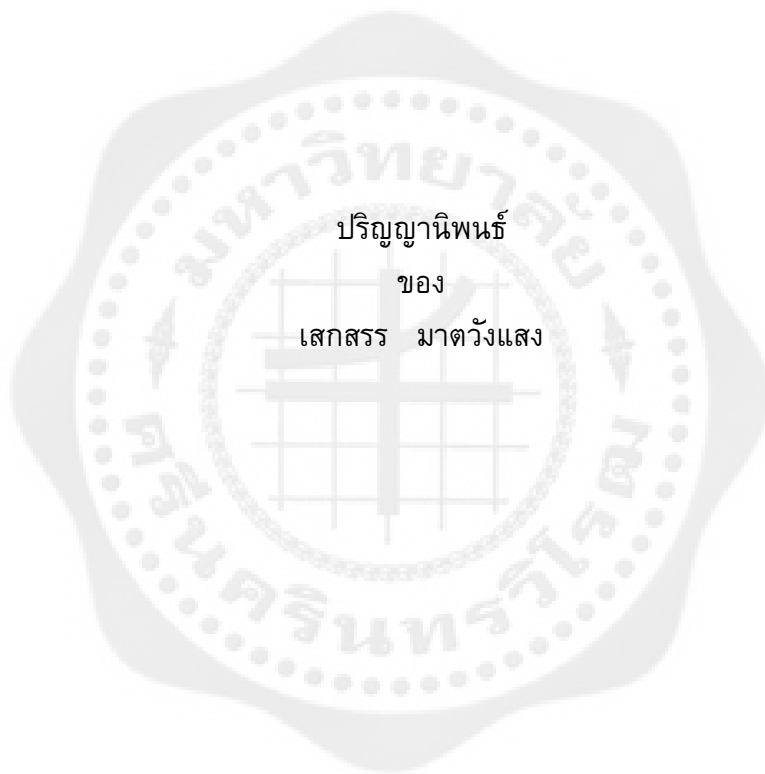


การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้
เมษายน 2559

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

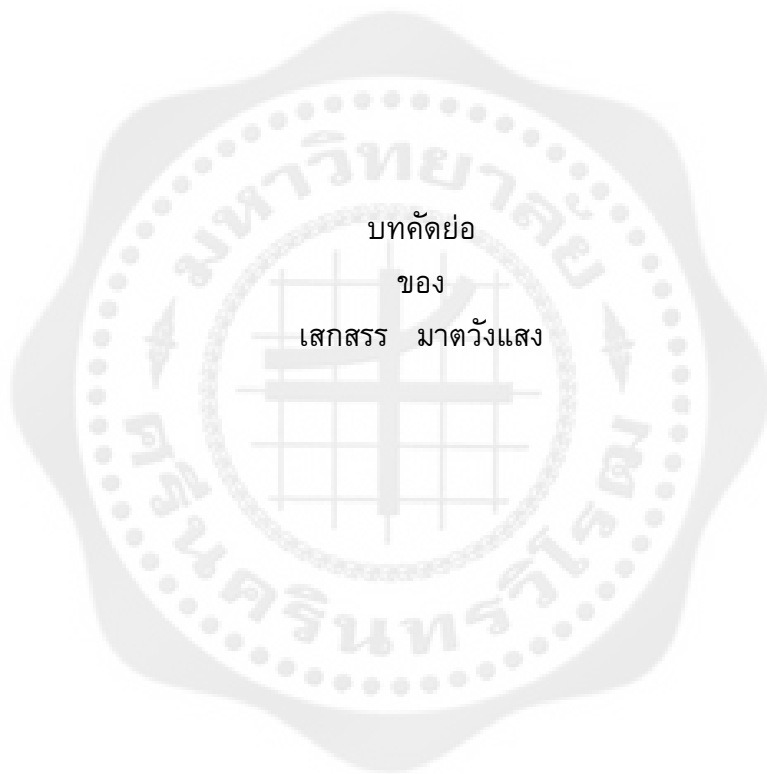


เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้

เมษายน 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้
เมษายน 2559

เสกสรร มาตวังแสง. (2559). การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย.

ปริญญาณิพนธ์ ปร.ด. (วิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้). กรุงเทพฯ:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.คณะกรรมการควบคุม:

รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา ภิญโญนนตพงษ์,รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด

ภิญโญนนตพงษ์, อาจารย์ ดร.ราชันย์ บุญธิมา.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยวิเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ สร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นเด็กปฐมวัย อายุระหว่าง 5 – 6 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ของโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 503 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จำนวน 2 ห้องเรียน ได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยและรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านความปลอดภัย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุขนิสัยการรับประทาน ด้านทันตสุขภาพ และด้านการบริโภคน้ำดื่ม/นม ส่วนผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า โมเดลการวัดองค์ประกอบมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) ผลการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ประกอบด้วย ขั้นตอนทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) และ 3) ผลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่าคะแนนเด็กปฐมวัยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยมีขนาดส่งผล (Effect size) ต่อคะแนนรวมระดับมาก (Cohend's $d = 7.98$) และมีขนาดส่งผลต่อคะแนนรายด้านทุกด้านระดับมาก (Cohend's $d = 7.63, 5.55, 2.87, 3.72, 5.70$ และ 4.08)

A STUDY OF HEALTH BEHAVIOR PROMOTION MODEL OF PRESCHOOL CHILDREN



AN ABSTRACT
BY
SEKSAN MADWUNGSANG

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy in Education Science and Learning Management
at Srinakharinwirot University

April 2016

Seksan Madwungsang. (2016). *A Study of Health Behavior Promotion Model of Preschool Children*. Dissertation, Ph.D. (Education Science and Learning Management).
Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee :
Assoc.Prof.Dr. Sirima Pinyoanuntapong, Assoc. Prof.Dr.Boonchird Pinyoanuntapong,
Dr. Rachan Boonthima

The purpose of this research were to study the health behavior promotion model for preschool children through the factor analysis of health behavior and the construction of health behavior promotion model for preschool children using RAPC learning. The sample used in the study was preschool children, with 5-6 years of age, who were studying in third year kindergarten in schools under the jurisdiction of Chonburi Local Administrative Organization. The sample of 503 children used to study the factors of health behavior was selected by stratified random sampling. The sample of two classes used with health behavior promotion was selected by cluster random sampling. One class of 25 children was the experimental group with RAPC learning and another class of 25 children was the control group with normal instruction. The research instruments were an evaluation form of health behavior of young children and a RAPC learning model for health behavior promotion of preschool children.

The research results were summarized as followed. 1) Regarding the survey factor analysis, it was found that the evaluation form of health behavior of preschool children comprised six areas: Personal hygiene, Safety, Food consumption, Eating habit, Dental health, and Water/Snack consumption. For the confirmatory factor analysis, it was found that the model to measure factors was well fitted to the empirical data. 2) The RAPC learning model consisted of stages of Review of experience (R), Active learning (A), Practice (P), and Creation of idea (C). 3) According to the results of health behavior promotion of preschool children, it was found that the RAPC learning model could promote the health behavior of preschool children. The posttest scores after experiment were higher than those of before experiment, and were also higher than those of the control group with statistical significance at the level of 0.01 both in general and in individual areas. The effect size toward the total score was at the high level (Cohend's $d = 7.98$), and the effect sizes toward the scores of all individual areas were at the high level (Cohend's $d = 7.63, 5.55, 2.87, 3.72, 5.70$ and 4.08).

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
ของ
เสกสรร มาตวังแสง

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้
(การศึกษาปฐมวัย)
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2559

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา ภิญโญนนตพงษ์)

..... ประธาน
(อาจารย์ ดร.พัฒนา ชัชพงศ์)

.....ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา ภิญโญนนตพงษ์)

.....ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร.ราชันย์ บุญธิมา)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ราชันย์ บุญธิมา)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กุลยา ตันติผลาชีวะ)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ และ อาจารย์ ดร.ราชันย์ บุญธิมา ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำในการตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กุลยา ตันติผลาชีวะ และอาจารย์ ดร.พัฒนา ชัชพงศ์ ที่ท่านกรุณาเสียสละเวลาเป็นกรรมการการสอบพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในจัดทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวพา เตชะคุปต์ และอาจารย์สาขาการศึกษาปฐมวัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สละเวลาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้อนุเคราะห์ช่วยเหลือในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผอ.กฤตธี จำเริญพานิช คณะครูอนุบาล นิสิตฝึกปฏิบัติการสอน และขอขอบคุณเด็กปฐมวัยของโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี คือ เทศบาลเมืองบ้านบึง เทศบาลเมืองพนัสนิคม เทศบาลเมืองศรีราชา องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และเมืองพัทยา และโรงเรียนเทศบาลวัดเนินสุทธาวาส (สุทธิพงษ์ประชานุกุล) ที่ให้อนุเคราะห์และความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบคุณบิดามารดาและครอบครัวของผู้วิจัย ขอขอบคุณ เพื่อนนิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย มศว รุ่น 8 ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและเติมเต็มเป็นกำลังใจให้กันและกันในการทำปริญญานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา

และขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

เสกสรร มาตวังแสง

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
มูลนิธิทีวี บุญยเกตุ ประจำปีการศึกษา 2559

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
คำถามของการวิจัย	6
ความมุ่งหมายของการวิจัย	6
ความสำคัญของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	7
ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย	8
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมสุขภาพ	17
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย	17
ทฤษฎีพัฒนาการทางร่างกายของกิเซล	17
ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์	19
พัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย	21
ความหมายพัฒนาการของเด็กปฐมวัย	21
หลักพัฒนาการของเด็กปฐมวัย	23
องค์ประกอบพัฒนาการของเด็กปฐมวัย	26
คุณลักษณะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย	29
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย	34
ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ	34
ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไป	38
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล	42
แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย	47
บทบาทของผู้เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

2 (ต่อ)

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย	54
ด้านสุขอนามัยส่วนตัว	55
ด้านความปลอดภัย	58
ด้านการบริโภคอาหาร	60
ด้านสุขนิสัยการรับประทาน	63
ด้านทันตสุขภาพ	65
ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม	74
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย	77
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC	81
ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC	81
ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์	81
ทฤษฎีการเรียนรู้ของของบรูเนอร์	82
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา	84
ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไคด์	88
ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง	88
ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์	90
แนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ	93
แนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ	96
การเรียนรู้และการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย	100
การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	100
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย	103
ความสำคัญของการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย	105
หลักการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย	106
แนวทางการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย	107
วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC	110
การเล่านิทาน	110
การสาธิต	112
การทดลอง/ปฏิบัติการ	114
การแสดงบทบาทสมมติ	115

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
การใช้สถานการณ์จำลอง.....	117
การใช้กรณีตัวอย่าง	120
กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของเด็กปฐมวัย	123
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	129
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	132
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
การเก็บรวบรวมข้อมูล	145
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	147
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	153
ตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย.....	154
ตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย.....	167
ตอนที่ 3 ผลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC	170
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	176
สรุปผลการวิจัย.....	177
การอภิปรายผล.....	183
ข้อเสนอแนะ.....	194
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	194
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	195
บรรณานุกรม	196

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	206
ภาคผนวก ก	207
ภาคผนวก ข	209
ภาคผนวก ค	211
ประวัติย่อของผู้วิจัย	216



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แบบแผนการทดลอง	146
2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย.....	156
3 ค่าดัชนี KMO (Kaiser Meyer-Olkin) และการทดสอบนัยสำคัญค่า Bartlett's test.....	159
4 คำนำน้าหนักองค์ประกอบของรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ ของเด็กปฐมวัย.....	161
5 คำนำน้าหนักการถดถอยมาตรฐานและค่าสหสัมพันธ์พหุกำลังสองของคะแนนแบบ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย.....	165
6 ค่าเฉลี่ยและค่าสหสัมพันธ์คะแนนองค์ประกอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ.....	166
7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินรูปแบบ.....	168
8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ.....	172
9 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ประเมินก่อนและหลัง ได้รับการจัดการเรียนรู้ภายในแต่ละกลุ่ม	173
10 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	175

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	13
2 ภาพแสดงปฏิสัมพันธ์การเรียนรู้	81
3 ภาพแสดงถึงลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบ.....	85
4 วงล้อแห่งการเรียนรู้.....	94
5 กรอบแนวคิดและความเชื่อมโยงของแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย	128
6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	131
7 ความสัมพันธ์ของค่าไอเกนกับจำนวนองค์ประกอบ Scree Plot	159
8 โมเดลการวัดหองค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ.....	164
9 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กประเมินก่อน-หลังจากกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	171

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการวางรากฐานพัฒนาการทุกด้าน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ - จิตใจ สังคม และสติปัญญา เป็นช่วงวัยแห่งพลังการเรียนรู้และการเจริญเติบโตของชีวิต ซึ่งการปูพื้นฐานให้เด็กมีความพร้อมนั้นขึ้นอยู่กับกรอบมโนทัศน์ที่เด็กตั้งแต่เยาว์วัย การจัดการศึกษาและการพัฒนาเด็กปฐมวัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กทุกคนเจริญเติบโตและเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข ให้มีความพร้อมตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ภายใต้บริบทสังคม วัฒนธรรมที่เด็กอาศัยอยู่ ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร และความเข้าใจของทุกคน เพื่อสร้างรากฐานคุณภาพชีวิตให้เด็กพัฒนาไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ดังที่สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์ (2550: 1) ได้กล่าวไว้ว่า วัยของเด็กปฐมวัยเป็นช่วงระยะที่สำคัญที่สุดของพัฒนาการทุกด้าน เด็กวัยนี้อยู่ในช่วงวัยแห่งพลังการเรียนรู้เติบโตองงามของชีวิต มีธรรมชาติความเจริญที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ ในช่วงชีวิตของความเป็นมนุษย์ การจัดการศึกษาปฐมวัยจึงต้องดำเนินการให้สามารถตอบสนอง ธรรมชาติและความต้องการของเด็กให้มีพัฒนาการสมวัยในทุกๆ ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับจุดหมายของหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2546 ที่มุ่งให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านร่างกายซึ่งเป็นพัฒนาการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังที่ได้กำหนดไว้ในมาตรฐานคุณลักษณะที่พึงประสงค์ข้อที่ 1 คือ มีร่างกายเจริญเติบโตตามวัย และมีสุขนิสัยที่ดี โดยเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมวัย รู้จักการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนตามสุขอนามัย รู้จักการรักษาความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน (สำนักมาตรฐานและวิชาการ. 2546ก: 17) คุณลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรส่งเสริมให้กับเด็กปฐมวัยเป็นอย่างแรก เพราะการมีร่างกายและมีสุขภาพที่ดีนั้นจะเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์นับตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงสิ้นอายุขัย สุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้าน เด็กที่มีวิถีสุขภาพที่ดีย่อมสามารถก้าวไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งสามารถพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งจะก้าวไปสู่โลกแห่งการเรียนรู้

อันดับแรกของการพัฒนาคน คือ การพัฒนาด้านสุขภาพ เพราะสุขภาพเป็นพื้นฐานของการพัฒนาการด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญา ตลอดจนคุณธรรมและจริยธรรมของเด็ก ดังนั้นประเทศต่างๆ จึงมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชากรอย่างจริงจัง โดยเน้นการพัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่เยาว์วัย และเอื้ออำนวยในการป้องกัน บำรุงรักษา และพัฒนาสุขภาพในทุกๆ ด้านอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2554 – 2559) ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคม

แห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน พบว่าสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน คนไทยได้รับการพัฒนาศักยภาพทุกช่วงวัย แต่ยังมีปัญหาด้านสติปัญญา คุณภาพการศึกษา และมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ โดยเด็กมีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยในปี 2549 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 10.6 และคาดว่าอีก 10 ปี ข้างหน้า 1 ใน 5 ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน และได้กำหนดให้มีการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2555: 39-40) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2554 – 2559) ที่ต้องการให้คนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยการสร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีการตื่นตัวให้ความสำคัญต่อสุขภาพ และส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. 2555: 23-25) จะเห็นได้ว่าทุกภาคส่วนของสังคมล้วนให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของคนไทยในทุกช่วงวัยให้แข็งแรงสมบูรณ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพราะสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม หากปัจจัยดังกล่าวขาดความสมดุลก็จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมขาดความสนใจและละเลยต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย มีความประมาทในการดำเนินชีวิต ล้วนเป็นสาเหตุและเป็นสิ่งบั่นทอนสุขภาพทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ดังพุทธสุภาษิตว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” ที่แปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ”

ปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กไทย คือ การทำให้เด็กทุกคนมีสุขภาพดี การจะมีสุขภาพที่ดีได้จะต้องมีการปฏิบัติตนหรือกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพอย่างถูกต้อง นั่นคือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ มาจากคำว่า พฤติกรรมและสุขภาพ กูด (Good. 1973: 120) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม คือการกระทำอย่างหนึ่งในสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นคุณลักษณะที่เกี่ยวกับคุณภาพในการกระทำของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการกระทำนั้นๆ ผู้กระทำจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ส่วนคำว่าสุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2550: 1) พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นการกระทำที่มุ่งเน้นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพที่ส่งผลให้ตนเองมีความสุขกายสบายใจ จากความไม่มีโรคและมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการ การดูแลสุขภาพปลอดภัยในตนเอง เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526: 28-29) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของเด็กแต่ละคนย่อมมีผลต่อคุณภาพในการดำเนินชีวิตของคน

จนตลอดอายุขัย ปัจจัยทางพันธุกรรม ภาวะตั้งแต่อยู่ในครรภ์ การคลอด น้ำหนักแรกเกิด เปรียบเสมือน “ต้นทุน” ของบุคคล ในขณะที่สิ่งแวดล้อม อาหาร และการอบรมเลี้ยงดู ความเอาใจใส่ จากบิดามารดาและผู้เลี้ยงดูเป็นปัจจัยต่อเนื่อง ที่ให้โอกาสหล่อหลอมให้เด็กมีพัฒนาการเต็มที วิชาการของสังคมได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาวะพื้นฐานของบิดามารดา อันทำให้ “ต้นทุน” มีการเปลี่ยนไป สภาวะสังคมเศรษฐกิจ ค่านิยม และวิถีชีวิตก็ทำให้ความเป็นอยู่ในครอบครัวและ ปัจจัยรอบตัวเด็กเปลี่ยนไป อันจะมีผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กในวัยนี้อย่างมาก (นิตยา คชภักดี: 2549) รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การนำเทคโนโลยี ต่างๆ เข้ามาในสังคมไทย รวมถึงการได้รับอิทธิพลของสื่อและวัฒนธรรมของต่างชาติ การใช้ชีวิต สะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ดิดกระแสนิยมนิยม จึงส่งผลทำให้วิถีชีวิต (Life Style) ของเด็กไทยใน ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมใช้ชีวิตอยู่บนฐานความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ขาดการออกกำลังกาย นิยมบริโภคขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลมมากขึ้น เด็กติดเกม มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง รวมถึงละเลยการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งล้วนมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อภัยสุขภาพทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กไทย

การส่งเสริมสุขภาพจะเป็นวิธีที่ช่วยให้ประชาชนสุขภาพดี เปรียบเสมือนการฉีดวัคซีนทาง สังคมทำให้สังคมมีภูมิคุ้มกัน ประชาชนที่อยู่ในสังคมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี วัยเด็ก (Childhood) เป็นวัยที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เด็กเริ่มเรียนรู้ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เริ่มสร้างทัศนคติ คุณค่า ตลอดจนการรับรู้ในเรื่องสุขภาพ พฤติกรรมที่ เรียนรู้ในช่วงวัยเด็กจึงเป็นพื้นฐานสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล. 2545: 1) ดังแนวคิดทางการศึกษาปฐมวัยของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่ว่าการสร้างเสริมเด็กให้พัฒนาเต็มศักยภาพและคุณค่าต่อสังคม ควรเริ่มต้นด้วยการดูแลสุขภาพ โภชนาการ และสุขภาพ โดยถือว่าเป็นการเตรียมเด็กขึ้นพื้นฐาน ถ้าคนมีกายที่ดีมีความพร้อมการ พัฒนาปัญญาจะเป็นสิ่งที่ง่าย (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2550: 5-7) สอดคล้องกับวิมล ธนสุวรรณ (2551: 1) ที่กล่าวว่า ในช่วง 6 ปีแรกของชีวิตเป็นระยะที่สำคัญมากต่อพื้นฐานบุคลิกภาพของชีวิต มนุษย์ เป็นช่วงวัยที่กำลังเริ่มต้นพัฒนาอย่างเต็มที่ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างรากฐาน สำหรับสุขภาพ เด็กเป็นผู้ที่กำลังเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต ภาวะสุขภาพ ของเด็กมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยในตัวเด็กเองและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่ง ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กทุกด้านรวมทั้งภาวะสุขภาพของเด็กด้วย เนื่องจากเด็กมี ความจำกัดด้านความสามารถรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลสุขภาพ ตนเองตามวัยโดยฝึกฝนและดูแลให้เด็กกระทำอย่างถูกต้อง จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพที่ดี การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองในวัยผู้ใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีการ พัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก เนื่องจากความสามารถนี้ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีในขณะที่ เป็นผู้ใหญ่ แต่บุคคลจะเริ่มพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยจะมีการ พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามวัย จากการดำรงชีวิตประจำวันของแต่ละ บุคคลนั่นเอง โดยเฉพาะในโรงเรียนซึ่งเป็นสถาบันที่รวมเด็กวัยเรียน เด็กในวัยนี้มีการพัฒนาและ

การเปลี่ยนแปลงหลายประการ ซึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กตั้งแต่ยังเล็กจะเป็นพื้นฐานในการสร้างสุขนิสัยที่ดีแก่เด็กเมื่อเจริญเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Orem. 1991: 42) ซึ่งการที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง จำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยต้องเริ่มต้นตั้งแต่เด็กปฐมวัย เพราะเด็กในวัยนี้เป็นวัยที่ต้องเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต เนื่องจากเด็กในวัยนี้มีแนวโน้มจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ โรงเรียนจึงเป็นสถาบันที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพเด็ก ปัจจุบันปรากฏว่าโรงเรียนในระดับต่างๆ ยังประสบปัญหาด้านสุขภาพของนักเรียน เนื่องจากโรงเรียนเป็นแหล่งที่รวมของนักเรียนจากแหล่งต่างๆ ในชุมชน ซึ่งนักเรียนเหล่านี้มีพื้นฐานทางสุขภาพแตกต่างกันทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ ซึ่งถ้านักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อการเกิดโรคติดต่อ และการแพร่กระจายโรคต่างๆ ได้ ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นพื้นฐานสำคัญ ที่ผู้เรียนจะได้เรียนรู้และได้ปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยสามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การสนทนาพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เด็กได้ทบทวนถึงการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติจริงในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งลงมือฝึกปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแล้วสะท้อนการเรียนรู้ว่าตนเองได้ปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เพื่อนำผลจากการศึกษาองค์ประกอบไปสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ซึ่งรูปแบบที่สร้างขึ้นจะต้องจัดให้สอดคล้องกับธรรมชาติในการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย เน้นการเรียนรู้จากการลงมือกระทำผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้าให้เด็กฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพ เปิดโอกาสในการแสดงความคิดเห็นรวมถึงถ่ายทอดเรื่องราวจากสิ่งที่เรียนรู้ และเชื่อมโยงประสบการณ์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งวิธีการดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีและแนวคิดของนักการศึกษาและนักจิตวิทยาหลายท่าน เช่น ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) ที่เชื่อว่า การเรียนรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อม 2 ลักษณะ คือ การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมโดยซึมซับประสบการณ์ (Assimilation) และการปรับโครงสร้างสติปัญญา (Accommodation) ตามสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสมดุลในโครงสร้างความคิดความเข้าใจ (Equilibration) การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ใหญ่ ดังนั้นการจัดประสบการณ์ในระดับปฐมวัยต้องให้เด็กเรียนรู้โดยให้โอกาสเด็กในการเล่น สำรวจ ทดลอง มีโอกาสเลือก ตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง (สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. 2550: 55-57) ทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของบรูเนอร์ (Bruner) ที่เชื่อว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการทางสังคมที่ผู้เรียนจะต้องลงมือปฏิบัติ และสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองทั้งนี้โดยมีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์หรือความรู้เดิม นอกจากนั้นผู้เรียนจะต้องเป็นผู้เลือกข้อมูล สร้างสมมติฐาน รวมตลอดถึงตัดสินใจโดย

การบูรณาการประสบการณ์ใหม่ไปสู่โครงสร้างทางสติปัญญา เพื่อให้ผู้เรียนได้สร้างองค์ความรู้จากสิ่งที่ตนรู้มาก่อนแล้วเป็นการเรียนรู้แบบค้นพบ (Discovery learning) ที่เปิดโอกาสให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยผ่านการสำรวจ การถามคำถาม การนำเสนอข้อมูล หรือสถานการณ์ต่างๆ ให้กับผู้เรียนเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนค้นคว้าและค้นพบกฎเกณฑ์ต่างๆ ด้วยตนเอง (นกเนตร ธรรมบวร. 2549: 45-48) ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike) ที่เชื่อว่าการจัดการเรียนรู้โดยให้เด็กมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ด้วยประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง จากสิ่งที่เป็นรูปธรรม ไปหานามธรรม ให้เด็กเรียนรู้จนเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงแล้วนำไปปฏิบัติหรือฝึกฝนบ่อยๆ จะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ จดจำการเรียนรู้ได้ดี มีความรู้ความเข้าใจ ซึ่งการฝึกหัดหรือกระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจจะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร (ทศนา แหมมณี. 2557: 51-52) ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) ที่เชื่อว่า การเรียนรู้เกิดขึ้นในบริบทที่เด็กสร้างความรู้ในขณะที่ได้รับประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ เด็กสร้างความรู้โดยการมีปฏิสัมพันธ์แบบต่างๆ เช่น ดู ฟัง ชิม ดม สัมผัส ด้วยการมีส่วนร่วมอย่างตื่นตัวกับสถานการณ์จริงในชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนเด็กจะเป็นผู้มีบทบาทในการเรียนรู้อย่างตื่นตัว จะต้องสร้างความหมายให้กับสิ่งนั้นด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งของหรือข้อมูลต่างๆ ที่เป็นของจริงสอดคล้องกับความสนใจของเด็ก แล้วเด็กจึงทำการทดลอง ลองผิดลองถูกกับสิ่งนั้นๆ จนเกิดความรู้ความเข้าใจขึ้น (ชนาธิป พรกุล. 2559: 72) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การเสริมแรงทางบวกจะส่งผลให้พฤติกรรมที่ได้รับเสริมเรานั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น (Skinner. 1968; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553: 27 - 53) และสอดคล้องกับแนวคิดทางการศึกษาของ ดิวอี้ (Dewey) ที่ว่าการเรียนรู้ของเด็กเกิดจากการลงมือกระทำ (learning by doing) ยึดเด็กเป็นศูนย์กลางจากการทำจริงในสถานการณ์จริงและสื่อจริง

ด้วยเหตุผลตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยทำการศึกษารูปแบบการประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยตลอดจนนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เพราะการมีสุขภาพที่ดีย่อมเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอให้ติดเป็นนิสัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เป็นการป้องกันโรคและภัยต่อสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นรวมทั้งมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อเป็นรากฐานในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถาวรเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งการมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยจึงต้องให้ทั้งความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติในด้านสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัญหาด้านสุขภาพจนมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีความสามารถที่จะพัฒนาศักยภาพในด้านอื่นๆ เช่น ในด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านสังคมให้มีความพร้อมได้

คำถามของการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีกี่องค์ประกอบ และมีอะไรบ้าง
2. รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีรูปแบบอย่างไร และมีลักษณะอย่างไร
3. รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถใช้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้มากน้อยเพียงไร

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยมีความมุ่งหมายเฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
3. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้

RAPC

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์และคุณค่า ดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์เชิงนโยบาย ตามแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2554 – 2559) ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ คือ ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน ได้กำหนดให้มีการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 – 2559) ที่ว่า “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ” โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการรักษาสุขภาพของร่างกายของตนเอง การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และการดูแลตนเองให้ปลอดภัยในชีวิตประจำวัน

2. ประโยชน์เชิงวิชาการ ผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่ชัดเจน ทำให้ทราบว่า การที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับเด็กปฐมวัยควรส่งเสริมด้านใดบ้าง และจะมีแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้อย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในประชากรกลุ่มอื่น หรือในเด็กนักเรียนระดับชั้นอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกัน

3. ประโยชน์เชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อครูและผู้เกี่ยวข้องกับการจัดเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่ว่าเด็กมีร่างกายเจริญเติบโตตามวัยและมีสุขนิสัยที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีจะเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่นๆ และเป็นรากฐานแห่งการเรียนรู้ในอนาคต ครูปฐมวัยจึงมีบทบาทในการส่งเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้กับเด็กปฐมวัย เพราะพฤติกรรมสุขภาพที่เรียนรู้ในช่วงวัยเด็กจะเป็นพื้นฐานสำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กำหนดขอบเขตของการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
2. การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

3. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุระหว่าง 5 – 6 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย คือ เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุ 5 – 6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองบ้านบึง เทศบาลเมืองพนัสนิคม เทศบาลเมืองศรีราชา องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และเมืองพัทยา ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำนวน 503 คน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามที่คอมเรย์ และลี (Comrey; & Lee. 1992) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Very good) คือ 500 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC คือ เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุ 5 – 6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองชลบุรี ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำนวน 2 ห้องเรียน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

ที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ จำนวน 25 คน

ระยะเวลาในการวิจัย

1. ระยะเวลาในการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ดำเนินการในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558

2. ระยะเวลาในการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ดำเนินการในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558

3. ระยะเวลาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ดำเนินการในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 จำนวน 8 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 32 ครั้ง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มีดังนี้

1.1 ตัวแปรโครงสร้าง ประกอบด้วย

- 1.1.1 ด้านสุขอนามัยส่วนตัว
- 1.1.2 ด้านความปลอดภัย
- 1.1.3 ด้านการบริโภคอาหาร
- 1.1.4 ด้านสุขนิสัยการรับประทาน
- 1.1.5 ด้านทันตสุขภาพ
- 1.1.6 ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม

2. ตัวแปรที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มีดังนี้

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC และการจัดการเรียนรู้แบบปกติ

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การแสดงออกของเด็กปฐมวัยในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของเด็ก ซึ่งมาจากการมีความรู้ในเรื่องสุขภาพ การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แล้วแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ประพฤติปฏิบัติจนติดเป็นนิสัย ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม ดังนี้

1.1 **ด้านสุขอนามัยส่วนตัว** หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมการแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่ ในการรักษาความสะอาดเรียบร้อยของร่างกายด้วยตนเอง ขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดของใบหน้า การรักษาความสะอาดช่องปาก การรักษาความสะอาดมือ แขน และลำตัว และการรักษาความสะอาดในการขับถ่าย

1.2 ด้านความปลอดภัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการกระทำ การปฏิบัติตนในกิจวัตรประจำวัน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองให้มีความปลอดภัย ขณะอยู่ภายในบริเวณโรงเรียนทั้งในและนอกห้องเรียน เช่น การใช้ของเล่นเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ การเล่นเครื่องเล่นสนาม บ่อทราย การใช้สถานที่ภายในบริเวณโรงเรียน

1.3 ด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการกระทำในการบริโภคอาหารหลัก อาหารว่าง อย่างถูกต้องและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายและไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

1.4 ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการกระทำในการใช้ภาชนะ พฤติกรรมขณะรับประทานอาหาร เช่น การปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร

1.5 ด้านทันตสุขภาพ หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการปฏิบัติ การดูแลเอาใจใส่ ในการรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน รวมถึงอวัยวะต่างๆ ในช่องปากขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อป้องกันโรคที่เกิดในช่องปาก เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการรักษาความสะอาดอุปกรณ์แปรงฟัน

1.6 ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการกระทำในการเลือกดื่มเครื่องดื่ม/ขนมชนิดต่างๆ เช่น การดื่มน้ำเปล่าเป็นประจำ การรับประทานขนมกรอบ

2. รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย หมายถึง การจัดประสบการณ์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับเด็กปฐมวัย โดยเน้นการเรียนรู้จากการลงมือกระทำผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในแต่ละด้านอย่างถูกวิธี เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมโดยใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น การร้องเพลง การท่องคำคล้องจอง การใช้สื่อของจริง รูปภาพ เพื่อกระตุ้นความสนใจแล้วร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์เดิมในการปฏิบัติตนของเด็กที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) เป็นการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเด็กได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การเล่านิทาน การเล่นเกมบทบาทสมมติ การทดลอง/ปฏิบัติการ ศิลปสร้างสรรค์ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) เป็นการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ ไปใช้ในการลงมือฝึกปฏิบัติกิจกรรมในสถานการณ์จริง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้กับตนเอง

ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) เป็นการร่วมกันสรุปองค์ความรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านวิธีการที่หลากหลาย เช่น การบอกเล่าเรื่องราว การวาดภาพ การแสดงท่าทาง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมา เพื่อนำไปใช้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน

3. การจัดการเรียนรู้แบบปกติ หมายถึง การจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรสถานศึกษาที่พัฒนามาจากหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2546 ของกระทรวงศึกษาธิการ ประกอบด้วยขั้นตอนในการจัดการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นนำ ขั้นดำเนินกิจกรรม และขั้นสรุป

4. เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุ 5 – 6 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลปีที่ 3 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษารูปแบบส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้วางกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยจะสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) ทฤษฎีพัฒนาการทางร่างกายของกิเซล (สิริมา ภิญโญนันตพงษ์. 2550: 53-54) โดยอธิบายว่าการเจริญเติบโตของเด็กทางร่างกาย เนื้อเยื่อ อวัยวะ หน้าที่ของอวัยวะต่างๆ และพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นเป็นรูปร่างที่แน่นอนและเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว พฤติกรรมการปรับตัว พฤติกรรมทางการใช้ภาษา และพฤติกรรมทางส่วนตัวและสังคม ซึ่งจะครอบคลุมการฝึกปฏิบัติส่วนตัว 2) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (สรวงศ์ โค้วตระกูล. 2559: 159) โดยอธิบายว่า บุคคลมีความต้องการปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ต้องการมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน หน้าที่การงาน ต้องการความรักและการยอมรับจากผู้อื่น

การศึกษวิเคราะห์เอกสาร งานวิจัยและแนวคิดของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพบว่า สุขภาพที่ดี คือ การมีร่างกายที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรงเจริญเติบโตอย่างเป็นปกติ ไม่เจ็บป่วย ไม่มีโรคประจำตัว รวมถึงระบบต่าง ๆ ของร่างกายสามารถทำงานได้เป็นปกติและมีประสิทธิภาพ สามารถพิจารณาได้จากลักษณะขนาดร่างกายและความสามารถในการดำเนินหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ สภาพร่างกายและพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเครื่องชี้วัดที่เห็นได้ชัดเจน และง่ายกว่าสุขภาพด้านอื่นๆ ถ้าสุขภาพร่างกายเกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นด้วยจากโรคภัยไข้เจ็บ จากอุบัติเหตุ อย่างไม่รู้ก็อาจส่งผลถึงสุขภาพด้านอื่นๆ ตามมาได้ พฤติกรรมสุขภาพเป็นการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการมีสุขภาพกายแข็งแรง ไม่มีความเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ มีความสามารถทางประสาทสัมผัสทางกาย มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผิดปกติของร่างกาย มีความสามารถในการทำกิจกรรมใน

การดำเนินชีวิตประจำวัน มีพฤติกรรมเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ร่างกายแข็งแรง นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ การมีสุขนิสัยในการดูแลและสุขภาพ มีน้ำหนัก/ส่วนสูงตามเกณฑ์ การป้องกันตนเองจากการประสบอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. 2552: 8) การภาวะทางร่างกายที่มีความแข็งแรง ปราศจากสภาพของร่างกายในเชิงลบ ได้แก่ การเจ็บป่วยจากโรคภัย และการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ สภาพร่างกายที่เอื้อต่อการป้องกันการเจ็บป่วย ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ มีการบริโภคอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม เด็กปฐมวัยอายุ 3 – 5 ปี ควรมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย โภชนาการ สมรรถภาพทางกาย ความปลอดภัย การช่วยเหลือและดูแลตนเอง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ พินิจ พ้าอำนวยผล. 2554: 7)

จากนั้นทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จัดการสนทนากลุ่มครูปฐมวัย เพื่อสำรวจแนวคิดเห็นเบื้องต้นในประเด็นต่างๆ เช่น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในปัจจุบัน องค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จากนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ศึกษามาประมวลเป็นองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย แล้วทำการศึกษาด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยันองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

จากทฤษฎีแนวคิด เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวที่มีความหลากหลายในด้านแนวคิด ทำให้ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยทำการศึกษาจากพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านความปลอดภัย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านด้านสุขนิสัยการรับประทาน ด้านทันตสุขภาพ และด้านการบริโภคน้ำดื่ม/นม

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

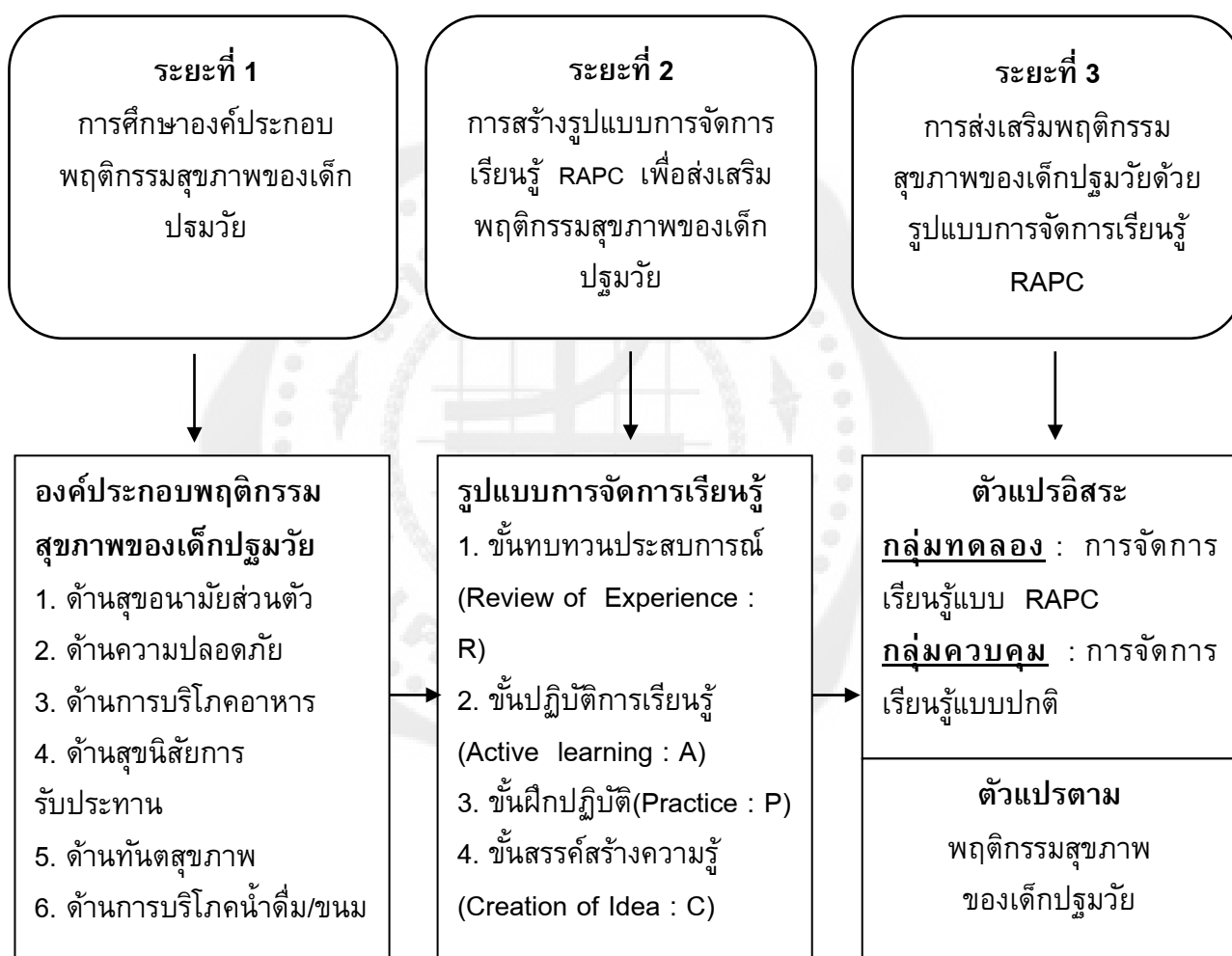
จากผลการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในระยะที่ 1 เมื่อได้องค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่มีความชัดเจนแล้ว โดยการศึกษาในระยะนี้ต้องการศึกษาว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีรูปแบบอย่างไร มีลักษณะอย่างไร โดยทำการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐาน และสังเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จากการศึกษาวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐาน แล้วนำมาสังเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC คำว่า “RAPC” มาจากขั้นตอน 4 ขั้นตอนของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) โดยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) (สิริมา ภิญโญนันตพงษ์.

2550: 55-57) ที่ให้ความสำคัญกับพัฒนาการทางสติปัญญา ว่ามนุษย์สามารถปรับตัวโดยมีกระบวนการที่สำคัญ 2 อย่าง คือ การซึมซับประสบการณ์ (Assimilation) และการปรับโครงสร้างทางสติปัญญา (Accomodation) เด็กจะเรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัส ใช้สัญลักษณ์แทนวัตถุที่อยู่รอบๆ ตัวได้ และยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง 2) ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของของบรูเนอร์ (Bruner) (นภเนตร ธรรมบวร. 2549: 45-48) ที่ให้ความสำคัญกับพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กเกิดจากกระบวนการภายในอินทรีย์ (Organism) เน้นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมเด็ก ซึ่งจะพัฒนาได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก การเรียนรู้ของมนุษย์แบ่งออกเป็น 3 ขั้น ได้แก่ ขั้นการกระทำ (Enactive Stage) เด็กเรียนจากการกระทำและสัมผัส ขั้นคิดจินตนาการหรือสร้างมโนภาพ (Piconic Stage) เด็กเกิดความคิดจากการรับรู้ตามความเป็นจริง และการคิดจากจินตนาการ ขั้นใช้สัญลักษณ์และคิดรวบยอด (Symbolic Stage) เด็กเริ่มเข้าใจ เรียนรู้ความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ รอบตัวและพัฒนาความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งที่พบเห็น 3) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) (สุรางค์ โค้วตระกูล. 2559: 23-24) ที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์ เกิดจากพฤติกรรมบุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) อย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคลนั้น (Person) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งทฤษฎีนี้เน้นบุคคลเกิดการเรียนรู้โดยการให้ตัวแบบ และการเลียนแบบนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ผลการกระทำ คำบอกเล่า และความน่าเชื่อถือของตัวแบบได้ การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยจึงเกิดขึ้นได้ เมื่อเด็กสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ แนวโน้มที่จะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นจะมีสูงขึ้น 4) ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike) (ทศนา แคมมณี. 2557: 51-52) ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนรู้โดยให้เด็กมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ด้วยประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง จากสิ่งที่เป็นรูปธรรม ไปหานามธรรม ให้เด็กเรียนรู้จนเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงแล้วนำไปปฏิบัติหรือฝึกฝนบ่อยๆ จะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ จดจำการเรียนรู้ได้ดี มีความรู้ความเข้าใจ ซึ่งการฝึกหัดหรือกระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจจะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร 5) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553: 27 - 53) ที่ให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมโดยใช้การเสริมแรงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมายมากขึ้น 6) ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) (ชนาธิป พรกุล. 2559: 72) ที่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เกิดขึ้นในบริบทที่เด็กสร้างความรู้ในขณะที่ได้รับประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ เด็กสร้างความรู้โดยการใช้ปฏิสัมพันธ์แบบต่างๆ เช่น ดู ฟัง ชิม ดม สัมผัส ด้วยการมีส่วนร่วมอย่างตื่นตัวกับสถานการณ์จริงในชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนเด็กจะเป็นผู้มีบทบาทในการเรียนรู้อย่างตื่นตัว จะต้องสร้างความหมายให้กับสิ่งนั้นด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งของหรือข้อมูลต่างๆ ที่เป็นของจริงสอดคล้องกับความสนใจของเด็ก แล้วเด็กจึงทำการทดลอง ลองผิดลองถูกกับสิ่งนั้นๆ จนเกิดความรู้ความเข้าใจขึ้น

ระยะที่ 3 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

เมื่อได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จึงนำไปใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้วางแผนการทดลองแบบ Pretest – Posttest Control Group Design กลุ่มทดลองได้รับการจัดประสบการณ์ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC และกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ

ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยทั้ง 3 ระยะ มีขั้นตอนการดำเนินการดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีมากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ
2. เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง หลังได้รับการจัดประสบการณ์โดยใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง
3. เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง หลังได้รับการจัดประสบการณ์โดยใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้เสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

- 1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย
 - 1.1.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางร่างกายของกิเซล
 - 1.1.2 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์
- 1.2 พัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย
 - 1.2.1 ความหมายพัฒนาการของเด็กปฐมวัย
 - 1.2.2 หลักพัฒนาการของเด็กปฐมวัย
 - 1.2.3 องค์ประกอบพัฒนาการของเด็กปฐมวัย
 - 1.2.4 คุณลักษณะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย
- 1.3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
 - 1.3.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.3.1.1 ความหมายของพฤติกรรม
 - 1.3.1.2 ความหมายของสุขภาพ
 - 1.3.1.3 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.3.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไป
 - 1.3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล
 - 1.3.4 แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
 - 1.3.5 บทบาทของผู้เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
- 1.4 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
 - 1.4.1 ด้านสุขอนามัยส่วนตัว
 - 1.4.2 ด้านความปลอดภัย
 - 1.4.3 ด้านการบริโภคอาหาร
 - 1.4.4 ด้านสุขนิสัยการรับประทาน
 - 1.4.5 ด้านทันตสุขภาพ
 - 1.4.6 ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/นม
- 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

2.1 ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

- 2.1.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์
- 2.1.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ของของบรูเนอร์
- 2.1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา
- 2.1.4 ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไคต์
- 2.1.5 ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง
- 2.1.6 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์
- 2.1.7 แนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ
- 2.1.8 แนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ

2.2 การเรียนรู้และการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย

- 2.2.1 การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
- 2.2.2 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย
- 2.2.3 ความสำคัญของการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย
- 2.2.4 หลักการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย
- 2.2.5 แนวทางการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย

2.3 วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้

RAPC

- 2.3.1 การเล่านิทาน
- 2.3.2 การสาธิต
- 2.3.3 การทดลอง/ปฏิบัติการ
- 2.3.4 การแสดงบทบาทสมมติ
- 2.3.5 การใช้สถานการณ์จำลอง
- 2.3.6 การใช้กรณีตัวอย่าง

3. กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการทางร่างกายของเด็กปฐมวัย

1.1.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางร่างกายของกิเซล

ทฤษฎีพัฒนาการทางร่างกายของกิเซล (Gesell) สามารถใช้อธิบายพัฒนาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้น โดยเน้นว่าการเจริญเติบโตของมนุษย์ เป็นกระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นแบบแผนตามลำดับขั้นความก้าวหน้าของพัฒนาการ จำเป็นต้องมีการปรับประสบการณ์ใหม่เข้ามาพร้อมกับประสบการณ์เก่าและเกิดความสามารถใหม่ขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นการแสดงออกของกระบวนการเปลี่ยนแปลงของวุฒิภาวะ (maturation) ของระบบประสาทของมนุษย์ กิเซล ให้คำอธิบายทฤษฎีว่า พฤติกรรมเป็นผลมาจากยีนส์ ความพร้อมของกล้ามเนื้อและระบบประสาท และจะปรากฏเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมและในเวลาที่ไม่ไล่เลี่ยกัน ซึ่งเป็นวงจรของพฤติกรรม (Cycle of behavior) กิเซล ใช้พฤติกรรมเป็นเครื่องวัดพัฒนาการเด็ก โดยแบ่งพัฒนาการออกเป็น 4 ด้านใหญ่ๆ (สิริมา ภิญญอนันตพงษ์. 2550: 53-54) คือ

1. พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว (Motor Behavior) พัฒนาการกลุ่มนี้เป็นความสามารถของร่างกายในการเคลื่อนไหว เป็นความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ พฤติกรรมส่วนนี้เกี่ยวกับการเจริญของระบบประสาทส่วนกลาง พฤติกรรมด้านนี้ ได้แก่ ความสามารถในการยืน การเดิน การนั่ง การคืบ การคลาน การคว่ำ การกระโดด เป็นต้น

2. พฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive Behavior) พัฒนาการกลุ่มนี้ครอบคลุมทางด้านความเชื่อมโยงของการใช้มือและสายตา การถือวัตถุ การแก้ปัญหาในด้านการปฏิบัติ การสำรวจ และการจัดกระทำต่อวัตถุ เช่น การจัดกล่อร์ูปลูกบาศก์ การสั่นระฆัง การวาดภาพ เป็นต้น

3. พฤติกรรมทางการใช้ภาษา (Language Behavior) พัฒนาการกลุ่มนี้ครอบคลุมทางด้านการสื่อสาร เช่น การแสดงออกทางใบหน้า การใช้วืยวะต่างๆ การถ่ายทอดความคิด การออกเสียง การใช้ภาษาพูด รวมทั้งความเข้าใจจากการสื่อสารของผู้อื่นด้วย

4. พฤติกรรมทางส่วนตัวและสังคม (Personal-Social Behavior) พัฒนาการกลุ่มนี้ครอบคลุมถึงการตอบสนองของเด็กต่อบุคคลอื่นในด้านวัฒนธรรมและสังคม เป็นการปรับตัวภายใต้อิทธิพลของภาวะแวดล้อม เช่น การกินอาหาร การขับถ่าย และการฝึกต่อสภาพสังคม เช่น การเล่น การตอบสนองผู้อื่น

จากการศึกษาเด็กระยะยาว กิเซลได้สรุปหลักพัฒนาการไว้ (นันทิยา น้อยจันทร์. 2549: 37) ดังนี้

1. มนุษย์มีวัยเด็กที่ยาวนานกว่าสัตว์อื่น การที่มีวัยเด็กยาวนานนี้มีผลทำให้ลูกมนุษย์จะต้องพึ่งพาผู้ใหญ่เป็นเวลานาน ซึ่งเป็นโอกาสในการเรียนรู้และสร้างสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ลูก และบุคคลในครอบครัว

2. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก จะมีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน และการเจริญเติบโตพัฒนาถึงขั้นใดจะต้องบรรลุวุฒิภาวะ (maturity) ของความสามารถขั้นนั้นและมี

ความพร้อม (readiness) เช่น การมีอายุ 18 เดือน จะเดินได้จะต้องผ่านขั้นตอนหนึ่งได้ คลานได้ ยืนได้ แล้วจึงมีวุฒิภาวะและความพร้อมที่จะเดินได้

3. พัฒนาการเป็นกระบวนการที่มีการประสานงานกันพร้อมกันไปหมดทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา จะมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิด เพราะฉะนั้นการศึกษาพัฒนาการเด็กจะต้องมีการศึกษาทั้งหมด มิใช่แยกส่วนใดส่วนหนึ่ง

4. ความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นลักษณะเด่นของพัฒนาการ เด็กแต่ละคนจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างไม่เหมือนกันเลย ถึงแม้แบบแผนขั้นตอนการพัฒนาการของเด็กทุกคนจะเหมือนกัน

กิเซล (Gesell) ได้ชี้ถึงลักษณะของวุฒิภาวะและการเจริญเติบโตที่ละชั้นโดยจำแนก 10 เนื้อหาใหญ่ แยกเป็นหัวข้อย่อยได้ ดังนี้ (ดวงเดือน ศาสตราจารย์. 2535: 113-116)

1. ลักษณะทางกลไกของร่างกาย
 - 1.1 กิจกรรมทางกาย
 - 1.2 ตาและมือ
2. อนามัยส่วนบุคคล
 - 2.1 การรับประทานอาหาร
 - 2.2 การนอน
 - 2.3 การขับถ่าย
 - 2.4 การชำระร่างกายและการแต่งตัว
 - 2.5 สุขภาพและความทุกข์ทางกาย
 - 2.6 การระบายความเครียด
3. การแสดงออกทางอารมณ์
 - 3.1 ทศนคติเกี่ยวกับความรัก
 - 3.2 การร้องไห้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง
 - 3.3 การเถียงและความโกรธ
4. ความกลัวและความฝัน
5. ตัวตนและเพศ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 - 6.1 แม่ – เด็ก
 - 6.2 เด็ก – เด็ก
 - 6.3 การเข้ากลุ่มในการเล่น
7. การเล่นและงานอดิเรก
 - 7.1 ความสนใจทั่วไป
 - 7.2 การอ่าน
 - 7.3 ดนตรี วิทยุ และภาพยนตร์

8. ชีวิตภายในโรงเรียน

- 8.1 การปรับตัวต่อโรงเรียน
- 8.2 ความประพฤตินในชั้นเรียน
- 8.3 การอ่าน
- 8.4 การเขียน
- 8.5 คณิตศาสตร์

9. ความสำนึกทางจริยธรรม

- 9.1 การกล่าวโทษและการแก้ตัว
- 9.2 การตอบสนองต่อคำสั่ง การลงโทษ และการยกย่อง
- 9.3 การตอบสนองต่อเหตุผล
- 9.4 การสำนึกต่อความดีและความเลว
- 9.5 ความจริงและคุณสมบัติ

10. ความสำนึกทางจริยธรรม

- 10.1 เวลา
- 10.2 ช่องว่าง
- 10.3 ภาษาและความคิด
- 10.4 สงคราม
- 10.5 ความตาย
- 10.6 เทวดา

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พัฒนาการ การเจริญเติบโตของเด็กทางร่างกาย เนื้อเยื่อ อวัยวะ หน้าที่ของอวัยวะต่างๆ และพฤติกรรม มีรูปแบบที่แน่นอนและเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว พฤติกรรมการปรับตัว พฤติกรรมทางการใช้ภาษา และพฤติกรรมทางส่วนตัวและสังคม ซึ่งจะครอบคลุมการฝึกปฏิบัติส่วนตัว เช่น การกินอาหาร การขับถ่าย การเล่นต่างๆ เป็นต้น

1.1.2 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์

มาสโลว์ (Maslow) เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นจำนวนมากสามารถอธิบายโดยใช้แนวโน้มของบุคคลในการค้นหาเป้าหมายที่จะทำให้ชีวิตของเขาได้รับความต้องการ ความปรารถนา และได้รับสิ่งที่มีความหมายต่อตนเอง เป็นความจริงที่จะกล่าวว่ากระบวนการของแรงจูงใจเป็นหัวใจของทฤษฎีบุคลิกภาพของ มาสโลว์ โดยเขาเชื่อว่ามนุษย์เป็น “สัตว์ที่มีความต้องการ” (wanting animal) และเป็นการยากที่มนุษย์จะไปถึงขั้นของความพึงพอใจอย่างสมบูรณ์ ในทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ กล่าวถึงความปรารถนาของบุคคลที่จะได้รับความพึงพอใจและเมื่อบุคคลได้รับความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งแล้วก็จะยังคงเรียกร้องความพึงพอใจสิ่งอื่นๆ ต่อไป ซึ่งถือเป็นคุณลักษณะของมนุษย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความต้องการจะได้รับสิ่งต่างๆ อยู่เสมอ

มาสโลว์ กล่าวว่าความปรารถนาของมนุษย์นั้นติดตัวมาแต่กำเนิดและความปรารถนาเหล่านี้จะเรียงลำดับขั้นของความปรารถนา ตั้งแต่ขั้นแรกไปสู่ความปรารถนาขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ และความต้องการของมนุษย์มีขั้นตอน ถ้าความต้องการอันหนึ่งได้รับความต้องการตอบสนองจนเป็นที่พอใจ ความต้องการถัดไปที่สูงกว่าก็จะเกิดขึ้น ทุกคนมีความต้องการพื้นฐาน (Basic Need) 5 ระดับ (สฤรังค์ ไคว้ตระกูล. 2559: 159) ดังนี้

ระดับที่ 1 ความต้องการทางร่างกาย (Physiological needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่เกี่ยวกับความหิว ความกระหาย ที่อยู่อาศัย เพศสัมพันธ์ เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค ซึ่งเชื่อว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต ถ้ามนุษย์ได้รับการตอบสนองในขั้นนี้แล้วก็就会有ความต้องการขั้นต่อไป

ซึ่งความต้องการทางร่างกายเป็นความต้องการด้านปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ให้พลังงานเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายก่อให้เกิดการเจริญเติบโต การได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัยอย่างดี ทั้งในด้านการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และการป้องกันโรคต่างๆ ซึ่งการที่จะตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของเด็กนี้ พ่อแม่ผู้ปกครองจะต้องให้การดูแลเอาใจใส่อย่างดี และทางโรงเรียนจะสามารถช่วยเหลือได้เช่นกัน เช่น การจัดให้มีการบริการด้านอนามัยโรงเรียน (ระวีวรรณ แสงฉาย. 2549: 354-355) ซึ่งประกอบด้วย

1. การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ อนามัย และปลอดภัย มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด มีการเก็บขยะและทำลายขยะให้ถูกวิธี
2. บริการการดูแลสุขภาพให้แก่เด็กรวมถึงการให้วัคซีนป้องกันโรค
3. การดูแลเรื่องอาหารกลางวันให้สะอาด เพียงพอ และมีคุณค่าทางโภชนาการ
4. การสอดแทรกความรู้ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลให้แก่เด็ก ให้เด็กได้ออกกำลังกายและพักผ่อนในสัดส่วนที่พอเหมาะ

ระดับที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) ซึ่งเป็นความต้องการเกี่ยวกับความมั่นคงและความปลอดภัย จากการได้รับภัยอันตรายทั้งทางกายและจิตใจ

ระดับที่ 3 ความต้องการทางสังคม (social needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่เกี่ยวกับความรัก การได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ การเป็นเจ้าของสิ่งต่างๆ และการมีมิตรภาพกับคนอื่น ๆ

ระดับที่ 4 ความต้องการได้รับเกียรติยศชื่อเสียงและยกย่องนับถือ (esteem needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นเกียรติและศักดิ์ศรี

ระดับที่ 5 ความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต (self - actualization needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่เกี่ยวกับความสำเร็จ สมหวังตามความนึกคิดของตน รวมทั้งความเจริญก้าวหน้า การใช้ความรู้สึก ความสามารถที่เต็มศักยภาพ และความสุขสมบูรณ์ในชีวิต

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า บุคคลมีความต้องการปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ต้องการมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน ต้องการความรัก และการยอมรับจากผู้อื่น ต้องการฐานะทางสังคมและเกียรติยศศักดิ์ศรี ต้องการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ต้องการค้นพบและพัฒนาศักยภาพของตนไปสู่เป้าหมายสูงสุดในชีวิต

1.2 พัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย

1.2.1 ความหมายพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

พัฒนาการเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางการเพิ่มทางความสามารถหรือทำหน้าที่ที่สลับซับซ้อนขึ้นของร่างกาย โดยการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นอย่างมีระเบียบแบบแผน แสดงถึงความก้าวหน้าตามลำดับ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

แบรคเคนริดจ์และวินเซนท์ (Breckenridge; Vincet.1998:1) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการ หมายถึง การได้มาและการเพิ่มสมรรถภาพของบุคคลทำให้กระทำหน้าที่ต่างๆ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ตลอดเวลา

เฮทริงตันและพาร์ค (Hethrington and Parke. 1993: 2) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านระบบชีววิทยาทางกายภาพ สังคม สติปัญญา และอารมณ์ ตามระยะเวลาที่ผ่านไปตลอดช่วงวัย

เบิร์นสไตน์ (Bernstein. 1999 : 330) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการ หมายถึง การเพิ่มหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพ เช่น การพัฒนาการตามลำดับของการเคลื่อนไหวของทารกจากการที่ทารกสามารถคว้า ต่อมาสามารถคลาน สามารถยืน และสามารถเดินได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันและต้องอาศัยความร่วมมือร่วมกันของระบบหลายๆ อย่างในร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท เป็นต้น พัฒนาการเป็นการเจริญเติบโตเพื่อไปสู่การมีวุฒิภาวะ (Maturation) วุฒิภาวะเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวิถีทางของธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้ และไม่ขึ้นกับสิ่งแวดล้อมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ

สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์ (2553 : 27) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาด้านการทำหน้าที่ (Function) และวุฒิภาวะ (Maturation) ของอวัยวะระบบต่างๆ ในด้านโครงสร้าง การจัดระเบียบส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออก มีลักษณะสัมพันธ์กับเวลา สามารถทำหน้าที่ได้อย่างดี มีประสิทธิภาพ ทำสิ่งที่ยากสลับซับซ้อน ตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ๆ การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม ผสมผสานก้าวหน้าเป็นลำดับขั้นต่อเนื่องโดยครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

นิตยา คชภักดี (2551: 359) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการ (development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ (function) และวุฒิภาวะ (maturation) ของอวัยวะระบบต่างๆ รวมทั้งตัวบุคคลให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำสิ่งที่ยาก สลับซับซ้อนมากขึ้น ตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ๆ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวต่อ

สภาพแวดล้อม หรือภาวะใหม่ในบริบทของครอบครัวและสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของบุคคล แสดงออกในพฤติกรรมพัฒนาการและผลงานที่ก้าวหน้าเป็นขั้นตอน

พัชรี ผลโยธิน และอรุณี หรดา (2558: 6) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวเด็กทั้งในด้านโครงสร้างและแบบแผนของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างมีทิศทาง และดำเนินไปตามเวลาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปฏิสนธิจนโต เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคม และสติปัญญา ซึ่งถือเป็นรากฐานและคุณภาพชีวิตเด็กในวัยต่อมา

จิตตินันท์ เตชะคุปต์ (2556: 7) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการ (development) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวมนุษย์โดยธรรมชาติ ทั้งในด้านโครงสร้างและแบบแผนของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออก เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต โดยมีลักษณะที่แน่นอนเป็นแบบแผนสลับซับซ้อนผสมผสานตามลำดับขั้นอย่างก้าวหน้า มีทิศทางและดำเนินไปอยู่ตลอดเวลา พัฒนาการในที่นี้ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงทางปริมาณ (Quantitative Change) ที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มจำนวนหรือขนาดรูปร่าง และอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางคุณภาพ (Qualitative Change) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและการจัดระเบียบส่วนต่างๆ ของร่างกายทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคม และสติปัญญา

วิณี ชิตเชิดวงศ์ (2537 : 149) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Process of change) ในด้านต่างๆ ของมนุษย์อย่างมีระเบียบแบบแผนสืบเนื่องกันไป ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางคุณภาพ (Quality) การพัฒนานั้นไม่เพียงแต่เพิ่มในด้านขนาด รูปร่าง หรือน้ำหนักเท่านั้นแต่รวมถึงการที่จะต้องมีความรู้ใหม่ๆ เกิดขึ้นและมีความสามารถใหม่ๆ เกิดขึ้น

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2553: 21) ได้ให้ความหมายว่า พัฒนาการเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทั้งที่สังเกตได้ง่าย ชัดเจน และมองเห็นได้ยาก ไม่ชัดเจน ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างและแบบแผนร่างกายทุกส่วนที่ดำเนินไปอย่างมีลำดับขั้นตอน ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 6 ปี ทั้งด้านทางร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา ซึ่งมีลักษณะพิเศษกว่าช่วงวัยอื่นๆ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผสมผสานในช่วงเวลาเดียวกัน

1.2.2 หลักพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

มนุษย์มีกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เปลี่ยนแปลงไปตลอดชีวิต เด็กแต่ละคนจะแตกต่างกันตามพันธุกรรมที่ได้รับจากพ่อแม่และสภาพแวดล้อม มีหลักในการพัฒนาที่สำคัญหลายอย่าง ซึ่งมีผู้กล่าวถึงหลักพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

สิริมา ภิญโญนนตพงษ์ (2553: 30) ได้กล่าวถึง หลักของพัฒนาการของมนุษย์ทุกคนนั้นมีหลักการดังนี้ คือ

1. พัฒนาการของมนุษย์เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีขั้นตอนและเกิดขึ้นต่อเนื่องอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปฏิสนธิจะค่อยๆพัฒนาเติบโตเป็นเด็กและผู้ใหญ่ต่อไป โดยขั้นต้นเป็นพื้นฐานสำหรับขั้นต่อไป

2. พัฒนาการของมนุษย์เป็นไปอย่างมีแบบแผนเฉพาะ พัฒนาการของมนุษย์จะเป็นระยะๆ กล่าวคือ เมื่อเด็กเกิดมาลืมตาโลก เด็กจะนอนแบเบาะก่อน ต่อจากนั้นค่อยๆพัฒนาคว่ำ นั่ง คืบ คลาน ยืน และเดินในที่สุด นอกจากนี้การพัฒนาของมนุษย์ทางด้านร่างกายจะถูกกำหนดพัฒนาไปเป็น 3 ทิศทาง คือ

ทิศทางที่ 1 พัฒนาการจะเริ่มจากส่วนบนลงล่างหรือศีรษะไปเท้า (Cephalo Caudal Development) เด็กทารกจะมีศีรษะใหญ่เมื่อแรกเกิด และต่อมาอวัยวะส่วนอื่นๆ ค่อยๆเจริญเติบโตจนได้สัดส่วนกับศีรษะและอวัยวะส่วนบน

ทิศทางที่ 2 พัฒนาการจะเริ่มจากแกนกลางของลำตัว ไปสู่อวัยวะส่วนข้าง (Proximal Distal Development) เช่น เด็กจะสามารถเคลื่อนไหวลำตัวได้ก่อนการใช้แขนขาและนิ้วมือเด็กจะใช้ทั้งแขนมัดสิ่งของก่อนจะควบคุมข้อมือ ฝ่ามือ และนิ้วมือได้

ทิศทางที่ 3 พัฒนาการเคลื่อนไหวของร่างกาย พัฒนาการทางทักษะจากทั่วไปสู่ทักษะการเคลื่อนไหวเฉพาะเจาะจง เด็กทารกอายุประมาณ 4-6 เดือน ยังไม่สามารถใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับของเล่นได้ หรือสามารถหยิบของเล่นได้เปลี่ยนจากมืออีกข้างหนึ่งได้

3. พัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่แรกจะมีผลต่อพัฒนาการระยะต่อไป พัฒนาการของมนุษย์นั้นมีทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญา จริยธรรม และบุคลิกภาพ ทั้งหมดทุกด้านจะมีความสัมพันธ์กันหมดแต่ละส่วนจะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน และถ้ามีพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งบกพร่อง ก็จะนำไปสู่ความบกพร่องในด้านอื่นๆด้วย และมีผลกระทบกระเทือนในระยะต่อไป

4. พัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่เด็กจนกระทั่งผู้ใหญ่ แต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมในแต่ละช่วงชีวิต ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ได้รับจากพ่อแม่เป็นตัวกำหนดศักยภาพ ส่วนปัจจัยทางสภาพแวดล้อมเป็นตัวกำหนดโอกาสความเป็นไปได้ของการที่เด็กเติบโตและพัฒนาตามศักยภาพนั้นๆ

นิตยา คชภักดี (2551: 361-363) ได้กล่าวถึง หลักพัฒนาการของมนุษย์ ว่ามนุษย์มีกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นเป็นพลวัต (dynamic) เปลี่ยนแปลงไปตลอดชีวิต แม้บุคคลจะมีความแตกต่างทางพันธุกรรม และเด็กเติบโตขึ้นในบริบทเชิงสังคมวัฒนธรรมที่หลากหลาย แต่มีหลักการที่สามารถนำมาใช้อธิบายกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ได้ ดังนี้

1. พัฒนาการของมนุษย์เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ปฏิสนธิ (conception) จนถึงวุฒิภาวะ (maturity) และดำเนินไปตลอดชีวิต และพัฒนาการของเด็กที่สำคัญเกิดขึ้นตั้งแต่เป็นทารก และช่วงปฐมวัยก่อนที่จะเข้าโรงเรียน การส่งเสริมต้องเริ่มตั้งแต่อนคลออด วัยทารก และต่อเนื่องโดยวิธีการที่เหมาะสม

2. ลำดับขั้นตอน (sequence) ของพัฒนาการของแต่ละบุคคลจะมีลักษณะเดียวกัน แต่อัตรา (rate) และระยะเวลาในการผ่านขั้นตอนต่างๆ อาจต่างกันได้ พัฒนาการของเด็กดำเนินไปเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันอย่างที่คาดการณ์ได้ โดยในแต่ละขั้นตอนเด็กจะมีวิธีการเรียนรู้ที่เปลี่ยนไป และช่วงที่กำลังปรับจากขั้นเดิมไปสู่ขั้นที่สูงขึ้นที่ Brazelton เรียกว่า touchpoints เด็กอาจมีความสับสนและแสดงพฤติกรรมถดถอยชั่วคราวได้ เด็กแต่ละคนอาจมีความสามารถในด้านหนึ่งก่อนอีกด้านหนึ่งได้

3. พัฒนาการด้านต่างๆ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน (several inter-related dimensions) พัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา สังคม จิตใจ และอารมณ์ แต่ละส่วนส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ด้านใดด้านหนึ่งก้าวหน้าอีกด้านหนึ่งจะก้าวหน้าตามด้วย และถ้าด้านใดผิดปกติก็จะทำให้ด้านอื่นๆ ผิดปกติตามไปด้วย

4. ระดับพัฒนาการของเด็กขึ้นอยู่กับระดับวุฒิภาวะทางสมองและระบบประสาทโดยตรง กล่าวคือระบบประสาทที่ควบคุมอวัยวะหรือระบบต่างๆ จะต้องพัฒนาและจัดระเบียบอย่างเต็มที่ ก่อนที่ระบบหรืออวัยวะนั้นจะทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ปัจจัยแวดล้อมเชิงกายภาพและสังคม (physical and social environment) ในวัยเด็กมีส่วนสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างและการทำงานของสมองและระบบประสาท นอกเหนือไปจากปัจจัยทางพันธุกรรมและสารอาหารที่เด็กได้รับ

5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพันธุกรรม กับปัจจัยด้านภาวะแวดล้อมในแต่ละช่วงชีวิต โดยปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดศักยภาพ ส่วนสภาพครอบครัว สังคม และโอกาสที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีแบบอย่างและประสบการณ์การเรียนรู้เป็นสิ่งที่กำหนดโอกาสเป็นไปได้ของการแสดงออกที่มากหรือน้อย ศักยภาพของแต่ละบุคคลนั้นๆ ถือเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของพัฒนาการว่าเต็มที่ตามศักยภาพหรือไม่เพียงใด

6. ทิศทางของพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เริ่มจากศีรษะไปยังปลายเท้า ทารกจะชันคอได้ก่อนแล้วจึงคว่ำ นั่ง ยืน คลาน และเดินได้ ส่วนการควบคุมการทำงานของแขนขาจะมีทิศทางจากส่วนใกล้ตัวไปส่วนปลาย (proximodistal direction)

7. พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวจะเปลี่ยนจากปฏิกิริยาสะท้อนที่ทารกไม่สามารถบังคับ มาเป็นการเคลื่อนไหวที่ควบคุมได้ (from reflex to voluntary movement)

8. พฤติกรรมทางพฤติกรรมเริ่มจากการแสดงออกรวมๆ ก่อนที่จะเปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมที่เจาะจง

9. การปฏิบัติที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก (developmentally appropriate practice) จะทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้าตามลำดับได้ดี เมื่อเด็กมีประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองจากประสาทสัมผัสต่างๆ ได้แก่ มองเห็น ได้ยิน หยิบจับ ได้กลิ่น ชิมรส นำไปสู่การคิด การรู้สึก การพูด และการลงมือกระทำ

สุขจริง ว่องเดชากุล (2558: 6) ได้กล่าวว่า มนุษย์มีกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เปลี่ยนแปลงไปตลอดชีวิต เด็กแต่ละคนจะแตกต่างกันตามพันธุกรรมที่ได้รับจากพ่อแม่และสภาพแวดล้อม มีหลักในการพัฒนาที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการเกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดชีวิต ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิต่อเนื่องไปตลอดชีวิต
2. เป็นลำดับขั้นตอนในลักษณะเดียวกัน มีทิศทางที่เป็นแบบแผน พัฒนาเป็นลำดับขั้นตอน การพัฒนาการเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ เช่น คลานก่อนนั่ง นั่งก่อนยืน เป็นต้น ทำให้สามารถคาดการณ์ว่าเด็กที่พัฒนาการปกติจะมีพัฒนาการใหม่ๆ ช่วงอายุใด เด็กแต่ละคนมีลักษณะเดียวกัน แต่อัตราและระยะเวลาอาจแตกต่างกันได้
3. พัฒนาการด้านต่างๆ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และส่งผลกระทบกันและกัน พัฒนาการด้านหนึ่งก้าวหน้า พัฒนาการอีกด้านหนึ่งจะก้าวหน้าตามด้วย
4. ระดับพัฒนาการขึ้นอยู่กับระดับวุฒิภาวะของสมองและระบบประสาท หมายถึง ระบบประสาทที่ควบคุมอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายจะต้องพัฒนาอย่างเต็มที่ ก่อนที่ระบบต่างๆ ของร่างกายจะทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์
5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านพันธุกรรมกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม พันธุกรรมกำหนดศักยภาพ การเลี้ยงดูจากพ่อแม่ ครอบครัว การมีแบบอย่าง การได้รับโอกาสเรียนรู้จะเป็นสิ่งกำหนดโอกาสของความเป็นไปได้ของการแสดงออก
6. ทิศทางของการพัฒนาด้านการเคลื่อนไหว เริ่มต้นจากศีรษะไปปลายเท้า เด็กชันคอก่อนคว้า คลาน ยืน เดิน ส่วนการควบคุมการทำงานของแขนขา มีทิศทางจากส่วนใกล้ตัวไปส่วนปลาย
7. การปฏิบัติที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก จะทำให้พัฒนาการก้าวหน้าตามลำดับได้ดี

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามลำดับขั้นของพัฒนาการที่เป็นไปตามธรรมชาติ เด็กแต่ละคนอาจพัฒนาเร็วหรือช้าแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับความแตกต่างส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นในตัวเด็ก ขึ้นอยู่กับโอกาสของการได้รับการอบรมเลี้ยงดู และประสบการณ์เรียนรู้ เพราะเด็กในวัยนี้มีความเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้านอย่างรวดเร็วและเป็นไปตามขั้นตอนแบบแผนของพัฒนาการ

1.2.3 องค์ประกอบพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวเด็กอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปฏิสนธิจนเข้าสู่ช่วงอายุ 3-6 ปี ซึ่งมีความพิเศษกว่าช่วงวัยอื่นๆ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงหลายองค์ประกอบทั้งด้านทั้งทางคุณภาพและปริมาณ ซึ่งมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

พัชรี สวนแก้ว (2545: 28-30) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของพัฒนาการว่าพัฒนาการของมนุษย์จะเกี่ยวข้องกับขบวนการพื้นฐาน 2 อย่าง คือ

1. วุฒิภาวะ (Maturation) หมายถึง ผลรวมที่เกิดจากอิทธิพลของยีนส์ซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวควบคุมแบบแผนของร่างกาย อันจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในระดับอายุต่างๆ โดยไม่ต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้แต่ต้องอยู่ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่ปกติ เช่น เมื่อเด็กถึงระยะหนึ่งก็จะคลานได้ และเมื่อก้ามเนื้อหรือโครงกระดูกเจริญแข็งแรงพอก็พร้อมที่จะเดิน

2. การเรียนรู้ (Learning) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์หรือการฝึกหัด นั่นคือ กิจกรรมต่างๆ ที่เด็กได้กระทำ หรือการเรียนรู้ของเด็กต้องการแบบฝึกหัด การทดลอง เพื่อเปลี่ยนแปลงในด้านกิจกรรม ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางร่างกายและพฤติกรรมของเด็ก การเรียนรู้ทำให้เด็กมีประสบการณ์ต่างๆ เพิ่มขึ้นเพราะเด็กได้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้เห็น ได้ฟัง และได้สัมผัส จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนารูปร่าง

สำหรับเด็กปฐมวัยลักษณะของพัฒนาการประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ลักษณะคือ

1. องค์ประกอบภายในร่างกาย (Internal factors) ประกอบด้วย

- 1.1 พันธุกรรม เซลล์แต่ละชนิดภายในร่างกายของมนุษย์จะประกอบไปด้วย 46 โครโมโซม ซึ่งมีการจับคู่ 23 คู่ ในแต่ละโครโมโซมนั้นจะประกอบไปด้วยยีนส์ (Genes) หลายพันยีนส์ ดังนั้นในโครโมโซมซึ่งมียีนส์อยู่เป็นจำนวนมากจึงเป็นลักษณะที่กำหนดการเจริญเติบโตและลักษณะของพัฒนาการในแต่ละขั้นตอนของชีวิต ลักษณะของพัฒนาการที่ถูกกำหนดโดยพันธุกรรมจะประกอบไปด้วยลักษณะทางร่างกายต่างๆ เช่น สีของลูกตา ชนิดของเส้นผม ลักษณะความสูงของร่างกาย รวมทั้งลักษณะทางร่างกายอื่นๆ ซึ่งนับว่าเป็นลักษณะที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

- 1.2 การมีวุฒิภาวะ เป็นลักษณะของการเปลี่ยนแปลงอย่างมีรูปแบบภายในร่างกายในลักษณะที่เป็นขนาด รูปร่าง และทักษะ ซึ่งจะปรากฏขึ้นมาตั้งแต่จุดกำเนิดของชีวิต แต่ต่อเนื่องกันตามลำดับ การมีวุฒิภาวะไม่จำเป็นจะต้องมีการฝึกฝนและการเรียนรู้ใดๆ เพราะเมื่อถึง เวลาอันสมควรแล้วเด็กจะสามารถทำพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างแน่นอน ดังนั้น ขณะที่เด็กกำลังอยู่ในครรภ์เด็กจะมีวุฒิภาวะและมีการพัฒนาการเป็นไปตามลำดับขั้นตอน เมื่อเด็กคลอดออกมา

ลักษณะของการพัฒนาการที่เป็นไปตามการมีวุฒิภาวะนั้นจะยังคงมีอยู่ต่อไป กล่าวคือ เด็กจะมีทักษะของการคลาน การเดิน การวิ่ง และการปีนป่าย ตามลำดับขั้นไป อันเป็นผลเนื่องมาจากการมีวุฒิภาวะจากสภาพความพร้อมของร่างกายนั่นเอง

2. องค์ประกอบภายนอกร่างกาย (External factors) สิ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาต่อไปได้คืออิทธิพลที่มาจากการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมซึ่งนับเป็นขบวนการหลังคลอด การเรียนรู้ ดังกล่าวประกอบด้วยลักษณะการเรียนรู้ดังนี้

2.1 การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical conditioning) อันเป็นการเรียนรู้ที่สืบเนื่องมาจากผู้เรียนถูกเร้าให้มีการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ โดยอาศัยลักษณะธรรมชาติหรือปฏิกิริยาสะท้อน (Reflex) เช่น น้ำลายไหล การดูด การกลืน หรือการกระพริบตา เป็นต้น นับว่าเป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติของมนุษย์ที่เกิดมีอาการตอบสนองได้โดยไม่จำเป็นต้องมีการวางเงื่อนไขมาก่อน

2.2 การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) เป็นการเรียนรู้ที่มีผลสืบเนื่องมาจากตัวผู้เรียนได้กระทำเองเพื่อต้องการให้ตนเองได้รับในสิ่งที่ตนปรารถนา เช่น เมื่อเด็กหิวจะพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อต้องการให้ตนได้รับรางวัลในสิ่งที่ตนปรารถนา และในขณะที่เด็กได้กระทำพฤติกรรมต่างๆอย่างมากมายก็ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ขึ้นมาได้ ลักษณะการเรียนรู้แบบนี้จึงเป็นลักษณะของความพร้อมหรือความเต็มใจของผู้เรียนที่ต้องการกระทำพฤติกรรมต่างๆตามความพึงปรารถนาของตนเอง และเมื่อกระทำลงไปแล้วจะทำให้ผู้เรียนเกิดการจดจำจนในที่สุดกลายเป็นลักษณะนิสัยใหม่ได้

2.3 การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) เด็กและบุคคลทั่วไปมักจะมีการกระทำพฤติกรรมตามพฤติกรรมหรือกระทำของคนอื่นที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นการพฤติกรรมของพ่อแม่ หรือบุคคลที่ใกล้ชิดในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้ภาษา การแสดงออกทางอารมณ์ จริยธรรม

3. องค์ประกอบภายในและภายนอก (Interaction between internal and external factors) พฤติกรรมของเด็กทั่วไปจะเป็นผลมาจากการที่เด็กได้มีโอกาสเผชิญกับสิ่งต่างๆในชีวิตอย่างมากมาย สิ่งที่ได้เผชิญนั้นจะประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ร่างกายซึ่งมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก ซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะที่สำคัญคือ

3.1 ลักษณะที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic biological variables) หมายความว่าสิ่งต่างๆที่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ได้รับมาจากพันธุกรรมหรือได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ แต่อาจจะได้ผลสืบเนื่องมาจากสภาพการณ์ปัจจุบัน เช่น การขาดออกซิเจนขณะกำลังคลอด หรือ ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) ทำงานผิดปกติ เป็นต้น

3.2 สภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อสภาพทางจิตใจของเด็ก (Social psychology environment) จะประกอบด้วยบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับเด็ก เช่น พ่อแม่ พี่น้อง กลุ่มเพื่อน ครูในโรงเรียน บุคคลที่เด็กใกล้ชิดอยู่นั้นจะมีอิทธิพลต่อจิตใจของเด็กเป็นอย่างมาก

เช่น ถ้าเด็กไม่ได้รับความสนใจจากเพื่อนจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและไม่มีความอบอุ่นใจ เป็นต้น

3.3 สภาพทางสังคม วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ (The gennerrel social and culture) นับว่ามีส่วนสำคัญต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ การแสดงออกและกิจกรรมทางสังคมเป็นอย่างมาก เพราะหากสังคมที่บุคคลอยู่มีข้อกำหนด มีเงื่อนไข หรือมีวัฒนธรรมและประเพณีเป็นอย่างไรก็ตาม บุคคลที่อยู่ในสังคมนั้นย่อมจะต้องประพฤติ ปฏิบัติตามเงื่อนไขของสังคมนั้นๆ

จิตตินันท์ เตชะคุปต์ (2556: 8-9) ได้กล่าวว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัย เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสำคัญ 2 อย่าง คือ

1. วุฒิภาวะ (Maturation) หมายถึง สภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นถึงระดับของการแสดงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวเด็กแต่ละคน ในระยะใดระยะหนึ่งที่กำหนดตามวิถีทางของธรรมชาติ และนำมาซึ่งความสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้เหมาะสมกับวัย ศักยภาพที่เด็กแสดงออกมาในเวลาอันสมควรนี้ หรือที่เรียกว่าระดับวุฒิภาวะ (Maturity) มีอยู่ในตัวเด็กตั้งแต่กำเนิดและถูกกำหนดโดยพันธุกรรม ด้วยเหตุนี้ระดับวุฒิภาวะของเด็กที่แสดงความสามารถอย่างเดียวกัน อาจแสดงออกมาในช่วงเวลาที่ต่างกันได้

2. การเรียนรู้ (Learning) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ที่ได้รับ หรือจากการฝึกปฏิบัติอบรมสั่งสอนและปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความต้องการหรือความสนใจของเด็ก ทำให้ความสามารถของเด็กถูกนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่ ทั้งนี้การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยมีขอบเขตจำกัดทั้งช่วงเวลาความสนใจที่สั้นและเนื้อหาที่เป็นรูปธรรม ตลอดจนวิธีการเรียนรู้ในลักษณะของ “การเล่น” ที่เด็กได้ลงมือกระทำ ศึกษาค้นคว้า สำรวจสิ่งรอบตัวตามความพอใจของตนเอง และเก็บสะสมเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยเป็นผลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างวุฒิภาวะและการเรียนรู้ กล่าวคือ วุฒิภาวะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้นกับการเรียนรู้ ถ้าขาดอย่างใดอย่างหนึ่งความสามารถบางอย่างอาจจะไม่เกิดขึ้นหรือเกิดช้ากว่าที่ควรได้ เด็กแต่ละคนมีศักยภาพในการพัฒนาตนเองตามกำหนดเวลาเฉพาะของพัฒนาการนั้นๆ โดยธรรมชาติอันก่อให้เกิดความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามขั้นตอนของพัฒนาการ โดยมีสภาพแวดล้อมช่วยเสริมต่อพัฒนาการให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ช่วงเวลาที่เด็กสามารถพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่นี้ เรียกว่า ระยะพอเหมาะ (Optimal Period) ลักษณะพฤติกรรมที่เด็กสามารถแสดงออกเมื่ออยู่ในขั้นพัฒนาการนั้นๆ เรียกว่างานพัฒนาการตามวัย (Development Task) เด็กที่แสดงพฤติกรรมตามขั้นพัฒนาการได้พอเหมาะ กับวัยจะถือว่า มีพัฒนาการสมวัย

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวเด็กอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพอันเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างวุฒิภาวะและการเรียนรู้ ประกอบด้วย องค์ประกอบภายในร่างกาย ได้แก่ พันธุกรรม การมีวุฒิภาวะ องค์ประกอบภายนอกร่างกาย ได้แก่ การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก การวางเงื่อนไขแบบ

การกระทำ การเรียนรู้โดยการสังเกต และองค์ประกอบภายในและภายนอกร่างกาย ได้แก่ ลักษณะที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม สภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อสภาพทางจิตใจของเด็ก และสภาพทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ

1.2.4 คุณลักษณะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย

การเจริญเติบโตและคุณลักษณะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัยทุกคนเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะทางร่างกายและสมรรถภาพการทำงานตามหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งจะเป็นไปตามแบบแผนของการเปลี่ยนแปลงเดียวกัน แต่อัตราการเปลี่ยนแปลงผิดแผกแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลตามความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งมีผู้กล่าวถึงคุณลักษณะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัยไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์และคณะ (2551: 11-14) ได้กล่าวถึง คุณลักษณะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. การเจริญเติบโตทางร่างกาย เด็กปฐมวัยเป็นช่วงระยะเวลาที่อัตราการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปอย่างรวดเร็ว แม้ว่าพัฒนาการของเด็กปฐมวัยจะไม่ได้มีจังหวะในอัตราส่วนที่สม่ำเสมอ แต่จะอยู่ในช่วงของการเริ่มต้นและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงแรกของเด็กปฐมวัย การเติบโตของเด็กจะเป็นไปอย่างรวดเร็วในช่วงวัยทารกและวัยเตาะแตะ อัตราการเจริญเติบโตจะเริ่มปรากฏชัดระหว่างช่วงวัย 3-6 ปี และช่วงวัยเด็กตอนกลางแม้ว่าอัตราการเติบโตและวุฒิภาวะจะเป็นไปตามเอกัตบุคคล แต่ก็มีรูปแบบของการเติบโตที่เป็นไปตามลำดับขั้น คือ กล้ามเนื้อใหญ่จะพัฒนาก่อนกล้ามเนื้อเล็ก ซึ่งเป็นผลให้เด็กปฐมวัยมีความคล่องแคล่วในการวิ่งก่อนสามารถใช้กรรไกรตัดกระดาษได้

ระยะ 2 ปีแรกของช่วงปฐมวัย การเจริญเติบโตจะเป็นไปอย่างรวดเร็วมากตลอดระยะเวลาที่ย่างขึ้นขวบปีที่สามจนถึงช่วงวัยประถมศึกษา อัตราการเจริญเติบโตนี้จะเป็นอย่างรวดเร็วอีกครั้งเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น องค์ประกอบที่มีผลต่อการเจริญเติบโต คือ พันธุกรรม การเป็นโรคบางชนิด และอุบัติเหตุ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม เช่น ภาวะโภชนาการ ประสบการณ์การเรียนรู้ก็มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเจริญเติบโตของเด็กในระยะปฐมวัย นอกจากนี้เพศและเผ่าพันธุ์ก็มีผลต่อการเติบโตที่แตกต่างกันของเด็กปฐมวัยเช่นกัน

2. พัฒนาการทางการเคลื่อนไหว หรือการทำงานที่สัมพันธ์กันของร่างกายส่วนต่างๆ คือกระบวนการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดชีพที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างวุฒิภาวะ ประสบการณ์เดิม และกิจกรรมการเคลื่อนไหวใหม่ ซึ่งพัฒนาการทางการเคลื่อนไหว จะเป็นไปตามลำดับขั้นแต่ก็มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นบันได โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.1 พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross-Motor Development) เป็นการเคลื่อนไหวของทั้งร่างกาย หรือส่วนใหญ่ๆ ของร่างกาย การทำงานของกล้ามเนื้อใหญ่กลุ่มต่างๆ เช่น ความพยายามของเด็กในการคืบ คลาน กลิ้ง ม้วนตัว กระโดด ขว้างปา ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายจะครอบคลุมถึง ความสมดุล ความว่องไว ความแข็งแรง กระฉับกระเฉง การทำงานประสานกัน การยืดหยุ่น ความแข็งแกร่ง ความเร็ว และความทนทานของ พัฒนาการทางการกล้ามเนื้อใหญ่

2.2 พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเล็ก (Fine-Motor Development) เป็นการใช้กล้ามเนื้อเล็กของร่างกาย เช่น มือและเท้า การเคลื่อนไหวนี้จะประกอบด้วย ความคล่องแคล่ว ความชำนาญในการใช้มือซ้าย มือขวา ความแม่นยำ ความมั่นคง และทักษะการใช้มือ การกำ การเอื้อมถึง การถือ การผลัก การปั้นด้วยนิ้วมือ การพลิกหน้ากระดาษ กิจกรรมทั้งหมดเหล่านี้เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงทักษะการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเล็ก

2.3 พัฒนาการด้านประสาทรับรู้-การเคลื่อนไหว (Perceptual-Motor Development) เป็นกระบวนการที่เด็กปฐมวัยพัฒนาทักษะและความสามารถในการรับรู้ข้อมูลและตีความ ทำความเข้าใจจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเด็กและตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว ในระยะแรกเริ่มเด็กปฐมวัยจะรับรู้ข้อมูลหรือความประทับใจผ่านประสาทสัมผัส เช่น เด็กเล็กๆ จะจำการขยับเยื้องของริมฝีปาก ซึ่งเป็นการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ผู้ใหญ่ส่งมาให้ด้วยประสาทสัมผัสทางตา จากนั้นเด็กจะตอบสนองต่อข้อมูลที่รับรู้โดยการแสดงออกด้วยการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่น การขยับตัว การยกมือ โบกมือ แสดงออกด้วยการทำงานของกล้ามเนื้อบนใบหน้า หรือแววตาที่สื่อความหมายออกมา

พัชรี ผลโยธิน และอรุณี หรดา (2558: 34-38) ได้กล่าวถึง คุณลักษณะ พัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย ดังนี้

พัฒนาการทางร่างกายของเด็กอายุ 3-6 ปี

1. ส่วนสูง น้ำหนัก และสัดส่วนของร่างกาย

เด็กยังคงเพิ่มน้ำหนักและส่วนสูงแต่ยังไม่มาก การเพิ่มของน้ำหนักเกิดจากการเจริญเติบโตของกระดูกและกล้ามเนื้อ การเจริญเติบโตของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อนี้ทำให้สัดส่วนร่างกายค่อยๆ เปลี่ยนไป ช่วงแขน ลำตัว และขา ยาวขึ้น ศีรษะดูยาว เล็กลง เริ่มได้สัดส่วนกับลำตัว

2. พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว

เด็กวัยนี้เป็นช่วงเวลาแห่งการพัฒนา “การทำงานประสานสัมพันธ์ของอวัยวะที่ใช้เคลื่อนไหว (Motor coordination) ถือว่าเป็นจุดเด่นแห่งพัฒนาการทางกายของเด็กวัยนี้ กฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ควบคุมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวของเด็กวัย 3-6 ปี ยังคงเป็นเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมา เด็กวัยนี้บูรณาการทักษะที่มีมาก่อนมาเป็นระบบการกระทำที่ซับซ้อนขึ้นและแข็งแกร่งกว่าเดิม ระบบประสาทส่วนกลางก็พัฒนามากขึ้นด้วย สิ่งแวดล้อมรอบตัวก็ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ท้าทายใหม่ๆ สำหรับเด็ก

2.1 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ เด็กวัย 3-6 ปี มีรูปร่างเพรียวขึ้นและขนาดหัวใจแบบทารกลดลง ทำให้เด็กมีทักษะการเคลื่อนไหวใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อใหญ่ ขณะเดียวกัน แขน ขา ข้อต่อต่างๆ ของเด็กเจริญขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ศักยภาพในการใช้อวัยวะต่างๆ เพิ่มขึ้น เด็กวัยนี้จึงมีความคล่องแคล่วว่องไว สามารถควบคุมร่างกายได้เอง ใช้ทักษะการประสานสัมพันธ์ของอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น

2.2 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก เด็กวัย 3-6 ปี ไม่สามารถพัฒนากล้ามเนื้อเล็กได้ดีเหมือนกล้ามเนื้อใหญ่ แต่ก็ควบคุมมือและนิ้วมือได้ดีขึ้น ซึ่งความก้าวหน้าของกล้ามเนื้อเล็กแสดงออกมาให้เห็นได้ ดังนี้

2.2.1 ทักษะการช่วยเหลือตนเอง (Self-help skills) เด็กวัยนี้ค่อยๆ สามารถช่วยเหลือตนเองในการแต่งตัวและการกิน ซึ่งพ่อแม่ต้องอดทนในขณะที่เด็กพัฒนาความสามารถเหล่านี้

2.2.2 พัฒนาการด้านศิลปะ (Artistic development) การเปลี่ยนแปลงในการวาดของเด็กวัยนี้เป็นการสะท้อนวุฒิภาวะทางสมองเช่นเดียวกับกล้ามเนื้อ เช่น เด็ก 2 ปี ยังชอบขีดเขียนเป็นเส้นๆ เด็ก 3 ปี สามารถวาดรูปเรขาคณิตมาประกอบเป็นรูปต่างๆ เด็ก 5 ปี เริ่มวาดภาพต่างๆ เองได้ และจะวาดรูปเรขาคณิตที่ซับซ้อนได้เมื่ออายุประมาณ 6 ปี

2.2.3 การเขียนหนังสือ (Early printing) ขณะที่เด็กวาดเส้นและรูปทรง เด็กจะสังเกตตัวหนังสือในนิทานจากการเขียนของผู้คนรอบตัว เด็กจึงพยายามเขียนตัวอักษรและต่อมาก็เขียนเป็นคำ

2.3 การใช้มือ (Handedness) เด็กวัย 3 ปี จะเริ่มเห็นความชอบใช้มือข้างใดข้างหนึ่งมากกว่าอีกข้างหนึ่ง สมองซีกซ้ายควบคุมการทำงานของร่างกายด้านขวา ถ้ามีความเด่นมากกว่าจะทำให้เป็นคนถนัดใช้มือขวา ส่วนผู้ที่สมองซีกขวามีความเด่นมากกว่าก็จะทำให้เป็นคนถนัดใช้มือซ้าย

ดังนั้น เด็กอายุ 3-6 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสัดส่วน มีความก้าวหน้าทางด้านโครงสร้างของร่างกาย และมีจุดเด่นเรื่องการทำงานประสานสัมพันธ์ของอวัยวะที่ใช้เคลื่อนไหว มีความสามารถเพิ่มขึ้น เด็กเริ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น

การเรียนรู้ทางร่างกายของเด็กอายุ 3-6 ปี

การเรียนรู้ทางร่างกายของเด็กวัยนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการเรียนรู้จากการเคลื่อนไหว เด็กวัยนี้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว เด็กจึงมีความต้องการที่จะกระโดดโลดเต้น วิ่งเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อใหญ่และต้องการทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ได้แก่

1. การเรียนรู้การใช้กล้ามเนื้อใหญ่

หลังจากอายุ 2 ปี ที่เด็กเดินได้อย่างราบเรียบเป็นจังหวะพอที่จะมั่นคงพอที่จะเกิดการเคลื่อนไหวใหม่ๆ ได้ในระยะเวลาอันใกล้ ในครั้งแรกเด็กจะวิ่ง กระโดด วิ่งกระโดด กระโดดเชือก ในขณะที่เท้าและขาพองร่างกายได้มั่นคงขึ้น แขนและลำตัวก็เป็นอิสระที่จะทดลองกับ

ทักษะใหม่ๆ ในเวลาไม่นานนักทักษะร่างกายส่วนบนและส่วนล่างจะประสานกัน เป็นการกระทำที่สมดุลและสม่ำเสมอมากขึ้น

2. การเรียนรู้การใช้กล้ามเนื้อเล็ก

เป็นการเรียนรู้ทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการใช้มือ นิ้วมือ และการประสานสัมพันธ์ของอวัยวะของร่างกาย ในการฝึกการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำและแต่งตัว การเล่นที่ใช้มือและนิ้วมือ

ดังนั้น การเรียนรู้ทางร่างกายของเด็กอายุ 3-6 ปี ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการเคลื่อนไหวที่ใช้กล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็ก ตลอดจนการประสานสัมพันธ์ของอวัยวะต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2546 ได้กำหนดประสบการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องคุณลักษณะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา. 2546ก: 18-19) ดังนี้

1. การทรงตัวและการประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อใหญ่ ได้แก่

1.1 การเคลื่อนไหวอยู่กับที่และการเคลื่อนไหวเคลื่อนที่ เช่น ตบมือ ผงกศีรษะ ขยับตา เคาะเท้า เคลื่อนไหวมือและแขน มือและนิ้วมือ เท้าและปลายเท้าอยู่กับที่ คลาน คืบ เดิน วิ่ง กระโดด คอขวด ก้าวกระโดด เคลื่อนที่ไปข้างหน้า-ข้างหลัง ข้างซ้าย-ข้างขวา ฯลฯ

1.2 การเคลื่อนไหวพร้อมวัสดุอุปกรณ์ เช่น เคลื่อนไหวพร้อมเชือก ผ้าแพร ฯลฯตามจินตนาการหรือตามคำบรรยายของผู้สอน ฯลฯ

1.3 การเล่นเครื่องเล่นสนาม เช่น เล่นปีนป่ายเครื่องเล่น ขี่จักรยานสามล้อ ฯลฯ

2. การประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อเล็ก ได้แก่

2.1 การเล่นเครื่องเล่นสัมผัส เช่น ร้อยลูกปัด ต่อภาพตัดต่อ ฯลฯ

2.2 การเขียนภาพและการเล่นกับสี เช่น เขียนภาพด้วยสีเทียน สีน้ำ ปะเก็น ทับสี ฯลฯ

2.3 การปั้นและประดิษฐ์สิ่งต่างๆ ด้วยดินเหนียว ดินน้ำมัน ทราย ไม้ เศษวัสดุ ฯลฯ เช่น ปั้นดินเหนียว ดินน้ำมัน ประดิษฐ์เศษวัสดุ ฯลฯ

2.4 การต่อของ บรรจุ เท และแยกชิ้นส่วน เช่น เล่นทราย น้ำ ต่อก้อน ไม้บล็อก/พลาสติกสร้างสรรค์ ฯลฯ

3. การรักษาสุขภาพ ได้แก่

3.1 การปฏิบัติตนตามสุขอนามัย เช่น ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ทำความสะอาดหลังจากเข้าห้องน้ำ ห้องส้วม รับประทานอาหารกลางวันที่ครบห้าหมู่ การนอนกลางวัน เล่นอิสระ เล่นเครื่องเล่นสนาม ดูแลรักษา ความสะอาดของของเล่น ฯลฯ

4. การรักษาความปลอดภัย ได้แก่

4.1 การรักษาความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน เช่น เล่นเครื่องเล่นที่ถูกต้อง การระวังรักษาตนเองเจ็บป่วยเป็นไข้หวัด ฯลฯ

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2552: 21-38) ได้กำหนดสมรรถนะของเด็กปฐมวัย ที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการทางด้านร่างกาย คือ ส่วนหลักที่ 1 ด้านการเคลื่อนไหว และสุขภาวะทางกาย (Motor Development and Physical well-being) ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนย่อยที่ 1.1 การเคลื่อนไหว (Physical Skill Development) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1.1.1 ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัวโดยใช้กล้ามเนื้อใหญ่
สมรรถนะ: เด็กสามารถแสดงความแข็งแรงและประสานการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่

1.1.2 ด้านการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อเล็ก
สมรรถนะ: เด็กสามารถแสดงความแข็งแรงและประสานการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเล็ก

1.1.3 ด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว
สมรรถนะ: เด็กสามารถใช้ประสาทสัมผัสต่างๆ (เช่น การเห็น ได้ยิน กายสัมผัส ฯลฯ) เป็นการนำในการเคลื่อนไหว

ส่วนย่อยที่ 1.2 สุขภาวะทางกาย (Physical well-being) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1.2.1 ด้านโภชนาการ
สมรรถนะ: เด็กรับประทานอาหารหลายๆ ชนิดที่มีประโยชน์และปลอดภัย

1.2.2 ด้านสมรรถภาพทางกาย
สมรรถนะ: เด็กแสดงความแข็งแรงและความทนทานทางร่างกาย

1.2.3 ด้านความปลอดภัย
สมรรถนะ: เด็กแสดงออกว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัย

1.2.4 ด้านการช่วยเหลือและดูแลตนเอง
สมรรถนะ: เด็กสามารถช่วยเหลือและพึ่งตนเองได้ในกิจวัตรของตน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า คุณลักษณะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงลักษณะของร่างกายและความสามารถของร่างกาย เกิดจากการที่ระบบประสาทสัมผัสและสมอง ศักยภาพการทำงานของส่วนต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเด็กทุกคนอาจมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐาน ลักษณะทางเพศและสภาพการเลี้ยงดู โดยแบ่งเป็นด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

1.3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1.3.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

คำว่า “พฤติกรรมสุขภาพ” ประกอบด้วยคำหลัก 2 คำ คือ “พฤติกรรม” และ “สุขภาพ” เพื่อช่วยให้เข้าใจความหมายได้ถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอความหมายของ “พฤติกรรมสุขภาพ” โดยแยกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรม สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ แต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

1.3.1.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม มาจากคำในภาษาอังกฤษว่า Behavior ซึ่งเป็นการกระทำหรือกิจกรรมต่างๆ ของคนและสัตว์ ที่สามารถสังเกตเห็นได้และไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

กู๊ด (Good. 1973: 120) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำอย่างหนึ่งในสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของงาน หรือเป็นคุณลักษณะที่เกี่ยวกับคุณภาพในการกระทำของบุคคล

สกินเนอร์ (Skinner. 1974: 3) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของมนุษย์ไม่ว่าการกระทำนั้นๆ ผู้กระทำจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม

กันยา สุวรรณแสง (2538: 92) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม เป็นกิริยาอาการ บทบาท ลีลา ท่าที การประพฤติปฏิบัติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรือมีฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

สุชาติพิทย์ สกุลชีวะพัฒนา (2536: 87) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมของอินทรีย์ทั้งที่สังเกตได้ง่าย เช่น การนั่ง การเล่น การพูด การยกมือ ฯลฯ และที่สังเกตได้ยาก เช่น การคิด การจำ การรับรู้ และความรู้สึก

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541: 2) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้ โดยพฤติกรรมสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

จรรยา สุวรรณทัต และภัทรา สุคนธ์ทรัพย์ (2544: 124-125) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของคนและสัตว์ ได้แก่ การแสดงออกโดยกิริยาท่าทางหรือการประพฤติปฏิบัติต่างๆ ตลอดจนการแสดงออกทางสีหน้าและวาจา อาจเป็นการแสดงออกตามปกติวิสัยในการดำรงชีวิต เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น และอาจเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น โกรธ กลัว ดีใจ เสียใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อได้ยินคำว่า “พฤติกรรม” คนส่วนมากหมายถึง การแสดงออกที่บุคคลมองเห็นหรือสังเกตได้

พัชรีย์ ผลโยธิน (2559: 6) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมทุกอย่างของคน (และสัตว์) ทั้งที่เป็นการแสดงออกซึ่งสังเกตได้ และที่ถูกควบคุมไม่แสดงออกมาให้เห็น

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2551) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเป็นกิจกรรมต่างๆ ของสิ่งมีชีวิตที่บุคคลกระทำและบุคคลอื่นสามารถสังเกตได้ หรือใช้เครื่องมือทดสอบได้ เช่น การหัวเราะ ร้องไห้ กิน นอน เล่น อาการกระทำ เหล่านี้เป็นลักษณะของพฤติกรรม สามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ พฤติกรรมเปิดเผย (Overt Behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถมองเห็นได้ เป็นการแสดงออกของการกระทำต่างๆ ได้แก่ การพูด การยิ้ม การกิน การนอน ตลอดจนการใช้สัญลักษณ์ที่สังเกตเห็นได้เป็นพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมปกปิด (Covert Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถจะสังเกตได้จึงเป็นความคิด อารมณ์ ความจำ ความฝัน เป็นพฤติกรรมภายใน

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำต่างๆ ของสิ่งมีชีวิต ซึ่งเป็นได้ทั้งสิ่งที่สังเกตได้และไม่ได้ โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกซึ่งสามารถสังเกตได้ พฤติกรรม ภายในซึ่งสังเกตไม่ได้

1.3.1.2 ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ มาจากคำในภาษาอังกฤษว่า Health ซึ่งเป็นสภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งมีผู้ให้ความหมายสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

ฮาน และ เพนนี (Hahn and Payne. 2001: 12) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง และประยุกต์ใช้ทรัพยากรจากองค์ประกอบของสุขภาพทั้ง 6 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย มิติด้านอารมณ์ มิติด้านสังคม มิติด้านสติปัญญา มิติด้านจิตวิญญาณ และมิติด้านการดำรงอาชีพในการดำรงชีวิต เพื่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ และสภาพความเป็นอยู่เท่าที่จะเป็นไปได้

กรีนเบิร์ก (Greenburg. 1998: 3) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ คือ คุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคล ที่ประกอบไปด้วยความสมบูรณ์ทั้งด้านสังคม จิตใจและร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2550: 1) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ปัญญา หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

ดวงพงศ์ พงศ์สยาม (2552: 3) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ ปราศจากโรคใดๆ อันจะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขทั้งทางกาย และใจอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล (2546: 5) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นองค์รวม ภาวะปราศจากอาการแสดงโรค การแสดงบทบาทที่เหมาะสมเต็มศักยภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและสภาพแวดล้อมในสังคม ความรู้สึกผาสุก การตอบสนองความต้องการ ความเป็นพลวัตร สุขภาวะที่สมบูรณ์

นิตยา ไทยาภิรมย์ (2551: 1) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง การมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ดีด้วย เนื่องจากเด็กยังอยู่ในกระบวนการของการเจริญเติบโต ด้านร่างกายและพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ (ปัญญา)

ประเวศ วะสี (2543: 35) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ปัญญา หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

1.3.1.3 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ มาจากคำในภาษาอังกฤษว่า Health Behavior ซึ่งเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ในการดำรงชีวิตประจำวันอันมีผลต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

แกนซ์ (Glanz, K.1997: 9) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ลักษณะของบุคคล ในด้านความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และด้านความรู้ อื่นๆ ลักษณะของบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ นิสัย ที่สามารถสังเกตได้ เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

คาสส์ และคอบบี้ (Kasl; & Cobb.1966: 248) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และการประกอบอาชีพ รวมไปถึงการรับมือคุ้มกันโรค

พาลแลงค์ (Palank.1991: 816) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมต่างๆที่เริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกาย

อย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆในเวลารว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆ ที่ลดภาวะความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

ก๊อชแมน (Gochman. 1982: 169) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติต่างๆ ของบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ รวมถึงบุคลิกภาพ ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ลักษณะนิสัย และพฤติกรรมที่เป็น การกระทำที่เด่นชัด ซึ่งสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และปกป้องสุขภาพ

เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์ (2556: 3) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก เป็นการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ ทั้งนี้การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ การมีเจตคติที่ดี รวมทั้งการปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพ

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2553: 5) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การปรับปรุง และการฟื้นฟูสุขภาพ อาจสังเกตได้และสังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ด้วยวิธีการต่างๆ ที่สังเกตได้คือนิสัยหรืออุปนิสัย ที่สังเกตไม่ได้เป็นองค์ประกอบด้านความคิด สภาวะอารมณ์ และความรู้สึก เช่น ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และแรงจูงใจ เป็นต้น

กองสุขศึกษา (2552: 5) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ซึ่งมีผลมาจากความรู้ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ทิพย์วัลย์ เรืองขจร (2550: 6) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคล ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลรักษา ป้องกัน หรือสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน 3 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านความรู้ (cognitive behavior) พฤติกรรมด้านเจตคติ (attitude หรือ affective behavior) พฤติกรรมด้านทักษะ (skill หรือ psychomotor behavior)

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ดันสกุล (2550: 9) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ดารณี จงอุดมการณ์และคณะ (2546: 5) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำและนิสัยของบุคคลที่ปฏิบัติจนเคยชินซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกัน

สุขภาพ และการปฏิบัติเมื่อมีความเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมถึงการกิน อยู่ หลับนอน เพศสัมพันธ์ การจัดการกับความเครียด การดูแลทางด้านจิตใจ และการป้องกันอุบัติเหตุ

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ซึ่งมีผลมาจากความรู้ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

1.3.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไป

ธิติมาส หอมเทศ (2555: 7-9) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่กระทำทั้งขณะที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย การหาวิธีการรักษา การปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย การจำแนกพฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาร่างกายให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพพันทุก 6 เดือน เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมของประชาชน ที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ซึ่งจะเสริมสร้างความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม การป้องกันเฉพาะโรค (Specific Protection) เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การกำจัดสาเหตุของโรค

2.2 การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นระดับการป้องกันที่ทำการค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และการรับรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มป่วย ซึ่งเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไปสู่บุคคลอื่นด้วย

2.3 การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นระดับการป้องกันในระยะเจ็บป่วยแล้ว โดยให้มีการฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ตลอดจนถึงแก่ชีวิต

3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพ และมีการค้นหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค อาการ การรักษาโรค ความเชื่อ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม

4. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick-role Behavior) เป็นพฤติกรรมเมื่อบุคคลกระทำเมื่อเจ็บป่วยโดยการยอมรับการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี

ปิยะนุช จิตตุนนท์ (2553: 5-6) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เด็กวัยเรียนเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก นอกจากนี้วัฒนธรรมตะวันตก และสื่อต่างๆ มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยเรียน

2. พฤติกรรมออกกำลังกาย ปัจจุบันเด็กวัยเรียนมีการออกกำลังกายและทำกิจกรรมทางกายน้อยลง เนื่องจากมีเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น และเด็กใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นเกมคอมพิวเตอร์ อ่านหนังสือการ์ตูน และเรียนพิเศษ

3. พฤติกรรมการเล่นกลางแจ้ง เด็กวัยเรียนมีวิธีเล่นกลางแจ้งหลากหลายวิธี เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นเกมคอมพิวเตอร์ เดินเล่นตามห้างสรรพสินค้า เป็นต้น

สุชาติ โสมประยูรและคณะ (2550: 66-68) กล่าวว่า โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพของคนอาจจำแนกได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมส่งเสริมให้ตัวเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การไม่สูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด การพักผ่อนที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง และอีกลักษณะหนึ่งคือพฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกปวดท้อง บุคคลอาจมีพฤติกรรมต่อการปวดท้องได้หลายลักษณะ เช่น อาจเพิกเฉยเพื่อรอดูอาการต่อไป หรืออาจปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติของตน หรืออาจไปแสวงหาการรักษาพยาบาล เช่น ไปซื้อยามารับประทาน หรือไปพบแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพของคนเมื่อเจ็บป่วยจึงจำแนกออกได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นขั้นของการรับรู้ (preceive) ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น และระยะที่สอง คือ ระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนอง (take action) กับความผิดปกตินั้นๆ

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเขาเป็นโรคหวัด ต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง พักผ่อนมากๆ รักษาร่างกายให้อบอุ่น ไม่ควรดื่มน้ำเย็นหรือหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคมีมากขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ประเภท ที่กล่าวมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพทั้งสิ้น แต่พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะมีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลเอง รวมทั้งครอบครัวและสังคมของบุคคลนั้นด้วย

สมศรี คามากิ และภานี ขวัญดี (2549: 20) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับคนไทย ตามกลุ่มวัย ตามหลักการสร้างสุขภาพ 6 ข้อ ได้แก่

1. ด้านอาหาร คือ รู้จักบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ และกินอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัย
2. ด้านออกกำลังกาย คือ มีพฤติกรรมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ร่างกายได้ใช้แรงงานหรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัวเพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การทำงาน หรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น
3. ด้านอารมณ์ คือ รู้จักควบคุมอารมณ์ การมีชีวิตที่เป็นสุข ลดความเครียด สร้างสายใยสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และมีครอบครัวที่อบอุ่น
4. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ การสร้างหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อหรือเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนมีจิตสำนึกที่จะช่วยดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัว
5. ด้านโรคภัย คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต
6. ด้านอนามัย คือ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคมและสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เสพยาเสพติด

พิเชฐ เจริญเกษ (2548: 3-4) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การคลายเครียด การงดสิ่งเสพติด และการตรวจสุขภาพประจำปี
2. พฤติกรรมป้องกัน ได้แก่ การสวมอุปกรณ์ความปลอดภัย การรับบริการสุขภาพพื้นฐาน การรับวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ
3. พฤติกรรมการรักษา ได้แก่ การรับบริการรักษาโรคต่างๆ การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์
4. พฤติกรรมฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพร่างกายหลังผ่าตัด การทำกายภาพบำบัด การรับคำปรึกษาทางจิตเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ

ดารณี จงอุดมการณ์และคณะ (2546: 15-18) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 6 กลุ่มพฤติกรรม ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริโภค
2. พฤติกรรมความเครียด
3. พฤติกรรมทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์
4. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสิ่งแวดล้อม

5. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

6. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะนี้ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลต่างๆ ได้รับการปลูกฝัง หรือได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มต่างก็ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และมีลักษณะพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

เพ็นเดอร์และคณะ (Pender N.J. 2002: 34-35) ได้แบ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 10 ประเภท ได้แก่

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Competence in Self-care) เป็นลักษณะพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปของบุคคล เช่น การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การอ่านหนังสือ การงดสูบบุหรี่ การดูแลฟัน การฝึกหายใจ การสังเกตสิ่งผิดปกติ

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของบุคคล การรู้จักวางแผนในการเลือกรับประทานอาหาร และเลือกอาหารที่มีคุณค่า หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ทำลายสุขภาพ

3. การออกกำลังกายและสันทนาการ (Physical Exercise or Recreation) เป็นกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายมีการหดตัว ขยายตัวของข้อต่างๆ มีการเคลื่อนไหว เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆ การพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสม

4. การนอนหลับ (Sleep Pattern) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น การจัดเวลาสำหรับการผ่อนคลาย ให้อวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกายมีการผ่อนคลายก่อนนอน มีการนอนหลับตลอดทั้งคืน นอนหลับอย่างเพียงพอ

5. การจัดการกับความตึงเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อลดปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม หรือมากระตุ้น มุ่งให้เกิดความสมดุลทางสุขภาพ ได้แก่ การผ่อนคลาย

6. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relationship with Others) เป็นพฤติกรรมที่กระทำอยู่ในชีวิตประจำวันที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตั้งแต่ที่ใกล้ชิดมากที่สุดจนถึงที่ไกลตัวมากที่สุด ดังนั้น ลักษณะความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่นจึงมีระดับแตกต่างกันตามระดับความใกล้ชิด

7. การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment Control) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมต่างๆ หลีกเลี่ยงจากฝุ่นละอองจากสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงจากอุบัติเหตุและอันตราย

8. ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self Actualization) เป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อส่งเสริมคุณค่าของตน ส่งเสริมความสำเร็จในชีวิต เช่น พฤติกรรมการทำงานให้ประสบความสำเร็จ การทำตนให้เป็นที่ยอมรับของสังคม พฤติกรรมส่งเสริมคุณค่าของตนเอง

9. ความสำนึกในความสำเร็จ (Sense of Purpose) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการตระหนักถึงสิ่งสำคัญในชีวิต มีความเชื่อว่าชีวิตของตนมีคุณค่า มีความหมายและมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและยาว

10. การใช้บริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการไปตรวจสุขภาพกับแพทย์ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี การตรวจสุขภาพ การพูดคุยกับบุคลากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

สมทรง รักษ์เฝ้า และสรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540) ได้กำหนดกลุ่มของพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสาธารณสุข ที่จะต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไว้ 6 กลุ่มพฤติกรรม คือ

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคยาสูบ สุรา และสารเสพติด
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมทางเพศ
4. พฤติกรรมความปลอดภัย
5. พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต
6. พฤติกรรมการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกได้หลายประเภท เช่น การบริโภค อารมณ์ การออกกำลังกาย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านทันตสุขภาพ ด้านความปลอดภัย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุนิษยการรับประทาน และด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม

1.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล

เยาเวภา ดิอัสสุวรรณ (2556: 33) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

1. ระดับภายในบุคคล คือ ลักษณะสำคัญส่วนบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และคุณลักษณะทางบุคลิกภาพ เป็นต้น
2. ระดับระหว่างบุคคล คือ กระบวนการระหว่างบุคคลกับกลุ่มหลัก (กลุ่มของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกัน) ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อน และคนรุ่นราวคราวเดียวกัน ซึ่งให้เอกลักษณ์ทางสังคม การสนับสนุนและคำจำกัดความของบทบาท

3. ระดับชุมชน

3.1 ปัจจัยทางชุมชน คือ เครือข่ายและบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งมีอยู่อย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการในหมู่บุคคล กลุ่ม และองค์กรต่างๆ

3.2 ปัจจัยทางสถาบัน คือ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ นโยบาย และโครงสร้างแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งอาจจำกัดหรือส่งเสริมพฤติกรรมที่แนะนำให้ทำ

3.3 นโยบายสาธารณะ คือ นโยบายท้องถิ่น ภาค ส่วนกลาง และ กฎหมายซึ่งบังคับ หรือสนับสนุนการกระทำและการปฏิบัติที่ดีสำหรับการป้องกันโรค การตรวจพบ ความผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม การควบคุมโรคและการจัดการ

กองสุศึกษา (2552: 5) กล่าวว่า การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการ จัดการเรียนรู้ การฝึกทักษะการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลรอบครัวและชุมชนมี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพดี ทั้งนี้การพัฒนาพฤติกรรมให้ได้ผลดีขึ้นอยู่ กับปัจจัย 3 กลุ่มคือ

กลุ่ม 1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ ทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่เพียงใด ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม ความมั่นใจ รวมไปถึงคุณลักษณะของประชากร เช่น เพศ อายุ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

กลุ่ม 2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นกลุ่มปัจจัยเอื้อที่จำเป็นต้องมีและ เหมาะสมจึงจะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ ความสะดวก ความเพียงพอ เหมาะสม ระยะทางใกล้/ไกล ในการไปใช้บริการหรือเข้าร่วมกิจกรรม ตัวอย่างเช่น ความสะดวกใน การเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกาย รูปแบบการออกกำลังกายเหมาะสมกับวัยและความชอบของนักเรียน ถึงขยะ มีมากหาง่ายเมื่อต้องการทิ้งขยะ การมีร้านขายอาหารสุขภาพในโรงเรียน รวมทั้งการมี กฎระเบียบชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติตาม เป็นต้น

กลุ่ม 3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคลรอบ ข้างซึ่งอาจสนับสนุนใจและขัดขวางการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ได้แก่คำชมเชยจากเพื่อน การ กระตุ้นเตือนจากครู/อาจารย์

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล (2550: 9) ได้กล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ที่มี ผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบซึ่งมีความเป็นพลวัต (Dynamic) ตลอดเวลา คือ

1. องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมของบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการ บริโภค พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการทำงานและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม

1.2 ความคิด ความเชื่อ มิตินทางจิตและสังคมขาดความสนใจเพราะมุ่ง เศรษฐกิจตามกระแสนิยม และทัศนของการจัดการให้สุขภาพสำคัญในระดับต่ำ อิทธิพลจากสื่อ โฆษณา ล้วนประกอบเป็นผลต่อความเชื่อ และทัศนคติในสังคมผิดๆ ในการดูแลสุขภาพ

1.3 พันธุกรรม เทคโนโลยีพันธุวิศวกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ก้าวหน้ามีผลต่อการรักษาโรคที่ไม่อาจรักษาหรือป้องกันบางโรคทางพันธุกรรม

2. องค์ประกอบด้านสภาวะแวดล้อม ประกอบด้วย

2.1 การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

2.2 การศึกษา

2.3 การเมืองการปกครอง

2.4 โครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสื่อสาร การคมนาคม การสาธารณสุขโรค จะมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว

2.5 ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

2.6 ปัจจัยทางสังคมอื่นๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ศีลธรรม และจริยธรรม ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีของประชาชน

2.7 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

2.8 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

2.9 ด้านชีวภาพ มีการเปลี่ยนแปลงจุลชีพที่เกี่ยวกับสุขภาพ

3. องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย

3.1 การกระจายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ และเอกชนมีความครอบคลุมมากขึ้น และการสร้างหลักประกันสุขภาพจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

3.2 โครงสร้างองค์การบริหารงานสาธารณสุข กระจายอำนาจไปสู่การปฏิบัติจะทำให้เกิดการปรับกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อภาวะการณ์มีสุขภาพดีของประชาชน

3.3 คุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ

3.4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

3.5 การมีส่วนร่วมของประชาชน

ดาร์ณี จงอุดมการณ์และคณะ (2546: 18-19) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลใดประสบปัญหาอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจแล้ว ไม่สามารถที่จะแก้ไขหรือปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เบี่ยงเบนไป

2. ด้านประชากร เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในทางที่ดี เห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพ และมีความสามารถในการรับรู้ที่ดีด้วย ซึ่งมีความรู้และความสามารถในการรับรู้ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลที่ประเมินว่าตนเองมีความสำคัญ มีคุณค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นความรู้สึกส่วนตัวของบุคคลนั้นๆ ต่อตนเอง ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

4. ด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องของการตัดสินใจ และลงมือกระทำโดยบุคคลและครอบครัว

5. ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ ซึ่งเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตาม ความความคิดและความเข้าใจ ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนความเชื่อทางด้านจิตวิทยาสังคม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะเกิดผลดีแก่ตน และหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 173 – 185) กล่าวว่า องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไปนั้นมีอยู่ 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ องค์ประกอบด้านเจตคติ และองค์ประกอบด้านการปฏิบัติ ส่วนการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก และมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ องค์ประกอบทางด้านการศึกษา และองค์ประกอบทางด้านการเมือง

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การตั้งใจ ความคับข้องใจ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว พฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัวมาก บางครอบครัวพ่อแม่อาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่าง หรือไม่ให้ลูกรับประทานอาหาร เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ นอกจากเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น อิทธิพลจากการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมสุขภาพที่เขายึดถืออาจจะมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดของกลุ่ม

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติตนของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกัน จะเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจ

2.4 วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมของ

ชาวไทยที่มีผลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกายเครื่องประดับจะเก่าเร็ว การงดของแสลงหรือ “ชะล่า” ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้อินกับข้าวมาก การงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย หรือหญิงหลังคลอดใหม่ๆ กินได้เฉพาะข้าวกับเกลือของคนในภาคเหนือ ซึ่งข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ บางข้อห้ามก็เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้ามหญิงตั้งครรภ์นั่งบนบันได หรือข้อห้ามหญิงมีครรภ์ดูการฆ่าสัตว์ เป็นต้น

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างมาก และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารแต่พอควรไม่ให้กินเกินไปหรืออึดเกินไป หลักธรรมซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ก่อนทำ “ละหมาด” จะต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าหลักคำสอนและข้อปฏิบัติดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีนัก จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าฐานะเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาดและสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ดี

4. องค์ประกอบทางการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชนประชาชนที่มีการศึกษามากก็จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำ

5. องค์ประกอบทางการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษายาบาลกิจกรรมการสุขศึกษา ที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านเจตคติ และปัจจัยด้านการปฏิบัติ นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอีกหลายอย่าง เช่น ปัจจัยด้านทางจิตวิทยา ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (ครอบครัว, กลุ่มบุคคลในสังคม, สถานภาพทางสังคม, วัฒนธรรม, ศาสนา) องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการศึกษา และปัจจัยทางการเมือง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

1.3.4 แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา โดยการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติ 10 ประการ จะทำให้สุขภาพทั้งร่างกายและใจแข็งแรง มีสมรรถภาพในการเรียน การทำงาน มีภูมิคุ้มกันโรค ไม่เจ็บป่วย ทำกิจกรรมประจำวันและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขเพื่อการมีสุขภาพดี และลดความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บหรืออันตรายต่อสุขภาพ จึงต้องใส่ใจและปฏิบัติสุขบัญญัติ 10 ประการ (กองสุขศึกษา. 2552: 7-16) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด การรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า และของใช้เป็น การดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่สำคัญ เพื่อป้องกันสิ่งสกปรก ฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่ติดมาในชีวิตประจำวันเข้าสู่ร่างกายซึ่งจะทำให้เจ็บป่วยได้ นอกจากนี้การเป็นคนสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อยจะเป็นที่น่าคบหาของเพื่อนๆ คนรอบข้าง และคนอื่นๆ

2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง ฟันทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร ช่วยในการออกเสียง ช่วยเสริมใบหน้าให้สวยงามหากเราดูแลฟันไม่ดี จะทำให้ฟันผุ เหงือกอักเสบ เจ็บปวด เสียวฟัน เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ทำให้ระบบย่อยอาหารไม่ดี ทำให้เสียสุขภาพได้

3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย มือเป็นอวัยวะที่สัมผัสกับสิ่งของต่างๆ มือจึงเป็นสื่อสำคัญที่จะนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย โดยเฉพาะมือที่สัมผัสกับสิ่งสกปรก แล้วหยิบจับอาหารเข้าปาก สัมผัสบริเวณตา จมูก ใบหน้า และอวัยวะอื่นๆ ตามร่างกายก็จะทำให้ติดเชื้อโรคได้ การล้างมือบ่อยๆ สามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้ เช่น ท้องร่วง ท้องเสีย บิด ดับอักเสบ ผื่นหัดอักเสบ ไข้หวัดนก เป็นต้น

4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดสภาวะสุขภาพของคน การกินอาหารที่ดีมีประโยชน์อย่างพอเพียงและเหมาะสม จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่หากกินอาหารที่มีสารปนเปื้อน ไม่ถูกหลักโภชนาการ หรือมากเกินไป ก็จะก่อให้เกิดโรคตามมามากมาย

5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ บุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ เป็นอบายมุขและภัยร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย จิต เสียเงิน ทรัพย์สิน และนำไปสู่ปัญหาสังคมมากมาย

6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น ครอบครัวที่อบอุ่น เป็นพื้นฐานทางจิตใจที่สำคัญ ทำให้เรามีกำลังใจในชีวิตและการฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ครอบครัวที่อบอุ่นทำให้บ้านน่าอยู่ ซึ่งสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมสำคัญที่จะสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความสุขในครอบครัว

7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท ความประมาทนำมาซึ่งอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพย์สิน เงินทอง เสียเวลา เสียอวัยวะทำให้เป็นคนพิการ และที่ร้ายแรง คืออาจเสียชีวิตได้ เราสามารถป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยได้โดยใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง รอบคอบ ไม่ฝ่าฝืนกฎระเบียบ ไม่เสี่ยงต่อการกระทำที่อันตรายและดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้อยู่ในสถานที่ปกติพร้อมใช้ และใช้งานอย่างถูกต้อง อุบัติภัย ไม่ใช่เรื่อง

ของโชคชะตา แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำ การระมัดระวังในการทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัยได้

8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เป็นการบริหารปอด หัวใจ กล้ามเนื้อ และข้อต่อให้แข็งแรง ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส ผ่อนคลายความเครียด มีภูมิคุ้มกันโรค ทำให้รูปร่างและบุคลิกดี ช่วยป้องกันโรค เป็นการใช้เวลาว่างอย่างเป็นประโยชน์ และเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เพื่อนๆ และคนอื่นๆ อีกด้วย

9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ จิตใจที่แจ่มใสจะทำให้ร่างกายแข็งแรง เมื่อเรามีความสุข มีจิตใจแจ่มใส ร่าเริง อารมณ์ดีอยู่เสมอ ส่งผลให้ร่างกายพลอยมีความสุขไปด้วย ทำให้หน้าตา ผิวพรรณผ่องใส ไม่แก่เร็ว คนรอบข้างก็อยากจะเข้าใกล้ อยากคบหาสมาคมด้วย เมื่อคิดทำอะไรก็โปร่งใสราบรื่น

10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม สิ่งมีชีวิตทุกชนิดอาศัยสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อมที่ดีมีความสมดุลทางธรรมชาติ ทำให้สิ่งมีชีวิตดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและเป็นสุข โดยเฉพาะคนเราหากอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี จะส่งผลต่อสุขภาพอนามัย จิตใจ สติปัญญา ความสามารถ และอารมณ์ ความรู้สึก ดังนั้นทุกคนต้องช่วยกันสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้สดใส แบ่งปันและช่วยเหลือสังคม เพื่อสุขภาวะที่ดีของทุกคนในสังคม

สุชาติ โสมประยูร (2542 : 53 – 54) ได้กล่าวถึงแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ว่าควรเน้นทั้งความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน และเพื่อให้สอดคล้องกับความพร้อม ความสามารถและความต้องการของนักเรียนในวัยต่างๆ ดังนี้

1. ระดับชั้นอนุบาล – ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 (อายุประมาณ 4 – 9 ปี) นักเรียนในวัยนี้จะไม่อยู่นิ่ง ชอบเล่นซน มีความสนใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ๆ ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ มีประสบการณ์และทักษะทางภาษาน้อย ในการสอนสุขศึกษาควรเน้นในเรื่องการปฏิบัติในชีวิตประจำวันให้มากเป็นอันดับหนึ่ง เพื่อปลูกฝังให้นักเรียนปฏิบัติตนได้ถูกต้องและมีสุขภาพที่ดี ตั้งแต่เยาว์วัยเจตคติเน้นเป็นอันดับสอง เนื่องจากมีความจำเป็นน้อยกว่าการปฏิบัติ ซึ่งการให้นักเรียนได้ปฏิบัติย่อมเป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อสุขภาพไปในตัว โดยจะได้มาในลักษณะผลพลอยได้จากการปฏิบัติส่วนความรู้ให้สอนแต่พอควร เพราะนักเรียนมีทักษะทางภาษาไม่ดีพอ มีความสนใจจำกัด ไม่ค่อยรู้จักคิดหาเหตุผล การให้ความรู้มากๆ นักเรียนจะเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งในขณะที่นักเรียนมีการปฏิบัติจะมีความรู้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ

2. ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 (อายุประมาณ 10 – 12 ปี) นักเรียนในวัยนี้เริ่มมีความรู้สึกนึกคิด มีอารมณ์ ชอบการแข่งขัน ชอบเล่นกีฬา มีความหวังใฝ่สุขภาพตนเองและสนใจสุขภาพส่วนรวมมากขึ้น มีประสบการณ์และทักษะทางภาษามากขึ้น ควรปลูกฝังหรือเสริมสร้างเจตคติทางด้านสุขภาพ เมื่อนักเรียนเกิดเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ย่อมเกิดแรงจูงใจชักนำให้นักเรียนได้ค้นคว้าหาความรู้และการปฏิบัติต่อไป เพื่อให้ได้มาซึ่งการปฏิบัติและความรู้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนั้นควรเน้นเจตคติเป็นอันดับที่หนึ่ง เน้นการปฏิบัติเป็นอันดับที่สอง และทำการแก้ไข

ปรับปรุงหรือเพิ่มเติมวิธีการใหม่ ๆ เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีการปฏิบัติที่ดีและมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ส่วนความรู้เน้นเป็นอันดับที่สาม นักเรียนในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 มีความรู้และความเข้าใจ ดีกว่าชั้นอนุบาล – ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 เป็นผู้มีเหตุผลและมีการแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเองจากการที่นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความรู้ในลักษณะของผลพลอยได้จากการปฏิบัติและความรู้ที่ได้รับจากครู

ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ (2554: 116-118) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยการเรียนรู้ใน 3 ประการด้วยกัน คือ

ประการแรก การปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพ เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้บุคคลเกิดพัฒนาการทางความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และการแก้ไข ปัญหาสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง การปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพต้องอาศัย ความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของบุคคลในเชิงเหตุผล การฝึกฝนให้บุคคลได้พัฒนาความคิดในเชิง วิเคราะห์ เช่น ทำไมคนจึงป่วย จำเป็นหรือไม่ที่คนต้องป่วย มีทางเลือกอื่นใดที่ทำให้คนไม่ต้อง เจ็บป่วยบ้าง สุขภาพมีความสำคัญอย่างไรต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ฯลฯ

การเรียนรู้ของบุคคลในลักษณะของการพัฒนาความคิด จะทำให้เกิดการปลูกฝัง แนวคิดทางสุขภาพได้ในที่สุด

ประการที่สอง การปลูกฝังเจตคติทางสุขภาพเป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้บุคคลเกิดพัฒนาการของความคิดเห็นที่มีทิศทางต่อสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ ให้อยู่ในทิศทางที่ทำให้บุคคลนั้นเอง ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี การเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการปลูกฝังเจตคติได้ดี ไม่ใช่การเรียนรู้ในเชิงของความเข้าใจเท่านั้น แต่ต้องเป็นการ เรียนรู้ในเชิงการแสดงความคิดเห็นที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ และความตั้งใจที่จะกระทำอย่าง หนึ่งอย่างใด เพื่อผลในการพัฒนาสุขภาพด้วย

การปลูกฝังในเจตคติทางสุขภาพที่ได้ผลมากที่สุด คือ การฝึกให้บุคคลได้กำหนด ความตั้งใจของตนเองภายในเงื่อนไขทางสุขภาพหรือบริบท (Context) ของปัญหาสุขภาพว่าจะทำ อย่างไร และทำไมจึงคิดว่าควรทำอย่างนั้นบนพื้นฐานของเหตุและผล เช่น การปลูกฝังเจตคติ เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วง บุคคลต้องได้รับการเรียนรู้ว่า ตนเองหรือบุคคลอื่น ควรทำอย่างไรจึงจะไม่เป็นโรค และภายใต้สภาพการณ์ของปัญหาโรคอุจจาระร่วง และบุคคลนั้น ตั้งใจว่าตนเองต้องทำอะไรบ้างและทำอย่างไร จึงจะปลอดภัยจากการติดโรค

ประการที่สาม การปลูกฝังทักษะทางสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จัดให้ บุคคลได้เกิดการเรียนรู้จากการกระทำของตนเอง มีผลให้ตนเองพึงพอใจและกระทำต่อเนื่องไป เรื่อยๆ จนกลายเป็นปกตินิสัย โดยทั่วไปแล้วการปลูกฝังทักษะสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการ ปลูกฝังเจตคติ และการปลูกฝังแนวคิดทางสุขภาพ การกระทำหรือการปฏิบัติที่มีผลต่อสุขภาพเป็น สิ่งที่บุคคลรับรู้ได้ในระยะเวลาสั้นๆ จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตนเอง เช่น การ บริโภคอาหาร การพักผ่อนและการออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันโรคติดต่อต่างๆ ซึ่งบุคคลจะรับรู้และเห็นผลได้อย่างรวดเร็ว

นิพนธ์พร วรมงคล และสุขจริง ว่องเดชากุล (2558: 36-43) ได้กล่าวถึง การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ว่าวัยนี้มีพฤติกรรมอยากรู้ อยากเห็น ชอบอิสระ ชอบต่อต้าน ไม่ชอบการบังคับ การดูแลสุขภาพเด็กวัยนี้จึงต้องเข้าใจเด็กและสอนอย่างใจเย็น อธิบายอย่างมีเหตุมีผล ไม่บังคับ ดูว่าหรือลงโทษจนเกินไปถ้าเด็กไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิบัติตาม ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย มีแนวทางในปฏิบัติ ดังนี้

1. การรักษาความสะอาด จะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด แนะนำ วิธีรักษาความสะอาดอนามัยส่วนบุคคลเบื้องต้นให้แก่เด็กปฏิบัติตาม เพื่อปลูกฝังนิสัยให้แก่เด็ก เช่น

1.1 ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย หู ตา มือ เท้า ให้สะอาด อาบน้ำทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

1.2 ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังการขับถ่าย

1.3 ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นเพื่อป้องกันเชื้อโรค

1.4 เสื้อผ้า ของใช้เด็ก ของเล่น ดูแลรักษาความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ นำออกผึ่งแดด ไม่ให้อับชื้นเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค

2. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 สอนให้เด็กรู้จักแปรงฟัน

2.2 ไม่ส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กกินอาหารที่รสหวาน

2.3 ดูแลเรื่องอาหารโดยระวังเรื่องการกินอาหารที่มีรสหวาน

2.4 พบทันตแพทย์เป็นระยะ

3. การฝึกการขับถ่าย ต้องคำนึงถึงความพร้อมของเด็ก และความสม่ำเสมอในการฝึกหัดเด็ก

4. การส่งเสริมอาหารและภาวะโภชนาการ อาหารมีความสำคัญเด็กควรได้รับอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ และมีนมเป็นอาหารเสริม อาหารต้องมีคุณภาพและมีสารอาหารครบถ้วน

5. การส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ควรส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาสมวัยทั้ง 4 ด้านอย่างมีคุณภาพ เพื่อลูกเป็นคนเก่ง ดี มีความสุข ดูแลเอาใจใส่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้และฝึกทำ ตลอดจนสังเกตและส่งเสริมพัฒนาการตามอายุและความสามารถที่ควรทำได้

6. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เด็กควรได้รับการตรวจสุขภาพและได้รับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

7. การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยที่พบบ่อย

8. การป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำได้หลากหลายวิธี ควรเน้นทั้งความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน และเพื่อให้สอดคล้องกับความพร้อมความสามารถและความต้องการของนักเรียนในวัยต่างๆ

1.3.5 บทบาทของผู้เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ (2554: 116-118) ได้กล่าวถึง บทบาทของผู้เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในแง่ของการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมในครอบครัว บรรยากาศ และลีลาชีวิต ของแต่ละครอบครัวมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาของพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลี้ยงดูลูก การสั่งสอนอบรม การจัดระเบียบในชีวิตประจำวัน แบบแผนการบริโภคอาหาร แบบแผนการออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนันทนาการต่างๆ รวมทั้งความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และความปลอดภัยภายในบ้านด้วย กล่าวได้ว่า ถ้าบุคคลใดก็ตามที่เติบโตขึ้นมาในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรม บุคคลนั้นจะเกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ครอบครัวซึ่งประกอบไปด้วย สภาพแวดล้อม และกิจกรรมภายในครอบครัว เป็นทั้งปัจจัยนำที่จะทำให้บุคคลภายในครอบครัวมีการเรียนรู้ที่เป็นความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติ เป็นปัจจัยเอื้อที่จะทำให้บุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และสามารถทำหรือปฏิบัติ เพื่อการพัฒนาสุขภาพของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนั้นแล้วครอบครัวยังเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะทำหรือปฏิบัติตามแนวทางของการพัฒนาสุขภาพได้มากที่สุดด้วย

2. โรงเรียน หรือสถานศึกษา เป็นแหล่งที่บุคคลได้รับการศึกษา ทั้งการศึกษาพื้นฐานและการศึกษาอาชีพ สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งของการเรียนรู้ที่ได้จากการศึกษา คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ และทักษะทางสุขภาพที่เกิดขึ้นควบคู่กันไปกับการศึกษา สุขภาพเป็นส่วนสำคัญของการมีชีวิตอย่างปกติสุข ดังนั้น การเรียนรู้ที่ได้รับจึงต้องมียึดประกอบของสุขภาพด้วย มิใช่ได้ครอบครองความรู้ทางการศึกษาพื้นฐานหรือองค์ความรู้ทางวิชาชีพ เท่านั้น

ในการเรียนการสอนโรงเรียนหรือสถานศึกษา ต้องมีการบูรณาการองค์ความรู้และทักษะทางสุขภาพ เข้าใจในกระบวนการทางการศึกษา เพื่อให้บุคคลเกิดการพัฒนาทั้งในด้านสติปัญญา เชาวน์อารมณ์ และสุขภาพไปพร้อมๆ กันด้วย ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วการเรียนรู้ทางสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ดีที่สุด ถ้าได้มีการบูรณาการความรู้ แนวคิด และทักษะทางสุขภาพอยู่ในเนื้อหาและกระบวนการเรียนการสอนในแต่ละหลักสูตรของโรงเรียนหรือสถานศึกษา

3. สังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะเรียนรู้ทางสุขภาพ และมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่สังคมต้องการ ตามปกติแล้วบุคคลต่างๆ จะมีการเรียนรู้จากสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมาก ทั้งในลักษณะที่เป็นการเรียนรู้จากสังคมและสิ่งแวดล้อมแบบทางเดียว และการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม (Interactive Learning) ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลาและเป็นส่วนใหญ่ของการเรียนรู้

สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ และคณะ (2551: 53-83) ได้กล่าวถึง บทบาทของผู้เกี่ยวข้องที่มีผลต่อการพัฒนาการด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย ดังนี้

1. บทบาทด้านครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดในการที่จะทำให้บุตรหลานของตน มีพัฒนาการด้านร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง เป็นไปตามวัยอันควร ซึ่งครอบครัวผู้ปกครองต้องมีบทบาทในการส่งเสริม ดังนี้

1.1 บทบาทในการสร้างเสริมบริโภคนิสัย ได้แก่ การเป็นต้นแบบที่ดีในการกินอาหารที่มีประโยชน์และถูกต้องตามหลักโภชนาการ การใช้การเสริมแรงทางบวก การสร้างบรรยากาศที่ดีในขณะกินอาหารในครอบครัว การฝึกให้เด็กคุ้นเคยกับอาหารที่แปลกใหม่ จัดอาหารให้เหมาะกับลักษณะพัฒนาการเด็ก จัดให้เด็กมีส่วนร่วมในการประกอบอาหาร ปล่อยให้เด็กในการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ แนะนำให้เด็กรู้จักเลือกกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ฝึกให้เด็กได้รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ และต้องให้ตรงเวลา แนะนำให้เด็กรู้ถึงโทษของการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง

1.2 บทบาทในการสร้างเสริมสุขนิสัย ได้แก่

1.2.1 การสร้างสุขนิสัยการรักษาความสะอาดของร่างกาย เช่น ตา ผิวหนัง จมูก ฟัน มือ ผม เท้า เป็นต้น

1.2.2 การสร้างสุขนิสัยเรื่องการดูแลความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม

1.2.3 การสร้างสุขนิสัยเรื่องการพักผ่อนและการนอนหลับ

1.2.4 การสร้างสุขนิสัยเรื่องการออกกำลังกาย

1.2.5 การสร้างสุขนิสัยเรื่องความสะอาดและความเป็นระเบียบ

1.3 บทบาทในการดูแลเรื่องความปลอดภัย ซึ่งผู้ปกครองควรดูแลอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ในบ้านให้มีความปลอดภัยอยู่เสมอ

1.4 บทบาทในการจัดหาเครื่องเล่นและการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย ได้แก่

1.4.1 การจัดหาเครื่องเล่น เพื่อช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็ก กล้ามเนื้อใหญ่ และการประสานสัมพันธ์ระหว่างกล้ามเนื้อกับส่วนต่างๆ

1.4.2 การจัดกิจกรรมให้เด็กทำ เช่น งานบ้าน งานปลูกต้นไม้ การช่วยเหลือตนเอง การสนับสนุนให้เด็กทำกิจกรรมที่น่าสนใจ การทำกิจกรรมศิลปะ การออกกำลังกาย เป็นต้น

1.5 บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย เช่น จัดของใช้ของเด็กให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ จัดให้มีที่ว่างให้เด็กได้ทำกิจกรรม จัดบ้านให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

2. บทบาทด้านโรงเรียน ซึ่งโรงเรียนเป็นสถาบันที่สังคมจัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการจัดการศึกษาให้แก่สมาชิกของสังคมให้เป็นคนดีมีความรู้ ความสามารถ และคุณธรรมตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ ซึ่งโรงเรียนต้องมีบทบาทในการส่งเสริม ดังนี้

2.1 การจัดสภาพแวดล้อม ได้แก่

2.1.1 สภาพแวดล้อมภายในห้องเรียน คือ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและความสะอาด พื้นที่ในห้องเรียนที่มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย ได้แก่ พื้นที่จัดอำนวยความสะดวกให้เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง พื้นที่ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหว พื้นที่จัดมุมเล่นและมุมประสบการณ์ เป็นต้น

2.1.2 สภาพแวดล้อมภายนอกห้องเรียน คือ การจัดสภาพแวดล้อมภายในอาณาบริเวณรอบๆ สถานศึกษา รวมทั้งจัดสนามเด็กเล่น พร้อมเครื่องเล่นสนาม จัดระวางรักษาความปลอดภัยภายในบริเวณสถานศึกษา และบริเวณรอบนอกสถานศึกษา ดูแลรักษาความสะอาด ปลูกต้นไม้ให้ร่มรื่นรอบๆ สถานศึกษา

2.2 การดูแลเกี่ยวกับสุขอนามัย และความปลอดภัย ได้แก่

2.2.1 การดูแลสุขภาพอนามัยของเด็ก โดยโรงเรียนต้องจัดกิจกรรมให้เด็กมีสุขนิสัยที่ดีในเรื่องต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

2.2.2 การดูแลเรื่องความปลอดภัย โดยโรงเรียนควรดูแลเรื่องความปลอดภัยต่างๆ เช่น ตรวจสอบดูแลอาคารสถานที่ เครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ห้องน้ำ ห้องส้วม ยานพาหนะรับส่งเด็ก การรับส่งนักเรียน และการดูแลเมื่อเกิดโรคติดต่อ เป็นต้น

2.3 การจัดอาหารและการบริการ โดยโรงเรียนต้องจัดให้เด็กได้รับอาหารที่เพียงพอถูกหลักโภชนาการ และเรียนรู้นิสัยในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

2.4 การจัดกิจกรรม ได้แก่

2.4.1 การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อใหญ่ เช่น การเล่นอิสระ กลางแจ้ง การเล่นเครื่องเล่นสนาม การเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะดนตรี และการศึกษาออกสถานที่ เป็นต้น

2.4.2 กิจกรรมที่พัฒนากล้ามเนื้อเล็ก เช่น การเล่นเครื่องสัมผัส การเล่นเกมต่อภาพ การฝึกการช่วยเหลือตนเองในการต่อภาพ การฝึกการช่วยเหลือตนเองในการแต่งกาย การฝึกการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหาร การจัดกิจกรรมศิลปะ เป็นต้น

3. บทบาทด้านชุมชน ซึ่งชุมชนต้องมีบทบาทในการพัฒนาเด็กที่อยู่อาศัยในชุมชนให้มีพัฒนาการด้านร่างกายสมวัย ดังนี้ การจัดสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ การจัดให้มีสนามเด็กเล่น การจัดให้มีการปลูกต้นไม้ การจัดทำสวนสาธารณะ การดูแลเรื่องอาหารให้ถูกสุขลักษณะ การดูแลเรื่องความปลอดภัย จัดให้มีห้องสมุดของเล่น การจัดกิจกรรมด้านกีฬา ด้านศิลปะ กิจกรรมวันสำคัญต่างๆ เป็นต้น

4. บทบาทด้านสื่อมวลชน ได้แก่

4.1 อิทธิพลของโทรทัศน์ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อการร่างกายของเด็กปฐมวัย ดังนี้ ผลกระทบทางลบที่มีต่อร่างกาย เช่น ผลกระทบทางด้านสายตา ผลกระทบต่อการพัฒนากล้ามเนื้อ ผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย ผลกระทบทำให้เกิดอุบัติเหตุต่อ

ร่างกาย เป็นต้น ส่วนผลกระทบทางบวกที่มีต่อร่างกาย เช่น ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อ ช่วยการเจริญเติบโตของร่างกาย ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุต่อร่างกาย ช่วยทำให้เด็กได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ช่วยเสริมสร้างบุคลิกภาพ เป็นต้น

4.2 อิทธิพลของภาพยนตร์ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายของเด็กปฐมวัย ดังนี้ ผลกระทบทางลบที่มีต่อร่างกาย เช่น พฤติกรรมการเลียนแบบที่ไม่เหมาะสมของนักแสดง ความรุนแรง เป็นต้น ผลกระทบทางบวกที่มีต่อร่างกาย เช่น การเลียนแบบพฤติกรรมของนักแสดงที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น

4.3 อิทธิพลของสื่อสิ่งพิมพ์ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายของเด็กปฐมวัย ดังนี้ ผลกระทบทางลบที่มีต่อร่างกาย เช่น สิ่งพิมพ์ในปัจจุบันมักมีภาพข่าวที่รุนแรง อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตแล้วส่งต่อถึงสุขภาพทางกายของเด็กได้ เป็นต้น ผลกระทบทางบวกที่มีต่อร่างกาย เช่น แผนโปสเตอร์การรณรงค์ในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี เป็นต้น

4.4 อิทธิพลของวิทยุกระจายเสียง ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายของเด็กปฐมวัย ดังนี้ ผลกระทบทางลบที่มีต่อร่างกาย เช่น โฆษณาทางรายการวิทยุกระจายเสียงเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหารบางชนิดทำให้เด็กหลงเชื่อ จงรบเร้าให้ผู้ปกครองซื้อมาให้รับประทาน เป็นต้น ผลกระทบทางบวกที่มีต่อร่างกาย เช่น รายการข่าวที่เกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อตัวเด็กถ้าเด็กได้รับรู้ เด็กก็จะรู้จักการหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตาม หรือข่าวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเล่นเกมที่มีประโยชน์ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสื่อมวลชน ล้วนมีบทบาทที่แตกต่างกันในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันในการจัดกิจกรรม จัดสภาพแวดล้อม หรือใช้วิธีการส่งเสริมรูปแบบอื่นๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เช่น การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภค สุขอนามัยส่วนตัว การดูแลความปลอดภัยของตนเอง และการดูแลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

1.4 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1.4.1 ด้านสุขอนามัยส่วนตัว

พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านอนามัยส่วนตัว คือ สุขบัญญัติแห่งชาติข้อ 1 ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด เป็นเรื่องของการรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า และของใช้ เป็นการดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่สำคัญ เพื่อป้องกันสิ่งสกปรก ฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่ติดมาในชีวิตประจำวันเข้าสู่ร่างกายซึ่งจะทำให้เจ็บป่วยได้ นอกจากนี้การเป็นคนสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อยจะเป็นที่น่าคบหาของเพื่อนๆ คนรอบข้าง และคนอื่นๆ (กองสุขศึกษา. 2552: 7-8) มีรายละเอียด ดังนี้

การรักษาความสะอาดของร่างกาย

1. อาบน้ำให้สะอาดทุกวัน โดยฟอกสบู่และถูให้ทั่วทุกซอกทุกมุมของร่างกาย ล้างด้วยน้ำสะอาด และเช็ดตัวให้แห้งทุกครั้ง โดยเฉพาะตามซอกและข้อพับต่างๆ เพื่อไม่ให้ยับขึ้น
2. หมั่นสระผมเป็นประจำ เช็ดผมให้แห้งด้วยผ้าสะอาดทุกครั้ง
3. ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้น ไม่ให้เป็นที่สะสมของเชื้อโรค

การรักษาความสะอาดของใช้

1. สวมเสื้อผ้าที่สะอาด ไม่ยับขึ้น
2. เสื้อผ้า ถูซัก รีดให้เรียบ ซักให้สะอาด และตากแดดให้แห้ง
3. หมั่นซักผ้าเช็ดตัว ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่มให้สะอาดอยู่เสมอที่นอน หมอน มุ้ง หมั่นตากแดด เพื่อกำจัดฝุ่นละอองและเชื้อโรค
4. ทำความสะอาด และจัดเก็บของใช้ของเล่นให้เป็นระเบียบ เพื่อไม่เป็นที่สะสมของเชื้อโรคและฝุ่นละออง เมื่อนำมาใช้หรือนำมาเล่นควรเก็บเข้าที่ไม่วางเกะกะ

หากละเลยจะทำให้เสี่ยงต่อโรคที่อันตราย เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด และติดเชื้อ ต่างๆ และโรคที่สังคมรังเกียจ คือ โรคผิวหนังต่างๆ เช่น กลาก เกลื้อน หิด เหา เชื้อรา เราจึงควร

1. ล้างมือให้สะอาดอย่างถูกวิธี ด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง
2. ล้างมือบ่อยๆ จนเป็นนิสัย
 - 2.1 ก่อน-หลัง เตรียม/ปรุง และกินอาหาร
 - 2.2 หลังใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม
 - 2.3 หลังหยิบจับสิ่งสกปรก หลังจับต้องสัตว์ทุกชนิด
 - 2.4 ก่อน-หลัง การสัมผัสผู้ป่วย
 - 2.5 หลังกลับจากโรงเรียน ทำงาน กลับจากนอกบ้าน
3. ห้ามใช้มือที่ไม่ได้ล้างจับต้องบริเวณใบหน้า เพราะจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ทางเยื่อจมูกและตา รวมทั้งทำให้ใบหน้าสกปรกมีโอกาสเกิดสิว

สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์และคณะ (2551: 21-23) ได้กล่าวถึง สุขอนามัยในระดับปฐมวัยศึกษาว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกเหนือจากการพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็ก และการประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อ สุขภาพ อนามัย เป็นสิ่งส่งเสริมร่างกายโดยรวมให้เจริญเติบโต แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย การส่งเสริมด้านสุขอนามัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสุขอนามัยที่ดี มีสุขนิสัยด้านการขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อนและออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งการส่งเสริมด้านสุขนิสัยจะครอบคลุมในด้านการขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน และการออกกำลังกาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การขับถ่าย

- 1.1 สร้างความคุ้นเคยกับห้องน้ำ ห้องส้วม
- 1.2 ฝึกให้เด็กบอกเมื่อต้องการขับถ่าย
- 1.3 ฝึกวิธีการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมที่ถูกต้อง

- 1.4 ฝึกให้เด็กใช้ห้องน้ำเมื่อต้องการปัสสาวะและอุจจาระ
- 1.5 ฝึกให้เด็กทำความสะอาดส้วม โดยการราดน้ำหรือกดปุ่มน้ำ
- 1.6 ฝึกให้เด็กชำระล้างตนเองอย่างถูกวิธี
- 1.7 ฝึกให้เด็กล้างมือ เช็ดมือหลังใช้ห้องน้ำ
- 1.8 ฝึกการดูแลความปลอดภัยขณะเข้าหรือใช้ห้องน้ำ

2. การดูแลความสะอาดร่างกาย

- 2.1 ให้เรียนรู้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ หน้า ลำตัว แขนและขา
- 2.2 ฝึกการล้างหน้าด้วยน้ำสะอาดหรือเช็ดหน้าด้วยผ้าเปียกหมาด
- 2.3 ฝึกการทาแป้งที่ถูกวิธีเพื่อไม่ให้แป้งเข้าจมูกและตา
- 2.4 ฝึกการแปรงฟันที่ถูกวิธี เช่น การแปรงฟันขึ้นเมื่อทำความสะอาดฟัน

ล่าง แปรงเมื่อทำความสะอาดฟันบน

- 2.5 บ้วนและล้างปากด้วยน้ำสะอาด
- 2.6 วิธีการใช้น้ำอย่างประหยัด
- 2.7 ฝึกการอาบน้ำ ชำระล้างร่างกาย
- 2.8 ฝึกเช็ดตัวให้แห้งและถูกวิธีและเช็ดมือให้แห้งสะอาด
- 2.9 ฝึกการชำระล้างหลังการขับถ่าย

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2552: 34-38) ได้กำหนดสมรรถนะของเด็กปฐมวัย ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขอนามัยส่วนตัว คือ ส่วนหลักที่ 1 ด้านการเคลื่อนไหวและสุขภาวะทางกาย ส่วนย่อยที่ 1.2 สุขภาวะทางกาย ด้านที่ 1.2.4 การช่วยเหลือและดูแลตนเอง สมรรถนะที่ 7 เด็กสามารถช่วยเหลือและพึ่งตนเองได้ในกิจวัตรของตน โดยมีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมพึงประสงค์สำหรับเด็กอายุ 3 – 5 ปี

เด็กสามารถทำความสะอาดร่างกายหลังปัสสาวะและอุจจาระได้ด้วยตนเอง อาบน้ำและทำความสะอาดตนเองได้ สระผมเองได้ โดยรู้จักด้านหน้าด้านหลังของเสื้อ ใส่รองเท้าชนิดสวมได้ถูกข้าง สามารถล้างมือ/มือที่เปื้อน หลังเข้าห้องน้ำและก่อนกินอาหารได้เองโดยไม่ต้องเตือน ใช้ส้วมเป็นและทำความสะอาดตนเองได้

แนวทางในการพัฒนาสำหรับผู้ดูแลเด็ก ครู และอาจารย์

1. จัดให้เด็กขับถ่ายได้โดยไม่ต้องกลัวตก เช่น ชักโครกที่มีฝาแคบ มีเก้าอี้สำหรับรองเท้าหรือมีที่จับ ถ้าใช้ส้วมนั่งยองหัดให้หนึ่งข้างๆ หรือหาไม้พาดกลางให้เหยียบได้มั่นคง
2. การทำความสะอาดร่างกายและห้องส้วม (การราดน้ำ การทิ้งขยะลงถังดูแลไม่ให้เลอะเทอะ) หลังการขับถ่ายด้วยการปฏิบัติจริง และติดตามให้ปฏิบัติได้จริง หรือเสริมด้วยภาพนิทาน เมื่อเด็กเข้าใจแล้วซ่อมจนคล่อง สะอาดหมดจด และให้เด็กล้างมืออย่างถูกต้องทุกครั้งหลังขับถ่าย

3. พูดคุยกับเด็กเรื่องสำคัญของการรักษาความสะอาดร่างกาย ให้เด็กหัดแยกแยะเวลาที่ร่างกายเปื้อนกับเวลาที่ทำความสะอาดแล้วว่าจะรู้สึกแตกต่างอย่างไร ให้เด็กมีส่วนร่วมในการเตรียมอุปกรณ์ เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว สบู่ ชัน แปรงสีฟัน เป็นต้น

4. สอนให้เด็กรู้จักสำรวจและสังเกตตนเองและสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับความสะอาด เช่น เมื่อสังเกตเห็นเล็บดำก็บอกให้ผู้ใหญ่ตัดเล็บให้ ไปล้างมือเมื่อสังเกตเห็นว่ามือเลอะ เมื่อเห็นแก้อีสกปรกก็ไม่นั่งลงไป เป็นต้น

5. ล้างมือให้เด็กด้วยน้ำกับสบู่ ญให้ทั่วทั้งฝ่ามือ หลังมือ และซอกนิ้วกับเล็บ และเช็ดด้วยผ้าสะอาด ฝึกให้เด็กทำเป็นขั้นตอน (อาจมีป้ายประกอบภาพแสดงขั้นตอนที่ถูกต้องในการล้างมือ) และชมเชยให้กำลังใจ สร้างสุขปฏิบัติในการล้างมือก่อนกินอาหารและหลังขับถ่ายทุกครั้ง

6. ชวนพูดเรื่องการทำความสะอาดของร่างกาย และวิธีทำความสะอาดส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งชวนเพื่อนให้ร่วมมือกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง เวลาอาบน้ำหรือสระผมที่บ้าน

7. เวลาเป็นหวัด ครูควรใช้และหัดให้เด็กใช้ผ้าปิดปากกับจมูก ไอ หรือจาม หัดให้เด็กไม่ใช้มือป้ายน้ำมูกหรือเสมหะที่สังของหรือตามเสื้อผ้า เวลาไปสถานที่ต่างๆ ไม่เอามือไประตามผนัง ราวบันได หยิบจับของไปเรื่อย รู้จักล้างมือเมื่อเปื้อนหรือถ้าสงสัยเรื่องความสกปรกหรือความสะอาดให้ถามผู้ใหญ่ที่ไปด้วย

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขอนามัยส่วนตัว คือ การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่ ในการรักษาความสะอาดเรียบร้อยของร่างกายด้วยตนเอง ขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดของใบหน้า การรักษาความสะอาดช่องปาก การรักษาความสะอาดมือ แขน และลำตัว และการรักษาความสะอาดในการขับถ่าย

1.4.2 ด้านความปลอดภัย

พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านความปลอดภัย คือ สุขบัญญัติแห่งชาติข้อ 7 ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท เป็นเรื่องของความประมาทนำมาซึ่งอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพย์สิน เงินทอง เสียเวลา เสียอวัยวะทำให้เป็นคนพิการ และที่ร้ายแรง คืออาจเสียชีวิตได้ เราสามารถป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยได้โดยใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง รอบคอบ ไม่ฝ่าฝืนกฎระเบียบ ไม่เสี่ยงต่อการกระทำที่อันตรายและดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้อยู่ในสภาพที่ปกติพร้อมใช้ และใช้งานอย่างถูกต้อง (กองสุศึกษา. 2552: 13-14) มีรายละเอียด ดังนี้

การระมัดระวังอุบัติเหตุในบ้าน

1. จัดวางของเล่น ของใช้ อุปกรณ์ต่างๆ ให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะ
2. จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอภายในบริเวณบ้าน
3. ระมัดระวังเมื่ออยู่ในบริเวณที่เสี่ยง เช่น บันได ระเบียง พื้นกระเบื้องเปียก

4. เก็บของมีคม ยา วัตถุไวไฟ สารมีพิษ ให้เป็นที่และควรเก็บให้พ้นมือเด็ก
5. ปิดสวิตช์และถอดปลั๊กเครื่องไฟฟ้าทุกครั้ง เมื่อเลิกใช้งาน
6. ปิดวาล์วแก๊สหุงต้มอาหารทุกครั้งหลังใช้งาน

การระมัดระวังอุบัติเหตุภายนอกบ้าน

1. เด็กๆ ไม่เล่นริมถนน หรือบริเวณที่เสี่ยงอันตราย เช่น ริมแม่น้ำลำคลองบ่อน้ำ บริเวณที่มีการก่อสร้าง เป็นต้น

2. ปฏิบัติตามกฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด
3. ระมัดระวังตนเองในการเดินทาง การทำกิจกรรมในสถานที่ต่างๆ
4. ฝึกทักษะเบื้องต้นในการดูแลตนเอง เช่น ว่ายน้ำ การใช้บันไดหนีไฟ

อุบัติเหตุ ไม่ใช่เรื่องของโชคชะตา แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำ การระมัดระวังในการทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัยได้

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2552: 32-33) ได้กำหนดสมรรถนะของเด็กปฐมวัย ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัย คือ ส่วนหลักที่ 1 ด้านการเคลื่อนไหวและสุขภาวะทางกาย ส่วนย่อยที่ 1.2 สุขภาวะทางกาย ด้านที่ 1.2.3 ความปลอดภัย สมรรถนะที่ 6 เด็กแสดงออกว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

พฤติกรรมบ่งชี้สำหรับเด็กอายุ 3 – 5 ปี

เด็กบอกได้ว่าสิ่งใดเป็นอันตรายต่อตนเอง เข้าใจเครื่องหมายสัญลักษณ์ที่บอกอันตรายและที่บอกความปลอดภัย รู้จักข้ามถนนเมื่อมีผู้ใหญ่อยู่ด้วยและไม่ข้ามตามลำพัง บอกหมายเลขโทรศัพท์เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน รู้จักสถานที่ตั้งของบ้านตัวเอง และรู้จักวิธีปฏิบัติตนอย่างปลอดภัยขณะเดินทาง

แนวทางในการพัฒนาสำหรับผู้ดูแลเด็ก ครู และอาจารย์

1. จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับเด็ก และอธิบายให้เด็กเข้าใจอย่างง่าย ๆ ถึงความจำเป็นที่ต้องจัดให้มีความปลอดภัย เช่น มีรั้วไว้ทำไม ทำไมต้องติดเครื่องดับเพลิงไว้ ทำไมต้องมีราวบันได

2. ชี้นำให้เด็กดูป้ายสัญลักษณ์ที่บอกทั้งความปลอดภัยและอันตราย เช่น ป้ายทางหนีไฟ ป้ายเขตห้ามเข้า ป้ายระวังไฟฟ้าแรงสูง ป้ายของไวไฟ ป้ายหัวกะโหลกไขว้ ป้ายระวังลิ้น ลูกศรบอกทิศทางในการเดินขึ้น-ลงบันได เป็นต้น

3. ชวนเด็กพูดคุยเกี่ยวกับความปลอดภัย เช่น วิธีการถือดินสอ การถือกรรไกร การเล่นอย่างปลอดภัย เป็นต้น

4. ชวนเด็กพูดคุยให้เด็กเข้าใจเรื่องความปลอดภัยในการเดินทางด้วยรถยนต์ รถโดยสาร หรือจักรยานยนต์ ชวนเด็กให้สนใจเกี่ยวกับสัญญาณจราจร อันตรายจากอุบัติเหตุ และผลของอุบัติเหตุจากสื่อต่างๆ

5. สอนเด็กให้หัดแก้ปัญหาเมื่อพลัดหลงกับผู้ใหญ่ เช่น ท่องเบอร์โทรศัพท์ของพ่อแม่ ที่ตั้งของบ้าน รวมถึงให้พูดคุยกับเด็กว่าจะทำอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ เช่น ไฟไหม้ คนต่อสู้กัน เป็นต้น

6. สอนวิธีดูแลตนเองไม่ให้อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายและการไม่ประมาท เช่น ไม่ไหนกับคนแปลกหน้า การรู้จักระมัดระวังเกี่ยวกับสัตว์ทุกชนิด ไม่อ่านหนังสือในที่แสงจ้า ไม่เล่นริมน้ำ ไม่วิ่งไปทางผู้ใหญ่อายุในที่ที่มีคนหนาแน่น ไม่ลงเล่นน้ำตามลำพัง เป็นต้น

7. สร้างสถานการณ์จำลองหรือบทบาทสมมติ เพื่อให้เด็กเรียนรู้ถึงความปลอดภัย การชักซ้อมเมื่อต้องเผชิญกับภัยพิบัติ เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม แผ่นดินไหว เป็นต้น

8. ชวนเด็กคุยหรือร่วมกันกำหนดข้อตกลง เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในสนามเด็กเล่น และการเล่นกับเพื่อนๆ อย่างปลอดภัย

พัชรี ผลโยธิน (2559: 5-26) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมความปลอดภัยของเด็กปฐมวัย ว่าเป็นการกระทำหรือกิจกรรมทุกอย่างของเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ที่ไม่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นหรือไม่อันตราย ไม่เกิดการบาดเจ็บหรือการตายหรือทรัพย์สินเสียหาย รวมทั้งไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้น ทำให้เด็กปฐมวัยคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขกาย สุขใจ ซึ่งพฤติกรรมความปลอดภัยมีความสำคัญต่อเด็กปฐมวัย ดังนี้

1. ความสำคัญต่อตัวเด็ก การปลูกฝังให้เด็กเกิดพฤติกรรมความปลอดภัยจนเกิดความเคยชินในการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ช่วยให้เด็กปฐมวัยมีชีวิตรอดปลอดภัย ช่วยให้เด็กปฐมวัยเรียนรู้ภัยอันตรายต่างๆ ช่วยให้เด็กปฐมวัยรู้วิธีปฏิบัติตน และช่วยให้เด็กปฐมวัยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความมั่นใจ

2. ความสำคัญต่อสังคม การปลูกฝังให้เด็กเกิดพฤติกรรมความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อเติบโตขึ้นมาในสังคมย่อมส่งผลดีต่อสังคมนั้นๆ ได้แก่ ช่วยลดอุบัติเหตุในสังคมทำให้สังคมเกิดความสงบสุข ทำให้สังคมเข้มแข็งมีความสำคัญ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสังคม และทำให้สังคมลดค่าใช้จ่าย

พฤติกรรมความปลอดภัยของเด็กปฐมวัย อายุ 3-6 ปี ที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางกาย ในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความปลอดภัย ได้แก่

1. การเล่นอย่างปลอดภัยตามคำแนะนำของผู้ใหญ่ ไม่ลงเล่นน้ำตามลำพัง ไม่เล่นบริเวณที่เสี่ยงอันตราย

2. ใช้สายตาอย่างเหมาะสม ไม่ดูโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ในระยะใกล้และนานเกินไป

3. ไม่วิ่งเมื่อถือของแหลมหรือของมีคม ไม่นำสิ่งแปลกปลอมใส่ในปากหรือจมูก หรือหูของตนเองและผู้อื่น

4. บอกวิธีการขอความช่วยเหลือ บอกหรือเตือนเพื่อนเมื่อเห็นเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย

5. ปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยภายในบ้าน หรือสถานศึกษา ปฏิบัติตนอย่างปลอดภัยขณะเล่น เก็บของเข้าที่เมื่อเล่นเสร็จ ไม่เล่นกับสัตว์เลี้ยงของผู้อื่น

การจัดประสบการณ์ความปลอดภัยของเด็กปฐมวัย อายุ 3-6 ปี เพื่อเป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยให้เด็ก โดยจัดกิจกรรมให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริง รวมทั้งให้คำแนะนำช่วยเหลือ และเสริมแรงให้เด็กปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัย ได้แก่

1. ความปลอดภัยในกิจวัตรและกิจกรรมประจำวัน คือ กิจกรรมที่เด็กต้องทำทุกวันเมื่ออยู่ในสถานศึกษา ซึ่งมีทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขนิสัยและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย เช่น การใช้โต๊ะเก้าอี้ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ การเก็บของเล่น การเข้าแถว การขึ้นลงบันได

2. ความปลอดภัยในการเล่น คือ การเล่นตามมุมต่างๆ ในห้องเรียน การเล่นของเล่น การจัดเก็บของเล่นเมื่อเล่นเสร็จ วิธีการแก้ปัญหาความขัดแย้งในการเล่น การปฏิบัติตามกติกการเล่น

3. ความปลอดภัยในการเล่นเครื่องเล่นสนาม คือ การใช้เครื่องเล่นสนาม วิธีการเล่นเครื่องเล่นสนามที่ปลอดภัยแก่ตนเองและผู้อื่น กฎกติกาในการเล่น การเล่นน้ำเล่นทราย

4. ความปลอดภัยในการจราจรและเดินทาง คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับเส้นทางไป-กลับระหว่างบ้านและสถานศึกษา สัญญาณจราจร และการปฏิบัติตามกฎจราจร

5. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย และไฟฟ้า คือ การเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเพลิงไหม้ และการใช้ไฟฟ้าอย่างปลอดภัย

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมการแสดงออกถึงการกระทำ การปฏิบัติตนในกิจวัตรประจำวัน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองให้มีความปลอดภัยขณะอยู่ภายในบริเวณโรงเรียนทั้งในและนอกห้องเรียน เช่น การใช้ของเล่นเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ การเล่นเครื่องเล่นสนาม ป่อทราย การใช้สถานที่ภายในบริเวณโรงเรียน

1.4.3 ด้านการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านการบริโภคอาหาร คือ สุขบัญญัติแห่งชาติข้อ 4 กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด เป็นเรื่องของอาหารซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดสภาวะสุขภาพของคน การกินอาหารที่ดีมีประโยชน์อย่างพอเพียงและเหมาะสม จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง แต่หากกินอาหารที่มีสารปนเปื้อน ไม่ถูกหลักโภชนาการ หรือมากเกินไป ก็จะก่อให้เกิดโรคตามมามากมาย (กองสุขศึกษา. 2552: 10-11) ซึ่งการกินอาหารเพื่อสุขภาพดีมีรายละเอียด ดังนี้

1. กินอาหารสุก สะอาด หลีกเลี่ยงการกินอาหารสุกๆ ดิบๆ

2. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย เพียงพอต่อความต้องการ

ของร่างกาย

3. กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ ซึ่งจะวิตามิน แร่ธาตุ และช่วยป้องกันโรคต่างๆ

4. ดื่มนม ช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง

5. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

6. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสจัด กินหวานมากเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน หัวใจ กินเค็มมากเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

7. ไม่กินอาหารหมักดอง อาหารที่ใส่สีสังเคราะห์ เพราะมีสารที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย

นิตยา เพ็ญศิริินภา (2556: 19-20) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่บุคคลกระทำเป็นประจำ ซึ่งการแสดงออกนั้นอาจเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านการกระทำ เช่น การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียม การปรุง การบริโภค สุขนิสัยในการบริโภค

พฤติกรรมทางโภชนาการในเด็กปฐมวัย เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลทั้งที่เป็นตัวเด็กเองและผู้ดูแลเด็ก ที่ส่งผลต่อการได้รับอาหารและโภชนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งการแสดงออกนั้นอาจเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านการกระทำ เช่น การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียม การปรุง การบริโภค สุขนิสัยในการบริโภค ที่พัฒนามาจากการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ทำซ้ำๆ เช่น ชอบกินขนม ลูกอม ไม่ชอบกินผัก เป็นต้น

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2552: 28-29) ได้กำหนดสมรรถนะของเด็กปฐมวัย ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร คือ ส่วนหลักที่ 1 ด้านการเคลื่อนไหวและสุขภาวะทางกาย ส่วนย่อยที่ 1.2 สุขภาวะทางกาย ด้านที่ 1.2.1 โภชนาการ สมรรถนะที่ 4 เด็กรับประทานหลายๆ ชนิดที่มีประโยชน์และปลอดภัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

พฤติกรรมพึงมีสำหรับเด็กอายุ 3 – 5 ปี

เด็กกินอาหารหลากหลายที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำอย่างเพียงพอ โดยมีผู้ใหญ่ช่วยเหลือแนะนำ มีส่วนร่วมในการเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ แยกของที่กินได้ออกจากของที่ไม่ได้ บอกได้ว่าอาหารใดไม่ควรกิน ใช้อ่อนกลางตักอาหารที่เป็นสารบรรม

แนวทางในการพัฒนาสำหรับผู้ดูแลเด็ก ครู และอาจารย์

1. จัดอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบห้าหมู่ พอดีคำ มีสีส่น และลักษณะน่ารับประทานให้เด็กได้หัดรับประทานอาหารที่หมุนเวียนกันไป ให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมประกอบอาหารง่ายๆ

2. พุดคุย เล่นเกม ชีวชน หรือชวนให้เด็กแยกแยะสิ่งที่กินได้และกินไม่ได้

3. ให้ความรู้ผ่านกิจกรรม และจัดประสบการณ์ให้เด็กได้รู้จักคุณค่าอาหารต่างๆ แล้วชวนพุดคุย และสร้างโอกาสให้เด็กได้ประกอบอาหารที่โรงเรียน

4. ชีวชนให้เด็กดูอาหารที่ควรกิน เช่น สะอาด ปลอดภัย และอาหารที่ไม่ควรกิน เช่น เก็บค้างไว้นาน หมดอายุ ผักที่ไม่สด อาหารสีฉูดฉาด อาหารสุกๆดิบๆ หมักดอง ปิ้งย่าง ทอดไหม้เกรียม ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม เป็นต้น

5. จัดตารางแสดงคุณค่าอาหารคู่กับเมนูอาหารที่เด็กรับประทาน และชวนเด็กพูดคุย

ทัศนีย์ ลิ้มสุวรรณ (2556: 5-52) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยว่า เด็กปฐมวัยมีความสำคัญในการปูพื้นฐานนิสัยการกินของเด็กคนนั้นว่าจะชอบกินอะไร ไม่ชอบกินอะไร กินมาก กินน้อย กินจุบจิบหรือกินเป็นเวลา ซึ่งจะเป็นนิสัยการกินที่ติดตัวไปจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงควรปลูกฝังนิสัยและพฤติกรรมการกินอาหารที่ดีให้กับเด็กปฐมวัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

แนวการจัดอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย

1. ควรมีข้าวสวยเป็นอาหารหลัก เพราะข้าวมีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับคนทุกวัย โดยอาจจัดในรูปของอาหารจานเดียว หรือเป็นกับข้าวสลับกันไป โดยเด็กอายุ 4-6 ปี ควรรับประทานประมาณ 1.5 ทัพพี

2. ควรมีเนื้อสัตว์ชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นส่วนประกอบเป็นประจำ เพราะเด็กปฐมวัยควรได้รับอาหารโปรตีนเป็นประจำเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต ควรให้เด็กได้รับเนื้อสัตว์หลากหลายชนิดสลับกัน เช่น ไก่ หมู ปลา รวมทั้งโปรตีนจากไข่ เป็นต้น

3. ควรมีผัก 2-3 ชนิดเป็นส่วนประกอบทุกวัน เพื่อให้เด็กคุ้นเคยการกินผัก เนื่องจากผักเป็นอาหารที่วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งผักเป็นอาหารที่เด็กมักไม่ชอบจำเป็นต้องฝึกให้เด็กกิน ควรพยายามหมุนเวียนชนิดของผักให้หลากหลายชนิด จัดเป็นผักสดหรือปรุงสุกใหม่ๆ

4. ควรจัดผลไม้ทุกวัน เพราะผลไม้เป็นแหล่งอาหารที่ให้วิตามิน แร่ธาตุ ใยอาหาร และสารต้านอนุมูลอิสระ การกินผลไม้ช่วยฝึกนิสัยการกินขนมหวานน้อยลง ซึ่งในการจัดผลไม้ที่มีเมล็ดจะต้องแกะเมล็ดออกก่อน เลือกผลไม้ตามฤดูกาลเพื่อให้ได้ผลไม้สดมีคุณภาพดี ส่วนผลไม้ที่มีรสหวานไม่ควรกินบ่อยติดต่อกัน

5. ควรมีนมเป็นอาหารเสริมทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว เพราะนมเป็นแหล่งอาหารที่มีประโยชน์หลายชนิด มีโปรตีน แคลเซียมสูง เป็นอาหารที่ดีมีง่าย และควรเลือกนมรสจืดให้เด็กดื่มในเวลาเช้าจะเหมาะสมกว่าช่วงบ่าย

6. ควรจัดอาหารทะเลสัปดาห์ละครั้ง เพราะอาหารทะเลเป็นแหล่งอาหารของไอโอดีน และกรดไขมันดีเอชเอที่ช่วยพัฒนาสมอง

7. ควรจัดอาหารที่มีส่วนประกอบของตับ หรือเลือดไก่ หรือเลือดหมู สลับกันสัปดาห์ละครั้ง เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กและวิตามินเอให้เด็กได้รับเพียงพอ

8. ควรจัดอาหารประเภทผัดหรือทอดในน้ำมันพืชเป็นครั้งคราว

9. ควรปรุงอาหารรสอ่อน

การเสริมสร้างนิสัยการกินอาหารที่ดีสำหรับเด็กปฐมวัย คือ การส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กมีนิสัยการกินอาหารที่ดีมีประโยชน์ ให้สารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และป้องกันการกินอาหารไม่สะอาด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การฝึกให้เด็กกินอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ ฝึกให้เด็กกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ฝึกให้เด็กกินอาหารที่หลากหลายครบ 5 หมู่ ฝึกให้เด็กกินอาหารที่ปรุงสุกและย่อยง่ายมีลักษณะนิ่มนุ่ม หลีกเลี่ยงการกินอาหารหมักดอง อาหารสุกๆ ดิบๆ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เป็นต้น

2. การฝึกให้เด็กกินอาหารที่หลากหลาย โดยเน้นความหลากหลายของอาหารให้มากขึ้น เช่น เนื้อสัตว์หลากหลายชนิด ผักหลากหลายชนิด ผลไม้หลากหลายชนิด เป็นต้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร คือ การที่เด็กปฐมวัยมีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติ และมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเลือกประเภทของอาหาร

1.4.4 ด้านสุขนิสัยการรับประทาน

สุขนิสัยการรับประทาน เป็นการปฏิบัติตนหรือประพฤติตนในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับบุคคล สถานที่ และกาลเทศะ จำเป็นต้องฝึกฝนให้เกิดเป็นนิสัยเพื่อให้เป็นที่ยอมรับแก่ผู้พบเห็น ซึ่งการส่งเสริมให้เด็กมีนิสัยการกินที่ดี จะช่วยเป็นพื้นฐานนิสัยการกินที่ดีต่อไปเมื่อเด็กโตขึ้น โดยควรฝึกฝนให้เด็กกินอาหารให้ถูกสุขลักษณะ และมีมารยาทในการกินอาหารที่ดี (ทัศนีย์ ลิ้มสุวรรณ. 2556: 5-52) ดังนี้

1. การฝึกให้เด็กกินอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ ได้แก่

1.1 ฝึกให้เด็กล้างมือก่อนกินอาหารทุกครั้ง

1.2 ฝึกให้เด็กใช้ภาชนะและอุปกรณ์การกินที่สะอาด

1.3 ฝึกใช้ช้อนกลางตักอาหารที่กินร่วมกับผู้อื่น และไม่นำช้อนกลางตักอาหารเข้าปากตนเอง และไม่นำช้อนกลางตักอาหารชนิดหนึ่งไปตักอาหารอีกชนิดหนึ่ง

1.4 ฝึกการรักษาความสะอาดระหว่างการกินอาหาร พยายามให้อาหารอยู่บนจาน อาหารที่ตกหล่นและเอะอะไม่นำมากินอีก

1.5 ฝึกการเก็บภาชนะและอุปกรณ์หลังการกินอาหาร และทำความสะอาดโต๊ะ

1.6 ฝึกการแปรงฟันหลังการกินอาหาร

2. การฝึกให้เด็กใช้อุปกรณ์ในการกินอาหารที่เหมาะสม ได้แก่

2.1 ฝึกการใช้ช้อนและส้อมในการตักอาหารเข้าปาก

2.2 ฝึกการใช้ช้อนกลางที่ถูกต้อง

2.3 ฝึกการจับแก้วน้ำโดยจับที่เป็นส่วนหูของแก้วน้ำที่มีหู หรือจับส่วนกลางของแก้วน้ำกรณีแก้วน้ำที่ไม่มีหู

2.4 ฝึกการใช้ภาชนะและอุปกรณ์ของตนเอง ไม่ใช่ของผู้อื่นและไม่นำมาเป็นของเล่น

3. การฝึกให้เด็กมีมารยาทในการกินอาหาร ได้แก่

3.1 ให้เด็กเรียนรู้การกินอาหารด้วยความเรียบร้อย ไม่มูมมาม ไม่ส่งเสียงดัง ให้กินอาหารคำเล็กๆ ที่สามารถตักเข้าปากได้โดยไม่หกเลอะเทอะและเคี้ยวได้สะดวก อาหารบางชนิดอนุญาตให้เด็กใช้มือจับได้ เช่น น่องไก่ทอดเล็ก ขนมปังแท่ง ลูกก็ เป็นต้น

3.2 ให้เด็กรู้จักการหุบปากเมื่อเคี้ยวอาหารเพื่อไม่ให้มีเสียงดังเวลาเคี้ยวและเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน

3.3 ไม่พูดคุยระหว่างเคี้ยวอาหารเพราะจะทำให้อาหารร่วงหล่นออกจากปาก หรืออาจทำให้สำลักได้

3.4 การคายอาหารออกจากปากหากต้องการคาย เช่น เวลา มีสิ่งปะปน มีกระดูกหรือก้างปลา ควรใช้ช้อนหรือกระดาษรองรับ ไม่คายไว้บนพื้นหรือบนโต๊ะ

3.5 เมื่อไอหรือจามให้ใช้กระดาษหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปาก

3.6 ไม่ล้วง แคะ แกะ เกา ขณะกินอาหาร เพราะจะทำให้สิ่งสกปรกร่วงหล่นลงในอาหาร

3.7 ฝึกให้กินอาหารทีละน้อยเมื่อกินหมดแล้วจึงไปตักใหม่ ไม่ควรตักครั้งละมากๆ แล้วกินเหลือ

3.8 นั่งกินอาหารให้เป็นที่ไม่วิ่งไปมา

3.9 ไม่เล่นระหว่างกินอาหาร รวมทั้งไม่เขียนเล่นอาหาร ไม่ขว้างปาอาหารหรือไปหยิบอาหารของเพื่อน

สมจินตนา ภักดิ์ศรีวงศ์ (2538: 202-204) ได้กล่าวถึง การรับประทานอาหารภายในครอบครัวควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ก่อนรับประทานอาหารควรล้างมือล้างปากให้สะอาด รวมทั้งภาชนะที่ใส่อาหารทั้งหมดด้วยและข้อที่ไม่ควรกระทำระหว่างรับประทานอาหาร คืออย่าตักข้าวหรือกับข้าวให้มากจนล้นจานหรือตักข้าวคำใหญ่เกินไป ไม่ซดหรือเคี้ยวอาหารเสียงดัง ไม่อมอาหารจนกระพุ้งแก้มพองโป่งออกมา ก่อนกลืนอาหารควรเคี้ยวให้ละเอียด

2. ระมัดระวังในการใช้ช้อนส้อม ไม่ควรให้มีเสียงดังกระทบกันหรือไม่กระทบจานข้าว ไม่ควรใช้ช้อนส้อมตัวเองตักอาหารในถ้วยรวมควรจัดช้อนกลางไว้เสมอ

3. ไม่ควรพูดคุยกันตลอดเวลาในขณะที่รับประทานอาหาร ในขณะที่อาหารอยู่ในปากก็ไม่ควรพูดคุยเป็นอันขาดจะทำให้เป็นที่น่าสนใจแก่ผู้อื่น

4. การไอหรือจามก็ควรงดเว้น ถ้าจำเป็นควรใช้ผ้าปิดปากหันหน้าออกนอกวงอาหารแล้วกล่าวคำขอโทษ หากป่วยเป็นโรคที่จะต้องไอบ่อยๆ ควรหลีกเลี่ยงในการรับประทานอาหารในบรรยากาศและความรื่นรมย์

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร คือ การที่เด็กปฐมวัยมีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติ และมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น เช่น สุขลักษณะและวิธีรับประทานอาหาร การปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร

1.4.5 ด้านทันตสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านทันตสุขภาพ คือ สุขบัญญัติแห่งชาติข้อ 2 รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง ซึ่งฟันทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร ช่วยในการออกเสียง ช่วยเสริมใบหน้าให้สวยงามหากเราดูแลฟันไม่ดี จะทำให้ฟันผุ เหงือกอักเสบ เจ็บปวด เสียวฟัน เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ทำให้ระบบย่อยอาหารไม่ดี ทำให้เสียสุขภาพได้ เพื่อการป้องกันเชื้อโรค และสารปนเปื้อนที่ติดมากับมือเข้าสู่ร่างกาย (กองสุขศึกษา. 2552: 8-9) ซึ่งการดูแลสุขภาพฟันมีรายละเอียด ดังนี้

สิ่งที่ควรปฏิบัติ

1. แปรงฟันให้สะอาดอย่างทั่วถึงทุกที่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอน และก่อนเข้านอนตอนกลางคืน
2. แปรงลิ้นทุกครั้งหลังการแปรงฟันเพื่อกำจัดคราบอาหารตกค้าง
3. บ้วนปากให้สะอาดทุกครั้งหลังกินอาหาร
4. ล้างแปรงสีฟันให้สะอาดทุกครั้งหลังการแปรงฟัน และตั้งหรือแขวนไว้ในที่อากาศถ่ายเท

หมั่นเสริมสุขภาพฟัน ด้วยการ

1. กินผัก ผลไม้ เพื่อเสริมสร้างให้ฟันแข็งแรงและยังมีเส้นใยช่วยทำความสะอาดฟัน
2. ตรวจสุขภาพในช่องปากด้วยตนเอง หากพบสิ่งผิดปกติ ควรรีบไปรักษาแต่เนิ่นๆ ซึ่งการรักษาจะทำได้ง่ายและไม่เจ็บปวด หากปล่อยไว้ฟันจะผุลึก จะทำให้เจ็บปวด เสียค่าใช้จ่ายมาก และอาจจะต้องถอนฟัน และควรพบทันตแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง

สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง

1. หลีกเลี่ยงการกินลูกอม ทอฟฟี่ หรือขนมหวานเหนียว
 2. ไม่ใช้ฟันกัด ขบของแข็งๆ หรือใช้ฟันกัดหนักรั่วๆ เช่น เปิดฝาขวด กัดดินสอ
- การรักษาฟันไม่ดี อาจทำให้ฟันผุ ปวดฟันซึ่งทรมานมาก เหงือกอักเสบ มีกลิ่นปาก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด ปวดท้อง เป็นโรคกระเพาะอาหารได้

เมธินี คุปพิทยานันท์ และวรวิทย์ ใจเมือง (2555: 22-27) ได้กล่าวถึง การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ว่าปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเรียกรวมๆ กันว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่สำคัญ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามชนิด รูปแบบ และแบบแผนที่มี

ประโยชน์ต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่เป็นโทษต่อสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก และพฤติกรรมการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องของการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะต้องสร้าง และปลูกฝังตั้งแต่เด็ก เพื่อให้ปฏิบัติจนเกิดเป็นความเคยชิน และพัฒนาเป็นนิสัยถาวรเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก

ชนิดของอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก คืออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายทุกระบบ ส่วนอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปากคือ อาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั่วไปด้วย การบริโภคแป้งและน้ำตาลจำนวนมากเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วน โรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ น้ำตาลเป็นสารที่เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากใช้สร้างกรด และสร้างสารที่ช่วยให้เชื้อจุลินทรีย์ยึดติดกับผิวฟัน น้ำตาลที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากที่สุดคือน้ำตาลซูโครส หรือน้ำตาลทราย ส่วนน้ำตาลกลูโคส มอลโตส ฟรุคโตสทำให้เกิดฟันผุรองลงมา และน้ำตาลแลคโตสทำให้เกิดฟันผุน้อยที่สุด สำหรับอาหารจำพวกแป้ง จะถูกเอนไซม์อะไมเลส (enzyme amylase) ในน้ำลายย่อยสลายให้เป็นน้ำตาลซึ่งเชื้อจุลินทรีย์นำมาสร้างกรดได้ ความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับการเกิดโรคฟันผุไม่ใช่มีแต่เพียงชนิดของอาหาร ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่ต้องพิจารณาร่วมด้วย ได้แก่

1.1 ความถี่ในการบริโภค ลักษณะของอาหาร และระยะเวลาที่อาหารตกค้างในช่องปาก เมื่ออาหารเข้าสู่ช่องปาก อาหารบางส่วนจะถูกย่อยสลายโดยจุลินทรีย์ บางส่วนถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่องปากบางส่วนถูกย่อยสลายโดยเอนไซม์ในน้ำลาย และส่วนใหญ่จะถูกเคล้าไปกับน้ำลายและถูกกลืนลงไป อาหารในรูปแบบของแข็ง ของเหนียวข้น จะคงอยู่ในปากนานกว่าอาหารที่อยู่ในรูปแบบของเหลว การรับประทานจุบจิบ รับประทานอาหารเหนียวติดฟันเช่น ตังเม ทอฟฟี่ ผลไม้กวน มะขามหวาน รวมทั้งขนมถุง อาหารเหล่านี้จะอยู่ในช่องปากเป็นเวลานาน จุลินทรีย์จึงสร้างกรดได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผิวฟันสูญเสียแร่ธาตุไปมากกว่าที่คืนกลับสู่ผิวฟัน อาหารจำพวกแป้ง เช่น เบเกอรี่ต่าง ๆ ที่รวมตัวกับน้ำลายเป็นก้อนและๆ ขจัดออกได้ยาก อาจก่อให้เกิดโรคฟันผุได้มากกว่าน้ำตาล เพราะตกค้างในปากได้นานกว่า ดังนั้นขนมที่มีแป้งและน้ำตาล เช่น ขนมปัง เบเกอรี่ ลูกก๊ี้ ขนมหวานจะทำให้เกิดฟันผุได้มาก

1.2 ความสามารถของอาหารที่จะกระตุ้นการไหลของน้ำลาย อาหารจำพวกเหนียวแข็ง และอาหารที่มีเส้นใยเช่น ผัก ผลไม้ที่ต้องเคี้ยว สามารถกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายได้มาก น้ำลายจะช่วยชะล้าง ลดการตกค้างของเศษแป้งและน้ำตาลในช่องปาก เจือจางและสะเทินฤทธิ์กรดที่เกิดขึ้น แร่ธาตุในน้ำลาย สามารถช่วยป้องกันการละลายเกลือแร่ออกมาจากฟัน (demineralization) และช่วยในกระบวนการคืนกลับเกลือแร่สู่ฟัน (remineralization)

1.3 องค์ประกอบโดยรวมของอาหาร ดูทั้งมือว่ามีอะไรไปบ้าง ลำดับอาหารที่กิน ดูผลรวมที่เกิดจากอาหารทั้งมือ อาหารจำพวกโปรตีนและไขมันจะขัดขวางการนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ของจุลินทรีย์ จึงไม่เกิดกรด หรือทำให้เกิดกรดได้น้อยลง นม และผลิตภัณฑ์จากนม

เช่น เนยแข็งมีแคลเซียมฟอสเฟตและเคซีน ซึ่งมีฤทธิ์เป็นด่าง จะช่วยส่งเสริมการคืนกลับของแร่ธาตุสู่ผิวฟัน

1.4 ปัจจัยเฉพาะบุคคล เช่น ปริมาณ การไหล และระดับความเป็นกรดต่างของน้ำลาย การดูแลอนามัยช่องปาก การมีประวัติฟันผุ การกินยาบางอย่าง หรือมีโรคประจำตัวบางอย่าง

โดยทั่วไปอาจกล่าวได้ว่า การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับการเกิดโรคฟันผุ สิ่งที่มีผลมากกว่าชนิดของอาหารคือ ความถี่ในการบริโภค ลักษณะอาหาร และวิธีการกิน ซึ่งขอแนะนำการกินอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่

1. กินอาหารที่สมดุล อุดมไปด้วยธัญพืช ผัก ผลไม้
2. กินอาหารที่มีองค์ประกอบหลากหลาย เช่น เพิ่มผัก ผลไม้สดในมื้ออาหาร ผลิตภัณฑ์จากนม อาจกินในมื้ออาหารหรือระหว่างมื้ออาหารก็ได้ ส่วนอาหารที่ทำให้ฟันผุและเครื่องดื่มรสหวาน เปรี๊ยะ ให้กินในมื้ออาหาร
3. แปรงฟัน หรือบ้วนปาก หรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล หลังรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำลาย
4. การดื่มนมหลังกินอาหาร จะช่วยสนับสนุนการคืนกลับของแร่ธาตุสู่ผิวฟัน เพราะนมอุดมไปด้วยแคลเซียม
5. เครื่องดื่มรสหวานควรดื่มวดเดียวมากกว่าจิบอมในปาก
6. ลำดับการกินก็มีผล เช่น กินน้ำหวานก่อนเนยแข็งดีกว่ากินเนยแข็งก่อนกินน้ำหวาน
7. ลดการกินจุบจิบ และไม่ดื่มน้ำหวาน หรือรับประทานอาหารก่อนเข้านอน
8. ไม่พาเด็กเข้านอนพร้อมให้ดูดขวดใส่นมหรือน้ำผลไม้

2. การดูแลอนามัยช่องปาก

วิธีดูแลรักษาอนามัยช่องปากขั้นพื้นฐานที่บุคคลต้องปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันคือการแปรงฟัน

การแปรงฟัน มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความสะอาดช่องปาก ขจัดเศษอาหารตกค้าง กำจัดและควบคุมคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน ทำให้รู้สึกปากสะอาดสดชื่น การแปรงฟันเป็นวิธีการป้องกันโรคฟันผุและโรคปริทันต์ที่มีประสิทธิภาพ เพราะการแปรงฟันทำให้ปากสะอาด ขจัดเศษอาหารไม่ให้ตกค้างในช่องปากและช่วยลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก รวมทั้งยาสีฟันส่วนใหญ่มีฟลูออไรด์ซึ่งเป็นสารป้องกันฟันผุรวมอยู่ด้วย และเพื่อให้การแปรงฟันเกิดประสิทธิผลด้านการป้องกันโรคปริทันต์ จึงต้องให้ความสำคัญกับการแปรงบริเวณคอฟัน เพราะคราบจุลินทรีย์ในบริเวณดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ

การแปรงฟันที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคฟันผุและโรคปริทันต์ จะต้องเป็นการแปรงฟันที่มีคุณภาพ คือสามารถจัดเศษอาหารที่ตกค้างในช่องปาก และขจัดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะอยู่บนผิวฟันได้เป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งต้องไม่ทำอันตรายต่อเหงือก และมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติด้วย การแนะนำประชาชนให้สามารถแปรงฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทีมสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีความรู้มิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการแปรงฟัน และคุณภาพของการแปรงฟัน ซึ่งมีอยู่หลายประการ ดังนี้

2.1 วิธีการแปรงฟัน รูปแบบการแปรงฟันตามความถนัดเป็นพฤติกรรมถาวร การปลูกฝังวิธีการแปรงฟันให้กับเด็กจะต้องคำนึงถึงพัฒนาการของการใช้กล้ามเนื้อของเด็ก และต้องใช้เวลาฝึกฝนจนกระทั่งเด็กมีความชำนาญ และรู้สึกเป็นความถนัดตามวิธีที่สอน วิธีแปรงฟันมีผู้คิดค้นไว้หลายวิธีวิธีที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี คือ วิธี Horizontal scrub หรือวิธีถูไป-มา สำหรับเด็กที่มีอายุมากกว่า 6 ปี และผู้ใหญ่ใช้วิธี Modified Bass หรือวิธีขยับปิด การแปรงฟันทั้ง 2 วิธีนี้ ต้องแปรงฟันให้ทั่วทุกซี่ ทั้งด้านนอกด้านในและด้านบดเคี้ยว รวมทั้งเน้นการแปรงบริเวณคอฟัน ดังนั้นจึงต้องใช้แปรงสีฟันชนิดขนอ่อนนุ่มปลายขนแปรงมน เพื่อป้องกันไม่ให้เหงือกอักเสบและคอฟันสึก ในประเทศไทยมีการสอนและฝึกวิธีแปรงฟันแบบ Horizontal scrub ให้แม่และผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้เด็กเล็กๆ และฝึกให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหัดแปรงฟันตนเอง ส่วนการแปรงฟันวิธี Modified Bass ได้จัดให้มีการฝึกในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา

2.2 เวลาที่ใช้แปรงฟัน มีความสัมพันธ์กับความสะอาดของช่องปาก และความสามารถในการขจัดคราบจุลินทรีย์ การแปรงฟันแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 2 นาที เพื่อให้ฟลูออไรด์ในยาสีฟันมีเวลาได้สัมผัสผิวฟัน และสามารถแปรงฟันได้ทั่วถึงทั้งปากควรแปรงฟันให้ได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยครั้งที่สำคัญที่สุดคือการแปรงฟันก่อนนอน เพราะช่วงนอนหลับร่างกายขับน้ำลายออกมาน้อยกว่าเวลาตื่น ถ้ามีอาหารตกค้างในช่องปาก จะเกิดการบูดเน่าทำให้มีกลิ่นปาก รุนแรง และจุลินทรีย์จะสร้างกรดได้ต่อเนื่อง รวมทั้งกรดที่เกิดขึ้นจะคงอยู่ในช่องปากเป็นเวลานาน เนื่องจากไม่มีน้ำลายช่วยเจือจางและสะเทินความเป็นกรด อย่างไรก็ตามการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้งจะมีผลในการขจัดเศษอาหารตกค้างในช่องปากได้ดีที่สุด

2.3 การเลือกใช้แปรงสีฟัน และยาสีฟัน แปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็ง หรือมีขนแปรงที่ไม่ได้มนปลายขนแปรง จะทำให้คอฟันสึกและเหงือกถลอกเป็นแผลได้ง่าย จึงควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงทำจากไนลอนชนิดขนอ่อนนุ่ม หรือนุ่มพิเศษ ปลายขนแปรงมน ด้ามแปรงตรง หรือเอียงทำมุมเล็กน้อยขนาดของด้ามแปรงจับถนัดมือ แข็งแรงไม่เปราะหักง่าย ขนาดของหัวแปรงเหมาะกับช่องปากสามารถสอดแปรงเข้าถึงฟันได้ทั่วทุกซี่ และมีขนแปรงหนาแน่นจัดเป็นกระจุกเรียงกันเป็นแถวชิดกัน 3-4 แถว เพื่อให้ง่ายต่อการเลือกใช้ อาจพิจารณาเลือกใช้แปรงสีฟันที่แสดงมาตรฐานแปรงสีฟันที่ได้รับการตรวจโดยกรมอนามัย ซึ่งใช้สัญลักษณ์ “แปรงติดดาว” และมีฉลากซึ่งระบุว่าเป็นแปรงใช้ในวัยอายุใด ซึ่งขอแนะนำการแปรงฟันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้แก่

2.3.1 ให้แปรงฟันวิธีขยับปัดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ที่สำคัญเวลา
นอนไม่ควรมีเศษอาหารตกค้างในช่องปาก และแปรงฟันให้ทั่วถึงทุกซี่ ทุกด้าน

2.3.2 ใช้เวลาแปรงฟันแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 2-3 นาที

2.3.3 การเลือกใช้แปรงสีฟัน ควรเลือกแปรงขนอ่อน มีจำนวนกระจุก
ขนแปรงมาก ปลายขนแปรงมน หรือแปรงที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากกรมอนามัย

2.3.4 แต่ละคนควรมีแปรงสีฟันเป็นของตนเอง ไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น

2.3.5 หลังการใช้แต่ละครั้งควรล้างให้สะอาด ฝั้ให้แห้ง ไม่เก็บแปรงสี
ฟันในที่อับชื้นเพราะจะทำให้ขึ้นราได้ง่าย และควรเปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อขนแปรงขึ้นรา รูปทรงบิด
เบี้ยว หรือบานจากปกติ ขนแปรงที่เสียรูปอาจทำอันตรายต่อเหงือกได้ โดยทั่วไปแปรงสีฟันมีอายุ
การใช้งานประมาณ 3 - 4 เดือน

2.3.6 ข้อควรระวังคือ ถ้าใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงแข็ง หรือเวลาแปรง
ฟันออกแรงกดมากเกินไปจะทำให้คอฟันสึก เหงือกเป็นแผล และเหงือกกร่น การวางขนแปรงสีฟันไม่
ถูกต้องจะทำให้ประสิทธิภาพของการกำจัดคราบจุลินทรีย์ลดลง

2.3.7 ยาสีฟันให้เลือกใช้ตามข้อแนะนำข้างต้น

2.3.8 สิ่งสำคัญคือ ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เป็นกิจวัตรประจำวัน
ทุกวัน

2.4 การดูแลอนามัยช่องปากด้วยการใช้ไหมขัดฟัน

การแปรงฟันไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่ซอกฟันได้หมด ด้าน
ของฟันที่ชิดติดกันจึงมีโอกาสดังเกิดฟันผุ และเหงือกบริเวณซอกฟันเกิดการอักเสบได้ง่าย การดูแล
รักษาสุขภาพช่องปากให้ดีอยู่เสมอ ต้องกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณซอกฟันเป็นประจำทุกวัน
โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดฟันในบริเวณนี้เป็นประจำอย่างน้อยวันละครั้ง ก่อน
หรือหลังการแปรงฟัน

ไหมขัดฟันเป็นกลุ่มของเส้นใยในลอนหลายๆ เส้นอยู่รวมกัน เมื่อ
แทรกอยู่ระหว่างซี่ฟันและถูกดึงให้โอบรอบตัวฟัน ขยับไป-มา ขึ้น-ลง เส้นใยจะแตกออก ช่วยครูด
คราบจุลินทรีย์และเศษอาหารที่ติดอยู่ตามซอกฟันออกมา ไหมขัดฟันส่วนใหญ่มีสีขาว มีการแต่ง
กลิ่น และมีทั้งชนิดที่เคลือบและไม่เคลือบซี่ฟัน การใช้ไหมขัดฟัน ถ้าทำไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิด
อันตรายต่อเหงือกได้ จึงต้องฝึกวิธีใช้ให้ถูกต้องการใช้ครั้งแรกๆ ควรเลือกไหมขัดฟันชนิดเคลือบ
ซี่ฟัน เพราะจะใช้ได้ง่ายกว่า

3. การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก

โรคในช่องปากมีธรรมชาติเช่นเดียวกับโรคทางร่างกายอื่นๆ คือ ถ้า
ค้นพบและทำการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ผลการรักษาจะดี ไม่เสียเวลา ไม่ทรมาน และใช้งบประมาณ
การรักษาน้อยกว่า การตรวจฟันด้วยตนเองเป็นวิธีการเบื้องต้นที่จะทำให้ทราบว่าเราแปรงฟัน
สะอาดดีหรือยัง มีฟันผุ หรือเหงือกอักเสบที่ใด มีสิ่งผิดปกติอะไรในช่องปาก เมื่อตรวจพบว่ามี
ปัญหาจะได้รับแก้ไข และถ้าพบว่าสุขภาพช่องปากของเราดีก็จะได้รักษาสุขภาพนี้ไว้ต่อไป

การตรวจฟันด้วยตนเองเป็นทักษะที่ควรฝึกปฏิบัติตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้คุ้นเคยและปฏิบัติได้เป็นประจำ (วิธีการตรวจฟันด้วยตนเอง รายละเอียดอยู่ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนและเยาวชน) อย่างไรก็ตามเป็นการยากที่จะตรวจฟันด้วยตนเองได้ทั่วทุกซี่ ทุกด้าน ดังนั้นจึงควรไปรับการตรวจจากทันตบุคลากรด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเริ่มมีอาการบางอย่าง เช่น เสียวฟัน เศษอาหารติดตามซอกฟัน เหงือกเป็นแผล เป็นต้น

ศรีสุตา ลีละศิธร และเมธิณี คุปพิทยานันท์ (2555: 39-48) ได้กล่าวถึง การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ดังนี้

แนวคิดการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

1. เด็กปฐมวัยหมายถึงเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-6 ปี เป็นช่วงเวลาที่ฟันน้ำนมมีพัฒนาการขึ้นมาทำหน้าที่ในช่องปาก ปัจจุบันพบเด็กเล็กเป็นโรคฟันน้ำนมผุในระดับที่รุนแรงจำนวนมาก ทำให้กระทบต่อพัฒนาการของเด็ก เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตในระยะยาว

2. การป้องกันปัญหาฟันน้ำนมผุที่มีประสิทธิภาพต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยความร่วมมือของทีมสุขภาพ ตั้งแต่ระยะที่แม่ตั้งครรภ์ ช่วงของการเลี้ยงดูที่บ้าน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3. ทีมผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการวางรากฐานสุขภาพที่ดีให้กับเด็ก และเพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ควรแนะนำพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู ให้การดูแลเด็กอย่างถูกวิธี ทั้งเรื่องการให้อาหาร การส่งเสริมพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพช่องปาก

ความสำคัญของฟันน้ำนมและกระทบของโรคฟันน้ำนมผุต่อสุขภาพเด็ก

ฟันน้ำนมมีการสร้างตัวฟันตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์มารดา และเริ่มทยอยขึ้นมาในช่องปาก เมื่อเด็กมีอายุประมาณ 6 เดือน จนถึงอายุ 2 ปีครึ่ง เด็กจึงมีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ ถ้าไม่มีปัญหาฟันผุในช่วงอายุ 6 ปี ถึง 12 ปี ฟันน้ำนมจะค่อยๆ ทยอยหลุดและมีฟันถาวรขึ้นมาแทนที่ การมีฟันน้ำนมอยู่ครบวาระและโยกหลุดตามธรรมชาติจะทำให้เด็กมีระบบการบดเคี้ยวที่ดี และสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ ดังนี้

1. ช่วยให้เด็กออกเสียงได้ชัดเจน
2. การใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารเป็นประจำจะทำให้กล้ามเนื้อใบหน้าและขากรรไกรของเด็กเติบโตสมส่วน มีใบหน้าสวยงาม ฟันถาวรขึ้นได้ตรงไม่ซ้อนเก
3. เด็กสามารถรับประทานอาหารได้ทุกประเภท ทำให้ได้สารอาหารครบถ้วน ร่างกายเติบโตมีพัฒนาการที่ดี เกิดผลดีต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ

การปล่อยให้เด็กมีฟันน้ำนมผุจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก และมีผลเสียต่อเนื่องในระยะยาวหลายประการ ดังนี้

1. เกิดการอักเสบติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ โรคฟันผุที่ลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน และมีการอักเสบติดเชื้อเป็นหนองที่รากฟัน เชื้อโรคอาจแพร่ไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกายได้ ทั้ง

บริเวณคอและใบหน้า หรือเข้าสู่กระแสโลหิตไปทำให้เกิดการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ เช่น สมอ ง ห้วใจ ปอด ไต ทำให้เด็กเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และอาจมีอันตรายถึงชีวิต

2. มีปัญหาด้านโภชนาการ การเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลเสียระยะยาว โดยโรคฟันน้ำนมผุก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ ดังนี้

2.1 ปัญหาด้านโภชนาการ เด็กที่ฟันน้ำนมผุจะมีปัญหาการบดเคี้ยว จึงเลือกกินเฉพาะอาหารที่นิ่ม อ่อน เหลว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล เด็กบางคนกินแต่นม น้ำอัดลม และขนม ทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วน พฤติกรรมการกินเช่นนี้ในที่สุดจะกลายเป็นความเคยชินต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ มีไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง

2.2 ปัญหาด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ การเคี้ยวมีผลต่อ I.Q. ของเด็ก เด็กที่มีปัญหาการบดเคี้ยวมักขาดสารอาหารที่มาจากเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ จากการศึกษาพบเด็กที่มีฟันน้ำนมผุมีเส้นรอบวงสมองเล็ก และมีภาวะแคะแกร็นกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหานี้ รวมทั้งยังพบว่าเด็กอายุ 0-2 ปี ที่มีภาวะแคะแกร็น มีระดับสติปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้เมื่ออายุ 8 และ 11 ปี น้อยกว่าเด็กปกติ

2.3 ปัญหาพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ สุขภาพช่องปากมีผลต่อ E.Q. ของเด็ก การนอนหลับมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีพัฒนาการและสมองที่ดี แต่ความเจ็บปวดจากฟันน้ำนมที่ผุและอักเสบทำให้เด็กมีปัญหานอนไม่หลับ นอกจากนี้ความเจ็บปวดเรื้อรังจากฟันผุยังทำให้เด็กหงุดหงิด ไม่อยากเล่น ไม่มีสมาธิในการเรียนรู้ เด็กฟันหลอเมื่อถูกล้อเลียนจะขาดความสุข และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

3. เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากและสุขภาพร่างกาย เนื่องจากมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไม่ถูกต้อง

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และการป้องกันฟันน้ำนมผุ แนวปฏิบัติสำหรับพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก มีหลักปฏิบัติที่สำคัญ 3 เรื่อง คือ เรื่องการจัดอาหารและโภชนาการให้เด็ก เรื่องการดูแลความสะอาดช่องปากเด็ก และเรื่องการตรวจสุขภาพฟันเด็ก โดยมีแนวทางและวิธีปฏิบัติดังนี้

1. การจัดอาหารและโภชนาการให้เด็ก

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม และการสร้างนิสัยการกินที่ดีให้กับเด็กซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็กในระยะยาว โดยปฏิบัติดังนี้

เด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป ให้อาหารหลัก 3 มื้อ และอาหารว่างไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน ชนิดของอาหารว่างควรเป็นอาหารที่มีคุณค่าเช่น ผลไม้ หรือนมรสจืด ไม่ควรให้เด็กกินขนมหวานเหนียวติดฟัน ขนมถุงกรอบกรอบ ทอฟฟี่ น้ำหวาน น้ำอัดลม และอาหารใส่สีหรือผงชูรส รวมทั้งควรดูแลไม่ให้เด็กกินจุบจิบ

เด็กวัยนี้ควรเลิกดูดนมจากขวดได้แล้ว เนื่องจากสามารถจับแก้วยกดื่มเองได้ ถ้ารอจนถึงอายุ 2-3 ปีเด็กติดขวดนมไปแล้วจะเลิกได้ยาก การปล่อยให้เด็กติดขวดนมจนโต

การให้เด็กหลับคาขวดหรือให้ดูดนมจากขวดบ่อยๆ นอกจากทำให้ฟันผุแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ เช่น เด็กไม่ยอมกินข้าว ซอบอมข้าว ไม่ยอมทานอาหารอื่น ปฏิเสธอาหารที่ต้องเคี้ยว เพราะคุ้นเคยกับอาหารเหลวที่กลืนง่ายเด็กติดขวดนมมักเสี่ยงต่อการเกิดโรคท้องผูกเรื้อรัง เพราะน้ำนมไม่มีกากใยอาหาร และยิ่งเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาสมอง เพราะน้ำนมอย่างเดียวมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ รวมทั้งแคลเซียมในน้ำนมยังมีฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมของธาตุเหล็ก

นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ติดขวดนมมักจะดูดนมวันละหลายมื้อ ทำให้ติดนิสัยรับประทานจุบจิบบางรายใช้ขวดนมเป็นสิ่งปลอบโยนลดความคับข้องใจ จึงอาจมีผลไปลดโอกาสที่จะพัฒนาทักษะด้านภาษา อารมณ์ และสังคม

2. การดูแลความสะอาดช่องปากเด็ก

2.1 การแปรงฟันให้เด็ก เมื่อลูกเริ่มมีฟันขึ้นแม่ต้องแปรงฟันให้ลูก หรือใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกเช็ดฟันลูกให้สะอาดวันละ 2 ครั้ง (ปัจจุบันแนะนำให้แม่แปรงฟันลูกด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ตั้งแต่ฟันขึ้นในช่องปาก เนื่องจากมีฟันขึ้นเฉพาะด้านหน้าไม่กี่ซี่ สามารถแปรงได้ง่าย เด็กไม่ค่อยขัดขึ้นเป็นการเริ่มต้นที่ดีทั้งแม่และลูกที่จะทำความคุ้นชินกับการแปรงฟัน) เมื่อเด็กอายุ 2-3 ปี เด็กที่เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะได้รับการฝึกให้แปรงฟันด้วยตนเอง ที่บ้านเด็กอาจอยากแปรงฟันตามผู้ใหญ่จึงควรหัดให้เด็กแปรงฟันไปพร้อมๆ กัน แต่แม่ยังต้องแปรงซ้ำให้เข้าเป็น จนกว่ากล่อมเนื้อมอดเล็กของเด็กจะพัฒนาได้เต็มที่ ซึ่งจะทำให้เด็กสามารถแปรงฟันให้สะอาดได้เองเมื่อเด็กอายุประมาณ 8 ปี สำหรับแปรงสีฟันใช้แปรงสีฟันที่ฉลากระบุช่วงอายุตรงตามวัยเด็ก ส่วนยาสีฟันใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก โดยช่วงแรกใช้ยาสีฟันเล็กน้อยแตะปลายขนแปรงสีฟันพอขึ้น เมื่อเด็กอายุครบครึ่งถึง 3 ขวบ ใช้ยาปริมาณเท่าเมล็ดถั่วเขียว เด็กอายุ 3-6 ปี ใช้ยาสีฟันขนาดเท่าเมล็ดข้าวโพด และ 6 ปีขึ้นไปใช้ยาสีฟันยาวหนึ่งเซนติเมตร

2.2 วิธีการแปรงฟันให้เด็ก ใช้วิธีใดไปมา มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ ผู้แปรงฟันให้เด็กควรล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ เตรียมแปรงและยาสีฟันสำหรับเด็ก และยาสีฟันเป็นจุดเล็กๆ

ขั้นปฏิบัติ ผู้แปรงหนึ่งฟันให้เด็กนอนหงายหงัด หรือนั่งบนเก้าอี้ให้เด็กยื่นหันหลังให้ใช้นิ้วหัวแม่มือกระพุ้งแก้มเด็กเพื่อให้ง่ายมองเห็นฟันที่จะแปรงได้ชัดเจน และช่วยกันไม่ให้แปรงสีฟันกระแทกริมฝีปากและกระพุ้งแก้มผู้แปรงจับแปรงแบบจับดินสอเขียนหนังสือ วางขนแปรงตั้งฉากกับตัวฟันให้ขนแปรงครอบคลุมถึงบริเวณคอฟันและขอบเหงือก ขยับโยกแปรงไปมาบริเวณละ 10 ครั้ง จึงเปลี่ยนที่ใหม่ให้ซ้อนทับบริเวณเดิมเล็กน้อย ขยับไปเรื่อยๆ จนครบทุกซี่ ทั้งด้านในและด้านนอก แล้วใช้ผ้าสะอาดเช็ดยาสีฟันออก

การแปรงฟันเป็นสิ่งจำเป็นต้องทำทุกวันเหมือนการอาบน้ำ เป็นวินัยที่ต้องฝึกให้เด็กในช่วงแรกเด็กอาจไม่ยอม แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กต้องใจแข็งและปฏิบัติด้วยความระมัดระวังอย่างสม่ำเสมอประสบการณ์ที่เด็กแปรงฟันไม่เจ็บจะสร้างความคุ้นเคย ทำให้เด็กจะเรียนรู้และยอมรับการแปรงฟันได้การเริ่มแปรงตั้งแต่มีฟันขึ้น เด็กจะต่อต้านน้อยกว่ามาเริ่มแปรงเมื่อเด็กโตแล้ว

2.3 การฝึกเด็กให้แปรงฟัน เมื่อเด็กยืนได้ เด็กต้องการทำอะไรด้วยตัวเองมากขึ้น จึงเป็นโอกาสที่จะฝึกเด็กให้แปรงฟัน โดยการฝึกต้องค่อยเป็น ค่อยไป ตามความสามารถและพัฒนาการของเด็กควรชื่นชมให้กำลังใจ ไม่ดุหากเด็กแปรงฟันเลอะเทอะ ฝึกเด็กแปรงฟันด้วยวิธี Horizontal scrub หรือวิธีถูไปมา ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับลักษณะฟันน้ำนมและช่องปากเด็กเล็ก ดังนี้

ให้เด็กจับแปรง วางขนแปรงตั้งฉากกับตัวฟัน ขยับไปมาสั้นๆ บริเวณละ 10 ครั้งจึงเปลี่ยนที่ใหม่ให้ทับซ้อนกับบริเวณเดิมเล็กน้อย ขยับไปเรื่อยๆ จนครบทุกซี่ ทั้งด้านในและด้านนอก

การฝึกแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรแนะนำให้ครูพี่เลี้ยงเป็นผู้บิบบยาสีฟันให้เด็กเพื่อให้ได้ปริมาณเหมาะสม และฝึกให้เด็กแปรงฟันโดยใช้เพลง หรือการนับ 1-10 ในแต่ละบริเวณที่เด็กแปรง ในช่วงเริ่มต้นฝึกอาจใช้เวลาไม่มากนัก แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนเด็กสามารถแปรงได้นานประมาณ 2 นาที

3. การตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็ก และการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม

ถ้าพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็กเป็นระยะๆ จะทำให้สามารถสังเกตเห็นความผิดปกติต่างๆ ในช่องปากเด็กได้ตั้งแต่เริ่มแรก จึงป้องกันแก้ไขได้ง่าย ควรแนะนำให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และครูผู้ดูแลเด็ก ตรวจดูความสะอาดช่องปากเด็กหลังการแปรงฟัน ฟันสะอาดจะไม่มีคราบสีขาวหรือเหลืองอ่อนบนตัวฟัน เมื่อเอาเล็บหรือหลอดน้ำพลาสติกขูดบนผิวฟัน ไม่พบคราบจุลินทรีย์ติดออกมา นอกจากตรวจความสะอาดฟันแล้ว ควรแนะนำให้ตรวจดูผิวฟันด้วยถ้าพบมีรอยขาวขุ่นเหมือนชอล์ค บนตัวฟันใกล้เคียงขอบเหงือก แนะนำให้แปรงฟันให้เด็กด้วยยาสีฟันเด็กที่มีฟลูออไรด์ และควบคุมการกินอาหารหวานของเด็ก รวมทั้งแนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับบริการทาหรือเคลือบฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในเด็กปฐมวัย

วัยเด็กเป็นช่วงวัยของการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งบุคคลต้องปฏิบัติไปตลอดชีวิตการดูแลความสะอาดในช่องปากเด็ก ฝึกเด็กให้แปรงฟัน รวมทั้งการจัดการอาหารและโภชนาการของเด็กสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญไปพร้อมกันคือ การพัฒนาความรับผิดชอบและแรงจูงใจภายในเพื่อให้เด็กปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตลอดไป ดังนั้นควบคู่ไปกับการฝึกเด็กให้แปรงฟัน และฝึกวินัยการกินที่ดีให้กับเด็ก ยังต้องคำนึงถึงการสร้างความรับผิดชอบและแรงจูงใจภายในหรือจิตลักษณะด้านต่างๆ ในตัวเด็กด้วย

ความรับผิดชอบและแรงจูงใจภายใน เป็นพลังทางความคิดจิตใจที่พัฒนาขึ้นในตัวเด็กพร้อมๆ กับการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ของเด็ก ในเด็กเล็กลักษณะเหล่านี้ยังไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก เพราะเด็กยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยตัวเอง พฤติกรรมสุขภาพของเด็กจึงขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้เลี้ยงดูและกำหนดจัดให้ แต่เด็กจะค่อยๆ เรียนรู้จากสิ่งที่ผู้ใหญ่ปฏิบัติ และจากการฝึกฝนในขณะเดียวกันคุณลักษณะทางความคิดจิตใจก็จะเริ่มก่อร่างสร้างขึ้นในตัวเด็ก และจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามการเรียนรู้ จนเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรม

ต่างๆ เมื่อเด็กเติบโต และสามารถควบคุมตนให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยตนเอง จึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพที่ได้ปลูกสร้างในเด็กเกิดความยั่งยืนคุณลักษณะทางความคิดจิตใจที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนาด้านต่างๆ ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพด้วยนั้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านทันตสุขภาพ คือ การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการปฏิบัติ การดูแลเอาใจใส่ ในการรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน รวมถึงอวัยวะต่างๆ ในช่องปากขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อป้องกันโรคที่เกิดในช่องปาก เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการรักษาความสะอาดอุปกรณ์แปรงฟัน

1.4.6 ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/นม

น้ำเป็นเครื่องดื่มง่าย ๆ ที่ให้ประโยชน์สารพัด ช่วยเพิ่มความสดชื่น คุณประโยชน์ของน้ำมีมากมาย และควรดื่มในช่วง (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. 2557)

1. ดื่นนอน
2. ตอนเช้า 1 แก้ว (400 ซี.ซี.) เพราะเป็นช่วงที่มีความเข้มข้นของเลือดสูง เลือดจะมีลักษณะขุ่นน้ำ
3. ตอนสายๆ 2 แก้ว (เวลาประมาณ 9 โมงถึง 10 โมงเช้า) ช่วงนี้เป็นช่วงที่มีของเสียเกิดขึ้น เพราะร่างกายได้ทำงานไประยะหนึ่งแล้วจะนั้นจึงควรดื่มน้ำเพื่อมาชำระของเสียเหล่านั้นออกไป
4. ตอนบ่ายๆ 3 แก้ว (เวลาประมาณบ่ายโมงถึงบ่ายสอง)
5. ตอนเย็น 3 แก้ว (เวลาประมาณ 1 ทุ่มถึง 2 ทุ่ม)
6. ก่อนนอนให้ดื่มน้ำอีก 1 แก้ว เพื่อให้หน้าที่ดื่มไหลเวียนชะล้างสิ่งตกค้างในลำไส้และกระเพาะอาหาร และยังถ้าเป็นน้ำอุ่นด้วยแล้วจะยิ่งช่วยให้หลับสบายยิ่งขึ้น

น้ำมีประโยชน์ ดังนี้

1. ช่วยลดอาการปวดศีรษะ/ขับของเสียทางปัสสาวะ น้ำนอกจากจะช่วยลดความร้อนในร่างกาย และเพิ่มความสดชื่นแล้ว น้ำยังมีประโยชน์ต่อคนที่ปวดศีรษะเป็นประจำ
2. ทำให้สดชื่น/มีสมาธิ น้ำเป็นส่วนประกอบหลักในร่างกายของคนเราจะช่วยเพิ่มความสดชื่นกับร่างกายแล้ว น้ำยังช่วยให้จิตใจของเราผ่อนคลายลดความเครียด และเกิดสมาธิ สำหรับคนในวัยทำงาน วัยเรียนซึ่งก็จำเป็นต้องมีสมาธิ จึงไม่ควรพลาดที่จะดื่มน้ำ เพื่อปรับสมดุลให้กับทั้งร่างกายและจิตใจ
3. น้ำช่วยย่อยอาหาร การดื่มน้ำหนึ่งแก้วในตอนเช้าจะช่วยให้ระบบการย่อยอาหารของเราทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น น้ำยังช่วยให้รู้สึกสบายกระเพาะด้วย
4. ผิวสดใสสุขภาพดี ทุกคนต่างก็รู้ถึงคุณประโยชน์ของน้ำในแง่ที่ช่วยให้ผิวพรรณดีกันอยู่แล้ว และยังเชื่อกันว่า หากผิวที่สดใสของเราได้รับน้ำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและเพียงพอก็จะช่วยให้สดใสยิ่งขึ้น น้ำยังช่วยให้เลือดไหลเวียนดี หน้าตาสดใสบอกถึงความเป็น

คนที่มีความสุขที่ดี น้ำนั้นก็มีคุณประโยชน์ต่อผิวหนังของเรา เพราะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผิวหนัง และยังช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายด้วย

ขนมเป็นของหวานที่เด็กชอบกิน และส่วนใหญ่ก็ทำมาจากแป้ง เป็นอาหารที่ใช้รับประทานเล่นระหว่างมื้อหลัก ซึ่งปัจจุบันขนมมีหลากหลายชนิด หน้าตา รสชาติหลากหลาย รูปแบบ สะดวกและซื้อหากินได้ง่าย ลักษณะเด่นของขนมขบเคี้ยวในปัจจุบัน คือ น้ำหนักน้อย เก็บรักษาง่าย นำติดตัวไปในที่ต่างๆ ซึ่งเป็นของขนมที่มีรูปลักษณะสีสันชวนหยิบ ชวนกิน ซึ่งขนมทั่วไปจะให้สารอาหารบางอย่างเท่านั้น ส่วนใหญ่จะเป็นคาร์โบไฮเดรตหรือพวกแป้ง มีส่วนน้อยที่จะให้สารอาหารมีค่ามากกว่า เช่น พวกโปรตีน แต่การกินคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปทำให้เด็กอ้วนไม่ยอมกินอาหารมื้อหลัก ซึ่งมีผลทำให้ขาดสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (ณัฐณี แจ่มจำ. 2550: 6-7)

การกินขนมยังทำให้ฟันผุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 0-3 ปี เพราะการผลิตที่ผ่านกระบวนการย่อยสลายหลายขั้นตอนและมีสารเคมีสังเคราะห์หลายชนิดซึ่งย่อยสลายทันทีที่ได้ในปากทำให้เกิดกรด เกิดฟันผุได้ง่าย สติปัญญาลดลง เพราะการกินอาหารที่มีน้ำตาล เซลล์ของร่างกายจะขาดวิตามินที่ช่วยเผาผลาญน้ำตาลทำให้เกิดพลังงานพร้อมกับแย่งวิตามินจากระบบประสาทซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ และการพัฒนาสติปัญญาของเด็ก ขนมขบเคี้ยวจะมีคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนประกอบหลักมีความหวาน มัน เค็ม เมื่อรับประทานเข้าไปมากเกินไป จะก่อให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์ต่อร่างกายเมื่อไม่สามารถจะรับประทานได้ จึงควรรับประทานแต่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งปัญหาจากขนมขบเคี้ยวทางโภชนาการ ในฐานะความเป็นอาหาร ขนมถูกจัดให้เป็นเพียงของว่างที่ทำให้กินหลังอาหารมื้อหลักแต่ทุกวันนี้ ขนมขบเคี้ยว หรือขนมอบกรอบ หรือที่เรียกว่า สแน็ก (Snack food) กลับมีบทบาทในแทบทุกลมหายใจของเด็กๆ และวัยรุ่นไทย ซึ่งความคิดเห็นของนักโภชนาการและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ระบุว่าเด็กไทยได้รับพลังงานจากขนมมากถึง 1 ใน 4 และแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 1 ใน 3 ทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการ (ณัฐณี แจ่มจำ. 2550: 8-10)

1. อ้วน เพราะมีการเติมน้ำตาลในอาหารและขนมหรือเครื่องดื่มต่างๆ มากเกินไปบวกกับสภาพสังคมที่มีเทคโนโลยีช่วยเพิ่มความสะดวกสบายทำให้ไม่มีการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย

2. ขาดสารอาหาร แป้ง เกลือ และน้ำตาลที่กินเข้าไปมากๆ นอกจากจะทำให้ อ้วนแล้วยังต้องดื่มน้ำมากๆ เมื่อถึงเวลาอาหาร จะไม่รู้สึกลึกหิว เบื่ออาหารกินได้น้อยลง ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ร่างกายจะอ่อนแอ ผอมหรือไม่เจริญเติบโต

3. ฟันผุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 0-3 ปี พบโรคฟันผุมากขึ้นกว่าในอดีต เพราะการผลิตที่ผ่านกระบวนการย่อยสลายหลายขั้นตอน และมีสารเคมีสังเคราะห์หลายชนิด ซึ่งย่อยสลายได้ทันทีในปากจึงทำให้เกิดกรดและทำให้ฟันผุได้ง่าย

4. ท้องผูก ลักษณะของขนมไม่มีส่วนประกอบใดที่เป็นกากใย อีกทั้งเด็กที่เคยชินกับการกินขนมมักไม่ชื่นชอบการกินผัก ซึ่งถ้ากินมากและเป็นประจำ จะมีอาการท้องผูกสม่ำเสมอ

5. สติปัญญาลดลง เพราะการกินอาหารที่มีแต่น้ำตาล เซลล์ของร่างกายจะขาดวิตามินเพื่อใช้เผาผลาญน้ำตาล ทำให้เกิดพลังงานและไปแย่งวิตามินจากระบบประสาท จะทำให้สมองทำงานไม่เต็มที่เกิดอาการต่างๆ ส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็กและการพัฒนาสติปัญญาของเด็ก

นอกจากนี้ ศิริพร โกสุม (2548: 71-72) ได้กล่าวไว้ว่า การกินขนมขบเคี้ยวโดยไม่มีการควบคุมอาจสร้างปัญหาให้กับสุขภาพ เพราะคุณค่าทางโภชนาการของขนมเหล่านี้ จะให้คาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก มีความหวาน มัน เค็ม มากเกินไป ถ้ากินเข้าไปมากๆ จะทำให้เด็กอ้วนกินข้าวไม่ลงรสน้ำตาลทำให้เด็กติดหวาน เกิดปัญหาโรคต่างๆ ขนมประเภทแป้งทอดกรอบที่มีการใส่เกลือ กินเข้าไปรู้สึกกระหาย แต่ทำให้กินไม่หยุด ซึ่งจะมีผลเสียต่อไต โดยทั่วไปปริมาณโซเดียมในร่างกายควรได้รับประมาณ 2,400 มิลลิกรัม แต่พบว่าโซเดียมในขนมขบเคี้ยวบรรจุชนิดต่างๆ พบว่ามีโซเดียมอยู่ระหว่าง 22.44-1,171.5 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม นั้นหมายความว่ากินขนมขบเคี้ยว 2 ห่อ ก็อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้แล้ว

ปัจจัยส่งเสริมให้เด็กบริโภคขนมขบเคี้ยว มีหลายสาเหตุ ดังที่อุไรพร จิตต์แจ้ง และคณะ (2547: 6) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี พบว่า ปัจจัยในการเลือกขนมของเด็กว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ส่วนมากซื้อขนมเองร้อยละ 45.8 โดยปัจจัย 3 อันดับ ในการเลือกขนมของเด็กเล็กในการถามจากผู้ปกครอง คือ ขนมอร่อย มีประโยชน์ มีของแถม ซึ่งสาเหตุทำให้เด็กติดใจขนม เพราะ

1. คุณพ่อ คุณแม่ใช้ขนมเป็นรางวัลเพื่อให้ลูกทำหรือไม่ทำพฤติกรรมตามที่ต้องการ
2. ขาดมาตรการบังคับให้ผู้ผลิตขนมระบุปริมาณสารอาหารที่ซองบรรจุ จึงขาดข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจ
3. หาซื้อง่ายและราคาขายไม่สูง ถ้าเทียบราคาต่อถุง แล้วกลับแพงอย่างคาดไม่ถึง เช่น ขนมถุงที่มีราคาขาย 6 บาทต่อปริมาณ 18 กรัม คิดเป็นกิโลกรัมละ 3,000 บาท
4. รูปลักษณ์และการโฆษณา สีสน ของแถม เนื้อหาและวิธีโฆษณา ล้วนกระตุ้นความต้องการของเด็กอยากซื้ออยากกิน และถ้าได้รับการกระตุ้นบ่อยๆ ก็ยิ่งเกิดความต้องการยิ่งขึ้น
5. เด็กติดรสหวานมาตั้งแต่เด็กๆ มีแนวโน้มที่จะชอบกินรสหวานจึงทำให้เด็กชอบขนมประเภทนี้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม คือ การที่เด็กปฐมวัยมีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติ และมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มน้ำและขนม

1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

งานวิจัยในต่างประเทศ

เอมัส (Amus. 1984) ทำการศึกษาเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอำนาจและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ระดับปลาย ในประเทศไนจีเรีย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้งสามมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในเรื่องโภชนาการและการสุขาภิบาล คือสามารถนำมาทำนายพฤติกรรมได้

นอร์ทตัน (Norton. 1987) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองที่มีต่อการรับรู้ของเด็กในระดับประถมศึกษา ในเรื่องการรับรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการดำเนินสุขภาพของผู้ปกครองมีส่วนสัมพันธ์กับการรับรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีส่วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและพ่อแม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พลัมเมอร์ (Plummer. 1993) ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินความรู้ ทักษะ และทัศนคติของนักเรียนเกรด 10 สังกัดโรงเรียนรัฐบาลในรัฐแมซซาชูเซตส์ วัดอุปสรรคเพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของนักเรียนเกรด 10 สังกัดโรงเรียนรัฐบาลในรัฐแมซซาชูเซตส์ เปรียบเทียบตามตัวแปรเพศ ลักษณะชุมชน ผลการวิจัยวิชาโภชนาการศึกษาระหว่างนักเรียนเกรด 10 ในรัฐแมซซาชูเซตส์กับวัยรุ่นในเมือง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,482 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบตามสัดส่วน ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในเมืองมีความรู้โภชนาการแคบไม่ลึกซึ่งความแตกต่างระหว่างเพศและลักษณะชุมชนไม่มีผลทำให้ทัศนคติทางบวกแตกต่างกัน บริโภคนิสัยของนักเรียนส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งไม่รับประทานอาหารเช้าและส่วนใหญ่จะมีบริโภคนิสัยที่เสี่ยงน้อยนอกจากนี้นักเรียนหญิงมีส่วนร่วมในโครงการอาหารกลางวันน้อย และพบว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการสอนโภชนาการมักจะสอนโดยครอบครัวและโรงเรียนเท่านั้น

กินีส (Guynes. 1994) ได้ทำการศึกษาเรื่อง แบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียนของนักเรียนเกรด 4 ในโรงเรียนรัฐบาล วัดอุปสรรคของการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับเอาแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพจากบุคลากรในโรงเรียนของนักเรียนกับความตั้งใจของนักเรียนที่จะสร้างรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพเป็นของตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 4 จำนวน 144 คน บุคลากรในโรงเรียน 26 คน จากโรงเรียน 3 แห่ง ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของรัสเซีย ผลการวิจัยพบว่า แบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคลากรในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในทางบวก

งานวิจัยในประเทศ

ธิดารัตน์ วิเศษศักดิ์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กก่อนวัยเรียนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนมีคะแนนความรู้ และคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับดี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.75 และ 58.00 ตามลำดับ ส่วนด้านการปฏิบัติมีคะแนนอยู่ในระดับดีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.75 และยังพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนหญิงมีคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติดีกว่าเด็กวัยเรียนชาย ; เด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนความรู้และทัศนคติดีกว่าผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา ส่วนด้านการปฏิบัตินั้น เด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีคะแนนการปฏิบัติดีกว่าผู้ปกครองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ; เด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้ปกครองมีรายได้ระดับสูงและระดับต่ำมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติดีกว่า เด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้ปกครองมีรายได้ระดับปานกลาง ส่วนทัศนคติของผู้ปกครองที่มีรายได้ระดับต่ำจะมีทัศนคติดีกว่าผู้ปกครองมีรายได้ระดับปานกลางและระดับสูง ; เด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้ปกครองให้การดูแลเอาใจใส่ระดับปานกลางถึงมากที่สุด มีคะแนนทั้งด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติดีกว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้ปกครองให้การดูแลเอาใจใส่ระดับน้อยถึงปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกับการปฏิบัติที่ระดับ .05 ส่วนทัศนคติและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชาณิการ์ เอิบอาบ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองตามแนวคิดเอไอซีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยอนุบาลในโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่า

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองตามแนวคิดเอไอซีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยอนุบาลในโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย หลักการของโปรแกรมฯ วัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ ลักษณะกิจกรรมของโปรแกรมฯ และการประเมินผลของโปรแกรมฯ

2. ผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า

2.1 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยอนุบาลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระดับมาก

ยงยุทธ อินเจริญ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมพลศึกษา เพื่อพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมสำหรับเด็กอนุบาล ผลการศึกษาพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดกิจกรรมพลศึกษา โดยใช้ กิจกรรมพลศึกษาทั้ง 12 กิจกรรม มีการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมในมิติทางร่างกาย มิติทางจิตใจ และปัญญา และมิติทางด้านสังคม สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดกิจกรรมพลศึกษา โดยใช้ กิจกรรมพลศึกษาทั้ง 12 กิจกรรม มีการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมในมิติทางร่างกาย มิติทางจิตใจ และปัญญา และมิติทางด้านสังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดกิจกรรมพลศึกษาแบบปกติอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรสา ะเดิมดี (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อาชีพของบิดา อาชีพของมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ส่วนทัศนคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การ จัดการด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในการส่งเสริม สุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริมา แสงอรุณ (2544) ได้ศึกษาสุขภาพส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปี ที่ 2 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตราชบุรีบูรณะ ผลการศึกษาพบว่า

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตราชบุรี บูรณะมีสุขภาพส่วนบุคคลอยู่ในระดับดี

2. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตราชบุรี บูรณะที่มี เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล เจตคติเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนบุคคล การดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง และการกระตุ้นเตือนของครูต่างกัน มีสุขภาพส่วนบุคคล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร เขตราชบุรีบูรณะ ที่มีระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ ของผู้ปกครอง สภาพครอบครัว จำนวนพี่น้องของนักเรียน ลักษณะที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน มีสุขภาพ ส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน

ศุภณี ธรรมปิติ (2546) ได้ศึกษาผลของการใช้แผนการสอนแบบ 4MAT หน่วย การเรียนเรื่อง ตัวเรา ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ผลการศึกษา พบว่า

1. นักเรียนที่ได้รับการสอนโดยการใช้แผนการสอนแบบ 4MAT มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้สูงกว่านักเรียนที่ได้รับการสอนโดยการใช้แผนการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. นักเรียนที่ได้รับการสอนโดยการใช้แผนการสอนแบบ 4MAT มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติไม่แตกต่างจากนักเรียนที่ได้รับการสอนโดยการใช้แผนการสอนแบบปกติ

3. นักเรียนที่ได้รับการสอนโดยการใช้แผนการสอนแบบ 4MAT มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติสูงกว่านักเรียนที่ได้รับการสอนโดยการใช้แผนการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนติจันทร์ กองทอง (2550) ได้ศึกษาการจัดการเรียนรู้ที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนบ้านแม่ศึก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้แผนจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ตามแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขศึกษาในโรงเรียน ด้านโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย และด้านการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ พบว่า ผลการทดสอบก่อนและหลังเรียนโดยการใช้แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน มีคะแนนในการทดสอบหลังเรียนสูงกว่าคะแนนในการทดสอบก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01

2. ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในช่วงชั้นที่ 3 หลังจากการใช้แผนการจัดการเรียนรู้ที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ผลการประเมิน พบว่า ในด้านสุขศึกษาในโรงเรียน ด้านโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัยมีผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก และด้านการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ ผลการประเมินอยู่ในระดับดี

จากผลงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สามารถทำได้ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ มีการจัดกิจกรรมให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อให้นักเรียนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี ไปแกมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองตามแนวคิดเอไอซี รูปแบบการจัดกิจกรรมพลศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม แผนการสอนแบบ 4MAT เป็นต้น เมื่อนักเรียนมีความรู้จนเกิดความเข้าใจ เกิดเจตคติ และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องจนเป็นนิสัย ซึ่งจะทำให้การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

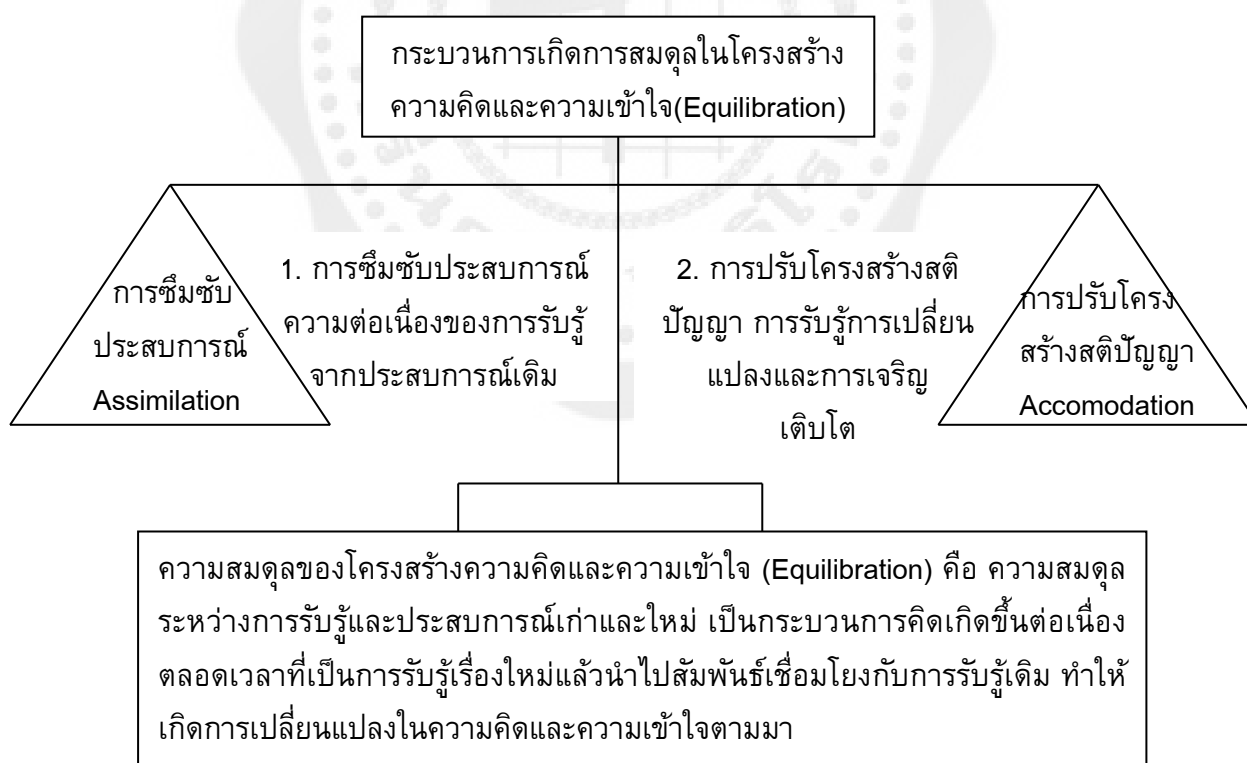
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

2.1 ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

2.1.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์

เพียเจต์ (สิริมา ภิญโญนนตพงษ์. 2550: 55-57) ได้กล่าวเกี่ยวกับทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา โดยมีความเห็นมนุษย์มีความสามารถในการสร้างความรู้ผ่านการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมซึ่งปรากฏอยู่ในตัวเด็กตั้งแต่แรกเกิด ความสามารถนี้คือ การปรับตัว (Adaptation) เป็นกระบวนการที่เด็กสร้างตามความคิด (Schema) โดยมีการปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อม 2 ลักษณะ คือ เด็กพยายามปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมโดยซึมซับประสบการณ์ (Assimilation) และการปรับโครงสร้างสติปัญญา (Accommodation) ตามสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสมดุลในโครงสร้างความคิดความเข้าใจ (Equilibration)

ความสามารถนี้เป็นส่วนสำคัญของโครงสร้างทางสมอง นอกจากนี้ เพียเจต์เน้นเรื่องการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ใหญ่ในการเข้าสังคมนั้นๆ อิทธิพลของทฤษฎีนี้มีบทบาทในการจัดประสบการณ์ในระดับปฐมวัย คือ ให้เด็กเรียนรู้โดยให้โอกาสเด็กในการเล่น สำรวจ ทดลอง มีโอกาสเลือก ตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง ความสามารถทางสติปัญญาของมนุษย์ในการเรียนรู้ตามแนวคิดของเพียเจต์ ดังแสดงในภาพ



ภาพประกอบ 2 ภาพแสดงปฏิสัมพันธ์การเรียนรู้

ที่มา: สิริมา ภิญโญนันตพงษ์. (2550). เอกสารชุดวิชา ECED 201: การศึกษาปฐมวัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. หน้า 56.

พัฒนาการทางสติปัญญาตามทฤษฎีของเพียเจต์ ในระดับปฐมวัยมี 2 ขั้น ดังนี้

1. ขั้นประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (Sensorimotor) อายุ 0-2 ปี เด็กเรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัส เช่น ปาก หู ตา สิ่งแวดล้อมรอบตัว
2. ขั้นความคิดก่อนเกิดปฏิบัติการ (Intuitive or Preoperational) อายุ 2 – 6 ปี เด็กเรียนรู้ภาษาพูด สัญลักษณ์ เครื่องหมาย ทำทางในการสื่อความหมาย รู้จักสิ่งที่เป็นตัวแทน (Representation) โครงสร้างสติปัญญาแบบง่าย ๆ สามารถหาเหตุผลอ้างอิงได้ มีความเชื่อมั่นในความคิดของตนเองอย่างมาก ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentric) เลียบแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า มนุษย์สามารถปรับตัวโดยมีกระบวนการที่สำคัญ 2 อย่าง คือ การซึมซับประสบการณ์ (Assimilation) และการปรับโครงสร้างทางสติปัญญา (Accommodation) ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิด และเพียเจต์ยังแบ่งพัฒนาการเป็นขั้นซึ่งเป็นไปตามลำดับ ในระดับปฐมวัย เด็กจะเรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัส ใช้สัญลักษณ์แทนวัตถุที่อยู่รอบๆ ตัวได้ มีพัฒนาการทางภาษา และยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง

2.1.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ของของบรูเนอร์

บรูเนอร์ ได้กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการทางสังคมที่ผู้เรียนจะต้องลงมือปฏิบัติ และสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองทั้งนี้โดยมีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์หรือความรู้เดิม นอกจากนั้นผู้เรียนจะต้องเป็นผู้เลือกข้อมูล สร้างสมมติฐาน รวมตลอดถึงตัดสินใจโดยการบูรณาการประสบการณ์ใหม่ไปสู่โครงสร้างทางสติปัญญา บรูเนอร์ ได้จัดลำดับพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็กหรือโครงสร้างทางสติปัญญาออกเป็น 3 ขั้น (นภเนตร ธรรมบวร. 2549: 45-48) ดังนี้

1. Enactive Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้และเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านการกระทำหรือการลงมือปฏิบัติ เช่น การสัมผัส การเคลื่อนไหว เป็นต้น การเรียนรู้ในขั้นนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว การเดินรำ การใช้ร่างกายหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายในการแสดงออกซึ่งความรู้ของตน
2. Iconic Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้ผ่านการมองรูปภาพ หรือตัวแบบ เด็กเริ่มพัฒนาวิธีการจำโดยใช้จินตนาการมากขึ้น ความเข้าใจสิ่งต่างๆ ของเด็กจะขึ้นอยู่กับการรับรู้โดยใช้ประสาทสัมผัสมากกว่าการใช้ภาษา เช่น เสียงดัง ความสว่าง เป็นต้น การเรียนรู้ในขั้นนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเรียนหรือการแสดงออกผ่านงานศิลปะซึ่งต้องใช้ทั้งสายตาและมิติสัมพันธ์

3. Symbolic Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผ่านระบบสัญลักษณ์ เช่น ภาษาพูด ภาษาเขียน และการจัดลำดับ รวมตลอดถึงสิ่งต่างๆ ที่เป็นนามธรรมซึ่งจะช่วยให้เด็กเข้าใจข้อมูลต่างๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้น การเรียนรู้ในระบบโรงเรียนโดยส่วนใหญ่และการประเมินผลจะให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ในขั้นนี้มากกว่าขั้นอื่นๆ ในช่วงต้น

อย่างไรก็ตามบรูเนอร์มีความเชื่อว่า เด็กสามารถเรียนรู้วิชาใดก็ได้ไม่ว่าจะอยู่ในระดับชั้นใด ทั้งโดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขว่า ครูต้องสามารถจัดการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสมโดยคำนึงขั้นพัฒนาการเรียนรู้ทั้ง 3 ขั้นไม่เน้นเฉพาะแต่ขั้นใดขั้นหนึ่งเพียงขั้นเดียว

แนวทางในการจัดการเรียนการสอน

การจัดการเรียนการสอนจะเน้นการเรียนรู้ในทางลึก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนได้สร้างองค์ความรู้จากสิ่งที่ตนรู้มาก่อนแล้ว ซึ่งการเรียนรู้แบบค้นพบ (Discovery learning) ที่เปิดโอกาสให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยผ่านการสำรวจ การถามคำถาม การนำเสนอข้อมูลหรือสถานการณ์ต่างๆ ให้กับผู้เรียนเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนค้นคว้าและค้นพบกฎเกณฑ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากบรูเนอร์มีความเชื่อว่าผู้เรียนจะจำกฎเกณฑ์หรือความคิดรวบยอด (Concept) ต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้นถ้าผู้เรียนค้นพบกฎเกณฑ์ หรือความคิดนั้นๆ ด้วยตนเอง

วิธีการสอนแบบค้นพบ เป็นวิธีการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Child-Centered) โดยยึดหลักที่ จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) กล่าวว่า การเรียนรู้เกิดขึ้นได้เมื่อผู้เรียนได้ลงมือกระทำ (Learning by Doing)

บรูเนอร์ได้กล่าวถึงทฤษฎีในการจัดการเรียนการสอนว่าควรประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ผู้เรียนต้องมีแรงจูงใจภายใน มีความอยากรู้ อยากเห็นและต้องการค้นพบสิ่งต่างๆ รอบๆ ตัว
2. โครงสร้างของบทเรียนซึ่งต้องจัดให้เหมาะสมกับผู้เรียน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและเข้าใจเนื้อหา
3. การจัดลำดับความยากง่ายของบทเรียนโดยคำนึงถึงพัฒนาการทางสติปัญญาของผู้เรียน

4. การเสริมแรงแก่ผู้เรียน

วิธีการสอนตามแนวคิดของบรูเนอร์ ประกอบด้วยการสอนตามลำดับขั้นดังนี้

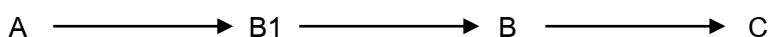
1. ให้ผู้เรียนเผชิญกับปัญหา ทำความเข้าใจปัญหาและมีความต้องการที่จะแก้ไข
2. ระบุปัญหาที่เผชิญให้ชัดเจน
3. ตั้งสมมติฐานเพื่อคาดคะเนคำตอบของปัญหา
4. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้พิสูจน์สมมติฐานที่กำหนด
5. สรุปผลการค้นพบ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยนั้นสามารถเรียนได้ทุกเนื้อหาวิชา แต่ต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้เรียน จัดกิจกรรมที่让孩子ได้เผชิญปัญหา กิจกรรมที่จัดให้กับเด็กนั้นต้องสร้างแรงจูงใจให้เด็กอยากค้นหาคำตอบ ในกิจกรรมต้องเปิดโอกาสให้เด็กได้มีโอกาสในการลงมือปฏิบัติ โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองจากการค้นคว้าหาความรู้

2.1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ แบนดูรา (Bandura. 1989) ได้เสนอความหมายของการเรียนรู้ (Learning) ไว้ว่า การเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก (Performance) หากเพียงแต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ (Acquired) ก็ถือว่า การเรียนรู้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะไม่แสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้ตามแนวของแบนดูราจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แนวคิดพื้นฐานของ แบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor หรือ P) ซึ่งได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ ของบุคคลกับปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environmental Factor หรือ E) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้จะมีลักษณะที่มีอิทธิพลซึ่งเหตุ – ผล ซึ่งกันและกัน

การเสนอตัวแบบนั้น เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ที่มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ (พฤติกรรม สภาพแวดล้อมส่วนบุคคล) จะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกัน ถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไป อีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การเสนอตัวแบบนี้จะพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นบางอย่าง ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นนี้จะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม ลักษณะของกระบวนการการเสนอตัวแบบ ดูได้จากภาพประกอบ



โดยที่ A = การเสนอตัวแบบ

B1 = ความคิดหรือความรู้สึกของผู้สังเกตตัวแบบ

B = พฤติกรรมที่แสดงออก

C = ผลกรรม

ภาพประกอบ 3 ภาพแสดงถึงลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบ

จากกระบวนการแสดงตัวแบบนั้น จะต้องมีการเสนอตัวแบบ (A) ที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจและคิดอยากจะทำตาม (B1) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม (B) ตามตัวแบบแล้วสิ่งที่ตามมาคือผลกรรม (C) ที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบนั้นได้รับการเสริมแรงทางบวกพฤติกรรมนั้นก็จะเกิดบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบนั้นได้รับการลงโทษพฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้นอีก แบนดูรา ได้กล่าวว่าตัวแบบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้าน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553 : 254) ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

2. มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือการยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้สังเกตตัวแบบ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมเป็นที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นมีสูงมาก เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรม

3. ช่วยให้ผู้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออกมากนัก ให้แสดงออกมากขึ้น ผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

แบนดูรา (Bandura) กล่าวว่า การเรียนรู้ของมนุษย์นั้นเกิดจากพฤติกรรมบุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) อย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคลนั้น (Person) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งทฤษฎีนี้เน้นบุคคลเกิดการเรียนรู้โดยการให้ตัวแบบ และการเลียนแบบนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ผลการกระทำ คำบอกเล่า และความน่าเชื่อถือของตัวแบบได้ การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่งกระบวนการต่างๆ ของการเลียนแบบของเด็ก ประกอบด้วย 4 กระบวนการ (สิริมา ภิญโญนันตพงษ์. 2553: 58-59) คือ

1. กระบวนการดึงดูดความสนใจ (Attentional Process) คือ กิจกรรมการเรียนรู้ที่เด็กได้สังเกตตัวแบบ และตัวแบบนั้นดึงดูดให้เด็กสนใจที่จะเลียนแบบ ควรเป็นพฤติกรรมง่ายๆ ไม่สลับซับซ้อน ง่ายต่อการเอาใจใส่ของเด็กที่เกิดการเลียนแบบและเกิดการเรียนรู้

2. กระบวนการคงไว้ (Retention Process) คือ กระบวนการบันทึกที่รหัสเป็นความจำ การที่เด็กจะต้องมีความแม่นยำในการบันทึกสิ่งที่ได้เห็นหรือได้ยินเก็บเป็นความจำ ทั้งนี้เด็กดึงข้อมูลที่ได้จากตัวแบบออกมาใช้กระทำตามโอกาสที่เหมาะสม เด็กที่มีอายุมากกว่าจะเรียนรู้จากการสังเกตการกระทำที่ฉลาดของบุคคลอื่นๆ ได้มากกว่า โดยประมวลไว้ในลักษณะของภาพพจน์ (Imagical Coding) และในลักษณะของภาษา (Verbal Coding) และเด็กโตขึ้นนำประสบการณ์และสัญลักษณ์ต่างๆ มาเชื่อมโยงและต่อมาจะใช้การเรียนรู้มีเทคนิคที่นำมาช่วยเหลือ

ความจำ คือ การท่องจำ การทบทวน หรือการฝึกหัด และการรวบรวมสิ่งที่เกี่ยวข้องกันในเหตุการณ์ ซึ่งจะช่วยให้เขาได้เก็บสะสมความรู้ไว้ในระดับซึ่งสามารถนำมาใช้ได้เมื่อต้องการ

3. กระบวนการแสดงออก (Motor Reproduction Process) คือ การแสดงผลการเรียนรู้ด้วยการกระทำ คือการที่เด็กเกิดผลสำเร็จในการเรียนรู้จากตัวแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดความแม่นยำ เด็กจะต้องแสดงพฤติกรรมได้จากการเรียนรู้ด้วยการเคลื่อนไหวออกมา เป็นการกระทำออกมาในรูปของการใช้กล้ามเนื้อ ความรู้สึกด้วยการกระทำครั้งแรกไม่สมบูรณ์ ดังนั้นเด็กจำเป็นต้องลองทำหลายๆ ครั้งเพื่อให้ได้ลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการ แล้วเขาก็จะได้รับทราบผลของการกระทำจากประสบการณ์เหล่านั้น เพื่อนำมาแก้ไขพฤติกรรมที่ยังไม่เข้ารูปเข้ารอย สิ่งนี้จะทำให้เกิดพัฒนาการในการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เด็กที่มีอายุมากกว่าจะมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงและสามารถควบคุมได้ดีกว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่า

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) คือกระบวนการเสริมแรงให้กับเด็กเพื่อแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบได้ถูกต้อง โดยเกิดการเรียนรู้จากการเลียนแบบตัวแบบที่จะมาจากบุคคลที่มีชื่อเสียงมากกว่าบุคคลที่ไม่มีชื่อเสียง จากการเลียนแบบที่มาจากบุคคลที่เป็นเพศเดียวกันมากกว่าจะเป็นเพศตรงข้ามกัน จากการเลียนแบบตัวแบบที่เป็นรางวัล เช่น เงิน ชื่อเสียง สถานภาพทางเศรษฐกิจสูง จากพฤติกรรมของบุคคลที่ถูกลงโทษมีแนวโน้มที่จะไม่ถูกนำมาเลียนแบบ และจากการที่เด็กได้รับอิทธิพลจากตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับเด็ก ได้แก่ อายุ หรือ สถานภาพทางสังคม

ดังนั้นองค์ประกอบทั้ง 4 นี้จึงมีความจำเป็นในการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ถ้าขาดขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งการกระทำตามตัวแบบย่อมไม่สมบูรณ์เพราะการจัดองค์ประกอบกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบนี้ เกิดจากการกระตุ้นให้ผู้สังเกตใส่ใจกับตัวแบบอย่างแท้จริง จนสามารถจดจำและนำมาสร้างสัญลักษณ์ได้ ตลอดจนสามารถดัดแปลงสัญลักษณ์นั้นและนำออกมาใช้ได้ภายหลัง โดยมีองค์ประกอบสุดท้ายคือ แรงจูงใจที่ทำให้ผู้สังเกตแสดงการตอบสนองออกมาโดยเมื่อบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ แนวโน้มที่จะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นจะมีสูงขึ้น แต่เมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับผลกรรมที่ไม่พึงพอใจ บุคคลก็จะไม่เลียนแบบพฤติกรรมนั้น

ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Bandura, 1977: 40) ดังนี้

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Model) การเสนอตัวแบบวิธีนี้เป็นการให้ผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบในสภาพการณ์จริง ซึ่งมีข้อดีคือ ตัวแบบสามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุงพฤติกรรมเพื่อให้แสดงพฤติกรรมได้ชัดเจน หรือเหมาะสมกับสภาพการณ์มากยิ่งขึ้น การเสนอตัวแบบโดยวิธีนี้ทำให้ผู้สังเกตสนใจในตัวแบบ และเลียนแบบพฤติกรรมตามตัวแบบได้ดีกว่าการเสนอตัวแบบด้วยวิธีอื่น แต่การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้ต้องคำนึงถึงผลกรรมเพราะอาจเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดไว้ล่วงหน้าเกิดขึ้น ทำให้ตัวแบบไม่ได้รับผลกรรมที่พึงพอใจตามที่ควรได้รับ ตัวแบบที่มีชีวิตซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์โดยตรง เช่น พ่อ แม่ คนในครอบครัว ครู และเพื่อน

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น ภาพการ์ตูน หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น สามารถก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากอย่างพร้อมเพรียงกันในหลายๆ สถานการณ์ได้อย่างกว้างขวาง สามารถจัดกระบวนการเสนอตัวแบบให้เหมาะสมตามความต้องการก่อนนำไปใช้ได้ สามารถเก็บตัวแบบสัญลักษณ์ไว้ใช้ในกรณีที่ต้องการให้บุคคลเลียนแบบในทำนองเดียวกัน และตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีประสิทธิภาพจะดึงดูดความสนใจสูง และกำหนดสภาพการณ์ให้อยู่ในสภาพแวดล้อมของบุคคลได้ตลอดเวลา

แนวทางในการเลือกตัวแบบนั้นมีหลักการในการเลือกอย่างกว้างๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553) ดังต่อไปนี้

1. ตัวแบบควรจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน

2. ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

3. ระดับความสามารถของตัวแบบนั้น ควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมาก ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำได้ ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตามตัวแบบนั้น ควรจะเลือกตัวแบบที่มีความสามารถสูงกว่าผู้ที่สังเกตเพียงเล็กน้อย หรือเริ่มจากสภาพการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต แล้วค่อยๆ เพิ่มความสามารถขึ้นไป

4. ตัวแบบนั้นควรจะมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

5. ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมต้องผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ กระบวนการดึงดูดความสนใจ กระบวนการคงไว้ กระบวนการแสดงออก และกระบวนการจูงใจ สามารถประยุกต์ใช้ในการทำกิจกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นโดยมีตัวแบบทางด้านสุขภาพที่กลุ่มเป้าหมายเกิดความสนใจ จดจำ เพื่อที่จะให้เกิดพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น สิ่งสำคัญการเพิ่มความตระหนักในประโยชน์ของการทำตามตัวแบบ จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมตามที่ต้องการได้

2.1.4 ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไดค์

ธอร์นไดค์ (Thorndike) เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ซึ่งมีหลายรูปแบบ บุคคลจะมีการลองผิดลองถูก (trial and error) ปรับเปลี่ยนไปเรื่อยๆ จนกว่าจะพบรูปแบบการตอบสนองที่สามารถให้ผลที่พึงพอใจมากที่สุด เมื่อเกิดการเรียนรู้แล้วบุคคลจะใช้รูปแบบการตอบสนองที่เหมาะสมเพียงรูปแบบเดียว และจะพยายามใช้รูปแบบนั้นเชื่อมโยงกับสิ่งเร้าในการเรียนรู้ต่อไปเรื่อยๆ (ทิตนา แคมมณี. 2557: 51)

กฎการเรียนรู้ของธอร์นไดค์สรุปได้ดังนี้

1. กฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ดีถ้าผู้เรียนมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. กฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise) การฝึกหัดหรือการกระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจจะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร ถ้าไม่ได้กระทำซ้ำบ่อยๆ การเรียนรู้นั้นจะไม่คงทนถาวร และในที่สุดก็อาจลืมได้

3. กฎแห่งการใช้ (Law of Use and Disuse) การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ความมั่นคงของการเรียนรู้จะเกิดขึ้น หากได้มีการนำไปใช้บ่อยๆ หากไม่มีการนำไปใช้อาจมีการลืมเกิดขึ้นได้

4. กฎแห่งผลที่พึงพอใจ (Law of Effect) เมื่อบุคคลได้รับผลที่พึงพอใจย่อมอยากจะทำซ้ำต่อไป แต่ถ้าได้รับผลที่ไม่พึงพอใจ จะไม่ยอมเรียนรู้ ดังนั้น การได้รับผลที่พึงพอใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเรียนรู้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง การจัดกิจกรรมเพื่อให้เด็กเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย มีการฝึกหัดหรือการกระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจจะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร หากเด็กได้มีการนำไปใช้บ่อยๆ ก็จะทำให้เกิดเป็นนิสัยได้

2.1.5 ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism)

วิกตอร์สกี (Vygotsky) เป็นนักจิตวิทยาชาวรัสเซียที่ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพัฒนาการทางเชาว์ปัญญาในสมัยเดียวกับเพียเจต์ (Piaget) ทฤษฎีพัฒนาการทางเชาว์ปัญญาของเพียเจต์และวิกตอร์สกีเป็นรากฐานที่สำคัญของทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) เพียเจต์อธิบายว่า พัฒนาการทางเชาว์ปัญญาของบุคคลมีการปรับตัวผ่านทางกระบวนการซึมซับหรือดูดซึม (assimilation) และกระบวนการปรับโครงสร้างทางปัญญา (accommodation) พัฒนาการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับและซึมซับ ข้อมูลหรือประสบการณ์ใหม่เข้าไปสัมพันธ์กับความรู้หรือโครงสร้างทางปัญญาที่มีอยู่เดิม หากไม่สามารถสัมพันธ์กันได้จะเกิดภาวะไม่สมดุลขึ้น (disequilibrium) บุคคลจะพยายามปรับสภาวะให้อยู่ในภาวะสมดุล (equilibrium) โดยใช้กระบวนการปรับโครงสร้างทางปัญญา (accommodation) (ทิตนา แคมมณี. 2557: 90-94)

ทั้งเพียเจต์และวิกิอทสกี นับว่าเป็นนักทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่มพุทธินิยม (Cognitivism) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับ “cognition” หรือกระบวนการรู้คิด หรือกระบวนการทางปัญญา

โจแนสเซน (Jonassen. 1992: 138 – 139) กล่าวว่า ทฤษฎีการสร้างความรู้จะให้ความสำคัญกับกระบวนการและวิธีการของบุคคลในการสร้างความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์ รวมทั้งโครงสร้างทางปัญญาและความเชื่อที่ใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์และสิ่งต่าง ๆ สรุปได้ว่า การเรียนรู้ตามทฤษฎีการสร้างความรู้เป็นกระบวนการในการ “acting on” ไม่ใช่ “taking in” กล่าวคือ เป็นกระบวนการผู้เรียนจะต้องจัดกระทำกับข้อมูล ไม่ใช่เพียงรับข้อมูลเข้ามา

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการเรียนการสอน

1. ตามทฤษฎีการสร้างความรู้ ผลการเรียนรู้จะมุ่งเน้นไปที่กระบวนการสร้างความรู้ และการตระหนักรู้ในกระบวนการนั้น เป้าหมายการเรียนรู้จะต้องมาจากการปฏิบัติงานจริง ครูต้องเป็นตัวอย่างและฝึกฝนกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้เห็น ผู้เรียนจะต้องฝึกฝนการสร้างความรู้ด้วยตนเอง

2. เป้าหมายของการสอนจะเปลี่ยนแปลงจากการถ่ายทอดความรู้ที่แน่นอนตายตัว ไปสู่การสาธิตกระบวนการแปลและสร้างความหมายที่หลากหลาย การเรียนรู้ทักษะต่างๆจะต้องมีประสิทธิภาพถึงขั้นทำได้ปัญญาจริงได้

3. ในการเรียนการสอน ผู้เรียนจะเป็นผู้มีบทบาทในการเรียนรู้อย่างเต็มตัวผู้เรียนจะเป็นผู้จัดกระทำกับข้อมูลหรือประสบการณ์ต่างๆ และจะต้องสร้างความหมายให้กับสิ่งนั้นด้วยตนเอง โดยให้ผู้เรียนอยู่ในบริบทจริง ๆ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าผู้เรียนจะต้องออกไปยังสถานที่จริงเสมอ แต่อาจจัดเป็นกิจกรรมที่เรียกว่า “physical knowledge activities” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งของหรือข้อมูลต่างๆที่เป็นของจริง และมีความสอดคล้องกับความสนใจของผู้เรียนโดยผู้เรียนสามารถจัดกระทำ ศึกษา สำรวจ วิเคราะห์ ทดลอง ลองผิดลองถูกกับสิ่งนั้นๆจนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจขึ้น

4. ในการจัดการเรียนการสอนครูจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศทางสังคมให้เกิดขึ้น กล่าวคือผู้เรียนต้องมีโอกาสเรียนรู้ในบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งทางสังคมถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญของการสร้างความรู้เพราะลำพังกิจกรรมกับวัสดุอุปกรณ์ทั้งหลายที่ครูจัดให้ หรือผู้เรียนแสวงหามาเพื่อการเรียนรู้ไม่เป็นการเพียงพอ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การร่วมมือ และการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดและประสบการณ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนและบุคคลอื่นจะช่วยให้การเรียนรู้ของผู้เรียนและบุคคลอื่นจะช่วยให้การเรียนรู้ของผู้เรียนกว้างขึ้น ซับซ้อนขึ้นและหลากหลายขึ้น

5. ในการเรียนการสอน ผู้เรียนมีบทบาทในการเรียนรู้เต็มที่ โดยผู้เรียนจะนำตนเองและควบคุมตนเองในการเรียนรู้ เช่น ผู้เรียนจะเป็นผู้เลือกสิ่งที่ต้องการเรียนเอง ตั้งกฎระเบียบเอง แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเอง ตกลงกันเองเมื่อเกิดความขัดแย้ง หรือมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน เลือกผู้ร่วมงานได้เอง และรับผิดชอบในการดูแลรักษาห้องเรียนร่วมกัน

6. ในการเรียนการสอนแบบสร้างความรู้ ครูจะมีบทบาทแตกต่างไปจากเดิม คือจากการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และควบคุมการเรียนรู้เปลี่ยนไปเป็นการให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวก และช่วยเหลือผู้เรียนในการเรียนรู้ คือการเรียนการสอนจะต้องเปลี่ยนจาก “Instruction” ไปเป็น “Construction” คือเปลี่ยนจาก “การให้ความรู้” ไปเป็น “การให้ผู้เรียนสร้างความรู้” บทบาทของครูก็คือ จะต้องทำหน้าที่ช่วยสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดแก่ผู้เรียนจัดเตรียมกิจกรรมการเรียนรู้ที่ตรงตามความสนใจของผู้เรียน ดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปในทางที่ส่งเสริมพัฒนาการของผู้เรียน ให้คำปรึกษาแนะนำทั้งทางวิชาการและด้านสังคมแก่ผู้เรียนดูแลให้ความช่วยเหลือผู้เรียนที่มีปัญหาและประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียนนอกจากนั้นครูยังต้องมีความเป็นประชาธิปไตยและมีเหตุผลในการสัมพันธ์กับผู้เรียนด้วย

7. ในการประเมินผลการเรียนการสอน เนื่องจากการเรียนรู้ตามทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเองนี้ ขึ้นกับความสนใจและการสร้างความหมายที่แตกต่างกันของบุคคลผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจึงมีลักษณะที่หลากหลาย ดังนั้น การประเมินผลจึงจำเป็นต้องมีลักษณะเป็น “goal free evaluation” ซึ่งหมายถึงการประเมินตามจุดหมายในลักษณะที่ยืดหยุ่นกันไปในแต่ละบุคคลหรืออาจใช้วิธีที่เรียกว่า “socially negotiated goal” และการประเมินควรใช้วิธีการที่หลากหลาย ซึ่งอาจเป็นการประเมินจากเพื่อน แฟ้มผลงาน รวมทั้งการประเมินตนเองด้วย นอกจากนั้นการวัดผลจำเป็นต้องอาศัยบริบทจริงที่มีความซับซ้อนเช่นเดียวกับการจัดการเรียนการสอนที่ต้องอาศัยบริบทกิจกรรม และงานที่เป็นจริง การวัดผลจะต้องใช้กิจกรรมหรืองานในบริบทจริงด้วย ซึ่งในกรณีที่จำเป็นต้องจำลองของจริงมาก็สามารถทำได้แต่เกณฑ์ที่ใช้ควรเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในโลกของความเป็นจริงด้วย

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการและวิธีการของบุคคลในการสร้างความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์ รวมทั้งโครงสร้างทางปัญญาและความเชื่อ การเรียนรู้แบบสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง เป็นรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการทางสังคม และการปฏิบัติจริง ผู้เรียนจะเรียนรู้วิธีการหาแนวคิดรวบยอดด้วยตัวเอง โดยแต่ละคนก็จะมีวิธีการของที่แตกต่างกันเนื่องจากมีภูมิหลังและประสบการณ์ ที่แตกต่างกัน และเข้าถึงองค์ความรู้ที่แท้จริงจะมุ่งเน้นไปที่กระบวนการสร้างความรู้ เป้าหมายของการสอนจะเปลี่ยนจากการถ่ายทอดให้ผู้เรียนได้รับสาระความรู้ที่แน่นอนตายตัว ไปสู่การสาธิตกระบวนการแปลและสร้างความหมายที่หลากหลาย ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้จัดกระทำกับข้อมูลหรือประสบการณ์ต่างๆ และจะต้องสร้างความหมายให้กับสิ่งนั้นด้วยตนเอง

2.1.6 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์

การใช้หลักการเรียนรู้ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning Theory) มาใช้ในการปรับพฤติกรรม ซึ่งทฤษฎีการวางเงื่อนไข แบบการกระทำนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ สกินเนอร์ (Skinner, 1974) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกระทบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น สกินเนอร์ให้ความสนใจกับผล

กรรมสองประเภท ได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง

การเสริมแรง (Reinforcement) คือ การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกรรมที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้น เรียกว่า ตัวเสริมแรง (Reinforcer) ตัวเสริมแรงที่ใช้กันอยู่นั้นแบ่งเป็น 2 ชนิดด้วยกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553: 27 - 53) คือ

1. ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวมันเอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการทางชีวภาพของอินทรีย์ได้ หรือมีผลต่ออินทรีย์โดยตรง เช่น อาหาร น้ำ อากาศ

2. ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น คำชมเชย เงิน หรือตำแหน่งหน้าที่ตัวเสริมแรงทุติยภูมิบางตัวนั้น ถ้านำไปใช้แล้วสามารถคู่กับตัวเสริมแรงอื่น ๆ ได้ (ทั้งตัวเสริมแรงปฐมภูมิและทุติยภูมิ) ได้มากกว่าหนึ่งตัวแล้ว ตัวเสริมแรงดังกล่าวจะมีคุณสมบัติเป็นตัวเสริมแรงแผ่ขยายทันที (Generalised Reinforcer) ตัวอย่างของตัวเสริมแรงแผ่ขยาย ได้แก่ เงิน คุกกี้

การเสริมแรง สามารถดำเนินการได้ 2 ลักษณะ คือ

1. การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) คือ การเสริมแรงที่มีผลให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้คำพูดตำหนิ หรือการตีบุคคลใดบุคคลหนึ่งก็อาจเป็นการเสริมแรงทางบวกได้ ถ้าการกระทำนั้นมีความถี่มากขึ้น

ตัวเสริมแรงทางบวกแบ่งเป็น 5 ประเภท (Kazdin. 1980: 131-148)

1. อาหารและสิ่งเสพได้ (Food and other Consumables) เป็นตัวเสริมแรงที่ไม่ต้องวางเงื่อนไขและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก ตัวเสริมแรงชนิดนี้ เช่น อาหารสำหรับคนที่หิว ขนม เครื่องดื่ม เป็นต้น ในการนำตัวเสริมแรงประเภทนี้ไปใช้ จะต้องพิจารณาถึงความต้องการของบุคคล ชนิดของอาหาร จำนวนครั้ง และปริมาณในการให้เสริมให้เหมาะกับบุคคล และสภาพการณ์ นอกจากนี้จะต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของตัวเสริมแรงชนิดนี้ ซึ่งมีข้อจำกัดว่า ในบางสถานการณ์ไม่สามารถให้ตัวเสริมแรงแก่บุคคลได้ทันที และการให้ตัวเสริมแรงชนิดนี้อาจรบกวนพฤติกรรมที่บุคคลกำลังกระทำอยู่

2. ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcer) เป็นตัวเสริมที่ต้องวางเงื่อนไข แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การเสริมแรงโดยใช้วาจา ได้แก่คำพูดต่าง ๆ ที่เป็นคำชมเชย ยกย่อง แสดงความพอใจในการใช้ตัวเสริมแรงด้วยวาจา ควรทำใ้บุคคลที่ได้รับการเสริมแรงทราบว่า เขาได้รับการเสริมแรงในพฤติกรรมใด เช่น ครูบอกว่า “ดีมาก ที่เธอแบ่งขนมให้เพื่อน”

2.2 การเสริมแรงโดยใช้ท่าทาง เช่น การยิ้มให้ การสัมผัส ตัวเสริมทางสังคมเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพมาก เพราะจัดเป็นตัวเสริมแรงแผ่ขยายและสามารถนำไปใช้คู่

กับตัวเสริมแรงอื่น ทำให้บุคคลไม่เบื่อหน่าย ไม่รบกวนพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่และใช้สะดวก รวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดว่า อาจจะไม่เป็นตัวเสริมแรงสำหรับบางบุคคล

3. การใช้หลักของฟรีแม็ค (Premack's Principle) เป็นการจัดกิจกรรมที่ บุคคลชอบหรือมีโอกาที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูง มาใช้เป็นตัวเสริมแรงเพื่อให้บุคคลแสดง พฤติกรรมเป้าหมาย โดยที่บุคคลนั้นจะต้องแสดงพฤติกรรมเป้าหมายก่อน แล้วจึงให้เลือกทำ กิจกรรมที่บุคคลนั้นชอบ ในการนำหลักของฟรีแม็คไปใช้ควรมีกิจกรรมหลาย ๆ อย่างให้บุคคลเลือก กระทำและจะต้องเป็นกิจกรรมที่มีสภาพความพร้อมสำหรับการกระทำของบุคคล เช่น ถ้าบุคคล เลือกเล่นฟุตบอล จะต้องมียุอุปกรณ์สำหรับการเล่นฟุตบอลครบทุกอย่าง ถ้าขาดอุปกรณ์สิ่งหนึ่งสิ่งใด ไป การใช้หลักของฟรีแม็คก็จะได้ผล

4. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Information Feedback) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ผลการกระทำของบุคคล การให้ข้อมูลย้อนกลับเพียงอย่างเดียว อาจไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม จึงควรนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงอื่น ๆ เพราะจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น

5. เบี้ยอรรถกร (Token Economy) เป็นสัญลักษณ์ที่ใช้เป็นตัวเสริมแรงหรือ แลกเปลี่ยนตัวเสริมแรงอื่น ๆ ที่บุคคลต้องการ เช่น เหรียญ ดาว คุปอง เป็นต้น สิ่งสำคัญสำหรับการ ใช้ตัวเสริมแรงชนิดนี้ คือ ต้องกำหนดอัตราแลกเปลี่ยน (Rate of Exchange) ระหว่างเบี้ยอรรถกร กับตัวเสริมแรงอื่นอย่างชัดเจน เพื่อให้บุคคลได้รับรู้ว่าจะต้องใช้เบี้ยอรรถกรจำนวนเท่าใด เพื่อแลก กับตัวเสริมแรงที่ต้องการได้ เบี้ยอรรถกรเป็นตัวเสริมแรงที่ประสิทธิภาพสูง สามารถทำให้ระดับ พฤติกรรมของบุคคลคงอยู่ หรือเพิ่มขึ้นมากกว่าและนานกว่าตัวเสริมแรงอื่น นอกจากนี้ยังสามารถ นำไปใช้กับบุคคลส่วนมาก และนับเป็นตัวเสริมแรงที่หมดสภาพของการเสริมแรงช้ากว่าตัวเสริมแรง อื่น เพราะสามารถนำไปแลกเปลี่ยนตัวเสริมแรงอื่นได้

นอกจากตัวเสริมแรงทั้ง 5 ประเภทแล้ว ยังมีตัวเสริมแรงชนิดหนึ่งที่น่าสนใจคือตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforcer) นั่นคือ ความคิด จินตนาการ และการ ประเมินตนเองของบุคคลสามารถใช้ควบคุมการกระทำของบุคคลได้ ดังนั้น จึงได้นำตัวเสริมแรง ภายในไปใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการบำบัดผู้มารับคำปรึกษาร่วมกับวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสนอ ตัวแบบภายใน (Covert Modeling) การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcer) การหยุดยั้ง พฤติกรรม (Extinction) เป็นต้น นอกจากนี้การปรับพฤติกรรมยังมีความเชื่อ การเสริมแรงที่ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้แก่ การเสริมแรงภายใน (Intrinsic reinforcement) ซึ่งบุคคลเป็นผู้ให้ ตัวเสริมแรงภายใน ในการเสริมแรงตนเอง โดยมักจะใช้กับการประเมินพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้ บรรลุถึงมาตรฐานและความมุ่งหมายของตนเอง

2. การเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) คือ การทำให้ความถี่ของ พฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวนั้น สามารถจะถอดถอนจากสิ่ง เร้าที่ไม่พึงพอใจ (Aversive Stimuli) ออกไปได้ สิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ จะเป็นตัวเสริมแรงทางลบได้ ต่อเมื่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาแล้ว ถอดถอนสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจมากขึ้น ดังนั้นสิ่งที่ไม่พึงพอใจและ ไม่พึงปรารถนาหรือสิ่งที่รบกวนบุคคลต่าง ๆ ไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นตัวเสริมแรงทางลบเสมอไป

นอกจากนี้ยังพบว่า จะทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกแล้ว สามารถถอดถอนสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น

การเสริมแรงทางลบจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมใน 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยง (Escape Behavior) นั้น คือ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจ (Aversive Event) ก็สามารถแสดงพฤติกรรมอื่น เพื่อที่จะถอดถอนสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจนั้น พฤติกรรมอื่นที่แสดงออกมานั้นเรียกว่าพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ถ้าพฤติกรรมอื่นที่แสดงออกมานั้นเกิดบ่อยครั้งขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจ สภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจนั้น จะทำหน้าที่เป็นตัวเสริมแรงทางลบทันที

นอกจากพฤติกรรมหลีกเลี่ยงแล้วอีกพฤติกรรมหนึ่งได้แก่ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยง (Aversive Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการได้รับสัญญาณว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจจะเกิดขึ้นซึ่งบุคคลสามารถจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจนั้นได้ โดยการแสดงพฤติกรรมในลักษณะอื่นแทน เช่น การที่ใกล้สอบแล้วยังไม่ได้ดูหนังสือ แต่มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ดูโทรทัศน์บุคคลนี้อาจพบว่าสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ เช่น การสอบไม่ผ่าน บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงโดยใช้เวลาในการอ่านหนังสือแทนที่จะดูโทรทัศน์ ถ้าพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเกิดมีความถี่ที่เพิ่มขึ้น สิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจนั้นก็จะกลายเป็นตัวเสริมแรงทางลบ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ โดยใช้การเสริมแรงทางบวก จะส่งผลให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถนำการเสริมแรงมาใช้ในการส่งเสริมให้เด็กอยากที่จะปฏิบัติตามให้มีพฤติกรรมสุภาพที่เหมาะสม

2.1.7 แนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ

การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการลงมือปฏิบัติผ่านสื่อการเรียนรู้ การใช้ประสาทสัมผัส เด็กปฐมวัยเป็นเริ่มต้นการเรียนรู้ อยากรู้ อยากเห็นในสิ่งต่างๆ รอบตัว ชอบการเรียนรู้ที่ได้ลงมือปฏิบัติจริง ประสบการณ์แบบปฏิบัติจริงถือว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ตอบสนองความต้องการในการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งมีคุณค่า ดังนี้ (ลาวัลย์ พลกล้า. 2523)

1. ช่วยให้นักเรียนเกิดความคิดรวบยอดในเรื่องนั้น เกิดจินตนาการและความคิดในการหาขบวนการและวิธีการต่างๆ
2. การเรียนจากการปฏิบัติการ นักเรียนจะเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ทำให้เกิดความสามารถในการถ่ายโยงการเรียนรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่พึงประสงค์อย่างยิ่งของการศึกษา
3. บรรยากาศในชั้นเรียนจะเป็นแบบนักเรียนเป็นศูนย์กลางต้องคิดต้องทำ
4. เปิดโอกาสในปัญหาต่างๆ มาให้นักเรียนคิดโดยอาศัยวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เป็นเครื่องช่วยวิเคราะห์โจทย์นั้นให้เป็นรูปธรรมหรือกึ่งรูปธรรมให้เกิดภาพพจน์เข้าใจปัญหาโจทย์
5. ช่วยเร้าให้นักเรียนเกิดความกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา

ข้อดีของการจัดประสบการณ์แบบปฏิบัติการ ได้แก่

1. นักเรียนสนใจเพราะได้ลงมือทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง
2. การจัดประสบการณ์แบบปฏิบัติการยึดหลักจิตวิทยาสองประการคือการเรียนจากรูปแบบและการเรียนโดยการกระทำ
3. นักเรียนเข้าใจเนื้อหาวิชาได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและสามารถค้นพบความจริงด้วยตัวเอง
4. นักเรียนมีอิสระในการทำงานและมีพัฒนาการเป็นรายบุคคลทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

แนวการจัดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ

การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติเป็นการเสริมประสบการณ์ตรงแก่เด็กปฐมวัยที่เป็นวัยทองแห่งการเรียนรู้ การที่เด็กได้รับประสบการณ์ตรงจะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็กได้เป็นอย่างดี ดังแนวคิดและหลักการของไฮสโคป เน้นการเรียนรู้แบบลงมือกระทำผ่านมุมเล่นที่หลากหลาย ด้วยสื่อและกิจกรรมที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กและการแก้ปัญหาอย่างกระตือรือร้น สรุปเป็นแผนภูมิรูปภาพ “วงล้อแห่งการเรียนรู้” (Hohmann and Weikart. 1995)



ภาพประกอบ 4 วงล้อแห่งการเรียนรู้ (High/scope Wheel of Learning)

ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา . 2550. การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยไทย : แนวคิดไฮสโคป 2550. หน้า 4.

จากวงล้อแห่งการเรียนรู้แบบลงมือกระทำคือการที่เด็กเรียนรู้แบบลงมือกระทำ เด็กจะเผชิญกับประสบการณ์สำคัญซ้ำแล้วซ้ำอีกในชีวิตประจำวันอย่างเป็นธรรมชาติ ประสบการณ์สำคัญเป็นกุญแจที่จำเป็นในการสร้างองค์ความรู้ของเด็กเป็นเสมือนกรอบความคิดที่จะทำความเข้าใจการเรียนรู้แบบลงมือกระทำ เราสามารถให้คำจำกัดความได้ว่าประสบการณ์สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ที่เด็กจะต้องหามาให้ได้โดยการปฏิสัมพันธ์กับวัตถุ คน แนวคิดและเหตุการณ์สำคัญต่างๆ อย่างหลากหลาย ประสบการณ์สำคัญเป็นกรอบแนวคิดให้ผู้ใหญ่ในการเข้าใจการเรียนรู้ของเด็ก สามารถวางแผนการจัดประสบการณ์เพื่อส่งเสริมและประเมินพัฒนาการของเด็กอย่างเหมาะสม ในการจัดกิจกรรมแบบปฏิบัติจริงระดับปฐมวัย ไฮสโคป ยึดหลักการที่สำคัญ คือ การเรียนรู้แบบลงมือกระทำ (Active Learning) ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาเด็กการเรียนรู้แบบลงมือกระทำจะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดในโปรแกรมที่พัฒนาเด็กอย่างเหมาะสมกับพัฒนาการเรียน การเรียนรู้แบบลงมือกระทำหมายถึงการเรียนรู้ซึ่งเด็กได้กระทำกับวัตถุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ความคิด และเหตุการณ์จนกระทั่งสามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ทั้งนี้องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบลงมือกระทำ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. 2550: 5-6) ได้แก่

1. สื่อ (Materials) ในห้องเรียนที่เด็กเรียนรู้แบบลงมือกระทำจะมีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่หลากหลายเพียงพอและเหมาะสมกับอายุของเด็ก เด็กต้องมีโอกาสและมีเวลาเพียงพอที่จะเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างอิสระเมื่อเด็กใช้เครื่องมือหรือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ การเรียนรู้ในเรื่องของความสัมพันธ์และมีโอกาสในการแก้ปัญหามากขึ้นด้วย

2. การสัมผัส (Manipulation) การเรียนรู้ด้วยการลงมือกระทำเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสาทสัมผัสทั้งกายและใจ การให้เด็กได้สำรวจและจัดกระทำกับวัตถุโดยตรงทำให้เด็กรู้จักวัตถุหลังจากที่เด็กคุ้นเคยกับวัตถุแล้วเด็กจะนำวัตถุต่างๆ มาเกี่ยวข้องกันและเรียนรู้เรื่องความสัมพันธ์ ผู้ใหญ่มีหน้าที่จัดให้เด็กได้ค้นพบความสัมพันธ์เหล่านี้ด้วยตนเอง

3. การเลือก(Choice) เด็กจะเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรมจากความสนใจและความตั้งใจของตนเอง เด็กจะเป็นผู้เลือกวัสดุอุปกรณ์และตัดสินใจว่าจะใช้วัสดุอุปกรณ์นั้นอย่างไร การที่เด็กมีโอกาเลือกและตัดสินใจทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากกว่าได้รับการถ่ายทอดความรู้จากผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้ใหญ่ที่ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องการเลือกและการตัดสินใจต้องจัดให้เด็กมีอิสระที่จะเลือกได้ตลอดทั้งวันขณะที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ใช่เฉพาะในช่วงเวลาเล่นเสรีเท่านั้น

4. ภาษาและการคิด (Child language; & thought) เด็กได้อธิบายว่าตนกำลังทำอะไร และเข้าใจอย่างไรมีโอกาพูดสื่อสารและภาษาท่าทางขณะคิดเกี่ยวกับการกระทำและขยายความคิดของตนเพื่อรับรู้สิ่งใหม่

5. การสนับสนุนจากผู้ใหญ่ (Adult scaffolding) หมายถึงการที่ผู้ใหญ่สนับสนุนการคิดและท้าทายกระตุ้นให้เด็กพยายามและช่วยเด็กขยายหรือสร้างงานของตนโดยการพูดกับเด็กเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กกำลังทำร่วมกันในการเล่นและช่วยให้เด็กเรียนรู้การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

แนวทางการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติมุ่งให้เด็กมีความสนใจและเกิดคำถาม สามารถค้นหาคำตอบได้ด้วยตนเองภายใต้การสนับสนุนของครู ผู้ใหญ่ที่จัดการเรียนรู้ในแนวคิดนี้ จะต้องตระหนักถึงข้อปฏิบัติ (สุจินดา ขจรรังศิลป์. 2550: 108–110) ดังนี้

1. การจัดสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่เด็กสามารถจับต้องสัมผัส สืบค้น เพื่อการเรียนรู้ และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ การจัดโอกาสให้เด็กเรียนรู้โดยตรงจากแหล่งเรียนรู้ เช่น บริเวณในโรงเรียน การไปเรียนรู้ที่สถานที่นั้นโดยตรง

2. การให้เด็กมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากที่สุด ผู้ใหญ่จะไม่บอกคำตอบที่สำเร็จรูปให้เด็กเสมอแต่จะตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นความสนใจและเป็นการกำหนดประเด็นการเรียนรู้หรือสืบค้นไปในตัว

3. ครูหรือผู้ใหญ่ที่จัดสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ตามแนวคิด “แอคทีฟ เลิร์นนิ่ง” จะไม่แสดงหรือนำเสนอสิ่งที่สกัดกั้นการเรียนรู้ของเด็กแต่จะถามให้เด็กสังเกต สืบค้น คิดไตร่ตรอง และค้นหาคำตอบ

4. การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนที่เด็กมีโอกาสของการเลือก การตัดสินใจ ทำกิจกรรมที่เด็กสนใจที่สามารถปฏิบัติได้ทันที เช่น การจัดมุมบ้านในห้องเรียน

5. การปฏิสัมพันธ์ของครูและเด็ก คุณครูตั้งคำถามที่เร้าความสนใจเด็กในการมีส่วนร่วมและการลงมือปฏิบัติ การสำรวจเพื่อการเรียนรู้ การยอมรับการนำเสนอของเด็ก

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ เป็นการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนได้คิดและลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และสร้างองค์ความรู้จากการปฏิบัติกิจกรรม โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมเป็นพื้นฐานในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ครูเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ความรู้มาเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

2.1.8 แนวทางการเรียนรู้แบบร่วมมือ

การเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นการเรียนรู้เป็นกลุ่มย่อย โดยมีสมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถแตกต่างกัน 3-6 คน ช่วยกันเรียนรู้เพื่อไปสู่เป้าหมายของกลุ่ม ซึ่งมีผู้ให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบร่วมมือไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

สลาบิน (Slavin.1987: 4) ให้ความหมายของการเรียนรู้แบบร่วมมือไว้ว่า เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนได้เรียนเป็นกลุ่มเล็ก จำนวนสมาชิกกลุ่มมี 4 คน ซึ่งมีความสามารถทางการเรียนต่างกัน ประกอบด้วยนักเรียนเก่ง 1 คน ปานกลาง 2 คน และอ่อน 1 คน โดยนักเรียนแต่ละคนจะช่วยเหลือเพื่อนที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันในการเรียนหรือทำกิจกรรมต่างๆ และถ้ากลุ่มสามารถทำคะแนนเฉลี่ยได้ถึงเกณฑ์ที่ตั้งไว้แล้วสมาชิกของกลุ่มจะได้รับรางวัล

จอห์นสันและจอห์นสัน (Johnson; & Johnson. 1994: 5) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้แบบร่วมมือไว้ว่า เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เรียนเรียนเป็นกลุ่มเล็ก กลุ่มละประมาณ 3 – 5 คน โดยที่สมาชิกในกลุ่มมีความแตกต่างกัน เช่น ความสามารถทางการเรียน เพศ

เชื้อชาติ เป็นต้น ผู้เรียนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน รับผิดชอบการทำงานของสมาชิกในกลุ่มร่วมกัน

โอเซน และ เคแกน (Olsen; & Kagan. 1992: 8) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบร่วมมือ หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนในกลุ่มโดยอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผู้เรียนจะรับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง พร้อมกับการรับผิดชอบการเรียนรู้ของสมาชิกภายในกลุ่มด้วย

ทิสนา แชมณี (2557: 98) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบร่วมมือ คือ การเรียนรู้เป็นกลุ่มย่อยโดยมีสมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถแตกต่างกันประมาณ 3 – 6 คน ช่วยกันเรียนรู้เพื่อไปสู่เป้าหมายของกลุ่ม

วัฒนาพร ระบุทับทิม (2545: 174) กล่าวว่า การเรียนแบบร่วมมือเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ แต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกที่มีความสามารถแตกต่างกันโดยที่แต่ละคนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการเรียนรู้และในความสำเร็จของกลุ่ม โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแบ่งปันทรัพยากรการเรียนรู้ รวมทั้งการเป็นกำลังใจแก่กันและกัน คนที่เรียนเก่งจะช่วยเหลือคนที่อ่อนกว่า สมาชิกในกลุ่มไม่เพียงแต่รับผิดชอบต่อการเรียนของตนเองเท่านั้น หากแต่จะต้องร่วมรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของเพื่อนสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ความสำเร็จของแต่ละบุคคล คือ ความสำเร็จของกลุ่ม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบร่วมมือ หมายถึง วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนเรียนรู้และทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ จำนวน 3 – 6 คน โดยสมาชิกแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ที่มีความสามารถทางการเรียนรู้แตกต่างกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันทั้งในส่วนตนและส่วนรวม เพื่อให้ตนเองและสมาชิกทุกคนในกลุ่มประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบร่วมมือ

จอห์นสัน และ จอห์นสัน (Johnson; & Johnson. 1994: 31 – 37) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบร่วมมือว่ามี 5 ประการ ดังนี้

1. การพึ่งพาอาศัยกันในทางบวก (Positive Interdependent) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การพึ่งพากันเชิงผลลัพธ์ คือการพึ่งพากันในด้านการได้รับผลประโยชน์จากความสำเร็จของกลุ่มร่วมกัน ซึ่งความสำเร็จของกลุ่มอาจจะจะเป็นผลงานหรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่ม ในการสร้างการพึ่งพากันในเชิงผลลัพธ์ได้ด้นั้น ต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ผู้เรียนทำงาน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน จึงจะเกิดแรงจูงใจให้ผู้เรียนมีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน สามารถร่วมมือกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ และการพึ่งพาในเชิงวิธีการ คือ การพึ่งพากันในด้านกระบวนการทำงานเพื่อให้งานกลุ่มสามารถบรรลุได้ตามเป้าหมาย ซึ่งต้องสร้างสภาพการณ์ให้ผู้เรียนแต่ละคนในกลุ่มได้รู้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อความสำเร็จของกลุ่ม ในการสร้างสภาพการพึ่งพากันในเชิงวิธีการ มีองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 การทำให้เกิดการพึ่งพาทรัพยากรหรือข้อมูล (Resource Interdependence) คือ แต่ละบุคคลจะมีข้อมูลความรู้เพียงบางส่วนที่เป็นประโยชน์ต่องานของกลุ่ม ทุกคนต้องนำข้อมูลมารวมกันจึงจะทำให้งานสำเร็จได้ ในลักษณะที่เป็นการให้งานหรืออุปกรณ์ที่ทุกคนต้องทำหรือใช้ร่วมกัน

1.2 ทำให้เกิดการพึ่งพาเชิงบทบาทของสมาชิก (Role Interdependence) คือ การกำหนด บทบาทของการทำงานให้แต่ละบุคคลในกลุ่ม และการทำให้เกิดการพึ่งพาเชิงภาระงาน (Task Interdependence) คือ แบ่งงานให้แต่ละบุคคลในกลุ่มมีทักษะที่เกี่ยวข้องกัน ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งทำงานของตนไม่เสร็จ จะทำให้สมาชิกคนอื่นไม่สามารถทำงานในส่วนที่ต่อเนื่องได้

2. การมีปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม (Face to Face Promotive Interdependence) หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด การอธิบายให้สมาชิกในกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้ การรับฟังเหตุผลของสมาชิกในกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงระหว่างสมาชิกในกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ การรับฟังเหตุผลของสมาชิกภายในกลุ่มก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการคิดของผู้เรียน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการทำงานร่วมกันจากการช่วยเหลือสนับสนุนกัน การเรียนรู้เหตุผลของกันและกัน ทำให้ได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการทำงานของตนเอง จากการตอบสนองทางวาจา และท่าทางของเพื่อนสมาชิกช่วยให้รู้จักและคุ้นเคยกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3. ความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละบุคคล (Individual Accountability) หมายถึง ความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของสมาชิกแต่ละคน โดยต้องทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ ต้องรับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเองและเพื่อนสมาชิก ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความสามารถและความรู้ที่แต่ละคนจะได้รับ มีการตรวจสอบเพื่อความแน่ใจว่า ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เป็นรายบุคคลหรือไม่ โดยประเมินผลงานของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งรวมกันเป็นผลงานของกลุ่มให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งกลุ่มและรายบุคคล ให้สมาชิกทุกคนรายงานหรือมีโอกาสดูความคิดเห็นอย่างทั่วถึง ตรวจสอบสรุปผลการเรียนเป็นรายบุคคลหลังจบบทเรียน เพื่อเป็นการประกันว่าสมาชิกทุกคนในกลุ่มรับผิดชอบทุกอย่างร่วมกัน ทั้งนี้สมาชิกทุกคนในกลุ่มจะต้องมีความมั่นใจและพร้อมที่จะได้รับการทดสอบเป็นรายบุคคล

4. การใช้ทักษะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการทำงานกลุ่มย่อย (Interpersonal and Small Group Skills) หมายถึง การมีทักษะทางสังคม (Social Skills) เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข คือ มีความเป็นผู้นำ รู้จักตัดสินใจ สามารถสร้างความไว้วางใจ รู้จักติดต่อสื่อสาร และสามารถแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งในการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกันที่จะช่วยให้การทำงานกลุ่มประสบความสำเร็จ

5. กระบวนการทำงานของกลุ่ม (Group Processing) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ของกลุ่ม โดยผู้เรียนจะต้องเรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุด มีความร่วมมือทั้งด้านความคิด การทำงาน และความรับผิดชอบร่วมกันจนสามารถบรรลุเป้าหมายได้ การที่จะช่วยให้การดำเนินงาน

ของกลุ่มเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายนั้น กลุ่มจะต้องมีหัวหน้าที่ดีสมาชิกดี และกระบวนการทำงานดี นั่นคือ มีการเข้าใจในเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ในกระบวนการนี้สิ่งที่สำคัญ คือ การประเมินทั้งในส่วนที่เป็นวิธีการทำงานของกลุ่ม พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มและผลงานของกลุ่ม โดยเน้นการประเมินคะแนนของผู้เรียนแต่ละคนในกลุ่มมาเป็นคะแนนกลุ่มเพื่อตัดสินความสำเร็จของกลุ่มด้วย ประเมินกระบวนการทำงานกลุ่ม ประเมินหัวหน้าและประเมินสมาชิกกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญของกระบวนการกลุ่มที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของกลุ่มได้

การเรียนรู้แบบร่วมมือส่งผลดีต่อผู้เรียนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. มีความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมายมากขึ้น (greater efforts to achieve) การเรียนรู้แบบร่วมมือช่วยให้ผู้เรียนมีความพยายามที่จะเรียนรู้ให้บรรลุเป้าหมาย เป็นผลทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น และมีผลงานมากขึ้น การเรียนรู้มีความคงทนมากขึ้น (long-term retention) มีแรงจูงใจภายใน และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้เหตุผลดี ขึ้นและคิดอย่างมีวิจารณ์มากขึ้น

2. มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนดีขึ้น (more positive relationships among students) การเรียนรู้แบบร่วมมือช่วยให้ผู้เรียนมีน้ำใจนักกีฬามากขึ้น ใส่ใจในผู้อื่นมากขึ้น เห็นคุณค่าของความแตกต่าง ความหลากหลาย การประสานสัมพันธ์และการรวมกลุ่ม

3. มีสุขภาพจิตดีขึ้น (greater psychological health) การเรียนรู้แบบร่วมมือช่วยให้ผู้เรียนมีสุขภาพจิตดีขึ้น มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น นอกจากนั้น ยังช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญกับความเครียด และความผันแปรต่าง ๆ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ขั้นประสบการณ์ ขั้นการสะท้อนความคิดและถกเถียง ขั้นสร้างความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ขั้นการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด และขั้นการประเมินผลตนเอง (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. 2547: 68 – 70) ซึ่งแต่ละขั้นมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นประสบการณ์ เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมของผู้เรียน มาสร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ ให้เล่าประสบการณ์เดิมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะเรียน หรือการใช้คำถามให้ตอบหรือใช้สื่อการสอนเพื่อให้ผู้เรียนได้ใช้ความรู้เดิมตอบคำถามสามารถแสดงออกให้เพื่อนชื่นชม

2. ขั้นการสะท้อนความคิดและถกเถียง ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การสอน โดยผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนตามความเหมาะสม เช่น เก่ง ปานกลาง อ่อน ในกลุ่มเดียวกันแต่ละคนในกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน เช่น ประธานกลุ่ม รองประธาน เลขานุการกลุ่ม ทุกคนต้องช่วยเหลือกันทำงานตามหน้าที่ร่วมกัน ปรัชญาหรือ ศึกษาค้นคว้า ทดลองแบบกัลยาณมิตร คนเก่งช่วยเหลือเพื่อนในกลุ่ม เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน โดยที่ผู้สอนคอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ เสียสละ

ความสามัคคี การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน เพราะการทำงานที่ประสบความสำเร็จ ถูกต้อง ต้องร่วมมือกัน

3. **ขั้นสร้างความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด** เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกันในระบบกลุ่มในเรื่องที่เรียนเพื่อนำไปสู่ความคิดรวบยอด การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ทุกคนในกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ สรุปข้อมูลเพื่อความต้องการของกลุ่ม เพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมหรือหน้าชั้นเรียน โดยการนำเสนอเป็นรายบุคคลหรือเป็นทีม ตามที่กลุ่มได้กำหนด ผู้สอนต้องเอาใจใส่รับฟัง ติดตามในเรื่องที่ทุกกลุ่มได้ออกมารายงานผล เพื่อการสรุปผลที่ถูกต้อง ชัดเจนและการเสริมเนื้อหาที่มีความสำคัญ และควรมีอุปกรณ์เสริม เช่น ระบบเสียง เครื่องถ่ายวิดีโอเช่นเดียวกับการอ่านข่าว เพื่อฝึกความกล้าแสดงออกของผู้เรียน ซึ่งจะเป็นการเข้าใจความสนใจของผู้เรียน

4. **ขั้นการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด** เป็นการนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้จนเกิดแนวทางปฏิบัติ เช่น การทำแบบฝึกหัดเสริม ร่วมกันสรุปเนื้อหาสำคัญ การปฏิบัติ การร่วมกันจัดแสดงผลงานในป้ายนิเทศ เขียนคำขวัญ หรือรายงาน

5. **ขั้นการประเมินผลตนเอง** เป็นการประเมินผลที่สนับสนุนให้ผู้เรียนรู้ความก้าวหน้าของตนเองและมีโอกาสปรับปรุงแก้ไขผลงาน ทุกคนร่วมกันประเมินผลงานของตนเองให้เพื่อนประเมิน ผู้สอนประเมิน ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดร่วมกัน เก็บผลงานใส่แฟ้มของตนเองและของกลุ่ม

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนเรียนรู้และทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ โดยสมาชิกแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ที่มีความสามารถทางการเรียนรู้แตกต่างกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันทั้งในส่วนตนและส่วนรวม เพื่อให้ตนเองและสมาชิกทุกคนในกลุ่มประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบร่วมมือประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ การพึ่งพาอาศัยกันในทางบวก การมีปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละบุคคล การใช้ทักษะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการทำงานกลุ่มย่อย และกระบวนการทำงานของกลุ่ม

2.2 การเรียนรู้และการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย

2.2.1 การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับสมอง การทำงานของสมอง การจำที่มาจากประสบการณ์ การเล่น และประสบการณ์ นับเป็นการสร้างเสริมปัญญาและความคิดที่ออกมาของเด็ก การชมและได้กำลังใจจากผู้ใหญ่จะเสริมความสมบูรณ์ของการเรียนรู้ สร้างความ outgoing ทางปัญญา และสร้างความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ให้กับเด็ก ซึ่งกระบวนการสร้างเสริมการเรียนรู้ให้กับเด็กปฐมวัย (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2551: 23 -25) ประกอบด้วย

1. เด็กเรียนรู้โดยใช้กระบวนการปฏิบัติการคิดจากการกระทำ ไม่ใช่ให้เพียงแต่มีกิจกรรม แต่ต้องเป็นประสบการณ์ที่เด็กได้สัมผัส เกิดความรู้ความเข้าใจเป็นองค์ความรู้ แต่ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมต้องสัมพันธ์และสนับสนุนการกระทำของเด็กด้วย

2. การเรียนรู้ได้โดยจัดระบบประสบการณ์การเรียนรู้ได้ด้วยตัวของเด็กเอง จากประสบการณ์และข้อมูลที่ได้รับ การให้กำลังใจ การสังเกต ชม และบันทึกความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะเป็นกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. เด็กเรียนรู้โดยใช้ภาษา เด็กอาจรู้คำศัพท์มากน้อยต่างกัน แต่พัฒนาการภาษาของเด็กจะก้าวโดยลำดับ การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้โอกาสเด็กพูด เป็นการสร้างเสริมการเรียนรู้ด้วยภาษา

4. เด็กเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น เรียนแก้ปัญหา การชี้แนะ ความร่วมมือ ทำให้เกิดการเรียนรู้ การให้เด็กทำงานเป็นกลุ่มมีสัมพันธ์กับเพื่อน ทำงานร่วมกันและอภิปราย ทำให้เด็กเรียนรู้ในประเด็นที่เกิดจากตนเองและที่เกิดจากผู้อื่น

ศศิลักษณ์ ขยันกิจ; และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2556: 15-19) ได้เสนอแนวทางในการจัดเงื่อนไขเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตามปัจจัยทั้ง 5 ประการ ดังนี้

1. ความพร้อม เด็กจะเรียนรู้ได้ดีถ้าเด็กมีความพร้อม แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กมีโอกาสพัฒนาความพร้อมได้ดียิ่งขึ้น คือ การจัดประสบการณ์ที่หลากหลายให้กับเด็ก โดยที่ประสบการณ์ต่างๆ ที่จัดให้นั้นควรจะสอดคล้องกับทฤษฎีทางพัฒนาการของเด็ก

2. การสนใจ เป็นเงื่อนไขอีกประการหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้ดี ซึ่งแนวทางในการสร้างแรงจูงใจ มีดังนี้

2.1 พยายามทำให้สิ่งที่เด็กจะเรียนรู้นั้นน่าสนใจ จัดกิจกรรมให้เด็กมีส่วนร่วม

2.2 ใช้หลักการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยให้เด็กกระทำพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

2.3 ทำให้เกิดความแน่ใจว่าเด็กรู้ว่าตนต้องทำอะไร ทำอย่างไร และรู้ได้อย่างไร ว่าพวกตนนั้นได้บรรลุเป้าหมายแล้ว

2.4 ต้องยอมรับว่าเด็กทุกคนมีความแตกต่างกันในด้านความสามารถ พื้นเพเดิม

2.5 พยายามทำทุกวิถีทางที่จะสนองตอบความต้องการของเด็ก ทั้งในด้านร่างกาย ความปลอดภัย การเป็นพวกและการรู้จักคุณค่า

2.6 จัดกิจกรรมต่างๆ ที่น่าสนใจเพื่อให้เด็กได้มีโอกาสเลือก

2.7 จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ทำให้เด็กมีความรู้สึกว่าประสบความสำเร็จ เนื่องจากความพยายามของตน

2.8 พยายามสนับสนุนให้เด็กเกิดความต้องการใฝ่สัมฤทธิ์ มีความมั่นใจตนเองและกำหนดทิศทางการเรียนรู้ด้วยตนเอง

3. การเสริมแรงและการลงโทษ จัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งครูและผู้ปกครองจะต้องรู้จักวิธีการใช้การเสริมแรงและการลงโทษที่เหมาะสม ซึ่งหลักที่สำคัญของการเสริมแรงและการลงโทษคือ การใช้การเสริมแรงและการลงโทษนั้นจะต้องใช้หลังจากที่เด็กแสดงพฤติกรรมแล้วเท่านั้น เมื่อใช้การเสริมแรงหลังจากที่เด็กแสดงพฤติกรรมแล้วเด็กจะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวนั้นเพิ่มขึ้น แต่เมื่อใดก็ตามที่ต้องการให้เด็กยุติการแสดงพฤติกรรมก็ใช้การลงโทษหลังจากที่แสดงพฤติกรรมนั้น

4. การฝึกฝน ในการจัดการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพนั้น การฝึกฝนดูเหมือนจะเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ การที่ครูจะช่วยให้เด็กฝึกฝนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ครูจะต้องรู้หลักการที่สำคัญ ดังนี้

4.1 การฝึกฝนแบบทำซ้ำๆ เดิมๆ ไม่ได้เป็นการสอนให้เด็กเกิดการเรียนรู้ การฝึกฝนที่จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ดีนั้น ควรให้มีการเปลี่ยนแปลงบ้างเล็กน้อยในการฝึกฝน

4.2 การฝึกฝนสามารถทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ การฝึกฝนอย่างมากในระยะเวลาอันยาวนานกับการฝึกฝนที่ละน้อยในช่วงเวลาสั้นๆ

5. ความวิตกกังวล มีลักษณะที่เป็นดาบสองคม ถ้าเด็กมีความวิตกกังวลในระดับที่พอเหมาะจะทำให้เด็กเกิดความกระตือรือร้นในการที่จะเรียนรู้ แต่ถ้าวิตกกังวลมากเกินไปจะทำให้เกิดปัญหาในการเรียนรู้ได้เช่นกัน แต่ถ้าเด็กไม่มีความกังวลเลย เด็กจะเกิดการเฉื่อยชา ดังนั้น ครูและผู้ปกครองจึงควรที่จะทำให้เด็กมีความวิตกกังวลบ้างแต่ไม่ควรทำให้มีมากเกินไป และถ้าเด็กเกิดความวิตกกังวลมากเกินไป ครูและผู้ปกครองจะต้องหาทางแก้ไข ถ้าให้ดีกว่านี้ไม่ควรทำให้เด็กมีความวิตกกังวลสูงเลย

สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ (2550: 17-18) กล่าวว่า องค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยเกิดการเรียนรู้อย่างมีคุณภาพ มีดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ปกครองและครูต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ครูและผู้ปกครองต้องมีความรู้ความเข้าใจดังต่อไปนี้

1.1 เด็กเรียนรู้ได้ดีที่สุดด้วยประสาทสัมผัสทั้งหมด เด็กทุกคนสามารถที่จะเรียนรู้ได้ เด็กทุกคนควรได้รับการส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพในเด็กแต่ละคน

1.2 การจัดการศึกษาต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กต้องคำนึงถึงความพร้อมของเด็ก กิจกรรมที่นำไปสู่การเรียนรู้ต้องมีความเหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็ก การสอนเด็กปฐมวัยจึงไม่ใช่การบังคับหรือการกดดันให้เด็กเรียนรู้ตามความต้องการของผู้ใหญ่

1.3 กิจกรรมการเรียนรู้ต้องน่าสนใจและมีความหมายกับเด็ก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูกับเด็ก และในระหว่างเพื่อนเด็กด้วยกันเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นของการพัฒนาที่ออกมา

2. บทบาทที่สำคัญสำหรับครู

2.1 ครูจะต้องให้ความรักและการยอมรับหรือเข้าใจเด็กทุกคน อุทิศหรือทุ่มเทให้การสอนอย่างจริงจัง

2.2 การสอนที่ดีจะต้องรองรับด้วยทฤษฎี ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ จัดสื่อการเรียนที่เป็นรูปธรรมเพื่อเพิ่มพูนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ การสอนต้องเริ่มจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมไปสู่นามธรรม

2.3 การสังเกตเป็นทักษะสำคัญที่ครูต้องมี เพื่อที่จะรู้ถึงความต้องการของเด็ก การสอนต้องมีการวางแผนและมีกระบวนการอย่างเป็นระบบ

2.4 การสอนจะต้องยึดเด็กเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ไม่ใช่ผู้ใหญ่หรือเนื้อหาวิชาเป็นศูนย์กลาง การสอนนั้นจะต้องไปตามความสนใจของเด็ก การร่วมมือ ร่วมคิดและร่วมมือระหว่างครูกับเด็กเป็นหนทางสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนา

3. บทบาทที่สำคัญสำหรับผู้ปกครอง

3.1 ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญสำหรับการศึกษา และพัฒนาการของเด็ก

3.2 ผู้ปกครองเป็นครูคนแรกของเด็ก ผู้ปกครองต้องดูแลและแนะแนวการเรียนรู้อย่างดี ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาสำหรับเด็ก ทุกคนต้องมีความรู้และมีการฝึกปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็ก

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยเกิดจากการที่เด็กมีความสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต ซึ่งเด็กจะเรียนรู้โดยการลงมือกระทำ ผ่านการเล่น เกิดจากการกระทำซ้ำ ๆ การเลียนแบบ การสำรวจค้นคว้า สัมผัส เปรียบเทียบ และหาความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง นอกจากนี้ความพร้อมของเด็กจะทำให้การเรียนรู้ประสบผลสำเร็จได้จำเป็นต้องใช้สื่อวัสดุอุปกรณ์ที่จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

2.2.2 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย

สิริมา ภิญโญนนตพงษ์ (2538: 18 - 21) กล่าวถึง ผู้นำแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการจัดการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยมีดังนี้

ล็อก (Lock) มีความเห็นว่าเด็กทารกนั้นเปรียบเสมือนผ้าขาว ประสบการณ์ต่าง ๆ และสิ่งแวดล้อมจะมีความสำคัญอย่างมากต่อการเจริญเติบโตของเด็กทำให้เด็กมีพัฒนาการที่แตกต่างกัน

สกินเนอร์ (Skinner) เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ด้วยตัวเสริมแรง ดังนั้นในการสอน ครูสามารถนำเด็กไปสู่พฤติกรรมหรือการเรียนรู้ที่ต้องการได้

รุสโซ (Rousseau) นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ซึ่งเชื่อในพื้นฐานความดีในสัญชาตญาณของมนุษย์เราเป็นนักทฤษฎีภาวะนิยมที่ความเห็นที่ว่า ถ้าเราให้โอกาสเด็กเจริญเติบโตตาม

วิถีทางธรรมชาติแล้วเด็กจะพัฒนาได้เต็มศักยภาพเพราะฉะนั้นพ่อแม่หรือครูควรหลีกเลี่ยงที่จะขัดขวางการเจริญเติบโตตามธรรมชาติของเด็ก ไม่บังคับเด็ก

ฟรอยด์ (Freud) มีความเห็นว่า อิทธิพลที่สำคัญที่สุดของพัฒนาการนั้นมาจากภายในตัวเด็ก ทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม สติปัญญา และทางกาย

เกเซล (Gesell) มีความเห็นว่า พัฒนาการของเด็กจะเป็นไปตามธรรมชาติตามอายุของเด็ก เมื่อถึงวันนั้นเด็กจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้โดยไม่ต้องไปเร่งหรือฝึกเด็ก นักการศึกษาหรือพ่อแม่ ควรให้อิสระเด็กในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความสนใจ

พียาเจท์ (Piaget) นักจิตวิทยาชาวสวิสชาติได้อธิบายถึง กระบวนการคิด และสร้างความรู้ของเด็ก หลักการทางทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของพียาเจท์ หลายประการที่ช่วยให้ครูกิดสร้างสรรค์ จัดกิจกรรมและประสบการณ์ที่เหมาะสมให้กับเด็ก กล่าวคือ

1. การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่อาศัยความกระตือรือร้น ทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้เรียน
2. พัฒนาการแต่ละขั้นจะดำเนินไปตามลำดับขั้นตอนจะข้ามขั้นไม่ได้ และด้วยอัตราที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล
3. ภาษาไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้และความคิดรวบยอดเพียงอย่างเดียว
4. พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็ก ส่งเสริมได้ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นผู้ใหญ่ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ดิวอี้ (Dewey) ได้พัฒนาแนวคิดที่ว่าประสบการณ์สำหรับเด็กเกิดขึ้นได้ต้องใช้ความคิดและการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทดลองและค้นพบด้วยตนเอง ไม่นิยมการสอนให้เด็กท่องจำ แต่เชื่อในการให้อิสระเด็กได้สำรวจ เล่นในสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยกิจกรรมที่จะนำไปสู่ความสนใจของเด็ก ลักษณะการเรียนรู้ของเด็กนั้นจะเรียนสิ่งที่เด็กเกี่ยวข้องด้วย หรือต่อเมื่อเด็กยอมรับด้วยใจเขาเอง หรือสมัครใจทำเอง การที่เด็กจะเรียนมากน้อยเพียงใดก็แล้วแต่ว่าสิ่งนั้นจะมีความสำคัญต่อเด็กเพียงใด หรือเกี่ยวข้องมีความหมายเพียงใด หรือเกี่ยวข้องมีความหมายกับสิ่งที่เด็กทราบอยู่แล้ว

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การจัดประสบการณ์สำหรับเด็กนั้นต้องจัดประสบการณ์ตามพื้นฐานแนวคิด หลักการ และทฤษฎีของนักการศึกษา โดยนำแนวคิดมาจัดประสบการณ์ให้เหมาะสมสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก ซึ่งแต่ละคนมีพัฒนาการแตกต่างกัน ซึ่งในแต่ละแนวคิดนั้นจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความเชื่อ และความเหมาะสมในการเลือกไปปฏิบัติของแต่ละบุคคล แต่การจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัยจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับครูจะสามารถจัดประสบการณ์ให้สอดคล้องกับพัฒนาการและความแตกต่างของเด็กแต่ละคนได้อย่างไร และประสบการณ์ที่ครูจัดนั้นเด็กได้มีโอกาสในการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด

2.2.3 ความสำคัญของการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย

สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา (2546ก: 44) ในคู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยพุทธศักราช 2546 กล่าวว่า การจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย 3 – 5 ปี จะไม่จัดเป็นรายวิชาแต่จัดในรูปของกิจกรรมบูรณาการผ่านการเล่น เพื่อให้เด็กเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เกิดความรู้ ทักษะคุณธรรม จริยธรรม รวมทั้งเกิดการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา

ศศิลักษณ์ ขยันกิจและคณะ (2553: 24) ได้กล่าวว่า การจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย ต้องจัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมพัฒนาการให้การศึกษาที่เน้นเด็กเป็นสำคัญ ยึดหลักการอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเด็กโดยองค์รวม ตอบสนองความต้องการ ความสนใจ ความแตกต่างระหว่างบุคคลและบริบททางสังคมที่เด็กอาศัยอยู่ โดยเน้นเรื่องการเล่นอย่างมีจุดหมายซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการจัดประสบการณ์ให้กับเด็ก โดยบูรณาการผ่านการเล่นได้รับประสบการณ์ตรงด้วยการลงมือกระทำ ได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้าในการสัมผัสสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว สร้างเสริมลักษณะนิสัยที่ดีและทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ให้เด็กได้ค้นพบศักยภาพของตนเอง โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้อย่างมีความสุข

อรุณี หรดาล (2552: 24) ได้กล่าวว่า การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีให้แก่เด็กปฐมวัย เป็นการสร้างรากฐานชีวิตของเด็ก เป็นทุนสืบทอดคุณค่าชีวิตของเด็กให้เพิ่มขึ้นต่อไป เป็นการบ่มเพาะความคิดอ่าน นิสัยและอารมณ์ และเป็นรากแก้วของชีวิตให้แข็งแรงพร้อมที่จะหล่อเลี้ยงชีวิตไปจนเติบโต การจัดการศึกษาในระดับปฐมวัยจึงเป็นการเตรียมความพร้อมให้เด็กมากกว่าการสอนให้อ่านเขียนเรียนวิชา เน้นพัฒนาการเป็นองค์รวมมากกว่าเจาะจงพัฒนาเด็กไปในด้านใดด้านหนึ่ง

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551: 46) ได้กล่าวว่า การจัดประสบการณ์เป็นการสร้างประสบการณ์ตรงที่มีความสำคัญต่อเด็ก เพราะหมายถึงการสร้างการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ทุกบริบทที่อยู่รอบตัวเด็กต่างก็เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ จึงต้องส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ในรูปแบบของบูรณาการโดยเน้นเด็กเป็นสำคัญ

นนทียา น้อยจันทร์ (2549: 126) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การจัดประสบการณ์เป็นการจัดเตรียมสภาพแวดล้อม การจัดวัสดุอุปกรณ์ สิ่งจำลองและสื่อต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับการทำกิจกรรมตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ จะเกิดประสบการณ์ต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของผู้จัด

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การจัดประสบการณ์เป็นวิธีการที่ครูจัดการเรียนรู้ให้กับเด็กปฐมวัย โดยให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจากการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา

2.2.4 หลักการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย

สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา (2546ก: 51) ในคู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยพุทธศักราช 2546 ได้กำหนดหลักในการจัดประสบการณ์ให้แก่เด็กปฐมวัยไว้ดังนี้

1. จัดประสบการณ์การเล่นและการเรียนรู้เพื่อพัฒนาเด็กโดยองค์รวมอย่างต่อเนื่อง
2. เน้นเด็กเป็นสำคัญ สนองความต้องการ ความสนใจ ความแตกต่างระหว่างบุคคลและบริบทของสังคมที่เด็กอาศัยอยู่
3. จัดให้เด็กได้รับการพัฒนาโดยให้ความสำคัญทั้งกับกระบวนการและผลผลิต
4. จัดการประเมินพัฒนาการให้เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง และเป็นส่วนหนึ่งของการจัดประสบการณ์
5. ให้ผู้ปกครองชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็ก

อรุณี หรดาล (2552: 26-33) ได้กล่าวว่า การจัดประสบการณ์เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย ต้องมีหลักการสำคัญ 5 ประการ คือ

1. การยึดหลักพัฒนาการเด็ก พัฒนาการทุกด้านสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน แต่ละด้านมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ความบกพร่องของด้านหนึ่งอาจมีผลถึงความบกพร่องในด้านอื่นด้วย ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่เด็ก ครูจำเป็นต้องเข้าใจหลักการพัฒนาการ เพื่อจะได้ไม่ฝืนธรรมชาติของเด็กวัยนี้ โดยครอบคลุมพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา

2. การพัฒนาเด็กทุกด้านเป็นองค์รวมพร้อมกัน พัฒนาการของมนุษย์เป็นกระบวนการต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และช่วงวัยที่มีความสำคัญที่สุดในการปูพื้นฐานการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์คือ ช่วงปฐมวัย ดังนั้นเด็กในวัยนี้จึงควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ด้วยวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมในทุกด้านไปพร้อมกัน เนื่องจากพัฒนาการแต่ละด้านมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

3. การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย วิธีการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย จำเป็นต้องจัดให้สอดคล้องกับวัยของเด็ก ความแตกต่างระหว่างบุคคล ความสนใจของเด็ก แนวทางของสิ่งรอบตัว ตลอดจนการอบรมเลี้ยงดู

4. การบูรณาการบริบททางสังคม ศาสนา และวัฒนธรรม การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยไม่ควรแยกแยะจากวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน หากแต่ควรผสมกลมกลืนไปกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เด็กต้องประสบในแต่ละวัน ในวันแรกเริ่มของชีวิต เด็กได้เรียนรู้การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันจากพ่อแม่ญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดผ่านการอบรมเลี้ยงดู เมื่อโตขึ้นเด็กไปสถานศึกษาปฐมวัยได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม เด็กได้เรียนรู้การปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ได้เรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมดีงามของท้องถิ่น

ผ่านการรับรู้ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว รวมถึงบุคคลที่อยู่แวดล้อม ทั้งเพื่อนในวัยเดียวกัน และผู้ใหญ่ซึ่งเป็นบุคคลนอกครอบครัวของเด็ก

5. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน พ่อแม่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดในช่วงแรกของชีวิต จึงมีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการและจัดสภาพแวดล้อมที่จะช่วยพัฒนาสมอง และส่งเสริมการเรียนรู้ให้เด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นพื้นฐานการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีมีคุณภาพต่อไปในอนาคต

เยาวพา เดชะคุปต์ (2542: 118) กล่าวถึง หลักในการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัยดังนี้

1. ประสบการณ์การเรียนรู้ควรให้สอดคล้องกับพัฒนาการของผู้เรียน
2. ประสบการณ์การเรียนรู้ควรให้เหมาะสมกับความสนใจและความต้องการของผู้เรียน
3. ประสบการณ์การเรียนรู้ควรให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสิ่งที่เรียน และควรให้ผู้เรียนได้มีโอกาสคิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น เป็นผู้ที่มีคุณธรรม
4. ประสบการณ์ที่จัดควรเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้เรียน กล่าวคือ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียน เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้เรียนและใช้ได้ในชีวิตประจำวัน
5. กิจกรรมที่นำมาใช้ในการจัดประสบการณ์ ควรมีวิธีใช้แรงจูงใจ ได้รับความสนใจของผู้เรียนมิให้ซ้ำซาก ควรให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนาน เน้นการปฏิบัติ และเข้าร่วมกิจกรรมให้มากที่สุด
6. ควรหาแนวทางในการประเมินที่เหมาะสม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า หลักการจัดการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัยนั้น ต้องจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เด็กได้พัฒนาโดยองค์รวม เพื่อให้เด็กได้พัฒนาไปในรูปแบบที่พึงประสงค์ทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา ผ่านกิจกรรมที่หลากหลายและสอดคล้องกับความพร้อม วุฒิภาวะ ความสนใจ ความต้องการ และความสามารถของเด็ก

2.2.5 แนวทางการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย

สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา (2546ก: 34 - 35) ในหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยพุทธศักราช 2546 ได้กำหนดแนวทางการจัดประสบการณ์ เพื่อให้การจัดประสบการณ์และกิจกรรมบรรลุตามความมุ่งหมายของหลักสูตร ดังนี้

1. จัดประสบการณ์ให้สอดคล้องกับจิตวิทยาพัฒนาการ คือเหมาะสมกับอายุ วุฒิภาวะและระดับพัฒนาการเพื่อให้เด็กทุกคนได้พัฒนาเต็มตามศักยภาพ
2. จัดประสบการณ์ให้สอดคล้องกับลักษณะการเรียนรู้ของเด็กวัยนี้คือเด็กได้ลงมือกระทำ เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้เคลื่อนไหว สำรวจ เล่น สังเกต สืบค้น ทดลอง และคิดแก้ปัญหาด้วยตัวเอง

3. จัดประสบการณ์ในรูปแบบบูรณาการคือบูรณาการทั้งทักษะและสาระการเรียนรู้

4. จัดประสบการณ์ให้เด็กได้ริเริ่ม คิดวางแผน ตัดสินใจ ลงมือกระทำ และนำเสนอความคิดโดยผู้สอนเป็นผู้สนับสนุน อำนวยความสะดวก และเรียนรู้ร่วมกับเด็ก

5. จัดประสบการณ์ให้เด็กปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นกับผู้ใหญ่ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในบรรยากาศที่อบอุ่นมีความสุขและเรียนรู้การกระทำ กิจกรรมแบบร่วมมือในลักษณะต่าง ๆ กัน

6. จัดประสบการณ์ให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อและแหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลายและอยู่ในวิถีชีวิตของเด็ก

7. จัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมลักษณะนิสัยที่ดีและทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ตลอดจนสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมให้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดประสบการณ์เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

8. จัดประสบการณ์ทั้งในลักษณะที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าและแผนที่เกิดขึ้นในสภาพจริงโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้

9. ให้ผู้ปกครองและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดประสบการณ์ทั้งการวางแผนการสนับสนุนสื่อการสอน การเข้าร่วมกิจกรรม และการประเมินพัฒนาการ

10. จัดทำสารนิทัศน์ด้วยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กเป็นรายบุคคลนำมาไตร่ตรองและให้เป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนาเด็กและการวิจัยในชั้นเรียน

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551: 48-49) ได้กล่าวถึงแนวการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัยไว้ว่า การจัดประสบการณ์เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กมีความชัดเจนในความรู้และทักษะที่ต้องการพัฒนา ลักษณะของการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัยจะอยู่ในรูปแบบของกิจกรรมการเรียนรู้ซึ่งกำหนดตามหน่วยประสบการณ์ที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก แต่ละหน่วยประสบการณ์จะครอบคลุมสาระตามหลักสูตร กล่าวคือ เด็กได้เรียนรู้เรื่องตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว ธรรมชาติและสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่เป็นประสบการณ์จริง ที่สัมผัสได้ในชั้นเรียนและนอกชั้นเรียน ที่สำคัญความรู้ใหม่ต้องสัมพันธ์กับความรู้เก่า ระดับความรู้ที่เด็กมีอยู่เดิมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อความใหม่ ถ้าความรู้ใหม่มากเกินไป เด็กจะไม่สนใจความรู้ใหม่ เด็กจะเบื่อและไม่เรียนรู้เพิ่มขึ้น ประสบการณ์จึงต้องสมดุลระหว่างจิตและปัญญา

ประสบการณ์ที่โรงเรียนควรพัฒนา ต้องสามารถบูรณาการการเล่น และการปฏิบัติการเรียนรู้เข้าด้วยกันอย่างผสมกลมกลืน เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของเด็ก อีกทั้งจูงใจให้ผู้เรียนเกิดความต้องการเรียนและเรียนรู้อย่างมีเป้าหมาย เมื่อครูคัดสรรหน่วยประสบการณ์จัดเป็นแผนการเรียนการสอนของครูแล้ว ต้องนำหน่วยประสบการณ์ทั้งหมดที่กำหนดนั้นมาแจ้งกิจกรรมแต่ละหน่วย เช่น กิจกรรมอาหาร กิจกรรมวิทยาศาสตร์ กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมทัศนศึกษา กิจกรรมภาษา กิจกรรมดนตรี เป็นต้น

หน่วยประสบการณ์แต่ละหน่วยจะประกอบด้วยกิจกรรมจำนวนมากน้อยต่างกัน ที่สำคัญในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมต้องสามารถสร้างการเรียนรู้ได้จริงตามจุดประสงค์ที่ต้องการ การเรียนรู้ของเด็กแต่ละคนแตกต่างกัน เด็กบางคนมีความไวต่อการเรียนรู้ช้า ความมากน้อยของการเรียนรู้สัมพันธ์กับประสบการณ์ที่เด็กได้รับ ดังนั้นประสบการณ์ที่นำมาจัดในหลักสูตรจึงเป็นแกนสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

นันทิยา น้อยจันทร์ (2549: 130) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประสบการณ์ไว้ดังนี้

1. การจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา เป็นการจัดการศึกษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัยทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา

2. การจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษาไม่ใช่การศึกษาภาคบังคับ วิธีการจัดจึงไม่เป็นไปตามระบบการจัดการใช้หลักสูตรเหมือนกับระดับอื่น และเรียกการจัดหลักสูตรก่อนประถมศึกษานี้ว่าเป็นแนวการจัดประสบการณ์

3. แนวการจัดประสบการณ์เป็นแนวในการจัดการศึกษาให้แก่เด็กก่อนระดับประถมศึกษา เพื่อให้พัฒนาครบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา โดยคำนึงถึงความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงอายุเป็นหลัก มีชั่วโมงให้อ่านเขียน

4. ขอบข่ายและเนื้อหาสาระในการจัดประสบการณ์จะไม่แบ่งเป็นรายวิชา แต่มีลักษณะจัดรวมกันเป็นหน่วยการสอน โดยลำดับความยากง่ายของแต่ละประสบการณ์ และจัดให้เหมาะสมสอดคล้องกับพัฒนาการ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมตัวเด็ก

5. จัดประสบการณ์ในรูปกิจกรรม เพื่อให้เด็กได้รับประสบการณ์ตรงอันจะช่วยเด็กได้เรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า แนวทางการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัยนั้นควรเป็นกิจกรรมที่เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเอง โดยบูรณาการสิ่งที่ต้องการให้เด็กเรียนรู้ผ่านการเล่น เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 จัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็ก ภาษา สุขนิสัยและความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น ซึ่งครูเป็นเพียงผู้สนับสนุน อำนวยความสะดวก และจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ให้แก่เด็ก

2.3 วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้

RAPC

2.3.1 การเล่านิทาน

นิทานเป็นสื่อการเรียนรู้ของสอนของครูที่สามารถนำไปสู่การเรียนการสอนในรูปแบบมากมาย ทั้งด้านการใช้ภาษา คณิตศาสตร์ การสังเกต นิทานสามารถสร้างจินตนาการ ความฝัน ความคิด ความเข้าใจและการรับรู้ให้กับเด็ก และยังเป็นสื่อที่จะช่วยปลูกฝังให้เด็กรักการอ่านมากยิ่งขึ้น

เกริก ยุ้นพันธ์ (2543: 8) ได้ให้ความหมายของนิทาน หมายถึง เรื่องราวที่เล่าสืบต่อกันมาตั้งแต่สมัยโบราณเป็นการผูกเรื่องขึ้น เพื่อให้ผู้ฟังเกิดความสนุกสนาน แฝงคำสอนจรรยาในการใช้ชีวิต เป็นการถ่ายทอดวัฒนธรรมต่อเนื่องของผู้เล่าให้คนรุ่นใหม่ฟัง

สันทพัฒน์ อรุณธาริ (2542: 2) ได้ให้ความหมายของนิทาน หมายถึง เรื่องที่มีผู้แต่งขึ้นใหม่โดยยึดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน เป็นการผูกเรื่องให้เข้ากับสภาวะการณ์ในเวลานั้นๆ ซึ่งสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรม คติสอนใจที่ฟังประสงค์ให้ผู้ฟังนำไปใช้ในชีวิตรจากเนื้อหาของนิทาน เพื่อใช้เป็นสื่อในการสร้างการเรียนรู้ให้กับเด็ก

การเล่านิทานเป็นวิธีการให้ความรู้วิธีหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดความสนใจใคร่เรียนรู้สามารถจดจำ กล่าวแสดงออก และมีแรงจูงใจที่จะเปิดรับพฤติกรรมที่ฟังปรารถนา นอกจากนี้ยังช่วยตอบสนองความต้องการของเด็ก เช่น ความอยากรู้อยากเห็น ความสัมฤทธิ์ผล ความต้องการเป็นที่ยอมรับ เนื้อหาของนิทานที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการดังกล่าว จะช่วยให้เด็กรู้สึกสมปรารถนาและมีความสุข กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ นิทานมีความสำคัญและประโยชน์ต่อเด็ก (สมศักดิ์ ปริประณะ. 2542: 59 – 62) ดังนี้

1. เป็นเครื่องมือในการสอนที่มีประสิทธิภาพในการชักจูงให้ผู้เรียนคล้อยตามเป็นตัวกระตุ้นแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในตัวผู้เรียน เป็นตัวกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และการแสดงออกอันเป็นที่พึงประสงค์ของสังคม ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้เรียน

2. เป็นเครื่องกระตุ้นและโน้มน้าวให้เด็กเปิดใจที่จะยอมรับพฤติกรรมต่างๆ และตอบสนองความต้องการทางธรรมชาติของเด็กด้วย

3. เป็นตัวแบบในการหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของเด็ก

นอกจากนี้ นิทานยังมีประโยชน์และคุณค่าต่อเด็กปฐมวัยอย่างมาก นิทาน ช่วยสร้างเสริมพัฒนาการของเด็กทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย และยังช่วยปรุงแต่งบุคลิกภาพ แก้ไขพฤติกรรมของเด็กให้เป็นไปตามแบบของตัวละครในนิทานที่เด็กชื่นชอบ รวมทั้ง ยังเปิดโลกจินตนาการให้กว้างไกลและมีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลรอบข้าง เป็นเครื่องกระตุ้นให้เด็กยอมรับพฤติกรรมต่างๆ และเป็นตัวแบบในการหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของเด็ก

เกริก ยุ้นพันธ์ (2543: 55 – 56) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการเล่านิทาน ดังนี้

1. เด็ก ๆ หรือผู้ฟัง จะเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิด เป็นกันเองกับผู้เล่า
2. เด็ก ๆ หรือผู้ฟัง จะเกิดความรู้สึกร่วมขณะฟัง ทำให้เขาเกิดความรู้สึกเพลิดเพลินผ่อนคลายและสดชื่นแจ่มใส
3. เด็ก ๆ หรือผู้ฟัง จะมีสมาธิหรือความตั้งใจที่มีระยะเวลานานขึ้น หรือยาวขึ้น โดยเฉพาะผู้เล่าที่มีความสามารถในการตรึงใจเด็ก ๆ หรือผู้ฟัง ใจจดจ่ออยู่กับเรื่องราวที่ผู้เล่าเรื่องที่มีขนาดความยาว
4. เด็ก ๆ หรือผู้ฟังจะถูกกล่อมเกลียดด้วยนิทานที่มีเนื้อหาส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรม ทำให้เด็ก ๆ และผู้ฟังเข้าใจในความดีและความงามยิ่งขึ้น
5. นิทานจะทำให้เด็ก หรือผู้ฟังมีความละเอียดอ่อน รู้จักการรับและการให้มองโลกในแง่ดี
6. นิทานจะทำให้เด็ก ๆ หรือผู้ฟังสามารถใช้กระบวนการคิดในการพิจารณาแก้ปัญหาได้
7. นิทานสามารถสร้างความกล้าให้กับเด็ก ๆ หรือผู้ฟังโดยการแสดงออกที่ผ่านกระบวนการคิดที่มีประสิทธิภาพ
8. นิทานช่วยสร้างเสริมจินตนาการที่กว้างไกลไร้ขอบเขตให้กับเด็กหรือผู้ฟัง
9. นิทานสามารถช่วยให้เด็ก ๆ และผู้ฟังได้รู้จักใช้ภาษาที่ถูกต้อง

การเลือกนิทานที่จะเล่าให้เด็กปฐมวัยฟังนั้นผู้เล่านิทานจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจประสบการณ์และความสามารถที่จะแยกแยะ เลือกนิทานให้เหมาะสมกับความสนใจและความต้องการของเด็ก เด็กวัยระหว่าง 4-6 ปี จะให้ความสนใจกับตัวเองน้อยลงหันมาสนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวมากขึ้น แต่ความสนใจของเด็กวัยนี้ยังเป็นระยะสั้นเท่านั้น คำกลอนที่มีความคล้องจอง เช่น เพลงกล่อมเด็ก คำทายที่ประลองปัญญา นิทานที่เป็นคำประพันธ์สัมผัสคล้องจอง เด็ก ๆ จะชอบมาก เช่น หนุมานกับหนุมาน หนุมานกับหนุมาน หนุมานมีตุ๊กตาหมาหนุมานมีตุ๊กตาหมา เป็นต้น นอกจากนี้เด็กวัยนี้ยังชอบนิทานที่มีตัวเดินเรื่องหรือตัวเอกเป็นสัตว์พูดได้ เช่น หมาป่าพูดได้คุยกับหนูน้อยหมีแดง เป็นต้น นิทานที่เหมาะสมและควรเล่าให้เด็กฟังนั้นควรเป็นนิทานที่เปี่ยมด้วยคุณค่าทางเนื้อหา ได้อรรถรส รูปแบบการใช้ถ้อยคำ สำนวนภาษาความคิดสร้างสรรค์ ส่งเสริมคุณภาพ ยกระดับสติปัญญาและจิตใจในทางที่ดี นิทานที่เล่าให้เด็กฟังนอกจากปัจจัยข้างต้นแล้วผู้เล่ามีส่วนอย่างมากในการนำเสนอให้นิทานเรื่องนั้นมีความสนุกสนานเหมาะสมกับวัยของเด็ก มีแง่มุม มีชั้นเชิง และเห็นรายละเอียดที่จะเล่าให้เด็กฟัง ไม่ว่าจะเป็นการเล่านิทานปากเปล่า นิทานวาดไปเล่าไป และลีลาการเล่านิทานจะต้องส่งผลให้ผู้ฟังหรือเด็ก ๆ เห็นภาพพจน์และเกิดความรู้สึกสนุกสนานประทับใจ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า นิทานมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยเป็นอย่างมาก เพราะช่วยส่งเสริมพัฒนาการทั้ง ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ ให้กับเด็ก เป็นพื้นฐานในการบูรณาการพร้อมด้านต่างๆ ช่วยปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมต่างๆ ของเด็ก ให้เป็นที่ยอมรับในสังคม และยังทำให้เกิดความสัมพันธ์ใกล้ชิด กับผู้เล่าและผู้ฟัง

2.3.2 การสาธิต

วิธีสอนโดยใช้การสาธิต (Demonstration) เป็นวิธีสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงเห็นสิ่งที่เรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำในเรื่องที่สาธิตได้ดีและนาน (ทิตนา แคมมณี. 2557: 330-332)

วิธีสอนโดยใช้การสาธิต คือกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยการแสดงหรือทำสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ให้ผู้เรียนสังเกตดู แล้วให้ผู้เรียนซักถาม อภิปราย และสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสังเกตการสาธิต

วิธีสอนโดยใช้การสาธิตเป็นวิธีการที่มุ่งช่วยให้ผู้เรียนทั้งชั้นได้เห็นการปฏิบัติจริงด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องหรือการปฏิบัตินั้นชัดเจนขึ้น

องค์ประกอบสำคัญของวิธีสอน

1. มีเรื่องหรือสิ่งที่จะสาธิต
2. มีการแสดง / การทำ / ให้ผู้เรียนสังเกตดู
3. มีผลการเรียนรู้ของผู้เรียนอภิปรายและสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสาธิต

ขั้นตอนสำคัญของการสอน

1. ผู้สอนแสดงการสาธิต ผู้เรียนสังเกตการสาธิต
2. ผู้สอนและผู้เรียนอภิปรายและสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสาธิต

เทคนิคต่าง ๆ ในการใช้วิธีสอนโดยการสาธิตให้มีประสิทธิภาพ

1. การเตรียมการ ผู้สอนจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวพอสมควร เพื่อให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างสะดวกและราบรื่นการเตรียมตัวที่สำคัญคือ ผู้สอนควรมีการซ้อมการสาธิตก่อน เพื่อจะได้เห็นปัญหาและเตรียมแก้ไข / ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ต่อไปจึงจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และสถานที่ที่จะใช้ในการสาธิต และจัดวางไว้อย่างเหมาะสมสะดวกแก่การใช้ นอกจากนั้นควรจัดเตรียมแบบสังเกตการสาธิต และเตรียมคำถามหรือประเด็นที่จะให้ผู้เรียนได้ร่วมคิดและอภิปรายด้วย

2. ก่อนการสาธิต ผู้สอนควรให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่สาธิตแก่ผู้เรียนอย่างเพียงพอที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจสิ่งที่สาธิตได้ดี โดยอาจใช้วิธีบรรยาย หรือเตรียมเอกสารที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนให้ผู้เรียน หรือใช้สื่อ เช่น วิดีทัศน์ หรือผู้สอนอาจมอบหมายให้ผู้เรียนไปศึกษาเนื้อหาสาระที่จะสาธิตมาล่วงหน้า และควรให้คำแนะนำแก่ผู้เรียนในการสังเกต หรือจัดทำแบบสังเกตการสาธิตให้ผู้เรียนใช้ในการสังเกตนอกจากนั้น ผู้สอนอาจใช้เทคนิคการมอบหมาย

ให้ผู้เรียนรายบุคคลสังเกตเป็นพิเศษเฉพาะจุด เฉพาะประเด็น เพื่อช่วยให้ผู้เรียนตั้งใจสังเกต และมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง

3. การสาธิต ผู้สอนอาจใช้วิธีการบรรยายประกอบการสาธิต การสาธิตควรเป็นไปอย่างมีลำดับขั้นตอน ใช้เวลาอย่างเหมาะสม ไม่เร็วเกินไป ขณะสาธิตอาจใช้แผนภูมิกระดานดำหรือแผ่นใสประกอบ และควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถาม หรือซักถามผู้เรียนเป็นระยะ ๆ เพื่อกระตุ้นความคิดและความสนใจของผู้เรียน และในบางกรณีอาจให้ผู้เรียนบางคนมาช่วยในการสาธิตด้วย เทคนิคการสาธิตอีกเทคนิคหนึ่งคือ การใช้การสาธิตเทียบแทนการบรรยายประกอบการสาธิต และอาจมีการสาธิตซ้ำหากผู้เรียนยังไม่เกิดความเข้าใจชัดเจน นอกจากนั้นผู้สอนอาจให้ผู้เรียนเป็นฝ่ายแสดงการสาธิตด้วยก็ได้ ในกรณีที่มีการสาธิตมีสิ่งที่เป็นอันตรายได้ ผู้สอนจะต้องสอนให้ผู้เรียนและระมัดระวังในเรื่องความปลอดภัย และควรเตรียมการป้องกันและแก้ไขปัญหาไว้ด้วย

4. การอภิปรายสรุปการเรียนรู้ หลังจากการสาธิตแล้ว ผู้สอนอาจให้ผู้เรียนรายงานสิ่งที่ได้สังเกตเห็นแลกเปลี่ยนกัน เปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถาม ผู้สอนควรเตรียมคำถามไว้กระตุ้นให้ผู้เรียนคิดด้วย ผู้เรียนอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดที่แต่ละคนได้รับจากการสาธิตของผู้สอนและร่วมกันสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ

ข้อดีของวิธีสอนโดยใช้การสาธิต

1. เป็นวิธีสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรง เห็นสิ่งที่เรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำในเรื่องที่สาธิตได้ดีและนาน
2. เป็นวิธีสอนที่ช่วยประหยัดเวลา อุปกรณ์และค่าใช้จ่าย หากใช้ทดแทนการทดลอง
3. เป็นวิธีที่สามารถสอนผู้เรียนได้จำนวนมาก

ข้อจำกัดของวิธีสอนโดยใช้การสาธิต

1. เป็นวิธีที่ผู้เรียนอาจไม่สังเกตเห็นการสาธิตอย่างชัดเจน ทั่วถึง หากเป็นกลุ่มใหญ่
2. เป็นวิธีที่ผู้สอนเป็นผู้สาธิต จึงอาจไม่เห็นพฤติกรรมของผู้เรียน
3. เป็นวิธีที่ผู้เรียนอาจมีส่วนร่วมไม่ทั่วถึง และมากพอ
4. เป็นวิธีที่ผู้เรียนไม่ได้ลงมือทำเองจึงอาจไม่เกิดความรู้ที่ลึกซึ้งเพียงพอ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสาธิตเป็นกระบวนการที่ผู้สอนแสดงหรือทำสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ให้ผู้เรียนสังเกตดู แล้วให้ผู้เรียนซักถาม อภิปราย และสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสังเกตการสาธิต ช่วยให้ผู้เรียนทั้งชั้นได้เห็นการปฏิบัติจริงด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องหรือการปฏิบัตินั้นชัดเจนขึ้น

2.3.3 การทดลอง/ปฏิบัติการ

การสอนแบบปฏิบัติการเป็นวิธีการสอนที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริงจากประสบการณ์ตรง เป็นกิจกรรมที่ยึดผู้เรียนเป็นสำคัญครูเป็นเพียงผู้คอยให้ความช่วยเหลือแนะนำในการทำกิจกรรมการเรียนการสอน ผู้เรียนปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางที่ครูวางไว้ เพื่อค้นหาวิธีการกระบวนการ ข้อสรุป ข้อเท็จจริง และกฎเกณฑ์หรือวิธีการต่างๆ ที่ถูกต้องด้วยตนเองจากการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

โลเรนเซน (Lorenzen. 2001) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบปฏิบัติการ เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชั้นเรียนให้มากที่สุด บทบาทของผู้เรียนเปลี่ยนจากการเป็นผู้รับความรู้มาเป็นผู้สืบเสาะ (Discover) หาความรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง ในขณะที่ครูเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้ให้ความรู้มาเป็นผู้คอยอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้

ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ (2551) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบปฏิบัติการเป็นการเรียนที่เน้นให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติ และสร้างความรู้จากสิ่งที่ปฏิบัติในระหว่างการเรียนการสอน โดยเน้นการพัฒนาทักษะ ความสามารถที่ตรงกับพื้นฐานความรู้เดิม ส่งผลให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิมที่มีจากการปฏิบัติและความต้องการของผู้เรียนเป็นสำคัญ

สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา (2546: 62) ได้กล่าวถึง การจัดการประสบการณ์แบบปฏิบัติการ ว่าเป็นกิจกรรมที่จัดให้เด็กได้รับประสบการณ์ตรง เพราะได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง ได้สังเกตการเปลี่ยนแปลง ฝึกการสังเกต การคิดแก้ปัญหา และส่งเสริมให้เด็กมีความอยากรู้อยากเห็นและค้นพบด้วยตนเอง เช่น การประกอบอาหาร การทดลองวิทยาศาสตร์ง่ายๆ การเลี้ยงหนอนผีเสื้อ การปลูกพืช ฯลฯ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551: 49 – 50) กล่าวว่า การปฏิบัติการคิด (Active learning) หมายถึง การเรียนที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ทั้งได้คิดได้กระทำโดยมีครูเป็นผู้มีส่วนร่วมให้ความเห็นในการสร้างความเข้าใจ หรืออธิบายเมื่อผู้เรียนสงสัย การเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติการณ์นี้จะทำให้พุทธิปัญญาของผู้เรียนสร้างเครือข่ายความรู้ใหม่ที่องกวมหรือขยายพื้นฐานความรู้เดิมให้กว้างขวางขึ้นพื้นฐานการปฏิบัติการคิดเชื่อว่า “การเรียนรู้จะไม่เกิดขึ้นเลยหากการเรียนนั้นไม่ใช่กระบวนการคิด”

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ หรือการเรียนรู้แบบปฏิบัติการ เป็นการเรียนรู้ที่เด็กได้ทำกิจกรรมโดยใช้ประสาทรับรู้ทั้งในด้านการสัมผัส การเคลื่อนไหว ผ่านกิจกรรมด้วยวิธีการลงมือปฏิบัติจริง ทั้งภายในและภายนอกห้องเรียน สืบค้นหาข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 เปิดโอกาสให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ครู เพื่อสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง

คิตต์และคนอื่น ๆ (Kidd; & Others. 1970: 172 – 178) ได้สรุปคุณค่าของการสอนแบบปฏิบัติการไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. ช่วยให้ครูได้ใช้วัสดุเพื่อพัฒนามโนคติของนักเรียน การที่ได้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดกับสภาพแวดล้อมจะทำให้นักเรียนได้เรียนรู้และซาบซึ้งถึงความสำคัญของสิ่งที่เรียน

2. ช่วยในการสื่อความหมายให้นักเรียนเข้าใจได้ นักเรียนได้จับต้องวัสดุ ซึ่งวัสดุและกิจกรรมจะเชื่อมโยงไปถึงสัญลักษณ์ นักเรียนจะมีความสามารถในการสื่อความหมายที่เป็นนามธรรมมากขึ้น

3. เปิดโอกาสให้นักเรียนได้ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม นักเรียนจะเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น ไม่กลัวความผิดพลาดและความล้มเหลว

4. ช่วยให้ครูได้ศึกษานิัยสในการทำงาน และความคิดของนักเรียน จากการทดลองแก้ปัญหา

5. สร้างแรงจูงใจแก่นักเรียนในการปรับปรุงสมรรถภาพด้านทักษะและมโนคติจากการปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จ

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การทดลอง/ปฏิบัติการ เป็นการจัดประสบการณ์ที่เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริงจากประสบการณ์ตรง เป็นกิจกรรมที่ยึดเด็กเป็นสำคัญครูเป็นเพียงผู้คอยให้ความช่วยเหลือแนะนำในการทำกิจกรรม เด็กปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางที่ครูวางไว้ เพื่อค้นหาวิธีการ กระบวนการ ข้อสรุป ข้อเท็จจริง และกฎเกณฑ์หรือวิธีการต่าง ๆ ที่ถูกต้องด้วยตนเองจากการปฏิบัติกิจกรรมนั้น เด็กได้ประสบการณ์ตรง โดยการเรียนรู้ด้านวิธีการ ฝึกปฏิบัติ ฝึกการแก้ปัญหา และสรุปผล เด็กได้แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสร้างสรรค์

2.3.4 การแสดงบทบาทสมมติ

บทบาทสมมติเป็นวิธีการสอนรูปแบบหนึ่งที่ผู้สอนสามารถเลือกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาความรู้ การคิดวิเคราะห์ ควบคู่ไปกับความสนุกสนาน เนื่องจากการใช้บทบาทสมมติจะทำให้เด็กได้มีโอกาสเชื่อมโยงการดำเนินชีวิตกับบทบาทที่ตนแสดงทำให้เด็กสามารถปรับตัวในชีวิตจริงได้ง่ายขึ้น

บทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นเทคนิคการเรียนการสอนที่ผู้เรียนจะได้ใช้จินตนาการและการคิดวิเคราะห์แล้วสมมติบทบาทของตนเองในสถานการณ์ที่กำหนดให้มีความใกล้เคียงกับความเป็นจริง ผู้ชม คือผู้เรียนที่อยู่ในห้องเรียน มักเน้นที่สาระที่ต้องการจะสื่อ และการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ของผู้เรียนที่แสดงบทบาทสมมติเป็นสำคัญ โดยผู้เรียนจะได้แสดงออกซึ่งความนึกคิดของตนผ่านบทบาทนั้น ๆ โดยอาจจะมีการหรือไม่มีการซ้อมและเตรียมตัวมาก่อนล่วงหน้าก็ได้ และจัดเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เข้าใจบุคคล สถานการณ์ เจตคติหรืออคติ ซึ่งซ่อนอยู่ในส่วนลึกของผู้แสดงออกมาเป็นข้อมูลในการเรียนรู้ หรืออาจเป็นบทบาทที่ให้ผู้เรียนได้จินตนาการ คิดวิเคราะห์ถึงอนาคต เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม และอาจ

เป็นบทบาทที่แสดงรายบุคคลหรือแสดงเป็นกลุ่ม มีการเตรียมบทพูด หรือใช้บทพูดแบบต้นสดก็ได้ และเมื่อจบการแสดงก็จะร่วมอภิปรายข้อมูลที่เกิดขึ้น

ทิตนา แชมมณี (2557: 358) ได้กล่าวไว้ว่า การแสดงบทบาทสมมติ คือ กระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนสวมบทบาทในสถานการณ์ซึ่งมีความใกล้เคียงกับความเป็นจริง และแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิดของตน และนำเอาการแสดงออกของผู้แสดงทั้งทางด้านความรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่สังเกตพบมาเป็นข้อมูลในการอภิปราย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ หากครูมีความประสงค์จะสอนโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ ครูควรคำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญที่ขาดไม่ได้ของการแสดงบทบาทสมมติ นั่นคือ ต้องมีผู้สอนและผู้เรียน มีสถานการณ์สมมติและบทบาทสมมติ มีการอภิปรายเกี่ยวกับความรู้ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้แสดงและสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ และผลการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งครูผู้สอนมีบทบาทในการจัดสถานการณ์ การเตรียมบทบาทสมมติและบทบาทในการนำการอภิปราย ส่วนผู้เรียนมีบทบาทในการแสดงบทบาทสมมติและการอภิปรายความรู้หากขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไป การสอนโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติก็จะขาดประสิทธิภาพหลักสำคัญในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทบาทสมมติ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สอนจะต้องมีความละเอียดในการวางแผนและเตรียมการอย่างรอบคอบ

การเตรียมการนั้นผู้สอนจะต้องคำนึงถึงสิ่งสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมตามความเหมาะสมกับความสามารถ เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่น และพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง
2. ให้ผู้เรียนได้ทราบข้อตัวละครอย่างชัดเจน โดยครูอาจเป็นผู้เล่าเรื่องหรือให้ผู้เรียนอ่านเรื่องก่อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของวัย
3. ให้ผู้เรียนอาสาสมัครเล่นและแสดงความคิดเห็นในการเลือกตัวแสดงด้วยตนเอง ซึ่งครูควรยึดหลักประชาธิปไตยในการเลือกตัวแสดง เพื่อเป็นการฝึกผู้เรียน
4. ร่วมกับผู้เรียนในการวางแผน เช่น การแบ่งฉาก องค์ประกอบของฉาก เป็นต้น
5. จัดฉากแบบง่ายเพื่อเสริมการเรียนรู้เท่านั้น อาจใช้ของที่มีอยู่สมมติเป็นฉากได้
6. จัดบรรยากาศและสถานที่ให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไม่เครียด ไม่กังวล และสามารถแสดงออกได้อย่างเสรี ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงร่วมกัน
7. ผู้สอนต้องไม่สอดแทรกหรือมองจ้องตาขณะแสดง
8. ฝึกมารยาทในการแสดงที่เน้นความเป็นหมู่คณะให้แก่ผู้เรียน คือ ไม่ยกตนเองหรือดึงความสนใจของผู้ดูไว้ที่ตนเองคนเดียวตลอดเวลา (Not one man show)
9. ผู้เรียนควรมีโอกาสสลับสับเปลี่ยนบทบาทและได้แสดงทุกคน

10. เน้นการวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ เพื่อการพัฒนาและสาระความรู้ที่ได้จากการแสดง มีข้ออภิปรายหรือวิจารณ์เพื่อจับผิดหรือติเพียวยอย่างเดียวย ในช่วงอภิปรายหลังการแสดง
ขั้นตอนหรือกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทบาทสมมติ ควรประกอบด้วย

1. กำหนดเป้าหมาย จุดประสงค์การเรียนรู้
2. เริ่มกิจกรรมเตรียมความพร้อม (Warm - Up) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกสบาย ร่างกาย อารมณ์ สมอง พร้อมที่จะเรียนรู้ต่อไป
3. ใช้กิจกรรม (Motivation) เพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนโดยการใช้คำถามหรือสื่อประเภทต่างๆ ที่เป็นการนำเสนอข้อมูลที่จำเป็นต่อการแสดง เช่น เกม นิทาน บทกวี บทเพลง วิดีทัศน์ ภาพจำลอง แผนผัง ตามความเหมาะสม เพื่อเป็นการปูพื้นฐานและการแสวงหาคำตอบของผู้เรียนให้มากที่สุด
4. วางแผนและออกแบบการแสดง โดยเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่เรียบง่าย ใช้ความคิดสร้างสรรค์มากที่สุด ตกลงกติกาในการแสดงร่วมกัน จัดลำดับกลุ่มการแสดง พร้อมทั้งคัดเลือกผู้แสดง แบ่งและมอบหมายหน้าที่ให้แก่สมาชิกในกลุ่ม ทดลองแสดงหรือฝึกซ้อม
5. แสดงบทบาทสมมติตามที่ได้อวางแผนไว้ โดยไม่ต้องกังวลกับความสมบูรณ์แบบของการแสดง ซึ่งควรเป็นโครงเรื่องที่ง่าย บทบาทไม่ซับซ้อน
6. อภิปรายสรุปและประเมินผล เป็นการร่วมกันแสดงความคิดเห็นระหว่างผู้เรียนกับครูต่อการแสดง เนื้อหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการแสดงนั้นๆ ซึ่งเป็นการอภิปรายหรือวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ด้วยวาจา ด้วยเสียงปรบมือ เพื่อเป็นการสร้างกำลังใจแก่ผู้เรียนหรือผู้แสดง และประเมินผลอย่างไม่เป็นทางการ โดยผู้สอนควรพิจารณาว่า ผลที่เกิดขึ้นทั้งหมดตรงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งอาจใช้คำถามเพื่อนำไปสู่ข้อสรุป

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การแสดงบทบาทสมมติสามารถช่วยในการพัฒนาเด็กปฐมวัยได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามเนื้อหาสาระที่วางไว้และพัฒนาตนเองตามศักยภาพด้วยความสนุกสนาน อีกทั้งการอภิปรายสรุปและประเมินผลทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนผลสำเร็จของการจัดการเรียนการสอน การใช้บทบาทสมมติจึงเป็นวิธีการสอนหนึ่งที่ครูสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็กปฐมวัย เพื่อช่วยทำให้เด็กเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

2.3.5 การใช้สถานการณ์จำลอง

สถานการณ์จำลอง (Simulation) เป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งครูกำหนดสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้ให้นักเรียนได้ฝึกทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่เหมือนสถานการณ์จริง สถานการณ์จำลองเป็นกิจกรรมการสอนโดยใช้สถานการณ์ที่จำลองขึ้นให้เหมือนหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด เป็นเครื่องมือในการสอนโดยให้นักเรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้นมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆที่อยู่ในสภาพการณ์นั้นและใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้ายคลึงกับข้อมูลในความเป็นจริงในสถานการณ์นั้นในการ

ตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ โดยที่การตัดสินใจนั้นจะส่งผลถึงผู้แสดงในลักษณะเดียวกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง

ทิสนา แชมมณี (2557: 202) ให้ความหมายสถานการณ์จำลองไว้ว่า สถานการณ์จำลอง หมายถึง การจำลองสถานการณ์หรือการสร้างสถานการณ์ใกล้เคียงกับความเป็นจริงแล้วให้นักเรียนลงไปอยู่ในสถานการณ์นั้นและให้มีปฏิริยาโต้ตอบกันวิธีการนี้จะช่วยให้นักเรียนได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งในสถานการณ์จริงนักเรียนอาจไม่กล้าแสดงเพราะเป็นการเสี่ยงต่อผลที่จะได้รับ

ธีรยุทธ์ เสนิงค์ และคนอื่นๆ (2545: 262) ได้ให้ความหมายสถานการณ์จำลองว่าเป็นการจำลองสถานการณ์จริงที่ได้เลือกสรรมาแล้วมาจัดให้แก่ นักเรียน เพื่อให้ นักเรียน ได้เรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของโลกแห่งความเป็นจริง ที่ไม่สามารถจะนำมาไว้ไว้ในห้องเรียนโดยไม่มี การดัดแปลง

สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ (2553: 74) กล่าวว่า การจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง คือกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้สอนให้นักเรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่สร้างขึ้น มา ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุดทั้งสภาพแวดล้อมและมีปฏิสัมพันธ์ โดยการกำหนดบทบาทข้อมูลและกติกาไว้เพื่อให้นักเรียนฝึกคิดและแก้ปัญหาและตัดสินใจจากสภาพการณ์ที่เขา กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองจะช่วยให้ นักเรียน เกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ได้ดี และสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้

ประโยชน์ของสถานการณ์จำลองในการเรียนการสอน (Cruickshank 1972: 17-19) ประกอบด้วย

1. ใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งแสดงออกภายใต้สถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง
2. จากการปฏิบัติของผู้เรียนในสถานการณ์จำลองจะสามารถบอกได้ว่าเขาได้นำหลักการหรือทฤษฎีต่าง ๆ ที่ได้เรียนมาแล้วไปใช้ได้แค่ไหน อย่างไร
3. เป็นวิธีการให้ประสบการณ์แก่ผู้เรียน โดยประสบการณ์นั้น ๆ ไม่อาจมีโดยตรงในขณะที่ศึกษา เช่น การแก้ปัญหาที่ปรากฏในชีวิตจริงในสังคม การสร้างสถานการณ์จำลองขึ้นมาจึงเป็นวิธีให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ในการคิดหาวิธีแก้ปัญหาเหล่านั้น
4. เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนประสบการณ์ความจริงที่เลือกสรรแล้ว และมีระดับความยากง่าย ความสลับซับซ้อนที่เหมาะสมกับพื้นฐานของผู้เรียน
5. ผู้เรียนจะได้มีประสบการณ์ได้ฝึกในสิ่งที่ถ้าเป็นสภาพแท้จริงแล้วจะเสี่ยงภัยอันตรายมากแต่เมื่อสถานการณ์นั้นถูกจำลองมา ผู้เรียนจะสามารถฝึกและมีประสบการณ์ได้โดยไม่มีอันตรายใดๆ

เชย์ (Shay. 1980) ได้กล่าวถึง จุดประสงค์ในการสถานการณ์จำลองสร้างขึ้นเพื่อ

1. ใช้ในการสร้างบรรยากาศในความเป็นกันเอง (To Break the Ice) ใช้สถานการณ์จำลอง ในการแนะนำให้นักเรียนรู้จักซึ่งกันและกัน และรู้จักกันมากขึ้น หรือใช้แนะนำ

วิชาที่เรียน กิจกรรมบางอย่างสามารถใช้การสร้างบรรยากาศ เพื่อช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในห้องเรียน การเลือกใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อความมุ่งหมายนี้ ควรมีข้อจำกัดเป็นกิจกรรมสั้นๆ ที่ควรจะกระทำให้แล้วเสร็จใน 1 – 2 ชั่วโมงของการเรียนการสอน

2. เพื่อที่จะบอกความจริง (To Impart Facts) สถานการณ์จำลองมักไม่ใช้เดี่ยวๆ ในการสอนความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง มีสถานการณ์จำลองมากมายที่ออกแบบ เพื่อใช้ในการให้ข้อมูล โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ และประสบการณ์มากขึ้น

3. เพื่อพัฒนาความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (To Develop Empathic Sensitivity) สถานการณ์จำลองส่วนมากมักถูกออกแบบมา เพื่อให้นักเรียนได้รับรู้และตระหนักเกี่ยวกับเรื่องวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ สถานการณ์จำลอง จะช่วยให้นักเรียนมีสายตากว้างไกล ส่งเสริมพัฒนาการรับรู้ที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ทำให้เข้าใจและมีเหตุผลมากยิ่งขึ้น

4. เพื่อสำรวจอนาคต (To Explore the Future) สถานการณ์จำลองที่ใช้ในห้องเรียนออกแบบเพื่อทำนาย หรือเพื่อเพิ่มประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอนาคต ให้กับนักเรียนได้ จัดฉากหรือสถานการณ์บางอย่างที่จะมีขึ้นในอนาคต ถูกจำลองอยู่ในแบบจำลองหรือความคิดรวบยอด ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ จินตนาการ และเพิ่มความสามารถในการที่จะต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงที่ถูกควบคุม ทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหามากขึ้น และมีความสามารถในการประเมินผลระยะยาวของการกระทำต่างๆ

ทเวลเกอร์ (Twelger: 1974) กล่าวถึง การสร้างสถานการณ์จำลองว่า ในการออกแบบสร้างสถานการณ์จำลองเพื่อการสอนควรพิจารณาถึงเนื้อหาที่ต้องการสอน วิธีการจัดการเรียนรู้ที่ให้ผลดีที่สุด และทำอย่างไรระบบที่ออกแบบจึงจะสมบูรณ์ โดยมีลำดับขั้นตอนในการออกแบบสถานการณ์จำลองดังต่อไปนี้

1. วางขอบเขตปัญหาการสอน ผู้กำหนดปัญหาจะต้องรู้ให้ลึกซึ้งว่าปัญหาคืออะไร ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีความมุ่งหมายอย่างไร เราอาศัยอะไรเป็นสภาวะแวดล้อมที่จะช่วยให้เข้าใจปัญหา

2. พิจารณาสภาพของระบบที่จะนำมาใช้ในสถานการณ์ ผู้ออกแบบต้องพิจารณาว่าจะใช้ผู้เรียนกี่คน ใช้เครื่องมืออะไรช่วย ใช้วิธีการอย่างไร ใช้วัสดุอุปกรณ์อะไร หลักการดำเนินงานจะเป็นไปในรูปแบบใด และจะสร้างปรัชญาการสอนแนวใด หรือกล่าวโดยสรุปคือ จะต้องคำนึงถึงส่วนประกอบต่างๆ ที่มีส่วนช่วยในการวางขอบเขตของปัญหาได้เหมาะสมและถูกต้องตามวัตถุประสงค์

3. ปรับสภาพการเข้าสู่ปัญหาเพื่อจะให้ปัญหานั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เราต้องอาศัยสภาพการณ์ที่พิจารณาแล้วเห็นว่าเหมาะสมกับปัญหาหรือเลือกวิธีการที่จะช่วยนำปัญหาไปสู่จุดหมายปลายทางที่กำหนดไว้

4. กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ ต้องกำหนดออกมาในรูปของพฤติกรรมที่วัดได้

5. กำหนดเกณฑ์ในการวัดผล เนื่องจากเกณฑ์ในการวัดผลแบบนี้จะต้องใช้วัดพฤติกรรมผู้เรียน จึงต้องสร้างเกณฑ์ออกเป็น 2 แบบ คือ

5.1 วัดผลขั้นสุดท้ายในการเรียนรู้

5.2 วัดขีดระดับความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป

6. เสนอผลของสถานการณ์จำลอง ผลของสถานการณ์จำลองมีข้อได้เปรียบวิธีการเรียนรู้รูปแบบอื่นๆหลายอย่าง คือ

6.1 สามารถสร้างอารมณ์และสร้างทัศนคติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

6.2 สถานการณ์จำลองสามารถรวบรวมพฤติกรรมที่จะชี้ความสามารถของผู้เรียนและความจำไว้ด้วยกัน คือ ผู้เรียนจะมีพัฒนาการทั้งด้านความจำและพัฒนาขีดความสามารถ

6.3 สถานการณ์จำลองจะช่วยให้ผู้เรียนประกอบกิจกรรมนาน

6.4 ผู้เรียนสามารถเลือกตอบสนองต่อสภาวะการณ์ทางสังคมจากสถานการณ์จำลองได้

6.5 สถานการณ์จำลองจะช่วยปรับความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียนให้เข้ากันได้เป็นอย่างดีและเป็นไปตามต้องการ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง คือ สถานการณ์ที่ครูผู้สอนสมมติขึ้นให้คล้ายคลึงกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นทั้งสภาพแวดล้อมและการปฏิสัมพันธ์ โดยฝึกให้ผู้เรียนหรือผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นได้ฝึกปฏิบัติและแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้คล้ายกับสภาพที่เป็นจริง โดยสามารถเลือกใช้ภาษาในการสื่อสารและตอบสนองต่อบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.3.6 การใช้กรณีตัวอย่าง

การจัดการเรียนรู้แบบศึกษากรณีตัวอย่างที่เน้นการเสนอตัวอย่าง ที่นำเหตุการณ์เรื่องราว หรือการกระทำของบุคคลในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริงในสังคมรอบตัวผู้เรียน มานำเสนอเป็นกรณีตัวอย่างหลากหลายรูปแบบ โดยอาจดัดแปลง เพิ่มเติม หรือเรื่องราวที่สมมติขึ้นเพื่อเป็นตัวอย่างในการวิเคราะห์ วิจัย แสดงความคิดเห็น อภิปราย และนำไปสู่การตัดสินใจหาข้อสรุปของเหตุการณ์ เรื่องราวหรือผลงานอย่างมีเหตุผล เพื่อใช้เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตน

ทิสนา แคมมณี (2557: 75) กล่าวว่า กรณีตัวอย่างเป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนศึกษาเรื่องที่สมมติขึ้นจากความเป็นจริงและประเด็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องนั้น แล้วนำคำตอบและเหตุผลที่มาของคำตอบนั้นมาใช้เป็นข้อมูลในการอภิปราย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์

การศึกษกรณีตัวอย่างให้ได้ผลดีนั้นต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การอภิปรายเป็นเทคนิคที่มีคุณค่าที่สุดอย่างหนึ่ง ที่จะนำไปใช้ในการจัดกลุ่มแบบประชาธิปไตย การอภิปรายยังเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจในเรื่องเป้าหมาย การวางแผน และการประเมิน ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกัน

และกันรับผิดชอบร่วมกัน ยอมรับและเคารพสิทธิของผู้อื่น การอภิปรายจึงเป็นเทคนิคที่สำคัญต่อการเรียน

2. การรวบรวมข้อมูล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การอภิปรายเป็นการสนทนาการตั้งคำถามและให้ทุกคนมีส่วนร่วม การตั้งใจฟังนับว่าเป็นการร่วมมือ แต่ในขณะที่จะมีการอภิปรายนั้นควรมีการเตรียมกับผู้เรียนให้มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับเรื่องที่จะอภิปรายล่วงหน้าจะทำให้ผู้เรียนทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้ดี

3. การหาข้อยุติ การอภิปรายที่สามารถดำเนินไปถึงขั้นสรุปผล นับว่าเป็นความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย แต่กรณีที่ไม่สามารถดำเนินไปถึงขั้นนี้ได้จำเป็นต้องมีการสรุปความอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นข้อยุติ

การสร้างกรณีตัวอย่างขึ้นนั้น ครูผู้สอนจะต้องตื่นตัวกระตือรือร้นต่อข่าวสารความเคลื่อนไหวรู้จักสังเกต และหากรณีต่างๆ อย่างมีหลักเกณฑ์และสามารถปรับเหตุการณ์เหล่านั้นให้สอดคล้องกับเนื้อหาทางจริยธรรม ตรงกับวัย และระดับวุฒิภาวะของผู้เรียน ครูสามารถมีแนวทางในการสร้างกรณีตัวอย่าง (สมพงษ์ จิตระดับ. 2530:83-84) ดังนี้

1. เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริง หรือมีส่วนใกล้เคียงกับการดำเนินชีวิตของคนในสังคม กรณีตัวอย่างไม่ควรเป็นเรื่องที่แต่งขึ้นเอง หรือเขียนจากจินตนาการ โดยสมมติให้เกิดขึ้นตามความต้องการการใช้บุคคล เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อม ควรเป็นจริงด้วย

2. เป็นเรื่องที่ยังหาข้อยุติหรือข้อสรุปไม่ได้ มีประเด็นที่ต้องใช้ความคิดของบุคคลหลายๆ ฝ่าย ทางเลือกของความคิดเห็นหรือคำตอบมีแนวทางและเปิดกว้าง การตัดสินใจกระทำได้หลายทาง เพื่อจะพิจารณาว่าทางใดเหมาะสมที่สุด กรณีตัวอย่างที่ไม่มีทางเลือกจะไม่ก่อให้เกิดความรู้

3. มีสาระน่าสนใจ สนุกสนาน แทรกข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ผู้เรียนสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องราวเหตุการณ์ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

4. ให้ข้อมูลต่างๆ อย่างเพียงพอในการกำหนดปัญหา หรือประเด็นในการตัดสินใจกรณีตัวอย่างไม่ควรยากเกินไปจนผู้เรียนไม่สามารถหาคำตอบได้ หรือง่ายเกินไปจนผู้เรียนไม่ต้องใช้สติปัญญาในการคิดมาก กรณีตัวอย่างที่ดีควรมีการแสดงทางเลือกในการตัดสินใจอย่างเด่นชัด

5. สอดคล้องกับเนื้อหาจริยธรรม เหมาะสมกับวัย และประสบการณ์ของผู้เรียนในระดับชั้นประถมศึกษา

6. ปรับเป็นกิจกรรมที่แสดงออกและเคลื่อนไหวได้กรณีตัวอย่างจะเป็นรูปธรรมมากขึ้นผู้เรียนควรมีส่วนร่วมในการแสดงออก การรับรู้และปฏิสัมพันธ์

7. ท้ายสุดของกรณีตัวอย่างต้องมีคำถามหรือประเด็นที่ใช้ในการอภิปรายและแสดงความคิดเห็น

เอ็ดจ์ และ โคลแมน (Edge; Coleman.1982: 6-9) ได้ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการเรียนการสอนโดยใช้กรณีตัวอย่างดังนี้

1. ผู้เรียนสามารถคิดได้อย่างละเอียดรอบคอบ และคิดได้อย่างชัดเจน ถึงแม้จะเป็นสถานการณ์ที่ย่างยากซับซ้อน เป็นสถานการณ์ที่น่าสงสัยหรือคลุมเครือก็ตาม
2. ผู้เรียนสามารถใช้เป็นกลไกในการวางแผนปฏิบัติอย่างมีเหตุผลถูกต้อง และมีลักษณะสร้างสรรค์
3. ผู้เรียนสามารถใช้เป็นเครื่องมือประยุกต์การวิเคราะห์เชิงปริมาณได้ เมื่อกรณีตัวอย่างเป็นปัญหาตัวเลขการเงินและสัดส่วน เป็นต้น
4. ผู้เรียนสามารถที่จะแยกแยะข้อมูลที่มีความสำคัญ สามารถระบุวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไข
5. ผู้เรียนสามารถที่จะชี้ข้อมูลที่สำคัญที่ขาดหายไป ที่ใช้สำหรับการวางแผนปฏิบัติและการตัดสินใจ
6. ผู้เรียนสามารถที่จะสื่อสารให้เกิดความเข้าใจด้วยปากเปล่าจากการแสดงความคิดเห็นและอภิปราย
7. ผู้เรียนสามารถเขียนตามเรื่องได้อย่างกระชับและชัดเจน สามารถที่จะเขียนรายงานได้อย่างมีน้ำหนักและสนใจ
8. ผู้เรียนสามารถใช้เป็นเครื่องมือ และเป็นเครื่องชี้แนะที่จะเพิ่มพูนความสามารถ
9. ช่วยให้ผู้เรียนมีความสุขรอบคอบ และมีวุฒิภาวะในการใช้ดุลยพินิจตัดสินใจกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การจัดการเรียนรู้แบบศึกษากรณีตัวอย่าง ที่เน้นการเสนอตัวอย่าง ที่น่าเหตุการณ์ เรื่องราว มานำเสนอเป็นกรณีตัวอย่างหลากหลายรูปแบบ โดยอาจดัดแปลง เพิ่มเติม หรือเรื่องราวที่สมมติขึ้นเพื่อเป็นตัวแบบในการวิเคราะห์ วิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น อภิปราย และนำไปสู่การตัดสินใจหาข้อสรุปของเหตุการณ์ เพื่อใช้เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตน

3. กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นผลมาจากการนำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ทฤษฎีการเรียนรู้ของบรูเนอร์ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไคด์ ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง และทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) (สุรางค์ โค้วตระกูล. 2559: 48-49 ; สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. 2550: 55-57) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาถึงกระบวนการคิดทางด้านสติปัญญาของเด็กจากแรกเกิดจนถึงวัยรุ่น โดยเพียเจต์ กล่าวว่า โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์มีแนวโน้มพื้นฐานที่ติดตัวมาแต่กำเนิด 2 ลักษณะ คือ 1) การจัดระบบภายใน (organization) และ 2) การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม (adaptation) ซึ่ง 1)การจัดระบบภายใน เป็นการจัดการภายในโดยวิธีรวมกระบวนการต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ อย่างต่อเนื่องกันเป็นเรื่องเป็นราว 2)การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม หมายถึงการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมเป็นแนวโน้มที่มีแต่กำเนิด การที่มนุษย์มีการปรับตัว เนื่องจากการที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมนุษย์สามารถปรับตัวโดยมีกระบวนการที่สำคัญ 2 อย่าง คือ การซึมซับประสบการณ์ (Assimilation) และการปรับโครงสร้างทางสติปัญญา (Accomodation) ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิด และเพียเจต์ยังแบ่งพัฒนาการเป็นขั้นซึ่งเป็นไปตามลำดับ ในระดับปฐมวัยเด็กจะเรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัส ใช้สัญลักษณ์แทนวัตถุที่อยู่รอบๆ ตัวได้ มีพัฒนาการทางภาษา และยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ของบรูเนอร์ (Bruner) (สุรางค์ โค้วตระกูล. 2559: 212-214; สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. 2550: 60-61 ;นภเนตร ธรรมบวร. 2549: 45-48) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาถึงความสามารถในการคิด แบ่งเป็นขั้นการคิด 3 ขั้นคือ 1) Enactive Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้และเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านการกระทำหรือการลงมือปฏิบัติ 2) Iconic Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้ผ่านการมองรูปภาพ หรือตัวแบบ เด็กเริ่มพัฒนาวิธีการจำโดยการใช้จินตนาการมากขึ้น ความเข้าใจสิ่งต่างๆ ของเด็กจะขึ้นอยู่กับความรู้โดยใช้ประสาทสัมผัสมากกว่าการใช้ภาษา 3) Symbolic Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผ่านระบบสัญลักษณ์ เช่น ภาษาพูด ภาษาเขียน และการจัดลำดับ รวมตลอดถึงสิ่งต่างๆ ที่เป็นนามธรรมซึ่งจะช่วยให้เด็กเข้าใจข้อมูลต่างๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจะเน้นการเรียนรู้ในทางลึก คือ การเรียนรู้แบบค้นพบ (Discovery learning) ที่เปิดโอกาสให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยผ่านการสำรวจ การถามคำถาม การนำเสนอข้อมูล หรือสถานการณ์ต่างๆ ให้กับผู้เรียนเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนค้นคว้าและค้นพบกฎเกณฑ์ต่างๆ ด้วยตนเอง

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) (Bandura. 1977: 22-27; สุรางค์ โค้วตระกูล. 2559: 23-24 ;สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553: 254) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาพฤติกรรมและการเรียนรู้ของมนุษย์ เกิดจากพฤติกรรมบุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) อย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคลนั้น (Person) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งทฤษฎีนี้เน้นบุคคลเกิดการเรียนรู้โดยการให้ตัวแบบ และการเลียนแบบนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ผลการกระทำ คำบอกเล่า และความน่าเชื่อถือของตัวแบบได้ การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่งกระบวนการต่างๆ ของการเลียนแบบของเด็ก ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1. กระบวนการดึงดูดความสนใจ (Attentional Process) 2. กระบวนการคงไว้ (Retention Process) 3. กระบวนการแสดงออก (Motor Reproduction Process) 4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 นี้จึงมีความจำเป็นในการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ เป็นการกระตุ้นให้ผู้สังเกตใส่ใจกับตัวแบบอย่างแท้จริง จนสามารถจดจำและนำมาสร้างสัญลักษณ์ได้ ตลอดจนสามารถดัดแปลงสัญลักษณ์นั้นและนำออกมาใช้ได้ภายหลัง โดยมีแรงจูงใจที่ทำให้ผู้สังเกตแสดงการตอบสนองออกมาโดยเมื่อบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ แนวโน้มที่จะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นจะมีสูงขึ้น

4. ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike) (ทิตนา แคมมณี. 2557: 51) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ซึ่งกฎการเรียนรู้ของธอร์นไดค์ มี 4 ข้อ ได้แก่ 1) กฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) 2) กฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise) 3) กฎแห่งการใช้ (Law of Use and Disuse) 4) กฎแห่งผลที่พึงพอใจ (Law of Effect) ซึ่งการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง การจัดกิจกรรมเพื่อให้เด็กเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย มีการฝึกหัดหรือการกระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจจะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร หากเด็กได้มีการนำไปใช้บ่อยๆ ก็จะทำให้เกิดเป็นนิสัยได้

5. ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) (Fosnot.1992: 171; ทิตนา แคมมณี.2557:90-94) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการ และวิธีการของบุคคลในการสร้างความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์ รวมทั้งโครงสร้างทางปัญญาและความเชื่อ การเรียนรู้แบบสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง เป็นรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการทางสังคม และการปฏิบัติจริง โดยผู้เรียนจะเรียนรู้และสร้างความรู้ได้จากสังคมที่อยู่ จากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน หรือจากเพื่อน ผู้เรียนจะเรียนรู้วิธีการหาแนวคิดรวบยอด ด้วยตัวเอง โดยแต่ละคนก็จะมีวิธีการของที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีภูมิหลังและประสบการณ์ ที่แตกต่างกัน ในการร่วมกันคิด และเข้าถึงองค์ความรู้ที่แท้จริงจะมุ่งเน้นไปที่กระบวนการสร้างความรู้ (process of knowledge construction) เป้าหมายของการสอนจะเปลี่ยนจากการถ่ายทอดให้ผู้เรียนได้รับสาระความรู้ที่แน่นอนตายตัว ไปสู่การสาธิต กระบวนการแปลและสร้างความหมายที่หลากหลาย ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้จัดกระทำกับข้อมูลหรือ

ประสบการณ์ต่าง ๆ และจะต้องสร้างความหมายให้กับสิ่งนั้นด้วยตนเองโดยการให้ผู้เรียนอยู่ในบริบทจริง

6. ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner) (Skinner. 1968; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553: 27 - 53) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากการกระทำที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น สกินเนอร์ให้ความสำคัญกับผลกรรมสองประเภท ได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง การเสริมแรงทางบวกจะส่งผลให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถนำการเสริมแรงมาใช้ในการส่งเสริมให้เด็กอยากที่จะปฏิบัติตามให้มีพฤติกรรมสุภาพที่เหมาะสม

และจากการศึกษาหลักการ แนวคิด พื้นฐานในการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ สำหรับส่งเสริมพฤติกรรมสุภาพของเด็กปฐมวัย สรุปได้ว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุภาพของเด็กปฐมวัยนั้น ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ แนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ และแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ

เป็นแนวคิดหรือความเชื่อที่สนับสนุนให้คนเราปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองตามความสนใจ ตามความถนัดและศักยภาพ ด้วยการฝึกฝน ค้นคว้า ฝึกปฏิบัติ ฝึกทักษะจนถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพราะเชื่อว่าหากคนเราได้กระทำจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ ใฝ่รู้ ใฝ่เรียน ผู้เรียนจะสนุกสนานที่จะสืบค้นหาความรู้ต่อไป มีความสุขที่จะเรียน อีกทั้งการเรียนรู้จากการปฏิบัติ คือ การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่แต่ละบุคคลเรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์ปัญหาผ่านกระบวนการของการเรียนรู้และการสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่อง โดยการทำงานบนปัญหาจริง และสะท้อนกลับบนประสบการณ์ของตนเอง เสนอแนวทางการแก้ปัญหา และนำแนวทางการแก้ปัญหาที่ผ่านการพิจารณาแล้วไปปฏิบัติและเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่มุ่งให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้ในระดับทักษะการคิดขั้นสูง

การเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นการเรียนการสอนที่กระตุ้นความรู้ ใฝ่รู้ ใฝ่เรียนของผู้เรียน การได้จับ การได้สัมผัส ได้คิด ได้เห็น เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งสี่ ครูต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ให้โอกาสผู้เรียนได้ปฏิบัติและได้คิดอย่างแท้จริง การจัดการเรียนการสอนให้กับคนทุกวัยแท้จริงแล้วผู้เรียนทุกคนต้องอยากเห็นสิ่งที่แปลกไป อยากรู้สิ่งแปลกล้อมรอบตัว โดยเฉพาะเด็กเช่น เด็กชอบตั้งคำถามเสมอว่า ทำไม อะไรวะ อย่างไร หากเขาได้คำตอบสนองที่ดี การพัฒนาปัญญาจะก้าวไปอย่างมีประสิทธิภาพ ความอยากเป็นทางนำไปสู่การเรียนรู้ การสนองตอบความอยากรู้จึงเป็นทางนำไปสู่การค้นหาคำตอบ ผลที่ตามมาคือ การเรียนรู้อย่างแท้จริง

ซึ่งการเรียนรู้นั้นหากเป็นการสานต่อประสบการณ์ด้วยแล้วจะเป็นการจำที่ยาวนาน ครูควรเลือกใช้วิธีการบอก การอธิบายหรือการสั่งงานที่เป็นแบบฝึกหัดที่ต่างคนทำในชั้นเรียนมาเป็นวิธีให้ผู้เรียนลงมือกระทำด้วยการคิดให้มากขึ้น การเรียนรู้อย่างเป็นระบบจะใช้เวลานั้น รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่ต้องลองผิดลองถูก ถ้าการจัดการเรียนการสอนนั้นมีการคิดและลงมือกระทำ ซึ่งหมายถึงการได้ลงมือคิดและกระทำที่ไม่ใช่มุ่งการฟังคำสั่งสอน หรือทำกิจกรรมตามใจชอบอย่างไร้จุดหมาย แต่ปฏิบัติการคิดในที่นี้หมายถึงการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ทั้งได้คิดได้กระทำโดยมีครูเป็นผู้มีส่วนร่วมให้ความเห็นในการสร้างความเข้าใจหรืออธิบายเมื่อผู้เรียนสงสัยการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติการคิดนี้จะทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนสร้างโครงข่ายความรู้ใหม่ ที่อวกามหรือขยายพื้นฐานความรู้เดิมให้กว้างขวางขึ้น พื้นฐานของการปฏิบัติการคิดนี้ เชื่อว่า “การเรียนรู้จะไม่เกิดขึ้นเลยหากการเรียนรู้ไม่ใช่กระบวนการคิด”

2. แนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ

เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และทักษะได้เป็นอย่างดี ผ่านการสังเคราะห์จากผลวิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (meta-analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (group process) เพราะในแต่ละองค์ประกอบของวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ผู้เรียนแต่ละคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ด้นั้น ต้องผ่านกระบวนการกลุ่ม ฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่ม จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี ซึ่งการเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นกิจกรรมที่พัฒนาเด็กให้เกิดทักษะทางสังคม โดยส่งเสริมการพึ่งพาซึ่งกันและกันในทางบวก ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความสามารถในการให้เหตุผลทั้งเป็นกลุ่มและรายบุคคล มีทักษะการทำงานกลุ่มเล็กและเกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล มีความสามารถในการทำงานเป็นกระบวนการกลุ่มได้ การเรียนรู้ด้วยการร่วมมือและเป็นกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ (Cooperative Learning) นี้ มีประสิทธิภาพมากกว่าการเรียนรู้ด้วยการแข่งขันและการเรียนรู้คนเดียว

จากหลักการของแนวคิดและทฤษฎีทางการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ โดยคำนึงถึงพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อให้เด็กปฐมวัยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามวัย และผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนของรูปแบบ ดังต่อไปนี้

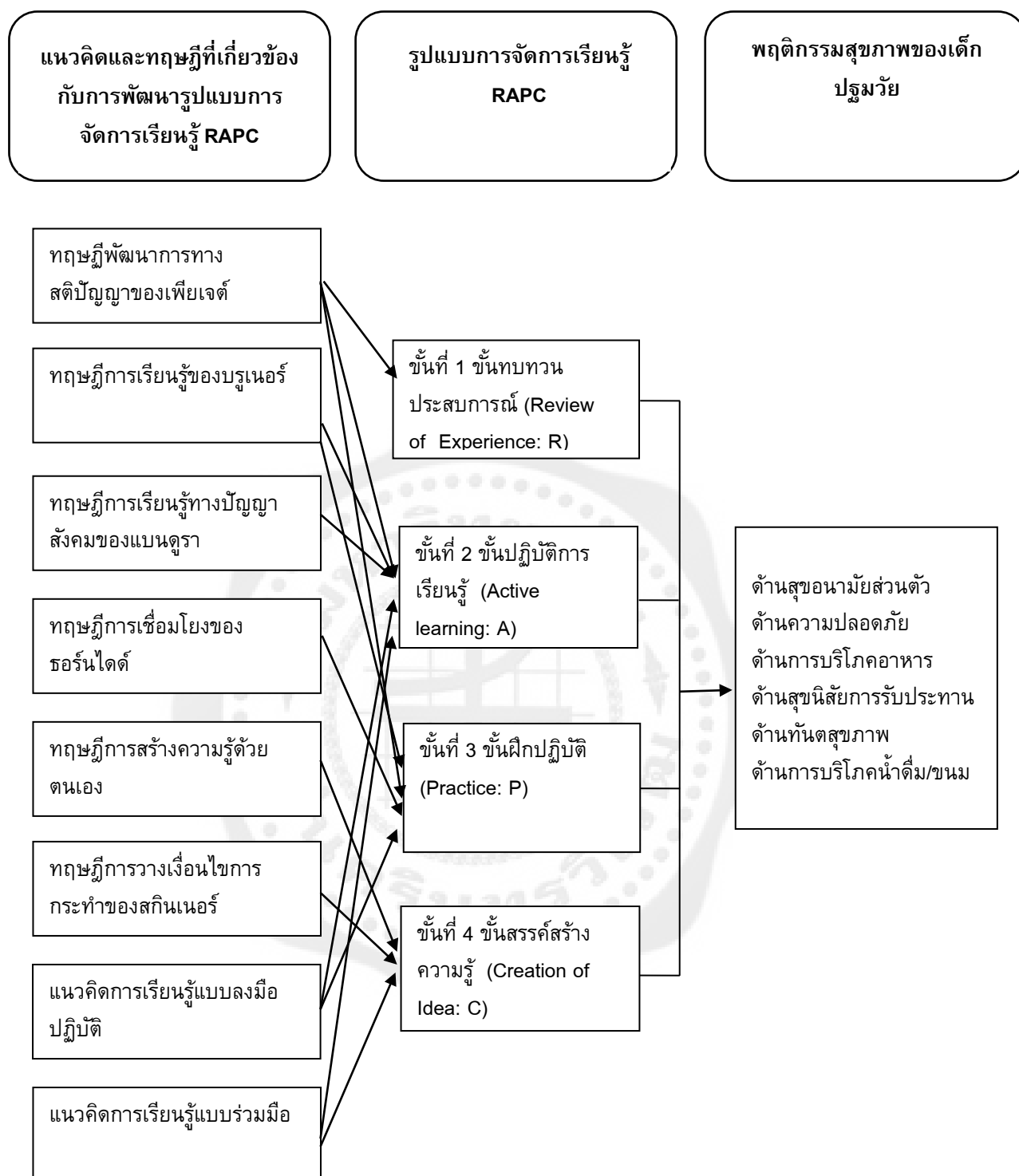
ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมโดยใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น การร้องเพลง การท่องคำคล้องจอง การใช้สื่อของจริง รูปภาพ เพื่อกระตุ้นความสนใจแล้วร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของเด็กที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) เป็นการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเด็กได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การเล่นเกม การเล่นเกมบทบาทสมมติ การทดลอง/ปฏิบัติการ ศิลปสร้างสรรค์ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) เป็นการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ ไปใช้ในการลงมือฝึกปฏิบัติกิจกรรมในสถานการณ์จริง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้กับตนเอง

ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) เป็นการร่วมกันสรุปองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านวิธีการที่หลากหลาย เช่น การบอกเล่าเรื่องราว การวาดภาพ การแสดงท่าทาง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมา เพื่อนำไปใช้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน

การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มีขั้นตอนปรากฏดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดและความเชื่อมโยงของแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

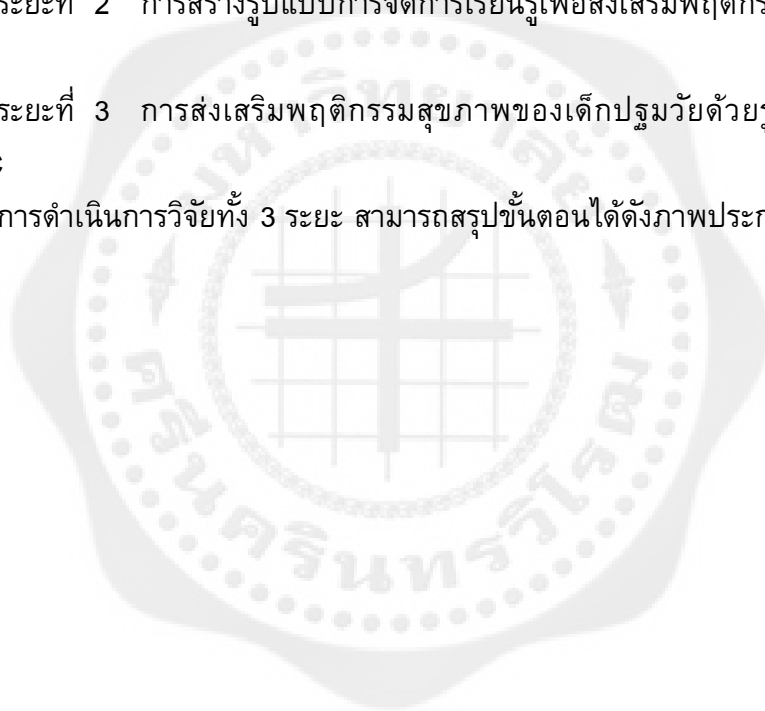
การวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

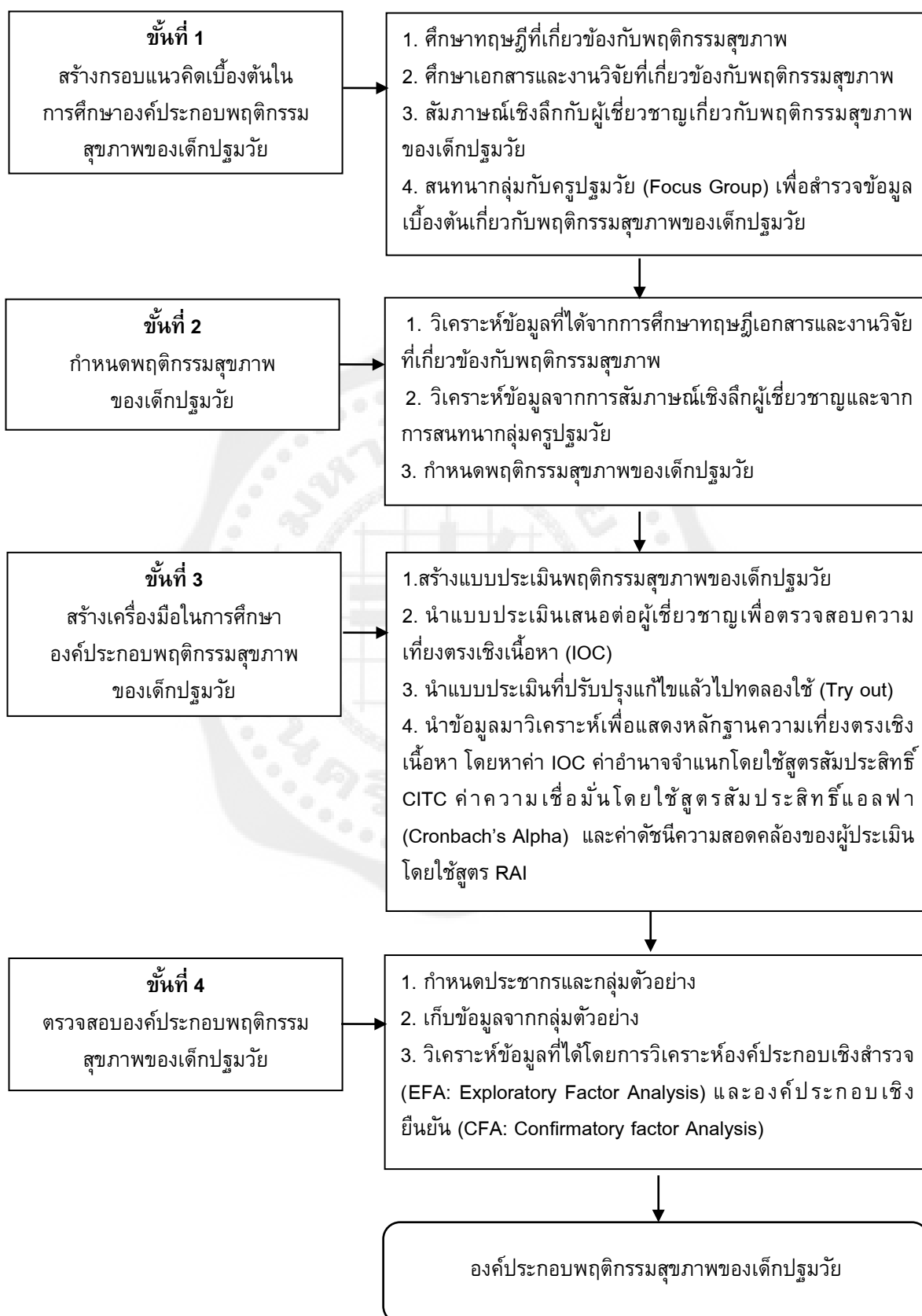
ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 3 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

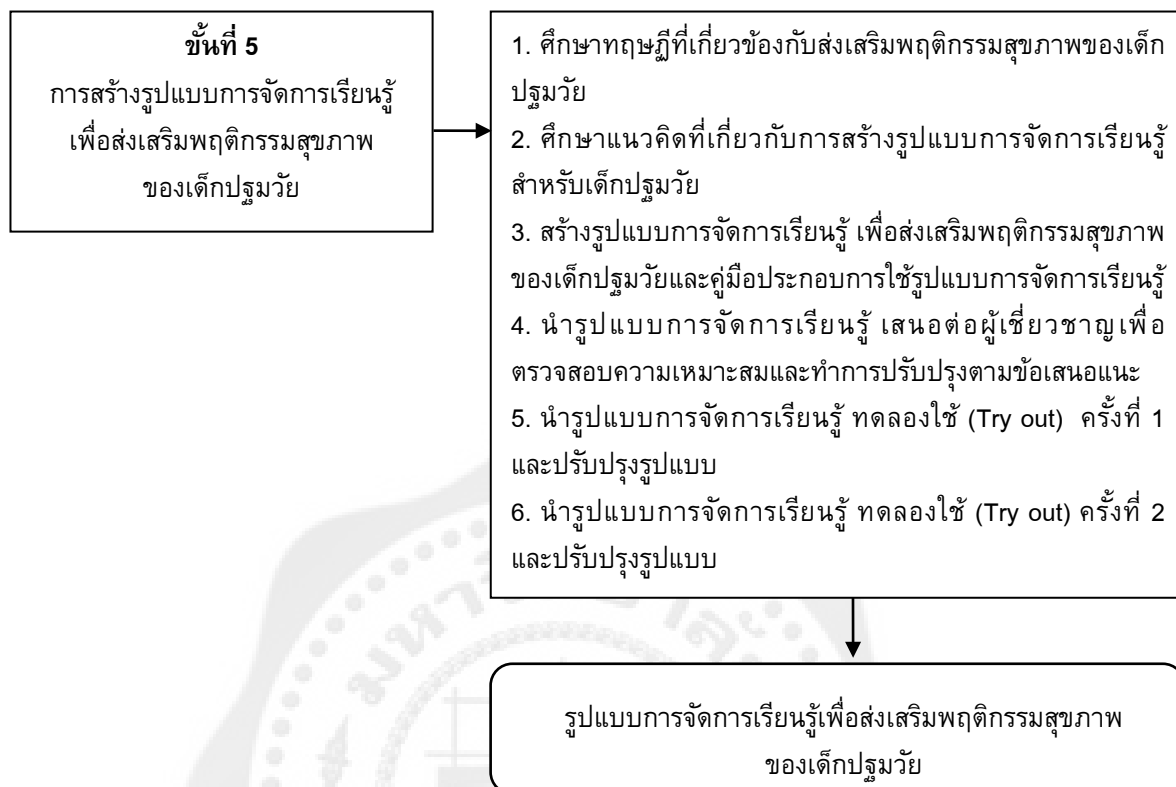
การดำเนินการวิจัยทั้ง 3 ระยะ สามารถสรุปขั้นตอนได้ดังภาพประกอบ 6



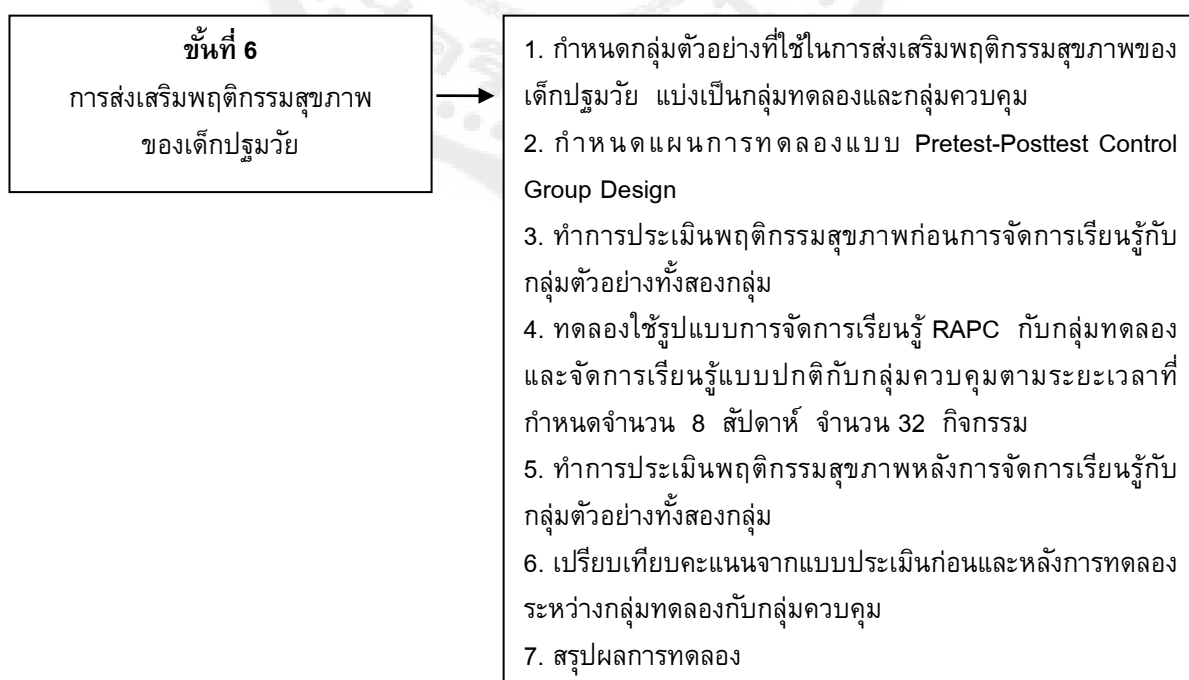
ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย



ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย



ระยะที่ 3 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC



ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุระหว่าง 5 – 6 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย คือ เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุ 5 – 6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองบ้านบึง เทศบาลเมืองพนัสนิคม เทศบาลเมืองศรีราชา องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และเมืองพัทยา ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำนวน 503 คน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามที่คอมเรย์ และลี (Comrey & Lee, 1992) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Very good) คือ 500 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC คือ เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุ 5 – 6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองชลบุรี ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำนวน 2 ห้องเรียน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ จำนวน 25 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนในการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1.1 การศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of needs Theory) โดยอธิบายว่า บุคคลมีความต้องการปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ต้องการมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน ต้องการความรักและการยอมรับจากผู้อื่น 2) ทฤษฎีพัฒนาการทางร่างกายของกิเซล โดยอธิบายว่าการเจริญเติบโตของเด็กทางร่างกาย เนื้อเยื่อ อวัยวะ หน้าที่ของอวัยวะต่างๆ และพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นเป็นรูปร่างที่แน่นอนและเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว พฤติกรรมการปรับตัว พฤติกรรมทางการใช้ภาษา และพฤติกรรมทางส่วนตัวและสังคม ซึ่งจะครอบคลุมการฝึกปฏิบัติส่วนตัว เช่น การกินอาหาร การขับถ่าย การเล่นต่างๆ

จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นผลมาจากความต้องการของมนุษย์ที่มีความต้องการปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ต้องการอาหาร มีความปลอดภัย ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัว รวมทั้งได้รับอิทธิพลจากสังคมวัฒนธรรมที่เด็กอาศัยอยู่

1.2 การศึกษาเอกสารแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย แแกนซ์ (Glanz, K. 1997: 9) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ ว่าเป็นลักษณะของบุคคล ในด้านความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และด้านความรู้ อื่นๆ ลักษณะของบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ นิสัย ที่สามารถสังเกตได้ เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับโกชแมน (Gochman. 1982: 169) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติต่างๆ ของบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ รวมถึงบุคลิกภาพ ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ลักษณะนิสัย และพฤติกรรมที่เป็นกระทำที่เด่นชัด ซึ่งสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และปกป้องสุขภาพ และเอมอซ์มา วัฒนบุรานนท์ (2556: 3) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก เป็นการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ ทั้งนี้การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ การมีเจตคติที่ดี รวมทั้งการปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพ อีกทั้งจริยศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล (2550: 9) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ส่วนเพ็นเดอร์ (Pender. 2002: 34-35) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 10 ประเภท ได้แก่ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง 2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ 3) การออกกำลังกายและสันทนาการ 4) การนอนหลับ 5) การจัดการกับความตึงเครียด 6) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 7) การควบคุมสิ่งแวดล้อม 8) ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน 9) ความสำนึกในความสำเร็จ 10) การใช้บริการทางสุขภาพ ส่วนกองสุขศึกษา (2552: 7-16) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ได้แก่ 1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย 4) กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดสัณฐาน 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท 8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ 10) มีสำนึกต่อส่วนรวมร่วมสร้างสรรค์สังคมส่วนสมศรี คามากิ และภาณี ขวัญดี (2549: 20) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับคนไทย ตามหลักการสร้างสุขภาพ 6 อ ได้แก่ 1) ด้านอาหาร 2) ด้านออกกำลังกาย 3) ด้านอารมณ์ 4) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 5) ด้านโรคภัย 6) ด้านอบายมุข

จากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ การมีเจตคติที่ดี รวมทั้งการปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพ เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยในตนเอง พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพปลอดภัย การออกกำลังกาย เป็นต้น

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับคุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ และคุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาปฐมวัย และด้านการสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน เพื่อนำมาสร้างกรอบแนวคิด คุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ดังนี้

1. อาจารย์จรงค์ อ่วมมีเพียร
ครู วิทยฐานะครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนอนุบาลระยอง
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต 1
2. อาจารย์เบญจวรรณ นุชโส
ครู วิทยฐานะครูชำนาญการ โรงเรียนธัญญสิริศิลปี
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 2
3. อาจารย์สุชาดา จิตกล้า
อาจารย์ สาขาวิชาการศึกษาศึกษาปฐมวัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
4. นางประภาภรณ์ จังพานิช
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
5. นางสาวสมฤดี สุขอุดม
สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ที่ควรปลูกฝังให้กับเด็กปฐมวัย 3) คุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีสาระสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย หมายถึง การแสดงออกของเด็กในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทั้งที่บ้านและโรงเรียน เป็นสิ่งที่เห็นได้จากการแสดงออกของเด็กในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลมาจากการอบรม สั่งสอน การเลียนแบบพฤติกรรมจากคนในครอบครัว ครู เพื่อน พฤติกรรมดังกล่าวอาจจะเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ถ้าปฏิบัติได้อย่างถูกต้องก็จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ แต่ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องก็อาจจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของเด็กจะติดตัวจนเป็นนิสัย จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่

ประเด็นที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ที่ควรปลูกฝังให้กับเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย พฤติกรรมในการดูแลความสะอาดของตนเองได้ตามวัย เช่น การล้างมือ การปฏิบัติตนในการใช้ห้องน้ำ การรักษาความสะอาดอวัยวะต่างๆ การแปรงฟัน พฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การรับประทานผักผลไม้ งดเว้นอาหาร/เครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มน้ำเปล่าอย่างเพียงพอ การเล่นและปฏิบัติตนด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่อตนเอง

ประเด็นที่ 3 คุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การรักษาความสะอาดของอวัยวะในร่างกายของตนเองได้ตามวัย เช่น แขน ขา มือ ใบหน้า การปฏิบัติตนในการใช้ห้องน้ำ สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร การใช้ภาชนะในการรับประทานอาหาร การบริโภคอาหาร/เครื่องดื่มต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำเปล่า รวมทั้งงดเว้นการรับประทานขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม และการปฏิบัติตนเองด้วยความระมัดระวังในการชีวิตประจำวัน ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การเล่นเครื่องเล่นสนาม การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในห้องเรียน การปฏิบัติตนในการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นต้น

จากสรุปประเด็นจากการสัมภาษณ์ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เป็นการแสดงออกของเด็กในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้านและโรงเรียน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะติดตัวเด็กเป็นนิสัยจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงควรปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องให้กับเด็กตั้งแต่วัยปฐมวัย เช่น พฤติกรรมในการดูแลความสะอาดอวัยวะต่างๆ ของตนเองได้ตามวัย การแปรงฟัน การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และปฏิบัติตนด้วยความระมัดระวังไม่ประมาท เป็นต้น

1.4 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อสำรวจความคิดเห็นเบื้องต้นของครูปฐมวัย ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 คน โดยได้สาระสำคัญจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย คือ การปฏิบัติตนของเด็กในการทำกิจกรรม กิจกรรมประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก เช่น การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การดูแลสุขภาพปากและฟัน และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

2. คุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย คือ การที่เด็กปฐมวัยมีนิสัยในการรักษาความสะอาดของอวัยวะส่วนต่างๆ ในร่างกายของตนเอง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การปฏิบัติตนด้วยความระมัดระวังและไม่ประมาท

สรุปได้ว่า คุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จะต้องมึนนิสัยในการรักษาความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย การรักษาสุขภาพปากและฟัน การบริโภคอาหาร/เครื่องดื่มที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหาร/เครื่องดื่มที่มีโทษต่อร่างกาย และการปฏิบัติตนให้มีความปลอดภัยไม่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ

2. การกำหนดคุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยประมวลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับคุณลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เพื่อกำหนดเป็นคุณลักษณะที่เหมาะสม ประกอบด้วย กลุ่มสุขอนามัยส่วนตัว กลุ่มทันตสุขภาพ กลุ่มการบริโภคอาหาร และกลุ่มความปลอดภัย

3. การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ตามคุณลักษณะที่กำหนด และสอดคล้องกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยสร้างข้อคำถาม จำนวน 72 ข้อรายการ ซึ่งเป็นแบบประเมินชนิดประเมินค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ แต่ละระดับมีคะแนนแตกต่างกันตั้งแต่ 1-4 คะแนนตามลำดับตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	เด็กไม่แสดงพฤติกรรมหรือแสดงพฤติกรรมไม่ถูกต้อง
คะแนน	2	หมายถึง	เด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองเป็นบางครั้ง
คะแนน	3	หมายถึง	เด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่
คะแนน	4	หมายถึง	เด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองทุกครั้ง

ตัวอย่างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย

ตอนที่ 2 เป็นรายการข้อความบ่งชี้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ

ข้อ	ข้อความบ่งชี้พฤติกรรม	ระดับการแสดงออกของเด็ก			
ด้านสุขอนามัยส่วนตัว					
000	เมื่อล้างหน้าเสร็จแล้วเด็กใช้ผ้าขนหนูเช็ดหน้าให้แห้ง	①	②	③	④
000	เมื่อมีน้ำมูกจะใช้ผ้า/กระดาษทิชชู เช็ดทำความสะอาดทันที	①	②	③	④
		①	②	③	④
		①	②	③	④
		①	②	③	④
		①	②	③	④
000	ล้างมือทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมประจำวัน /จับต้องสิ่งสกปรก	①	②	③	④
000	ล้างมือด้วยสบู่/น้ำยาล้างมือ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด	①	②	③	④

ขั้นตอนการหาคุณภาพแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การหาคุณภาพแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ที่เป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา และด้านการศึกษาปฐมวัย จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบเกี่ยวกับการใช้ภาษา และความสอดคล้องของข้อความบ่งชี้ในแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย กับนิยามเชิงปฏิบัติการในแต่ละด้านเป็นรายข้อ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

1. อาจารย์ ดร. มิ่ง เทพครเมือง
อาจารย์ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
(ฝ่ายประถม) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. อาจารย์ ดร.ปัทมวิษญ์ ไบกุหลาบ
อาจารย์ สาขาเทคโนโลยีและวิจัยเพื่อพัฒนาการศึกษา
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
3. อาจารย์ ดร.กิตติศักดิ์ นีวรตัน
อาจารย์ สาขาการวิจัยและประเมินผลการศึกษา
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
4. อาจารย์ ดร. ศศิธร อมรินทร์แสงเพ็ญ
อาจารย์ สาขาการศึกษาปฐมวัย
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
5. อาจารย์ ดร.ดาร์ตัน อุทัยพยัคฆ์
ศึกษานิเทศก์ วิทยฐานะศึกษานิเทศก์เชี่ยวชาญ
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต 1

โดยกำหนดความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

- + 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพ
- + 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่ใช่อะไรบ่งชี้ถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพ

แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Evidence) โดย

ผู้วิจัยนำคะแนนการพิจารณาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จากผู้เชี่ยวชาญ มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความบ่งชี้ในแบบวัดกับนิยามเชิงปฏิบัติการ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of Item Objective Congruence) ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. 2557: 90) และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สรุปได้ดังนี้ การสร้างแบบประเมินควรมีการเขียนนิยาม

เชิงปฏิบัติการที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ประเมินนำไปใช้ได้
อย่างมีประสิทธิภาพ ควรเรียงรายการพฤติกรรมในแต่ละตัวบ่งชี้ให้สอดคล้องและเหมาะสมไม่สลับ
ไปมา ควรหลีกเลี่ยงข้อความเชิงลบในรายการพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

2. นำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ไปทดลองใช้ (Try out) กับเด็ก
ปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 3 โรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 120 คน

3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความ
สอดคล้อง IOC แสดงหลักฐานค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบประเมิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนข้อรายการแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆ แต่ละด้านของแบบประเมิน
โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ CITC แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์
องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm Factor Analysis) แสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบประเมิน
โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) และแสดงหลักฐานดัชนีความสอดคล้องของผู้
ประเมินโดยใช้สูตร RAI (Rater Agreement Index) ปรากฏผล ดังนี้ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC
มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบประเมิน จำนวน 36 ข้อ ที่ค่าอยู่
ระหว่าง 0.20 - 0.86 ค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมิน ด้วยการวิเคราะห์
องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) พบว่า โมเดลของแบบประเมินพฤติกรรม
สุขภาพของเด็กปฐมวัยเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จำแนกตามองค์ประกอบของพฤติกรรม
สุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้ค่า Chi-square เท่ากับ 154.87 ($P < .05$) ค่า GFI เท่ากับ 0.71 และ
ค่า RMSEA เท่ากับ .14 ซึ่งแสดงว่าโมเดลของการประเมินกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมดี
และได้ค่า SRW (Standardized Regression Weights) และค่า SMC (Squared Multiple
Correlations) ซึ่งเป็นความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแต่ละข้อรายการ มีค่าตั้งแต่ 0.63 - 0.90
และ 0.39 - 0.80 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
(Cronbach's Alpha) ของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยรวม ของผู้
ประเมินคนที่ 1 คนที่ 2 และคนที่ 3 เท่ากับ 0.90, 0.93 และ 0.93 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าสูงกว่า
.70 ทุกค่า แสดงว่าแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่นตามเกณฑ์สามารถนำไปใช้ได้
และค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินโดยใช้สูตร RAI (Rater Agreement Index) โดยใช้
วิธีการของเบอร์รี – สตอก (Burry-Stock, Judith A. and other, 1966) มีค่าเท่ากับ 0.95 แสดงว่า
แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินมีค่าสูงเป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่
0.70 ขึ้นไป จึงสามารถนำไปประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้

2. ขั้นตอนในการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่ชัดเจนแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ทฤษฎีการเรียนรู้ของของบรูเนอร์ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไคต์ ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ แนวคิดด้านการเรียนรู้แบบปฏิบัติการ และแนวคิดด้านการเรียนรู้แบบร่วมมือ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

2.1.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) (สุรางค์ โค้วตระกูล. 2559: 48-49 ; สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. 2550: 55-57) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาถึงกระบวนการคิดทางด้านสติปัญญาของเด็กจากแรกเกิดจนถึงวัยรุ่น โดยเพียเจต์ กล่าวว่า โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์มีแนวโน้มพื้นฐานที่ติดตัวมาแต่กำเนิด 2 ลักษณะ คือ 1) การจัดระบบภายใน (organization) และ 2) การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม (adaptation) ซึ่ง 1)การจัดระบบภายในเป็นการจัดการภายในโดยวิธีรวมกระบวนการต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ อย่างต่อเนื่องกัน เป็นเรื่องเป็นราว 2)การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม หมายถึงการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมเป็นแนวโน้มที่มีแต่กำเนิด การที่มนุษย์มีการปรับตัว เนื่องจากการที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมนุษย์สามารถปรับตัวโดยมีกระบวนการที่สำคัญ 2 อย่าง คือ การซึมซับประสบการณ์ (Assimilation) และการปรับโครงสร้างทางสติปัญญา (Accomodation) ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิด และเพียเจต์ยังแบ่งพัฒนาการเป็นขั้นซึ่งเป็นไปตามลำดับ ในระดับปฐมวัยเด็กจะเรียนรู้โดยการใช้ประสาทสัมผัส ใช้สัญลักษณ์แทนวัตถุที่อยู่รอบๆ ตัวได้ มีพัฒนาการทางภาษา และยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง

2.1.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ของของบรูเนอร์ (Bruner) (สุรางค์ โค้วตระกูล. 2550: 212- 214; สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. 2550: 60-61 ;นภเนตร ธรรมบวร. 2549: 45-48) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาถึงความสามารถในการคิด แบ่งเป็นขั้นการคิด 3 ขั้นคือ 1) Enactive Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้และเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านการกระทำหรือการลงมือปฏิบัติ 2) Iconic Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้ผ่านการมองรูปภาพ หรือตัวแบบ เด็กเริ่มพัฒนาวิธีการจำโดยการใช้จินตนาการมากขึ้น ความเข้าใจสิ่งต่างๆ ของเด็กจะขึ้นอยู่กับการรับรู้โดยการใช้ประสาทสัมผัสมากกว่าการใช้ภาษา 3) Symbolic Stage ในขั้นนี้ เด็กจะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผ่านระบบสัญลักษณ์ เช่น ภาษาพูด ภาษาเขียน และการจัดลำดับ รวมตลอดถึงสิ่งต่างๆ ที่เป็นนามธรรมซึ่งจะช่วยให้เด็กเข้าใจข้อมูลต่างๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจะเน้นการเรียนรู้ในทางลึก คือ

การเรียนรู้แบบค้นพบ (Discovery learning) ที่เปิดโอกาสให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยผ่านการสำรวจ การถามคำถาม การนำเสนอข้อมูล หรือสถานการณ์ต่างๆ ให้กับผู้เรียน เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนค้นคว้าและค้นพบกฎเกณฑ์ต่างๆ ด้วยตนเอง

2.1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) (Bandura. 1977: 22-27; สุรางค์ โค้วตระกูล. 2559: 23-24 ;สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553 : 254) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาพฤติกรรมและการเรียนรู้ของมนุษย์ เกิดจากพฤติกรรมบุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) อย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคลนั้น (Person) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งทฤษฎีนี้เน้นบุคคลเกิดการเรียนรู้โดยการให้ตัวแบบ และการเลียนแบบนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ผลการกระทำ คำบอกเล่า และความน่าเชื่อถือของตัวแบบได้ การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่งกระบวนการต่างๆ ของการเลียนแบบของเด็ก ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1. กระบวนการดึงดูดความสนใจ (Attentional Process) 2. กระบวนการคงไว้ (Retention Process) 3. กระบวนการแสดงออก (Motor Reproduction Process) 4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 นี้จึงมีความจำเป็นในการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ เป็นการกระตุ้นให้ผู้สังเกตใส่ใจกับตัวแบบอย่างแท้จริง จนสามารถจดจำและนำมาสร้างสัญลักษณ์ได้ ตลอดจนสามารถดัดแปลงสัญลักษณ์นั้นและนำออกมาใช้ได้ภายหลัง โดยมีแรงจูงใจที่ทำให้ผู้สังเกตแสดงการตอบสนองออกมาโดยเมื่อบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ แนวโน้มที่จะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นจะมีสูงขึ้น

2.1.4 ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike) (ทิตนา แชมมณี. 2557: 51) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ซึ่งกฎการเรียนรู้ของธอร์นไดค์ มี 4 ข้อ ได้แก่ 1) กฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) 2) กฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise) 3) กฎแห่งการใช้ (Law of Use and Disuse) 4) กฎแห่งผลที่พึงพอใจ (Law of Effect) ซึ่งการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง การจัดกิจกรรมเพื่อให้เด็กเกิดพฤติกรรมสุภาพที่ดีควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย มีการฝึกหัดหรือการกระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจจะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร หากเด็กได้มีการนำไปใช้บ่อยๆ ก็จะทำให้เกิดเป็นนิสัยได้

2.1.5 ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) (Fosnot. 1992: 171; ทิตนา แชมมณี. 2557: 90-94) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการ และวิธีการของบุคคลในการสร้างความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์ รวมทั้งโครงสร้างทางปัญญาและความเชื่อ การเรียนรู้แบบสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ใช้กระบวนการทางสังคม และการปฏิบัติจริง โดยผู้เรียนจะเรียนรู้และสร้างความรู้ได้จากสังคมที่อยู่ จากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน หรือจากเพื่อน ผู้เรียนจะเรียนรู้วิธีการหาแนวคิดรวบยอดด้วยตัวเอง โดยแต่ละคนก็จะมีวิธีการของที่แตกต่างกันเนื่องจากมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน ในการร่วมกันคิดและเข้าถึงองค์ความรู้ที่แท้จริงจะมุ่งเน้นไปที่กระบวนการสร้างความรู้ (process of knowledge construction)

เป้าหมายของการสอนจะเปลี่ยนจากการถ่ายทอดให้ผู้เรียนได้รับสาระความรู้ที่แน่นอนตายตัว ไปสู่ การสาธิตกระบวนการแปลและสร้างความหมายที่หลากหลาย ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้จัดกระทำกับ ข้อมูลหรือประสบการณ์ต่างๆ และจะต้องสร้างความหมายให้กับสิ่งนั้นด้วยตนเองโดยการให้ผู้เรียน อยู่ในบริบทจริง

2.1.6 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner) (Skinner. 1968; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553: 27 - 53) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกระทบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น สกินเนอร์ให้ความสนใจกับผลกระทบสองประเภท ได้แก่ ผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรง ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคล กระทำอยู่นั้นมีอัตราเพิ่มมากขึ้น และผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคล กระทำนั้นยุติลง การเสริมแรงทางบวกจะส่งผลให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่ เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถนำการเสริมแรงมาใช้ในการส่งเสริมให้เด็กอยากที่จะปฏิบัติตามให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม

2.1.7 แนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (Leonard ; and others. n.d.; สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. 2550: 5-6) เป็นการเรียนรู้ที่เด็กได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ทั้งได้คิด ได้กระทำโดยมีครูเป็นผู้มีส่วนร่วมให้ความเห็นในการสร้างความเข้าใจหรืออธิบายเมื่อผู้เรียนสงสัย ทำให้พุทธิปัญญาของผู้เรียนสร้างเครือข่ายความรู้ใหม่ทั้งองกามหรือขยายพื้นฐานความรู้เดิมให้ กว้างขวางขึ้น และเชื่อว่าการเรียนรู้จะไม่เกิดขึ้นหากการเรียนรู้นั้นไม่ใช่กระบวนการคิด ดังนั้นการ จัดการเรียนรู้แบบปฏิบัติการ (Active Learning) เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมใน ห้องเรียน และเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนไม่เพียงแต่สามารถเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังช่วยพัฒนาทักษะกระบวนการคิด อาทิ การคิดอย่างมีระบบ การคิดเชิงวิเคราะห์และวิจารณ์ เป็นต้น รูปแบบนี้มุ่งเน้นให้เด็กได้ลงมือทำกิจกรรมต่างๆโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า อันนำไปสู่การ สร้างความรู้ความคิดในสิ่งที่ได้กระทำในระหว่างการเรียนรู้ของเด็ก ดังนั้น การจัดการเรียนรู้เพื่อ ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงเหตุผลสำหรับเด็กปฐมวัยตามแนวคิดของหลักการรูปแบบการสอนแบบ ปฏิบัติการ คือ จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยตนเองให้เกิดการพัฒนาการ คิดและสะท้อนกลับความคิด

2.1.8 แนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (Slavin.1987: 4;Johnson; & Johnson. 1994: 5; Olsen; & Kagan. 1992: 8 ; ทิศนา ขัมมณี. 2557: 98) การเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นการเปิด โอกาสให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้เรียนรู้ร่วมกันจากการร่วมวางแผนร่วมกัน ทำกิจกรรมและเล่นร่วมกันโดยคำนึงถึงเป้าหมายของกลุ่ม เมื่อเด็กและสมาชิกของกลุ่มสามารถ บรรลุเป้าหมายของกลุ่มได้เขาก็จะบรรลุเป้าหมายของตนเองด้วย การเรียนรู้แบบร่วมมือสามารถใช้ กับการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากสามารถกระตุ้นให้นักเรียนทำ กิจกรรมต่างๆ เข้าใจการเชื่อมโยงระหว่างความคิดและกระบวนการ และสามารถที่จะประยุกต์ใช้ ความรู้อย่างคล่องแคล่วและมีความหมาย ดังนั้น การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ตามหลักการเรียนรู้แบบร่วมมือมีผลดีต่อผู้เรียน คือ การเรียนแบบร่วมมือเด็กเป็นผู้กระทำกิจกรรมมากกว่าที่จะเป็นเพียงผู้คอยรับความรู้ การมีส่วนร่วมในการเรียนจะช่วยกระตุ้นให้มีการอภิปรายกับคนอื่น การให้เหตุผลและการวิเคราะห์ปัญหากับเพื่อนจะทำให้เกิดการหยั่งรู้ (Insight) ในกลุ่มย่อยเด็กมีความสะดวกในการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่าการอภิปรายร่วมกันทั้งชั้น การเรียนเป็นกลุ่มมีโอกาสนในการสร้างความร่วมมือในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

จากทฤษฎีและแนวคิดข้างต้นสรุปได้ว่า การที่เด็กปฐมวัยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต้องได้รับการฝึกฝน การปลูกฝัง เกี่ยวกับกับดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกวิธี โดยมีอิทธิพลจากบุคคลรอบตัวเด็กซึ่งเป็นตัวแบบในการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อเนื่องและนำไปแสดงเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่อง ส่วนการที่เด็กปฐมวัยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแล้วจะแสดงพฤติกรรมนั้นจนติดเป็นนิสัย ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้จากสถานการณ์ต่างๆ การเรียนรู้จากการลงมือกระทำ การฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การให้การเสริมแรงเมื่อกระทำถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการสร้างความรู้ที่ตนเองได้เรียนรู้แล้วสะท้อนถึงพฤติกรรมที่ตนเองเคยปฏิบัติ แล้วจึงนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดดังกล่าวมาวางแผนสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ โดยการเปิดโอกาสให้เด็กเรียนรู้ด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองผ่านกิจกรรมที่หลากหลายเหมาะสมกับพัฒนาการ มีการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอน แล้วให้เด็กสะท้อนการเรียนรู้ที่ได้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

2.2 การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จากการศึกษาวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐาน แล้วนำมาสังเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC คำว่า “RAPC” มาจากขั้นตอน 4 ขั้นตอนของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมโดยใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น การร้องเพลง การท่องคำคล้องจอง การใช้สื่อของจริง รูปภาพ เพื่อกระตุ้นความสนใจแล้วร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของเด็กที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) เป็นการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเด็กได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การเล่านิทาน การเล่นเกมบทบาทสมมติ การทดลอง/ปฏิบัติการ ศิลปสร้างสรรค์ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) เป็นการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ ไปใช้ในการลงมือฝึกปฏิบัติกิจกรรมในสถานการณ์จริง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้กับตนเอง

ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) เป็นการร่วมกันสรุปองค์ความรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านวิธีการที่หลากหลาย เช่น การบอกเล่าเรื่องราว การวาดภาพ การแสดงท่าทาง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมาเพื่อนำไปใช้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนการหาคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1. ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย รูปแบบการจัดการเรียนรู้และคู่มือประกอบรูปแบบ โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาศึกษาปฐมวัย และด้านสาธารณสุข จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องด้านเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี ความเหมาะสมของจุดประสงค์การเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อการจัดการเรียนรู้ และการประเมินผล ดังนี้

1. อาจารย์ ดร.หทัย อนุสรราชกิจ
อาจารย์ ภาควิชาการศึกษาปฐมวัย
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
2. อาจารย์ ดร.เยาวนุช ทานาม
อาจารย์ สาขาการศึกษาปฐมวัย
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์
3. อาจารย์ ดร.อรัญญา กุฎจอมศรี
ครู วิทยฐานะครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนสนามบิน
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1
4. อาจารย์ ดร.ศิริมงคล ทนทอง
ครู วิทยฐานะครูชำนาญการ โรงเรียนบ้านดอกตรา
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุรินทร์ เขต 1
5. อาจารย์ ดร.สมประสงค์ ปิวโรสงค์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี

กำหนดเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความเหมาะสมเป็น 5 ระดับ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญตามเกณฑ์ ดังนี้

- | | |
|-----------|------------------|
| 5 หมายถึง | เหมาะสมมากที่สุด |
| 4 หมายถึง | เหมาะสมมาก |

3 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง

2 หมายถึง เหมาะสมน้อย

1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด

นำคะแนนที่ได้จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญหาค่าเฉลี่ย โดยกำหนดเกณฑ์พิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ช่วงคะแนน	4.51 – 5.00	เหมาะสมมากที่สุด
ช่วงคะแนน	3.51 – 4.50	เหมาะสมมาก
ช่วงคะแนน	2.51 – 3.50	เหมาะสมมากปานกลาง
ช่วงคะแนน	1.51 – 2.50	เหมาะสมน้อย
ช่วงคะแนน	1.00 – 1.50	เหมาะสมน้อยที่สุด

ผลการพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยและแผนการจัดการเรียนรู้ มีค่าเฉลี่ย 4.56 ถือว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้รูปแบบการจัดการเรียนรู้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ การเขียนเนื้อหาในแผนการจัดการเรียนรู้ควรเขียนให้ชัดเจนแสดงถึงพฤติกรรมที่ต้องการให้เด็กเรียนรู้ ในขั้นการขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ ควรเพิ่มกระบวนการจัดกิจกรรมที่มีความหลากหลายโดยเน้นให้เด็กลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ขั้นฝึกปฏิบัติในบางกิจกรรมที่ใช้เวลาน้อยควรให้ทำซ้ำเพื่อความชำนาญมากขึ้น ขั้นสรรค์สร้างความรู้ควรเปิดโอกาสให้เด็กแสดงความคิดเห็นโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การวาดภาพ การเล่าเรื่อง การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น ควรปรับเปลี่ยนนิทานและเพลงในบางกิจกรรมเพื่อให้เหมาะกับเนื้อหาและพฤติกรรมที่ควรส่งเสริม และปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. นำรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขไปทดลอง (Try Out) ครั้งที่ 1 กับนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558 ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองชลบุรี เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 8 กิจกรรม ครอบคลุมเนื้อหาพฤติกรรมทุกองค์ประกอบ ซึ่งเป็นตัวแทนของเนื้อหา ทั้งหมด 32 กิจกรรม เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ เนื้อหา ลำดับขั้นตอนในการจัดการเรียนรู้ ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ โดยได้รับการแนะนำจากครูปฐมวัย ผู้สังเกตการณ์ 2 ท่าน สรุปว่า รูปแบบการเรียนการสอนมีการลำดับขั้นตอนที่เหมาะสมดี ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ในขั้นปฏิบัติการเรียนรู้นานเกินไป ควรปรับกิจกรรมให้เหมาะตามช่วงความสนใจของเด็ก ผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้จากการทดลองใช้ (Try Out) ครั้งที่ 1 มาปรับปรุงเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีความเหมาะสมมากขึ้น

3. นำรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 ไปทดลอง (Try Out) ครั้งที่ 2 กับนักเรียนชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558 ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

จำนวน 8 กิจกรรม ครอบคลุมเนื้อหาพฤติกรรมทุกองค์ประกอบ ซึ่งเป็นตัวแทนของเนื้อหาทั้งหมด 32 กิจกรรม เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ เนื้อหา ลำดับขั้นตอนในการจัดการเรียนรู้ ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ โดยได้รับการแนะนำจากครูปฐมวัยผู้สังเกตการณ์ 2 ท่าน สรุปว่า รูปแบบการเรียนการสอนมีการลำดับขั้นตอนที่เหมาะสมดี ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ทุกชั้นมีความเหมาะสมดี เด็กได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้จากการทดลองใช้ (Try Out) ครั้งที่ 2 มาปรับปรุงเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จัดทำเป็นฉบับจริง เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1.1 นำหนังสือขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์จากบัณฑิตวิทยาลัย ไปยังโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี ได้แก่ เทศบาลเมืองบ้านบึง เทศบาลเมืองพนัสนิคม เทศบาลเมืองศรีราชา องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และเมืองพัทยา เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย

1.2 เก็บข้อมูลการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย กับเด็กนักเรียนชาย - หญิง อายุ 5 - 6 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองบ้านบึง เทศบาลเมืองพนัสนิคม เทศบาลเมืองศรีราชา องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และเมืองพัทยา ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำนวน 503 คน

1.3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA: Exploratory Factor Analysis) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA: Confirmatory Factor Analysis)

2. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

2.1 นำหนังสือขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย ไปยังโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองชลบุรี

2.2 ดำเนินการทดลองส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC กับเด็กนักเรียนชาย - หญิง อายุ 5 - 6 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองชลบุรี ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำนวน 2 ห้องเรียน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ จำนวน 25 คน โดยทำการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้ง รวม 32 ครั้ง

ในการทดลองครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองแบบ Pretest-Posttest Control Group Design ซึ่งมีแบบแผนการทดลอง ดังแสดงในตาราง

ตาราง 1 แบบแผนการทดลอง

Group	Pretest	Treatment	Posttest
ER	T ₁	X ₁	T ₂
CR	T ₁	X ₂	T ₂

ความหมายของสัญลักษณ์

- E แทน กลุ่มทดลอง (Experimental Group)
- C แทน กลุ่มควบคุม (Control Group)
- R แทน การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Random Assignment)
- T₁ แทน การทดสอบก่อนการทดลอง (Pretest)
- T₂ แทน การทดสอบหลังการทดลอง (Posttest)
- X₁ แทน การจัดประสบการณ์ด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC
- X₂ แทน การจัดประสบการณ์ด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ปกติ

2.3 นำข้อมูลจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยทั้ง 2 กลุ่มไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเพื่อสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA: Exploratory Factor Analysis) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA: Confirmatory Factor Analyses) และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย
2. วิเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA: Exploratory Factor Analysis) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA: Confirmatory Factor Analysis)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent - Sample t – test และในกรณีที่พบว่าค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติ จะคำนวณค่าขนาดส่งผล (Effect Size) โดยใช้สูตรขนาดส่งผลของโคเฮน (Cohen's d)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1 สถิติพื้นฐาน

1.1 คะแนนเฉลี่ย (Mean) คำนวณจากสูตร (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์ . 2557 : 75) ดังนี้

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนเด็กปฐมวัยในกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) คำนวณจากสูตร (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์ . 2557: 78) ดังนี้

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

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 n แทน จำนวนเด็กปฐมวัยในกลุ่มตัวอย่าง
 X แทน คะแนนนักเรียน
 $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ซึ่งใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์ . 2557: 90) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ	IOC	แทน	ดัชนีความสอดคล้อง
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยใช้สูตร r Item Total หรือสัมประสิทธิ์ CITC (บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. 2557: 16-19) โดยใช้สูตร

$$r \text{ Item Total} = \frac{n \sum IT - \sum I \sum T}{\sqrt{[n \sum I^2 - (\sum I)^2][n \sum T^2 - (\sum T)^2]}}$$

เมื่อ	r Item Total	แทน	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ
	I	แทน	คะแนนของข้อคำถาม
	T	แทน	คะแนนผลรวมของข้ออื่นที่เหลือทุกข้อ
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่ม

2.3 การวิเคราะห์เพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity Evidence) ใช้วิธีการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบ

2.4 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. 2553: 131)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{\sum s_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบวัด
	S_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของแบบวัด

2.4 การหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน 3 คน โดยใช้สูตร RAI (Burry-Stock, Judith A. and other. 1996) ดังนี้

$$RAI = 1 - \frac{\sum_{k=1}^K \sum_{n=1}^N \sum_{m=1}^M |R_{mnk} - R_{nk}|}{KM(M-1)(I-1)}$$

เมื่อ	RAI	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน
	R_{mnk}	แทน	คะแนนที่ได้จากการประเมินของคนที่ m ของนักเรียนคนที่ n ในพฤติกรรมที่ k
	$\bar{R}_{nk}$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของนักเรียนคนที่ n ในพฤติกรรมที่ k

ซึ่งคำนวณได้จากสูตร

$$\bar{R}_{nk} = \frac{\sum_{m=1}^M R_{mnk}}{M}$$

เมื่อ	K	แทน	จำนวนของพฤติกรรมบ่งชี้ทั้งหมด
	M	แทน	จำนวนของนักเรียนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนของผู้ประเมินทั้งหมด
	I	แทน	จำนวนช่วงคะแนนทั้งหมด (1,2,3,4)

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยรวมที่ประเมินก่อนและประเมินหลังโดยใช้ Paired-Sample t-test (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2557: 110)

$$t = \frac{\bar{D}}{S_{\bar{D}}}$$

เมื่อ t แทน การแจกแจงแบบที
n แทน จำนวนคู่
df แทน ชั้นความอิสระ
 $\bar{D}$ แทน ค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่าง
 $S_{\bar{D}}$ แทน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของคะแนนผลต่าง
 S_D แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลต่าง

โดยที่

$$S_{\bar{D}} = \frac{S_D}{\sqrt{N}}$$

3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2557: 105-106)

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

โดยที่

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ t แทน การแจกแจงแบบที
 n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่ม 1, กลุ่ม 2
df แทน ชั้นความอิสระ
 $\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม 1, กลุ่ม 2
 S_1^2, S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่ม 1, กลุ่ม 2

4. สถิติวิเคราะห์ค่าขนาดส่งผล (Effect Size) โดยใช้

4.1 การวิเคราะห์หาค่าขนาดส่งผล (Effect Size) สำหรับ t-test แบบ Dependent Samples โดยใช้สูตร Cohen's d (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2557: 138)

$$d = \frac{t}{\sqrt{n}}$$

เมื่อ	d	แทน	ค่าขนาดของการส่งผลของ Cohen's d
	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	n	แทน	จำนวนนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

4.2 การวิเคราะห์หาค่าขนาดส่งผล (Effect Size) สำหรับ t-test แบบ Independent sample t-test โดยใช้สูตร Cohen's d (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2557: 138)

$$\text{Cohen's } d = \frac{2t}{\sqrt{(df)}}$$

โดยที่

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	df	แทน	ชั้นความอิสระ

โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าขนาดของการส่งผลตามตารางมาตรฐานของ Cohen's d
ดังนี้

เมื่อ	$d = 0.20$	ส่งผลน้อย
	$d = 0.50$	ส่งผลปานกลาง
	$d = 0.80$	ส่งผลมาก



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
M	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
SRW	แทน	ค่าน้ำหนักการถดถอยมาตรฐาน
SMC	แทน	ค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุกำลังสอง
CMIN	แทน	ค่าไค-กำลังสอง
CMIN/DF	แทน	ค่าไค-กำลังสองสัมพัทธ์
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน
GFI	แทน	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี
CFI	แทน	ดัชนีกำหนดเปรียบเทียบ
RMR	แทน	ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ย
RMSEA	แทน	ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ยของการประมาณค่า
M_D	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลต่าง
SE_M	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)
M_{E-C}	แทน	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
SE_{E-C}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของคะแนนผลต่างของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาจากการแจกแจงของ t

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยได้นำเสนอเป็นสามตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ตอนที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ตอนที่ 3 ผลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1.1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งนำเสนอค่าสถิติพื้นฐาน แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย แบ่งเป็นสี่กลุ่มคือ กลุ่มสุขอนามัยส่วนตัว กลุ่มทันตสุขภาพ กลุ่มการบริโภค และกลุ่มความปลอดภัย แต่ละกลุ่มมี 9 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 36 ข้อรายการพฤติกรรม ผู้วิจัยได้นำคะแนนของแบบประเมินที่ได้จากการสังเกตประเมินเด็กปฐมวัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 503 คน มาวิเคราะห์หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นสี่ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 คะแนน หมายความว่า เด็กปฐมวัยแสดงออกกระตือรือร้นน้อยมาก

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 คะแนน หมายความว่า เด็กปฐมวัยแสดงออกกระตือรือร้นค่อนข้างน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 คะแนน หมายความว่า เด็กปฐมวัยแสดงออกกระตือรือร้นค่อนข้างมาก

ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 คะแนน หมายความว่า เด็กปฐมวัยแสดงออกกระตือรือร้นมาก

พร้อมทั้งคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เพื่อแสดงหลักฐานความเชื่อถือได้ของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยแยกตามกลุ่มพฤติกรรม และโดยรวมผลการวิเคราะห์มีดังนี้

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยรวมทั้งหมดพบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($M=3.15$, $SD=0.46$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง ($\alpha = 0.97$) และคะแนนรายกลุ่มโดยรวมแต่ละกลุ่มพบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างมาก เรียงตามลำดับมากมาน้อยดังนี้ กลุ่มที่ 4 ความปลอดภัย ($M=3.23$, $SD=0.52$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง ($\alpha = 0.93$) กลุ่มที่ 3 การบริโภค ($M=3.19$, $SD=0.49$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง ($\alpha = 0.89$) กลุ่มที่ 1 สุขอนามัยส่วนตัว ($M=3.13$, $SD=0.55$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง ($\alpha = 0.93$) และกลุ่มที่ 2 ทันตสุขภาพ ($M=3.05$, $SD=0.50$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง ($\alpha = 0.91$) และเมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อในแต่ละกลุ่มมีดังนี้

กลุ่มที่ 1 สุขอนามัยส่วนตัว มีข้อรายการพฤติกรรมอยู่ในระดับมากเพียงข้อเดียว คือข้อ a3.1: ล้างก้นให้สะอาดทุกครั้งหลังจากถ่ายอุจจาระ(M=3.30) ที่เหลือนอกนั้นแปดข้ออยู่ในระดับค่อนข้างมาก (M=2.99-3.19) เรียงตามลำดับมากมาน้อยสามข้อแรกคือ ข้อ a3.2: ราดน้ำ/กดน้ำหลังใช้ห้องสุขาและรอบโถสุขภัณฑ์เมื่อใช้เสร็จ(M=3.19) ข้อ a2.1 ล้างมือทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมประจำวัน/จับสิ่งสกปรก (M=3.18) และข้อ a1.3 ล้าง/เช็ด ทำความสะอาดลำตัว แขนขา เมื่อสกปรก (M=3.16)

กลุ่มที่ 2 ทันทสุขภาพ มีข้อรายการพฤติกรรมอยู่ในระดับค่อนข้างมากทั้งแปดข้อ (M=2.86-3.16) เรียงตามลำดับมากมาน้อยสามข้อแรกคือ ข้อ b3.3 : ทำความสะอาดแก้วน้ำหลังจากใช้ในการแปรงฟัน (M=3.16) ข้อ b3.1 :ล้างคราบยาสีฟันที่ติดบนแปรงหลังการแปรงฟัน (M=3.12) และข้อ b2.2 :ดื่มน้ำสะอาดทุกครั้งหลังจากดื่มนม (M=3.12)

กลุ่มที่ 3 การบริโภค มีข้อรายการพฤติกรรมอยู่ในระดับมากสามข้อ (M=3.32 - 3.35) เรียงตามลำดับมากมาน้อย คือข้อ c2.3 : เมื่อมาโรงเรียนไม่นำลูกอม ขนมกรุบกรอบ มากินที่โรงเรียน (M=3.35) ข้อ c2.1: ดื่มน้ำเปล่าขณะอยู่โรงเรียนวันละ 3-5 แก้ว (M=3.34) และข้อ c2.2 : ดื่มนมรสจืดที่จัดเตรียมไว้ให้หมดถุง/กล่อง (M=3.32) ที่เหลือนอกนั้นหกข้ออยู่ในระดับค่อนข้างมาก(M=2.83-3.24) เรียงตามลำดับมากมาน้อยสามข้อแรกคือ ข้อ c1.1: กินอาหารกลางวันจัดเตรียมไว้ให้หมดจาน(M=3.24) ข้อ c3.2: ใช้ช้อนตักอาหารเข้าปากโดยไม่ใช้มือหยิบ (M=3.23) และข้อ c1.3 :กินผลไม้ที่จัดเตรียมไว้ให้หมด (M=3. 21)

กลุ่มที่ 4 ความปลอดภัย มีข้อรายการพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุดข้อ(M=3.28-3.31) เรียงตามลำดับมากมาน้อย คือข้อ d2.3 : ขณะเล่นทรายไม่ใช้มือขยี้ตา/สัมผัส บริเวณใบหน้า (M=3.31) ข้อ d3.1: ไม่เล่นหรือนำมือไปไว้บนบานประตู/หน้าต่าง (M=3.30) ข้อ d3.3 : ขึ้นลงบันไดด้วยความระมัดระวังตามที่กำหนด (M=3.28) และ ข้อ d1.3:ใช้ดินสอ ดินสอสี พู่กัน ถูกวิธี ไม่นำมาอม หรือนำเข้าไปในปาก(M=3.28) ที่เหลือนอกนั้นห้าข้ออยู่ในระดับค่อนข้างมาก (M=3.14-3.22) เรียงตามลำดับมากมาน้อยสามข้อแรกคือ ข้อ d1.1: เล่นไม้บล็อก หรือของเล่นอื่นๆ อย่างถูกวิธี(M=3.22) ข้อ d3.2: เดินเรียงแถวเป็นระเบียบเมื่อไปสถานที่ต่างๆ ภายในโรงเรียน (M=3.19) และข้อ d2.1:ปฏิบัติตามข้อตกลงในการเล่นเครื่องเล่นสนาม (M=3.17) และข้อ d1.2 : ใช้กรรไกรอย่างถูกวิธี ไม่นำมาเล่นกัน(M=3.17) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ข้อ	รายการพฤติกรรม	M	SD	แปลผล
กลุ่มที่ 1 สุขอนามัยส่วนตัว($\alpha = 0.93$)		3.13	0.55	ค่อนข้างมาก
a1.1	เมื่อล้างหน้าเสร็จแล้วเด็กใช้ผ้าขนหนูเช็ดหน้าให้แห้ง	3.11	0.70	ค่อนข้างมาก
a1.2	เมื่อมีน้ำมูกจะใช้ผ้า/กระดาษทิชชู เช็ดทำความสะอาดทันที	2.99	0.75	ค่อนข้างมาก
a1.3	ล้าง/เช็ด ทำความสะอาดลำตัว แขน ขา เมื่อสกปรก	3.16	0.73	ค่อนข้างมาก
a2.1	ล้างมือทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมประจำวัน /จับสิ่งสกปรก	3.18	0.67	ค่อนข้างมาก
a2.2	ล้างมือด้วยสบู่/น้ำยาล้างมือ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด	3.04	0.64	ค่อนข้างมาก
a2.3	ไม่อม ไม่ดูดนิ้วมือ ไม่กัดแทะเล็บมือเมื่อมีโอกาส	3.13	0.70	ค่อนข้างมาก
a3.1	ทำความสะอาดร่างกายให้สะอาดทุกครั้งหลังจากถ่ายอุจจาระ	3.30	0.64	มาก
a3.2	ราดน้ำ/กดน้ำ หลังใช้ห้องสุขาและรอบโถสุขภัณฑ์ เมื่อใช้เสร็จ	3.19	0.66	ค่อนข้างมาก
a3.3	ล้างมือด้วยสบู่หลังจากปัสสาวะ/อุจจาระ	3.07	0.65	ค่อนข้างมาก
กลุ่มที่ 2 ทันทสุขภาพ ($\alpha = 0.91$)		3.05	0.50	ค่อนข้างมาก
b1.1	แปรงฟันบนล่างด้านหน้าโดยวิธีการสครับ (ถูไปมาตามแนวนอน)	3.00	0.67	ค่อนข้างมาก
b1.2	แปรงฟันด้านฟันกราม โดยขยับแปรงถูไป-มา ตามแนวราบ	2.97	0.64	ค่อนข้างมาก
b1.3	แปรงลิ้นหลังการแปรงฟันเพื่อกำจัดคราบอาหารที่ตกค้าง	2.86	0.65	ค่อนข้างมาก
b2.1	บ้วนปากให้สะอาดทุกครั้งหลังกินอาหารกลางวัน	3.12	0.66	ค่อนข้างมาก
b2.2	ดื่มน้ำสะอาดทุกครั้งหลังจากดื่มนม	3.12	0.61	ค่อนข้างมาก
b2.3	เมื่อมีคราบติดริมฝีปากจะเช็ด/ล้าง ออกทันที	3.07	0.66	ค่อนข้างมาก
b3.1	ล้างคราบยาสีฟันที่ติดบนแปรงหลังการแปรงฟัน	3.12	0.62	ค่อนข้างมาก
b3.2	ก่อนบ้วนยาสีฟันหรือหลังจากแปรงฟันเสร็จไม่อมแปรงสีฟัน	3.06	0.70	ค่อนข้างมาก
b3.3	ทำความสะอาดแก้วน้ำหลังจากใช้ในการแปรงฟัน	3.16	0.63	ค่อนข้างมาก
กลุ่มที่ 3 การบริโภค($\alpha = 0.89$)		3.19	0.49	ค่อนข้างมาก
c1.1	กินอาหารกลางวันที่จัดเตรียมไว้ให้หมดจาน	3.24	0.72	ค่อนข้างมาก
c1.2	กินอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ ไม่เขี่ยผักออกนอกจาน	3.08	0.73	ค่อนข้างมาก
c1.3	กินผลไม้ที่จัดเตรียมไว้ให้หมด	3.21	0.72	ค่อนข้างมาก

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อ	รายการพฤติกรรม	M	SD	แปลผล
c2.1	ดื่มน้ำเปล่าขณะอยู่โรงเรียนวันละ 3-5 แก้ว	3.34	0.65	มาก
c2.2	ดื่มนมรสจืดที่จัดเตรียมไว้ให้หมดถุง/กล่อง	3.32	0.69	มาก
c2.3	เมื่อมาโรงเรียนไม่นำลูกอม ขนมกรุบกรอบ มากินที่โรงเรียน	3.35	0.66	มาก
c3.1	ขณะกินอาหารไม่พูดคุย หยอกล้อเล่นกัน	2.83	0.70	ค่อนข้างมาก
c3.2	ใช้ช้อนตักอาหารเข้าปากโดยไม่ใช้มือหยิบ	3.23	0.66	ค่อนข้างมาก
c3.3	เคี้ยวอาหารไม่มีเสียง ไม่รีบร้อนในการกินอาหาร	3.11	0.63	ค่อนข้างมาก
กลุ่มที่ 4 ความปลอดภัย ($\alpha = 0.93$)		3.23	0.52	ค่อนข้างมาก
d1.1	เล่นไม้บล็อก หรือของเล่นอื่นๆ อย่างถูกวิธี	3.22	0.59	ค่อนข้างมาก
d1.2	ใช้กรรไกรอย่างถูกวิธี ไม่นำมาเล่นกัน	3.17	0.65	ค่อนข้างมาก
d1.3	ใช้ดินสอ ดินสอสี พู่กัน ถูกวิธี ไม่นำมาอม หรือนำเข้าไปในปาก	3.28	0.66	มาก
d2.1	ปฏิบัติตามข้อตกลง	3.17	0.63	ค่อนข้างมาก
d2.2	ขณะปั่นปายเครื่องเล่นสนาม ไม่แกล้งเพื่อน ดึงแขน ขา เพื่อน	3.14	0.67	ค่อนข้างมาก
d2.3	ขณะเล่นทรายไม่ใช้มือขยี้ตา/สัมผัส บริเวณใบหน้า	3.31	0.64	มาก
d3.1	ไม่เล่นหรือนำมือไปไว้บนประตู/หน้าต่าง	3.30	0.71	มาก
d3.2	เดินเรียงแถวเป็นระเบียบเมื่อไปสถานที่ต่างๆ ภายในโรงเรียน	3.19	0.67	ค่อนข้างมาก
d3.3	ขึ้นลงบันไดด้วยความระมัดระวังตามที่กำหนด	3.28	0.57	มาก
คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ ($\alpha = 0.97$)		3.15	0.46	ค่อนข้างมาก

1.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ที่ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่เด็กประพฤติปฏิบัติจนติดเป็นนิสัย ในสี่กลุ่มพฤติกรรม คือกลุ่มสุขอนามัยส่วนตัว กลุ่มทันตสุขภาพ กลุ่มการบริโภค และกลุ่มความปลอดภัย แต่ละกลุ่มสามารถประเมินได้จากรายการพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งหมด 36 ข้อ แยกการวิเคราะห์โดยใช้ Statistical Package for Social Science (SPSS) version 21 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA: Exploratory Factor Analysis) เพื่อสำรวจว่าแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กมีกี่องค์ประกอบ แล้วใช้ Analysis of Moments Structure (AMOS) Version 20 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA: Confirmatory Factor Analyses.) เพื่อยืนยันองค์ประกอบที่สำรวจได้ โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1.2.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเป็นการวิเคราะห์เพื่อสำรวจองค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ว่ามีกี่องค์ประกอบและประกอบด้วยรายการพฤติกรรมสุขภาพ ข้อใดบ้างที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการศึกษาให้แน่ใจว่าองค์ประกอบโครงสร้างเหล่านั้นประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพข้อใดบ้าง (Tabachnick & Fidell. 2001) ดำเนินการดังนี้

การพิจารณาความเหมาะสมของข้อมูล

การวิเคราะห์เริ่มจากการพิจารณาความเหมาะสมของข้อมูลในการศึกษาว่าสามารถใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจได้หรือไม่ จากการหาค่าดัชนี KMO (Kaiser Meyer-Olkin) เพื่อวัดความเหมาะสมเพียงพอของกลุ่มตัวอย่างที่ควรมีค่าเข้าใกล้ 1 ทาเบคนิคและฟิเดล (Tabachnick; & Fidell. 2001) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ โดยให้พิจารณาจาก KMO ต้องมีค่ามากกว่า 0.60 และทดสอบนัยสำคัญค่า Bartlett's test of Sphericity ที่ควรต้องมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือ $p < 0.05$ เป็นการบ่งบอกว่าพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละข้อต้องมีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ดัชนี KMO เท่ากับ 0.96 ซึ่งมีค่าสูงใกล้ 1.0 แสดงว่าข้อมูลที่น่ามาศึกษามีความเหมาะสมเพียงพอ และผลการทดสอบค่า Bartlett's test of Sphericity ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ (Chi-Square=15153.22.; df=630, Sig=0.00) แสดงว่าตัวชี้วัดต้องมีความสัมพันธ์กัน สามารถพิจารณาผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจต่อไปได้ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าดัชนี KMO (Kaiser Meyer-Olkin) และการทดสอบนัยสำคัญค่า Bartlett's test

พฤติกรรมสุขภาพ	KMO	Bartlett's Test of Sphericity		
		Chi-Square	df	Sig
พฤติกรรมสุขภาพ 36 ข้อรายการ	0.96	15153.22	630	0.00
เกณฑ์พิจารณา	>0.60			P<0.05

การสกัดองค์ประกอบ

การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจองค์ประกอบที่มีความสามารถเพียงพอในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างรายการพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (PCA: Principle Component Analysis) และ หมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) และใช้ ค่าไอเกน (Eigenvalue) ซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกถึงความสามารถขององค์ประกอบที่จะอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างได้มากน้อยเพียงไร และเมื่อพิจารณาจาก Scree Plot ซึ่งเป็นกราฟที่พล็อตค่าไอเกนของแต่ละองค์ประกอบโดยเรียงจากมากไปน้อยสามารถนำมาใช้พิจารณาว่ารายการพฤติกรรมสุขภาพ ชุดนี้ควรมีกี่องค์ประกอบได้จากค่าไอเกนที่ลดลงอย่างรวดเร็ว ในที่นี้พิจารณาว่าองค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มี 6 องค์ประกอบ ดังแสดงในภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ความสัมพันธ์ของค่าไอเกนกับจำนวนองค์ประกอบ Scree Plot

หลังจากการหมุนแกนองค์ประกอบแบบหมุนฉาก และพิจารณาตามเกณฑ์อื่นๆที่กำหนดว่าองค์ประกอบต้องมีค่าไอเกน มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 รายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ ที่อธิบายองค์ประกอบต้องมีตั้งแต่ 3 ข้อรายการขึ้นไป และข้อรายการ ในแต่ละองค์ประกอบจะต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป ถ้ามีค่าน้ำหนักในหลายองค์ประกอบ จะเลือกค่าน้ำหนักสูงที่สุดในองค์ประกอบนั้น ๆ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าว พบว่า

องค์ประกอบที่ 1 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 10 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ เรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ a2.1(0.77) ข้อ a1.1(0.76) ข้อ a2.2 (0.76) ข้อ a1.2(0.72) ข้อ a3.3(0.71) ข้อ a3.1(0.68) ข้อ a3.2 (0.61) ข้อ b2.3 (0.60) ข้อ a1.3(0.52) และข้อ b2.1 (0.52) มีผลรวมความแปรปรวน 6.77 คิดเป็นร้อยละ 18.81 และร้อยละสะสม 27.97 และเรียกชื่อว่า องค์ประกอบด้านสุขอนามัยส่วนตัว

องค์ประกอบที่ 2 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 8 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ เรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ d3.1(0.72) d2.3(0.65) ข้อ d3.3(0.65) ข้อ d1.3(0.60) ข้อ d3.2(0.59) ข้อ d1.1(0.55) ข้อ d2.2(0.55) และข้อ d1.2(0.54) มีผลรวมความแปรปรวน 5.06 คิดเป็นร้อยละ 14.06 มีร้อยละสะสม 32.87 และเรียกชื่อว่าองค์ประกอบด้านความปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 3 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 4 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ เรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ c1.3 (0.86) ข้อ c1.2(0.82) ข้อ c1.1(0.81) และข้อ c2.2(0.66) มีผลรวมความแปรปรวน 4.01 คิดเป็นร้อยละ 11.13 และร้อยละสะสม 44.00 และเรียกชื่อว่าองค์ประกอบด้านการบริโภคอาหาร

องค์ประกอบที่ 4 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 4 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ เรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ c3.1 (0.73) ข้อ c3.3(0.69) ข้อ c3.2(0.67) และข้อ d2.1(0.64) มีผลรวมความแปรปรวน 3.77 คิดเป็นร้อยละ 10.49 และร้อยละสะสม 54.48 และเรียกชื่อว่าองค์ประกอบด้านสุขนิสัยการรับประทาน

องค์ประกอบที่ 5 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 7 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ เรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ b3.2 (0.69) ข้อ b3.1(0.64) ข้อ b1.3(0.56) ข้อ b1.1(0.55) ข้อ b1.2(0.52) ข้อ a2.3(0.51) และข้อ b3.3(0.45) มีผลรวมความแปรปรวน 3.34 คิดเป็นร้อยละ 9.29 และร้อยละสะสม 63.78 และเรียกชื่อว่าองค์ประกอบด้านทัศนสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 6 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ เรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ b2.2(0.66) ข้อ c2.1(0.64) และข้อ c2.3(0.61) มีผลรวมความแปรปรวน 2.55 คิดเป็นร้อยละ 7.07 และร้อยละสะสม 70.85 และเรียกชื่อว่าองค์ประกอบด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ข้อ	รายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ	F1	F2	F3	F4	F5	F6
	ด้านสุขอนามัยส่วนตัว						
a2.1	ล้างมือทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมประจำวัน/จับต้องสิ่งสกปรก	0.77					
a1.1	เมื่อล้างหน้าเสร็จแล้วเด็กใช้ผ้าขนหนูเช็ดหน้าให้แห้ง	0.76					
a2.2	ล้างมือด้วยสบู่/น้ำยาล้างมือ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด	0.76					
a1.2	เมื่อมีน้ำมูกจะใช้ผ้า/กระดาษทิชชู เช็ดทำความสะอาดทันที	0.72					
a3.3	ล้างมือด้วยสบู่หลังจากปัสสาวะ/อุจจาระ	0.71					
a3.1	ทำความสะอาดร่างกายให้สะอาดทุกครั้งหลังจากถ่ายอุจจาระ	0.68					
a3.2	ราดน้ำ/กดน้ำ หลังใช้ห้องสุขาและรอบโถสุขภัณฑ์เมื่อใช้เสร็จ	0.61					
b2.3	เมื่อมีคราบติดริมฝีปากจะเช็ด/ล้าง ออกทันที	0.60					
a1.3	ล้าง/เช็ด ทำความสะอาดลำตัว แขน ขา เมื่อสกปรก	0.52					
b2.1	บ้วนปากให้สะอาดทุกครั้งหลังกินอาหารกลางวัน	0.52					
	ด้านความปลอดภัย						
d3.1	ไม่เล่นบนประตู/หน้าต่าง หรือนำมือไปไว้บนพนักของประตู/หน้าต่าง		0.72				
d2.3	ขณะเล่นทรายไม่ใช้มือขยี้ตา/สัมผัส บริเวณใบหน้า		0.65				
d3.3	ขึ้นลงบันไดด้วยความระมัดระวังตามที่ทางที่กำหนด		0.65				
d1.3	ใช้ดินสอ ดินสอสี พู่กัน ถูกวิธี ไม่นำมาอม หรือนำเข้าไปในปาก		0.60				
d3.2	เดินเรียงแถวเป็นระเบียบเมื่อไปสถานที่ต่างๆ ภายในโรงเรียน		0.59				
d1.1	เล่นไม้บล็อก หรือของเล่นอื่นๆ อย่างถูกวิธี		0.55				
d2.2	ขณะปั่นปายเครื่องเล่นสนาม ไม่แกล้งเพื่อน ดึงแขน ขา เพื่อน		0.55				
d1.2	ใช้กรรไกรอย่างถูกวิธี ไม่นำมาเล่นกัน		0.54				
	ด้านการบริโภคอาหาร						
c1.3	กินผลไม้ที่จัดเตรียมไว้ให้หมด			0.86			
c1.2	กินอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ ไม่เขี่ยผักออกนอกจาน			0.82			
c1.1	กินอาหารกลางวันจัดเตรียมไว้ให้หมดจาน			0.81			
c2.2	ดื่มนมรสจืดที่จัดเตรียมไว้ให้หมดถุง/กล่อง			0.66			
	ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร						
c3.1	ขณะกินอาหารไม่พูดคุย หยอกล้อเล่นกัน				0.73		
c3.3	เคี้ยวอาหารไม่มีเสียง ไม่รีบร้อนในการกินอาหาร				0.69		
c3.2	ใช้ช้อนตักอาหารเข้าปากโดยไม่ใช้มือหยิบ				0.67		
d2.1	ปฏิบัติตามข้อตกลง				0.64		
	ด้านทันตสุขภาพ						
b3.2	ก่อนบ้วนยาสีฟันหรือหลังจากแปรงฟันเสร็จไม่อมแปรงสีฟัน					0.69	
b3.1	ล้างคราบยาสีฟันที่ติดบนแปรงหลังการแปรงฟัน					0.64	
b1.3	แปรงลิ้นหลังการแปรงฟันเพื่อกำจัดคราบอาหารที่ตกค้าง					0.56	
b1.1	แปรงฟันบนล่างด้านหน้าโดยวิธีการสลับ (ถูไปมาตามแนวนอน)					0.55	
b1.2	แปรงฟันด้านบดเคี้ยว(ฟันกราม) โดยขยับแปรงถูไป-มา ตามแนวราบ					0.52	
a2.3	ไม่อม ไม่ดูดนิ้วมือ ไม่กัดแทะเล็บมือเมื่อมีโอกาส					0.51	
b3.3	ทำความสะอาดก้นน้ำหลังจากใช้ในการแปรงฟัน					0.45	

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อ	รายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ	F1	F2	F3	F4	F5	F6
	ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม						
b2.2	ดื่มน้ำสะอาดทุกครั้งหลังจากดื่มนม						0.66
c2.1	ดื่มน้ำเปล่าขณะอยู่โรงเรียนวันละ 3-5 แก้ว						0.64
c2.3	เมื่อมาโรงเรียนไม่นำลูกอม ขนมกรุบกรอบ มากินที่โรงเรียน						0.61
	Total Variance Explained	6.77	5.06	4.01	3.77	3.34	2.55
	% of Variance	18.81	14.06	11.13	10.49	9.29	7.07
	Cumulative %	18.81	32.87	44.00	54.48	63.78	70.85

1.2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA: Confirmatory Factor Analysis)

Analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเป็นการวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ว่ามี 6 องค์ประกอบที่ได้จากการสำรวจ ซึ่งเป็นการศึกษาให้แน่ใจว่าองค์ประกอบโครงสร้างเหล่านั้นประกอบด้วย รายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพในองค์ประกอบนั้นได้เที่ยงตรงและเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด โดยการวิเคราะห์โมเดลการวัดคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยแบบโมเดลการวัดหลายองค์ประกอบ (Multiple-Factor Measurement Models) เพื่อเป็นหลักฐานแสดงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างว่าแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยลักษณะสมมติฐานหกองค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว องค์ประกอบที่ 2. ด้านความปลอดภัย องค์ประกอบที่ 3. ด้านการบริโภคอาหาร องค์ประกอบที่ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทาน องค์ประกอบที่ 5. ด้านทันตสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม และแต่ละองค์ประกอบสามารถวัดได้จาก รายการพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ, 8 ข้อ, 4 ข้อ, 4 ข้อ, 7 ข้อ และ 3 ข้อ ตามลำดับ รวมทั้งหมด 36 ข้อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วย Analysis of Moments Structure (AMOS) และพิจารณาจากค่าสถิติความเหมาะสมพอดี (Goodness of Fit Statistics) และเกณฑ์ต่อไปนี้ โมเดลการวัดมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อ ไค-กำลังสอง ($\chi^2_{(df, n)}$) หรือ CMIN ต้องไม่มีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) รวมทั้งค่าสถิติตัวอื่นได้แก่ ค่าไค-กำลังสองสัมพัทธ์ (CMIN/DF : Relative chi-square) ไม่ควรเกิน 5/1, ค่ารากที่สองของความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ย (RMR: Root Mean Square Residual) ไม่ควรเกิน 0.05, ค่ารากที่สองของความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ยของการประมาณค่า (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation) ไม่ควรเกิน 0.05, ค่าดัชนีความเหมาะสมพอดี (GFI : Goodness of Fit Index) ควรมีค่าสูงตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป และค่าดัชนีกำหนดเปรียบเทียบ (CFI: Comparative Fix Index), ควรมีค่าสูงตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป และหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบหรือน้ำหนักการถดถอยมาตรฐาน (SRW: Standardized Regression Weights) เพื่อแสดงค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างในการวัดองค์ประกอบเหล่านั้น และหาค่าสหสัมพันธ์พหุ

กำลังสอง (SMC : Squared Multiple Correlations) เพื่อแสดงค่าความเชื่อถือได้ของการวัดของแต่ละข้อรายการพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์หลังการปรับแก้ โมเดลแล้ว ได้ค่าสถิติทดสอบความเหมาะสมพอดีดังนี้ ค่าไค-กำลังสอง ($\chi^2_{df=518, n=503}$) หรือ CMIN เท่ากับ 1616.16 ที่ $p=0.00$ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คือมีค่านัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากไค-กำลังสองเป็นสถิติที่ขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจสถิติตัวอื่น ได้แก่ ค่าไค-กำลังสองสัมพัทธ์ CMIN/DF เท่ากับ 3.12 เป็นไปตามเกณฑ์คือมีค่าไม่เกิน 5/1, ค่ารากที่สองของความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ย RMR เท่ากับ 0.02 เป็นไปตามเกณฑ์คือไม่เกิน 0.05, ค่ารากที่สองของความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ยของการประมาณค่า 0.07 เป็นไปตามเกณฑ์คือไม่เกิน 0.08, ค่าดัชนีความเหมาะสมพอดี GFI เท่ากับ 0.91 เป็นไปตามเกณฑ์คือมีค่าสูงตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป และค่าดัชนีกำหนดเปรียบเทียบ CFI เท่ากับ 0.90 เป็นไปตามเกณฑ์คือมีค่าสูงตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป แสดงว่าโมเดลการวัดหกองค์ประกอบมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์และมีหลักฐานแสดงว่าทั้งหกองค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว จำนวน 10 ข้อได้อย่างเที่ยงตรง 0.70-0.84 และเชื่อถือได้ 0.57- 0.70 องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย จำนวน 8 ข้อได้อย่างเที่ยงตรง 0.70-0.84 และเชื่อถือได้ 0.48- 0.70 องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 4 ข้อได้อย่างเที่ยงตรง 0.80-0.88 และเชื่อถือได้ 0.65- 0.77 องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนินัยการรับประทาน จำนวน 4 ข้อได้อย่างเที่ยงตรง 0.69-0.87 และเชื่อถือได้ 0.48- 0.76 องค์ประกอบ 5. ด้านทันตสุขภาพจำนวน 7 ข้อได้อย่างเที่ยงตรง 0.66-0.80 และเชื่อถือได้ 0.43- 0.64 และองค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม จำนวน 3 ข้อได้อย่างเที่ยงตรง 0.73-0.77 และเชื่อถือได้ 0.54- 0.75 ดังแสดงในภาพประกอบ 8 และตาราง 5



ภาพประกอบ 8 โมเดลการวัดหองค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของ
เด็กปฐมวัย

ตาราง 5 ค่าน้ำหนักการถดถอยมาตรฐานและค่าสหสัมพันธ์พหุกำลังสองของคะแนนแบบประเมิน
พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ข้อ	รายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ	SRW	SMC	แปลความหมาย					
a2.1	ล้างมือทันทีหลังทำกิจกรรมประจำวัน/จับต้องสิ่งสกปรก	0.80	0.64	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
a1.1	เมื่อล้างหน้าเสร็จแล้วเด็กใช้ผ้าขนหนูเช็ดหน้าให้แห้ง	0.80	0.65	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
a2.2	ล้างมือด้วยสบู่/น้ำยาล้างมือ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด	0.77	0.59	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
a1.2	เมื่อมีน้ำมูกจะใช้ผ้า/กระดาษทิชชู เช็ดทำความสะอาดทันที	0.76	0.58	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
a3.3	ล้างมือด้วยสบู่หลังจากปัสสาวะ/อุจจาระ	0.76	0.57	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
a3.1	ล้างก้นให้สะอาดทุกครั้งหลังจากถ่ายอุจจาระ	0.80	0.63	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
a3.2	ราดน้ำ/กดน้ำ หลังใช้ห้องสุขาและรอบโถสุขภัณฑ์เมื่อใช้เสร็จ	0.84	0.70	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b2.3	เมื่อมีคราบติดริมฝีปากจะเช็ด/ล้าง ออกทันที	0.76	0.58	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
a1.3	ล้าง/เช็ด ทำความสะอาดลำตัว แขน ขา เมื่อสกปรก	0.70	0.49	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b2.1	บ้วนปากให้สะอาดทุกครั้งหลังกินอาหารกลางวัน	0.80	0.65	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d3.1	ไม่เล่นบนประตู/หน้าต่าง/นำมือไปไว้บนพนักของประตู/หน้าต่าง	0.74	0.54	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d2.3	ขณะเล่นทรายไม่ใช้มือขยี้ตา/สัมผัส บริเวณใบหน้า	0.69	0.48	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d3.3	ขึ้นลงบันไดด้วยความระมัดระวังตามที่กำหนด	0.81	0.66	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d1.3	ใช้ดินสอ ดินสอสี พู่กัน ถูกวิธี ไม่นำมาอม หรือนำเข้าไปในปาก	0.77	0.59	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d3.2	เดินเรียงแถวเป็นระเบียบเมื่อไปสถานที่ต่างๆ ภายในโรงเรียน	0.76	0.57	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d1.1	เล่นไม่เบียดหรือของเล่นอื่นๆ อย่างถูกวิธี	0.81	0.65	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d2.2	ขณะปั่นปายเครื่องเล่นสนาม ไม่แกล้งเพื่อน ดึงแขน ขา เพื่อน	0.84	0.70	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d1.2	ใช้กรรไกรอย่างถูกวิธี ไม่นำมาเล่นกัน	0.74	0.55	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c1.3	กินผลไม้ที่จัดเตรียมไว้ให้หมด	0.83	0.68	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c1.2	กินอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ ไม่เขี่ยผักออกนอกจาน	0.86	0.74	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c1.1	กินอาหารกลางวันจัดเตรียมไว้ให้หมดจาน	0.88	0.77	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c2.2	ดื่มนมรสจืดที่จัดเตรียมไว้ให้หมดถุง/กล่อง	0.80	0.65	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c3.1	ขณะกินอาหารไม่พูดคุย หยอกล้อเล่นกัน	0.70	0.48	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c3.3	เคี้ยวอาหารไม่มีเสียง ไม่รีบร้อนในการกินอาหาร	0.82	0.67	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c3.2	ใช้ช้อนตักอาหารเข้าปากโดยไม่ใช้มือหยิบ	0.69	0.48	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
d2.1	ปฏิบัติตามข้อตกลง	0.87	0.76	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b3.2	ก่อนบิบบายสีฟันหรือหลังจากแปรงฟันเสร็จไม่อมแปรงสีฟัน	0.67	0.44	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b3.1	ล้างคราบยาสีฟันที่ติดบนแปรงหลังการแปรงฟัน	0.78	0.62	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b1.3	แปรงลิ้นหลังการแปรงฟันเพื่อกำจัดคราบอาหารที่ติดค้าง	0.66	0.43	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b1.1	แปรงฟันหน้าโดยใช้แปรงสีฟันบัดขึ้นลงทั่วทั้งปาก	0.78	0.60	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b1.2	แปรงฟันด้านบดเคี้ยว(ฟันกราม)โดยขยับแปรงถูไป-มา แนวราบ	0.80	0.64	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
a2.3	ไม่อม ไม่ดูดนิ้วมือ ไม่กัดแทะเล็บมือเมื่อมีโอกาส	0.73	0.53	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b3.3	ทำความสะอาดแก้วน้ำหลังจากใช้ในการแปรงฟัน	0.76	0.58	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
b2.2	ดื่มน้ำสะอาดทุกครั้งหลังจากดื่มนม	0.73	0.54	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c2.1	ดื่มน้ำเปล่าขณะอยู่โรงเรียนวันละ 3-5 แก้ว	0.87	0.75	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
c2.3	เมื่อมาโรงเรียนไม่นำลูกอม ขนมกรุบกรอบ มากินที่โรงเรียน	0.77	0.60	เที่ยงตรง/เชื่อถือได้					
สถิติ	CMIN	DF	P	CMIN/DF	RMR	RMSEA	GFI	CFI	
ค่าสถิติ	1616.16	518	0.00	3.12	0.02	0.07	0.91	0.90	มีความเหมาะสมพอดี
เกณฑ์	P>0.05			5/1	<0.05	<0.08	>0.90		

1.2.3 การศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของคะแนนองค์ประกอบ

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยว่ามี 6 องค์ประกอบแล้วนั้นมาหาค่าเฉลี่ยและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนองค์ประกอบ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กอยู่ในระดับมาก คือ องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/นม (3.27) ที่เหลือนอกนั้นทั้งหมดอยู่ในระดับค่อนข้างมากเรียงลำดับมากมาน้อย คือ องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย (3.24) องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร(3.21) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว(3.12) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร (3.08) และองค์ประกอบ 5. ด้านทันตสุขภาพ (3.04) และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคู่ที่สัมพันธ์กันมากที่สุดคือ องค์ประกอบ 1. กับ องค์ประกอบ 5. มีค่าเท่ากับ 0.81 และคู่ที่สัมพันธ์กันน้อยที่สุดคือ องค์ประกอบ 3. กับ องค์ประกอบ 4. ค่าเท่ากับ 0.44 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและค่าสหสัมพันธ์คะแนนองค์ประกอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
ของเด็กปฐมวัย

	องค์ประกอบ1	องค์ประกอบ2	องค์ประกอบ3	องค์ประกอบ4	องค์ประกอบ5	องค์ประกอบ6
องค์ประกอบ1						
องค์ประกอบ2	0.77					
องค์ประกอบ3	0.45	0.49				
องค์ประกอบ4	0.67	0.75	0.44			
องค์ประกอบ5	0.81	0.75	0.55	0.66		
องค์ประกอบ6	0.64	0.69	0.55	0.61	0.62	
M	3.12	3.24	3.21	3.08	3.04	3.27
SD	0.55	0.52	0.61	0.55	0.52	0.55

ตอนที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับคุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ที่ชัดเจนแล้ว ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านความปลอดภัย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุขนิสัยการรับประทาน ด้านทันตสุขภาพ และด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ผู้วิจัยจึงดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) ทฤษฎีการเรียนรู้ของบรูเนอร์ (Bruner) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike) ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) และทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner) ศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ และแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ และการประมวลผลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

2.2 ศึกษาวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในแผนการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ การใช้สถานการณ์จำลอง การใช้กรณีตัวอย่าง การทดลอง/ปฏิบัติการ การเล่านิทาน การแสดงบทบาทสมมติ การสาธิต และเทคนิคอื่น ๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย แล้วนำมาสังเคราะห์ได้เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC คำว่า “RAPC” มาจากขั้นตอน 4 ขั้นของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) ใช้ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 32 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมโดยใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น การร้องเพลง การท่องคำคล้องจอง การใช้สื่อของจริง รูปภาพ เพื่อกระตุ้นความสนใจแล้วร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของเด็กที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) เป็นการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเด็กได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การเล่านิทาน การเล่นเกมบทบาทสมมติ การทดลอง/ปฏิบัติการ ศิลปสร้างสรรค์ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) เป็นการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ ไปใช้ในการลงมือฝึกปฏิบัติกิจกรรมในสถานการณ์จริง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้กับตนเอง

ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) เป็นการร่วมกันสรุปองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านวิธีการที่หลากหลาย เช่น การบอกเล่าเรื่องราว การวาดภาพ การแสดง ทำทาง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมา เพื่อนำไปใช้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน

2.3 ตรวจสอบรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยและคู่มือประกอบรูปแบบ โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องด้านเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี ความเหมาะสมของกิจกรรมและการประเมินผล ซึ่งได้ผลการพิจารณาดังปรากฏในตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินรูปแบบการจัดการเรียนรู้และเอกสารคู่มือประกอบรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ประเด็นการประเมิน	M	SD	ระดับความเหมาะสม
1. ความเป็นมาของรูปแบบการจัดการเรียนรู้	4.60	0.55	มากที่สุด
2. ทฤษฎีพื้นฐานและแนวคิดมีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้	4.40	0.89	มาก
3. กิจกรรมการเรียนรู้มีความหลากหลาย	4.80	0.45	มากที่สุด
4. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.60	0.55	มาก
5. จุดประสงค์การเรียนรู้สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้	4.60	0.55	มากที่สุด
6. กิจกรรมการเรียนรู้ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience : R) สอดคล้องกับการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	4.40	0.55	มาก
7. กิจกรรมการเรียนรู้ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning : A) สอดคล้องกับการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	4.60	0.55	มากที่สุด
8. กิจกรรมการเรียนรู้ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice : P) สอดคล้องกับการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	4.60	0.55	มากที่สุด
9. กิจกรรมการเรียนรู้ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea : C) สอดคล้องกับการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	4.40	0.89	มาก
10. บทบาทครูในการจัดประสบการณ์มีความเหมาะสม	4.60	0.55	มากที่สุด

ตาราง 7 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	M	SD	ระดับความเหมาะสม
11. สื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้สอดคล้องกับกิจกรรมและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	4.40	0.89	มาก
12. ช่วงเวลา/ระยะเวลา ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมกับการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	4.40	0.55	มาก
13. การวัดและประเมินผลสอดคล้องกับจุดประสงค์การเรียนรู้	4.60	0.55	มากที่สุด
14. การกำหนดเนื้อหาในตารางการจัดการเรียนรู้มีความเหมาะสม	4.60	0.55	มากที่สุด
15. ครูสามารถนำแผนการจัดการเรียนรู้ไปใช้ได้ง่าย	4.80	0.45	มากที่สุด
รวม	4.56	0.10	มากที่สุด

จากตาราง 7 พบว่า การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยและคู่มือประกอบรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าเฉลี่ยรวม 4.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 ซึ่งมีความเหมาะสมมากที่สุดเมื่อพิจารณาตามประเด็นการประเมิน รายการที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ กิจกรรมการเรียนรู้มีความหลากหลายและครูสามารถนำแผนการจัดการเรียนรู้ไปใช้ได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 และประเด็นการประเมินรายการอื่น ๆ มีความเหมาะสมมากที่สุดและมาก แสดงว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้

ตอนที่ 3 ผลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

3.1 ผลการศึกษาระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ได้จากการประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ได้จากการประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC โดยนำคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ที่ประเมินก่อนและหลังจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน มาวิเคราะห์หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แยกตามองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วยรายการพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ, 8 ข้อ, 4 ข้อ, 4 ข้อ, 7 ข้อ และ 3 ข้อ ตามลำดับ รวมทั้งหมด 36 ข้อ โดยแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นสี่ระดับคือ ระดับน้อยมาก (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75) ระดับค่อนข้างน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 คะแนน) ระดับค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 คะแนน) และระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 คะแนน) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กอยู่ในระดับน้อยมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.27 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับน้อยมากเรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M=1.48$, $SD=0.35$) องค์ประกอบ 5. ด้านทันตสุขภาพ ($M=1.59$, $SD=0.33$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M=1.59$, $SD=0.31$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M=1.60$, $SD=0.34$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M=1.79$, $SD=0.35$) และองค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M=1.81$, $SD=0.61$)

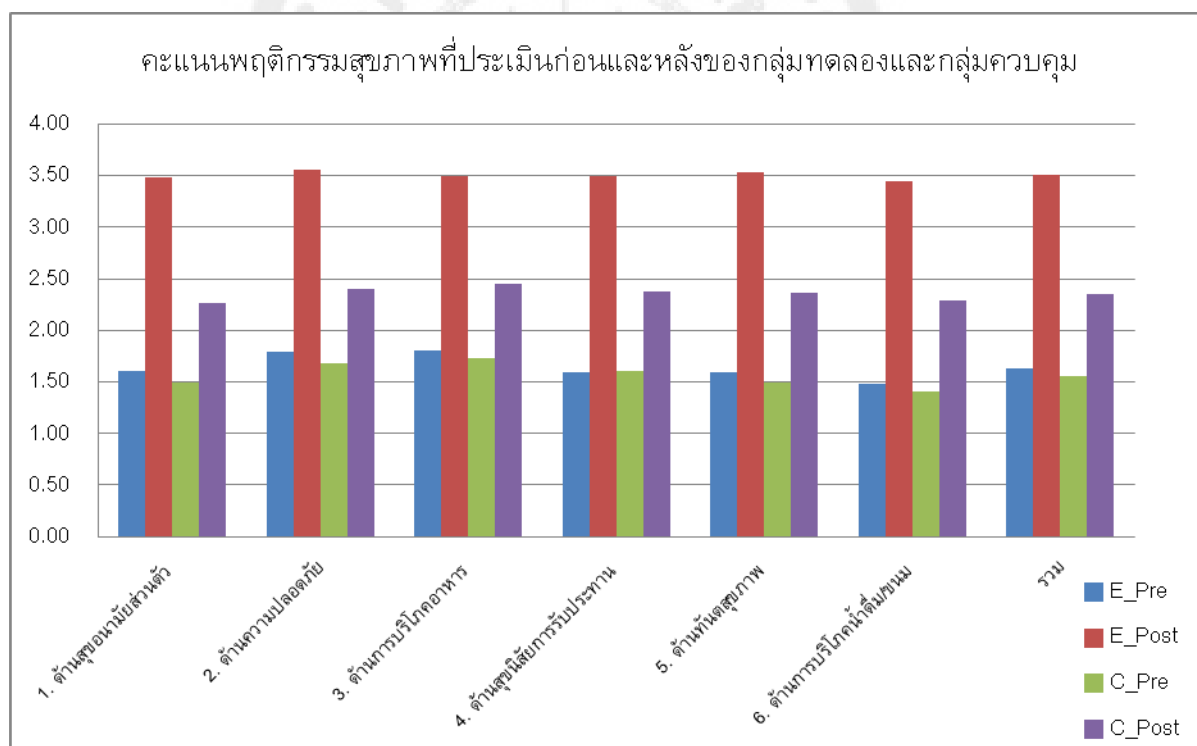
หลังได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับมากเรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M=3.45$, $SD=0.30$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M=3.48$, $SD=0.19$) องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M=3.49$, $SD=0.29$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M=3.49$, $SD=0.29$) องค์ประกอบ 5. ด้านทันตสุขภาพ ($M=3.53$, $SD=0.21$) และองค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M=3.56$, $SD=0.19$)

ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของเด็กอยู่ในระดับน้อยมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.24 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับน้อยมากเรียงตามลำดับดังนี้

องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M=1.41$, $SD=0.28$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M=1.50$, $SD=0.26$) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ ($M=1.50$, $SD=0.28$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M=1.61$, $SD=0.32$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M=1.68$, $SD=0.32$) และองค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M=1.73$, $SD=0.60$)

หลังได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของเด็กอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.15 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย เรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M=2.27$, $SD=0.12$) องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M=2.29$, $SD=0.28$) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ ($M=2.37$, $SD=0.21$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M=2.38$, $SD=0.32$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M=2.40$, $SD=0.23$) และองค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M=2.45$, $SD=0.43$) ดังแสดงในภาพประกอบ 9 และตาราง 8



ภาพประกอบ 9 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กประเมินก่อนและหลังจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการประเมินก่อนและหลังจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

องค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=25)				กลุ่มควบคุม (n=25)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว	1.60	0.34	3.48	0.19	1.50	0.26	2.27	0.12
2. ด้านความปลอดภัย	1.79	0.35	3.56	0.19	1.68	0.32	2.40	0.23
3. ด้านการบริโภคอาหาร	1.81	0.61	3.49	0.29	1.73	0.60	2.45	0.43
4. ด้านสุขนิสัยการรับประทาน	1.59	0.31	3.49	0.29	1.61	0.32	2.38	0.32
5. ด้านทันตสุขภาพ	1.59	0.33	3.53	0.21	1.50	0.28	2.37	0.21
6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/นม	1.48	0.35	3.45	0.30	1.41	0.28	2.29	0.28
รวม	1.63	0.27	3.51	0.14	1.56	0.24	2.35	0.15

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับดังนี้

3.2.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ภายในแต่ละกลุ่ม

การวิเคราะห์ตอนนี้ผู้วิจัยได้นำคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยรวมและรายองค์ประกอบ ทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน มาหาความแตกต่างของคะแนนประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ และทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างเฉลี่ย โดยใช้ Paired- Sample t – test และในกรณีที่พบว่าค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะคำนวณค่าขนาดส่งผล (Effect Size) จากค่า t และ ค่า n (จำนวนคู่ของคะแนน) โดยใช้สูตรขนาดส่งผลของโคเฮน (Cohen's d) คือ $d = t/\sqrt{n}$ (Fur. 2008) ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ -1.88 คะแนน และมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.04 คะแนน จากการทดสอบด้วย t-test พบว่าเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($t=-46.22$) และได้คำนวณขนาดส่งผลต่อคะแนนรวมในระดับมาก (Cohend's d =9.24)

ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบพบว่าทุกด้านเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และได้ค่าขนาดส่งผลต่อคะแนนรายด้านในระดับมาก เรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M_D = -1.68$, $t = -14.84$, และ Cohend's $d = 2.97$) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ ($M_D = -1.94$, $t = -27.86$, และ Cohend's $d = 5.57$) องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M_D = -1.97$, $t = -29.70$, และ Cohend's $d = 5.94$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M_D = -1.90$, $t = -30.20$, และ Cohend's $d = 6.04$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M_D = -1.88$, $t = -31.02$, และ Cohend's $d = 6.20$) และองค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M_D = -1.77$, $t = -36.74$, และ Cohend's $d = 7.35$)

ในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ -0.79 คะแนน และมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.03 คะแนน จากการทดสอบด้วย t-test พบว่าเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($t = -28.65$) และมีขนาดส่งผลต่อคะแนนรวมในระดับมาก (Cohend's $d = 5.73$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบพบว่าทุกด้านเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และได้ค่าขนาดส่งผลต่อคะแนนรายด้านในระดับมาก เรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M_D = -0.72$, $t = -11.99$, และ Cohend's $d = 2.40$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M_D = -0.77$, $t = -14.84$, และ Cohend's $d = 2.97$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M_D = -0.72$, $t = -18.44$, และ Cohend's $d = 3.69$) องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M_D = -0.88$, $t = -18.86$, และ Cohend's $d = 3.77$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M_D = -0.78$, $t = -20.20$, และ Cohend's $d = 4.04$) และองค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ ($M_D = -0.86$, $t = -21.59$, และ Cohend's $d = 4.32$) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ภายในแต่ละกลุ่ม

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=25)					กลุ่มควบคุม (n=25)				
	M_D	SE_M	t-test	p	Cohen's d	M_D	SE_M	t-test	p	Cohen's d
องค์ประกอบ1	-1.88	0.06	-31.02	0.00	6.20	-0.78	0.04	-20.20	0.00	4.04
องค์ประกอบ2	-1.77	0.05	-36.74	0.00	7.35	-0.72	0.04	-18.44	0.00	3.69
องค์ประกอบ3	-1.68	0.11	-14.84	0.00	2.97	-0.72	0.06	-11.99	0.00	2.40
องค์ประกอบ4	-1.90	0.06	-30.20	0.00	6.04	-0.77	0.05	-14.84	0.00	2.97
องค์ประกอบ5	-1.94	0.07	-27.86	0.00	5.57	-0.86	0.04	-21.59	0.00	4.32

องค์ประกอบ6	-1.97	0.07	-29.70	0.00	5.94	-0.88	0.05	-18.86	0.00	3.77
รวม	-1.88	0.04	-46.22	0.00	9.24	-0.79	0.03	-28.65	0.00	5.73

3.2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ตอนนี้ผู้วิจัยได้นำคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยรวมและรายองค์ประกอบที่ได้จากการประเมินก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน มาหาความแตกต่าง และทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างเฉลี่ย โดยใช้ Independent - Sample t – test ในกรณีที่ไม่นพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนำคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยรวมและรายองค์ประกอบที่ได้จากการประเมินหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาหาความแตกต่าง และทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างเฉลี่ย โดยใช้ Independent - Sample t – test และในกรณีที่พบว่าค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติ จะคำนวณค่าขนาดส่งผล (Effect Size) โดยใช้สูตรขนาดส่งผลของโคเฮน(Cohen's d) คือ $d = 2t/\sqrt{df}$ (Rosenthal and Rosnow. 1991) ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยรวมและรายองค์ประกอบที่ได้จากการประเมินก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีดังนี้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างไม่มากนัก $M_{E-C} = 0.07$ และมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแตกต่างเท่ากับ 0.07 คะแนน จากการทดสอบด้วย t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.97, p=0.34$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทุกด้านแตกต่างกัน ($M_{E-C} = 0.10, 0.12, 0.08, -0.02, 0.09$, และ 0.07) อย่างไม่มีนัยสำคัญ ($t=1.21, 1.23, 0.47, -0.22, 1.00$ และ 0.75 $p=0.23, 0.23, 0.64, 0.83, 0.32$ และ 0.46)

หลังได้รับการจัดการเรียนรู้

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยรวมและรายองค์ประกอบที่ได้จากการประเมินหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีดังนี้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างเท่ากับ 1.16 ($M_{E-C}=1.16$) และมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแตกต่างเท่ากับ 0.04 ($SE_{E-C}=0.04$) จากการทดสอบด้วย t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($t=27.66, p=0.00$)) และได้ค่าขนาดส่งผลต่อคะแนนรวมในระดับมาก (Cohend's $d=7.98$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และได้ค่าขนาดส่งผลต่อคะแนนรวมในระดับมากเรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M_{E-C}=1.04, t=9.95, p=0.00$ และ Cohend's $d= 2.87$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทาน ($M_{E-C}=1.11, t=12.89, p=0.00$ และ Cohend's $d = 3.72$) องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม

($M_{E-C}=1.16$, $t=14.13$, $p=0.00$ และ Cohend's $d = 4.08$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย

($M_{E-C}=1.16$, $t=19.24$, $p=0.00$ และ Cohend's $d = 5.55$) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ

($M_{E-C}=1.16$, $t=19.73$, $p=0.00$ และ Cohend's $d = 5.70$) และองค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว

($M_{E-C}=1.21$, $t=26.62$, $p=0.00$ และ Cohend's $d = 7.63$) ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม สุขภาพเด็ก	ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้					หลังได้รับการจัดการเรียนรู้				
	M_{E-C}	SE_{E-C}	t-test	p	Cohen's d	M_{E-C}	SE_{E-C}	t-test	p	Cohen's d
องค์ประกอบ1	0.10	0.09	1.21	0.23	-	1.21	0.05	26.62	0.00	7.68
องค์ประกอบ2	0.12	0.09	1.23	0.23	-	1.16	0.06	19.24	0.00	5.55
องค์ประกอบ3	0.08	0.17	0.47	0.64	-	1.04	0.10	9.95	0.00	2.87
องค์ประกอบ4	-0.02	0.09	-0.22	0.83	-	1.11	0.09	12.89	0.00	3.72
องค์ประกอบ5	0.09	0.09	1.00	0.32	-	1.16	0.06	19.73	0.00	5.70
องค์ประกอบ6	0.07	0.09	0.75	0.46	-	1.16	0.08	14.13	0.00	4.08
รวม	0.07	0.07	0.97	0.34	-	1.16	0.04	27.66	0.00	7.98

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มีความมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยมีความมุ่งหมายเฉพาะ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย 3) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

ขอบเขตของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย คือ เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุ 5 – 6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองบ้านบึง เทศบาลเมืองพนัสนิคม เทศบาลเมืองศรีราชา องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และเมืองพัทยา ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำนวน 503 คน 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC คือ เด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุ 5 – 6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองชลบุรี ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำนวน 2 ห้องเรียน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ จำนวน 25 คน โดยทำการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 32 ครั้ง ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้แก่ ตัวแปรโครงสร้าง ประกอบด้วย ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านความปลอดภัย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุขนิสัยการรับประทาน ด้านทันตสุขภาพ และด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม 2) ตัวแปรที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC และการจัดการเรียนรู้แบบปกติ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 2) ศึกษาเอกสาร แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ และการสนทนากลุ่มกับครูปฐมวัย เกี่ยวกับคุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย แล้วนำมากำหนดคุณลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย 3) สร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เป็นแบบประเมินชนิดมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีการแสดงหลักฐาน ดังนี้ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC

มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบประเมิน จำนวน 36 ข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.86 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยรวม พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ของผู้ประเมินคนที่ 1 คนที่ 2 และคนที่ 3 เท่ากับ 0.90 , 0.93 และ 0.93 ตามลำดับ และค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินโดยใช้สูตร RAI มีค่าเท่ากับ 0.95 และ 4) นำแบบประเมินไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA: Exploratory Factor Analysis) และ วิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA: Confirmatory Factor Analyses) ตามลำดับ เพื่อยืนยันองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย จำนวน 6 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านทันตสุขภาพ ด้านความปลอดภัย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุขนิสัยการรับประทาน และด้านการบริโภคน้ำดื่ม/นม

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ วิธีการจัดการเรียนรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มาสังเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ 2) นำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ และคู่มือประกอบรูปแบบ เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องด้านเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี ความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ การประเมินผล และนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ระดับความเหมาะสมของรูปแบบ และ 3) นำรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ไปทดลอง (Try Out) จำนวน 2 ครั้ง กับเด็กปฐมวัยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 3 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC โดยผู้วิจัยใช้แผนการทดลองแบบ Pretest-Posttest Control Group Design โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำนวน 2 ห้องเรียน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการทดสอบไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1.1 คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($M=3.15$, $SD=0.46$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง ($\alpha = 0.97$) และคะแนนรายกลุ่มโดยรวมแต่ละกลุ่มพบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างมาก เรียงตามลำดับมากมาน้อยดังนี้ กลุ่มที่ 4. ความปลอดภัย ($M=3.23$, $SD=0.52$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง ($\alpha = 0.93$) กลุ่มที่ 3.การบริโภค ($M=3.19$, $SD=0.49$) มีค่าความเชื่อถือ

ได้สูง($\alpha = 0.89$) กลุ่มที่ 1. สุขอนามัยส่วนตัว ($M=3.13$, $SD=0.55$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง($\alpha = 0.93$) และกลุ่มที่ 2. ทนต้อสุขภาพ ($M=3.05$, $SD=0.50$) มีค่าความเชื่อถือได้สูง ($\alpha = 0.91$)

1.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1.2.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA: Exploratory Factor Analysis) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านสุขอนามัยส่วนตัว 2) องค์ประกอบด้านความปลอดภัย 3) องค์ประกอบด้านการบริโภคอาหาร 4) องค์ประกอบด้านสุขนิสัยการรับประทาน 5) องค์ประกอบด้านทันตสุขภาพ และ 6) องค์ประกอบด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม โดยมีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 10 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบเรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ a2.1(0.77) ข้อ a1.1(0.76) ข้อ a2.2 (0.76) ข้อ a1.2(0.72) ข้อ a3.3(0.71) ข้อ a3.1(0.68) ข้อ a3.2 (0.61) ข้อ b2.3 (0.60) ข้อ a1.3(0.52) และข้อ b2.1 (0.52) มีผลรวมความแปรปรวน 6.77 คิดเป็นร้อยละ 18.81 และร้อยละสะสม 27.97 และเรียกชื่อว่างค์ประกอบด้านสุขอนามัยส่วนตัว

องค์ประกอบที่ 2 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 8 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบเรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ d3.1(0.72) d2.3(0.65) ข้อ d3.3(0.65) ข้อ d1.3(0.60) ข้อ d3.2(0.59) ข้อ d1.1(0.55) ข้อ d2.2(0.55) และข้อ d1.2(0.54) มีผลรวมความแปรปรวน 5.06 คิดเป็นร้อยละ 14.06 มีร้อยละสะสม 32.87 และเรียกชื่อว่างค์ประกอบด้านความปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 3 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 4 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบเรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ c1.3 (0.86) ข้อ c1.2(0.82) ข้อ c1.1(0.81) และข้อ c2.2(0.66) มีผลรวมความแปรปรวน 4.01 คิดเป็นร้อยละ 11.13 และร้อยละสะสม 44.00 และเรียกชื่อว่างค์ประกอบด้านการบริโภคอาหาร

องค์ประกอบที่ 4 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 4 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบเรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ c3.1 (0.73) ข้อ c3.3(0.69) ข้อ c3.2(0.67) และข้อ d2.1(0.64) มีผลรวมความแปรปรวน 3.77 คิดเป็นร้อยละ 10.49 และร้อยละสะสม 54.48 และเรียกชื่อว่างค์ประกอบด้านสุขนิสัยการรับประทาน

องค์ประกอบที่ 5 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 7 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบเรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ b3.2 (0.69) ข้อ b3.1(0.64) ข้อ b1.3(0.56) ข้อ b1.1(0.55) ข้อ b1.2(0.52) ข้อ a2.3(0.51) และข้อ b3.3(0.45) มีผลรวมความแปรปรวน 3.34 คิดเป็นร้อยละ 9.29 และร้อยละสะสม 63.78 และเรียกชื่อว่างค์ประกอบด้านทันตสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 6 มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 2 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบเรียงลำดับจากมากมาน้อยดังนี้คือ ข้อ b2.2(0.66) ข้อ c2.1(0.64) และข้อ c2.3(0.61) มีผลรวมความแปรปรวน 2.55 คิดเป็นร้อยละ 7.07 และร้อยละสะสม 70.85 และเรียกชื่อว่า องค์ประกอบด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม

1.2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA: Exploratory Factor Analysis)

โมเดลการวัดหองค์ประกอบมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์และมีหลักฐานแสดงว่าทั้งหองค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว จำนวน 10 ข้อ มีความเที่ยงตรง 0.70-0.84 และเชื่อถือได้ 0.57- 0.70 องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย จำนวน 8 ข้อ มีความเที่ยงตรง 0.70-0.84 และเชื่อถือได้ 0.48- 0.70 องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 4 ข้อได้ มีความเที่ยงตรง 0.80-0.88 และเชื่อถือได้ 0.65- 0.77 องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทาน จำนวน 4 ข้อ มีความเที่ยงตรง 0.69-0.87 และเชื่อถือได้ 0.48- 0.76 องค์ประกอบ 5. ด้านทันตสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ มีความเที่ยงตรง 0.66-0.80 และเชื่อถือได้ 0.43- 0.64 และ องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม จำนวน 3 ข้อ มีความเที่ยงตรง 0.73-0.77 และเชื่อถือได้ 0.54- 0.75

2. การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) ทฤษฎีการเรียนรู้ของบรูเนอร์ (Bruner) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike) ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) และทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner) แนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ และแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ แล้วนำมาสังเคราะห์ได้เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC คำว่า “RAPC” มาจากขั้นตอน 4 ขั้นของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) ใช้ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 32 ครั้ง ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย รูปแบบการจัดการเรียนรู้และคู่มือการใช้รูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าเฉลี่ยรวม 4.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 ซึ่งมีความเหมาะสมมากที่สุด

3. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้

RAPC

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้

3.1.1 การเปรียบเทียบระดับคะแนนรวมและรายด้านที่ประเมินก่อนและหลังทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กอยู่ในระดับน้อยมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.27 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับน้อยมากเรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M=1.48$, $SD=0.35$) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ ($M=1.59$, $SD=0.33$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M=1.59$, $SD=0.31$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M=1.60$, $SD=0.34$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M=1.79$, $SD=0.35$) และองค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M=1.81$, $SD=0.61$)

หลังได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับมากเรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M=3.45$, $SD=0.30$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M=3.48$, $SD=0.19$) องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M=3.49$, $SD=0.29$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M=3.49$, $SD=0.29$) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ ($M=3.53$, $SD=0.21$) และองค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M=3.59$, $SD=0.19$)

ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของเด็กอยู่ในระดับน้อยมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.24 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับน้อยมากเรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M=1.41$, $SD=0.28$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M=1.50$, $SD=0.26$) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ ($M=1.50$, $SD=0.28$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M=1.61$, $SD=0.32$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M=1.68$, $SD=0.32$) และองค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M=1.73$, $SD=0.60$)

หลังได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของเด็กอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.35 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.15 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย เรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M=2.27$, $SD=0.12$) องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภค

น้ำดื่ม/ขนม (M=2.29, SD=0.28) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ (M=2.37, SD=0.21)
องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทาน (M=2.38, SD=0.32) องค์ประกอบ 2. ด้านความ
ปลอดภัย (M=2.40, SD=0.23) และองค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร (M=2.45, SD=0.43)

3.1.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ภายในแต่ละกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ -1.88 คะแนน และมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.04 คะแนน จากการทดสอบด้วย t-test พบว่าเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($t = -46.22$) และได้ค่าขนาดส่งผลกระทบต่อคะแนนรวมในระดับมาก (Cohend's $d = 9.24$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบพบว่าทุกด้านเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และได้ค่าขนาดส่งผลกระทบต่อคะแนนรายด้านในระดับมากเรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M_D = -1.68$, $t = -14.84$, และ Cohend's $d = 2.97$) องค์ประกอบ 5. ด้านทัศนสุขภาพ ($M_D = -1.94$, $t = -27.86$, และ Cohend's $d = 5.57$) องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M_D = -1.97$, $t = -29.70$, และ Cohend's $d = 5.94$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M_D = -1.90$, $t = -30.20$, และ Cohend's $d = 6.04$) องค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M_D = -1.88$, $t = -31.02$, และ Cohend's $d = 6.20$) และ องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M_D = -1.77$, $t = -36.74$, และ Cohend's $d = 7.35$)

ในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ -0.79 คะแนน และมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.03 คะแนน จากการทดสอบด้วย t-test พบว่าเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($t=-28.65$) และมีขนาดส่งผลต่อคะแนนรวมในระดับมาก (Cohend's $d=5.73$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบพบว่าทุกด้านเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และได้ค่าขนาดส่งผลต่อคะแนนรายด้านในระดับมาก เรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M_D=-0.72$, $t=-11.99$, และ Cohend's $d=2.40$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทาน ($M_D=-0.77$, $t=-14.84$, และ Cohend's $d=2.97$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M_D=-0.72$, $t=-18.44$, และ Cohend's $d=3.69$) องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M_D=-0.88$, $t=-18.86$, และ Cohend's $d=3.77$)

อ ง ค์ ป ร ะ ก อ บ

1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M_D=-0.78$, $t=-20.20$, และ Cohend's $d=4.04$) และองค์ประกอบ 5. ด้านทัศนตสุขภาพ ($M_D=-0.86$, $t=-21.59$, และ Cohend's $d=4.32$)

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยรวมและรายองค์ประกอบที่ได้จากการประเมินก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีดังนี้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างไม่มากนัก $M_{E-C} = 0.07$ และมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแตกต่างเท่ากับ 0.07 คะแนน จากการทดสอบด้วย t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.97$, $p=0.34$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทุกด้านแตกต่างกัน ($M_{E-C} = 0.10, 0.12, 0.08, -0.02, 0.09$, และ 0.07) อย่างไม่มีนัยสำคัญ ($t=1.21, 1.23, 0.47, -0.22, 1.00$ และ 0.75 $p=0.23, 0.23, 0.64, 0.83, 0.32$ และ 0.46)

หลังได้รับการจัดการเรียนรู้

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยรวมและรายองค์ประกอบที่ได้จากการประเมินหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีดังนี้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างเท่ากับ 1.16 ($M_{E-C}=1.16$) และมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแตกต่างเท่ากับ 0.04 ($SE_{E-C}=0.04$) จากการทดสอบด้วย t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($t=27.66$, $p=0.00$) และได้ค่าขนาดส่งผลต่อคะแนนรวมในระดับมาก (Cohend's $d=7.98$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และได้ค่าขนาดส่งผลต่อคะแนนรวมในระดับมากเรียงตามลำดับดังนี้ องค์ประกอบ 3. ด้านการบริโภคอาหาร ($M_{E-C}=1.04$, $t=9.95$, $p=0.00$ และ Cohend's $d= 2.87$) องค์ประกอบ 4. ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ($M_{E-C}=1.11$, $t=12.89$, $p=0.00$ และ Cohend's $d= 3.72$) องค์ประกอบ 6. ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม ($M_{E-C}=1.16$, $t=14.13$, $p=0.00$ และ Cohend's $d= 4.08$) องค์ประกอบ 2. ด้านความปลอดภัย ($M_{E-C}=1.16$, $t=19.24$, $p=0.00$ และ Cohend's $d= 5.55$) องค์ประกอบ 5. ด้านทันตสุขภาพ ($M_{E-C}=1.16$, $t=19.73$, $p=0.00$ และ Cohend's $d= 5.70$) และองค์ประกอบ 1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ($M_{E-C}=1.21$, $t=26.62$, $p=0.00$ และ Cohend's $d= 7.63$)

การอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. การศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจากรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ ทั้งหมด 36 ข้อ ผลปรากฏว่า พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านสุขอนามัยส่วนตัว มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 10 ข้อ 2) ด้านความปลอดภัย มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 8 ข้อ 3) ด้านการบริโภคอาหาร มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 4 ข้อ 4) ด้านสุขนิสัยการรับประทาน มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 4 ข้อ 5) ด้านทันตสุขภาพ มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 7 ข้อ 6) ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม มีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ จากนั้นทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดหลายองค์ประกอบมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นไปตามตามสมมุติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีมากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เช่น ข้อ 1 ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด ข้อ 2 รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง ข้อ 4 กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สดุดชาติ และข้อ 7 ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท (กองสุศึกษา. 2552: 1-14) สอดคล้องกับสมรรถนะของเด็กปฐมวัย ในส่วนย่อยที่ 1.2 สุขภาวะทางกาย ประกอบด้วย สมรรถนะด้านโภชนาการ สมรรถนะด้านสมรรถภาพทางกาย สมรรถนะด้านความปลอดภัย และสมรรถนะด้านการช่วยเหลือและดูแลตนเอง (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. 2552: 28-38) สอดคล้องนิพนธ์พร วรมงคล และสุขจริง ว่องเดชากุล (2558: 36-43) ที่ได้กล่าวถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพของเด็กก่อนวันเรียน ประกอบด้วย การรักษาความสะอาด การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การฝึกการขับถ่าย อาหารและภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และการป้องกันอุบัติเหตุ และสอดคล้องกับนิตยา เพ็ญศิริภา (2558: 17-19) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย อาหารและโภชนาการ การใช้วัยวะ การช่วยเหลือตนเอง ทักษะติดต่อสุขภาพ ความปลอดภัย เป็นต้น จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ มี 6 องค์ประกอบ ซึ่งมาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 36 ข้อ ล้วนเป็นพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่เด็กประพฤติปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันจนติดเป็นนิสัย และมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เนื่องมาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเป็นการวิเคราะห์เพื่อสำรวจองค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ว่ามีกี่องค์ประกอบและประกอบด้วยข้อรายการประเมินที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการศึกษาให้แน่ใจว่าองค์ประกอบโครงสร้างเหล่านั้นประกอบด้วยข้อรายการประเมินใดบ้าง และ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเป็นการวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ว่าแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีโมเดลการวัดเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นการแสดงหลักฐานว่าแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มีความเที่ยงตรงในการประเมินเมื่อพิจารณาไปสู่การตรวจให้คะแนน โมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมดีกันทุกองค์ประกอบ โดยในแต่ละองค์ประกอบจะมีรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่าในแต่ละส่วนย่อยที่มีการแบ่งกลุ่มรายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพนั้น ผู้วิจัยพิจารณารายการบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพโดยยึดนิยามเชิงปฏิบัติการของแต่ละองค์ประกอบตามเกณฑ์ เนื่องจากในแต่ละองค์ประกอบมีรายการประเมินครบตามจุดประสงค์ ผลการวิเคราะห์จึงให้ผลสอดคล้องกันและเป็นพยานหลักฐานสนับสนุนความเที่ยงตรงของแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับบุญเชิด ภิญโญนันตพงษ์ (2545: 106) ได้กล่าวถึง การแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงว่าเครื่องมือประเมินนั้นสามารถประเมินขอบเขตความหมายหรือคุณลักษณะประจำตามโครงสร้างทางทฤษฎีที่สมมติขึ้นนั้นได้เพียงใด คำว่า โครงสร้าง (Construct) ในที่นี้ให้หมายถึงตัวประกอบ (Factor) จึงเรียกความเที่ยงตรงตามโครงสร้างนี้อีกอย่างหนึ่งว่า “หลักฐานแสดงความเที่ยงตรงตามองค์ประกอบ”

2. การสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) ทฤษฎีการเรียนรู้ของบรูเนอร์ (Bruner) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike) ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) และทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner) ศึกษาแนวคิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ และแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ แล้วนำมาสังเคราะห์ได้เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ และคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ มีความเหมาะสมมากที่สุด โดยกระบวนการหรือขั้นตอนของรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมโดยใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น การร้องเพลง การท่องคำคล้องจอง การใช้สื่อของจริง รูปภาพ เพื่อกระตุ้นความสนใจแล้วร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของเด็กที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการจัดประสบการณ์ในขั้นตอนนี้ ครูจะเริ่มเตรียมเด็กในชีวิตประจำวันโดยใช้เพลง คำคล้องจอง สื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่จะใช้ในการจัดประสบการณ์ในแต่ละครั้ง เช่น ในกิจกรรมหนูน้อยหน้าใส เด็กจะร่วมกันร้องเพลง “ตา หู จมูก” พร้อมทำท่าทางประกอบ ซึ่งเป็นอวัยวะที่อยู่บนใบหน้าของเด็ก และเมื่อเด็กมีความพร้อมและมีความสนใจในกิจกรรมแล้ว เด็กและครูจึงร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับการทำความสะอาดใบหน้ารวมถึงอวัยวะที่อยู่บนใบหน้า เพื่อตรวจสอบ

พฤติกรรมและประสบการณ์เดิมของเด็ก ซึ่งเด็กจะได้คิดทบทวนถึงประสบการณ์เดิมว่าตนเองล้าหลังหน้าอย่างไร และล้าหน้าเวลาใดบ้าง และเด็กแต่ละคนมีวิธีการล้าหน้าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งกระบวนการจัดกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้เด็กเริ่มมีความสนใจในการเรียน และทำให้ครูได้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับกุลยา ตันติผลาชีวะ (2551: 54-55) ที่กล่าวไว้ว่า ครูควรเตรียมความพร้อมเด็กก่อนที่จะเรียนโดยทำให้เด็กสงบสบายก่อนเรียนเนื้อหาสาระวิชา วิธีการของกิจกรรมมีความหลากหลาย อาจเป็นการร้องเพลง เคลื่อนไหว ทายปัญหาปริศนาคำทาย ซึ่งกระบวนการดังกล่าวอาจผนวกเข้าไปในกระบวนการเรียนการสอนเนื้อหาของครูก็ได้ และสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ที่ว่าการมีปฏิสัมพันธ์และการเปลี่ยนแปลงในเด็กปฐมวัย จะมีกระบวนการเรียนรู้ 2 กระบวนการ คือ 1) การดูดซึม (Assimilation) เป็นกระบวนการที่เด็กได้รับรู้และดูดซึมภาพต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมด้วยประสบการณ์ของตนเอง ทั้งนี้ประสิทธิภาพในการดูดซึมย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถของเด็กกว่าจะรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสได้มากน้อยเพียงใด และ 2) การปรับความเข้าใจเดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ (Accommodation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการดูดซึม ก่อให้เกิดกระบวนการปรับตัวโดยมีการปรุงแต่งรวบรวมและจัดการความคิดและประสบการณ์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่อยู่รอบๆ ตัวเขา เป็นกระบวนการปรับตัวของบุคคลหรือมนุษย์ ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมตามความสามารถและประสบการณ์ที่เคยได้รับ (สิริมา ภิญโญนนตพงษ์. 2550: 55-57)

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) เป็นการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเด็กได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การเล่นนิทาน การเล่นเกมบทบาทสมมติ การทดลอง/ปฏิบัติการ ศิลปสร้างสรรค์ เป็นต้น ซึ่งการจัดประสบการณ์ในขั้นตอนนี้ ครูจะใช้เทคนิควิธีการจัดประสบการณ์ที่หลากหลายเพื่อให้เด็กได้เรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น ในกิจกรรมหุ่นน้อยพันสวย ครูเล่นนิทานเรื่อง “คุณฟองนักแปร่งฟัน” แล้วให้เด็กแบ่งกลุ่มๆ ละ 4-6 คน เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ แปร่งสีฟัน กาวน้ำ กระดาษสีขาว แล้วจัดการเรียนรู้โดยแสดงบทบาทสมมติ ให้เด็กแต่ละกลุ่มเป็นคุณฟองเดินทางออกไปแปร่งฟันให้สัตว์ต่างๆ เช่น หมี ปลา ฮิปโป จระเข้ ซึ่งเด็กจะใช้แปรงสีฟันจุ่มกาวแล้วทาไปที่ฟันของสัตว์ที่มีเศษอาหารติดอยู่ แล้วใช้กระดาษสีขาวปะติดให้ฟันขาวสะอาด จะเห็นได้ว่าเด็กได้เรียนรู้การทำความสะอาดฟันจากนิทาน แล้วลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมผ่านตัวแบบจากนิทานคือคุณฟอง ทำให้เด็กได้เรียนรู้วิธีและประโยชน์ของการแปร่งฟัน ซึ่งกระบวนการจัดกิจกรรมดังกล่าวเด็กจะเกิดการเรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติ (learning by doing) ตามแนวคิดของดิวอี้ (Dewey) และได้เห็นตัวแบบในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังที่ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551: 65-66) ได้กล่าวไว้ว่า เด็กอายุ 3-5 ขวบ เป็นวัยของการพัฒนาความคิดริเริ่มหรือความรู้สึกผิด (Initiative vs. Guilt) เด็กจะมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนสิ่งต่างๆ รอบตัว อยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง การเรียนรู้จะดีที่สุดต่อเมื่อเด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้ลงมือกระทำด้วยตนเองและเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งสอดคล้อง

กับทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ที่ว่าการเรียนรู้เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลพยายามปรับตัวให้อยู่ในสภาวะสมดุลด้วยการใช้กระบวนการดูดซึมและกระบวนการปรับให้เหมาะสม จนทำให้เกิดการเรียนรู้โดยเริ่มจากการสัมผัส ต่อมาจึงเกิดความคิดทางรูปธรรมและพัฒนาไปเรื่อย ๆ จนเกิดความคิดที่เป็นนามธรรมซึ่งเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามลำดับ (ทิสนา แชมมณี และคนอื่นๆ. 2544: 13) และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ที่ว่าการเรียนรู้เกิดจากการสังเกต และการเลียนแบบ คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเราอยู่เสมอ และการเรียนรู้ดังกล่าวทำให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้โดยตัวแบบ และการเลียนแบบนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ผลการกระทำ คำบอกเล่า และความน่าเชื่อถือของตัวแบบได้ การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยจึงเกิดขึ้นได้จากกระบวนการต่างๆ ของการเลียนแบบของเด็ก (สิริมา ภิญญอนันตพงษ์. 2553: 58-59)

ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) เป็นการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ ไปใช้ในการลงมือฝึกปฏิบัติกิจกรรมในสถานการณ์จริง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้กับตนเอง ซึ่งการจัดประสบการณ์ในขั้นตอนนี้ ครูจะให้เด็กฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยครูจะบอกขั้นตอนในการปฏิบัติแล้วให้เด็กปฏิบัติตามด้วยตนเอง เช่น ในกิจกรรมหนูน้อยฟันสวย เด็กจะแปรงฟันบน-ล่างโดยวิธีการสลับ (ถูไปมาตามแนวนอน) โดยวางแปรงสีฟันตั้งฉากกับตัวฟันด้านนอก จากนั้นขยับแปรงไปมาตามแนวนอนเป็นระยะทางสั้นๆ แล้วจึงเคลื่อนไปตำแหน่งใหม่ สำหรับด้านในทำแบบเดียวกันให้ครบทุกซีก โดยเริ่มจากกระพุ้งแก้มจากด้านขวาไปด้านซ้าย ส่วนฟันด้านบดเคี้ยววางแปรงหงาย-คว่ำเข้าหาด้านบดเคี้ยวแล้วถูไปมา แล้วแปรงลิ้น บ้วนปากให้สะอาด ในกิจกรรมขนแปรงที่รัก เด็กจะได้บิ๋บยาสีฟันด้วยตนเองโดยต้องบิ๋บพอประมาณแล้วเด็กก็แปรงฟันตามขั้นตอนที่เคยเรียนรู้และฝึกปฏิบัติมา เมื่อแปรงเสร็จเด็กจะฝึกล้างแปรงสีฟันโดยจะเปิดน้ำใส่ขนแปรงแล้วใช้นิ้วมือล้างคราบยาสีฟันที่ติดขนแปรงออกให้หมด จากนั้นสลัดน้ำออกแล้วช่วยกันตรวจสอบความสะอาดแปรงสีฟันของตนเองกับเพื่อน ซึ่งขณะปฏิบัติกิจกรรมครูจะชมเชยเด็กที่ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งกระบวนการจัดกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องทฤษฎีการเรียนรู้ของบรูเนอร์ ที่ว่าการจัดการเรียนการสอนจะเน้นการเรียนรู้ในทางลึก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนได้สร้างองค์ความรู้จากสิ่งที่ตนรู้มาก่อนแล้ว เป็นการเรียนรู้แบบค้นพบ (Discovery learning) ที่เปิดโอกาสให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยผ่านการสำรวจ การถามคำถาม การนำเสนอข้อมูล หรือสถานการณ์ต่างๆ ให้กับผู้เรียนเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนค้นคว้าและค้นพบกฎเกณฑ์ต่างๆ ด้วยตนเอง (นภเนตร ธรรมบวร. 2549: 45-48) เด็กได้เชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์เดิมเพื่อเรียนรู้และสร้างองค์ความรู้ใหม่ สอดคล้องกับหลักการถ่ายโยงการเรียนรู้ที่ว่า การถ่ายโยงจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้เรียนมีความเข้าใจอย่างมีความหมาย จึงจะสามารถนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกัน (สุรางค์ โค้วตระกูล. 2559: 263) นอกจากนี้ กิจกรรมเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นและทำกิจกรรมซ้ำตามความต้องการของเด็กแต่ละคน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เด็กได้ฝึกฝนทักษะจนเกิดความชำนาญ สอดคล้องกับกฎการเรียนรู้ของธอร์นไคค์ ได้แก่ กฎแห่งการฝึกหัด (Law

of Exercise) ที่ว่าการฝึกหัดหรือการกระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจจะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร ถ้าไม่ได้กระทำซ้ำบ่อยๆ การเรียนรู้จะไม่คงทนถาวร และในที่สุดก็อาจลืมได้ และกฎแห่งการใช้ (Law of Use and Disuse) ที่ว่าการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ความมั่นคงของการเรียนรู้จะเกิดขึ้น หากได้มีการนำไปใช้บ่อยๆ หากไม่มีการนำไปใช้อาจมีการลืมเกิดขึ้นได้ (ทิตนา แชมมณี. 2557: 51)

ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) เป็นการร่วมกันสรุปองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านวิธีการที่หลากหลาย เช่น การบอกเล่าเรื่องราว การวาดภาพ การแสดงท่าทาง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมา เพื่อนำไปใช้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งการจัดประสบการณ์ในขั้นตอนนี้เด็กจะนำความรู้ที่จากการทำกิจกรรมต่างๆ การฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ แล้วสรุปเป็นองค์ความรู้ที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามความเข้าใจของตนเองโดยครูเป็นเพียงผู้ชี้แนะ เช่น ในกิจกรรมหนูน้อยแสนสะอาด เมื่อเด็กได้ฝึกปฏิบัติในการล้างแขนทั้งสองข้างแล้ว เด็กจะร่วมกันสรุปเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องล้างทำความสะอาดแขน สถานการณ์ใดบ้างที่เด็กๆ ต้องล้างทำความสะอาดแขน วิธีการล้างทำความสะอาดแขนทั้งสองข้าง พร้อมทั้งทำท่าทางประกอบเพื่อเป็นการทบทวน ซึ่งกระบวนการจัดกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) ที่ว่าการเรียนรู้แบบสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง เป็นรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการทางสังคม และการปฏิบัติจริง โดยผู้เรียนจะเรียนรู้และสร้างความรู้ได้จากสังคมที่อยู่จากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน หรือจากเพื่อน ผู้เรียนจะเรียนรู้วิธีการหาแนวคิดรวบยอด ด้วยตัวเอง โดยแต่ละคนก็จะมีวิธีการของที่แตกต่างกันเนื่องจากมีภูมิหลังและประสบการณ์ ที่แตกต่างกัน ในการร่วมกันคิด และเข้าถึงองค์ความรู้ที่แท้จริงจะมุ่งเน้นไปที่กระบวนการสร้างความรู้ (process of knowledge construction) ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้จัดกระทำกับข้อมูลหรือประสบการณ์ต่างๆ และจะต้องสร้างความหมายให้กับสิ่งนั้นด้วยตนเองโดยการให้ผู้เรียนอยู่ในบริบทจริง (Fosnot. 1992 171; ทิตนา แชมมณี. 2557: 90-94) สอดคล้องกับ ดีนส์ ที่กล่าวว่า เมื่อเด็กได้ทำกิจกรรมและสรุปร่วมกับเพื่อนจะเป็นวิธีการที่จะทำให้เด็กสามารถพัฒนากระบวนการเรียนรู้ไปสู่ความคิดรวบยอดและสามารถสรุปเป็นกฎทั่วไปได้ในที่สุด (Dienes. 1971: 31-36; Smith. 2004: 18)

3. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้

3.1.1 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนรวมและรายด้านที่ประเมินก่อนและหลังทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กอยู่ในระดับน้อยมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.27 คะแนน และหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 คะแนน และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า

ด้านสุขอนามัยส่วนตัว

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M=1.60$, $SD=0.34$) และหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก ($M=3.48$, $SD=0.19$) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดประสบการณ์ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขอนามัยส่วนตัวสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยได้จัดให้กับเด็กปฐมวัย เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริงในการรักษาความสะอาดอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ใบน้หน้า ช่องปาก มือ แขน ลำตัว และการขับถ่าย ซึ่งจะแบ่งการจัดกิจกรรมในการดูแลอวัยวะส่วนต่างๆ อย่างชัดเจน โดยให้เด็กได้ฝึกปฏิบัติรักษาความสะอาดอย่างต่อเนื่อง เน้นกิจกรรมที่เด็กต้องปฏิบัติจริงในกิจวัตรประจำวัน เช่น การล้างมือ การล้างหน้า การทำความสะอาดแขนขา การบ้วนปาก ซึ่งเด็กจะได้เรียนรู้วิธีการ ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขอนามัยส่วนตัวสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องส่งเสริมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ข้อ 1 เรื่อง การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด ซึ่งถือเป็นการดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่สำคัญ เพื่อป้องกันสิ่งสกปรก ฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่ติดมาในชีวิตประจำวันเข้าสู่ร่างกายซึ่งจะทำให้เจ็บป่วยได้ นอกจากนี้การเป็นคนสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อยจะเป็นที่นาคบหาของเพื่อนๆ คนรอบข้าง และคนอื่นๆ (กองสุศึกษา.2552: 7-8) และสอดคล้องกับนิพนธ์พร วรมงคล และสุขจริง ว่องเดชากุล (2558: 36) ได้กล่าวถึง การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายสำหรับเด็กปฐมวัย จะต้องเข้าใจเด็กและสอนอย่างใจเย็น อธิบายอย่างมีเหตุผล ไม่บังคับ เพราะเด็กวัยนี้เป็นวัยซุกซนชอบเล่น และเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวด้วยตนเองโดยไม่เข้าใจว่าสิ่งใดสะอาดหรือไม่สะอาด ดังนั้นจึงต้องแนะนำวิธีการในการรักษาความสะอาดอนามัยส่วนบุคคลเบื้องต้นให้เด็กปฏิบัติตามเพื่อปลูกฝังนิสัยตั้งแต่เด็ก เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย หู ตา มือ เท้า ให้สะอาด การล้างมือหลังการขับถ่าย เป็นต้น

ด้านความปลอดภัย

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M=1.79$, $SD=0.35$) และหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก ($M=3.59$, $SD=0.19$) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดประสบการณ์ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัยสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยได้จัดให้กับเด็กปฐมวัย เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริงในปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การใช้ของเล่น เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ การเล่นเครื่องเล่นสนาม บ่อทราย และการใช้สถานที่ภายในบริเวณโรงเรียน ซึ่งกระบวนการจัดกิจกรรมจะฝึกให้เด็กได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในบริเวณโรงเรียน อุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ถ้าเด็กปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง สถานการณ์จำลอง แล้วให้เด็กฝึกการปฏิบัติตนด้วยความปลอดภัยในสถานการณ์จริง จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความปลอดภัยสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวิชัย

เทียนถาวร (2555: 370-371) ได้กล่าวถึงแนวทางในการจัดการความปลอดภัยสำหรับเด็กปฐมวัย ว่าควรสอนให้เด็กรู้จักหลีกเลี่ยงอันตราย ปฏิบัติตามกฎแห่งความปลอดภัยที่เข้าใจง่ายให้เด็ก ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ และมีทักษะชีวิตเพื่อความปลอดภัย เช่น สอนให้เด็กรู้จักจุดเสี่ยง สถานการณ์อันตรายง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน โดยบอกกรณีตัวอย่างและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สอนให้เด็กรู้จัก การปกป้องร่างกายตนเอง สอนให้รู้จักจัดการความขัดแย้งโดยไม่ใช้ความรุนแรง และสอดคล้องกับ พหุวิธี ผลโยธิน (2559: 5-26) ที่กล่าวไว้ว่า การปลูกพฤติกรรมความปลอดภัยของเด็กปฐมวัยมีความสำคัญต่อตัวเด็ก ในการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยในชีวิตประจำวันจนเกิดความเคยชิน ได้แก่ ช่วยให้เด็กปฐมวัยมีชีวิตรอดปลอดภัย ช่วยให้เด็กปฐมวัยเรียนรู้ภัยอันตรายต่างๆ ช่วยให้เด็กปฐมวัยรู้วิธีปฏิบัติตน และช่วยให้เด็กปฐมวัยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความมั่นใจ และมีความสำคัญต่อสังคม ซึ่งเมื่อเด็กเติบโตขึ้นมาในสังคมย่อมส่งผลดีต่อสังคมนั้นๆ ได้แก่ ช่วยลดอุบัติเหตุในสังคม ทำให้สังคมเกิดความสงบสุข ทำให้สังคมเข้มแข็งมีความสำคัญ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสังคม และทำให้สังคมลดค่าใช้จ่าย เป็นต้น

ด้านการบริโภคอาหาร

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M=1.81, SD=0.61$) และหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก ($M=3.49, SD=0.29$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดประสบการณ์ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากในกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดให้กับเด็กปฐมวัยจะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงเป็นอันตรายกับร่างกาย เช่น ขนมกรุบกรอบ ผ่านการจัดประสบการณ์ประกอบอาหาร แล้วให้เด็กรับประทานอาหารที่ตนเองทำ จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารสูงขึ้น ดังที่ได้กำหนดไว้ในสุขบัญญัติแห่งชาติข้อ 4 กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สดุดชาติ ซึ่งการกินอาหารที่ดีมีประโยชน์อย่างพอเพียงและเหมาะสม กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย พืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ ซึ่งจะมีวิตามิน แร่ธาตุ และช่วยป้องกันโรคต่างๆ ไม่กินอาหารหมักดอง อาหารที่ใส่สีสังเคราะห์ เพราะมีสารที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง (กองสุขศึกษา.2552: 10-11) ซึ่งสอดคล้องกับทิพวรรณ เรืองขจร (2550: 99-104) ที่ได้กล่าวถึง แนวปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ว่าต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย กินข้าวเป็นหลักสลับแบ่งเป็นบางมื้อ กินผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ กินปลาเนื้อสัตว์ ไข่ เป็นประจำ หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด และสอดคล้องกับทัศนีย์ ลิ้มสุวรรณ (2556: 5-52) ที่กล่าวไว้ว่า เด็กปฐมวัยมีความสำคัญในการปูพื้นฐานนิสัยการกินของเด็กคนนั้นว่าจะชอบกินอะไร ไม่ชอบกินอะไร กินมาก กินน้อย กินจุบจิบหรือกินเป็นเวลา ซึ่งจะเป็นนิสัยการกินที่ติดตัวไปจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กมีนิสัยการกินอาหารที่ดีมีประโยชน์ ให้สารอาหารเพียงพอ

กับความต้องการของร่างกาย และป้องกันการกินอาหารไม่สะอาด ดังนั้นจึงควรปลูกฝังนิสัยและพฤติกรรมการกินอาหารที่ดีให้กับเด็กปฐมวัย

ด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหาร

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M=1.59$, $SD=0.31$) และหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก ($M=3.49$, $SD=0.29$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดประสบการณ์ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหารสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากในกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมเด็กขณะรับประทานอาหาร เช่น ใช้ช้อนตักอาหารเข้าปากโดยไม่ใช้มือหยิบ การไม่พูดคุยขณะรับประทานอาหาร การเคี้ยวอาหารโดยไม่มีเสียง และไม่รบกวนในการรับประทานอาหาร ผ่านการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การใช้สถานการณ์จำลอง และฝึกปฏิบัติในช่วงการรับประทานอาหารกลางวัน ซึ่งเด็กจะปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่องทุกวัน จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขนิสัยการรับประทานอาหารสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทัศนีย์ ลิ้มสุวรรณ (2556: 5-52) ที่กล่าวว่า สุขนิสัยการรับประทานอาหาร เป็นการปฏิบัติตนหรือประพฤติตนในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับบุคคล สถานที่ และกาลเทศะ จำเป็นต้องฝึกฝนให้เกิดเป็นนิสัยเพื่อให้เป็นที่ชื่นชมแก่ผู้พบเห็น ซึ่งการส่งเสริมให้เด็กมีนิสัยการกินที่ดี จะช่วยเป็นพื้นฐานนิสัยการกินที่ดีต่อไปเมื่อเด็กโตขึ้น โดยควรฝึกฝนให้เด็กกินอาหารให้ถูกสุขลักษณะ และมีมารยาทในการกินอาหารที่ดี เช่น การฝึกให้เด็กกินอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ ได้แก่ ฝึกให้เด็กล้างมือก่อนกินอาหารทุกครั้ง ฝึกให้เด็กใช้ภาชนะและอุปกรณ์การกินที่สะอาด ฝึกใช้ช้อนกลางตักอาหารที่กินร่วมกับผู้อื่น ฝึกการรักษาความสะอาดระหว่างการกินอาหาร พยายามให้อาหารอยู่บนจาน อาหารที่ตกหล่นเลอะเทอะไม่นำมากินอีก การฝึกให้เด็กใช้อุปกรณ์ในการกินอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ ฝึกการใช้ช้อนและส้อมในการตักอาหารเข้าปาก ฝึกการใช้ภาชนะและอุปกรณ์ของตนเอง ไม่ใช้ของผู้อื่นและไม่นำมาเป็นของเล่น การฝึกให้เด็กมีมารยาทในการกินอาหาร ได้แก่ การกินอาหารด้วยความเรียบร้อย ไม่มูมมาม ไม่ส่งเสียงดัง ให้กินอาหารคำเล็กๆ ที่สามารถตักเข้าปากได้โดยไม่หกเลอะเทอะและเคี้ยวได้สะดวก รู้จักการหุบปากเมื่อเคี้ยวอาหาร ไม่เล่นระหว่างกินอาหาร เป็นต้น

ด้านทัศนสุขภาพ

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M=1.59$, $SD=0.33$) และหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก ($M=3.53$, $SD=0.21$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดประสบการณ์ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านทัศนสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยได้จัดให้กับเด็กปฐมวัย เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริงในการแปรงฟันอย่างถูกวิธี เช่น การแปรงฟันหน้าโดยวิธีการสครับ (ถูไปมาตามแนวนอน) การแปรงฟันด้านบดเคี้ยว การแปรงลิ้น รวมถึงการรักษาความสะอาดอุปกรณ์แปรงฟัน ซึ่งกระบวนการจัดกิจกรรมจะฝึกให้เด็กได้เรียนรู้ประโยชน์ของฟัน โทษของการไม่แปรงฟัน ผ่าน

กิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การเล่นิทาน การแสดงบทบาทสมมติ การปฏิบัติการทดลอง เป็นต้น เมื่อเด็กได้เรียนรู้ผ่านวิธีการที่หลากหลาย เด็กจะนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพด้านทันตสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องส่งเสริมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ข้อ 2 รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง โดยควรส่งเสริมให้เด็กแปรงฟันให้สะอาดอย่างทั่วถึงทุกที่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอนและก่อนเข้านอนตอนกลางคืน แปรงลิ้นทุกครั้งหลังการแปรงฟันเพื่อกำจัดคราบอาหารตกค้าง บ้วนปากให้สะอาดทุกครั้งหลังกินอาหาร และล้างแปรงสีฟันให้สะอาดทุกครั้งหลังการแปรงฟัน และตั้งหรือแขวนไว้ในที่อากาศถ่ายเท (กองสุศึกษา. 2552: 7-8) และสอดคล้องกับสุขจริง ว่องเดชากุล (2558: 36-37) ได้กล่าวถึง การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันสำหรับเด็กปฐมวัย ว่าควรสอนให้รู้จักการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ หรืออย่างน้อยเวลาตื่นนอนตอนเช้าและก่อนนอน พร้อมทั้งฝึกให้เด็กแปรงฟันหน้ากระจกเงา เพื่อให้เด็กเรียนรู้ถึงวิธีการแปรงฟันให้สะอาดอย่างทั่วถึง รวมทั้งปล่อยให้แปรงฟันด้วยตัวเองเพราะเด็กมีพัฒนาการข้อมือที่ดีแล้ว

ด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม

ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M=1.48$, $SD=0.35$) และหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก ($M=3.45$, $SD=0.30$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดประสบการณ์ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนม สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากในกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมเด็กในการดื่มน้ำเปล่า การดื่มน้ำดื่ม/ขนมกรบกรอบ เช่น ดื่มน้ำเปล่าขณะอยู่โรงเรียนอย่างเพียงพอ การดื่มน้ำเปล่าตามทันทีหลังจากดื่มนม การดื่มน้ำดื่ม/ขนมกรบกรอบ น้ำหวาน น้ำชารสต่างๆ และขนมกรบกรอบ ผ่านการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การทดลองวิทยาศาสตร์กับน้ำอัดลม เพื่อให้เด็กเห็นถึงอันตรายของน้ำอัดลม การทดลองปฏิบัติการตามหาน้ำตาลทราย โดยเด็กจะเรียนรู้ถึงจำนวนน้ำตาลทรายที่ผสมในน้ำอัดลม น้ำหวาน และน้ำชารสต่างๆ และร่วมกันเรียนรู้ถึงโทษของการรับประทานน้ำตาลมากเกินไป แล้วจึงปลูกฝังให้เด็กดื่มน้ำเปล่าอย่างเพียงพอ เรียนรู้โทษของขนมกรบกรอบ เป็นต้น จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคน้ำดื่ม/ขนมสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับฉันทน์แจ้งขำ (2550: 8-10) ได้กล่าวไว้ว่า การกินขนมกรบกรอบทำให้ฟัน สติปัญญาลดลง เพราะการกินอาหารที่มีน้ำตาล เซลล์ของร่างกายจะขาดวิตามินที่ช่วยเผาผลาญน้ำตาลทำให้เกิดพลังงานพร้อมกับแย่งวิตามินจากระบบประสาทซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ และการพัฒนาสติปัญญาของเด็ก ขนมขบเคี้ยวจะมีคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนประกอบหลักมีความหวาน มัน เค็ม เมื่อรับประทานเข้าไปมากเกินไป จะก่อให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์ต่อร่างกายเมื่อไม่สามารถจะรับประทานได้ จึงควรรับประทานแต่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย

3.1.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ภายในแต่ละกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ RAPC พบว่าเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และได้ค่าขนาดส่งผลต่อคะแนนรวมในระดับมาก (Cohend's $d = 9.24$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้เรียนรู้ด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง แสดงว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองได้จริง ทั้งนี้เนื่องมาจากรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC จะส่งเสริมให้เด็กเรียนรู้จากการลงมือกระทำผ่านกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า โดยกำหนดเนื้อหาการเรียนรู้ผ่านการจัดกิจกรรมประจำวัน ใช้ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 32 ครั้ง มีเนื้อหาครอบคลุมองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ซึ่งรูปแบบกิจกรรมที่จัดให้เด็กในแต่ละครั้งจะมีความหลากหลายเหมาะกับการเรียนรู้กับเด็กปฐมวัย เช่น การทดลอง/ปฏิบัติการ การเล่านิทาน การแสดงบทบาทสมมติ และการสาธิต ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาเด็กปฐมวัยได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวทางการจัดประสบการณ์ ในหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยพุทธศักราช 2546 ที่ว่าการจัดประสบการณ์ควรจัดให้สอดคล้องกับลักษณะการเรียนรู้ของเด็กวัยนี้ คือเด็กได้ลงมือกระทำ เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้เคลื่อนไหว สำรวจ เล่น สังเกต สืบค้น ทดลอง และคิดแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ในรูปแบบบูรณาการ คือบูรณาการทั้งทักษะและสาระการเรียนรู้ รวมทั้งส่งเสริมลักษณะนิสัยที่ดีและทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, 2546: 34 - 35) สอดคล้องกับศศิลักษณ์ ขยันกิจและคณะ (2553: 24) ที่กล่าวถึงการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย ต้องจัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมพัฒนาการให้การศึกษาที่เน้นเด็กเป็นสำคัญ ยึดหลักการอบรมเลี้ยงดู โดยบูรณาการผ่านการเล่นได้รับประสบการณ์ตรงด้วยการลงมือกระทำ ได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้าในการสัมผัสสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว สร้างเสริมลักษณะนิสัยที่ดีและทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ให้เด็กได้ค้นพบศักยภาพของตนเอง ในการจัดการเรียนรู้แต่ละครั้งกิจกรรมที่เด็กได้ทำจะมีเนื้อหาสาระที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ แล้วให้เด็กฝึกปฏิบัติซ้ำๆ ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ แล้วจึงร่วมกันกับเพื่อนและครูสรุปองค์ความรู้ที่ได้รับ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น กิจกรรมหุ่นน้อยมือสะอาด เริ่มต้นจากขั้นทบทวนประสบการณ์ เด็กและครูร่วมกันร้องเพลง “ล้างมือ” พร้อมทำท่าทางประกอบตามจินตนาการ แล้วร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับวิธีล้างมือของเด็กแต่ละคนว่าทำอะไร และล้างตอนไหนบ้าง ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้เพลง สื่อ ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา แล้วสนทนาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อตรวจสอบความรู้และประสบการณ์เดิมของเด็ก โดยผู้วิจัยได้สนทนาร่วมกับเด็กเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เด็กมีความต้องการเรียนรู้ ได้เปิดโอกาสให้เด็กได้คิดถึงการปฏิบัติของตนเอง ทำให้ผู้สอนสามารถทราบถึงประสบการณ์และความรู้เดิมของเด็ก เพื่อให้สามารถวางแผนและเชื่อมไปสู่การจัดประสบการณ์และองค์ความรู้ใหม่ให้แก่เด็กได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ที่กล่าวว่าการจัดการเรียนรู้ในระดับปฐมวัยนั้นควรจัดประสบการณ์ตามระดับพัฒนาการของเด็ก และมีการจัดสภาพแวดล้อมที่

เอื้อต่อการเรียนรู้ ควรให้เด็กได้รับประสบการณ์ตรง โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สื่อสภาพแวดล้อม และบุคคลอื่นๆ เพื่อพัฒนากระบวนการปรับตัวของอินทรีย์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก และการจัดระบบโครงสร้างความคิด ซึ่งในกระบวนการนี้จะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Adaptation) อยู่ตลอดเวลาเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และการมีปฏิสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงในเด็กปฐมวัย จะมีกระบวนการเรียนรู้ 2 กระบวนการ คือ การดูดซึม (Assimilation) เป็นกระบวนการที่เด็กได้รับรู้และดูดซึมภาพต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมด้วยประสบการณ์ของตนเองและการปรับความเข้าใจเดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ (Accommodation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการดูดซึม ก่อให้เกิดกระบวนการปรับตัวโดยมีการปรุงแต่งรวบรวม และจัดการความคิดและประสบการณ์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่อยู่รอบๆ ตัวเขา เป็นกระบวนการปรับตัวของบุคคลหรือมนุษย์ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมตามความสามารถและประสบการณ์ที่เคยได้รับ (สิริมา ภิญโญนนตพงษ์. 2550: 55-57) จากนั้นแบ่งเด็กออกเป็น 4 กลุ่ม ในชั้นปฏิบัติการเรียนรู้ เด็กแต่ละกลุ่มร่วมกันทำน้ายาล้างมือ 4 กลิ่น คือ กลิ่นส้ม กลิ่นมะนาว กลิ่นสตอเบอรี่ และกลิ่นดอกไม้ โดยครูแนะนำขั้นตอนการทำที่ละขั้นตอน เมื่อทำเสร็จเด็กเทใส่ขวดบับแล้วนำไปวางไว้บริเวณอ่างล้างมือ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การทดลองปฏิบัติการ สถานการณ์จำลอง บทบาทสมมติ โดยเด็กจะได้ลงมือปฏิบัติจริงผ่านสื่อการเรียนรู้ของจริงที่หลากหลาย เพื่อเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางการศึกษาของ ดิวอี้ (Dewey's Educational Perspective) ได้กล่าวถึง การเรียนรู้ของเด็กเกิดจากการลงมือกระทำ (learning by doing) ยึดเด็กเป็นศูนย์กลางจากการทำจริงในสถานการณ์จริงและสื่อจริง ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการสอนแบบปฏิบัติการ (active learning) ที่ส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้โดยการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ที่เต็มไปด้วยความอยากรู้อยากเห็นกระตือรือร้นในการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมของแบนดูรา ว่าด้วยพฤติกรรมกระบวนการทางสมองและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้การสร้างการเรียนรู้ให้เด็กต้องเปิดโอกาสให้เด็กลงมือปฏิบัติมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ได้สัมผัสและตอบสนองกับประสบการณ์จริง จากนั้นให้เด็กฝึกการล้างมืออย่างถูกวิธี ในขั้นฝึกปฏิบัติ โดยครูแนะนำและสาธิตวิธีการล้างมือ แล้วให้เด็กกดน้ายาล้างมือแล้วทำตามทีละขั้นตอนโดยครูเปิดโอกาสให้เด็กทำกิจกรรมอย่างอิสระ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเริ่มต้นการจัดกิจกรรมโดยใช้การสาธิตในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ แล้วจึงให้เด็กปฏิบัติตามร่วมกันกับเพื่อน โดยครูจะเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำกิจกรรมอย่างอิสระ มีการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างเพื่อนและครูแล้วปรับปรุงให้ถูกต้อง ซึ่งเด็กจะได้ทำซ้ำๆ หลายครั้งจนจดจำวิธีการได้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้จริงในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551: 27) ที่กล่าวว่า เด็กเรียนรู้จากการทำซ้ำๆ การสร้างให้เด็กเกิดการเรียนรู้ต้องคำนึงถึงพัฒนาการและความต้องการของเด็กเด็กอยากรู้อยากเห็น สนใจค้นหาสิ่งที่ตนอยากรู้ การพัฒนาทางปัญญาจะเป็นไปอย่างรวดเร็วทำให้เด็กค้นคว้าไม่หยุดนิ่ง การให้โอกาสเด็กได้สัมผัสทำให้เด็กซึมซับประสบการณ์ สรุปลความรู้โดยกระบวนการทำอะไรซ้ำๆ และสอดคล้องทศนา แหมมณี (2557: 235) ที่ว่า ในการสร้างลักษณะนิสัย ควรให้ผู้เรียนได้มีโอกาสรับรู้และใส่ใจในเรื่องนั้นๆ ก่อน โดยการจัดสิ่ง

เรา สถานการณ์ประสบการณ์ หรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จนเกิดความพึงพอใจ เห็นคุณค่า ทำให้มีเจตคติที่ดี และประพฤติตนตามค่านิยมที่รับมาอย่างสม่ำเสมอจนเป็น เมื่อเด็กทำการฝึกปฏิบัติเสร็จแล้วจะเข้าสู่ขั้นสรรค์สร้างความรู้ โดยเด็กและครูร่วมกันสนทนากับขั้นตอน การล้างมือแต่ละขั้น ประโยชน์ของการล้างมือ การล้างมือในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเมื่อทำกิจกรรมเสร็จเด็กจะสาธิตการทำท่าทางล้างมือตามขั้นตอนที่ครูให้เด็กได้ฝึกปฏิบัติจนติดเป็นนิสัย ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะนำองค์ความรู้ที่ได้มาร่วมกันสรุป ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การสนทนา การวาดภาพ การสาธิตท่าทาง การทำผังความคิด แล้วเชื่อมโยงการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับเด็กนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) ที่ว่าการเรียนรู้จะมุ่งเน้นไปที่กระบวนการสร้างความรู้ (process of knowledge construction) และการตระหนักรู้ในกระบวนการนั้น (reflexive awareness of that process) เป้าหมายการเรียนรู้จะต้องมาจากการปฏิบัติจริง ครูจะต้องเป็นตัวอย่างและฝึกฝนกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเห็น และผู้เรียนจะต้องฝึกฝนการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งกิจกรรมจะต้องเปิดโอกาสให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับสื่อ วัสดุอุปกรณ์ที่เป็นของจริงและสอดคล้องกับความสนใจของผู้เรียน (ทิตนา แหมมณี, 2557: 94-95) ซึ่งจากกระบวนการจัดกิจกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเด็กได้ลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง ได้รับความรู้จากการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ได้รับองค์ความรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง จนเกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจนติดเป็นนิสัย ทำให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามวัย และสอดคล้องกับสุขภาพ โสมประยูร (2542: 53 – 54) ที่ได้กล่าวถึงแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระดับชั้นอนุบาล ว่าเด็กในวัยนี้จะไม่อยู่นิ่ง ชอบเล่นซน มีความสนใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ๆ ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ มีประสบการณ์และทักษะทางภาษาน้อย ครูควรเน้นในเรื่องการปฏิบัติในชีวิตประจำวันให้มากเป็นอันดับหนึ่ง เพื่อปลูกฝังให้นักเรียนปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และมีสุขภาพที่ดีตั้งแต่เยาว์วัย เจตคติเน้นเป็นอันดับสอง เนื่องจากมีความจำเป็นน้อยกว่าการปฏิบัติ ซึ่งการให้นักเรียนได้ปฏิบัติย่อมเป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อสุขภาพไปในตัว โดยจะได้มาในลักษณะผลพลอยได้จากการปฏิบัติส่วนความรู้ให้สอนแต่พอควร การให้ความรู้มากๆ นักเรียนจะเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งในขณะที่นักเรียนมีการปฏิบัติจะมีความรู้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ที่จะนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยไปใช้ ควรศึกษาและทำความเข้าใจในทฤษฎีพื้นฐานและหลักการของรูปแบบการจัดการเรียนรู้เป็นอย่างดีเพื่อสามารถนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้นี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 สถานศึกษาที่จัดการศึกษาปฐมวัย ควรให้มีการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยควรบูรณาการเข้าไปในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ไว้ในกิจกรรมประจำวัน

1.3 ครู ผู้ปกครอง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัย เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ดังนั้น ครู ผู้ปกครอง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพ

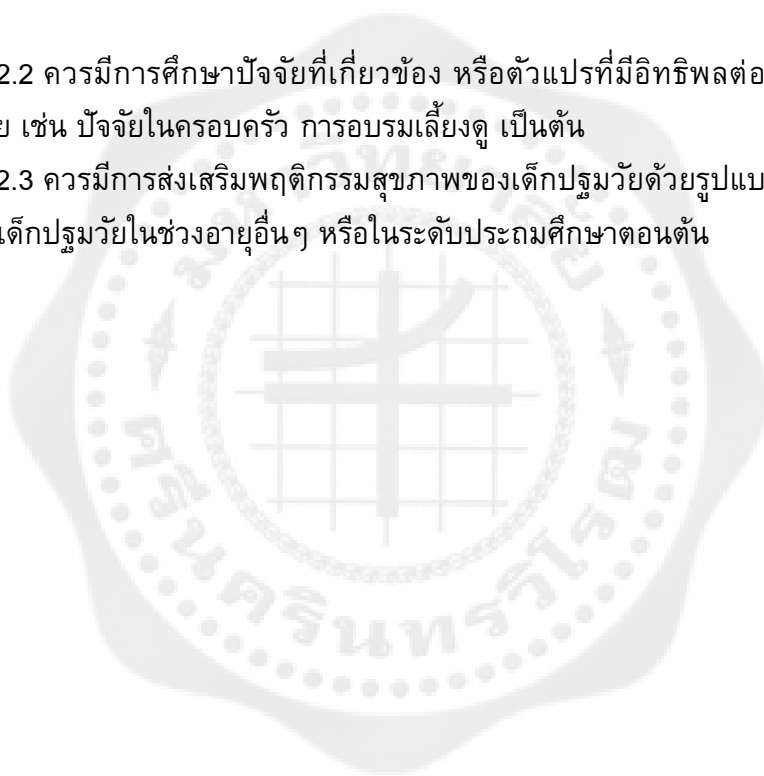
1.4 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษา สามารถนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กับนักเรียนในระดับอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำองค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ไปพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในประชากรกลุ่มอื่นๆ

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เช่น ปัจจัยในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู เป็นต้น

2.3 ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC ให้กับเด็กปฐมวัยในช่วงอายุอื่นๆ หรือในระดับประถมศึกษาตอนต้น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมวิชาการ. (2544). เทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนสำคัญที่สุด การจัดการเรียนรู้แบบ
ร่วมมือ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตาม
สุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา. กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย).
- (2551). มาตรฐานงานสุศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัย. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กันยา สุวรรณแสง. (2538). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2550). อัจฉริยาจารย์การศึกษาปฐมวัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- (2551). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ:
เบรนเบส บัค.
- เกริก ยุ้นพันธ์. (2543). การเล่านิทาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาสน์.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2552). เครือข่ายทางสังคมและระบบดัชนีสุขภาพโรงเรียนในฐานะ
ตัวแทรกแซงที่ส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ.
วิทยานิพนธ์ ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. นนทบุรี:
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559.
นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยา สุวรรณทัต และภัทรา สุคนธ์ทรัพย์. (2544). “พฤติกรรมเด็กประถมศึกษา” ใน
เอกสารการสอนชุดวิชา พฤติกรรมการสอนประถมศึกษา หน่วยที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 18.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2556). “พัฒนาการและการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กปฐมวัย” ใน
หลักการและแนวคิดทางการปฐมวัยศึกษา หน่วยที่ 17. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior).
มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เฉลิมพล ตันสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
สหประชาพานิชย์.

- เจดจันทร์ กองทอง. (2550). การจัดการเรียนรู้ที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนบ้านแม่ศึก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนาธิป พรกุล. (2559). การสอนกระบวนการคิด :ทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาณิการ์ เอิบอาบ. (2554). การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองตามแนวคิดเอไอซี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยอนุบาลในโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐณี แจ้งขำ. (2550, มกราคม). ขนมนักเด็กปฐมวัย. วารสารการศึกษาปฐมวัย. 11(1): 6-12.
- ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์. (2535). การเปรียบเทียบทฤษฎีพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงพงศ์ พงศ์สยาม. (2552). มานุษยวิทยาสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรี้นติ้ง เฮ้าส์.
- ดารณี จงอุดมการณ์และคณะ. (2546). รายงานวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของครอบครัวผู้มีรายได้น้อยชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวิวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ. (2551). การเรียนเชิงรุก (Active Learning). สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2556 จาก, <http://blog.eduzones.com/images/blog/sasitthep/File/activet.pdf>.
- ทัศนีย์ ลิ้มสุวรรณ. (2556). “อาหารสำหรับเด็กวัย 1-6 ปี” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา อาหารและโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย หน่วยที่ 6. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทิพวรรณ เรืองขจร. (2550). สุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ทิตนา แหมมณีและคณะ. (2544). วิทยาการด้านการคิด. กรุงเทพฯ: เดอะมาสเตอร์กรุ๊ป แมเนจเม้นท์.
- ทิตนา แหมมณี. (2557). ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนวรรณ อิมสมบุญ. (2542). พฤติกรรมสุขภาพ ใน สารานุกรมศึกษาศาสตร์ฉบับเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542. หน้า 301-304. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- . (2554). “พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ” ใน ประมวลสาระชุดวิชา สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-8. พิมพ์ครั้งที่ 11. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ธิดารัตน์ วิเศษศักดิ์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กก่อนวัยเรียน
โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ คก.ม.
(คหกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธิดิมาศ หอมเทศ. (2555). พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. สมุทรปราการ: โครงการ
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียว.
- ธีรยุทธ์ เสนีวงศ์ และคนอื่นๆ. (2545). เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพครู.
พิมพ์ครั้งที่ 4.นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นกเนตร ธรรมบวร. (2549). การพัฒนากระบวนการคิดในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิยา น้อยจันทร์. (2549). การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิตินัย.
- นิตยา คชภักดี. (2549). การสำรวจสภาวะสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มพพ.
- . (2551). พัฒนาการเด็ก (Child development) ใน ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก.
หน้า 359-394. กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. (2551). การสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เล่มที่ 1. เชียงใหม่ : นพบุรีการพิมพ์.
- นิตยา เพ็ญศิริธนา. (2556). “โภชนศึกษาในเด็กปฐมวัย” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารและ
โภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย หน่วยที่ 12. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- . (2558). “แนวคิดเกี่ยวกับสภาวะเด็กปฐมวัย” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสภาวะเด็ก
ปฐมวัย หน่วยที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิพนธ์พร วรมงคล และสุจรี ว่องเดชากุล. (2558). “ปัญหาสุขภาพกายในเด็กปฐมวัย
และการป้องกัน” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสภาวะเด็กปฐมวัย หน่วยที่ 6. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญเชิด ภิญโญนันทพงษ์. (2553). “คุณภาพเครื่องมือวัด” ใน ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนา
เครื่องมือสำหรับการประเมินการศึกษา หน่วยที่ 3 .พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- . (2545). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การวัดประเมินการเรียนรู้. กรุงเทพฯ:
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- . (2557). เอกสารประกอบการสอนรายวิชาระเบียบวิธีวิจัยและสถิติเพื่อการวิจัย
ทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : มปป.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). การสอนสุขศึกษา : ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ:
ไทยวัฒนาพานิช.
- ประเวศ วะสี. (2543). คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ:
มูลนิธิโกมลคีมทอง.

- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2551). จิตวิทยาอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือเสริมกรุงเทพฯ.
- ปิยะนุช จิตตสุนนท์. (2553). การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน: การจัดการพยาบาลในโรงเรียน.
สงขลา: ลิมบราเดอร์สเพรส.
- พัชรี ผลโยธิน. (2559). “การจัดประสบการณ์ด้านพฤติกรรมความปลอดภัยสำหรับเด็กปฐมวัย” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย หน่วยที่ 10. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พัชรี ผลโยธิน และอรุณี หรดา. (2558). “ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย หน่วยที่ 13. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พัชรี สวนแก้ว. (2545). เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาพัฒนาการและการดูแลเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: ดวงกมล.
- พิเชฐ เจริญเกษ. (2548). สุขศึกษากับกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เมธินี คูปพิทยานันท์ และวรวิทย์ ใจเมือง. (2555). “การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปาก” ใน การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากประตู...สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัย ของชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ยงยุทธ อั้นเจริญ. (2553). การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมพลศึกษาเพื่อพัฒนาสภาวะแบบองค์รวมสำหรับเด็กอนุบาล. วิทยานิพนธ์ ค.ด. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวพา เตชะคุปต์. (2542). กิจกรรมสำหรับเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: แม็ค.
- เยาวภา ดีอัสสุวรรณ. (2556). “แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการของการส่งเสริมสุขภาพ” ใน เอกสารประกอบการสอนวิชา การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เล่ม 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ระวีวรรณ แสงฉาย. (2549). “สุขภาพของเด็กวันก่อนเรียน” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพระดับปฐมวัยศึกษา หน่วยที่ 9. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ลดาวลัย ประทีปชัยกูร. (2546). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย. สงขลา: อัสลาบายต์เพรส.
- ลาวลัย พลกล้า. (2523). การสอนคณิตศาสตร์แบบปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2553). การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิดหลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. สมุทรปราการ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

- วัฒนาพร ระเบียบทุกข์. (2545). *เทคนิคและกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ*.
กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.
- วิชัย เทียนถาวร. (2555). *ตำราการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่*. นนทบุรี : กองสุศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- วิณี ชิตเชิดวงศ์. (2537). *การศึกษาเด็ก*. กรุงเทพฯ : ศิลปาบรรณาการ.
- วิมล ธนสุวรรณ. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เล่ม 1*. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสกุล ชัยเวียง. (2554). *สภาวะที่สัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ).
เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีสุดา ลีละศิธร และเมธิณี คุปพิทยานันท์. (2555). “การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย”
ใน *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากประตู...สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศศิลักษณ์ ขยันกิจ และคณะ. (2553). “การออกแบบการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ระดับ
ปฐมวัยศึกษา” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาสัมมนาหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้
ระดับปฐมวัยศึกษา หน่วยที่ 8*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศศิลักษณ์ ขยันกิจ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). “การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย”
ใน *ประมวลสาระชุดวิชาหลักการและแนวคิดทางการศึกษาปฐมวัย หน่วยที่ 8*.
พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิริพร โกสุม. (2548). *ขนมใส่ถุง 2 ลำดับที่ 19*. แม่บ้านทันสมัย: 69-72
- ศิริมา แสงอรุณ. (2544). *สุขภาพส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัด
กรุงเทพมหานคร เขตราชบุรีบูรณะ*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมจินตนา ภักดิ์ศรีวงศ์. (2538). *มารยาทในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : ต้นอ้อ.
- สมพงษ์ จิตระดับ. (2527). “กรณีตัวอย่าง.” ใน *เอกสาร กลวิธีการสอนจริยศึกษาและการสอดแทรก
คุณธรรมในการสอนตามหลักสูตรประถมศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
สภายุวกสมาคมแห่งชาติในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2553). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศรี คามาภิ และภาณี ขวัญดี. (2549). *พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับคนไทย*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมศักดิ์ ปรีปุระณะ. (2542). *นิทานสำหรับเด็ก*. ราชบุรี : สถาบันราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.

- สันหพัฒน์ อรุณธาริ. (2542). นิทานสำหรับเด็กปฐมวัย. ภูเก็ต : คณะครุศาสตร์
สถาบันราชภัฏภูเก็ต.
- สำนักงานคณะกรรมการแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). แผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2554 – 2559). กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2550). การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยไทย : ตามแนวคิดไฮสโคป .
กรุงเทพฯ: ชุมชมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- (2552). สมรรถนะของเด็กปฐมวัยในการพัฒนาตามวัย 3-5 ปี แนวทางสำหรับผู้ดูแลเด็ก
ครู และอาจารย์. กรุงเทพฯ: แปลน ฟอ์ คิดส์.
- สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา. (2546ก). คู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย 2546.
กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร.
- (2546ข). หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย 2546. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร.
- สิริมา ภิญโญนันตพงษ์. (2553). การวัดและการประเมินใหม่ : เด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ:
ดอกหญ้าวิชาการ.
- (2538). แนวการจัดประสบการณ์ปฐมวัยศึกษา (หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ:
ดวงกมล.
- (2550). เอกสารชุดวิชา ECED 201: การศึกษาปฐมวัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสวนดุสิต.
- สุขจรี ว่องเดชากุล. (2558). “การเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็กปฐมวัย” ใน เอกสารการสอน
ชุดวิชาสุขภาวะเด็กปฐมวัย หน่วยที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- (2558). “การดูแลส่งเสริมสุขภาวะเด็กแบบองค์รวมโดยสถานพัฒนาเด็ก” ใน
เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาวะเด็กปฐมวัย หน่วยที่ 13. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ และคณะ(2551). “การจัดประสบการณ์เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านร่างกาย”
ใน ประมวลสาระชุดวิชาการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย หน่วยที่ 7. พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์. (2550). เอกสารประกอบการจัดโครงการประชุมสัมมนาปฏิบัติการ
พัฒนาสภาพแวดล้อมการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ:
สาขาวิชาการศึกษามัธยมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาดา นทีตานนท์. (2550). ผลการจัดประสบการณ์แบบปฏิบัติจริงที่มีต่อความคิดสร้างสรรค์
ของเด็กปฐมวัย. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (การศึกษามัธยมศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาติ โสมประยูร และคณะ. (2550). สุขภาพเพื่อชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.
- สุชาติ โสมประยูร. (2542). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: เอมีเทรดดิ้ง.

- สุทาทิพย์ สกุลชีพัฒนา. (2536). *จิตวิทยาทั่วไป*. บุรีรัมย์: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2559). *จิตวิทยาการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และพินิจ พ้าอำนวยผล. (2554). “แนวโน้มสถานการณ์สุขภาพในประเทศไทย” ใน *ระบบสุขภาพและการจัดการ* หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ. (2553). *19 วิธีจัดการเรียนรู้: เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2557). *ดื่มน้ำดี มีประโยชน์รักษาสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2558 <http://www.bcnc.ac.th/bcncnew56/index.php>
- อรสา ละเอียดดี. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. *วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (สุขศึกษา)* กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรุณี หรดาล. (2552). “แนวการจัดประสบการณ์เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย* หน่วยที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อุไรพร จิตต์แจ้ง และคณะ. (2547). *การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก 3 - 15 ปี*. นครปฐม : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอัสมา วัฒนบุรณนทร์. (2556). *หลักการทางสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- Ajzen and Fishbein. (1980). *Understanding Attitude and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Amus, Oladipo Aduroja. (1984). *The Influence of Predisposing, Enabling, Reinforcing Factor on Certain Health Behaviors of School-Age Children in the University of Nigeria*. Nigeria : The C.V. Mosby Company.
- Bandura. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliff, N.J.: Prentice Hall.
- (1989). Self-efficacy. In V. S. Ramachandram (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*. California: Academic Press
- Bernstein. D. A. (1999) *Essentials of Psychology*. Houghton Mifflin Company.
- Breakenridge, M. E. ; L. Vincent. (1998). *Child Development Physical and Psychological Growth Through Adolescence*. Philadelphia : W.B. Asunders.
- Burry – Stock, Judith A.; Laurie, Cecelia, Chissom, Brad S. (1996, April). Rater Agreement Indexes For Performance Assessment, *Education and Psychological measurement*. 2 (56): 251 – 261.

- Comrey, A. L. & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Cruickshank. (1972). *The proterosuchian thecodonts*. In K. A. Joysey, T. S. Kemp (eds.), *Studies in Vertebrate Evolution* 89-119
- Dienes, Z.P. (1971). *Building up Mathematics*. 4th ed. Hutchinson Educational: London.
- Edge, Alfred G. ; Coleman; & Dennis R. (1982). *The Guide to case Analysis and Reporting*. Honolulu : System Logistics.
- Fosnot, C. (1992). Constructing Constructivism. In Duffy, T.M. & Jonassen, D.H. (Eds.), *Constructivism and the Technology of Instruction: A Conversation*, Hillsdale:
- Furr, R.M. (2008). *Summary of Effect Sizes and their Links to Inferential Statistics*. Department of Psychology Wake Forest University. Lawrence Erlbaum, 167-176.
- Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K. (1997). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Gochman, D. S. (1982). *Labels, Systems, and Motives: Some Perspectives on Future Research*. Health Education Quarterly, 9, 167–174
- Good Cater V. (1973). *Dictionary of Education*, 3rd ed. New York: McGraw – Hill.
- GreenbergJ, ., & Alge, B. J. (1998). *A ggressiver eactionst workplace injustice*. In R. W. Griffin, A. O'Leary-Kelly, & J. Collins (Eds.), *Dysfunctional behavior in organizations: Violent behaviors in organizations*, vol. 1: 83-118. Greenwich, CT: JAI Press.
- Guynes, L. C. (1994, January). School personal as models of health behaviors Among forth-grade public school children. *Dissertation Abstracts International*. 55(5) : 1835A.Hahn and Payne. (2001). *Focus on Health, Volume 2*. New York: McGrew – Hill.
- Hethrington and Parke. (1993). *Child Psychology*. McGraw Hill.
- Hohmann, M., & Weikart, D. P. (1995). *Educating young children: Active learning practices for preschool and child care programs*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- Johnson, D.W.; & Johnson, R.T. (1994). *Learning Together and Alone : Cooperative, Competitive and Intentional Learning*. 4th ed. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice.
- Jonassen, D. H. (1992). Evaluating Constructivistic Learning. In *Constructivism and the Technology of Instruction: A Conversation*, eds. T Duffy and D. Jonassen. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Kasl, S.A. & Cobb, S. (1966). *Health behavior, illness behavior, and sick role behavior*. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266
- Kazdin AE (1980). *Acceptability of alternative treatment for deviant child behavior*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 259-273.
- Kidd, Kenneth P.; Myers, Shirley S.; & Ciley, David M. (1970). *The Laboratory Approach to Mathematics*. Science Research Associates, Inc.
- Lorenzen, M. (2001). *Active Learning and Library Instruction*. Retrieved August 10, 2008, from <http://www.ericdigests.org/1995-1/elements.htm>.
- Norton, Marry Ann. (1987). *The Relationship of Parental Health Promoting Lifestyle to School-Age Children's Self-Esteem Perceive Health Status, Health Believes and Health behavior*. The university of Texas : Austin publication.
- Olsen, Hall E.R.; & Kagan S. (1992). *Cooperative Language Learning : About Cooperative Learning*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Orem, D.E. (1991). *"Nursing concept of Practice."* St. Louis: Mosby-Year. Inc.
- Palank, C. L. (1991). *Determinants of health-promotive behavior: A review of current research*. *The Nursing Clinics of North America*, 26(4), 815-832.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- (2006). *Health Promotion*. Murdaugh, C. L. and Parsons, M.A. New Jersey: Prentice Hall.
- Plummer, Patricia Ford. (1993, March). Assessment of nutrition knowledge, attitude and behaviors of tenth grade students in Massachusetts public high schools. *Nutrition Education International*. 53(8) : 4597A.
- Rosenthal, R. & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Shay, Cary. (1980, November). Simulation in the Classroom : An Appraisal. *Education Technology*. 34(2): 26 – 31.
- Skinner, B.F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Alfred A Knot Co.
- Slavin, R. (1987, November). "Cooperative Learning and Cooperative School," *Education Leadership*. 4.
- Smith, S.S. (2004). *Early Childhood Mathematics*. 2nd ed. Allyn and Bacon: Boston.
- Tabachnick, Barbara, G.; & Fidell, Linda, S. (2001). *Using Multivariate Statistic*. United States of America: Allyn; & Bacon.
- Twelger, Pual A. (1974). *"Designing Simulation System,"* Educational Technology October.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ



ผู้เชี่ยวชาญในการสัมภาษณ์เชิงลึก เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของปฐมวัย

1. อาจารย์จรงค์ อ่วมมีเพียร ครู วิทยฐานะครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนอนุบาลระยอง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาระยอง เขต 1
2. อาจารย์เบญจวรรณ นุชโส ครู วิทยฐานะครูชำนาญการ โรงเรียนนันทนุญสิทธิศิลป์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 2
3. อาจารย์สุชาดา จิตกล้า อาจารย์ สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
4. นางประภาภรณ์ จังพานิช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
5. นางสาวสมฤดี สุขอุดม สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1. อาจารย์ ดร. มิ่ง เทพครเมือง อาจารย์ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายประถม) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. อาจารย์ ดร.ปัทมวิษณุ ไบกุลลาบ อาจารย์ สาขาเทคโนโลยีและวิจัยเพื่อพัฒนาการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
3. อาจารย์ ดร.กิตติศักดิ์ นิวัฒน์ อาจารย์ สาขาการวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
4. อาจารย์ ดร. ศศิธร อมรินทร์แสงเพ็ญ อาจารย์ สาขาการศึกษาปฐมวัย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
5. อาจารย์ ดร.ดรรรัตน์ อุทัยพยัคฆ์ ศึกษานิเทศก์ วิทยฐานะศึกษานิเทศก์เชี่ยวชาญ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาราชบุรี เขต 1

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการเรียนรู้

1. อาจารย์ ดร.หฤทัย อนุสรราชกิจ อาจารย์ ภาควิชาการศึกษาปฐมวัย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
2. อาจารย์ ดร.เยาวนุช ทานาม อาจารย์ สาขาการศึกษาปฐมวัย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
3. อาจารย์ ดร.อรัญญา กุฎจอมศรี ครู วิทยฐานะครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนสนามบิน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1
4. อาจารย์ ดร. ศิริมงคล ทนทอง ครู วิทยฐานะครูชำนาญการ โรงเรียนบ้านดอกตรา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุรินทร์ เขต 1
5. อาจารย์ ดร.สมประสงค์ ปิวไรสงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี



ภาคผนวก ข

- ตัวอย่างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ตัวอย่างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

คำชี้แจง

1. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เป็นการประเมินการแสดงออกของเด็กปฐมวัยรายบุคคล ที่มีการแสดงออกถึงการกระทำที่ปรากฏตามความจริงเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

2. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เป็นการประเมินโดยภาพรวมต่อการกระทำที่แสดงออกตามความจริงของเด็กปฐมวัยเป็นรายบุคคล

3. ช่วงเวลาในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย คือ ช่วงเวลาที่เด็กทำกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งการทำกิจกรรมในและนอกห้องเรียน

4. ในการประเมินให้ครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมิน โดยเขียนชื่อ นามสกุล อายุ และชั้นเรียนของเด็กที่ถูกประเมิน พร้อมทั้งระบุวันเวลาที่ทำการประเมินลงในแบบประเมิน

5. วิธีการประเมินให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคะแนนท้ายข้อความบ่งชี้ที่เป็นการแสดงออกจริงของเด็กปฐมวัยเป็นรายบุคคล ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้
เกณฑ์การให้คะแนน

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีเกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

- | | | | |
|-------|---|---------|---|
| คะแนน | 1 | หมายถึง | เด็กไม่แสดงพฤติกรรมหรือแสดงพฤติกรรมไม่ถูกต้อง |
| คะแนน | 2 | หมายถึง | เด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองเป็นบางครั้ง |
| คะแนน | 3 | หมายถึง | เด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ |
| คะแนน | 4 | หมายถึง | เด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองทุกครั้ง |

ตัวอย่างรายการประเมินของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ข้อ	ข้อความบ่งชี้พฤติกรรม	ระดับการแสดงออกของเด็ก			
ด้านสุขอนามัยส่วนตัว		1	2	3	4
1	เมื่อล้างหน้าเสร็จแล้วเด็กใช้ผ้าขนหนูเช็ดหน้าให้แห้ง				
10					
ด้านทันตสุขภาพ		1	2	3	4
1	แปรงฟันบนล่างด้านหน้าโดยวิธีการสครับ (ถูไปมาตามแนวนอน)				
7					

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC
เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ตัวอย่างคู่มือรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เป็นการจัดประสบการณ์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับเด็กปฐมวัย โดยเน้นการเรียนรู้จากการลงมือกระทำผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในแต่ละด้านอย่างถูกวิธี เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience: R) เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมโดยใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น การร้องเพลง การท่องคำคล้องจอง การใช้สื่อของจริง รูปภาพ เพื่อกระตุ้นความสนใจแล้วร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของเด็กที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning: A) เป็นการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเด็กได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การเล่นเกม การเล่นเกมบทบาทสมมติ การทดลอง/ปฏิบัติการ ศิลปสร้างสรรค์ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice: P) เป็นการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ ไปใช้ในการลงมือฝึกปฏิบัติกิจกรรมในสถานการณ์จริง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้กับตนเอง

ขั้นที่ 4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ (Creation of Idea: C) เป็นการร่วมกันสรุปองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านวิธีการที่หลากหลาย เช่น การบอกเล่าเรื่องราว การวาดภาพ การแสดงท่าทาง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมา เพื่อนำไปใช้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน

บทบาทครู

การใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ครูควรมีบทบาท ดังนี้

1. ครูมีความเข้าใจในความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย อย่างชัดเจนจากการศึกษาคู่มือประกอบรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC
2. จัดเตรียมสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ตามที่ผู้วิจัยได้สร้างไว้ให้เป็นชุดๆ พร้อมทั้งจะใช้งานในแต่ละครั้ง
3. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ในแต่ละกิจกรรมที่จะเรียนรู้
4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ RAPC เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขั้นทบทวนประสบการณ์ ครูมีบทบาทกระตุ้นความสนใจให้เด็กเกิดความต้องการเรียนรู้พร้อมทั้งจัดเตรียมสื่ออุปกรณ์ จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ไว้ในห้องเรียน กระตุ้นให้เกิดการทบทวนประสบการณ์เดิมของเด็กจนเกิดความสนใจอยากรู้ พร้อมทั้งทำกิจกรรมการเรียนรู้ในขั้นต่อไป

4.2 ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ ครูมีบทบาทจัดเตรียมสื่อ วัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานเพียงพอต่อจำนวนเด็ก จัดหาสถานที่ให้เด็กได้มีโอกาสทำกิจกรรมการต่างๆ รวมถึงจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทดลอง การปฏิบัติกิจกรรมอย่างกระตือรือร้น เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่เด็กลงมือปฏิบัติกิจกรรมครูคอยกระตุ้นให้เด็กด้วยการตั้งคำถาม เกี่ยวกับเรื่องที่กำลังเรียนรู้ และครูเป็นผู้คอยสังเกต บันทึก คำพูด คำถามของเด็ก พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือเมื่อเด็กต้องการ

4.3 ขั้นฝึกปฏิบัติ ครูมีบทบาทในการเตรียมสื่อ สาริต ในการฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ พร้อมทั้งชี้แนะให้ความช่วยเหลือเมื่อเด็กต้องการ

4.4 ขั้นสรรค์สร้างความรู้ ครูมีบทบาทในการช่วยเหลือและแนะนำเด็กให้นำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ตามหัวข้อที่เด็กได้ทำกิจกรรมการเรียนรู้ ครูกระตุ้นการแสดงความคิดเห็นของเด็กด้วยคำถามจากการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้มีประสบการณ์ขยายผลการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนการคิดอย่างมีเหตุผลกับผู้อื่น

5. ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 32 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ ดังนี้

ตัวอย่างกำหนดการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

สัปดาห์ ครั้งที่	วัน เวลา ชื่อเรื่อง	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ RAPC	พฤติกรรม สุขภาพ
ประเมินพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัยก่อนเรียน (Pretest)				
1	1 จันทร์ 14.30 – 15.00 หนูน้อยหน้าใส	การล้างหน้าด้วย น้ำเปล่า แล้วใช้ ผ้าเช็ดหน้าให้แห้ง	- สนทนาล้างหน้าใน ชีวิตประจำวัน - กิจกรรมเปลี่ยนโฉม ใบหน้า - ฝึกล้างหน้า - สรุปวิธีการล้างหน้า	สุขอนามัย ส่วนตัว
	2 อังคาร			
	3 พุธ			
	4 พฤหัสบดี			

ตัวอย่างแผนการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 วันอังคาร เวลา 12.30 – 13.00 น.

ชื่อเรื่อง หนูน้อยฟันสวย

จุดมุ่งหมายการเรียนรู้

เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพด้านทันตสุขภาพในการแปรงฟันอย่างถูกวิธี
เนื้อหา

การแปรงฟันบนโดยวิธีการสครับ (ถูไปมาตามแนวนอน) ทำได้โดยการวางแปรงสีฟันตั้งฉากกับตัวฟันด้านนอก จากนั้นขยับแปรงไปมาตามแนวนอนเป็นระยะทางสั้นๆ 10 ครั้ง แล้วจึงเคลื่อนไปตำแหน่งใหม่ สำหรับด้านในทำแบบเดียวกันให้ครบทุกซีก โดยเริ่มจากกระพุ้งแก้มจากด้านขวาไปด้านซ้าย ส่วนฟันด้านบดเคี้ยววางแปรงหงายเข้าหาด้านบดเคี้ยวแล้วถูไปมา แล้วแปรงลิ้น บ้วนปากให้สะอาด

การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ RAPC

ขั้นทบทวนประสบการณ์ (Review of Experience : R)

- เด็กและครูร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับฟันของเด็กๆ ดังนี้
 - ฟันมีลักษณะอย่างไร
 - ฟันมีประโยชน์อย่างไร
- ครูนำโมเดลฟันมาให้เด็กดู และร่วมสนทนาเกี่ยวกับส่วนประกอบของปาก ฟัน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการแปรงฟัน ได้แก่ ฟันบน ฟันล่าง ฟันกราม เหงือก ลิ้น ยาสีฟัน แปรงสีฟัน แก้วน้ำ เป็นต้น
- เด็กและครูร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับการแปรงฟันของเด็กๆ ดังนี้
 - เด็กๆ แปรงฟันวันละกี่ครั้ง ตอนไหนบ้าง และใช้อุปกรณ์อะไรในการแปรงฟัน
 - เด็กๆ แปรงฟันบนอย่างไร
 - ครูให้เด็กทำท่าทางในการแปรงฟันบน

ขั้นปฏิบัติการเรียนรู้ (Active learning : A)

- ครูนำนิทานเรื่อง “คุณฟองนักแปรงฟัน” มาเล่าให้เด็กฟัง แล้วร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับการแปรงฟันของคุณฟอง
- เด็กแบ่งกลุ่มๆ ละ 4-6 คน และหยิบอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม ได้แก่ แปรงสีฟัน กาวน้ำ กระดาษสีขาว กลุ่มละ 1 ชุด
- ครูสร้างสถานการณ์จำลอง โดยให้เด็กแต่ละกลุ่มเป็นคุณฟอง แล้วเดินทางออกไปแปรงฟันให้สัตว์ต่างๆ โดยใช้แปรงสีฟันจุ่มกาวแล้วทาไปที่ฟันของสัตว์ที่มีเศษอาหารติดอยู่ แล้วใช้กระดาษสีขาวปะติดให้ฟันขาวสะอาด ได้แก่ หมู ปลา อีปิโป จระเข้

ขั้นฝึกปฏิบัติ (Practice : P)

7. เด็กแต่ละคนหยิบอุปกรณ์แปรงฟัน ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ และครูปาเด็ก มาบริเวณอ่างล้างหน้า

8. ครูแนะนำขั้นตอนการแปรงฟัน โดยใช้แผนภาพขั้นตอนประกอบการสาธิต และให้เด็กลงมือปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 วางแปรงสีฟันตั้งฉากกับตัวฟันด้านนอก จากนั้นขยับแปรงไปมาตามแนวนอนเป็นระยะทางสั้นๆ 10 ครั้ง แล้วจึงเคลื่อนไปตำแหน่งใหม่
- ขั้นตอนที่ 2 ฟันด้านในทำแบบเดียวกันให้ครบทุกซีก โดยเริ่มจากกระพุ้งแก้มจากด้านขวาไปด้านซ้าย
- ขั้นตอนที่ 3 ฟันด้านบนเคี้ยววางแปรงหงายเข้าหาด้านบนเคี้ยวแล้วถูไปมา แล้วแปรงลิ้น บ้วนปากให้สะอาด

ขั้นสร้างสรรค์ความรู้ (Creation of Idea : C)

9. เด็กและครูร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับประโยชน์ของการแปรงฟัน เช่น เด็กๆ คิดว่าฟันมีประโยชน์อย่างไร ถ้าเด็กๆ ไม่แปรงฟัน แล้วฟันของเด็กๆ จะเป็นอย่างไร เด็กใช้อุปกรณ์อะไรในการแปรงฟันบ้าง

10. เด็กและครูร่วมกันสนทนาเกี่ยวกับขั้นตอนการแปรงฟันบน เช่น เด็กๆ หันขนแปรงไปทางใด เด็กๆ แปรงฟันทั้ง 3 ด้านอย่างไร เด็กๆ คิดว่าเพราะอะไรจึงขยับแปรงไปมาจุดละ 10 ครั้ง

11. เด็กและครูร่วมกันสรุปขั้นตอนในการแปรงฟันบน พร้อมทำท่าทางประกอบตามคำพูดของเด็ก

สื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้

1. สื่อในการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ กระจกเงา
2. สื่ออื่นๆ ได้แก่ โมเดลฟันจำลอง แปรงสีฟัน กาวน้ำ กระดาษสีขาว ภาพสัตว์นิทานเรื่อง “คุณฟองนักแปรงฟัน”

การวัดและประเมินผล

สังเกตการแปรงฟันบนโดยการดูไปตามแนวนอนของเด็ก



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายเสกสรร มาตวังแสง
วันเดือนปีเกิด	26 กุมภาพันธ์ 2526
สถานที่เกิด	บ้านแสงเจริญ ตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	39/37 หมู่ 4 ตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	ครู วิทยฐานะครูชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงเรียนเทศบาลวัดเนินสุทธาวาส (สุทธิพงษ์ประชานุกุล) สำนักการศึกษา เทศบาลเมืองชลบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2544	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย (วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์) จาก โรงเรียนสตรีวิทยา 2 กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2548	การศึกษาระดับบัณฑิต (กศ.บ.) สาขาการศึกษาปฐมวัย จาก มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
พ.ศ.2550	บริหารธุรกิจบัณฑิต (บธ.บ.) สาขาการตลาด จาก มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2552	การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาการศึกษาปฐมวัย จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2559	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (ศษ.บ.) สาขาการวัดและประเมินผลการศึกษา จาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ.2560	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิทยาการทางการศึกษา และการจัดการเรียนรู้ (การศึกษาปฐมวัย) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร