

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตสุขภาพที่ ๑๐
ของ

ชื่อ นางศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต
ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ระดับ ชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๓๐
กลุ่มงาน/ฝ่าย บริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย
สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
กรมอนามัย

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ระดับ ชำนาญการพิเศษ
ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๓๐
กลุ่มงาน/ฝ่าย บริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย
สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
กรมอนามัย

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

๑. ชื่อผลงานเรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กันยายน - ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๗

๓. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ ๙๐ %

๔. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน

๔.๑ นายเจนวิทย์ ศรีพรหม สัดส่วนของผลงาน ๑๐%

๕. บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินภาวะสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๔๕๑ ตัวอย่าง โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผลการวิจัยพบว่า สถานะสุขภาพการเจริญเติบโตและน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ ๑๓.๗ เท่านั้น พฤติกรรมด้านการทะเลาะวิวาทร้อยละ ๒๓.๕ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ ๓๖.๖ ต่ำกว่าผลการสำรวจระดับประเทศ ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ โดยรวมอยู่ในระดับเกี่ยวข้องกับของประเทศและบางพฤติกรรมก็อยู่ในระดับสูงกว่า ดังนั้น ควรนำพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาสูงกว่าระดับประเทศไปวางแผนงานเพื่อจัดการปัญหาในระยะยาวต่อไป

๖. บทนำ

การพัฒนาเศรษฐกิจสังคมในยุคไร้พรมแดน มีความเกี่ยวข้องกันไปในทุกประเทศทั่วโลก ปัญหาสุขภาพก็ได้รับผลจากการพัฒนาดังกล่าว (Beaglehole & Bonita, ๒๐๐๔) วัยรุ่นซึ่งมีอยู่ ๑ ใน ๖ ของประชากรโลกหรือกว่า ๑ พันล้านคน (WHO, ๒๐๑๗) จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในประเทศ เป็นอีกกลุ่มวัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาดังกล่าว ให้บรรลุผลทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเท่าทันและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาด้านสุขภาพทางกายและจิตใจของวัยรุ่นถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกประเทศต้องหันมาให้ความสนใจและตั้งเป้าหมายเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น ทั้งนี้ ประเด็นนี้ได้รับความสนใจน้อยในทุกประเทศทั่วโลก ในขณะที่ความสำคัญในการพัฒนาคนเข้าสู่ช่วงวัยแรงงานมีพลังมหาศาลในการพัฒนาประเทศ (World Bank, ๒๐๐๗) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้และปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การคล้อยตาม การเลียนแบบและชักจูงทางวัฒนธรรมทั่วโลกผ่านระบบสื่อสารไร้พรมแดนจะส่งผลต่อวิถีชีวิตของวัยรุ่นในทางใดทางหนึ่ง และถ้าเป็นไปในทิศทางที่ไม่เหมาะสมก็จะกระทบต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะขัดขวางการพัฒนาการตามช่วงวัยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพของประชากรวัยแรงงาน ดังนั้น การป้องกันและลดปัญหาสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการพัฒนาการจึงเป็นประเทศที่ในหลายประเทศทั่วโลกกำลังหันมาให้ความสำคัญมากขึ้นและนับวันจะมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ (Dahan & Tsiddon, ๑๙๙๘) อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตก็มีแนวโน้มจะคุกคามพัฒนาการในวัยรุ่นดังกล่าว ในวัยรุ่นตอนปลายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งมีอัตราสูงถึง ๔๔ ต่อ ๑๐๐๐ วัยรุ่นเพศหญิงเป็นปัญหา คุณภาพคุณภาพชีวิตวัยรุ่นมากเป็นอันดับต้นๆ ในทุกประเทศทั่วโลก (United Nations, ๒๐๑๗) นอกนั้นปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐-๑๕ ในจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ปัญหาสุขภาพจิต ความรุนแรง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน การขาดสารอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญในการคุกคามสุขภาพและชีวิตวัยรุ่น (WHO, ๒๐๑๗) ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสียชีวิตและขัดขวางการพัฒนาการเพื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ต่อไป

ประเทศไทยอยู่ในช่วงกำลังพัฒนาและให้ความสำคัญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยรุ่น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ทำงานร่วมกับกระทรวงต่างๆ ในการสร้างเสริมความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณในเยาวชน โดยเยาวชนกว่า ๑๖.๕ ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๐) เป็นกลุ่มที่ทุกภาคส่วนต้องหันมาให้ความสนใจส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งจากการรายงานสถานการณ์สุขภาพของเยาวชนพบว่า วัยรุ่นไทยมีแนวโน้มการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นมากขึ้น โดยคิดเป็นจำนวนเกินกว่าครึ่งของหญิงตั้งครรรภ์ทั้งหมดในแต่ละปี นอกจากนี้ เยาวชนไทยยังสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุถึงร้อยละ ๔๐ ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั้งหมดในแต่ละปี การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๑๔.๐ ของผู้ดื่มทั้งหมด รวมทั้งมีทักษะชีวิตค่อนข้างต่ำ (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทยทั่วประเทศครั้งที่ ๔ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบว่า กลุ่มวัยรุ่น ๑๕-๒๔ ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ ๑๙.๓ ของผู้ดื่มทุกกลุ่มอายุ มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายค่อนข้างมากถึงร้อยละ ๖๗.๗ รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อร้อยละ ๗๑.๗ และมีกรงดื่มน้ำร้อยละ ๑๔.๙ อาหารตามสั่งยังเป็นแหล่งอาหารที่เข้าถึงมากที่สุดร้อยละ ๖๐.๐ รองลงมาได้แก่ร้านสะดวกซื้อร้อยละ ๒๙.๓ การรับประทานผักและผลไม้ เฉลี่ยวันละ ๑.๕-๑.๗ มีเพียงร้อยละ ๒๓.๘ ที่รับประทานผลไม้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่วนผักมีเพียงร้อยละ ๒๘.๒ ที่เป็นไปตามเกณฑ์ (วิชัย เอกพลการ, ๒๕๕๓) จะเห็นได้ว่าสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นไทยยังอยู่ในระดับที่ไม่เป็นที่น่าพอใจและทุกภาคส่วนจะต้องร่วมกันขับเคลื่อนและดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมอนามัยเป็นผู้ประสานงานและขับเคลื่อนการส่งเสริมและพัฒนาการเจริญเติบโต สร้างความสมบูรณ์ในภาวะสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะเยาวชน โดยมียุทธศาสตร์การพัฒนาความรู้และเท่าทันในประชาชนไทยทุกกลุ่มวัยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการสร้างเสริมความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาควิชาการ จัดการสิ่งแวดล้อม และผลักดันไปสู่นโยบายสาธารณะอย่างยั่งยืน (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖) อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนกิจกรรมตามแผนยุทธศาสตร์ในรอบปีที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มที่น่าจะปลูกฝังลักษณะพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นตอนต้นอายุ ๑๓-๑๕ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังจะเจริญเติบโตไปสู่ช่วงวัยต่อไปและอยู่รวมกันสถานศึกษา ทำให้ง่ายต่อการดำเนินกิจกรรม ยิ่งกว่านั้นช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญที่จะปลูกฝังนิสัยหรือวิถีชีวิตสุขภาพให้ เพราะจะยั่งยืน คงทนได้มากกว่าการปลูกฝังในวัยรุ่นตอนปลายเพราะการเรียนรู้และพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์มักจะเกิดขึ้นแล้ว ดังนั้นจากการสำรวจภาวะสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในประเทศไทยยังพบว่า ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานจากร้อยละ ๗.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๘.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗) โดยเฉพาะผลการสำรวจในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตที่ ๑๐ พบว่า นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ ๑๒ ซึ่งสาเหตุที่เด็กนักเรียนมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลมและอาหารที่มีรสหวานเกือบทุกวันหรือทุกวันถึงร้อยละ ๖๗^(๒) และไม่ออกกำลังกายเลยถึงร้อยละ ๕๐ จากการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพประเทศไทย ปี ๒๕๔๗ ปัญหาสุขภาพที่พบคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัญหาด้านอารมณ์ และน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๗.๘ ในปี ๒๕๕๔ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๘.๔ ในปี ๒๕๕๕ (บังอร กล้าสุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๕) จากปัญหาภาวะสุขภาพดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (๑๓-๑๕ปี) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมีแนวโน้มของภาวะสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น จากพฤติกรรมดังกล่าวที่ส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งเรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและสุขนิสัยที่ดี ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพและมีความคุ้มค่ามากกว่าการปล่อยให้ปัญหาแล้วจึงรักษาซึ่งจะมีภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงมาก

การสำรวจภาวะสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในประเทศไทยจากการศึกษาพบว่ามีหลายประเด็นที่มีแนวโน้มปัญหาเพิ่มขึ้นและหลังการสำรวจยังไม่มีข้อเสนอ หรือการจัดทำมาตรการสำคัญ รวมทั้ง

แนวทางการติดตามประเมินและกำกับเพื่อลดปัญหาเหล่านี้น่าจะมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเกิดจากการได้ข้อมูลมาแล้วแต่ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ หรือเปรียบเทียบระหว่างมาตรการเดิมกับมาตรการใหม่ ๆ ที่มีความคุ้มค่า ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษามาตรการทั้งในประเทศและต่างประเทศ หรือการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศหรือต่างประเทศที่พบว่ามีความคุ้มค่าของมาตรการ แต่ไม่ได้มีการนำผลการศึกษาหรือมาตรการเหล่านั้นมาช่วยแก้ปัญหาผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของนักเรียนในปัจจุบัน

จากการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้ว มีความสำคัญอย่างมากที่ต้องสำรวจพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตรวจราชการที่ ๑๐ ให้เป็นปัจจุบัน เนื่องจากข้อมูลการสำรวจที่ผ่านมายังไม่ครบถ้วนและไม่ทันสมัยเพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยนี้ โดยเป็นการวิจัยพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ และเปรียบเทียบในประเด็นข้อมูลผลลัพธ์กับเป้าหมายมาตรฐานจากตัวชี้วัดเชิงนโยบายและรายงานวิจัยทางด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อชี้ให้เห็นสถานะปัญหาสุขภาพบางประเด็นในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพะนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อันจะนำไปสู่ข้อมูลในการวางแผน ติดตาม และประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพเชิงนโยบายในอนาคตต่อไป

๗. วัตถุประสงค์ทั่วไป

๗.๑ เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐

๒. เพื่อประเมินภาวะด้านสังคมนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐

๓. เพื่อประเมินภาวะด้านจิตใจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐

๘. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

๘.๑ รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ถึงระดับพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยใช้แบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเอง

๘.๒ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาระดับภาวะสุขภาพนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอายุระหว่าง ๑๒-๑๖ ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ ครอบคลุมจังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร และศรีสะเกษ

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าศึกษา ได้แก่ อาศัยอยู่ในพื้นที่ต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปี สามารถอ่าน พูด เขียนและสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตและมีความยินดีในการให้ความร่วมมือการวิจัย

๘.๓ ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

ขนาดตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นการประมาณค่าสัดส่วนของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนจากค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่ต้องการประมาณ (d) ไม่เกินร้อยละ ๕ (โดยใช้ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมจากการศึกษานำร่องศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยมีค่าสัดส่วนเท่ากับ ๒๘.๙) ซึ่งผู้วิจัยได้ค่าสัดส่วนดังกล่าวมาประมาณขนาดตัวอย่างในการวิจัยนี้ ตามสูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้ (อรุณ จิรวัฒนกุล, ๒๕๔๗)

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียว, $Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ซึ่งสอดคล้องกับ, ระดับนัยสำคัญ (α) ที่กำหนด = ๐.๐๕ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการประมาณค่าเฉลี่ยที่ต้องการ (กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ ๕) และ P = ค่าสัดส่วนการสูญบุหรืของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จากการศึกษาสำรวจ ๔๐ ตัวอย่าง = ๒๘.๙ กำหนด α = .๐๕ เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ระหว่างการสุ่มอย่างอิสระแบบหลายขั้นตอน และการสุ่มตัวอย่างแบบอิสระอย่างง่าย (Design effect) ซึ่งมีค่าเท่ากับ ๒ (อรุณ จิรวัฒนกุล, ๒๕๔๗) ขนาดตัวอย่างที่ได้ คือ ๒๓๒ คน แต่ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ ๑๐ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลคือ ๔๖๔ คน

๔.๔ การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ประชากรเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าศึกษาปีงบประมาณ ๒๕๕๘ และเก็บข้อมูลตามขนาดตัวอย่าง จำนวน ๔๖๔ คน เก็บข้อมูลตามขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น การสุ่มตัวอย่างจึงมีหลายขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

๑) การสุ่มเลือกจังหวัด มี ๕ จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร ยโสธรและศรีสะเกษ เลือกมา ๕ จังหวัด

๒) ขั้นตอนการสุ่มเลือกอำเภอ โดยแบ่งชั้นเป็น ๓ ขนาด ได้แก่ อำเภอขนาดใหญ่ ขนาดกลางและขนาดเล็ก โดยยึดความเจริญทางเส้นทางคมนาคม ที่ตั้ง ขนาดประชากรและสภาพทางเศรษฐกิจ มีการสุ่มเลือกมากลุ่มละ ๑ อำเภอใน ๕ จังหวัด รวม ๑๕ อำเภอ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ เมือง ตระการพืชผลและทุ่งศรีอุดม จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ เมือง ลืออำนาจ และปทุมราชวงศา จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ เมืองคำชะอี และหว้านใหญ่ จังหวัดยโสธร ได้แก่ เมือง คำเขื่อนแก้วและกุดชุม และจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ เมืองขุขันธ์และศีลาลาด

๓) ขั้นตอนที่ ๓ สุ่มเลือกตำบลอย่างอิสระ โดยสุ่มเลือกในอำเภอที่ถูกสุ่มเลือกได้อำเภอละ ๒ ตำบล เป็นตำบลที่ตั้งของตัวอำเภอ ๑ ตำบล และตำบลรอบนอก ๑ ตำบล ได้จำนวนทั้งหมด ๓๐ ตำบล

๔) ขั้นตอนที่ ๔ สุ่มเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ที่สุดประจำตำบลโดยสุ่มเลือกอย่างอิสระได้ ๓๐ โรงเรียน

๕) ขั้นตอนที่ ๕ สุ่มเลือกชั้นเรียน

๖) เก็บตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ในแต่ละโรงเรียน โดยคำนวณสัดส่วนตามขนาดจำนวนนักเรียนช่วงชั้นดังกล่าวในแต่ละโรงเรียน จะได้ขนาดตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลในแต่ละโรงเรียน จากนั้นสุ่มเลือกอย่างอิสระด้วยการจับสลากตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละโรงเรียน ซึ่งจะได้ตัวอย่างกระจายอยู่ในห้องเรียนตามช่วงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ และส่งแบบสอบถามให้ครูประจำชั้นนำไปให้นักเรียนที่ได้รับการสุ่มตอบและตรวจสอบความครบถ้วนก่อนส่งแบบสอบถาม ถ้าได้ตัวอย่างไม่ครบให้เก็บเพิ่มในชั้นและห้องเรียนถัดไป

๔.๕ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น ๑๔ ตอน รวม ๘๙ ข้อ ดังนี้ ครอบคลุมด้าน เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รวม ๔ ข้อ การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มรวม ๙ พฤติกรรม การทำความสะอาดฟันและช่องปาก ๘ ข้อ การทะเลาะวิวาท การทำร้ายร่างกายและการบาดเจ็บของนักเรียน จำนวน ๖ ข้อ การถูกข่มเหงของนักเรียนในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จำนวน ๒ ข้อความรู้สึกไม่ปลอดภัยในโรงเรียนขณะเดินทางกลับบ้าน หรือระหว่างที่พักและโรงเรียน จำนวน ๑ ข้อ พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนจำนวน ๒ ข้อ การสูบบุหรี่และผลิตภัณฑ์บุหรี่ชนิดต่าง ๆ รวมทั้งความพยายามในการเลิกบุหรื ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จำนวน ๗ ข้อ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเมาค้างและผลกระทบจากการใช้เครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จำนวน ๘ ข้อ การใช้สารเสพติดประเภทกัญชา แอมเฟตามีน โคเคน สารระเหยและยาอื่น ๆ จำนวน ๕ ข้อ พฤติกรรมทางเพศและเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด จำนวน ๑๒ ข้อ การออกกำลังกายและวิถีชีวิตในการทำกิจกรรมประจำวันจำนวน ๕ ข้อ การนอนหลับจำนวน ๑ ข้อ ประสบการณ์ที่บ้านและโรงเรียนจำนวน ๙ ข้อ

๘.๖ ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

- ๑) ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาร่างแบบสอบถาม และปรับปรุงให้มีความครบถ้วนและจัดพิมพ์เป็นฉบับของแบบสอบถาม
- ๒) นำแบบสอบถามหรือเครื่องมือเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องพฤติกรรมศาสตร์และการคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)
- ๓) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่จังหวัดขอนแก่นที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน จำนวน ๓๐ คน นำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Conbach's alpha coefficient)
- ๔) ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ปรับภาษาและข้อความต่าง ๆ และนำไปพิมพ์ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลต่อไป

การประเมินคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ๑) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน โดยหาความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Content validity index: CVI) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ แปลความหมาย ดังนี้ ๐ เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดนั้นไม่ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ ๑ เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ ๒ เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ ๓ เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ จากการประเมินเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่านและทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจำนวนอย่างน้อย ๓ ครั้งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องด้านเนื้อหาตั้งแต่ ๐.๗๕ ขึ้นไป
- ๒) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและมีการวัดตัวแปรแบบช่วง (Ratio) แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกันจำนวน ๓๐ คน และนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์ความเที่ยงตามวิธีการของครอนบาคได้ค่ารวมทุกชุดเท่ากับ ๐.๘๙

๘.๗ การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม-กันยายน ๒๕๕๗ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ๑. ผู้วิจัยขอหนังสือจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มเลือกให้เป็นพื้นที่วิจัยในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ๒. สุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนเป้าหมายในโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มเลือก ๓. ผู้วิจัยเข้าพบครูประจำชั้นในโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มเลือกทำความเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ๔. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบและกำหนดเวลา ตอบและเก็บรวบรวมคืน ๕. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน จนครบจำนวน ๔๖๔ ฉบับ

๘.๘ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

๑. การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ๒. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ๓. ตัวแปรที่เป็นปัจจัยศึกษาและมีการวัดข้อมูลเป็นข้อมูลเชิงนับและอันดับวิเคราะห์เป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องขึ้นไปวิเคราะห์และนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นที่ ๙๕% (๙๕% Confident interval) ๔. กำหนดระดับนัยสำคัญเพื่อการทดสอบสมมติฐาน (α) ที่ระดับ ๐.๐๕

๕. การพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย โดยจะขอรับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม โดยผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้อธิบายรายละเอียดและขั้นตอนการเข้าร่วม รวมทั้งการให้ผู้เข้าร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมโดยการเซ็นใบอนุญาตเข้าร่วมในการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามที่เห็นสมควรว่ากระทบสิทธิ์หรือคุกคามต่อสิทธิส่วนบุคคล

๙. ผลการดำเนินงาน / ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๔๑๐ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๕๑.๙ อายุเฉลี่ย ๑๓.๘ ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐) น้ำหนักเฉลี่ย ๔๗.๙ กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๙.๑) ส่วนสูงเฉลี่ย ๑๕๗.๘ เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๗.๘) และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย ๑๙.๑ กิโลกรัม/ตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๓.๐) ผลการวิจัยและเปรียบเทียบเกณฑ์หรือผลการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้เป็นดังนี้

๑. ด้านสภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย ๔๗.๙ กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๙.๑ กิโลกรัม) ช่วงเชิมน้ำร้อยละ ๙๕ อยู่ระหว่าง ๔๗.๑-๔๘.๗ กิโลกรัม ซึ่งมีระดับน้ำหนักอยู่ในช่วงปกติตามเกณฑ์น้ำหนักมาตรฐาน ในขณะที่ส่วนสูงมาตรฐานระหว่าง ๑๔๔.๘-๑๖๔.๕ เซนติเมตร ผลการวิจัยพบส่วนสูงเฉลี่ย ๑๕๗.๘ เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๗.๘ (๙๕%CI ๑๕๗.๘-๑๕๘.๖) ดังนั้น สรุปได้ว่า ระดับการเจริญเติบโตทางกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในระดับมาตรฐานตามเกณฑ์

๒. พฤติกรรมการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มพบว่า นักเรียนมีความหิวเพราะอาหารที่บ้านไม่เพียงพอในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมาถึงร้อยละ ๕๙.๙ การรับประทานอาหารผักและผลไม้ในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมาร้อยละ ๙๕.๑ (๙๕%CI=๙๒.๖-๙๖.๙) รับประทานอาหารในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมาร้อยละ ๙๕.๘ (๙๕%CI=๙๓.๔-๙๗.๔) ต่ำกว่าระดับประเทศเพียงเล็กน้อย (ระดับประเทศร้อยละ ๙๘.๒) การดื่มน้ำอัดลมในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมาดื่มน้ำอัดลมร้อยละ ๘๘.๐ (ระดับประเทศในเยาวชนอายุ ๒-๑๔ ปี ดื่มน้ำอัดลมทุกวันร้อยละ ๓๑.๔) ซึ่งมีสัดส่วนการดื่มน้ำอัดลมค่อนข้างสูงกว่าข้อมูลที่มีมาก่อนหน้านี้ การรับประทานอาหารจานด่วนในระยะ ๗ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๗๔.๗ (๙๕%CI=๗๐.๔-๗๘.๖) ซึ่งสูงกว่ารายงานการบริโภคอาหารจานด่วนที่เคยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ ดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์จากนมร้อยละ ๘๘.๕ (๙๕%CI=๘๕.๑-๙๑.๒)

๓. การดูแลสุขภาพช่องปากและการล้างมือพบว่า ในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมา นักเรียนทำความสะอาดฟันร้อยละ ๙๖.๗ (๙๕%CI=๙๖.๓-๙๗.๐) สูงกว่าผลการสำรวจในกลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ ๑๕ ปี ทั่วประเทศ (ร้อยละ ๗๑.๕) อัตราการล้างมือก่อนการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๔.๒ (๙๕%CI=๙๓.๖-๙๔.๒) สูงกว่ารายงานการล้างมือของคนไทยอายุ ๑๒ ปี ขึ้นล้างมือร้อยละ ๔๗.๑ เท่านั้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ๒๕๕๓)

๔. การทะเลาะวิวาทและถูกทำร้ายร่างกายและถูกข่มขู่รังแกและรู้สึกปลอดภัยในโรงเรียนและการเดินทางมาเรียนพบในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๒๓.๕ (๙๕%CI=๑๖.๔-๓๐.๕) และมีการบาดเจ็บรุนแรงจนถึงขั้นขาดเรียนหรือหยุดกิจกรรมจากสาเหตุต่างๆ ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๓๒.๘ (๙๕%CI=๒๖.๕-๓๙.๐) เปรียบเทียบจากรายงานการสำรวจข้อมูลประสิทธิภาพความรุนแรงและการทะเลาะวิวาทในโรงเรียน และปัญหาครอบครัวของวัยรุ่นจากการสำรวจของสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาทั่วประเทศระหว่างชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓-๔ พบมีร้อยละ ๔๐ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๕๖) ซึ่งถ้าเทียบเคียงจากรายงานนี้ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จะมีสัดส่วนต่ำกว่าระดับประเทศ

๕. พฤติกรรมความปลอดภัย มีการเข็มขัดนิรภัยร้อยละ ๘๑.๗ (๙๕%CI=๗๘.๒-๘๓.๙) ไม่เคยสวมหมวกนิรภัยเลยขณะขี่จักรยานยนต์สูงถึง ๑๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๒ (๙๕%CI=๒๘.๗-๔๔.๑) มีผู้ใส่ทุกครั้งเพียงร้อยละ ๑๓.๗ (๙๕%CI=๔.๘-๒๒.๕) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการสำรวจจากทั่วประเทศพบว่า ในประชาชนทั่วไปที่ขี่จักรยานยนต์มีอัตราการสวมใส่หมวกนิรภัยร้อยละ ๒๘.๐ ซึ่งในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ นี้มีอัตราการสวมใส่หมวกนิรภัยต่ำ

๖. ภาวะโดดเดี่ยว เหงาซึมเศร้าและการมีเพื่อนสนิทร้อยละ ๕๓.๔ (๙๕%CI=๔๙.๐-๕๗.๗) เคยมีความคิดจริงจังที่จะฆ่าตัวตายร้อยละ ๑๒.๔ (๙๕%CI=๙.๕-๑๕.๓) และเคยวางแผนที่จะฆ่าตัวตายจำนวน ๔๘ คน (๙๕%CI=๐.๘-๑๓.๔) โดยรวมอยู่ในระดับเดียวกันกับสถานการณ์ของประเทศ

๗. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีผู้สูบบุหรี่ ๗๘ คน หรือร้อยละ ๑๗.๓ (๙๕%CI=๑๓.๗-๒๕.๔) ซึ่งไม่ต่างจากสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยจากการสำรวจโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ (พ.ศ.๒๕๕๒) พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๑-๑๔ ปี อยู่ที่ ร้อยละ ๓.๔ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่าจำนวน ๑๗๕ คนหรือร้อยละ ๓๘.๘ (๙๕%CI=๓๓.๑-๔๔.๑) ซึ่งนับว่าสูงกว่ารายงานการสำรวจการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยพบว่าภาพรวมของเยาวชนไทยอายุตั้งแต่อายุ ๑๒-๑๘ ปี ขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๔๒.๒ ซึ่งใกล้เคียงกัน การใช้สารเสพติดประเภทกัญชาและแอมเฟตามีน โคเคนหรือสารระเหย พบว่า มีจำนวน ๔๔ คนหรือร้อยละ ๒.๘

๘. พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ผลกระทบและการคุมกำเนิด นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเพศสัมพันธ์ร้อยละ ๑๓.๕ (๙๕% CI=๑๐.๖-๑๖.๖) มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ ๓๖.๖ (๙๕% CI=๑๖.๕-๕๖.๖) ต่ำกว่าการสำรวจในโรงเรียนมัธยมศึกษาทั่วประเทศที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมีการใช้ถุงยางอนามัยในเพศชายร้อยละ ๖๘.๕ และเพศหญิงร้อยละ ๕๔.๖ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๗)

๙. การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่างในกิจกรรมที่ไม่ใช้แรง ส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๑.๖ (๙๕%CI=๖๘.๘-๗๔.๓) เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการสำรวจการออกกำลังกายของประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปจากรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยและการตรวจร่างกายในปี พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่า คนไทยมีการออกกำลังกายร้อยละ ๒๙.๑ (วิชัย เอกพลการ, ๒๕๕๓) ดังนั้น สถานการณ์การออกกำลังกายในนักเรียนกลุ่มนี้จึงสูงกว่ารายงานการสำรวจภาพรวมจากทั่วประเทศ

๑๐. การพักผ่อนนอนหลับด้านการนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ ๒๗.๗ (๙๕%CI=๒๓.๕-๓๒.๒) มีการนอนหลับอย่างน้อยคืนละ ๘ ชั่วโมง รองลงมาได้แก่ นอนน้อยกว่า ๔ ชั่วโมงร้อยละ ๒๐.๘ (๙๕%CI=๑๗.๑-๒๔.๖) และ ๗ ชั่วโมงต่อวันร้อยละ ๑๙.๓ (๙๕%CI=๑๕.๕-๒๓.๑) ซึ่งพบว่าการนอนหลับที่เพียงพอในระดับต่ำ แต่ยังไม่มีการกำหนดเป็นเป้าหมายที่ชัดเจนในระดับนโยบายของประเทศ

๑๑. ประสบการณ์ทั่วไปที่บ้านและโรงเรียนนักเรียนร้อยละ ๒๒.๐ (๙๕%CI=๑๓.๘-๓๐.๑) มีประสบการณ์ไม่ได้เข้าห้องเรียนหรือไม่ได้ไปโรงเรียนโดยไม่ได้รับอนุญาต ทำประโยชน์ส่วนรวมในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมาร้อยละ ๘๑.๖ พ่อแม่ผู้ปกครองเข้าใจปัญหาของนักเรียนร้อยละ ๘๒.๗ (๙๕%CI=๘๑.๐-๘๔.๓) พ่อแม่ผู้ปกครองใส่ใจตรวจสอบดูสิ่งของหรือห้องของนักเรียนโดยนักเรียนไม่ได้อนุญาตมีผู้ปกครองปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๙.๖ (๙๕%CI=๕๓.๙-๖๕.๒) ซึ่งโดยรวมอยู่ในระดับสูง

๑๑. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร

๑. ควรจัดทำแผนและขับเคลื่อนแผนงานโครงการที่มุ่งแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่กระทบต่อสุขภาพวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยมุ่งเป้าพฤติกรรมที่สูงกว่าระดับค่ากลางของประเทศหรือเกินเป้าหมายเชิงนโยบาย ซึ่งพฤติกรรมมีปัญหาโดดเด่นได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ โดยเฉพาะการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศ การไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนั้นปัญหาด้านการทะเลาะวิวาทและการถูกทำร้ายร่างกาย การดื่มน้ำอัดลม การบริโภคอาหารจานด่วน เป็นต้น ดังนั้นควรดำเนินการก่อนอย่างเร่งด่วน

๒. ควรสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในวัยรุ่น โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ วิธีการวัด การแปลผลและประเมินปัญหามีแนวโน้มเป็นอย่างไร รวมทั้งการคำนวณขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มเพื่อให้สามารถใช้ในการประเมินผลระดับโครงการ แผนงานและติดตามประเมินเชิงนโยบายด้วยระบบเฝ้าระวังได้

๓. ควรมีการกระจายส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงเรียน ครอบครัว ชุมชนในพื้นที่เพื่อร่วมจัดกิจกรรมป้องกันและแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพเด่น ๆ ที่มีสัดส่วนไม่พึงประสงค์ในระดับสูง ๆ เพื่อนำมาวางแผนงาน โครงการให้มีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเกิดนวัตกรรม ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในนักเรียน

๒. ควรวิจัยประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในมาตรการต่าง ๆ ที่ดำเนินการในนโยบาย แผนงาน โครงการ รวมทั้งนวัตกรรมในการจัดการปัจจัยและพฤติกรรมและสถานสุขภาพนั้น ๆ ว่ามีความคุ้มค่าในระยะสั้น ระยะยาวและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสถานสุขภาพในช่วงวัยเรียนตอนต้นได้จริงหรือไม่

๑๒. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของบุคคลหลายท่าน ซึ่งขอขอบพระคุณ นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนด้านนโยบาย และผลักดันให้เกิดงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นางสิริภัทร สารรักษ์ ที่ให้คำแนะนำในดำเนินงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพอนามัยวัยเรียนและเครือข่ายโรงเรียน นักเรียน ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ที่เป็นตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานในกลุ่มงาน ทุกท่านและบุคคลที่มีได้เอื้อนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความสนับสนุน และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

๑๓. บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๘). สถานการณ์สุขภาพจิตวัยรุ่น. Retrieved from

<http://www.dmp.go.th/report/suicide/age.asp>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

บังอร กล้าสุวรรณ และคณะ. (๒๕๕๕). ภาวะสุขภาพเด็กนักเรียนและการสุขาภิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ ๖ ขอนแก่น. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ ๖ ขอนแก่น.

วิชัย เอกพลการ, บรรณาธิการ. (๒๕๕๓a). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒. นนทบุรี: กราฟิโก ซิสเต็มส์.

วิชัย เอกพลการ, บรรณาธิการ. (๒๕๕๓b). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒. นนทบุรี: กราฟิโก ซิสเต็มส์.

สาธารณสุข, กระทรวง. (๒๕๕๖). แผนปฏิบัติราชการ ๔ ปี พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๐และแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.๒๕๕๗. นนทบุรี: กรมอนามัย.

สาธารณสุข, กระทรวง, สุขภาพจิต, กรม. (๒๕๕๖). สถานการณ์ปัญหาวัยรุ่น. Retrieved from www.dmh.go.th/downloadportal/Strategy/วัยรุ่น.pdf

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๖). Thai Society at a glance Quarter ๔ and ๒๐๑๒. Overview, ๑๐(๑), ๒๕-๒๖.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๗). การสำรวจพฤติกรรมในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๖๐). สถิติประชากรไทย. Retrieved from

http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search/result_by_department-th.jsp

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. (๒๕๕๓). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๓. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อรุณ จิรวินกุล. (๒๕๕๗). ชีวสถิติสำหรับวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.

- Beaglehole R, Bonita R. (๒๐๐๔). *Public health at the crossroads* (๒nd ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Dahan, M. & Tsiddon, D. (๑๙๙๘). Demographic transition, income distribution, and economic growth. *Journal of Econmics Growth*, ๓, ๒๙-๕๒.
- Hfocus. (๒๐๑๕). คนไทยดื่มนมน้อย ต่ำกว่าอาเซียนและโลก ๔-๗ เท่า แนะนำเพิ่มนม ๑ แก้วหลังอาหาร. Retrieved October ๑๒, ๒๐๑๖, from <https://www.hfocus.org/content/๒๐๑๕/๐๕/๙๙๕๕>
- United Nations. (๒๐๑๗). SDG Indicators, Global Database. Retrieved February ๒, ๒๐๑๗, from <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=๓.๗.๒>
- WHO. (๒๐๑๗). Adolescents: health risks and solutions. Retrieved February ๒, ๒๐๑๗, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs๓๔๕/en/>
- World Bank. (๒๐๐๗). World development report ๒๐๐๗: Development and the next generation. Retrieved December ๒, ๒๐๑๖, from <http://www.worldbank.org/reference/>

ขอรับรองว่า ผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการคัดเลือก
(นางศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.๒๕๖๐

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นายสรวิทย์ บุญสุข)
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.๒๕๖๐

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การจัดทำแผนบูรณาการควบคุมโรคอ้วน
ในเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ ๑๐

ของ

ชื่อ นางศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต
ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ระดับ ชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๓๐
กลุ่มงาน/ฝ่าย บริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย
สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
กรมอนามัย

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ระดับ ชำนาญการพิเศษ
ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๓๐
กลุ่มงาน/ฝ่าย บริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย
สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
กรมอนามัย

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

(ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงในตำแหน่งที่คัดเลือกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑. ชื่อผลงานเรื่อง การจัดทำแผนบูรณาการควบคุมโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ ๑๐

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

๓. สรุปเค้าโครงเรื่อง

๓.๑ หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียน ปัญหาสุขภาพในวัยเรียนที่เป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยสัดส่วนนักเรียนมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานจากร้อยละ ๗.๘ ในปี ๒๕๔๗ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๘.๔ ในปี ๒๕๕๕ (กรมอนามัย, ๒๕๔๗ และกรมอนามัย, ๒๕๕๕) ซึ่งภาวะอ้วนจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและความแข็งแรงด้านสุขภาพ ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว รวมทั้งภาวะอ้วนในวัยรุ่นยังส่งผลต่อการคงอยู่ของภาวะอ้วนในช่วงวัยต่อไป และก่อผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ จากการสำรวจสถานการณ์ภาวะอ้วนในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่า มีนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ ๑๒ (ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, ๒๕๕๗) ซึ่งเกินเกณฑ์ตัวชี้วัดซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๑๐ (ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๘) โดยสาเหตุที่เด็กนักเรียนมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรับบริโภคขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลมและอาหารที่มีรสหวานเกือบทุกวันหรือทุกวันถึงร้อยละ ๖๗ (กรมอนามัย, ๒๕๕๕) และไม่ออกกำลังกายเลยถึงร้อยละ ๕๐ (ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, ๒๕๕๗) ถ้าหากไม่มีนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันและแก้ปัญหา น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานในวัยเรียน จะทำให้นักเรียนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ในอนาคต องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าการที่น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ง่ายขึ้น กล่าวคือมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคนิ่วในถุงน้ำดี และโรคมะเร็งบางชนิด (ศุภวรรณ มโนสุนทร, ๒๕๕๘) จากรายงานความสัมพันธ์ของโรคอ้วนกับโรคต่างๆ ในคนที่มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) แตกต่างกัน พบว่า จะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มสูงตามค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น (กมลพรรณ เมฆวรรุฒิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์, ๒๕๕๔) จากรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ในปี ๒๕๕๓ พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ปีละกว่า ๑ แสนคน คิดเป็น ๑ ใน ๓ ของการเสียชีวิตทุกสาเหตุ สิ่งที่ตามมาคือการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคภัยต่างๆ ซึ่งเป็นภาระสุขภาพของครอบครัวและประเทศชาติ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องนำมาวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะ และแผนบูรณาการควบคุมโรคอ้วน ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง ระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ท้องถิ่น เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของแผน

เพื่อบูรณาการพัฒนางานลดภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนดำเนินการ

๑. จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ที่ทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนได้แก่ ผู้รับผิดชอบและประสานงานในกระทรวงสาธารณสุขใน ๕ จังหวัด หน่วยงานศึกษาธิการจังหวัด องค์การปกครองท้องถิ่นและภาคอื่นๆ จังหวัด ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบจากภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน สาเหตุที่ทำให้อ้วน แนวทางในการป้องกัน ทบทวนและจัดการความรู้เรื่องการลดและป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน รวมทั้งสรุปบทบาทหน้าที่ของภาคส่วนต่างๆ ที่จะดำเนินการเกี่ยวกับเด็กวัยเรียนและเชื่อมโยงกันเป็นภาพรวมเชิงบูรณาการ ทั้งกลุ่มเป้าหมาย แผนงาน กิจกรรม ทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ

๒. กำหนดเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ทั้งจำนวนและความครอบคลุมพื้นที่ กำหนดตัวชี้วัดระดับต่างๆ เช่น ในภาพรวมของแผนทั้งหมดมุ่งเป้าประสงค์ได้แก่ อุบัติการณ์ภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนรายใหม่ลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๘ และความชุกของภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนไม่เกินร้อยละ ๑๒

๓. พัฒนาและยกร่างแผนเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในนักเรียนเพื่อให้เกิดทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่ม และความเชื่อมั่นในตนเองและความเคยชินต่อการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายในเด็กก่อนวัยเรียน โดยความร่วมมือของโรงเรียน ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยกำหนดภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนในระดับร้อยละ ๑๐๐ รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย สนับสนุนการเข้าถึงกิจกรรมทั้งในระดับองค์กร ครอบครัวและชุมชน และที่ปรึกษาด้านการจัดการ และป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กรอย่างครอบคลุมพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ และต่อเนื่องตลอดทั้งปี

๔) สรุปรูปแบบงานและรายละเอียด ตัวชี้วัด กิจกรรม ระบบประเมินผล งบประมาณและระยะเวลา ดำเนินการพร้อมจัดทำรูปเล่ม

๕) แผนงานประกอบด้วย

๕.๑) แผนงานส่งเสริมทัศนคติการสร้าง ความเชื่อมั่นและบรรทัดฐานกลุ่มด้านการรับประทาน อาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายที่สมดุลในเด็กวัยเรียน

๕.๒) แผนงานส่งเสริมบรรทัดฐานกลุ่มให้เกิดวัฒนธรรมและความฉลาดในการรับประทาน อาหาร และออกกำลังกายที่เหมาะสมและสมดุล เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ ๑๐

๕.๓) แผนงานส่งเสริมการจัดสรร ควบคุมและสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการ รับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียน ครอบคลุมทั้งระดับครอบครัว โรงเรียนและ ในชุมชน

๓.๒ บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ

การจัดการภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและโรคอ้วนในเด็กนักเรียนต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต ใน การศึกษามาตรการต่างๆ พบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการควบคุมอาหารและเพิ่มกิจกรรมทางกายให้ เหมาะสมจะทำให้สามารถจัดการน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ความแตกต่างของมาตรการที่ทำให้ผลลัพธ์ ต่างกัน คือ การกระตุ้นด้วยเทคนิควิธีการที่จะทำให้ผู้มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานหรือโรคอ้วนตัดสินใจลดน้ำหนัก และมีความคงทนของพฤติกรรม หลายมาตรการที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า ย่อมต้องสอดคล้องกับวิถี ชีวิต ดังนั้นจึงต้องสร้างการมีส่วนร่วมในผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับนักเรียน ทุกระดับ ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และที่สำคัญคือระดับบุคคลคือนักเรียนจะต้องร่วมแก้ปัญหาและหาเทคนิควิธีการที่สำคัญในพื้นที่ ที่จะทำ ให้นักเรียนตัดสินใจลดน้ำหนักและมีความคงทนของพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมาตรการที่เหมาะสม ข้อเสนอเบื้องต้นต้องเน้นให้มีการกำหนดนโยบายในระดับชุมชนและโรงเรียนให้มีระบบการจัดการนักเรียนที่มี ปัญหาแบบมีส่วนร่วม ในประเด็นที่สำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการป้องกันโดยการ จัด สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ดังนี้ การควบคุมและลดเครื่องดื่มน้ำตาลและน้ำหวานขนมกรุบกรอบ การจัดทำ แผนงานบูรณาการเพื่อเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ การลดขนมและอาหารว่างที่มีไขมัน เกลือ และน้ำตาลสูง การสนับสนุนอาหารกลางวันที่ได้มาตรฐานทางโภชนาการ การสร้างทางเลือกอาหารสุขภาพในโรงเรียน การเพิ่ม โอกาสในการเพิ่มกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายในโรงเรียนที่บ้านและชุมชน การจัดให้โรงเรียนให้มี สภาพแวดล้อมที่ดี ปราศจากการโฆษณาอาหารขนมและเครื่องดื่มที่ไม่มีประโยชน์ โรงเรียนต้องไม่อยู่ภายใต้ อิทธิพลของบริษัทอาหารและเครื่องดื่ม ห้ามมีเครื่องขายอัตโนมัติ (Vending machine) ในโรงเรียนทุกระดับ และควรมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของนักเรียนที่ทันสมัย เป็นต้น

ในการตรวจสอบความเป็นไปได้ ผู้ทำแผนได้ใช้แนวคิดสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพ (Ecological model) มีการทำแผนที่กิจกรรม (Intervention mapping) เพื่อวางแผนและตรวจเช็คความครบถ้วนและครอบคลุม ปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและสังคมที่จะส่งผลต่อการ เกิดวัฒนธรรมทั่วทั้งพื้นที่ โดยใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนเป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลแผนงาน

ข้อเสนอแนะ

ในการทำแผนจะต้องใช้เครื่องมือสำคัญ ๓ ประการได้แก่ การจัดการความรู้โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การใช้แนวคิด ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ การจัดการความรู้เพื่อใช้ในการกำหนดแผนงาน โครงการเพื่อให้กิจกรรมในแผนงานซึ่งแตกออกมาเป็นโครงการให้สอดคล้องเชิงเหตุผลเชิงประจักษ์และใช้การตรวจสอบเชิงระบบผ่านแผนที่ความคิดและใช้ระบบเฝ้าระวังในการประเมินและติดตามประสิทธิผลของแผนและสุดท้ายใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนร่วมในการวางแผนงาน

๓.๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- (๑) มีแผนงานสาธารณะเรื่อง การจัดการน้ำหน้าตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วนนักเรียนในระดับพื้นที่
- (๒) มีมาตรการที่เหมาะสมคุ้มค่า เรื่อง การจัดการน้ำหน้าตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วนนักเรียนในระดับพื้นที่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้ง ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย
- (๓) มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดี ต่อการการจัดการน้ำหน้าตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วนนักเรียนในระดับพื้นที่
- (๔) เด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จะเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีภาวะสุขภาพดี เจริญเติบโต สมวัยและเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว

๓.๔ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ทุกภาคส่วนใน ๕ จังหวัดที่เกี่ยวข้อง บูรณาการกิจกรรมผ่านการใช้ทรัพยากรอย่างสอดคล้อง ประสาน และมุ่งเป้าหมายเดียวกัน ใช้เครื่องมือและระบบประเมินผลเดียวกัน และต่อเนื่องจนกลายเป็นนโยบายสาธารณะ ด้านการจัดการน้ำหน้าตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วนนักเรียนในระดับพื้นที่ได้ร้อยละ ๕๐ ครอบคลุมพื้นที่ภายใน ปี ๒๕๖๐
๒. จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการจัดทำแผนงานแบบบูรณาการ/โครงการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วน ตามตัวชี้วัดกลุ่มวัยเรียน
๓. เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีมาตรการการจัดการน้ำหน้าตัวเกินมาตรฐานและโรคอ้วนนักเรียนในระดับพื้นที่มีประสิทธิภาพ (สามารถลดน้ำหนักตัวได้มากกว่าร้อยละ ๕ ของน้ำหนักตัว (เจนวิทย์ ศรพรหม, ๒๕๕๕) และมีความคุ้มค่า
๔. ความชุกของภาวะอ้วนในวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

ผู้ขอรับการคัดเลือก

(นางศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

วันที่ ____/____/____

เกณฑ์การตัดสินคุณภาพของผลงาน

* ตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ (ตำแหน่งประเภทวิชาการ)
และตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ ตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ
สำหรับกรรมการผู้ประเมิน สายงาน.....

ชื่อ-สกุล ผู้ประเมิน นพ.สรารุณี บุญสุข

ชื่อ-สกุล ผู้ขอประเมิน นางศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ระดับชำนาญการพิเศษ

ผลงานที่นำเสนอ เรื่อง การประเมินสภาวะสุขภาพนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตสุขภาพที่ 10

ข้อเสนอแนวคิด / วิธีการเพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงผลงาน เรื่องการจัดทำแผนบูรณาการเพื่อพัฒนาพฤติกรรมด้าน

เพศสัมพันธ์ ที่เหมาะสมนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เขตสุขภาพที่ ๑๐ ผลการประเมิน มีดังนี้

ลำดับ ที่	รายการ	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้รับ	
			ผลงาน	ข้อเสนอฯ
๑	คุณภาพของผลงาน * มีคุณภาพของผลงานดีมาก	๒๕		
๒	ความยุ่งยากซับซ้อนของผลงาน * ใช้หลักวิชาการเฉพาะทางหรือหลักวิชาชีพเฉพาะด้านในการ ปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากมากเป็นพิเศษ จำเป็นต้องมีการตัดสินใจ หรือแก้ปัญหาในงานที่ปฏิบัติเป็นประจำ	๒๕		
๓	ประโยชน์ของผลงาน * เป็นประโยชน์ต่อทางราชการหรือประชาชน หรือประเทศชาติ หรือต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ หรือในงานวิชาชีพในระดับสูงมาก หรือการพัฒนาการปฏิบัติงานในระดับสูงมาก สามารถเสริม ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานได้เป็นอย่างดี	๒๕		
๔	ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ * มีความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์สูงมากเป็นพิเศษ เป็นที่ยอมรับในระดับกองหรือระดับกรมหรือวงการวิชาการหรือ วิชาชีพด้านนั้น ๆ	๒๕		
		๑๐๐		

* สรุปผลการประเมิน () ผ่าน () ไม่ผ่าน

* ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) _____

(ลงชื่อ) _____ ผู้ประเมิน

(นายสรารุณี บุญสุข)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

วันที่ ๒๑ / กรกฎาคม / ๒๕๖๐

หมายเหตุ ๑. แต่ละข้อ ต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๒. คะแนนรวม ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐