้งที่จะเข้าสู่การละหมาดเขาจะต้องชำระล้างอวัยวะส่วนสำคัญๆ ของร่างกาย ขั้นแรก คือ ต้องอาบน้ำและกล่าวคำปฏิญาณ เช่น การรักษาความสะอาดศีรษะและผม การรักษาความสะอาดมือและเล็บ การรักษาความสะอาดปากและฟัน การรักษาความสะอาดขน การรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ การรักษาความสะอาดเครื่องแต่งกายและการรักษาความสะอาดภาชนะต่างๆ เป็นต้น เพราะหลักศาสนาอิสลามถือว่าคุณค่าทางกาย มีผลต่อการสร้างความบริสุทธิ์แก่ตนเอง และรวมถึงความสำคัญของความสะอาดเสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม

2) โภชนาการในอิสลาม มาตรการ 3 ประการ ที่อิสลามกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการบริโภคอาหาร ได้แก่ บริโภคอาหารที่อนุมัติ (ฮาลาล) บริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์ และบริโภคแต่พอควร ดังรายละเอียด 1) อาหารฮาลาล คือ อาหารที่อนุมัติให้บริโภคได้ตามหลักศาสนาอิสลาม ได้แก่ อาหารที่ไม่เป็นโทษและได้มาโดยสุจริต ไม่ได้ลักขโมยหรือฉ้อโกง คอรัปชั่น หรือได้มาจากอบายมุขหรือการพนัน เป็นต้น 2) อาหารที่มีประโยชน์ คือ อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ไม่มีโทษต่อร่างกาย อิสลามห้ามสิ่งมึนเมาและสิ่งเสพติดทุกชนิด และสัตว์บางชนิดที่มีพิษหรืออาจมีเชื้อโรคแฝงอยู่ หรือเป็นสัตว์ที่ตายโดยไม่ได้เชือด 3) การบริโภคแต่พอควร เพื่อให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ดังท่านนบีมูหัดมัดกล่าวว่า “ไม่มีภาชนะใดที่มนุษย์บรรจุจนเต็มจะเลวร้ายไปกว่าท้องของเขา เป็นการพอเพียงสำหรับเขาซึ่งอาหารไม่กี่คำที่ทำให้ครองร่างอยู่ได้ หากจำเป็นมากกว่านั้นก็ให้กินแต่หนึ่งส่วนสามของกระเพาะอีกหนึ่งส่วนไว้สำหรับดื่มน้ำและเอาหนึ่งส่วนว่างไว้สำหรับการหายใจ” (อะหมัด ติรมีซีย์อิบนุหิบบาน)

3) การดื่มสุรา อิสลามห้ามดื่มของมึนเมาทั้งหลาย รวมทั้งของมีพิษและมีโทษต่อร่างกาย สิ่งที่ทำให้มึนเมาทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นมากหรือน้อย เช่น เหล้า เบียร์ น้ำผลไม้ที่เจือบรั่นดี อาหารที่เจือด้วยของเหล่านี้ เป็นที่ต้องห้ามแก่มุสลิมทุกคน ส่วนบุหรี่เชื่อว่าเป็นสิ่ง “มัครูฮ์” (ไม่ควรทำ) ซึ่งจะส่งผลเสียต่อร่างกาย

4) การพักผ่อน การพักผ่อน อิสลามมีการกำหนดให้มีการพักผ่อนในรูปแบบต่างๆ ทั้งกายและใจ โดยการพักผ่อน ลักษณะแรก คือ การพักผ่อนในลักษณะอีบาดะฮ์หรือการปฏิบัติเพื่อการจงรักภักดีต่ออัลลอฮ (ซุบฮาฯ) ตามรูปแบบที่ศาสนาที่กำหนด เช่น การละหมาดหรือการถือศีล

อดเป็นการปฏิบัติที่เน้นทั้งกายและใจ ส่วนสภาพทางจิตใจเป็นการควบคุมจิตใจตลอดระยะเวลาของการละหมาดให้จดจ่อกับการเคารพและระลึกถึงอัลลอฮ (ซุบฮาฯ) เป็นการเสริมสร้างสมาธิและผลพลอยได้ คือ การทำให้จิตใจมีความเข้มแข็งและสุขสงบ ทำให้คนมีความนอบน้อมถ่อมตน และลักษณะที่สอง คือ การถือศีลอด เป็นการแสดงออกถึงความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ (ซุบฮาฯ) ที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยเป็นการพักผ่อนเป็นเวลาหนึ่งเดือนในลักษณะการควบคุมสติอารมณ์ให้มากที่สุด เพื่อทำลายเครียด ระงับกิเลส ทำจิตใจมั่นคง และการไม่รับประทานอาหารหรือดื่มในเวลากลางวัน เพื่อให้เกิดความอดทนและพักผ่อนระบบการย่อยอาหาร ส่วนการทรมานร่างกายโดยการทำงานหนักเกินไป อดอาหาร หรืออดนอนเป็นข้อห้ามในอิสลามแม้การกระทำเช่นนั้นจะกระทำในรูปการปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮ์) ก็ตาม

5) การกีฬาและการออกกำลังกาย อิสลามถือว่าการมีร่างกายที่แข็งแรงและการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นส่วนหนึ่งของความโปรดปรานจากอัลลอฮ. ดังนั้นการรักษาความแข็งแรงและสุขภาพของร่างกายนั้นถือเป็นความตระหนักในความโปรดปรานของอัลลอฮ. ท่านนบีมูหัมมัดตำหนิความเครียดคร้าน ความเฉื่อยชาและความอ่อนแอ ท่านถือว่ามุสลิมที่ดีต้องสดใสกระตือรือร้น ท่านจึงสนับสนุนการออกกำลังกายในหลายประเภทได้แก่ การวิ่ง การยิงธนู การปล้ำ การว่ายน้ำ และการขี่ม้า การปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน ท่าทางการออกกำลังกายง่ายๆ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะกับทุกเพศทุกวัย วัตรปฏิบัติแห่งบรมศาสนฑูตนั้นจะส่งเสริมให้เยาวชนฝึกปรือในเรื่องการใช้ธนู การขี่ม้า การฝึกปรือใช้อาวุธอื่นๆทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันเมืองด้วย

6) การรักษาสุขภาพจิต ท่านศาสนทูตมุหัมมัดให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตใจและจิตวิญญาณ เพราะถือว่าความเป็นมนุษย์อยู่ที่จิตใจ และจิตวิญญาณ ไม่ได้อยู่ที่ร่างกาย แต่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตกับกายนั้นมีความลึกซึ้งละเอียดอ่อน ไม่อาจแยกจากกันได้ การปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ ในอิสลาม เช่น การละหมาด การระลึกถึงอัลลอฮ (ซุบฮาฯ) การถือศีลอด การเสียสละเพื่ออัลลอฮ (ซุบฮาฯ) การอ่านอัลกุรอาน ถือเป็นเรื่องเสริมสร้างสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความอดทน ความนอบน้อม ความสงบและสามารถเผชิญกับความยากลำบาก การทดสอบ อุบัติเหตุและความเจ็บป่วย อิสลามห้ามอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและฆ่าตัวตายแต่ให้มนุษย์มีความร่วมมือกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันเพื่อจะได้แบ่งเบาภาระในชีวิตสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธาในการที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ดังท่านศาสดากล่าวว่า “ท่านจงถือศีลอด แล้วท่านจะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์” (อัฏฏ็อบรอนี)

7) พฤติกรรมทางเพศ อิสลามมีแนวทางห้ามพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม โดยการศรัทธาในอัลลอฮ (ซุบฮาฯ) และปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ คือ การปฏิญาณตน การละหมาดและการถือศีลอด ซึ่งเป็นวิธีการบังคับจิตใจให้มนุษย์มีคุณธรรม

อันมีผลต่อการสกัดกั้นปัญหาสังคม เช่น การผิดประเวณีมีโทษแก่ผู้ละเมิดตามหลักศาสนา สนับสนุนการใช้ชีวิตคู่ที่ผ่านการสมรสอย่างถูกต้อง สนับสนุนให้ผู้หญิงแต่งกายให้ปกปิดมิดชิด เปิดเฉพาะหน้าและมือ และไม่สนับสนุนการตอนอวัยวะเพศ การบำเพ็ญตนไม่ยุ่งเกี่ยวกับสตรีเพศ การยับยั้งการประเวณีนอกสมรส การสบตาเพศตรงข้าม การแตะต้องเนื้อต้องตัวแม้เป็นคู่รัก คู่หมั้น การอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม

8) การป้องกันและการบำบัดโรค อิสลามให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรค เมื่อเกิดโรคแล้วให้รีบรักษา ไม่ปล่อยปละละเลยจนเกิดความเสียหายและสภาพที่สิ้นหวัง ต้องรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องโรค รวมถึงไม่ให้ไปรับการรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา

การศึกษานี้นำบทบัญญัติทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพมาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ซึ่งถือเป็นวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการทำให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะ

3.2 การดูแลสุขภาพวัยรุ่นมุสลิม

องค์การอนามัยโลก ได้ทำการพัฒนา 5 บรรทัดฐาน สำหรับคุณภาพการดูแลของระบบการบริการสาธารณสุข ซึ่งสามารถที่จะประยุกต์ใช้ได้กับการดูแลสุขภาพวัยรุ่นมุสลิม (National Academy of Sciences 2008) ไว้ดังนี้

1. การเข้าถึง นโยบายและขั้นตอนต่างๆ ต้องมั่นใจได้ว่าบริการต่างๆ สามารถใช้ประโยชน์ได้ในวงกว้าง

2. การยอมรับ นโยบายและขั้นตอนต่างๆ ต้องพิจารณาถึงวัฒนธรรมและความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความร่วมมือ

3. ความเหมาะสม ระบบสาธารณสุขตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มต่างๆและครอบคลุมประชากรทั้งหมด

4. ประสิทธิภาพ ระบบบริการสาธารณสุขต้องสะท้อนมาตรฐานความเป็นจริงของการดูแลและข้อกำหนดของผู้เชี่ยวชาญ

5. ความยุติธรรม นโยบายและขั้นตอนต้องไม่ถูกจำกัดสำหรับการจัดหาหรือสิทธิสำหรับรับบริการ

จะเห็นได้ว่าจากบรรทัดฐานขององค์การอนามัยโลก ในเรื่องแนวทางการดูแลวัยรุ่นมุสลิมนั้นต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในกลุ่มวัยรุ่นก็ต้องพิจารณาถึงพัฒนาการด้านต่างๆ ตามข้อแนะนำของผู้เชี่ยวชาญดังได้กล่าวไว้ว่า การดูแลวัยรุ่นให้

ได้ผลดีนั้น บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ครู ผู้ปกครอง และตัววัยรุ่นเอง ควรจะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความคิด และสติปัญญาของวัยรุ่น เสียก่อน เพื่อที่จะส่งเสริมให้วัยรุ่นได้มีพัฒนาการในทุกๆ ด้านได้อย่างเต็มที่ และช่วยป้องกันปัญหาต่างๆไม่ให้เกิดตามมา (สุวรรณา เรืองกาญจนาเศรษฐ์ 2551, วิโรจน์ อารีย์กุล 2553) แต่ในมุสลิมนั้นถือว่าอิสลามเป็นวิถีชีวิต (อิสมาแอ อาลี 2553) หลักคำสอนของอิสลามจะครอบคลุมทุกอย่างที่เกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ในทุกระดับและทุกด้านและยังได้กำหนดให้มีความผูกพันระหว่างสุขภาวะกับอิบาดะฮ์ (ศาสน-พิธี) หลายอย่าง ตามหลักปฏิบัติ 5 ประการและหลักศรัทธาในอิสลาม 6 ประการ (อนันตชัย ไทยประสาน และรอซีดี เลิศอริยะพงษ์กุล 2552, อาศิส พิทักษ์คุมพล 2553, อิศรา ศานติศาสน์ 2553, อิสมาแอ อาลี 2553) ดังนั้นแนวทางในการดูแลวัยรุ่นมุสลิมนอกจากต้องมีการดูแลเหมือนวัยรุ่นโดยทั่วไปแล้วก็ต้องคำนึกถึงหลักศาสนาการนำหลักบัญญัติทางศาสนาอิสลามมาปรับเข้ากับการดูแลเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตวัฒนธรรม ของวัยรุ่นมุสลิม

เป้าหมายการดูแลสุขภาพวัยรุ่นมุสลิม

แนวคิด WHO ร่วมกับ UNFPA และ UNICEF ได้กำหนดกรอบการทำงานสำหรับสุขภาพวัยรุ่นที่ ควรคลอบคลุมเป้าหมายสององค์ประกอบ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, และลัดดา ดำริการเลิศ 2553) คือ 1) ส่งเสริมพัฒนาการสุขภาพในวัยรุ่น 2) ป้องกันและแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาขึ้น เพื่อเป้าหมายการดูแลที่เป็นองค์รวม ส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะ โดยการสร้างความปลอดภัย ดูแลสนับสนุนสิ่งแวดล้อมให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างทักษะชีวิต ให้บริการสุขภาพกายใจและการให้การปรึกษา เป้าหมายของการดูแลสุขภาพวัยรุ่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสุขภาพให้วัยรุ่นมีลักษณะดังนี้ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, และลัดดา ดำริการเลิศ 2553)

1. ร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากความบกพร่องทางกาย มีความสมบูรณ์ มีภูมิต้านทานโรค และปราศจากภาวะเสี่ยงต่อปัญหาทางกาย ควรเอาใจใส่กับร่างกาย ไม่ปล่อยให้อ้วนไป ผอมไป หรือขาดสารอาหารบางอย่าง ควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรง มีภูมิต้านทางโรคต่างๆ

2. เอกลักษณ์แห่งตนดี มีทักษะส่วนตัว และทักษะทางสังคมดี มีบุคลิกภาพดี มีเอกลักษณ์ส่วนตัว และเอกลักษณ์ทางเพศเหมาะสม มีการเรียนการสอนสามารถประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ ตามความชอบตามความถนัด และความเป็นไปได้ ทำให้มีความพอใจต่อชีวิตของ

ตนเองการดำเนินชีวิตสอดคล้องกับความชอบความถนัด มีการผ่อนคลาย เล่นกีฬา มีงานอดิเรก มีความสุขโดยไม่เบียดเบียนคนอื่น มีการช่วยเหลือคนอื่นและสิ่งแวดล้อม มีมโนธรรมดี เป็นคนดี

3. การบริหารตนได้ดี สามารถบริหารจัดการตนโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น

4. มีความรับผิดชอบ มีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ต่อคนอื่น ต่อประเทศชาติ และต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี

5. มีมนุษย์สัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี เลือกคบเพื่อนที่ดี รักษาความสัมพันธ์ที่ดี

ในวัยรุ่นมุสลิมก็มีเป้าหมายในด้านต่างๆ ไม่แตกต่างไปจากวัยรุ่นโดยทั่วไปแต่สิ่งที่เพิ่มเติมขึ้นมา ในเรื่องการพัฒนาบุคลิกนิสัยให้สอดคล้องกับศาสนา เพราะสิ่งนี้จะทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุข และส่งเสริมให้มั่นใจกับวิถีการดำเนินชีวิต (มัสลัน มาหะมะ 2552) คือการสนับสนุนให้เข้าใจแก่นแกนของอิสลาม หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ

3.3 ปัญหาสุขภาพในวัยรุ่นมุสลิม

ปัญหาสุขภาพในวัยรุ่นมุสลิมที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมมีลำดับ ดังนี้ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นมุสลิม

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ในภาคใต้นั้นจากผลการดำเนินงานปี 2554 ของศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา พบว่าร้อยละของวัยรุ่นที่มีการพัฒนาการเจริญเติบโตโดยมีส่วนสูงและน้ำหนักตามวัย เป็นดังนี้ จังหวัดสตูลร้อยละ85.1, จังหวัดสงขลาร้อยละ 82.1 จังหวัดปัตตานีร้อยละ 95.9, จังหวัดนราธิวาสร้อยละ 86.1, จังหวัดยะลาร้อยละ89 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นมุสลิม พบว่า มีการศึกษาสุขภาพจิตของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยกลุ่มที่ศึกษาเป็นวัยรุ่นมุสลิม อายุระหว่าง 15 - 25 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างจำนวน 199 คน วัดระดับสุขภาพจิตจากแบบทดสอบ SCL-90 พบว่าสุขภาพจิตของวัยรุ่นอยู่ในสภาพไม่ปกติทั้งในภาพรวมและรายด้านทั้ง 9 ด้าน คือ ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย้ำคิด ย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าวทำลายกลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง โรคจิต และพบว่าวัยรุ่นหญิงมีสุขภาพจิตด้านความโกรธ ก้าวร้าว ทำลายสูงกว่าชาย (นิรันดร์ จุลทรัพย์ และคณะ 2549)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัญหาสังคมของวัยรุ่นมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขับรถประมาท การทำร้ายร่างกาย ยกพวกตีกัน ภาวะซึมเศร้า การใช้สุราและยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ระมัดระวัง โดยพบว่าวัยรุ่นเริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่อายุน้อยกว่า 8 -11 ปี

(สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ 2551) พฤติกรรมเสี่ยง ด้านการใช้ยาเสพติด การระบาดของยาเสพติดเพิ่มเข้ามาสู่กลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. 2551) โดยพบว่าร้อยละ 6.1 เคยใช้สารเสพติดในรอบ 30 วันที่ผ่านมา อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุราเป็นครั้งแรก 13 ปี และผลจากการดื่มสุรามักจะเชื่อมโยงนำไปสู่ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าร้อยละ 4.5 ของวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 13 ปี วัยรุ่นชาย ร้อยละ 22.9 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 12.3 ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (เครือข่ายวิชาการวิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2551) จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น พบว่า ความชุกของการใช้สารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาในภาคใต้เพิ่มสูงขึ้นทุกปี กระท่อมและกัญชาเป็นสารเสพติดที่นักเรียนเคยใช้มากที่สุด (สาวิตรี อัยณางค์กรชัยและคณะ 2549)

4. รูปแบบโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม

ระบบการศึกษาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาสและสงขลา เป็นพื้นที่ที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นในภาคใต้ คือประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเป็นตัวตนที่มีการแสดงออกของความเป็นอัตลักษณ์ของคนไทยที่นับถือศาสนาอิสลามอย่างเด่นชัด เพราะนอกจากจะดำเนินชีวิตตามวิถีมุสลิมแล้วยังมีการสืบสานวิถีแห่งศาสนาผ่านทางการจัดการเรียนการสอน (นวลตา อาภาคัพภะกุล 2552) ดังนั้นการเรียนการสอน อิสลามหลักการของศาสนา นั้นถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้นับถือศาสนาอิสลามทุกคน ทุกพื้นที่ๆมีประชากรมุสลิม โดยสถานที่ที่สอนศาสนาอิสลาม แต่เดิมนั้นจะอยู่ในรูปของ “ปอเนาะ” ซึ่งเป็นสถานที่สอนศาสนาอิสลามที่ชาวไทยมุสลิมจัดตั้งขึ้น โดยมีโครงสร้างการบริหารเป็นโต๊ะครูและเป็นเจ้าของ นักเรียนจะพักอาศัยในกระท่อมซึ่งเรียกว่าปอเนาะ บางปอเนาะสร้างเป็นเอกเทศ บางปอเนาะสร้างติดกับบ้านโต๊ะครู การสอนขึ้นอยู่กับความสามารถของโต๊ะครู (มูหามัดรูยานี บาก และอิบราเฮ็ม ณรงค์รักษาเขต 2552) ต่อมาเมื่อรัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาศาสนา ก็ได้เริ่มวางระเบียบปรับปรุงส่งเสริมปอเนาะ พุทธศักราช 2504 โดยกำหนดให้มีการจดทะเบียนปอเนาะเป็นสถานศึกษา ในปี 2508 ให้มีการปรับปรุงการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐาน กำหนดหลักสูตรวิชาศาสนาและวิชาสามัญ (อาดัม นีละไพจิตร 2553) เริ่มมีการจัดระบบการเรียนการสอนอิสลามศึกษาตั้งแต่พุทธศักราช 2518 และได้มีการพัฒนาจนกระทั่งได้มีการจัดทำหลักสูตรการศึกษาอิสลามขึ้นในระดับประถมศึกษา ซึ่งเรียกว่า อิสลามศึกษาในหลักสูตรประถมศึกษาพุทธศักราช 2521 ในปี พ.ศ. 2525 รัฐได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชนพุทธศักราช ได้เปลี่ยนชื่อโรงเรียน

ราษฎร์สอนศาสนาอิสลามเป็นโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม การเรียนการสอนนี้มีทั้งระบบการเรียนแบบโรงเรียนประจำและไม่ประจำ

ปัจจุบันโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามที่ได้มีการขึ้นทะเบียนกับกระทรวงศึกษาธิการตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ.2550 และมีการปรับปรุงมาใช้พระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2554 ฉบับที่ 2 ในการแบ่งระบบการศึกษานั้นตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 15 ได้มีการจัดการศึกษาเป็นสามรูปแบบ คือ การศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย โดยการศึกษาในระบบ เป็นการศึกษาที่กำหนดจุดมุ่งหมาย วิธีการศึกษา หลักสูตร ระยะเวลาของการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการสำเร็จการศึกษาที่แน่นอน การศึกษานอกระบบ เป็นการศึกษาที่มีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบวิธีการจัดการศึกษา ระยะเวลาของการจัดการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาและหลักสูตรจะต้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องาการของบุคคลแต่ละกลุ่ม ส่วนการศึกษาตามอัธยาศัย เป็นการศึกษาที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อม และโอกาส โดยศึกษาจากบุคคล ประสบการณ์ สังคม สภาพแวดล้อม สื่อหรือแหล่งความรู้อื่นๆ ดังนั้นจึงแบ่งโรงเรียนเอกชนเป็นสามประเภท คือ

1) โรงเรียนเอกชนในระบบ ซึ่งโรงเรียนเอกชนในระบบแบ่งเป็นสองประเภท คือ โรงเรียนเอกชนที่สอนวิชาสามัญทั่วไปและโรงเรียนเอกชนที่สอนศาสนาควบคู่วิชาสามัญ

2) โรงเรียนเอกชนนอกระบบ (กศน.) ได้แก่ ศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิด (ตาดีกา) สถาบันศึกษาปอเนาะและโรงเรียนที่สอนวิชาชีพ เช่น การตัดเย็บเสื้อผ้า การเสริมสวย การสอนขับรถยนต์ ช่างยนต์ ช่างไฟฟ้า

3) การศึกษาตามอัธยาศัย

โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ปัจจุบันมีสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นฝ่ายอำนวยการ การบริหารในโรงเรียนได้กำหนดงานบริหารการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านวิชาการ ด้านงบประมาณด้านการบริหารงานบุคคลและด้านการบริหารทั่วไป (นิเลาะ แวอุเซ็ง และคณะ 2550)

โครงสร้างการบริหารงาน โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามประกอบด้วย

1) ผู้รับใบอนุญาต เป็นผู้มีอำนาจและรับผิดชอบสูงสุดในโรงเรียน

2) ผู้จัดการโรงเรียน เป็นผู้มีหน้าที่ควบคุมดูแล รับผิดชอบกิจการทั่วไปของโรงเรียนและควบคุมปกครองผู้อำนวยการโรงเรียน ครู และนักเรียนในโรงเรียน

3) ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบในด้านวิชาการของโรงเรียนควบคุม ปกครองครู นักเรียนในโรงเรียนและรับผิดชอบกิจการทั่วไปของโรงเรียน ตามที่ผู้รับใบอนุญาต และผู้จัดการโรงเรียนมอบหมาย

4) หัวหน้าฝ่ายต่างๆ (รองผู้อำนวยการโรงเรียน) เป็นผู้บริหารแต่ละฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายด้านวิชาการ ฝ่ายด้านงบประมาณ ฝ่ายด้านการบริหารงานบุคคล และฝ่ายบริหารทั่วไป โดยปฏิบัติงานในความรับผิดชอบแล้วรายงานให้ผู้จัดการโรงเรียนหรือผู้อำนวยการทราบ

5) หัวหน้าระดับช่วงชั้น เป็นผู้บริหารงานวิชาการ และควบคุมดูแลครูในระดับช่วงชั้น

6) หัวหน้าระดับชั้นเป็นผู้บริหารงานวิชาการและควบคุมดูแลครูในระดับชั้น

7) หัวหน้ากลุ่มสาระวิชา เป็นผู้บริหารงานวิชาการ ควบคุมดูแลครูในกลุ่มวิชาพัฒนางานทุกระดับชั้นและทุกช่วงชั้นของโรงเรียน

8) ครูประจำวิชาและครูทุกคนเป็นผู้ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายตามโครงสร้างการบริหารงานเน้นด้านวิชาการเป็นหลักซึ่งจะเน้นด้านหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียน ส่วนงานอนามัยโรงเรียนจะขึ้นโดยตรงกับฝ่ายด้านการบริหารทั่วไปและมีครูอนามัยโรงเรียนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งนโยบายในที่เกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนหรือแนวทางการบริหารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมในโรงเรียนขึ้นกับผู้รับใบอนุญาตที่มีอำนาจสูงสุดผู้จัดการโรงเรียน และผู้อำนวยการโรงเรียนตามลำดับ

4.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน

การดูแลสุขภาพในโรงเรียน มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย พอจะสรุป ความหมายได้ดังนี้ การดูแลสุขภาพในโรงเรียน หมายถึง การดำเนินงานเพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การจัดบริการของวัยรุ่นในโรงเรียนต้องคำนึงถึงการเจริญเติบโตพัฒนาการ ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ (ปิยะนุช จิตตนูนท์ 2553) กุญแจสำคัญของการดูแลสุขภาพวัยรุ่น คือการบาดเจ็บ พฤติกรรมทางเพศ การได้รับสารอาหาร การใช้ยาเสพติด และสุขภาพจิต (WHO 2005)

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนที่มีใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศต่างๆทั่วโลกตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบ 5 รูปแบบ (ปิยะนุช จิตตนูนท์ 2553) ได้แก่ 1) รูปแบบสามองค์ประกอบ 2) รูปแบบแปดองค์ประกอบ 3) รูปแบบของเนดาร์ 4) ศูนย์สุขภาพเด็ก 5) รูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1) รูปแบบสามองค์ประกอบ คือ การให้สุขศึกษา การให้บริการทางสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพในโรงเรียน รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่เริ่มใช้ในปี พ.ศ.2443 (สุธาทิพย์ ศิริจันทร์เพ็ญ 2551)

2) รูปแบบแปดองค์ประกอบ คือ การให้สุขศึกษา พละศึกษา การให้บริการทางการแพทย์ การให้บริการด้านโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน การให้คำปรึกษาและการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและสังคม การจัดสิ่งแวดล้อมโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่มีการพัฒนาเติมรายละเอียดของการทำงานอนามัยโรงเรียนให้ครอบคลุมมากขึ้นเริ่มมีการนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2523 (สุธาทิพย์ ศิริจันทร์เพ็ญ 2551)

3) รูปแบบของเนดาร์ เป็นรูปแบบที่ขยายจากรูปแบบ 8 องค์ประกอบโดยเพิ่มความสัมพันธ์ ระหว่าง โรงเรียน ครอบครัว เพื่อน สื่อต่างๆ และชุมชน

4) ศูนย์สุขภาพเด็ก เป็นรูปแบบบูรณาการ โดยมีการจัดบริการที่ครบวงจรทั้งการตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยโรค การให้คำแนะนำ รักษา และติดตามเด็กในโรงเรียนโดยทีมแพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์

5) รูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นรูปแบบที่ได้รับแนวคิดมาจากองค์การอนามัยโลก ได้นำองค์ประกอบทั้งหมดของรูปแบบ 8 องค์ประกอบ โดยมีกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบที่เน้นใน 3 โครงสร้างหลัก คือ 1) การจัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยโรงเรียนต้องมีการพัฒนาและจัดการเรียน การสอนให้ทันสมัยสอดคล้องกับปัญหา 2)การวางแผนและการบริหารจัดการในโรงเรียน โดยโรงเรียนต้องมี กฎระเบียบ นโยบาย แผนงานเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การเตรียมพร้อมบุคลากร การจัดองค์กรเพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียน ครูและบุคลากรอื่นในโรงเรียน รวมทั้งมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3)การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนางานบริการในโรงเรียน โดยโรงเรียนต้องดึงชุมชน ผู้ปกครอง บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

การดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามได้มีดำเนินงานตามอนามัยโรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษา เรื่องปัจจัยจำแนกผลการดำเนินงานในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาส จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล โดยศึกษาในประชากรเป้าหมาย ทั้งหมด 120 โรงเรียนที่ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในปี 2551 พบว่า มีผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงร้อยละ 55.8 ระดับเงิน ร้อยละ

24.1 และระดับทอง ร้อยละ 20.0 ภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงเรียนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถจำแนกผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้ (ยาการิยา เจะโด 2553)

5. ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามตามมุมมองของผู้บริหารโรงเรียน

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดต่างๆ มาประยุกต์เพื่อใช้อธิบายระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม โดยแนวคิดที่นำมาประยุกต์ มีดังนี้ แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ แนวคิทางนิเวศวิทยาของสถาบันวิจัยมะเร็งแห่งชาติอเมริกา ปี ค.ศ.2005 แนวคิดทางนิเวศวิทยาของบรอนเฟรนเบรนเนอร์ ปี ค.ศ.1979 หลักบัญญัติศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในโรงเรียนโดยนำรูปแบบการดูแลสุขภาพในโรงเรียนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือ รูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2551)

การดูแลสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนเมื่อพิจารณาตามแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วย 2 มิติ คือมิติแรกเป็นกลไกให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตัวเองตามศักยภาพทั้งส่วนของการดูแลอนามัยทั่วไป และการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วย ส่วนมิติที่สองการจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมจำเป็น ในงานวิจัยนี้หมายถึงโรงเรียนสอนศาสนาควบคู่วิชาสามัญ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ส่วน คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทั้งสองมิติของการดูแลสุขภาพวัยรุ่นนั้นต้องครอบคลุมให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

มิติแรกตามแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพ คือรูปแบบการดูแลสุขภาพตัวเอง เป็นกลไกให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตัวเองตามศักยภาพทั้งส่วนของการดูแลอนามัยทั่วไปขณะไม่ป่วยและการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ดังนั้นทางโรงเรียนต้องมีการจัดการให้วัยรุ่นสามารถดูแลตัวเองได้ โดยการส่งเสริม ป้องกันในวัยรุ่นที่มีสุขภาพดีและให้การรักษาเบื้องต้นรวมถึงฟื้นฟูสุขภาพในวัยรุ่นที่ป่วย

มิติที่สองตามแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพ คือโรงเรียนมีการจัดบริการที่เหมาะสมจำเป็นโดยมีองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ส่วน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู (ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ 2553) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน คือเพื่อให้เด็กวัยเรียนได้รับการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ตลอดจนมีพัฒนาการตามวัยอย่าง

เหมาะสม (จินตนา เพชรมณี และคณะ 2549, สุธาทิพย์ ศิริจันทร์เพ็ญ 2551, ปิยะนุช จิตตนูนท์ 2553) โดยได้จัดให้มีการดำเนินงานครอบคลุมใน 10 องค์ประกอบ ตามรูปแบบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงได้นำแนวคิดทั้งสองมาประยุกต์กันเพื่อให้การดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนมีความครอบคลุมเหมาะสมและจัดระบบการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นและสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม คือ หลักบัญญัติศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น ซึ่งทั้งหมดมีปฏิสัมพันธ์อย่างเชื่อมโยงต่อเนื่องกันใน 3 ระดับ ตามมุมมองทางนิเวศวิทยา ได้แก่ ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน

ระบบการดูแลสุขภาพในโรงเรียน หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นทั้ง 3 ระดับตามการรับรู้ของผู้บริหารว่าเกิดขึ้นในโรงเรียนเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมโดยมีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะ ความสัมพันธ์ในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ครอบคลุมองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นทั้ง 3 ระดับได้แก่ ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน ดังรายละเอียด

ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล หมายถึง ลักษณะที่เกิดขึ้นภายในตัววัยรุ่น ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคล หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในโรงเรียนระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัว เพื่อน และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ครู บุคลากรสาธารณสุข และโรงเรียนด้านบริการอนามัยโรงเรียนเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ

ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน หมายถึง ระบบของโรงเรียนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล กลุ่มของบุคคลและวัฒนธรรมของชุมชนซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่น ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ การบริหารจัดการในโรงเรียน กิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียนและหลักสูตรในการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพ

5.1 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล

ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหารโรงเรียนระดับนี้ ผู้บริหารรับรู้ได้จาก ความรู้ ความเชื่อ และทักษะในการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียน

5.1.1) ความรู้ในการดูแลสุขภาพ คือ ความเข้าใจหรือความคิดรวบ ยอด ของวัยรุ่นในการส่งเสริม ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี ความรู้เฉพาะด้านที่สำคัญสำหรับวัยรุ่น ได้แก่ความรู้เรื่องการพัฒนาการและดูแลสุขภาพร่างกาย จิต อารมณ์ ความรู้เรื่องเพศศึกษา ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ และความรู้เรื่องยาเสพติด(สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ 2551, วิโรจน์ อารีย์กุล 2553) ความรู้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพและดูแลสุขภาพให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ความรู้ในการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้บุคคลรู้จักคิดและเข้าใจในสถานการณ์ใดๆ และสามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้ในเรื่องนั้นๆ หากบุคคลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง อันนำมาสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ จากการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล (จุฬา กุลฉิม 2548) ในทำนองเดียวกันยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน (สมหมาย สุพรรณพ 2541, สุรีรัตน์ รงเรืองและสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ 2554) ส่วนในด้านการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมนั้นมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลามเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ วัยรุ่นกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น โดยพบว่าความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด มีระดับคะแนนสูงสุด และความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันเมื่อเกิดปัญหาทางเพศ มีระดับคะแนนต่ำสุด (นิยาวาเฮร์ วาแวนิ 2553) ยังพบว่าวัยรุ่นมีความรู้เรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตต่ำ (สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ 2547)อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่กลับพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ของนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง (สิริวรรณ เคนผาพงศ์ 2543, รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ 2548) แม้การศึกษาไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ส่วนใหญ่พบว่าความรู้มีผลกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนในกลุ่มวัยรุ่นผู้วิจัยจึงคาดว่าความรู้น่าจะมีผลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่น

5.1.2) ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ คือ ความรู้สึก หรือเจตคติที่เหมาะสมของมุสลิมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือรักษาเมื่อเจ็บป่วย จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพกับ เจตคติด้านสุขภาพ

พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ 2548) มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สิริวรรณ เคนผาพงษ์ 2543) โดยนักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่าจะมีการดูแลสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา ที่พบว่าตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ 33% คือ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ (เตือนใจ เทียนทอง 2546) ส่วนในวัยรุ่นมุสลิมนั้นความเชื่อทางศาสนาอิสลามกับพฤติกรรมสุขภาพเป็นบทบัญญัติที่สำคัญทางศาสนาอิสลาม ถือเป็นภาระและหน้าที่หรือความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่ต้องปฏิบัติในการดูแลสุขภาพพื้นฐานโดยทั่วไป ได้แก่ การรักษาความสะอาด โภชนาการการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การพักผ่อน การกีฬาและการออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพจิต พฤติกรรมทางเพศและการรักษาโรค (อาศิส พิทักษ์คุมพล 2553, อิศรา ศานติศาสน์ 2553)

5.1.3) ทักษะในการดูแลสุขภาพ คือ การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี ประกอบด้วยทักษะพื้นฐานเพื่อการมีสุขภาพดีเฉพาะสำหรับวัยรุ่น ได้แก่ การดูแลสุขภาพกายและจิตสังคม การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งโรงเรียนควรมีกลยุทธ์ในการสร้างทักษะสุขภาพ (health skills) และทักษะชีวิต (life skills) (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) โดยการสร้างทักษะชีวิตให้เกิดขึ้นกับวัยรุ่นอยู่บนพื้นฐานของแนวคิด 3 ประการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน แก้ไขหรือรักษาและฟื้นฟู ส่งเสริม หมายถึง การสร้างทักษะชีวิตให้เกิดกับเด็กกลุ่มปกติ หรือมีพฤติกรรมปกติ (normal behavior) เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตของเด็ก ป้องกัน หมายถึง ช่วยเหลือเด็กที่มีปัจจัยเสี่ยง (risk factor) เช่น เด็กที่มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางพฤติกรรม ให้มีทักษะชีวิตและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเด็กปกติ แก้ไขหรือรักษาและฟื้นฟู หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่เป็นปัญหาแล้ว โดยการช่วยเหลือบำบัดและรักษา เพื่อให้มีพฤติกรรมกลับมาปกติหรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตน้อยที่สุด ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดองค์ประกอบของทักษะชีวิตไว้ 10 องค์ประกอบ หรือ 5 คู่ ตามพฤติกรรมการเรียนรู้ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านพุทธพิสัย(ความรู้) ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ (creative thinking) และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ 2) ด้านจิตพิสัย (เจตคติ) ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตน (self awareness) และความเห็นใจผู้อื่น (empathy) 3) ด้านทักษะ (ทักษะ) มี 3 คู่ ได้แก่การสร้างสัมพันธ์ภาพ (interpersonal relationship) และการสื่อสาร (communication) การตัดสินใจ(decision making) และการแก้ปัญหา (problem solving) การจัดการกับอารมณ์ (coping with emotions) และการจัดการกับความเครียด (coping with stress) และการสร้าง

ทักษะสุขภาพนั้น นักเรียนต้องมีความรู้ความเข้าใจและสร้างเจตคติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ และนักเรียนได้รับการฝึกทักษะในเรื่องต่อไปนี้ การเลือกซื้ออาหาร การไม่กินอาหารที่มีสารพิษ การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย การหลีกเลี่ยงการพนันเที่ยวกลางคืน การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

5.2 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคล

ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้บริหารโรงเรียน ระดับนี้ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ครู บุคลากรสาธารณสุข และโรงเรียนด้านอนามัยโรงเรียน เพื่อช่วยดูแลสุขภาพ

5.2.1) การสนับสนุนของครอบครัวและเพื่อนเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ คือ การให้ความร่วมมือ การให้คำปรึกษา การให้การสนับสนุนของครอบครัวและเพื่อน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของวัยรุ่นต่อการมีสุขภาพดีและดูแลฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) การสนับสนุนของบุคคลที่ใกล้ชิด สร้างแรงจูงใจให้เกิดการดูแลสุขภาพ โดยกลุ่มที่ใกล้ชิดวัยรุ่น ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ 2548) และจากการศึกษายังพบอีกว่าสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนที่มีความก้าวร้าวมีสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $P<.01$) มีการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1 พบว่าตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ 33% โดยตัวทำนายที่เด่นชัดคืออิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน (เตือนใจ เทียนทอง 2546) ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มเพื่อน และเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยกลุ่มวัยรุ่นที่มีอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมากมีเจตคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเพื่อนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และวัยรุ่นที่มีตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่สูงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นกลุ่มที่มีตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่ต่ำ ตัวทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ คือ ตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่ (เตือนใจ เทียนทอง 2546)

5.2.2) การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ ได้แก่ครู บุคลากรสาธารณสุข และโรงเรียนด้านอนามัยโรงเรียน มีรายละเอียด ดังนี้ การสนับสนุนของครู

และบุคลากรสาธารณสุข คือ ระบบบริการให้คำปรึกษา แนะแนวและช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเสี่ยง รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) เป็นระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนซึ่งมีครูที่ปรึกษา หรือครูประจำชั้นเป็นบุคลากรหลักในการดำเนินงานสำรวจข้อมูลนักเรียนคัดกรองและสามารถระบุนักเรียนที่เป็นปัญหาได้ นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหรือสารเสพติดได้รับการเฝ้าระวังและช่วยเหลือเบื้องต้น มีการจัดกิจกรรมในการให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับนักเรียนเพื่อช่วยผ่อนคลายปัญหาหรือป้องกันแก้ไข นักเรียนที่มีปัญหาเกินขีดความสามารถของโรงเรียนได้รับการส่งต่อโดยและได้รับการติดตามจากครู

การสนับสนุนของโรงเรียนด้านบริการอนามัยโรงเรียน คือ การที่โรงเรียนจัดให้มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับนักเรียนทุกคน มิติการจัดบริการของวัยรุ่นในโรงเรียนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของนักเรียน (Clark 2008 อ้างถึงใน ปิยะนุช จิตตนูนท์ 2533) และมีเป้าหมายหลักเพื่อให้นักเรียนมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา โดยครอบคลุมองค์ประกอบของการให้บริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ดังนี้

มิติที่1 การสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านโภชนาการและอาหารปลอดภัย ด้านการออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกาย ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ด้านโภชนาการและอาหารปลอดภัย คือ การส่งเสริมให้นักเรียนมีภาวการณ์เจริญเติบโตสมวัย โดยจัดให้มีอาหารที่มีคุณค่าต่อสุขภาพ สะอาด ปลอดภัยให้กับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) นักเรียนได้รับการประเมินภาวะการเจริญเติบโตอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง นักเรียนที่มีภาวการณ์เจริญเติบโตผิดปกติได้รับการแก้ไข นักเรียนได้รับประทานอาหารกลางวันทุกวัน มีความรูในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการและปลอดภัย ด้านการออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกาย คือ การสนับสนุนให้นักเรียนมีการออกกำลังกาย โดยการจัดสถานที่ อุปกรณ์ และกิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) นักเรียนควรได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางกายตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมพละศึกษาปีละ 1 ครั้ง กรณีนักเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับคำปรึกษาและติดตามความก้าวหน้า

มิติที่ 2 การป้องกันโรคและเจ็บป่วย ได้แก่ระดับแรกเป็นการป้องกันในระยะที่ร่างกายแข็งแรงโดย การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับที่สอง ป้องกันหลังจากเกิดโรค

แล้ว โดยการตรวจคัดกรองซักประวัติ การตรวจสุขภาพ หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับที่สาม โดยป้องกันในระยะที่เกิดความพิการแล้วหรือระยะสุดท้ายของโรค มิติที่ 3 และ 4 คือ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของนักเรียน ประกอบด้วย การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลและการส่งต่อ

จากรายงานการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของนักเรียน ได้แก่ คุณภาพชีวิตในด้านสมรรถภาพทางกาย อารมณ์ สังคม การเรียนรู้ เศรษฐกิจและภาวะสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับการให้บริการอนามัยโรงเรียน และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนางานบริการอนามัยโรงเรียนด้านการต้องการปรับปรุงสนามหญ้าและสิ่งแวดล้อมเพื่อนันทนาการและกีฬาที่ทันสมัย (ธนากร ช้างน้อย 2552)

5.3 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน

ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับนี้ คือ ระบบของโรงเรียน กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มของบุคคล และวัฒนธรรมของชุมชน

1) ระบบของโรงเรียน ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ และการบริหารจัดการในโรงเรียน มีรายละเอียด ดังนี้

นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตามความหมายของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) หมายถึง ข้อความที่กำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ซึ่งจะส่งผลต่อกิจกรรมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยโรงเรียนต้องมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมประเด็น ดังต่อไปนี้ การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียน การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ การคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแก่นักเรียนและชุมชนโดยมีโรงเรียนเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมสุขภาพจิตและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาระบบการเรียนรู้โดยมีผู้เรียนเป็นสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน บุคลากรในโรงเรียนและชุนชน โดยต้องมีแผนงานหรือโครงการรองรับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรในโรงเรียน นักเรียน มีการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของวัยรุ่นเกี่ยวกับนโยบาย กิจกรรมโรงเรียนจะทำให้มีวัยรุ่นสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย (World Health Organization Europe 2005) และปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (สุรีรัตน์ รงเรือง และคณะ 2549) นโยบาย และระบบสุขภาพควรมีการดำเนินการ (World Health Organization Europe 2005) ดังนี้ สร้างการกินอย่างมีคุณภาพให้เป็นความเคยชิน ป้องกันและจัดการในปัญหาสุขภาพจิต ตรวจจับและจัดการในปัญหาสุขภาพจิต ตรวจจับและจัดการในปัญหาการเรียน สร้างโอกาสการเรียน สังคมและเพื่อน ป้องกันพฤติกรรมความเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ให้บริการในเรื่องเพศสัมพันธ์ รวมถึงการคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศ โรคเอดส์และโรคติดต่ออื่นๆ การให้คำปรึกษาสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ความรุนแรง สุขภาพจิต ป้องกันสารพิษและสารเคมีอันตรายต่างๆ ป้องกันเรื่องการล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งร่างกายและจิตใจ ให้การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมบ้านและชุมชน ควบคุมสื่อที่ไม่เหมาะสม การให้ภูมิคุ้มกันเต็มที่ ป้องกันการบาดเจ็บ สร้างความสัมพันธ์และให้ความรู้แก่พ่อแม่

หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน คือ การที่โรงเรียนจัดกิจกรรมสุขศึกษาทั้งในหลักสูตรการศึกษาและผ่านทางกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน เพื่อมุ่งให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้และมีการฝึกทักษะปฏิบัติที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี ประกอบไปด้วย ด้านสุขภาพกาย จิตสังคมและทักษะสำหรับวัยรุ่นเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศศึกษา ยาเสพติด และการป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) วัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้และอยากทดลองต้องการการยอมรับจากเพื่อน ดังนั้นวัยรุ่นอาจถูกชักจูงได้โดยง่ายหากขาดความยับยั้งชั่งใจหรือความนับถือตนเอง (self-esteem) รวมถึงการขาดทักษะชีวิต (life skills) ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งในระยะสั้น เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกายและการฆ่าตัวตายรวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก่อให้เกิดปัญหาการติดเชื้อเอดส์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่วนผลต่อสุขภาพระยะยาว เช่น การกินอาหารไขมันสูง การสูบบุหรี่หรือการขาดการออกกำลังกาย นำไปสู่โรคอ้วนและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันในวัยกลางคน (สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ 2551) ประเด็นนี้โรงเรียนต้องมีหลักสูตรเพื่อการส่งเสริมให้ความรู้ให้วัยรุ่นรู้จักการใช้ทักษะชีวิตเพราะโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาบางโรงเรียนเป็นโรงเรียนประจำนักเรียนต้องใช้ชีวิตในโรงเรียนตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของวัยรุ่นในทุกๆ ด้าน โรงเรียนสามารถใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการสอนตามปกติในชั้นเรียน หรือโรงเรียนอาจใช้การสร้างทักษะโดยระบบกิจกรรมเสริมหลักสูตรซึ่งมีหลายลักษณะ เช่น การทำกิจกรรมชมรมต่างๆ เพื่อให้เด็กได้ทำงานร่วมกัน ได้มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพ ได้สื่อสารกับผู้อื่น ได้รู้จักตนเองและรู้จักผู้อื่น ได้ตัดสินใจแก้ปัญหา เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความรับผิดชอบต่อสังคม หรือกิจกรรมสร้างทักษะชีวิต

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ หมายถึง การจัดการควบคุมดูแล ปรับปรุงภาวะต่างๆและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนให้อยู่ในสภาพที่ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการเรียนรู้ ส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม รวมถึงการป้องกันโรคและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) สภาพแวดล้อมในโรงเรียนมีความสำคัญมากในกลุ่มวัยรุ่น จากการศึกษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญคือ สถานศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด การได้รับบาดเจ็บและการมีเพศสัมพันธ์ (Oriol et al. 1998) ในทำนองเดียวกันมีการศึกษาที่พบว่า สังกัดของโรงเรียนมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่น (นิยาวาเฮร์ วาแวนิ 2553) รวมถึงสภาพแวดล้อมทางวิทยาลัยมีผลกับการดูแลสุขภาพตัวเองของนักศึกษา (นวรัตน์ จิรโสภิน 2549) จากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม การบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการและพฤติกรรมพลเมืองดี ของวัยรุ่น ภาคใต้ พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการแตกต่างกัน การที่โรงเรียนจัดสภาพแวดล้อม กิจกรรมการเรียนการสอน บรรยากาศในชั้นเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ มีผลกับการบรรลุงานตามขั้นตอนพัฒนาการและพฤติกรรมพลเมืองดี ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05 (ฉันทนา มุติ 2540) การศึกษาของต่างประเทศ เรื่อง การปฏิบัติหน้าที่ของโรงเรียนในการดูแลที่อยู่ ที่พักอาศัยของเด็ก พบว่า มีความจำเป็นในการจัดตั้งระบบการดูแลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของเด็กๆในโรงเรียน (Schwartz 2007)

การบริหารจัดการในโรงเรียน คือ การบริหาร ครู งบประมาณ นักเรียนและวิธีการปฏิบัติเพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) โดยมีคณะกรรมการเพื่อดำเนินงาน ที่ประกอบด้วยตัวแทนครู นักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรในชุมชน การสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบคลุม การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพนักเรียนป่วย มีวิธีปฏิบัติในการนำปัญหาสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนมาจัดทำแผนงานเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในโรงเรียน และการบริหารจัดการเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับการเรียน การสอนในหลักสูตร

2) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มของบุคคลที่มีต่อวัยรุ่นซึ่งโรงเรียนจัดขึ้น ได้แก่ กิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน ดังมีรายละเอียด

กิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน คือ กิจกรรมหรือโครงการที่ดำเนินร่วมกันระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และสมาชิกของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และดูแล ฟื้นฟูสภาพเมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) ทำให้ปัญหาสุขภาพของนักเรียนได้รับการแก้ไข อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละโรงเรียน ชุมชนเห็นประโยชน์ก่อให้เกิดความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน รายงานการศึกษา พบว่า ผู้คนและชุมชน ณ ที่นั้นๆ จะเป็นผู้รู้ถึงสภาพที่แท้จริงของชุมชน ดังนั้นจึงควรให้พวกเขาได้มีส่วนร่วมในการเพิ่มสุขภาพของวัยรุ่นด้วย (World Health Organization Europe 2005)

การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน คือ การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรในโรงเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่นักเรียนในโรงเรียน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547) ซึ่งบุคลากรควรได้รับการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้งและได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึงการมีกิจกรรมด้านสุขภาพในโรงเรียนเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีของบุคลากรในโรงเรียน

3) วัฒนธรรมของชุมชนที่โรงเรียนจัดขึ้น ได้แก่ หลักสูตรในการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพ คือ การที่โรงเรียนจัดกิจกรรมส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาผ่านทางกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน เพื่อมุ่งให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้และมีการฝึกปฏิบัติที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ หลักศรัทธา และหลักปฏิบัติ บทบัญญัติทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้วัยรุ่นเกิดสุขภาวะ วัยรุ่นถือเป็นวัยบรรลุศาสนภาวะจะต้องปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ เช่น การละหมาดฟัรดู 5 เวลา การแต่งกายตามหลักศาสนา การสังคม (ฟัรดูกิฟายะฮ) ด้านหลักศาสนาอิสลาม การอาบน้ำวาญิบต่างๆ การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การเรียนคัมภีร์อัลกุรอานและวิชาการอื่นๆ การปฏิบัติตนตามแบบอย่างนบีมูฮัมหมัด (ศ็อลฯ) ดังนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการในโรงเรียน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลแบบผสม (mixed method) ทั้งเชิงปริมาณ (quantitative data) และเชิงคุณภาพ (qualitative data) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรม มีรายละเอียด วิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ที่สอนทั้งวิชาศาสนาอิสลามและวิชาสามัญ โดยทางโรงเรียนได้จดทะเบียนตามระเบียบกระทรวงศึกษาธิการ เป็นประเภท โรงเรียนเอกชนสอนศาสนา ตั้งอยู่ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวนทั้งหมด 216 โรงเรียน จำนวนโรงเรียนแต่ละจังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา 49 โรงเรียน จังหวัดสตูล 16 โรงเรียน จังหวัดปัตตานี 71 โรงเรียน จังหวัดยะลา 31 โรงเรียน จังหวัดนราธิวาส 49 โรงเรียน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้จัดการ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการ ผู้รับใบอนุญาตหรือเจ้าของโรงเรียน โรงเรียนละ 1 คน (สำนักงานการศึกษาเอกชน จังหวัดสตูล 2555, สำนักงานการศึกษาเอกชน จังหวัดสงขลา 2555, สำนักงานการศึกษาเอกชน จังหวัดนราธิวาส 2555, สำนักงานการศึกษาเอกชน จังหวัดปัตตานี ม.ป.ป., สำนักงานการศึกษาเอกชน ยะลา ม.ป.ป.)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้จัดการ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการ ผู้รับใบอนุญาตหรือเจ้าของโรงเรียน ของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โรงเรียน ละ 1 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียน ภาษาไทยได้ และสื่อสารกันได้

2. ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเชิงปริมาณ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของยามาเน่ (Yamane) ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2550, ชัยสิทธิ์ เฉลิมมีประเสริฐ 2544) ดังนี้

สูตร $n = \frac{N}{1+Ne^2}$

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (0.05)

N = ขนาดของประชากร

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

แทนค่าสูตร $n = \frac{216}{1 +(216)(0.05)^2}$

= 140.25 คน หรือ 140 คน

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน และผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ (mailed questionnaires) กำหนดอัตราการตอบกลับที่ร้อยละ 60 และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 40 ในส่วนที่คาดว่าจะไม่ได้รับแบบสอบถามคืน คิดเป็น 27 คน รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมดเป็น 167 คน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ทำสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน รวม 20 โรงเรียน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษาจาก 5 จังหวัด จังหวัดละ 2 โรงเรียนต่อกลุ่ม ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดสตูล จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 1 โรงเรียน รวม 2 โรงเรียน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional stratified sampling) (สุรศักดิ์ อมรรัตน์, เตือนใจ เกตุษา, และบุญมี พันธุ์ไทย 2545) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งโรงเรียนตามจังหวัด คือ จังหวัดสงขลา จังหวัดสตูล จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดสัดส่วนหรือเปอร์เซ็นต์กลุ่มตัวอย่างของแต่ละช่วงชั้น ดังนี้

สูตร $n = \frac{100 \times N}{E}$

โดยที่ n = เปอร์เซ็นต์ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามจังหวัด

N = ขนาดของกลุ่มประชากรแยกตามจังหวัด

E = ขนาดของกลุ่มประชากรทั้งหมด

เปอร์เซ็นต์ของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละช่วงชั้น คือ จังหวัดสงขลา 22.68 %, จังหวัดสตูล 7.40%, จังหวัดปัตตานี 32.87%, จังหวัดยะลา 14.35%, จังหวัดนราธิวาส 22.68 %

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณตัวอย่างแต่ละช่วงชั้น

สูตร $n = \frac{N \times E}{100}$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงชั้น

N = เปอร์เซ็นต์ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามจังหวัด

E = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละช่วงชั้นได้ จังหวัดสงขลา 38 โรงเรียน, จังหวัดสตูล 12 โรงเรียน, จังหวัดปัตตานี 55 โรงเรียน, จังหวัดยะลา 24 โรงเรียน, จังหวัดนราธิวาส 38 โรงเรียน

ขั้นตอนที่ 4 ทำเบอร์โรงเรียนแต่ละจังหวัด

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มตัวอย่างโรงเรียนที่จะศึกษา ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากเพื่อคัดเลือกโรงเรียนที่เป็นตัวแทนตามจำนวนที่คำนวณได้ในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 6 สุ่มตัวอย่างโรงเรียนที่เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเพื่อคัดเลือกโรงเรียนที่เป็นตัวแทนและโทรศัพท์ประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียนดังกล่าวเพื่อนัดหมายวันเวลา กรณีติดต่อกลุ่มตัวอย่างไม่ได้หรือไม่สะดวกในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจับฉลากและโทรศัพท์ประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียนลำดับต่อไปจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดละ 4 โรงเรียน ทั้งหมด 20 โรงเรียน

ขั้นตอนที่ 7 เลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 1 คนเพื่อเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 คน เป็นผู้บริหารที่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนมากที่สุด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม แนวทางการสัมภาษณ์ และเครื่องมือประกอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียด

1. แบบสอบถามระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและโรงเรียน และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นและความคิดเห็นของผู้บริหารโรงเรียนต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงานในโรงเรียน ระยะเวลาการเป็นผู้บริหาร และข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ที่ตั้งโรงเรียน ขนาดโรงเรียน จำนวนชั้นเรียน จำนวนนักเรียน ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของนักเรียนในโรงเรียน พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของนักเรียน จำนวนชมรมด้านสุขภาพของนักเรียนโดยระบุชื่อชมรม จำนวนบุคลากร จำนวนบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยระบุตำแหน่ง จำนวนเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนที่เป็นกรรมการของโรงเรียนโดยระบุชื่อเครือข่าย

ส่วนที่ 2 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น และความคิดเห็นของผู้บริหารโรงเรียนต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของสถาบันวิจัยมะเร็งแห่งชาติ อเมริกา ปี ค.ศ.2005 (Croyle 2005) และแนวคิดทางนิเวศวิทยาของบรอนเฟรนเบรนเนอร์ ปี ค.ศ.1979 (Bronfenbrenner 1979 อ้างถึงใน

Susan 2011, Bryans, Cornish & Mcintosh 2009, Evans et al. 2008, Paquette & Ryan 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังรายละเอียด

ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ประกอบด้วยองค์ประกอบในระบบ 3 ระดับ คือ ระดับภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และระดับชุมชน จำนวน 110 ข้อ ดังนี้

1) ระดับภายในบุคคล ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 25 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 86 - 110 ในเรื่องความรู้ในการดูแลสุขภาพ 10 ข้อ ทักษะในการดูแลสุขภาพ 10 ข้อ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 5 ข้อ

2) ระดับระหว่างบุคคล ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 32 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 54 - 85 ในเรื่องการสนับสนุนครอบครัวเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ 6 ข้อ การสนับสนุนกลุ่มเพื่อนเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ 6 ข้อ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพของครู 6 ข้อ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข 5 ข้อ และบริการอนามัยโรงเรียน 9 ข้อ

3) ระดับชุมชน ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 53 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1 - 53 ในเรื่องนโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 10 ข้อ หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน10 ข้อ การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ 10 ข้อ การบริหารจัดการในโรงเรียน 5 ข้อ กิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน 7 ข้อ การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน 5 ข้อ หลักสูตรในการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 ดังนี้

เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่ามีคุณลักษณะที่เกิดขึ้นในตัววัยรุ่นหรือโรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรมตามแต่ละระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน ตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุดหรือไม่มีการดำเนินกิจกรรมเลย

เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่ามีคุณลักษณะที่เกิดขึ้นในตัววัยรุ่นหรือโรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรมตามแต่ละระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน ตรงกับความคิดเห็นน้อย

เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่ามีคุณลักษณะที่เกิดขึ้นในตัววัยรุ่นหรือโรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรมตามแต่ละระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน ตรงกับความคิดเห็นเป็นบางครั้ง

เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่ามีคุณลักษณะที่เกิดขึ้นในตัววัยรุ่นหรือโรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรมตามแต่ละระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน ตรงกับความคิดเห็นมาก

เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่ามีคุณลักษณะที่เกิดขึ้นในตัววัยรุ่นหรือโรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรมตามแต่ละระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน ตรงกับความคิดเห็นทุกประการ

เมื่อสิ้นสุดข้อคำถามแต่ละระดับจะมีคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้บริหารแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะต่อระบบการดูแลสุขภาพของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นแต่ละระดับ ดังนี้ ระดับภายในบุคคลเรื่องความรู้ ความเชื่อและทักษะในการดูแลสุขภาพ ระดับระหว่างบุคคลเรื่องการสนับสนุนครอบครัว กลุ่มเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ และระดับชุมชนเรื่องนโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ การบริหารจัดการในโรงเรียน กิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน หลักสูตรในการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพโดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเขียนบรรยายความคิดเห็นเป็นความเรียงด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแบ่งระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม เมื่อนำคะแนนแต่ละระดับหาค่าเฉลี่ยระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น แบ่งค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการดูแลสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลางและมาก ดังนี้

ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66

ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00

แนวทางการสัมภาษณ์เรื่องระบบการดูแลสุขภาพของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in - depth interview) ผู้บริหารเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้างตามประเด็นองค์ประกอบของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นใน 3 ระดับ คือ ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับชุมชน และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น

2. เครื่องมือประกอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เทปบันทึกเสียง 2 เครื่อง สมุดบันทึก และปากกาสำหรับจดบันทึกบรรยากาศและคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คืออาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านพัฒนาการวัยรุ่นและการดูแลวัยรุ่นในโรงเรียน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการระบบสุขภาพ 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านศาสนาอิสลาม 2 ท่าน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและนำไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ด้วยวิธี (บุญเลี้ยง ทุมทอง 2555, บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2550) แบ่งระดับความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และแนวคิดทางนิเวศวิทยาของข้อคำถาม เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ไม่สอดคล้องเลย ระดับ 2 สอดคล้องน้อย ระดับ 3 สอดคล้องมาก ระดับ 4 สอดคล้องมากที่สุด และนำคะแนนในข้อคำถาม ระดับ 3 และ 4 มาคำนวณความตรงตามเนื้อหา ได้ เท่ากับ 0.94 และนำคะแนนในข้อคำถาม ระดับ 1 - 3 มาปรับปรุงเพื่อให้มีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์กับอาจารย์ที่ปรึกษา และส่งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำเพื่อให้ได้ความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ของข้อคำถาม ระดับ 3 และ 4

2. การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จังหวัดสงขลา ยะลา และสตูล จำนวน 30 คน นำค่าที่ได้วิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.9**8**

3. การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์ ขึ้นจากข้อมูลแบบสอบถามเชิงปริมาณ และการร่วมพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนำประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มดังกล่าว ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา และทำการศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลจริง จำนวน 4 ราย และนำมาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนที่จะนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก มีขั้นตอน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว เสนอต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

2. หนังสือแนะนำตัวจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ถึงผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเอกชนทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาสเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

3. เข้าพบแนะนำตัวต่อผู้อำนวยการสำนักการศึกษาเอกชนจังหวัด และประสานกับผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนเอกชนของจังหวัด เพื่อแนะนำตัว แนะนำเรื่องที่ทำการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ สอบทานที่อยู่ที่ถูกต้องของโรงเรียน

4. สำรวจกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จัดเตรียมแบบสอบถามแยกตามจังหวัด โรงเรียน พร้อมแนบหนังสือตอบกลับจากสถานศึกษาเอกชนของแต่ละจังหวัด ซองเปล่าพร้อมจ่าหน้าซองที่อยู่ของผู้วิจัยและทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถานศึกษาที่สุ่มตัวอย่างได้เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

5. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถาม สนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ตามขั้นตอน ดังนี้

5.1) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในจังหวัดสตูลและสงขลา ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังโรงเรียนที่สุ่มตัวอย่างได้เพื่อทำการเก็บข้อมูล ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

5.1.1) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม พร้อมหนังสือตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจากสำนักงานการศึกษาเอกชนของแต่ละจังหวัดที่ได้เตรียมไว้ ทางไปรษณีย์ (mailed questionnaires) พร้อมทั้งแจ้งกำหนดการรวบรวมข้อมูลหลักฐาน ด้วยการระบุวันและระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใน 20 วัน

5.1.2) การติดตาม กรณีได้รับแบบสอบถามไม่ครบตามกำหนด ดำเนินการติดตามจำนวน 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์โดยเขียนข้อความสั้นๆ อย่างสุภาพ เพื่อเตือนความจำเกี่ยวกับการให้ข้อมูลหลักฐานคืนมายังนักวิจัยและแจ้งให้ทราบว่าหลักฐานที่ได้จากตัวอย่างมีความสำคัญต่อการวิจัยอย่างยิ่ง กรณี แบบสอบถามสูญหาย ส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบใหม่

5.1.3) หากสัดส่วนของข้อมูลที่ไม่ได้กลับคืนยังมีจำนวนมาก ดำเนินการติดตามครั้งที่ 3 โดยโทรศัพท์พูดคุยทางโทรศัพท์ด้วยความสุภาพเพื่อติดตามข้อมูลในส่วนที่ยังไม่ได้รับคืนมา กรณีแบบสอบถามสูญหายจะรีบส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบใหม่

5.2) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในจังหวัด ยะลา นราธิวาสและปัตตานี เนื่องจากเป็นพื้นที่เสี่ยงภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้จึงจะดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านทางสำนักงานการศึกษาเอกชนของแต่ละจังหวัด โดยส่งทะเบียนรายชื่อโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างพร้อมซองเอกสารที่บรรจุแบบสอบถาม และชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูลในแบบสอบถามนัดหมายวันเวลาที่รับแบบสอบถามคืน

5.3) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน คือ มีนาคม – พฤษภาคม โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

5.3.1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้บริหารโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน แต่มี 1 กลุ่มซึ่งผู้บริหารโรงเรียนติดภารกิจด่วนทำให้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้เพียง 9 คน รวมการสนทนากลุ่ม 19 คน การสัมภาษณ์เชิงลึก รวม 2 คน

5.3.2) เตรียมประเด็นคำถามเพื่อให้ได้แสดงความคิดเห็น กำหนดคำถามที่เป็นประเด็นย่อยๆ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด จัดระบบหมวดหมู่และลำดับคำถามโดยเริ่มจากคำถามทั่ว ๆไป และง่ายต่อการแสดงความคิดเห็นซึ่งจะทำให้เกิดความคุ้นเคยกัน โดยผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (moderator) และสัมภาษณ์เชิงลึก

5.3.3) ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้ร่วมสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยสีหน้าเป็นมิตร พร้อมแนะนำคณะผู้วิจัย ทีมงาน ผู้ร่วมสนทนาและชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก รวมทั้งขออนุมัติบันทึกเสียงและบันทึกภาพ

5.3.4) เมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมแจกของที่ระลึกเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณ

6. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนมาครบแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุดก่อนที่จะนำไปลงรหัส ตามคู่มือลงรหัสข้อมูลและ บันทึกข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แบบสอบถามคืนมาแบบสมบูรณ์จำนวน 161 ชุด

7. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจัดเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ โดยการถอดเทปด้วยตนเอง คำต่อคำทุกคำพูด รวมทั้งสาระสำคัญ ข้อคิดเห็น และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ วิเคราะห์ด้วยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล กำหนดรหัส (code) และลงรหัส (code mapping) จากนั้นนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการ แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการดำเนินการวิจัย และการรับคำยินยอมด้วยความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการและบันทึกเสียง ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ และทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปในภาพรวมไม่มีการเฉพาะเจาะจงหรือระบุชื่อโรงเรียน สิทธ์ที่จะถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ประมวลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1.1ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและของโรงเรียน

1.2 ข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ซึ่งแบ่งระบบการดูแลสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ความโด่งของพื้นที่ใต้กราฟ

2. ข้อมูลจาก การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดย นำข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยการรวบรวม จัดหมวดหมู่คำ กลุ่มคำ กำหนดรหัส (code) ลงรหัส (code mapping)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย และอภิปรายผลเรื่องระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ครั้งนี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วย รายละเอียด ต่อไปนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้ ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารโรงเรียน ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน ข้อมูลปัญหาสุขภาพนักเรียน และข้อมูลพฤติกรรมของนักเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพ และตอนที่ 2 ข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน ตามลำดับ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 31-50 ปี) และสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.8 ร้อยละ 64.0 และร้อยละ 89.4 ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (ร้อยละ 54) ส่วนตำแหน่งและระยะเวลาการเป็นผู้บริหาร พบว่า เป็นผู้อำนวยการ คิดเป็นร้อยละ 37.3 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นผู้บริหารน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 65.8) สำหรับประสบการณ์ทำงานในโรงเรียน พบว่า มีระยะเวลาตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51.6 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (n = 161)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	106	65.8
หญิง	55	34.2
อายุ (ปี)		
ตั้งแต่ 30 ลงมา	19	11.8
31 - 40	46	28.6
41 - 50	57	35.4
51 - 60	35	21.7
ตั้งแต่ 61 ขึ้นไป	4	2.5
สถานภาพสมรส		
โสด	17	10.6
สมรส	144	89.4
ปริญญาสูงสุด		
ตรี	87	54.0
โท	61	37.9
เอก	5	3.1
อื่นๆ	8	5.0
ตำแหน่งการเป็นผู้บริหาร		
ผู้จัดการ	22	13.7
ผู้บริหาร	49	30.3
ผู้อำนวยการ	60	37.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งการเป็นผู้บริหาร (ต่อ)		
ผู้รับใบอนุญาตหรือเจ้าของโรงเรียน	17	10.6
รองผู้อำนวยการ	13	8.1
ระยะเวลาการเป็นผู้บริหาร (ปี)		
ตั้งแต่ 10 ลงมา	106	65.8
11 - 20	39	24.2
ตั้งแต่ 21 ขึ้นไป	16	10.0
ประสบการณ์ทำงานในโรงเรียน (ปี)		
ตั้งแต่ 10 ลงมา	78	48.4
11 – 20	54	33.5
ตั้งแต่ 21 ขึ้นไป	29	18.1

2. ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน

ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน พบว่าโรงเรียนตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นโรงเรียนขนาดกลาง จำนวนห้องเรียนมากกว่า 20 ห้องเรียน และมีนักเรียน 101 - 500 คน ร้อยละ 66.5 ร้อยละ 42.9 ร้อยละ 37.3 ร้อยละ 40.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีจำนวนบุคลากรในโรงเรียนมากกว่า 30 คน (ร้อยละ62.1) ในโรงเรียนมีชมรมด้านสุขภาพของนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 52.8 โดยมีอยู่ 1 - 2 ชมรม (ร้อยละ 44.0) ชมรมเหล่านี้ ได้แก่ ชมรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ชมรมส่งเสริมด้านกีฬา ชมรมส่งเสริมด้านโภชนาการ ชมรมต่อต้านยาเสพติด ชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและชมรมคุณธรรมจริยธรรม โดยมีเครือข่ายในชุมชนที่เป็นกรรมการด้านสุขภาพของโรงเรียนเพียง ร้อยละ 44.7 เครือข่ายเหล่านี้ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลประจำอำเภอ/จังหวัด สำนักงานการศึกษาเอกชน อบต. ฝ่ายผู้ปกครองหมู่บ้าน เครือข่าย ผู้นำศาสนา ผู้ปกครอง ชุดทหารเยียวยา และโรงเรียนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 90.1 โดยผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละ ของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน (n = 161)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เขตที่ตั้งโรงเรียน		
เทศบาล	54	33.5
องค์การบริหารส่วนตำบล	107	66.5
ขนาดโรงเรียน		
เล็ก	64	39.8
กลาง	69	42.9
ใหญ่	28	17.3
จำนวนห้องเรียน (ห้องเรียน)		
10 ลงมา	42	26.1
11 - 20	59	36.6
มากกว่า 20	60	37.3
จำนวนนักเรียน (คน)		
ตั้งแต่ 100 ลงมา	15	9.3
101 - 500	65	40.4
501 - 1,490	62	38.5
ตั้งแต่ 1,491 ขึ้นไป	19	11.8
จำนวนบุคลากร (คน)		
ตั้งแต่ 10 ลงมา	17	10.6
11 - 30	44	27.3
ตั้งแต่ 31 ขึ้นไป	100	62.1
ชมรมด้านสุขภาพของนักเรียน		
ไม่มี	76	47.2
มี (จำนวน)	85	52.8

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชมรมด้านสุขภาพของนักเรียน (ต่อ)		
มี (จำนวน)		
1 – 2	71	83.5
3 – 5	14	16.5
เครือข่ายในชุมชนที่เป็นกรรมการของโรงเรียน		
ไม่มี	89	55.3
มี (จำนวน)	72	44.7
1	27	37.5
2	31	43.1
3-9	14	19.4
การเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ		
เข้าร่วมโครงการ	145	90.1
ไม่เข้าร่วมโครงการ	16	9.9

3. ข้อมูลปัญหาสุขภาพนักเรียน

ข้อมูลปัญหาสุขภาพนักเรียนในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักเรียนมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยจำนวนโรงเรียนที่นักเรียนมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย 5 อันดับแรกของปัญหาที่พบมาก คือ เรื่องขาดสารอาหาร ไข้หวัด โรคผิวหนัง ฟันผุ และกระเพาะอาหาร โดยคิดเป็นร้อยละ 76.9 ร้อยละ 70.0 ร้อยละ 67.5 ร้อยละ 60.7 ร้อยละ 59.8 ตามลำดับ และจำนวนโรงเรียนที่นักเรียนมีปัญหาทางด้านจิตใจ เรื่องความเครียด คิดเป็นร้อยละ 52.1 (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละ ของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ จำแนกตามปัญหาสุขภาพนักเรียน (n = 117)

ปัญหาสุขภาพนักเรียน	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
ขาดสารอาหาร	90	76.9
ไข้หวัด	82	70.0
โรคผิวหนัง หิด กลาก เกลื้อน	79	67.5
ฟันผุ	71	60.7
กระเพาะอาหาร	70	59.8
น้ำหนักเกินเกณฑ์	41	35.0
ท้องร่วง	23	19.7
มีภาวะโลหิตจาง	23	19.7
สายตาสั้น	15	12.8
ไข้เลือดออก	11	9.4
ภูมิแพ้	11	9.4
พยาธิ	11	9.4
ด้านจิตใจ		
เครียด	61	52.1
แยกตัว	11	9.4

หมายเหตุ แบบสอบถามที่ตอบคำถาม เรื่องปัญหาสุขภาพนักเรียน จำนวน 117 ฉบับ

4. ข้อมูลพฤติกรรมของนักเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ข้อมูลพฤติกรรมของนักเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพ พบว่า จำนวนผู้บริหารโรงเรียนที่ระบุถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของนักเรียน ดังนี้ โรงเรียนมีนักเรียนสูบบุหรี่ และยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด (ยกเว้นบุหรี่) คิดเป็นร้อยละ 93.1 ร้อยละ 79.5 ตามลำดับ นอกจากนี้จำนวนผู้บริหารโรงเรียนที่ให้ข้อมูลเรื่องนักเรียนรับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ ไม่ออกกำลังกาย พักผ่อนไม่

เพียงพอ โดดเรียนไปมั่วสุม และทะเลาะวิวาท คิดเป็นร้อยละ 65.8, 55.6, 55.6, 54.7 และ 52.1 ตามลำดับ (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละ ของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ จำแนกตามพฤติกรรมของนักเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพ (n = 117)

พฤติกรรมของนักเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่	109	93.1
ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด (ยกเว้นบุหรี่)	93	79.5
รับประทานอาหารไม่มีประโยชน์	77	65.8
ไม่ออกกำลังกาย	65	55.6
พักผ่อนไม่เพียงพอ	65	55.6
โดดเรียนไปมั่วสุม	64	54.7
ทะเลาะวิวาท	61	52.1
มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร	43	36.8
ขับขี่มอเตอร์ไซค์ไม่สวมหมวกกันน็อค	32	27.4
ติดโทรศัพท์	42	35.9
ติดเกมส์	19	16.2

หมายเหตุ แบบสอบถามที่ตอบคำถาม เรื่องพฤติกรรมของนักเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพ จำนวน 117 ฉบับ

ตอนที่ 2 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน5จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายข้อมูลเชิงปริมาณคู่ไปกับข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อความชัดเจน โดยอธิบายภาพรวมและจำแนกตามองค์ประกอบแต่ละระดับในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน ดังรายละเอียด

1.1 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นโดยรวมของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระดับความคิดเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ลำดับต่อไปใช้คำว่า ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น) ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้บริหาร โดยภาพรวมของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 3.76, S.D. 0.71) เมื่อพิจารณาแต่ละระดับ พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคลและระดับชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 3.96, S.D. 0.73; $\bar{x}$ 3.71, S.D. 0.74) ตามลำดับ และระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ 3.63, S.D. 0.73) (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหารโดยภาพรวม และองค์ประกอบแต่ละระดับ (N= 161)

องค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ระดับภายในบุคคล	3.96	0.73	มาก
ระดับระหว่างบุคคล	3.63	0.73	ปานกลาง
ระดับชุมชน	3.71	0.74	มาก
ภาพรวมของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น	3.76	0.71	มาก

1.2 องค์ประกอบแต่ละระดับในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

1.2.1 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล

ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระดับความคิดเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้บริหารโดยรวม ($\bar{x}$ 3.96, S.D. 0.71) และรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านความเชื่อมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x}$ 4.16, S.D. 0.87) รองลงมาเป็นด้านความรู้ ($\bar{x}$ 3.81, S.D. 0.72) และด้านทักษะ ($\bar{x}$ 3.71, S.D. 0.68) ตามลำดับ (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหาร จำแนกตาม องค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล (n = 161)

ระดับภายในบุคคล	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความรู้	3.81	0.72	มาก
ความเชื่อ	4.16	0.87	มาก
ทักษะ	3.71	0.68	มาก
รวม	3.96	0.71	มาก

คะแนนเฉลี่ยรายข้อของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคลตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ข้อ เป็นเรื่องความรู้ 1 ข้อและทักษะ 2 ข้อ ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ($\bar{x}$ 3.56, S.D. 0.89) ทักษะการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ($\bar{x}$ 3.24, S.D. 1.08) และทักษะการขับขี่รถจักรยานยนต์ ($\bar{x}$ 3.31, S.D. 1.04) (ตาราง 9 ภาคผนวก)

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ตามความคิดเห็นผู้บริหาร ที่พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับมากแต่ค่อนมาทางปานกลาง ($\bar{x}$ 3.37 – 3.70) จำนวน 4 ข้อ เป็นเรื่องความรู้ 2 ข้อและทักษะ 2 ข้อในเรื่องความรู้เรื่องการขับขี่ที่ปลอดภัย ($\bar{x}$ 3.67, S.D. 0.94) การดูแลตัวเองไม่ให้โรคกำเริบ ($\bar{x}$ 3.68, S.D. 0.95) ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ($\bar{x}$ 3.67, S.D. 0.75) ทักษะในการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{x}$ 3.69, S.D. 0.84)

ข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล ด้านความรู้ ความเชื่อและทักษะในการดูแลสุขภาพ พบว่า

1) ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้บริหารรับรู้ว่านักเรียนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริม ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของนักเรียน เพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่านักเรียนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพกายและจิตสังคม การดูแลสุขภาพกาย เช่น นักเรียนมีความรู้ในเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกาย พัฒนาการและการปรับตัวทางเพศของวัยรุ่น อนามัยเจริญพันธ์ชายหญิง อาหารหลัก 5 หมู่ การทำหมัน การคุมกำเนิด การตรวจสุขภาพร่างกายด้วย

ตัวเอง ส่วนการดูแลสุขภาพจิตและสังคม เช่น นักเรียนมีความรู้ในเรื่องการปรับตัวกับเพื่อนใหม่ การจัดการความเครียด ยาเสพติด ปัญหาเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

"เรื่องเกี่ยวกับดูแลสุขภาพที่นักเรียนรู้...อาหารหลัก 5 หมู่...เรื่องการทำหมัน การคุมกำเนิดเรื่องเพศ ...เรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ วิธีจัดการกับความเครียดอะไรแบบนี้" IDI – 2L100 – 102

"ความรู้ของนักเรียนส่วนมากในเนื้อหาวิชาสุขศึกษานะ นักเรียนมีความรู้เรื่อง นี่แหละพื้นๆ เลย อาหารหลัก 5 หมู่ การรักษาความสะอาดร่างกาย การปรับตัวกับเพื่อนใหม่ การจัดการความเครียด" IDI – 2.2L 9 – 11

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของนักเรียน เพื่อรักษาและฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่านักเรียนมีความรู้ ใน 2 เรื่อง คือ ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การปฏิบัติตัวเมื่อป่วย การดูแลบาดแผล การห้ามเลือด และความรู้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น เมื่อมีความเครียด นักเรียนมีความรู้เรื่องวิธีการผ่อนคลาย ความรู้เรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหาอารมณ์ของตนเอง ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

"การวัดผลก็ นักเรียนจะมีความรู้ในเรื่อง...เช่น การผ่อนคลายรู้จักอารมณ์ตัวเองหรือสร้างแรงจูงใจให้ตัวเอง" IDI – 2.2L 30 – 31

"การปฐมพยาบาลนักเรียนมีความรู้...วิชาลูกเสือ เนตรนารีก็มีการทดสอบการทำแผล แสดงว่านักเรียนมีความรู้ในการปฐมพยาบาล...ความรู้...ก็ (เงียบ) ทำแผลเป็น ห้ามเลือดได้ ดูแลตัวเองเมื่อเป็นแผล" IDI – 2.2L 34 – 39

ผู้บริหารส่วนหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า ส่วนที่เป็นปัญหา พบเรื่อง นักเรียนส่วนน้อยยังมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตัวเองยังไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

"(เด็กมีความรู้พอไหม) น่าจะไม่พอ ในเรื่องของสุขภาพตัวเอง ในเรื่องของอนามัยเจริญพันธ์ในเรื่องของสุขภาพ ชายหญิง ก็ยังไม่รู้จะกลับบ้านดูแลตัวเอง อย่างเช่น ผู้ชายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นก็

คือการรักษาสุขภาพ เช่น เรื่องของกลิ่นตัวบางคนก็…ยังไม่ครอบคลุมเท่าไหร่ต้องดูแล ผู้หญิงในเรื่องของการรักษาความสะอาดก็ยังไม่ดี แต่มีเป็นส่วนน้อย” FG 2L 309 - 312

“นักเรียนยังขาดความรู้…ในการดูแลสุขภาพตัวเอง” FR - 63

“นักเรียนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย” FR - 150

2) ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่านักเรียนมีความเชื่อในการส่งเสริมป้องกันโรครักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยนักเรียนมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพตามข้อกำหนดบทบัญญัติของศาสนาทั้งหลักปฏิบัติและหลักศรัทธา ดังตัวอย่าง การรักษาความสะอาดถือว่าความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของอีหม่านความศรัทธา โดยนักเรียนมีการปฏิบัติตามหลักความเชื่อดังกล่าวในโรงเรียนตามระเบียบของโรงเรียน ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“หลักของศาสนานั่นเข้ากับความเชื่อในการดูแลสุขภาพ…(นักเรียน) เชื่อในเรื่องของจิตใจทำให้จิตใจบริสุทธิ์ เหมือนเรื่องของละหมาดก็มีผลทั้งจิตใจและร่างกายเรื่องสุขภาพด้วยเหมือนวิธีปฏิบัติในละหมาดบางท่าก็คล้ายๆ กับการทำโยคะ ถ้าคนเราทำวันละ 5 ครั้งเหมือนกับว่าเราได้ชำระจิตใจของตัวเองแล้ว ได้ออกกำลังกายไปด้วย” IDI - 2L37 - 41

โดยส่วนที่เป็นปัญหา ผู้บริหารส่วนหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า นักเรียนได้รับอิทธิพลเรื่องความเชื่อในการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจากผู้ปกครอง เช่น การรับประทานยาไม่ครบ การดูแลบาดแผลไม่ถูกต้อง ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“นักเรียนยังมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ จากผู้ปกครอง”FR – 63

“ถ้าพ่อแม่มีการศึกษาก็ โอเค แต่ถ้าพ่อแม่ไม่มีการศึกษาเลยคือปัญหา ตรงนี้ยากมากเลยเค้าจะเชื่อตามนั้น” FG – 2L313 – 314

“(นักเรียน) ไม่กินยา บางทีกินยาไม่ตรงเวลา กินสมุนไพรรักษาหมอบ้านไว้ก่อนอาการแย่แล้วค่อยไปหาหมอโรงบาล” FG – 2L314 – 315

“ยาอะไรนะนีโอไหม เค้าจะมาโรยที่แผล…โดยไม่ได้ทำความสะอาดมันจะไปหมักหมม..คือที่กะ (ครู) ไปเห็นนี่มันจะแห้งข้างนอกที่เค้าโรยยาแต่ข้างในเป็นหนอง พอเราไปบอกเค้าก็

บอกว่าแห้งแล้วไม่เป็นไร…คราวนี้มันก็จะลาม…เค้ายิ่งไม่กล้าไปโรงพยาบาล อนามัย เพราะเค้าไม่กล้ากลัวล้างแผล FG – 2L314 – 315

3) ทักษะในการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่านักเรียนมีทักษะในการส่งเสริมป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยนักเรียนมี ทักษะในการเลือกซื้ออาหาร เช่น การเลือกซื้อปลาสด เลือกซื้อผักสด ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เช่น การรู้จักเข้าใจ เห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น ทักษะในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหาวิธีผ่อนคลายความเครียด การพักผ่อนให้เพียงพอ ทักษะในการปฏิเสธ เช่น วิธีการปฏิเสธ การให้เหตุผลการปฏิเสธ ทักษะในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา เช่น การค้นหาปัญหา การหาทางเลือก ทักษะการดูแลสุขภาพกาย เช่น การล้างมือ การแปรงฟัน การตรวจสุขภาพตัวเอง ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“การปฏิบัตินักเรียนสามารถเลือกปลาสด เลือกผักสดได้…แปรงฟันถูกวิธี ล้างมือได้ตรวจร่างกายตัวเองเบื้องต้นได้บ้าง” IDI – 2.2L 43 – 44

“นักเรียนสามารถแก้ปัญหา จากการทำกลุ่มในห้องเรียน…การปฏิเสธเพื่อนที่ชวนหนีเรียนโดยให้เหตุผลในการปฏิเสธได้…หรือการที่นักเรียนมากล่าวรายงานหน้าห้องเรียนทำให้เห็นว่าเค้ามีการตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวอย่างไร…เค้าพยายามรักษาสัมพันธภาพที่ดีของตนเองกับเพื่อนไม่ให้เพื่อนโกรธ” IDI – 2.2L 55 – 59

การให้ข้อมูลตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า โดยส่วนที่เป็นปัญหา พบเรื่อง นักเรียนนำทักษะการดูแลสุขภาพมาใช้ในชีวิตประจำวันได้น้อย เช่น นักเรียนขาดการออกกำลังกาย นักเรียนรับประทานอาหารไม่ครบมื้อ และเลือกบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ประเภทขนมถุง น้ำอัดลม ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“ดูแลสุขภาพน้อยมาก (เนื่องจากพวกเราเรียนเยอะ) เด็กค่อนข้างมีเวลาออกกำลังกายน้อย” ID1 - 1L9 - 10

“เด็กนักเรียน เป็นลม แล้วพาไปที่โรงพยาบาลถามว่าทานอะไรหรือยัง พบว่าทานแค่ขนมถุง แบบนั้นและพอมื้อเที่ยงไม่อยากกิน คือเค้าบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลัก” FG - 2L196 - 198

“นักเรียน…ชอบกินสารเคมีนะ คือลูกชิ้นอะไร ของย่าง ลูกอม ชอบมาก…ของกรอบๆ

…ของกินสารเคมีนี่นักเรียนชอบ”FG -2L127 - 130

“การรับประทานอาหาร…เด็กจะกินมาม่า” FG -1L62

ผู้บริหารยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่านักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่นการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด การรวมกลุ่มมั่วสุม ท้องในวัยเรียนดังคำกล่าวว่า

“…และปัจจุบันเนี่ยเด็กอาจจะเสี่ยงต่อยาเสพติดสูง” ID1 - 1L11

“ปัญหาท้องในวัยเรียน หรือแต่งงานในวัยเรียน…ของที่โรงเรียน 10 คน…ปัญหามีหลายคนก็มีการโดดเรียนไปขี่มอเตอร์ไซค์รวมกลุ่มมั่วสุมรวมกลุ่มหนีเที่ยว…มีหนีเรียนไปเที่ยว” FG -2L155 - 60

1.2.2 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคล

ผลการศึกษา จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระดับความคิดเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคล พบว่า ความคิดเห็นของผู้บริหารมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ 3.63, S.D. 0.73) คะแนนเฉลี่ยในรายด้านนั้นมีความแตกต่างกัน โดยพบว่า การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับสูงสุด และรองลงมาคือกลุ่มเพื่อน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 3.79, S.D. 0.75; $\bar{x}$ 3.77, S.D. 0.83) ส่วนการสนับสนุนโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางซึ่งต่ำสุดเทียบกับ 3 ด้าน ($\bar{x}$ 3.62, S.D. 0.84) (ตาราง 7)

ตารางที่ 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหาร จำแนกตามองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคล (n = 161)

ระดับระหว่างบุคคล	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1) การสนับสนุนของครอบครัว	3.62	0.84	ปานกลาง
2) การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อน	3.77	0.83	มาก
3) การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญ	3.79	0.75	มาก
รวม	3.63	0.73	ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยรายข้อของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคลตามความคิดเห็นผู้บริหาร พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 ข้อ เป็นด้านการสนับสนุนของครอบครัว 2 ข้อ ด้านการสนับสนุนของเพื่อน 1 ข้อ และด้านการสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญ 3 ข้อ ดังนี้ ด้านการสนับสนุนของครอบครัว เรื่องการสนับสนุนเงินกับทางโรงเรียนเพื่อทำประกันอุบัติเหตุแก่นักเรียน ($\bar{x}$ 3.33, S.D. 1.25) และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียน ($\bar{x}$ 3.47, S.D. 1.01) ด้านการสนับสนุนของเพื่อน เรื่องนักเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพื่อนนักเรียนด้วยกัน ($\bar{x}$ 3.66, S.D. 0.86) และด้านการสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญ เรื่องการให้คำแนะนำนักเรียนที่ต้องใช้อุปกรณ์เสริมในการดำรงชีวิตประจำวัน ($\bar{x}$ 3.62, S.D. 1.05) การทดสอบการมองเห็นแก่นักเรียน ($\bar{x}$ 3.65, S.D. 0.93) และการช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพนักเรียนที่ป่วย ($\bar{x}$ 3.65, S.D. 0.96)

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ตามความคิดเห็นผู้บริหาร ที่พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับมากแต่ค่อนมาทางปานกลาง ($\bar{x}$ 3.37 – 3.70) จำนวน 3 ข้อ เป็นด้านการสนับสนุนของครอบครัว 1 ข้อ การสนับสนุนของเพื่อน 1 ข้อ และการสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญ 1 ข้อ ดังรายละเอียด ด้านการสนับสนุนของครอบครัว เรื่องครอบครัวร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน ($\bar{x}$ 3.68, S.D. 0.97) ด้านการสนับสนุนของเพื่อน เรื่องนักเรียนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้รับการยกย่องชมเชย ($\bar{x}$ 3.68, S.D. 1.06) และการสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญ เรื่องบุคลากรสาธารณสุขติดตามดูแลนักเรียนป่วยที่ส่งต่อไปจากโรงเรียน ($\bar{x}$ 3.69, S.D.1. 00)

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่มและแบบสอบถามที่เป็นข้อมูลเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นระดับระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยดูแลสุขภาพวัยรุ่น พบว่า

1) การสนับสนุนของครอบครัวเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ

ผู้บริหารรับรู้ว่าครอบครัวสนับสนุนการส่งเสริมและป้องกันโรคของวัยรุ่น ในลักษณะของการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วๆ ไป เช่น ดูแลเรื่องอาหาร เสื้อผ้า ส่วนการสนับสนุนของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น ส่วนใหญ่ครอบครัวจะสนับสนุนการเงิน หรือสิ่งของให้กับโรงเรียนแต่ไม่ค่อยมีเวลาให้กับโรงเรียน ดังตัวอย่าง

“ครอบครัวก็… ตามปกติแหละดูแลเรื่องอาหารการกิน เรื่องกิจวัตทั่วๆ ไป เสื้อผ้า ให้เงินไปโรงเรียน” IDI – 2.2L 73 – 74

“เค้าจะมาบริจาคส่วนมากเป็นของ เป็นทุนการศึกษา…ก็ส่วนใหญ่ผู้ปกครองให้เงิน”IDI – 2L 44 - 48

“แต่ผู้ปกครองไม่มีเวลา ผู้ปกครองให้ตังค์อย่างเดียวไม่มีเวลา” FG - 2L116 – 117

ส่วนการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของนักเรียนเรื่องอื่นๆ เช่น การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน ผู้บริหารรับรู้ว่าส่วนใหญ่ครอบครัวจะมอบการดูแลเหล่านี้ให้กับครู เนื่องจากครอบครัวไม่มีเวลาต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ มีครอบครัวบางส่วนที่เอาใจใส่ดูแลนักเรียน ให้ความร่วมมือกับทางโรงเรียนดี มาร่วมประชุมกับทางโรงเรียนทุกครั้ง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน เหมือนกับว่าเศรษฐกิจมันบีบรัดตัว ผู้ปกครองเลยไม่ค่อยมีเวลาให้กับลูก” IDI - 1 L29

“ครอบครัวเค้าแบบว่าเหมือนกับว่าเอาลูกมาฝากวัด เจ้าอาวาสก็จัดการไป ก็เหมือนกันแหละฮะ เอาลูกมาให้กับคุณแล้วจะเป็นอย่างไรก็จัดการด้วยแล้วกัน ผู้ปกครองก็ไม่รู้” IDI -1L36 - 38

“ครอบครัวสอนหรือ…เท่าที่รู้คุยกับเด็ก (ครอบครัว) ไม่ค่อยได้สอนนะเรื่องสุขภาพก็ไม่ได้สอน…บางคนครูจะแจ้งว่าเด็กสูบบุหรี่ก็ยังลำบากใจเพราะครูคุยกับผู้ปกครอง ปรากฏว่าทางบ้านเค้าไม่รู้เลย เค้าไม่ค่อยได้คุยกับเด็ก ไม่รู้ว่าเด็กสูบบุหรี่” IDI – 2.2L 77 – 79

“เด็กสมัยนี่ชอบขี่รถ ตอนไปเยี่ยมบ้านพบว่าเด็กบางคนวันศุกร์กลับถึงบ้านเปลี่ยนผ้าแล้วมาอีกทีวันอาทิตย์อี (จะ) เข้าโรงเรียน ถึง…ครูก็เตือน (ผู้ปกครอง) ไปอีกว่าจะต้องพูดมั่งแหละนาไม่ใช่ปล่อยแบบนี้” IDI – 2L182 – 184

การสนับสนุนของครอบครัวเพื่อรักษาและฟื้นฟูสภาพ เมื่อนักเรียนป่วยผู้บริหารบางรายรับรู้เกี่ยวกับ การสนับสนุนของครอบครัวเมื่อวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพ ใน 2 ลักษณะ คือ การยอมรับปัญหาของครอบครัว และความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

การยอมรับปัญหาของครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ปฏิเสธและไม่พอใจ เมื่อโรงเรียนแจ้งกับครอบครัวว่า นักเรียนเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ทะเลาะวิวาทกับเพื่อน จนกระทั่งเกิดปัญหาต่อสุขภาพกับนักเรียนหรือมีผลต่อการเรียน เช่น ติดยาเสพติด ขาดเรียน

เป็นประจำ ครอบครัวจึงจะยอมรับว่านักเรียนมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและให้ความร่วมมือในการดูแลนักเรียน ดังคำกล่าวของผู้บริหาร

“พบเด็กที่เสพยา…แต่ที่พบคือพ่อแม่ไม่ยอมรับความจริง…ใช่ (พูดเสียงดัง) นั่นคือปัญหา เค้าจะโกรธสถาบันโรงเรียน”IDI – 1L74 – 75

“มอสามถึงก็โทรไปบอกผู้ปกครอง นั่นแหละผู้ปกครองจะได้ช่วยก็มีเลิกได้มั่งไม่ได้มั่ง…เลิกได้ไปคนสองคน เค้าก็โทรมาบอก…เค้าบอกว่าที่บ้านไม่มี เด็กก็หลบไม่ทำให้ผู้ปกครองเห็น เพราะถ้าเห็นถูกว่า ไม่ได้เรียนแบบนั้นแหละ พอตอนหลังผู้ปกครองโทรมาบอกว่าเจอใบจากผู้ปกครองก็ถามแต่ไม่ยอมรับก็บอกว่าที่โรงเรียนครูเค้าจับได้แล้ว พอหนที่สามนั่นแหละแกว่านี่เจอแล้วจับได้คาหนังคาเขา”IDI – 2L110 - 115

ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ พบเป็นไปใน 2 รูปแบบ ส่วนใหญ่ครอบครัวให้ความร่วมมือนำนักเรียนไปดูแลรักษาดี และนำนักเรียนไปรักษาด้วยยาสมุนไพรก่อนไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้บริหาร

“กินสมุนไพรรักษาหมอบ้านไว้ก่อน อาการแย่แล้วค่อยไปหาหมอโรงบาล” FG – 2L134 - 135

ส่วนที่เป็นปัญหา พบว่า ครอบครัวบางส่วนปฏิเสธ และไม่เอาใจใส่มอบการดูแลเหล่านี้ให้ครูโดยลำพัง ดังตัวอย่าง มีนักเรียนติดยาเสพติด เมื่อโรงเรียนทราบปัญหาและแจ้งปัญหาการติดยาเสพติดของนักเรียนกับครอบครัว ครอบครัวไม่ยอมรับปัญหาการติดยาเสพติดของนักเรียน ครูต้องนำนักเรียนไปบำบัดรักษาที่สถานบำบัดจนนักเรียนเลิกยาได้โดยครอบครัวไม่ไปเยี่ยมนักเรียนเลยตลอดระยะเวลาหลายเดือนที่ไปบำบัดรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีนักเรียนติดยาเสพติดผมส่งคืนผู้ปกครอง เค้าไม่รับ เค้าปฏิเสธ พอเค้าไม่รับผมก็สงสารเด็ก ผมก็ขอผู้ปกครองว่าผมจะดูแลเอง ผมเอาไปบำบัดที่ยะลา ตอนนั้นยังมีศูนย์บำบัดที่ยะลาก็เอาไปบำบัด…เด็กอยู่ที่นั่น 3 เดือน เด็กหยุดยา ผู้ปกครองไม่ไปดูแลเลยนะ ทั้งที่รู้ว่าเด็กไปอยู่ไหนโรงเรียนก็ต้องไปดูให้กำลังใจกัน สุดท้ายเด็กหาย” IDI – 1L43 - 47

2) การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ ผู้บริหารรับรู้ว่าเพื่อนนักเรียนมีส่วนในการส่งเสริมป้องกันโรค และการรักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยการรวมกลุ่มจัดตั้งชมรมด้านสุขภาพเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เช่น ชมรมต่อต้านยาเสพติด ชมรมรักษ์สุขภาพ

“ชุมนุมด้านสุขภาพ การเรียนรู้ทักษะของเด็ก…มีกิจกรรมชมรม ให้ความรู้สุขภาพกันของเด็กๆ” FG - 2 L8 – 12

นักเรียนให้ข้อมูลในด้านพฤติกรรมสุขภาพของเพื่อนนักเรียนกับครูประจำชั้นเพื่อป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพของนักเรียนเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำด้านสุขภาพกับเพื่อนนักเรียนด้วยกันและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เด็กเค้าจะรู้กัน (พฤติกรรมสุขภาพ) เค้าจะบอกเราเอง เค้าจะรู้เหตุผลว่า แบบโน้นแบบนี้” IDI - 2 L181 – 186

“เด็กนักเรียนกลุ่มนี้…เป็นแกนนำของด้านสุขภาพของโรงเรียน เป็นแกนนำ อย. น้อย คือแกนนำด้านสุขภาพ เป็นแกนนำของโรงเรียนและนักเรียนกลุ่มนี้มาทำกิจกรรมต่อคือเสียงตามสายเป็นการพูดคุยของนักเรียนด้านสุขภาพ” FG - 2 L185 – 189

ส่วนการสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเพื่อรักษาและฟื้นฟูสภาพลักษณะคือ นักเรียนมีการจัดตั้งสภานักเรียนฝ่ายอนามัยซึ่งคอยดูแลความเป็นอยู่ของนักเรียนทุกวัน เมื่อมีนักเรียนป่วยให้การช่วยเหลือดูแล และแจ้งครูประจำชั้น นอกจากนี้ พบว่าในโรงเรียนประจำมีกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดช่วยกันดูแลเมื่อมีเพื่อนป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีสภานักเรียนเดือนดูนักเรียนที่ป่วยมาแจ้งครู แล้วครูจะให้ยาไปให้เด็กที่ป่วยไปทาน” IDI - 2 L82 – 83

3) การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ การสนับสนุนของครู บุคลากรสาธารณสุข และโรงเรียนด้านอนามัยโรงเรียน ตามลำดับ ดังนี้

3.1) การสนับสนุนของครูเพื่อส่งเสริมป้องกันโรครักษา และฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารให้ข้อมูลว่า การสนับสนุนของครู ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ การสนับสนุนในบทเรียน การสนับสนุนทั่วไป และการสนับสนุนแบบบูรณาการ

การสนับสนุนในบทเรียน เป็นไปในลักษณะการให้ความรู้ในห้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ และสอนการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งครูที่ให้ความรู้ในห้องเรียน เช่น ครูสุขศึกษา ครูพละศึกษา ครูประจำชั้น ดังคำกล่าว

“แนะแนวเค้าจะสอนหมด ครอบคลุมทุกด้าน การจัดการกับความเครียดแล้วแต่เค้าจัดเนื้อหามาให้เหมาะกับชั้นๆ จะเรียนเป็นช่วงๆ เช่นตอนเปิดเทอมมีเรื่องการปรับตัวกับเพื่อนใหม่ พอไปกลางเทอมก็เกี่ยวกับการเรียน เป็นเรื่องๆ” IDI – 2L97 – 99

“การดูแลแผลก็สอนในวิชาลูกเสือ เนตรนารี …ถ้าเด็กมีปัญหาเหมือนเค้าเครียดช่วงสอบก็สอนให้เค้ารู้จักการผ่อนคลายรู้จักอารมณ์ตัวเองหรือสร้างแรงจูงใจให้ตัวเอง”IDI – 2.2L 24 – 26

การสนับสนุนทั่วไป ลักษณะการสนับสนุนของครู คือ การดูแลการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูงให้กับนักเรียนทุกเทอม และลงบันทึกในสมุดประจำตัวของนักเรียน การดูแลพฤติกรรมของนักเรียนด้านสุขภาพ เช่น เฝ้าระวังพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดูแลสุขภาพนักเรียนช่วงนอกเหนือจากเวลาเรียน ซึ่งพบในโรงเรียนประจำ เช่น ครูที่ดูแลหอพักให้ยาเบื้องต้นกับนักเรียนที่ป่วยในช่วงกลางคืนหรือนำนักเรียนที่ป่วยส่งโรงพยาบาล ดังคำกล่าว

“ครูประจำชั้นจะสอนแนะแนว ครูประจำชั้นก็จะเอาเวลาวิชาแนะแนวไปชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงให้กับเด็กแล้วลงบันทึก มันจะมีแบบเป็น มอต้น 1-3 เป็นเล่มเดียวกัน แล้วกรอกไปเรื่อยๆ” ID1 - 2 L273 – 274

“มีครูอนามัย ก็เด็กมาบอก ตอนเช้าถ้าเหมือนในหอพักจะมีสภานักเรียนเดินดูเด็กที่ป่วยมาแจ้งครู แล้วครูจะให้ยาไปให้เด็กที่ป่วยไปทาน แบบนั้นแหละ” ID1 – 2L82 – 83

การสนับสนุนแบบบูรณาการ เป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตสังคม โดยดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ดูแลเรื่องการปรับตัวกับเพื่อน ดูแลเรื่องการใช้จ่ายเงินของนักเรียน ดูแลช่วยเหลือแก้ไข และให้กำลังใจเมื่อนักเรียนมีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การดูแลเหล่านี้

เริ่มตั้งแต่ที่โรงเรียนจนถึงบ้านโดยครูที่สนับสนุนดูแลมีการไปเยี่ยมบ้านของนักเรียน ประสานงานกับผู้ปกครอง ครูที่ดูแลนักเรียนกับผู้ปกครองมีความสนิทสนมเป็นกันเอง ซึ่งผู้บริหารให้ข้อมูลว่า ครูให้การดูแลนักเรียนเหมือนเป็นลูกของตัวเอง ลักษณะการสนับสนุนของครูแบบนี้ ผลการศึกษา พบในระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“ครูประจำชั้นดูแล ครอบครัว ให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพตามระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน” FR - 118

“ครูประจำชั้นเป็นครูพ่อ ครูแม่ที่ดูแลเด็กครูทุกคนมีเด็ก 4 คน 5 คน 6 คน 7 คน 8 คน แล้วแต่ผมก็ลองเอามาสิบคน ก็ดู ก็ดูระบบเค้าดีระบบที่เค้าวางไว้ดี” ID - 1 L150 - 151

“ที่บ้านเค้า (นักเรียน) ก็สนิทนะ เหมือนกับแม่เค้าก็เรียกครูว่าลูกทุกคำ ความที่สนิทกันแม่เค้าก็บอกว่าช่วยดูน้อง (นักเรียน) กัน (ด้วย)…ก็เลยบอกว่านี่แหละดูอยู่…ห้องหนึ่งจะมีครูปกครองหนึ่งคน ทำให้รู้จักเด็กหมด ใครเป็นแฟนกับใคร ใครอยู่กันแบบปรือ คือครูจะมีการเยี่ยมบ้าน ครูปรึกษาจะมีบทบาทสำคัญคล้ายๆ กับเป็นพ่อแม่เค้า เหมือนครูจะคุยกันว่า โน่น…ลูกครูเอาแล้วหล่าวโดนเรื่องอะไรแล้วอีกนู้น” ID - 2 L252 – 256

3.2) สนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมป้องกันโรครักษา และฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่าบุคลากรสาธารณสุขมีการสนับสนุนดูแลเมื่อมีการระบาดของโรคและควบคุมการระบาดของโรค ส่วนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมีการสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุข 1-2 ปีต่อครั้ง ลักษณะการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข เช่น การทำกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดในโรงเรียน การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การให้ความร่วมมือเมื่อได้รับการร้องขอจากทางโรงเรียน คือ ขอให้ดำเนินการพ่นหมอกควันในโรงเรียนเพื่อกำจัดยุง ขอให้เป็นหน่วยปฐมพยาบาลเมื่อมีการแข่งขันกีฬาในโรงเรียน ลักษณะการสนับสนุนดูแลสุขภาพนักเรียนเป็นช่วงเวลาหนึ่งๆ ขาดความต่อเนื่อง ขาดแผนงานที่ชัดเจน ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“สาธารณสุขเค้าเข้าไปดู…พอได้ข่าวว่ามีไข้เลือดออกนี่เขาก็มาแล้ว” FG2L142-143

“การดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานสาธารณสุขมาทำให้โรงเรียนแบบไม่มีแผนกับโรงเรียนมาแบบลักษณะเป็นเรื่องๆ การจัดโครงการรณรงค์ด้านต่างๆ โดยใช้แรงจูงใจ” FR29

“หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ค่อยมีระบบในการให้บริการกับโรงเรียน” FR30

3.3) การสนับสนุนของโรงเรียน ด้านอนามัยโรงเรียนเพื่อช่วยดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน ลักษณะการสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค พบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่าโรงเรียนมีการดูแลในเรื่องโภชนาการและอาหารปลอดภัย โดยดูแลเมนูอาหารประจำวัน การประเมินภาวะโภชนาการ โรงเรียนส่งเสริมการออกกำลังกายของนักเรียนโดยจัดสถานที่ให้นักเรียนออกกำลังกายและจัดกิจกรรมให้นักเรียนออกกำลังกายทุกวันหน้าเสาธง

"ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงให้กับเด็กแล้วลงบันทึก" IDI – 2 L273

"กิจกรรม กีฬาก็จัด ครูให้มีการเล่นกีฬากับนักเรียน จะให้ครูที่รับผิดชอบงานจัดกิจกรรม" FG – 2L96 – 97

ส่วนที่เป็นปัญหา พบเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนจากการให้ข้อมูลของผู้บริหาร 2 ใน 19 คนจากการสนทนากลุ่ม พบว่า โรงเรียนขาดการส่งเสริมสุขภาพจิตตามวัย ดังคำกล่าวที่ว่า

"ในส่วนของสุขภาพจิตไม่ค่อยพูดถึง ทางด้านสุขภาพจิตนั้นเห็นว่าต้องมีการพัฒนา…เพราะดูแล้วเด็ก…พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เชื่อฟัง"FG – 2L1186 - 187

การสนับสนุนเรื่องอนามัยโรงเรียนเพื่อการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพของนักเรียน ผู้บริหารให้ข้อมูลว่า โรงเรียนจัดห้องปฐมพยาบาลไว้มุมหนึ่งในห้อง ในมุมปฐมพยาบาล มียาสามัญประจำบ้าน และมีเตียงไว้สำหรับให้เด็กนอนพักเมื่อป่วยระหว่างคาบเรียน ไม่มีห้องน้ำสำหรับมุมปฐมพยาบาล การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น มีการทำแผล การให้ยาแก้ปวดท้องประจำเดือน เป็นต้น ส่วนที่เป็นปัญหา พบว่า โรงเรียนขาดความพร้อมทั้งด้านยา เวชภัณฑ์ และครูพยาบาล ดังคำกล่าว

"โรงเรียนให้ยาเบื้องต้นแก่นักเรียนที่มีอาการปวด ไข้ แต่หากกรณีนักเรียนที่มีโรคประจำตัวทางโรงเรียนจะส่งต่อให้หน่วยงานสาธารณสุขดูแลทันที" FR - 92

"ในด้านอนามัยโรงเรียนยังไม่พร้อมเพราะยังขาดยาและเวชภัณฑ์ และห้องพยาบาลยังไม่เพียงพอกับความต้องการ เช่น เตียงนอน" FR - 63

ผู้บริหาร 14 ใน 21 คน จากข้อมูล สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม และ 6 ใน 161 คน จากแบบสอบถามให้ข้อมูลว่า ทุกโรงเรียนไม่มีครูฝ่ายพยาบาล ครูที่ทำหน้าที่ด้านการดูแลรักษาไม่ได้รับการอบรมในเรื่องการดูแลรักษาเบื้องต้น ทำให้ขาดความรู้และขาดทักษะเฉพาะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการรักษาดูแลนักเรียนที่ป่วย เช่น การดูแลนักเรียนที่ชัก การดูแลนักเรียนแขนหัก ดังนั้นเมื่อนักเรียนป่วยจะส่งนักเรียนไปรักษาที่สถานีอนามัยซึ่งใกล้โรงเรียนที่สุด ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางที่ก็ไม่มีครูพยาบาลแต่มียา..บางแห่งก็ไปเบิกยา แต่จะไปหาหมออนามัยเมื่อไม่สบายต้องส่งอนามัย” FG - 2L272 - 275

“เราไม่มีครูพยาบาลคือเด็กไม่ได้เรียนมาทางด้านนี้....ก็ยังถือว่าบกพร่องอยู่ ถ้ามีอุบัติเหตุก็ไปสาธารณสุข” IDI - 1 L180 - 181

“ถามว่าครูสุขภาพศึกษาบางครั้งอาจจะรู้ไม่หมด ครูสุขศึกษานี้มองไม่หมด… โรงเรียนเองก็ไม่มีความรู้มาก รู้ในเรื่องสุขภาพไม่ลึก” FG - 1L91 – 94

1.2.3 ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความคิดเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 3.71, S.D. 0.74) คะแนนเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง – ระดับมาก โดยวัฒนธรรมของชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ 4.16, S.D.0.86) รองลงมา คือระบบที่โรงเรียนจัดขึ้น ($\bar{x}$ 3.74, S.D. 0.74) และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}$ 3.44, S.D. 0.88) (ตาราง 8)

ตารางที่ 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ตามการรับรู้ของผู้บริหาร จำแนกตามองค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน (N= 161)

ระดับชุมชน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1) ระบบของโรงเรียน	3.74	0.74	มาก
2) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล	3.44	0.88	ปานกลาง
3) วัฒนธรรมของชุมชน	4.16	0.86	มาก
รวม	3.71	0.74	มาก

คะแนนเฉลี่ยรายข้อของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน ตามความคิดเห็นผู้บริหาร พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 ข้อ เป็นด้านระบบของโรงเรียน 14 ข้อ และด้านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล 9 ข้อ ดังรายละเอียด

ด้านระบบของโรงเรียน 14 ข้อ ดังนี้ เรื่องนโยบายของผู้บริหารโรงเรียน คือ การจัดอาหารกลางวันให้นักเรียน ($\bar{x}$ 3.56, S.D. 1.14) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน ($\bar{x}$ 3.65, S.D. 1.0) เรื่องหลักสูตรการ คือ การพัฒนาครูผู้สอนให้มีความรู้และทักษะในการสอนสุขศึกษา ($\bar{x}$ 3.65, S.D. 1.05) การกำหนดหลักสูตรฝึกทักษะแก่นักเรียนในการจัดการความเครียด ($\bar{x}$ 3.49, S.D. 1.01) เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ คือ การดูแลสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสุขาภิบาล ($\bar{x}$ 3.63, S.D. 0.94) การสำรวจสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน($\bar{x}$ 3.50 , S.D. 0.90) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน ($\bar{x}$ 3.65, S.D. 0.96) ห้องพักผ่อนสำหรับนักเรียน ($\bar{x}$ 3.47, S.D. 0.95) แหล่งน้ำเป็นที่เพาะพันธุ์ยุง ($\bar{x}$ 2.93, S.D. 1.24) การจัดการขยะที่เหมาะสม ($\bar{x}$ 3.45, S.D. 1.03) เรื่องการบริหารจัดการในโรงเรียน คือ การสนับสนุนครูให้ทำกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน ($\bar{x}$ 3.59, S.D. 1.03) การสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน ($\bar{x}$ 3.63, S.D. 0.86) การนำปัญหาสุขภาพของนักเรียนมาทำแผน ($\bar{x}$ 3.54, S.D. 1.03) แผนงานการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับการเรียน การสอน ($\bar{x}$ 3.63, S.D. 1.03)

ด้านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล 9 ข้อ ดังรายละเอียด เรื่องกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างบ้าน โรงเรียนและชุมชน คือโครงการด้านสุขภาพเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{x}$ 3.46, S.D. 1.10) การส่งเสริมการออกกำลังกายแก่นักเรียน ($\bar{x}$ 3.52, S.D. 1.04) การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}$ 3.13, S.D. 1.23) การประสานงานกรณีนักเรียนมีปัญหาสุขภาพ ($\bar{x}$ 3.39, S.D. 1.14) การดูแลนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน ($\bar{x}$ 3.44, S.D. 1.10) เรื่องการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน คือ บุคลากรมีการประเมินสุขภาพทุกปี ($\bar{x}$ 3.40, S.D. 1.00) ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{x}$ 3.43, S.D. 1.18) ร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นตามแผนของโรงเรียน ($\bar{x}$ 3.55, S.D. 0.97) ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพทุกสัปดาห์ ($\bar{x}$ 3.16, S.D. 1.10)

คะแนนเฉลี่ยรายข้อตามความคิดเห็นผู้บริหาร พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับมากแต่ค่อนไปทางปานกลาง ($\bar{x}$ 3.37 – 3.70) จำนวน 4 ข้อ เป็นด้านระบบของโรงเรียน 3 ข้อ และด้านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล 1 ข้อ ดังรายละเอียด ด้านระบบของโรงเรียน เรื่องนโยบายโรงเรียนที่ต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพจิต ($\bar{x}$ 3.70, S.D. 0.92) โรงเรียนมีการกำหนด

หลักสูตรเพื่อให้ความรู้เรื่องพัฒนาการทางเพศที่เหมาะสม ($\bar{x}$ 3.68 , S.D. 1.14) โรงเรียนจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวิชาสุขศึกษา ($\bar{x}$ 3.70 , S.D. 0.96) และด้านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล เรื่อง โรงเรียนมีกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบ้านโรงเรียนและชุมชน ($\bar{x}$ 3.69 , S.D. 1.03)

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม แบบสอบถามและเอกสารของโรงเรียน ที่เป็นข้อมูลเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพระดับชุมชน ในด้านระบบของโรงเรียน กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล และวัฒนธรรมชุมชน มีดังนี้

1) ระบบของโรงเรียน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ และการบริหารจัดการในโรงเรียน ดังต่อไปนี้

1.1) นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารรับรู้ว่า กระบวนการในการกำหนดนโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ที่ผู้บริหารใช้ประกอบการให้ข้อมูล ดังนี้ คณะกรรมการบริหารสถานศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนพัฒนาการศึกษาของโรงเรียน ทุก 3-5 ปี และมีแผนย่อยเพื่อปฏิบัติการรายปีซึ่งมีกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ที่สอดคล้อง ระบุไว้ในแผน โดยในการจัดทำแผนพัฒนาการศึกษาของโรงเรียนนั้น ได้มีการนำนโยบายและข้อมูลปัญหามาจาก 5 ส่วน เพื่อประกอบในการทำแผนแผนพัฒนาการศึกษาของโรงเรียน ได้แก่ นโยบายของจังหวัด นโยบายของเขตพื้นที่การศึกษา นโยบายของสำนักงานการศึกษาเอกชน ปัญหาของโรงเรียนหรือสิ่งที่โรงเรียนต้องการพัฒนา และแนวทางการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการศึกษาขั้นพื้นฐานของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (สมศ.) ซึ่งในมาตรฐานของ สมศ.นั้นมีข้อกำหนดเรื่องผู้เรียนมีสุขภาวะที่ดี โดยมีตัวชี้วัด เช่น ร้อยละของนักเรียนที่ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ร้อยละของนักเรียนที่มีทักษะการปฏิเสธและชักชวนไม่ให้เพื่อนเสพยาเสพติด ดังคำกล่าวว่า

“กำหนดลงในแผนพัฒนาซึ่งแผนพัฒนาจะทำแผน 5 ปีหรือแผน 3 ปีเมื่อก่อนเรียกแผนกลยุทธ์ แต่ตอนนี้ให้เรียกแผนพัฒนาการศึกษา เมื่อก่อนใช้ 5 ปีตอนนี้ใช้ 3 ปี…มีระยะเวลา 3- 5ปีนะ ก็ไม่ได้บังคับแล้วแต่ความสะดวกของโรงเรียน บางแห่ง บอกว่า 5 ปีไกลไป แต่ในแผน 5 ปีจะแตกย่อยเป็นแผนรายปี เราเรียกว่าแผนปฏิบัติการรายปี และในแผนปฏิบัติการรายปี ในแผนรายปีจะมีกิจกรรมโครงการต่างๆ ที่สอดคล้อง กับที่ระบุไว้ในแผนพัฒนากับนโยบายที่วางไว้” IDI – 2L308 - 314

“สมศ. มันจะมีตัวชี้วัดอยู่เลยว่าด้านสุขภาพมีอะไรบ้างต้องมีร้อยละของนักเรียนที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ถ้าไม่ทำตามนั้นจะไม่ผ่าน” IDI – 2L369 - 370

“เหมือนกับการทำแผนในการจัดกิจกรรมต่างๆ ต้องจัดให้ครอบคลุมของเค้า (สมศ.) เราจะได้ไม่ต้องทำซ้ำซ้อนหลายครั้ง” IDI – 2L171 - 172

จากเอกสารของโรงเรียนที่ให้การสัมภาษณ์เจาะลึก 2 โรงเรียนและการสนทนากลุ่มผู้บริหาร จำนวน 4 ใน 19 คน พบว่า โรงเรียนจึงมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหลายนโยบาย เช่น นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย นโยบายส่งเสริมโภชนาการ และมีการนำนโยบายไปสู่กิจกรรมและ โครงการที่สอดคล้องในด้านสุขภาพ เช่น โครงการกีฬาสี โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามโรงเรียนไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามนโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งของผู้บริหารให้ข้อมูลว่าเนื่องจากการขาดงบประมาณ ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“ส่วนหนึ่งโรงเรียนเราคือ ของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” FG - 2L178 - 179

“นโยบายบางทีมันก็มาก…เราทำไหมทำกันแต่ทำไม่ต่อเนื่อง” FG - 2L25-26

“โรงเรียนมีการดำเนินงานด้านสุขภาพหลายอย่าง….แต่ปัญหาคือทำไม่ได้ต่อเนื่องไม่มีงบ ทำให้หยุดไปเป็นระยะ” FG - 2L8-14

1.2) หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่า โรงเรียนจัดการเรียนการสอนให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ในหลักสูตรมีการให้ความรู้นักเรียนตามวัย ลักษณะของหลักสูตรในการให้ความรู้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ โครงสร้างของหลักสูตร เนื้อหาของหลักสูตร การจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างทักษะการดูแลสุขภาพแก่นักเรียน และการประเมินการสอนในหลักสูตร มีรายละเอียด ดังนี้

1.2.1) โครงสร้างของหลักสูตรตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียนในรายวิชาสุขศึกษา และวิชาพละศึกษา และมีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในรายวิชาอื่นๆ เช่น วิชาแนะแนว วิชาศาสนา ดังคำกล่าวว่า

“เรื่องความรู้ในการดูแลสุขภาพ ของนักเรียน โรงเรียนสอนในวิชา…สุขศึกษา พละศึกษาแล้วก็วิชาศาสนาด้วย…มันก็แทรกๆ ในศาสนาอิสลามก็สอนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของคนทุกอย่าง การกิน …ในหลัก มันก็สอดคล้องกับของอันนี่แหละ”IDI-2 L4-8

1.2.2) เนื้อหาความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่าเนื้อหาความรู้ดังกล่าวเป็นไปตามเนื้อหาของรายวิชาตามหลักสูตรแกนกลาง พ.ศ. 2551 โดยวิชาสุขศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของร่างกาย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ความรู้เรื่องโรคติดต่อและไม่ติดต่อ เป็นต้น ส่วนในรายวิชาอื่นๆ ที่มีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรค เช่น วิชาศาสนา วิชาแนะแนว วิชาศาสนาให้ความรู้เกี่ยวกับการนำหลักบัญญัติศาสนาอิสลามมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ วิชาแนะแนว มีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับทักษะและความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ให้ความรู้เรื่องการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเรื่องเพศ มีลักษณะกิจกรรม โดยให้นักเรียนแบ่งกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวทางในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและการป้องกันภัยทางเพศ ดังผู้บริหารให้ข้อมูลว่า

“คือในตรงนี้นี่ (เนื้อหาการสอน) เป็นหลักสูตรแกนกลาง 51 0.5 หน่วย… เน้นคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์” IDI-1L61-64

“เรื่องเพศศึกษามีการสอน…แต่ว่าบางทีมันเหมือนดาบสองคม สอนไปเหมือนกับไปชี้ทาง แต่วิธีการสอนส่วนมากจะเปิดวีดีโอให้ดู ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มอภิปราย การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าพวกภัยทางเพศ” IDI-2L159 - 161

1.2.3) การจัดการเรียนการสอน ผู้บริหารให้ข้อมูลว่า การจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างทักษะการดูแลสุขภาพแก่นักเรียน ประกอบด้วย วิธีการสอนและเวลาในการเรียน การสอนวิธีการสอนจะมีลักษณะสอนหน้าห้องเรียนโดยครูบรรยายเกี่ยวกับ ทฤษฎี และทักษะในการดูแลสุขภาพ การฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างทักษะการดูแลสุขภาพ ลักษณะการบรรยายโดยครูมีการยกตัวอย่างประกอบการสอน และให้ชมวีดีโอประกอบการสอน ส่วนการฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างทักษะการดูแลสุขภาพนั้น ลักษณะการสอน คือ ให้นักเรียนทำรายงาน มีน้อยมากที่ให้มีการฝึกปฏิบัติ ดังผู้บริหารกล่าวว่า

“การสอน..ก็มีบรรยายแหละส่วนมาก ครูจะสอนแบบว่ายกตัวอย่างให้เด็กฟังว่า เช่น เรื่อง ยาเสพติดว่าถ้าสูบยาติดยาจะมีสภาพ…มีอาการ…มีผลกระทบกับเด็กยังไงมั่ง…ยกตัวอย่างคนที่เค้ารู้จักให้ฟัง ยกตัวอย่างเหมือนว่าเพื่อนคนนี่พอเค้าเรียนจบไปทำงานเป็นตำรวจ คนนี้เป็นพยาบาลแต่เธอติดยา นี่เธอใครเค้าจะให้ทำงาน ทำงานก็ไม่ได้...เหมือนวิชาการเลือกซื้ออาหาร ก็สอนให้ฟัง แล้วให้เค้ากลับไปทำรายงาน” IDI-2 L148-152

“การปฏิบัติ…ก็ไม่ค่อยมีสอน (ทำท่าคิด) ส่วนมาก…….ออ การล้างมือสอนให้เค้าล้างมือที่ถูกต้อง”IDI – 2L164 – 165

ส่วนเวลาในการสอน ผู้บริหารรับรู้ว่า เวลาของการเรียน การสอนในหลักสูตรแน่นเพราะ เนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วยวิชาสามัญและวิชาศาสนา โดยวิชาสุขศึกษาและพละศึกษะ มีการเรียนการสอนสัปดาห์ละหนึ่งคาบ หรือ 50 นาที มีเพียงบางโรงเรียนจัดการเรียนการสอนมากกว่านั้น เช่น เรียนวิชาสุขศึกษา 2 คาบต่อสัปดาห์ ดังคำกล่าวของผู้บริหาร

“โรงเรียนปอเนาะเรียนเยอะมาก ต้องเรียนศาสนาด้วย” FG - 2L - 17

“ต้องเรียนทั้งสามัญ ทั้งศาสนา…ทำให้เนื้อหาแน่น…ถ้าเราเน้นเรื่องสุขภาพมากก็ไม่มีเวลา” FG - 2L37 - 38

1.2.4) การประเมินการสอนในหลักสูตร ผู้บริหารรับรู้ว่า โรงเรียนมีการประเมินผลความรู้ในการดูแลสุขภาพของนักเรียนด้วยการสอบตามรายวิชาที่เกี่ยวข้องในหลักสูตรแกนกลาง พ.ศ.2551 เช่น วิชาสุขศึกษา วิชาพละศึกษา วิชาศาสนา การประเมินนักเรียนในเรื่องทักษะการดูแลสุขภาพนั้นใช้วิธีการส่งรายงานและการสอบวัดผลไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติของนักเรียนในการใช้ทักษะเพื่อดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ดังผู้บริหารกล่าวว่า

“การประเมินเป็นการสอบ ถ้าเค้าทำข้อสอบผ่านก็ถือว่าได้ หรือทำรายงานส่ง ที่ให้เค้าทำให้ดูมีไหม…ไม่ค่อยมีนะเหมือนการซื้ออาหารเด็กก็ชอบกินขนมถุงมากในโรงเรียนไม่ขายแต่ข้างนอกเต็มไปหมดซื้อได้ง่ายมาก เป็นปัญหาโลกแตกควบคุมไม่ได้เลย ต้องช่วยกันหลายฝ่าย” IDI-2 L 168-170

1.3) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งดูแลรักษานักเรียนที่ป่วย ผู้บริหารรับรู้และให้ข้อมูลว่าโรงเรียนมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกาย ส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียนด้านโภชนาการเรื่องการควบคุมการขายอาหาร ไม่ขายขนมถุง น้ำอัดลมในโรงเรียน ควบคุมดูแลการจัดอาหารให้ครบ 5 หมู่แก่นักเรียน ตรวจสอบเมนูอาหารถึงความเหมาะสมตามหลักโภชนาการ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียนด้านการออกกำลังกายโดยทุกโรงเรียนมีสนามกีฬาเพื่อให้นักเรียนได้ออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตโดยมีห้องละหมาด กำหนดเวลาในการละหมาดของนักเรียน ดังคำกล่าว

“โรงเรียนก็ช่วยดูแลเรื่องเมนูอาหารจัดอาหารให้ครบห้าหมู่” IDI – 2L276 - 277

“โรงเรียนก็พยายามปรับปรุงให้ได้ถูกหลักอนามัยคือโรงเรียนพยายามให้ได้มาตรฐานไม่ว่าด้านอาคาร ด้านที่เราเรียกว่าเป็นอาหารขยะ เราก็เตรียม” FG - 1L21 – 22

“หลังจากเข้าแถวเสร็จ นักเรียนกับครูร่วมกันอ่านกุรอ่าน คาบแรกเลย บังคับเลยนะครับ และประมาณวันศุกร์ วันศุกร์นี่ทั้งครูกับนักเรียนต้องอ่านกุระยานซี” FG – 2L215 – 216

จากข้อมูลพบว่า ผู้บริหารมีความตื่นตัวในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและต้องการพัฒนาโรงเรียนให้เป็นไปตามมาตรฐานของสิ่งแวดล้อม แต่อย่างไรก็ตาม ผู้บริหาร 15 ใน 21 คน จากข้อมูล สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม และ 6 ใน 161 คน จากแบบสอบถามให้ข้อมูลว่าโรงเรียนขาดบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านมาตรฐานสิ่งแวดล้อม ขาดงบประมาณสนับสนุน ขาดความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข ทำให้โรงเรียนส่วนใหญ่กำลังพัฒนาการจัดสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“การจัดการด้านสุขาภิบาลโรงเรียนยังขาดความรู้หากได้รับการชี้แนะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจะดีมาก” FR – 73

“โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในเรื่องความสะอาดนี่ ตระหนักมาก แต่ก็ยังไม่ดีเท่าที่ควรเพราะเราไม่ค่อยมีความรู้ ในเรื่องนี้” FG - 2L160 – 161

“แต่ในเรื่องของความต่อเนื่อง ในด้านงบประมาณได้งบประมาณน้อย” FG – 2L27 – 28

“เอกชนศาสนาควบคู่สามัญ…ไม่ได้รับการดูแลจาก อบต. เท่าที่ควร” FR - 26

“สิ่งแวดล้อมนี่ต้องยอมรับว่าต้องมีการพัฒนามาก…คือลองย้อนไป 6-7 ปีที่ผ่านมา โรงเรียนปอเนาะนับจากวันนั้นถึงวันนี้คือเราเข้าใจ คือสิ่งแวดล้อมต้องสะอาด แต่ประเด็นที่โดยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมี (ความสะอาด)” FG – 2L119 – 121

1.4) การบริหารจัดการในโรงเรียนเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาและฟื้นฟูสภาพนักเรียนที่ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการบริหารจัดการใน 3 ประเด็น คือ การจัดเวลาในการเรียนการสอนเกี่ยวกับสุขภาพ การทำโครงการของโรงเรียนเพื่อดูแลสุขภาพนักเรียน และงบประมาณ

ประเด็นแรก การบริหารจัดการเรื่องการจัดเวลาในการเรียนการสอนเกี่ยวกับด้านสุขภาพเป็นไปตามลักษณะการให้ความสำคัญของผู้บริหาร เช่น ผู้บริหารให้ความสำคัญกับวิชาที่มีผลต่อการเข้าเรียนระดับสูงขึ้น มีการจัดเวลาสอนเกี่ยวกับด้านสุขภาพสัปดาห์ละหนึ่งคาบหรือ 50 นาที ส่วนผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพมีการจัดเวลาสอนเกี่ยวกับด้านสุขภาพสัปดาห์ละสองคาบหรือ 100 นาที ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“โรงเรียนผมมีการสอนวันเสาร์ อาทิตย์ ด้วย หยุดวันศุกร์ วันเดียว……โรงเรียนผมหยุดวันอาทิตย์วันเดียว…มีความแตกต่างกัน (การจัดเวลาในการเรียนการสอน) ในแต่ละโรงเรียนพื้นที่” FG - 2L 43 - 45

“สงขลาเนี่ย (การจัดเวลาในการเรียนการสอน) เราเรียนวิชาศาสนา 20 คาบ...เฉพาะสงขลาอย่างเดียวไหม ที่อื่นไม่เหมือนกัน” FG - 2L 18 - 19

“ผมคิดว่าถ้าเรียนไม่ครบหน่วยกิตมันไม่สามารถเข้ามหาวิทยาลัยได้ แต่หน่วยกิตของสุขศึกษาไม่ได้กำหนดว่าหน่วยกิตในการเข้ามหาลัยได้” FG - 2L 36 - 37

“โรงเรียนมีการบูรณาการคือ รวมทั้งสองวิชา (วิชาสุขศึกษาและพละศึกษา) เป็น 0.5 คือ แต่ละวิชาเรียน 1 คาบรวม 2 วิชา 2 คาบคือ 2 ชั่วโมงแต่ในหลักสูตรจริงๆรวมแค่ 0.5 ซึ่งมันน้อยเกินแต่เราปรับเป็น 1 หน่วยกิต เองไม่อย่างนั้นสอนไม่ได้” FG - 2L109 – 111

ประเด็นที่สอง การบริหารจัดการเรื่องการทำโครงการของโรงเรียนเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาพยาบาล ผู้บริหารรับรู้ว่า โรงเรียนมีการรวบรวมปัญหาสุขภาพนักเรียนใน

โรงเรียนและนโยบายต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการของโรงเรียนประจำปี ซึ่งมีโครงการย่อย เป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนประจำปี โดยผู้รับผิดชอบหลักด้านโครงการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนเป็นครูอนามัยโรงเรียนและครูประจำชั้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้บริหาร 3 ใน 21 คน จากข้อมูล สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม ให้ข้อมูลว่า มีโรงเรียนเพียงส่วนน้อยที่มีการรวบรวมปัญหาสุขภาพนักเรียนมาจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โรงเรียนส่วนใหญ่นำนโยบายต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียนเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานหรือผ่านการประเมินของหน่วยงานต้นสังกัด ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“สมศ. มันจะมีตัวชี้วัด…ถ้าไม่ทำตามนั้นจะไม่ผ่าน มีเกณฑ์มาจาก สมศ. เหมือนกับการทำแผนในการจัดกิจกรรมต่าง ๆต้องจัดให้ครอบคลุมของเค้าเราจะได้ไม่ต้องทำซ้ำซ้อนหลายครั้ง …สมศ มีบทบาทมาก…เพราะเป็นผู้ประเมิน” IDI – 2L369 – 374

“มีโครงการทุกปี โครงการทางสุขภาพ…คือส่วนใหญ่เราทำตามองค์ประกอบต่างๆ ครบถ้วน และก็ได้มีการประเมินตามของสาธารณสุข ก็นำพวกนโยบายของหน่วยงานต่างๆ มาประกอบทำโครงการ…จุดที่มันอ่อนก็มีเหมือนกันบางหัวข้อ บางจุดเราก็ทำได้ตามเกณฑ์ที่วางไว้… ไม่ได้นำปัญหานักเรียนมาทำโครงการ…เท่าที่คุย (หันไปพยักหน้ากัน) มีไม่กี่โรงเรียนที่นำปัญหานักเรียนมาทำโครงการ” FG – 2L85 - 90

ประเด็นที่สาม การบริหารจัดการเรื่องงบประมาณ ผู้บริหารรับรู้ว่า การใช้งบประมาณในการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนเป็นไปตามแผนปฏิบัติการของแต่ละโครงการ ตามการให้ข้อมูลของผู้บริหาร 3 ใน 21 คน จากข้อมูล สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม พบว่า การบริหารจัดการเรื่องงบประมาณเป็นไปตามนโยบายของผู้บริหารแต่ละโรงเรียน โดยโรงเรียนใช้งบประมาณในการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนเป็นเงินจำนวน 15 - 20 เปอร์เซ็นต์จากจำนวนงบประมาณทั้งหมดซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ วิชาการ และพัฒนาผู้เรียนด้าน ลูกเสือ ชุมนุม แนะแนว และงานกีฬาประจำปี โดยงบประมาณส่วนใหญ่ใช้พัฒนาผู้เรียน ด้านงานกีฬาประจำปี ดังคำกล่าวของผู้บริหารว่า

“การบริหารงบไม่เหมือนกันแล้วแต่ผู้บริหาร…งบด้านนี้ (การดูแลสุขภาพนักเรียน) ใช้เรื่องวิชาการ เรื่องพัฒนาผู้เรียน ก็มีลูกเสือ ชุมนุม แนะแนว งานกีฬาประจำปีแบ่งเป็นกีฬาภายในกีฬาภายนอก…จำนวนเงินก็ไม่แน่นอนข้างจะ…อนุบาล ระดับประถม ห้าหมื่นบาทต่อปี ถ้ามัธยมก็สามหมื่นต่อปี” IDI – 1L212 - 215

“แต่ส่วนมากงบด้านนี้ (การดูแลสุขภาพนักเรียน) ไม่เกินยี่สิบเปอร์เซ็นต์เป็นงบที่ทำทุกปี” IDI – 2L394

“…งบจัดกีฬาด้านสุขภาพ…(เงียบ)ไม่น่าเกินห้าหมื่น รวมเรื่องอื่นๆน่าจะยังไงก็ไม่น่าเกิน 15 เปอร์เซ็นต์ แหละมากสุดยี่สิบแล้วกันงบนี้ (การจัดกีฬา) ทุกปี” IDI – 2.2L91 - 94

2) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล คือ ด้านกิจกรรมร่วมกันระหว่างบ้าน โรงเรียน ชุมชน และด้านการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน

2.1) กิจกรรมร่วมกันระหว่างบ้าน โรงเรียน ชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่า การดำเนิน กิจกรรมร่วมกันระหว่างบ้าน โรงเรียน ชุมชน ส่วนใหญ่โรงเรียนเป็นผู้ตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในนักเรียน เช่น โครงการอบรมจริยธรรมคุณธรรม โครงการทัศนศึกษา โครงการกีฬาสี ซึ่งตามโครงสร้างการดำเนินงานของกิจกรรมนั้นมีกรรมการบริหารสถานศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบดูแลกิจกรรมของนักเรียน โดยกรรมการบริหารสถานศึกษาประกอบด้วย ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทนครู ตัวแทนผู้นำศาสนา และตัวแทนผู้ปกครองบ้านเมือง คณะกรรมการมีการประชุมกันอย่างน้อยเทอมละ 1 ครั้ง โดยโรงเรียนมีแผนกำหนดกิจกรรมของนักเรียนในแต่ละปี

“กรรมการสถานศึกษาจะประกอบด้วยโต๊ะอีหม่าม แล้วก็เป็นเจ้าหน้าที่ด้านการเมืองผู้ใหญ่บ้านแล้วก็ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทนครู….ก็ส่วนใหญ่ตัดสินใจกันเองได้โดยที่ไม่ผ่านกรรมการแต่ในหลักการเค้าก็บอกไว้แล้วว่าให้ตัวแทนในโรงเรียนประธานกรรมการ ผอ. ประชุมกันเองแล้วตัดสินใจได้ขึ้นอยู่กับการประชุม เพราะบางทีนั่นเค้า…บางเรื่องเค้าก็ไม่สันทัด เค้าบอกว่าถ้าเรื่องนี้ตัดสินใจไปเลย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องโครงการในโรงเรียน ก็อนุมัติในรอบแรกแต่ถ้าเปลี่ยนแปลงก็ให้ ผอ. ตัดสินใจไปเลย” IDI - 2 L63 - 71

ส่วนการสนับสนุนของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนนั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่า ชุมชนมีการสนับสนุนโรงเรียน เช่น การมอบทุนการศึกษา การบริจาคสิ่งของ

ให้กับโรงเรียนเมื่อมีกิจกรรมถือศีลอดประจำปี การแจ้งข่าวพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน ส่วนการดูแลและนำนักเรียนที่ป่วยส่งไปรักษายังโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่โรงเรียนต้องดูแลทั้งหมด ขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าว

“ในเดือนบวชเราต้องเลี้ยงเค้าหุงข้าวเลี้ยงตลอด ชุมชนเค้าก็พามาให้มั่งเหมือนกับว่าหน่อไม้ มะพร้าว นอกเหนือจากนั้นการดูแลอื่นๆ เค้าจะคอยแลให้ เหมือนกับว่าเห็นคนนอกเข้ามาเค้าจะแจ้งเรา…มีวันหนึ่งเค้านัดผู้ชายมารับกำลังปีนกำแพง ถึงกาชาวบ้านเห็นก็โทรมาแจ้ง ถึงทางนี่ก็ไปดักจับได้”IDI - 2L56 - 60

“บางแห่ง (เทศบาลหรืออบต.) ส่วนใหญ่ก็ไม่มีไปส่งรถของโรงเรียนนะ (ส่งนักเรียนที่ป่วยในโรงเรียน)” FG - 2L280

2.2) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน ผลการศึกษา พบว่าผู้บริหารรับรู้ว่าลักษณะกิจกรรมที่มีการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน คือ การส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี การส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้ข่าวสารด้านสุขภาพ โดยโรงเรียนมีการจัดตั้งกรรมการในด้านการดูแลสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน มีผู้บริหารโรงเรียนร่วมเป็นคณะกรรมการ แต่งตั้งครูเป็นผู้ดูแลกิจกรรม มีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ เชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปตรวจสุขภาพในโรงเรียน แจ้งข่าวสารด้านสุขภาพประจำเดือน การออกกำลังกายหลังเข้าแถวทุกวัน จัดแข่งขันกีฬาให้ครูเล่นกีฬากับนักเรียน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีการดำเนินงานด้านสุขภาพหลาย… ทั้งบุคลากรครู ทั้งหมด เริ่มแรกให้มีการตรวจสุขภาพทุกคน ให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปตรวจสุขภาพสัปดาห์ละครั้ง พอได้ยามารักษาที่ป่วยบุคลากรก็ happy” FG-2L8 – 10

“มีคณะกรรมการดูแล คณะกรรมการดูแลของโรงเรียน แล้วก็มีการตั้งคณะกรรมการโดยผมอยู่ในคณะกรรมการด้วย และก็มีกิจกรรม กีฬาก็จัด ครูให้มีการเล่นกีฬากับนักเรียน จะให้ครูที่รับผิดชอบงานจัดกิจกรรม” FG-2L100 – 102

ส่วนที่เป็นปัญหา พบว่าโรงเรียนเพียงบางส่วนที่มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังกล่าว และลักษณะการทำกิจกรรมไม่มีความต่อเนื่อง ทำกิจกรรมเป็นเพียงระยะเวลาหนึ่ง

แล้วขาดหายไป โดยข้อมูลของผู้บริหาร 2 ใน 21 คน จากข้อมูล สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม 20 ใน 161 ฉบับ พบว่า โรงเรียนไม่มีกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบุคลากร เช่น ไม่มีนโยบายการตรวจสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน และบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ดังคำกล่าวที่ว่า

"ก็ไปตรวจน้อยค่ะ คือ ในเรื่องค่าใช้จ่ายต้องจ่ายตังค์ด้วย ส่วนหนึ่งเพราะมีการสนับสนุนแค่ประมาณ สองหมื่นบาทต่อปี…นโยบายไม่ได้ประกาศแต่ใครไปตรวจก็ได้มาใช้สิทธิได้" IDI-2 L 278-281

"อยากให้ผู้บริหารสูงสุดมีโครงการพิเศษตรวจสุขภาพครูและนักเรียนทั้งโรงเรียนปีละ 1 ครั้งเป็นประจำทุกปี" FR - 6

"…แต่ปัญหาคือทำไม่ได้ต่อเนื่อง…ทำให้หยุดไปเป็นระยะ FG-2L11

3) วัฒนธรรมชุมชน คือ หลักคำสอนทางศาสนาสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ผลการศึกษาพบ ผู้บริหารรับรู้ว่า ลักษณะหลักคำสอนทางศาสนานั้นมีข้อบัญญัติหลัก ได้แก่ หลักศรัทธาในอิสลาม 6 ประการ และการฝึกฝนให้เกิดการปฏิบัติตามหลักปฏิบัติพื้นฐาน 5 ประการ เช่น การละหมาดวันละ 5 เวลาเหมือนกับการออกกำลังกาย การปฏิญาณเชื่อในเรื่องของจิตใจทำให้จิตใจบริสุทธิ์ โรงเรียนส่วนใหญ่ส่งเสริมการจัดกิจกรรมในการนำหลักคำสอนทางศาสนามาปฏิบัติในโรงเรียน เพราะเป็นโรงเรียนสอนศาสนา เช่น การถือศีลอด ทำบุญประจำปี ดังคำกล่าวที่ว่า

"การปฏิญาณ เชื่อในเรื่องของจิตใจทำให้จิตใจบริสุทธิ์ เหมือนเรื่องของละหมาดก็มีผลทั้งจิตใจและร่างกายเรื่องสุขภาพด้วย เหมือนวิธีปฏิบัติในละหมาดบางท่าก็คล้ายๆ กับการทำโยคะ ถ้าคนเราทำวันละ 5 ครั้งเหมือนกับว่าเราได้ชำระจิตใจของตัวเองแล้ว ได้ออกกำลังกายไปด้วย ถึงเหมือนกับว่าการบริจาคทานก็คล้ายๆ ว่า เราได้ทำบุญได้ช่วยเหลือคนจน" IDI – 2L38 – 40

"การนำหลักสูตรคำสอนทางศาสนามาประกอบด้านสุขภาพ เช่นส่งเสริมให้มีการละหมาด ส่งเสริมให้มีการกล่าวปฏิญานตน…ตรงส่วนนี้ 120 เปอร์เซ็นต์ เป็นส่วนที่บังคับอยู่แล้วทุกโรงเรียนทำเต็ม" FG – 2L212 – 214

"…ต้องปฏิบัติเป็นการบังคับไม่ว่าเป็นนักเรียนหรือครู อาจารย์ในโรงเรียน เราบังคับให้ละหมาดและนอกเหนือจากนั้น บางโรงบังคับให้อ่านคัมภีร์อับกุรอ่าน" FG – 2L222 - 224

ผู้บริหาร 2 ใน 161 คน จากแบบสอบถาม ให้ข้อมูลว่าส่วนที่เป็นปัญหา พบเรื่องโรงเรียนส่วนใหญ่ยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างการนำหลักคำสอนทางศาสนาและการปฏิบัติเพื่อดูสุขภาพมาทำให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม ดังคำกล่าวที่ว่า

"คำสอนมีอยู่แล้วแต่การฝึกทักษะเพื่อดูสุขภาพยังขาดอยู่" FR130

"ต้องมีการบูรณาการสาระการเรียนรู้ระหว่างวิชาสุขศึกษาและวิชาศาสนาจะสามารถส่งเสริมและสร้างความตระหนักต่อผู้เรียนได้ดีกว่า และสามารถเชื่อมโยงระหว่างความรู้ และข้อปฏิบัติในศาสนาพร้อมๆ กัน" FR - 92

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผล ดังนี้

ระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นทั้ง 3 ระดับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของผู้บริหารที่รับรู้ถึงระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น อยู่ในระดับมาก (ตาราง 5) อธิบายผลการศึกษาได้ 3 ประเด็น ได้แก่

1) โรงเรียนสอนศาสนาอิสลามที่ศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพของนักเรียนตามนโยบายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีองค์ประกอบในการดำเนินงาน ทั้งหมด 10 องค์ประกอบ ที่ครอบคลุมในเรื่อง นโยบายของโรงเรียน การบริหารจัดการในโรงเรียน โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ อนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย การออกกำลังกายกีฬาและนันทนาการ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน อีกทั้งการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพของนักเรียนตามนโยบายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ เป็นระดับทอง เงิน ทองแดง โดยมีการสำรวจสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนตามมาตรฐานของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรม

อนามัย 2551) ซึ่งโรงเรียนที่ไปเก็บข้อมูลเหล่านี้ได้เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 90.1 โดยผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง (ตาราง 2) รวมถึงจากการศึกษา เรื่องปัจจัยจำแนกผลการดำเนินงานในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ในปี 2551 โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับทองแดง เงินและทอง คิดเป็นร้อยละ 55.83, 24.17 และ 20.00 ตามลำดับ (ยาการียา เจะโด 2553)

2) โรงเรียนที่ศึกษาเป็นโรงเรียนเอกชน ซึ่งตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ปี พ.ศ.2542 โรงเรียนเอกชนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนต้องมีระบบการประกันคุณภาพจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา เพื่อให้ได้มาตรฐานการศึกษา

3) นโยบายการบริหารของโรงเรียนมีกลยุทธ์เชิงธุรกิจ เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันให้ได้รับการยอมรับจากผู้ปกครอง ซึ่งจะส่งผลให้มีจำนวนนักเรียนที่เพิ่มขึ้น ดังการศึกษา เรื่องการจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ระบบการบริหารของโรงเรียนให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านการศึกษาซึ่งมุ่งเน้นให้โรงเรียนมีศักยภาพด้านหลักสูตรสามารถเปิดการเรียนการสอนให้มีนักเรียนเรียนในโรงเรียนมากที่สุด อันเป็นกลยุทธ์เชิงธุรกิจ ซึ่งสร้างความสามารถในการแข่งขันเพื่อให้สถานศึกษาสามารถบรรลุตามเป้าหมายของการจัดการศึกษาอยู่รอดและเติบโตไปได้อย่างมั่นคง (นินาวาลย์ ปานากาเซ็ง แมงกาจิ 2551)

ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น : ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน

มุมมองทางนิเวศวิทยา เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ได้รับอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรมเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์อย่างเชื่อมโยงต่อเนื่องกันอย่างเป็นลำดับขั้นใน 3 ระดับ คือ ระดับภายในบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน ซึ่งระดับภายในบุคคลเป็นผลจาก 2 ระดับย่อยคือระดับระหว่างบุคคลและระดับชุมชน ดังนั้นจากผลการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่มและแบบสอบถาม อธิบายความสัมพันธ์ตามนิยามดังกล่าวได้ว่า ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชนโดยรวมอยู่

ในระดับมาก (ตาราง 5) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยรายข้อของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นทั้ง 3 ระดับ โดยเริ่มต้นจากผลของระบบคือระดับภายในบุคคล ที่ผลการศึกษามีทิศทางไปในทางเดียวกัน ทั้งหมดมี 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรก ทิศทางการดูแลสุขภาพไปในระดับมาก ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) การดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องทักษะของนักเรียนในการขอคำปรึกษาจากครูเมื่อมีปัญหาสุขภาพ 2) การดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของร่างกายและการดูแลความสะอาดร่างกายของนักเรียน ประเด็นสอง ทิศทางการดูแลสุขภาพไปในระดับปานกลาง ประกอบด้วย 3 ส่วน 1) การดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องความรู้และทักษะเรื่องการขับขี่ที่ปลอดภัยของนักเรียน 2) การดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องทักษะของนักเรียนในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และการผ่อนคลายความเครียด 3) การดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องทักษะของนักเรียนที่มีโรคประจำตัวสามารถดูแลตัวเองไม่ให้โรคกำเริบ อธิบายผลการศึกษา ดังนี้

ประเด็นแรก ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นทั้ง 3 ระดับที่มีทิศทางไปในระดับมาก

1) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องทักษะของนักเรียนในการขอคำปรึกษาจากครูเมื่อมีปัญหาสุขภาพ มีระดับมาก เป็นทิศทางไปในทางเดียวกันกับ การดูแลสุขภาพวัยรุ่นระดับระหว่างบุคคลมีระดับมากเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) บริการอนามัยโรงเรียน โดยครูดูแลเรื่องสุขภาพของนักเรียน และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกับนักเรียนทุกคน 2) การให้คำปรึกษาของครู โดยการดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียน และให้คำแนะนำแก่นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ 3) การสนับสนุนของเพื่อนโดยการมีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพและที่ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในโรงเรียน ส่วนการดูแลสุขภาพ วัยรุ่นระดับชุมชนที่มีระดับมากเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) นโยบายของผู้บริหารโรงเรียน โดยโรงเรียนมีระเบียบในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน 2) หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน โดยการกำหนดหลักสูตรเพื่อให้ความรู้นักเรียนในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ดังหลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1 พบว่าตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เด่นชัดคือ อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน โดยตัวทำนายได้ 33% ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มเพื่อน และเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยกลุ่มวัยรุ่นที่มีอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมากมีเจตคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเพื่อนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(เตือนใจ เทียนทอง 2546) และเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ 2548)

2) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของร่างกายและการดูแลความสะอาดร่างกายของนักเรียน ที่มีระดับมาก เป็นทิศทางไปในทางเดียวกันกับ การดูแลสุขภาพ วัยรุ่นระดับระหว่างบุคคลที่มีระดับมากเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) บริการอนามัยโรงเรียน เรื่องโรงเรียนหรือหน่วยงานสาธารณสุขมีการอบรมแกนนำนักเรียนด้านสุขภาพ 2) การให้คำปรึกษาของครู โดยครูที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพมีการแก้ไขปัญหาให้กับนักเรียนที่มีน้ำหนักน้อยหรือมากกว่าเกณฑ์ และการดูแลสุขภาพ วัยรุ่นระดับชุมชนที่มีระดับมากเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย ด้านนโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเรื่องบริการอนามัยโรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลามเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ วัยรุ่นกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น (นิยาวาเฮร์ วาแวนิ 2553) และเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี พบว่า ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง (สุรีรัตน์ รงเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ 2549) และการศึกษาของซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตของนักเรียน ได้แก่ คุณภาพชีวิตในด้านสมรรถภาพทางกาย อารมณ์ สังคม การเรียนรู้ เศรษฐกิจและภาวะสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับการให้บริการอนามัยโรงเรียน

ประเด็นสอง ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นทั้ง 3 ระดับที่มีทิศทางไปในระดับปานกลาง

1) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องความรู้และทักษะเรื่องการขับขี่ที่ปลอดภัยของนักเรียน ที่มีระดับปานกลาง เป็นทิศทางไปในทางเดียวกันกับ การดูแลสุขภาพ วัยรุ่นระดับชุมชน ที่มีระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน โดยโรงเรียนมีหลักสูตรในการพัฒนาครูผู้สอนให้มีความรู้และทักษะในการสอนสุขศึกษา 2) การบริหารจัดการในโรงเรียน โดยสนับสนุนครูให้ทำกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน จัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนในกลุ่มวิชาสุขศึกษา และสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน ดังผลการศึกษา พบว่า โครงสร้างของหลักสูตรมีการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและสร้างทักษะการดูแลสุขภาพแก่นักเรียน แต่การประเมินนักเรียนในเรื่องทักษะการดูแลสุขภาพนั้นใช้วิธีการส่งรายงานและการสอบวัดผลไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติของนักเรียนในการใช้ทักษะเพื่อ

ดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบกับเวลาของการเรียน การสอนในหลักสูตรแน่นจนทำให้นักเรียนไม่มีเวลาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม การบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการและพฤติกรรมพลเมืองดี ของวัยรุ่น ภาคใต้ พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการแตกต่างกัน การที่โรงเรียนจัด กิจกรรมการเรียนการสอน บรรยากาศในชั้นเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ มีผลกับการบรรลุงานตามขั้นตอนพัฒนาการและพฤติกรรมพลเมืองดี ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05 (ฉันทนา มุติ 2540)

2) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องทักษะของนักเรียนในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และการผ่อนคลายความเครียด ที่มีระดับปานกลาง เป็นทิศทางไปในทางเดียวกันกับ การดูแลสุขภาพ วัยรุ่นระดับชุมชน ที่มีระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต 2) หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน โดยการกำหนดหลักสูตรฝึกทักษะแก่นักเรียนในการจัดการความเครียด 3) สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยมีห้องพักผ่อนสำหรับนักเรียนอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิรันดร์ จุลทรัพย์และคณะ พบว่า สุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม อยู่ในสภาพไม่ปกติทั้งในภาพรวมและรายด้านทั้ง 9 ด้าน คือ ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย้ำคิด ย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย กลัว โดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง โรคจิต และพบว่าวัยรุ่นหญิงมีสุขภาพจิตด้านความโกรธ ก้าวร้าว ทำลายสูงกว่าชาย

3) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล เรื่องทักษะของนักเรียนที่มีโรคประจำตัวสามารถดูแลตัวเองไม่ให้โรคกำเริบ มีระดับปานกลาง เป็นทิศทางไปในทางเดียวกันกับ การดูแลสุขภาพ วัยรุ่นระดับระหว่างบุคคล ที่มีระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนของครอบครัว เรื่องการมีส่วนร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียน 2) บริการอนามัยโรงเรียน เรื่องการช่วยเหลือฟื้นฟูนักเรียนที่ป่วย 3) การสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุข เรื่องการติดตามดูแลนักเรียนป่วยที่ส่งต่อไปจากโรงเรียน และการแนะนำนักเรียนที่ต้องใช้อุปกรณ์เสริมในการดำรงชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่อง การสังเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (อรสา กนกวงศ์ และคณะ 2553) ที่พบว่า การบริการสุขภาพภาครัฐ มีการให้บริการในสถานบริการเป็นหลัก ซึ่งพบว่าการบริการสุขภาพเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใน หมู่บ้านปฏิบัติได้น้อยลง การ

บริการสุขภาพในชุมชนจึงได้อาศัย อสม. ผู้ช่วยในการดำเนินงาน สำหรับ การบริการฉุกเฉินและส่งต่อยังไม่สามารถให้บริการช่วยชีวิต ณ จุดเกิดเหตุได้เต็มประสิทธิภาพ และการดูแลสุขภาพ วัยรุ่นระดับชุมชนที่มีระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเรื่องนโยบายการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของนักเรียน 2) การบริหารจัดการในโรงเรียน โดยโรงเรียนนำปัญหาสุขภาพของนักเรียนมาทำแผนงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 3) กิจกรรมร่วมระหว่างบ้าน โรงเรียน ชุมชน โดย ชุมชนให้ความร่วมมือในการประสานงานและช่วยเหลือดูแลที่บ้าน กรณี นักเรียนมีปัญหาสุขภาพ ดังผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่โรงเรียนเป็นผู้ตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในนักเรียน ชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร คือบริจาคสิ่งของ เงิน และแจ้งข่าวพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน แต่ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการติดตามและประเมินผล และพบว่า โรงเรียนมากกว่าครึ่งไม่มีเครือข่ายในชุมชนที่เป็นกรรมการของโรงเรียน (ร้อยละ 55.3) สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการจัดการสุขภาพในสถานศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สภาพการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนอยู่ในระดับควรปรับปรุงและปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข เป็นต้น (เยาวนิจ กิตติธรกุล และคณะ 2551) ส่วนด้านวัฒนธรรมของชุมชน ผลการศึกษา พบว่า โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามมีนำหลักบัญญัติทางศาสนาในการดูแลสุขภาพมาใช้ในการประกอบการสอน ทั้งหลักปฏิบัติและหลักศรัทธา สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข พบว่า อิสลามได้สอนเกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุขไว้อย่างละเอียดทุกแง่ทุกมุม (มานี ชูไทย 2544) เช่นเดียวกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ ศึกษาชุมชนมุสลิมระบบราชการกับพหุลักษณ์ทางการแพทย์ พบว่า ชุมชนมีแบบแผนความเชื่อและวิถีชีวิตสัมพันธ์กับวัฒนธรรมประเพณีของชาวมุสลิมอย่างชัดเจน ดังหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรม มีความสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่คนในชุมชน และสังคมร่วมกันกำหนดและปฏิบัติสืบเนื่องกันมา เพื่อการอยู่ร่วมกันของคนชุมชน ซึ่งคนจะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ตามวัฒนธรรมของชุมชน สังคมที่ตนอยู่และวัฒนธรรมที่ต่างกันมีผลให้พฤติกรรมต่างกันได้ (Edelman & Mandle 2006)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ประชากรที่ศึกษาคือโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ จำนวน 216 โรงเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารโรงเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 167 คน สุ่มตัวอย่างแบบเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน ได้รับแบบสอบถามคืนมาแบบสมบูรณ์จำนวน 161 ชุด และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร 2 คน สนทนากลุ่มผู้บริหาร 19 คน รวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือ ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.94 และความเที่ยงของเครื่องมือวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.98 วิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา ผู้บริหารทุกคนที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์

สรุปผลการวิจัย

1. ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 3.76, S.D. 0.71) โดยองค์ประกอบของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นมีลำดับระดับคะแนนเฉลี่ย จากมากไปน้อย คือ ระดับภายในบุคคล ระดับชุมชน และระดับระหว่างบุคคล ($\bar{x}$ 3.96, $\bar{x}$ 3.71, $\bar{x}$ 3.63) มีรายละเอียดในองค์ประกอบแต่ละระดับ ดังนี้

1.1) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นระดับภายในบุคคล อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 3.96, S.D. 0.71) และรายด้านอยู่ในระดับมากทั้งหมด โดยด้านความเชื่อมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x}$ 4.16, S.D. 0.87) รองลงมาเป็นด้านความรู้ ($\bar{x}$ 3.81, S.D. 0.72) และด้านทักษะ ($\bar{x}$ 3.71, S.D. 0.68) ตามลำดับ

1.2) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นระดับระหว่างบุคคล อยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\bar{x}$ 3.63, S.D. 0.73) และคะแนนเฉลี่ยในรายด้าน พบว่า การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{x}$ 3.79, S.D. 0.75, $\bar{x}$ 3.77, S.D. 0.83) ส่วนการสนับสนุนโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{x}$ 3.62, S.D. 0.84)

1.3) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นระดับชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 3.71, S.D. 0.74) และคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ระดับมาก-ปานกลาง ดังนี้ วัฒนธรรมของชุมชน ($\bar{x}$ 4.16, S.D. 0.86) และระบบของโรงเรียน ($\bar{x}$ 3.74, S.D. 0.74) อยู่ในระดับมาก ส่วนกระบวนการปฏิสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{x}$ 3.44, S.D. 0.88)

2. ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากความคิดเห็นของผู้บริหาร พบว่า มีลักษณะดังนี้

2.1) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล พบว่า ผู้บริหารรับรู้ว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตามการเรียนการสอนในหลักสูตรแกนกลาง พ.ศ.2551 มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพตามข้อกำหนดบทบัญญัติของศาสนาทั้งหลักปฏิบัติและหลักศรัทธา มีทักษะในการดูแลสุขภาพตามการเรียนการสอนในหลักสูตรแกนกลาง พ.ศ.2551 ส่วนที่เป็นปัญหาที่ผู้บริหารให้ข้อมูล พบเรื่องการนำทักษะการดูแลสุขภาพมาใช้ในชีวิตประจำวันได้น้อย

2.2) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษา พบลักษณะดังต่อไปนี้

การสนับสนุนของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนใหญ่ครอบครัวสนับสนุนการเงิน หรือสิ่งของให้กับโรงเรียน การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเมื่อนักเรียนป่วย พบว่า ครอบครัวให้ความร่วมมือนำนักเรียนไปดูแลรักษา ส่วนที่เป็นปัญหา คือ ยังมีการนำนักเรียนไปรักษาด้วยยาสมุนไพรก่อนไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล มีเพียงบางรายที่ไม่สนใจดูแลสุขภาพนักเรียนมอบการดูแลสุขภาพนักเรียนให้กับโรงเรียน

การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า นักเรียนมีการจัดตั้งเป็นชมรมด้านสุขภาพเพื่อทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและมีกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพโดยการประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำด้านสุขภาพกับเพื่อนนักเรียนด้วยกัน การรักษาและฟื้นฟูสภาพนักเรียนที่ป่วยมีสภานักเรียนฝ่ายอนามัยที่คอยดูแลความเป็นอยู่ของนักเรียนทุกวัน เมื่อมีนักเรียนป่วยจะแจ้งครูประจำชั้นและคอยช่วยเหลือดูแล

การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญตามการรับรู้ของผู้บริหาร ในส่วนของครู พบว่า ครูประจำชั้นเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพของนักเรียนและดูแลพฤติกรรมของนักเรียนในด้านต่างๆ โดยโรงเรียนจะมีระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในการดูแลประสานงานกับผู้ปกครองไปเยี่ยมบ้านนักเรียน ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน การดูแลรักษาพยาบาลนักเรียนที่ป่วยนั้นครูฝ่ายอนามัยโรงเรียนเป็นผู้ให้คำแนะนำเบื้องต้นหรือปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อนักเรียนป่วย แล้วรีบนำนักเรียนส่งไปรักษายังโรงพยาบาลที่ใกล้โรงเรียนที่สุด แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ส่วนที่เป็นปัญหา คือ โรงเรียนไม่มีครูฝ่ายอนามัยโรงเรียน ครูที่ได้รับมอบหมายไม่ได้รับการฝึกทักษะเฉพาะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการรักษาดูแลนักเรียนป่วย

การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญตามการรับรู้ของผู้บริหาร ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า การสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุขลักษณะการดูแลเมื่อมีการระบาดของโรค ดูแลควบคุมการระบาดของโรค และเมื่อมีการร้องขอจากทางโรงเรียนได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างดี ส่วนที่เป็นปัญหาคือ ลักษณะการทำงานในโรงเรียนเป็นช่วงเวลาหนึ่งๆ ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีแผนงานที่ชัดเจน

การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญตามการรับรู้ของผู้บริหาร ในส่วนของ โรงเรียนด้านอนามัยโรงเรียน พบว่า โรงเรียนจัดห้องปฐมพยาบาลเป็นมุมหนึ่งในห้อง แต่ส่วนที่เป็นปัญหาคือขาดความพร้อม เช่น ยา เวชภัณฑ์ และครูพยาบาล ดังนั้น เมื่อนักเรียนป่วยจะส่งนักเรียนไปรักษาที่สถานีอนามัยซึ่งใกล้โรงเรียนที่สุด

2.3) ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน ประกอบด้วย ระบบของโรงเรียน กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคล และวัฒนธรรมชุมชน ผลการศึกษา พบรายละเอียด ดังนี้

ระบบของโรงเรียนตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า 1) นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหลายนโยบาย ปัญหาที่พบคือการดำเนินกิจกรรมที่ขาดความต่อเนื่อง 2) หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน พบว่า โรงเรียนจัดการเรียนการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ในรายวิชาสุขศึกษา วิชาพละศึกษา วิชาแนะแนวและวิชาศาสนา การประเมินนักเรียนใช้วิธีการส่งรายงานและการสอบวัดผล แต่ตามหลักสูตรไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติด้านทักษะสุขภาพและทักษะชีวิตของนักเรียน 3) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่า โรงเรียนมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียนด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการควบคุมป้องกันโรค ส่วนที่เป็นปัญหาพบว่า โรงเรียนขาดบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านมาตรฐานสิ่งแวดล้อม ขาดงบประมาณ

สนับสนุน ขาดความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และโรงเรียนบางส่วนกำลังพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน 4) การบริหารจัดการในโรงเรียน พบว่า โรงเรียนนำนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียนเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานหรือผ่านการประเมินของหน่วยงานต้นสังกัด และการบริหารจัดการงบประมาณของโรงเรียนในการดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร โรงเรียนใช้เงินจำนวน 15–20 เปอร์เซ็นต์จากจำนวนเงินของงบประมาณทั้งหมดเพื่อจัดทำโครงการดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในการจัดกิจกรรมกีฬาสีประจำปีของนักเรียน

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มของบุคคลตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า 1) การดำเนิน กิจกรรมร่วมกันระหว่างบ้าน โรงเรียน ชุมชน ลักษณะกิจกรรม คือ ตามโครงสร้างมีกรรมการบริหารสถานศึกษาเป็นผู้ดูแลกิจกรรมในโรงเรียน แต่ส่วนที่เป็นปัญหา พบว่า ผู้ตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีเพียงคณะกรรมการของโรงเรียน การดูแลและนำนักเรียนที่ป่วยส่งไปรักษายังโรงพยาบาลนั้นโรงเรียนบางส่วนต้องดูแลทั้งหมด ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน พบว่า โรงเรียนมีการจัดตั้งกรรมการในด้านการดูแลสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน มีกิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรในโรงเรียน ลักษณะการทำกิจกรรมยังขาดความต่อเนื่อง ทำกิจกรรมเป็นเพียงระยะเวลาหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ส่วนที่เป็นปัญหา คือ การไม่มีนโยบายการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร

วัฒนธรรมชุมชนตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า โรงเรียนส่งเสริมการจัดกิจกรรมในการนำหลักคำสอนทางศาสนามาปฏิบัติในโรงเรียน ปัญหาที่พบ เรื่องโรงเรียนบางส่วนยังขาดการบูรณาการเพื่อนำหลักคำสอนทางศาสนามาปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของนักเรียน

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่อยู่ในระบบการศึกษาเท่านั้น ผลการศึกษาจึงอ้างอิงโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในระบบ ไม่สามารถอ้างอิงไปยังโรงเรียนนอกระบบการศึกษา

2. แบบสอบถาม ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงเรียน ได้รับการตอบกลับมาแบบสมบูรณ์ 117 คน ดังนั้นผลการวิจัย ส่วนข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงเรียน รายละเอียด ปัญหาสุขภาพของนักเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพ ไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของการศึกษา

3. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาตามการรับรู้ของผู้บริหารโรงเรียนเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ระดับนโยบาย

1. ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงศึกษาธิการ

1.1 ควรปรับปรุงหลักสูตรของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามให้มีเวลาในห้องเรียนที่เหมาะสมในการเรียนควบคู่ระหว่างวิชาสามัญและวิชาศาสนาโดยปรับลดเวลาเรียนในห้องเรียนให้น้อยลงเพื่อให้โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม สามารถบริหารจัดการเวลาในการดูแลสุขภาพนักเรียน

1.2 ควรสนับสนุนหลักสูตรการเรียน การสอนให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคทั้งในห้องเรียนและกิจกรรมเสริมสร้างทักษะด้านสุขภาพและทักษะชีวิตนอกห้องเรียน เพื่อการดูแลสุขภาพนักเรียนมีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นการบริหารเวลา บริหารงบประมาณ บริหารคน และบริหารกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทโรงเรียน

1.3 ควรปรับปรุงการประเมินผล การเรียน การสอนในวิชาสุขศึกษา โดยจัดให้เพิ่มการประเมินผลการปฏิบัติทักษะสุขภาพและทักษะชีวิต และนำเนื้อหาในวิชาสุขศึกษาไปประกอบเพื่อใช้ในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน และเพื่อนักเรียนเกิดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะการปฏิบัติ ซึ่งเป็นความสามารถพื้นฐานของวัยรุ่นที่จะเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวัน

1.4 ควรร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาครูสอนสุขศึกษา

2. ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

2.1 ควรมีหลักสูตรการอบรมแกนนำนักเรียนในเรื่องสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยทุกปี เพื่อเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำแก่เพื่อนในโรงเรียน ซึ่งแกนนำนักเรียนสามารถเข้าถึงเพื่อนได้ง่าย รวดเร็ว ได้รับความไว้วางใจของวัยรุ่น

2.2 ควรมีหลักสูตรการอบรมครูฝ่ายอนามัยโรงเรียน เพื่อให้ครูมีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และสามารถดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นในโรงเรียน กรณีมีการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน อย่างเหมาะสม

2.3 ควรมีนโยบายสนับสนุน โรงเรียน บ้าน ชุมชน จัดกิจกรรมทางวัฒนธรรมประเพณี ให้วัยรุ่นมีส่วนร่วม โดยสนับสนุนสถาบันศาสนาเป็นสื่อกลางในการจัดกิจกรรม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้วัยรุ่นลดพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งสร้างความผูกพันธ์กับชุมชน

ระดับสถาบัน โรงเรียน และหน่วยงานในพื้นที่

1. ข้อเสนอแนะต่อโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม

1.1 ควรมีการสื่อสารกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ช่องทางที่เหมาะสม เช่น สื่อวารสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น เพื่อเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างโรงเรียนกับครอบครัว และเพื่อช่วยกันดูแลสุขภาพนักเรียนให้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคได้เหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ

1.2. ควรพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยจัดครูทุกคนในโรงเรียนเป็นผู้รับผิดชอบ เป็นครูพ่อ ครูแม่ของนักเรียนและมีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุกเทอม ซึ่งระบบนี้จะทำให้ครูสามารถให้สนับสนุนดูแลนักเรียนได้อย่างใกล้ชิดจนถึงครอบครัว และสามารถแก้ปัญหาสุขภาพให้นักเรียนได้อย่างเหมาะสมกับบุคคล

1.3 ควรมีการรวบรวมปัญหาสุขภาพนักเรียนมาจัดทำโครงการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เหมาะสมตามบริบทของนักเรียนในโรงเรียน

1.4. ควรสนับสนุนให้ครูและแกนนำนักเรียนเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพในโรงเรียน เพื่อเป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพกับทุกคนในโรงเรียน

1.5. ควรบริหารจัดการงบประมาณส่วนการดูแลสุขภาพนักเรียน โดยให้มีความเหมาะสมระหว่างด้านวิชาการ และด้านพัฒนาผู้เรียน ซึ่งลักษณะกิจกรรมควรมีความต่อเนื่องและควรมีการประเมินผลการปฏิบัติทุกปี

1.6. ควรสนับสนุนงานอนามัยโรงเรียนตามมาตรฐาน โดยการประสานงานกับหน่วยงานราชการในพื้นที่ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อช่วยกันสนับสนุนในการดูแลสุขภาพนักเรียน

1.7 ควรบูรณาการหลักคำสอนทางศาสนาและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของนักเรียน โดยเชิญตัวแทนของผู้นำศาสนาในพื้นที่เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ดำเนินกิจกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม และดำเนินการส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าใจหลักคำสอนทางศาสนาโดยเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

2.1 ควรมีแผนการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมมิติสุขภาพและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนครอบคลุมการจัดบริการสุขภาพ

2.2 ควรมีนโยบายสนับสนุนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในพื้นที่ให้ผ่านการประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อสุขภาพ

3. ข้อเสนอแนะต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.1 ควรสนับสนุนดูแลสุขภาพนักเรียนในพื้นที่ เช่น มีรถรับส่งนักเรียนที่ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนเหมาะสม ทันเวลา

3.2 กำนัน ผู้ใหญ่บ้านควรประสานงานกับโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามเพื่อดูแลพฤติกรรมต่างๆ ของวัยรุ่นให้เหมาะสม

3.3 ควรสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม เพื่อให้สามารถส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค นักเรียนและบุคลากรของโรงเรียน

ระดับผู้ปฏิบัติงาน ครอบครัว

1. ข้อเสนอแนะต่อบุคลากรสาธารณสุข

1.1 ควรมีแผนปฏิบัติการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพกับครูทุกปี เพื่อให้ครูสามารถดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้องแก่นักเรียน

1.2 ควรปรับทัศนคติของผู้บริหารโดยให้ข้อมูลขนาดของปัญหาในวัยรุ่น ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพในวัยรุ่น เพื่อให้ผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน

2. ข้อเสนอแนะต่อครอบครัว

2.1 ควรเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพกับนักเรียน

2.2 ครอบครัวควรมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง โดยให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้มีส่วนร่วมเพื่อให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และนักเรียนได้มีโอกาสพูดคุย ปรึกษาปัญหาสุขภาพ

3. ข้อเสนอแนะต่อครู

3.1 ครูผู้สอนวิชาสุขศึกษา ควรมีการประเมินทักษะการปฏิบัติและการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันของนักเรียนในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะทักษะที่สำคัญต่อวัยรุ่น เช่น

ทักษะการปฏิบัติการหลีกเลี่ยงยาเสพติด ทักษะการป้องกันภัยทางเพศ เพื่อให้สามารถค้นหาทักษะที่ด้อยในนักเรียนแต่ละคนและให้การส่งเสริมป้องกันได้เหมาะสมกับบุคคล

3.2 ครูควรสอนให้นักเรียนสามารถบริโภคสื่ออย่างถูกต้องเพื่อเป็นการเพิ่มทักษะชีวิตด้านการใช้สื่อให้เหมาะสมกับยุคสมัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในมุมมองที่ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพวัยรุ่นมุสลิม

2. ควรศึกษาหาวิธีการหรือรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อนำหลักคำสอนทางศาสนามาบูรณาการเพื่อการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมให้เข้ากับบริบทของวัยรุ่นมุสลิม

3. ควรศึกษาถึงวิธีการ หรือลักษณะการสื่อสารระหว่างครอบครัว และโรงเรียนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งความจำกัดในเรื่องเวลา รวมทั้งความแตกต่างกันของบริบทครอบครัวในพื้นที่

4. ควรศึกษาถึงการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบ้าน โรงเรียน และชุมชน ที่เหมาะสมกับศาสนาอิสลาม เพื่อร่วมกันคิด ร่วมกันหาแนวทางการป้องกัน แก้ไขปัญหาของวัยรุ่นมุสลิมให้เหมาะสมในพื้นที่

5. ควรศึกษาระบบการดูแลสุขภาพของโรงเรียนนอกระบบการศึกษา เช่นโรงเรียนปอเนาะ ศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิดได้ เนื่องจากโรงเรียนดังกล่าวมีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบวิธีการศึกษา ระยะเวลาการของศึกษาซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการสำเร็จการศึกษาที่แน่นอนซึ่งมีความแตกต่างกับโรงเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษา

บรรณานุกรม

กลุ่มนโยบายและแผน. ม.ป.ป. ข้อมูลสถานศึกษา. สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดปัตตานี. http://www.opep.go.th/opep1/ (สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2555).

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2548. *ระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ปี2548.* พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. บริษัท บียอนด์ พับลิสซิ่ง จำกัด.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2554. บริการข้อมูลสถิติ. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. http://www.dopa.go.th./ (สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2555).

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. 2550. เปรียบเทียบจำนวนคดีอาญาของสถานพินิจทั่วประเทศ เป็นรายเดือน ระหว่างปีงบประมาณ 2547 -2550. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. http://www2.djop.moj.go.th/stat/upload_stat/11-11-5.pdf. (สืบค้นเมื่อ 18 พฤษภาคม 2555).

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2551. *เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง).* กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2552. สถานการณ์สุขภาพช่องปาก. กระทรวงสาธารณสุข. http://wwwanamai.moph.go.th. (สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2554).

การศึกษาเอกชนจังหวัดสงขลา. 2555. ข้อมูลโรงเรียนเอกชน. การศึกษาเอกชนจังหวัดสงขลา. http://www.skprivate.go.th/ (สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2555).

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. 2547. *พลวัตรสุขภาพกับการพึ่งตนเอง ภาคชนบท.*พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. มูลนิธิโกมลคีมทอง.

ขวัญชัย วิศิษฐานนท์. 2553. ระบบการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ. ใน*ระบบสุขภาพและวิทยาการระบาดด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย หน่วยที่ 1-8= Health system and epidemiology for occupational health and safety สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,* ปิติ พูนไชยศรี, บรรณาธิการ. หน้า 4-64. นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เครือข่ายวิชาการวิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดภาคใต้ สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา. 2551. *รายงานผลการศึกษาเรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด.

จินตนา เพชรมณี, ฐิติชญา ฉลาดล้น, และสุภาดา คำสุชาติ. 2549. การอนามัยโรงเรียน ใน *การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น*. ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุธี ขันธรักษวงศ์, บรรณาธิการ. หน้า 99-117. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.

จุฬา กุลฉิม. 2548. การดูแลสุขภาพของประชาการวัยแรงงานในชุมชนแออัด เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉันทนา มุติ. 2540. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคมการบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการ และพฤติกรรมพลเมืองดีของวัยรุ่นในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ชัยสิทธิ์ เฉลิมมีประเสริฐ. 2544. *สถิติเพื่อนักบริหาร*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธีระฟิล์มและไซเท็กซ์ จำกัด.

ณัฏฐนันท์ ปั้นลายนาค. 2553. การพัฒนาระบบการบริหารโรงเรียนประถมศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยแบบองค์รวม. ครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต, สาขาบริหารการศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดลมนรรจน์ บากา และแวอูเซ็ง มะแดเฮาะ. 2533. *อิสลามเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปัตตานี. วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ตวงทิพย์ ธีระวิทย์. 2549. *สถานการณ์ทางสุขภาพในเด็กและเยาวชน*. ม.ป.ค. กรุงเทพ: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.

เตือนใจ เทียนทอง. 2546. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. 2551. *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. ม.ป.ค. สงขลา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยสงขลานครินทร์.

ธนากร ช้างน้อย. 2552. ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพและการบริการอนามัยโรงเรียนกับคุณภาพชีวิตของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นวรัตน์ จิรโศภิน. 2549. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสตรีนนทบุรีบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. ปริญญาศิลปศาสตร

มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์ และสังคม(สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวลตา อาภาคัพภะกุล. 2552. สังเคราะห์การศึกษาและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนในพื้นที่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นินาวาลย์ ปานากาเซ็ง แมงกาจิ. 2551. การจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคบใต้. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.

นิยาวาเฮร์ วาแวนิ. 2553. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลามเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาศิลปศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์, วิทยาลัยประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิรันดร์ จุลทรัพย์, วันชัย ธรรมสัจการ, และ อิงอร จุลทรัพย์. 2549. สุขภาพจิตของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารศึกษาศาสตร์*. 6(1): 43-60.

นิเลาะ แวอุเซ็ง, ผ่องศรี วาณิชย์ศุภวงศ์, อิบราเฮ็ม ณรงค์รักษาเขต, อะห์มัด ยี่สุ่นทรง, และมูหามัดรูยานี บากา. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. *การจัดการศึกษาโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. ปัตตานี. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูล. 2553. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ The Methodology in Nursing Research.* พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บริษัทิ ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

บุญชม ศรีสะอาด. 2545. *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น จัดพิมพ์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2550. *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย (Statistical Analysis for Research A step by step approach).* พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.

บุญเลี้ยง ทุมทอง. 2555. *ระเบียบวิธีวิจัยทางหลักสูตรและการสอน (Research Methodology in Curriculum and Instruction)*. พิมพ์ครั้งที่ 1.นครราชสีมา: โรงพิมพ์แหลมทอง.

ปิยะนุช จิตตนูนท์. 2553. *การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน การจัดบริการพยาบาลในโรงเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลาลิมบรา: เดอร์สเพรส.

ปรีชา วิหคโตและคณะ. 2548. *พฤติกรรมวัยรุ่น หน่วยที่ 1-8.* พิมพ์ครั้งที่12. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

พงค์เทพ สุธีรวุฒิ. 2555. *คู่มือการจัดทำโครงการชุมชนสุขภาวะ ประจำปี 2555*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พจนานุกรม ฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530. 2534. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สำนักพิมพ์ วัฒนาพานิช จำกัด.

พัฒนา มูลพฤกษ์. 2546. *อนามัยสิ่งแวดล้อม ฉบับปรับปรุง*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ซิกม่าดีไซน์กราฟฟิก จำกัด.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์, โมเช่ เชอร์เรอร์, มัลลิกา มัติโก, เสาวคนธ์ พีระพันธ์, ปนัดดา ชำนาญสุข, กฤตยา แสวงเจริญ, กุณฑรีย์ พ่วงสุวรรณ, สอรัฐ มากบุญ, มาลี สิทธิเกรียงไกร, และรยากร งามดี. 2551. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงในเด็กและเยาวชน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์, และสอรัฐ มากบุญ. 2551. *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชนในเรื่องความรุนแรงกรณีพื้นที่ภาคใต้*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท. ม.ป.พ.

มัสลัน มาหะมะ. 2552. *อิสลามวิถีแห่งชีวิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: โฟ-บอร์ด จัดพิมพ์.

มานี ชูไทยและคณะ. 2544. *อิสลาม วิถีการดำเนินชีวิตที่พัฒนาคุณภาพชีวิต*.รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท. ม.ป.พ.

มูหามัดรูยานี บากา, และอิบราเฮ็ม ณรงค์รักษาเขต. 2552. สภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขการจัดการเรียนการสอน โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. ภาควิชาอิสลามศึกษา วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

ยาการียา เจะโด. 2553. ปัจจัยจำแนกผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดชายแดนใต้. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ยุวดี พงษ์สาระนันทกุล. 2553. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ใน *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1,* ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, บรรณาธิการ. หน้า1-37. กรุงเทพมหานคร: พรี-วัน.

เยาวนิจ กิตติธรกุล และคณะ. 2551. รายงานการวิจัยเรื่องการจัดการสุขภาพในสถานศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ สงขลา.

รอฮานิ เจะอาแซ. 2548. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดของวัยรุ่นมุสลิมในโรงเรียนมัธยมศึกษา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รุ่ง แก้วแดง. 2555. วิกฤตโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ความล้มเหลวที่รัฐบาลต้องรับผิดชอบ ใน*หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 24 พฤษภาคม พุทธศักราช 2555.* พิมพ์

ครั้งที่ 1.ขรรค์ชัย บุนปาน, สุวพงศ์ จั่นฝังเพ็ชร. บรรณาธิการ. หน้า 7. กรุงเทพ: โรงพิมพ์พิฆเนศ.

รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ. 2548. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสตรีนนทบุรีบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา), สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วนิพพล มหาราชา. 2554. เกมส์คอมพิวเตอร์กับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กและเยาวชน ข้อค้นพบจากงานวิจัย. *สถาบันวิจัยประชากรและสังคม*.17 .302-314.

วสุธร ตันวัฒนกุล. 2543. *สุขภาพกับคุณภาพชีวิต เส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เอบี พริ้นท์ ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วสุธร ตันวัฒนกุล. 2548. *สุขภาพ อนามัยชุมชน และกระบวนการพัฒนา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เอบี พริ้นท์ ชลบุรี:คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วินัดดา ปิยะศิลป์, และพนม เกตุมาน. 2545. *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพร์ จำกัด .

วิทยาลัยอิสลามศึกษา. 2535. *ครอบครัวมุสลิม*. ปัตตานี. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิโรจน์ อารีย์กุล. 2553. *การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545. *จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย เล่ม 2วัยรุ่น- วัยสูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ม.ป.ป. สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาประกอบการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติดในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 11. (พ.ศ.2555-2559). http://nctc.oncb.go.th/new/index.php (สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2555).

สสส.สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2553. ผ่าวิกฤติปัญหาชีวิตวัยรุ่นไทย ปี 53. หนังสือพิมพ์บางกอกทูเดย์. http://www.thaihealth.or.th/node/13557. (สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2555).

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. 2551. หัวหน้าคลินิกเพื่อนวัยทีน สุริยเดว ทรีปาตี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. http://www.thaihealth.or.th/node/5756 (สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2555).

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549. *การสำรวจระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นไทย ปี 2548.* พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล. 2546. *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สำหรับผู้บริหารสาธารณสุข หน่วยที่ 8-15 = Health economics for public health administrators[ล.2].* พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์กรุงเทพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สมทรัพย์ สุขอนันต์. 2546. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่องพฤติกรรมความรุนแรงของวัยรุ่น: บทบาทที่พระสงฆ์ไม่ควรมองข้าม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สมหมาย สุพรรณภพ. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาวิตรี อัยณางค์กรชัย, อุไรวรรณ พัฒนสัตยวงษ์, นิศานต์ สำอางศรี, อโนชา หมึกทอง. 2549. *การศึกษาติดตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและการใช้สารเสพติดในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคใต้ พ.ศ.2548.* พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ม.ป.ท.

สำนักสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2555. *ประมวลสถิติสำคัญของประเทศไทย พ.ศ.2555 KEY STATISTICS OF THAILAND 2012.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้วยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2551. *รายงานสถานการณ์เด็กและเยาวชน ประจำปี 2548-2550.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554. สถิติการตาย 10 อันดับแรกปี 2552.*กระทรวงสาธารณสุข*. http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5 (สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2555).

สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดยะลา. ม.ป.ป. ข้อมูลสารสนเทศเปรียบเทียบข้อมูลปี 2553 และ 2554. สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดยะลา. http://www.yalaopec.go.th/yalaopec2011/index.php (สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2555).

สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดนราธิวาส. 2555. ข้อมูลสารสนเทศ สช.นธ. สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดนราธิวาส. http://www.opecnara.go.th/web/index.php. (สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2555).

สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสตูล. 2555. สถานศึกษาในสังกัด. สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสตูล. http://www.opes.go.th/ (สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2555).

สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสงขลา 2555. สถานศึกษาในสังกัด. สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสงขลา. http://www.skprivate.go.th/ (สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2555).

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. 2551. *การประเมินผลโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ.2550.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ประเทศไทย จำกัด.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2547. *คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สำหรับโรงเรียน (ฉบับปรับปรุง).* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สิริวรรณ เคนยาพงค์. 2543. การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชา จันทร์เอม. 2542. *จิตวิทยาพัฒนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพาณิช.

สุรศักดิ์ อมรรัตน์, เตือนใจ เกตุษา, และบุญมี พันธุ์ไทย . 2554. *สถิติและการวิจัยเบื้องต้นทางการศึกษา* .พิมพ์ครั้งที่ 9 . กรุงเทพ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

สุรีรัตน์ รงเรือง, และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์. 2554. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์* ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 (มกราคม): 109-123.

สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2551. *จิตวิทยาสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย.

สุรเกียรติ อาชานุภาพ. 2550. การสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพ จากสากลสู่ไทย. ในการสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดหลักการและบทเรียนของไทย Health Promotion in Thailand: อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานุภาพ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, บรรณาธิการ. หน้า 27-54. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สุธาทิพย์ ศิริจันทร์เพ็ญ. 2551 งานอนามัยโรงเรียนสุขศึกษาและงานบริการสุขภาพ ใน *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก*. นิชรา เรืองดารกานนท์และคณะบรรณาธิการ. หน้า 122-131 กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฮสิสติก พับลิซิ่ง จำกัด.

สุพัตรา ศรีวณิชากร, ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริเลิศ, เกษม เวชสุทรานนท์, และ ศุภกิจ ศิริลักษณ์. 2542. *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

สุวรรณา เรืองกาญจนาเศรษฐ์. 2551. *กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: ชัยเจริญ.

สุวรรณา เรืองกาญจนาเศรษฐ์, อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, และรวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์. 2547. ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นในกทม.พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง. วารสารกุมารเวชศาสตร์ (43): 127-38.

องอาจ นัยพัฒน์. 2554. *การออกแบบการวิจัย วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. *คุณภาพของระบบบริการ*. กรุงเทพ: บริษัทดีไซด์จำกัด.

อนันตชัย ไทยประสาน, และรอซีดี เลิศอริยะพงษ์กุล. 2552. เยาวชนมุสลิมจุดเหมือนและจุดต่างของวิถีชีวิตและการให้บริการ. ใน *การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*, พงค์เทพ สุธีรวุฒิ, ยูซูฟ นิมะ ,บรรณาธิการ.หน้า13-19. สงขลา. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข.

อรสา กนกวงศ์ และคณะ 2553. *การสังเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้*. ม.ป.ค. ม.ป.ท. ม.ป.พ.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์และลัดดา ดำริการเลิศ. 2553. *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการดูแลสุขภาพวัยรุ่น*.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.

อาดัม นีละไพจิตร. 2553. การศึกษาและพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษากลุ่มสำหรับครูโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม. ปริญญานิพนธ์ กศ.ด., สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินร์วิโรฒ.

อาภรณ์ ดีนาน. 2551. *แนวคิดและวิธีการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชลบุรี: ไฮเดนกรุ๊ปปริ้น แอนด์ มีเดีย.

อาศิส พิทักษ์คุมพล. 2553. การสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย องค์ความรู้อย่างบูรณาการ. ใน*องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาวะ*, อิศรา ศานติศาสน์,บรรณาธิการ. หน้า 1-7. ศูนย์ประสานงานภาคใต้แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย. กรุงเทพฯ. หจก. มาร์ค เอ็ม พรินติ้ง.

อิศรา ศานติศาสน์. 2553. *การดูแลสุขภาพและรักษาโรคตามคำแนะนำของศาสดามุฮัมมัดกับข้อพิสูจน์ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. หจก. มาร์ค เอ็ม พรินติ้ง.

อิสมาแอ อาลี. 2553. อิสลามกับการสร้างพฤติกรรมเพื่อสุขภาวะ. ใน*องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาวะ*, อิศรา ศานติศาสน์,บรรณาธิการ. หน้า 8-14. ศูนย์ประสานงานภาคใต้แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย. กรุงเทพฯ. หจก. มาร์ค เอ็ม พรินติ้ง.อิศรา ศานติศาสน์. 2553. *การดูแลสุขภาพและรักษาโรคตามคำแนะนำของศาสดามุฮัมมัดกับข้อพิสูจน์ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. หจก. มาร์ค เอ็ม พรินติ้ง.

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. 2550. *การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดหลักการ และบทเรียนของไทย (Health Promotion in Thailand)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

Bryans. A., Cornish. F., & Mcintosh. J. 2009. The Potential of Ecological Theory for Building an Integrated Framework to Develop the Public Health Contribution of Health Visiting. *Health and Social Care in the Community 2009*, no. 17(6) (February): 564 – 577.

Croyle. R. T. 2005. *Theory at a glance a guide for health promotion practice*. National Cancer Institute.

Edelman.C .L. & Mandle. C. L. 2006. *Health promoting throughout the lifespan*. (6 th ed) Philadelphia.Elsevier Mosby.

Evan. R. R. et al. 2008. Ecological Strategies to Promote Healthy Body Image Among Children. *Journal of school health 2008,* no 7 (July): 359 - 366

Gauden. G. 2011. *evidence for gender responsive action to prevent and manage adolescent pregnancy young people's health as a whole-of-society response*. World Health Organization Regional Office for Europe.(May): 1 - 26. http://www.euro.who.int/pubrequest.

Gauden. G. 2011. *evidence for gender responsive action to promote mental health young people's health as a whole-of-society response*. World Health Organization Regional Office for Europe.(May): 1 - 16. http://www. euro.who.int/pubrequest.

Hockenberry. M. I. & Wilson. D. 2011. *wong's nursing care of infant and children*. St.Louis, MO : Mosby.

Hongchayangkool. K. 2008. Live experience of Thai adolescent during transition to secondary school. Thesis submitted to the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in nursing. Chiang Mai University.

Hossein. L. 2008. Criticism on moral development theories of Piaget., Kohlberg, and Bandura and providing a new model for research in Iranian students moral development. quarterly. *journal of education innovation*. 24. 31 - 46.

Hsiao. W. C. 2003. What is a Health System ? Why Should We Care ? https://www.google.co.th/?gws_rd=cr&ei=sFOUu1I4m_rgfprIGYBA#q=hsiao+c+.+what+is+a+health+system+why+should+we+care+august+2003 (access 2 june 2012).

Kevin. J. S. & Reginald W. 2006. An Analysis of Bronfenbrenner's Bio-Ecological Perspective for Early Childhood Educators: Implications for Working with Families Experiencing Stress. *Early Childhood Education Journal* 2006, no. 33(April): 371 - 378.

National Academy of Sciences. 2008. Adolescent Health Service:Missing Opportunities. http://iom.edu/Reports/2008/Adolescent-Health-Services-Missing-Opportunities.aspx. (access 2 june 2012).

Oriol. P. et. Al. 1998. Risk Factors of Smoking in 11 to 16 Year Old Odolescents. https://www.google.co.th/?gws_rd=cr&ei=d85OUtrBGcKqrAfDjIH4CQ#q=Oriol+1998+research+aldolescent. (access 15 june 2012).

Paquette. D. & Ryan. J. 2001. Bromfenbrenner's Ecological Systems Theory. http://www.file://CI/My%20Documents/My%20Webs/Bromfenbrenner%20webquest/index.htm. (access 2 june 2012)

Schwartz. S. A. 2007. School functioning of children in residential care: The contributions of multilevel correlates. *Contents lists available at ScienceDirect Child Abuse & Neglect.* 2009, 33(July) 429-440.

Santrock. W. J. 1999. *Life span development t(7th ed.).* Boston: McGraw-Hill College.

Susan L. J. 2011. *an ecological model of workplace bullying: a guide for intervention and research.* Wiley Periodicals,Inc Nursing Forum Volume 46, No 2, April-June.

UNICEF. 2005. *adolescent development:perspectives and frameworks. adolescent develoopment and participation unit programme devision a discussion paper* : New York.

World Health Organization Regional Office for Europe. 2005. European strategy for child and adolescent health and development. *World Health Organization* Europe . *1 - 19.* http://www.euro.who.int/pubrequest. (access 2 june 2012).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ

ตาราง 9

ฐานนิยม มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น จำแนกตาม องค์ประกอบในระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น (N= 161)

ข้อที่	Mode	Median	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับชุมชน					
นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ข้อ 1 - 10					
1	4.00	4.00	3.98	0.87	มาก
2	4.00	4.00	3.56**	1.14	ปานกลาง
3	4.00	4.00	3.70*	0.92	มาก
4	4.00	4.00	4.15	0.92	มาก
5	4.00	4.00	3.95	0.92	มาก
6	4.00	4.00	3.65**	1.00	ปานกลาง
7	5.00	4.00	4.16	0.92	มาก
8	4.00	4.00	3.85	0.98	มาก
9	4.00	4.00	3.97	1.01	มาก
10	5.00	4.00	3.92	1.09	มาก
หลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน ข้อ 11 - 20					
11	4.00	4.00	3.80	0.90	มาก
12	4.00	4.00	3.74	0.97	มาก
13	4.00	4.00	3.65**	1.05	ปานกลาง
14	4.00	4.00	3.77	1.00	มาก
15	4.00	4.00	3.91	8.85	มาก
16	3.00	4.00	3.49**	1.01	ปานกลาง
17	4.00	4.00	3.77	1.11	มาก
18	4.00	4.00	3.68*	1.14	มาก
19	4.00	4.00	3.91	1.06	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อที่	Mode	Median	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
20	4.00	4.00	3.72	1.01	มาก
การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ ข้อ 21- 30					
21	4.00	4.00	3.63**	0.94	ปานกลาง
22	4.00	4.00	3.50**	0.90	ปานกลาง
23	4.00	4.00	3.65**	0.96	ปานกลาง
24	4.00	4.00	3.72	1.60	มาก
25	4.00	4.00	3.84	0.96	มาก
26	4.00	4.00	3.47**	0.95	ปานกลาง
27	4.00	4.00	4.07	0.87	มาก
28	5.00	5.00	4.17	1.11	มาก
29	2.00	3.00	2.93**	1.24	ปานกลาง
30	3.00	3.0	3.45**	1.03	ปานกลาง
การบริหารจัดการในโรงเรียน ข้อ 31 - 35					
31	4.00	4.00	3.59**	1.03	ปานกลาง
32	4.00	4.00	3.63**	0.86	ปานกลาง
33	4.00	4.00	3.70*	0.96	มาก
34	3.00	4.00	3.54**	1.03	ปานกลาง
35	4.00	4.00	3.63**	1.03	ปานกลาง
กิจกรรมร่วมระหว่างบ้าน โรงเรียน และชุมชน ข้อ 36 - 42					
36	3.00	3.00	3.98	0.87	มาก
37	4.00	4.00	3.69*	1.03	มาก
38	3.00	3.00	3.46**	1.10	ปานกลาง
39	3.00	3.00	3.52**	1.04	ปานกลาง
40	3.00	3.00	3.13**	1.23	ปานกลาง
41	3.00	3.00	3.39**	1.14	ปานกลาง
42	4.00	4.00	3.44**	1.10	ปานกลาง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อที่	Mode	Median	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน ข้อ 43 - 47					
43	3.00	3.00	3.40**	1.00	ปานกลาง
44	4.00	4.00	3.43**	1.18	ปานกลาง
45	4.00	4.00	3.55**	0.97	ปานกลาง
46	4.00	4.00	3.74	1.06	มาก
47	3.00	3.00	3.16**	1.10	ปานกลาง
หลักสูตรการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพ ข้อ 48 - 53					
48	4.00	4.00	3.92	0.89	มาก
49	4.00	4.00	4.09	0.92	มาก
50	5.00	5.00	4.44	0.90	มาก
51	5.00	5.00	4.39	0.90	มาก
52	5.00	5.00	4.29	1.05	มาก
53	5.00	5.00	3.89	1.09	มาก
ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับระหว่างบุคคล					
การสนับสนุนของครอบครัว ข้อ 54 - 59					
54	4.00	4.00	3.68*	0.97	มาก
55	3.00	3.00	3.33**	1.25	ปานกลาง
56	4.00	4.00	3.47**	1.01	ปานกลาง
57	4.00	4.00	3.74	0.99	มาก
58	4.00	4.00	3.72	0.95	มาก
59	4.00	4.00	3.79	0.96	มาก
การสนับสนุนของเพื่อน ข้อ 60 - 65					
60	4.00	4.00	3.78	0.84	มาก
61	4.00	4.00	3.66**	0.86	ปานกลาง
62	4.00	4.00	3.80	1.01	มาก
63	4.00	4.00	3.68*	1.06	มาก
64	4.00	4.00	3.85	1.00	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อที่	Mode	Median	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
65	4.00	4.00	3.83	0.96	มาก
การสนับสนุนของครู ข้อ 66 - 71					
66	4.00	4.00	3.78	1.01	มาก
67	4.00	4.00	3.90	1.04	มาก
68	4.00	4.00	3.96	0.98	มาก
69	4.00	4.00	3.81	0.85	มาก
70	4.00	4.00	3.75	0.96	มาก
71	4.00	4.00	3.73	1.00	มาก
การสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ 72 - 76					
72	4.00	4.00	3.83	0.87	มาก
73	4.00	4.00	3.85	0.99	มาก
74	4.00	4.00	3.69*	1.00	มาก
75	4.00	4.00	3.72	0.97	มาก
76	3.00	4.00	3.62**	1.05	ปานกลาง
บริการอนามัยโรงเรียน ข้อ 77 - 85					
77	4.00	4.00	3.84	0.78	มาก
78	4.00	4.00	3.88	0.83	มาก
79	4.00	4.00	3.81	0.93	มาก
80	4.00	4.00	3.65**	0.93	ปานกลาง
81	4.00	4.00	3.78	0.96	มาก
82	4.00	4.00	3.76	0.95	มาก
83	4.00	4.00	3.96	0.92	มาก
84	4.00	4.00	3.89	0.89	มาก
85	4.00	4.00	3.65**	0.96	ปานกลาง
***ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น ระดับภายในบุคคล*ความรู้ในการดูแลสุขภาพของนักเรียน ข้อ 86 - 95**					
86	4.00	4.00	3.78	0.80	มาก
87	4.00	4.00	4.00	0.84	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อที่	Mode	Median	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
88	4.00	4.00	3.56**	0.89	ปานกลาง
89	4.00	4.00	3.90	0.84	มาก
90	4.00	4.00	3.74	0.86	มาก
91	4.00	4.00	3.77	0.94	มาก
92	4.00	4.00	3.90	0.72	มาก
93	4.00	4.00	3.88	0.93	มาก
94	4.00	4.00	3.67*	0.94	มาก
95	4.00	4.00	3.90	0.82	มาก
ทักษะในการดูแลสุขภาพของนักเรียน ข้อ 96 - 105					
96	4.00	4.00	3.95	0.85	มาก
97	4.00	4.00	3.68*	0.95	มาก
98	3.00	3.00	3.24**	1.08	ปานกลาง
99	4.00	4.00	3.83	0.87	มาก
100	3.00	3.00	3.31**	1.04	ปานกลาง
101	4.00	4.00	3.67*	0.75	มาก
102	4.00	4.00	3.69*	0.84	มาก
103	4.00	4.00	3.72	0.87	มาก
104	4.00	4.00	3.95	1.04	มาก
105	4.00	4.00	4.05	0.92	มาก
ความเชื่อในการดูแลสุขภาพข้อ 106 – 110					
106	4.00	4.00	3.81	0.99	มาก
107	5.00	4.00	4.11	1.04	มาก
108	5.00	5.00	4.24	1.02	มาก
109	5.00	5.00	4.44	0.84	มาก
110	5.00	4.00	4.16	1.00	มาก

หมายเหตุ ** หมายถึงระดับปานกลาง

* หมายถึงระดับมากค่อนไปทางปานกลาง

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยเรื่อง “ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ใน 5 จังหวัด ชายแดน ภาคใต้”

เรียน…….

ดิฉัน นางนภาภรณ์ แก้วเหมือน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่น และความคิดเห็นของผู้บริหารโรงเรียนต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ ซึ่งมี ดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร เป็นที่ปรึกษาหลัก และ รศ.ดร.จีรเนาว์ ทัศศรี เป็นที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านเพื่อเข้าร่วมวิจัย โดยการตอบแบบสอบถาม และกรุณาส่งกลับคืนมาภายใน **วันที่14 มีนาคม 2556 ด้วยการใส่ซองเปล่าติดแสตมป์ ที่ได้ระบุชื่อ – ที่อยู่ ผู้วิจัยหน้าซอง ที่ได้แนบมากับแบบสอบถามแล้วด้วย** ซึ่งการนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปในภาพรวมไม่มีการเฉพาะเจาะจงหรือระบุชื่อโรงเรียน และข้อมูลนำมาใช้เพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น หากท่านไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธ หรืออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

ดิฉันขอรับรองว่า ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การเข้าร่วมตอบบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านหรือสมาชิกในครอบครัว แต่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียน พัฒนาระบบการบริหารงานสุขภาพของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามโดยนำไปประกอบเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในพื้นที่ให้มีความเหมาะสมตามวัฒนธรรมและศาสนา โปรดตอบคำถามทุกข้อ เพราะคำตอบของท่านมีค่ายิ่งสำหรับงานวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยและต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถสอบถามได้โดยตรงจากดิฉันซึ่งเป็นผู้วิจัย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 081-5996749

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(นภาภรณ์ แก้วเหมือน)

นักศึกษาปริญญาโทสาขาการจัดการระบบสุขภาพ

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่องระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพและความคิดเห็นของผู้บริหารโรงเรียนต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยแบบสอบถามมี 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1	ข้อมูลสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ตอนที่ 2	ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงเรียน
ตอนที่ 3	ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นและความคิดเห็นของผู้บริหารโรงเรียนต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียน

ขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาแบบสอบถามนี้ แล้วตอบตรงกับความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามต่อไป และขอขอบคุณอย่างยิ่งในการเสียสละเวลาและความร่วมมือของท่าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
นักเรียน หมายถึง นักเรียน ระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6

ตอนที่ 1 ข้อมูลสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 เพศ

☐ 1.ชาย ☐ 2. หญิง

1.2 อายุ .....ปี

1.3 สถานภาพ

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

1.4 ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท

☐ ปริญญาเอก ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

1.5 ตำแหน่ง

☐ ผู้จัดการ ☐ ผู้บริหาร ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

☐ ผู้อำนวยการ ☐ ผู้รับใบอนุญาตหรือเจ้าของโรงเรียน

1.6 ประสบการณ์ทำงานในโรงเรียน .....ปี

1.7 ระยะเวลาการเป็นผู้บริหาร .....ปี

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงเรียน

1.8 ที่ตั้งโรงเรียน

☐ 1. เขตเทศบาล ☐ 2. เขต อบต. ☐ จังหวัดโปรดระบุ.....

1.9 ขนาดโรงเรียน

☐ 1. ขนาดเล็ก ☐ 2. ขนาดกลาง ☐ 3. ขนาดใหญ่

1.10 จำนวนชั้นเรียนทั้งหมดในโรงเรียน.....ห้องเรียน

1.11 จำนวนนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียน .....คน

1.12 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของนักเรียนในโรงเรียน โปรดระบุ 1-5 ปัญหาที่สำคัญ

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

1.13 พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของนักเรียน ....

.....

1.14 จำนวนชมรม ด้านสุขภาพของนักเรียน.....ชมรม โปรดระบุชื่อชมรม

.....

1.15 จำนวนบุคลากรทั้งหมดในโรงเรียน.....คน

1.16 จำนวนบุคลากรที่มีความรู้ทางสุขภาพ.....คน

1.17 จำนวนเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนที่เป็นกรรมการของโรงเรียน.....แห่ง โปรดระบุชื่อเครือข่าย

.....

1.18 การเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

☐ 1. ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ☐ 2. ร่วมโครงการ ผ่านการประเมินระดับ.....

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียนตามการรับรู้ของผู้บริหาร

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. โรงเรียนมีนโยบายที่ต่อเนื่องในการส่งเสริมการออกกำลังกาย					
2.โรงเรียนมีนโยบายที่ต่อเนื่องในการจัดอาหารกลางวันให้นักเรียน					
3.โรงเรียนมีนโยบายที่ต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพจิต					
4.โรงเรียนมีนโยบายใช้หลักคำสอนทางศาสนาเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ					
5.โรงเรียนมีนโยบายการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียน					
6.โรงเรียนมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน					
7.โรงเรียนมีนโยบายให้ครูเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ เช่น การไม่สูบบุหรี่ การละหมาดตามเวลา					
8.โรงเรียนสนับสนุนให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีของนักเรียน					
9.โรงเรียนมีระเบียบในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน					
10.โรงเรียนมีนโยบายการให้บริการอนามัยโรงเรียน					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านนโยบายของผู้บริการโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ…….. ……					
11.โรงเรียนให้ความรู้ด้านสุขภาพตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ					
12.โรงเรียนจัดกิจกรรมสุขศึกษาผ่านทางกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนเพื่อให้นักเรียนมีทักษะในการดูแลสุขภาพ					
13.โรงเรียนมีหลักสูตรในการพัฒนาครูผู้สอนให้มีความรู้และทักษะในการสอนสุขศึกษา					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
14. โรงเรียนมีการกำหนดหลักสูตรเพื่อให้ความรู้นักเรียนในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในวัยรุ่น					
15. โรงเรียนจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มสาระการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน					
16. โรงเรียนกำหนดหลักสูตรฝึกทักษะแก่นักเรียนในการจัดการความเครียด					
17. โรงเรียนกำหนดหลักสูตรฝึกทักษะแก่นักเรียนในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
18. โรงเรียนกำหนดหลักสูตรเพื่อให้ความรู้เรื่องพัฒนาการทางเพศที่เหมาะสมของชาย หญิง					
19. โรงเรียนมีการกำหนดหลักสูตรเพื่อฝึกทักษะแก่นักเรียนในการหลีกเลี่ยงยาเสพติด					
20. โรงเรียนกำหนดหลักสูตรเพื่อฝึกทักษะแก่นักเรียนใน การป้องกันอุบัติเหตุจราจร อุบัติภัย					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านหลักสูตรในการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน……..... ……..……					
21. โรงเรียนดูแลสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม					
22. โรงเรียนมีการสำรวจสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน					
23. โรงเรียนมีโครงการเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เป็นไปตามมาตรฐาน					
24. โรงเรียนมีสถานที่ออกกำลังกายสำหรับนักเรียน					
25. โรงเรียนมีสถานที่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายก่อนละหมาดอย่างเพียงพอ					
26. โรงเรียนมีห้องพักผ่อนสำหรับนักเรียนอย่างเหมาะสม					
27. โรงเรียนมีห้องเรียนเพียงพอต่อจำนวนนักเรียนตามมาตรฐานที่กำหนด					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
28. โรงเรียนมีห้องละหมาดเพียงพอสำหรับนักเรียน					
29. ในบริเวณโรงเรียนมีแหล่งน้ำเป็นที่เพาะพันธุ์ยุง					
30 โรงเรียนจัดการขยะที่เหมาะสม เช่น มีสถานที่สำหรับเก็บขยะที่มิดชิดไม่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ…… ……..					
31. โรงเรียนสนับสนุนครูให้ทำกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพในห้องเรียน					
32. โรงเรียนสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน					
33. โรงเรียนสนับสนุนการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวิชาสุขศึกษา					
34. โรงเรียนนำปัญหาสุขภาพของ น.ร.มาทำแผนงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ น.ร.					
35. โรงเรียนมีแผนงานการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับการเรียนการสอน					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านการบริหารจัดการในโรงเรียน…….. ……					
36. โรงเรียนดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกันระหว่าง ผู้ปกครอง ชุมชน และโรงเรียน					
37. โรงเรียนมีกิจกรรมเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์อันดีระหว่างบ้าน โรงเรียนและชุมชน					
38. โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดจากการมีส่วนร่วม ระหว่างผู้ปกครอง ชุมชนและโรงเรียน					
39. ชุมชนส่งเสริมการออกกำลังกายแก่นักเรียน					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
40.ชุมชนสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพของนักเรียน					
41.ชุมชนให้ความร่วมมือในการประสานงาน กรณี นักเรียนมีปัญหาสุขภาพ					
42.ชุมชนช่วยเหลือในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กรณี นักเรียนมีปัญหาสุขภาพ					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านการดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน……..…… ……..……					
43.บุคลากรในโรงเรียนมีการประเมินสุขภาพตนเองทุกปี เช่น การตรวจ สุขภาพประจำปี					
44.บุคลากรในโรงเรียนได้รับคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มา ให้บริการในโรงเรียน					
45.บุคลากรในโรงเรียนร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นตามแผนงานของโรงเรียน					
46.โรงเรียนมีกิจกรรมเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์อันดีของบุคลากรในโรงเรียน					
47. บุคลากรในโรงเรียนได้รับข้อมูล ข่าวสารเรื่องสุขภาพทุกสัปดาห์					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน…….. …….					
48.โรงเรียนมีการนำบทบัญญัติทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาใช้ในโรงเรียน					
49.โรงเรียนจัดกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนเข้าใจข้อห้ามของศาสนาในเรื่องยาเสพติด					
50.โรงเรียนสนับสนุนให้นักเรียนปฏิบัติตามหลักปฏิบัติพื้นฐานของ ศาสนา เช่น การกล่าวปฏิญาณตน การละหมาด 5 เวลา					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
51.โรงเรียนสนับสนุนให้นักเรียนมีความตระหนักในศาสนา โดยเข้าใจหลักความเชื่อพื้นฐาน ในอิสลาม 6 ประการ					
52.โรงเรียนส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนเข้าใจ ข้อห้ามของศาสนาในเรื่อง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางเพศ					
53.ผู้นำศาสนามีบทบาทต่อการดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านหลักสูตรการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพ……... ……..					
54.ครอบครัวร่วมมือกับโรงเรียนในการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน เช่น การแข่งกีฬาโรงเรียน					
55.ครอบครัวให้การสนับสนุนเงินกับทางโรงเรียนในการทำประกันอุบัติเหตุแก่นักเรียน					
56.ครอบครัวมีส่วนร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียน เช่น การนอนดึกตื่นสาย					
57. ครอบครัวให้ความร่วมมือกับทางโรงเรียนในการป้องกันการใช้สารเสพติดในโรงเรียน					
58.ครอบครัวมีส่วนร่วมในการนำนักเรียนที่ป่วยไปโรงพยาบาล					
59.ครอบครัวให้ความร่วมมือกับทางโรงเรียนเพื่อแก้ปัญหาของนักเรียน เช่น ทะเลาะวิวาทกัน					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านการสนับสนุนของครอบครัว…… ……					
60.น.ร.มีกิจกรรมที่ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในโรงเรียน เช่นเพื่อนช่วยเพื่อน					
61.นักเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพื่อนนักเรียนด้วยกัน					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
62.นักเรียนมีกิจกรรมร่วมกันในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น มีชมรมหรือกลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกายกีฬาหรือนันทนาการ ใน โรงเรียน					
63.นักเรียนที่มีความประพฤติที่ดี เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ติดเกมส์ ได้ รับคำยกย่องชมเชย เป็นตัวอย่างกับเพื่อน					
64.นักเรียนสามารถช่วยเหลือเพื่อนที่ป่วยได้เบื้องต้นที่โรงเรียน เช่น หน้ามืดเป็นลม					
65.เมื่อนักเรียนมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ปวดประจำเดือน หนวดขึ้น สามารถปรึกษาเพื่อนได้					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านการสนับสนุนของกลุ่มเพื่อน……..…… ……...……					
66.ครูประจำชั้นคัดกรองระบุนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพกายและจิตได้ถูกต้อง					
67.ครูให้คำแนะนำแก่นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่					
68.ครูให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียน เช่น การล้างมือ					
69.ครูที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพมีการแก้ไขปัญหาให้กับนักเรียนที่มีน้ำหนักน้อยหรือมากกว่าเกณฑ์					
70.นักเรียนได้รับการดูแลจากครูในการดำรงชีวิตประจำวันที่โรงเรียน เช่น เมื่อนักเรียนประสบอุบัติเหตุต้องมีอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน					
71.นักเรียนที่มีโรคประจำตัว เช่น ภูมิแพ้ ได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยครู					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านการสนับสนุนของครู……...…….. ……...……					
72.บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำนักเรียนในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การล้างมือ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
73.บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำนักเรียนในการป้องกันโรค เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค การล้างมือเพื่อป้องกันโรค					
74.บุคลากรสาธารณสุขติดตามดูแลนักเรียนป่วยที่ส่งต่อไปจากโรงเรียน					
75.บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำกับครูและนักเรียนกรณีมีปัญหาด้านสุขภาพในโรงเรียน					
76.บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำนักเรียนที่ต้องใช้อุปกรณ์เสริมในการ ดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ใส่เฝือก					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านการสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุข……..……..……. ……...…….					
77.ครูให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกับนักเรียนทุกคน					
78.โรงเรียนมีครูดูแลเรื่องสุขภาพของนักเรียน					
79.โรงเรียนหรือหน่วยงานสาธารณสุขมีการอบรมแกนนำนักเรียนด้านสุขภาพ					
80.โรงเรียนมีการทดสอบการมองเห็นแก่นักเรียน					
81.โรงเรียนมีห้องปฐมพยาบาลสำหรับดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่นักเรียน					
82.โรงเรียนมียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่นักเรียน					
83.โรงเรียนได้มีการส่งต่อรักษานักเรียนที่เจ็บป่วยเกินขอบเขตการบริการของโรงเรียน					
84.โรงเรียนมีห้องพยาบาลที่ให้บริการแก่นักเรียนที่ป่วยได้นอนพัก					
85.โรงเรียนมีการช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพนักเรียนที่ป่วย เช่น มีครูคอยดูแลนักเรียนที่ใส่เฝือก					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านบริการอนามัยโรงเรียน……..……. ……...…….					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
86.นักเรียนของท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของร่างกาย เช่น น้ำหนักและส่วนสูงที่เหมาะสม					
87.นักเรียนของท่านมีความรู้ในการดูแลความสะอาดร่างกายได้เหมาะสม เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร					
88.นักเรียนของท่านมีความรู้เรื่องตรวจสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การตรวจวัดดัชนีมวลกาย (BMI) ของตนเองได้					
89.นักเรียนของท่านมีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การปฏิบัติตัวเมื่อป่วย การดูแลบาดแผล					
90.นักเรียนของท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของตนเอง					
91.น.ร.ของท่านทราบว่าสามารถขอคำปรึกษาครูได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ					
92.นักเรียนของท่านมีความรู้ว่าการปฏิเสธเป็นสิทธิส่วนบุคคล ควรใช้ในสถานการณ์ที่ถูกชวนไปทำสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์					
93.นักเรียนของท่านมีความรู้พื้นฐานเรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน					
94.นักเรียนของท่านมีความรู้เรื่องการขับขี่รถที่ปลอดภัย					
95.นักเรียนของท่านมีความรู้เรื่องอันตรายจากยาเสพติด					
96.นักเรียนของท่านสามารถดูแลสุขภาพเมื่อป่วย เล็กๆ น้อยๆ ได้ เช่น เมื่อเป็นหวัด เมื่อตัวร้อน					
97.นักเรียนที่มีโรคประจำตัวมีการดูแลตัวเองไม่ให้โรคกำเริบได้ เช่น นักเรียนที่เป็นโรคหอบหืด					
98.นักเรียนของท่านเลือกรับประทานอาหารจำพวก ขนมถุง น้ำอัดลม					
99.นักเรียนของท่านมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน					
100.นักเรียนของท่านขับรถจักรยานยนต์โดยไม่ใส่หมวกกันน็อค					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ต่อระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงเรียน				
	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
101.นักเรียน.ของท่านมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม					
102.นักเรียนของท่านมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด					
103.นักเรียนของท่านปฏิเสธการชักชวนจากผู้อื่นในการไปทำสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ เช่น การสูบบุหรี่					
104.น.ร.ของท่านมีทักษะในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน					
105.นักเรียนของท่านมีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์ กามโรค					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของนักเรียน…….. ……					
106.นักเรียนของท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง					
107.นักเรียนของท่านมีความเชื่อว่าการปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ ในอิสลามเช่น การละหมาด การ ถือศีลอด เป็นการเสริมสร้างสุขภาพจิต					
108.นักเรียนของท่านมีความเชื่อว่าการมีร่างกายแข็งแรงสุขภาพที่ดีเป็นส่วนหนึ่งของความโปรดปรานจากอัลลอฮ.					
109.น.ร.ของท่านมีความเชื่อว่าความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของอีหม่าน ความศรัทธา					
110.นักเรียนของท่านมีความเชื่อว่าเมื่อป่วยต้องดูแลรักษาสุขภาพ					
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้านความเชื่อในการดูแลสุขภาพของนักเรียน…….. ……..……					
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่นๆ……..…… ……..……					

ขอสันติสุขจงมีแด่ท่าน

ภาคผนวก ง
แนวทางในการสัมภาษณ์

ระบบการดูแลสุขภาพระดับชุมชน

1. นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไรบ้าง มีกระบวนการในการกำหนด นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างไร ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

2. ช่วยอธิบายเกี่ยวกับหลักสูตรการให้ความรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียน การจัดการเรียนการสอนเป็นอย่างไร การประเมินผลเป็นอย่างไร ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

3. ลักษณะการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของ

4. นักเรียนและดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพในนักเรียนที่ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

5. ลักษณะการบริหารจัดการในโรงเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพนักเรียน การบริหารงบประมาณเป็นอย่างไร ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

6. โรงเรียนมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชนอย่างไรบ้าง ลักษณะของการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไรบ้าง ความร่วมมือเป็นอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

7. โรงเรียนมีการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียนอย่างไรบ้าง ช่วยอธิบายลักษณะกิจกรรมที่มีการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

8. โรงเรียนมีการส่งเสริมหลักสูตรในการส่งเสริมหลักคำสอนทางศาสนาเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ระบบการดูแลสุขภาพระดับระหว่างบุคคล

1. มีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลนักเรียนในด้านสุขภาพอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

2. มีการสนับสนุนให้เพื่อนมีส่วนร่วมในการดูแลนักเรียนด้วยกันอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

3. ครูมีการสนับสนุนในการดูแลนักเรียนอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

4. บุคลากรสาธารณสุขมีการสนับสนุนในการดูแลนักเรียนอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

5. โรงเรียนของท่านมีการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ระบบการดูแลสุขภาพระดับภายในบุคคล

1. นักเรียนของท่านมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างไร เรื่องอะไรบ้าง ความรู้เรื่อง (เพศศึกษา, ทักษะชีวิต, การปฐมพยาบาลเบื้องต้น, การป้องกันอุบัติเหตุ, การป้องกันยาเสพติด) มีการสอนอย่างไร (ความถี่, วิธีการสอน) ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

2. นักเรียนของท่านมีทักษะในการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

3. นักเรียนของท่านมีทัศนคติหรือความเชื่อในการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเรื่องระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ สังกัดคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ดร.ส้าหลี้เฝาะ โต๊ะหลี ผู้รับใบอนุญาต/ผู้บริหารโรงเรียนแสงธรรมวิทยาตรัง นายกสมาคมโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ภาคใต้ตอนบน

3. อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

4. อาจารย์กำไล สมรักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

5. อาจารย์สุวิทย์ หมาดอะดำ คณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวทางในการสัมภาษณ์เรื่องระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

1. ดร.ส้าหลี้เฝาะ โต๊ะหลี ผู้รับใบอนุญาต/ผู้บริหารโรงเรียนแสงธรรมวิทยาตรัง นายกสมาคมโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ภาคใต้ตอนบน

2. อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

3. อาจารย์กำไล สมรักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางนภาภรณ์ แก้วเหมือน

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5310042007

วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยบรมราชชนนีตรัง	2536
การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ	โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	2547

ทุนการศึกษา

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์
สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ สนับสนุนทุนในการนำเสนอวิทยานิพนธ์ระดับชาติ

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล

การตีพิมพ์และการเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานแบบ Oral Presentation และตีพิมพ์ (Proceeding) Full text ในที่ประชุมวิชาการ เรื่อง THE 5th National Graduate Research Conference ระหว่างวันที่ 29 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 จัดโดย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง สถานที่ประชุม มหาวิทยาลัยรามคำแหง หัวหมาก