# การพัฒนานโยบาย โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดแพร่

สุขจิตตรา วนาภิรักษ์ *
*ท.บ.*

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ อย่างมีส่วนร่วม ในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดแพร่ 28 โรงเรียน วิธีการศึกษาใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน กลุ่มตัวอย่างอายุ 3-5 ปี, 6-8 ปี, 9-12 ปี จำนวน 600 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำเสนอปัญหาแก่โรงเรียน และการสัมภาษณ์เจาะลึก/สนทนากลุ่ม เกี่ยวกับความคิดเห็น วิธีคิด และระบบคุณค่าของบุคคลและองค์กร เกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสุขภาพจากทีมแกนนำ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ในโรงเรียนประถมศึกษา ได้อาศัยเครือข่ายพันธมิตรที่เกี่ยวข้องเป็นทีมแกนนำ ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ครู นักเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการขับเคลื่อนนโยบายระดับโรงเรียน โดยมีการพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำในการทำงานแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนและการสร้างกระแสจากระดับจังหวัด ผลลัพธ์การดำเนินงานในปีแรกสามารถผลักดันนโยบายสำเร็จ 9 โรงเรียน ปีที่สอง ประสบผลสำเร็จ 12 โรงเรียน ปีที่ 3 ประสบผลสำเร็จทั้ง 28 โรงเรียน ปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จที่สำคัญ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานที่ชี้ให้เห็นปัญหาและสาเหตุที่ชัดเจน 2) ทีมแกนนำในการขับเคลื่อนนโยบายระดับโรงเรียนที่มีศักยภาพในกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม 3) การสนับสนุนและติดตามประเมินผลแบบเสริมพลังจากทางสาธารณสุข 4) การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดกระบวนการเรียนการสอนเสริมการเรียนรู้ เรื่องโทษของขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ อาหาร/ขนมทางเลือก การจัดการสิ่งแวดล้อม เรื่องสหกรณ์/ร้านค้าขายขนมหรืออาหารที่มีประโยชน์ สร้างการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน จะช่วยให้นโยบายต่อเนื่อง ยั่งยืน

***คำสำคัญ : นโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ, โรงเรียนประถมศึกษา***

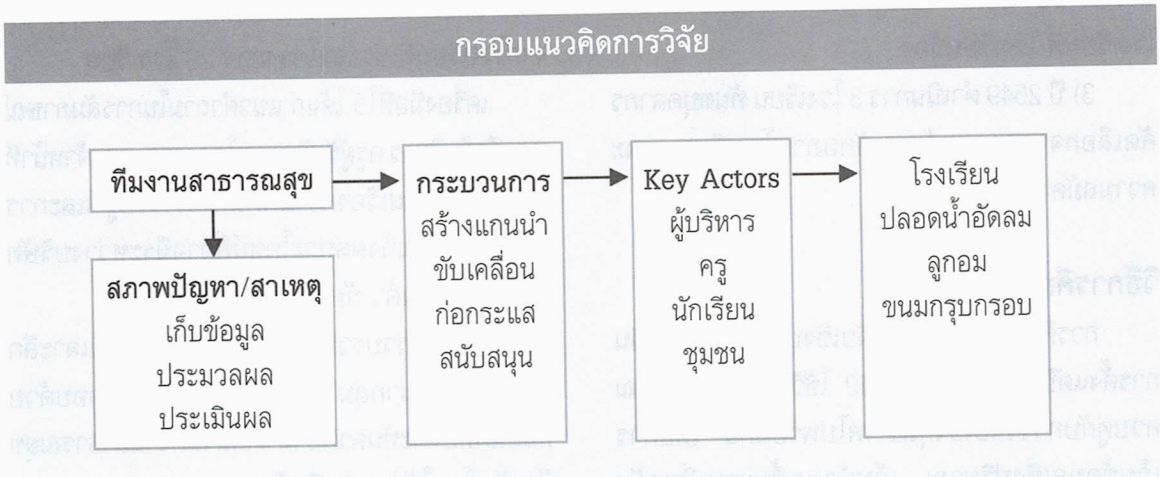
* *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่*

## บทนำ

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านนโยบาย กฎหมาย มาตรการ เพื่อส่งเสริมโภชนาการที่ดีให้แก่เด็กและเยาวชน พบว่า โรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดสุขนิสัยด้านต่างๆ รวมทั้งด้านโภชนาการของเด็ก โรคและภาวะที่ร้ายแรงที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในเด็ก ทำให้หลายฝ่ายพิจารณาหาทางแก้ไข แนวทางหนึ่งที่ได้รับความสนใจ คือ แนวทางที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการในโรงเรียน เพราะเด็กๆ ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน อาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียนจึงเป็นแหล่งพลังงานที่เด็กๆ ได้รับในแต่ละวัน นอกจากนี้ โรงเรียนยังเป็นสถานที่ที่พ่อแม่คาดหวังว่าลูกจะได้รับความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงความปลอดภัยในทุกด้าน ทั้งนี้ เด็กส่วนใหญ่รับประทานอาหาร อย่างน้อย 1 มื้อ ต่อวัน ที่โรงเรียน และมีเด็กจำนวนมากที่รับประทานอาหารสองหรือสามมื้อ รวมถึงอาหารว่างและอื่นๆ ที่โรงเรียนด้วย อย่างไรก็ตาม สภาพความเป็นจริง แม้ครูผู้สอนจะให้ความรู้ในด้านการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและครบถ้วนตามหลักโภชนาการ แต่สภาพแวดล้อมที่แท้จริงในการให้บริการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มของหลายๆ โรงเรียนยังคงขัดแย้งหรือไม่สอดคล้องกับความรู้ที่เด็กๆ ได้รับจากบทเรียน

เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ทั้งประเภทน้ำอัดลม และไม่อัดลม รวมถึงน้ำผลไม้ปรุงแต่ง ขนมหวาน และขนมกรุบกรอบ เหล่านี้อุดมไปด้วยน้ำตาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นน้ำตาลข้าวโพดฟรุคโตส (high fructose corn syrup) หรือสารให้ความหวานประเภทต่างๆ ไม่มีวิตามิน เกลือแร่ ใยอาหาร โปรตีน หรือสารอาหารที่มีประโยชน์ใดๆ และยังอาจมีสารที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สีผสมอาหาร สารให้รสอาหารเทียม หรือสารถนอมอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ น้ำอัดลม ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ ยังมีส่วนทำให้เด็กบริโภคเครื่องดื่มและอาหารอื่นๆ ที่มีประโยชน์น้อยลง เช่น น้ำดื่ม นม น้ำผลไม้แท้ รวมทั้งผักและผลไม้ งานศึกษาวิจัยหลายชิ้นระบุว่า น้ำอัดลมและขนมหวาน เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่โรคหรืออาการต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ ระดับคอเลสเตอรอลและความดันโลหิตสูง รวมไปถึงภาวะกระดูกพรุน และฟันผุ อีกด้วย ถ้ายังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค [1]

บทบาทของโรงเรียนที่ผ่านมา มักออกมาตรการหรือมาตรฐานแบบกว้างๆ ครอบคลุมทุกเรื่อง ทำให้ยากที่จะเห็นผลในทางปฏิบัติ จึงมีผู้ออกความเห็นให้ใช้มาตรการพุ่งตรงไปที่ตัวปัญหาอย่างแท้จริง โดยการใช้มาตรการทางกฎหมาย เพื่อเอาน้ำอัดลมและ



อาหารขยะออกจากโรงเรียน ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ประเทศต่างๆ ในยุโรป สิงคโปร์ และเกาหลี [2]

ในประเทศไทยยังไม่มีการใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการบริโภคน้ำอัดลมและอาหารว่างที่ไม่มีประโยชน์ในโรงเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่มีแนวคิดที่จะพัฒนานโยบายสาธารณะนี้โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับพื้นที่ จึงได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Policy Formulation) สร้างเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย

## กลุ่มเป้าหมาย

โรงเรียนประถมศึกษาในเขตจังหวัดแพร่ 28 โรงเรียน

1) ปี 2547 ดำเนินการ 10 โรงเรียน ทันตบุคลากรคัดเลือกจากความพร้อม ศักยภาพโรงเรียน และความสมัครใจ

2) ปี 2548 ดำเนินการ 10 โรงเรียน โรงเรียนเครือข่ายปี 2547 เป็นผู้คัดเลือกให้เป็นเครือข่ายโรงเรียนพี่ โรงเรียนน้อง

3) ปี 2549 ดำเนินการ 8 โรงเรียน ทันตบุคลากรคัดเลือกจากความพร้อม ศักยภาพโรงเรียน และความสมัครใจ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2549 ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินความคิดเห็น วิธีคิด และระบบคุณค่าของบุคคลและองค์กร

### 1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ เด็กอายุ 3 - 5, 6 - 8 และ 9 - 12 ปี กลุ่มอายุละ 200 คน รวมทั้งสิ้น 600 คน การสุ่มตัวอย่างโดยวิธี Multistage sampling ใน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง ร้องกวาง และเด่นชัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงปริมาณเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการกินอาหาร ขนม การดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะโรคฟันผุ ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำเสนอสภาพปัญหา/สาเหตุ เครื่องมือนี้ได้มีการทดลองใช้ในพื้นที่และปรับมาตรฐานผู้สัมภาษณ์แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมวิจัย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ปกครองในกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี และสัมภาษณ์เด็กในกลุ่มอายุ 6 - 8 และ 9 - 12 ปี

สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### 2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา 1 คน ครูผู้รับผิดชอบโครงการ 1 คน นักเรียน 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนจากโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ 28 โรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหาร ครูผู้รับผิดชอบโครงการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องความคิดเห็น การรับรู้ และการให้คุณค่า รวมถึงผลประโยชน์ที่อาจมีระหว่างบริษัทเครื่องดื่ม/ร้านค้า กับโรงเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้เก็บข้อมูลหลักประกอบด้วยทันตแพทย์และทันตาภิบาล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยใช้ผู้จดบันทึกข้อมูล 1 คน

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลพื้นฐาน

พฤติกรรมการกินขนมของเด็ก พบว่า เด็กเริ่มซื้อขนมกินเองเร็วมาก ตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 3 ปี โดยมีค่าขนมในวันธรรมดาใกล้เคียงกัน ทั้ง 3 กลุ่มอายุ แต่พบว่า ในเด็กเล็กค่าขนมวันหยุดจะสูงกว่า (17.04 บาท ในกลุ่ม 3 - 5 ปี 14.88 บาท ในกลุ่ม 6 - 8 ปี และ 8.32 บาท ในกลุ่ม 9 - 12 ปี) ขนมที่เป็นยอดนิยม 3 อันดับแรก คือ ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน/น้ำอัดลม มันฝรั่ง และขนมปังมีไส้ ซึ่งพบได้ทั้ง 3 กลุ่มอายุ ขนมทั้ง 4 ชนิดนี้ จัดเป็นหมวดขนมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก เด็กในทุกกลุ่มอายุจะกินขนมซึ่งเป็นขนมที่ชอบมากกว่า 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์ สภาวะโรคฟันผุมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม 6 ซี่/คน, 5 ซี่/คน ในกลุ่มอายุ 3 - 5, 6 - 8 ปี ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ กลุ่มอายุ 9 - 12 ปี คือ 1.8 ซี่/คน (ตารางที่ 1, 2, 3)

### 2. กระบวนการพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ

จากการศึกษาพบว่าโรงเรียนเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการมีการจัดการเรียนการสอนตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ปี 2542 มีโครงสร้างการบริหารโรงเรียนอยู่ในรูปคณะกรรมการสถานศึกษาที่มีตัวแทนจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของท้องถิ่น หลักสูตร

*ตารางที่ 1 พฤติกรรมการกินขนมในเด็กอายุ 3 - 5 ปี, 6 - 8 ปี, 9 - 12 ปี*

*Table 1 Snacks consumption behavior of 3 - 5, 6 - 8, 9 - 12 years old children*

| พฤติกรรม | 3 - 5 ปี | 6 - 8 ปี | 9 - 12 ปี |
|---|---|---|---|
| อายุเริ่มต้นที่ซื้อขนมกินเอง (เดือน) | 33.34 ± 10.56 | 43.74 ± 17.30 | 50.05 ± 22.14 |
| ค่าขนมวันธรรมดา (บาท) | 10.85 ± 7.06 | 11.73 ± 7.45 | 9.71 ± 6.17 |
| ค่าขนมวันหยุด (บาท) | 17.04 ± 13.31 | 14.88 ± 9.95 | 8.32 ± 6.02 |
| ความถี่ในการกินขนม (วัน/สัปดาห์) | 4.25 ± 2.10 | 4.40 ± 2.14 | 3.45 ± 1.70 |

*ตารางที่ 2 ขนมยอดนิยม 3 อันดับแรก ในเด็กอายุ 3 - 5 ปี, 6 - 8 ปี, 9 - 12 ปี*

*Table 2 The top three popular snacks of 3 - 5, 6 - 8, 9 - 127 years old children*

| 3 - 5 ปี | 6 - 8 ปี | 9 - 12 ปี |
|---|---|---|
| กรุบกรอบ (36.99%) | กรุบกรอบ (35.64%) | กรุบกรอบ (30.84%) |
| น้ำหวาน (10.64%) | น้ำอัดลม (16.66%) | น้ำอัดลม (17.64%) |
| มันฝรั่ง (9.25%) | ขนมปังมีไส้ (14.35%) | ขนมปังมีไส้ (14.48%) |

*ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของเด็กกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี, 6 - 8 ปี, 9 - 12 ปี*

*Table 3 Mean dmft, DMFT of 3 - 5, 6 - 8, 9 - 12 years old children*

| | 3 - 5 ปี | 6 - 8 ปี | 9 - 12 ปี |
|---|---|---|---|
| ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) | 6.05 ± 5.24 | 5.33 ± 4.18 | 1.89 ± 2.94 |

การศึกษาของโรงเรียนเน้น 3 ด้าน คือ เก่ง ดี มีสุข การจัดกระบวนการเรียนรู้มุ่งเน้นการฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ใช้ความรู้ในการป้องกันและแก้ปัญหาตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2544 แต่ครูยังขาดความรู้และความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดแผนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อมและอาหารในโรงเรียน

โรงเรียนเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก (นักเรียน <100 คน) 7 โรงเรียน ขนาดกลาง (นักเรียน 100 - 300 คน) 14 โรงเรียน โรงเรียนขนาดใหญ่ (นักเรียน 300 - 800 คน) 6 โรงเรียน และโรงเรียนขนาดใหญ่มาก 1 โรงเรียน (นักเรียน >800 คน) มีความแตกต่างกัน ในการคัดเลือกโรงเรียนเข้าร่วมโครงการ คือ ในปี 2547 และ 2549 ทันตบุคลากรเป็นผู้คัดเลือกตามความพร้อม ให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการแก่ผู้บริหาร/ครูอนามัย เพื่อประกอบในการตัดสินใจ ส่วนในปี 2548 ให้โรงเรียนเครือข่าย ปี 2547 เป็นผู้คัดเลือกโรงเรียนที่จะจับคู่เป็นโรงเรียนพี่ - โรงเรียนน้อง บริบทของโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ พบว่าทั้ง 28 โรงเรียน ไม่มีการควบคุมการบริโภคและจำหน่ายขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพประเภทน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ

กระบวนการพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ อย่างมีส่วนร่วม เริ่มจากการสร้างเครือข่ายการทำงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่ การก่อกระแส และการสนับสนุนจากระดับจังหวัด ดังนี้

**การสร้างแกนนำ**

ในปี 2547 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดเครือข่ายพันธมิตรที่เป็นแกนนำในแต่ละโรงเรียน ประกอบด้วย ผู้บริหาร 1 คน ครู 4 คน นักเรียนชั้น ป.3-ป.5 5 คน โดยได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงานร่วมกัน เพื่อกระตุ้นให้มีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการจัดอาหาร/ขนมที่ถูกหลักในการบริโภค และรู้จักเลือกบริโภคให้ถูกหลัก สร้างการมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวางแผนกิจกรรม/โครงการ ในการแก้ปัญหาการบริโภคขนมของเด็ก โดยทีมวิทยากรจากสถาบันศิลปวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนา

ในปี 2548 โรงเรียนเครือข่าย ปี 2547 เป็นผู้กำหนดแกนนำในโรงเรียนน้อง และพัฒนาศักยภาพโดยใช้แนวทางที่ดำเนินการ ปี 2547

ปี 2549 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสร้างแกนนำโรงเรียนเครือข่าย ปี 2549 ตามแนวทางปี 2547 และนำแกนนำโรงเรียนเครือข่ายปี 2548 มาพัฒนาศักยภาพพร้อมกันโดยทีมวิทยากร (ตารางที่ 4)

เนื้อหาหลักสูตรในการพัฒนาแกนนำ ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กในจังหวัดแพร่ เพื่อให้รับทราบปัญหา และใช้แผนการจัดประสบการณ์เป็นหลักในการสร้างการเรียนรู้ ให้ทีมแกนนำได้ร่วมกันคิด ระดม

*ตารางที่ 4 แกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ*
*Table 4 The capacity building in key actors*

| แกนนำ | พ.ศ. 2547 (คน/ร.ร.) | พ.ศ. 2548 (คน/ร.ร.) | พ.ศ. 2549 (คน/ร.ร.) |
|---|---|---|---|
| ผู้บริหารโรงเรียน | 10/10 | 2/2 | 17/18 * |
| ครู | 50/10 | 6/2 | 83/28 |
| นักเรียน | 50/10 | 10/2 | 101/18 * |

* *เฉพาะโรงเรียนเครือข่าย ปี 2548, 2549*

สมองหาทางออกในการแก้ปัญหา สรุปได้ 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ กิจกรรมรวมกลุ่มแก้ไขปัญหา (ตั้งชมรมเด็กไทยไม่กินหวาน) และกิจกรรมพัฒนาระบบโครงสร้าง (นโยบายโรงเรียนปลอดขนมเจ้าปัญหา)

**การขับเคลื่อนนโยบาย**

การขับเคลื่อนนโยบายโดยทีมแกนนำ มี 2 รูปแบบ ตามกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำ คือ

1) ปี 2547, 2549 ทีมแกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพขยายความคิดสู่คณะครู นักเรียน บุคลากรอื่นในโรงเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครอง โดยการพูดคุย สภาพปัญหาในโรงเรียนของตน/ปรึกษา หารือ/ประชุม เพื่อตัดสินใจในการดำเนินงาน สร้างนโยบายส่งเสริมสุขภาพ จัดทำแผนการดำเนินงาน สร้างการสนับสนุนจากผู้ปกครอง/ชุมชน

2) ปี 2548 โรงเรียนเครือข่าย ปี 2547 เป็นที่ปรึกษาให้โรงเรียนเครือข่าย ปี 2548 โดยพาแกนนำเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง จำนวน 1 โรงเรียน ให้คำปรึกษาด้วยวาจา 7 โรงเรียน และทันตบุคลากรในพื้นที่เข้าไปกระตุ้นและจัดประสบการณ์การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง จำนวน 2 โรงเรียน

**การก่อกระแส**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการดำเนินกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สร้างกระแสในชุมชนเรื่องการลดการบริโภคน้ำตาล ดังนี้

1) การประกวดภาพวาดระบายสีในโรงเรียนประถมศึกษาทุกแห่ง 2 ครั้ง (ปี 2548, 2549)

2) การรณรงค์สร้างกระแสในงานถนนคนเดิน (ปี 2547) งานมหกรรมอาหารปลอดภัย (ปี 2547) งานวันเด็ก (ปี 2548, 2549)

3) นำเสนอผลงานของโรงเรียนเครือข่ายในงานมหกรรมปฏิรูปการศึกษาเบิกฟ้าเมืองแพร่ (ปี 2549)

4) มอบเกียรติบัตรโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ให้โรงเรียนเครือข่าย โดยผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

5) ประชุมขับเคลื่อนนโยบายนำเสนอผลการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ขนม ของเด็กในจังหวัดแพร่ ในที่ประชุมผู้บริหารโรงเรียนของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาแพร่ เขต 1, 2

6) ประกวดโรงเรียนดีเด่นด้านทันตสุขภาพระดับจังหวัด (ปี 2548, 2549) และจัดทีมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดช่วยโรงเรียนในการนำเสนอผลงานประกวดระดับเขต จนได้รับรางวัลในปี 2548

**การสนับสนุน**

ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ติดตามให้การสนับสนุนทางวิชาการ ประสานงานและอำนวยความสะดวกกิจกรรมของโรงเรียนที่รับผิดชอบ ระดับจังหวัดสนับสนุนสื่อวีดิทัศน์หลุมดำ ตอนโทษของขนมกรุบกรอบ งบประมาณดำเนินการโรงเรียนละ 3,000 บาท จัดเวทีนำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างโรงเรียนเครือข่าย ปีละ 1 ครั้ง มีการจัดการความรู้ เรื่อง การจัดการพฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในโรงเรียนเครือข่าย 28 โรงเรียน 1 ครั้ง และจัดพิมพ์เอกสารวิชาการเผยแพร่แก่โรงเรียนและหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด

**3. ผลลัพธ์ที่เกิด**

ผลที่ได้จากการขับเคลื่อนนโยบายปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ โดยทีมแกนนำพบว่า ในปี 2547 สามารถประกาศนโยบายสาธารณะครบทั้ง 10 โรงเรียน แต่มี 1 โรงเรียน ที่ยังมีการขายขนมกรุบกรอบ เพราะไม่สามารถควบคุมการขายขนมกรุบกรอบของแม่ค้าที่ประมูลขายอาหารในโรงเรียนได้

*ตารางที่ 5 ผลจากการขับเคลื่อนโยบายโดยทีมแกนนำ*

*Table 5 Outcome from policy formulation by key actors*

| โรงเรียน | ปี 2547 (N = 10) | | ปี 2548 (N = 20) | | ปี 2549 (N = 28) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ประกาศนโยบาย* (ร.ร./คน) | ปลอด** (ร.ร./คน) | ประกาศนโยบาย* (ร.ร./คน) | ปลอด** (ร.ร./คน) | ประกาศนโยบาย* (ร.ร./คน) | ปลอด** (ร.ร./คน) |
| โรงเรียนเครือข่าย ปี 2547 (N = 10) | 10/1,872 | 9/1,662 | 10/1,872 | 9/1,662 | 10/1,872 | 10/1,872 |
| โรงเรียนเครือข่าย ปี 2548 (N = 10) | - | - | 3/183 | 3/183 | 10/1,119 | 10/1,119 |
| โรงเรียนเครือข่าย ปี 2549 (N = 8) | - | - | - | - | 8/3,009 | 8/3,009 |
| รวม | 10/1,872 | 9/1,662 | 13/2,095 | 12/1,845 | 28/6,000 | 28/6,000 |

** มีการประกาศนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ*

*** โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ไม่มีทั้งการจำหน่ายและนำเข้ามาในโรงเรียน*

แต่ในปี 2549 เมื่อหมดสัญญาโรงเรียนจึงยกเลิกการประมูล และให้ครูเป็นผู้จัดซื้อขนมไทย ขนมพื้นบ้านมาจำหน่ายแทน ปี 2548 เป็นปีที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดให้โรงเรียนจับคู่เป็นโรงเรียนพี่โรงเรียนน้องและพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำกันเอง พบว่า ไม่สามารถผลักดันให้มีการประกาศนโยบายที่ชัดเจน และยังคงมีการจำหน่ายและบริโภคน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ในโรงเรียนถึง 7 โรงเรียน เหตุผลสำคัญคือ การดำเนินงานทำโดยครูอนามัยเพียงคนเดียว ผู้บริหารยังไม่ให้ความสำคัญ ขาดการมีส่วนร่วมของคณะครูและนักเรียนในโรงเรียน แต่มี 3 โรงเรียนที่สามารถทำได้สำเร็จนั้น เกิดจากการมีทันตบุคลากรในพื้นที่เข้าไปกระตุ้นพูดคุยกับผู้บริหารหาแนวร่วมจากคณะครูในโรงเรียนอย่างเป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ และไปเริ่มต้นจัดกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วมกับนักเรียนและครู 2 โรงเรียน ส่วนอีก 1 โรงเรียน ทีมแกนนำของโรงเรียนสามารถกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพโรงเรียนน้องได้ เนื่องจากมีผู้บริหารและคณะครูที่มีศักยภาพในการทำงานสูง มีผลงานเชิงประจักษ์ เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง และชนะเลิศระดับเขตในการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางทันตสุขภาพ โรงเรียนน้องที่จับคู่ด้วยเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก และอยู่ไม่ห่างกันมาก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่สะท้อนจากครูอนามัยทั้ง 10 โรงเรียน พบว่า การจับคู่เป็นโรงเรียนพี่โรงเรียนน้องควรต้องระมัดระวังในเรื่องความรู้สึกไม่เท่าเทียมกัน การทำงานร่วมกันควรทำเป็นเครือข่ายที่มีความเสมอภาคกัน

จากการประเมินและสรุปผลการดำเนินงานในปี 2548 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงได้ปรับวิธีการดำเนินงานโดยพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำโรงเรียนเครือข่าย ปี 2548 และโรงเรียนเครือข่าย ปี 2549 ก่อนเริ่มดำเนินการ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจโดยการประสานการลงนามเกียรติบัตรโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้โรงเรียนเครือข่ายทั้ง 28 โรงเรียน เป็นโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ มีเด็กนักเรียนที่ได้รับผลประโยชน์ 6,000 คน (ตารางที่ 5) ครูที่เข้าร่วมโครงการ 100 คน เห็นด้วยกับนโยบายนี้ แต่

วิธีการดำเนินงานคงต้องขึ้นกับบริบทแต่ละโรงเรียน

โรงเรียนเครือข่ายมีการจัดหาขนมไทย ผลไม้ น้ำผลไม้ น้ำสะอาด เพื่อทดแทนให้กับนักเรียน โดยบูรณาการในกิจกรรมสหกรณ์ สาระการเรียนรู้วิชาการงานพื้นฐานอาชีพ กิจกรรมพัฒนาผู้เรียนเป็นชมรมขนมทางเลือก ชมรมเด็กไทยไม่กินหวาน ชมรมอาหารสมุนไพร โดยมีการจำหน่ายให้นักเรียนในโรงเรียน ผลกำไรที่ได้แบ่งให้นักเรียนเก็บเป็นเงินออม และโรงเรียนสามารถนำไปใช้พัฒนาการเรียนการสอนนอกเหนือจากงบประมาณปกติ

**4. ความคิดเห็น การรับรู้ และการให้คุณค่าของ Key Actors**

ความคิดเห็นของผู้บริหารต่อโครงการนี้ พบว่า เรื่องสุขภาพของเด็กเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าเด็กสุขภาพไม่ดีจะส่งผลต่อการเรียนของเด็ก ที่พบมากคือ ปัญหาเด็กปวดฟันจนต้องขาดเรียน เรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ทำอยู่แล้ว เป็นกิจกรรมเดิมๆ ที่มีแนวทางกำหนดมาให้ทำที่ตัวเด็กโดยตรง ไม่ได้จัดการสิ่งแวดล้อม พอทางสาธารณสุขจัดทำโครงการนี้ จึงเริ่มเห็นแนวทางการดำเนินงาน โดยให้ทุกฝ่ายมาร่วมกันทำงาน สิ่งที่สำคัญคือ ต้องรู้ปัญหาและสาเหตุที่ชัดเจน กระบวนการพัฒนาแบบนี้เป็นการจัดการเรียนรู้ โดยมีเด็กเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและสนุกสนานในการเรียนรู้ สามารถนำไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนของโรงเรียนได้ และยังให้ความเห็นว่าสุขภาพเด็กสำคัญกว่ารายได้ที่ได้จากการประมูล ถ้ารู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดีต่อสุขภาพ ยอมทิ้งผลประโยชน์ที่ได้รับจากการประมูลกว่า 20,000 บาทต่อปี และจัดหาแท้งค์น้ำดื่มให้เด็ก (โรงเรียนที่มีการจำหน่ายน้ำอัดลมก่อนเข้าร่วมโครงการ)

ครูผู้รับผิดชอบโครงการให้ความเห็นว่า การแก้ปัญหาโรคช่องปากเมื่อก่อนจะมีแต่การรักษาโดยทันตบุคลากร ปัญหาไม่หมดซักที เป็นการแก้ที่ปลายเหตุ เดี๋ยวนี้แก้ที่ต้นเหตุ คือ พฤติกรรมการกิน รู้สึกได้ผล เด็กมีปัญหาลดลง บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเปลี่ยนไป เข้ามามีส่วนร่วมกับโรงเรียนมากขึ้น สมัยก่อนเข้ามาเก็บรายงาน เอางานมาให้ครูทำ เดี๋ยวนี้เข้ามาบ่อย การทำงานโครงการนี้ไม่ได้ทำคนเดียว มีคณะครูทำงานเป็นทีม ผู้บริหารเข้ามาร่วมด้วย ให้การสนับสนุน ไม่ได้เป็นภาระเฉพาะครูอนามัย และยังมีส่วนร่วมจากทั้งนักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน สิ่งที่ได้รับและรู้สึกต่อการทำโครงการคือ ดีใจที่ได้ทำเพื่อเด็กให้มีสุขภาพดี และเป็นงานที่พอจะทำได้ มุ่งหวังให้เด็กมีความสุข เก่ง สะอาด ภาคภูมิใจที่ได้ทำ ผู้ปกครองให้ความนับถือและศรัทธาในตัวครู นักเรียนมีความรับผิดชอบมากขึ้น เช่น การแปรงฟัน เขาจะรู้หน้าที่ ไม่ต้องบอกเหมือนเมื่อก่อน นอกจากนี้แล้วยังได้นำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินคุณภาพการศึกษา โดย สมศ หัวข้อการให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำงาน โดยมีประเด็นชัดเจน และยังใช้เป็นผลงานเฉพาะตัวในการประเมินความดีความชอบ วิทยฐานะ

ในส่วนเด็กนักเรียนได้เรียนรู้จากการจัดประสบการณ์จริง มีส่วนร่วมคิด ร่วมออกแบบกิจกรรมดำเนินการในรูปแบบเรียนปนเล่น ทำให้มาโรงเรียนอย่างมีความสุข สนุกกับกิจกรรมที่โรงเรียนจัดขึ้น เช่น การทำขนมทางเลือกภาคภูมิใจกับขนมพื้นบ้านของตน และยังมีเงินออมมากขึ้น ผู้ปกครองนักเรียนก็มีความพึงพอใจที่โรงเรียนมีนโยบายเรื่องนี้ ทำให้เด็กกินขนมลดลง จ่ายค่าขนมลดลง เด็กส่วนใหญ่จะเชื่อครู ไม่ค่อยเชื่อผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับชุมชนดีขึ้น ชุมชนรับทราบว่าโรงเรียนทำอะไร ซึ่งส่งผลโดยตรงกับลูกหลานของเขา ทำให้สามารถสร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชนได้เป็นอย่างดี อบต. ให้ความสำคัญ โดยนำนโยบายเรื่องขนมที่เป็นอันตรายต่อฟันไปขยายต่อในการจัดงานวันเด็กของ อบต. การตั้งเกณฑ์ประเมินโรงเรียนเรื่องขนม ในการประเมิน

เพื่อจัดสรรงบสนับสนุนการศึกษาแก่โรงเรียน และยังมีการสนับสนุนงบประมาณให้โรงเรียนสานต่อโครงการอย่างต่อเนื่อง

## บทวิจารณ์

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพก่อนเข้าร่วมโครงการ เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่คิดโดยสาธารณสุขได้แก่ การตรวจฟัน นักเรียนโดยครู จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ให้บริการทันตกรรมตามสภาพปัญหา[3] ส่วนการสอนทันตสุขศึกษาเป็นบทบาทของครู ด้วยเงื่อนไขหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการที่มีการกำหนดให้เรื่องทันต-สุขภาพเป็นเนื้อหาใน หลักสูตรแกน[4] สภาพปัญหาทันตสุขภาพที่พบจากการตรวจโดยครูในแต่ละโรงเรียน ทางสาธารณสุขจะเป็นผู้วิเคราะห์และจัดการแก้ไขปัญหาเอง โดยขาดการพูดคุยกับทางโรงเรียน บทบาทของทางสาธารณสุขต่อโรงเรียนได้แก่ การเข้าไปเก็บรายงาน และการให้บริการทันตกรรม เป็นหลัก สามารถแก้ปัญหาได้ระดับหนึ่งเท่านั้น ยังคงพบนักเรียนที่มีปัญหาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบอยู่มาก[5]

การพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ อย่างมีส่วนร่วม จังหวัดแพร่เป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการจัดการกับโรคฟันผุในเด็กนักเรียนมาเป็นการมุ่งเน้นให้เด็กนักเรียนมีทันตสุขภาพที่ดี โดยการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพที่ดี ซึ่งคาดหวังว่าจะสามารถลดพฤติกรรมการบริโภคขนมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังเช่นที่มีการศึกษาโดย พัชราวรรณ ศรีศิลปนันท์ และคณะ[6] ในเด็กก่อนวัยเรียนจังหวัดแพร่ โดยการผลักดันให้โรงเรียนมีนโยบายเกี่ยวกับการบริโภคเพื่อสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษา ครู และผู้ปกครอง พบว่าหลังมีนโยบายสามารถลดพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ กระบวนการพัฒนานโยบายแบบมีส่วนร่วมนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงเรียนกำหนดภารกิจที่ทำงานกับเครือข่ายไว้ คือ การกระตุ้นและสร้างการมีส่วนร่วมให้เครือข่ายพันธมิตรที่เป็นแกนนำได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหาร ครู และนักเรียน ไปผลักดันให้เกิดนโยบายระดับโรงเรียน การสร้างกระแสให้เกิดขึ้นในจังหวัด ทั้งในกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด โรงเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ และประชาชนทั่วไป สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินงานระหว่างโรงเรียนเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง

องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 5 ส่วนหลัก คือ

### 1. ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลประเด็นปัญหาเป็นปัจจัยสำคัญต้องเห็นภาพชัดเจน และเกี่ยวข้องโดยตรงกับหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็ก ทั้ง 3 กลุ่มอายุ ค่อนข้างชัดเจนว่าเด็กมีการบริโภคขนมที่เสี่ยงต่อโรคในช่องปากสูง และเด็กทั้ง 3 กลุ่มอายุ อยู่ในโรงเรียน ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของครูที่จะดูแลเด็กให้ครบทั้ง 3 มิติ คือ เก่ง ดี มีสุข

### 2. การจัดทีมงานในโรงเรียน

การทำงานเป็นทีมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่การรับทราบปัญหาและสาเหตุ การแสดงความคิดเห็นและร่วมกันคิดแนวทางแก้ไขปัญหาเป็นสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดพลังในการทำงานสู่ความสำเร็จ ความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในการทำงานช่วยเสริมให้โครงการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ระดับการมีส่วนร่วมอย่างสูงในชุมชนจะมีส่วนเป็นอย่างมากในการเพิ่มความสามารถและศักยภาพ

ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน และทำให้เกิดผลทั้งกลยุทธ์การสร้างเสริมพลังที่มีประสิทธิผลและเป็นผลลัพธ์ของการสร้างเสริมพลังในแต่ละบุคคลด้วย [7] โรงเรียนเครือข่ายที่ดำเนินการ ปี 2548 (โรงเรียนพี่ - โรงเรียนน้อง) ไม่สามารถผลักดันนโยบายได้สำเร็จ เนื่องจากกระบวนการทำงานเกิดจากครูอนามัยเพียงคนเดียว ขาดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นคนสำคัญในการเป็นผู้ประสาน ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการรวมกลุ่มพูดคุยกัน การทำงานเป็นเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมต้องทำให้ทุกคนในเครือข่ายรู้สึกเสมอภาคเท่าเทียมกัน

**3. การสนับสนุนและการติดตามประเมินผล**

หน่วยงานสาธารณสุขควรมีแผนการสนับสนุนที่จะเอื้อให้โรงเรียนเครือข่ายสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งความรู้ทางวิชาการ สื่อต่างๆ และเวทีนำเสนอผลงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งช่วยเสริมความภาคภูมิใจให้องค์กร และได้ความรู้วิธีปฏิบัตินำไปใช้ปรับปรุงพัฒนางานต่อไป กระบวนการติดตามประเมินผลเป็นสิ่งสำคัญ ใช้หลักการประเมินผลแบบเสริมพลังให้ผู้มีส่วนได้เสียร่วมกระบวนการประเมิน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงสามารถเจรจาต่อรองและปรับเปลี่ยนได้ [8] เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นทีมแกนนำของโรงเรียนเครือข่ายเข้าไปติดตามกระตุ้นโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ และต้องมีการประเมินสถานการณ์เป็นระยะๆ เพื่อที่จะปรับแผนการสนับสนุนโรงเรียนได้อย่างเหมาะสม

**4. ผู้บริหารโรงเรียนเป็นผู้มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ**

เริ่มต้นของการผลักดันให้เกิดนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ต้องทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการให้ชัดเจน ถึงกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง ซึ่งก็คือเด็กนักเรียนนั่นเอง และต้องหาแนวร่วมจากผู้บริหารระดับที่สูงขึ้นไป เช่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เพื่อที่จะเสริมให้ความสำคัญมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุขจิตตรา วนาภิรักษ์ [5] ปี 2543 ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียน คือ ผู้บริหารที่มีนโยบายทันตสุขภาพที่ชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องการแปรงฟันและการควบคุมอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน เมื่อมีการผลักดันนโยบายสำเร็จแล้ว สิ่งที่จะช่วยต่อกระแสให้มีการพัฒนาต่อเนื่องและยั่งยืนนั้นต้องแสดงให้เห็นว่าผลงานที่ผู้บริหารและครูทำนั้น ไม่ได้เอื้อประโยชน์เฉพาะเด็กเท่านั้น แต่ยังเป็นผลงานเฉพาะตัวที่สามารถนำไปประเมินผู้บริหารดีเด่น วิทยฐานะ เนื่องจากระบบการศึกษาแบบใหม่นี้จะพุ่งเป้าให้เด็กมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียน การสอน

**5. การแก้ปัญหาโดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม**

การพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ของโรงเรียนเครือข่ายให้สำเร็จต่อเนื่องยิ่งขึ้น ต้องมีการจัดการทั้ง 3 ด้าน คือ 1) มีการจัดกระบวนการเรียนการสอนให้เด็กได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริง เช่น การทำอาหาร/ขนมอ่อนหวาน ขนมทางเลือก น้ำสมุนไพร น้ำผลไม้ กิจกรรมการเรียนรู้นี้จะกระตุ้นให้นักเรียนมีบทบาทนำในการมีส่วนร่วม วิธีการสอน ก่อให้เกิดการสร้างพลังของผู้เรียน 2) ด้านการจัดองค์กร บริบท และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ควบคุมการจำหน่ายอาหาร/ขนมที่สหกรณ์และร้านค้าในโรงเรียน ส่งเสริมการขายอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) พัฒนาความเป็นหุ้นส่วนและการจัดบริการ เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างโรงเรียนและชุมชน พ่อแม่ผู้ปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการประชุมชี้แจง ระดมความคิดเห็น และระดมความ

ช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมของโรงเรียนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mr. So Ping Fai และคณะ[9] ปี 2547 พบว่า การดำเนินกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้งการให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ต้องดำเนินการแบบ Whole School Approach คือการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย การทำงานเป็นเครือข่าย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี และการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้

## บทสรุป

การพัฒนานโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ เป็นการทำงานส่งเสริมสุขภาพในเด็กนักเรียนที่ช่วยพัฒนาทีมงานสุขภาพและแกนนำด้านทันตสุขภาพในโรงเรียน ให้มีการออกแบบโครงการที่เหมาะกับชุมชน โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และการทำงานร่วมกัน ทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ทำให้ประเด็นเรื่องขนมกับสุขภาพเด็กเป็นประเด็นสำคัญ ได้รับความสนใจและเกิดการยอมรับจากผู้ปกครอง ชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานศึกษา ซึ่งจะส่งผลที่ดีในทางปฏิบัติ จนเกิดเป็นความยั่งยืนของงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1) ผู้บริหารระดับจังหวัดและกระทรวง ทั้งด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ควรให้ความสำคัญ เรื่องการบริโภคขนม/อาหาร ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และประกาศเป็นนโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติทำงานง่ายขึ้น

2) ควรขยายเรื่องนโยบายการควบคุมการบริโภคอาหาร/ขนม ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้ครอบคลุมทุกโรงเรียน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีแก่เด็ก และให้เด็กได้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีทักษะชีวิตในการเลือกบริโภคอาหาร/ขนม ที่เหมาะสม

3) ควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งระดับจังหวัดและพื้นที่ ในเรื่องกระบวนทัศน์การทำงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพและทำงานในลักษณะภาคีเครือข่าย

4) โรงเรียนเครือข่าย 28 โรงเรียน ที่มีเครือข่ายที่เข้มแข็งแล้ว ควรขยายประเด็นการทำงานส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร ไปสู่ประเด็นสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำหรับความช่วยเหลือที่มีรายนามดังต่อไปนี้

กองทันตสาธารณสุข ทพญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ทพญ.วราภรณ์ จิระพงษา ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม คุณผุสดี จันทร์บาง ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานและให้คำปรึกษาด้านวิชาการ

ทีมนวตกรรมสังคม ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารโรงเรียน คณะครูและนักเรียนจังหวัดแพร่ ที่ร่วมกันสร้างสรรค์สิ่งดีๆ ด้านทันตสุขภาพแก่ชุมชน

## เอกสารอ้างอิง


1. ช่อเพชร จิตรสกุล เอื้ออาภรณ์ ประมวลนโยบาย กฎหมาย และมาตรการนานาชาติเกี่ยวกับการส่งเสริมโภชนาการที่ดีให้แก่เด็กและเยาวชน: เอกสารโรเนียว, กุมภาพันธ์ 2551
2. จันทนา อึ้งชูศักดิ์. Fact Sheet ว่าด้วยเรื่อง "น้ำอัดลม" เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน : เอกสารโรเนียว, มิถุนายน 2549
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กวัยประถมศึกษา พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2529
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับฝังมโนทัศน์และสาระการเรียนรู้กลาง พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.), 2547
5. สุขจิตตรา วนาภิรักษ์. การประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดแพร่. ว.ทันต.สธ. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1-2 มกราคม-ธันวาคม 2543; 7-19
6. K. Korwanich, A Sheiham, W. Srisuphan, and P. Srisilapanun. Effects of healthy Eating Policy on Preschool Children's Snack Consumption. 30 June 2006, Brisbane Convention & Exhibition Centre Exhibit Hall 1
7. Roberson, A. & Minkler, M. (1994) New Health Promotion Movement : A critical Examination. Health Educ Quar, 21 (3), 295 - 312
8. เนาวรัตน์ พลายน้อย, ธีรเดช ฉายอรุณ. การพัฒนาการเรียนรู้ โดยผ่านกระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลัง พิมพ์ครั้งที่ 2 บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด กรุงเทพฯ 2550 : หน้า 13-15
9. P.F.So*, M.Ed. CUHK, M.Sc. City U (2004) The Whole School Approach to health Education in Tin Shui Wai Methodist Primary School, Hong Kong JPCHP. 2004; 1 (1) : 34 - 39
10. กระทรวงศึกษาธิการ หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ.2544
11. สันติ จิตระจินดา. สถาบันศิลปวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนา (มายา). ปณิธานสังคมพอเพียง: คู่มือสอนสนุกปลุกความคิด เชื่อมชีวิตกับการเรียนรู้ กรุงเทพ. 2550 : หน้า 4 - 5, 31 - 39
12. WHO Regional Office for the Western Pacific. Development of health-promoting schools - A framework for action. WHO/WPRO, 1996 (Health - Promoting Schools Series 5 Regional Guidelines)
13. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยกลุ่มอายุต่างๆ ในทศวรรษหน้า: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, สิงหาคม 2549 : หน้า 1 - 26
14. พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ. แนวทางการวิเคราะห์ เสนอปัญหา ร่วมวางแผน ประเมินผลทันตสุขภาพกับชุมชน พิมพ์ครั้งที่ 2, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพ, 2550 : หน้า 15 - 32

Original Article

# The Participatory Healthy Policy Formulation : No carbonated soft drinks, candies and unhealthy snacks in Primary School, Phrae Province

Sukajittra Wanapirak*
*D.D.S.*

## Abstract

The objective of this research was to study the process of participatory healthy policy formulation : no carbonated soft drinks, candies and unhealthy snacks in 28 primary schools, Phrae Province. The design was quantitative study and qualitative study. The quantitative data of snacks consumption behavior were collected from 600 children aged group 3-5, 6-8, 9-12 years old. This data were used as the baseline data for schools. Qualitative data were collected from key actors about the views, concepts and values.

It was found that the process of participatory policy formulation could perform by key actors such as school administrators, teachers, students and health workers. The key actors were trained about participatory action program. The role of Provincial Public Health were provincial advocacies, technical and budget support. The success of policy formulation were 9 schools in 1st year, 12 schools in 2 nd year and 28 schools in 3 rd year. The key successful factors were 1) baseline data for problem identification 2) the capacity building about community participation technic in key actors 3) technical support and empowerment evaluation from health workers 4) the policy implementation via school based curriculum, teaching and learning ; school organization and environment about restriction of unhealthy snacks and promotion of healthy food and snacks; parental and community participation

*Key word : Healthy snacks Policy, Primary School*

* *Phrae Provincial Public Health Office*