

371.21

๑๑๕๐๐

๘๓

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร

ปริญญาโท

ของ

แจ่มจันทร์ พลหาราช

1 พ.ย. 2537

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มีนาคม 2537

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


191042

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาใบปริญญาบัตรฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับ  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....  ..... ประธาน

(ผศ. วีนัส ปัทมภาสพงษ์)

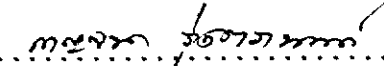
.....  ..... กรรมการ

(อ. ดร. กัญจนา รุ่งตรานนท์)

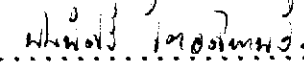
คณะกรรมการสอบ

.....  ..... ประธาน

(ผศ. วีนัส ปัทมภาสพงษ์)

.....  ..... กรรมการ

(อ. ดร. กัญจนา รุ่งตรานนท์)

.....  ..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ. นิมฟ์ศวี โตอดิเทพย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาบัตรฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....  ..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร. ศิริยุภา ขลุสวารณ)

วันที่ ... ๕ ... เดือน ... ๗ ... พ.ศ. 2537

## ประกาศขอบคุณ

ปริญญาโทฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ เพราะได้รับความเมตตาช่วยเหลือแนะนำเป็น  
อย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีณัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.กาญจนา  
รุ่งทรานนท์ กรรมการควบคุมปริญญาโท และกรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและ  
ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ สิทธิกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรสุข  
ภูเนิรันดร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี อาจารย์เฉลา เพียรชอบ อาจารย์ชฎามาศ  
ชาวสะอาด ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ผู้บริหารโรงเรียน ครู  
อาจารย์ รวมทั้งนักเรียนในจังหวัดมุกดาหารทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้ความสะดวกและช่วยเหลือ  
ในการรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัว "พลทหาราช" ตลอดจนเพื่อนนิสิตปริญญาโท วิชาเอก  
สุศึกษา รุ่น 11 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตรทุกคน ที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ  
และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา

แจ่มจันทร์ พลทหาราช

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ .....	1
คำนำ .....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า .....	6
ความสำคัญของ การศึกษาค้นคว้า .....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น .....	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย .....	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า .....	9
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า .....	67
การวิจัยในต่างประเทศ .....	67
การวิจัยในประเทศไทย .....	69
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า .....	75
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า .....	76
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง .....	76
ประชากร .....	76
กลุ่มตัวอย่าง .....	76
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล .....	80
ลักษณะของเครื่องมือ .....	80
เกณฑ์การให้คะแนน .....	81

บทที่	หน้า
การทดสอบภาพของเครื่องมือ .....	81
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล .....	82
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล .....	83
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....	83
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า .....	88
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล .....	88
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....	88
ผลการศึกษาค้นคว้า .....	89
5 บทย่อ สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ .....	135
บทย่อ .....	135
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า .....	135
วิธีดำเนินการวิจัย .....	135
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	136
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า .....	136
อภิปรายผล .....	137
ข้อเสนอแนะ .....	143
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป .....	144
บรรณานุกรม .....	145
ภาคผนวก .....	153
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	165

## บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	อัตราการศึกษาพบโรคและความผิดปกติในนักเรียนระดับประถมศึกษา 10 อันดับแรก (เสนอตัวเลขเป็นร้อยละ) .....	3
2	อัตราการศึกษาพบโรคและความผิดปกติในนักเรียน 10 อันดับแรก จำแนกตามอายุ (เสนอตัวเลขเป็นร้อยละ) .....	4
3	ขั้นตอนของพฤติกรรมการเจ็บป่วยตามแนวคิดของ เอ็ดเวิร์ด ซัจแมน (Edward Suchman) .....	25
4	จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ .....	78
5	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ โรงเรียน และเพศ .....	79
6	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ระดับผลการเรียน ของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง .....	89
7	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องอนามัยส่วนบุคคล จำแนกเป็นรายชื่อ .....	92
8	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องโภชนาการ จำแนกเป็นรายชื่อ .....	94
9	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร จำแนกเป็นรายชื่อ .....	95

10	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการใช้ยาและสมุนไพร จำนวนเป็นรายชื่อ .....	96
11	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องอนามัยในครอบครัว จำนวนเป็นรายชื่อ .....	97
12	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องอนามัยในช่องปาก จำนวนเป็นรายชื่อ .....	98
13	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย จำนวนเป็นรายชื่อ .....	99
14	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน จำนวนเป็นรายชื่อ .....	100
15	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเป็นรายชื่อ .....	101
16	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการปฐมพยาบาล จำนวนเป็นรายชื่อ .....	102

17	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย รวมหมดทุกเรื่อง จำแนกเป็นรายชื่อ .....	103
18	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน ฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามเพศ .....	104
19	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน ฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามระดับผลการเรียนของนักเรียน .....	106
20	คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ปกครอง .....	108
21	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ..	110
22	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน ฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ปกครอง เป็นรายคู่ .....	113
23	คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง .....	116
24	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง .....	118
25	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน ฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง เป็นรายคู่ .....	121
26	คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามรายได้ของผู้ปกครอง .....	125

27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของ  
 ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำนวนตามรายได้ของผู้ปกครอง ..... 127

28 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน  
 ฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำนวนตามรายได้ของผู้ปกครองเป็นรายคู่ ..... 130

29 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามการปฏิบัติดูแลสุขภาพ  
 ตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ..... 164

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาของ เอ็น ไอ คริสแมน (N.I. Chrisman) .....	34
2 แบบจำลองระบบบริการสาธารณสุขท้องถิ่นของไคลน์แมน (Kleinman) .....	38
3 ความสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพในโรงเรียน .....	47
4 ขั้นตอนการติดตามผลงานโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย .....	61

## บทที่ 1

### บทนำ

#### คำนำ

สุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี สุชาติ โธมประยูร (2528 : 2) ให้ความเห็นว่า สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อความสำเร็จของงานและพัฒนาการทุก ๆ ด้านในตัวบุคคล บุคคลจะเจริญไม่ได้ถ้าหากสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของเขาไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร (2531 : 1) ได้กล่าวว่า การพัฒนาคนให้มีคุณภาพเป็นเรื่องสำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ เมื่อคนมีคุณภาพก็จะสามารถพัฒนาชีวิต พัฒนาอาชีพ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การที่จะเสริมสร้างให้คนมีสุขภาพดี จำเป็นต้องเริ่มฝึกฝนตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งสุขภาพของนักเรียนเป็นปัญหาสำคัญที่บุคคลที่เกี่ยวข้องควรรักษาให้ความสำคัญ เน้นให้มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในโรคที่ป้องกันได้และฝึกฝนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วย

กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป. : 6) ให้ความเห็นว่า การพัฒนาเด็กให้มีคุณภาพที่ดีนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาให้ได้สมดุลทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และปัญญา ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาเด็ก ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ญาติพี่น้อง เพื่อนและสังคมหรือชุมชน ญาติพี่น้องและเพื่อนจะเป็นส่วนที่ช่วยพัฒนาเด็กตั้งแต่เล็กจนโต อารี สัมทองวี (2533 : 134) ได้กล่าวว่า การศึกษาเพื่อสุขภาพมิได้จำกัดอยู่ที่สถานการณแห่งใดแห่งหนึ่ง แต่ได้มุ่งหมายไปถึงโรงเรียน องค์กรสังคม ศูนย์อนามัย สถานที่ประกอบกาารและชุมชน ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพของบุคคลจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่บุคคลเหล่านั้น โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในวัยเรียน เพราะบุคคลในวัยนี้ เป็นวัยที่ต้องเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต และเด็กในวัยนี้มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ง่ายกว่าวัยผู้ใหญ่

ปัจจุบันโรงเรียนในระดับต่าง ๆ ยังประสบปัญหาด้านสุขภาพของนักเรียน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ เข้ามามีส่วนร่วมในด้านของการพัฒนาสุขภาพอนามัยแก่นักเรียน เพื่อลดปัญหาอนามัยส่วนบุคคล และโรคต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน และการพัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจ

โดยวิธีปลูกฝังความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัย และให้บริการต่าง ๆ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งการสุขภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เด็กในวัยเรียนได้รับบริการสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึง และเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี มีสุขภาพสมบูรณ์ เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของชาติในอนาคต การดำเนินงานมุ่งเน้นการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน การส่งเสริมสุขภาพเพื่อปลูกฝังความรู้ ความเข้าใจ การตรวจสุขภาพนักเรียนโดยครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย การรักษาโรคที่ตรวจพบพร้อมติดตามผลการรักษา การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ยังเป็นปัญหากับประชากรกลุ่มนี้ เนื่องจากโรงเรียนเป็นแหล่งที่รวมนักเรียนจากชุมชน ซึ่งเด็กเหล่านี้มีพื้นฐานทางสุขภาพที่แตกต่างกันทั้งทางด้านความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติ ฉะนั้นโอกาสที่จะเกิดโรคติดต่อและการแพร่กระจายโรคต่าง ๆ เป็นไปได้สูง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจของสังคม ขนาดของครอบครัว อาชีพของบิดามารดา และทัศนคติทางด้านสุขภาพของบิดามารดาอีกด้วย ซึ่งจากการศึกษาภาวะสุขภาพของนักเรียนในประเทศไทย ปีการศึกษา 2533-2534 โดยกองอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2534 : 25-27) พบว่า นักเรียนเป็นจำนวนมากป่วยเป็นโรคต่าง ๆ และมีความผิดปกติ ดังรายละเอียดในตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 อัตราการตรวจพบโรคและความผิดปกติในนักเรียนระดับประถมศึกษา 10 อันดับแรก  
(เสนอตัวเลขเป็นร้อยละ)

โรคและความผิดปกติ	ร้อยละ
หิมนุ	60.5
หิมนุที่มีหินปูน	22.5
เพา	17.3
หวัด	15.2
ไข้หวัด	7.5
เกลือ	7.3
เหงือกอักเสบ	7.1
โรคขาดสารอาหาร	4.6
การได้ยินผิดปกติ	4.0
ต่อมธัยรอยด์โต	2.1
จำนวนนักเรียนที่ตรวจ	26,385

ที่มา : กองอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาภาวะสุขภาพของ  
นักเรียนในประเทศไทย ปีการศึกษา 2533-2534. กรุงเทพฯ : 2534. หน้า 25.

ตาราง 2 อัตราการตรวจโรคและความผิดปกติในนักเรียน 10 อันดับแรก จำแนกตามอายุ  
(เสนอตัวเลขเป็นร้อยละ)

โรคและความผิดปกติ	5-9 ปี	10-14 ปี
ฟันผุ	73.5	46.8
หวัด	20.5	10.9
เทา	19.3	11.7
ฟันมีหินปูน	17.9	21.6
ซีดจุดดั้น	8.7	6.3
เหงือกอักเสบ	7.3	7.0
โรคขาดสารอาหาร	4.8	4.0
เกลือ	4.5	8.9
ภาวะการได้ยินเสียง	4.2	4.7
จำนวนนักเรียนที่ตรวจ	9,898	22,836

ที่มา : กองอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาระดับสุขภาพของนักเรียนในประเทศไทย ปีการศึกษา 2533-2534. กรุงเทพฯ : 2534. หน้า 27.

ผลการศึกษาระดับดังกล่าว แสดงให้เห็นว่านักเรียนเป็นจำนวนมากมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ในโรคที่สามารถป้องกันได้หรือดูแลสุขภาพตนเองได้

คาสเตอร์ (Kaster. 1983 : 29) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นเรื่องของพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่ควรมีการริเริ่มและมีรูปแบบของตนเองในการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่การดำรงชีวิต เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและมีการดำรงชีวิตที่ดี ซึ่งแต่ละบุคคลมีความสามารถ

ที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ วิมา จีระแพทย์ (2534 : 27) ให้ความเห็นว่า ทัศนคติทางความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน ทัศนคตินี้จะถูกขัดขวางหรือทำให้ล่าช้า หากผู้ใหญ่มุ่งกระทำหน้าที่ต่าง ๆ แทนเด็กมากกว่าการปลูกฝังนิสัยให้เด็กช่วยเหลือตนเอง การเปิดโอกาสให้ฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย จึงเป็นการวางรากฐานนิสัยที่ถูกต้องให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กซึ่งจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพที่ดี

อุลิต ลีชะวณิช (ปราณี เล้าตระกูล. 2529 : 16 ; อ้างอิงมาจาก อุลิต ลีชะวณิช. ม.ป.ป.) กล่าวถึง การปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียนว่า ความทวิวิธีที่จะสร้างความสัมพันธ์และประสานงานระหว่างโรงเรียน ชุมชน และผู้ปกครอง นั้นคือ ครู ผู้ปกครอง นักเรียน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้เพราะครูเป็นผู้ที่ความไว้วางใจและความใกล้ชิดกับนักเรียน ผู้ปกครอง คือ พ่อแม่ญาติพี่น้องที่ดูแลให้การเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิดกับนักเรียน นอกจากความเข้าใจอันดีของบุคคลทั้ง 3 ฝ่าย ทั้งมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของนักเรียน และปัจจุบันกองอนามัยโรงเรียนได้เน้นให้นักเรียนเป็นแบบอย่างการถ่ายทอดเรื่องสุขภาพไปสู่เพื่อนนักเรียน ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นกิจกรรมด้านสุขภาพในโรงเรียนควรเน้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางด้านสุขภาพมากที่สุด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ โดยการจัดอบรมโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยในโรงเรียน เพื่อจะได้ผู้นำทางสุขภาพในโรงเรียนที่มีคุณภาพ เป็นแบบอย่างถ่ายทอดเรื่องสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนในโรงเรียน ครอบครัว และในชุมชน

เมื่อพิจารณาจากเหตุผลดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ที่ได้ผ่านการอบรมในปีการศึกษา 2536 เพื่อนำผลจากการศึกษาวินิจฉัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการฝึกอบรมนักเรียนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ตามตัวแปร เพศ ระดับผลการเรียนของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง

### ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขนิสัยที่ดีตั้งแต่วัยเรียนจนถึงวัยผู้ใหญ่
2. เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านอนามัยโรงเรียนในการเสนอปรับปรุงการปลูกฝังการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียน
3. เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหาร ครูอนามัยโรงเรียน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องงานด้านอนามัยโรงเรียน นำไปแก้ไขปัญหาสุขภาพของนักเรียน

### ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ที่ผ่านการอบรมโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยครั้งที่ 1 ในปีการศึกษา 2536

### ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ที่จัดดำเนินการโครงการอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำนวน 103 โรงเรียน โรงเรียนละ 25 คน จำนวน 2,575 คน เป็นนักเรียนชาย 1,217 คน

และเป็นนักเรียนหญิง 1,358 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงาน การประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ที่ผ่านการอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ในปีการศึกษา 2536 จำนวน 350 คน เป็นนักเรียนชาย 156 คน และนักเรียนหญิง 194 คน ได้โดยการสุ่ม ตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

### ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ ระดับผลการเรียนของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง

ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Health Care) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทาง สุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือก ปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ (สมทรง รัชย์เฟ้า. ม.ป.ป. ; อ้างอิงมาจาก กระทรวง สาธารณสุข. 2535 : 11)
2. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย หมายถึง กลุ่มนักเรียนชายและนักเรียนหญิงในระดับ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ให้มีความรู้ ความสามารถ และปฏิบัติตามบทบาทที่กำหนดไว้
3. ระดับผลการเรียนของนักเรียน หมายถึง ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนที่เป็นผู้นำ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2536 แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ
  - 3.1 ระดับผลการเรียนสูง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 ขึ้นไป

3.2 ระดับผลการเรียนปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50 - 2.49

4. ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของบิดา หรือมารดา หรือผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูนักเรียน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 85-86)

4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

4.2 ประถมศึกษา

4.3 มัธยมศึกษา

4.4 อุดมศึกษา

5. อาชีพของผู้ปกครอง หมายถึง อาชีพของบิดา มารดา หรือของผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูนักเรียน (อาชีพหลักที่เป็นรายได้สูงสุดของครอบครัว) แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2533 : 10)

5.1 รับราชการ และลูกจ้างรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ

5.2 ค้าขายหรือธุรกิจ

5.3 เกษตรกรรม

5.4 รับจ้างทั่วไป

6. รายได้ของผู้ปกครอง หมายถึง รายได้สูงสุดของบิดา หรือมารดา หรือผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูนักเรียน (รายได้สูงสุดของคนใดคนหนึ่ง ที่มีรายได้มากที่สุดของครอบครัว) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 48)

6.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

6.2 รายได้ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน

6.3 รายได้สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

## เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าเอกสารการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัย ได้ศึกษาตามหมวดหมู่ดังนี้ แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยสนับสนุนและที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โครง การผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย บทบาทของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย หลักสูตรการ อบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย การติดตามประเมินผล และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขของประเทศไทย ได้มีวิวัฒนาการมาตลอดตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504-2509) โดยเน้นการพัฒนาเทคโนโลยีในด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจนถึงช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) ได้มีการปรับปรุงบทบาทครั้งใหม่จากรัฐเป็นผู้ให้ ประชาชนเป็นผู้รับ กลายเป็นรัฐเป็นผู้สนับสนุนให้ ประชาชนเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนเองในรูปของการสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2529 : 5-10)

ในปี พ.ศ. 2523 ประเทศไทยลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยสนับสนุน การสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2529 : 5)

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2529 : 34-37) ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็น

จุดเริ่มต้นของการให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งทางโรงพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพที่ดีเป็นการโดยประชาชน เพื่อประชาชน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นด้วยวิทยาการที่เหมาะสมและเชื่อมโยงอย่างกลมกลืนกับระบบบริการของรัฐ ทั้งนี้ อาศัยภาครัฐและเอกชน เป็นผู้ให้การสนับสนุนในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสารการฝึกอบรม และการให้การศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและขยายโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวและชุมชน อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองได้ของประชาชนและของประเทศ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพตามความจำเป็นโดยใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ พิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และเป็นที่ยอมรับของสังคมโดยความร่วมมืออย่างเต็มที่ของประชาชน วิธีการและเทคโนโลยีดังกล่าวจะต้องจัดทำที่อยู่โดยทั่วไป ซึ่งบุคคลและครอบครัวในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ วิธีการและเทคโนโลยีเหล่านั้นต้องมีราคาถูกพอที่ชุมชนและประเทศชาติจะสามารถจัดหาและบำรุงรักษาได้ในทุกระดับของการพัฒนา ทั้งนี้โดยยึดหลักของการตัดสินใจด้วยตนเองและการพึ่งตนเองได้ของบุคคลของชุมชนเป็นประการสำคัญ การสาธารณสุขมูลฐานยังเป็นส่วนสำคัญของระบบการสาธารณสุข และระบบการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนของประเทศ เป็นจุดเริ่มแรกที่ประชาชนจะเข้าสู่ความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ จึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนให้บริการสาธารณสุขของรัฐเข้าไปใกล้การดำรงชีวิตและการทำงานของประชาชนมากที่สุด และจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบแรกของกระบวนการให้บริการต่อเนื่อง

#### องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

พันทวี ฤกษ์สารานู (2535 : 251-252) องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริงของประชาชน องค์ประกอบดังกล่าวยังเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ซึ่งรัฐได้เป็นผู้จัดทำแก่ประชาชน (Basic Health Services)

สำหรับองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประกอบไปด้วยการบริการแบบผสม

พยาน 4 ด้าน ดังนี้คือ

1. การป้องกันโรคติดต่อ
2. การส่งเสริมสุขภาพอนามัย
3. การรักษาพยาบาล
4. การฟื้นฟูสภาพ

ซึ่งจากองค์ประกอบของงานทั้ง 4 ด้านนี้ สามารถแยกเป็นกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่

ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (พสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้องรับผิดชอบในการดำเนินการ

ได้ คือ

1. งานโภชนาการ
2. งานสุขศึกษา
3. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาที่น้ำสะอาด
4. งานการเฝ้าระวังโรค หรือควบคุมโรคประจำท้องถิ่น
5. งานการให้ภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่สำคัญ
6. งานการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบในท้องถิ่น
7. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
8. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
9. การทันตสาธารณสุข
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต
11. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ เป็นภัย
12. การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ
13. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
14. การคุ้มครองผู้บริโภค

### กลวิธีในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน

สำหรับกลวิธีหลักในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่

1. การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่เริ่มต้น
2. การปรับปรุงระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขให้รองรับ และ เชื่อมต่อระบบ

สาธารณสุขมูลฐานของชุมชน

3. พัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับปฏิบัติได้ตั้งแต่ ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับประเทศ

4. ประสานให้สอดคล้องกับการพัฒนาทางสังคมของประเทศ

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 2) จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เป็นกลวิธีเสริมของการสาธารณสุข หรืออีกนัยหนึ่งเป็นส่วนของการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพอนามัยในระดับบุคคลและครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การเชื่อมต่อการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

### การดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10) ได้มีการให้ความหมายในทัศนะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชนโดยรวม ความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการเฝ้าระวัง) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

เลวิน (Levin. 1976 : 11) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Health Prevention) และการวิเคราะห์โรค (Disease Detection) รวมทั้งการรักษา (Treatment) ในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง

สำหรับในประเทศไทย ก็มีผู้กำหนดค่านิยามหรือประมวลความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้ คือ

สมทรง รัชนีเพ่า (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10-11) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยและ/หรือมีความพิการที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 11) ได้มีการรวบรวมค่านิยามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ที่ให้ไว้โดยนักวิชาการต่าง ๆ ดังนี้

ฮิคีย์ (Hickey) มองพฤติกรรมการดูแลตนเองในลักษณะของการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง ต่ออาการเจ็บป่วยของปัจเจกบุคคล ตลอดจนกลยุทธ์ที่จะรับและกระทำในการบำรุงดูแลสุขภาพ

ดีน (Dean) ได้บรรยายไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ถูกหล่อหลอมโดยภาวะเงื่อนไขทางสังคมที่ซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่ส่งผลมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกายภาพและจิตวิทยา ทั้งนี้ ดีน (Dean) ได้ขยายความว่า การดูแลตนเองจะเกี่ยวข้องกับช่วงของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปัจเจกบุคคลได้กระทำที่จะส่งเสริมสุขภาพประเพณีอาการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมเหล่านี้กระทำโดยชาวบ้านโดยทั่ว ๆ ไปด้วยตนเอง ซึ่งรวมถึงการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใด ๆ และการกำหนดโดยตนเองว่า จะกระทำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือการบำบัดการเจ็บป่วย

ฮิง (Huag) ได้นิยามว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการตัดสินใจที่จะตอบสนองต่อการรับรู้อาการ ซึ่งครอบคลุมถึงประสบการณ์ที่เคยเกิดการเจ็บป่วย การวินิจฉัยตนเอง และการตัดสินใจในการที่จะมีปฏิกิริยาสนองต่ออาการเหล่านั้น ซึ่งมักจะถือว่าเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่ดีที่สุด สำหรับ

ภาวะที่ร่างกายจะสามารถจำกัดได้ หรืออาจจะทำการบำบัดรักษาด้วยตนเองในรูปแบบต่าง ๆ โดย  
ไปได้รับความแนะนำของแพทย์ หรืออาจจะเริ่มมาจากความพยายามในการดูแลตนเองก่อน แล้วจึง  
ตัดสินใจไปหาความช่วยเหลือจากแพทย์ได้

ชนินทร์ เจริญกุล (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11) ได้ประมวล  
เป็นคำจำกัดความ การดูแลสุขภาพตนเอง ว่าหมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และการ  
ตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน ที่  
ครอบคลุมถึงการทำงานบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่ง  
รวมถึงการวิชัยารักษาตัวเองและการปฏิบัติที่ติดตามผลหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่ง  
พฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างมีแบบแผนตายตัว

นอกจากนี้ เอื้อมพร ทองกระจ่าง (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11)  
ก็ได้ประมวลแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากวิชาการในสาขาต่าง ๆ แล้วสรุป  
เป็นคำนิยามดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่  
เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)  
ผดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค (Disease Prevention)  
การบำบัดรักษาตนเอง (Self Treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ  
(Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการ  
ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิเป็นฐานล่างสุดหรือ  
ขั้นหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ทำให้  
โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพ  
ตนเองของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

3. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาคถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับสุขภาพที่กระทำโดยประชากร และในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบ ๗ หนึ่งในที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

จากคำนิยามทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการเฝ้าระวัง) และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

#### วัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพตนเอง (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 5-6) เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้

1. ประชาชนมีความรู้ ความสามารถ และมีเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัยโรคเบื้องต้น และรักษาอาการของโรคในเบื้องต้น ตลอดจนแก้ไขความเจ็บป่วยและดูแลสิ่งแวดล้อมได้

2. ระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นของรัฐ โดยเฉพาะที่สถานอนามัยและโรงพยาบาล ชุมชน ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน โดยจัดบริการอย่างเหมาะสม มีคุณภาพตลอดจนมีระบบส่งต่อผู้ป่วย

3. การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ และทรัพยากร ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง เป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องเกื้อกูลกันอย่างเป็นระบบ

#### ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง

ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 7-8) ส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนนานับประการคือ

1. จะเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชนให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การแปรงฟัน ล้างมือ อาบน้ำ และการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เป็นต้น

2. เพื่อเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคคอติบ ไอกรน บาดทะยัก โรคหัวใจที่เกิดจากสารโคเลสเตอรอลในอาหารประเภทไขมัน การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3. เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประเมินสุขภาพ และความเจ็บป่วยของประชาชนได้ด้วยตนเอง การที่ประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้นั้น ประชาชนต้องมีความรู้และความสามารถ บอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วยภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมเดียวกัน โดยผ่าน สื่อต่าง ๆ เช่น การเรียนการสอนในโรงเรียน บทความข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย ในหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุและโทรทัศน์ ประชาชนจึงจะสามารถวิเคราะห์และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้

4. เป็นการดัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนเองให้หายจากโรค แม้ว่า จะขัดต่อการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม

5. สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแล ในกระบวนการการดูแลรักษา เช่น กลุ่มเลิกสูรา กลุ่มเลิกบุหรี่ กลุ่มเพื่อการลดน้ำหนัก กลุ่มดูแลสุขภาพของคนสูงอายุ เป็นต้น ซึ่งผลจากการพยายามที่จะสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นอย่างกว้างขวาง เพราะ คำนึงถึงประโยชน์มหาศาลที่จะมีต่อประชาชน และนอกจากนี้ยังเห็นว่าแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เปรียบเสมือนยาครอบจักรวาลที่จะนำมาแก้ไขระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นปัญหาของประเทศอยู่ในขณะนี้

### แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

โอเรียม (Orem) (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 12-13) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการหัดพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และยังมีได้กำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองว่า (1) เป็นไปเพื่อระดับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข (2) เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและสภาวะที่เหมาะสม (3) เพื่อป้องกัน ความคุมข่าบำบัดรักษาโรคร้ายไข้เจ็บและอันตรายต่าง ๆ และ (4) เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ และได้จำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้กระบวนการดำรงชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข

2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Development Self Care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ สภาวะการสที่มีผลต่อพัฒนาการนั้น ๆ

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วย ไม่สามารถจะประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พันธุกรรม และการบำบัดรักษาต่าง ๆ เป็นต้น

ในส่วนของประเทศไทยนั้น ได้มีผู้ทำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองมิได้จำกัดอยู่เพียงการรักษาพยาบาลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ต้องรวมความถึงการทำนุบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันโรค การวินิจฉัย เพื่อเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตนหลังการรักษาด้วย

วิทศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ (พิมพ์วิทย์ ปรินดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. 2530 : 238 ; อ้างอิงมาจาก วิทศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ. ม.ป.ป.) ได้สรุปว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็น พฤติกรรมที่ครอบคลุมไปถึงการดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health or Normal State) และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness State)

มัลลิกา มัติโก (2533 : 49-51) จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะคือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Normal State) ดังนี้

ก. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรง 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

ข. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าเป็นตนเองเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเองหรือจากครอบครัวหรือจากเครือข่ายสังคม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน คือ การดูแลสุขภาพ

ตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care) การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care From the Extended Social Network) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid or Self Help Group)

นอกจากนั้น สมทรง รัชช์เพ่า (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 16) ยังได้ประยุกต์กรอบแนวคิดของ เม็คเชล กัยเนย์ (Mechael Gurney) ในเรื่ององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Influence on Self-Care Behavior) กับลักษณะสังคมไทยไว้ดังนี้

1. ความรู้สมัยใหม่และความรู้พื้นฐาน (Modern and Traditional Knowledge) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ของชุมชนทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่ และแบบดั้งเดิมโบราณนั้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมาก เพราะทุกสังคม วัฒนธรรมต่างมีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ (Concept of Health) และแนวคิดด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อการประพฤติปฏิบัติด้านสุขภาพของสมาชิกในสังคมนั้น ๆ ดังนั้น องค์ความรู้ด้านสุขภาพในกระแสดั้งเดิมและสมัยใหม่ จะมีส่วนส่งผลต่อการเลือกถือปฏิบัติในส่วนที่จะมีผลต่อการทำ บำรุง ดูแล รักษาสุขภาพของตนเอง และครอบครัวมานานแล้ว

2. ความรู้ในระดับครอบครัว (Family Knowledge) โดยลักษณะทางสังคมของครอบครัวไทยนั้นเป็นแบบครอบครัวขยาย (Extended Family) และแม้ว่าแนวโน้มจะมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) มากขึ้นก็ตาม ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ (Kinship) ยังคงมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมอนามัยของชาวบ้าน การถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสุขภาพ (Culture of Health) จากบรรพบุรุษสู่สมาชิกในครอบครัว ยังผลให้เกิดการยึดถือเป็นแบบแผน ประเพณี การปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณ การดูแลหลังคลอด เช่น การอยู่ไฟ การงดของแสลง เป็นต้น

3. ระบบอนามัยที่เป็นทางการ (Formal Health System) ระบบการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งมีทั้งส่วนของภาครัฐ และเอกชนเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้บริการ

ตามฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานความรู้และการเข้าถึงทางสังคม แม้ว่าบริการของรัฐจะสามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ จนถึงระดับปลายสุดที่ระดับตำบล คือ สถานีอนามัยก็ตาม แต่ขณะเดียวกันบริการของภาคเอกชน เช่น การจำหน่ายยา ก็มีอยู่ในทุกระดับ และการควบคุมที่ไม่ทั่วถึง ประกอบกับการโฆษณาชวนเชื่อ และผลการลอกเลียนแบบ (Demonstration Effects) ยังผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างสับสน และเลือกใช้บริการในลักษณะที่ไม่ค่อยเหมาะสมตามความจำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

4. แรงกดดันทางวัฒนธรรมและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Cultural Pressure and Peer Influence) นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติด้านการดูแลตนเอง เช่น อิทธิพลด้านความเชื่อทางศาสนากับการยอมรับ การวางแผนครอบครัวของกลุ่มศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมการบริโภคของชาวบ้านเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดิบ ๆ สุก ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น อันเนื่องมาจากอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคท้องร่วงในเด็กที่ถือว่าเป็นอาการแสดงของขั้นตอนหนึ่งของการพัฒนาการของเด็ก เป็นต้น

5. การมีผลบังคับใช้ของกฎหมาย (Legislation Environment) มาตรการการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ครอบคลุม เสมอภาค และมีประสิทธิภาพ ยังผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนมาก เฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่สังคมมีความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ-ประชาชน-สังคม อย่างรวดเร็ว เช่น ปัจจุบันหากการบังคับใช้ของกฎหมายไม่เกิดผลอย่างเสมอภาค และสภาพกฎหมายที่ล้าสมัย มาตรการในการควบคุมทางสิ่งแวดล้อม และการคุ้มครองผู้บริโภคก็ย่อมมีความบกพร่องและส่งผลกระทบต่อดูแลตนเองของประชาชน เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างอาคารที่อยู่อาศัย การกำจัดสิ่งปฏิกูล เป็นต้น

6. กลุ่มผลประโยชน์ และกลุ่มวิชาชีพ (Interest Groups and Professional Group) นับว่ามีอิทธิพลสูงต่อการดูแลตนเองของประชาชน เพราะการดูแลด้านสุขภาพของตนเองนั้น โอกาสที่กลุ่มผลประโยชน์จะสามารถทำเงินจากความตื่นตัวด้านสุขภาพ จะโดยที่ชาวบ้านมีความรู้หรือการขาดข้อมูลข่าวสารก็ตาม นับว่ามีโอกาสอยู่มากดังปรากฏในข่าวหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับการค้ายา

หรืออาหารส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ในแง่ของกลุ่มวิชาชีพ เฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่อยู่ในแวดวงด้าน การแพทย์และสาธารณสุขนั้น ก็มีส่วนอันสำคัญยิ่งในการส่งเสริมหรือยั้งยั้งการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ของประชาชน บุคคลเหล่านี้จะต้องมีความเชื่อและศรัทธาในความสามารถของประชาชนในการ ดูแลกันเอง และดูแลตนเองมากขึ้น และส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนที่มีอยู่ ให้เกิดการ ดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และลดการพึ่งพิงผู้ให้บริการ ทั้งยังเป็นการส่งผลให้เกิดการใช้ บริการอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น ซึ่งจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์ สูงสุดอย่างแท้จริงด้วย

7. เวลา ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม (Time Resources and Environment) ก็ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน เวลาที่นับเป็นทรัพยากรที่สำคัญ อีกประการหนึ่งในขณะที่ต้นทุนของเวลา (Time Cost) มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากตามสภาพ เศรษฐกิจ-สังคม ก็ย่อมมีผลต่อสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากร เช่น ภาวะความเครียด เนื่องจากการเร่งรีบ การติดขัดของการจราจร การบีบรัดทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ซึ่งนี้ไม่พ้นที่จะส่ง ผลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน ในขณะที่เดียวกันความจำกัดในทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงในสภาพสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ก็อาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองทั้งในเชิงบวก เช่น ให้ความ สำคัญต่อการลดภาวะความเครียด โดยการออกกำลังกาย การทำสมาธิเพื่อลดความกระวนกระวาย ใจ ฯลฯ แต่ผลในเชิงลบก็อาจเกิดขึ้น เช่น การใช้ยาหรืออาหารบำรุงเกินความจำเป็น การใช้ สารเสพติด การเกิดอุบัติเหตุ ฯลฯ

#### **ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง**

แนวคิดเชิงทฤษฎี (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530 : 44-114) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองแนวความคิดเชิงทฤษฎีสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ได้แก่ แนวความคิด เชิงทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเยียวยา ซึ่งได้มีนักสังคมวิทยาการแพทย์และ นักมานุษยวิทยาการแพทย์มากมายที่ค้นคิดและนำเสนอแนวความคิดและทฤษฎีขึ้นมาอธิบายถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งการนำเสนอแนวความคิดทางด้านพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับ

การอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยละเอียด

1. พัฒนาการระยะแรก : นักสังคมวิทยาการแพทย์รุ่นบุกเบิก ประกอบด้วย พาร์สัน (Parson), เมคคาไนค (Mechanic), เฟรดสัน (Freidson)

1.1 แนวคิดเชิงทฤษฎีของพาร์สัน (Parson) : บทบาทคนป่วย

พาร์สันเป็นนักสังคมวิทยาคนแรกที่อธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขในกรอบแนวความคิดทางทฤษฎีสังคมวิทยาว่า การเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นเรื่องของกระบวนการทางชีววิทยาและสรีรวิทยาเท่านั้น หากยังเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมด้วย เมื่อบุคคลป่วยเขาจะพัฒนาบทบาททางสังคม ซึ่งประกอบด้วยบทบาทที่คาดหวังได้ทั่ว ๆ ไป 4 ลักษณะ กล่าวคือ 1) ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วย และการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเขา 2) ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ทําอยู่เป็นการชั่วคราว 3) ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ เพราะการเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่ไม่พึงปรารถนา 4) ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์ และร่วมมือจากแพทย์ เพื่อให้หายป่วยเร็วที่สุด

1.2 แนวความคิดของ เดวิด เมคคาไนค (David Mechanic)

แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ ๆ ได้แก่ การให้คำจำกัดความต่อความหมายของคำว่า พฤติกรรมอาการเจ็บป่วยและปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่มีอิทธิพลกำหนดความแตกต่างและลักษณะของพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยของบุคคล เขาเน้นว่าพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยเป็นทั้งปฏิกิริยาตอบสนอง อันเนื่องมาจากการเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นพฤติกรรมในลักษณะที่สะท้อนถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่ออิทธิพล หรือความยากลำบากของชีวิตที่มนุษย์กำลังเผชิญอยู่คือ สภาวะการเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งก็เช่นเดียวกับการอธิบายพฤติกรรมอื่น ๆ ของมนุษย์ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ของการต่อสู้และการปรับตัวต่อสภาพการณ์ของสิ่งมีชีวิต

เมคคาไนค (Mechanic :1968) ได้สรุปว่าความแตกต่างของพฤติกรรมอาการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ 10 ประการดังนี้

1) ลักษณะการมองเห็นได้ การตระหนักรู้ได้ และการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญ ๆ

ของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

๒) ลักษณะของการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติอันอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3) ระดับของอาการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อหรือรบกวนต่อการทำงาน หรือกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว

4) ความถี่และความคงอยู่ของอาการผิดปกตินั้น ๆ

5) ซีดความสามารถของบุคคลที่จะอดทน ต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

6) ลักษณะข้อมูล ประสบการณ์ความรู้ที่บุคคลมีอยู่ ตลอดจนลักษณะการศึกษา พื้นฐานทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนความเข้าใจต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคล

7) ลักษณะความจำเป็น หรือความต้องการขั้นพื้นฐานซึ่งนำไปสู่การปฏิเสธ การรับรู้อาการผิดปกติ เช่น กษัยโรคจิต โรคเรื้อน ถ้าตีความว่าป่วยด้วยโรคนี้ จะทำให้เกิดการ ตีตราและความรังเกียจจากสังคม

8) ระดับการให้ความสนใจ หรือให้ความสำคัญกับปัญหาความเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาอื่น ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่พร้อม ๆ กัน

9) ลักษณะการให้ความหมายของบุคคล ต่ออาการของโรคที่เกิดขึ้น โดยมีพื้นฐานจากการให้ความหมายของสังคมต่ออาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

10) การเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านค่าใช้จ่าย ระยะทาง ความสะดวก สบาย ระยะเวลาของการรักษา ด้านจิตวิทยา ได้แก่ การยอมรับในบริการการสูญเสียทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความละอาย การตีตราทางสังคม ความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง และความเห็นห่างทางสังคม อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านสภาพทางสังคม และวัฒนธรรม

### 1.3 แนวคิดของ เฟรดสัน (Freidson)

ได้เสนอแนวคิดที่ชัดเจนว่า พฤติกรรมตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของผู้ป่วย และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเองในการวินิจฉัยโรค การตัดสินใจและเลือกวิธีการรักษามีใช่เป็น

เรื่องของแพทย์ และพฤติกรรมการรักษาตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของวิธีการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ซึ่งจะมีความรู้ประสบการณ์การรักษาโรคต่าง ๆ ที่ผ่านมา

## 2. พัฒนาระยะที่ 2 ของแนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล :

ขั้นตอนการรักษาเชี่ยวชาญ

### 2.1 แนวคิดเชิงทฤษฎีของเ็ดวาร์ด ซัจแมน (Edward Suchman)

แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยตามที่ เมคคาโน (Mechanic) ได้ทำไว้ และเ็ดวาร์ดได้วิเคราะห์ และนำเสนอแบบแผนการค้นหาหรือแสวงหาบริการสาธารณสุขขึ้นโดยเริ่มแรกตั้งแต่กระบวนการของการรับรู้และตระหนักในการเจ็บป่วย จนกระทั่งถึงลักษณะที่การรักษาอยู่ในมือของแพทย์ ซึ่งมีอยู่ด้วยกันทั้งหมด 5 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนแสดงถึงลักษณะของกระบวนการตัดสินใจในการตีความอาการเจ็บป่วยและแสวงหาการรักษาเชี่ยวชาญดังรายละเอียดดังนี้

ตาราง 3 ขั้นตอนของพฤติกรรมการเจ็บป่วยตามแนวคิดของ เอ็ดเวิร์ด ซัจแมน (Edward Suchman)

ขั้นตอน	I	II	III	IV	V
	การประสบ กับโรคภัย	การยอมรับฐานะ การเจ็บป่วย	การรับการ รักษาเชี่ยวชาญ	บทบาทผู้ป่วย	การหายจาก โรคและการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ
การตัดสินใจ	บางสิ่งผิดปกติ	ลดถอนบทบาท ผิดปกติ	แสวงหาการ รักษาจากแพทย์	ยอมรับการ รักษาของแพทย์	ออกจากบทบาท ผู้ป่วย
พฤติกรรม	รักษาตนเอง หรือหาหมอ ที่บ้าน	แสวงหาคำรับรอง ในบทบาทการเจ็บ ป่วยจากสังคมและ ยังคงรักษาตนเอง หรือด้วยวิธีที่บ้าน ต่อไป	แสวงหาคำรับ รองในบทบาท ผู้ป่วยจากแพทย์ มีการต่อรองใน กระบวนการ การรักษา	เข้าร่วมใน กระบวนการ รักษาของแพทย์	สวมบทบาทปกติ

ที่มา : นิพนพัลย์ บริดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. การดูแลสุขภาพตนเอง : ศัพท์ทางสังคมวัฒนธรรม.

กรุงเทพฯ : 2530. หน้า 60.

1) ขั้นตอนการประสบกับโรคภัย (Symptom Experience)

ขั้นนี้เป็นกระบวนการแก้ไขสุขภาพ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมองเห็น หรือรับรู้ว่ามีบาง  
สิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับเขา การรับรู้รวมถึงความรู้สึกตัวในการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การ

เจ็บปวด อาการฟื้นแดง ตาลาย การประหม่นถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงการประหม่นระดับความรุนแรงและการตอบสนองทางอารมณ์ ดังนั้นการตอบสนองอาจเริ่มจากการปฏิเสธ การเจ็บป่วย ไปจนถึงการยอมรับว่าเขาป่วยและเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 คือการยอมรับฐานะการเจ็บป่วย ในระยะเวลาระหว่างขั้นตอนที่ 1 และ 2 อาจมีการชลอของการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากบุคคลนั้นไม่สามารถตัดสินใจว่าควรทำอะไรบ้าง ระหว่างนี้บุคคลอาจมีการรักษาตนเองเพื่อที่จะบรรเทาความเจ็บไข้และการทุกข์ทรมานได้บ้าง ซึ่งบางครั้งบุคคลจะประสบความสำเร็จ แต่บางครั้งอาการอาจทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

## 2) ขั้นตอนการยอมรับฐานะการเจ็บป่วย (Assumption of the Sick Role)

เมื่อมีอาการร้ายแรงยิ่งขึ้น บุคคลจะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 คือ แสดงบทบาทคนป่วย และพยายามแสวงหาสถานภาพการเจ็บป่วยที่ถูกต้องคือ ทำให้ความเจ็บป่วยของเขากลายเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม กล่าวคือในขั้นตอนนี้จะเกิดกระบวนการของการแสดงความคิดเห็น เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับผู้ป่วยจากคนอื่น ๆ รอบข้างว่าตนเป็นคนป่วยและเขาสามารถหลุดพ้นจากหน้าที่ปกติ ผู้ป่วยหลาย ๆ คนไปหาแพทย์โดยคำแนะนำของครอบครัวหรือเพื่อน ๆ บางคนอาจรักษาตนเองต่อไป บางคนไปซื้อหายากินเอง บางคนไปหาหมอเถื่อนหรือหมอไสยศาสตร์ โดยที่แต่ละคนก็พยายามแสวงหาวิธีรักษาเยียวยาที่แตกต่างกันออกไปถึงจุด ๆ หนึ่งที่อาการของโรคยังคงอยู่และรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ การตัดสินใจในการรักษาเยียวยาอย่างจริงจังจึงต้องมีขึ้นในที่สุด โดยเงื่อนไขที่สำคัญยิ่งยวดต่อการตัดสินใจในขั้นนี้ก็คือ ประสิทธิภาพของการรักษาแบบธรรมดาที่เขาเลือกใช้อยู่นั่นเอง

## 3) ขั้นตอนการรับการรักษาเยียวยา (Medical Care Contact)

เมื่อผู้ป่วยผลจากสถานภาพของระบบการดูแลโดยปู่ชนธรรมดา และเข้าสู่ระบบการแก้ไขและรักษาเยียวยาของแพทย์ เขากำลังมองหาการรับรองบทบาทการเจ็บป่วยของเขาจากผู้มีอำนาจโดยชอบธรรม เช่นเดียวกับการมองหาการรักษาเยียวยาที่มีประสิทธิภาพตลอดจนการมองหาคำอธิบายเกี่ยวกับโรคของเขา แม้ว่ารระดับของการอธิบายอาจเป็นเพียงการบ่งชี้จากแพทย์ว่าอาการนั้นไม่ได้ร้ายแรงอะไรนักหนาจนกระทั่งถึงอาการที่ร้ายแรงมาก และมีการอธิบายอย่าง

ละเหยียดถึงสาเหตุ ขั้นตอนและผลลัพธ์ของโรค

#### 4) ขั้นตอนบทบาทผู้ป่วย (Dependent-Patient Role Stage)

เมื่อถึงขั้นตอนที่มีการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเยียวยา บุคคลนั้นจะกลายเป็นคนไข้ ในขณะที่บุคคลสวมบทบาทผู้ป่วยจะมีลักษณะของการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แม้กระทั่งมีลักษณะกลับเข้าสู่วัยเด็กและต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น ๆ รวมทั้งแพทย์และพยาบาล

ในขั้นตอนนี้อาจเกิดปัญหาขึ้นในความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับคนไข้ กล่าวคือเกิดช่องว่างทางการสื่อสารและปัญหาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ฝ่าย อันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ปัญหาของช่องว่างทางสังคมและจิตวิทยา ตลอดจนความแตกต่างกันในการให้ความหมายการเจ็บป่วยรูปแบบการรักษา

#### 5) ขั้นตอนการหายจากโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery and Rehabilitation)

เป็นขั้นตอนของพฤติกรรมกรเจ็บป่วยที่ดำเนินไปจนบรรลุถึงขั้นตอนของการเคลื่อนไหวสู่สภาวะที่อาการเจ็บป่วย และการทรมานทุกข์ทรมานหายไป และบุคคลกลับเข้าสู่การมีกิจกรรมที่เป็นปกติวิสัย ซึ่งอาจจะเป็นไปอย่างช้า ๆ หรือหายป่วยอย่างรวดเร็วก็ได้ บุคคลจะมีความรู้สึกพอใจที่กลับเข้าสู่สภาพปกติอีกครั้งหนึ่งโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ทั้งนี้บางรายอาจต้องการเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อทำงานให้มีประสิทธิภาพเช่นเดิม และมีบางรายไม่สามารถละทิ้งบทบาทของการเจ็บป่วยได้อย่างเด็ดขาดจะกลายเป็นคนไข้เรื้อรัง หรือคนพิการซึ่งต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม

แนวคิดนี้มีไว้ที่จะสามารถอธิบายความเจ็บป่วยในทุกกรณีบุคคลได้ กล่าวคือ บุคคลที่เจ็บป่วยทุกคนไม่จำเป็นต้องมีทุก ๆ ขั้นตอน บุคคลอาจกระโดดข้ามจากขั้นตอนที่ 1 (การประสพกับโรคร้าย) ไปเป็นขั้นตอนที่ 4 (บทบาทคนไข้) เลย หรือบางคนมีเพียงขั้นตอนที่ 1 และ 2 เท่านั้น และระยะเวลาของแต่ละขั้นตอนก็ไม่เท่ากัน ระยะเวลาของขั้นตอนที่ 1 คือการตัดสินใจว่า เขาป่วยหรือไม่นั้นไม่ได้ขึ้นกับระดับความรุนแรง ประเด็นสำคัญจากแนวความคิดทฤษฎีนี้ได้อธิบายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองค่อนข้างชัดเจน

## 2.2 แนวความคิดในเชิงทฤษฎีของ ฟาเบรกา (Fabrega)

แนวความคิดเชิงทฤษฎีที่วิเคราะห์ขั้นตอนพฤติกรรมการเจ็บป่วย โดยมีพื้นฐานวิธีคิดว่าบุคคลย่อมมีเหตุผลในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งลงไป และพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของกระบวนการตัดสินใจของบุคคลที่มีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ 1) เกิดความตระหนัก (Recognition) ในสภาวะผิดปกติทางชีววิทยา (Biologic Stage) โดยที่สังคมจะมีส่วนที่ข้อสังเกตเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้น (Social Stage) 2) เกิดกระบวนการตีความแปลความหมายจากข้อมูล ประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สะสมไว้ในอดีตจากกระบวนการสังคมนิยม (Phenomenologic Stage) 3) จากกระบวนการรวบรวมข้อมูลของบุคคลไว้ในระบบความจำ (Memory Stage) ทำให้บุคคลจัดประเภทของอาการผิดปกตินั้นไว้ในประเภทการเจ็บป่วย (Illness Category) ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นไปตามแนวความคิดของสามัญชนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง (Lay Conception of Illness) 4) ผลจากกระบวนการตีความดังกล่าวทำให้บุคคลสามารถประเมินจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับเกี่ยวกับแหล่งและวิธีการรักษาและทำการตัดสินใจว่าควรมีพฤติกรรม (Action) อย่างใดในที่สุด จากคำอธิบายเกี่ยวกับกลไกของกระบวนการตัดสินใจของบุคคลต่อสภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตน ได้นำเสนอขั้นตอนการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย ดังนี้

1) ขั้นตอนการตระหนัก และการตีตราความเจ็บป่วย (Recognition and Labelling of Illness)

เป็นสภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระบบทางชีววิทยาและทางความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีอยู่ ซึ่งบุคคลจะเกิดกระบวนการตีความแปลความหมาย เกี่ยวกับสภาวะผิดปกตินั้น ๆ โดยข้อมูลที่สะสมไว้จากระบบความจำ ทำให้เกิดการจัดประเภทของความผิดปกตินั้นว่า ตรงกับประเภทใดของความเจ็บป่วย กล่าวโดยง่าย ๆ ก็คือ เมื่อบุคคลตระหนักถึงภาวะของร่างกายที่เบี่ยงเบนหรือผิดปกติออกไยจากที่เคยเป็นหรือจากคนอื่น ๆ รอบข้างบุคคลจะตัดสินใจว่าตนอยู่ในภาวะไม่สบาย ซึ่งบุคคลยังได้รับการประเมินจากบุคคลอื่น ๆ ว่า เขาเป็นคนป่วยและพยายามชักจูงบุคคลนั้น ๆ ให้

ทาวีธีการมาบรรเทาอาการไม่สบายนั้นเสีย

2) ขั้นตอนการเกิดขึ้นของค่านิยมในเชิงลบต่อการเจ็บป่วย (Illness Disvalues)

ทุกครั้งประสบกับภาวะเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะเข้าสู่กระบวนการประเมินตัวเองเกี่ยวกับความหมาย และความสำคัญของการเจ็บป่วย ในการประเมินนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลจากค่านิยมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากเขาย่อมเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งครั้งและทุกครั้งของการเจ็บป่วยก็เป็นประสบการณ์ในทางลบของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นภาวะของการเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ความพิการและความไม่สบายหรือการอุทรมึงเกี่ยวเฉียดฉันท้จากสังคม

3) ขั้นตอนการวางแผนการรักษา (Treatment Plan)

เป็นที่เชื่อว่า บุคคลทุกคนมีทางเลือกของการรักษาเยียวยาอาการเจ็บป่วยของตนอยู่หลาย ๆ ทางด้วยกัน ซึ่งอาจมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการเจ็บป่วยของเขาให้หายได้จริง อาทิ การรักษาตนเอง การงดหรือกินอาหารบางชนิด การใช้ยาสมุนไพร การขอคำแนะนำจากสมาชิกในครัวเรือน เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน คนขายยาหรือแพทย์ และเขาจะเลือกแหล่งการรักษาใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับประเมินถึงประสิทธิภาพของวิธีการรักษากับความเหมาะสมของคนป่วยในสภาวะของการเจ็บป่วยในครั้งนั้น ๆ

4) ขั้นตอนการประเมินผลของการรักษา (Assessment of Treatment Plans)

บุคคลทุกคนย่อมสามารถประเมินถึงความเป็นไปได้ของผลการรักษาเยียวยาว่า จะสัมฤทธิ์ผลในการรักษาให้กลับสู่ภาวะปกติหรือผลการรักษาครั้งนั้นจะกลายเป็นสภาพการณ์ที่สร้างค่านิยมเชิงลบ อันหมายถึง สภาวะความทุกข์ทรมานและการเสี่ยงต่อความพิการหรือตายได้ ในขั้นตอนนี้ระบบความจำของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีต ทั้งที่เป็นประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อมจะช่วยในการประเมินผลการรักษาในครั้งนั้น ๆ

5) ขั้นตอนการประเมินผลประโยชน์ของการรักษา (Treatment Benefit)

ในขั้นตอนนี้บุคคลจะประเมินถึงผลประโยชน์ที่ตนจะได้จากวิธีการรักษาที่ตนเชื่ออยู่ว่า

สามารถจัดซึ่งความเจ็บป่วย หรือสภาวะทรมานของคนที่ได้หรือไม่

6) ขั้นตอนการประเมินถึงค่าใช้จ่ายของวิธีการรักษา (Treatment Cost)

ในขั้นตอนต่อไปบุคคลจะประเมินถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการรักษาที่เขาเลือก เช่น การสูญเสียเงิน เวลา ความสามารถควบคุมตนเอง ค่าใช้จ่ายในแต่ละวิธีการรักษาที่แตกต่างกันในตามระยะเวลาที่ป่วยของช่วงปี ทรัพยากรที่มีอยู่ของบุคคล ปัจจัยทางด้านสังคมอื่น ๆ

7) ขั้นตอนการประเมินถึงผลประโยชน์สุทธิ (Net Benefit or Utility)

ในขั้นตอนนี้บุคคลจะนำค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากวิธีการรักษานั้น ๆ มาลบออกจากประโยชน์ หรือผลได้ที่บุคคลได้รับจากวิธีการรักษานั้น ๆ ก็จะทราบถึงผลประโยชน์สุทธิที่หักลบจากค่าใช้จ่ายของวิธีการรักษาต่าง ๆ

6) ขั้นตอนของการเริ่มต้นใหม่ (Set up for Recycling)

ผลลัพธ์ของขั้นตอนที่ 8 ได้ทำให้เกิดข้อมูลใหม่สะสมไว้ในตัวบุคคลอีกครั้ง และขั้นตอนที่ 1 อาจเริ่มต้นขึ้นอีกเมื่อโดยระบบความจำของบุคคลทำหน้าที่ให้ข้อมูลเพื่อการเริ่มต้นใหม่และการประเมินการตัดสินใจใหม่อีกในครั้งต่อไป

กล่าวโดยสรุป แนวความคิดเชิงทฤษฎีนี้ให้ทัศนะที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการติดตามพฤติกรรมว่าคนป่วยตัดสินใจอย่างไร ท่ามกลางบุคคลล้อมรอบที่ทราบถึงแหล่งบริการต่าง ๆ และให้คำอธิบายว่าผู้ป่วยเคลื่อนย้ายจากแหล่งรักษาแหล่งหนึ่งไปยังอีกแหล่งหนึ่งได้อย่างไร

2.3 แนวคิดเชิงทฤษฎีของ ไอกันด์ (Igun)

ยู เอ ไอกันด์ (U.A. Igun) นักสังคมวิทยาการแพทย์ที่สาคัญได้เสนอแนวความคิดเชิงทฤษฎีว่าด้วยขั้นตอนในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัย : แบบจำลองในเชิงการอธิบาย (Stage in Health Seeking : A Descriptive Model) พฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 11 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- 1) ขั้นตอนการตระหนักในอาการหรือประสบกับอาการปกติ (Symptom Experience)
- 2) ขั้นตอนการรักษาตนเอง (Self-treatment)

- 3) ขั้นตอนการสอบถามอาการผิดปกติจากบุคคลสำคัญ (Communication to Significant Others)
- 4) ขั้นตอนการประเมินผลอาการ (Assessment of Symptoms)
- 5) ขั้นตอนการเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย (Assumption of the Sick Role)
- 6) ขั้นตอนการแสดงความห่วงใยจากญาติ (Expression of Concern)
- 7) ขั้นตอนการประเมินแหล่งรักษาที่เหมาะสม (Assessment of the Probable Efficacy or Appropriateness of Sources of Treatment)
- 8) ขั้นตอนในการเลือกแหล่งรักษา (Selection of Treatment Plan)
- 9) ขั้นตอนการรักษา (Treatment)
- 10) ขั้นตอนการประเมินผลการรักษา (Assessment of the Effect of Treatment Symptoms)
- 11) ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery and Rehabilitation)

อาจกล่าวได้ว่า แบบจำลองนี้ได้ให้แนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองอย่างชัดเจน

### 3. พัฒนาการระยะที่ 3 : การแพทย์พื้นบ้าน (An Ethnomedical Model)

แนวความคิดเชิงทฤษฎีของนักคิดในแนวนี้ จึงมักเริ่มต้นด้วยการศึกษาวิจัยรวบรวมข้อมูลก่อน แล้วจึงสร้างแบบจำลองทางทฤษฎีขึ้น

#### 3.1 แนวความคิดเชิงทฤษฎีของ เจม ซี ยิง (Jame C. Young)

เจม ซี ยิง (Jame C. Young) เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์คนสำคัญคนหนึ่งที่ได้สร้างแบบจำลองในการอธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขในระบบสังคมที่มีแหล่ง หรือวิธีการรักษาให้เลือกหลาย ๆ แหล่งที่เรียกกันว่า ระบบการแพทย์แบบพหุ

แบบจำลองของ ยิง (Young) ซึ่งเขาให้ชื่อว่า The Health Care Choice

Making Model นั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยหรือตัวกำหนดสำคัญ ๓ ประการคือ

1) การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Gravity or Perceived Seriousness of Illness)

เมื่อบุคคลป่วยบุคคลจะพิจารณาประเภทของการเจ็บป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งนั้น แล้วใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้เป็น องค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่ง/วิธีการรักษาใด ๆ ทั้งนี้บุคคลนั้นจะคำนึงถึงความคิดเป็นส่วนใหญ่ในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงของตนด้วย

2) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน หรือการเยียวยาตนเอง (Knowledge of Home Remedy)

ตัวกำหนดนี้ ได้แก่ ความรู้ของบุคคลในการรักษาตนเองสำหรับการเจ็บป่วยนั้น ๆ ถ้าบุคคลรู้ถึงวิธีการเยียวยาตนเองหรือการเยียวยาแบบพื้นบ้าน (ตามระบบของสามัญชน) ประกอบกับรับรู้ว่า อาการนั้นไม่มีระดับรุนแรง เขามักจะเลือกรักษาเยียวยาตนเองตามระบบของสามัญชน แต่ถ้าเขาไม่รู้จักรีวิธีการรักษาเยียวยาตามแบบแผนนี้ เขามักเลือกใช้วิธีการรักษาตามระบบการแพทย์ตะวันตก หรือถ้าวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการรักษาตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาความป่วยไข้ของเขา ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านได้ บุคคลจะมีแนวโน้มเลือกใช้แหล่งการรักษาในระบบการแพทย์ตะวันตก

3) ความเชื่อในผลของวิธีการรักษา (Faith or Perceived Benefit of Taking Action)

ปัจจัยพื้นฐานสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ความเชื่อของบุคคลในผลของวิธีการรักษานั้น ๆ ว่า สามารถทำให้หายขาดได้จริง ซึ่งความเชื่อนี้จะสัมพันธ์กับทางเลือกต่าง ๆ ของการรักษาพยาบาล กล่าวคือ บุคคลย่อมเลือกแบบแผน/วิธีการรักษาเยียวยาตามความเชื่อ ศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้น ๆ อย่างไรก็ตามโดยส่วนใหญ่แล้วการรักษาแบบแผนตะวันตกมิได้รับการยกย่องว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด ในขณะที่ถือว่าการรักษาตนเองมีประสิทธิภาพต่ำที่สุด

#### 4) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)

องค์ประกอบอีกประการหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดทางเลือกของแหล่งบริการ ได้แก่ การเข้าถึงในบริการด้านต่าง ๆ อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการนั้น ๆ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการจากแหล่งบริการนั้น ๆ และความเพียงพอ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ สาธารณชนชนิดต่าง ๆ เช่น ในชุมชนที่คนไข้อาศัยอยู่มีโรงพยาบาลหรือแพทย์พอเพียง หรืออยู่ใกล้พอที่ชาวบ้านจะไปหาได้สะดวกหรือไม่ หากในชุมชนนั้น ๆ มีหมอพื้นบ้านและหมอฉีดยาอยู่หลาย ๆ ที่เรียกหาได้ง่าย ย่อมมีแนวโน้มที่คนไข้จะเลือกหมอฉีดยามากกว่าไปโรงพยาบาล นอกจากนั้น บุคคลจะประเมินถึงค่าใช้จ่ายที่ตนจะมีพอเพียงที่จะจ่ายให้กับบริการนั้น ๆ ด้วย เหล่านี้ล้วนสัมพันธ์กับทางเลือกของแหล่ง หรือชนิดการรักษาของบุคคลทั้งสิ้น

กล่าวโดยสรุปแบบจำลองของ ยัง (Young) นี้สร้างขึ้นเพื่อทำนายหรืออธิบายว่ามีการใช้ บริการทางการแพทย์แบบตะวันตก สำหรับการเจ็บป่วยของชาวชนบทหรือไม่ ถ้าใช้มีการใช้ในระดั บใด และประการสำคัญแบบจำลองนี้ ยังอธิบายว่า ทำไมประชาชนถึงเลือกใช้แหล่ง/วิธีการรักษา ชนิดนั้น ๆ โดยการตีความตามวิถีคิดของผู้ป่วยเอง โดยอีกทั้งสามารถนำเสนอปัจจัยที่กำหนดการ เลือกใช้แหล่ง/วิธีการรักษาชนิดต่าง ๆ อย่างชัดเจนพร้อมระบุลำดับความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ด้วย

#### 3.2 แนวความคิดเชิงทฤษฎีของ เอ็น ไอ คริสแมน (N.I. Chrisman)

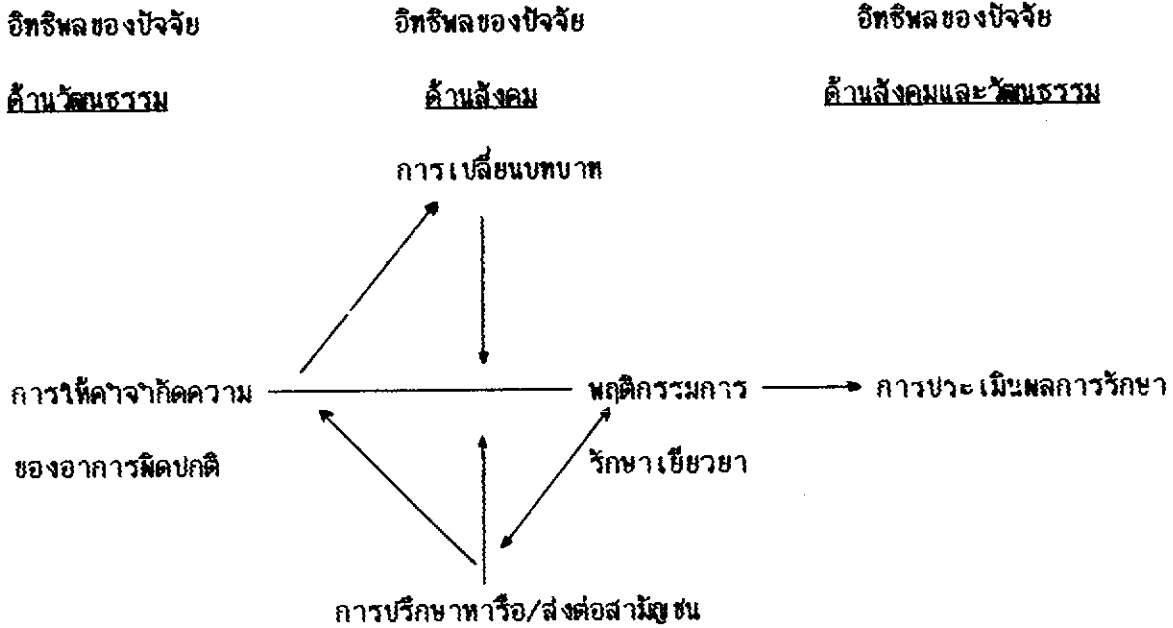
การเจ็บป่วยของบุคคลในครั้งหนึ่ง ๆ (Illness Episodes) ในแนวความคิดของ คริสแมน (Chrisman) ประกอบด้วย

- 1) การประเมินปัญหาหรือการให้คำจำกัดความกับอาการผิดปกติ
- 2) พฤติกรรมการรักษาเยียวยาเพื่อการแก้ปัญหา
- 3) การประเมินผลพฤติกรรมการรักษาเยียวยาครั้งนั้น
- 4) การเปลี่ยนแปลงบทบาทซึ่งเป็นบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน อันมีผลเนื่อง

มาจากการเจ็บป่วย

- 5) การปรึกษาหารือกับสมาชิกคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย และมีคำแนะนำหรือ

การส่งต่อโดยสามัญชน หรือคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย



ภาพประกอบ 1 กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาของ เอ็น ไอ คริสแมน (N.I.Chrisman)

ที่มา : พิมพ์วัลย์ บรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. การดูแลสุขภาพตนเอง : ศักยภาพสังคมวัฒนธรรม.  
 กรุงเทพฯ : 2530. หน้า 85.

ในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง ๆ กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาไม่จำเป็นต้องหยุดอยู่เพียง 5 ขั้นตอนเท่านั้น แต่ในระหว่างการเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งสามารถมีการกลับคืนซ้ำของกระบวนการทั้งหมดได้อีกเมื่อผู้ป่วย และบุคคลอื่น ๆ ที่เขาสัมพันธ์ด้วยได้ข้อมูลใหม่ ๆ มาเพิ่มเติม

1) ขั้นตอนการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับอาการผิดปกติ (Symptom Definition)

ขั้นตอนแรกของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ การให้ความหมายหรือคำจำกัดความต่ออาการผิดปกติว่าอาการเป็นการเจ็บป่วยหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างที่มาเยี่ยมเยียนจะประเมินว่าบุคคลนั้นป่วยหรือไม่ตามความหมายทางวัฒนธรรม ซึ่งได้

มาจากกระบวนการสังคมกรรม หรือกระบวนการอบรมถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ มาจากอดีต

ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างจะช่วยประ เหม็นถึงสาเหตุของโรค ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคจะมีบทบาทสำคัญในการอธิบายสาเหตุของโรค ความเชื่อดังกล่าวมิได้หลายลักษณะ เช่น

1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ การเกิดโรคบนพื้นฐานทฤษฎีความสมดุลย์ของร่างกาย อันได้แก่ ความสมดุลย์และธาตุร้อนเย็นในร่างกาย ตัวอย่างเช่น เราเชื่อว่าเราออกไปข้างนอกบ้านทั้ง ๆ ที่ผมเปียกจึงเป็นหวัด

1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคบนพื้นฐานของสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ ตัวอย่างเช่น ในชนบทภาคอีสานของไทยเชื่อว่า การตายของทารกแรกเกิดสืบเนื่องมาจากผี ความเป็นจริงแล้วเด็กตายด้วยโรคบาดทะยัก โดยติดเชื้อจากวัตถุไม่สะอาดที่หมอดำยาใช้ในการทาคลอด

1.3 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคบนพื้นฐานทฤษฎีเชื้อโรค เช่น เชื่อว่าเด็กท้องร่วง เพราะกินอาหารสกปรก หรืออาหารที่ตกลงดินที่มีเชื้อโรคหรือแมลงวันตอม

1.4 ความเชื่อบนพื้นฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่น เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค เช่น เชื่อว่าเด็กทารกท้องเดินเนื่องจากเด็กเปลี่ยนท่า เปลี่ยนยี่ห้อนม หรือแม่กินของหมักดอง

## 2) ขั้นตอนการปรึกษาหารือกับสามัญชน (Lay Consultation)

ภายหลังการตีความอาการผิดปกติแล้ว ขั้นตอนที่จะดำเนินต่อไปได้แก่ การปรึกษาหารือกับบุคคลรอบข้างที่เขาสัมพันธ์ด้วยหรือเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย คริสแมน (Chrisman) ย้ำว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ ซึ่งจะต้องถูกจัดรูปแบบพฤติกรรมใด ๆ ที่เกิดขึ้น ย่อมได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นภายในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย มานุษยวิทยาใช้คำว่า เครือข่ายทางสังคมอันได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยา ปู่ย่า ตายาย เพื่อนบ้าน ชุมชน ฯลฯ เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริง ๆ และช่วยประเมินว่าเป็นโรคอะไร มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากสิ่งใด และจะจัดการปัญหาเจ็บป่วยนั้นอย่างไร

3) ขั้นตอนของพฤติกรรมการรักษาเยียวยา (Treatment Action) ขั้นตอนนี้สามารถแยกออกเป็น 2 ส่วน

### 3.1 แหล่งบริการรักษาเยียวยา ซึ่งแยกออกเป็น

- 1) แหล่งบริการที่เป็นทางการหรือโดยวิชาชีพแพทย์ ได้แก่ แพทย์ โรงพยาบาล
- 2) แหล่งบริการที่เป็นลักษณะกึ่งวิชาชีพ ได้แก่ เกษีชกร พดุงครวัก
- 3) หมอพื้นบ้านต่าง ๆ เช่น หมอไสยศาสตร์ หมอสมุนไพร หมอกระดูก

หมอพระ

- 4) การปรึกษาหารือกับสมาชิกอื่น ๆ
- 5) การรักษาตนเอง

### 3.2 ชนิดของการรักษาเยียวยา ได้แก่

- 1) การทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การนอนพักผ่อน

อาบน้ำอุ่น ฯลฯ

- 2) การรักษาทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การกินยา ฯลฯ
- 3) พฤติกรรมบนพื้นฐานของพิธีกรรมหรือการชูดศุย เช่น ไปทาหมอมี่ หรือ

จิตแพทย์

- 4) การรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น การผ่าตัด ฯลฯ

#### 4) ขั้นตอนของการประเมินผล (Adherence and Evaluation)

บุคคลและเครือข่ายทางสังคมมีการประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเกณฑ์การ

ประเมินผลดังนี้คือ

- 4.1 สภาวะของการมีสุขภาพอนามัยดีขึ้นกลับคืนมาหรือยัง ?
- 4.2 อาการผิดปกตินั้นๆ เลาลง หรือหายไปตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมหรือไม่ ?
- 4.3 การประเมินผลของผู้ป่วยบนพื้นฐานของลักษณะความสัมพันธ์ และความผูกพัน

เอาใจใส่ของผู้ให้การรักษาที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเข้ามามีส่วนกำหนดให้ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของเขา ประเมินว่าจะยังคงรักษากับหมอนั้นต่อไปหรือไม่

### 3.3 แนวความคิดเชิงทฤษฎีของโคลน์แมน (Kleinman) ระบบบริการสาธารณสุข

## เปรียบเทียบระบบวัฒนธรรม (Health Care System as a Cultural System)

แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับ พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยมีพัฒนาการมาจนถึงแนวความคิดที่สำคัญของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่สำคัญอีกคนหนึ่งคือ ไคลน์แมน (Kleinman) ซึ่งมีแนวความคิดที่สำคัญคือ มองระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังคมว่า เปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้น ทั้งนี้เพราะปรากฏการณ์ของโรคภัย

ดังนั้น ทิศนะทางการแพทย์พื้นบ้านเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วยก็คือ

1. การรักษาเยียวยาเกิดขึ้นภายในระบบการแพทย์ของสามัญชนมากกว่าในระบบการแพทย์ที่เป็นทางการ กล่าวคือ การปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติกันภายในครอบครัวและสมาชิกในสังคมของผู้ป่วย
2. การเยียวยารักษาตนเอง เป็นพื้นฐานของประชาชนมากกว่าการไปพบแพทย์ทันทีเมื่อเจ็บป่วย
3. ปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยทั้งรูปแบบของการเจ็บป่วย และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้รับอิทธิพลจากกระบวนการทางวัฒนธรรม

ระบบบริการสาธารณสุขของสังคมหนึ่ง ๆ หมายถึง ระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบด้วยระบบต่าง ๆ 3 ระบบย่อยด้วยกัน ได้แก่

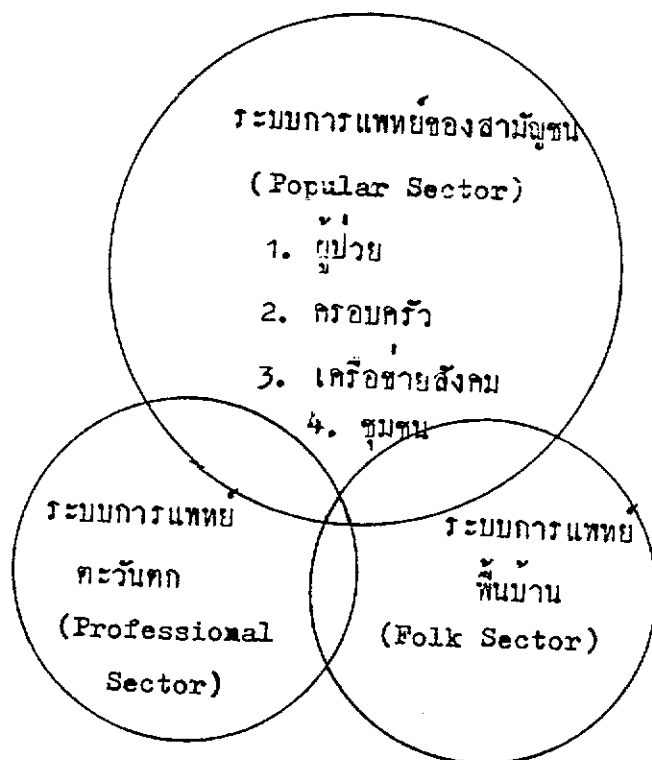
- 1) ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector) อันเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด
- 2) ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional Health Sector)
- 3) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Care)

ภายในระบบการแพทย์ของสามัญชนนี้ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ 4 ระดับคือ

- 1) ผู้ป่วย 2) ครอบครัวผู้ป่วย 3) เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูงในที่ทำงาน 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน

ไคลน์แมน (Kleinman) ได้เสนอแบบจำลองที่อธิบายระบบบริการสาธารณสุข ดังในภาพประกอบ 2

การปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค ตลอดจนการรักษาเยียวยาได้รับการจัดการจากคนป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมที่เขาสัมพันธ์ด้วย



ภาพประกอบ 2 แบบจำลองระบบบริการสาธารณสุขท้องถิ่นของ ไคลน์แมน (Kleinman)

ที่มา : หิมพัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. ภาวะดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม.

กรุงเทพฯ : 2530. หน้า 96.

กล่าวโดยสรุปพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยและการใช้บริการสาธารณสุขของคนในสังคมหนึ่ง ๆ เป็นบทบาทของคนป่วยและสมาชิกในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นภายในระบบการแพทย์สามัญชนมากกว่าระบบการแพทย์ของรัฐที่เป็นแบบตะวันตก ทั้งนี้

โดยผู้ป่วยและเครือข่ายสังคมจะตีความสาเหตุของอาการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ และเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการ หรือแหล่งรักษาเยียวยา

### 3.4 แนวความคิดเชิงทฤษฎีของ แอนโกลโล เอ อลอนโซ (Angolo A. Alonzo)

: ปัจจัยด้านสถานภาพ (Alonzo, 1979 : 397-404)

แนวความคิดเชิงทฤษฎีที่สำคัญต่อการอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยตรง รวมทั้งส่งเสริมเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการรักษาตนเองอีกอันหนึ่ง ได้แก่ แนวความคิดของปัจจัยด้านสถานภาพของนักสังคมวิทยาชื่อ แอนโกลโล เอ อลอนโซ (Angolo A. Alonzo) ซึ่งได้เสนอแนวความคิดดังกล่าวขึ้นเมื่อไม่นานมานี้

ข้อสรุปประการสำคัญของแนวความคิดนี้คือ การเจ็บป่วยใช้เจ็บเกิดขึ้นในทุกสังคม การตอบสนองของชุมชนต่อโรคภัยไข้เจ็บจึงออกมาในรูปของการจัดระเบียบทางสังคม ทำให้เกิดระบบวัฒนธรรมย่อย ๆ หรือระบบวัฒนธรรมพิเศษเรียกว่า ระบบบริการสาธารณสุข การมองระบบการแพทย์และสาธารณสุขเป็นระบบวัฒนธรรมคือ การมองระบบสาธารณสุขเป็นระบบความหมายทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ซึ่งรวมถึงแต่การเจ็บป่วย การตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานซึ่งใช้เกี่ยวกับการประเมินทางเลือกแหล่ง หรือวิธีการรักษาและการประเมินผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษา เยียวยาและสุขภาพอนามัย ตลอดจนสภาพทางสังคมที่ถูกต้องของการเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนี้รวมเรียกว่า ระบบสาธารณสุขซึ่งจะแยกไม่ออกจากอิทธิพลของวัฒนธรรม

แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยด้านสถานภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วยมีประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

1. ความหมายของความเป็นจริงของสภาวะทางสรีรวิทยาและชีววิทยา
2. ความหมายของสถานภาพทางสังคม
3. แนวความคิดของการเกี่ยวข้อง

4. สภาพะของการอดทนต่ออาการ
5. ชนิดของสถานการณ์
6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอดทนต่ออาการเจ็บป่วย
1. ความเป็นจริงของสภาวะทางสรีรวิทยาและชีววิทยา

การเจ็บป่วยเป็นความจริงอันหนึ่ง ที่เหมือนกับความเป็นจริงอื่น ๆ หรือสถานการณ์ทางสังคมอื่น ๆ ซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกทางสรีรวิทยาและชีววิทยากับกระบวนการของการตีความ ให้ความหมายและประเมินผล ความรู้สึกดังกล่าวนี้ถูกตีความหมาย โดยเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมว่า ความรู้สึกผิดปกติทางสรีรวิทยาหรือชีววิทยาเหล่านี้คือ อาการเจ็บป่วยหรือไม่ และควรจะแสดงออกหรือไม่อย่างไร ซึ่งประสบการณ์เดิมเหล่านั้นมีปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านสถานการณ์มากำหนดหรือมีอิทธิพลอีกด้วย

### 2. สถานการณ์ทางสังคม

สถานการณ์และโอกาสทางสังคม ซึ่งถูกตีความหมายว่า เป็นเงื่อนไขจำเป็นสำหรับพฤติกรรมมนุษย์ มนุษย์ทุก ๆ คนเป็นผู้สร้างสถานการณ์ขึ้น แต่ขณะเดียวกันมนุษย์ก็ต้องเผชิญและต่อรองกับสถานการณ์ที่มนุษย์สร้างขึ้นเอง คือ มนุษย์เป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ แต่ขณะเดียวกันอาจเป็นผู้ที่ถูกสถานการณ์ควบคุมในลักษณะที่มีความหมายและอยู่ในกรอบของบรรทัดฐาน ของสังคม

### 3. แนวความคิดของบทบาทการเกี่ยวข้อง

ความหมายของคำว่า "การเกี่ยวข้อง" หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะให้ หรือ ละเว้นจากการให้ความสนใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ เขายังกล่าวต่อไปว่า การเกี่ยวข้องอาจแตกต่างกันไปตามโอกาสต่าง ๆ แต่สิ่งที่แตกต่างกันจริง คือ "ความเคร่งครัด" หรือ "หละหลวม" ของสถานการณ์ สถานการณ์ที่เคร่งครัด หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลมีหน้าที่และความยุ่งยากต่าง ๆ หลาย ๆ อย่าง ขณะที่สถานการณ์ที่หละหลวมหมายถึง สภาวะการณ์ที่ปราศจากอุปสรรค ปัญหา สิ่งกีดขวางหรือความยุ่งยากใด ๆ การที่บุคคลมีการเกี่ยวข้อง หมายความว่า การที่บุคคลแสดงตนว่า เขาอยู่ในการแสดง เขาร่วมอยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแล้วแต่สถานการณ์นั้น ๆ จะพาไป

#### 4. สภาวะของการอดทนต่ออาการ

ไม่ว่าจะเป็นอาการผิดปกติเพียงบางส่วน ของสรีระ การเจ็บป่วยหรือการมีส่วนร่วมภายใน สถานการณ์หนึ่ง ๆ สิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนการเกี่ยวข้องกับเพียงส่วนหนึ่งและอาจได้รับการอดทนไว้ สภาวะของการอดทนต่ออาการในลักษณะต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการกดอาการผิดปกติไว้ การไม่สนใจ อาการผิดปกติของร่างกายหรือการให้ความสนใจต่ออาการผิดปกติอย่างจริงจัง สิ่งเหล่านี้สามารถ เข้าใจได้โดยพิจารณาควบคู่ไปกับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทการเกี่ยวข้อง และการเรียกร้องในบทบาทและหน้าที่ของบุคคลภายในสถานการณ์ สภาวะต่อการอดทนต่ออาการเกี่ยวข้อง ยัง คงรักษาการเกี่ยวข้องในสถานการณ์ในระดับที่เหมาะสม สถานการณ์บางอย่างก็เปิดโอกาสให้บุคคล มีสภาวะการอดทนต่ออาการเจ็บป่วยได้ต่ำ ขณะที่หลาย ๆ สถานการณ์ก็เปิดโอกาสให้บุคคลต้องมีขีดสภาวะการอดทนต่ออาการผิดปกติที่สูง เข้าไว้

#### 5. ชนิดของสถานการณ์

ชนิดของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลสามารถอดทนต่ออาการผิดปกติได้ต่าง ๆ กันมีดังนี้

5.1 สถานการณ์ประจำวันที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด ซึ่งบุคคลถูกคาดหวังว่าจะไม่มีการ แสดงออกซึ่งอาการเจ็บป่วย หรือผิดปกติต่าง ๆ เช่น อาการของความเครียด อาการของการถูก สำนึกต่าง ๆ อาการผิดปกติต่าง ๆ เหล่านี้จะถูกกดหรืออดทนไว้ในลักษณะของการเกี่ยวข้องเพียง ส่วนหนึ่ง ภายในลักษณะการเกี่ยวข้องของสถานการณ์ เช่น การอ่านหนังสือ และการซื้อขายของ

5.2 สถานการณ์ซึ่งทำให้เกิดแนวโน้มของการเกิดอาการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ ขึ้นในขนาดอันใกล้ ดังนั้นมีการคาดหวังว่า การเข้าร่วมในสถานการณ์จะมีผลกระทบต่อสภาพ ร่างกายของบุคคล และเนื่องจากมีการฝึกฝนให้มีการป้องกัน และอดทนต่ออาการผิดปกติ ดังนั้น บุคคลมักจะเพิ่มความอดทนต่ออาการเจ็บปวดในสถานการณ์นั้นสูงกว่าสถานการณ์ประเภทที่ 1 แต่มี แนวโน้มจะตอบสนองอย่างไม่อดกลั้นต่ออาการเจ็บป่วยอย่างง่ายตายภายหลังจากสถานการณ์นั้น ๆ ผ่านเลยไป เช่น การแข่งกีฬา การทำงานในสถานที่ ๆ เสียงภัยสูง สภาวะการณ์ของช่วงที่มีภาระ การงานหนักมาก ๆ

5.3 สถานการณ์ที่สาม เป็นสถานการณ์ซึ่งสามารถอธิบายบนพื้นฐานที่ว่า ชีวิตทางสังคมของบุคคลไม่บีบคั้นมากจนทำให้บุคคลไม่สามารถมีช่วงเวลาอิสระ หรือหยุดพักจากการกระทำตามหน้าที่

5.4 สถานการณ์ที่สี่ เรียกว่าสถานการณ์ของการวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยและการรักษาเยี่ยวยา ซึ่งได้แก่ สถานการณ์ที่บุคคลให้ความสนใจหลักต่อปัญหาเจ็บไข้ได้ป่วยของตน และบุคคลไม่สามารถอดกลั้นต่อการเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อีก บุคคลจำเป็นต้องจัดการแก้ไขกับปัญหาเจ็บไข้ได้ป่วยภายใต้สถานการณ์ประจำวันของเขาในที่สุด การจัดการดังกล่าวเกิดขึ้นตั้งแต่การรักษาเยี่ยวยาโรคหวัดเองที่บ้านไปจนถึงการส่งตัวอย่างถูกเงินไปรักษาที่โรงพยาบาล

## 6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอดทนต่ออาการเจ็บป่วย

6.1 ระดับของการผูกพันเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น ทหารในสนามรบจะอดทนต่อการขาดเจ็บต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้สูงกว่าเมื่อเขากลับมาถึงค่ายพักแล้ว

6.2 ความหมายและการประเมินผลเกี่ยวกับการเข้าร่วมในบทบาททางสังคม ซึ่งเกิดจากการประเมินโดยตัวเขาเองหรือโดยผู้อื่น

6.3 ตำแหน่งและอำนาจของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการที่จะให้ความหมายบุคคลว่ามีอาการป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

6.4 ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่เพื่อใช้ในการอดทนต่ออาการเจ็บป่วย ตัวอย่างเช่น จะขอร้องให้คนอื่นพูดให้เบาลง เนื่องจากตนมีอาการปวดหัวอย่างรุนแรง

6.5 บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ ขณะที่เกิดมีสภาพการณ์ที่เรียกร้องความสามารถของเขาที่มากเกินไปกว่าความสามารถที่มีอยู่จริง สภาพการณ์เช่นนี้ทำให้บุคคลอดทนต่อการเจ็บป่วยได้น้อยลง

6.6 แม้ว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะอดทนต่ออาการผิดปกติ แต่ความหมายและความสำคัญของอาการผิดปกติบางอย่างไม่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งได้แก่ อาการผิดปกติของโรคต่าง ๆ ที่กำลังเป็นโรคระบาดร้ายแรง หรือโรคที่ได้รับการให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์ในระดับ

กว้าง ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้วยโรคหัวใจจะมีแนวโน้มอดทนต่ออาการผิดปกติได้ดีกว่าผู้ที่สงสัยว่าตนจะเป็นโรคกลัวน้ำ

6.7 อายุและเพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความอดทนต่อสถานการณ์ เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะอดทนต่ออาการผิดปกติภายในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้น้อยกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะบทบาทความเป็นเพศหญิงที่เปิดโอกาสให้สวมบทบาทการเจ็บป่วยได้ง่ายและหญิงมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าชาย เนื่องจากลักษณะทางชีววิทยาและการคาดหวังในบทบาทต่าง ๆ ของเพศหญิงที่ถูกเรียกร้องมากกว่าเพศชาย

6.8 ความอดทนต่อสภาวะผิดปกติของร่างกายจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่บุคคลนั้นมีบทบาทสำคัญต่อสถานการณ์นั้น ๆ เช่น ความอดทนต่ออาการผิดปกติของนักบินและบุคคลอื่นที่รับผิดชอบต่อชีวิตและความปลอดภัยของบุคคลอื่น ๆ มีแนวโน้มจะสูงกว่าบุคคลที่ทำงานในโรงงาน

#### ปัจจัยที่สนับสนุนและที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 7-22)

จากการที่มนุษย์มีลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลตนเองเป็นรากฐานดั้งเดิม ประกอบกับการดูแลตนเองก็เป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาเรื้อรังในปัจจุบัน นอกจากสภาพการณ์ดังกล่าวแล้วยังพบว่าปัจจัยบางประการที่ส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองขึ้น

#### 1. การดูแลผู้ป่วยเหมือนเครื่องจักร

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ในปัจจุบันให้การดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือนผู้ป่วยเป็นเครื่องจักร ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้เกิดความชำนาญเฉพาะทางขึ้น และนำไปสู่การแบ่งส่วนของกาดูแลและรักษา โดยมีการแบ่งการรักษาเป็นส่วน ๆ เหมือนชิ้นส่วนของเครื่องจักรอย่างปราศจากความรัก ความเมตตาและความเข้าใจ แพทย์จึงไม่สามารถแสดงบทบาทตามความคาดหวังของสังคม ความรู้สึกดังกล่าวเป็นพลังที่จะสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองกันมากขึ้น

## 2. การรักษาที่มีราคาแพง

การรักษาตามวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก บางครั้งเป็นการเสียเงินไปกับการรักษาที่ไม่จำเป็น เสียเงินไปกับวัฒนธรรมการสังยาของแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ก่อนที่จะมาพบแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น

## 3. ความคลุมเครือของบทบาทการเจ็บป่วย

การแพทย์สมัยใหม่พยายามค้นหาวิธีการจัดการ กับความเจ็บป่วยด้วยการศึกษาถึงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายในสภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถจำแนกความแตกต่างของโรคแต่ละชนิด รวมถึงการพยายามนิยามอาการของโรคให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของโรคบางโรคซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งวงการแพทย์สมัยใหม่ยังก้าวไปไม่ถึงระดับที่จะวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องยังมีอยู่มากมาย ทำให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภาวะของความคลุมเครือและไม่แน่ใจว่าเป็นความเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ซึ่งลักษณะเช่นนี้ย่อมกระทบกระเทือนถึงบทบาทการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปหาแพทย์และใช้วิธีการดูแลรักษาด้วยตนเอง

## 4. แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลงไป

ในระยะร้อยกว่าปีที่ผ่านมามีวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถกำจัดและรักษาโรคได้แทบทุกชนิด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการแก้ปัญหาของโรคติดเชื้อ แต่ปัญหาของโรคในปัจจุบันโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่วงการแพทย์สมัยใหม่เพียงลำพังไม่สามารถจะแก้ไขได้ โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไซซ้ออักเสบ และโรคเกี่ยวกับระบบประสาท เป็นต้น ฉะนั้นในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจึงควรเป็นหน้าที่ของตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่จะให้การดูแลอย่างเหมาะสมที่สุด

## 5. ประชาชนมีความรู้ทางการแพทย์มากขึ้น

ในอดีตที่ผ่านมา ความรู้ทางการแพทย์จะเป็นเรื่องที่ลึกลับยากแก่การอธิบายให้ประชาชนเข้าใจได้ แต่ในปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น ประชาชนสามารถหาความรู้ได้จากวารสารทางการแพทย์ ตำราการรักษาที่ง่าย ๆ และจากรายการวิทยุ-โทรทัศน์ ซึ่งความรู้

ที่ประชาชนได้รับ ประชาชนสามารถนำไปปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต โดยมีจุดประสงค์เพื่อมีสุขภาพที่ดี อันเป็นความต้องการพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นที่สนับสนุนให้มีการดูแลตนเองแล้ว ยังพบว่ามีกลุ่มที่เห็นด้วยกับการที่จะสร้างการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นในสังคมได้ให้เหตุผลว่า เมื่อประชาชนรู้จักการดูแลตนเองแล้วจะช่วยลดภาระงานของแพทย์ในสถานรักษาโรคที่ป้องกันได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในขณะที่เดียวกันกลุ่มวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขก็ควรทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ ฝึกอบรม และให้การช่วยเหลือ

#### ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

แม้ว่าจะมีการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นในสภาพสังคมปัจจุบัน แต่แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง แม้ในประเทศตะวันตกเองก็ตาม โดยเฉพาะในวงการวิชาชีพแพทย์ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนประสบกับอุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองอาจไม่ประสบผลสำเร็จได้ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. บุคคล หมายถึง ชีตความสามารถของบุคคลในสังคมในการดูแลตนเอง ดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชน ซึ่งถ้าบุคคลในชุมชนขาดแนวความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องย่อมเกิดได้ยาก
2. สิ่งแวดล้อม เป็นส่วนประกอบภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ของประชาชน ถ้าตราบใดที่สังคมสังคมส่วนใหญ่ยังละเลยต่อสภาพแวดล้อม มีการทิ้งขยะเลอะเทอะ สภาพความเป็นอยู่แออัด มีแหล่งน้ำโสโครก อากาศเสีย เป็นต้น เมื่อนั้นแม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีเพียงใด โดยไม่พยายามรักษาสุขภาพส่วนร่วมแล้ว การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยจะไม่มีทางดีไปได้เลย
3. ปัจจัยด้านสรีระวิทยา ปัจจัยด้านสรีระวิทยาจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล อีกทั้งขีดความสามารถของบุคคล ปัญหาด้านสุขภาพนอกจากจะมี

วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดแล้ว ปัจจัยทางสรีระวิทยาก็มีส่วนกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ การดูดซึมอาหารและการเผาผลาญอาหารของบุคคลในแต่ละวัยย่อมแตกต่างกัน เช่น ผู้ใหญ่อาจมีสุขภาพของร่างกายดีกว่าคนชรา หรือคนพิการ หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น เบาหวาน ไขข้ออักเสบ และภูมิแพ้ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นหลาย ๆ อย่าง เช่น การที่สตรีได้รับสิทธิออกเสียงเลือกตั้งของสตรี การประกอบอาชีพต่าง ๆ ได้เหมือนกับบุรุษ ทำให้สตรีตระหนักว่าตนมีความเสมอภาคเท่าเทียมบุรุษ ผลจากการออกไปทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ก่อน ทำให้อาณาจของพ่อแม่ที่มีลูกลดลง เกิดสภาพต่างคนต่างอยู่และหากภรรยาไม่ฐานะทางเศรษฐกิจเท่าเทียมสามี การเกรงใจก็ลดลงและนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้าง ในที่สุดครอบครัวก็ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย สมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องพึ่งความช่วยเหลือจากสถาบันการแพทย์

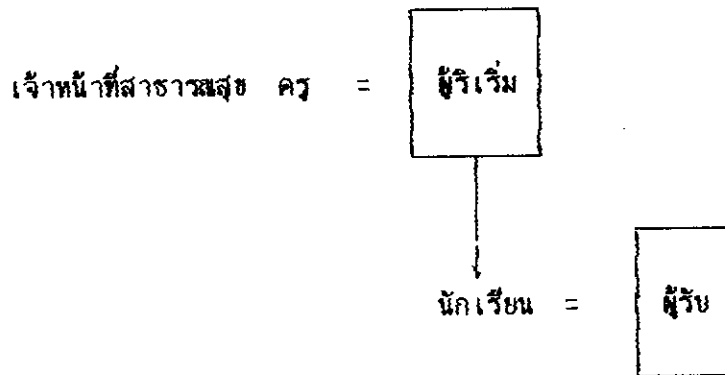
5. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ในอดีตรูปแบบครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก ญาติ พี่น้องที่มีเวลาเพียงพอที่จะให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว แต่เนื่องจากความจำกัดทางเศรษฐกิจ ความต้องการเป็นอิสระและพร้อม ๆ กันนั้นก็มีการใช้เครื่องไฟฟ้าผ่อนแรงเพื่อทำงานบ้าน ทำให้ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย พ่อแม่ และลูก บทบาทของครอบครัวในการหน้าที่การดูแลสุขภาพของสมาชิกจึงเปลี่ยนไปเป็นบทบาทของสถาบันทางการแพทย์มากขึ้น

#### **ความเป็นมาของโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย**

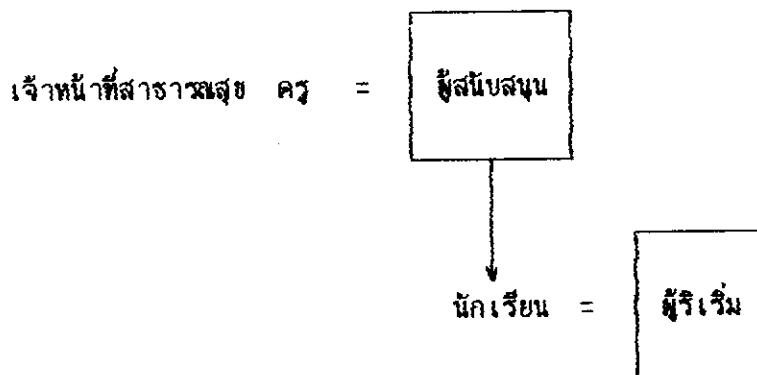
กองอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดดำเนินการโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เมื่อ พ.ศ. 2520 เป็นการประยุกต์รูปแบบโครงการ ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (พสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในงานสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขในโรงเรียน เพื่อจุดมุ่งหมายที่จะให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

ครอบครัว และเพื่อน ๆ ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพใน  
โรงเรียน ดังภาพประกอบ 3

ความสัมพันธ์เดิมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และนักเรียน



ความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และ นักเรียน



ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพในโรงเรียน

ที่มา : ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก อุลิต ลีวลิช. "การอนามัยโรงเรียน," เอกสารประกอบการสอนชุด

วิชาอนามัยชุมชนหน่วยที่ 1 - 7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : 2527.

หน้า 371.

จากแผนภูมิจะเห็นว่า โครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยได้ดำเนินการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพในโรงเรียน จากผู้ริเริ่มให้เป็นการสนับสนุนหรือกระตุ้น เพื่อให้ประชากรเป้าหมายคือ นักเรียน ซึ่งเดิมเป็นผู้รับบริการเกิดมองเห็นความสำคัญ ช่วยกันพัฒนาโรงเรียนและชุมชนของตน รู้จักคิด และวิพากษ์ปัญหาสุขภาพอนามัยและช่วยตนเองได้ รวมทั้งแก้ปัญหาได้ตามความรู้ความสามารถที่คนได้รับ การอบรม มีความรู้ความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติสุขภาพอนามัยในชีวิตประจำวัน และเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอนามัยขึ้นพื้นฐานให้กับเพื่อนนักเรียนและนักเรียนรุ่นน้อง การกระทำกิจกรรมเหล่านี้เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้นักเรียนอื่น ๆ ในโรงเรียนมีโอกาสได้เรียนรู้และสำนึกในเรือของการปฏิบัติกิจกรรมอนามัยขึ้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน อันเป็นแนวทางของการนำไปสู่การมีสุขภาพดีในกลุ่มเด็กวัยเรียนได้อย่างทั่วถึง นอกจากนั้นครอบครัวและชุมชนของนักเรียนที่ได้รับการอบรมตามโครงการ ก็ย่อมได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยอีกด้วย ซึ่งนับเป็นการช่วยในการกระจายทรัพยากรที่มีคุณภาพด้านสุขภาพอนามัยอีกทางหนึ่ง

### โครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

ในสภาพการณ์ปัจจุบันบริการทางด้านสาธารณสุขยังมีปริมาณไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน ดังนั้นประชาชนจึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามความต้องการของคนโดยอาศัยหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยเหตุนี้ กองอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ดูแลสุขภาพอนามัยนักเรียนทั่วประเทศ จึงเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการจัดให้มีโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีความรู้ เจตคติ และทักษะด้านอนามัยที่ถูกต้องเป็นประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และเป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชน

2. เพื่อให้ผู้นำนักเรียนสามารถเผยแพร่ความรู้ด้านอนามัยและให้บริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ตนเอง เพื่อนักเรียน และโรงเรียน ตลอดจนชุมชนได้
3. เพื่อให้ผู้นำนักเรียนสามารถช่วยเหลือดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในด้านอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้องของตนเอง
4. เพื่อสนับสนุนให้เป็นผู้นำชุมชนด้านสุขภาพอนามัยเมื่อจบการศึกษาจากโรงเรียนไปแล้ว อันจะนำไปสู่การทำหน้าที่ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (พสส.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

#### การดำเนินงานโครงการผู้นำนักเรียนสายส่งเสริมอนามัย

กองอนามัยโรงเรียนได้ประสานงานกับจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำดำเนินงานโครงการตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการระดับจังหวัด และแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอในแต่ละอำเภอ (ถ้าจำเป็น)

#### คณะกรรมการดำเนินงาน ระดับจังหวัดประกอบด้วย

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด                                  | ประธาน                     |
| 1.2 ผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัด                           | รองประธาน                  |
| 1.3 เกษตรจังหวัดหรือผู้แทน                                    | กรรมการ                    |
| 1.4 พัฒนาการจังหวัดหรือผู้แทน                                 | กรรมการ                    |
| 1.5 สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ                                    | กรรมการ                    |
| 1.6 หัวหน้าการประถมศึกษาอำเภอทุกอำเภอ                         | กรรมการ                    |
| 1.7 ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจและ<br>บริการสาธารณสุข | กรรมการและเลขานุการ        |
| 1.8 หัวหน้าหน่วยศึกษานิเทศก์                                  | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
- อาจแต่งตั้งกรรมการเพิ่มเติมได้อีกเมื่อประธานเห็นสมควร อาจแต่งตั้งกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการได้เมื่อเลขานุการเห็นสมควร และประธานเห็นชอบ

### หน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินงาน

- คัดเลือกโรงเรียนที่จะดำเนินโครงการ
- จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำนักเรียน ในโรงเรียนที่ดำเนินโครงการและประชุม

ชี้แจงให้เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่

- จัดทำวิทยากรและดำเนินการฝึกอบรมผู้นำนักเรียน ตามหลักสูตร
- สนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการ
- ติดตามประเมินผลโครงการทุกปี
- พิจารณาดำเนินการให้มีการขยายโครงการไปยังโรงเรียนในตำบลต่าง ๆ และ ให้มี

การจัดอบรมผู้นำนักเรียน ทดแทนรุ่นที่จบการศึกษาไปแล้ว

### คัดเลือกโรงเรียนที่จะดำเนินโครงการ

การคัดเลือกโรงเรียนจากข้อกำหนด 2 ประการ คือ

1. ลักษณะที่ตั้งมีการคมนาคมสะดวก
  2. ผู้บริหารโรงเรียนมีความสนใจในงานอนามัยโรงเรียน
- 2) การจัดตั้ง "คณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำนักเรียน" ตามโรงเรียนที่ได้คัดเลือกไว้

ประกอบด้วย

- |     |   |                     |
|-----|---|---------------------|
| 2.1 | ครูใหญ่หรืออาจารย์ใหญ่หรือผู้อำนวยการโรงเรียน   | ประธาน              |
| 2.2 | ประธานกลุ่มโรงเรียน   | กรรมการ             |
| 2.3 | เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่น  | กรรมการ             |
| 2.4 | ผู้นำในท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุ ฯลฯ   | กรรมการ             |
| 2.5 | องค์กรในชุมชน เช่น คณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล (คปต.) คณะกรรมการสภาตำบล (กสต.) คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) | กรรมการ             |
| 2.6 | ควุพยาบาลหรือครูอนามัยหรือครูอื่น ๆ ที่เหมาะสม  | กรรมการและเลขานุการ |

### หน้าที่ของคณะกรรมการที่ปรึกษานักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

- คัดเลือกผู้นำนักเรียน จากโรงเรียนที่คณะกรรมการดำเนินงานได้เลือกตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้
- ร่วมเป็นวิทยากรในการดำเนินการอบรมผู้นำนักเรียน
- เตรียมชุมชนโดยการประชุมชี้แจงผู้ปกครอง ครู และนักเรียนในโรงเรียน
- เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย
- ประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้การดำเนินงานของผู้นำนักเรียน ได้ผลสัมความมุ่งหมาย

- ติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียน แล้วรายงานผลไปยังคณะกรรมการดำเนินงานของจังหวัดเป็นระยะ

3) คณะกรรมการที่ปรึกษานักเรียน ในข้อ 2 ทำการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเตรียมเข้ารับการอบรมโรงเรียนละ 25 คน พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบเพื่อขออนุญาตให้นักเรียนเข้ารับการอบรม

### เกณฑ์คัดเลือกผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย มีดังนี้

- 3.1 สุขภาพอนามัยดี สะอาด
- 3.2 บุคลิกภาพมีลักษณะเป็นผู้นำ และมนุษยสัมพันธ์ดี
- 3.3 อายุไม่ต่ำกว่า 10 ปี เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป
- 3.4 มีพื้นฐานความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านอนามัยดี
- 3.5 บ้านที่อยู่อาศัยถูกสุขลักษณะตามฐานะและสภาพท้องถิ่น
- 3.6 มีจิตใจโอบอ้อมอารี ชอบอาสาช่วยงานส่วนรวม
- 3.7 สม่ิครใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองนักเรียน
- 3.8 ใจรักและมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือผู้อื่น
- 3.9 ไม่เป็นผู้รับผิดชอบกิจกรรมพิเศษเกิน 2 กิจกรรมขึ้นไป
- 3.10 ระดับการเรียนปานกลางขึ้นไป

- 4) ประชุมชี้แจงครูในโรงเรียน และผู้ปกครองของนักเรียนที่ถูกคัดเลือก
- 5) การฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ใช้เวลา 4 วัน โดยเน้นหนักทางภาคปฏิบัติวิชา

ต่าง ๆ มี 12 วิชา คือ

- 5.1 การทำงานเป็นกลุ่ม
- 5.2 อนามัยส่วนบุคคล
- 5.3 บริการสาธารณสุขในชุมชน
- 5.4 อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร
- 5.5 โภชนาการ
- 5.6 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 5.7 อนามัยในครอบครัว
- 5.8 ยาสามีสุขประจำบ้านและสมุนไพร
- 5.9 การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย
- 5.10 อนามัยในช่องปาก
- 5.11 การปฐมพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยภายในบ้าน
- 5.12 บทบาทผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย
- 6) ประชุมชี้แจงนักเรียนในโรงเรียนให้ทราบถึงการมีผู้นำนักเรียน
- 7) กลุ่มผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยปฏิบัติงานภายใต้การควบคุม ช่วยเหลือและสนับสนุน

ของคณะกรรมการที่ปรึกษา ดังนี้

#### 7.1 ภายในโรงเรียน

7.1.1 การค้นหานักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ, การวัดสายตา, การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ฯลฯ

7.1.2 การช่วยเหลือรพช. หรือครูอนามัยในการให้บริการแก่นักเรียน เช่น การเตรียมสถานที่ให้บริการ การควบคุมนักเรียนให้เข้ารับบริการอย่างมีระเบียบ เช่น การจัดตู้ยา การปฐมพยาบาล การจ่ายยา ฯลฯ

7.1.3 การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะมาให้บริการแก่นักเรียนใน

โรงเรียน เช่น การเตรียมสถานที่ให้บริการ, การควบคุมนักเรียนให้เข้ารับบริการอย่างมีระเบียบ, การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสายตา และลงบันทึกบันทึกสุขภาพ ฯลฯ

7.1.4 การเผยแพร่ความรู้ด้านอนามัยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงเรียนแก่เพื่อนนักเรียน เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, หลักการใช้ยาและการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น, การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดมีคุณค่า การรักษาความสะอาด

## 7.2 ภายนอกโรงเรียน

7.2.1 การช่วยเหลือบิดามารดาที่บ้าน โดย การรักษาความสะอาดบริเวณบ้านและที่อยู่อาศัย

7.2.2 การช่วยเหลือกิจกรรมสาธารณสุขชุมชนตามโอกาสช่วย พสส. หรือ อสม. แจ้งข่าวการเกิด ป่วยตาย เกิดโรคระบาดของคนในหมู่บ้านแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7.3 การลงบันทึกผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

7.4 การรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

8) ในการอบรม ผู้นำนักเรียน จะได้รับหนังสือคู่มือผู้นำนักเรียน และเมื่อสิ้นสุดการอบรม ผู้นำนักเรียน จะได้รับเข็มเครื่องหมาย ประกาศนียบัตร และแบบบันทึกการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียน

9) นิเทศและติดตามผลที่โรงเรียน

10) คณะกรรมการดำเนินงานโครงการระดับจังหวัดประเมินผลโครงการหลังจากดำเนินงานไปแล้ว 1 ปี

11) คณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำนักเรียนคัดเลือกนักเรียนที่มีคุณลักษณะเหมาะสม เพื่อเตรียมตัวเข้ารับการอบรม ทดแทนผู้นำนักเรียนที่จบการศึกษาทุก 2 ปี หรือปีเว้นปี

**บทบาทของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย มีดังนี้**

1. ปฏิบัติตนทำให้เกิดสุขนิสัย เป็นตัวอย่างแก่เพื่อนนักเรียนและบุคคลอื่นในชุมชนในเรื่อง
  - การอาบน้ำ
  - การแปรงฟัน
  - การล้างมือ

- การรับประทานอาหาร
- การรักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและร่างกาย
- การพักผ่อน
- การออกกำลังกาย

2. ตรวจสอบสุขภาพนักเรียนและสังเกตความผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากโรคที่พบบ่อยใน

เด็กนักเรียนโดย

- ตรวจสอบสุขภาพด้วยท่า 10 ท่า
- ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และเปรียบเทียบกับมาตรฐาน
- วัดสายตา
- สังเกตความผิดปกติจากโรคผิวหนัง ตาแดง ตาอักเสบ ทวีต ชูน้ำหนัก ฟันผุ

เหงือกอักเสบ และสิ่งผิดปกติอื่น ๆ ที่เห็นเด่นชัด

3. ช่วยเหลือครอบครัวให้มีบริการแก่เพื่อนนักเรียนในด้าน

- การจัดผู้ยา
- การเตรียมเครื่องมือใช้ในการปฐมพยาบาล
- ช่วยปฐมพยาบาล
- ดูแลห้องพยาบาล
- ดูแลอุปกรณ์การแปรงฟันให้อยู่ในสภาพใช้งานได้

4. ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะมาให้บริการแก่นักเรียนในโรงเรียนในด้าน

- จัดเตรียมสถานที่ให้บริการ
- ควบคุมนักเรียนให้เข้ารับบริการอย่างมีระเบียบ
- ช่วยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสายตา และลงบัตรบันทึกสุขภาพ
- ช่วยปฐมพยาบาล
- ช่วยจ่ายยาและจ่ายเอกสารสุขภาพศึกษา
- ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ด้านอนามัยแก่เพื่อนนักเรียน

5. ให้ความรู้ด้านอนามัย แก่เพื่อนนักเรียนในโรงเรียนที่เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นใน

## โรงเรียน เช่น

- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- หลักการเฝ้าระวังและการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย เบื้องต้น
- การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดและมีคุณค่า
- การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี
- การรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมบริเวณโรงเรียน
- แหล่งบริการสาธารณสุขในชุมชน
- สุขากิจบาลอาหาร
- การป้องกันโรคติดต่อ ฯลฯ

## 6. ช่วยเหลือพ่อแม่ที่บ้าน ในด้าน

- การรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน
- ช่วยดูแลน้องในเรื่อง อาหาร การให้ภูมิคุ้มกันโรค ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การทำ

ความสะอาดร่างกาย การสังเกตการเจริญเติบโตของร่างกาย

## 7. ช่วยเหลือกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตามโอกาส เช่น

- ช่วยผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (พสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แจ้งข่าวการเกิด การเจ็บป่วย การตาย การเกิดโรคระบาดของคนในหมู่บ้านแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- นัดหมายคนในหมู่บ้านให้ไปรับบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## 8. หน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มผู้นำนักเรียน

นักเรียน 25 คน ที่ได้รับคัดเลือกเข้าอบรมเป็นผู้นำนักเรียนเรียกว่า "กลุ่มผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย" คณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำนักเรียนจัดให้กลุ่มผู้นำนักเรียนทำการคัดเลือกประธาน รองประธาน เลขานุการ และผู้ประสานงาน เพื่อทำให้กลุ่มผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยทำงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- 8.1 วางแผนปฏิบัติงานเป็นรายเดือนตลอดปีการศึกษา
- 8.2 ปฏิบัติงานตามบทบาทของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย
- 8.3 เมื่อประสบปัญหาในการปฏิบัติงานที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองหรือกลุ่มผู้นำ

นักเรียน ให้ปรึกษาตลอดจนประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหา เช่น  
 ผู้สื่อข่าวสารสาธิตสุข (พสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พัฒนาการ เกษตร  
 อาเภอ เป็นต้น

8.4 จัดประชุมกลุ่มผู้นำนักเรียนเดือนละครั้ง โดยเชิญคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำ  
 นักเรียนร่วมด้วย

8.5 บันทึกและรายงานผลการปฏิบัติงานต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาทุกเดือน

### **หลักสูตรการอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย**

**เหตุผลและความจำเป็น** เพื่อให้เป็นคู่มือการสอนของวิทยากรในระดับท้องถิ่นที่ดำเนินการ  
 ฝึกอบรมได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมซึ่งเป็นนักเรียนได้เรียนรู้ เข้าใจ สามารถฝึก  
 ปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การตรวจสุขภาพและสังเกตอาการผิดปกติ  
 การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจสอบการเจริญเติบโต การวัดสายตา และการปฐมพยาบาล  
 เบื้องต้น พร้อมทั้งนำความรู้ไปปฏิบัติ ดูแลตนเอง เป็นผู้นำกลุ่มทางด้านอนามัย ช่วยเหลือเพื่อน ครู  
 พ่อแม่ และชุมชน

**หลักสูตรและรายละเอียด** หลักสูตรการอบรมเพื่อสร้างผู้นำนักเรียน ใช้เวลาในการอบรม  
 4 วัน ประกอบด้วยหัวข้อวิชาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

- การทำงานเป็นกลุ่ม
- อนามัยส่วนบุคคล
- การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน
- อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขาภิบาลอาหาร
- โภชนาการ
- กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- อนามัยในครอบครัว
- ยาสามัญประจำบ้านและสมุนไพร
- การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย

- อนามัยในช่องปาก
- การปฐมพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยภายในบ้าน
- บทบาทผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

### ตารางการอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

#### วันที่ 1

08.30-90.00 น.	พิธีเปิด
09.00-09.30 น.	ทดสอบก่อนการอบรม
09.30-09.45 น.	พัก
09.45-11.30 น.	การทำงานเป็นกลุ่ม
11.30-12.30 น.	พักรับประทานอาหาร
12.30-14.00 น.	อนามัยส่วนบุคคล
14.00-14.15 น.	พัก
14.15-15.30 น.	บริการสาธารณสุขในชุมชน

#### วันที่ 2

08.30-10.00 น.	อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร
10.00-10.15 น.	พัก
10.15-11.30 น.	โภชนาการ
11.30-12.30 น.	พักรับประทานอาหาร
12.30-15.30 น.	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### วันที่ 3

08.30-10.00 น.	อนามัยในครอบครัว
10.00-10.15 น.	พัก
10.15-11.30 น.	ยาสามัญประจำบ้านและสมุนไพร

11.30-12.30 น.	พักรับประทานอาหาร
12.30-14.00 น.	การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้าน สุขภาพอนามัย
14.00-14.15 น.	พัก
14.15-15.30 น.	อนามัยในช่องปาก

#### วันที่ 4

08.30-11.30 น.	การประชุมพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ภายในบ้าน
11.30-12.30 น.	พักรับประทานอาหาร
12.30-14.00 น.	บทบาทผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย
14.00-14.30 น.	ทดสอบหลังการอบรม
14.30-15.30 น.	พิธีปิด

#### คำชี้แจงสำหรับผู้นำหลักสูตรและแผนการสอน

ในการใช้ชุดฝึกอบรมโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ควร

1. ศึกษาวัตถุประสงค์ของหลักสูตรให้เข้าใจ
2. ศึกษาเอกสารพื้นฐานที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจ ได้แก่ เอกสารเรื่องบทบาทผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยและกิจกรรมอนามัยซึ่งผู้นำนักเรียนจะต้องวางแผนปฏิบัติการหลังรับการอบรมรวมทั้งเอกสารคู่มือผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เพื่อเป็นแนวทางในการสอนให้เนื้อหาครอบคลุมและเน้นในเรื่องที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรซึ่งเป็นบทบาทของผู้นำนักเรียน
3. ศึกษาศึกษาแผนการสอนแต่ละหัวข้อเรื่องในหลักสูตรให้เข้าใจว่าแต่ละเรื่องที่จะสอนจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสอดคล้องกัน โดยมีความคิดรวบยอดของวัตถุประสงค์ในการสอนแต่ละวิชาเพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์ของหลักสูตร
4. การเป็นวิทยากรสอนแต่ละวิชาควาศึกษาแผนการสอนให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ว่าต้องการจะให้ผู้เรียนสามารถทำอะไรได้บ้าง โดยคำนึงถึงเทคนิคการสอนว่าเป็นการ

ให้การอบรมกับกลุ่มเป้าหมายนักเรียน การใช้กิจกรรมการเรียนการสอน และการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมมีความสำคัญยิ่ง

5. การเป็นวิทยากรสอนแต่ละวิชาควรสอดแทรกกิจกรรมนันทนาการระหว่างอบรมบ้าง เพื่อผ่อนคลายความเครียด เสริมความสามัคคี และการแสดงออกของนักเรียน

#### การติดตามประเมินผล

หลังการฝึกอบรม ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายการศึกษาจะเป็นผู้ร่วมกันติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการผู้นำนักเรียน โดยวิธีการและขั้นตอนในการติดตามประเมินผลสรุปได้ดังนี้ คือ

1. ครูในโรงเรียนซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย (ครูใหญ่ ครูอนามัย) ควรติดตามและกระตุ้นให้ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ปฏิบัติกิจกรรมอนามัย พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษาแล้วรวบรวมรายงานการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยแต่ละเดือนสรุปผลลงในแบบฟอร์ม รวมทั้งบันทึกความคิดเห็น

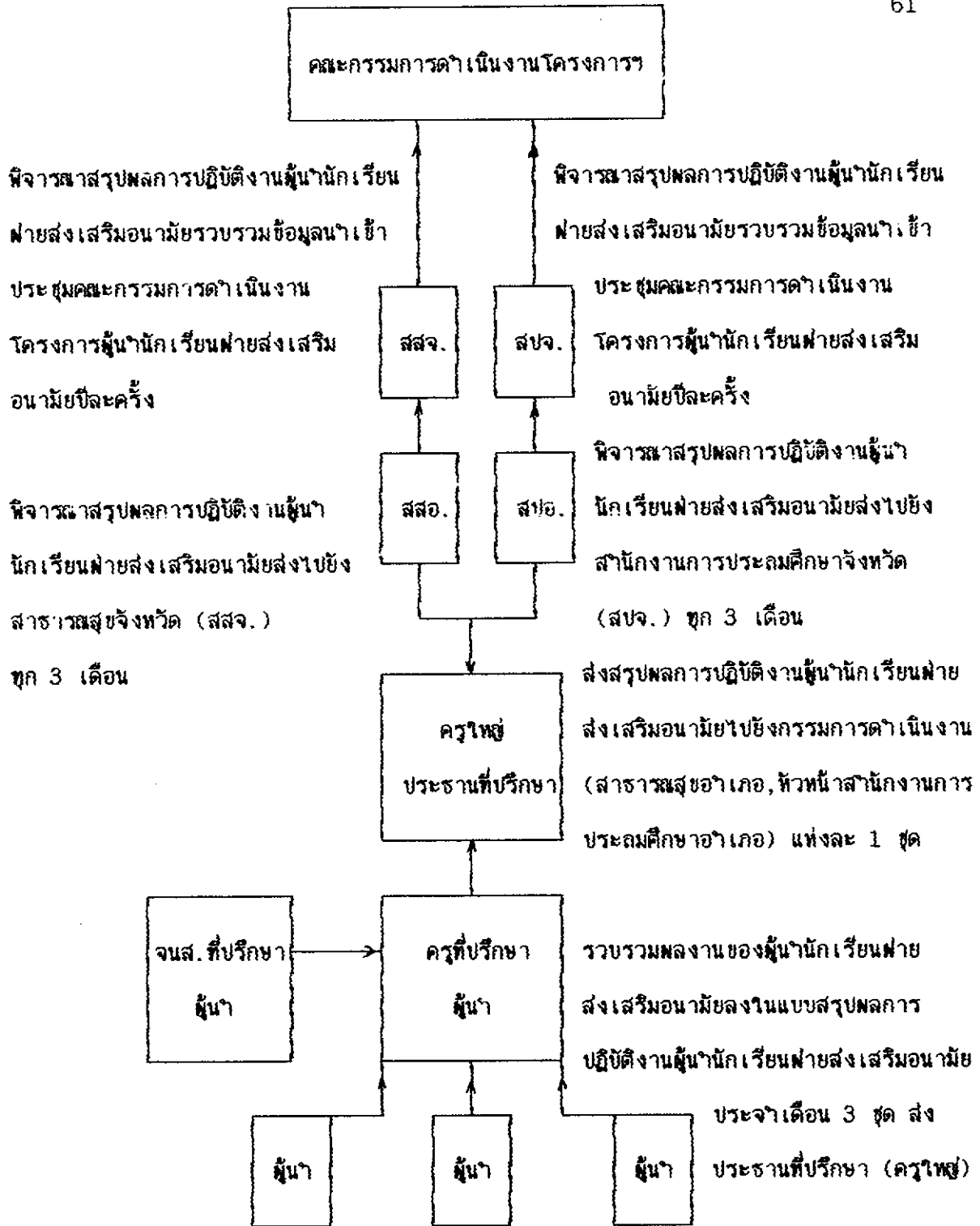
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ควรติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยเดือนละครั้ง และให้การสนับสนุนให้ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยได้ปฏิบัติกิจกรรมอนามัยช่วยเหลือในงานอนามัยโรงเรียน พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรสรุปผลข้อเสนอแนะ (ถ้ามี) บันทึกในแบบฟอร์มสรุปผลการปฏิบัติงานของผู้นำแต่ละเดือนที่ครูที่ปรึกษาได้รวบรวมไว้ในข้อ 1 เช่นเดียวกัน

3. ให้ครูใหญ่ในฐานะประธานกรรมการที่ปรึกษาลงนามในแบบฟอร์มสรุปผลงานของผู้นำแต่ละเดือน (ทาบ 3 ชุด) และให้ส่งต่อไปยังผู้บังคับบัญชาฝ่ายสาธารณสุขระดับอำเภอและฝ่ายศึกษาระดับอำเภอคนละ 1 ชุด เป็นประจำทุกเดือนและครูใหญ่เก็บไว้ 1 ชุด

4. สาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอในฐานะคณะกรรมการดำเนินงาน เมื่อได้รับรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานประจำเดือนของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย แต่ละโรงเรียนให้พิจารณาความเห็นและข้อเสนอแนะของประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาที่ได้พิจารณาก่อน แล้วลงความคิดเห็นข้อเสนอแนะในแบบสรุปผลการปฏิบัติงานผู้นำเป็นเดือนเดือนไปทุกเดือน เมื่อครบ 3 เดือน ให้ทั้ง 2 ฝ่ายรวบรวมแบบสรุปรายงานแต่ละเดือนทั้ง 3 เดือน

ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดทุก 3 เดือน

5. ฝ่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดในฐานะคณะกรรมการดำเนินงานโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ควรพิจารณาสรุปผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย และความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยทั้งหมดโดยผู้อำนวยการส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข (กรรมการและเลขานุการ) และหัวหน้าหน่วยศึกษานิเทศ (กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ) เป็นผู้รวบรวมของแต่ละฝ่ายและนำเสนอต่อคณะกรรมการดำเนินงานโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เมื่อประชุมร่วมกันปีละครั้ง ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมมาพิจารณาหาแนวทางอุปสรรค และเป็นแนวทางในการที่จะต้องขยายงานโครงการอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยในแต่ละปี



ภาพประกอบ 4 ขั้นตอนการติดตามผลงานโครงการผู้เรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

ที่มา : กรมอนามัย. คู่มือวิทยากรอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย. กรุงเทพฯ : 2535.

### แบบบันทึกการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

(แบบบันทึกนี้ได้จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มสำหรับแจกผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยคนละ 1 เล่ม โดยใช้รูปแบบเดียวกันกับแบบสรุปผลการปฏิบัติงานที่ครูที่ปรึกษาใช้สรุปเป็นรายเดือน ให้ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย บันทึกกิจกรรมเดือนละ 1 แผ่น ซึ่งจะใช้ได้ตลอดจนจบชั้นประถมศึกษา และให้ส่งสมุดบันทึกนี้แก่ครูที่ปรึกษาเดือนละครั้ง เพื่อรวบรวมผลงานลงในแบบสรุปผลการปฏิบัติงานเป็นรายเดือน)

	ผลการปฏิบัติงาน (ครั้ง)					
	บ้าน		โรงเรียน		ชุมชน	
	เดี่ยว	กลุ่ม	เดี่ยว	กลุ่ม	เดี่ยว	กลุ่ม
1. การตรวจสุขภาพ						
2. การชิงน้ำหนักรัดส่วนสูง และตรวจสอบ การเจริญเติบโต						
3. การวัดสายตา						
4. การให้การปฐมพยาบาล						
5. การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้าน สุขภาพอนามัย						
6. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม						
7. การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร						
8. การช่วยเหลือครูปฏิบัติงานอนามัย						
9. การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติ งานอนามัย						
10. การช่วยเหลือทางบ้านด้านอนามัย						
อื่น ๆ ระบุ.....						

หมายเหตุ เดี่ยว กลุ่ม หมายถึง ผู้ปฏิบัติ

แบบสรุปผลการปฏิบัติงานผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย  
(โดยครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นคณะกรรมการ)

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

จำนวนนักเรียนทั้งหมด.....คน จำนวนผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย.....คน

	ผลการปฏิบัติงาน (ครั้ง)					
	บ้าน		โรงเรียน		ชุมชน	
	เดี่ยว	กลุ่ม	เดี่ยว	กลุ่ม	เดี่ยว	กลุ่ม
1. การตรวจสุขภาพ						
2. การชักนำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจสุขภาพ การเจริญเติบโต						
3. การวัดสายตา						
4. การให้การปฐมพยาบาล						
5. การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้าน สุขภาพอนามัย						
6. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม						
7. การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร						
8. การช่วยเหลือครูปฏิบัติงานอนามัย						
9. การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติ งานอนามัย						
10. การช่วยเหลือทางบ้านด้านอนามัย						
อื่น ๆ ระบุ.....						

หมายเหตุ เดี่ยว กลุ่ม หมายถึง ผู้ปฏิบัติ

ความเห็นและข้อเสนอแนะของครู (กรรมการที่ปรึกษานักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย) \_\_\_\_\_

---



---

ลงชื่อ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นและข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กรรมการที่ปรึกษานักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย) \_\_\_\_\_

---



---

ลงชื่อ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ .....

ตำแหน่ง ครูใหญ่

ในฐานะประธานคณะกรรมการที่ปรึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นและข้อเสนอแนะของหัวหน้าสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ (กรรมการดำเนินงาน) \_\_\_\_\_

---



---

ลงชื่อ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นและข้อเสนอแนะของสาธารณสุขอำเภอ (กรรมการดำเนินงาน) \_\_\_\_\_

---



---

ลงชื่อ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## แบบใช้ศึกษากรณีพิเศษ

## ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

1. ชื่อโรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....
2. ที่ปรึกษาประจำในการดำเนินงานผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย
 

<input type="checkbox"/> ครูใหญ่	<input type="checkbox"/> ครูอนามัย
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	<input type="checkbox"/> ผู้นำในท้องถิ่น (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุคหบดี)
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ	
3. ขณะนี้โรงเรียนมีผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย อยู่.....คน  
แยกเป็นนักเรียน ชั้น.....จำนวน.....คน  
ชั้น.....จำนวน.....คน
4. การอบรมต่อเนื่องหลังจากอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย
 

<input type="checkbox"/> มีโดย.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี
-------------------------------------	--------------------------------
5. การนิเทศงานผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่โรงเรียน
 

<input type="checkbox"/> มีโดย.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี
-------------------------------------	--------------------------------
6. การจัดทำแผนปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย
 

<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
-----------------------------	--------------------------------

7. แบบและการบันทึกการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

มี-บันทึกสมบูรณ์  มี-มีบันทึกไม่สมบูรณ์  มี-ไม่บันทึก  ไม่มี

8. การรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ต่อคณะกรรมการที่ปรึกษา

มี-เป็นประจำทุกเดือน  มี-ไม่เป็นประจำทุกเดือน  ไม่มี

9. แบบและการสรุปผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย โดยที่ปรึกษาผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

มี-บันทึกสมบูรณ์  มี-มีบันทึกไม่สมบูรณ์  มี-ไม่บันทึก  ไม่มี

10. การรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยของคณะกรรมการที่ปรึกษาต่อ "คณะกรรมการดำเนินงาน"

มี-เป็นประจำทุกเดือน  มี-ไม่เป็นประจำทุกเดือน  ไม่มี

11. การปฏิบัติกิจกรรมของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย โดยสรุป

สมบูรณ์ - สม่าเสมอ  ไม่สมบูรณ์ - สม่าเสมอ

ไม่สมบูรณ์ - ไม่สม่าเสมอ  ไม่ปฏิบัติ

ปัญหา - อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย และความเห็นของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริม และความเห็นของผู้สังเกตงาน \_\_\_\_\_

ความเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย \_\_\_\_\_

ลงชื่อประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

.....  
ลงชื่อผู้สังเกตงาน

.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

#### การวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

เคลเลอร์ (Keller. 1968 : 79-89) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "ลาก่อนคุณครู"

(Good-Bye-Teacher) พบว่าการที่ให้นักเรียนสอนกันเอง โดยเฉพาะให้นักเรียนที่มีอายุมากกว่าสอนนักเรียนที่มีอายุน้อยกว่า จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีทางด้านการศึกษา โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเรียนและการสอนนักเรียนด้วยกัน ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อว่าการมีความสัมพันธ์ฉันท์มิตรที่ดีต่อกันระหว่างเด็ก 2 คน ทางด้านวิชาการ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ความเชื่อ การมองโลกในแง่ร้าย การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงเรียน ตลอดจนความผิดปกติทางด้านอื่นในเด็กชายและเด็กหญิงลดน้อยลง เพราะผลจากการได้รับความสนใจการยอมรับและได้รับการกระตุ้นจากอีกฝ่ายหนึ่งทำให้นักเรียนที่ได้รับการกระตุ้นเกิดความกล้า และมีโอกาสแสดงออกถึงความสามารถที่ตนได้รับและพบกันความสำเร็จ พร้อมทั้งให้เห็นคุณค่าของตนเองซึ่งผลจากการกระทำจะทำให้ฝ่ายหลังได้ประสพกับความ

### สำเร็จในการเรียน

เดนิสัน (Denison. 1969 : 731-735) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "ความแตกต่างในสุขปฏิบัติของนักเรียนที่มีฐานะต่ำและนักเรียนที่มีฐานะปานกลาง" (Health Behavior Difference Between Low and Middle Social Class Students) โดยศึกษาในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาอันเบิร์ก แกลลาติน (Albert Gallatin) ในรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้ศึกษาในเรื่องโภชนาการ สุขภาพจิต สุขภาพในครอบครัว การติดเชื้อโรคต่าง ๆ สวัสดิศึกษา การปฐมพยาบาล อนามัยชุมชน สุขภาพฟัน สันทนาการและการพักผ่อน จากกลุ่มประชากรที่เป็นนักเรียนที่มีฐานะต่ำและนักเรียนที่มีฐานะปานกลางในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาอันเบิร์ก แกลลาติน ในรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า โดยส่วนรวมนักเรียนที่มีฐานะต่ำและฐานะปานกลาง มีสุขปฏิบัติที่ใกล้เคียงกันมาก ยกเว้นในเรื่องสวัสดิศึกษา การปฐมพยาบาล โดยนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีสุขปฏิบัติ น้อยมาก ส่วนนักเรียนที่มีฐานะปานกลางจะมีสุขปฏิบัติในเรื่องโภชนาการและสุขภาพจิต น้อยมาก

โอเวน (Owen. 1970 : 5002) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ" (The Relationship Between Health Attitude and Behavior) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 148 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยเน้นให้เห็นถึงความรุนแรง และความน่ากลัวพร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการไปตรวจโรคในระยะเริ่มแรก หลังจากนั้นมีการวัดทัศนคติและการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวาน กลุ่มที่สอง ให้ได้รับข่าวสารแบบธรรมดา ไม่เน้นความน่ากลัวเหมือนกลุ่มแรก หลังจากนั้นมีการวัดทัศนคติและการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน

สิวาสลัม (Sivasailum. 1973 : 10-15) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "โครงสร้างใหม่สำหรับการฝึกฝนเกี่ยวกับเพื่อนสอนเพื่อน" (Madras System Revised: A New Structure For Peer Tutoring) พบว่า เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีอย่างเห็นได้ชัดจากการได้รับการสอนจากเพื่อน ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนผู้สอนให้ความสนใจเป็นพิเศษกับเพื่อนที่ถูกสอนและภาษาที่ใช้ยังเหมาะสมกับการสื่อสารของคนในวัยเดียวกัน ซึ่งเป็นการสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอลเลน (Allen.

1976) เรื่อง "เพื่อนสอนเพื่อน : การวิเคราะห์เหตุการณ์" (Research on Children Tutoring Childred : A Critical Review) ที่เชื่อว่าถ้าปล่อยให้เด็กช่วยเด็กกันได้มีการถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกัน จากการศึกษาจะก่อให้เกิดความเข้าใจมากกว่า นอกจากนั้นผู้ทำการสอนยังมีความเข้าใจต่อปัญหาของผู้ถูกสอนเป็นอย่างดี เนื่องจากมีลักษณะคล้ายกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ท้ายสุดทั้ง 2 ฝ่ายจะความเป็นอิสระไม่อายุกันในการที่จะซักถามและสำรวจปัญหาต่าง ๆ ในการเรียน เนื่องจากการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างการเรียนการสอน

มอร์เลย์ (Morley. 1984 : 29-31) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "เพื่อนช่วยเพื่อนในอาโจโย" (Child - To - Child Activeties in Ajoyo) โดยเน้นให้นักเรียนได้เรียนรู้ถึงสาเหตุอาการการรักษาของโรคที่ควรระวังอย่างง่าย ๆ รวมทั้งการวางแผนจัดกิจกรรมในการป้องกันโรคที่ควรระวังที่เกิดในท้องถิ่น การใช้ชีวิตดูพฤติกรรมที่มีอยู่ในท้องถิ่นโดยได้รับความร่วมมือจากครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการฝึกอบรมนักเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ผ่านการอบรมสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติและถ่ายทอดแก่เพื่อนและครอบครัวได้ และนักเรียนสนใจการดูแลสุขภาพตนเอง

#### การวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

กัลยา นาคเพ็ชร (2521 : 115-118) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลค้างพูล อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีผลทำให้ปริมาณอาหารที่เด็กบริโภคแตกต่างกัน

ทัศนีย์ อินทรสุขศรี (2524 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของนักเรียนระดับประถมตอนต้น จังหวัดนครราชสีมา" ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนยังมีความรู้และทัศนคติไม่ถูกต้องในเรื่องการรักษาพยาบาลตนเอง การป้องกันโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น ท้องร่วง โรคพยาธิ โรคฟัน และการซื้อยามากินเองเมื่อเจ็บป่วย

วิจิต ชาติเพ็ชร (2524 : 66-67) ได้ศึกษาเรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนไทยพุทธกับไทยมุสลิม ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 2" ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติทางด้านสุขภาพของนักเรียนไทยพุทธกับนักเรียนไทยมุสลิมไม่แตกต่างกัน และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงไม่แตกต่างกัน

ศุภลักษณ์ กุลโกวิท (2524 : 107) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสนใจทางด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตการศึกษา 3" ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนร้อยละ 80-87 สนใจเนื้อหาในหลักสูตรวิชาสุขศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พุทธศักราช 2521 โดยสนใจในหมวดสวัสดิภาพมากที่สุด และหมวดโภชนาการได้รับความสนใจน้อยที่สุด นักเรียนมีความสนใจทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน โดยที่นักเรียนหญิงสนใจมากกว่านักเรียนชาย นักเรียนที่เรียนวิชาสุขศึกษากับครูที่จบการศึกษาวิชาเอกสุขศึกษา มีความสนใจทางด้านสุขภาพสูงสุด นักเรียนมีความสนใจทางด้านสุขภาพในระดับต่ำสุด เมื่อเรียนวิชาสุขศึกษากับครูที่สำเร็จการศึกษาวิชาเอกอื่น ๆ

สุภาพ กลีบบัว (2524 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่อง "ความรู้ด้านอนามัยและภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร" ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของบิดา มารดา อาชีพของบิดา มารดา ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน

จงจัน เอลิมโรจน์ (2526 : ค-ง) ได้ศึกษาเรื่อง "การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนพาณิชย์การบางนา" ตามตัวแปร เพศ ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพของนักเรียนพาณิชย์การบางนา โดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ที่ถูกต้อง

ผลการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนระหว่างเพศ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 8 เรื่องคือ การดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล โภชนาการ สวัสดิภาพและการปฐมพยาบาล โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ สุขาภิบาล เพศ ยาเสพติด ไข้หวัด การบริการสาธารณสุข และสุขภาพผู้บริโภครวม 8 เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันทุกเรื่อง

สมปอง ยางสะอาด (2528 : 57) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "เจตคติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีต่อการดูแลสุขภาพ" ตามตัวแปรเพศ การศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้ปกครอง ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง นักเรียนหญิงมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกับนักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนหญิงมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพของตนเองดีกว่านักเรียนชาย นักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษา อาชีพ และรายได้แตกต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

อัจฉรา เกิดมงคล (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "การดูแลสุขภาพของตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร" พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชาย

เจลา เพียรชอบ (2529 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร" ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร มีการดูแลสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี นักเรียนชายกับนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชาย นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร กับนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร

สุภาภรณ์ สิทธิคง (2529 : 34-36) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกรุงเทพมหานคร" ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

มณฑิรา ชุนวงษ์ (2529 : 52-66) ได้ศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร" ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา มีความรู้แตกต่างจากนักเรียนที่มีผู้ปกครองมีการศึกษาระดับประถมศึกษา

ประสพ เมฆามราชูรักษ์ (2530 : 51) ได้ศึกษา "บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น" ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้ต่างกัน มีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแตกต่างกัน โดยผู้ปกครองที่มีรายได้สูงจะมีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีรายได้ต่ำ

สุธี เสถียรยานนท์ (2530 : 81) ได้ศึกษาเรื่อง "ค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยนักเรียนที่มีระดับผลการเรียนสูงมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนกลุ่มที่มีระดับผลการเรียนต่ำ นักเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาต่างกัน และผู้ปกครองมีอาชีพต่างกันมีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

รัชนิवारณ จินธรรม (2531 : ค-ง) ได้ศึกษาเรื่อง "มโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา" ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีมโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี นักศึกษาชายและนักศึกษานหญิงมีมโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษานหญิงมีมโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาวีชาเอกศึกษามีมโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักศึกษาวีชาเอกพลศึกษา

สุนันท์ ใหญ่ลายอง (2532 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่อง "มโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 เขตการศึกษา 12" ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีมโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี นักเรียนชายกับนักเรียนหญิงมีมโนทัศน์ทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สุหัตรา โดวัน (2532 : 98-102) ศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไปรับบริการสุขภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มารดาที่มีอาชีพ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพ็ญเพ็ญ ชาญะตุลย์ (2533 : ง) ได้ศึกษาเรื่อง "การดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร"

ผลการวิจัยพบว่า

1. การดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

2. อาสาสมัครสาธารณสุขหญิง ดูแลสุขภาพกายตนเองดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขชาย  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพจน์ รัตนพันธุ์ (2533 : ง) ทำการศึกษาเรื่อง "การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพ  
ของตนเองระหว่างนักเรียนที่เป็นผู้นำเยาวชนสาธารณสุขกับนักเรียนอื่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษา"  
ตามตัวแปร เพศ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่เป็นผู้นำเยาวชนสาธารณสุขและนักเรียนอื่น ใน  
โรงเรียนมัธยมศึกษาโดยเฉลี่ยมีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี ซึ่งนักเรียนหญิงที่เป็นผู้นำ  
เยาวชนสาธารณสุขมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชายที่เป็นผู้นำเยาวชนสาธารณสุข

ปวีรารัต มโนรมย์ชวัล (2533 : 87) ศึกษาเรื่อง "การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพตาม  
บทสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสมุทรปราการ" ผลการศึกษาพบว่า  
นักเรียนที่มีระดับผลการเรียนสูงกับนักเรียนที่มีระดับผลการเรียนต่ำ มีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ  
ตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยนักเรียนที่มี  
ระดับผลการเรียนสูงมีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีระดับผลการเรียนต่ำ นักเรียน  
ที่ผู้ปกครองมีการศึกษาและอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติโดย  
รวมไม่แตกต่างกัน

ประดับพร ญูเจือ (2533 : 81-86) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อการ  
ปฏิบัติตนทางด้าน การรับประทานอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6" ผลการศึกษาพบว่า  
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีการปฏิบัติตนทางด้าน การรับประทานอาหารอยู่ในเกณฑ์พอใช้  
ค่านิยมด้านโภชนาการและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่งผลต่อการปฏิบัติตนทางด้าน การ  
รับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พนอ ทิพย์พิมลรัตน์ (2534 : 109-120) ศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับการ  
บริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชุมพร  
พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ เจตคติอยู่ในระดับดี การปฏิบัติ  
อยู่ในระดับพอใช้ ระหว่างนักเรียนชายกับหญิงมีความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน บิดาหรือ  
มารดา มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ระดับ .05

สุระวีร์ มโนธรรม (2535 : 103-111) ทำการศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมโภชนาการของมารดาเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ที่นำเด็กมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า มารดาโดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับที่ต่ำ เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ มารดาที่มีอายุแตกต่างกัน สถานภาพการสมรสแตกต่างกัน จำนวนบุตรแตกต่างกัน อาชีพแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน ฐานะเศรษฐกิจทางครอบครัวแตกต่างกัน สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001

อมรรัตน์ ประดิษฐ์สาร (2535 : ก-ข) ทำการศึกษาเรื่อง การให้คุณค่าต่อสุขภาพและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่า การให้คุณค่าต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยเด็กที่ให้คุณค่าต่อสุขภาพมากจะมีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเด็กที่ให้คุณค่าต่อสุขภาพน้อย เพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือสุขาภิบาลมีการดูแลตนเองดีกว่าอยู่นอกเขตเทศบาล หรือสุขาภิบาล และเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานทั้ง 4 ประการ เข้าในสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายการดูแลตนเองพบว่า การให้คุณค่าต่อสุขภาพและเพศ และการให้คุณค่าต่อสุขภาพ เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบว่าการดูแลสุขภาพตนเอง หลังการฝึกอบรมให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและเพื่อนนักเรียน ตามหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในเรื่องสุขภาพแล้ว นักเรียนสามารถนำความรู้ความสามารถ ทักษะ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมสุขภาพได้ดีทั้งในโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนจัดทำเป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพให้แก่เพื่อนนักเรียน เป็นผู้ประสานระหว่างชุมชนกับบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายประการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานในการศึกษาดังต่อไปนี้

### สัมมนาในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชายและผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

##### แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

###### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แก่ ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ที่ผ่านการอบรมโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ในปีการศึกษา 2536 จำนวน 103 โรงเรียน ตั้งอยู่ตามอำเภอต่าง ๆ จำนวน 6 อำเภอ กิ่งอีก 1 กิ่งอำเภอ มีผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยจำนวน 2,575 คน เป็นนักเรียนชาย 1,217 คน และนักเรียนหญิง 1,358 คน

###### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ที่ผ่านการอบรมโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ในปีการศึกษา 2536 จำนวน 350 คน เป็นนักเรียนชาย 156 คน และนักเรียนหญิง 194 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane) (ไพศาล. ทวีพานิช. 2531 : 215)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (ในครั้งนี .05)

2. กำหนดสัดส่วนของโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอทุกอำเภอ โดยคำนวณ สัดส่วนต่อขนาดของกลุ่มตัวอย่างในข้อ 1 ดังปรากฏตามตาราง 4

$$\text{โรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{ประชากรนักเรียนแต่ละอำเภอ} \times \text{โรงเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด}}{\text{ประชากรโรงเรียนทั้งหมด}}$$

3. สุ่มโรงเรียนตัวอย่างแต่ละอำเภอทุกอำเภอที่คำนวณได้ในข้อ 2 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดังปรากฏที่ตาราง 5

4. ด้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยทุกคนจาก โรงเรียนที่สุ่มได้ในข้อ 3

ตาราง 4 จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนโรงเรียน ประชากร	จำนวนโรงเรียน กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้ให้นักเรียน ฝ่ายส่งเสริมอนามัย (คน)
1	เมือง	29	4	100
2	คำชะอี	17	2	50
3	นิคมคำสร้อย	12	2	50
4	คอนตาล	15	2	50
5	คงหลวง	14	2	50
6	ทิวานาพสุ	7	1	25
7	กิ่งอำเภอ ทนงสูง	9	1	25
	รวม	103	14	350

ที่มา : ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. แผนปฏิบัติการ

ประจำปี 2536. มุกดาหาร : 2535. อัดสำเนา.

ตาราง 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ โรงเรียน และ เพศ

ลำดับ	อำเภอ	โรงเรียน	จำนวนผู้ให้นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย		
			ชาย	หญิง	รวม
1	เมือง	บ้านคำเม็ก	12	13	25
2	เมือง	บ้านบุ่งอุทัย	14	11	25
3	เมือง	บ้านคำป่าหลาย	13	12	25
4	เมือง	บ้านนาเสือหลาย	15	10	25
5	คำชะอี	บ้านหนองเขี่ยน	13	12	25
6	คำชะอี	บ้านหนองเขี่ยนดง	9	16	25
7	นิคมคำสร้อย	บ้านโนนเกษม	8	17	25
8	นิคมคำสร้อย	บ้านวังขลุ่ยปลั่ง	9	16	25
9	ดอนตาล	ชุมชนโพธิ์ไทร	10	15	25
10	ดอนตาล	ชุมชนดอนตาล	10	15	25
11	ดงหลวง	บ้านเหล่าดง	14	11	25
12	ดงหลวง	บ้านหนองยาง	7	18	25
13	ห้วยใหญ่	บ้านขามป้อม	9	16	25
14	กิ่งอำเภอหนองสูง	บ้านโคกหินกอง	13	12	25
รวม			156	194	350

ที่มา : ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. แผนปฏิบัติการ  
ประจำปี 2536. มุกดาหาร : 2535. อัดสำเนา.

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

#### ลักษณะของ เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ระดับผลการเรียนของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้ของผู้ปกครอง

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ดังนี้

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันมากที่สุด

ลำดับที่	การดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	แบ่งฟันหลังรับประทานอาหาร ทุกครั้ง.....			
2	ล้างมือก่อน-หลังรับประทาน อาหาร.....			
3	อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง..			

### เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่ง เสริมอนามัย ให้คะแนนเป็นรายชื่อ ดังนี้

ชื่อที่ปฏิบัติ	เชิงนิมิต	เชิงนิเสธ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 1	3

ส่วนการประเมินค่าการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้เกณฑ์ประมาณค่าค่าเฉลี่ยของเบสท์ (Best.

1970 : 213-215)

ค่าเฉลี่ย	2.50 - 3.00	หมายถึง	การปฏิบัติดีมาก
	1.50 - 2.49	หมายถึง	การปฏิบัติพอใช้
	1.00 - 1.49	หมายถึง	ปฏิบัติไม่ดีต้องปรับปรุง

### การทบทวนภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาขอบเขตและเนื้อหาหลักสูตรสุขศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ฉบับพุทธศักราช 2521 (ปรับปรุง 2533) รวมทั้งเอกสาร และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย การจัดทำเป็นกรอบโครงการ ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เนื้อหาหลักสูตรการอบรม บทบาทที่ต้องปฏิบัติ จากเอกสาร หนังสือคู่มือโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย คู่มือวิทยากรอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริม อนามัย และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากเอกสาร
4. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา และขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 78 ข้อ
5. นำแบบสอบถามเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำ และปรับปรุงให้ดีขึ้น

6. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพื้นผิว (Face Validity) และพิจารณาข้อความที่ชัดเจนเหมาะสม นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง

7. นำแบบสอบถามที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข จำนวน 61 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน นำมาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ด้วยการทดสอบค่า  $t$  (t-test) เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edwards. 1975 : 152) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ .1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ มีจำนวน 50 ข้อ

8. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach. 1970 : 161) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ซึ่งจัดว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีความเชื่อมั่นสูงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการศึกษาคั้งนี้

### วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา ที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2. รับหนังสือจากผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร จัดส่งไปที่หัวหน้าการประถมศึกษาอำเภอและกิ่งอำเภอ และแจ้งผู้บริหารโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมนัดหมายวัน เวลา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำแบบสอบถามไปแจกผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืนมาทั้ง 350 ฉบับ เมื่อนำตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว พบว่าเป็นแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 350 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 3 สัปดาห์ คือ ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2537 ถึงวันที่ 22 มกราคม 2537

### วิธีจัดการกับข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอช เอกซ์ (SPSS<sup>x</sup> : Statistical Package for The Social Science Version 10) โดยใช้สถิติเพื่อทดสอบสมมติฐาน (คูศิริ วงศ์รัตนะ. 2534 : 177, 249 และ 268) โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม จำนวน 350 คน มาลงรหัส
2. ตรวจสอบความถูกต้องในการลงรหัส ซึ่งดำเนินการตรวจสอบโดยคน (Manual Check)
3. จัดเตรียมโปรแกรมและเตรียมข้อมูล เพื่อเข้าเครื่องจักรคำนวณ
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Vs.Edit
5. ดำเนินการประเมินผลข้อมูล เพื่อเสนอในรูปแบบตารางและค่าสถิติต่าง ๆ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS<sup>x</sup>

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
  - 1.1 หาค่าร้อยละ
  - 1.2 หาค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตร (Ferguson. 1981 : 49)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย  
 $\sum X$  แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด  
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

### 1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร (Ferguson. 1981 : 68)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน  
 $\sum X^2$  แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง  
 $(\sum X)^2$  แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง  
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

## 2. สถิติที่ใช้ในการหาค่าความหมายของแบบสอบถาม

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงผิวเผิน (Face Validity) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของระหว่างคำถามกับลักษณะการดูแล  
 สุขภาพตนเอง  
 $\sum R$  แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ  
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบสอบถามเป็นรายข้อ โดยใช้สูตร ทดสอบค่า ที (t-test) เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edwards. 1975 : 152)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

- เมื่อ  $t$  แทน ค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละข้อของกลุ่มสูง
- $\bar{X}_H$  แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง
- $\bar{X}_L$  แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ
- $S_H^2$  แทน ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง
- $S_L^2$  แทน ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ
- $n_H$  แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง
- $n_L$  แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach. 1970 : 161) โดยใช้สูตร

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right\}$$

- เมื่อ  $\alpha$  แทน สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
- $k$  แทน จำนวนข้อสอบของแบบสอบถาม
- $\sum S_i^2$  แทน ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อของแบบสอบถาม
- $S_t^2$  แทน ความแปรปรวนของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ

### 3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่า ที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 2 โดยใช้สูตร (คู่มือ วงศ์วัฒน์. 2525 : 117-119)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[ \frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]}{\frac{\left[ \frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[ \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม  
 $\bar{X}_1$  ,  $\bar{X}_2$  แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2  
 $S_1^2$  ,  $S_2^2$  แทน ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2  
 $n_1$  ,  $n_2$  แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2  
 df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือ ทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3, 4 และ 5 โดยใช้สูตร (คู่มือ วงศ์วัฒน์. 2534 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน f - distribution

$MS_B$  แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

$MS_W$  แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) (Winer. 1971 : 210-218)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน q-Statistic ที่ได้จากราง

$MS_W$  แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

$\tilde{n}$  แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน F-distribution
SS	แทน	Sum of Square
MS	แทน	Mean Square
df	แทน	Degree of freedom
*	แทน	ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นรูปตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

2.1 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย โดยใช้เกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสต์ (Best. 1970 : 213-215) เพื่อตรวจสอบความมุ่งหมายข้อที่ 1

2.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน ฝ่ายส่งเสริมอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า ที (t-test) เพื่อทดสอบ สมมติฐานข้อที่ 1 และ 2

2.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน ฝ่ายส่งเสริมอนามัยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3, 4 และ 5 ถ้าพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ นิวแมน-อูลส์ (Newman-Keuls Method)

### ผลการศึกษาค้นคว้า

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 6 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ระดับผลการเรียน ของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	157	44.90
1.2 หญิง	193	55.10
รวม	350	100.00

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2. ระดับผลการเรียนของนักเรียน		
2.1 ระดับผลการเรียนสูง	109	31.10
2.2 ระดับผลการเรียนปานกลาง	241	68.90
รวม	350	100.00
3. ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง		
3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	49	14.00
3.2 ประถมศึกษา	224	64.00
3.3 มัธยมศึกษา	35	10.00
3.4 อุดมศึกษา	42	12.00
รวม	350	100.00
4. อาชีพของผู้ปกครอง		
4.1 รับราชการและลูกจ้างรัฐบาลหรือ		
รัฐวิสาหกิจ	54	15.40
4.2 ค้าขายหรือธุรกิจ	41	11.70
4.3 เกษตรกรรม	179	51.10
4.4 รับจ้างทั่วไป	76	21.70
รวม	350	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. รายได้ของผู้ปกครอง		
5.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	267	76.30
5.2 ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน	50	14.30
5.3 สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน	33	9.40
รวม	350	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายและนักเรียนหญิงสัดส่วนใกล้เคียงกัน ระดับผลการเรียนปานกลางมากที่สุด ผู้ปกครองของนักเรียนส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยที่ผู้ปกครองของนักเรียนมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด และรายได้ของผู้ปกครองนั้นส่วนใหญ่ผู้ปกครองของนักเรียนมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

2.1 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย โดยใช้เกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์ ดังปรากฏตามตาราง 7 ถึง ตาราง 17

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องอนามัยส่วนบุคคล จำแนกเป็นรายชื่อ

ชื่อ	เรื่องอนามัยส่วนบุคคล	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
1.	นักเรียนใช้มือขยี้ตาเวลาพุงเข้าตา	2.08	0.56	พอใช้
2.	นักเรียนนั่งและยืนหลังงอเสมอ	2.25	0.66	พอใช้
3.	นักเรียนหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้คนสูบบุหรี่	2.18	0.65	พอใช้
4.	นักเรียนสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	2.38	0.65	พอใช้
5.	เมื่อน้ำเข้าหูนักเรียนปล่อยให้แห้งโดยไม่ทาความสะอาด	2.45	0.65	พอใช้
6.	นักเรียนสวมเสื้อผ้ามากกว่า 1 ครั้ง จึงนำไปซัก	2.13	0.73	พอใช้
7.	นักเรียนจะล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง	2.72	0.50	ดีมาก
8.	นักเรียนสามารถรองเท้าเมื่อออกจากบ้านหรืออาคารทุกครั้ง	2.59	0.54	ดีมาก
9.	นักเรียนนำหมอน ผ้าห่ม มุ้ง ออกตากแดดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2.20	0.63	พอใช้

ตาราง 7 (ต่อ)

ชื่อ	เรื่องอนามัยส่วนบุคคล	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
10.	นักเรียนออกกำลังกายกลางแจ้งทุกวัน	1.93	0.63	พอใช้
	รวม	2.29	0.25	พอใช้

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องอนามัยส่วนบุคคล อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเที่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการ  
ดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องโภชนาการ จำแนกเป็นรายชื่อ

ชื่อ	เรื่องโภชนาการ	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
11.	นักเรียนชอบรับประทานอาหารสัจ	2.13	0.59	พอใช้
12.	นักเรียนดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	2.08	0.72	พอใช้
13.	นักเรียนดื่มน้ำเสริมไอโอดีน หรือ รับประทานเกลือไอโอดีนทุกวัน	2.21	0.56	พอใช้
14.	นักเรียนดื่มนมแก้วเหลืองหรือนมสด	1.97	0.53	พอใช้
15.	นักเรียนรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน	2.05	0.52	พอใช้
	รวม	2.09	0.30	พอใช้

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องโภชนาการ อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการ  
 ดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล  
 อาหาร จำแนกเป็นรายชื่อ

ข้อ	เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
16.	นักเรียนจะล้างน้ำมือและล้างหน้าบ่อยครั้ง	2.24	0.69	พอใช้
17.	นักเรียนถ่ายขี้ส้วมและอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง	2.36	0.72	พอใช้
18.	นักเรียนทิ้งขยะลงในถังหรือที่รองรับขยะ	2.48	0.58	พอใช้
19.	นักเรียนจะรับประทานอาหารที่ตกลงพื้นเป็นบางครั้ง	2.46	0.71	พอใช้
20.	นักเรียนจะไม่รับประทานอาหารที่แมลงวันตอม	1.85	0.74	พอใช้
21.	นักเรียนจะซื้ออาหารที่มีสีสวย ปริมาณมากและ ราคาถูก	2.23	0.54	พอใช้
	รวม	2.27	0.27	พอใช้

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา  
 จังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมและ  
 สุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการ  
 ดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการใช้ยาและสมุนไพร จำนวน  
 เป็นรายชื่อ

ชื่อ	เรื่องการใช้ยาและสมุนไพร	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
22.	นักเรียนจะไม่รับประทานยาที่เปลี่ยนสี หรือตกตะกอน	2.26	0.81	พอใช้
23.	นักเรียนมักจะรับประทานยาโดยไม่อ่านฉลากยา	2.57	0.65	ดีมาก
24.	เมื่อนักเรียนลืมรับประทานยาจะรับประทาน เป็น 2 เท่า ในเมื่อถัดไป	2.29	0.73	พอใช้
25.	เมื่ออุจจาระร่วง ดื่มน้ำต้มสุกผสมเกลือแร่ หรือน้ำดื่มใบฝรั่ง	2.05	0.76	พอใช้
	รวม	2.29	0.38	พอใช้

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา  
 จังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องการใช้ยาและสมุนไพร  
 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเที่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องอนามัยในครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	เรื่องอนามัยในครอบครัว	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
26.	นักเรียนระมัดระวัง เมื่อใช้ของมีคม	2.66	0.55	ดีมาก
27.	นักเรียนใช้เสื้อผ้า หรือผ้าเช็ดตัวร่วมกันระหว่าง พี่น้อง	2.26	0.67	พอใช้
28.	นักเรียนไอ หรือจามโดยไม่ปิดปาก	2.28	0.58	พอใช้
29.	นักเรียนใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นเหา กลาก เกสื้อน	2.22	0.78	พอใช้
30.	นักเรียนหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้ป่วยตาแดง หัด และคางค่อม	2.03	0.83	พอใช้
	รวม	2.29	0.30	พอใช้

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องอนามัยในครอบครัว อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องอนามัยในช่องปาก จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	เรื่องอนามัยในช่องปาก	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
31.	นักเรียนไม่ชอบรับประทานผักสด และผลไม้	2.15	0.78	พอใช้
32.	ตรวจความสะอาดฟันของตนเองเสมอ	2.32	0.61	พอใช้
33.	นักเรียนไม่ชอบเปลี่ยนแปรงฟัน จนจนแปรงบานออก	2.33	0.77	พอใช้
34.	แปรงฟันล่างทั้งด้านนอกและด้านในด้วยวิธีบิดขน แปรงขึ้นบน แปรงฟันบนทั้งด้านนอกและด้านในด้วย วิธีบิดแปรงลงล่าง	2.46	0.61	พอใช้
	รวม	2.31	0.39	พอใช้

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องอนามัยในช่องปาก อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเที่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย จำแนกเป็นรายชื่อ

ชื่อ เรื่องการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
35. นักเรียนสาธิตการประพจน์ที่ถูกวิธีให้เพื่อนดู	1.76	0.66	พอใช้
36. ประกาศสุขภาพทางเสียงตามฉายาให้โรงเรียน	1.45	0.60	ต้องปรับปรุง
37. นักเรียนใหม่เคยช่วยงานครูอนามัย คุรุพยาบาลในโรงเรียน	2.35	0.73	พอใช้
รวม	1.85	0.39	พอใช้

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการ  
ดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน  
จำแนกเป็นรายชื่อ

ชื่อ	เรื่องการใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
38.	ขณะนักเรียนป่วย รับประทานยาตามแพทย์สั่งจนครบ	2.24	0.77	พอใช้
39.	ขณะนักเรียนเจ็บป่วยมากไปรับการรักษาแบบพื้นบ้าน	2.27	0.61	พอใช้
40.	ขณะที่นักเรียนเจ็บป่วยมาก นักเรียนไปรับการรักษา จากสถานอนามัย ในโรงพยาบาล หรือคลินิก	2.63	0.53	ดีมาก
	รวม	2.38	0.38	พอใช้

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา  
จังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องการใช้บริการสาธารณสุข  
ในชุมชนอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกเป็นรายชื่อ

ข้อ	เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
41.	นักเรียนดูแลตรวจสุขภาพตนเองและเพื่อน	2.07	0.57	พอใช้
42.	นักเรียนปล่อยให้เล็บมือเล็บเท้ายาวและดำสกปรก	2.43	0.65	พอใช้
43.	นักเรียนทำการบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงของตนเองและเพื่อนทุกครั้งปฏิบัติงาน	2.05	0.68	พอใช้
	รวม	2.18	0.41	พอใช้

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเขต

ตาราง 16 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเที่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการ  
 ดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เรื่องการปฐมพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ

ชื่อ	เรื่องการปฐมพยาบาล	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
44.	นักเรียนเช็ดตัวเพื่อลดไข้ด้วยน้ำแก้อื่นและ แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ	1.97	0.67	พอใช้
45.	เมื่อนักเรียนประสบอุบัติเหตุและข้อเคล็ด นักเรียนรับประทานยาแก้ปวดทันที	2.25	0.73	พอใช้
46.	ใส่แผลด้วยยาแดงหรือทิงเจอร์ไอโอดีน เมื่อถูกของมีคม	2.31	0.65	พอใช้
47.	นักเรียนเกา หรือถูแรง ๆ บริเวณที่ถูกแมลงสัตว์ กัด ต่อย	2.19	0.78	พอใช้
48.	ใช้ผ้าเป็นประคบบริเวณบาดแผลฟก้ำทันที หลังจากบาดเจ็บ	1.95	0.71	พอใช้
49.	เมื่อนักเรียนหรือเพื่อน เลือดกำเดาออก เอาผ้าพอน้ำแข็งวางไว้ที่บริเวณคั้งจมูก	1.94	0.74	พอใช้
50.	เมื่อมีอาการหน้ามืดหรือวิงเวียนศีรษะ รีบนั่งลง และหายใจยาว ๆ	2.07	0.66	พอใช้
	รวม	2.10	0.32	พอใช้

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา  
 จังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องการปฐมพยาบาล  
 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเขต

ตาราง 17 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย รวมหมดทุกเรื่อง จำแนกเป็นรายชื่อ

ลำดับที่	รวมหมดทุกเรื่อง	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
1	อนามัยส่วนบุคคล	2.29	0.25	พอใช้
2	โภชนาการ	2.09	0.30	พอใช้
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร	2.27	0.27	พอใช้
4	การใช้ยาและสมุนไพร	2.29	0.38	พอใช้
5	อนามัยในครอบครัว	2.29	0.30	พอใช้
6	อนามัยในช่องปาก	2.31	0.39	พอใช้
7	การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	1.85	0.39	พอใช้
8	การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน	2.38	0.38	พอใช้
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.18	0.41	พอใช้
10	การประชุมพยาบาล	2.10	0.32	พอใช้
	รวม	2.22	0.18	พอใช้

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง รวมหมดทุกเรื่องอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์

2.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน  
ฝ่ายส่งเสริมอนามัย ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า t (t-test) เพื่อทดสอบ  
สมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ดังปรากฏตามตาราง 18 และ 19

ตาราง 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย  
จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เรื่อง	ชาย		หญิง		t
		N = 157		N = 193		
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
1	อนามัยส่วนบุคคล	2.29	0.24	2.31	0.25	1.75
2	โภชนาการ	2.07	0.28	2.09	0.31	0.62
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร	2.26	0.23	2.27	0.29	0.41
4	การวิจัยและสมุนไพร	2.26	0.36	2.31	0.38	1.14
5	อนามัยในครอบครัว	2.26	0.28	2.30	0.31	1.25
6	อนามัยในช่องปาก	2.24	0.36	2.36	0.40	-3.01**
7	การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้าน สุขภาพอนามัย	1.80	0.36	1.81	0.40	2.03*
8	การให้บริการสาธารณสุขในชุมชน	2.39	0.39	2.39	0.37	0.97
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.13	0.42	2.22	0.38	-1.99*
10	การปฐมพยาบาล	2.16	0.31	2.07	0.33	1.17
	รวม	2.20	0.16	2.22	0.18	1.45

\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  $t \pm 1.96$

\*\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01  $t \pm 2.57$

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชายและผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชายและผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายเรื่อง พบว่า มีการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ในเรื่องอนามัยในช่องปาก การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย และการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย  
จำแนกตามระดับผลการเรียนของนักเรียน

ลำดับที่	เรื่อง	ระดับผลการเรียนสูง		ระดับผลการเรียน ปานกลาง		t
		N = 109		N = 241		
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
1	อนามัยส่วนบุคคล	2.20	0.23	2.32	0.25	4.22**
2	โภชนาการ	2.02	0.29	2.11	0.30	2.84**
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร	2.18	0.25	2.30	0.26	4.09**
4	การใช้จ่ายและสมุนไพร	2.28	0.41	2.30	0.36	0.90
5	อนามัยในครอบครัว	2.23	0.31	2.32	0.28	3.26**
6	อนามัยในช่องปาก	2.17	0.34	2.37	0.39	4.49**
7	การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้าน สุขภาพอนามัย	1.83	0.42	1.85	0.37	0.54
8	การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน	2.27	0.36	2.43	0.38	3.63**
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.12	0.40	2.21	0.40	1.90
10	การปฐมพยาบาล	2.07	0.32	2.08	0.32	0.62
	รวม	2.15	0.16	2.24	0.17	4.63**

\*\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 t  $\pm$  2.57

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนสูงมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 โดยผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนปานกลางมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนสูง

2.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3, 4 และ 5 ถ้าพบที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 20 ถึง 28

ตาราง 20 คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

ลำดับที่	เรื่อง	ต่ำกว่า ประถมศึกษา		ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา		อุดมศึกษา	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
		N = 49		N = 224		N = 35		N = 42	
1	อนามัยส่วนบุคคล	2.30	0.26	2.26	0.24	2.31	0.26	2.40	0.24
2	โภชนาการ	2.08	0.28	2.04	0.29	2.09	0.33	2.29	0.26
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและ สุขาภิบาลอาหาร	2.29	0.28	2.24	0.26	2.30	0.28	2.33	0.25
4	การใช้จ่ายและสมุนไพร	2.31	0.38	2.27	0.37	2.41	0.34	2.27	0.40
5	อนามัยในครอบครัว	2.27	0.27	2.27	0.29	2.27	0.34	2.40	0.30
6	อนามัยในช่องปาก	2.27	0.42	2.28	0.39	2.32	0.30	2.49	0.37
7	การเผยแพร่ความรู้และ ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	1.80	0.40	1.83	0.39	1.83	0.35	1.97	0.35

ตาราง 20 (ต่อ)

ลำดับที่	เรื่อง	ต่ำกว่า ประถมศึกษา		ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา		อุดมศึกษา	
		N = 49		N = 224		N = 35		N = 42	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
8	การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน	2.30	0.37	2.35	0.39	2.49	0.29	2.53	0.38
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.10	0.44	2.15	0.39	2.23	0.42	2.38	0.35
10	การปฐมพยาบาล	2.08	0.29	2.05	0.32	2.20	0.36	2.22	0.30
	รวม	2.20	0.15	2.18	0.16	2.26	0.19	2.33	0.17

จากตาราง 20 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ปกครอง พบว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองใกล้เคียงกัน โดยผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด

ตาราง 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่าย  
ส่งเสริมอนามัย จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

ลำดับที่	เรื่อง	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1	อนามัยส่วนบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	3	0.73	0.24	3.94**
		ภายในกลุ่ม	346	21.45	0.06	
		รวม	349	22.18		
2	โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.19	0.73	8.57**
		ภายในกลุ่ม	346	29.49	0.08	
		รวม	349	31.68		
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	3	0.34	0.11	1.59
		ภายในกลุ่ม	346	25.09	0.07	
		รวม	349	25.44		
4	การใช้ยาและสมุนไพร	ระหว่างกลุ่ม	3	0.65	0.21	1.55
		ภายในกลุ่ม	346	48.70	0.14	
		รวม	349	49.35		
5	อนามัยในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	0.58	0.19	2.15
		ภายในกลุ่ม	346	31.04	0.08	
		รวม	349	31.62		
6	อนามัยในช่องปาก	ระหว่างกลุ่ม	3	1.63	0.54	3.61**
		ภายในกลุ่ม	346	52.10	0.15	
		รวม	349	53.74		

ตาราง 21 (ต่อ)

ลำดับที่	เรื่อง	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
7	การเผยแพร่ความรู้และข่าวสาร ด้านสุขภาพอนามัย	ระหว่างกลุ่ม	3	0.77	0.25	1.72
		ภายในกลุ่ม	346	51.93	0.15	
		รวม	349	52.70		
8	การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	3	1.88	0.62	4.38**
		ภายในกลุ่ม	346	49.54	0.14	
		รวม	349	51.42		
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.35	0.78	4.87**
		ภายในกลุ่ม	346	55.71	0.16	
		รวม	349	58.06		
10	การปฐมพยาบาล	ระหว่างกลุ่ม	3	1.41	0.46	4.59**
		ภายในกลุ่ม	346	35.33	0.10	
		รวม	349	36.74		
รวมหมดทุกเรื่อง		ระหว่างกลุ่ม	3	0.86	0.28	9.92**
		ภายในกลุ่ม	346	10.03	0.02	
		รวม	349	10.89		

\*\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $F_{3,346} = 3.85$ )

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

เมื่อพิจารณาเป็นรายเรื่อง พบว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในเรื่องอนามัยส่วนบุคคล โภชนาการ อนามัยในช่องปาก การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการปฐมพยาบาล จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ (Newman-Keuls Method) ผลปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริม  
อนามัย จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ปกครองเป็นรายคู่

อนามัยส่วนบุคคล	$\bar{X}$	ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.26	2.30	2.31	2.40
ประถมศึกษา	2.26	-	0.04	0.05	0.14 <sup>**</sup>
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.30		-	0.01	0.10
มัธยมศึกษา	2.31			-	0.09
อุดมศึกษา	2.40				-

โภชนาการ	$\bar{X}$	ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.04	2.08	2.09	2.29
ประถมศึกษา	2.04	-	0.04	0.05	0.25 <sup>*</sup>
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.08		-	0.01	0.21 <sup>*</sup>
มัธยมศึกษา	2.09			-	0.20 <sup>*</sup>
อุดมศึกษา	2.29				-

ตาราง 22 (ต่อ)

อนามัยในช่องปาก		ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	2.27	2.28	2.32	2.49
ประถมศึกษา	2.27	-	0.01	0.05	0.22*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.28		-	0.04	0.21*
มัธยมศึกษา	2.32			-	0.17
อุดมศึกษา	2.49				-
การใช้บริการ สาธารณสุขในชุมชน		ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	2.30	2.35	2.49	2.53
ประถมศึกษา	2.30	-	0.05	0.19	0.23*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.35		-	0.14*	0.18*
มัธยมศึกษา	2.49			-	0.04
อุดมศึกษา	2.53				-
การปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ		ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	2.10	2.15	2.23	2.38
ประถมศึกษา	2.10	-	0.05	0.13	0.28*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.15		-	0.08	0.23*
มัธยมศึกษา	2.23			-	0.15
อุดมศึกษา	2.38				-

การปฐมพยาบาล		ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	2.05	2.08	2.20	2.22
ประถมศึกษา	2.05	-	0.03	0.15*	0.17*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.08		-	0.12	0.14
มัธยมศึกษา	2.20			-	0.02
อุดมศึกษา	2.22				-
รวมหมดทุกเรื่อง		ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	2.18	2.20	2.26	2.33
ประถมศึกษา	2.18	-	0.02	0.08	0.15*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.20		-	0.04	0.13*
มัธยมศึกษา	2.26			-	0.07
อุดมศึกษา	2.33				-

\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษาในเรื่อง อนามัยส่วนบุคคล โภชนาการอนามัยในช่องปาก การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฐมพยาบาล และในด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอาหาร การใช้ยาสมุนไพร อนามัยในครอบครัว การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตาราง 23 คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำนวนตามอาชีพของผู้ปกครอง

ลำดับที่	เรื่อง	รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ		ค้าขายหรือ ธุรกิจ		เกษตรกรรวม		รับจ้างทั่วไป	
		N = 54		N = 41		N = 179		N = 76	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1	อนามัยส่วนบุคคล	2.37	0.25	2.22	0.23	2.28	0.24	2.27	0.27
2	โภชนาการ	2.28	0.25	2.08	0.26	2.04	0.29	2.04	0.32
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและ สุขาภิบาลอาหาร	2.33	0.23	2.26	0.26	2.25	0.26	2.26	0.30
4	การใช้ยาและสมุนไพร	2.25	0.37	2.17	0.41	2.30	0.36	2.34	0.38
5	อนามัยในครอบครัว	2.36	0.31	2.30	0.29	2.29	0.27	2.20	0.34
6	อนามัยในช่องปาก	2.44	0.38	2.32	0.35	2.32	0.39	2.17	0.37
7	การเผยแพร่ความรู้และ ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	1.91	0.40	1.92	0.45	1.78	0.35	1.92	0.40
8	การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน	2.47	0.38	2.43	0.40	2.35	0.37	2.33	0.37
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.34	0.36	2.16	0.44	2.15	0.40	2.14	0.40
10	การปฐมพยาบาล	2.18	0.30	2.12	0.32	2.05	0.31	2.11	0.33
	รวม	2.30	0.18	2.20	0.15	2.10	0.17	2.19	0.17

จากตาราง 23 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จาแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง พบว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองใกล้เคียงกัน โดยผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการและลูกจ้างรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

ตาราง 24 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่าย  
ส่งเสริมอนามัย จำแนกตามอาชีพของผู้ปกครอง

ลำดับที่	เรื่อง	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1	อนามัยส่วนบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	3	0.53	0.17	2.82*
		ภายในกลุ่ม	346	21.65	0.06	
		รวม	349	22.18		
2	โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.46	0.82	9.73**
		ภายในกลุ่ม	346	29.21	0.08	
		รวม	349	31.67		
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	3	0.22	0.07	1.03
		ภายในกลุ่ม	346	25.21	0.07	
		รวม	349	25.43		
4	การใช้ยาและสมุนไพร	ระหว่างกลุ่ม	3	0.85	0.28	2.04
		ภายในกลุ่ม	346	48.49	0.14	
		รวม	349	49.35		
5	อนามัยในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	0.85	0.28	3.19*
		ภายในกลุ่ม	346	30.77	0.08	
		รวม	349	31.62		
6	อนามัยในช่องปาก	ระหว่างกลุ่ม	3	2.43	0.81	5.46**
		ภายในกลุ่ม	346	51.31	0.14	
		รวม	349	53.74		

ตาราง 24 (ต่อ)

ลำดับที่	เรื่อง	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
7	การเผยแพร่ความรู้และข่าวสาร ด้านสุขภาพอนามัย	ระหว่างกลุ่ม	3	1.66	0.55	3.76**
		ภายในกลุ่ม	346	51.05	0.14	
		รวม	349	52.71		
8	การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	3	0.80	0.26	1.84
		ภายในกลุ่ม	346	50.62	0.14	
		รวม	349	51.42		
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.67	0.55	3.43**
		ภายในกลุ่ม	346	56.38	0.16	
		รวม	349	58.05		
10	การปฐมพยาบาล	ระหว่างกลุ่ม	3	0.75	0.25	2.43
		ภายในกลุ่ม	346	35.98	0.10	
		รวม	349	36.73		
รวมหมดทุกเรื่อง		ระหว่างกลุ่ม	3	0.52	0.17	5.78**
		ภายในกลุ่ม	346	10.38	0.03	
		รวม	349	10.90		

\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F_{3,346} = 2.63$ )

\*\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $F_{3,346} = 3.85$ )

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีอาชีพแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

เมื่อพิจารณาเป็นรายเรื่อง พบว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องอนามัยส่วนบุคคล อนามัยในครอบครัว และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในเรื่องโภชนาการ อนามัยในช่องปาก การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ผลปรากฏตามตาราง 25

ตาราง 25 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริม  
อนามัย จำแนกตามอาชีพของผู้ปกครองเป็นรายหมู่

อนามีส่วบุคคล	$\bar{X}$	ค้าขายหรือธุรกิจ	รับจ้างทั่วไป	เกษตรกร	รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ
		2.22	2.27	2.28	2.37
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.22	-	0.05	0.06	0.15*
รับจ้างทั่วไป	2.27		-	0.01	0.10*
เกษตรกร	2.28			-	0.09*
รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ	2.37				-

โชนาการ	$\bar{X}$	ค้าขายหรือธุรกิจ	รับจ้างทั่วไป	เกษตรกร	รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ
		2.04	2.05	2.08	2.28
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.04	-	0.01	0.04	0.24*
รับจ้างทั่วไป	2.05		-	0.03	0.23*
เกษตรกร	2.08			-	0.20*
รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ	2.28				-

ตาราง 25 (ต่อ)

อนามัยในครอบครัว	$\bar{X}$	ค้าขายหรือธุรกิจ	รับจ้างทั่วไป	เกษตรกรรวม	รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ
		2.20	2.29	2.30	2.36
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.20	-	0.09*	0.10*	0.16*
รับจ้างทั่วไป	2.29		-	0.01	0.07
เกษตรกรรวม	2.30			-	0.06
รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ	2.36				-
อนามัยในช่องปาก	$\bar{X}$	2.17	2.32	2.33	2.44
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.17	-	0.15*	0.16*	0.27*
รับจ้างทั่วไป	2.32		-	0.01	0.12
เกษตรกรรวม	2.33			-	0.11
รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ	2.44				-

ตาราง 25 (ต่อ)

การเผยแพร่ความรู้ และข่าวสารด้าน		ค้าขายหรือธุรกิจ	รับจ้างทั่วไป	เกษตรกรรม	รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ
สุขภาพอนามัย	$\bar{X}$	1.78	1.91	1.92	1.93
ค้าขายหรือธุรกิจ	1.78	-	0.13*	0.14*	0.15*
รับจ้างทั่วไป	1.91		-	0.01	0.02
เกษตรกรรม	1.92			-	0.01
รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ	1.93				-
การปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ		ค้าขายหรือธุรกิจ	รับจ้างทั่วไป	เกษตรกรรม	รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ
	$\bar{X}$	2.14	2.15	2.16	2.34
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.14	-	0.01	0.02	0.20*
รับจ้างทั่วไป	2.15		-	<b>0.01</b>	0.19*
เกษตรกรรม	2.16			-	0.18*
รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ	2.34				-

ตาราง 25 (ต่อ)

รวมหมดทุกเรื่อง	ค่าขายหรือธุรกิจ รับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ				
	$\bar{X}$	2.19	2.20	2.21	2.31
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.19	-	0.01	0.02	0.12*
รับจ้างทั่วไป	2.20		-	0.01	0.11*
เกษตรกรรม	2.21			-	0.10*
รับราชการและ ลูกจ้างรัฐบาลหรือ รัฐวิสาหกิจ	2.31				-

\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการ และลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม และค้าขายหรือธุรกิจ ในเรื่อง อนามัยส่วนบุคคล โภชนาการ อนามัยในครอบครัว อนามัยในช่องปาก การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และในด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร การใช้อาสนุนไพร การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน และการปฐมพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตาราง 26 คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำนวนตาม  
รายได้ของผู้ปกครอง

ลำดับที่	เรื่อง	ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน N = 267		ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาท/เดือน N = 50		สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน N = 33	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1	อนามัยส่วนบุคคล	2.26	0.24	2.34	0.24	2.40	0.27
2	โภชนาการ	2.05	0.29	2.11	0.27	2.33	0.25
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและ สุขาภิบาลอาหาร	2.25	0.27	2.31	0.27	2.36	0.22
4	การอาศัยและสมุนไพรม	2.28	0.37	2.34	0.39	2.29	0.36
5	อนามัยในครอบครัว	2.25	0.29	2.30	0.32	2.43	0.29
6	อนามัยในช่องปาก	2.28	0.38	2.36	0.42	2.49	0.39
7	การเผยแพร่ความรู้และ ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	1.82	0.38	1.93	0.37	1.94	0.44
8	การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน	2.35	0.37	2.43	0.35	2.49	0.45
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.14	0.41	2.24	0.35	2.42	0.35
10	การปฐมพยาบาล	2.06	0.32	2.16	0.27	2.21	0.35
	รวม	2.19	0.16	2.26	0.15	2.34	0.19

จากตาราง 26 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำแนกตามรายได้ของผู้ปกครอง พบว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีรายได้สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

ตาราง 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่าย  
ส่งเสริมอนามัย จำแนกตามรายได้ของผู้ปกครอง

ลำดับที่	เรื่อง	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1	อนามัยส่วนบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	2	0.66	0.33	5.37**
		ภายในกลุ่ม	347	21.51	0.06	
		รวม	349	22.17		
2	โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.46	1.23	14.64**
		ภายในกลุ่ม	347	29.21	0.08	
		รวม	349	31.67		
3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	2	0.53	0.26	3.71*
		ภายในกลุ่ม	347	24.91	0.07	
		รวม	349	25.44		
4	การวิจัยและสมุนไพร	ระหว่างกลุ่ม	2	0.16	0.08	0.57
		ภายในกลุ่ม	347	49.19	0.14	
		รวม	349	49.35		
5	อนามัยในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	0.83	0.41	4.70**
		ภายในกลุ่ม	347	30.78	0.08	
		รวม	349	31.61		
6	อนามัยในช่องปาก	ระหว่างกลุ่ม	2	1.43	0.72	4.75**
		ภายในกลุ่ม	347	52.31	0.15	
		รวม	349	53.74		

ตาราง 27 (ต่อ)

ลำดับที่	เรื่อง	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
7	การเผยแพร่ความรู้และข่าวสาร ด้านสุขภาพอนามัย	ระหว่างกลุ่ม	2	0.85	0.42	2.85
		ภายในกลุ่ม	347	51.86	0.14	
		รวม	349	52.71		
8	การให้บริการสาธารณสุขในชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	2	0.71	0.35	2.45
		ภายในกลุ่ม	347	50.71	0.14	
		รวม	349	51.42		
9	การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.49	1.24	7.79**
		ภายในกลุ่ม	347	55.56	0.16	
		รวม	349	58.06		
10	การประชุมพยาบาล	ระหว่างกลุ่ม	2	0.91	0.45	4.43**
		ภายในกลุ่ม	347	35.82	0.10	
		รวม	349	36.74		
รวมหมวดทุกเรื่อง		ระหว่างกลุ่ม	2	0.86	0.43	14.94**
		ภายในกลุ่ม	347	10.03	0.02	
		รวม	349	10.89		

\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F_{3,346} = 2.63$ )

\*\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $F_{3,346} = 3.85$ )

จากตาราง 27 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

เมื่อพิจารณาเป็นรายเรื่อง พบว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขาภิบาลอาหาร และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในเรื่องอนามัยส่วนบุคคล โภชนาการ อนามัยในครอบครัว อนามัยในช่องปาก การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการปฐมพยาบาล จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ผลปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 28 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริม  
อนามัย จำนวนตามรายได้ของผู้ปกครองเป็นรายคู่

อนามัยส่วนบุคคล	$\bar{X}$	ต่ำกว่า	ตั้งแต่ 3,000-8,000	สูงกว่า
		3,000 บาท/เดือน	บาท/เดือน	8,000 บาท/เดือน
	$\bar{X}$	2.26	2.34	2.40
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	2.26	-	0.08	0.14*
ตั้งแต่ 3,000- 8,000 บาท/เดือน	2.34		-	0.06
สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน	2.40			-
โภชนาการ	$\bar{X}$	ต่ำกว่า	ตั้งแต่ 3,000-8,000	สูงกว่า
		3,000 บาท/เดือน	บาท/เดือน	8,000 บาท/เดือน
	$\bar{X}$	2.05	2.11	2.33
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	2.05	-	0.06	0.27*
ตั้งแต่ 3,000- 8,000 บาท/เดือน	2.11		-	0.22*
สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน	2.33			-

ตาราง 28 (ต่อ)

อนามัยสิ่งแวดล้อมและ สุขอนามัยอาหาร	$\bar{X}$	ต่ำกว่า	ตั้งแต่ 3,000-8,000	สูงกว่า
		3,000 บาท/เดือน	บาท/เดือน	8,000 บาท/เดือน
		2.25	2.51	2.36
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	2.25	-	0.06	0.11*
ตั้งแต่ 3,000- 8,000 บาท/เดือน	2.31		-	0.05
สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน	2.36			-
อนามัยในครอบครัว	$\bar{X}$	ต่ำกว่า	ตั้งแต่ 3,000-8,000	สูงกว่า
		3,000 บาท/เดือน	บาท/เดือน	8,000 บาท/เดือน
		2.26	2.30	2.43
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	2.26	-	0.04	0.17*
ตั้งแต่ 3,000- 8,000 บาท/เดือน	2.30		-	0.13
สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน	2.43			-

ตาราง 28 (ต่อ)

		ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาท/เดือน	สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน
อนามัยในช่องปาก				
	$\bar{X}$	2.28	2.36	2.49
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	2.28	-	0.08	0.21*
ตั้งแต่ 3,000- 8,000 บาท/เดือน	2.36		-	0.13
สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน	2.49			-
		ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาท/เดือน	สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน
การปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ				
	$\bar{X}$	2.14	2.24	2.42
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	2.14	-	0.10	0.28*
ตั้งแต่ 3,000- 8,000 บาท/เดือน	2.24		-	0.18*
สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน	2.42			-

ตาราง 28 (ต่อ)

การปฐมพยาบาล	$\bar{X}$	ต่ำกว่า	ตั้งแต่ 3,000-8,000	สูงกว่า
		3,000 บาท/เดือน	บาท/เดือน	8,000 บาท/เดือน
		2.06	2.16	2.21
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	2.06	-	0.10	0.15*
ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาท/เดือน	2.16		-	0.05
สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน	2.21			-
		ต่ำกว่า	ตั้งแต่ 3,000-8,000	สูงกว่า
		3,000 บาท/เดือน	บาท/เดือน	8,000 บาท/เดือน
รวมหมดทุกเรื่อง	$\bar{X}$	2.19	2.26	2.34
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	2.19	-	0.07*	0.15*
ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาท/เดือน	2.26		-	0.08*
สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน	2.34			-

\* ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ที่ผู้ปกครองมีรายได้สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และรายได้ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน ในเรื่อง อนามัยส่วนบุคคล โภชนาการ อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร อนามัยในครอบครัว อนามัยในช่องปาก การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฐมพยาบาล และในด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนเรื่อง การใช้อายสมุนไพรรักษา การเผยแพร่ความรู้และข่าวสาร ด้านสุขภาพอนามัย และการใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

**บทย่อ สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ**

**บทย่อ**

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ตามตัวแปร เพศ ระดับผลการเรียนของนักเรียน อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้ของผู้ปกครอง

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ปีการศึกษา 2536 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ได้ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย จำนวน 350 คน เป็นนักเรียนชาย 156 คน และนักเรียนหญิง 194 คน โดยการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ยามาเน่ (Yamane)

**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ตอน  
ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของนักเรียน ตามตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ ระดับผลการเรียนของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้ของผู้ปกครอง

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 50 ข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย
2. หาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนน และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย โดยใช้เกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของเบสท์ (Best)
3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า  $t$  (t-test)
4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) และเมื่อพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

### สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้
2. ผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชายและผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนสูง กับผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนปานกลาง มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนปานกลาง มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนสูง
4. ผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลสุขภาพ

ตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา

5. ผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการและลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม และค้าขายหรือธุรกิจ

6. ผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีรายได้สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และรายได้ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน

#### อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ระดับพอใช้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ กลีบบัว (2524 : บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษา ความรู้ด้านอนามัยและภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ด้านอนามัยของนักเรียนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จากการศึกษาของ ประดับพร ฐูเจือ (2533 : 81-86) ซึ่งศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนทางด้านการรับประทานอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีการปฏิบัติตนทางด้านการรับประทานอาหารอยู่ในเกณฑ์พอใช้ และจากการศึกษาของ พนอ ทิพย์นิมลรัตน์ (2534 : 109-120) ซึ่งศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชุมพร พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีการปฏิบัติการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้

ซึ่งการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยยังไม่ถึง

ระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกอบรมโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติใช้เวลา 4 วัน เป็นระยะเวลาที่สั้นไม่เพียงพอในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ทั้งหมด การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้เวลาอันยาวนาน ต้องมีความรู้ เจตคติที่ดีต่อเรื่องสุขภาพจึงจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องควรเริ่มตั้งแต่เด็กและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชายและผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เกิดมงคล (2528 : บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษา การดูแลสุขภาพของตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชาย และการศึกษาของ เจลา เพียรชอบ (2529 : บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษาเรื่อง การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร มีการดูแลสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี นักเรียนชายกับนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชาย และการศึกษาของ เพียงเพ็ญ จัญชะตุลย์ (2533 : ง) ซึ่งศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี อาสาสมัครสาธารณสุขหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า หลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในหมวดวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต โครงการฝึกอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย เป็นหลักสูตรและโครงการเดียวกันทั้งนักเรียนชายและหญิง ซึ่งได้จัดให้ศึกษาและอบรมพร้อมกัน อยู่ในวัยเดียวกัน เรียนโรงเรียนเดียวกัน จึงเป็นผลให้ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชายและผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิชัย ชาติเพชร (2524 : 66-67) ซึ่งได้ทำการวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทาง

ด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนไทยพุทธกับไทยมุสลิม ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 2 พบว่า การปฏิบัติทางด้านสุขภาพของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ สุภภาพร ลิทธิคง (2529 : 34-36) ซึ่งทำการศึกษา การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ สุรินทร์ ใหญ่ฉายอง (2532 : บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษาเรื่อง มโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตการศึกษา 12 พบว่า นักเรียนชายกับนักเรียนหญิงมีมโนทัศน์ทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองเข้รายด้านแล้วพบว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชายและผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ด้านการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย และการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และที่ระดับ .01 คือ ด้านอนามัยในช่องปาก โดยที่ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิงมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชาย สอดคล้องกับการวิจัยของ สุพจน์ รัตนพันธ์ (2533 : ง) ซึ่งศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพของตนเองระหว่างนักเรียนที่เป็นผู้นำเยาวชนชนสาขามุสลิมกับนักเรียนอื่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่า นักเรียนหญิงที่เป็นผู้นำเยาวชนชนสาขามุสลิมมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชายที่เป็นผู้นำเยาวชนชนสาขามุสลิม และจากการศึกษาของ อมรรัตน์ ประดิษฐ์สาร (2535 : ก-ข) ซึ่งศึกษาเรื่อง การให้คุณค่าต่อสุขภาพและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน พบว่า เด็กวัยเรียนเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพดีกว่าเด็กวัยเรียนเพศชาย อาจเป็นเพราะว่า นักเรียนหญิงได้รับการเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิด ได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ตรงจากครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง การเลี้ยงดูนี้เอง และมีอุปนิสัยค่อนข้างละเอียดถี่ถ้วน รักสวย รักงาม จึงทำให้ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยชาย

3. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนสูงกับผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนปานกลาง มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยที่ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผล

การเรียนปานกลางมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จูซี เสถียรยานนท์ (2530 : 8) ซึ่งศึกษาเรื่อง ค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่มีระดับผลการเรียนสูงมีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่มีระดับผลการเรียนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการวิจัยของ บรรณารัตน์ มโนรมย์ชิวาล (2533 : 87) ซึ่งวิจัยเรื่อง การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพตามบทบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า นักเรียนที่มีระดับผลการเรียนสูงมีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพตามบทบัญญัติแห่งชาติโดยรวมสูงกว่านักเรียนที่มีระดับผลการเรียนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนปานกลาง มีความสนใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและมีความเข้าใจในเรื่องที่ได้รับการฝึกอบรมจากโครงการผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมากกว่าผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีระดับผลการเรียนสูง ซึ่งสนใจศึกษาเล่าเรียนในขุกลุ่มวิชาด้านวิชาการ แต่ไม่สนใจปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง จึงทำให้มีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะนำไปสู่การเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีอยู่ 4 ด้านที่ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน คือ ด้านการใช้ยาและสมุนไพร ด้านการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และด้านการปฐมพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ระดับผลการเรียนและการปฏิบัติใกล้เคียงกัน จึงไม่ได้เป็นส่วนที่จะทำให้ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองใน 4 ด้านนี้แตกต่างกัน

4. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดยผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ปกครองที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ กลีบบัว (2524 : บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษา ความรู้ด้านอนามัยและภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า นักเรียนกลุ่มที่บิดา มารดา มีการศึกษาในระดับชั้นสูง

สูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 จะมีความรู้มากกว่านักเรียนกลุ่มที่บิดา มารดา ไม่ได้เรียนหนังสืออย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของ มนทิรา ชุนวงษ์ (2529 : 52-66) ซึ่ง ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา มีความรู้ดีกว่านักเรียนที่มี ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับประถมศึกษา จากการศึกษาของ สุภัตรา โดวัน (2532 : 98-102) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่ให้นมบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี 1 ปีบริบูรณ์การสุขภาพในศูนย์ ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มารดาที่จบอนุปริญญา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการปฏิบัติถูกต้องมากกว่ามารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบประถมศึกษา จบประถมศึกษา และจบ มัธยมศึกษา ส่วนมารดาที่จบมัศึกษามีการปฏิบัติถูกต้องกว่ามารดาที่จบประถมศึกษา จากการศึกษาของ พนอ ทิพย์นิมลรัตน์ (2534 : 109-120) ซึ่งศึกษา พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ บริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสมุทร พบว่า ด้านความรู้และการปฏิบัติที่นักเรียนที่บิดาหรือมารดามีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความรู้และการปฏิบัติดีกว่านักเรียนที่บิดาหรือมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และจากการ ศึกษาของ สุระวีร์ มโนธรรม (2535 : 103-111) ซึ่งศึกษา พฤติกรรมโภชนาการของมารดา เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่นำเด็กมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 สำนัก ออนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ดีกว่าทุกกลุ่ม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาช่วยพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีขึ้น จะเห็นว่า ระดับ การศึกษาของผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากการศึกษานั้นบุคคลจะได้รับ การปลูกฝังและประสบการณ์ต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมถ่ายทอดสู่บุคคลในครอบครัว จึงทำให้ ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีผู้ปกครองมีระดับการศึกษาดี ย่อมจะมีความรู้ เจตคติ และการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีผู้ปกครองมีระดับการ ศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษา

5. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่มีผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 โดยผู้นำนักเรียน

เดือน และรายได้ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสพ เมธามราชอร (2530 : 51) ซึ่งศึกษา บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้ต่างกัน มีการปลูกฝัง พฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแตกต่างกัน โดยผู้ปกครองที่มีรายได้สูงจะมีการ ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าจากผู้ปกครองที่มีรายได้ต่ำ จากการศึกษาของ สุภัตรา โควิน (2532 : 98-102) ซึ่งศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไปรับบริการสุขภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มารดาที่มีรายได้ของ ครอบครัว 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้ เจตคติ และกระบวนปฏิบัติดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของ ครอบครัว 3,001-6,000 บาทต่อเดือน และรายได้ 3,000 บาทต่อเดือนหรือต่ำกว่า จากการศึกษาของ สุระวีร์ มโนธรรม (2535 : 103-111) ซึ่งศึกษาเรื่อง พฤติกรรมโภชนาการของ มารดาเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่นำเด็กมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า มารดาที่มีรายได้ต่อเดือน 6,001 บาทขึ้นไป จะมีพฤติกรรม เกี่ยวกับโภชนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีดีกว่าทุกกลุ่ม ซึ่งจะเห็นได้ว่า รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นตัวสำคัญในการกำหนดวิถีทางการดำเนินชีวิต ผู้ปกครองที่มีรายได้ต่ำหรือมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มักจะไม่สามารถจัดหาสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพได้ดีเท่ากับผู้ปกครองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี รายได้ ต่าง ๆ มักจะสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและอาชีพ คือ คนที่มีการศึกษาสูงมักจะมีความรู้และมีความ สามารถในการประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้ซึ่งจะส่งผลให้ความเป็นอยู่ในครอบครัวดีขึ้น รายได้ดีขึ้น มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการพัฒนาและเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมกับนักเรียนทุกคน ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ด้านครอบครัว เพื่อให้เด็กมีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ผู้ปกครอง ควรปลูกฝังการดูแลสุขภาพตนเองและ เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องในด้านต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม การ

ป้องกันอุบัติเหตุ การวิจัยยาสมุนไพร การป้องกันยาเสพติด การงดเว้นสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

2. ด้านโรงเรียน ผู้บริหารและครูทุกท่านควรตระหนักและเน้นถึงความสำคัญการมีสุขภาพดีของนักเรียน การถ่ายทอดการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง เพราะจะทำให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพดี และช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กนักเรียน ซึ่งส่วนหนึ่งของนักเรียนจะต้องออกไปประกอบอาชีพ และอีกส่วนหนึ่งจะต้องศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีและถูกต้อง

3. ด้านหน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียนควรมีการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อช่วยให้การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียนและผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยได้มีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี และการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยการประสานงานระหว่างผู้บริหาร ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสนับสนุนด้านวิชาการ อุปกรณ์ การบริการด้านสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ การติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยเป็นประจำและต่อเนื่อง และควรมีการมอบรางวัลหรือใบประกาศเกียรติคุณแก่ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย และโรงเรียนที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่น เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานด้านสุขภาพในโรงเรียนและเป็นตัวอย่างแก่โรงเรียนอื่นในการดำเนินงาน

#### ข้อเสนอแนะสภาพัฒนาวิจัยต่อไป

1. การศึกษาคั้งนี้ศึกษาเฉพาะในจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งจำกัดอยู่เพียงจังหวัดเดียวเท่านั้น ควรจะได้ทำการศึกษาในเรื่องนี้ให้กว้างขวางออกไปในภูมิภาคและทั่วประเทศ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปใช้อย่างกว้างขวาง
2. ความศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยและในนักเรียน
3. ความศึกษาปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติงานของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยในโรงเรียนและในชุมชน

บรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาสุขภาพของนักเรียนในประเทศไทย ปีการศึกษา 2533 - 2534. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.
- ..... หนังสือคู่มือผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- ..... คู่มือวิทยาการอบรมผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- กัลยา นาคเพ็ชร. การศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ต่ำลงล่างพล อาเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ คศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521. อัดสำเนา.
- กฤษดาภ รัตนสังขธรรม. การสาธารณสุขมูลฐาน. ชลบุรี : ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน, 2531.
- คณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. ศึกษากรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานและปฏิบัติการของระบบสารสนเทศเพื่อการศึกษา กองสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2529.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, สำนักงาน สำนักนายกรัฐมนตรี. สยช. 10 ปี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2531.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. ทศวรรษแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2531.
- ..... รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- จงจิน เฉลิมโรจน์. การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนพาณิชยการบางนา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526. อัดสำเนา.

- จรินทร์ ธานีรัตน์. สุขภาพสตรีในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2517.
- เจลา เพียรชอบ. การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใน  
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.  
 อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการวิจัยสถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.
- \_\_\_\_\_ . เทคนิคการวิจัยสถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2534.
- ทัศนาศ นฤทอง. "แนวคิดของการดูแลสุขภาพตนเองกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน,"  
สภาการพยาบาล. 6(2) : 11-19 ; มิถุนายน 2534.
- ทัศนีย์ อินทรสุขศรี. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษา  
ตอนต้น จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย  
 เกษตรศาสตร์, 2524. อัดสำเนา.
- ทวีสิทธิ์ สิทธิการ. หลักและการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษร  
 พิมพ์, 2531.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ :  
 สำนักพิมพ์แสงแดด, 2533.
- ประดับพร เพญเจือ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนทางด้านมารับประทานอาหารของนักเรียนชั้น  
ประถมศึกษาปีที่ 6. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
 ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพ.  
 กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2534.
- ประสพ ยุทธามราชอุภัย. บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียน  
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย  
 ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- ปิยญา สมบูรณ์ศิลป์. หลักการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน (ฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ :  
 โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2523.

- ปวีรวรรต มโนรมย์ชัชวาล. การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพตามบทบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสมุทรปราการ. บริษัทานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- ฝ่ายแผนงานและประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. แผนปฏิบัติการประจำปี 2536. มุกดาหาร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. 2535.
- พนอ ศิพย์นิมลรัตน์. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสมุทร. บริษัทานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2531.
- พัชร ศรีสิงห์. สุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. บริษัทานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- พัสน์ สุจางค์. อนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : ไทโยวัฒนาพานิช, 2523.
- พันทวี ถกษ์สารราช. การสาธารณสุขเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2535.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดดจำกัด, 2530.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. "แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 44-114. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดดจำกัด, 2530.
- เพ็ญศรี สุวีระจน์. การกำหนดนโยบายการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขและการประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครการพิมพ์, 2529.
- เพ็ญเพ็ญ ชัชชนะตุลย์. การดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. บริษัทานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533. อัดสำเนา.

ไพศาล หวังพานิช. วิธีการวิจัย. ม.ป.ท., 2531.

ภักดี โพธิศิริ. "การดูแลสุขภาพของตนเอง," สาขาสสขมูลฐานและการพัฒนา. 4(1) : 9-15 ; มกราคม - มิถุนายน 2534.

ภัทร์ธิดา บุญเสริมสง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับทัศนสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

มณฑิรา ชวนวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.

มัลลิกา มีดีโก. "แนวคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง : ศักนะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 7 - 22. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.

\_\_\_\_\_. "การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธี เพื่อการพัฒนาสาขาสสข," ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 49 - 51. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาขาสสข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

วิชนีวราภ จินธรรม. มโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531. อัดสำเนา.

ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง ทองวีวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาขาสสข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2533.

วสันต์ ศิลปสุวรรณ. "การดำเนินงานสุขภาพศึกษาในโรงเรียน," ใน เอกสารการสอนวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 13. หน้า 719 - 781. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2532.

วิชุด ชาติเพ็ชร. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนไทยพุทธกับไทยมุสลิม ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 12. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.

วิชา จีระแพทย์. "แนวคิดในการส่งเสริมให้เด็กดูแลสุขภาพตนเอง," สารสภาวะพยาบาล.

6(2) : 7 ; มิถุนายน 2534.

ศุภลักษณ์ กุลโกวิท. ความสนใจทางด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เขตการศึกษา 3.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.

สถิตินแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานผลการสำรวจแรงงาน (การสำรวจภาวะการทำงานของ

ประชากร) ที่ว่าราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : ห้องขึ้นส่วนจากัดโรงพิมพ์อักษรไทย,

2536.

สมปอง ยางสะอาด. เจตคติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีต่อภาวะดูแลสุขภาพ. วิทยานิพนธ์

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.

สาธารณสุข, กระทรวง. "นโยบายในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง," ใน

เอกสารประกอบการบรรยายประชุมปฏิบัติการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง

นครราชสีมา. ม.ป.ท., 2529. อัดสำเนา.

\_\_\_\_\_. เด็กดีเด่นด้านสุขภาพ ปี 2526 - 2530. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์

ทหารผ่านศึก, ม.ป.ป.

\_\_\_\_\_. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์

องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ม.ป.ป.

\_\_\_\_\_. "นโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนฯ 7," ใน เอกสาร

ประกอบการขึ้นแจ้งระดับอำเภอ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,

2534.

สุขศึกษา, กอง. รายงานการวิจัย การศึกษาระดับความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการ

สาธารณสุขมูลฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข,

2534.

สุชาติ โสมประยูร. สุขวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2528.

- สุธี เสถียรยานนท์. ค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร.  
 วิทยานิพนธ์ คศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.  
 อัดสำเนา.
- สุนันท์ ใหญ่ลายอง. มโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6  
เขตการศึกษา 12. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.  
 อัดสำเนา.
- สุพจน์ รัตนพันธ์. การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างนักเรียนที่เป็นผู้นำเยาวชน  
สาธารณสุขกับนักเรียนอื่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ :  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533. อัดสำเนา.
- สุพัตรา โคววัน. พฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไปรับบริการ  
สุขภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ คศ.ม.  
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- สุพล ศรอารา. ความต้องการเกี่ยวกับการจัดบริการแนะแนวสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา  
ปีที่ 3 โรงเรียนสังกัดกรมสวัสดิศึกษา ในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ คศ.ม.  
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- สุภาพ กลีบบัว. ความรู้ด้านอนามัยและสภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัด  
กรมสวัสดิศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย  
 มหิดล, 2524. อัดสำเนา.
- สุภาภรณ์ สิทธิคง. การศึกษาดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกรุงเทพมหานคร.  
 วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.
- สุรเดช สวรรุจิรัตน์. การบริหารสุขภาพศึกษาในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
 มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2531.

- สุระวิทย์ มโนธรรม. พฤติกรรมโภชนาการของมารดาเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ที่นำเด็กมารับบริการ ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.  
 วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.  
 อัดสำเนา.
- อนามัย, กรม. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2534. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ม.ป.ช.
- อมร นนทสุด. แนวคิด หลักการ และวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์, 2525.
- อมรรัตน์ ประดิษฐ์สาร. การให้ค่าน้ำต่อสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียน.  
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- อัจฉรา เกิดมงคล. การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร.  
 วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.
- อารี สันหวี. การศึกษาเพื่อสุขภาพดีที่บ้าน. กรุงเทพฯ : สุจริตการพิมพ์, 2533.
- อุลิต สีสวมสี. "การอนามัยโรงเรียน," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยชุมชน หน่วยที่ 1 - 7  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. หน้า 371. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
 บริษัทสารมวลชน, 2527.
- Best, J.W. Research in Education. 2nd ed. New Jersey : Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs, 1970.
- Cronbach, L.J. Essential of Psychology Testing. 3rd ed. New York : Haper and Row, 1970.
- Denison, D. "Health Behavior Difference Between Low and Middle Social Class Students," The Journal of School Health. 39 : 731-735 ; December, 1969.
- Edwards, A.L. Techniques of Attitude Scale Construction. New York : Appleton-Century-Crofts, 1975.
- Ferguson, G.A. Statistical Analysis in Psychology and Education. 5th ed. Tokyo : McGraw-Hill International Book, 1981.

- Keller, F.S. "Good-Bye-Teacher," Journal of Applied Behavior Analysis.  
1 : 79-89 ; 1968.
- Levin, L.S. "The layperson as the primary care practitioner," Public Health report. 91 : 206-216 ; n.d.
- Merley, D. "Child-to-Child Activities in Ajoia," in Education for Health. P.29-31. World Health Organization : Division of Public Health information and Education, 1984.
- Mary, K.K. "Self-care : Health Behavior for the School age child," Topics in Clinical Nursing. 29-30 ; April, 1983.
- Owen, S.L. "The Relationships Between Health Attitude and Behavior," The Journal of School Health. 40 : 502 ; November, 1970.
- Winer, B.J. Statistical Principles in Experimental Design. 2nd ed.  
New York : McGraw-Hill Book Company, 1976.

מבוא

ภาคผนวก ก.

(ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม)

ที่ ทม 1007/5167

ครูท

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร สุขุมวิท 23

กรุงเทพฯ 10110

24 พฤศจิกายน 2536

เรื่อง ขอดำเนินการ

เรียน ผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวแจ่มจันทร์ พลหารเซ เป็นนิสิตปริญญาโท วิชาเอก  
 สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์  
 เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้หนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา  
 จังหวัดมุกดาหาร

ทั้งนี้อยู่ในความดูแลของ

ผศ. วีนิส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

อ.ดร.กาญจนา รุ่งดรานนท์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขอดำเนินการคือ ขอหนังสือราชการเพื่ออำนวยความสะดวกในการขอความ  
 ร่วมมือจากโรงเรียนสังกัดการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร โดยให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6  
 ตอบแบบสอบถามในระหว่างเดือนธันวาคม 2536 - มกราคม 2537 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำ  
 วิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ  
 ในความช่วยเหลืออันเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. ศิริยุภา ชุลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 2584119

คตท

ที่ ศธ 1479/7219

สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร  
ถนนพิทักษ์พนมเขต อาเภอเมืองฯ 49000

16 ธันวาคม 2536

เรื่อง ขอดความอนุเคราะห์

เรียน หัวหน้าการประถมศึกษาอำเภอ/กิ่งอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายชื่อโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ได้รับแจ้งจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ว่า นางสาวแจ่มจันทร์ พลหาราช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก สุขศึกษา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้่านักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย และมีความประสงค์จะมาเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร โดยให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนธันวาคม 2536 - มกราคม 2537 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งให้โรงเรียนอนุเคราะห์ตามสมควร

ขอแสดงความนับถือ

(นายถวิล เพิ่มพูล)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการรักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โทร 042-611430

โทรสาร 042-611529

ภาคผนวก ข.

(แบบสอบถามเรื่องการดูแลสภาพตนเอง)

## แบบสอบถาม

เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา  
จังหวัดมุกดาหาร

คำชี้แจงในแบบสอบถาม

แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอน ซึ่งประกอบด้วย

ตอนที่ 1 รายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียน  
ฝ่ายส่งเสริมอนามัย โดยขอให้นักเรียนได้ตอบให้ตรงกับความจริงและตอบให้ครบทุกข้อ การตอบ  
แบบสอบถามนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อคะแนนหรือผลการเรียนของนักเรียน

ขอขอบคุณนักเรียนทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาวแจ่มจันทร์ พลหาราช

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา

มศว ประสานมิตร

## แบบสอบถาม

เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา  
จังหวัดมุกดาหาร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวนักเรียน

ตอนที่ 2 วัตถุประสงค์เรื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) ที่ตรงกับความเป็นจริงของนักเรียนมากที่สุด  
เพียงข้อเดียวหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. สถานภาพของนักเรียน

( ) ชาย ( ) หญิง

2. ระดับผลการเรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2536 ที่ผ่านมาได้คะแนนผลการเรียน  
เท่ากับ .....

3. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง

( ) ต่ำกว่าประถมศึกษา

( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษา

( ) อุดมศึกษา

4. อาชีพของผู้ปกครอง

( ) รับราชการ และลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ

( ) ค้าขายหรือธุรกิจ

( ) เกษตรกรรม

( ) รับจ้างทั่วไป

5. รายได้ของผู้ปกครอง (รายได้สูงสุดของบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองคนใดคนหนึ่งที่มี  
รายได้มากที่สุดของครอบครัวต่อเดือน)

( ) รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

( ) รายได้ตั้งแต่ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

( ) รายได้สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

**ตัวอย่าง** แบบสอบถามตอนที่ 2 การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่าย  
ส่งเสริมอนามัย

**คำชี้แจง** ให้นักเรียนเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของนักเรียนจริง

การดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
1. แปรงฟันหลังอาหารวันละ 3 ครั้ง.....	.....	...../.....	.....	.....
2. ล้างมือหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง .....	...../.....	.....	.....	.....

หมายเหตุ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3 - 5 วัน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย  
คำชี้แจง ให้นักเรียนเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของนักเรียนจริง

การดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
<u>อนามัยส่วนบุคคล</u>				
1. นักเรียนใช้มือขี้ตาเวลาพองเข้าตา .....				
2. นักเรียนนั่งและยืนหลังงอเสมอ .....				
3. นักเรียนหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ .....				
4. นักเรียนสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง .....				
5. เมื่อน้ำเข้าหูนักเรียนปล่อยให้แห้งโดยไม่ ทาคความสะอาด .....				
6. นักเรียนสวมเสื้อผ้ามากกว่า 1 ครั้ง จึงนำ ไปซัก .....				
7. นักเรียนจะล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร ทุกครั้ง .....				
8. นักเรียนสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้านหรือ อาคารทุกครั้ง .....				
9. นักเรียนนำหมอน ผ้าห่ม มุ้ง ออกตากแดด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง .....				
10. นักเรียนออกกำลังกายกลางแจ้งทุกวัน .....				

การดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
<u>โภชนาการ</u>				
11. นักเรียนชอบรับประทานอาหารรสจัด.....				
12. นักเรียนดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว..				
13. นักเรียนดื่มน้ำเสริมไอโอดีน หรือ รับประทานอาหารเกลือไอโอดีนทุกวัน .....				
14. นักเรียนดื่มนมวัวเหลืองหรือนมสด .....				
15. นักเรียนรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ใน แต่ละวัน .....				
<u>อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</u>				
16. นักเรียนจะล้างน้ำมือและล้างหน้าบ่อยๆ.....				
17. นักเรียนถ่ายปัสสาวะและอุจจาระลงส้วม ทุกครั้ง .....				
18. นักเรียนทิ้งขยะลงในถังหรือที่รองรับขยะ ..				
19. นักเรียนจะรับประทานอาหารที่ตกลงพื้นเป็น บางครั้ง .....				
20. นักเรียนจะไม่รับประทานอาหารที่แมลงวัน ตอม .....				
21. นักเรียนจะซื้ออาหารที่มีสีสวย ปริมาณมาก และราคาถูก .....				

การดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
<u>การใช้ยาและสมุนไพร</u>				
22. นักเรียนจะไม่รับประทานยาที่เปลี่ยนสี หรือตกตะกอน .....				
23. นักเรียนมักจะรับประทานยาโดยไม่อ่านฉลากยา .....				
24. เมื่อนักเรียนลืมรับประทานยาจะรับประทานเป็น 2 เท่า ในมือถัดไป .....				
25. เมื่ออุจจาระร่วง ดื่มน้ำต้มสุกผสมเกลือแร่ หรือน้ำดื่มไอพริ้ง .....				
<u>อนามัยในครอบครัว</u>				
26. นักเรียนระมัดระวัง เมื่อใช้ของมีคม .....				
27. นักเรียนใช้เสื้อผ้า หรือผ้าเช็ดตัวร่วมกันระหว่างพี่น้อง .....				
28. นักเรียนไอ หรือจามโดยไม่ปิดปาก .....				
29. นักเรียนใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นเหา กลากเกลื่อน .....				
30. นักเรียนหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้ป่วยตาแดง หัด และคางทูม .....				

การดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
<u>อนามัยในช่องปาก</u>				
31. นักเรียนไม่ชอบรับประทานผักสด และผลไม้	.....	.....	.....	.....
32. ตรวจความสะอาดฟันของตนเองเสมอ	.....	.....	.....	.....
33. นักเรียนไม่ชอบเปลี่ยนแปรงฟัน จนขนบานออก	.....	.....	.....	.....
34. แปรงฟันสว่างทั้งด้านนอกและด้านในด้วยวิธีปิดขนแปรงขึ้นบน แปรงฟันบนทั้งด้านนอกและด้านในด้วยวิธีปิดแปรงลงล่าง	.....	.....	.....	.....
<u>การเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย</u>				
35. นักเรียนสาริศจิตการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้เพื่อน	.....	.....	.....	.....
36. ประกาศสุขภาพทางเสียงตามสายให้โรงเรียน	.....	.....	.....	.....
37. นักเรียนไม่เคยช่วยงานครูอนามัย คุวพยาบาลในโรงเรียน	.....	.....	.....	.....
<u>การใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน</u>				
38. คณะนักเรียนป่วย รับประทานยาตามแพทย์สั่งจนครบ	.....	.....	.....	.....

การดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
39. ขณะนักเรียนเจ็บป่วยมากไปรับการรักษา แบบพื้นบ้าน .....				
40. ขณะที่นักเรียนเจ็บป่วยมาก นักเรียนไปรับ การรักษาจากสถานีอนามัย ในโรงพยาบาล หรือคลินิก .....				
<u>การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</u>				
41. นักเรียนดูแลตรวจสุขภาพตนเองและเพื่อน .....				
42. นักเรียนปล่อยให้เล็บมือ เล็บเท้ายาวและ ด่างสกปรก .....				
43. นักเรียนทำการบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงของ ตนเองและเพื่อนทุกครั้งปฏิบัติงาน .....				
<u>การปฐมพยาบาล</u>				
44. นักเรียนเช็ดตัวเพื่อลดไข้ด้วยน้ำแก้วเย็นและ แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ .....				
45. เมื่อนักเรียนประสบอุบัติเหตุและข้อเคล็ด นักเรียนรับประทานยาแก้ปวดทันที .....				
46. ใส่แผลด้วยยาแดงหรือทิงเจอร์ไอโอดีน เมื่อถูกของมีคม .....				

การดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
47. นักเรียนเก่า หรืออูแรง ๆ บริเวณที่อก แมลงสัตว์ กัด ต่อย .....				
48. ใช้ผ้าเช็ดหน้าบริเวณบาดแผลที่ หลังจากบาดเจ็บ .....				
49. เมื่อนักเรียนหรือเพื่อนเลือดกำเดาออก เอาผ้าท่อน้ำแข็งวางไว้ที่บริเวณดังกล่าว .....				
50. เมื่อมีอาการหน้ามืดหรือวิงเวียนศีรษะ รีบนั่งลงและหายใจยาว ๆ .....				

ตาราง 29 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถามการปฏิบัติกาดูแลสุขภาพตนเองของ  
ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก	ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก	ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	2.13	19	7.08	37	5.61
2	1.94	20	2.89	38	6.96
3	3.53	21	2.13	39	2.67
4	5.58	22	4.61	40	2.10
5	2.73	23	2.19	41	3.15
6	3.49	24	6.26	42	2.34
7	1.82	25	3.93	43	3.02
8	2.07	26	4.06	44	3.83
9	4.48	27	4.89	45	5.15
10	1.85	28	5.17	46	5.12
11	1.83	29	4.94	47	4.56
12	2.86	30	2.47	48	3.10
13	4.38	31	3.84	49	3.18
14	5.84	32	3.95	50	5.06
15	6.66	33	2.08		
16	2.92	34	3.47		
17	8.70	35	2.21		
18	5.89	36	2.47		

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวแจ่มจันทร์ ชื่อสกุล พลหาราช

เกิดวันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พุทธศักราช 2506

สถานที่เกิด อำเภอหาดหมม จังหวัดนครพนม

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 92 ถนนพนมนารักษ์

อำเภอหาดหมม จังหวัดนครพนม 48110

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลเทคนิค 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร 4900

## ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2525 มัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนปิยะมหาราชาลัย จังหวัดนครพนม

พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลพระพุทธบาท  
จังหวัดสระบุรี

พ.ศ. 2534 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา) จากวิทยาลัยครูสกลนคร

พ.ศ. 2537 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้นักเรียนฝ่ายส่ง เสริมอนามัย

สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร

บทคัดย่อ

ของ

แจ่มจันทร์ พลหาราช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มีนาคม 2537

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ตามตัวแปรได้แก่ เพศ ระดับผลการเรียนของนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และ รายได้ของผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย ปีการศึกษา 2536 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 350 คน เป็นนักเรียนชาย 156 คน และนักเรียนหญิง 194 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า ที (t-test) และ การทดสอบค่า เอฟ (F-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้
2. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยเพศชายและเพศหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยกลุ่มที่มีระดับผลการเรียนปานกลาง มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีระดับผลการเรียนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยกลุ่มที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับประถมศึกษาและกลุ่มที่ผู้ปกครองมีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยกลุ่มที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการ ลูกจ้างและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม และค้าขายหรือธุรกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยกลุ่มที่ผู้ปกครองมีรายได้สูงกว่า 8,000 บาท/เดือน มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน และรายได้ตั้งแต่ 3,000 - 8,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

SELF HEALTH CARE OF HEALTH PROMOTION STUDENT-LEADERS  
UNDER THE OFFICE OF MUKDAHAN PROVINCIAL  
PRIMARY EDUCATION

AN ABSTRACT

BY

JAMJAN PONHARAT

Presented in partial fulfillment of the requirements for  
the Master of Education degree in Health Education  
at Srinakharinwirot University

March 1994

The objectives of this study were to study and compare self health care of health promotion student-leaders under the office of Mukdahan Provincial Primary Education. The independent variables were : sex, grade point average, parent's education, parent's occupation and parent's income.

The sample of this study was 350 students : 156 males and 194 females, multistage random sampling was used.

The instrument for collecting data was the questionnaires about self health care. The percentage value, mean, standard deviation, t-test and F-test were applied to analyze the data.

The results of this study revealed that :

1. The health promotion student-leaders had self health care at a moderate level.
2. There was no significant difference in self health care of male and female health promotion student-leaders.
3. The health promotion student-leaders with the moderate grade point average had better self health care than the high grade point average group at .01 level of significance.
4. The health promotion student-leaders whose their parents finished higher education had better self health care than those whose their parents finished primary education and lower than primary education group at .01 level of significance.
5. The health promotion student-leaders whose their parents were government officers had better self health care than those whose their parents were labours, agriculturalist and merchants at .01 level of

significance.

6. The health promotion student-leaders whose their parents income were above 8,000 baht/month had better self health care than those whose their parents income were lower than 3,000 baht/month and 3,000 - 8,000 baht/month at .01 level of significance.