



ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนวัย 10-18 ปี

Health Literacy and Health Behaviors of Student Age 10-18 Year

อรพินท์ สีขาว¹, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค¹

Orapin Sikaow¹, Suthisri Trakulsithichoke¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

¹Faculty of Nursing, Rangsit University

Corresponding Author: Orapin Sikaow; Email: orapin.si@rsu.ac.th

Received: February 18, 2024 Revised: May 7, 2024 Accepted: July 10, 2024

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพควรเริ่มจากวัยเรียน นักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ (เพศ เกรดเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนวัย 10-18 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่งสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 1 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเพื่อให้ได้โรงเรียน ห้องเรียน นักเรียน เลือกชั้นเรียนตามอายุ 3 กลุ่ม คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายอายุ 10-12 ปี มัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 13-15 ปี และมัธยมศึกษาตอนปลายอายุ 16-18 ปี รวม 286 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัย 10-18 ปี มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88, .70, .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Spearman Rank Correlation และสถิติ Chi-Square ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนั้น ยังพบว่า ในภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อหาความสัมพันธ์ในกลุ่มย่อย พบว่าในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนปลาย ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้รับอาหารที่มีคุณค่า สะอาด ปลอดภัย จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียน ครู และผู้ปกครอง งานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการจัดทำโปรแกรม เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; นักเรียนวัย 10-18 ปี; พฤติกรรมสุขภาพ



Health Literacy and Health Behaviors of Student Age 10–18 Year

Orapin Sikaow¹, Suthisri Trakulsithichoke¹

¹Faculty of Nursing, Rangsit University

Corresponding Author: Orapin Sikaow; Email: orapin.si@rsu.ac.th

Received: February 18, 2024 Revised: May 7, 2024 Accepted: July 10, 2024

Abstract

Health literacy should start at a young age. Students with higher health literacy may have more healthy behaviors, resulting in a better quality of life. Adolescents with low health literacy are also associated with low self-assessment of their health, obesity, and inappropriate health behaviors. This research objective was to study health literacy and health behavior. The relationship between health literacy and health behavior; the relationship between certain factors (gender, grade point average, body mass index, participation in health promotion activities) and the health behaviors of students aged 10–18 years. The participants were students in a school under the Educational Service Area Office 1, Mueang District, Pathum Thani Province. Multistage random sampling was used to obtain the selected school, classrooms, and students. The classrooms were selected according to age in 3 groups: upper primary school students aged 10–12 years, junior high school students aged 13–15 years, and high school students aged 16–18 years, for a total of 286 students. The instrument consisted of questionnaires to assess health literacy, health behavior, and participation in health promotion activities for students aged 10–18 years, adapted from the Health Education Division Ministry of Public Health. The Cronbach coefficients of the questionnaires were .88, .70, and .75, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics. Pearson Correlation and Chi-Square Statistics. The results found that the health literacy scores of the students were at a good level in all 3 sample groups, while health behaviors were at a fair level. It was also found that the health literacy of the overall students was not related to health behavior. However, the relationships among subgroups were found to show that health literacy had a low positive statistically significant relationship with health behavior ($p < .05$) among the students in upper-primary school and high school. The results also revealed that GPA has a statistically significant relationship with the health behavior of students ($p < .05$). Therefore, it can be suggested that the students should be encouraged to have good health habits and receive nutritious, clean, and safe food. The health promotion activities for students should be based on the participation of students, teachers, and parents. Future research should develop a program promoting health literacy and health behavior in various aspects.

Keywords: health literacy; students aged 10–18 year; health behavior



ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงมากขึ้น และผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้มีอายุที่เริ่มเป็นลดลง จึงจำเป็นต้องรับแก้ไขปัญหานี้โดยเริ่มที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน การพัฒนาปัจจัยในตัวบุคคล คือ การปลูกฝังให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ถูกหลอกหรือมีพฤติกรรมที่ผิดที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง¹ ช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้² บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอก็มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต จะไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ขาดการแสวงหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีสุขภาพทรุดโทรม³

เด็กและเยาวชนวัยเรียนเป็นประชากรกลุ่มที่มีความสำคัญมากต่ออนาคตของชาติ การดูแลสุขภาพของบุคคลต้องสร้างสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และเริ่มจากวัยเด็ก วัยเรียน สภาปฏิรูปแห่งชาติ ด้านสาธารณสุข ได้กำหนดแผนการปฏิรูปฉบับที่ 12 ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีโดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระบุให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate school) โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate hospital) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate communication)⁴ ดังนั้นการปฏิรูปความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจึงควรเริ่มจากโรงเรียน เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้เป็นทุนที่คงที่ แต่สามารถเพิ่มพูนได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการสร้างทักษะ⁵ โรงเรียนเป็นสถานที่ที่นักเรียนใช้เวลานานหลายปี เกิดการร่วมคิด ร่วมทำงานจนเกิดการพัฒนาศักยภาพ สังคม และมีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มสุขภาวะทางร่างกายและอารมณ์ที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ ในอีกด้านหนึ่ง สังคมยุคดิจิทัลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและรวดเร็ว กลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นวัยที่มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ดี ในขณะที่เดียวกันก็เป็นวัยที่ต้องเผชิญข้อมูลต่าง ๆ มากมายทั้งจริงและเท็จ การรู้คิดและใช้วิจารณญาณอาจยังไม่รอบคอบ ขาดประสบการณ์ อันก่อให้เกิดปัญหาทั้งกาย จิต สังคม มีการศึกษาพบว่า ในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย นักเรียนหญิงและชาย ร้อยละ 82.1 และ 86.2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ⁶ จากการสำรวจในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียน คือ นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2551-2564 เสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน และเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นักเรียนส่วนใหญ่ ดื่มน้ำอัดลมและรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดเป็นประจำ บริโภคผักและผลไม้ค่อนข้างต่ำ นักเรียนมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติดและสูบบุหรี่ นักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 14 ปี มีแนวโน้มที่จะมีอายุลดลง⁷ ส่วนนักเรียนวัย 7-14 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อยู่ในระดับดี แต่ค่าเฉลี่ยต่ำ ในเรื่องการดื่มน้ำอัดลม/เครื่องดื่มที่มีรสหวานและการออกกำลังกาย⁸ นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนวัยเรียนยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ เช่น เพศ น้ำหนัก เกรดเฉลี่ย ระดับการศึกษา การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการศึกษาหลายฉบับให้ผลที่ไม่สอดคล้องกัน เช่น เพศหญิงมีแนวโน้มของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย⁹ น้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน⁹ ค่าดัชนีมวลกายสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ¹⁰ เกรดเฉลี่ย สามารถทำนายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹¹ ระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้รับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย¹² กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดนิทรรศการ การจัดเตรียมห้องปฐมพยาบาล ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชนเผ่าไม่แตกต่างจากนักเรียนพื้นราบ⁹ และยังพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรม



ในชุมชน เช่น การเฝ้าระวังโรค การสร้างสุขอนามัยในชุมชน ช่วยยกระดับภาวะสุขภาพได้¹³

ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพคือต้นทางของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และนำไปสู่ “ผลลัพธ์ทางสุขภาพ” ที่ดีของแต่ละบุคคล ดังนั้นการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในวัยเรียนจึงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพและการดูแลตนเอง และผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการปฏิรูปความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ต้องเริ่มจากโรงเรียน เพราะถ้าเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อการเกิดโรคต่อไปในอนาคต จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่มักเน้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนในนักเรียนมักเน้นภาวะโภชนาการ ในกลุ่มเด็กอ้วน หรือศึกษาในนักเรียนกลุ่มเดียว เช่น ระดับประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนอายุ 10–18 ปี ซึ่งเป็นวัยที่กำลังศึกษาใน 3 ระดับ คือนักเรียนชั้น ประถมศึกษาตอนปลาย นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพราะวัยนี้สามารถอ่าน เขียน ได้คล่อง สามารถสื่อสาร พัฒนาความรู้ ทักษะ สร้างคุณค่า นานโยบายสู่การปฏิบัติและประพฤติดนให้มีความสุขได้¹⁴ โดยเลือกศึกษาในนักเรียนโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 1 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เพื่อช่วยให้ผู้วิจัย มีข้อมูลพื้นฐานด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนนี้ และใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นนำไปวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้นักเรียนในโรงเรียนนี้ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่ม นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ (เพศ เกรดเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ (เพศ เกรดเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสุขภาพ มีรายละเอียดการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ประชากร นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 10–18 ปี ซึ่งกำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 1 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เป็นโรงเรียนที่มีการสอนตั้งแต่ระดับประถมถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย (ที่จะนำมาสุ่มกลุ่มตัวอย่าง) ซึ่งมี 3 โรงเรียน รวมจำนวนนักเรียนทั้ง 3 โรงเรียนเท่ากับ 4,012 คน

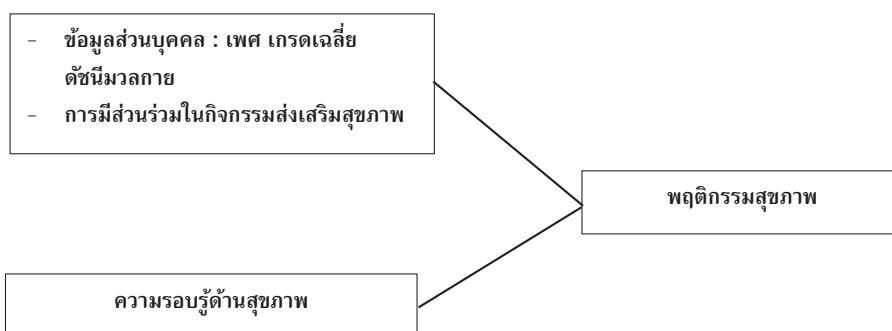
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนอายุ 10–18 ปี ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 1 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย

จากโรงเรียนเดียวกันเพื่อควบคุมความแตกต่างของบริบทของแต่ละโรงเรียน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบ multistage random sampling โดยแต่ละขั้นตอนใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เริ่มจากการสุ่มโรงเรียน 1 แห่งจาก 3 แห่ง แล้วสุ่มห้องเรียน และนักเรียนตามสัดส่วนนักเรียนในแต่ละระดับให้ได้จำนวนนักเรียนตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสุ่มกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan¹⁵ โดยกำหนดความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 5% สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร กำหนด 0.5 จากจำนวนนักเรียนทั้งหมดของชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายรวม 863 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 265 คน สุ่มโรงเรียน 10 ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและสูญหาย ได้เป็น 297 คน แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับชั้น ได้ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ จำนวน 286 ฉบับ คือประถมศึกษาตอนปลาย 100 ฉบับ มัธยมศึกษาตอนต้น 99 ฉบับ มัธยมศึกษาตอนปลาย 87 ฉบับ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีกรอบแนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองได้ โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียน¹⁶ ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มาสร้างแบบประเมินเป็น 4 องค์ประกอบ คือทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ลักษณะคำถามมุ่งเน้นการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน การประเมินพฤติกรรมสุขภาพใช้พฤติกรรมสุขภาพบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ¹⁶ ซึ่งเป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในวัยเด็ก สำหรับปัจจัยบางประการ (เพศ เกรดเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ) ได้มีการศึกษาพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ⁸⁻¹³ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Health education division, Ministry of Public Health¹⁷ ซึ่งนำคุณลักษณะพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ประการ มาสร้างเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อ) ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) ทักษะ



ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (4 ข้อ) ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อ) รวม 16 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง แปลความหมาย ดังนี้ ไม่เคยทำ = 1 คะแนน ทำได้ยากมาก = 2 คะแนน ทำได้ยาก = 3 คะแนน ทำได้ง่าย = 4 คะแนน ทำได้ง่ายมาก = 5 คะแนน คะแนนเต็มด้านละ 20 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 16.0-80.0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ Health education division, Ministry of Public Health¹⁷ ประกอบด้วยคำถามพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 5 ระดับ แปลความหมาย ดังนี้ ปฏิบัติ 6-7 วัน = 5 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน = 4 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน = 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน ถ้าเป็นคำถามเชิงลบจะกลับค่าการให้คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน = 1 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน = 2 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน = 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน = 4 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 5 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 12.0-60.0 คะแนน

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Health education division, Ministry of Public Health¹⁷ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ แปลความหมายดังนี้ ทุกครั้ง = 3 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 5.0-15.0 คะแนน

สรุปการแปลความหมายของแบบสอบถามได้ ดังนี้

รายการ	คะแนนเต็ม	ไม่ดี (< 60 % ของคะแนนเต็ม)	พอใช้ (60-69 % ของคะแนนเต็ม)	ดี (70-79 % ของคะแนนเต็ม)	ดีมาก (≥80 % ของคะแนนเต็ม)
ความรู้ด้านสุขภาพ					
- ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	20	4.0-11.9	12.0-13.9	14.0-15.9	16.0-20.0
- ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	20	4.0-11.9	12.0-13.9	14.0-15.9	16.0-20.0
- ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	20	4.0-11.9	12.0-13.9	14.0-15.9	16.0-20.0
- ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล และบริการสุขภาพ	20	4.0-11.9	12.0-13.9	14.0-15.9	16.0-20.0
สรุปคะแนนรวม	80	16.0-47.9	48.0-55.9	56.0-63.9	64.0-80.0
พฤติกรรมสุขภาพ	60	12.0-35.9	36.0-41.9	42.0-47.9	48.0-60.0
การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ฯ	15	5.0-8.9	9.0-10.4	10.5-11.9	12-15

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองกับนักเรียน โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 1 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยชนิดความสอดคล้องภายใน (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า ส่วนที่ 2 เท่ากับ .88 ส่วนที่ 3 เท่ากับ .57 และส่วนที่ 4 เท่ากับ .75 แบบสอบถามส่วนที่ 3 ที่เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคต่ำกว่า .70 จึงได้ปรับปรุงแบบสอบถามและตัดข้อความบางข้อที่ไม่มีความสอดคล้องภายใน หรือมีปัจจัยอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แบบสอบถาม 12 ข้อ และทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของส่วนนี้อีกครั้ง ได้เท่ากับ .70



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการโรงเรียน ประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้น เพื่อขอรายชื่อนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละชั้น หลังจากนั้นได้เข้าพบกับนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการวิจัย ขอความร่วมมือ และความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ถ้าผู้ปกครองมีข้อสงสัย อยากซักถาม สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ ตามเบอร์โทรศัพท์ในหนังสือขออนุญาต จากนั้นจึงนับวัน เวลาในการเก็บข้อมูล การทำแบบสอบถามจะผ่าน Google form

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศเสลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต ตามหนังสือเลขที่ COA. No. RSUERB2023-082 เมื่อได้รับรองการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้อธิบายและปฐมนิเทศกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด และทำหนังสือขออนุญาตจากบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุตัวบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำแบบสอบถาม บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่าง ต้องระบุในช่องยินยอมหรือไม่ยินยอม ในแบบยินยอม (consent form) เพื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test และ Kruskal-Wallis Test
3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ Spearman Rank Correlation
4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ (เพศ เกรดเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ Chi-Square

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 286 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.80 เป็นเพศหญิงร้อยละ 47.20 มีผลการเรียนระดับมากกว่า 3.5 91 คน คิดเป็นร้อยละ 31.80 ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (<18 กก./ม²) 128 คน คิดเป็นร้อยละ 44.80

กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 60.38 (SD=10.66) เมื่อแยกตามระดับชั้นพบว่าทุกระดับชั้นมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี โดยคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเท่ากับ 57.49 (SD=1.07) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ย 60.21 (SD=1.06) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ย 63.92 (SD=1.04) (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายด้วยสถิติ Kruskal-Wallis Test พบว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน ($p<.001$) ดังนั้นจึงทดสอบต่อโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนทั้ง 3 กลุ่มทีละคู่ ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของ



นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .001, .05 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมฯ

รายการ	ประถม (n=100)	ม.ต้น (n=99)	ม.ปลาย (n=87)	เฉลี่ยรวมทั้ง 3 กลุ่ม (n=286)
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	57.49 (SD=1.07) ดี	60.21 (SD=1.06) ดี	63.92 (SD=1.04) ดี	60.38 (SD=10.66) ดี
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมพฤติกรรมสุขภาพ	37.78 (SD=.84) พอใช้	35.00 (SD=.65) ไม่ดี	35.15 (SD=.64) ไม่ดี	36.02 (SD=7.18) พอใช้
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	9.50 (SD=.25) พอใช้	9.21 (SD=.27) พอใช้	9.94 (SD=.25) พอใช้	9.54 (SD=.25) พอใช้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน 3 กลุ่ม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Z test	p-value
ประถมศึกษาตอนปลาย กับ มัธยมศึกษาตอนต้น	-2.27	.023
มัธยมศึกษาตอนต้น กับ มัธยมศึกษาตอนปลาย	-4.30	.000
ประถมศึกษาตอนปลาย กับ มัธยมศึกษาตอนปลาย	-2.30	.021
พฤติกรรมสุขภาพ		
ประถมศึกษาตอนปลาย กับ มัธยมศึกษาตอนต้น	-2.595	.009
มัธยมศึกษาตอนต้น กับ มัธยมศึกษาตอนปลาย	-0.120	.904
ประถมศึกษาตอนปลาย กับ มัธยมศึกษาตอนปลาย	-2.50	.012

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 36.02 (SD=7.18) เมื่อแยกตามระดับชั้น พบว่านักเรียนชั้นมัธยมต้นและมัธยมปลายพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (ตารางที่ 1) โดยคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีค่าสูงกว่ากลุ่มอื่น 37.78 (SD=.84) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ย 35.00 (SD=.65) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ย 35.15 (SD=.64) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายด้วยสถิติ Kruskal-Wallis Test พบว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน ($p<.05$) ดังนั้นจึงทดสอบต่อโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนทั้ง 3 กลุ่มทีละคู่ ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ส่วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียน



ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนทั้ง 3 ระดับชั้น โดยรวมความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 3) เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในแต่ละกลุ่ม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำที่ระดับ .05 ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษาตอนปลาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียน 3 กลุ่ม

ระดับการศึกษา	ตัวแปรต้น	พฤติกรรมสุขภาพ(rs)	p-value
ประถมศึกษาตอนปลาย	ความรู้ด้านสุขภาพ	.22	.03
มัธยมศึกษาตอนต้น	ความรู้ด้านสุขภาพ	-.09	.39
มัธยมศึกษาตอนปลาย	ความรู้ด้านสุขภาพ	.23	.03
นักเรียน 3 กลุ่ม	ความรู้ด้านสุขภาพ	.05	.37

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนเพศ ดัชนีมวลกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปร		ระดับพฤติกรรมสุขภาพ								รวม จำนวน (ร้อยละ)	χ ²	p
		ไม่ดี (137คน)		พอใช้ (93คน)		ดี (38คน)		ดีมาก (18คน)				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ	ชาย	75	49.7	45	29.8	20	13.2	11	7.3	151(52.8)	1.43	.70
	หญิง	62	45.9	48	35.6	18	13.3	7	5.2	135(47.2)		
เกรดเฉลี่ย	อ่อน	27	58.7	13	28.3	6	13	0	0	46(16.1)	13.65	.03
	ปานกลาง	77	51.7	47	31.5	18	12.1	7	4.7	149(52.1)		
	ดี	33	36.3	33	36.3	14	15.4	11	12.1	91(31.8)		
BMI	ต่ำกว่าเกณฑ์	57	44.5	48	37.5	12	9.4	11	8.6	128(44.9)	10.19	.12
	ปกติ	65	51.6	38	30.2	18	14.3	5	4.0	126(44.2)		
	น้ำหนักเกิน	14	45.2	7	22.6	8	25.8	2	6.5	31(10.9)		
ร่วมกิจกรรม	ไม่ดี	48	50	28	29.2	12	12.5	8	8.3	96(33.6)	4.73	.86
	พอใช้	48	47.1	37	36.3	13	12.7	4	3.9	102(35.7)		
	ดี	17	54.8	7	22.6	5	16.1	2	6.5	31(10.8)		
	ดีมาก	24	42.1	21	36.8	8	14	4	7	57(19.9)		



การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนทั้ง 3 กลุ่มโดยรวมอยู่ระดับดี (60.38, SD=10.66) โดยที่นักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีคะแนนมากที่สุด (63.92, SD=1.04) และนักเรียนในชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีคะแนนน้อยที่สุด (57.49, SD=1.07) (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนทั้ง 3 กลุ่ม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่า เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่ใช้ในการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการอ่านทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์และสื่อต่าง ๆ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่าตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จนมีการตกผลึกทางความคิด และนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพ¹⁸ สอดคล้องกับข้อเท็จจริงในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่านักเรียนชั้นประถมปลายไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ทุกคน แต่นักเรียนมัธยมศึกษาจะมีโทรศัพท์เคลื่อนที่ทุกคน ทำให้นักเรียนชั้นประถมปลายเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจมีผลต่อการสืบค้นข้อมูล เพราะการใช้เทคโนโลยีสืบค้นและการสื่อสาร จะช่วยให้เกิดทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁹ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sripitak และคณะ¹⁰ และ Paddmore¹³ ที่พบว่าความรู้หรือระดับการศึกษามีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนโดยรวมอยู่ระดับพอใช้ (36.02, SD=7.18) โดยที่นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น (37.78, SD=.84) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดี (35.00, SD=.65 และ 35.15, SD=.64 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของทั้ง 3 กลุ่ม พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษา เมื่อพิจารณารายละเอียดจากการตอบแบบสอบถาม พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่ไม่ได้สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา ไม่ได้รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรือคลายเครียดด้วยการเล่นเกมออนไลน์ ทำให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะสิ่งแวดล้อมของนักเรียนในวัย 6-12 ปี คือบ้าน พ่อแม่ เพื่อนบ้าน และโรงเรียน ดังนั้นเด็กในวัยนี้จึงอยู่ในความดูแลของพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเรื่องอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้คะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่านักเรียนกลุ่มอื่น แต่นักเรียนกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายมีพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดี อธิบายได้ว่านักเรียน 2 กลุ่มนี้ก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเต็มตัว จึงมีอิทธิพลด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อิทธิพลทางสังคม¹⁹ เช่น เพื่อน สิ่งแวดล้อม ชักจูงให้คิดตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (รายละเอียดจะกล่าวต่อไป) ดังนั้นผู้ปกครองจึงต้องดูแล เป็นแบบอย่างที่ดี และการให้การสนับสนุนให้นักเรียนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของนักเรียนทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($p = .37$) (ตารางที่ 3) อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนทั้ง 3 ระดับจะอยู่ในระดับดี แต่ข้อคำถามในแบบสอบถามเป็นการประเมินความรอบรู้ในระดับพื้นฐานที่เป็นการประเมินความรู้ ประยุกต์ใช้ความรู้ เพื่อวางแผนสุขภาพหรือรู้จักปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งประเมินไม่ถึงระดับปฏิสัมพันธ์ คือการรู้จักซักถาม โต้ตอบ บอกอาการ อารมณ์และความรู้ที่ตนเองเข้าใจ หรือระดับวิจารณ์ คือการวิเคราะห์ การตรวจสอบเพื่อเปรียบเทียบประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ และเลือกปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น แสดงให้

เห็นว่าการศึกษานักเรียนยังเข้าไม่ถึงทักษะการนำไปใช้ในการเตือน หรือจัดการตนเอง เพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้อย่างต่อเนื่องและปรับการปฏิบัติได้เหมาะสมกับสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีไม่เพียงพอที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้มีพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ¹ การศึกษานี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongmak⁹ และ Sriboonyaruk²⁰ ที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมและมัธยมศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่ปัจจัยหลักในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ยังมีอิทธิพลทางสังคมและปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ปัจจัยในตัวเอง ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่บุคคลเรียน ทำงาน บริเวณที่พักอาศัย กฎระเบียบ ค่านิยม ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบาย²¹ เหล่านี้มีส่วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในประเด็นที่นักเรียนชั้นประถมปลายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าแต่มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าแต่มีพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่น อธิบายได้ว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีสังคมกับเพื่อนมากขึ้นชอบทำอะไรที่รวดเร็ว ใจร้อนและพร้อมจะเปลี่ยนพฤติกรรมหากเจอสิ่งที่ดีกว่าและทำได้จริง รวมไปถึงสื่อสมัยใหม่ทำให้เกิดการลอกเลียนแบบ และตามกระแสที่ผิด ๆ จึงขาดความรู้เท่าทันสื่อ มีโอกาสในการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและขาดการออกกำลังกาย²² ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบว่าเด็กอายุ 6-14 ปีเป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานน้ำตาลเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด เด็กอายุ 13-17 ปีเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าทุกกลุ่มวัย²³

4. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ เกรดเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่าเพศ ดัชนีมวลกาย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 4) แต่เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Prihanto et al¹⁹ อธิบายได้ว่า เกรดเฉลี่ย คือผลการเรียนของบุคคล บ่งบอกถึงสติปัญญา ความตั้งใจและการเตรียมตัวในเรื่องการเรียน ทำให้ทราบว่าผู้เรียนมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ หรือความพร้อมในเรื่องนั้นอยู่ในระดับใด ถ้าเกรดเฉลี่ยดี ย่อมมีความสามารถที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้นักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าส่วนตัวแปรอื่น ๆ ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อธิบายดังนี้

เพศ มีงานวิจัยหลายฉบับที่มีผลไม่สอดคล้องกัน เช่น Kittiboonthawal และคณะ⁸ พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย โดยทั่วไปผู้หญิงจะมีความสนใจเรื่องสุขภาพและเนื้อหาทางด้านจิตใจอารมณ์ ในขณะที่เพศชายจะสนใจหาข้อมูลมากกว่า แต่การศึกษาของ Padmore¹³ พบว่าเพศหญิงรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้ชาย อาจเป็นเพราะผู้หญิงในประเทศที่กำลังพัฒนามีพลังอำนาจทางเศรษฐกิจน้อยกว่าผู้ชาย ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ภาวะสุขภาพไม่ดีไปด้วย เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพยิ่งเพิ่มความเครียด และความกังวล

ดัชนีมวลกาย เป็นตัวแปรที่สะท้อนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของวัยรุ่น²⁰ การที่ค่าดัชนีมวลกายสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพดี จะทำให้ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ จากข้อมูลตารางที่ 4 นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 44.9 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 44.2 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีเพียงร้อยละ 10.9 ที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐาน และจากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่านักเรียนกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น แสดงว่านักเรียนกลุ่มนี้ยังได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย โดยเฉพาะกลุ่มโปรตีนซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างกล้ามเนื้อ ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ



ของร่างกาย อาหารส่วนใหญ่ที่นักเรียนเลือกรับประทานคือ เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล อาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็มหรือขนมกรุบกรอบ ซึ่งเป็นอาหารที่ให้แคลอรีสูงแต่มีคุณค่าของสารอาหารน้อยกว่า ทำให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่เป็นวัยที่มีกิจกรรมทางกายสูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีรูปร่างผอม และเป็นผลให้พฤติกรรมสุขภาพไม่สัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับพอใช้ และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมที่นักเรียนมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อ และโรคเรื้อรัง และกิจกรรมที่นักเรียนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือร่วมกำหนดและบังคับใช้มาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ เช่น ร่วมกำหนดให้เป็นโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม กำหนดให้ร้านค้าขายเหล้า บุหรี่ แก่นักเรียน เป็นต้น อธิบายได้ว่า โรงเรียนยังไม่สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีกลยุทธ์ให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มากเพียงพอที่จะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นักเรียนจึงไม่ได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องจนทำให้เกิดความเชื่อ แรงจูงใจ คุณค่า การรับรู้ เกิดองค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา Muhanga & Malungo¹⁶ ให้ความเห็นว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นทักษะที่ช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าหาช่องทาง (gain access) ทำให้เกิดกระบวนการนึกคิด สถิติปัญหาและทักษะทางสังคมที่จะตัดสินใจ มีแรงจูงใจและความสามารถที่จะเข้าหาข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจ ช่วยสร้างประสบการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพและยกระดับสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) จากผลการวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนอยู่ในระดับพอใช้ ร่วมกับการสังเกตจากอาหารที่นำมาขายในโรงอาหาร พบว่ายังไม่ได้เน้นคุณค่าของสารอาหารที่นักเรียนควรได้รับ ดังนั้นโรงเรียน ควรคัดเลือกผู้ประกอบการอาหารที่สะอาด และขายอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ลดอาหารทอด อาหารมัน ใส่น้ำมันพืชสด ตลอดจนส่งเสริมสุขอนามัยที่ดี เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การอาบน้ำแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าและก่อนนอน ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยจัดพื้นที่ให้นักเรียนสามารถวิ่งเล่น หรือออกกำลังกายกลางแจ้งได้

2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นทักษะที่ช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมและชักนำให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้บ่อยขึ้นและต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกโรงเรียน นอกจากนี้ควรให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือข้อปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้นักเรียนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาถึงรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียน ผู้ปกครอง และครู เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของนักเรียน

2) ควรมีการศึกษาในลักษณะวิจัยเชิงปฏิบัติการ เช่น ทำโปรแกรม เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านสุขอนามัย การป้องกันโรค เป็นต้น



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยรังสิต ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน อาจารย์ผู้ประสานงาน นักเรียนทุกคน นักศึกษาชั้นปี 4 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต ที่ช่วยเหลือและให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ และขอขอบคุณ รศ.ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล ผศ.ดร.รัชนี นามจันทร์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่ทำให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์ขึ้น

References

1. Kaeodumkoeng K. Health literacy processes practices evaluation tools 2021. Bangkok: ID all digital print limited 2021.(in Thai)
2. Tavakoly SB, Peyman N, Behzad F, et al. Health providers' communication skills training affects hypertension outcomes. Med Teach 2018;40(2):154–16.
3. Jafari A, Tavakoly Sany SB, Peyman N. The status of health literacy in students aged 6 to 18 old years: a systematic review study. Iran J Public Health 2021;50(3):448–58.
4. Urairoekkun C. Driving health literacy in Thailand. [internet]. 2021 [cited 28 July 2023] Available from : <https://doh.hpc.go.th/bs/indexDisplay.php?id=623#a5>.(in Thai)
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008;67(12): 2072–8.
6. Olyani S, Peyman N. Assessing health literacy and its relationship with using cell phone among adolescents. Health Education & Health Promotion 2016;4:47–58.
7. Health Education Division, Ministry of Public Health. Summary of the results of the assessment of health literacy (Health Literacy) and behavior health of the target group of people (working age and school age) in the operation area villages change health behavior and schools promote national health regulations. Fiscal year 2021 (abbreviated version) [internet]. 2021 [cited 2023 August 3]. Available from: File:///C:/Users/DELL/Downloads/240220221017002446_linkhed.pdf (in Thai)
8. Kittiboonthawal P, Chernchum J, Cheutong S. health literacy and health behaviors of school-aged children. Journal of MCU Social Development 2022;7(2):71–84.(in Thai)
9. Thongmak B. Health literacy and health behaviour according to the national health recommendations in grade 8 student at school in Samutsakhon province. Journal of Health research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office 2022;7(2): 50–61.(in Thai)
10. Sripitak T, Chutipattana N, Thongsamsi I. Factors related to health literacy associated with consuming behavior and exercise in preventing obesity syndrome of adolescent students in Yala Province. The 10th Hatyai National and International Conference 2019.(in Thai)
11. Suksatan W, Ruamsook T, Prabsangob K. factors influencing health literacy of students in health science curriculum: a cross-sectional study. Indian Journal of Public Health Research & Development 2020;11(7):1542–7.(in Thai)
12. Senayai S, Tanatamsatit S, Sangwong M, Karanon S. Factors associated with health literacy among Thai people aged 15 and above in the 10th health region. Journal of Medicine and Public Health,



- Ubon Ratchathani University 2022;5(1): 62-72.(in Thai)
13. Padmore AA. Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana. *SSM – Population Health* 2018;4:263-70.
 14. Fairbrother H, Curtis P, Goyder E. Making health information meaningful: children's health literacy practices. *SSM – Population Health* 2016;2:476-84.
 15. ME Working Age. Calculate sample size (Krejcie&Morgan) [internet]. 2020 [cited 2023 July 26] Available from : <https://hpc11.go.th/me-working-age/krejcie-morgan/index>
 16. Health Education Division, Ministry of Public Health. Summary of the results of the assessment of the potential for self-health management of Target group of people, fiscal year 2022. (Health knowledge and Health behavior). [internet] 2023 [cited 2023 August 20]. Available from : file:///C:/Users/DELL/Downloads/310820220836501388_linkhed%20(2).pdf(in Thai)
 17. Health Education Division, Ministry of Public Health. Health literacy and behavior assessment form student health for the National Health Promotion School. [internet] 2023 [cited 2023 August 16]. Available from : file:///C:/Users/DELL/Downloads/301120220734276806_linkhed%20(1).pdf (in Thai)
 18. Muhanga MI , Malungo JRS. The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. *International Journal of Health* 2017;5(2):107-4
 19. Prihanto JB, Nurhayati F, Wahjuni ES, Matsuyama R, Tsunematsu M, Kakehashi M. Health Literacy and health behavior: associated factors in surabaya high school students, Indonesia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021;18(15):8111.
 20. Sriboonyaruk T. Relationships between knowledge and self-care behaviors based on the national commandment of students under the secondary education service area office 10 Samut Sakhon district, Samut Sakhon Provice. *Sikkha Journal Education* 2022;8(1):67-76.(in Thai)
 21. Supachai K. Ecological model: An intervention model addressing factors influencing health behaviors. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2019;3(1):17-27.(in Thai)
 22. Sripasuda L, Suwannathen S, Thongpan P. How to Thai adolescent use New media for advantage? *Academic Journal of Curriculum and Instruction Sakon NaKhon Rajabhat University* 2018 (Jan-Apr);10(27):227-3. (in Thai)
 23. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the NCDs disease situation 2019; Bangkok: Graphic and Design Publishing House 2019.(in Thai)