รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอ่างทอง

Model of health literacy promotion among school age group leaders in the municipality Ang Thong province.

(Received: September 25,2024 ; Revised: October 7,2024 ; Accepted: October 8,2024)

กนกนุช ตรีสุคนธ์[1]
Kanoknuch Trisukhon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จำนวน 4 ด้าน ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ, องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ, องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แกนนำนักเรียน, รูปแบบ

Abstract

This study was quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 94 school-age group leaders from the municipality Ang Thong province. Data were collected using health literacy and health behavior assessment tools before and after the intervention. A paired sample t-test was used to analyze the data, with the statistical significance level set at 0.05.

Results: The post-intervention results showed a statistically significant improvement ($p < 0.05$) in four key areas compared to pre-intervention scores: 1) Skills in accessing health information and services, 2) Understanding health information, 3) Evaluating health information and services, 4) Applying health information and services and the health behavior of students from the National Health Promotion School improved significantly, with higher average scores post-intervention compared to pre-intervention.

Keyword : health literacy, student leaders, model

บทนำ

การทำให้เด็กทุกคนมีสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม เป็นปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กไทย ซึ่งในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อลดลง แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาในสังคมไทย รวมทั้ง การได้รับอิทธิพลของสื่อและวัฒนธรรมของต่างชาติส่งผลทำให้วิถีชีวิต (Life Style) ของเด็กไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลง ไปจากเดิม และอยู่บนพื้นฐานความเสี่ยงต่อสุขภาพ[1] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องพัฒนาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างสมเหตุผล มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสร้าง

[1] โรงพยาบาลอ่างทอง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง

เสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างองค์กร สร้างความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาหาทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สิ่งต่าง ๆเหล่านี้เป็นผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการเชิงรุก โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) มาเป็นกลยุทธ์หลักที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพประชาชนแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นทรัพยากรที่สำคัญ ที่ยังพบปัญหาสุขภาพ เช่น ฟันผุ เป็นเหา มีพยาธิ รวมทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น เป็นผลให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา นักเรียนมีความต้องการทางสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้นและที่สำคัญสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน จึงเป็นโอกาสที่ดีที่สุดในการสร้างสุขภาพแก่นักเรียน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ[2]

สำหรับประเทศไทย จากการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่า เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องสุขบัญญัติในระดับพอใช้(ร้อยละ 59.94) และระดับดีมาก (ร้อยละ 36.97) เพียงส่วนน้อยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ (ร้อยละ 3.09) และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก (ร้อยละ 45.08) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.72) มีเพียงส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (ร้อยละ 18.20) จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเติบโตเป็นวัยผู้ใหญ่[1] สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ธิหลวง และคณะฯ[3] ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนทั้ง 6 ด้าน คือด้านการบริโภคอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจรักษาสุขภาพและด้านการจัดการความเครียด มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งสามารถเรียงลำดับพฤติกรรมสุขภาพจากมากไปน้อยได้ดังนี้ พฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการตรวจ/รักษาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและ จัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะบูรณาการ เริ่มจากการสร้างทักษะอ่านออกเขียนได้ คิดเลขเป็น การใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานของการเรียนรู้ (functional literacy) จนไปถึงการพัฒนาความสามารถในการคิดวิเคราะห์ จับประเด็น และประยุกต์ความรู้ สู่การปฏิบัติจนเป็นสุขนิสัย ความสามารถในการตัดสินใจเชื่อ และเลือกบริโภคอย่างพอดีเหมาะสมกับวัย ตลอดจนการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความแตกฉานทางสุขภาวะ จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต

ดังนั้น ด้วยความสำคัญจากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง ขึ้น คลอบคลุมเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มวัยเรียนทีมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง

2. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-group Pretest-Posttest Design) ระยะเวลาในการทำการวิจัยคือ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือน กันยายน 2567 รวมระยะเวลาดำเนินการ 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 94 คน ประกอบด้วย วิทยาลัยนาฏศิลปะอ่างทอง จำนวน 23 คน โรงเรียนเทศบาล 1 วัดต้นสน จำนวน 23 คน โรงเรียนเทศบาล 2 วัดโล่ห์สุทธาวาส จำนวน 24 คน และโรงเรียนเทศบาล 3 วัดชัยมงคล จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง โดยการบรรยาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจและทักษะการนำไปใช้ โดยประยุกต์จากขวัญเมือง แก้วดำเกิง เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมินปี 2564

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน ซึ่งทุกข้อของแบบสอบถามมีผลการวิเคราะห์ IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) และต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะทั่วไป โดยตัวแปรประเภทแจงนับ (Categorical data) นำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน

(Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum) สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองพิจารณา และได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัย เลขที่ ATGEC 72/2567

ผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษารายด้านองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง ดังต่อไปนี้

ก่อนดำเนินการของกลุ่มทดลอง พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงจากมากไปหาน้อย คือ องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 (S.D. =0.67) องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 (S.D. =0.56) องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 (S.D. =0.51) และ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 (S.D. =0.61) ตามลำดับ

หลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงจากมากไปหาน้อย คือ องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 (S.D. =0.59) องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (S.D. =0.64) องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (S.D. =0.58) และองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (S.D. =0.64) ตามลำดับ

สรุปผลของพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง ดังต่อไปนี้

ก่อนดำเนินการของกลุ่มทดลอง พบว่า พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 (S.D. =1.18) และนำมาแยกรายข้อโดยจำแนกตามค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงจากมากไปหาน้อย และพบว่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 (S.D. =1.18) รองลงมา คือ รับผิดชอบหน้าที่ในบ้าน เช่น ล้างจาน ทำความสะอาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. =1.24) และคลายเครียดด้วยการเล่นเกมออนไลน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. =1.15) ตามลำดับ

หลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง พบว่า ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (S.D. =1.11) และนำมาแยกรายข้อโดยจำแนกตามค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงจากมากไปหาน้อย และพบว่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ หลังจากจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้นนักเรียนล้างมือด้วยสบู่หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 (S.D. =0.99) รองลงมา คือ คลายเครียดด้วยการเล่นเกมออนไลน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. =1.13) และกินอาหารเค็มหรือขนมกรุบกรอบ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (S.D. =0.95) ตามลำดับ

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ

กลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.58 คะแนน) และก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 คะแนน (S.D. = 0.61 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.23-1.57), ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.59 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 คะแนน (S.D. = 0.51 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.12-1.42), ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.64 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 คะแนน (S.D. = 0.56 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.76-1.07), ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.64 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 คะแนน (S.D. = 0.67 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.46-0.74) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ

ชื่อตัวแปร	n	$\overline{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95%CI	p-value
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ								
หลังดำเนินการ	94	4.18	0.58	16.28	1.40	93	1.23-1.57	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	2.78	0.61					
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ								
หลังดำเนินการ	94	4.30	0.59	16.97	1.27	93	1.12-1.42	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	3.03	0.51					
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ								
หลังดำเนินการ	94	4.18	0.64	11.46	0.91	93	0.76-1.07	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	3.26	0.56					
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ								
หลังดำเนินการ	94	4.17	0.64	8.31	0.60	93	0.46-0.74	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	3.57	0.67					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่<0.001

ผลพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ กลุ่มทดลอง พบว่ามีผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.55 คะแนน) และก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 คะแนน (S.D. = 0.34 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.65-0.82) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ

พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95%CI	p-value
หลังดำเนินการ	94	4.21	0.55	16.32	0.74	93	0.65-0.82	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	3.16	0.34					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง และศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ สามารถนำมาอภิปรายผลดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.58 คะแนน) และก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 คะแนน (S.D. = 0.61 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.23-1.57) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วุฒิพงษ์ ฆารวิพัฒน์[4] ทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า และ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3, ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.59 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 คะแนน (S.D. = 0.51 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.12-1.42) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ จินตนา จันทร์ดี และกิ่งดาว โพธิ์สุยะ[5] ทำการศึกษา ประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี คิดเป็นร้อยละ 72.10 ของคะแนนเต็ม ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับถูกต้องที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 94.87 ของคะแนนเต็ม พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก (M= 85.35, S.D.=4.33) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่า หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณรมีความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวม ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร และสามเณรมีรอบเอวลดลงกว่าก่อนการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามเณรควรได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสามเณรอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับ สุกัญญา คณะวาปี และ เกศินี สราญฤทธิชัย[6] ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 1.ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนแตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 2.7, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 1.3, p <0.001) 2.ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 3.2, p <0.001) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.23, p <0.001) 3.ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 7.2, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 2.9, p <0.001) 4.ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 9.1, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 3.1, p <0.001) 5.ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่างจากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.5, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 1.9, p <0.001) และ6.ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 10.0, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 5.0, p <0.001) กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน 1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 8.2, p <0.001) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 4.5, p <0.001) 2.พฤติกรรมการออกกำลังกาย แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.4, p <0.001)) และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 4.4, p <0.001) และพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่ลดลงระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน (p =0.67) โดยสรุปผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้ ดังนั้น จึงควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในเด็กวัยเรียนกลุ่มอื่นๆ ได้, ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.64 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 คะแนน (S.D. = 0.56 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.76-1.07) สอดคล้องกันกับการศึกษาของเป็นไปตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)[7] ที่มีแนวคิดว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าและเกิดประโยชน์กับตน โดยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceive benefits of action) คือ การที่รับรู้ว่าการกระทำ นั้นจะมีประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยที่คิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น8ทำให้นักเรียนเกิดความตระหนักถึงผลลัพธ์ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[8] ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนด

แรงจูงใจ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพประกอบกับการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเวลาที่กำหนด และผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.64 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 คะแนน (S.D. = 0.67 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.46-0.74) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วุฒิพงษ์ ฆารวิพัฒน์[4] ทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า และ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3

การเปรียบเทียบผลพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ สามารถนำมาอภิปรายได้ผล ดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.55 คะแนน) และก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 คะแนน (S.D. = 0.34 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.65-0.82) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา ทรงสายคัทและคณะ[9] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเชี่ยวโอสถ จังหวัดนครนายก พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = 0.001 และ 0.017 ตามลำดับ รวมถึงความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.88, SD.= 0.43) สรุปผล: ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนสุขศึกษาด้วยหนังสือนิทานนั้น สามารถส่งเสริมให้นักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะ: งานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและสอนเพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาสามารถปฏิบัติตนตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิราภรณ์ ขาวลอยฟ้า และอุไรวรรณ์ หาญวงศ์[10] ทำการศึกษา การพัฒนากิจกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า 1. กิจกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 2 ชั่วโมง รวม 20 ชั่วโมง คือ 1) รู้รักสะอาด ปราศจากโรค 2) ยิ้มสวย ฟันใส ใส่ใจดูแล 3) ล้างมือถูกต้อง ป้องกันไวรัส 4) กินอย่างมีประโยชน์ ไม่เป็นโทษต่อร่างกาย 5) งดสิ่งเสพติด ชีวิตปลอดภัย 6) ครอบครัว

ของฉัน รักกันหวานชื่น 7)ไม่ประมาท แคล้วคลาดอุบัติภัย 8) ออกกำลังกายวันละนิด จิตแจ่มใส 9) อารมณ์ดีเพราะมีความสุข 10) สังคมน่าอยู่ ทุกคนรู้หน้าที่ ทุกกิจกรรมเน้นการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมพร้อม 2) ขั้นปฏิบัติงานกลุ่ม 3) ขั้นประยุกต์ 1.ขั้นติดตามผล มีค่าความเหมาะสมของกิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรม อยู่ในระดับมาก และ 2. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ได้รับการจัดกิจกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ หลังการจัดกิจกรรมได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในระดับดี และสอดคล้องกับวุฒิพงษ์ ฆารวิพัฒน์[4]ทำการศึกษา รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าและ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3 และสอดคล้องกับ สุนิสา ทรงสายคัท และคณะฯ[9] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเชี่ยวโอสถ จังหวัดนครนายก ผลการวิจัย: พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = 0.001 และ 0.017 ตามลำดับ รวมถึงความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.88, SD.= 0.43) สรุปผล: ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนสุขศึกษาด้วยหนังสือนิทานนั้น สามารถส่งเสริมให้นักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะ: งานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและสอนเพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาสามารถปฏิบัติตนตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้ และสอดคล้องกับนิรมล โทแก้ว[11] ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิถี บวร.ร. ในประชาชน
บ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\overline{X}$= 3.99, S.D.=0.472) และพฤติกรรมสุขภาพ ($\overline{X}$=3.93, S.D.=0.288) เพิ่มขึ้นจากเดิม ก่อนการพัฒนา คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\overline{X}$=2.82,S.D.=0.327) และพฤติกรรมสุขภาพ ($\overline{X}$=2.46, S.D.=0.198) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) และเกิดเป็นโมเดลชุมชนต้นแบบด้วยวิถีบวร.ร (บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน

1. ควรพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพที่หลากหลายและครอบคลุม เพื่อให้แกนนำกลุ่มวัยเรียนมีความเข้าใจในประเด็นสุขภาพที่สำคัญ เช่น การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพจิต การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี โดยควรใช้วิธีการที่เน้นการมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

2. ควรส่งเสริมการใช้สื่อและเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เช่น การใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้แกนนำกลุ่มวัยเรียนสามารถ

เข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผลความรู้ที่ได้รับผ่านเครื่องมือดิจิทัลเพื่อให้สามารถปรับปรุงการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานศึกษา ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับแกนนำกลุ่มวัยเรียนอย่างยั่งยืน รวมถึงการสนับสนุนให้แกนนำกลุ่มวัยเรียนมีโอกาสนำเสนอความรู้และทักษะที่ได้รับในกิจกรรมชุมชนหรือโรงเรียน เพื่อให้เกิดการเผยแพร่ความรู้สู่สังคมในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม หรือบุคลากรทุกท่าน รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แนวทางพัฒนาสู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2024 ก.ย. 21]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2563-F/IDC1_3/opdc_2563_IDC1-3_14.pdf
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561. นนทบุรี: กองสุขศึกษา; 2561.
3. เบญจพร ธิหลวง, วราภรณ์ ศิริสว่าง, รพีพร เทียมจันทร์. พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2024 ก.ย. 21]. เข้าถึงได้จาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/banditvijai/article/view/96577/75346
4. วุฒิพงษ์ ฆารวิพัฒน์. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียนโรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565;7(3):178-187. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/852/555
5. จินตนา จันทร์ดี, กิ่งดาว โพธิ์สุยะ. ประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):56-71. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/252484/174318
6. กัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(2):105-118. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/255706/176420
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Pearson; 2014.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Journal of Social Science & Medicine. 2008;67:2072-8.
9. สุนิสา ทรงสายคัท, รัตติพร โกสุวิน, ปะการัง ศรีมี, สันธาน จันทะมุด, กนกวรรณ ยงยุน, กัญชลิตา ทวอตเมตาแนนต์. ผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเชี่ยวโอสถ จังหวัดนครนายก. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1):216-217. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/249295/168893
10. วชิราภรณ์ ขาวลอยฟ้า, อุไรวรรณ์ หาญวงค์. การพัฒนากิจกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2565;22(4):295-308. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/dhammathas/article/view/258415/175135
11. นิรมล โทแก้ว. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิถี บวร.ร. ในประชาชนบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(1):61-72.

12. ประไพ กิตติบุญถวัลย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, ศักดิ์มงคล เชื้อทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม. 2565;22(4):71-84. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JMSD/article/view/256393/174194
13. บังอร กล่ำสุวรรณ, คณะ. การพัฒนารูปแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564;28(2):95-105.