

68
S. 2010
112

ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒

ปริญญาโท

ของ

สุรเดช สํารายจิตต์

- 4 พ.ศ. 2535

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต


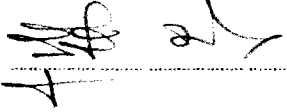
เมษายน ๒๕๒๗

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

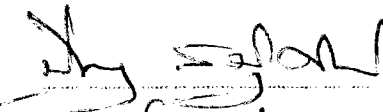
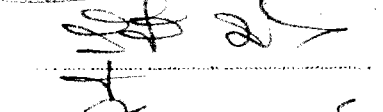
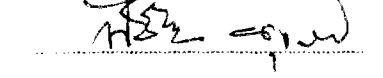
178182

คณะกรรมการที่ปรึกษาประจำตัวนิสิตและคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณาปริญญาโท
ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตของ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการที่ปรึกษา


ประธาน

กรรมการ

คณะกรรมการสอบ


ประธาน

กรรมการ

กรรมการ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้เพราะผู้เขียนได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์สารรัตน์ ยงใจยุทธ นายแพทย์ชัยรัตน์ เวชพานิช นายแพทย์เกษม ทรงจิตรัตน์ และนายแพทย์ประพนธ์ ราษฎร์วิจิตร ซึ่งได้ช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับความกรุณาจากครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช) และครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช) เขตการศึกษา ๑๒ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ ผู้เขียนขอขอบพระคุณทุกท่าน

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์เชิดศักดิ์ โขวาสินธุ์ นิสิตปริญญาเอก ที่แนะนำช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเรียบร้อย

ท้ายสุดนี้ขอเทอดพระคุณพ่อและแม่ ที่เป็นกำลังใจแก่ลูกตลอดมา

สุรเดช สาราญจิตต์

สารบัญ

บทที่	หน้า
๑ บทนำ	๑
ภูมิหลัง	๑
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	๔
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	๔
ข้อตกลงเบื้องต้น	๕
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	๕
คำนิยามศัพท์เฉพาะ	๖
๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	๘
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	๒๔
๓ วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	๒๖
ประชากร	๒๖
กลุ่มตัวอย่าง	๒๖
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	๒๗
ลักษณะของเครื่องมือ	๒๗
เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ	๒๘
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	๒๘
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	๒๘
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	๓๐
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	๓๑
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	๓๒

บทที่	หน้า
๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๓๕
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	๓๕
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๓๕
๕ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๕๑
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	๕๑
กลุ่มตัวอย่าง	๕๑
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	๕๒
การวิเคราะห์ข้อมูล	๕๒
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	๕๓
อภิปรายผล	๕๔
ข้อเสนอแนะ	๕๔
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	๖๐
บรรณานุกรม	๖๑
ภาคผนวก	๖๘

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

๑	แสดงจำนวนประชากรรวมและกลุ่มตัวอย่างของครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช) และ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช) เขตการศึกษา ๑๒	๒๗
๒	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับ ประถมศึกษาโดยทั่วไป	๓๖
๓	แสดงการ เปรียบ เทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความ เชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างชายกับหญิง	๓๗
๔	แสดงการ เปรียบ เทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความ เชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างผู้ที่มีคุณวุฒิทางสุขภาพและ ไม่มีคุณวุฒิทางสุขภาพ	๓๘
๕	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับ ประถมศึกษาจำแนกตามประสบการณ์ในการสอน	๓๙
๖	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความ เชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน	๔๐
๗	แสดงการ เปรียบ เทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ของครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน เป็น รายคู่	๔๑
๘	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับ ประถมศึกษาจำแนกตามอายุ	๔๒
๙	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความ เชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกัน	๔๓

๑๐	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ของครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกัน เป็นรายคู่	๔๔
๑๑	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับ ประถมศึกษาจำแนกตามระดับการศึกษา	๔๕
๑๒	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	๔๖
๑๓	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีการศึกษาแตกต่างกัน เป็นรายคู่	๔๗
๑๔	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับ ประถมศึกษาจำแนกตามภูมิภาค เน่า เดิม	๔๘
๑๕	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิภาค เน่า เดิมแตกต่างกัน	๔๙
๑๖	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิภาค เน่า เดิมแตกต่างกัน เป็น รายคู่	๕๐
๑๗	แสดงค่าอำนาจจำแนก เป็นรายข้อของแบบสอบถามความเชื่อที่ผิดทาง ด้านสุขภาพ	๗๕

บทที่ ๑

บทนำ

ภูมิหลัง

ธรรมชาติของมนุษย์ มีแนวโน้มที่จะแสวงหาความเชื่อมากกว่าความจริง ถ้าหากบุคคลเชื่อในสิ่งใดก็จะแสดงให้เห็นในรูปของการกระทำ หรือพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ จะโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ อาจเป็นไปได้ในทางที่ถูกต้องหรือผิดข้อเท็จจริงก็ได้ ดังที่ประภาเพ็ญ สุวรรณ (ประภาเพ็ญ ๒๕๒๐ : ๒ อ้างอิงมาจาก Rokeach.) ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งอาจรู้ตัวว่ามีหรือไม่รู้ตัวว่ามี แต่สามารถจะรู้ว่ามีได้จากการที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ เริ่มต้นด้วย "ฉันเชื่อว่า ..." ส่วนเนื้อหาของความเชื่อนี้ อาจเป็นการอธิบายถึงสิ่งของหรือเหตุการณ์ว่าถูกหรือผิด ประเมินค่าว่าดีหรือไม่ดี หรือสนับสนุนว่าเป็นสิ่งพึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ ไม่ว่าจะความเชื่อจะแสดงหรือปรารถนาออกมาในลักษณะใด เช่น อธิบายหรือประเมินค่าหรือสนับสนุนก็ตาม แต่ละลักษณะจะเป็นส่วนที่กำหนดแนวโน้มของบุคคล ในการที่บุคคลจะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป เกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาของความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพอยู่มากทั้งในชนบทและในเมือง ดังที่ ปราโมทย์ ประสาทกุล (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ ๒๕๒๓ : ๕) ได้กล่าวว่า ความจริงไม่ใช่เฉพาะในชนบทเท่านั้นที่การแพทย์สมัยใหม่ ยังไม่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจในเรื่องความเจ็บป่วยให้กับประชาชนอย่างแท้จริง บางครั้งในเมืองก็มีปัญหานี้เช่นกัน เช่น ผู้ป่วยบางคน บางครั้งก็หันไปหาวิธีการรักษาตนเองแบบโบราณ ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะว่าการแพทย์สมัยใหม่มองปัญหาทางสุขภาพของประชาชนอยู่เฉพาะ ความเจ็บป่วยอันมีสาเหตุมาจากเชื้อโรค หรือความผิดปกติบางอย่างในร่างกายเท่านั้น มิได้มองปัญหาทางสุขภาพของประชาชนว่าเป็นอาการซึ่งเกิดขึ้นในคน ที่มีความรู้สึกนึกคิดและมีความเชื่อ ฉะนั้นในสภาพความเป็นจริง ปัญหาทางสุขภาพของประชาชนมิได้เป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมด้วย การมองปัญหาสุขภาพของประชาชนในแง่ของการแพทย์อย่างเดียว จึงอาจไม่เห็นภาพที่กว้างขวางเพียงพอที่จะครอบคลุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในมนุษย์

ไสว เพื่อวิทยารัตน์ (ไสว เพื่อวิทยารัตน์ ๒๕๒๐ : ๑ - ๒) ให้ความเห็นว่า ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพนั้น ประชาชนอาจได้มาหลายทางด้วยกันคืออาจได้รับมาจากนิทานมารดาผู้ปกครองหรือจากสื่อมวลชน เช่น วารสาร หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือจากชนบดธรรมนิยมประเพณีในแต่ละท้องถิ่นที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ แต่ความรู้ที่ได้จากสิ่งเหล่านี้ อาจไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับหลักวิชาการเสมอไป ซึ่งความรู้ส่วนใหญ่ได้มาจากการเรียนวิชาสุขภาพซึ่งบรรจุไว้ในหลักสูตรระดับประถมศึกษาตอนต้น ส่วนผู้เรียนจะนำไปปฏิบัติจริงจนเกิดเป็นสุขนิสัยได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความเชื่อตามชนบดธรรมนิยมประเพณี ความพร้อมทางเศรษฐกิจ ค่านิยม ข้อจำกัดของสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และวิธีการสอนของครู ในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องแก่นักเรียน การปลูกฝังเจตคติที่ดีจนสามารถทำให้นักเรียนนำความรู้ไปปฏิบัติจริงให้บังเกิดผลถือว่าเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นพื้นฐานเบื้องต้นที่สำคัญ ในการที่จะให้บุคคลมีสุขภาพที่พึงปรารถนา ซึ่งสอดคล้องกับความคิดของสมชาย สุพันธ์วุฒิ (สมชาย สุพันธ์วุฒิ ๒๕๒๕ : ๔๓) ที่ว่าคนได้รับการศึกษาดีจะมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพดี ถ้าหากคนขาดการศึกษา คนเหล่านั้นก็จะขาดความเข้าใจถึงวิธีที่จะปฏิบัติตนให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่อย่างไรก็ตามแม้บางคนจะได้รับการศึกษาก็ไม่ยอมเชื่อ หรือปฏิบัติตนตามคำแนะนำให้ถูกต้อง ดังนั้นวิธีที่ดีที่พอจะสร้างเจตคติของคนได้บ้างคือ ทำการสอนและอบรมเด็กเสียตั้งแต่เป็นเด็กเล็ก ๆ ในโรงเรียน

บุญชม ไชยโกสีย์ (บุญชม ไชยโกสีย์ ๒๕๑๑ : ๑๐) ให้ข้อคิดว่า ครูเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และบุญถิ่น อัตถากร (บุญถิ่น อัตถากร ๒๕๑๓ : ๒) ได้กล่าวว่า ครูเป็นผู้ที่อบรมสั่งสอนและเสริมสร้างนิสัยที่ดีให้แก่ผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับที่นันทนา นัจจะนันท์ (นันทนา นัจจะนันท์ ๒๕๐๐ : ๓) กล่าวว่า ถ้าครูมีคุณภาพไม่ดีพอ แม้จะมีตำราหรืออุปกรณ์การสอนที่ดีเพียงใด นักเรียนก็ศึกษาแล้วเรียนไม่ได้ดี ถ้าตำราหรืออุปกรณ์การสอนไม่ดีหรือมีไม่พอ แต่มีครูที่มีคุณภาพดีก็ยังพอหาวิธีให้นักเรียนเข้าใจบทเรียนได้ หรือแนะนำค้นคว้าหาความรู้ได้ดีกว่าที่นักเรียนจะมาอ่านตำราเอง ดังนั้น ครูที่มีคุณภาพดีมีประสิทธิภาพในการสอนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพทางการศึกษาและคุณภาพของคน

ดอร์ฟมัน (Dorfman. 1966 : 32 - 33) ได้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของเด็ก ในเอเชียว่าความยากจนมีบทบาทไม่เพียงแต่ทำให้เด็ก เป็นโรคขาดอาหารและการเจ็บป่วย เท่านั้น แต่ยังทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพและความเชื่อต่าง ๆ ของประชาชน ก็เป็นสาเหตุที่สำคัญยิ่งที่มีผลต่อสุขภาพเด็ก เพราะประชาชนจะมีความรู้ความเข้าใจจนกลายเป็นความเชื่อที่ถูกต้อง ก็มาจากการอบรมสั่งสอนของครูระดับประถมศึกษาทั้งสิ้น ทั้งนี้เพราะว่าประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ จะมีการศึกษาเพียงระดับภาคบังคับเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับถนอม โถทอง (ถนอม โถทอง ๒๕๑๔ : ๑) ที่กล่าวว่า ครูที่สอนในระดับประถมศึกษาเป็นหัวใจสำคัญของการอบรมสั่งสอนในโรงเรียน เพราะครูเป็นผู้ใกล้ชิด และมีความสัมพันธ์กับเด็กตลอดเวลา ขณะที่เด็กอยู่ในโรงเรียน การกระทำของครูมีอิทธิพลโดยตรงต่อตัวเด็ก เด็กจะพัฒนาในด้านต่าง ๆ มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับครูเป็นสำคัญ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในระดับประถมศึกษา จึงจำเป็นต้องมีครูที่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จึงจะสามารถจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ให้นักเรียนได้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนอบรมบ่มนิสัยให้นักเรียนเกิดสุขนิสัยที่ดีงาม อันเป็นแนวทางที่จะทำให้นักเรียนมีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับที่ชม ภูมิภาค (ชม ภูมิภาค ๒๕๑๔ : ๓ - ๔) ได้กล่าวไว้ว่า ครูในระดับประถมศึกษาเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของนักเรียน เพราะถือว่า เยาวชนในวัยเรียน สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ และนักเรียนยังเป็นสื่อกลางที่จะถ่ายทอด ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ไปยังสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของเขา จึงควรใช้ครูระดับประถมศึกษา เป็นต้นแบบในการถ่ายทอด ความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่นักเรียน เมื่อนักเรียนมีความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว นักเรียนจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพของประเทศชาติตลอดไป

จากความสำคัญทั้งหมดดังที่กล่าวมานี้ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน เขตการศึกษา ๑๒ ว่าจะมี ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงความเชื่อทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาให้ถูกต้องยิ่งขึ้น และเพื่อบรรลุผลตาม เป้าหมายของการจัดการศึกษาต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

๑. เพื่อศึกษาความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒
๒. เพื่อ เปรียบ เทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ ระหว่างชายและหญิง
๓. เพื่อ เปรียบ เทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ ระหว่างผู้ที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษา และไม่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษา
๔. เพื่อ เปรียบ เทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ ระหว่างผู้ที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน
๕. เพื่อ เปรียบ เทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ ระหว่างผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน
๖. เพื่อ เปรียบ เทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ ระหว่างผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน
๗. เพื่อ เปรียบ เทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ ระหว่างผู้ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าสามารถนำไปใช้

๑. เป็นข้อมูลในการพิจารณาส่งเสริม เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อ ที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพแก่ครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒
๒. เป็นแนวทางให้ครู - อาจารย์ ได้ปรับปรุง ส่งเสริม และปลูกฝังความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพแก่นักเรียน
๓. เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหา ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒

๔. เป็นข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานเจ้าสังกัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และสภาพที่เป็นจริงของความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ เพื่อจะหาทางแก้ไข ช่วยเหลือต่อไป

๕. เป็นแนวทางให้สถาบันที่เกี่ยวข้องทำการศึกษาริวิจัย ความเชื่อทางด้านสุขภาพต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาคำเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ จะไม่คำนึงถึงสาเหตุหรือปัจจัยอื่นใดหรือเหตุการณ์ที่ผิดจากปกติอื่นใด ซึ่งมีผลต่อความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒ นอกจากตัวแปรที่ผู้วิจัยจะทำการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

๑. ขอบเขตของเนื้อหา

การศึกษาค้นคว้ามุ่งศึกษาเฉพาะความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ของครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ และครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน เขตการศึกษา ๑๒ เท่านั้น

๒. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ และครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน เขตการศึกษา ๑๒ โดยสุ่มตัวอย่างมาทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน ๑,๐๐๐ คน

๓. ตัวแปรที่จะศึกษา

๓.๑ ตัวแปรอิสระ คือครูระดับประถมศึกษาจำแนกตามสภาพดังนี้

- ๓.๑.๑ เพศ
- ๓.๑.๒ คุณวุฒิทางสุขศึกษา
- ๓.๑.๓ ประสบการณ์ในการสอน
- ๓.๑.๔ อายุ
- ๓.๑.๕ ระดับการศึกษา
- ๓.๑.๖ ภูมิลำเนาเดิม

๓.๒ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

๑. ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจและ/หรือความคิดเห็นที่ผิดไปจากสภาพความจริงทางด้านสุขภาพตามความเข้าใจ หรือความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

๒. ครูระดับประถมศึกษา หมายถึง ครูระดับประถมศึกษา ที่สอนในโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช) และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช) เขตการศึกษา ๑๒

๓. เขตการศึกษา ๑๒ หมายถึง เขตการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดต่าง ๆ ดังนี้คือ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด นครนายก ปราจีนบุรี และระยอง

๔. เพศ หมายถึง ชายและหญิงซึ่งเป็นครูระดับประถมศึกษา ที่สอนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช) และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช) เขตการศึกษา ๑๒

๕. คุณวุฒิทางสุขศึกษา หมายถึง พื้นความรู้ทางวิชาสุขศึกษาที่ครูระดับประถมศึกษาได้รับมาอย่างเป็นแบบแผนตามหลักสูตรของสถานศึกษาที่ได้รับการรับรองวิทยฐานะแล้ว

๖. ประสบการณ์ในการสอน หมายถึง ระยะเวลาที่ครูระดับประถมศึกษาได้ทำการสอน
ในโรงเรียนระดับประถมศึกษามาแล้วไม่น้อยกว่า ๕ ปี ระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี และมากกว่า ๑๐ ปี

๗. อายุ หมายถึง จำนวนปีของครูระดับประถมศึกษา ที่มีอายุระหว่าง ๑๘ - ๒๕ ปี
๒๖ - ๓๒ ปี ๓๓ - ๓๙ ปี ๔๐ - ๔๖ ปี และ ๔๗ - ๖๐ ปี (สำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาแห่งชาติ ๒๕๒๕ : ๒๖)

๘. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับของคุณวุฒิทางการศึกษาของครูระดับประถมศึกษา
ที่มีคุณวุฒิต่ำกว่า ป.กศ.สูง ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

๙. ภูมิภาคกำเนิด หมายถึง ถิ่นที่อยู่เดิมของครูระดับประถมศึกษาในภาคกลาง ภาคเหนือ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

โดยทั่วไปแล้วความเชื่อเกี่ยวข้องกับความคิดของบุคคล และบางครั้งอาจจะเกี่ยวโยงถึงการตัดสินใจแยกแยะบางสิ่งบางอย่างของบุคคล และยังเกี่ยวข้องกับความเข้าใจของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมอีกด้วย นอกจากนี้ สิ่งที่เชื่อนั้นอาจจะเกี่ยวข้องกับ บุคคล กลุ่มคน สถาบัน พฤติกรรม นโยบาย หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ดังที่ไซโคบ์ (Scheibe. 1970 : 1 - 40) กล่าวว่า ความเชื่อคือสิ่งที่บุคคลกระทำ หรือสิ่งที่บุคคล เห็นว่าถูกต้องและพิจารณาแล้วว่าเป็นจริงที่เกี่ยวกับบุคคล จัดว่าเป็นความเชื่อ ดังนั้นความเชื่อจึงมีลักษณะคล้ายกับสิ่งที่ติดแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ หรือความเชื่อ เป็นรูปหนึ่งของความรู้ที่จะ เป็น เครื่องกำหนดแนวโน้มให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความเชื่อที่มีในสิ่งนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของมิลตัน (Milton. 1970 : 112 - 118) ที่ว่าความเชื่อเป็นความนึกคิด ความเข้าใจ หรือความคาดหวังหรืออาจเป็น สมมติฐานที่เกิดขึ้นโดยมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ส่วนไวทติ้งและไชลด์ (Whiting and Child. 1973 : 36) กล่าวว่า ความเชื่อเป็น ค่านิยม เจตคติ ที่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง ในการตอบสนองของบุคคลในวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่งซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรมนั้น แต่โรส (Rose. 1971 : 44) ได้ให้ความหมายของความเชื่อว่าเป็นการโต้แย้งกันระหว่างความคิดที่ถูกกับความคิดที่ผิด ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในด้านความคิด เห็นที่ เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ และพยายามพิสูจน์ว่าปรากฏการณ์ทางธรรมชาตินั้นเป็นจริงหรือไม่ ตามที่ตัวเองคิด ถ้าพิสูจน์ว่าสิ่งนั้นเป็นจริงตามความคิด ก็จะเชื่อในสิ่งนั้น แต่ถ้าพิสูจน์แล้วว่าสิ่งนั้นไม่เป็นจริง ตามความคิดที่ตัวเองมีอยู่ ก็จะพยายามพิสูจน์ต่อไป โดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และถ้าผลออกมาว่าไม่เป็นไปตามที่ตัวเองคิด ก็จะเปลี่ยนความคิดใหม่ซึ่งอาจจะกลายเป็นความเชื่อที่ผิด เกิดขึ้นสำหรับบุคคลนั้น

นอกจากนี้ กินส์เบอร์ก (Ginsberg. 1972 : 1 citing Hume.) ให้ความหมายของความเชื่อว่าเป็น การแสดงความรู้สึกทางจิตอย่างหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์กันกับ

ระบบประสาทสัมผัสและสมอง ซึ่งสอดคล้องกับ ฟิชเบน และเอจเซน (Fishbein and Ajzen. 1975 : 131) ที่ว่าความเชื่อ หมายถึง ความน่าจะเป็นไปได้ของการตัดสินใจของบุคคลโดยการแยกแยะ เกี่ยวกับความเข้าใจของบุคคลต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นความหมายของความเชื่อจึงหมายถึง ความน่าจะเป็นไปได้ของความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของคุณค่าวัตถุบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมกับคุณค่าของวัตถุ และภิญโญ จิตต์ธรรม (ภิญโญ จิตต์ธรรม ๒๕๑๔ : ๕๔) กล่าวว่าความเชื่อ คือสิ่งที่มนุษย์ค่อย ๆ เรียนรู้ และทำความเข้าใจโลกมาเป็นจำนวนหลายพันปี และเชื่อว่ามีอำนาจกลับที่จะทำให้มนุษย์ได้รับผลดีผลร้าย ทำให้มนุษย์กระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความเชื่อของตนเอง

จากความหมายเกี่ยวกับความเชื่อที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าความเชื่อเป็นความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลให้ประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ

มิลตัน (Milton. 1970 : 5) ได้แยกความเชื่อไว้ ๔ ประเภทคือ

๑. ความเชื่อในสิ่งที่มีตัวตน กับสิ่งที่ไม่มีตัวตน
๒. ความเชื่อเกี่ยวกับความร่วมมือและไม่ร่วมมือ
๓. ความเชื่อที่ได้รับสืบทอดมา และไม่ได้รับสืบทอดมา
๔. ความเชื่อที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดสนิยม

ส่วนเฮิร์ลอค (Hurlock. 1978 : 1 - 9) ได้แบ่งประเภทความเชื่อต่าง ๆ ของคนไว้ ๖ ประเภท คือ

๑. ความเชื่อเกี่ยวกับพันธุกรรม กล่าวคือ พันธุกรรมมีผลต่อบุคลิกภาพความสามารถพิเศษ ลักษณะรูปร่างหน้าตา ซึ่งบุคคลได้รับมาจากพ่อแม่โดยกำเนิด และเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก

๒. ความเชื่อก่อนคลอด กล่าวคือ ความกลัวของมารดาจะทำให้คลอดเด็กยาก หรือมารดาสามารถสร้างความสามารถพิเศษให้เกิดขึ้นแก่เด็กได้ หรือมารดาสามารถกำหนดเพศของบุตรได้

๓. ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิด กล่าวคือ การกำหนดเวลาเกิดและดวงดาวจะมีผลต่อคนที่เกิด ดาวประจำตัวอาจนำโชคมาให้ ฤกษ์ที่เกิดจะมีผลต่อบุคลิกภาพ เช่น คนเกิดวันจันทร์ หน้าตาจะสวย คนเกิดวันอังคารจะงามสง่า คนเกิดวันพุธจะได้เดินทางไกล คนเกิดฤกษ์ใบไม้ผลิ และฤดูร้อนจะมีบุคลิกภาพชอบสนุกสนานและร่า เริงสดชื่นตลอดเวลา คนเกิดในฤกษ์ใบไม้ร่วงและฤดูหนาวจะมีลักษณะเก็บตัว ขยัน เอาจริงเอาจังในชีวิต

๔. ความเชื่อเกี่ยวกับการฝึกอบรมเด็ก กล่าวคือ เชื่อว่าการลงโทษทางกายจะทำให้เด็กมีความพยายามเพิ่มขึ้น การตำหนิติเตียน จะทำให้เด็กเกิดเจตคติไม่ดีต่อบุคคลและผลสัมฤทธิ์ลดลง การปล่อยปละละเลยเด็กจะทำให้เด็กเสีย การทำโทษจะทำให้เด็กพูดปด ขโมย หลอกลวง และไม่เป็นมิตรกับทุกคนที่ใช้อำนาจ

๕. ความเชื่อเกี่ยวกับสติปัญญา กล่าวคือ คนที่รูปร่างไม่สวยจะเรียนเก่ง คนที่มีความคิดสร้างสรรค์สูงมักแต่งกายไม่เรียบร้อยอ่อนแอ ตลอดทั้งการปรับตัวทางสังคมและอารมณ์ไม่ดีด้วย คนที่ฉลาดจะมีศีรษะใหญ่กว้างได้สัดส่วน หรือคนที่ฉลาดสายตามักจะสั้น

๖. ความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด กล่าวคือ ความทุกข์ยากของมารดา และความยากจนจะทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนด และจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตของเด็กตลอดไป เด็กที่คลอดในลักษณะนี้มีสภาพที่ไม่แข็งแรง และจะเป็นเด็กที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ และเนื่องจากความเชื่อนี้ เด็กเล็กที่คลอดก่อนกำหนดในสมัยก่อน ๆ จึงถูกปล่อยให้เสียชีวิต หรือถูกนำไปทิ้งให้เสียชีวิต ความเชื่อในข้อนี้จัดว่าเป็นความ เชื่อที่ก่อให้เกิดผลเสียอย่างยิ่ง

สุเทพ สุนทรเกษม (สุเทพ สุนทรเกษม ๒๕๑๑ : ๕๘) ได้แบ่งความเชื่อออกเป็น ๒ ประเภทคือ

๑. ความเชื่อส่วนบุคคล หมายถึง ความเชื่อของบุคคลแต่ละคนโดยทั่ว ๆ ไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรากฐาน ความปรารถนาและศรัทธาของแต่ละคน

๒. ความเชื่อของกลุ่ม หมายถึง ความเชื่อส่วนรวมที่เป็นวัฒนธรรมของหมู่บ้าน ซึ่งมีอิทธิพลต่อเจตคติของชาวบ้านส่วนรวม

นอกจากนี้ ภัยใหญ่ จิตต์ธรรม (ภัยใหญ่ จิตต์ธรรม ๒๕๑๘ : ๕๕) ยังได้แบ่งประเภทของความเชื่อเป็น ๖ ประเภท คือ

๑. ความเชื่อที่เกิดจากความกลัว กล่าวคือ ความเชื่อส่วนใหญ่เกิดจากความกลัว เหตุที่กลัวเพราะไม่รู้ เชื่อว่าผลทั้งหลายต้องมาจากการกระทำของผู้ใดผู้หนึ่ง ผู้นั้นคือใครก็ไม่รู้ และด้วยเหตุที่ไม่รู้จึงได้กำหนด หรือสมมติให้มีเทวดาประจำสิ่งต่าง ๆ ขึ้น เทวดาใจดีก็ดี เทวดาใจร้ายก็ดี ล้วนแต่มีมนุษย์กำหนดขึ้นเองทั้งสิ้น และเมื่อมีเทวดาก็ต้องมีการเซ่นสรวงบูชา เพื่อเป็นสวัสดิมงคล หรือเพื่อมิให้เทวดาเหล่านั้นให้โทษแก่ใคร

๒. ความเชื่อที่เกิดจากปรากฏการณ์ธรรมชาติ และการสังเกตธรรมชาติ กล่าวคือ มนุษย์มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ ได้ประสบธรรมชาติอยู่เป็นประจำ เมื่อมีปรากฏการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น เช่น จันทรุปราคา สุริยุปราคา รุ้งกินน้ำ ดาวหาง ผีพุ่งไต้ เป็นต้น ก็มีความเชื่อว่าการณ์นั้น เป็นเพราะอย่างนั้นอย่างนี้ขึ้น ความเชื่อที่เกิดขึ้นทำนองนี้อาจได้จากการสังเกตกันมาหลายชั่วอายุคน

๓. ความเชื่อเกี่ยวกับยากลางบ้าน กล่าวคือ ยากลางบ้านที่ใช้กันทั่ว ๆ ไป ยังใช้แก่โรคต่าง ๆ ได้อยู่จนถึงในปัจจุบัน เพราะตามธรรมชาติมนุษย์ย่อมเจ็บไข้และได้รับภัยจากสิ่งแวดล้อมอยู่เป็นประจำ เมื่อประสบความเจ็บไข้ได้ป่วยและภัยนั้นจะแก้ไขอย่างไรเพื่อให้อยู่รอดมนุษย์จึงพยายามชวนช่วยหาสิ่งแก้ ที่แรกอาจลองผิดลองถูก ถ้าสิ่งใดแก้ไขได้หรือแก้ได้ดีกว่า ก็บอกกันต่อ ๆ ไป

๔. ความเชื่อทางไสยศาสตร์ กล่าวคือ ความเชื่อทางไสยศาสตร์และคาถาอาคมต่าง ๆ มีอยู่ทุกหมู่คนในสมัยที่มนุษย์ยังไม่ได้รับความเจริญทางวิทยาศาสตร์ และแม้ว่าจะมีความเจริญทางวิทยาศาสตร์มากในปัจจุบัน ความเชื่อทางไสยศาสตร์ก็ยังมีอยู่ทั่วไป ไสยศาสตร์จึงเป็นที่พึ่งทางใจอย่างหนึ่งของมนุษย์

๕. ความเชื่อโชคลาง กล่าวคือ ความเชื่อประเภทนี้ คงได้จากการสังเกตและสถิติซึ่งมนุษย์ได้ประสบมา เช่น การลงจากบ้านด้วยเท้าซ้ายหรือขวา เขม่นตาซ้ายขวา อาจจะทำให้เกิดปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นมนุษย์ได้สังเกตและจดจำไว้ แต่บางทีก็ไม่เป็นจริงเสมอไปตาม เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

๖. ความเชื่อเกี่ยวกับฤกษ์ยาม นิमितต์ฝน กล่าวคือ ฤกษ์ยามส่วนใหญ่เราได้จากคติทางศาสนาพราหมณ์ ทางโหราศาสตร์จึงมักจะเกี่ยวพันกับดวงดาวในท้องฟ้า การเคลื่อนย้ายเปลี่ยนราศีทั้งฤกษ์และยาม คงเป็นสถิติเช่นเดียวกัน แม้ในปัจจุบันก็ยังยึดถือกันอยู่มาก เช่น การวางศิลาฤกษ์และการเลือกยามในการเดินทาง และอื่น ๆ เป็นต้น

เปรมปรีดิ์ ศกุนะสิงห์ (เปรมปรีดิ์ ศกุนะสิงห์ ๒๕๐๕ : ๓ - ๔ อ้างอิงมาจาก Kroeber.) ได้อ้างทฤษฎีความเชื่อของมาลินโนสกี กล่าวคือ ความเชื่อในอำนาจเวทมนตร์และสิ่งต่าง ๆ ที่มีอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติว่า เป็นการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ เมื่อรู้สึกไม่มั่นคง การแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อ จะเกิดขึ้นในขณะที่มนุษย์มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นหรือเหตุการณ์นั้นน้อย เป็นเหตุให้ไม่เข้าใจในสิ่งนั้นหรือเหตุการณ์นั้น ๆ ตลอดจนไม่มีอำนาจพอที่จะแก้ปัญหาหรือฝ่าฟันอุปสรรคนั้นได้ เมื่ออยู่ในสภาพเช่นนี้ มนุษย์จะรู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอยู่เองที่มนุษย์จะต้องหาเครื่องยึดเหนี่ยว เพื่อเป็นกำลังใจที่จะแก้ปัญหา และเอาชนะอุปสรรคนั้น ๆ

ความเชื่อของชาวบ้านเกิดจากสาเหตุหลายประการ บางเรื่องเป็นวิธีการสอนของผู้ใหญ่ไม่อยากให้เหตุผลโดยตรง จึงนำเอาสิ่งที่น่ากลัวมาขู่หลอก (สุธีวงศ์ พงศ์ไพบูลย์ ๒๕๑๒ : ๑๕๗) บางเรื่องเป็นคำสอนที่เป็นปรัชญา ผู้ใหญ่เห็นว่าถ้าการสั่งสอนหรืออธิบายกันตรง ๆ คนสติปัญญาต่ำจะไม่เชื่อฟัง จึงนำเอาโชคลางที่คนเหล่านั้นยังเชื่อถืออยู่มานำมาใช้เป็นสื่อ ซึ่งแต่เดิมนั้นมนุษย์เชื่อว่า มีอำนาจลึกลับที่จะทำให้มนุษย์ได้รับผลดีผลร้าย มนุษย์กลัวอำนาจลึกลับของสิ่งนั้น ก็จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความเชื่อของคนเพื่อมิให้ถูกลงโทษ และทำเพื่อเอาใจอำนาจลึกลับนั้น (ภิญโญ จิตต์ธรรม ๒๕๑๔ : ๕๔) ต่อมาจึงได้มีพิธีต่าง ๆ บูชาเช่นสรวงพระผู้เป็นเจ้าของเจ้า เพราะเชื่อว่า สิ่งทั้งหลายที่เกิดขึ้นต้องมีสิ่งที่บันดาลให้เป็น เช่น ฝนตก แดดออก ลมพัด เป็นต้น มนุษย์จึงตั้งเทพเจ้าประจำสิ่งนั้น ๆ ขึ้น ความเชื่อต่าง ๆ จะเสื่อมไปเมื่อความเจริญทางวิทยาศาสตร์มาถึง เพราะมนุษย์ที่เข้าใจวิทยาศาสตร์ย่อมรู้ว่าสิ่งที่เป็นธรรมชาติทั้งหลายเกิดจากเหตุและเหตุนั้นคืออะไร จึงพยายามพิสูจน์ให้เห็นจริงให้ได้ ซึ่งความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับความเห็นของ กมล สุตประเสริฐ (กมล สุตประเสริฐ ๒๕๑๖ : ๖ - ๗) ที่ว่าความเชื่อและการได้รู้ของคนเรานั้นอาจเกิดได้โดยวิธีทั่ว ๆ ไป ๔ วิธีดังนี้

๑. วิธียึดมั่นหรือเกาะแน่นในของเดิม กล่าวคือ เมื่อคนรู้และเชื่อในสิ่งใดก็ยึดมั่นหรือฝังแน่นอยู่กับสิ่งนั้น และทักท้วงเอาเองว่าสิ่งนั้นเท่านั้นที่เป็นจริงยังมีปรากฏการณ์เกิดเพิ่มขึ้นมาก็ทำให้คนยึดมั่น ในสิ่งนั้นมากยิ่งขึ้น ผู้ที่เกาะแน่นอยู่กับความเชื่อของตนเมื่อเผชิญกับข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งกับความเชื่อที่ตนมีอยู่ ก็จะได้แย้งว่าความจริงที่เกิดขึ้นมาใหม่นั้น เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

๒. วิธียึดอำนาจเหนือ กล่าวคือ เป็นวิธีสร้างความเชื่ออำนาจของผู้รู้ ถ้าหากว่าศรัทธาว่าไว้อย่างไรก็ต้องเชื่อว่าเป็นอย่างนั้น ๆ ถ้าศาสตราจารย์วิจารณ์เรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร ก็เชื่อว่าเป็นอย่างนั้น นักฟิสิกส์ชั้นยอดบอกว่ามีพระเจ้าก็เชื่อว่ามีพระเจ้า วิธีการนี้เป็นวิธีที่มีอำนาจเหนือกว่าวิธีแรกเสียด้วยซ้ำ เหมือนกับสุภาษิตที่ว่า "ตามหลังผู้ใหญ่หมาไม่กัด" การเดินตามหลังผู้ใหญ่หรือผู้มีอำนาจที่ดีนั้นไม่เสียหาย แต่ถ้าเมื่อไรเกิดเดินตามหลังผู้ใหญ่หรือผู้มีอำนาจเหนือกว่าทำให้ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ความเชื่อและตัวเราก็หลอยผิดพลาดเสียหายไปด้วย

๓. วิธีรู้ได้และเชื่อสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน กล่าวคือ คนเรามักจะเชื่อในสิ่งที่มีผู้กระทำความก่อนและสิ่งนั้นก็จะมีเหตุผลให้มาเชื่อ เช่น การสร้างถนนในที่ลุ่ม คนสมัยก่อนใช้หินก้อนโต ๆ มาถมซึ่งถนนก็ยังมีกรังอยู่เสมอ ตอนหลังมีการใช้ทรายอัดลงไป คนทำที่หลังก็ทำตามที่เป็น เช่นนี้เพราะว่าเมื่อเห็นใครทำอะไรก็รู้สึกว่าการกระทำนั้นมีเหตุผล คนก็จะล่าเหยี่ยงที่จะเลียนแบบตาม

๔. วิธีการทางวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ วิธีที่มีลักษณะผิดแผกกว่าวิธีอื่น ๆ มีการแก้ไขปัญหาและรู้ได้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ มีการตรวจสอบเพื่อพิสูจน์ว่าจริงหรือไม่เพียงใดก่อนที่จะปักใจเชื่อ ถึงแม้ว่านักวิจัยหรือนักวิทยาศาสตร์จะได้วางข้อสมมติฐานไว้อย่างหนึ่งแต่เวลาศึกษา เขาก็จะทดสอบข้อสมมติฐานอื่นที่นอกเหนือไปจากข้อสมมติฐานที่ได้วางไว้แล้วด้วย นักวิทยาศาสตร์จะไม่ยอมรับคำบอกเล่าที่บอกลอย ๆ ว่าเป็นเรื่องจริง ถึงแม้จะมีหลักฐานชี้ให้เห็นในขั้นแรกว่าอาจจะจริง ๆ เขาจะยืนยันการที่จะพิสูจน์ทดสอบดูเสมอและจะพยายามอย่างยิ่งยวดที่จะใช้วิธีทดสอบนั้นโดยกระทำค้อนหน้าปวงชน หรือให้ปวงชนทราบ

จะเห็นได้ว่า ความเชื่อเกิดจากประสบการณ์ของบุคคล เจตคติและความเชื่อของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยองค์ประกอบบางอย่าง ดังเช่น สุโท เจริญสุข (สุโท เจริญสุข ๒๕๒๐ : ๔๐ - ๔๑) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความเชื่อ ดังนี้

๑. อายุ คนที่มีอายุมากร่างกายก็เจริญขึ้น ความคิดความเห็นของตนก็เจริญขึ้นด้วย

๒. ระดับการศึกษาทั่วไป คนที่มีการศึกษาและประสบการณ์มาก จะช่วยเพิ่มพูนความรู้และความสามารถให้ตนเองเสมอ ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางและอุปทานในสิ่งต่าง ๆ ได้มาก

๓. ชั้นของการเรียน คือ จบชั้นไหนของการศึกษา ผู้ที่เคยผ่านชั้นสูง ๆ ก็รู้มาก เห็นมากคิดมาก เป็นธรรมดา พัฒนาการทางด้านความเชื่อ และอุดมคติจึงเป็นไปได้ ดีกว่าคนที่มีความรู้ระดับการศึกษาต่ำกว่า

๔. ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม คนมีเงินมากย่อมแสวงหาสิ่งที่ต้องการได้มากกว่า และดีกว่าคนขาดเงิน การได้ท่องเที่ยวในต่างประเทศ ก็ช่วยให้คนเพิ่มความรู้สึกรู้จักคิดในทางที่ถูกต้องเช่นกัน

๕. อาชีพ เจตคติ และศีลธรรมจรรยา ย่อมเป็นตามอาชีพของคน สังเกตได้ง่าย ๆ เช่น แนวความคิด และการกระทำของคนอาชีพหาเช้ากินค่ำ กับคนอาชีพสูง ๆ ที่สังคมยกย่อง จะเห็นว่าต่างกัน พวกมีอาชีพสูงนั้นจะมีแนวโน้มว่าจะ เป็นบุคคลที่มีความคิดผูกมัดกับประเพณีระเบียบแบบแผน

๖. เพศ ความแตกต่างทางเพศชี้ให้เห็นว่า ความ เป็นไปของสังคม เกี่ยวกับ เรื่องนี้ ได้บ้าง เช่น การดื่มสุรา ผู้ชายจะมากกว่าผู้หญิง การ เชื้อเพลิงปฏิบัติตามกฎหมาย ไม่ฝ่าฝืนข้อบังคับ ผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย

อาจกล่าวได้ว่า มนุษย์จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับความ เชื่ออย่างมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผล ซึ่งจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอื่น ๆ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความ เชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของมนุษย์ ดังที่ประภาเพ็ญ สุวรรณ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ ๒๕๒๐ : ๒ อ้างอิงมาจาก Rokeach.) กล่าวว่า ความเชื่อจะเป็นสิ่งก่อให้เกิดบุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป ถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ เท็กซ์เทอร์ (Textor. 1958 : 64) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อของชาวชนบท พบว่า ชาวชนบทส่วนใหญ่มีความ เป็นอยู่แบบดั้งเดิม มีความ เชื่อในสิ่งไม่มีเหตุผล

ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สุขภาพของครอบครัวไม่ดี และเป็นผลให้การทำงานไม่เต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ ไพฑูรย์ เครือแก้ว (ไพฑูรย์ เครือแก้ว ๒๕๑๓ : ๑๘๒) ที่ว่าเกษตรกรของไทยมีความเชื่อในสิ่งที่ไม่มีความหมาย เชื่อในโชคร้าย และการช่วยเหลือของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ขาดความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงครอบครัวและสุขภาพของตนเองตามอิทธิพลของความเชื่อนั้น

เนื่องจากความเชื่อทางด้านสุขภาพในบางคนถ้ามีความเชื่อที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็อาจจะปฏิบัติไปตามความเชื่อที่ถูกต้องนั้น หรือบางคนถ้ามีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพก็อาจจะปฏิบัติไปตามความเชื่อที่ผิด ๆ นั้น ซึ่งอาจทำให้เกิดเป็นผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ เมื่อปฏิบัติไปตามความเชื่อที่ตนเองมีอยู่นั้นได้ เพราะว่าสุขภาพหมายถึง คุณภาพของร่างกายซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม (Edward. 1970 : 15) และพอลลอค (Pollock. 1974 : 6 - 7) ได้รวบรวมความหมายของคำว่าสุขภาพ ที่ผู้รู้ต่าง ๆ ได้กล่าวไว้ เช่น ดันน์ (Dunn) หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลที่สามารถรวมศักยภาพการกระทำหน้าที่ต่าง ๆ ที่ดีของบุคคลแต่ละคน และดูโบส (Dubos) หมายถึง การแสดงถึงความสำเร็จ และความล้มเหลวที่ร่างกายพยายามปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน สำหรับพอลลอค (Pollock) ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับสุขภาพไว้ว่า เป็นสภาวะของระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะของร่างกายที่สามารถวัดได้

ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ (ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๒๓ : ๔) ได้อ้างถึง ความหมายของสุขภาพตามที่บุคคลต่าง ๆ ได้กล่าวไว้เช่น ฮอยแมน (Hoyman) กล่าวว่าสุขภาพคือความสมบูรณ์เต็มที่ของแต่ละบุคคล เพื่อการดำรงชีวิตที่ดียิ่ง ส่วนวิลเลียม (Williams) กล่าวว่าสุขภาพคือสภาวะที่ทำให้แต่ละคนสามารถปฏิบัติงาน ทำหน้าที่ของตนได้มากที่สุด ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เต็มที่ที่สุด และช่วยให้มีความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคมได้ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ว่า สุขภาพคือสภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ทั้งนี้ได้หมายถึง การปราศจากโรคหรือความเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้นก็หาไม่ และปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ได้สรุปไว้ว่า สุขภาพหมายถึง สภาวะที่บุคคลแต่ละคนสามารถระดมทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งทางด้านสติปัญญา อารมณ์ และกาย เพื่อนำมาดำรงชีวิตอยู่ให้ดีที่สุด

ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศอื่น ประชาชนเล็งเห็นความสำคัญ
ของสุขภาพมาก สุจิตรา รักเกียรติ (สุจิตรา รักเกียรติ ๒๕๑๑ : ๕ อ้างอิงมาจาก
Emerson.) กล่าวว่า ความมั่นคงของประเทศที่สำคัญประการแรกคือ การที่ประชากร มี
สุขภาพสมบูรณ์ ดังนั้น ในต่างประเทศจึงมีการศึกษาค้นคว้าเพื่อค้นหาความ เชื่อและความเข้าใจ
ที่ผิดทางด้านสุขภาพกันอย่างกว้างขวางในทุกระดับตั้งแต่ประถมศึกษา จนถึงระดับมหาวิทยาลัย
รวมทั้งบุคคลทั่วไปทุกอาชีพอีกด้วย

เวลลีน (Wellin. 1955 : 129) ได้ศึกษาและพบว่า ในประเทศลาตินอเมริกา
บางแห่ง ได้แบ่งอาหารออกเป็นประเภทร้อนและเย็น เป็นผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงอาหารบางอย่าง
และกำหนดอาหารบางอย่างสำหรับการบริโภคเป็นครั้งคราว และความเชื่อที่ผิดเช่นนี้ได้ก่อให้เกิด
ผลเสียต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก

เซียร์ (Sears. 1957 : 11) ได้ศึกษาความเชื่อและแบบแผนของการอบรม
เลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อสุขภาพโดยกระทำกับมารดาในมลรัฐนิวยอร์กจำนวน ๓๗๔ คน พบว่าความ
เชื่อและแบบแผนของการอบรมเลี้ยงดูเด็ก แตกต่างกันไปตามศาสนา วัฒนธรรม ฐานะ เศรษฐกิจ
และสังคม รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละครอบครัว

กิสท์ (Gist. 1958 : 2110) ได้ศึกษาความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพโดยใช้แบบ
ทดสอบ Health Information test โดยกระทำกับนักศึกษานิโกรปีที่ ๑ จากมหาวิทยาลัยใน
แถบส่วนกลางของแอตแลนติก (Middle Atlantic) จำนวน ๗๗๕ คน พบว่านักศึกษาชาย มี
ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาหญิง แต่นักศึกษาที่มีภูมิลำเนาแตกต่างกันและนับถือ
ศาสนาไม่เหมือนกัน มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ซินอริทซ์ (Synovitz. 1960 : 332 - 333) ได้ศึกษาหาปริมาณและชนิดของ
ความเชื่อที่ผิดขั้นที่เป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตร ๔ ปี ที่เรียนวิชา
สุขศึกษาทั่วไป ของมหาวิทยาลัยอื่นเดียน่า จำนวน ๖๓๐ คน โดยใช้แบบทดสอบ The Borozne
Health Information และพบว่า ภูมิลำเนา เพศ อายุ ระดับการศึกษา พื้นฐานความรู้ในวิชา
สุขศึกษา ฐานะของบิดามารดา และศาสนา ปรากฏว่าคะแนนความเชื่อและความเข้าใจที่ผิด ที่

นับว่าเป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของนักศึกษาในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด นั่นคือ เพศ ระดับอายุ ระดับการศึกษา พื้นฐานความรู้ในวิชาสุขศึกษา ฐานะของบิดามารดา ภูมิฐานะและศาสนา ต่างก็มีอิทธิพลต่อความเชื่อ และความเข้าใจผิดทางด้านสุขภาพของนักศึกษา มาก นอกจากนี้ยังพบว่า ประมาณ ๑ ใน ๓ ของจำนวนนักศึกษาทั้งหมด เชื่อว่าอาหารร้อนมีคุณค่าทางอาหารมากกว่าอาหารเย็น และประมาณครึ่งหนึ่งของนักศึกษา เชื่อว่าวิสกี้สามารถรักษาความเป็นไข้ให้หายได้ (Means. 1965 : 40 citing Synovitz.)

แมคแคนด์เลสส์ (Mc Candless. 1961 : 69 - 114) ได้ศึกษาพบว่ามารดา ระดับกลางและระดับต่ำ มีความเชื่อในการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกัน ที่เห็นได้ชัดคือ มารดา ระดับกลางจะมีความเชื่อในสิ่งต่อไปนี้คือ

๑. เชื่อในเรื่องพระเจ้า และปฏิบัติตามความเชื่อโดยการไปโบสถ์สวดอ้อนวอน เพื่อความเป็นอยู่ที่ดี และมีความสุขในครอบครัว
๒. เชื่อในเรื่องความสะอาดส่วนบุคคล ความสะอาดของเสื้อผ้า ร่างกาย หันผมและเล็บ
๓. เชื่อในเรื่องความประหยัด
๔. เชื่อในเรื่องการใช้สติปัญญา และเหตุผลมากกว่าอารมณ์
๕. เชื่อในเรื่องความอดทน อดกลั้นในการแสดงออก

และมารดา ระดับต่ำจะมีความเชื่อในสิ่งต่อไปนี้คือ

๑. ไม่ค่อยปฏิบัติภารกิจทางศาสนาเท่าระดับกลาง
๒. ประสบความลำบาก ในการจัดแจงเรื่องความสะอาดต่าง ๆ เพราะฐานะไม่อำนวย
๓. ในเรื่องความประหยัด มารดา ระดับต่ำเห็นว่าไม่มีสิ่งใดที่จะประหยัดได้ เชื่อว่าการมีโอกาสในการหยิบฉวย เป็นสิ่งที่ดี มิฉะนั้นจะหมดโอกาส
๔. ส่วนใหญ่ใช้อารมณ์ในการควบคุมพฤติกรรมเด็ก จึงทำให้เด็กในครอบครัว ชั้นต่ำ ไม่เกิดการเรียนรู้ในเรื่องการใช้เหตุผล
๕. ไม่คำนึงถึงการแสดงออกทางอารมณ์ ที่เป็นที่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ

แฮร์ริสัน (Harrison. 1963 : 2409) ได้ศึกษาความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดทางด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนรัฐบาลในเขตเทศบาลของเมือง ๒ เมืองในสหรัฐอเมริกา โดยใช้ข้อทดสอบ ๒ ฉบับ พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาชาย มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ เท่าเทียมกับนักเรียนหญิง และนักเรียนที่เรียนในชั้นสูงกว่ามีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่เรียนในชั้นต่ำกว่า

คิลแลนเดอร์ (Kilander. 1964 : 218 - 219) ได้ศึกษาความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดทางด้านโภชนาการของบุคคลหลายกลุ่ม เช่น นักเรียนมัธยมศึกษา นิสิต นักศึกษา และบุคคลอาชีพต่าง ๆ โดยให้กลุ่มบุคคลเหล่านั้นทำข้อสอบเลือกตอบจำนวน ๓๓ ข้อ พบว่าประมาณ ๑ ใน ๓ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เชื่อว่าการกินอาหารทะเลกับนมในมือเดียวกันไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ประมาณ ๑ ใน ๔ ของกลุ่มตัวอย่าง เชื่อว่าไข่ที่มีเปลือกสีน้ำตาล มีคุณค่าทางอาหารน้อยกว่าไข่ที่มีเปลือกสีขาว ประมาณครึ่งหนึ่งของนักเรียนระดับมัธยมและบุคคลทั่ว ๆ ไป เชื่อว่าเครื่องดื่มประเภทโคล่า มีสิ่งกระตุ้นเหมือนคาเฟอีนในกาแฟ ประมาณ ๑ ใน ๓ ของจำนวนนักศึกษาทั้งหมด เชื่อว่าวัณโรค เกิดจากการกินอาหารผิด มากกว่าเกิดจากการติดต่อ และหลายคนยังมีความเชื่อว่าถ้าเปิดกระป๋องทิ้งไว้โดยไม่นำไปแช่ในตู้เย็น จะทำให้อาหารนั้นหมดคุณค่าทางอาหาร

กูทริค และแจคอบส์ (Gutric and Jacobs. 1966 : 177 - 133) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กของมารดาชาวฟิลิปปินส์ พบว่าสุขภาพและความสะอาดเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมารดาชาวฟิลิปปินส์ เมื่อเด็กโตขึ้นก็จะได้รับการสอนและให้มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของบ้าน ส่วนเด็กที่เล็กกว่าจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติเกี่ยวกับความสะอาดของบ้าน เรือน สำหรับระเบียบภายในบ้านนั้น เด็ก ๆ จะต้องถอดรองเท้า ล้างเท้า และทำความสะอาดเท้าก่อนเข้าไปในบ้าน และในส่วนของ การเลี้ยงดูเด็กด้านสุขภาพ มารดาฟิลิปปินส์มีความเชื่อว่า คนแปลกหน้าและหญิงมีครรภ์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเจ็บป่วย ถ้าปล่อยให้เด็กอ่อนถูกลมพัดแรง ๆ จะทำให้เด็กป่วยได้ อากาศเดือนมีนาคมและเมษายนจะทำให้เด็กป่วยเป็นโรคผิวหนังเป็นเม็ดผื่นคันตามตัว ลำคอ ขาหนีบและข้อพับได้ เด็กเจ็บป่วยได้เพราะ คนสูงอายุ

ในพื้นโลกบันดาลให้เงินไป ฤดูผีปีศาจมีผลต่อความเจ็บป่วยได้ และความเจ็บป่วยมักเกี่ยวข้องกับอาหารการกินไม่ดี นิสัยในการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ตลอดจนการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ นอกจากความเชื่อต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ยังพบว่ามารดาที่มีความเชื่อที่สำคัญ ซึ่งเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพเด็ก คือสอนไม่让孩子สัมผัสกับผู้ที่ เป็นโรค เช่น โรคติดต่อ แผลเน่าเปื่อย เพราะเชื่อว่าจะเป็นทางนำไปสู่การเจ็บป่วยโดยการติดต่อของเชื้อโรคนั้น ๆ ได้ และยังเชื่อว่า ในด้านการปฏิบัติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวยังคงมีบทบาทอยู่มากในเรื่องประเพณีโบราณ เวทมนต์ ยาสมุนไพร และการอบนวด ฉะนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว บุคคลต่าง ๆ ในครอบครัวจะพยายามช่วยเหลือรักษาตนเองก่อน ถ้าหากไม่ได้ผลจึงจะใช้การรักษาโดยวิธีอื่น ๆ ต่อไป

แอนโทนี และ เบนเนอเด็ค (Anthony and Benedek. 1975 : 87 - 105) ได้ศึกษาและพบว่า การเลี้ยงดูเด็กให้มีสุขภาพดีของมารดานั้น จะมีความแตกต่างกันระหว่าง มารดาในระดับกลาง และระดับต่ำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคนที่จะเป็นรากฐานในการมองโลกภายนอกและวิถีชีวิต แอนโทนีและเบนเนอเด็ค ยังได้อ้างถึงงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่า มารดาผู้ใช้แรงงานจะมองโลก โดยมีรากฐานจากความเชื่อสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกตน มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเพียงเล็กน้อยที่จะเอาชนะเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ จึงทำให้รู้สึกกังวล และคิดว่าเป็นสิ่งที่ยากสำหรับตนที่จะเอาชนะสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็กได้ ลักษณะดังกล่าวนี้ จึงทำให้มารดา ระดับต่ำ หรือมารดาผู้ใช้แรงงานมีความแตกต่างจากมารดาในระดับกลาง ในเรื่องความสามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ซับซ้อนของเด็ก และมีความต้องการที่จะเข้าใจเด็ก ในขณะที่มารดา ระดับต่ำ กลับมองเห็นว่า พฤติกรรมของเด็กเป็นสิ่งแปลกประหลาด ดังนั้นเพื่อที่จะควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็กไว้ให้ได้ มารดา ระดับต่ำจึงมักใช้อำนาจบังคับเด็ก

เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ (เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ ๒๕๑๘ : ๔๐ - ๔๖) ได้อ้างถึง เคอการีน (De Garine. 1960) ที่ได้ศึกษาความเชื่อที่ผิด ของประชาชนในอำเภอบรรณโบล (Khrombole) ประเทศอิตาลี พบว่าประชาชนมีความเชื่อที่ผิดทางการบริโภคอาหารในยามเจ็บป่วย กล่าวคือ เมื่อเด็กเป็นโรคท้องร่วงเรื้อรัง หรือเป็นไข้ และถูกจำกัด

อาหารการกินอย่างมาก จนถึงขั้นที่ได้รับปริมาณโปรตีนและแคลลอรี่ไม่เพียงพอ เพราะเด็กที่ป่วย จะได้รับแต่ข้าวต้มอย่างเหลว และผลไม้จำพวกน้ำเต้าเท่านั้น นอกจากนี้ประชาชนบางแห่งยังมีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารเบา หรืออาหารหนักซึ่งอาจจะทำให้เกิดลม ท้องร่วง ท้องผูก หรือเป็นพยาธิ อาหารบางอย่างก็ถูกเชื่อว่าจะมีผลต่ออารมณ์ทางเพศ เช่น ไข่ทำให้เพศหญิงเป็นหมันและเสเพล หรือทำให้เด็กเป็นคนชอบลักขโมย เนื้อสีแดงทำให้ผู้ชายแข็งแรง เป็นต้น และในการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า วัฒนธรรมเกี่ยวกับอาหารของคนอังกฤษโบราณเป็นผลให้ชาวอังกฤษไม่ยอมบริโภครสไก่ เพราะเชื่อว่า ไก่มีอำนาจที่จะขจัดปัดเป่าอำนาจสิ่งชั่วร้ายต่าง ๆ และสามารถทำนายเกี่ยวกับความตายได้ และแมคอาเทอร์ (Mc Arthur, 1962) ได้ศึกษาและพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลงของประชาชนในประเทศมาเลเซีย ที่ห้ามเด็ก ๆ บริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้ โดยเฉพาะมะละกอและพืชผักที่มีสีเขียว เป็นเหตุให้เด็กเป็นจำนวนมากป่วยด้วยโรคตาอันเนื่องมาจากขาดวิตามินเอ ที่ควรจะได้จากอาหารประเภทดังกล่าว

สุจิตรา รักเกียรติ (สุจิตรา รักเกียรติ ๒๕๑๑ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาริเคาระห์ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และสวัสดิภาพของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการวิจัยพบว่านิสิตปีที่ ๔ มีความเชื่อและความเข้าใจผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพน้อยกว่านิสิตปีที่ ๑ และนิสิตที่ได้รับการศึกษาทางด้านสุขภาพและสวัสดิศึกษามาก่อน มีความเชื่อและความเข้าใจผิดในเรื่องนี้น้อยกว่า นิสิตที่ไม่ได้รับการศึกษาทางเรื่องนี้ แต่เพศ ภูมิลำเนา และระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่ปรากฏว่ามีอิทธิพลต่อความเชื่อทางด้านสุขภาพ และสวัสดิภาพของนิสิต

นอกจากนี้ยังได้อ้างถึงการศึกษานี้เฉพาะความเชื่อในโชคลางของนักศึกษามหาวิทยาลัยบางคนของ สายสุรี วิชกรเกียรติ โดยการใช้นิสิตที่เรียนวิชาจิตวิทยาเบื้องต้น จิตวิทยาสำหรับครู และจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา ๒๕๐๕ จำนวน ๑๓๖ คน เป็นนิสิตชาย ๕๔ คน และนิสิตหญิง ๘๒ คน ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในโชคลาง จำนวน ๒๖ ข้อ พบว่านิสิตชายเชื่อในโชคลางมากกว่านิสิตหญิง

และยังได้อ้างถึงการศึกษาคำความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทราของ อุดม เพชรศิริ โดยใช้วิธีสังเกต สัมภาษณ์ และส่งแบบสอบถามไปยัง

ประชาชนตามอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ชาวจังหวัดฉะเชิงเทราประมาณ ร้อยละ ๒๘.๖๖ เชื่อว่าเหวดเจ้ามีเป็นผู้บันดาลโชคลางได้จริง ร้อยละ ๒๑.๔๕ เชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่ง ประมาณร้อยละ ๔๔.๘๖ เชื่อว่าอุบัติเหตุเกิดเพราะถึงคราวเคราะห์ แต่ยังมีประชาชนเชื่อว่า อุบัติเหตุเกิดขึ้นเพราะดูหมิ่นเจ้ามี และบางคนเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากเหวดเจ้ามีลงโทษ

ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ (ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๒๓ : ๑๒๖ - ๑๒๗ อ้างอิงมาจากปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๐๕) ได้ศึกษาความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ ของผู้ที่จะเป็นครูไทยในอนาคต โดยใช้นักศึกษาประกาศนียบัตรชั้นสูงในวิทยาลัยครูทั่วประเทศ ตอบแบบสอบถาม พบว่านักศึกษาครูที่มีภูมิลำเนาแตกต่างกัน มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพแตกต่างกัน นักศึกษาครูที่มีภูมิลำเนาในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เชื่อผิดมากกว่า นักศึกษาครูที่มีภูมิลำเนาในภาคกลางและภาคใต้ นักศึกษาครูเพศหญิง เชื่อผิดมากกว่านักศึกษาครูเพศชาย นักศึกษาครูที่เรียนชั้นสูงกว่า เชื่อผิดน้อยกว่านักศึกษาครูที่เรียนในชั้นต่ำกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เกิดในเขตเทศบาล เชื่อผิด เช่นเดียวกับผู้ที่เกิดในชนบท และผู้ที่บิดามารดาได้รับการศึกษาสูง ก็มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ เหมือนกับผู้บิดามารดาได้รับการศึกษาน้อยกว่า

ไสว เพ็ญวิทยารัตน์ (ไสว เพ็ญวิทยารัตน์ ๒๕๒๐ : ๑๑) ได้อ้างถึงการสร้างแบบทดสอบและการสำรวจความเชื่อและความเข้าใจผิดทางด้านพฤติกรรมสุขภาพของสนอง สกุนทรพราหมณ์ ซึ่งได้กระทำกับเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ ๗ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของความเชื่อและความเข้าใจผิดทางด้านสุขภาพ แต่ละข้อคิดเป็นร้อยละ ๔๕ ค่าเฉลี่ยของความเชื่อและความเข้าใจผิดในเรื่องอาหารร้อยละ ๖๔ ค่าเฉลี่ยของความเชื่อและความเข้าใจผิดในเรื่องโชคลางร้อยละ ๖๓ ค่าเฉลี่ยความเชื่อและความเข้าใจผิดในเรื่องอุบัติเหตุและสวัสดิศึกษา ร้อยละ ๖๒ ค่าเฉลี่ยความเชื่อและความเข้าใจผิดในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บร้อยละ ๕๕ ค่าเฉลี่ยของความเชื่อและความเข้าใจผิด เรื่องสุขภาพส่วนบุคคลร้อยละ ๕๕ จะเห็นได้ว่า นักเรียนชั้นป. ๗ มีความเชื่อและความเข้าใจผิดในเรื่องอุบัติเหตุ และสวัสดิศึกษานั้น นักเรียนมีความเชื่อ

และความเข้าใจผิดเป็นอันดับสาม ซึ่งนับว่าเป็นภัยต่อนักเรียนมากที่สุด เพราะอาจจะเป็นอันตราย อาจถึงชีวิตได้

สุชาติ ไสมประยูร (สุชาติ ไสมประยูร ๒๕๒๓ : ๑๓๒ - ๑๓๕ อ้างอิงมาจาก สุชาติ ไสมประยูร ๒๕๐๖) ได้ศึกษาริวิจัยโดยการเปรียบเทียบความเชื่อและความเข้าใจที่ผิด ทางด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ แห่งเมือง แซมเปญเออร์บานา ของรัฐอิลลินอยส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา และโรงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ในประเทศไทย พบว่านักเรียนชั้น ประถมปีที่ ๕ ของประเทศสหรัฐอเมริกา และนักเรียนในประถมศึกษาปีที่ ๕ ของไทย มีความเชื่อที่ผิด ทางด้านสุขภาพมาก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ของไทย เลือกร้อยที่เป็นความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ มากกว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ของสหรัฐอเมริกาถึง ๔ เท่า

เกษมสุข เฉลียวศักดิ์ (เกษมสุข เฉลียวศักดิ์ ๒๕๒๑ : ๕๔ - ๖๔) ได้ศึกษา ความเชื่อของบิดามารดา เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู และความกลัวของเด็กก่อนวัยเรียนใน ๔ จังหวัดภาคใต้ พบว่าเด็กก่อนวัยเรียน ที่ครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกัน มีความกลัวไม่แตกต่างกัน ครอบครัวที่มีสถานภาพของครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเด็กหญิงมีความกลัว มากกว่าเด็กชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยวรรณ วิรัชชัย (ปิยวรรณ วิรัชชัย ๒๕๒๑ : ๖๔) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผลของมารดาในการเลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่มารดามีความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผล ในการเลี้ยงดูเด็กน้อย จะมีสุขภาพดีกว่า กลุ่มก่อนวัยเรียนที่มารดามีความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผลในการเลี้ยงดูเด็กมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัลยา นาคเพ็ชร์ (กัลยา นาคเพ็ชร์ ๒๕๒๑ : ๑๑๕ - ๑๑๘) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพล ต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในท้องที่ตำบลคางพลู อำเภอ โนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าระดับการศึกษาและอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลให้เจตคติของ

มารดาต่อประเพณีและความเชื่อ ในการบริโภคแตกต่างกันมีผลให้นิสัยในการบริโภคของเด็กแตกต่างกันและนิสัยในการบริโภคของเด็กกับนิสัยในการบริโภคของมารดามีความเกี่ยวข้องกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาหารที่เด็กบริโภค นิสัยในการบริโภคและภาวะโภชนาการของเด็กมีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ขนาดของครอบครัว และระดับอายุของเด็ก มีผลให้ปริมาณอาหารที่เด็กบริโภคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางด้านคุณภาพของอาหารที่เด็กบริโภค ภาวะโภชนาการของเด็กมีความแตกต่างกันตามขนาดของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันตามอันดับที่เกิด และอันดับที่เกิดของเด็กที่แตกต่างกัน ไม่มีผลให้ปริมาณและคุณภาพของอาหารที่เด็กบริโภคแตกต่างกัน

วิณี ชิตเชิดวงศ์ (วิณี ชิตเชิดวงศ์ ๒๕๒๑ : ๑๒๗ - ๑๓๗) ได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะนิสัยในการบริโภคและการเจริญเติบโตของเด็กวัยก่อนเรียน ที่มาจากสภาพครอบครัวต่างกัน ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวที่แตกต่างกันในด้านการศึกษา สถานภาพการทำงาน สถานภาพครอบครัว สถานภาพเศรษฐกิจ ความเชื่อในการบริโภคและการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา จะมีลักษณะนิสัยในการบริโภคต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กวัยก่อนเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวที่แตกต่างกัน ในด้านขนาดของครอบครัว จะมีลักษณะนิสัยในการบริโภคไม่แตกต่างกัน เด็กวัยก่อนเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวที่แตกต่างกันในด้านการศึกษสถานภาพครอบครัว สถานภาพเศรษฐกิจ ความเชื่อในการบริโภค และการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา ชนิดอาหารที่บริโภคของเด็กวัยก่อนเรียนจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กวัยก่อนเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวที่แตกต่างกันในด้านสถานภาพการทำงาน และขนาดของครอบครัว ชนิดอาหารที่เด็กวัยก่อนเรียนบริโภคจะไม่แตกต่างกัน เด็กวัยก่อนเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวที่แตกต่างกันในด้านการศึกษสถานภาพ เศรษฐกิจขนาดครอบครัว ความเชื่อในการบริโภค และการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา การเจริญเติบโตของเด็กวัยก่อนเรียน จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กวัยก่อนเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวที่แตกต่างกันในสถานภาพการทำงาน สถานภาพครอบครัว การเจริญเติบโตของเด็กวัยก่อนเรียนไม่แตกต่างกัน

สัมพันธ์ บุญเกิด (สัมพันธ์ บุญเกิด ๒๕๒๒ : ๗๑) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดภาคเหนือ พบว่าเด็กในก่อนวัยเรียนที่มีมารดาที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกัน มีความเชื่อมั่นในตนเองไม่แตกต่างกัน มารดาที่มีระดับอายุและสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กก่อนวัยเรียนที่มีเพศ และระดับอายุแตกต่างกัน มีความเชื่อมั่นในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ อินทรสุขศรี (ทัศนีย์ อินทรสุขศรี ๒๕๒๒ : ๓๔ - ๓๕) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น จังหวัดนครราชสีมา พบว่าความรู้ต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง มักจะมีผลต่อความเชื่อ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องนั้น ๆ ด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่าชาวอีสานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการกินอาหาร กินข้าวจุกมาก และอาชีพส่วนใหญ่ใช้แรงงาน จึงเชื่อว่ากินข้าวมาก ๆ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ผู้ใหญ่มักอยากให้ลูกหลานอ้วน เพราะว่าความอ้วนแสดงว่ามีสุขภาพดี แข็งแรง แต่ที่จริงแล้ว ความอ้วนเป็นสาเหตุของโรคหลายอย่าง เช่น โรคหัวใจ ความดันเลือด และอื่น ๆ อีกมาก อันเป็นปัญหาสาธารณสุขบ้านเรา ในปัจจุบันนับว่า ความเชื่อถือประเพณีที่ไม่ถูกต้อง ถูกถ่ายทอดกันมานานนั้น เป็นข้อจำกัด หรืออุปสรรคในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ หากที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลง ซึ่งความเชื่อดังกล่าวนี้จะให้ผลเสียต่อสุขภาพของคนได้

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวทั้งหมดข้างต้น เป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานในการศึกษาค้นคว้าได้ดังนี้

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

๑. ครูระดับประถมศึกษาชาย และครูระดับประถมศึกษาหญิง จะมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน

๒. ครูระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิทางสุศึกษาแตกต่างกัน จะมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน

๓. ครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน จะมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน

๔. ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน

๕. ครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน

๖. ครูระดับ ประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน จะมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช) และครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช) ในเขตการศึกษา ๑๒

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช) และครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช) ในเขตการศึกษา ๑๒ จำนวน ๑,๐๐๐ คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Area or Cluster Sampling) (เขตศักดิ์ โขวาสินธุ์ ๒๕๒๒ : ๑๒๐) ดังรายละเอียดตามตาราง ๑

ตาราง ๑ แสดงจำนวนประชากรรวมและกลุ่มตัวอย่างของครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงาน
คณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช) และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา
เอกชน (สช) เขตการศึกษา ๑๒

จังหวัด	จำนวนประชากรครูระดับ ประถมศึกษา			จำนวนกลุ่มตัวอย่างครูระดับ ประถมศึกษา		
	สปช	สช	รวม	สปช	สช	รวม
จันทบุรี	๑,๙๙๕	๑๕๒	๒,๑๔๗	-	-	-
ฉะเชิงเทรา	๒,๙๐๕	๑๖๕	๓,๐๗๐	-	-	-
ชลบุรี	๓,๐๘๗	๘๕๖	๓,๙๔๓	๓๑๐	๙๐	๔๐๐
ตราด	๑,๔๘๗	๕๕	๑,๕๔๒	๑๙๔	๖	๒๐๐
นครนายก	๑,๕๙๕	๒๒	๑,๖๑๗	-	-	-
ปราจีนบุรี	๓,๕๙๖	๑๒๗	๓,๖๒๓	๓๘๕	๑๕	๔๐๐
ระยอง	๒,๒๖๙	๘๗	๒,๓๕๖	-	-	-
รวม	๑๖,๗๙๕	๑,๕๕๔	๑๘,๓๔๙	๘๘๙	๑๑๑	๑,๐๐๐

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามวัดความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของ
ครูระดับประถมศึกษา ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรอิสระ
ที่ต้องการจะศึกษา ได้แก่ เพศ คุณวุฒิทางสุศึกษา ประสบการณ์ในการสอน อายุ ระดับการศึกษา
และภูมิลำเนาเดิม

ตอนที่ ๒ เป็นแบบสอบถามความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ อันดับ มีขอบข่ายดังนี้ สุขภาพส่วนบุคคล สุขภาพชุมชน โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โภชนาการ วัสดุศึกษาและการปฐมพยาบาล สุขภาพครอบครัว สุขภาพจิต การออกกำลังกายและการพักผ่อน และสิ่งเสพติดให้โทษ

เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ

การตอบแบบสอบถามและการให้คะแนนนั้นให้ผู้ตอบอ่านข้อความในแบบสอบถามทีละข้อ และให้คะแนน ดังนี้

เชื่อมากที่สุด หมายถึง ความเชื่อหรือความเข้าใจที่คิดว่า เป็นไปได้มากที่สุด ให้ ๔ คะแนน

เชื่อมาก หมายถึง ความเชื่อหรือความเข้าใจที่คิดว่า เป็นไปได้มาก ให้ ๓ คะแนน

เชื่อปานกลาง หมายถึง ความเชื่อหรือความเข้าใจที่คิดว่า เป็นไปได้ปานกลาง ให้ ๒ คะแนน

เชื่อน้อย หมายถึง ความเชื่อหรือความเข้าใจที่คิดว่า เป็นไปได้บ้าง ให้ ๑ คะแนน

ไม่เชื่อ หมายถึง ความเชื่อหรือความเข้าใจที่คิดว่า เป็นไปไม่ได้ ให้ ๐ คะแนน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้คือ

๑. นำแบบสอบถามวัดความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ของปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ (Punya Somboonsilp. 1962 : 134 - 137) และของสุจิตรา รักเกียรติ (สุจิตรา รักเกียรติ ๒๕๑๑ : ๔๓ - ๕๖) มาปรับปรุงในด้านภาษาให้รัดกุมและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ยังคงรักษาจุดมุ่งหมาย เดิมของแบบสอบถามไว้

๒. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพเพื่อนำเนื้อหาามาประมวลเป็นแบบสอบถามเพิ่มเติม รวมเข้ากับแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจาก ๑

๓. นำร่างแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม

๔. ลงมือสร้างแบบสอบถามซึ่งมีคำถามอยู่ประมาณ ๒๐๐ ข้อ แล้วนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพ เพื่อตรวจสอบว่าเป็นความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพหรือไม่

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

๑. ความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นประมาณ ๒๐๐ ข้อ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเหตุผล (Face Validity) โดยนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพ คือนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และศูนย์สาธารณสุข ประจำภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๔ ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องตลอดจนภาษาและสำนวน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วย ๓ ใน ๔ ท่าน หลังจากการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้ตัดทอนข้อที่ไม่เหมาะสมออกจนเหลือ ๑๕๐ ข้อ ซึ่งได้นำมาแก้ไขปรับปรุง และสร้างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๕ อันดับต่อไป

๒. ค่าอำนาจจำแนก (Discriminating Power) ของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตามที่ได้ปรับปรุงแล้วจาก ๑ ไปทดลองใช้ (Try out) กับครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษา อำเภอศรีราชา จำนวน ๓๐ คน แล้วนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) โดยใช้สูตร t - test เทคนิค ๒๕ เปอร์เซ็นต์ของเอ็ดเวิร์ด (Edwards. 1957 : 152) ทดสอบนัยสำคัญของข้อคำถาม ถ้าพบว่าข้อใดมีค่า t เท่ากับหรือมากกว่า ๑.๗๕ ขึ้นไปมีค่าอำนาจจำแนก ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามสามารถวัดความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้อย่างมีนัยสำคัญ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ ๒๕๒๓ : ๒๔) ซึ่งผลการทดลองปรากฏว่า แบบสอบถามทั้งหมด ๑๕๐ ข้อ มีคำถามอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้เพียง ๑๐๐ ข้อ รายละเอียดค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามได้แสดงไว้ในภาคผนวก

๓. ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ ไปทดสอบความ เชื่อมั่นแบบ วัดความคงที่ภายใน (Internal Consistency) โดยวิธีของครอนบัค (Cronbach, 1970 : 161) ซึ่งใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ทาค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถาม ปรากฏว่าได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๕๔ ซึ่งเป็นค่าความ เชื่อมั่นที่สูงพอเพียงสำหรับการวิจัย ครั้งนี้ได้

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

๑. ผู้วิจัยได้ติดต่อกับหัวหน้าหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างสังกัดอยู่ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา กันคว้า โดยขอหนังสือแนะนำตัวนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย

๒. นำแบบสอบถามซึ่งหาคุณภาพ เรียบร้อยแล้ว ไปให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครูระดับ ประถมศึกษา (สปช) ตอบโดยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการ ประถมศึกษาประจำจังหวัดชลบุรี ตราด และปราจีนบุรี เป็นผู้แจกแบบสอบถามตามโรงเรียนใน ความควบคุมของศึกษานิเทศก์ประจำจังหวัดนั้น ๆ ซึ่งผู้วิจัยให้แบบสอบถามมากกว่าจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างจังหวัดละ ๑๐ ฉบับ กำหนดรับคืนภายในเวลา ๑ เดือน

๓. จัดฉลากรายชื่อโรงเรียนระดับประถมศึกษา (สช) ในจังหวัดชลบุรี ตราด และ ปราจีนบุรี และส่งแบบสอบถามไปยังหัวหน้าสถานศึกษา เป็นผู้แจกแบบสอบถามและรวบรวมภายใน กำหนดเวลา ๑ เดือน

๔. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาจำแนกตามจังหวัดและตามสังกัด และตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบสอบถาม และจัดฉลากแบบสอบถามออกให้เหลือ เท่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน ๑,๐๐๐ ฉบับ แล้วดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

๑. การให้คะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา ผู้วิจัยได้ให้คะแนนตามมาตรฐานส่วน ประมาณค่า (Rating - scale) ซึ่งค่าความสำคัญที่ให้ไว้มีความหมายดังนี้

ค่าความสำคัญ เท่ากับ ๔ หมายถึง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพมากที่สุด มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ ๔๐๐ คะแนน

ค่าความสำคัญ เท่ากับ ๓ หมายถึง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพมาก มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ ๓๐๐ คะแนน

ค่าความสำคัญ เท่ากับ ๒ หมายถึง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพปานกลาง มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ ๒๐๐ คะแนน

ค่าความสำคัญ เท่ากับ ๑ หมายถึง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพน้อย มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ ๑๐๐ คะแนน

ค่าความสำคัญ เท่ากับ ๐ หมายถึง ไม่มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ มีคะแนนเท่ากับ ๐ คะแนน

๒. การวิเคราะห์ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา ใช้วิธีหาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ

๓. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ๒ กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ใช้การทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ ๑ และข้อ ๒

๔. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า ๒ กลุ่ม ใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี ๑ ตัวประกอบ (One - way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ ๓ ข้อ ๔ ข้อ ๕ และข้อ ๖

๕. เมื่อ F - test มีนัยสำคัญจึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยใช้วิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ (Ferguson. 1981 : 49)

๑.๑ ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร

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

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

๑.๒ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (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

๒. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discriminating Power) เป็นรายข้อโดย

ใช้สูตร t - test เทคนิค บ๕ เพอร์เซนต์ของเอ็ดเวิร์ด (Edwards. 1957 : 152)

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

เมื่อ \bar{X}_H แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง

\bar{X}_L แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ

S_H^2 แทน ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มสูง

S_L^2 แทน ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง

n_L แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

๓. การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัท (Cronbach. 1970 : 161)

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

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

k แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อ

๔. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ๒ กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ ๑ และข้อ ๒ โดยใช้สูตร (Ferguson. 1981 : 182)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} \quad \text{โดยมี} \quad df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1-1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2-1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t -distribution

\bar{X}_1, \bar{X}_2 แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่ม

S_1^2, S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่ม

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่ม

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

๕. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า ๒ กลุ่ม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ ๓ ข้อ ๔ ข้อ ๕ และข้อ ๖ โดยใช้สูตร (Lindquist. 1956 : 63)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution

MS_A แทน ค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

ซึ่งถ้าหากพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (Winer. 1971 : 210 - 218)

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

เมื่อ q แทน q - statistic ที่ได้จากราย

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

\tilde{n} แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S^2	แทน	ความแปรปรวน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
SS	แทน	Sum of Square
MS	แทน	Mean Square
df	แทน	Degrees of Freedom
q	แทน	q - Statistic

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ แบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอนคือ

ตอนที่ ๑ หาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาโดยทั่วไปว่ามีมากน้อยเพียงไร

ตอนที่ ๒ ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา

๒.๑ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างชายกับหญิง

๒.๒ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่าง
ผู้ที่มีคุณวุฒิทางสุศึกษา และไม่มีคุณวุฒิทางสุศึกษา

๒.๓ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่าง
ผู้ที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน

๒.๔ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่าง
ผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน

๒.๕ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่าง
ผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

๒.๖ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่าง
ผู้ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน

ตอนที่ ๑ หาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับ

ประถมศึกษาโดยทั่วไปว่ามีมากน้อยเพียงไร

ตาราง ๒ แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
โดยทั่วไป

ตัวแปร	N	\bar{X}	S
ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ	๑,๐๐๐	๒๐๔.๓๘๓	๖๒.๔๓

จากตาราง ๒ แสดงว่าความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ย ๒๐๔.๓๘๓ ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖๒.๔๓ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษานั้นอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับค่าความสำคัญตามเกณฑ์มาตรฐานส่วนประมาณค่า

ตอนที่ ๒ ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ของครูระดับประถมศึกษา

๒.๑ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับศึกษาระหว่างชายกับหญิง

ตาราง ๓ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับศึกษาระหว่างชายกับหญิง

เพศ	N	\bar{X}	S^2	t
ชาย	๔๐๔	๑๖๖.๓๒๒	๒๑๘๖.๘๗๒	๑๘.๙๐๓ **
หญิง	๕๙๖	๒๓๐.๑๘๕	๓๕๗๖.๗๕๘	

$$**p < .01 \quad (t = 2.326)$$

จากตาราง ๓ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาชายและครูระดับประถมศึกษาหญิง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ($t = ๑๘.๙๐๓$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๑ และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยแล้ว พบว่าครูระดับประถมศึกษาหญิง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาชาย

๒.๒ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่าง
ผู้ที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษาและไม่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษา

ตาราง ๔ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครู
ระดับประถมศึกษาระหว่างผู้ที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษาและไม่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษา

คุณวุฒิทางสุขศึกษา	N	\bar{X}	S^2	t
มีคุณวุฒิ	๓๕๒	๑๖๑.๖๗๖	๒๑๒๗.๖๐๘	๑๔.๕๖๗**
ไม่มีคุณวุฒิ	๖๕๘	๒๒๗.๕๒๖	๓๕๔๘.๕๘๖	

$$**p < .01 \quad (t = 2.326)$$

จากตาราง ๔ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษาแตกต่างกัน มีความ
เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ($t = ๑๔.๕๖๗$) ซึ่ง
สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๒ และเมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยแล้ว พบว่าครูระดับประถมศึกษา
ที่ไม่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษามีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิทาง
สุขศึกษา

๒.๓ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่าง
ผู้ที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน

ตาราง ๕ แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
จำแนกตามประสบการณ์ในการสอน

ประสบการณ์ในการสอน	N	ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ	
		\bar{X}	S
น้อยกว่า ๕ ปี	๒๗๑	๒๐๗.๕๒๔	๕๖.๒๓๓
ระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี	๓๒๑	๑๙๒.๘๗๙	๕๗.๙๗๖
มากกว่า ๑๐ ปี	๔๐๘	๒๑๑.๓๔๖	๖๙.๔๕๙

จากตาราง ๕ แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
ศึกษาจำแนกตามประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน ๓ กลุ่มคือ ประสบการณ์ในการสอนน้อยกว่า
๕ ปี ๖ - ๑๐ ปี และมากกว่า ๑๐ ปี เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าครูระดับประถมศึกษาที่มี
ประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = ๒๑๑.๓๔๖$, $S = ๖๙.๔๕๙$)
ครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนน้อยกว่า ๕ ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงรองลงมา (\bar{X}
 $= ๒๐๗.๕๒๔$, $S = ๕๖.๒๓๓$) และครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง
๖ - ๑๐ ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = ๑๙๒.๘๗๙$, $S = ๕๗.๙๗๖$) ตามลำดับ เพื่อนำไป
วิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ดังปรากฏในตาราง ๖

ตาราง ๖ แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครู
ระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	๒	๖๔๔๔๔.๒๓๒	๓๒๒๒๒.๑๑๖	๔.๓๕๕**
ภายในกลุ่ม	๔๔๗	๓๘๗๕๖๙๐.๐๗๙	๘๖๖๖.๓๕๙	
รวม	๔๔๙	๓๙๓๙๖๓๔.๓๑๑		

**p < .01 (F = 4.62)

จากตาราง ๖ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ (F = ๔.๓๕๕) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๓ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกันคู่ใดหนึ่งใน ๓ กลุ่ม มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อไปโดยใช้ q - Statistic เป็นค่าสถิติในการทดสอบ ดังปรากฏผลการเปรียบเทียบในตาราง ๗

ตาราง ๗ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครู
ระดับประถมศึกษา ที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกันเป็นรายคู่

ประสบการณ์ในการสอน	\bar{X}	ระหว่าง ๖-๑๐ ปี	น้อยกว่า ๕ ปี	มากกว่า ๑๐ ปี
		๑๙๒.๘๗๘	๒๐๗.๕๒๘	๒๑๑.๓๔๖
ระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี	๑๙๒.๘๗๘	-	๑๔.๖๕๕*	๑๘.๔๖๗**
น้อยกว่า ๕ ปี	๒๐๗.๕๒๘		-	๓.๘๑๘
มากกว่า ๑๐ ปี	๒๑๑.๓๔๖			-

**p < .01

	r	2	3
	q.99 (r, 997)	3.64	4.12
$\sqrt{MS_W/n}$	q.99 (r, 997)	12.617	14.1608

จากตาราง ๗ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอน ๕ ปีมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ส่วนครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี และครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนน้อยกว่า ๕ ปีมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

๒.๕. เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่าง
ผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน

ตาราง ๘ แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
จำแนกตามอายุ

อายุ	N	ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ	
		\bar{X}	S
๑๘ - ๒๕ ปี	๑๔๘	๒๐๙.๓๙๓	๕๖.๒๘๖
๒๖ - ๓๒ ปี	๓๕๖	๑๙๓.๗๐๗	๕๒.๘๘๑
๓๓ - ๓๙ ปี	๑๗๓	๑๙๘.๒๐๒	๖๑.๕๓๗
๔๐ - ๔๖ ปี	๑๕๘	๒๑๗.๑๒๗	๗๓.๓๕๑
๔๗ - ๖๐ ปี	๑๑๕	๒๒๐.๕๙๑	๗๙.๙๑๙

จากตาราง ๘ แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
ศึกษา จำแนกตามอายุแตกต่างกัน ๕ กลุ่มคืออายุ ๑๘ - ๒๕ ปี ๒๖ - ๓๒ ปี ๓๓ - ๓๙ ปี
๔๐ - ๔๖ ปี และ ๔๗ - ๖๐ ปี เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๗ -
๖๐ ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = ๒๒๐.๕๙๑$, $S = ๗๙.๙๑๙$) รองลงมาคือครูระดับประถมศึกษา
ที่มีอายุ ๔๐ - ๔๖ ปี ($\bar{X} = ๒๑๗.๑๒๗$, $S = ๗๓.๓๕๑$) ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๑๘ -
๒๕ ปี ($\bar{X} = ๒๐๙.๓๙๓$, $S = ๕๖.๒๘๖$) ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๓๓ - ๓๙ ปี ($\bar{X} =$
 ๑๙๘.๒๐๒ , $S = ๖๑.๕๓๗$) และครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๒๖ - ๓๒ ปีมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด
($\bar{X} = ๑๙๓.๗๐๗$, $S = ๕๒.๘๘๑$) ตามลำดับ เพื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความ
เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ดังปรากฏในตาราง ๙

ตาราง ๕ แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครู
ระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	๔	๔๐๗๓๑.๑๐๗	๑๐๑๘๒.๗๖๗	๒.๕๕๕*
ภายในกลุ่ม	๕๕๕	๓๘๕๘๕๐๓.๒๐๔	๓๕๑๘.๕๕๖	
รวม	๕๕๙	๓๘๙๙๒๓๔.๓๑๑		

* $P < .05$ ($F = 2.38$)

จากตาราง ๕ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกัน มีความเชื่อที่ผิดทาง
ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ($F = ๒.๕๕๕$) ซึ่งสอดคล้องกับ
สมมติฐานข้อ ๔ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน ๕ กลุ่ม มีความ
เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อไปโดยใช้ q - Statistic เป็นค่าสถิติ
ในการทดสอบ ดังปรากฏผลการเปรียบเทียบในตาราง ๑๐

ตาราง ๑๐ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครู
ระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกัน เป็นรายคู่

อายุ	\bar{X}	๒๖ - ๓๒ ปี	๓๓ - ๓๙ ปี	๑๔ - ๒๕ ปี	๔๐ - ๔๖ ปี	๔๗ - ๖๐ ปี
		๑๙๓.๗๐๗	๑๙๘.๖๐๒	๒๐๙.๓๙๓	๒๑๗.๑๒๗	๒๒๐.๕๙๑
๒๖ - ๓๒ ปี	๑๙๓.๗๐๗	-	๕.๔๐๒	๑๕.๖๑๘	๒๓.๓๐๕*	๒๖.๑๙๖*
๓๓ - ๓๙ ปี	๑๙๘.๖๐๒		-	๑๑.๒๑๖	๑๘.๙๐๐*	๒๒.๒๓๖*
๑๔ - ๒๕ ปี	๒๐๙.๓๙๓			-	๗.๖๘๔	๑๑.๐๗๙
๔๐ - ๔๖ ปี	๒๑๗.๑๒๗				-	๓.๙๕๙
๔๗ - ๖๐ ปี	๒๒๐.๕๙๑					-

* $p < .05$

	r	2	3	4	5
	q.95 (r,995)	2.77	3.31	3.63	3.86
$\sqrt{MS_W/ก}$	q.95 (r,995)	13.155	15.720	17.240	18.362

จากตาราง ๑๐ แสดงว่า ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๗ - ๖๐ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๒๖ - ๓๒ ปี และ ๓๓ - ๓๙ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ แต่มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๑๔ - ๒๕ ปี และ ๔๐ - ๔๖ ปี

ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๐ - ๔๖ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๒๖ - ๓๒ ปี และ ๓๓ - ๓๙ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ แต่มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๑๔ - ๒๕ ปี

ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๑๘ - ๒๕ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน
กับครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๒๖ - ๓๒ ปี และ ๓๓ - ๓๙ ปี

ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๓๓ - ๓๙ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน
กับครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๒๖ - ๓๒ ปี

๒.๕ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับ
การศึกษาแตกต่างกัน

ตาราง ๑๑ แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ	
		\bar{X}	S
ต่ำกว่า ป.กศ.สูง	๒๒๘	๒๔๒.๗๓๗	๖๑.๐๘๑
ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า	๓๕๗	๒๐๗.๘๒๔	๖๒.๘๕๑
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	๔๑๕	๑๘๐.๓๕๗	๕๒.๒๗๕

จากตาราง ๑๑ แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
ศึกษา จำแนกตามระดับการศึกษาแตกต่างกัน ๓ กลุ่มคือต่ำกว่า ป.กศ.สูง ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า
และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่ำ
กว่า ป.กศ.สูงมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = ๒๔๒.๗๓๗$, $S = ๖๑.๐๘๑$) รองลงมาคือครูระดับ
ประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษา ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = ๒๐๗.๘๒๔$, $S = ๖๒.๘๕๑$) และ
ครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} =$
 ๑๘๐.๓๕๗ , $S = ๕๒.๒๗๕$) ตามลำดับ เพื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อที่
ผิดทางด้านสุขภาพ ดังปรากฏในตาราง ๑๒

ตาราง ๑๒ แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครู
ระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	๒	๖๒๐๑๓๘.๕๕๕	๓๑๐๐๖๙.๒๗๗	๕๓.๑๒๘**
ภายในกลุ่ม	๔๔๗	๓๓๑๔๕๕๕.๗๑๗	๓๓๒๕.๕๘๕	
รวม	๔๔๙	๓๙๓๖๓๕.๓๑๑		

**p < .01 (F = 4.62)

จากตาราง ๑๒ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ (F = ๕๓.๑๒๘) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๕ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันผู้ใดหนึ่งใน ๓ กลุ่ม มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อไปโดยใช้ α - Statistic เป็นค่าสถิติในการทดสอบดังปรากฏผลการเปรียบเทียบในตาราง ๑๓

ตาราง ๑๓ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า	ต่ำกว่า ป.กศ.สูง
	\bar{X}	๑๘๐.๓๔๗	๒๐๗.๘๒๕	๒๔๒.๗๓๗
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	๑๘๐.๓๔๗	-	๒๗.๔๘๒*	๖๒.๔๘๖*
ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า	๒๐๗.๘๒๕		-	๓๕.๙๕๖*
ต่ำกว่า ป.กศ.สูง	๒๔๒.๗๓๗			-

**p < .01

	r	2	3
	q.99 (r, 997)	3.64	4.12
$\sqrt{MS_w/n}$	q.99 (r, 997)	11.891	13.459

จากตาราง ๑๓ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.กศ.สูงมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษา ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า และครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

ครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษา ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

๒.๖ เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างผู้ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน

ตาราง ๑๔ แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม

ภูมิลำเนาเดิม (ภาค)	N	ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ	
		\bar{X}	S
กลาง	๕๓๕	๑๙๐.๑๓๘	๕๓.๙๕๓
เหนือ	๑๖๗	๒๑๕.๓๒๙	๖๔.๐๗๐
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๒๕๑	๒๔๐.๐๒๙	๖๕.๔๐๑
ใต้	๑๔๗	๑๗๒.๒๓๘	๕๒.๗๐๙

จากตาราง ๑๔ แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา จำแนกตามภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน ๔ กลุ่มคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่า ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = ๒๔๐.๐๒๙$, $S = ๖๕.๔๐๑$) รองลงมาคือครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือ ($\bar{X} = ๒๑๕.๓๒๙$, $S = ๖๔.๐๗๐$) ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคกลาง ($\bar{X} = ๑๙๐.๑๓๘$, $S = ๕๓.๙๕๓$) และครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = ๑๗๒.๒๓๘$, $S = ๕๒.๗๐๙$) ตามลำดับ เพื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ดังปรากฏในตาราง ๑๕

ตาราง ๑๕ แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครู
ระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	๓	๓๑๔๕๕๗.๒๘๐	๑๐๔๘๑๙.๐๙๓	๒๘.๗๙๙**
ภายในกลุ่ม	๙๙๖	๓๖๒๕๑๗๗.๐๓๑	๓๖๓๙.๗๓๖	
รวม	๙๙๙	๓๙๓๙๖๓๔.๓๑๑		

** $P < .01$ ($F = 3.80$)

จากตาราง ๑๕ แสดงว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกันมีความเชื่อที่
ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ($F = ๒๘.๗๙๙$) ซึ่งสอดคล้อง
กับสมมติฐานข้อ ๖ แสดงว่า ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน ๔ กลุ่ม มีความ
เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อไปโดยใช้ F - Statistic เป็นค่าสถิติ
ในการทดสอบดังปรากฏผลการเปรียบเทียบในตาราง ๑๖

ตาราง ๑๖ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับ
ประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกันเป็นรายคู่

ภูมิลำเนาเดิม (ภาค)		ใต้	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ
	\bar{X}	๑๗๒.๒๓๘	๑๙๐.๑๓๘	๒๑๕.๓๒๙	๒๙๐.๐๒๙
ใต้	๑๗๒.๒๓๘	--	๑๗.๖๐๕*	๔๒.๒๒๕*	๖๗.๒๓๖*
กลาง	๑๙๐.๑๓๘		-	๒๔.๖๑๖*	๕๙.๖๒๕*
เหนือ	๒๑๕.๓๒๙			-	๒๕.๐๑๖*
ตะวันออก เฉียงเหนือ					-

**P < .01

r	2	3	4
q.99 (r, 997)	3.64	4.12	4.40
$\sqrt{MS_W/n} \cdot q.99 (r, 997)$	15.795	17.181	18.349

จากตาราง ๑๖ แสดงว่า ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือ มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ แตกต่างกับระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ และภาคกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคกลาง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ แตกต่างกับครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

๑. เพื่อศึกษาความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
๒. เพื่อ เปรียบเทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างชายกับหญิง
๓. เพื่อ เปรียบเทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างผู้ที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษาและไม่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษา
๔. เพื่อ เปรียบเทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างผู้ที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน
๕. เพื่อ เปรียบเทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน
๖. เพื่อ เปรียบเทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน
๗. เพื่อ เปรียบเทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาระหว่างผู้ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (ส.ป.ช) และครูระดับประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช) ในเขตการศึกษา ๑๒ จำนวน ๑,๐๐๐ คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Area or Cluster Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เป็นแบบสอบถามความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา ซึ่งแบ่งเป็น

๒ ตอน

ตอนที่ ๑ เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรอิสระที่ต้องการจะศึกษา ได้แก่ เพศ คุณวุฒิทางสุขภาพ ประสบการณ์ในการสอน อายุ ระดับการศึกษา และภูมิลำเนาเดิม

ตอนที่ ๒ เป็นแบบสอบถามความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ อันดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. หาค่าสถิติพื้นฐานของความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา
๒. หาค่าสถิติพื้นฐานของความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษาตามตัวแปรแต่ละประเภท
๓. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่มโดยใช้การทดสอบค่าที (t - test)
๔. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ๒ กลุ่มโดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี ๑ ตัวประกอบ (One - way Analysis of Variance)
๕. เมื่อ F - test มีนัยสำคัญจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้ q - Statistic แบบ Newman - Keuls

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

๑. ครูระดับประถมศึกษาที่มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
๒. ครูระดับประถมศึกษาชายกับหญิงมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ซึ่งพบว่าครูระดับประถมศึกษาหญิง มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
๓. ครูระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษาแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ซึ่งพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่ไม่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษามีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
๔. ครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ซึ่งพบว่า ครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนน้อยกว่า ๕ ปี มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ส่วนครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี และน้อยกว่า ๕ ปี พบว่ามีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน
๕. ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ซึ่งพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๗ - ๖๐ ปี มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุระหว่าง ๒๖ - ๓๒ ปี และ ๓๓ - ๓๙ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๐ - ๔๖ ปีมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๒๖ - ๒๑ ปี และ ๓๓ - ๓๙ ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ นอกนั้นไม่พบว่าแตกต่างกัน
๖. ครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ซึ่งพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับ

การศึกษาต่ำกว่า ป.กศ.สูง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ แตกต่างกับกับครูระดับ
ประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษา ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่าและระดับการศึกษาปริญญาตรี
หรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับ
การศึกษา ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่ามีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับ
ประถมศึกษาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

๗. ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกันมีความเชื่อที่ผิดทางด้าน
สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ซึ่งพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มี
ภูมิลำเนาเดิมภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครู
ระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .๐๑ ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือมีความเชื่อที่ผิดทางด้าน
สุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้และภาคกลางอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคกลางมีความเชื่อ
ที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันกับครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

อภิปรายผล

๑. ผลการศึกษาความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา พบว่าอยู่ใน
ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุจิตรา รักเกียรติ (สุจิตรา รักเกียรติ
๒๕๑๑ : ๑๓ อ่างอิงมาจากอุดม เพชรศิริ) ที่ได้ศึกษาความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของ
ประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทราโดยใช้วิธีร้อยละ พบว่าชาวจังหวัดฉะเชิงเทรามีความเชื่อ
ที่ผิดทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

๒. จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าครูระดับประถมศึกษาชายและครูระดับ
ประถมศึกษาหญิงมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.๐๑ ($t = ๑๔.๕๐๓$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๑ และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย

พบว่าครูระดับประถมศึกษาหญิงมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาชาย ซึ่งสอดคล้องกับซินโนวิทซ์ (Synovitz. 1960 : 332 - 333) ที่ได้ศึกษาหาปริมาณ และชนิดของความ เชื่อที่ผิดขั้นที่เป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตร ๔ ปี ที่เรียนวิชาสุขศึกษาทั่วไปของมหาวิทยาลัยอินเดียน่า พบว่านักศึกษาที่มีเพศแตกต่างกัน มีความ เชื่อและความ เข้าใจที่ผิดแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ (ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๒๓ : ๑๒๖ - ๑๒๗ อ้างอิงมาจากปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๐๕) ซึ่งได้ศึกษาความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้ที่จะ เป็นครูไทยในอนาคต พบว่านักศึกษาครูหญิงเชื่อผิดมากกว่านักศึกษาครูชาย ซึ่งขัดแย้งกับ การศึกษาของกิสท์ (Gist. 1958 : 2110) ที่ได้ศึกษาความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ ของนักศึกษาชายนิโกรปี ๑ พบว่านักศึกษาชายมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพมากกว่า นักศึกษาหญิง และแฮร์ริสัน (Harrison. 1963 : 2409) ได้ศึกษาความ เชื่อและ ความ เข้าใจที่ผิดทางด้านสุขภาพของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษา พบว่านักเรียนชายมีความ เชื่อ ที่ผิดทางด้านสุขภาพเท่าเทียมกับนักเรียนหญิง นอกจากนี้ ผลการศึกษาวิเคราะห์ความ เชื่อ ทางด้านสุขภาพของสุจิตรา รักเกียรติ (สุจิตรา รักเกียรติ ๒๕๑๑ : ๓๐) พบว่า นิสิตชายและนิสิตหญิงมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

๓. จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษา แตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ($t = ๑๔.๔๖๗$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๒ และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่า ครูระดับประถมศึกษาที่ไม่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษามีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครู ระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับซินโนวิทซ์ (Synovitz. 1960 : 332 - 333) ที่ได้ศึกษาหาปริมาณและชนิดของความ เชื่อที่ผิดขั้นที่เป็นอันตราย อย่างร้ายแรงต่อสุขภาพ ของนักศึกษาหลักสูตร ๔ ปี ที่เรียนวิชาสุขศึกษาทั่วไปของ มหาวิทยาลัยอินเดียน่า พบว่านักศึกษาที่มีพื้นฐานความรู้ในวิชาสุขศึกษาแตกต่างกัน มี ความ เชื่อและความ เข้าใจผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับสุจิตรา รักเกียรติ (สุจิตรา รักเกียรติ ๒๕๑๑ : ๓๖) ที่ได้ศึกษา

วิเคราะห์ความเชื่อทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่านิสิตที่ไม่ได้รับการศึกษาทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพมีความเชื่อและความเข้าใจคิดสูงกว่านิสิตที่ได้รับการศึกษาทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ

๔. จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกันมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ($F = ๘.๓๕๕$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๓ และยังพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปีมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนน้อยกว่า ๕ ปีมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน ส่วนครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี และน้อยกว่า ๕ ปี พบว่ามีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันที่เป็น เช่นนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าอาจเป็น เพราะครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง ๖ - ๑๐ ปีมีการปรับปรุงตนเองให้ได้รับความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องอยู่เสมอ จึงมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพต่ำกว่าทุกกลุ่ม และครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนน้อยกว่า ๕ ปีมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ อาจเป็น เพราะว่าประสบการณ์ในการสอนน้อย และยังเชื่ออยู่ในความเชื่อเดิม ส่วนครูในระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปีมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าทุกกลุ่ม อาจเป็น เพราะขาดการปรับปรุงตนเองให้มีความรู้อยู่เสมอหรืออาจเป็น เพราะยังไม่ยอมรับวิทยาการแปลกใหม่ซึ่งผิดไปจากที่ตนเองรู้หรืออาจกล่าวได้ว่าครูที่มีประสบการณ์ในการสอนมาก และครูที่มีประสบการณ์ในการสอนน้อย เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ทางสุขภาพ แต่ครูที่มีประสบการณ์ในการสอนปานกลางมีความรู้ทางสุขภาพก็เป็นได้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนน้อยกว่า ๕ ปี และครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพต่ำสุด

๕. จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกันมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ($F = ๒.๕๙๙$) ซึ่งสอดคล้องกับ

สมมติฐานข้อ ๔ และยังพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๗ - ๖๐ ปีมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๒๕ - ๓๒ ปี และ ๓๓ - ๓๕ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกนั้นไม่พบว่าแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับซินโนวิทซ์ (Synovitz. 1960 : 322 - 333) ที่ได้ศึกษาหาปริมาณและชนิดของความเชื่อที่ผิดขั้นที่เป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตร ๔ ปีที่มีอายุแตกต่างกัน ของมหาวิทยาลัยอินเดียน่า พบว่ามีความเชื่อและความเข้าใจผิดแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดและยังสอดคล้องกับสัมพันธ์ บุญเกิด (สัมพันธ์ บุญเกิด ๒๕๒๒ : ๗๑) ซึ่งได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กวัยเรียนในจังหวัดภาคเหนือ พบว่าเด็กวัยเรียนที่มีอายุแตกต่างกันมีความเชื่อมั่นในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๗ - ๖๐ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงที่สุด และครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๐ - ๔๖ ปี ๑๘ - ๒๕ ปี ๓๓ - ๓๕ ปี และ ๒๖ - ๓๒ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ รองลงมาตามลำดับ

๖. จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ($F = ๔๓.๑๒๘$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๕ และยังพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.กศ. สูงมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษา ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า และระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษา ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับซินโนวิทซ์ (Synovitz. 1960 : 332 - 333) ที่ได้ศึกษาหาปริมาณและชนิดของความเชื่อที่ผิดขั้นที่เป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตร ๔ ปี ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของมหาวิทยาลัยอินเดียน่า พบว่ามีความเชื่อและความเข้าใจผิดแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดและยังสอดคล้องกับสุจิตรา รักเกียรติ (สุจิตรา รักเกียรติ ๒๕๑๑ : ๓๕) ซึ่งได้

ศึกษาความเชื่อทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่านิสิตปี
ที่ ๔ มีความเชื่อและความเข้าใจผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพน้อยกว่านิสิตปีที่ ๑
นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ (ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๒๓ : ๑๒๖ -
๑๒๗ อ้างอิงมาจากปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๐๕) ซึ่งได้ศึกษาความเชื่อที่ผิดทางด้าน
สุขภาพและสวัสดิภาพของผู้ที่จะเป็นครูไทยในอนาคต พบว่านักศึกษาครูที่เรียนชั้นสูงกว่า
เชื่อผิดน้อยกว่านักศึกษาครูที่เรียนในชั้นต่ำกว่า นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย
พบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.กศ.สูงมีความเชื่อที่ผิดทางด้าน
สุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือ ครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษา ป.กศ.สูงหรือ
เทียบเท่า และครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามีความ
เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพต่ำสุด ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงขึ้นจะมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพน้อยลง

๗. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิม
แตกต่างกันมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑
($F = ๒๘.๗๔๕$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ ๖ และยังพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มี
ภูมิลำเนาเดิมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับ
ประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือมีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครู
ระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ และภาคกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ
ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคกลาง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่า
ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ
ซินอวิตซ์ (Synovitz. 1960 : 332 - 333) ที่ได้ศึกษาหาปริมาณและชนิดของ
ความเชื่อที่เป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพ ของนักศึกษาหลักสูตร ๔ ปี ที่มีภูมิลำเนา
เดิมแตกต่างกันของมหาวิทยาลัยอินเดียน่า พบว่ามีความเชื่อและความเข้าใจผิดทางด้าน
สุขภาพแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด และสอดคล้องกับปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ (ปัญญา
สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๒๓ : ๑๒๖ - ๑๒๗, อ้างอิงมาจากปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ ๒๕๐๕)

ที่ได้ศึกษาความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้ที่จะ เป็นครูไทยในอนาคตพบว่า นักศึกษาครูที่มีภูมิลำเนา เดิมแตกต่างกัน มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ แตกต่างกัน โดยพบว่านักศึกษาครูที่มีภูมิลำเนา เดิมในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพมากกว่านักศึกษาครูที่มีภูมิลำเนา เดิมในภาคกลาง และภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับกีสท์ (Gist. 1958 : 2110) ที่ได้ศึกษาความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของนักศึกษานิโกรปีที่ ๑ พบว่านักศึกษา ที่มีภูมิลำเนา เดิมแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งเหมือนกับ สุจิตรา รักเกียรติ (สุจิตรา รักเกียรติ ๒๕๑๑ : ๓๑ - ๓๒) ที่ได้ศึกษาวิเคราะห์ ความ เชื่อทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่านิสิตที่มี ภูมิลำเนา เดิมแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและสวัสดิภาพไม่แตกต่างกัน และ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนา เดิมภาค ตะวันออกเฉียงเหนือมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือและ ภาคกลาง ส่วนครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนา เดิมภาคใต้มีความ เชื่อที่ผิดทางด้าน สุขภาพต่ำสุด

ข้อเสนอแนะ

๑. จากผลการวิจัยพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ อยู่บ้าง ควรที่สถาบันที่ทำการผลิตครูหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพให้มาก นอกจากนี้ยังพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่เป็นหญิง ไม่มีคุณวุฒิทางศึกษามีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี มีอายุระหว่าง ๔๗ - ๖๐ ปี มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.กศ.สูง และมีภูมิลำเนา เดิมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี ความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูง ผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย
๒. ผู้ปกครองควรปลูกฝังความ เชื่อที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ให้แก่นุรถหลานของตนตั้งแต่ เป็น เด็กควบคู่ไปกับการอบรม เลี้ยงดู

๓. ส่วนครูระดับประถมศึกษา ควรจะสนใจศึกษาหาความรู้ทางด้านสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อจะได้นำมา เป็นแนวปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งจะสามารถปลูกฝังความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพไปสู่เด็กนักเรียนด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรศึกษาเรื่องนี้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ นอกเหนือจากครูระดับประถมศึกษา เช่น บิดา-มารดา ผู้ปกครอง ครู-อาจารย์ ระดับอื่น ๆ หรือตัวนักเรียนเอง เป็นต้น
๒. ควรศึกษาว่าความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นหรือไม่ เช่น ความรู้ หรือการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ เป็นต้น
๓. ถ้าจะศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ต่อไปควรสร้างแบบสอบถามให้มีข้อความประมาณ ๖๐ - ๘๐ ข้อ เพราะถ้าแบบสอบถามมากเกินไปจะทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเบื่อหน่ายซึ่งอาจจะทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงตามความจริงก็เป็นได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมล สุตประเสริฐ เทคนิคการวิจัย ไทยวัฒนาพานิช ๒๕๑๖, ๒๔๘ หน้า
- กัลยา นาคเพชร การศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัย
เรียนในท้องที่ตำบลค่างพลู อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ปรินญาณีพนธ์
กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ๒๕๒๑, ๑๔๗ หน้า อัดสำเนา
- เกษมสุข เฉลียวศักดิ์ ความเชื่อของบิดามารดา เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูและความ
กลัวของเด็กก่อนวัยเรียนใน ๔ จังหวัดภาคใต้ ปรินญาณีพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ๒๕๒๑, ๖๕ หน้า อัดสำเนา
- ชม ภูมิภาค สำหรับผู้ที่มีอาชีพครู โรงพิมพ์เพชรรัตน์ ๒๕๑๔, ๕๕ หน้า
- ชูศรี วงศ์รัตน์ เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล ๒๕๒๕,
๒๕๒ หน้า
- เอกสารประกอบการสอนวิชาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ภาควิชาพื้นฐาน
ของการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ๒๕๒๓,
๑๒๓ หน้า อัดสำเนา
- เชิดศักดิ์ ไชวาลินธุ์ การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ โอเดียนสโตร์
๒๕๒๒, ๒๐๖ หน้า
- ถนอม โถทอง การศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของครูที่มีต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ใน
เขตการศึกษา ๕ ปรินญาณีพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
๒๕๑๔, ๗๑ หน้า อัดสำเนา
- ทัศนีย์ อินทรสุขศรี ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของนักเรียน
ระดับประถมศึกษาตอนต้น จังหวัดนครราชสีมา วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. สาขาพัฒนาชุมชน
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ๒๕๒๒, ๒๔๔ หน้า อัดสำเนา
- นันทนา นัจจะนันทน์ การปรับปรุงการฝึกหัดครูประกาศนียบัตรวิชาการศึกษา
วิทยานิพนธ์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๐๐, ๗๐ หน้า อัดสำเนา

บุญชม ไชยโกสี การส่งเสริมการศึกษาระหว่างประจำการของครูประถมศึกษา วิทยาลัย
วิชาการศึกษ มหาสารคาม ๒๕๑๑, ๘๔ หน้า

บุญสั้น อัทธการ การเตรียมครู กุรุสภา ๒๕๑๓, ๓๕ หน้า

ประภาเพ็ญ สุวรรณ ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย ไทยวัฒนา
พานิช ๒๕๒๐, ๑๕๑ หน้า

ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ ทฤษฎีทางสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาการแพทย์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๓, ๒๔๓ หน้า

ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ "ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้ที่จะเป็นครูไทยใน
อนาคต" วารสารศึกษาศาสตร์บัณฑิตศึกษา ปีที่ ๖ เล่มที่ ๑ : ๑๒๖ - ๑๓๑
มกราคม ๒๕๒๓

ปิยวรรณ วิรัชชัย การศึกษาคความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและสุขภาพอนามัยของเด็ก
ก่อนวัยเรียน ปรินญาณีพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ๒๕๒๑,
๔๒ หน้า

เปรมปรีดี ศกุนะสิงห์ ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่มีอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติของเด็กใน
โรงเรียนประถมสาธิต วิทยาลัยครูแห่งหนึ่ง ปรินญาณีพนธ์ กศ.ม. วิทยาลัยวิชาการศึกษ
ประสานมิตร ๒๕๐๕, ๘๐ หน้า อัดสำเนา

ไพฑูรย์ เครือแก้ว ลักษณะสังคมไทย เลียงเชียงจวงเจริญ ๒๕๑๓, ๑๘๒ หน้า

ภิญโญ จิตต์ธรรม "ความเชื่อ" วารสารรามคำแหง ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ : ๕๔ - ๗๒
กรกฎาคม ๒๕๑๘

วิณี ชิตเชิดวงศ์ การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะนิสัยในการบริโภค และการเจริญเติบโต
ของเด็กก่อนวัยเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวต่างกันในจังหวัดนราธิวาส ปรินญาณีพนธ์
กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ๒๕๒๑, ๑๔๕ หน้า อัดสำเนา

สมชาย สุพันธุ์วิช หลักสูตรบาติวิทยา สามมิตร ๒๕๒๕, ๓๘๔ หน้า

- สัมพันธ์ บุญเกิด ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดภาคเหนือ ปรินทิพนิพนธ์ ค.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ๒๕๒๒, ๔๑ หน้า อัดสำเนา
- สุจิตรา รักเกียรติ การวิเคราะห์ความเชื่อในด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ ของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยานิพนธ์ ค.ม. แผนกบริหารวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๑๑, ๔๔ หน้า อัดสำเนา
- สุชาติ ไสมประยูร "การเปรียบเทียบความเชื่อและความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพระหว่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ของโรงเรียนในประเทศสหรัฐอเมริกา และโรงเรียนในประเทศไทย" วารสารสุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ ปีที่ ๖ เล่มที่ ๑ : ๑๓๒ - ๑๓๕ มกราคม ๒๕๒๓
- สุวิวงศ์ พงศ์ใหญ่ลย์ คติชาวบ้านบักขี้ไต้ สำนักพิมพ์ก้าวหน้า ๒๕๑๒, ๒๑๐ หน้า
- สุเทพ สุนทรเกษม สังคมวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย ๒๕๑๑, ๑๑๐ หน้า
- สุโท เจริญสุข จิตวิทยาวัยรุ่น โอเดียนสโตร์ ๒๕๒๐, ๑๐๔ หน้า
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี รายงานผลการวิจัย เรื่อง การวิจัยและการวางแผนพัฒนาการศึกษา จังหวัดตราด โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล ๒๕๒๕, ๗๔ หน้า
- ไสว เฟื่องวิทยารัตน์ การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๘ ในกรุงเทพมหานคร กับในจังหวัดนครราชสีมา วิทยานิพนธ์ ค.ม. แผนกวิชาประถมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๒๐, ๑๐๔ หน้า อัดสำเนา
- เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ และสมทรง ณ นคร โภชนาเพื่อสุขภาพ cursกาลาดพร้าว ๒๕๑๘, ๓๒๔ หน้า แปลจาก Ritchie, Jean, A. S., Learning Better Nutrition F.A.O. 1968 unpages.
- Anthony, James E., and Benedek Therese. Parenthood. Boston, Little Brown and Co., 1975. 595 p.

- Cronbach, Lee Joseph. Esentials of Psychological Testing. 3rd. ed., New York, Harper and Row, 1970. 752 p.
- Dorfman, Albert. Child Care in Health and Diseases. Year Book, Chicago Medical Publishers Inc., 1966. 390 p.
- Edwards, Allen Louis. Techniques of Attitude Scale Construction. New York, Appleton - Century - Crofts, 1957. 256 p.
- Edwards, John B., Suttion, Wilfred C., and Webster, Lioyed E. Health for Effective Living. McGraw - Hill Book Company, New York, 1970. 683 p.
- Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychology and Education 5th. ed., Tokyo, McGraw - Hill International Book, 1981. 549 p.
- Ginsberg, Mithcell. Mind and Belief : Psychological Ascription and the concept of belief. Humanities Press, Inc., U.S.A., 1972. 267 p.
- Gist, Annie L. "A Study of The Relation Prevalence of Health Misconceptions subscribed to by Freshman in Sclected Negro Colleges," Dissertation Abstracts. Ann Arbor, Michigan, University Microfilm, Inc., Vol. XVIII No. 6 : 2110, 1958.
- Guthric, George M., and Jacobs, Pepita Jimenez. Health and Cleanliness, Child Rearing and Personality Development in Phillippines. The Pennsylvania State University Press, Pennsylvania, 1966. 223 p.
- Harrison, Price E. "A Determination of the Prevalence of Certain Harmful Health Miconceptions, Among Junior High School Students Attending Public School in Metropolitan Areas," Dissentation Abstracts. Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, Inc., Vol 34, No. 7 : 2409, January 1963.
- Hurlock, Elizabeth B. Child Development. 6th. ed., McGraw - Hill Kogakusha, Ltd., Tokyo, 1978. 494 p.
- Kilander, Frederick. "The Public's Beliefs in Nutrition Facts and Falacies," The Journal of School Health. American School Health Association, 5(34) : 218 - 219, May 1964.
- Lindquist, Everet Franblin. Design and Analysis of Experiment in Psychology and Education. Boston, Houghton Mifflin, 1956. 393 p.
- Mc Candless, Boyd R. Children and Adolescent. New York, Rinchart and Winston Inc., 1961. 521 p.

- Means, Richard K., "Problems and Needs in College Health Education," The Journal of School Health. 1(34) : 40, January 1965.
- Milton, Rokeach. Belief, Attitudes and Value : A Theory of Organization and Change. Jossey Bass Inc., Publishers, San Francisco, 1970. 214 p.
- Pollock, Marion B., and Obertenfer, Delbert. Health Science and The Young Child. New York, Harper and Row, Publishers, 1974. 372 p.
- Rose, Jerry D. Introduction to Sociology. U.S.A., Rand McNally and Company, 1971. 438 p.
- Scheibe, Karl E. Beliefs and Values. U.S.A. Rinehart and Winston Inc., 1970. 159 p.
- Sears, Robert R., and other. Patters of Child Rearing. New York, Row and Peterson Company, 1957. 549 p.
- Somboonsilp, Punya. Health and Safety Misconceptions Among Prospective Teachers of Thailand. Doctor's Thesis, Stanford University, 1962. 150 p.
- Synovitz, Robert Joseph. "The Use of Harmful Health Misconceptions as a Basis for The Selection of Subject - Matter Areas and Course Content in College Health Classes," Dissertation Abstracts. Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, Inc., Vol. 21 No. 2 : 332, August 1960.
- Textor, Robert B. Manual For The Rural Community Worker in Thailand. Bangkok Dept. of Health, 1958. 68 p.
- Wellin, E. "Cultural factors in nutrition." Nutritional Review. 13, : 129, 1955.
- Whiting, John W., and Watts, Jean C. Experience and Environment. New Jersey, Prentice - Hall Inc., 1973. 552 p.
- Winer, B. J. Statistical Principles in Experimental Design. 2nd. ed., New York, McGraw - Hill, 1971. 907 p.

ภาคผนวก

แบบสอบถามความเชื่อทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

๑. แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น ๒. ตอน ดังนี้คือ

ตอนที่ ๑ รายละเอียดส่วนตัวของท่าน

ตอนที่ ๒ ความเชื่อทางด้านสุขภาพตามความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

๒. แบบสอบถามนี้ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด ขอให้ท่านเลือกตอบโดยเสรีตามความคิดเห็นของท่าน

๓. ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างจริงจังด้วยดีมา ณ โอกาสนี้

นายสุรเดช สำราญจิตต์

นิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา

มศว ประสานมิตร

ตอนที่ ๑ ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน เพียงข้อละ ๑ เครื่องหมายเท่านั้น

๑. เพศของท่าน ชาย หญิง

๒. คุณวุฒิทางสุศึกษาของท่าน

มีคุณวุฒิทางสุศึกษา (จบวิชาเอก วิชาโท หรือได้รับการอบรมจนได้วุฒิบัตร)

ไม่มีคุณวุฒิทางสุศึกษา (จบวิชาเอกอื่น ๆ หรือวิชาโทอื่น ๆ)

๓. ประสบการณ์ในการสอนของท่าน

น้อยกว่า ๕ ปี ระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี

มากกว่า ๑๐ ปี

๔. อายุของท่าน

๑๘ - ๒๕ ปี ๒๖ - ๓๒ ปี

๓๓ - ๓๙ ปี ๔๐ - ๔๖ ปี

๔๗ - ๖๐ ปี

๕. ระดับการศึกษาของท่าน

ต่ำกว่า ป.กศ.สูง ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า

ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อื่น ๆ โปรดระบุ

๖. ภูมิลำเนาเดิมของท่านก่อนที่จะทำการสอน

โปรดระบุจังหวัด

ตอนที่ ๒ โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

เพียงข้อละ ๑ ช่องเท่านั้น

๔ หมายถึง ข้อคำถามที่ท่านมีความเข้าใจที่คิดว่า ท่านเชื่อมากที่สุด

๓ หมายถึง ข้อคำถามที่ท่านมีความเข้าใจที่คิดว่าท่านเชื่อมาก

๒ หมายถึง ข้อคำถามที่ท่านมีความเข้าใจที่คิดว่าท่านเชื่อปานกลาง

๑ หมายถึง ข้อคำถามที่ท่านมีความเข้าใจที่คิดว่าท่านเชื่อน้อย

๐ หมายถึง ข้อคำถามที่ท่านมีความเข้าใจที่คิดว่าท่านไม่เชื่อเลย

ข้อที่	ข้อความ	๔	๓	๒	๑	๐
๑	การนอนคว่ำ เป็นการขัดขวางการทำงานของหัวใจ					
๒	อ่านหนังสือมากเกินไปจะทำให้สายตาสั้น					
๓	ใช้น้ำเกลืออมบ้วนปากทุกเช้า เย็นสามารถดับกลิ่นปากได้					
๔	คนอ้วนส่วนมากมีสุขภาพดี					
๕	แกะหูบ่อยยิ่งกระตุ้นให้มียีสู้มากขึ้น					
๖	ดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้ไตทำงานมากขึ้น					
๗	ภายหลังการคลอดบุตรมารดาควรอยู่ไฟเพื่อให้มดลูกคืนสภาพเดิมได้เร็วกว่าปกติ					
๘	ยาที่โฆษณาขายทางวิทยุ โทรทัศน์ เป็นยาที่เชื่อถือได้					
๙	หญิงวัยใกล้หมดประจำเดือนควรกินยาบำรุงเลือด					
๑๐	น้ำส้มสายชูใช้รักษาเหาให้หายได้					
๑๑	น้ำผสมกับเกลือใช้รักษาโรคครั้งแคให้หายได้					
๑๒	รากผักบุ้งจีนตำกับเกลืออมแก้โรคเหงือกอักเสบได้					
๑๓	ถ้าปวดฟันเคี้ยวใบกะเพราแก้ปวดได้					
๑๔	การฝึกนิสัยเรื่องความสะอาด การกินอยู่หลับนอนเป็นสิ่งไม่จำเป็นโตขึ้นเด็กจะทำได้เอง					
๑๕	ดื่มน้ำมาก ๆ ทำให้ร่างกายอ่อนล้าได้					
๑๖	สวมถ้ามักกลิ่นเหม็นให้ใช้น้ำเกลือที่เค็มจัดราด กลิ่นเหม็นจะหาย					
๑๗	คนชนบทแข็งแรงแรงกว่าคนในเมืองเพราะใช้ความคิดน้อยกว่า					
๑๘	เสื้อผ้าราคาแพงช่วยให้บุคลิกภาพดี					
๑๙	น้ำยาระงับเชื้อใช้ขัดผิวทำให้ผิวขาวได้					
๒๐	คนที่มีความคิดสร้างสรรค์สูงมักแต่งกายไม่ดี					

ข้อที่	ข้อความ	๔	๓	๒	๑	๐
๒๑	คนฉลาดสายตามักจะสั้น					
๒๒	เปลือกกล้วยหอมถูกผ่ามือผ่าเท้าแตกได้					
๒๓	โรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
๒๔	ปวดท้องข้างขวามัก เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเสมอ					
๒๕	การเจ็บบริเวณหัวใจแสดงว่าเป็นโรคหัวใจ					
๒๖	กินอาหารหวานมาก ๆ ทำให้เป็นโรคเบาหวานได้					
๒๗	กินผักแก้วนใน					
๒๘	เด็กหัวโตได้สัดส่วนถือว่าเป็น เด็กปัญญาดี					
๒๙	กระเทียมถ้าโขลกแล้วคั้นเอาแต่น้ำมาหยอดหูจะแก้หูตึงได้					
๓๐	ความเย็นของน้ำแข็งทำให้เชื้อโรคตายได้					
๓๑	ใช้กระเทียมทาเกลื้อนเป็นประจำสามารถรักษาเกลื้อนให้ หายได้					
๓๒	ปูนแดงกินกับหมากใช้ทาแก้โรคน้ำกัดเท้าได้					
๓๓	ยางมะละกอใช้รักษาหูดได้					
๓๔	เด็กที่ท้องร่วงมักจะยึดตัว อากาศท้องร่วงจะหายได้เอง					
๓๕	เป็นไข้ห้ามกินน้ำแข็ง					
๓๖	กินส้มเขียวหวานมาก ๆ ช่วยโรควิดหทัยเร็ว					
๓๗	เป็นฝีห้ามกินข้าวเหนียว					
๓๘	ยาต้มยาหม่องใช้ดมแก้หวัดได้					
๓๙	สบตากับคนที่ เป็นโรคตาแดงอาจติดโรคตาแดงได้					
๔๐	โรคเรื้อนเกิดจากการร่วมประเวณีกับหญิงที่กำลังมี ประจำเดือน					

ข้อที่	ข้อความ	๕	๓	๒	๑	๐
๔๑	โรคเรื้อนรักษาไม่หายเพราะ เป็นโรคของคนบาปและจะ พิการทุกราย					
๔๒	กินอาหารแบบข้าวค่าน้ำค้ำทำให้หน้าย้อย เจือจางลง					
๔๓	ผู้ที่เสี้ยวกาลังมาก ๆ กินน้ำผึ้งจะทำให้กำลังฟื้นตัว					
๔๔	ขณะมีประจำเดือนห้ามดื่มน้ำมะพร้าว					
๔๕	อาหารร้อนมีคุณค่าทางอาหารมากกว่าอาหารเย็น					
๔๖	น้ำผึ้งช่วยให้ท้องระบายได้เองอ่อน ๆ					
๔๗	กินผงชูรสมากทำให้ผลร่วงหัวล้านได้					
๔๘	ไข่ไก่มีคุณค่าทางอาหารมากกว่าไข่เป็ด					
๔๙	เป็นแผลห้ามกินไข่ เพราะแผลจะปวด					
๕๐	กินเผ็ดจัดทำให้สายตาสั้น					
๕๑	น้ำใบข้าวบกินแก้ช้ำในได้					
๕๒	เป็นไข้ห้ามกินทุเรียน เพราะ เป็นของร้อนทำให้ไข้สูงมาก					
๕๓	เป็นแผลในปากกินสับปะรดมาก ๆ แผลจะหาย					
๕๔	ยาตองเหล้า เป็นยาบ่ารุง เลือดที่ดีสำหรับมารดาหลังคลอด					
๕๕	เด็กที่กินน้ำส้มคั้นมาก ๆ ผิวจะสวย					
๕๖	เป็นแผลห้ามกิน เนื้อวัวจะทำให้แผลเน่า					
๕๗	หลังผ่าตัดห้ามกินไข่ เพราะแผลจะติดไม่สวย					
๕๘	กินน้ำผึ้งทุกวันทำให้อายุยืน					
๕๙	หญิงมีครรภ์ไม่ควรกินอาหารที่มีรสเผ็ดจัด เพราะทำให้เด็ก ที่คลอดมาหัวล้านได้					
๖๐	ในระยะให้นมบุตรห้ามกินผักสดและผลไม้ เพราะทำให้เด็ก ท้องเสีย					

ข้อที่	ข้อความ	๔	๓	๒	๑	๐
๖๑	กินปลามาก ๆ ทำให้เป็นโรคพยาธิ					
๖๒	ดื่มกาแฟทำให้ความอ่อนเพลียหายไป					
๖๓	ไข่วอกมีประโยชน์มากกว่าไข่อสุก					
๖๔	นำผลมะนาวติดตัวระหว่างเดินทางในป่าสามารถป้องกัน และตะขาบได้					
๖๕	ทูปหัวหอมแดงพอกตรงที่ผึ้งต่อยจะหายปวด					
๖๖	เมื่อกางปลาติดคอให้บีบน้ำมะนาวใส่ปากลงไปกางปลาจะ หลุดออก					
๖๗	เมื่อถูกน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้ให้รีบราดด้วยน้ำปลา					
๖๘	เด็กถ้า เล่นซี เกมมือจะเป็นหูคด					
๖๙	เวทมนต์สามารถต่อกระดูกที่หักได้					
๗๐	คนเกิดวัน เสาร์ดวงแข็งไม่เกิดอุบัติเหตุง่าย					
๗๑	คนว่ายน้ำไม่เป็น เวลาจมน้ำจะโผล่ขึ้นมาบนผิวน้ำ ๓ ครั้ง ก่อนจมน้ำครั้งสุดท้าย					
๗๒	การฉีดยาช่วยรักษาโรคให้หาย เร็วขึ้น					
๗๓	ห้ามให้ของมีคมแก่กันจะทำให้บาดหมางกัน					
๗๔	ถ้ามีผึ้งหรือตัวต่อมาทำรังในบ้านหักจะได้ลาภ					
๗๕	ถ้าโดนตะปูตำให้เอารองเท้าคบให้เลือดออก					
๗๖	เวลาตำน้ำพริกแกงถ้าพริกกระ เต็นเข้าตาให้เคี้ยวเกลือ ๑ ช้อนจะหาย					
๗๗	แมวข่วน เป็นแผลใช้เขม่าไฟกั้นหม้อทาจะหาย					
๗๘	หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ถ้ามองดูภาพสวย ๆ ลูกจะออกมาสวยด้วย					
๗๙	คนที่ทำหมันความรู้สึกทาง เพศจะลดลง					

ข้อที่	ข้อความ	๔	๓	๒	๑	๐
๔๐	สาวแก่หรือหญิงอายุมากที่ไม่ได้แต่งงานมักจะมีอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย					
๔๑	ลูกคนแรกมักจะฉลาด					
๔๒	ลูกคนสุดท้ายมักจะโง่					
๔๓	กินไข่วอกช่วยให้พลังทางเพศสูง					
๔๔	กินนมหม่อมี่ผลต่อการเกิดโรคหยาธิ์น้อยมาก					
๔๕	ผู้ชายที่มีขนน้อยมักมีอาการทางเพศน้อย					
๔๖	หญิงที่มีหน้าอกใหญ่มีอาการทางเพศสูง					
๔๗	หญิงชายที่เป็นเนื้อคู่กัน หน้าตาจะคล้ายกัน					
๔๘	การแต่งงาน ฤกษ์ยามสำคัญมาก					
๔๙	การขึ้นบ้านใหม่ ฤกษ์ยามสำคัญมาก					
๕๐	เด็กที่คลอดก่อนกำหนดจะไม่แข็งแรง					
๕๑	พ่อ-แม่สามารถกำหนดเพศของลูกได้					
๕๒	คนหัวล้านเป็นคนใจน้อย					
๕๓	โรควิกลจรีดไม่สามารถรักษาให้หายได้					
๕๔	ชายชาติรีต้องสูบบุหรี่และดื่มเหล้า					
๕๕	นำตะไคร้มาตำแล้วคั้นน้ำนวดศีรษะสามารถทำให้ผมดำได้					
๕๖	เมื่อมีโรคประจำตัวไม่ควรออกกำลังกายเลย					
๕๗	การออกกำลังกายมาก ๆ ทำให้การเรียนหนังสือตกต่ำ					
๕๘	การเล่นกีฬาไม่เป็นสักอย่างทำให้ถูกเยาะเย้ยถากถาง					
๕๙	เป็นตะคริวกินเกลือ ๑ ช้อนจะหายได้					
๑๐๐	การพักผ่อนเต็มที่ที่จะทำให้ผิวหนังเต่งตึง					

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ถ้ามีข้อคิดเห็นอื่นใดโปรดระบุ

ตาราง ๑๗ แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถามความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
๑	๒.๐๙	๒๖	๒.๕๖	๕๑	๒.๑๕	๗๖	๒.๕๙
๒	๑.๙๑	๒๗	๑.๙๙	๕๒	๒.๑๙	๗๗	๒.๕๓
๓	๑.๙๑	๒๘	๑.๘๖	๕๓	๑.๘๗	๗๘	๒.๑๐
๔	๑.๙๑	๒๙	๒.๓๐	๕๔	๑.๙๑	๗๙	๒.๒๒
๕	๑.๙๙	๓๐	๑.๙๙	๕๕	๑.๙๙	๘๐	๒.๑๘
๖	๑.๙๒	๓๑	๒.๐๙	๕๖	๒.๒๙	๘๑	๒.๐๙
๗	๒.๐๙	๓๒	๑.๙๒	๕๗	๒.๒๒	๘๒	๒.๕๓
๘	๑.๙๒	๓๓	๒.๕๒	๕๘	๒.๐๙	๘๓	๒.๙๙
๙	๑.๙๒	๓๔	๒.๐๙	๕๙	๒.๑๑	๘๔	๒.๑๙
๑๐	๒.๑๐	๓๕	๒.๕๓	๖๐	๑.๙๑	๘๕	๒.๑๘
๑๑	๑.๙๙	๓๖	๑.๙๐	๖๑	๒.๙๙	๘๖	๒.๓๕
๑๒	๑.๙๒	๓๗	๑.๙๖	๖๒	๒.๙๙	๘๗	๒.๙๙
๑๓	๑.๙๒	๓๘	๒.๐๙	๖๓	๒.๙๒	๘๘	๒.๐๙
๑๔	๒.๐๙	๓๙	๑.๙๖	๖๔	๒.๙๙	๘๙	๑.๘๖
๑๕	๑.๙๒	๔๐	๒.๖๒	๖๕	๒.๑๙	๙๐	๒.๙๖
๑๖	๑.๘๖	๔๑	๒.๐๙	๖๖	๒.๑๙	๙๑	๒.๙๙
๑๗	๒.๓๕	๔๒	๑.๙๙	๖๗	๒.๑๕	๙๒	๑.๙๒
๑๘	๒.๓๕	๔๓	๒.๐๙	๖๘	๒.๑๕	๙๓	๒.๙๙
๑๙	๒.๐๙	๔๔	๑.๙๒	๖๙	๒.๐๙	๙๔	๒.๑๙
๒๐	๒.๓๙	๔๕	๑.๙๑	๗๐	๒.๙๒	๙๕	๒.๓๕
๒๑	๒.๐๙	๔๖	๒.๐๙	๗๑	๑.๙๑	๙๖	๒.๙๐
๒๒	๒.๙๒	๔๗	๒.๐๙	๗๒	๒.๕๙	๙๗	๒.๙๙
๒๓	๒.๙๙	๔๘	๑.๙๒	๗๓	๒.๑๙	๙๘	๒.๙๒
๒๔	๑.๙๒	๔๙	๒.๑๙	๗๔	๒.๐๙	๙๙	๒.๙๙
๒๕	๒.๓๕	๕๐	๒.๑๙	๗๕	๒.๑๙	๑๐๐	๒.๖๖

ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา ๑๒

บทคัดย่อ

ของ

สุรเดช สำราญจิตต์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต

เมษายน ๒๕๒๗

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาและ เปรียบเทียบความ เชื่อที่ผิดทางด้าน
สุขภาพของครูระดับประถมศึกษาที่มีความแตกต่างกันทางด้าน เพศ คุณวุฒิทางสุขศึกษา
ประสบการณ์ในการสอน อายุ ระดับการศึกษา และภูมิลำเนาเดิม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน
การศึกษาเป็นครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ
(สพช) และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช) เขตการศึกษา ๑๒
จำนวน ๑,๐๐๐ คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ
แบบสอบถามความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t - test
และ F - test

ผลการศึกษาพบว่า

๑. ครูระดับประถมศึกษาที่มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
๒. ครูระดับประถมศึกษาที่มีเพศแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และพบว่าครูระดับประถมศึกษาหญิงมีความ
เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาชาย
๓. ครูระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษาแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทาง
ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และพบว่าครูระดับประถมศึกษา
ที่ไม่มีคุณวุฒิทางสุขศึกษามีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงกว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีคุณวุฒิ
ทางสุขศึกษา
๔. ครูระดับประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิด
ทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และพบว่าครูระดับประถมศึกษา
ที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า ๑๐ ปี มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงสุด ครูระดับ
ประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนน้อยกว่า ๕ ปี และระหว่าง ๖ - ๑๐ ปี มีความ เชื่อ
ที่ผิดทางด้านสุขภาพรองลงมาตามลำดับ

๕. ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และพบว่าครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ
๔๗ - ๖๐ ปี มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงที่สุด ครูระดับประถมศึกษาที่มีอายุ ๔๐ -
๔๗ ปี, ๑๔ - ๒๕ ปี, ๓๓ - ๓๙ ปี, ๒๖ - ๓๒ ปี, มีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ
รองลงมาตามลำดับ

๖. ครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิด
ทางด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และพบว่าครูระดับ
ประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.กศ.สูง มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงที่สุด
ครูระดับประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษา ป.กศ.สูงหรือเทียบเท่า และระดับการศึกษา
ปริญญาตรีมีความ เชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพรองลงมาตามลำดับ ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงขึ้น
เท่าใดก็ยิ่งมีความ เชื่อที่ผิดทางสุขภาพน้อยลง

๗. ครูระดับประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกันมีความ เชื่อที่ผิดทาง
ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และพบว่าครูระดับประถมศึกษา
ที่มีภูมิลำเนา เดิมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพสูงที่สุด ครูระดับ
ประถมศึกษาที่มีภูมิลำเนา เดิมภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ มีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพ
รองลงมาตามลำดับ

HEALTH MISCONCEPTIONS OF TEACHERS IN ELEMENTARY SCHOOLS,
EDUCATIONAL REGION 12

AN ABSTRACT

BY

SURADEJ SAMRANCHIT

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

April 1984

The purposes of this study were to investigate the health misconceptions of teachers in elementary schools, Educational Region 12, and to compare the differences of health misconceptions between the different groups according to sex, level of health education training, teaching experience, age, educational background, and habitat. One thousand teachers in elementary schools under the Office of the National Primary Education Committee and the office of the Private Education Committee were studied using a cluster random sampling technique. The health misconceptions questionnaire was constructed and distributed to the teachers and data were collected. The analysis of variance and t - test were employed to test the hypotheses.

The findings of this study were as the followings :

1. The level of health misconceptions of elementary school teachers was in the middle range.
2. Elementary school teachers of different sexes had a different level of health misconceptions at the .01 level of significance. Female teachers had more health misconceptions than male teachers.
3. Elementary school teachers who had different health education backgrounds had different levels of misconceptions at the .01 level of significance. Non - health education majors held more health misconceptions than health education majors.

4. Elementary school teachers of different teaching experiences held different levels of health misconceptions at the .01 level of significance. Teachers who had longer than 10 years of teaching experience had the highest level of health misconceptions. Those who had less than 5 years and between 6 - 10 years of teaching experience had less health misconceptions respectively.

5. Elementary school teachers of different ages showed a significant difference of health misconceptions at the .05 level. Teacher who were between 47 - 60 years of age held the highest number of health misconceptions ; those between 40 - 47, 18 - 25, 33 - 39, and 26 - 32 years held a less number of health misconceptions respectively.

6. Elementary school teachers of different educational backgrounds showed a significant difference of health misconceptions at the .01 level. Teachers who held a teaching certificate lower than the High Certificate of Education had the highest level of health misconceptions ; those who held the high Certificate of Education Teaching or equivalent and those who held a Bachelor of Education Degree had lower levels of health misconceptions. Therefore, the higher the educational background of the teachers, the less number of health misconceptions they would hold.

7. Elementary school teachers of different habitats showed a significant difference of health misconceptions at the .01 level. Teachers who came from the North - East Region held the most number of health misconceptions ; those from the North, Central and South held less number of health misconceptions respectively.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล นายสุรเดช สำราญจิตต์

วัน เดือน ปีเกิด ๒๓ มิถุนายน ๒๕๐๐

สถานที่เกิด ตำบลบางทราย อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี

ที่อยู่ปัจจุบัน ๑๔๒/๕ ม.๖ ถ.สุขุมวิท ต.บางทราย อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๐๐๐

ประวัติการศึกษา พ.ศ. ๒๕๑๕ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ จากโรงเรียนชลบุรี "สุขบท"
อ.เมือง จ.ชลบุรี

พ.ศ. ๒๕๑๘ ป.กศ. จากวิทยาลัยครูฉะเชิงเทรา จ.ฉะเชิงเทรา

พ.ศ. ๒๕๒๒ กศ.บ.(สุขศึกษา) จาก มศว ประสานมิตร

พ.ศ. ๒๕๒๗ กศ.ม.(สุขศึกษา) จาก มศว ประสานมิตร

ประวัติการทำงาน พ.ศ. ๒๕๒๓ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๓ เทศบาลเมืองตราด จ.ตราด

พ.ศ. ๒๕๒๔ อาจารย์ ๑ โรงเรียนไร่เอสอาร์ สปอ.บางละมุง
จ.ชลบุรี