

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง

Effect of Health Promotion Program on Health Behavior among Mhong Hill Tribe Students

กนกวรรณ พรหมชาติ (Kanokwan prommachat)*

จรรยา สันตยากร (Chanjars suntayakorn)**

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (Narhongsak Noohson)***

ปกรณ์ ประจันบาน (Pakorn Pachanban)****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอโรคา ด้านอบายมุข และด้านอุบัติเหตุและกลุ่มควบคุมได้รับการสร้างเสริมสุขภาพตามปกติ เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจากแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 7 ด้าน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่นรวมทุกหมวดเท่ากับ 0.85 การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA F-test) และการทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระจากกัน (Independent sample t-test) ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมช่วงหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมหลัง 12 สัปดาห์ สูงกว่าช่วงหลังทดลอง 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านทุกด้านและโดยรวมหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ ดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ- : การสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ นักเรียนชาวเขา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองลาน อำเภอกลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of a health promotion program on health behaviors of Mhong hill tribe students. Each of the experimental and control groups consisted of 30 students. The experimental group received the health promotion program aimed to change their health behaviors. The instruments were health promotion program based on the Pender health Promotion Model and questionnaire asking about seven aspects of health behaviors which were nutrition, exercise, emotion, environmental health, personal health behavior, vices behaviors and accident. The content validity of the questionnaire was 0.85 and the reliability was 0.83 respectively. The data were analyzed by descriptive statistics, repeated measure ANOVA F-test and independent sample t-test.

The results of the study showed that the average health behavior scores of the experimental group in every aspect and total score at 4, 8 and 12 weeks after the intervention were statistically higher than before the intervention ($p < .001$) and the experimental period of 4 and 8 weeks after the intervention were statistically higher than 12 weeks ($p < .001$) and the average health behavior after 12 weeks than after 8 weeks ($p < .001$) The experimental group had a mean score in all aspects and the total score at 4, 8 and 12 week after the intervention were statistically significant higher than the control group ($p < .001$).

Keywords : Health Promotion, Health behaviors, Mhong hill tribe students

ความเป็นมาและความสำคัญ-ของปัญหา

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งปวง และเป็นยุทธวิธีในเชิงรุกที่จะให้ผลในการแก้ไขปัญาสุขภาพได้ดีที่สุด เพราะการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เป็นขบวนการที่เพิ่มขีดความสามารถหรือศักยภาพในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตเลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ การอยู่ร่วมกันในสังคม เพื่อจัดและหลีกเลี่ยงปัญหาสุขภาพที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ และนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) ที่ดี

องค์การอนามัยโลกจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในวัยเด็กเป็นสำคัญ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 13.2 ล้านคน เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงในวัยเด็กอาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพ

ในวัยผู้ใหญ่ (Graham & Power, 2004 อ้างใน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553) โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนในช่วงอายุ 6-12 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงสำคัญของการเรียนรู้ทักษะชีวิต มีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง ค้นคว้า สามารถเรียนรู้ได้ดี ถ้าทางโรงเรียนได้จัดสิ่งแวดล้อมโดยปล่อยให้เด็กได้มีการเคลื่อนไหว และเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ อยู่เสมอ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มหรือเสริมพัฒนาการทางปัญญาของเด็กเป็นอย่างมาก อีกทั้งเด็กวัยนี้ยังได้รับการอบรมสั่งสอน ชี้นำ การถ่ายทอดวิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรมที่ได้รับจากทางบ้าน และชุมชนในสังคม ซึ่งจะช่วยให้หล่อหลอมแนวทางในการดำรงชีวิต ให้ความรู้ทางสุขภาพที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีผลทำให้สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงหรืออาจเกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

กลวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยในการปลูกฝังและสร้างเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ให้มีความเหมาะสม

สำหรับเด็ก คือการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยพัฒนาโรงเรียนให้เป็นศูนย์กลางการสร้างเสริมสุขภาพให้กับนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ครอบครัว และสมาชิกในชุมชน ตามแนวคิด 7 อ. ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโรคภัย ด้านอนามัย และอุบัติเหตุ เพราะภาวะสุขภาพของนักเรียนจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงสุขภาพอนามัยโดยรวม และสามารถใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหาสุขภาพที่มีความสัมพันธ์หลายด้าน เช่น ภาวะทุพโภชนาการ สิ่งเสพติด จัดการด้านอุบัติเหตุ (ชันยาพร ถักษณะ, 2549)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ตรวจพบว่ากลุ่มเด็กวัยเรียนมีปัญหาด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของนักเรียนเช่น ฟันผุ โรคเหงือก ฟันไม่สะอาด โรคเหา นอกจากนี้ยังเป็นโรคกลาก เกื้อคัน หิด พุพอง และมีภาวะโภชนาการไม่ได้เกณฑ์และนักเรียนชาวเขาเผ่าม้งในอำเภอคลองลานพบว่านักเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพที่พบในเด็กวัยเรียนมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถนำไปสู่โรคติดต่อได้หลายโรค (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองลาน, 2553)

การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้สามารถป้องกันและพัฒนาสุขภาพของตนเองและปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อเพิ่มระดับความเป็นอยู่ให้มีสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2541) และจากแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์อธิบายว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นอิทธิพลเนื่องมาจากอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ความตั้งใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความจำเป็นและทางเลือกอื่นๆ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ที่ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ และผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้บูรณาการเข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวัน เพิ่มความสามารถในการทำ

หน้าที่ของร่างกาย ปรับภาวะสุขภาพ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของชีวิต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง ซึ่งสามารถปลูกฝังและสร้างเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อันจะเป็นพื้นฐานในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสู่วัยผู้ใหญ่-

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนชาวเขาเผ่าม้งในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน

2. นักเรียนชาวเขาเผ่าม้งในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อน ระหว่างการทดลองและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการสร้างเสริมสุขภาพตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ปีการศึกษา 2554 จำนวน 160 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยอาศัยอยู่ในโรงเรียนที่มีระยะทางห่างกันมากกว่า 65 กิโลเมตร เพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างได้พบและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน และใช้วิธีการเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่ (matched pair) โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันด้วยเกณฑ์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษา และอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการดำเนินการกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การเชื่อมโยงกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก กระตุ้นให้กลุ่มทดลองแสดงการกระทำและใช้อิทธิพลระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 เพื่อการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง นักเรียนต้องแสดงความต้องการที่จะกระทำโดยตนเอง การดูแลตนเอง และปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างการเรียนรู้ รับรู้ประโยชน์ และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการใช้อิทธิพลจากสถานการณ์ สร้างให้เกิดความต่อเนื่อง เกิดพฤติกรรมที่ถาวร โดยใช้คู่มือการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพแบบตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีระยะเวลาการดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-4 ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่กิจกรรมเชื่อมโยงกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก แสดงถึงอารมณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่ส่งผลให้นักเรียนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้นักเรียนเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มสัมพันธ์ พิธีเล่นน้อง ตรวจสอบสุขภาพหน้าชั้นเรียนทุกวัน การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างพันธสัญญากิจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บรรยายประกอบภาพนิทรรศการ และพูดคุยกับตัวแบบที่มีการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4-11 นำอิทธิพลจากสถานการณ์ สร้างให้เกิดความต่อเนื่อง เกิดพฤติกรรมที่ถาวร และเผยแพร่ความสามารถและทักษะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดย การให้กำลังใจโดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวนักเรียนแบ่งกลุ่ม มีหน้าที่ดูแลตรวจสอบกวดขันการปฏิบัติพฤติกรรม สร้างพันธสัญญากิจการ “เราทำได้” และเผยแพร่ความสามารถและทักษะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มสัมพันธ์ พิธีเล่นน้อง ประกวดกลุ่มนักเรียนที่มีผลการดูแลสุขภาพสม่ำเสมอตามบทบาทพฤติกรรม 7 อ.

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามซึ่งมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 7 ด้าน จำนวน 63 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุมตามเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจนของข้อความ มีค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือวิจัยมีค่าเท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยสูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นรวมทุกหมวดเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและชี้แจงสิทธิของนักเรียนให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาเล่าเรียน ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะไม่เสนอชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และจะแสดงผลในภาพรวม ส่วนการเปิดเผยข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องหรือภาพถ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างก่อนเผยแพร่

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมได้รับการสร้างเสริมสุขภาพตามปกติ โดยครูอนามัยโรงเรียนและครูประจำชั้น เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์
3. รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัปดาห์ที่ 4, 8, 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Repeated Measurement ANOVA F-test ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent Sample t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่อายุ 12 ปี ร้อยละ 60 รองลงมาเป็นอายุ 11 ปี ร้อยละ 26.7 และกำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 60 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 96.7 มีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพคือมารดา ร้อยละ 63.3 และได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจากพ่อแม่หรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 76.7 และเคยได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในโรงเรียนและชุมชน ร้อยละ 90 นักเรียนไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 90 เมื่อมีอาการเจ็บป่วยนักเรียนจะดูแลตนเองโดยบอกพ่อแม่ให้ทราบ ร้อยละ 83.3 กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุด และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมหลัง 12 สัปดาห์ สูงกว่าช่วงหลังทดลอง 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 1) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเป็นรายคู่ทุกคู่ที่มีการเปรียบเทียบ (ตาราง 2)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชายเขาเผ่าม้ง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การทดสอบ	$\bar{X}$	S.D.	F
ก่อนการทดลอง	1.90	0.11	1173.29***
หลังทดลอง 4 สัปดาห์	2.71	0.11	
หลังทดลอง 8 สัปดาห์	2.73	0.13	
หลังทดลอง 12 สัปดาห์	3.15	0.05	

***p < .001

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ มีค่าสูงสุด ($\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองมีค่าน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.90$, S.D. = 0.11)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง ที่ช่วงเวลาต่างกันในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	Mean Diff	Std. Error	p-value
ก่อนทดลอง (1.90) - หลัง 4 สัปดาห์ (2.71)	-.82***	0.03	.00
ก่อนทดลอง (1.90) - หลัง 8 สัปดาห์ (2.73)	-.84***	0.02	.00
ก่อนทดลอง (1.90) - หลัง 12 สัปดาห์ (3.15)	-1.25***	0.02	.00
หลัง 4 สัปดาห์ (2.71) - หลัง 8 สัปดาห์ (2.73)	-.02*	0.01	.02
หลัง 4 สัปดาห์ (2.71) - หลัง 12 สัปดาห์ (3.15)	-.44***	0.02	.00
หลัง 8 สัปดาห์ (2.73) - หลัง 12 สัปดาห์ (3.15)	.44***	0.02	.00

*p < .05 , ***p < .001

จากตาราง 2 ผลการตรวจสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วงเวลาแตกต่างกัน พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่วงหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลัง 8 สัปดาห์ สูงกว่าช่วงหลังทดลอง 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลัง 12 สัปดาห์ สูงกว่าช่วงหลังทดลอง 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ (Independent t-test)

พฤติกรรมสุขภาพ	S.D.	t-test	p-value
สัปดาห์ 4			
กลุ่มทดลอง	2.71	.11	35.69***
กลุ่มควบคุม	1.89	.05	.00
สัปดาห์ 8			
กลุ่มทดลอง	2.73	.13	32.27***
กลุ่มควบคุม	1.91	.06	.00
สัปดาห์ 12			
กลุ่มทดลอง	3.15	.05	84.74***
กลุ่มควบคุม	1.90	.06	.00
รวม			

***p < .001

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรม สุขภาพของนักเรียนชาวเขาพบว่าประสบผลสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ เนื่องจากประสิทธิผลของโปรแกรมการ สร้างเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมที่สัมพันธ์กันดังนี้ คือ การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคอิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ และเทคนิคการจัดกิจกรรม แบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทุกคนได้ลงมือ กระทำและเลือก ฝึกปฏิบัติทักษะที่ตรงกับการดำเนินชีวิตประจำวันจริง และ กระตุ้นให้มีการแสดงออก รวมทั้งจัดให้มีการสนับสนุน จากชุมชน จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหา ทำให้นักเรียนสามารถจดจำ มีครอบครัวเป็นกำลังใจ และเป็นการกระตุ้นเตือนทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นโอกาสให้นักเรียนได้รับ ประสบการณ์โดยตรง รวมทั้งนักเรียนได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การแปรงฟันหลังอาหาร การตรวจ สุขภาพด้วยตนเองและเพื่อน การบันทึกผลการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพประจำวัน จะทำให้เพิ่ม คุณค่าการ คาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมครั้งต่อไปซึ่งสอดคล้องกับ แบบจำลองการ สร้างเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ที่กล่าวว่า อารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ความตั้งใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความจำเป็นและทางเลือกอื่นๆ และการให้แรงเสริม ทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม จากกระบวนการ ความตั้งใจ และการมีกลยุทธ์จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคล เกิดแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นแบบ จำลองการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อ พฤติกรรมเสริมสุขภาพ ซึ่ง สมจิตร สุใจยา (2549) ศึกษาการพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้ทักษะชีวิตแบบมี ส่วนร่วมเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของนักเรียนชาวเขาชั้นประถมศึกษาปีที่ พบว่า กิจกรรมการเรียนรู้ทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม หลังการใช้

ชุดกิจกรรมการเรียนรู้ทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมสูงกว่า ก่อนการใช้ชุดกิจกรรมการเรียนรู้ทักษะชีวิตแบบ มีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ สอดคล้องกับ จรรยา สันตยากร สมศักดิ์ โทจำปา และ ชมนาด วรรณพรศิริ (2554) ศึกษาปัญหาและอุปสรรค การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนตามแนวคิดเศรษฐกิจ พอเพียงในชนกลุ่มน้อย พบว่า รูปแบบการสร้างเสริม ตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในด้านสุขบัญญัติ 10 ประการ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน และ การเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพโดยสอดคล้องกับ กิจกรรมโรงเรียน และติดตามพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังการดำเนินการนักเรียนมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการดำเนินการพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปตามข้อกำหนดของโรงเรียน สร้างเสริมสุขภาพ แต่ไม่ปฏิบัติเป็นประจำต่อเนื่อง ทุกวัน และไม่ตระหนักถึงอันตรายและโทษที่จะเกิดขึ้น กับตนเอง ขาดความเอาใจใส่ ซึ่งสอดคล้องกับศิริพร โกลาพานิช(2548) ศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐาน ส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาถึงเรื่องการดูแล สุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพ อนามัยของนักเรียนบางกิจกรรมเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง และกิจกรรมเสริมทักษะด้านสุขภาพมีน้อย ส่งผลให้ไม่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ของนักเรียน การจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมใน โรงเรียนที่เชื่อมต่อสุขอนามัยส่วนบุคคลยังจัดได้ไม่ดี ขาดการปฏิบัติให้ถูกต้องและต่อเนื่องเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน กับนักเรียนกลุ่มอื่น เพื่อให้นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อลด ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ ถูกต้อง เช่น โรคหัด เหา

2. สามารถนำกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นต้นแบบ หรือเป็นแกนนำเกี่ยวกับเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม
โรคยา อนามัย และด้านอุบัติเหตุ ที่เหมาะสมให้กับ
กลุ่มนักเรียน และประชาชนกลุ่มอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชาวเขา
กับนักเรียนกลุ่มอื่นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของ
โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ควรมีการประเมินผลการศึกษาเป็นระยะๆ
เพื่อติดตามดูว่าในช่วงเวลาใดที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของนักเรียน

กิตติประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
กำแพงเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองลานที่
สนับสนุนการดำเนินการวิจัยและขอขอบคุณกลุ่ม
ตัวอย่างนักเรียนชาวเขาเผ่าม้งอำเภอคลองลาน ที่ให้
ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนผู้ที่
เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ไว้

เอกสารอ้างอิง

- จรจรา สันตยากร สมศักดิ์ โตจำปา และ ชมนาด
วรรณพรศิริ. (2554). การพัฒนารูปแบบการ
สร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนตามแนวคิด
เศรษฐกิจพอเพียงในชนกลุ่มน้อย จังหวัดพิจิตร.โลก.
วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 5(ฉบับพิเศษ)
26-35.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพใน
ชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชันยาพร ลักษณะ. (2549). การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์
แห่งชาติ 2549. สมาคมนักประชากรไทย. สืบค้นเมื่อ
3 ตุลาคม 2553, จาก [http://www.thaipopulation.org/
Stable/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=71&Itemid=59](http://www.thaipopulation.org/Stable/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=71&Itemid=59)
หน้า 205-208.

ศิริพร โกคาพานิช. (2548). กระบวนการพัฒนาอนามัย
ส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียน
บ้านกงพาน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม.,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิตร สุใจยา. (2549). ศึกษาการพัฒนาชุดกิจกรรม
การเรียนรู้ทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมเรื่อง
สุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
สุขภาพของนักเรียนชาวเขาชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 3 จังหวัดพะเยา. ปรินันท์ กศ.ม.,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2541). วิวัฒนาการส่งเสริม
สุขภาพนานาชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
คลองลาน.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองลาน (2553). สรุป
รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
คลองลาน.กำแพงเพชร. สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอคลองลาน.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิท
การพิมพ์จำกัด.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M.A.. (2011). *Health
promotion in nursing practice* (6th ed.). Upper
Saddle River NJ : Pearson Education LTD.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter
for Health Promotion*. Geneva: World Health
Organization.