

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมจากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจะนำเสนอเนื้อหาเป็น 3 ส่วน ได้แก่ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

1. ความหมายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ให้คำจำกัดความว่าโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงเรียนที่เสริมสร้างศักยภาพในการพัฒนาโรงเรียนให้เป็นสถานที่ที่มีสุขภาพที่ดีอย่างเข้มแข็ง และต่อเนื่อง เพื่อให้เหมาะสำหรับการอาศัย การศึกษา และการทำงาน (A health promoting school is a school constantly strengthening its capacity as a healthy setting for living, learning and working)

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ให้ความหมายว่าโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงเรียนที่มีความร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดีของทุกคนในโรงเรียน

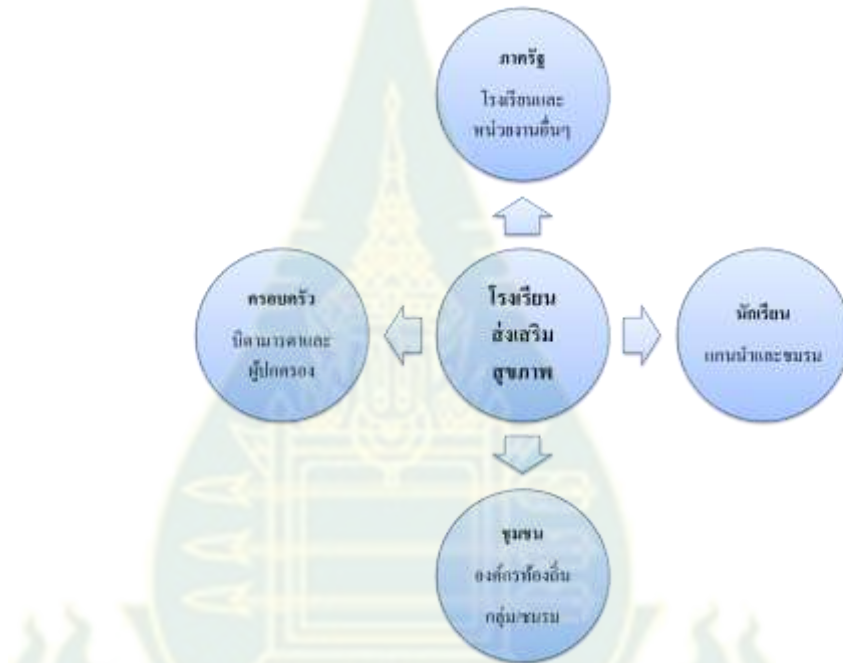
จตุพร สุขจีน (2561) ให้ความหมายว่าโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงเรียนที่มีความร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ มุ่งเน้นสุขศึกษาในโรงเรียน อนามัยสิ่งแวดล้อม บริการอนามัยโรงเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและโรงเรียน

สรุปได้ว่า โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีความสามารถและความร่วมมือร่วมใจ ในการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทุกคนในโรงเรียนมีสุขภาพดี ผ่านกิจกรรมสุขศึกษา อนามัยสิ่งแวดล้อม บริการอนามัยโรงเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและโรงเรียน

2. แนวคิดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีแนวคิดที่กว้างขวางและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เน้นการพัฒนาทุกมิติของสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกคนทั้งในโรงเรียนและชุมชน อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน และชุมชน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จ เป็นการบูรณาการความร่วมมือในเรื่องการศึกษาควบคู่ไปกับการมีสุขภาพดี ภายใต้เงื่อนไขที่จำกัดของทรัพยากร คน เวลา และงบประมาณของฝ่ายการศึกษา สาธารณสุข และท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ภาพลักษณ์ของเด็กวัยเรียนและเยาวชนไทย ที่ดี

เก่ง และมีความสุข อันเป็นความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษาและการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุถึงปรัชญาการพัฒนา “คน” อย่างแท้จริง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นั่นคือ ภาควิชาหรือข่ายทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันผลักดันให้โรงเรียนใช้ศักยภาพทั้งหมดที่มีเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองและผู้อื่น ตัดสินใจและควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ดังภาพที่ 2.1 แนวคิดดังกล่าวก่อให้เกิดโอกาสในการพัฒนา นโยบาย ระเบียบ และโครงสร้างการส่งเสริมสุขภาพทุกเรื่องที่โรงเรียนและชุมชนสามารถดำเนินการร่วมกัน การทำงานเป็นทีมโดยมีผู้นำที่เข้มแข็ง ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตกลงกันในเป้าหมายต่าง ๆ ภายใต้การผสมผสานแนวคิดของการพัฒนาทางการศึกษา



ภาพที่ 2.1 ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ดัดแปลงจาก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556)

3. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

3.1 โรงเรียน ได้รับรู้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน และขยายผลสู่ชุมชน รวมทั้งมีโอกาสดำเนินการได้รับความร่วมมือและการช่วยเหลือจากชุมชนและองค์กรต่าง ๆ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ตัวชี้วัดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดการประเมินคุณภาพการศึกษา ก่อให้เกิดผลดีต่อโรงเรียนในการรับการประเมินจากภายนอก

3.2 นักเรียน ได้เรียนรู้วิถีชีวิตในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะปลูกฝังให้เกิดการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีตั้งแต่เด็กควบคู่ไปกับการศึกษา เพื่อให้เป็นเด็ก “ดี เก่ง มีสุข”

3.3 ครู ผู้ปกครอง และสมาชิกของชุมชน ได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเพื่อนำไปปฏิบัติ ให้เกิดทักษะการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อโรงเรียนในการได้รับการยอมรับในเรื่องคุณภาพการศึกษาที่เน้นการพัฒนาคนแบบองค์รวมทั้งด้านการศึกษาและด้านสุขภาพ นักเรียน บุคลากรในโรงเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพของประเทศ ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถสร้างสรรค์สิ่งที่มีประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติ

4. ขั้นตอนการก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานเพื่อเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ควรเริ่มจากคณะครูและนักเรียนมีความตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี และความจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อตั้งแต่เด็ก ทั้งยังมุ่งมั่นที่จะสร้างให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาความเป็นอยู่อย่างมีสุขภาพดีของทุกคนในชุมชน โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ 8 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

4.1 สร้างความสนับสนุนของชุมชนและท้องถิ่น เพื่อให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผู้บริหารโรงเรียนควรชี้แจงแก่ ครู นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และประชาชนในท้องถิ่นเกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระหว่างโรงเรียนและชุมชน หลังจากนั้นผู้บริหารโรงเรียนแสดงเจตจำนงเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ที่หน่วยงานต้นสังกัดระดับจังหวัดหรือเขตพื้นที่การศึกษา และประสานการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

4.2 จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน คณะกรรมการสถานศึกษาของโรงเรียนสรรหากลุ่มบุคคลที่สนใจงานส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักเรียนและชุมชน เพื่อแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนจำนวน 10-15 คน ซึ่งประกอบด้วย ครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สุขภาพ และผู้แทนองค์กรในชุมชน โดยคณะกรรมการชุดนี้ จะทำหน้าที่ในการร่วมกันค้นหาแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

4.3 จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการสถานศึกษาสรรหาและแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา จากผู้นำชุมชนและผู้สนใจในพื้นที่ เพื่อให้ทำงานร่วมกับโรงเรียนในการเผยแพร่ข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ การระดมทรัพยากรในท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนและสร้างพลังเข้มแข็งในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

4.4 วิเคราะห์สถานการณ์ คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนดำเนินการสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาพของโรงเรียนและชุมชน เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ สภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคม ระเบียบ กฎเกณฑ์ รวมทั้งทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

4.5 กำหนดจุดเริ่มต้นในการทำงาน คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของโรงเรียนและชุมชน มาร่วมกันระดมความคิดในการกำหนดประเด็นเพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามสภาพปัญหา/ความต้องการของนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน

4.6 จัดทำแผนปฏิบัติการ คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน รูปแบบกิจกรรม บทบาทที่เกี่ยวข้อง ตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผล กลไกการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน และระบบรายงานให้ชัดเจน

4.7 ติดตามและประเมินผล คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน โดยการจัดประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้เกี่ยวข้อง มีการประเมินผลการดำเนินงาน การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลสำเร็จ และมีการปรับแผนงานเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการดำเนินงานเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

4.8 พัฒนาเครือข่ายระดับท้องถิ่น คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนแต่ละโรงเรียน ผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน ด้วยการสร้างเครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์ และแหล่งทรัพยากร ตลอดจนมีการจูงใจให้โรงเรียนอื่น ๆ ที่ยังไม่ร่วมโครงการเกิดความตื่นตัว และร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนตามแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

5. หลักการพัฒนากิจการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสามารถใช้หลักการบริหารงานตามวงจรคุณภาพ (Quality Circle) เป็นแนวทางดำเนินงาน ดังภาพที่ 2.2 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

<p>1. การวางแผนดำเนินงาน (PLAN)</p> <ul style="list-style-type: none"> • แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วย ครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้แทนองค์กรในชุมชน • คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ร่วมกันกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมประเด็นสุขภาพที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพ เพื่อเป็นทิศทางในการพัฒนา • ถ่ายทอดนโยบายสู่นักเรียน ครู ผู้ปกครอง และผู้เกี่ยวข้อง • จัดทำแผนกลยุทธ์พัฒนาคุณภาพการศึกษาและแผนงาน โครงการให้สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ • จัดทำข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของทุกฝ่าย ทั้งในและนอกโรงเรียน 	<p>2. การปฏิบัติการ (DO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปฏิบัติตามแผนงาน โครงการ ที่กำหนด • โรงเรียนประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อค้นหาสิ่งที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินงานไม่ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ • ดำเนินงานเพื่อปรับปรุงให้บรรลุตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมิน
<p>3. การตรวจสอบ/ทบทวน/ประเมิน (CHECK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • นิเทศ กำกับ ติดตาม สร้างขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการนิเทศภายในของโรงเรียนเป็นระยะ ระหว่างการปฏิบัติงาน • ตรวจสอบ ทบทวน ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยคณะกรรมการจากหน่วยงานสาธารณสุขและการศึกษา รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละกลุ่มโรงเรียน หรือเขตพื้นที่การศึกษา • ขอรับการประเมินเพื่อรับรองในแต่ละระดับจากทีมประเมินระดับอำเภอหรือทีมประเมินระดับจังหวัดต่อไป 	<p>4. การปรับปรุงแก้ไข / พัฒนา (ACT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • สรุปผลการตรวจสอบ ทบทวนและนิเทศงานตามองค์ประกอบ/ตัวชี้วัด โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ • นำผลการตรวจสอบ ทบทวนและนิเทศงานไปใช้ปรับปรุงแก้ไข พัฒนาการดำเนินงานในโครงการ หรือกิจกรรมของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในปีการศึกษาต่อไป

ภาพที่ 2.2 หลักการพัฒนากิจการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ดัดแปลงจาก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559)

6. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร จะต้องดำเนินงานให้โรงเรียนผ่านการรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองก่อน ดังนั้นจึงต้องทำความเข้าใจการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ดังจะกล่าวต่อไป

6.1 การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยโรงเรียนจะต้องดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานตามองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 10 ประการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559, 16) ดังนี้

6.1.1 ด้านกระบวนการ มีองค์ประกอบ 2 ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน มีตัวชี้วัด 6 ตัว

องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน มีตัวชี้วัด 5 ตัว

6.1.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มีองค์ประกอบ 8 ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน มีตัวชี้วัด 4 ตัว

องค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ มีตัวชี้วัด 4 ตัว

องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน มีตัวชี้วัด 13 ตัว สำหรับโรงเรียนประถมศึกษา และมีตัวชี้วัด 6 ตัว สำหรับโรงเรียนมัธยมศึกษา

องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน มีตัวชี้วัด 4 ตัว สำหรับโรงเรียนประถมศึกษา และมีตัวชี้วัด 2 ตัว สำหรับโรงเรียนมัธยมศึกษา

องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย มีตัวชี้วัด 10 ตัว สำหรับโรงเรียนประถมศึกษา และมีตัวชี้วัด 7 ตัว สำหรับโรงเรียนมัธยมศึกษา

องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ มีตัวชี้วัด 6 ตัว

องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม มีตัวชี้วัด 5 ตัว

องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน มีตัวชี้วัด 6 ตัว

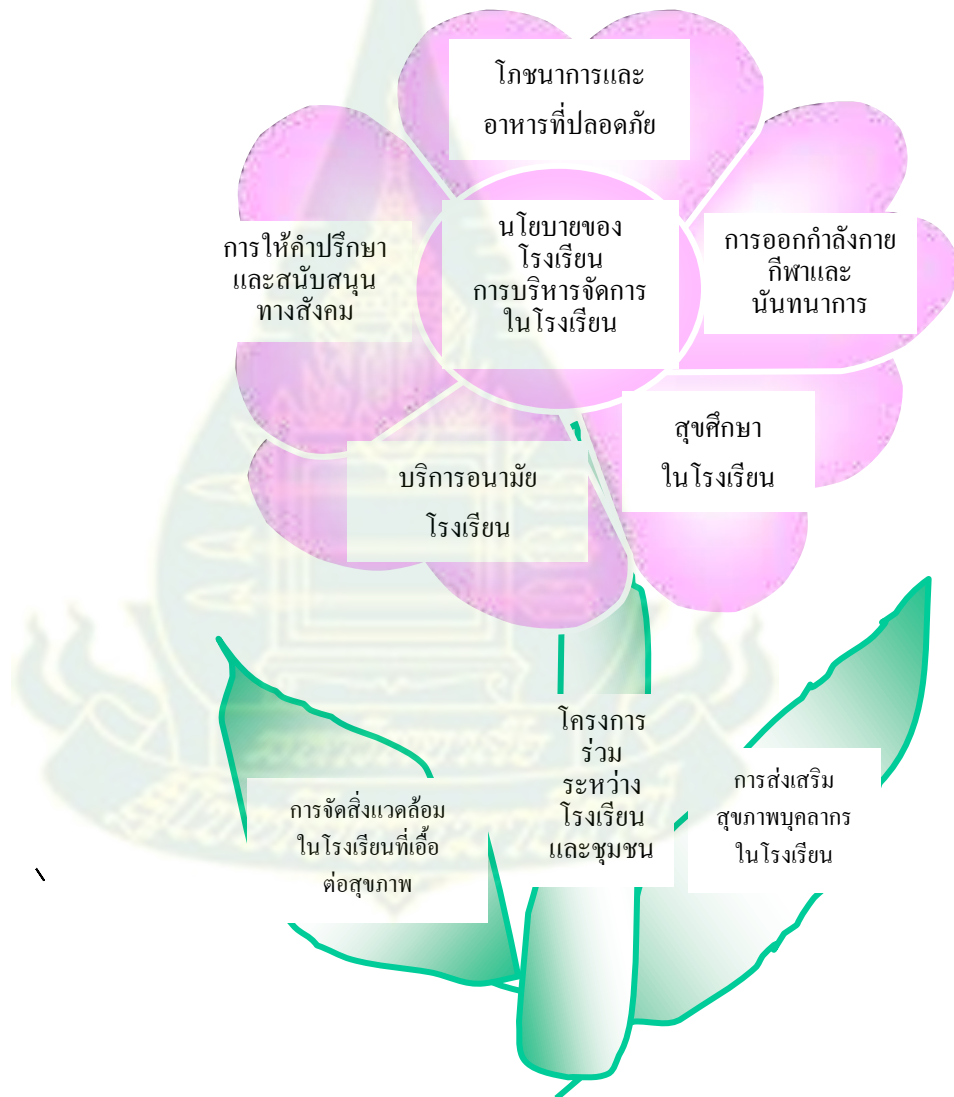
6.2 การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรเกิดหลังจากโรงเรียนผ่านการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแล้ว โดยจะต้องพัฒนาโรงเรียนสู่เกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ที่เน้นการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของ

นักเรียน และผลการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ ประกอบด้วย มาตรฐาน 3 ด้าน 19 ตัวชี้วัด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559, 16) จากข้อกำหนดดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร มี 2 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินงานภายใต้องค์ประกอบ 10 ประการ ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพภายใต้องค์ประกอบของการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 10 ประการ ดังภาพที่ 2.3 เป็นการดำเนินงานซึ่งส่วนใหญ่เน้นกระบวนการของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นทิศทางแก่โรงเรียน การผ่านเกณฑ์มาตรฐานการประเมินจัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง ตามลำดับ



ภาพที่ 2.3 การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพภายใต้องค์ประกอบสำคัญ 10 ประการ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานภายใต้มาตรฐาน 3 ด้าน 19 ตัวชี้วัด

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ประกอบด้วย มาตรฐาน 3 ด้าน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มี 1 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 โรงเรียนผ่านการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองไม่เกิน 3 ปี

มาตรฐานที่ 2 การดำเนินงานสุขภาพของนักเรียนแกนนำ มี 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 2 มีการจัดตั้งชมรมสุขภาพที่มีแกนนำนักเรียนรวมตัวกันดำเนินกิจกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

ตัวชี้วัดที่ 3 มีโครงการสุขภาพของนักเรียนที่ประสบผลสำเร็จชัดเจนในการลดปัญหาสุขภาพหรือสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนหรือชุมชน อย่างน้อย 1 เรื่อง

มาตรฐานที่ 3 ผลสำเร็จของการดำเนินงาน มี 3 ด้าน มี 16 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) ภาวะสุขภาพของนักเรียน มี 7 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 4 ภาวะการเจริญเติบโต (1) นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) เกินเกณฑ์ (เริ่มอ้วนและอ้วน) ไม่เกินร้อยละ 7 (2) นักเรียนมีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A) ต่ำกว่าเกณฑ์ (ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย) ไม่เกินร้อยละ 5

ตัวชี้วัดที่ 5 นักเรียนไม่มีฟันแท้ผุ อุด และถอน ร้อยละ 45 ขึ้นไป สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา 1-6 และร้อยละ 35 ขึ้นไป สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 1-3

ตัวชี้วัดที่ 6 นักเรียนอายุ 7-18 ปี มีสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ประเมินทั้ง 3 ด้าน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตัวชี้วัดที่ 7 นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลช่วยเหลือทุกคน

ตัวชี้วัดที่ 8 นักเรียนมีความรู้และทักษะด้านสุขอนามัยทางเพศ โดยมีการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนด้านสุขอนามัยทางเพศ อย่างน้อยภาคการศึกษาละ 1 เรื่อง

ตัวชี้วัดที่ 9 ไม่มีการสูบบุหรี่ในโรงเรียน

ตัวชี้วัดที่ 10 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และหรือมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มีปัญหาสายตาและการได้ยินผิดปกติได้รับการแก้ไขทุกคน

2) โครงการแก้ไขปัญหาในโรงเรียน มี 1 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 11 มีโครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพหรือสิ่งแวดล้อมที่มีความซุกสูงหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพของนักเรียนได้เป็นผลสำเร็จ อย่างน้อย 1 โครงการ

3) งานตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ มี 8 ตัวชี้วัด ดังนี้

(1) น้ำบริโภคปลอดภัยและเพียงพอ มี 1 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 12 น้ำบริโภคปลอดภัยและเพียงพอ โดยมีผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย พ.ศ. 2553 ไม่เกิน 1 ปี มี

ผลการตรวจด้านแบคทีเรีย (โคลิฟอร์มแบคทีเรียและฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย) ผ่านเกณฑ์ทุก 6 เดือน และมีจุดบริการน้ำดื่ม 1 ที่ ต่อนักเรียนและบุคลากร 75 คน

(2) สุขอนามัย มี 1 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 13 ส้วมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Healthy Accessibility Safety (HAS) 16 ข้อ ทุกจุด

(3) โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร มี 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 14 มีการจัดหรือจำหน่ายอาหารว่างหรือเครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ไม่หวานจัด ไม่เค็มจัด และไม่มีไขมันสูง ทุกวันเปิดเรียน

ตัวชี้วัดที่ 15 มีการส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้บริโภคผักมื้อกลางวันตามปริมาณที่แนะนำ ทุกวันเปิดเรียน นักเรียนชั้นอนุบาล 3 ชั้นกินข้าว/มื้อ/คน นักเรียนชั้นประถมศึกษา 4 ชั้นกินข้าว/มื้อ/คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 5 ชั้นกินข้าว/มื้อ/คน

ตัวชี้วัดที่ 16 โรงอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน 30 ข้อ

(4) การป้องกันอุบัติเหตุ มี 1 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 17 ไม่มีการบาดเจ็บในโรงเรียนที่ทำให้นักเรียนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงรอบปีที่ผ่านมา

(5) การป้องกันและแก้ไขมลภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มี 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 18 มีการจัดการปัญหาที่เกิดจากมลภาวะภายนอกโรงเรียนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทุกปัญหาทุกปัญหา

ตัวชี้วัดที่ 19 โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน 28 ข้อ

การมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) มีบทบาทสำคัญในการบริหารงานและการดำเนินงานต่าง ๆ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่เน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ และพยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top-down) มาเป็นการพัฒนาจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom - up) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอคเลย์ (Oakley, 1984 อ้างใน สุธี วรประดิษฐ์, 2556) ที่กล่าวว่า แนวทางจากการพัฒนาจากระดับล่างขึ้นบนนี้เกี่ยวข้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหายไป (Missing ingredient) ในกระบวนการพัฒนา นักวิชาการได้อธิบายความหมาย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาไว้มากมาย ดังจะกล่าวต่อไป

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ดังนี้

สตีเฟน (Stephens, 2007 อ้างใน วิธนา เทียงธรรม, 2554) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนาว่า หมายถึง กระบวนการในการพัฒนาที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ตั้งแต่การร่วมค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมถึงการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนา โดยเป้าหมายและกิจกรรมในกระบวนการพัฒนาต้องสอดคล้องกับแบบแผนของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1981) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา ลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ และเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

องค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1981) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมของกลุ่ม การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงต้องจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่คำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เพราะกลุ่มคนในชุมชนมีความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล ให้ความสำคัญในการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น

สุชาติ จักรพิสูทธิ์ (ออนไลน์, 2547) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคมองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิหน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติ และการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผล ประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ 2) การมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

วิธียา เทียงธรรม (2554) กล่าวว่า ความหมายของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วยคำ 2 คำ ได้แก่ การเป็นหุ้นส่วน (partnership) และการเข้าไปเกี่ยวข้อง (involvement) ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นทั้งกระบวนการและกลวิธีในการพัฒนาศักยภาพชุมชน การร่วมตัดสินใจด้วยในทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยมีส่วนร่วมในการจัดสรรควบคุมการเงินและการบริการ การร่วมใช้ผลประโยชน์ ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งเป็นการยกระดับการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม ประชาชนต้องได้รับผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่ากัน

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการตัดสินใจและรับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมที่มีความสนใจร่วมกันในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหาความต้องการหรือปัญหา การวางแผน การจัดการทรัพยากร การดำเนินกิจกรรม การติดตามประเมินผล และการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม ในลักษณะของหุ้นส่วนที่มีความเท่าเทียมกัน เคารพซึ่งกันและกันในความเป็นบุคคล มีความซื่อสัตย์จริงใจต่อกัน ที่จะผลักดันให้กิจกรรมบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

ระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน, 2556) ดังนี้

2.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาครัฐจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2.2 การรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และความคิดเห็น เพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์

2.3 การเกี่ยวข้อง (Involve) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่า ข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย

2.4 ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการให้กลุ่มประชาชน ผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

2.5 การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (Empower) เป็นขั้นตอนที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจทำได้หลายระดับและหลายวิธี บางวิธีสามารถทำได้ง่าย ๆ บางวิธีต้องใช้เวลามาก การสร้างการมีส่วนร่วมจึงขึ้นอยู่กับความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน การรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทั้งพัฒนาทักษะและศักยภาพของข้าราชการทุกระดับควบคู่กันไปด้วย จากหลักการและความจำเป็นดังกล่าวทำให้การพัฒนาระบบราชการที่ผ่านมา ได้พัฒนากระบวนการบริหารราชการที่สนับสนุนการปรับกระบวนการทำงานของส่วนราชการ ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น หรือที่เรียกว่า "การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม"

3. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอไว้ดังนี้

คูฟแมน (Koufman, 1949, 7 อ้างใน สุธี วรประดิษฐ, 2556) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ประยูร ศรีประสาธน์ (2542, 5 อ้างใน สุธี วรประดิษฐ, 2556) เสนอว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม และ 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

วีณา เทียงธรรม (2554) กล่าวว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยองค์การที่มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน เช่น มีคณะกรรมการดำเนินงาน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในโครงสร้างที่ชัดเจน มีเครือข่าย เป็นต้น ซึ่งไม่มีสูตรสำเร็จในกระบวนการดังกล่าว แต่เชื่อว่าองค์กรนั้นจะต้องเกิดจากความต้องการภายในของคนในชุมชน ที่ต้องการให้อำนาจการบริหารและการตัดสินใจต่าง ๆ มาจากชุมชน

สรุปได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ขนาดครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นต้น ปัจจัยด้านการสื่อสาร เช่น การได้รับข่าวสาร เป็นต้น และปัจจัยด้านองค์การ เช่น โครงสร้างองค์การ การกำหนดบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

4. ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อกระทำการกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีขั้นตอนแตกต่างกันตามความคิดเห็นของนักวิชาการ ดังนี้

ฟอร์นารอฟ (Fornaroff, 1980, 104 อ้างใน สุธี วรประดิษฐ, 2556) เสนอว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนด เป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ และการติดตามประเมินผล 2) การดำเนินงาน 3) การใช้บริการ จากโครงการ และ 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

อภิญา กังสนารักษ์ (2544, 14-15) และอคิน รพีพัฒน์ (2547, 49) เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่ามี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันได้

สรุปได้ว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่ม ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและรับประโยชน์

5. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษา

กฎหมายได้กำหนดบทบาทของท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดการศึกษาไว้ใน มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 โดยระบุไว้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิจัดการศึกษาในระดับใดระดับหนึ่งหรือทุกระดับตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการภายในท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาไว้ ดังนี้

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2547) นำเสนอความคิดเห็นผ่านบทความ “แลหน้า เศรษฐกิจสังคมไทย” สรุปการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการศึกษา 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนที่รัฐเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้เป็นการมองมาจากเบื้องบนหรือมาจากรัฐ ประชาชนเป็นเพียงผู้คอยรับนโยบายและปฏิบัติตาม และ 2) การมีส่วนร่วมที่เกิดจากความต้องการของประชาชนด้วยความสมัครใจ โดยที่รัฐคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือคอยอำนวยความสะดวกเท่านั้น

วิจิต นันทสุวรรณ และจันทน์ แรกพินิจ (2541 อ้างใน สุธี วรประดิษฐ, 2556) เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาไว้ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง การจัดการศึกษาในลักษณะนี้เกิดจากความสามารถและความต้องการของคนในชุมชน ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและตอบสนองความต้องการของสมาชิกในชุมชน โดยยึดหลักให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยไม่ยึดจำกัดของระยะเวลา สถานที่ เพศ และอายุ เป็นการเปิดโอกาสให้คนได้เรียนรู้ตามอัธยาศัยที่แท้จริง ชุมชนได้

เข้ามามีบทบาทหลักในการจัดการศึกษา ทั้งนี้ รูปแบบการมีส่วนร่วมตามแนวทางนี้ ต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 อย่าง ที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ คน ความรู้ และทรัพยากร โดยมีกระบวนการดำเนินการดังนี้

- 1.1 การวิเคราะห์ - สังเคราะห์ ปัญหาชุมชน
- 1.2 หาทางออกที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต
- 1.3 ดำเนินการสร้างกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนได้แก้ไขปัญหามีอยู่
- 1.4 ประเมินผลกิจกรรม

การกำหนดเนื้อหาหรือกิจกรรมการเรียนรู้ จะเริ่มจากจุดเล็ก ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน แล้วขยายออกไปสู่เนื้อหาหรือกิจกรรมที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทั้งหมด

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของโรงเรียน ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งกับโรงเรียนในการสร้างหลักสูตรท้องถิ่นที่สัมพันธ์และสอดคล้องกับความเป็นจริงของสภาพชุมชน สนองความต้องการและวิถีชีวิตของชุมชนในท้องถิ่น โดยบุคคลในท้องถิ่น เช่น ประชาชนชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง เป็นต้น มาจัดทำหลักสูตรท้องถิ่นและประเมินผล

3. รูปแบบการเชื่อมประสานการจัดการศึกษาระหว่างโรงเรียนกับชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะกับชุมชนที่มีกระบวนการเรียนรู้ที่เข้มแข็ง มีองค์กรชุมชนเพื่อจัดการเรียนรู้ร่วมกัน มีเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนอื่น

สรุปได้ว่าชุมชนจะมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาได้หลายรูปแบบ ได้แก่ รับนโยบายและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ เข้ามามีบทบาทหลักในการจัดการศึกษา ร่วมในการสร้างหลักสูตร และประสานการจัดการศึกษากับโรงเรียน

6. แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1981) เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

6.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) เป็นการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการจัดระบบหรือกำหนดระบบของโครงการ การประเมินปัญหาและทางเลือกที่เป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนา โดยประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในขั้นต้น (initial decision) เพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริง ซึ่งเป็นวิธีการที่จะเข้าร่วมโครงการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นเตรียมการ (ongoing decision) เพื่อหาโอกาสหรือช่องทางในการแก้ปัญหา และลำดับความสำคัญของโครงการที่จะดำเนินการ และ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตัดสินใจปฏิบัติการ (operation decision) เพื่อหาคนเข้ามาปฏิบัติการ เช่น อาสาสมัคร ผู้ประสานงาน กลุ่มที่รวมตัวกัน เพื่อมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยสมาชิกร่วมดำเนินการคัดเลือกผู้นำ และการสร้างพลังอำนาจให้แก่องค์กร (Cohen and Uphoff, 1981 อ้างใน บุญเพ็ญ วงศ์หนองบัว ธรรม, 2550) เป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร (Gotoknow, 2558) เป็นการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการ เช่น การประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา การตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

เพื่อการพัฒนา คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมในการนำทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มาใช้ในโครงการ เช่น บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติการ รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น (วีณา เทียงธรรม, 2554)

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะทำอะไรและทำอย่างไร โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจประเมินสภาพที่เป็นอยู่เพื่อค้นหาความต้องการหรือปัญหาที่แท้จริงของชุมชน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่จะดำเนินการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดการทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินงาน ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือ

6.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) เป็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามโครงการและแผนงาน ก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงาน แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร (resource contribution) เช่น แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ คำแนะนำ โดยให้ด้วยความเต็มใจ 2) การมีส่วนร่วมในการบริหารและประสานงาน (administration and coordination) โดยร่วมในการจ้างบุคคลเข้ามาร่วมดำเนินการ การฝึกอบรมผู้ที่จะเข้ามาปฏิบัติงานในโครงการ การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการตัดสินใจในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในการเข้ามาปฏิบัติงานในโครงการ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ได้รับหลังเกิดการมีส่วนร่วมขึ้น (Cohen and Uphoff, 1981) เป็นการมีส่วนร่วมในการกระจายทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการบริหารและประสานงาน การให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ และการประสานงานในโครงการ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในโครงการ (วีณา เทียงธรรม, 2554)

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม โดยมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรด้วยความเต็มใจ เช่น แรงงาน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้น มีส่วนร่วมในการบริหารและประสานงาน มีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงาน และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

6.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) เป็นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากโครงการ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ด้านวัตถุ (material benefit) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเพิ่มผลผลิต รายได้ ทรัพย์สิน 2) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ด้านสังคม (social benefits) ได้แก่ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่สังคม เช่น โรงเรียน สถานที่สาธารณะหรือส่วนกลางของชุมชน เช่น การเพิ่มคุณภาพชีวิต การเปิดประชาชุมชน เป็นต้น 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (self esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (political power) ความรู้สึกถึงประสิทธิภาพ (sense of efficacy) (Cohen and Uphoff, 1981) เป็นการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดจากการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในชุมชน ทั้งด้านวัตถุ เช่น การเพิ่มผลผลิต รายได้ อาคารสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น ด้านสังคม เช่น การใช้ประโยชน์สาธารณสุขภาค การเพิ่มคุณภาพชีวิต เป็นต้น

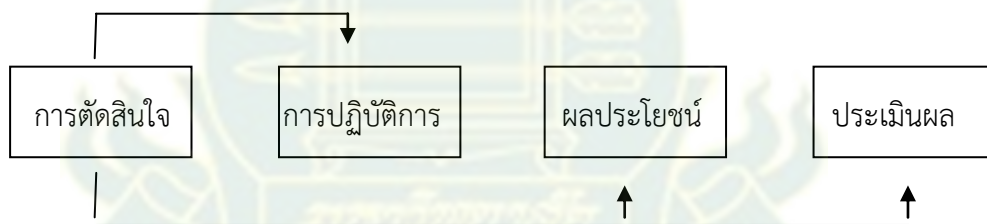
และด้านบุคคล เช่น พลังอำนาจในการต่อรอง การรับรู้ศักยภาพของตนเอง การนับถือตนเอง ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เป็นต้น (วีณา เทียงธรรม, 2554)

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรมของโครงการ โดยมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ด้านวัตถุ เช่น การเพิ่มผลผลิต รายได้ อาคารสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ด้านสังคม เช่น การใช้ประโยชน์ สาธารณูปโภค การเพิ่มคุณภาพชีวิต เป็นต้น และด้านบุคคล เช่น พลังอำนาจในการต่อรอง การรับรู้ศักยภาพของตนเอง การนับถือตนเอง ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เป็นต้น

6.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน การค้นหาข้อดีและข้อบกพร่องของการดำเนินงานตามโครงการเพื่อหาแนวทางแก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นอิทธิพลของพลังความคิดของมวลชนที่ทำให้โครงการพัฒนาและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป (Cohen and Uphoff, 1981) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งหาข้อดีและข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และการประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวของงานเป็นระยะ การประเมินผลนี้แสดงให้เห็นอิทธิพลของพลังความคิดของมวลชนที่จะทำให้โครงการพัฒนาหรือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป (วีณา เทียงธรรม, 2554)

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินกิจกรรม ทั้งในด้านความสำเร็จ ความล้มเหลว ข้อดี ข้อบกพร่องของการดำเนินกิจกรรม และแนวทางในการแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟมีวงจร ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 วงจรการมีส่วนร่วม (Cohen and Uphoff, 1981)

สภาพการณ์ของโรงเรียนวัดสลักเหนือ

โรงเรียนวัดสลักเหนือ เป็นโรงเรียนในสังกัดของสำนักงานการศึกษาประถมศึกษาชั้นพื้นฐาน (สปฐ) ตั้งอยู่ที่หมู่ที่ 5 ถนนติวานนท์ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีการปกครอง ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หน่วยงานในองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ดูแลโรงเรียน โดยตรง คือ กองการศึกษาและวัฒนธรรม แต่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนและองค์ความรู้ ทั่ว ๆ ไป จากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม โดยมีการสนับสนุน 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมดำเนินการเอง และ 2) โรงเรียนดำเนินการเอง แต่กองสาธารณสุขและ

สิ่งแวดล้อม สนับสนุนสิ่งของและงบประมาณ โดยโรงเรียนต้องจัดทำโครงการต่าง ๆ เช่น การสร้างตึกหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยโรงเรียนใช้งบประมาณของโรงเรียนส่วนหนึ่ง และขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมส่วนหนึ่ง เป็นต้น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมจะสนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ทั้งจังหวัด ส่วนเทศบาลจะสนับสนุนเฉพาะในพื้นที่เขตเทศบาล โรงเรียนวัดสลักเหนือตั้งอยู่ในพื้นที่ของเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จึงได้รับการสนับสนุนทั้งจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี และเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

โรงเรียนวัดสลักเหนือเป็นโรงเรียนขยายโอกาสที่จัดการเรียนการสอนให้แก่นักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีนักเรียนในโรงเรียน จำนวน 426 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่, 2554) นักเรียนส่วนใหญ่ มาจากครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานะไม่ค่อยดี มีปัญหาบิดามารดาหย่าร้าง อย่างไรก็ตามภารกิจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพยังไม่ถูกโอนมาให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังนั้นการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนวัดสลักเหนือที่เป็นพื้นที่ศึกษา จึงยังอยู่ในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง โรงเรียนผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองเมื่อ พ.ศ. 2554 และผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองอีกครั้งใน พ.ศ. 2558 โดยผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 8 องค์ประกอบ โดยต้องผ่านตัวชี้วัดทุกตัว และผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีใน 2 องค์ประกอบที่เหลือ เกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 10 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน มี 6 ตัวชี้วัด ดังนี้ การกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน มี 2 ตัวชี้วัด 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งประกอบด้วย ครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้แทนองค์กรในชุมชน และ 2) โรงเรียนมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพครอบคลุม 8 ประเด็น การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ มี 4 ตัวชี้วัด 1) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม รองรับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุม 8 ประเด็น 2) บุคลากรในโรงเรียนทุกคนทราบนโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน 3) ผู้ปกครองและชุมชนทราบนโยบายหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 60 ขึ้นไป และ 4) นักเรียนทราบนโยบายหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน มี 6 ตัวชี้วัด ดังนี้ การจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ มี 1 ตัวชี้วัด 1) มีการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบครบทุกขั้นตอน 1 โครงการขึ้นไป การจัดองค์กร มี 2 ตัวชี้วัด 1) มีคณะทำงานรับผิดชอบในแต่ละโครงการ ประกอบด้วย ครู นักเรียน และผู้ปกครอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/องค์กรในชุมชน 1 โครงการขึ้นไป 2) มีผู้นำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพหรือแกนนำนักเรียนด้านสุขภาพ โดยมีการจัดตั้งชมรมปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ โดยแกนนำนักเรียน 2 ใน 3 ผ่านการอบรม การนิเทศติดตาม มี 1 ตัวชี้วัด 1) มีการนิเทศ/ติดตามโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยระบบของโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง สัดส่วน 2 ใน 3 ขึ้นไป ของโครงการด้านสุขภาพทั้งหมด การประเมินผล มี 2 ตัวชี้วัด 1) มีการประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพ

สัดส่วน 2 ใน 3 ขึ้นไป ของโครงการด้านสุขภาพทั้งหมด 2) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้นำ/ แกนนำนักเรียนด้านสุขภาพ สัดส่วน 2 ใน 3 ขึ้นไป ของชมรม/กลุ่มด้านสุขภาพทั้งหมด

องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน มี 6 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน สัดส่วน 4 ใน 5 ขึ้นไป ของโครงการด้านสุขภาพทั้งหมด 2) ชุมชนมีส่วนร่วมในโครงการอย่างเป็นระบบ 5 ขั้นตอน อย่างน้อย 1 โครงการ 3) โรงเรียนจัดกิจกรรมภายนอกโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพ ของคนในชุมชน 4) โรงเรียนร่วมกับชุมชนพัฒนาพื้นที่เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับเด็กและ เยาวชน 5) นักเรียนมีความพึงพอใจต่อโครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน ร้อยละ 80 ขึ้นไป และ 6) ประชาชนมีความพึงพอใจต่อโครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน ร้อยละ 60 ขึ้นไป

องค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ มี 4 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) สุขภาพสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 47 ข้อ 2) การเกิดอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อม ในโรงเรียน จนไม่สามารถเรียนได้ (ตั้งแต่ปีการศึกษาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) 3) โรงเรียนมีมาตรการและ การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ในโรงเรียน และ 4) นักเรียนมีความพึงพอใจ ต่อบรรยากาศภายในโรงเรียน ร้อยละ 70 ขึ้นไป

องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียนสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา มี 16 ตัวชี้วัด

ดังนี้ การตรวจสุขภาพนักเรียน มี 2 ตัวชี้วัด 1) นักเรียนชั้น ป.1 ป.3 และ ป.5 ทุกคนได้รับการตรวจ สุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2) นักเรียนทุกคนที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการ ติดตามเพื่อช่วยเหลือ/แก้ไข/ส่งต่อ การเฝ้าระวังสุขภาพ มี 11 ตัวชี้วัด 1) นักเรียนชั้น ป.5 ป.6 ทุกคน ประเมินสุขภาพตนเองและบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสุขภาพ ภาคเรียนละ 1 ครั้ง 2) นักเรียน ชั้น ป.1 ป.3 และ ป.5 ทุกคน ได้รับการทดสอบสายตาปีละ 1 ครั้ง 3) นักเรียนชั้น ป.1 ป.3 และ ป.5 ทุกคน ได้รับการทดสอบการได้ยินอย่างง่ายปีละ 1 ครั้ง 4) นักเรียนชั้น ป.1 ป.3 และ ป.5 ทุกคน ได้รับการตรวจโดยวิธีคลำคอ โดยบุคลากรสาธารณสุข ปีละ 1 ครั้ง 5) นักเรียนชั้น ป.1-ป.6 ทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรหรือครู ภาคเรียนละ 1 ครั้ง 6) นักเรียนได้รับการ ทันตกรรมป้องกันทุกคน 7) นักเรียนได้รับการทดสอบประสิทธิภาพการแปรงฟัน โดยครู หรือ บุคลากรสาธารณสุข ภาคเรียนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 50 ขึ้นไป 8) นักเรียน ป.1 ได้รับวัคซีนป้องกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR) ร้อยละ 95 ขึ้นไป 9) นักเรียน ป.1 ทุกคน ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกัน วัณโรค (BCG) มาก่อนหรือไม่มีประวัติแน่ชัดและไม่มีรอยแผลเป็น ต้องได้รับการฉีดวัคซีน BCG 1 ครั้ง 10) นักเรียน ป.1 ทุกคน ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) หรือ DTP- HB และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) หรือเคยได้รับน้อยกว่า 5 ครั้ง ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ บาดทะยัก (dT) และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ตามเงื่อนไข 11) นักเรียน ป.6 ได้รับการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT) กระตุ้น ร้อยละ 95 ขึ้นไป การจัดการบริการรักษาพยาบาล เบื้องต้น มี 3 ตัวชี้วัด 1) นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น เหา พยาธิ ได้รับการรักษาทุกคน 2) นักเรียนที่ เจ็บป่วยเกินขอบเขตการบริการของห้องพยาบาล เช่น ภาวะโลหิตจาง คอพอก ฟันผุ ได้รับการส่งต่อ

เพื่อการรักษา เช่น ภาวะโลหิตจาง คอพอก ฟันผุ ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา ทุกคน 3) นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ผอม เตี้ยทุกคน ร่วมกิจกรรมแก้ไขปัญหที่โรงเรียนจัดขึ้น

องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียนสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา มี 4 ตัวชี้วัด ดังนี้
1) นักเรียน ร้อยละ 80 ขึ้นไป เคยได้รับการฝึกทักษะในเรื่องต่อไปนี้ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การล้างมือ การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การไม่รับประทานอาหารที่มีสารอันตราย การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติด บุหรี่ การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย การหลีกเลี่ยงการพนัน การเที่ยวกลางคืน และกิจกรรมการเรียนรู้ในเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิต 2) มีกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน 3) กิจกรรมขึ้นไป 3) นักเรียนชั้น ป.1-ป.6 ทุกคนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และ 4) นักเรียนทุกชั้นไม่มีเหาทุกคน

องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา มี 10 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) นักเรียนชั้นอนุบาล-ป.6 มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 70 ขึ้นไป 2) นักเรียนที่มีปัญหา ภาวะเริ่มอ้วน อ้วน ผอม และเตี้ย ได้รับการแก้ไขทุกคน 3) นักเรียนได้รับประทานอาหารครบ 5 กลุ่มอาหารตามสัดส่วนธงโภชนาการ ทุกวัน ทุกคน 4) นักเรียนชั้น ป.1 ขึ้นไป ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 1 เม็ด (60 มิลลิกรัม)/ยาน้ำ 1 ช้อนชา (12.5 มิลลิกรัม) ต่อสัปดาห์ ทุกคน 5) นักเรียนมีความรู้เรื่องธงโภชนาการ และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าหลักโภชนาการ ทุกคน 6) นักเรียนชั้น ป.1-ป.6 ทุกคนได้ดื่มนมรสจืดทุกวัน 7) การเก็บรักษานมไว้ในอุณหภูมิที่เหมาะสมทุกวันตามชนิดของนม 8) ไม่มีการจัดวางเครื่องปรุงทุกชนิดที่จุดบริการ และร้านค้าที่จัดจำหน่ายอาหารในโรงอาหารหรือภายในบริเวณโรงเรียนทุกจุดบริการ 9) ไม่มีการจัด จำหน่าย หรือบริการอาหาร/อาหารว่าง/ขนมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีรสหวานจัด เค็มจัด มันจัด และ 10) สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนผ่านมาตรฐาน 30 ข้อ

องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ มี 6 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) มีสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการที่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและปลอดภัย 2) จัดกิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬาสำหรับนักเรียน สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที 3) มีชมรม/ชุมนุม/กลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการในโรงเรียน 1 ชมรม ขึ้นไป 4) นักเรียนได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางกายตามเกณฑ์ทดสอบที่ได้รับการยอมรับ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทุกคน 5) นักเรียนมีสมรรถภาพทางกายผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60 ขึ้นไป และ 6) ให้คำปรึกษาแก่นักเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์การทดสอบสมรรถภาพทางกายและติดตามความก้าวหน้าทุกคน

องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม มี 6 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) ครูประจำชั้นคัดกรองและสามารถระบุนักเรียนที่มีปัญหาได้ทุกคน 2) นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหา ได้รับการเฝ้าระวังและช่วยเหลือเบื้องต้นทุกคน 3) โรงเรียนมีกิจกรรมช่วยเหลือนักเรียนเฉพาะรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนโดยประสานงานขอคำปรึกษาจากเครือข่ายสาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องทุกคน 4) นักเรียนที่มีปัญหาเกินขีดความสามารถของโรงเรียนได้รับการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือ/รักษา/บำบัดทุกคน 5) นักเรียนที่มีปัญหาและมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับการ

ช่วยเหลือหรือส่งต่อ ได้รับการติดตามและดูแลต่อเนื่องจากครูทุกคน และ 6) โรงเรียนมีบุคลากรหรือบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับนักเรียน

องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน มี 4 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) ผู้บริหาร/ครู/บุคลากรในโรงเรียน ประเมินสุขภาพอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ทุกคน และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดกลุ่มตามภาวะสุขภาพ เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย 2) บุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มพบโรคทุกคนได้รับการปรึกษา/แนะนำด้านสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข 3) บุคลากรทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และ 4) บุคลากรในโรงเรียน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย ส่งเสริมโภชนาการ นันทนาการ เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปนัดดา มักสัมพันธ์ (2558) ศึกษารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน โรงเรียนวัดไผ่ดำพิทยาคม รัชมังคลาภิเษก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน โรงเรียนวัดไผ่ดำพิทยาคม รัชมังคลาภิเษก ทดลองใช้รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน และประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนที่มีต่อรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน การวิจัยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ สร้างรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน โดยศึกษาวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัย ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของรูปแบบด้วยการทำประชาพิจารณ์ จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้เชี่ยวชาญ คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ผู้นำชุมชน ครู ผู้ปกครองเครือข่าย และนักเรียนผู้นำส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 54 คน ทดลองใช้รูปแบบฯ ปีการศึกษา 2556 และประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนที่มีต่อรูปแบบฯ จำนวน 287 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์ ไม่มีโครงสร้าง แบบรายงานผลการดำเนินงานทดลองใช้รูปแบบฯ แบบประเมินการปฏิบัติงานตามกลยุทธ์รูปแบบฯ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมใช้แนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1997) ประกอบด้วย การบริหารแบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และกำหนดกลยุทธ์โดยใช้หลักการแนวคิดของโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพตามองค์ประกอบ 10 ประการ และกฎบัตรรอตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ส่งเสริมพัฒนาให้นักเรียนมีความรู้ 2) ส่งเสริมสุขภาพนักเรียนและบุคลากร 3) ดูแลและป้องกันภาวะสุขภาพนักเรียน และ 4) อนามัยสิ่งแวดล้อมใน

โรงเรียน และมีกิจกรรม 21 กิจกรรม ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียนที่ได้รับการพัฒนาตามกลยุทธ์ 4 ด้าน มากขึ้น นักเรียนมีภาวะสุขภาพดีขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตน้อยลง โดยมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

เชษฐา แมตมิ่งเหง้า (2550) ศึกษาการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเพื่อการผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของคณะกรรมการศึกษา อำเภโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) และประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) ของคณะกรรมการศึกษา ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนบ้านจั่วสร้างแก้ว และบ้านนาคำ อำเภโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูประจำชั้น คณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 110 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 55 คน กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการ แล้วติดตามผลการดำเนินงานตามรอบการทำงาน 8 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง มีการติดตามกิจกรรมทุกขั้นตอน แล้วเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองในทั้งสองกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและแบบสอบถามการมีส่วนร่วม ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและเป้าหมายทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการรับประโยชน์ และด้านการประเมินผล เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองในระดับน้อยกว่ามาอยู่ในระดับมาก และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และโรงเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีคุณภาพ ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง

สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี และนิศารัตน์ โห้โก๋ (2256) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา โรงเรียนวัดสุวรรณคีรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2552 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้บริหาร บุคลากรในโรงเรียน พยาบาลอนามัยโรงเรียน ผู้ปกครอง คนในชุมชน นักเรียน และคณะกรรมการบริหารโรงเรียน จำนวน 17 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสังเกตโดยตรง ผลการศึกษา พบว่า โรงเรียนมีรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองด้วยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ประกอบด้วย กลุ่มพลังทางวิชาการ กลุ่มพลังทางประชาคม และกลุ่มพลังทางการเมืองท้องถิ่น ในการดำเนินการตามองค์ประกอบ 10 ประการ และพัฒนางานให้สำเร็จด้วยปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ภาวะผู้นำและความกระตือรือร้นของผู้บริหารโรงเรียน ความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการและการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในโรงเรียน การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ปกครอง และนักเรียน การสนับสนุนและแนะนำของพยาบาลอนามัยโรงเรียน และการปรับปรุงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียนมีองค์ความรู้ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพน้อยในระยะแรก ความไม่เต็มใจในการ

เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรบางคนในระยะเริ่มต้น และการเมืองท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณน้อย

สุธีรา เมืองนาโพธิ, เสาวณีย์ ลิกขาบัณฑิต และทรงพล ต่อนี้ (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับประถมศึกษา (ระยะที่ 1) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ และแกนนำนักเรียนหรือกรรมการนักเรียน จำนวน 35 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษา พบว่า 1) การวางแผน ผู้บริหารโรงเรียนกำหนดนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามตัวชี้วัดการขอรับรองการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีการถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติโดยการจัดประชุมครู และให้ครูผู้รับผิดชอบถ่ายทอดลงสู่แกนนำนักเรียนหรือกรรมการนักเรียน ซึ่งจะมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์วางแผนแก้ปัญหาสุขภาพนักเรียน กำหนดแผนการปฏิบัติงานตลอดทั้งปีการศึกษา โดยมีครูคอยให้คำแนะนำ 2) การจัดองค์การ ผู้บริหารโรงเรียนดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ประกอบด้วย ครู นักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้แทนผู้ปกครอง และผู้แทนชุมชนท้องถิ่น มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน แต่งตั้งและมอบหมายให้ครูที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียน และประสานงานกับฝ่ายการสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโรงเรียน 3) การนำ ผู้บริหารโรงเรียน ครูผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพและแกนนำนักเรียนหรือกรรมการนักเรียนเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การจูงใจด้วยการประกาศเกียรติคุณ 4) การควบคุม ผู้บริหารโรงเรียนมีการติดตามนิเทศจากการประชุมครูแบบเป็นทางการในที่ประชุมครู และแบบไม่เป็นทางการ มีการทบทวนการดำเนินงานและนำผลนั้นมาปรับปรุงแก้ไข สร้างระบบฐานข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์และตัวชี้วัดการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

บุญเกิด หงวนบุญมาก, สุนทรา โตบัว และวารุณี ลัภนโชคดี (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการประเมินการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ปกครอง นักเรียน ตัวแทนชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา และด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มย่อย การวิเคราะห์เอกสาร และการบันทึกข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) เป้าหมายของการประเมิน 2) สิ่งที่มีประเมินหรือองค์ประกอบของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 8 องค์ประกอบ 3) วิธีการประเมินแบบมีส่วนร่วม และ 4) เกณฑ์การตัดสินการประเมินเป็นเกณฑ์การตัดสินตัวชี้วัดของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีลักษณะเป็นเกณฑ์ระดับคุณภาพ ผลการประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการประเมิน พบว่า สามารถนำไปใช้จริงได้ ให้ผลการประเมินที่ครอบคลุมและถูกต้องตรงตาม

สภาพจริง ความเป็นประโยชน์ นักเรียนมีสุขภาพทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และ พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นหลังใช้รูปแบบฯ

สายฝน เอกวารงกูร, กำไล สมรัักษ์ และนัยนา หนูนิล (2558) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมพัฒนาสถานศึกษาต้นแบบสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศสำหรับเยาวชนในโรงเรียน จังหวัด นครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมพัฒนาสถานศึกษาต้นแบบสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศสำหรับเยาวชนในโรงเรียน กลุ่มเป้าหมายเป็นสถานศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ ส่งเสริมเพศวิถีศึกษารอบด้านสำหรับเยาวชนในโรงเรียน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นเวลา 2 ปี จำนวน 3 แห่ง ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินสถานศึกษาต้นแบบ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม การสังเกตการจัดการเรียนรู้เชิงพื้นที่ และการจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมพัฒนาสถานศึกษาต้นแบบ ประกอบด้วย 1) ระยะเตรียมการ ครอบคลุมการค้นหาต้นแบบบุคคล ได้แก่ ผู้บริหาร ครู และ คณะกรรมการสถานศึกษา และการสื่อสารสร้างความเข้าใจระหว่างผู้เกี่ยวข้อง 2) ระยะดำเนินการ ครอบคลุม การสร้างทัศนคติเชิงบวก และพัฒนาสมรรถนะผู้เกี่ยวข้อง การทำงานร่วมกันของ เครือข่ายในลักษณะร่วมทำงานเดียวกันบนหน้างานต่างกัน และการโคชของทีมงาน และ 3) ระยะ ติดตามสนับสนุน ประเมินผล ดำเนินงานผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการผลิตผลงานวิชาการ เพื่อ พัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

อมรศรี ฉายศรี, สุภาณี เสนาดีสัย และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2554) ศึกษาการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ผู้ปกครอง ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงาน ออนามัยโรงเรียน: กรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) บทบาทปัจจุบันและบทบาทที่คาดหวัง ของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ได้แก่ โรงเรียน ผู้ปกครอง ศูนย์สุขภาพชุมชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) องค์กรประกอบของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน 3) กิจกรรมการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน และ 4) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลโดยการ สนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า บทบาทที่คาดหวังของผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สูงกว่าบทบาทที่ปฏิบัติ จริงในปัจจุบัน ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละคน รับรู้ งานอนามัยโรงเรียนไม่ครบทุกกิจกรรม เมื่อรวบรวมคำตอบจากทุกคนจึงจะครบทุกกิจกรรม แต่ยังไม่ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รับรู้งานอนามัยโรงเรียนไม่ ครบทุกกิจกรรม และมีความคิดเห็นว่ามีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานอนามัยโรงเรียนควรประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูทุกคนในโรงเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักเรียน ชุมชน วัด และสำนักงานการประถมศึกษา ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ได้แก่ ขาดงบประมาณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องขาดความรู้ ขาดการ ประสานงาน ขาดความร่วมมือ ขาดการประเมินผลการดำเนินงาน ครูอนามัยโรงเรียนและเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขมีภาระงานมากจนไม่สามารถดำเนินงานอนามัยโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่
ถูกคาดหวัง

ไพบุลย์ แสงโทโพธิ์ (2553) ศึกษาการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบในด้านการจัดการสุขภาพ หมู่บ้านหนองโพน หมู่ที่ 5 ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชนจากกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน จำนวน 36 คน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ทำการประยุกต์ใช้เทคนิคแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM) เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกต และการบันทึกภาพ ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ เป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอนตามที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สสำรวจข้อมูลสภาพทั่วไปของหมู่บ้าน 2) ศึกษาดูงานหมู่บ้านพัฒนาต้นแบบอื่น 3) วิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำแผนสุขภาพชุมชน 4) ปฏิบัติการตามแผน และ 5) ประเมินผลการดำเนินงาน หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบบรรลุผลตามเกณฑ์ประเมินทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ และการประเมินผลการจัดการสุขภาพ หรือผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ระดับ 5 ดาว เป็นต้นแบบของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

มูจรินทร์ แพงศิริ (2558) ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาและเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้ได้รูปแบบการดูแลตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองในระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 66 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านบริบทชุมชน ประกอบด้วย แผนที่ชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบบันทึกการประชุม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกต แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดำเนินงานการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมมีส่วนให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา เกิดพลังอำนาจในตนเอง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาวต่อไป การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง

การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการดำเนินงานในทุกด้าน

จอห์น-อะคิโนลา และนิค-แกบไฮน์ (John-Akinola and Nic-Gabhainn, 2014) ศึกษาการมีส่วนร่วมของนักเรียนในโรงเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในโรงเรียน การมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความผาสุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของนักเรียนระดับประถมศึกษาในไอร์แลนด์ต่อการมีส่วนร่วมในโรงเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในโรงเรียน กับสภาพแวดล้อมด้านสังคมและนิเวศวิทยาของโรงเรียน (school socio-ecological environment) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความผาสุกของนักเรียน (health and well-being outcomes) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 231 คน จากโรงเรียน 9 แห่ง ซึ่ง 3 แห่ง เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยจับคู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 1 แห่ง กับโรงเรียนที่ไม่ใช่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสภาพแวดล้อมด้านสังคมและนิเวศวิทยาของโรงเรียน การมีส่วนร่วมในโรงเรียน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและระเบียบ กิจกรรมโรงเรียน เหตุการณ์ในโรงเรียน และการรับรู้ทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ภาวะสุขภาพและความผาสุก ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและระเบียบ กิจกรรมโรงเรียน เหตุการณ์ในโรงเรียนไม่แตกต่างจากนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนที่ไม่ใช่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แต่การรับรู้ทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของโรงเรียนต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและระเบียบ กิจกรรมโรงเรียน เหตุการณ์ในโรงเรียน และการรับรู้ทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของโรงเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพและความผาสุกของนักเรียน และพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการมีส่วนร่วมในโรงเรียน กับสภาพแวดล้อมด้านสังคมและนิเวศวิทยาของโรงเรียน

คอนแตนดริโดเพาลอส (Contandriopoulos, 2004) วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ภูมิภาคของรัฐควิเบค ประเทศแคนาดา โดยมีวัตถุประสงค์ในการอภิปรายกรอบแนวคิดด้านสังคมวิทยาสำหรับวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของสาธารณะ และใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในการวิพากษ์วรรณกรรมการมีส่วนร่วมของสาธารณะ จากกรณีศึกษาเชิงคุณภาพระดับลึก ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของสาธารณะในระบบสุขภาพของรัฐควิเบค 3 กรณี มีลักษณะที่แตกต่างกัน ได้แก่ กรณีที่ 1 เป็นการมีส่วนร่วมระดับรากหญ้าจากความไม่พึงพอใจ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมจากส่วนล่างหรือกระบวนการ (bottom-up practice or a process) กรณีที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมที่มีโครงสร้างแบบทางการ (formal participation structure) โดยคณะกรรมการบริหารระดับภูมิภาค หรือการมีส่วนร่วมจากบนลงล่าง (top-down participation mechanism) กรณีที่ 3 เป็นการมีส่วนร่วมแบบบนลงล่างผ่านการให้คำปรึกษา (classic top-down consultation) ซึ่งมิใช่การมีส่วนร่วม

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สถานศึกษาต้นแบบสร้างเสริมสุขภาพทางเพศสำหรับเยาวชน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ต้นแบบ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิง เทคนิคแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและระเบียบ กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ แต่ไม่พบการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัพฮอฟ (Cohen and Uphoff) ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายลักษณะ และช่วยให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้ผลดี การศึกษาครั้งนี้จึงใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัพฮอฟซึ่งครอบคลุมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานช่วยให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จะเสริมแรงจูงใจให้ร่วมดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลจะช่วยให้เห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงานสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจวางแผนใหม่ให้ดีขึ้น การมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคเฮนและอัพฮอฟ จะช่วยให้การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จได้

