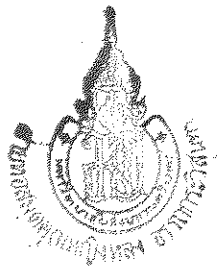


ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุข
ต่อพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
The Effect of School, Families and Public Health Sector's Participatory
Program on Personal Health Behavior of Grade I Students



สุมล เลี่ยมทอง
Sumon Liamthong

๑

เลขที่	LB1588.7๕	สวท	2543	ด.2
Order Key				
Bib Key	201901			
3.1 ส.ค. 2543				


วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Community Health Nursing
Prince of Songkla University

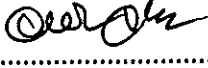
2543

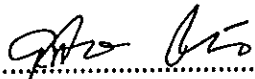
ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัวและหน่วยงาน
สาธารณสุขต่อพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
ผู้เขียน นางสาวสุมล เลี่ยมทอง
สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน

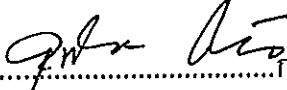
คณะกรรมการที่ปรึกษา

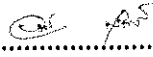
คณะกรรมการสอบ

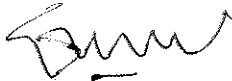

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณี จันทร์สว่าง)


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณี จันทร์สว่าง)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฤทัยพร ตรีตรง)

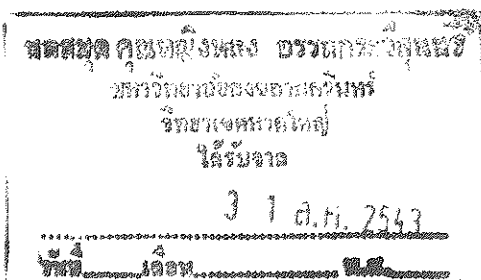

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฤทัยพร ตรีตรง)


.....กรรมการ
(ดร.วันดี สุทธรังษี)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจียรนนท์ วาณิชย์ศุภวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
อนามัยชุมชน


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ บำรุงรักษ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัวและหน่วยงาน
สาธารณสุขต่อพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
ผู้เขียน นางสาวสมล เลี่ยมทอง
สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน
ปีการศึกษา 2542

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับ และได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข และเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนก่อนและหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มละๆ 34 คน คือ กลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนที่ไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วม และกลุ่มทดลองเป็นนักเรียนที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วม ซึ่งได้จากการกำหนดร่วมกันระหว่างบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบวัดพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล เท่ากับ 0.76 และสถานะด้านอนามัยส่วนบุคคล เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และการทดสอบทีคู่ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้ 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ($\bar{X} = 27.85$, S.D = 2.43) และสถานะด้านอนามัยส่วนบุคคล ($\bar{X} = 8.60$, S.D = 1.71) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 23.58$, S.D = 3.52, $\bar{X} = 5.61$, S.D = 2.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ภายหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมนักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ($\bar{X} = 27.85$ VS $\bar{X} = 24.97$, $p < .05$) และสถานะด้านอนามัยส่วนบุคคล ($\bar{X} = 8.60$, VS $\bar{X} = 5.73$, $p < .01$) สูงกว่าก่อนได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Thesis Title The Effect of School, Families and Public Health Sector's
 Participatory Program on Personal Health Behavior of Grade I
 Students
Author Miss Sumon Liamthong
Major Program Community Health Nursing
Academic Year 1999

Abstract

The purposes of this experimental study were to 1) compare the personal health behaviors of grade I students between a group that received behavioral modification using the participatory program and a group that did not, 2) compare the personal health behaviors of grade I students before and after receiving behavioral modification using the participatory program. Subjects were 68 grade I students in Narathivas Province. They were divided into two groups. Each group consisted of 34 students. The control group did not receive behavioral modification using the participatory program whereas the experimental group did receive behavioral modification using the participatory program where parents, teachers, and health personels worked together in planning, implementing and evaluating to modify students' health behaviors. Data were collected using personal health behaviors questionaire. The Cronbach's alpha coefficients of the personal health behaviors of schoolchildren and personal hygiene status were 0.76 and 0.82, respectively. Percentages, means, standard deviations, t-test and paired t-test were computed. The results showed that :

1) The experimental group had significantly higher ($p < 0.05$) mean scores of personal health behaviors ($\bar{X} = 27.85$, S.D = 2.43) and personal hygiene status ($\bar{X} = 8.60$, S.D = 1.71) than the control group ($\bar{X} = 23.58$, S.D = 3.52, $\bar{X} = 5.61$, S.D = 2.21 respectively)

2) After received behavioral modification using the participatory program the students in experimental group had significantly higher mean scores of personal health behaviors

$\bar{X} = 27.85$ VS $\bar{X} = 24.97$, $p < .05$) and personal hygiene status ($\bar{X} = 8.60$, VS $\bar{X} = 5.73$, $p < .01$) than before the program.

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ อ่างทอง
วิทยาลัยการศึกษานานาชาติ
วิทยาเขตอ่างทอง
ได้รับรอง
วิทยานิพนธ์เรื่อง ๘/๐
วันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ. วรณี จันทรสว่าง และ ผศ. ฤทัยพร ตริตรง อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ดร.วันดี สุทธิรังษี ผศ.ดร.เถียรนันท์ วาณิชย์ศุภวงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนสำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผศ.ดร.หรรษา นิลวิเชียร คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดร.บรรจง ไททยเมธา และนางอัจฉรา คำกระบี่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 ยะลา นางสาวนาเย็นเดโก เตยาสิงห์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส นางนิภาภรณ์ ทองสุวรรณ ผู้อำนวยการโรงเรียนเทศบาล ๑ (ถนนภูผากัด) นางวิไลลักษณ์ วิชัยยุทธ์ ผู้อำนวยการโรงเรียนเทศบาล ๒ (บ้านบาและฮิล) คณะครู และผู้ปกครองทั้ง 2 โรงเรียน คณะครู และนักเรียนโรงเรียนเทศบาล ๓ (บ้านยะกัง) ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย นางสาวบุญช่วย สกุลจีน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์แพทย์ชุมชนบ้านบาและฮิล เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนอย่างดียิ่ง ครอบครัวเหลืองวัฒนะพงศ์ ที่ให้กำลังใจ ให้คอมพิวเตอร์และที่พักในขณะที่เก็บข้อมูล นางสาวนาเย็นเดโก เตยาสิงห์ ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลและขอขอบใจนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกคน

การทำวิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วน จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่และพี่ ที่ได้ให้กำลังใจและดักเตือน ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ต่างๆ ให้แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทที่ให้กำลังใจและขอเสนอแนะในการทำวิจัย คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง และทุกท่านทั้งที่เอ่ยนามและมีได้เอ่ยนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

สมล เลี่ยมทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
รายการตาราง	(9)
รายการภาพประกอบ	(10)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	7
นิยามศัพท์.....	7
กรอบแนวคิดทฤษฎี	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดการมีส่วนร่วม	10
แนวคิดสุขบัญญัติแห่งชาติ.....	21
แนวคิดพฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม.....	37
ปัญหาด้านอนามัยส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน	44
3 วิธีการวิจัย	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	53
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57

4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	58
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
การอภิปรายผล.....	66
5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปการวิจัย.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	73
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.....	87
ภาคผนวก ข.....	92
ประวัติผู้เขียน.....	93

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	59
2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ระหว่าง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง	62
3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง	63
4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม	64
5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง.....	65

รายการภาพประกอบ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
2 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน	15
3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P)	42

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

วัยเรียนเป็นวัยที่มีการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญาอย่างรวดเร็ว การส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา เป็นสิ่งจำเป็น เพราะการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กจะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีเมื่อเจริญเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และจะเป็นทรัพยากรที่มีค่าของประเทศในอนาคต เนื่องจากผลของการอบรมเลี้ยงดูและประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับในวัยเด็กจะมีอิทธิพลต่อการวางรากฐานของพัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา สังคมและบุคลิกภาพในวัยผู้ใหญ่ (El-Mouelhy, 1992 : 83) การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพดีจึงเปรียบเสมือนการพัฒนาประเทศ ซึ่งนับว่ามีความสำคัญอยู่ในระดับต้นๆ และเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าของประเทศที่สามารถทำได้ (McGinnis, 1992 : 131) ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนจึงถูกกำหนดเป็นนโยบายหนึ่งในนโยบายด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขกำหนดให้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง สร้างเสริมให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ทักษะ และให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เพื่อการมีสุขภาพดีได้ (วิชัย, 2539 : 7; สรวงศ์ภฏณ์, 2540 : 7-8) โดยกลวิธีหนึ่งที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (กองสุขศึกษา, 2541 : 17)

สุขบัญญัติ คือ ข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม (คณะกรรมการสุขภาพศึกษา, 2541 : 7) สำหรับประเทศไทย ได้มีการประกาศใช้สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2539 เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อสุขภาพของคนไทยโดยส่วนรวม และมีการเผยแพร่ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ประชาชนทั่วไป เด็ก และเยาวชนทั้งใน และนอกระบบการศึกษา ซึ่งการเสริมสร้างและปลูกฝังให้เด็กและเยาวชนรวมทั้งประชาชนทั่วไปมีการปฏิบัติตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากสถาบันการศึกษา สถาบันสาธารณสุข

สถาบันศาสนา สถาบันสื่อมวลชน สถาบันธุรกิจ สถาบันการเมือง สถาบันครอบครัว และองค์กรชุมชน สำหรับการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา โดยมีนักเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักนั้น ยึดหลักการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายการศึกษา รวมทั้งครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนและพัฒนาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ซึ่งกิจกรรมความร่วมมือกันมีดังนี้ ฝ่ายสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การเป็นวิทยากรพิเศษ การฝึกอบรมแกนนำนักเรียน/อาสาสมัครนักเรียน การให้บริการตรวจสุขภาพ การจัดหาและสนับสนุนสื่อประเภทต่างๆ การส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เป็นต้น ฝ่ายการศึกษา ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพในโรงเรียน การจัดทำสื่อและพัฒนาสื่อประกอบการเรียนการสอน เป็นต้น ผู้ปกครองร่วมมือดูแลเอาใจใส่ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี และควบคุมให้นักเรียนมีการปฏิบัติอย่างจริงจังจนเป็นนิสัย (กองสุศึกษา, 2541 : 43-47) ซึ่งการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติแก่เด็กและเยาวชนในสถานศึกษาได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535 โดยพบว่ามีการระดมความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปกครองและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีการพัฒนาทางวิชาการ ศึกษาวิจัย มีการดำเนินงานสอนทักษะชีวิตในโรงเรียน มีการพัฒนาครู โดยจัดสัมมนาผู้บริหารโรงเรียนและอบรมครู เพื่อสนับสนุนให้สอนแบบยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กระทรวงสาธารณสุข, 2541 : 15-20) โดยการดำเนินงานดังกล่าวในแต่ละพื้นที่ซึ่งไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และเต็มพื้นที่ทั่วประเทศ มีเฉพาะการรณรงค์สุขบัญญัติแห่งชาติ ที่มีการรณรงค์ทั่วประเทศ ใน พ.ศ. 2542 (กองสุศึกษา, 2542 : 31) แม้ว่าจะมีการเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติให้ประชาชน เด็กและเยาวชนนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่พบว่าปัญหาในกลุ่มพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลยังพบได้สูงในเด็กวัยเรียน เนื่องจากการเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติเป็นเพียงการประกาศให้รู้ ว่า สุขบัญญัติมี 10 ข้อ และมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรบ้าง แต่หน่วยงานของรัฐและองค์กรชุมชน ขาดการกระตุ้นให้ประชาชนและเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ สามารถปฏิบัติอย่างจริงจังจนเป็นนิสัย ดังนั้นจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของนักเรียนทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2538 ของกองอนามัยโรงเรียนร่วมกับกองทันตสาธารณสุข พบว่า นักเรียนยังเป็นโรคที่เป็นผลมาจากสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี คือ กลุ่มเด็กอายุ 6 ปี ฟันผุ ร้อยละ 85.3 และมีฟันผุ ร้อยละ 11.1 กลุ่มอายุ 12 ปี ฟันผุ ร้อยละ 52.9 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.6 ซี่ต่อคน เหงือกอักเสบ ร้อยละ 75.3 (กองทันตสาธารณสุข, 2538 : 2-6) เป็นเหา ร้อยละ 5.9 เกลิ้น ร้อยละ 6.0 และกลาก ร้อยละ 0.3

โดยเฉพาะนักเรียนประถมศึกษาเป็นเหมามากที่สุดร้อยละ 11.6 (รัชนี้และสุภาพ, 2540 : 2) และนอกจากนี้การประเมินผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาในเขต 11 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 พบว่านักเรียนยังมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยพบความชุกของโรคฟันผุมากที่สุด คือ ร้อยละ 80.5 รองลงมา ได้แก่ โรคเหงือกอักเสบพบร้อยละ 68.5 และโรคเก๊าท์ พบร้อยละ 18.5 (ไซหรับับและสาโรช, 2540 : บทคัดย่อ) และสภาวะสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนภาค 2 โรคที่พบมาก 10 อันดับแรก คือ ฟันมีหินปูน ร้อยละ 52.6 ฟันผุ ร้อยละ 48.4 ต่อมกษัยรอยดโต ร้อยละ 22.6 เหา ร้อยละ 17.0 ริดสีดวงตา ร้อยละ 9.2 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 8.4 พุพอง ร้อยละ 7.5 ต่อมทอนซิลอักเสบ ร้อยละ 6.2 เก๊าท์ ร้อยละ 4.38 เยื่อตาอักเสบ ร้อยละ 4.2 (ปรีชาและคณะ, 2539 : บทคัดย่อ) สำหรับกลุ่มพฤติกรรมด้านอาหารและโภชนาการ พบว่านักเรียนมีปัญหาภาวะการเจริญเติบโตโดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตชนบทมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด พบถึงร้อยละ 17.7 และ 19.4 ตามลำดับ นักเรียนกลุ่มอายุ 6-14 ปี ทั่วประเทศในภาพรวมมีภาวะโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 16.3 ซึ่งนักเรียนในเขตชนบทมีภาวะโรคโลหิตจางมากกว่าเขตเมือง (รัชนี้และสุภาพ, 2540 : 2) นอกจากนี้ ปัญหากลุ่มพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต พบว่าเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนภาคเหนือมีการกระทำผิดด้าน พ.ร.บ.ยาเสพติดมากที่สุดถึงร้อยละ 44.7 รองลงมาเป็นคดีลักทรัพย์ ร้อยละ 39.9 (สมัย, 2541 : 122)

จังหวัดนราธิวาส เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบว่านักเรียนยังมีปัญหาสุขภาพ จากการมีสุขวิหยาส่วนบุคคลไม่ดี อาจเนื่องจากการดำเนินงานเผยแพร่สุขบัญญัติในสถานศึกษา มีเพียงการรณรงค์ แต่ไม่มีการระดมความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายการศึกษา ฝ่ายสาธารณสุข สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา เป็นต้น เพื่อร่วมกันปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ดังนั้นจากสรุปผลโครงการรณรงค์กำจัดโรคเหาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2541 พบว่า นักเรียนระดับประถมศึกษา เป็นเหา ร้อยละ 67.34 จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส (2541 : 24) พบว่า นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสังกัดกองการศึกษา เทศบาลเมืองนราธิวาส เป็นเหา ร้อยละ 21.4 เป็นโรคผิวหนัง (กลาก เก๊าท์) ร้อยละ 5.98 และฟันผุ ร้อยละ 4.62 และจากรายงานสภาวะช่องปากของนักเรียนในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดนราธิวาส สัปดาห์ที่ 1 เดือนมิถุนายน 2542 พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาฟันผุ ร้อยละ 38.2 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 26.7 จะเห็นได้ว่าโรคเหา กลาก เก๊าท์ และฟันผุ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งใน

เด็กวัยเรียนซึ่งเป็นโรคที่มีผลสืบเนื่องมาจากอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี แม้ว่าโรคดังกล่าวนั้นจะไม่มีอันตรายรุนแรง แต่การที่เด็กเป็นเหาซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคผิวหนัง จะทำให้เด็กคันศีรษะ เด็กจะเกาศีรษะบ่อย และทำให้เป็นแผลที่หนังศีรษะได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียที่แผลถลอก เป็นแผลพุพอง หรือต่อมรากผมที่ศีรษะเป็นหนอง เด็กที่ป่วยด้วยโรคผิวหนัง พุพองบ่อยๆ และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องต่อไปเด็กอาจจะเกิดโรคไตอักเสบเฉียบพลัน (acute glomerulonephritis) (สุทธิตราและคณะ, 2539 : 28; อมรศรี และเพ็ญวดี, 2540 : 606) จากเชื้อสเตรปโตค็อกคัส (streptococcus) เมื่อเป็นโรคนี้แล้วจะเกิดผลเสียคือเด็กอาจป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคฟันผุจะก่อให้เกิดความรุนแรงได้เช่นกัน เพราะจะทำให้มีการติดเชื้อลุกลามถึงรากฟันและอวัยวะใกล้เคียง ทำให้เจ็บปวดทุกข์ทรมาน และยังเป็นสาเหตุของโรคภูมิแพ้ โรคหัวใจรูมาติก และการสูญเสียฟันก่อนกำหนด จะทำให้มีผลต่อการพูด และการเจริญของกระดูกขากรรไกร การบดเคี้ยวใช้การได้ไม่เต็มที่ อาจทำให้เกิดการเบื่ออาหารจนเด็กขาดสารอาหารได้ ดังนั้นการปลูกฝังพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลให้แก่เด็กวัยเรียนจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการที่เด็กมีนิสัยรักความสะอาดนอกจากจะสามารถช่วยป้องกันมิให้เด็กป่วยเป็นโรคที่เป็นผลมาจากอนามัยส่วนบุคคลไม่ดีแล้วยังส่งผลในอนาคตเมื่อเป็นผู้ใหญ่ก็จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัวยุและชุมชนให้มีสุขภาพดีได้ สำหรับการปลูกฝังพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลและการพัฒนาเด็กให้มีสุขนิสัยและสุขภาพดีนั้นต้องเน้นการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี (นิตยา, 2539 : 3) โดยสุขนิสัยที่ดีนั้นควรจะเริ่มฝึกในเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป (Bomar, 1996 : 311) สำหรับพฤติกรรมการแปรงฟัน มารดาควรเริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่อายุ 1 1/2 - 2 ปี เพื่อฝึกให้เด็กเกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากนิสัยของคนส่วนใหญ่จะถูกกำหนดในวัยนี้ (เวรดี, ศันสนีย์และวิกุล, 2541 : 7) แต่จากการศึกษาของไวท์ และไวท์ (Whitte and Whitte, 1995 : 206) พบว่า เด็กที่มีการแปรงฟันก่อนอายุ 1 ปี จะมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งการสร้างสุขนิสัยทันตสุขภาพในช่วงต้นๆ ของชีวิต เป็นการง่ายและดีกว่าพยายามเปลี่ยนพฤติกรรมในภายหลังเมื่อเด็กอายุมากแล้ว (Honkala, 1993 : 173; Jong, 1993 : 203) ดังนั้นการปลูกฝังสุขนิสัยแก่เด็ก สามารถเริ่มกระทำได้ตั้งแต่วัยก่อนเรียนแต่เมื่อพิจารณาความพร้อมของเด็ก นิภา (2528 : 26) กล่าวว่าเด็กวัยเรียนมีความพร้อมทางด้านร่างกายและสติปัญญามากกว่าเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งสอดคล้องกับคอสเตอร์ (Koster, 1983 : 31) ซึ่งกล่าวว่า เด็กวัย 6-12 ปี มีความสามารถในการเรียนรู้ที่พร้อมสำหรับการดูแลตนเองเกือบเต็มที่ โดยเฉพาะเด็กอายุ 6 ปี จะมีความสามารถกระทำพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลได้ (นิตยา, 2540 : 9) นอกจากอายุของเด็กที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และความพร้อมในการกระทำพฤติกรรมแล้ว พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดหรือจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการ

เรียนรู้ที่เขาได้รับจากสังคมแวดล้อมด้วย (ประภาเพ็ญ, 2526 : 118) โดยพฤติกรรมอาจเปลี่ยนแปลงโดยการบังคับ การเลียนแบบ การเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น ดังนั้นในเด็กวัยเรียน บ้าน โรงเรียนและชุมชนเป็นสิ่งแวดลอมที่จะช่วยสร้างแบบอย่างที่ดี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ (ประภาเพ็ญ, 2526 : 201) โดยบิดามารดาจะเป็นตัวแบบที่มีความเกี่ยวข้อง สัมพันธ์และได้รับความเชื่อถืออย่างลึกซึ้งจากเด็ก (Sallis et al., 1988 อ้างใน วรตมา, 2540 : 44) เป็นผู้ที่ย่างรากฐานด้านร่างกายและจิตใจ ให้ประสบการณ์ ให้ความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนถ่ายทอดลักษณะนิสัยการดูแลสุขวิथाส่วนบุคคล แบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันแก่บุตร (Murray & Zentner, 1989 : 147) ทั้งโดยทางตรงจากการอบรมสั่งสอนและโดยทางอ้อมคือวิถีชีวิต (Duffy, 1991 : 311) เด็กวัยนี้เชื่อฟังบิดามารดาสูงขึ้น เรียนรู้จากการกระทำของผู้อื่น อยากทดลอง พร้อมทั้งจะยอมรับบทบาทต่างๆ จากผู้อื่น และกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลสูงในวัยนี้ (Stanhope & Lancaster, 1996 : 626) นอกจากนี้เด็กวัยเรียนมีโอกาสศึกษาแบบอย่างพฤติกรรมจากเพื่อนและครู นอกเหนือจากแบบอย่างของบุคคลในครอบครัว ตลอดจนได้รับการสอนสุขศึกษาทั้งจากครูและพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจากการศึกษาของนงลักษณ์ (2539 : 104) พบว่า การรักความสะอาดสามารถปลูกฝังให้กับเด็กได้จากการได้รับประสบการณ์ตรงโดยมีแบบอย่างไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน โรงเรียนหรือชุมชน และเป้าหมายของแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งพาตนเองด้านสาธารณสุข (สาขาที่ 6) ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544) ด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชนได้ระบุให้ใช้กลวิธีการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของเด็ก ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นบทบาทบิดามารดาหรือผู้ปกครองและผู้นำนักเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาเห็นว่าควรนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการปลูกฝังพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลแก่เด็กวัยเรียน เนื่องจากการมีส่วนร่วมจะช่วยให้งานมีคุณภาพจากการมีคณร่วมพิจารณาดำเนินการ แตกต่างจากต่างฝ่ายต่างทำ ซึ่งอาจมีข้อบกพร่องได้ จากการทบทวนงานวิจัยยังไม่ปรากฏการศึกษาในลักษณะการมีส่วนร่วมของครู บิดามารดาหรือผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน มีเพียงการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน (กฤษณีและคณะ, 2540 : บทคัดย่อ) พบว่าเด็กและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ สุรา สารเสพติด มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันดีขึ้น มีทัศนคติและความตั้งใจสูง มีพฤติกรรมปฏิบัติในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพชัดเจนขึ้น และ(ธัญญา, 2541 : 75) ศึกษาการพัฒนารูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อ

ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จังหวัดปทุมธานี ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์ของชุมชนนั้น กระทำโดยการแจ้งนโยบายและแจ้งผลการพัฒนาพฤติกรรมของบุตรหลานให้ผู้ปกครองทราบเท่านั้น ไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมร่างนโยบายอนามัยส่วนบุคคลของโรงเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขต่อพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษา ไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยส่งเสริมให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่พึงประสงค์ ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีสุขภาพดี ทำให้สามารถศึกษาเล่าเรียนได้เต็มที่ตามศักยภาพของตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับและได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนก่อนและหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนก่อนและหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ
2. พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนภายหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขดีกว่าก่อนได้รับ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข หมายถึง การให้ครูประจำชั้น ครูสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต บิดามารดา หรือผู้ปกครองของนักเรียน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหา ร่วมวางแผนปรับปรุงพฤติกรรม ร่วมดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรมและร่วมติดตามผลการดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง การปฏิบัติของนักเรียน หรือผู้ปกครอง ปฏิบัติให้นักเรียนเกี่ยวกับการดูแลร่างกายและของใช้ให้สะอาด การรักษาฟันและแปรงฟันทุกวัน การล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย และสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน วัดโดยแบบวัดพฤติกรรมและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดัดแปลงจากแนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐานของสุขบัญญัติแห่งชาติ (กองสุขศึกษา, 2541 : 10-12) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนของธัญญา (2541 : 165-169) และระบบการตรวจสุขภาพเด็ก ของวรัตมา (2540 : 135-37)

กรอบแนวคิดทฤษฎี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข เนื่องจากแนวคิดการมีส่วนร่วม

เป็นกระบวนการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และข้อมูลต่างๆ ซึ่งกันและกัน ผู้ใช้ บริการมีสิทธิตัดสินใจ มีสิทธิปฏิเสธเมื่อไม่ต้องการ มีโอกาสเจรจาต่อรอง และไม่รู้สึกรู้สึกถูกคุกคาม และการทำงานร่วมกันย่อมได้ผลดีกว่าต่างคนต่างทำ เพราะคนเรามีความแตกต่างทางสติปัญญา ความคิด ความสามารถและประสบการณ์จึงต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การร่วมกันคิด ร่วมกันทำ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีไปพร้อมๆ กัน (บุญเยี่ยม, 2528 : 66; นรินทร์ชัย, 2533 : 48; นิตยา, 2539 : 76, 89-90; Bearley, 1990 cited by Jewell 1994 : 434; Waterwaeth & Luker, 1990 cited by Jewell, 1994 : 434) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ขั้นตอนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือการระบุปัญหาและการค้นหาสาเหตุ การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินการเพื่อแก้ไข ปัญหาและการติดตามประเมินผล (เจิมศักดิ์, 2526 : 10) เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียนครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลในเรื่องการดูแลร่างกาย และของใช้ให้สะอาด การรักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง การล้างมือให้ สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย (กองสุขศึกษา, 2541 : 5-33) และสถานะด้าน อนามัยส่วนบุคคล จากแนวคิดข้างต้นสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังภาพ ที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนสุขบัญญัติแห่งชาติแก่นักเรียน
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยและการดำเนินงานสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับสุขบัญญัติของนักเรียนและกลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป
3. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ในการปลูกฝังพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล แก่นักเรียนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ต่อพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ คือแนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดสุขภาพบัญญัติแห่งชาติ แนวคิดพฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม และปัญหาด้านอนามัยส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน

แนวคิดการมีส่วนร่วม

ความหมายการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม ตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า participation ในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster, 1991 : 858) ให้ความหมายว่า หมายถึง มีส่วนเข้าร่วม การร่วมมือกันหรือการเป็นหุ้นส่วนกัน ซึ่ง ริฟกิน (Rifkin, 1990 : 10-11) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมเป็นมรรคหรือกลวิธีพัฒนา เพื่อนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ (participation as a means) และการมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายของการพัฒนา (participation as an end) และเมื่อพิจารณาความหมายการมีส่วนร่วมของนักวิชาการหลายๆ ท่าน พบความสอดคล้องของความหมายในมิติ ดังนี้

1. มิติของการวางแผน เป็นการให้ความหมายในลักษณะของกระบวนการที่มีความร่วมมือ ร่วมใจ ในการวางแผนดำเนินการในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีการตัดสินใจร่วมกัน ในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา เป้าหมาย แผนงาน วิธีปฏิบัติ และประเมินผล โดยบุคคลภายนอกมีบทบาทเป็นผู้กระตุ้น สนับสนุนให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ประชาชนรับรู้ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการค้นหาปัญหา มีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ว่าควรจะทำอะไรและทำอย่างไร (ยูวัฒน์, 2526 : 20; Ottaway, 1966 : 201 อ้างตามกิตติโชค, 2527 : 12; Cary, 1970 : 144 อ้างตาม กิตติโชค, 2527 : 12; WHO / UNICEF, 1978 : 50-51 อ้างตาม กัญญา, 2527 : 7; Bearley, 1990 cited by Jewell, 1994 : 434; Waterwaeth & Luker, 1990 cited by Jewell, 1994 : 434)

2. มิติของการดำเนินการ เป็นการให้ความหมายในลักษณะของการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร การประสานขอความร่วมมือและการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ (WHO, 1978 อ้างตาม นรินทรชัย, 2533 : 48)

3. มิติของการรับผลประโยชน์ เป็นการให้ความหมายในลักษณะของการร่วมรับผลประโยชน์ อันเกิดจากผลของกิจกรรม หรือเป็นการใช้ประโยชน์ (utilization) ซึ่ง ริฟกิน (Rifkin, 1990 : 12) ได้ระบุว่า การได้รับผลประโยชน์ ควรประกอบด้วย สิ่งต่อไปนี้

3.1 ประชาชนจะต้องใช้บริการสุขภาพที่มีอยู่ได้มากขึ้น และมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพนั้นๆ

3.2 ประชาชนต้องสามารถเสริมทรัพยากรในด้าน เงิน กำลังคน และอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนในส่วนที่ขาด

3.3 ประชาชนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เมื่อได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการศึกษา ผลที่เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าว

3.4 ประชาชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ ที่จะช่วยให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้

4. มิติของการประเมินผล เป็นการให้ความหมายในลักษณะของการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผลโครงการที่หน่วยงานของรัฐรับผิดชอบ หรือการให้ประชาชนเข้าร่วมประเมินผลการทำงานของตนเอง ของกลุ่ม และการให้กลุ่มอื่นมาร่วมประเมินผลด้วย รวมทั้งการมีส่วนร่วมประเมินสถานการณ์ภายนอก (สมยศ, 2534 : 222)

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ปัจจุบัน แนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ เน้นการพัฒนาที่ยั่งยืน จึงได้มีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปใช้เป็นกลวิธีในการพัฒนา ทั้งในด้านการเมืองการปกครอง ได้แก่ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมออกเสียงเลือกตั้ง และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ (พุทธศักราช 2540) จากการศึกษาของชาติวัฒน์ (2541 : 42) พบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมในการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ (พุทธศักราช 2540) เป็นการมีส่วนร่วมทางอ้อม คือการให้ประชาชนเสนอความคิดเห็นและร่วมประชาพิจารณ์ โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมคิด ร่วมรับรู้อาสา แต่ไม่ให้ร่วมทำและร่วมตัดสินใจ ซึ่งการให้ประชาชนมีส่วนร่วมถือเป็นการคืนอำนาจให้ประชาชน ทำให้ไม่เกิดการต่อสู้เรียกร้องประชาธิปไตย สำหรับด้านการศึกษา เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่าง

โรงเรียนกับชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ จึงมีการเปิดโอกาสให้ชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ในลักษณะเป็นกรรมการโรงเรียน ให้ครูสอนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เพื่อให้นักเรียนมีส่วนร่วมด้านการเรียน สามารถเรียนรู้ได้ดี ในด้านการพัฒนาชุมชน ได้ให้ประชาชนมีส่วนร่วมตามกระบวนการพัฒนาชนบท คือการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ร่วมในการวางแผน ร่วมในการปฏิบัติ และร่วมประเมินผลโครงการ สำหรับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัย เป็นการระดมทรัพยากร ทั้งด้านการเงินและความสามารถของบุคคลเข้ามาร่วมกับรัฐบาล ผลสมผสานค่านิยม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมเรื่องการอนามัยแบบดั้งเดิมเข้ากับการปฏิบัติด้านอนามัยที่ทันสมัย เพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งมีติของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 ในปี พ.ศ. 2520 ที่เมืองอัลมา อาตา (Alma Ata) องค์การอนามัยโลกได้ให้การยอมรับว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนางานสาธารณสุขควรปรับเปลี่ยนแนวคิดโดยให้การยอมรับว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชนจะต้องถูกระบุโดยชุมชน และความสำเร็ของโปรแกรมหรือโครงการสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อชุมชนยอมรับและรู้สึกว่าเป็นเจ้าของ(ownership) (กรรณิการ์, ชวพรพรรณ และประพิมพ์, 2541 : 1) สรุปได้ว่า ความสำคัญของการมีส่วนร่วม เป็นตัวชี้วัดความเป็นประชาธิปไตย ทำให้ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการดำเนินโครงการ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ประชาชนต้องการ และตรงกับปัญหา จึงให้ประโยชน์กับประชาชน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ รวมทั้งช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนได้ด้วย

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

จากการศึกษาและวิเคราะห์ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ (เจมคักดี, 2527 : 272; ไพรัตน์, 2527 : 6- 7; สมยศ, 2534 : 220-222; Cohen & Uphoff, 1980 : 222 อ้างตาม กัญญา, 2527 : 14) สามารถกำหนดขั้นตอนหลักในการมีส่วนร่วม ออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน ขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุด กิจกรรมการวางแผนประกอบด้วย การกำหนดรูปแบบและหน้าที่ของคณะกรรมการหรือองค์กร การคัดเลือกคณะกรรมการ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมประชุมปรึกษาหารือ ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือกปัญหาที่จะแก้ไขตามลำดับก่อนหลัง แสวงหา

แนวทางแก้ไขปัญหา การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้นเห็นว่าเหมาะสมที่สุด รวมทั้งการร่วมคิดและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา เพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน การร่วมกำหนดนโยบาย แผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้น และสนองความต้องการของชุมชน ตลอดจนการร่วมตัดสินใจ การใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

2. การดำเนินงานตามแผน คือการเข้าร่วมในกิจกรรมตามแผนงานที่วางไว้ อาจแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ การลงทุน สนับสนุนทรัพยากร เงินทอง ฯลฯ และการร่วมปฏิบัติงาน ซึ่งการร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเองจะทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจถึงปัญหาการดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ ก็จะสามารถดำเนินกิจกรรมนั้นด้วยตนเองต่อไปได้แม้จะขาดผู้แนะนำก็ตาม

3. การประเมินผล คือการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดอาจแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผลโครงการที่รับผิดชอบโดยหน่วยงานของรัฐ หรือการให้ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผล ในกิจกรรมดำเนินการโดยประชาชนเองแล้วประเมินผลเอง หรือให้กลุ่มอื่นมาร่วมประเมินผลด้วยก็ได้

ระดับการมีส่วนร่วม

อาร์สเทน (Arnstein, 1971 cited by Wass, 1994 : 44-45) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับใหญ่ๆ และแบ่งย่อยออกเป็น 8 ระดับ ดังนี้

1. ระดับที่ไม่มีส่วนร่วม (non-participation) แบ่งย่อยได้ 2 ระดับ ดังนี้
 - 1.1 ประชาชนเป็นผู้รับคำสั่ง (manipulation) คือ ประชาชนถูกเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรม
 - 1.2 ประชาชนเป็นผู้รับบริการ (therapy) คือ ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง (degrees of tokenism) มีดังนี้
 - 2.1 ประชาชนได้รับการบอกเล่า (informing) คือ ประชาชนได้รับการบอกกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง โดยเป็นการติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว
 - 2.2 ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ (consultation) คือ ประชาชนได้รับการถามความคิดเห็น แต่ไม่มีหลักประกันว่าความคิดเห็นของประชาชนจะถูกนำไปปฏิบัติ
 - 2.3 ประชาชนได้เข้าร่วมในโครงการ (placation) คือ ประชาชนส่วนหนึ่งมีอำนาจหรือสิทธิในการออกเสียง แต่เป็นเพียงเสียงส่วนน้อยในกรรมการ

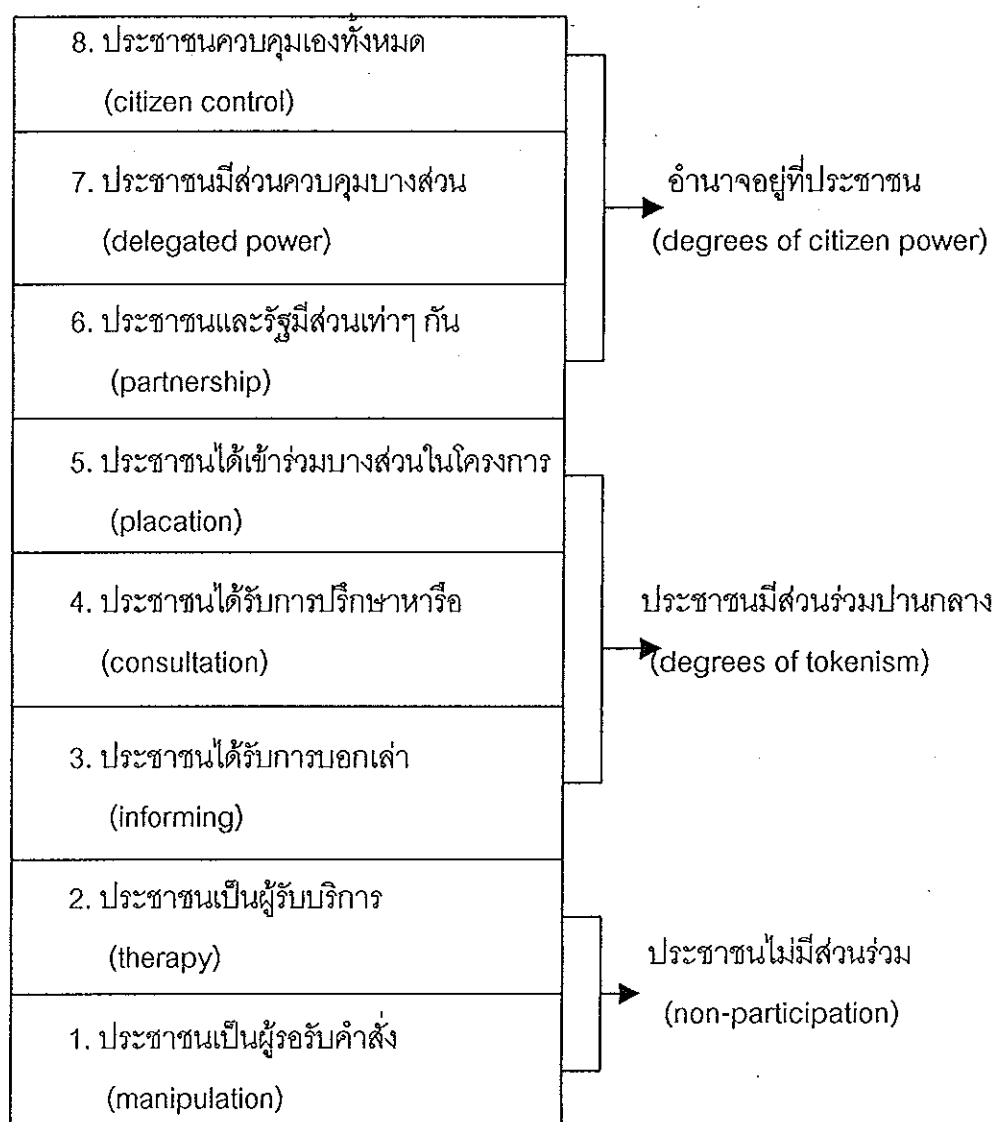
3. ระดับที่อำนาจอยู่ที่ประชาชน (degrees of citizen power) ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจเป็นส่วนใหญ่

3.1 ประชาชนและรัฐมีส่วนร่วมเท่าๆ กัน (partnership) คือ มีการใช้อำนาจร่วมกันระหว่างรัฐบาลและประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน

3.2 ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน (delegated power) คือ ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจเป็นส่วนใหญ่

3.3 ประชาชนควบคุมเองทั้งหมด (citizen control) คือ ประชาชนมีอำนาจในการควบคุมโครงการต่างๆ โดยสมบูรณ์

จากระดับการมีส่วนร่วมสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Arnstein, 1971 cited by Wass, 1994 : 44-45)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม มีอยู่หลายทฤษฎี การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารเฉพาะทฤษฎีการกระทำทางสังคม ทฤษฎีแรงจูงใจ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างความเข้าใจให้แก่โรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพฤติกรรมของนักเรียน

ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (social action theory)

การกระทำของมนุษย์ (human action) หมายถึง พฤติกรรมของมนุษย์ซึ่งมีทั้งที่เป็นแบบเปิดเผยและแบบลึกลับ (Max Webber อ้างในจำนง, 2523 : 60) โดยการกระทำทางสังคมของมนุษย์ มี 4 ชั้น ดังนี้คือ (Reeder, 1971 : 92-94 อ้างตาม จำนง, 2523 : 63)

1. การกระทำที่มีเหตุผล (rational action) เป็นการกระทำที่ใช้วิธีการอันเหมาะสม ในอันที่จะบรรลุถึงจุดหมายที่เลือกไว้โดยมีเหตุผล การกระทำดังกล่าวมุ่งไปในด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

2. การกระทำที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม (valuable action) เป็นการกระทำซึ่งใช้วิธีการที่เหมาะสมเช่นกัน เพื่อจะทำให้ค่านิยมสูงสุดในชีวิตมีความสมบูรณ์พร้อม การกระทำเช่นนี้มุ่งไปในด้าน จริยธรรม ศาสนาและทางศีลธรรมอื่นๆ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งความเป็นระเบียบในชีวิตทางสังคม

3. การกระทำตามประเพณี (traditional action) เป็นการกระทำที่ไม่เปลี่ยนแปลง โดยยึดเอาแบบอย่างที่ทำกันมาตั้งแต่อดีตเป็นหลักโดยไม่มีการคำนึงถึงเหตุผล

4. การกระทำที่แฝงด้วยความเสน่ห (affective action) การกระทำแบบนี้คำนึงถึงอารมณ์ และความผูกพันทางจิตระหว่างผู้กระทำกับวัตถุที่เป็นจุดหมายของการกระทำ การกระทำเช่นนี้ ไม่คำนึงถึงเหตุผลอย่างอื่นใดทั้งสิ้นนอกจากเรื่องส่วนตัว

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของมนุษย์นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัย คือ (Reeder, 1971 : 92-94 อ้างตาม สุภาพ, 2536 : 71)

1. ปัจจัยดึง (pull factors) ได้แก่

1.1 เป้าประสงค์ (goals) คือในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น ผู้กระทำจะกำหนดเป้าหมายหรือจุดประสงค์ไว้ก่อนล่วงหน้า และจะพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

1.2 ความเชื่อ (belief orientation) ความเชื่อเป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับรู้ไม่ว่าจะเป็นแนวความคิดหรือความรู้ และบุคคลจะเลือกรูปแบบพฤติกรรมบนพื้นฐานของความเชื่อที่ตนยึดมั่นอยู่

1.3 ค่านิยม (value standards) เป็นสิ่งที่บุคคลยึดถือเป็นเครื่องช่วยในการตัดสินใจและกำหนดการกระทำของตน ซึ่งบุคคลจะเลือกกระทำกรในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมที่ตนยึดมั่นอยู่

1.4 นิสัยและขนบธรรมเนียม (habits and customs) คือแบบอย่างพฤติกรรมที่คนกำหนดสืบต่อกันมา ถ้าละเมิดก็จะถูกบังคับด้วยการที่สังคมไม่เห็นชอบด้วย ดังนั้นในการกระทำของบุคคลส่วนหนึ่งจึงสืบเนื่องมาจากแบบอย่างพฤติกรรมที่กำหนดมาแต่เดิม

2. ปัจจัยผลักดัน (push factors) ได้แก่

2.1 ความคาดหวัง (expectation) ในการเลือกกระทำพฤติกรรมของบุคคลส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับความคาดหวังและท่าทีของบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างด้วย

2.2 ข้อผูกพัน (commitment) การกระทำของบุคคลบางครั้งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เชื่อว่าเขาถูกผูกมัดหรือมีข้อผูกพันที่จะต้องกระทำ

2.3 การบังคับ (force) บางครั้งบุคคลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ แต่เมื่อมีการบังคับก็จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นเร็วขึ้น

3. ปัจจัยเรื่องความสามารถ (able factors) ได้แก่

3.1 โอกาส (opportunity) เป็นความคิดของผู้กระทำที่เชื่อว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ขณะนั้น ช่วยให้มีโอกาสที่จะกระทำ

3.2 ความสามารถ (ability) คือการที่บุคคลเชื่อว่าความสามารถของตนเองจะกระทำในเรื่องนั้นๆ ได้สำเร็จ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ บุคคลนั้นจะพิจารณาความสามารถของตนเองก่อนทุกครั้ง

3.3 การสนับสนุน (support) คือสิ่งที่ผู้กระทำรู้หรือเชื่อว่าจะได้รับสิ่งนั้นๆ จากการแสดงพฤติกรรมออกมา

จากทฤษฎีดังกล่าวสรุปได้ว่า มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ตามความเชื่อหรือไม่เชื่อในสิ่งนั้นตามความสามารถของตน กระทำตามประเพณีโดยไม่คำนึงถึงเหตุผลหรือกระทำด้วยความผูกพันทางจิต

ทฤษฎีแรงจูงใจ (motivation theory)

มาสโลว์ (Maslow, 1954 : 90) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจ (motivation) ของการกระทำของมนุษย์และได้อธิบายว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจ ความต้องการเหล่านั้นถูกจัดลำดับขึ้นจากน้อยไปหามาก เมื่อความต้องการได้เกิดขึ้นแล้วไม่ได้รับการบำบัดเพียงพอ ความต้องการเหล่านั้นก็ยังคงอยู่และจะเป็นแรงขับที่มีพลังผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมโน้มไปในทางที่จะบำบัดความต้องการเหล่านั้นอยู่เสมอ

มาสโลว์ อธิบายว่า ความต้องการพื้นฐานที่ทำให้คนเราแสดงพฤติกรรมต่างๆ มี 5 ประการและแบ่งเป็นระดับต่างๆ ได้ดังนี้

1. ความต้องการทางร่างกาย (physiological needs) ถือเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน (basic needs) ของมนุษย์ เป็นความต้องการเกี่ยวกับปัจจัยในการดำเนินชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย น้ำ อากาศ อาหาร เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค

2. ความรู้สึกเกี่ยวกับความปลอดภัย (safety needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการบำบัดแล้วความต้องการของคนไม่ได้หยุดเพียงเท่านั้น ยังมีความต้องการเกี่ยวกับความปลอดภัยจากภัยอันตราย ความมั่นคงในอาชีพ สุขภาพที่ดี หน้าที่การงาน เหล่านี้ เป็นความต้องการถัดจากความต้องการทางด้านร่างกาย

3. ความต้องการทางสังคม (social needs) คือความต้องการที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่น รวมทั้งมีสถานภาพทางสังคมสูงขึ้น

4. ความต้องการมีเกียรติ ชื่อเสียง และการยกย่องนับถือ (esteem needs) เป็นความต้องการที่让别人ยอมรับตนเองว่าเป็นคนสำคัญและเป็นคนที่มีเกียรติ

5. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต (self actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว

จากทฤษฎีแรงจูงใจสรุปได้ว่า การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นก็เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจของบุคคล

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (participation theory)

ติน (2531 : 642) ได้แบ่งทฤษฎีการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือทฤษฎีความเป็นผู้แทน (representative) และทฤษฎีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) ทฤษฎีความเป็นผู้แทน เน้นการวางโครงสร้างสถาบัน เพื่อเป็นเครื่องมือในการให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การเลือกตั้ง การประชุมปรึกษาหารือ และถือว่าการมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง การถอดถอนผู้นำเป็นเครื่องหมายของการที่จะให้หลักประกันกับการบริหาร ดังนั้นผู้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการตัดสินใจ ได้แก่บรรดาผู้นำต่างๆที่เสนอตัวเข้ามาสมัครรับเลือกตั้งเป็นผู้แทนของกลุ่ม สำหรับทฤษฎีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ถือว่าการมี

ส่วนร่วมคือการร่วมในทุกขั้นตอน เป็นการให้การศึกษาแก่ประชาชน และพัฒนาการกระทำทางการเมืองและสังคม การไม่ยอมให้มีส่วนร่วม จึงเป็นการคุกคามต่อเสรีภาพของผู้ตาม

จากทฤษฎีการมีส่วนร่วม ถือว่าการมีส่วนร่วมเป็นการให้บุคคลได้มีเสรีภาพตามสิทธิของตน ได้มีโอกาสพัฒนาตนเอง ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นทุกขั้นตอน มิใช่เป็นเพียงผู้รับคำสั่ง

เทคนิควิธีการให้บุคลากรมีส่วนร่วม

เนื่องจากการมีส่วนร่วม ในระยะแรกจะเป็นความร่วมมือของรัฐและประชาชนก่อน เพราะการมีส่วนร่วมโดยหวังให้เกิดจากประชาชนโดยลำพังคงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นวิธีการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงต้องมีขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ดังนี้ (เขาวนีย์, 2535 : 30)

1. การเตรียมชุมชน เพื่อทำงานกับกลุ่มให้สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้ มีขั้นตอนดังนี้

- 1.1 สร้างสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมาย
- 1.2 การจัดตั้งกลุ่ม ให้มีรูปแบบเหมาะสม
- 1.3 การเตรียมทำงานกับกลุ่ม

2. กระบวนการสำคัญที่ใช้ในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่

2.1 การศึกษาแบบอรูปนัย (informal) เป็นวิธีการเรียนการสอนแบบนอกระบบ ใช้การอภิปรายหรือการปรึกษาหารือเป็นหลัก

2.2 พัฒนาคความสัมพันธ์ ความสามารถของกลุ่มในการแก้ไขปัญหา โดยคำนึงถึงการใช้ความสนใจร่วมเป็นตัวกำหนดสมาชิกของกลุ่ม

2.3 การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของ "ตัวกระตุ้น" (change agents) เพื่อเป็นการสนับสนุนกระบวนการเรียนการสอนที่มุ่งกระตุ้นให้เกิดจิตสำนึก ให้มองเห็นปัญหาและต้องแก้ไขปัญหาร่วมกันจึงจะสำเร็จ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการมีส่วนร่วม

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในต่างประเทศไม่ปรากฏรายงานการวิจัยเกี่ยวกับผลของการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน แต่มีการศึกษาผลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและพยาบาล ทำให้สามารถ

ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (Marie, 1996) และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในกระบวนการตัดสินใจรับการรักษาแบบยืดชีวิต ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (Sarch, 1998) และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบบไม่เป็นทางการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ทีมงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการทำงานที่นำไปสู่การส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Helena, 1997) นอกจากนี้ได้ มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการแก้ปัญหาภาวะ และการป้องกันมลภาวะ โดยให้ชุมชนเป็นผู้ร่วมงาน ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ทำให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา และทำให้การดำเนินงานโครงการประสบผลสำเร็จ (Marie, 1999)

สำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการมีส่วนร่วมในประเทศ พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ และชุมชน ซึ่งในกลุ่มแม่และเด็ก พบว่าผลจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาในการให้อาหารเสริมทำให้มารดามีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไปในทางที่ดีขึ้นมารดาเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้อาหารเสริม (บุญชอบ, 2538 : 71) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน ทำให้เด็กและเยาวชนมีความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ สุรา และสารเสพติด ความรู้ในเรื่องโรคเอดส์และการป้องกันดีขึ้น มีทัศนคติและความตั้งใจอยู่ในระดับสูง มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน (กฤษณีและคณะ, 2540 : บทคัดย่อ) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครูในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินของเด็กวัยก่อนเรียน ทำให้ผู้ปกครองเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไปในทางที่พึงประสงค์ขึ้น และทำให้เด็กวัยก่อนเรียนได้รับอาหารเสริมเหมาะสมตามวัย (เยาวณี, 2535 : 123) ส่วนในผู้สูงอายุ พบว่า การให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมสุขภาพ ทำให้สามารถแก้ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุที่แท้จริง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และค่านิยมในการปฏิบัติต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ถูกต้องเหมาะสม (วิไลวรรณ, 2540 : 104) สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของประชากรต่อการพัฒนางานสุขภาพตำบล ทำให้หมู่บ้านมีการพัฒนางานสุขภาพดีกว่าหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม (นิมิต, 2541 : 104) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับปรุงพฤติกรรมการกินปลาดิบของชาวชนบทอีสาน และความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ 4 กระทรวงหลัก ระดับตำบล ทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (เครือวัลย์และคณะ, 2534 : 34)

แนวคิดสุขบัญญัติแห่งชาติ

ความเป็นมาของสุขบัญญัติแห่งชาติ

สุขบัญญัติ คือ ข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้ง ร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งคนไทยรู้จักคุ้นเคยกับคำเดิม คือ “กติกากอนามัย” โดย ในปี พ.ศ. 2476 กองอนุสภากาชาดสยาม ได้บัญญัติ คำว่า “กติกากอนามัย” ขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อปฏิบัติสำหรับสมาชิกอนุกาชาด ซึ่งกติกากอนามัยที่กำหนดไว้ มีจำนวน 12 ข้อ ดังนี้

1. ก่อนจะกินอาหาร หรือเมื่อถ่ายอุจจาระและปัสสาวะแล้วล้างมือให้สะอาด
2. รักษาเล็บให้สะอาดเสมอ
3. ก่อนเข้านอนและเมื่อตื่นนอนแล้วจงแปรงฟันให้สะอาด
4. อาบน้ำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
5. ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปาก ป้องกันปากไว้เมื่อไอหรือจาม
6. อย่าถ่มน้ำลาย
7. อย่าเอานิ้วมือ ดินสอ ด้ามปากกา ยางลบ ไม้บรรทัดเข้าปาก
8. ขณะยืนหรือนั่ง จงตั้งตัวให้ตรง
9. ดื่มน้ำวันละมากๆ แต่อย่าดื่มน้ำชา กาแฟ
10. กินผักสดและผลไม้สดมากๆ ทุกวัน อย่ากินเนื้อให้มาก
11. อยู่ในที่แจ้งให้มากที่สุด
12. นอนในที่ลมถ่ายเข้าออกตามช่องได้สะดวก และนอนอย่างน้อยวันละ 10 ชั่วโมง

ต่อมาในปี พ.ศ. 2503 ได้มีการกำหนดคำว่า “สุขบัญญัติ” ขึ้นมาใช้แทนคำว่า “กติกากอนามัย” โดยกำหนดเป็นสุขบัญญัติ 10 ประการ และใช้เป็นเนื้อหาสำคัญในวิชาสุขศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งสุขบัญญัติ 10 ประการมีดังนี้

1. อาบน้ำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
2. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
3. นอนหลับให้เต็มที่ ในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก
4. ดื่มน้ำสะอาดมากๆ ไม่ดื่มน้ำชา กาแฟ
5. ควรกินอาหารพวก เนื้อ นม ไข่ ผักสด ผลไม้ทุกวัน
6. ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังออกจากห้องส้วมทุกครั้ง

7. เล่นหรือออกกำลังกายกลางแจ้งทุกวัน
8. ถ่ายอุจจาระทุกวันเป็นประจำ
9. พยายามหลีกเลี่ยงโรคติดต่อ
10. ทำจิตใจให้มีความสุขอยู่เสมอ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 กระทรวงศึกษาธิการได้ปรับปรุงหลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 โดยใช้หลักการของการ "บูรณาการ" กล่าวคือได้รวมวิชาสุขศึกษา วิชาสังคมศึกษา และวิชาวิทยาศาสตร์เข้าด้วยกัน เรียกว่า "กลุ่มวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต" ดังนั้นเนื้อหา สุขบัญญัติ 10 ประการ จึงถูกนำไปผสมผสานในเนื้อหาวิชาสุขศึกษา วิชาสังคมศึกษา วิชาวิทยาศาสตร์

ในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการปฏิรูประบบสุขบัญญัติแห่งชาติให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน มีการกำหนดเนื้อหาสุขบัญญัติครอบคลุม 6 กลุ่มพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล อาหารและโภชนาการ อุบัติเหตุ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการปลูกฝังและส่งเสริมให้มีสุขภาพดี โดยให้สถาบันต่างๆในสังคม อาทิ สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สถาบันสาธารณสุข สถาบันการเมือง และสื่อมวลชน ฯลฯ มีส่วนร่วมเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสัมมนาเพื่อปรับปรุงการใช้ภาษา ถ้อยคำ กำหนดเกณฑ์ปฏิบัติขั้นพื้นฐานเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติและกำหนดแนวทางในการเผยแพร่สุขบัญญัติในกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกระบบการศึกษา และประชาชนทั่วไป

ในปี พ.ศ. 2539 สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี และประกาศใช้เป็นสุขบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2539 เพื่อให้กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปเผยแพร่แก่ประชาชน

แนวทางการปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

คณะกรรมการสุขภาพศึกษา (2541 : 10-12; กองสุขภาพศึกษา, 2541 : 47-53) ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 6 กลุ่มไว้ดังนี้

กลุ่มพฤติกรรม	การปฏิบัติตามแนวทางขั้นพื้นฐานของ สุขบัญญัติแห่งชาติ
<p>พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด 2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง 3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย 	<p>แนวทางการดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาบน้ำให้สะอาดทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะเวลาเย็น ถ้าอากาศร้อน ควรอาบน้ำให้บ่อยขึ้น 2. ฟอกสบู่ทุกส่วนของร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะบริเวณง่ามนิ้วมือ ง่ามนิ้วเท้า ลำคอ รักแร้ ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ต้องสะอาดเป็นพิเศษ ล้างด้วยน้ำสะอาด และเช็ดตัวให้แห้งด้วยผ้าสะอาด 2. สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง หรือสระเวลาที่ผมสกปรกหรือมีกลิ่นเหม็นด้วยสบู่หรือยาสระผม แล้วล้างให้สะอาด เช็ดให้แห้งด้วยผ้าสะอาด 3. ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อไม่ให้เป็นที่สะสมของเชื้อโรค ล้างมือและเท้าให้สะอาดอยู่เสมอด้วยสบู่ โดยเฉพาะบริเวณง่ามมือ ง่ามเท้า และเช็ดให้แห้ง 4. ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน เพื่อป้องกันโรคท้องผูก ริดสีดวงทวาร เป็นต้น โดยควรรับประทานอาหารพวกผักผลไม้ทุกวัน และดื่มน้ำสุกสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 5. ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น และให้อบอุ่นเพียงพอ ซักเสื้อผ้าด้วยสบู่หรือผงซักฟอก เพื่อกำจัดเชื้อโรคและกลิ่น นำเสื้อผ้าที่ซักแล้วไปตากแดดให้แห้ง ไม่สวมรองเท้าและถุงเท้าที่สกปรกและเปียกชื้น นำผ้าห่ม ที่นอน หมอน มุ้ง

กลุ่มพฤติกรรม

การปฏิบัติตามแนวทางขั้นพื้นฐานของ
สุขบัญญัติแห่งชาติ

ออกผึ่งแดดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

6. จัดเก็บของใช้ให้เป็นระเบียบควรรจัดของใช้ให้เป็นหมวดหมู่ สะดวกในการใช้งาน จะก่อให้เกิดความสะอาด สร้างสุขนิสัยที่ดี และป้องกันอุบัติเหตุได้

แนวทางการรักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง

1. ถูฟันหรือบ้วนปากหลังกินอาหาร

2. หลีกเลี่ยงการกินทอฟฟี่ ขนมหวานเหนียว เป็นต้น

3. ตรวจสอบสุขภาพในช่องปาก อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

4. แปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธี อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน

4.1 ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม มาตรฐานของแปรงสีฟันสำหรับเด็กที่กำหนดโดย American Dental Association คือ ขนาดของหัวแปรง ยาว 1-2 นิ้ว กว้าง $\frac{5}{16}$ - $\frac{3}{8}$ นิ้ว มีขนแปรง 2-4 แถว ในแต่ละแถวมีขนแปรง 5-12 กระจุก ปลายขนแปรงมน เพื่อป้องกันเป็นแผล และแปรงสามารถเข้าถึงบริเวณฟันทุกๆ ซี่ (วันเพ็ญ, สินีพรรณ และ นันทมา, 2540 : 565)

4.2 แปรงฟันบริเวณขอบเหงือกเป็นพิเศษ บริเวณขอบเหงือก คือ รอยต่อระหว่างเหงือกและฟันจะเป็นบริเวณที่คราบจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบและโรคฟันผุสะสมได้ดีที่สุด นอกจากนี้ ยังเป็นการกระตุ้นการทำงานของเหงือกด้วย ในรายที่เหงือกอักเสบ อาจมีเลือดออกได้ แต่ถ้าอดทนแปรงต่อไปอย่างต่อเนื่องอาการเหงือกอักเสบและเลือดออกขณะแปรงฟันจะลดน้อยลงและหายไปโมที่สุด ภายในเวลาไม่นานวัน

กลุ่มพฤติกรรม

การปฏิบัติตามแนวทางขั้นพื้นฐานของ
สุขบัญญัติแห่งชาติ

4.3 แปรงฟันนานครั้งละ 2 นาที โดยประมาณ ปกติความยาวของแปรงสีฟันโดยทั่วไปจะครอบคลุมฟันได้ครั้งละ 2-3 ซี่ ในขณะที่ฟันคนเรามีฟันน้ำนม 20 ซี่ และฟันถาวร 32 ซี่ ซึ่งถ้าได้รับการแปรงฟันทั้งด้านนอกและด้านในทุกอย่างทั่วถึงจะใช้เวลาประมาณ 2 นาทีขึ้นไป การแปรงฟันอย่างรีบร้อน จะแปรงฟันได้ไม่ทั่วถึง และสะอาดเพียงพอ

4.5 แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ จะช่วยเสริมความแข็งแรงของฟัน และป้องกันฟันผุ การแปรงฟันนาน 2 นาที ฟลูออไรด์สามารถทำปฏิกิริยาต่อต้านโรคฟันผุได้พอเหมาะ

5. หมั่นตรวจช่องปากด้วยตนเองเป็นวิธีการเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพฟันและเหงือก ถ้าเป็นเด็กๆ คุณพ่อ-คุณแม่ ผู้ปกครอง ควรตรวจดูความผิดปกติในช่องปากของบุตรหลาน

6. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยรับประทานอาหารหลักครบ 5 หมู่ สำหรับอาหารที่มีแร่ธาตุแคลเซียม ฟลูออไรด์ ซึ่งเป็นแร่ธาตุที่สำคัญในการเสริมสร้างกระดูก และฟัน จะพบมากในเนื้อสัตว์ ไข่ นม ปลาที่กินได้ทั้งกระดูก ผักใบเขียว ผลไม้ต่างๆ

7. ห้ามใช้ฟันกัด ขบเคี้ยวของแข็ง เช่น ใช้ฟันเปิดฝาขวด ใช้ฟันขบปากกา ดินสอ เป็นต้น จะทำให้ฟันแตก ฟันหัก ฟันป็น หรือฟันเก รวมทั้งอาจทำให้กล้ามเนื้อที่ยึดขากรรไกรอักเสบ วิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง คือ ใช้ฟันเฉพาะบดเคี้ยวอาหารและไม่ขบของแข็ง

กลุ่มพฤติกรรม	การปฏิบัติตามแนวทางขั้นพื้นฐานของ สุขบัญญัติแห่งชาติ
	<p>แนวทางการล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง ก่อนและหลังการกินอาหาร 2. ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการขับถ่าย <p>วิธีการล้างมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> * ให้มือเปียกน้ำ ฟอกสบู่ * ถูมือให้ทั่วทั้งด้านหน้าและด้านหลังมือ ถูตามง่ามมือ และซอกเล็บให้ทั่ว ถูด้วยข้อมือ ล้างน้ำให้สะอาด และเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าที่สะอาด
<p>กลุ่มพฤติกรรมด้านอาหาร และ โภชนาการ</p>	<p>แนวทางการปฏิบัติ ด้านอาหารและโภชนาการปฏิบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกซื้ออาหารที่สด สะอาด ปราศจากสารอันตราย 2. กินอาหารที่มีการเตรียมการประกอบอาหาร และใส่ในภาชนะที่สะอาด 3. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ 4. ไม่กินอาหารที่ใส่สี มีสารอันตราย เช่น สีย้อมผ้า ยากันบูด ผงชูรส บอแรกซ์ ยาฆ่าแมลง พอร์มาลีน เป็นต้น 5. กินอาหารให้เป็นเวลา 6. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่พอเหมาะ 7. ดื่มน้ำที่สะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เช่น น้ำประปา น้ำดื่ม น้ำฝน น้ำที่ผ่านการกรอง เป็นต้น 8. หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด 9. หลีกเลี่ยงของกินเล่น
<p>กลุ่มพฤติกรรม ด้านการออกกำลังกาย</p>	<p>แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง 2. ออกกำลังกายและเล่นกีฬา ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และวัย 3. เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างสนุกสนาน

กลุ่มพฤติกรรม	การปฏิบัติตามแนวทางขั้นพื้นฐานของ สุขบัญญัติแห่งชาติ
กลุ่มพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต	<p>4. ตรวจสุขภาพโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพจิต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันทำงานบ้าน 2. มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในครอบครัว 3. มีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา 4. เพื่อแผ้วน้ำใจไมตรีให้กับสมาชิกในครอบครัว 5. มีกิจกรรมรื่นเริงสังสรรค์และพักผ่อนภายในครอบครัว 6. เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ควรหาทางผ่อนคลาย โดยการปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ หรือเข้าหาสิ่งบันเทิงใจ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ เป็นต้น 7. ทำงานอดิเรกในยามว่าง 8. ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา
กลุ่มพฤติกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	<p>แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น ไฟฟ้า เต้าแก๊ส ของมีคม จุดธูปเทียนบูชาพระ ไม่ขีดไฟ เป็นต้น ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากโรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเสี่ยงการชุมนุม ห้อมล้อมในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ
กลุ่มพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	<p>แนวทางการปฏิบัติ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด 2. อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชน ป่า น้ำ สัตว์ป่า เป็นต้น 3. ทิ้งขยะในที่รองรับ

กลุ่มพฤติกรรม	การปฏิบัติตามแนวทางขั้นพื้นฐานของ สุขบัญญัติแห่งชาติ
	4. หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น พลาสติก สเปร์ย เป็นต้น 5. มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ 6. มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือน และโรงเรียนที่ถูกต้อง

แนวทางการเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ

เป้าหมายสูงสุดของการศึกษา คือการที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้นรัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายศึกษาแห่งชาติ โดยนโยบายข้อที่ 5 ให้มีการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในรูปสุขบัญญัติแห่งชาติในทุกกลุ่มประชากรเป้าหมาย (ชัยรัตน์, 2540 : 12) ซึ่งการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมให้เยาวชนและประชาชนทั่วไป มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติขั้นพื้นฐานของสุขบัญญัติเจ้านาตินั้นไม่ได้เป็นเรื่องของหน่วยงานใด แต่จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากสถาบันต่างๆ ในการเผยแพร่ ซึ่งแนวทางการเผยแพร่สุขบัญญัติ มีดังนี้ (คณะกรรมการศึกษา, 2541 : 13-18)

1. แนวทางการเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติแก่กลุ่มเยาวชนในระบบการศึกษา กระทำได้โดย

1.1 การเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ ไปสู่ครู/อาจารย์ กิจกรรมประกอบด้วย

1.1.1 กระทรวงสาธารณสุข ทำหนังสือแจ้งและขอความร่วมมือ ไปยังผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดการศึกษา

1.1.2 ประชุมชี้แจงตามลำดับขั้น พร้อมแจกคู่มือ เอกสารประกอบ

1.1.2.1 เตรียมการ

1.1.2.2 จัดทำคู่มือ เอกสาร

1.1.2.3 จัดประชุมชี้แจง

1.1.3 ครู/อาจารย์นำสุขบัญญัติแห่งชาติไปปฏิบัติ

1.1.4 นิเทศ/ ติดตาม และประเมินผลอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง

1.2 การเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ จากครู/อาจารย์ ไปสู่นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา กิจกรรมประกอบด้วย

1.2.1 ครู/อาจารย์เป็นตัวอย่างที่ดี

1.2.2 จัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยมุ่งเน้นในด้านความรู้ ค่านิยมและการปฏิบัติ

1.2.3 จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์

1.2.4 จัดทำสื่อเสริมการเรียนการสอนสำหรับนักเรียน/นิสิต/นักศึกษา

1.2.5 จัดกิจกรรมส่งเสริมอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง

1.2.6 จัดกิจกรรมเสริมสำหรับผู้บริหารและครู/อาจารย์

1.2.7 นิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

1.3 การเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ จากนักเรียน/นิสิต/นักศึกษา ไปสู่นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา กิจกรรมประกอบด้วย

1.3.1 ยกย่องนักเรียน/นิสิต/นักศึกษา ที่ปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติเพื่อเป็นตัวอย่าง

1.3.2 จัดให้มีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนขึ้นในโรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย

1.3.3 จัดตั้งชมรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

1.3.4 จัดให้มีโครงการผู้นำนักเรียน/นิสิต/นักศึกษา ด้านสุขภาพ

1.4 การเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติจากครู/อาจารย์ไปสู่ผู้ปกครอง กิจกรรมประกอบด้วย

1.4.1 ประชุมชี้แจงผู้ปกครองในโอกาสที่เหมาะสม

1.4.2 เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากโรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัยไปสู่บ้าน

1.4.3 จัดทำหนังสือ หรือเอกสารเผยแพร่ เพื่อขอความร่วมมือไปยังผู้ปกครอง ในการสนับสนุนการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

1.4.4 จัดให้ครู/อาจารย์/ผู้ปกครอง ได้มีโอกาสพบปะซึ่งกันและกันที่โรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย หรือบ้านตามโอกาสอำนวย

1.4.5 จัดให้มีหนังสือชมเชยผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือ

1.5 การเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติจากผู้ปกครองไปสู่นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา กิจกรรมประกอบด้วย

1.5.1 จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกสุขลักษณะ

1.5.2 สนับสนุนหรือเอื้ออำนวยให้บุตรหลานปฏิบัติในเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ จนเป็นกิจนิสัย

1.5.3 ให้เวลาบุตรหลานอย่างมีจุดมุ่งหมาย รับฟัง ให้คำปรึกษา เพื่อสร้างความสัมพันธ์ และความเข้าใจที่ถูกต้อง

1.5.4 ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดี

1.5.5 ชักชวนหรือร่วมกิจกรรม ที่สร้างเสริมให้เกิดความอบอุ่นในครอบครัว

1.5.6 เปิดโอกาสให้บุตรหลานมีประสบการณ์ตรงตามวุฒิภาวะ

1.5.7 ส่งเสริมค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ

2. การเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติแก่กลุ่มเยาวชนนอกระบบการศึกษาและประชาชนทั่วไป ได้มีการกำหนดให้สถาบันต่างๆมีบทบาทในการเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ ดังนี้

2.1 แนวทางเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติโดยสถาบันการศึกษา ประกอบด้วย

2.1.1 ส่งเสริมให้ผู้บริหาร ครู อาจารย์ จัดทำเอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ เผยแพร่ไปยังผู้ปกครอง

2.1.2 จัดทำสื่อ เอกสารเผยแพร่ความรู้ เช่น เทปเสียง แผ่นพับ จดหมายข่าว จุลสาร เป็นต้น

2.1.3 สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ ในการประชุมผู้ปกครอง และนักเรียน/นิสิต/นักศึกษา

2.1.4 จัดสภาพแวดล้อมบริเวณโรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัยให้เอื้ออำนวยต่อสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.1.5 จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.1.6 ส่งเสริมให้มีการศึกษาค้นคว้า

2.1.7 ขอความร่วมมือสำนักพิมพ์ เพื่อพิมพ์สุขบัญญัติแห่งชาติลงในปกหนังสือเรียนหรือสมุดโรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย

2.2 แนวทางเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ โดยสถาบันสาธารณสุข ประกอบด้วย

2.2.1 เสนอสุขบัญญัติแห่งชาติให้คณะกรรมการสุขภาพศึกษา พิจารณาเพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรีอนุมัติ

2.2.2 นำเสนอผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง เพื่อให้มีการถ่ายทอดนโยบายให้หน่วยงานสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคถือปฏิบัติและเผยแพร่

2.2.3 ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ

2.2.4 สอดแทรกความรู้สุขบัญญัติแห่งชาติในการประชุม สัมมนาอบรมต่างๆ

2.2.5 จัดตั้งองค์กรเพื่อดำเนินการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์สุขบัญญัติแห่งชาติทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

2.2.6 ส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติได้

2.2.7 ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตและเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.3 แนวทางเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติโดยสถาบันศาสนา กิจกรรมประกอบด้วย

2.3.1 สอดแทรกสุขบัญญัติแห่งชาติ ในการเผยแพร่คำสอนทางศาสนา

2.3.2 สอดแทรกในกิจกรรม ที่จัดร่วมกันระหว่างสถาบันศาสนา บ้าน และโรงเรียน

2.3.3 ให้มีการพัฒนาสถาบันศาสนาเป็นแบบอย่างที่ดี

2.3.4 ส่งเสริมให้มีการใช้ศาสนสถาน เป็นสถานที่จัดกิจกรรมนันทนาการและออกกำลังกายที่เหมาะสมของครอบครัวและเยาวชน

2.4 แนวทางเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติโดยสถาบันสื่อมวลชน ประกอบด้วย

2.4.1 เห็นควรให้มีคณะกรรมการประชาสัมพันธ์สุขบัญญัติแห่งชาติ

2.4.2 ทำแผนประชาสัมพันธ์สุขบัญญัติแห่งชาติ โดยมีแผนผลิตสื่อและใช้สื่อในด้านต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อบุคคล สื่อพื้นบ้าน เป็นต้น

2.4.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศิลปินพื้นบ้านเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติ

2.4.5 เผยแพร่ทางหอกระจายข่าวสารหมู่บ้าน

2.4.6 สอดแทรกในบทละคร

2.4.7 ขอความร่วมมือดาราดาราเป็นตัวอย่าง

2.4.8 จัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาให้รางวัลรายการสุขบัญญัติแห่งชาติ

ดีเด่น

2.4.9 จัดทำรายการเผยแพร่ในสื่อต่างๆ

2.4.10 สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ ควบคู่ไปกับการโฆษณา

สินค้า

2.4.11 ทำสโปตโทรทัศน์ สโปตวิทยุ เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติอย่าง
สม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2.4.12 สอดแทรกในรายการวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือการ์ตูน หรือหนังสือ
ที่น่าสนใจ

2.4.13 เผยแพร่โดยผ่านพิธีกรรายการต่างๆ

2.5 แนวทางเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติโดยสถาบันการเมือง ประกอบด้วย

2.5.1 เสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาอนุมัติและประกาศเป็นสุขบัญญัติ
แห่งชาติ

2.5.2 ยกย่องนักการเมืองที่ดี เป็นตัวอย่าง ในเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.5.3 กำหนดมาตรการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการจำกัดจำนวน
สถานเริงรมย์ ช่วงเวลา และอายุผู้ใช้บริการ อย่างเคร่งครัด

2.5.4 จัดสถานที่พักผ่อนและสถานที่ออกกำลังกายให้เพียงพอ

2.5.5 ส่งเสริมทุกสถาบันที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามสุขบัญญัติ
แห่งชาติ

2.5.6 เร่งรัดการรักษาสุขภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

2.6 แนวทางเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติโดยสถาบันธุรกิจ กิจกรรมประกอบด้วย

2.6.1 ส่งเสริมสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสอดแทรกความรู้
สุขบัญญัติแห่งชาติ

2.6.2 จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.6.3 มีความรับผิดชอบ ในการโฆษณาสินค้า ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

2.6.4 ส่งเสริมการจัดกิจกรรม และสิ่งทีเอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมของพนักงานที่
สอดคล้องกับสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.7 แนวทางเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติโดยสถาบันครอบครัวและองค์กรชุมชน
ประกอบด้วย

2.7.1 จัดสภาพแวดล้อมและสิ่งทีเอื้อต่อการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.7.2 ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมกิจกรรมและเปิดโอกาสให้
แสดงความคิดเห็น

2.7.3 แบ่งเวลาให้บุตรหลานอย่างเพียงพอ และให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

2.7.4 เป็นแบบอย่างที่ดีเกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.7.5 ชมเชยและให้กำลังใจ เมื่อบุตรหลานปฏิบัติตนถูกต้อง

2.7.6 ผู้นำและองค์กรชุมชน สนับสนุนและเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติไปสู่ประชาชนทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง

แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา

การเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ นักเรียน กลุ่มเป้าหมายสนับสนุนคือ ผู้บริหารโรงเรียน ครู บุคลากรในโรงเรียนและผู้ปกครอง ดังนั้นเพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ คือนักเรียนทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ สถานศึกษาจะต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนและพัฒนาสิ่งแวดล้อม ทั้งในสถานศึกษา ที่บ้านและชุมชน ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในสถานศึกษามีหลักการดำเนินงาน ดังนี้

1. พัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็น ส่งเสริมค่านิยมที่ถูกต้อง จัดประสบการณ์ในการสร้างเสริมทักษะที่จำเป็น เน้นการปลูกฝังพฤติกรรมจนนักเรียนสามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอเป็นสุขนิสัย

2. พัฒนาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ

3. การจัดทำแผนงาน / โครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ยึดหลักการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การดำเนินงานสุขศึกษาในสถานศึกษา ให้คำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

4.1 กระบวนการเรียนการสอนและสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่และวิถีชีวิตของนักเรียนและชุมชน

4.2 กระบวนการเรียนรู้ ยึดผู้เรียนเป็นหลัก โดยให้ครูและผู้ปกครอง มีส่วนร่วม

5. เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ตามระบบการเฝ้าระวังที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

กองสุขศึกษา (2541: 41-57) ได้ให้แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุข ในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษาไว้ดังนี้

1. การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรยึดหลักการประสานนโยบาย ประสานแผนงาน ประสานภารกิจและประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานจังหวัด สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด สำนักงานแรงงานและสวัสดิการสังคมจังหวัด สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด สำนักงานสามัญศึกษาจังหวัด สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด สื่อมวลชนและองค์กรภาคเอกชน เป็นต้น

2. การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของสถานศึกษา ได้แก่

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียน ในสถานศึกษา

2.2 ข้อมูลด้านบุคลากร/นักเรียน จำนวนอาสาสมัคร (อสร./ยสร.)

2.3 ข้อมูลด้านการเรียนการสอน เช่น เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.4 ข้อมูลด้านบริการสุขภาพ เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วยของนักเรียน กิจกรรมของงานบริการอนามัยโรงเรียน

2.5 ข้อมูลด้านปัจจัยแวดล้อม เช่น จำนวนอ่างล้างมือ จำนวนห้องสุขา จำนวนที่รองรับขยะ สภาพสังคม วัฒนธรรม ค่านิยมท้องถิ่น

2.6 ข้อมูลด้านสื่อและสื่อบริการ เช่น วิดีทัศน์ เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขบัญญัติแห่งชาติ

แหล่งที่มาของข้อมูล อาจใช้ ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เช่น บัตรบันทึกสุขภาพ รายงานต่างๆ ข้อมูลจากการสำรวจเพิ่มเติม และข้อมูลจากการประชุมครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำนักเรียน

3. การจัดทำแผนงาน คณะทำงาน ร่วมมือกัน จัดทำแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติและแผนพัฒนาปัจจัยแวดล้อม

4. การพัฒนาบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน เช่น นักวิชาการสุศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูสุศึกษาและครูอนามัยโรงเรียน อาจกระทำได้โดยการอบรม ประชุมที่แจ่ง สัมมนา และอื่นๆ ตามความเหมาะสม

5. การจัดกิจกรรมดำเนินงานในสถานศึกษา การจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นความร่วมมือระหว่างฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายการศึกษา ดังนี้

5.1 ฝ่ายสาธารณสุข

5.1.1 สนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การเป็นวิทยากรพิเศษ การฝึกอบรมแกนนำนักเรียน/อาสาสมัครนักเรียน

5.1.2 การให้บริการตรวจสุขภาพ

5.1.3 จัดหาและสนับสนุนสื่อประเภทต่างๆ

5.1.4 ส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัย และพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

5.2 ฝ่ายการศึกษา การเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติในโรงเรียน กระทำได้ 2 ลักษณะคือ

5.2.1 การเผยแพร่แบบบูรณาการ สามารถจัดกิจกรรมในลักษณะ ดังนี้

1) การให้ความรู้ ได้แก่ จัดทำโปสเตอร์ จัดนิทรรศการ สาธิตการปฏิบัติ จัดได้ว่าที่ หอกระจายข่าว ข่าวสาร วารสาร เป็นต้น

2) การปฏิบัติและการติดตามการปฏิบัติ ได้แก่ ให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และมีการตรวจสุขภาพ เป็นต้น

3) จัดประกวดต่างๆ ได้แก่ ประกวดสุขภาพ ประกวดแปลงฟัน ประกวดฟันสวย ประกวดวาดภาพ ประกวดห้องเรียนสะอาด ประกวดกายบริหาร แข่งขันเกมสุขภาพ เป็นต้น

4) สร้างขวัญและกำลังใจ โดยการชมเชย ยกย่องให้รางวัล ได้แก่ การมอบรางวัลให้นักเรียนที่ปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ การมอบรางวัลให้ผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือให้นักเรียนสุขภาพดี เป็นต้น

5.2.2 การจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน สามารถจัดกิจกรรมได้ดังนี้

1) จัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามหลักสูตร ในโรงเรียนประถมศึกษา ใช้หลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533) ในกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต กลุ่มสร้างเสริมลักษณะนิสัย และกลุ่มการงานและพื้นฐานอาชีพ

2) จัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนเสริม โดยครูอาจใช้เวลาในคาบเรียน ข้าราชการครูวันสำคัญ คาบเรียนอิสระและกิจกรรมอิสระ เป็นคาบเรียนสอนเสริม เพื่อสร้าง ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีวิธีการดังนี้

- การเสริมสร้างให้นักเรียนมีความรู้ อาจทำได้โดยการบรรยาย การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับการจัดทำโปสเตอร์ จัดนิทรรศการ จัดได้วาที เป็นต้น

- การเสริมสร้างให้นักเรียนมีทัศนคติหรือค่านิยมที่ถูกต้อง ได้แก่ การพาไปทัศนศึกษา การให้เห็นแบบอย่างที่ดี การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปราย ฯลฯ

- การเสริมสร้างให้นักเรียนมีทักษะหรือปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้แก่ การ สาธิตประกอบการฝึกปฏิบัติ การใช้เหตุการณ์จำลอง การให้นักเรียนฝึกปฏิบัติ

6. การพัฒนาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการ ได้ดังนี้

6.1 ศึกษาและสำรวจปัจจัยแวดล้อมในโรงเรียน

6.2 จัดทำแผนพัฒนา

6.3 ส่งเสริมให้มีการกำหนดเป็นนโยบายหรือกฎระเบียบให้ชัดเจน

6.4 ระดมความร่วมมือ โดยให้มีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่ ผู้ปกครองและชุมชน เพื่อ การพัฒนาปัจจัยแวดล้อม ทั้งปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ

7. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ กระทำได้ ดังนี้

7.1 จัดทำแผนการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีรายละเอียด คือ

7.1.1 กำหนดลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการเฝ้าระวังในช่วงเวลาที่กำหนด

7.1.2 กำหนดตัวชี้วัดสำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการเฝ้าระวัง

7.1.3 กำหนดรูปแบบ วิธีการและเครื่องมือเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการเฝ้าระวัง เช่น การสำรวจแบบเร่งด่วน การสังเกต การใช้สมาชิกของกลุ่มเป็นผู้สังเกต ครูเป็นผู้สังเกต

7.1.4 กำหนดช่วงเวลาสำหรับการเฝ้าระวัง ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของ พฤติกรรมและระยะเวลาที่จำเป็นต้องใช้ในการปลูกฝังพฤติกรรม

7.1.5 กำหนดตัวบุคคลที่ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

7.2 การดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

7.3 การใช้ประโยชน์จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

8. การประเมินผล แนวทางการประเมินผล มีดังนี้

8.1 การประเมินประสิทธิผลของแผนงาน/โครงการ โดยประเมินผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนทั้งด้านการรับรู้ เจตคติและการปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจในแผนงาน/โครงการหรือไม่

8.2 ประเมินผลการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

8.3 ประเมินกระบวนการและกิจกรรมดำเนินการ

8.3.1 ประเมินว่ากิจกรรมดำเนินการได้ตามแผนหรือไม่ แต่ละกิจกรรมมีประสิทธิภาพสูงพอที่จะทำให้เกิดผลตามเป้าหมายหรือไม่

8.3.2 ประเมินความก้าวหน้าของโครงการ

8.3.3 ประเมินการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน/บุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรม

แนวคิดพฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม

พฤติกรรม (behavior) หมายถึง การกระทำ การแสดงออกของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้และวัดได้ด้วยเครื่องมือที่เป็นปรนัย (ประเทือง, 2535 : 37) แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) หมายถึงการกระทำที่สังเกตเห็นได้โดยใช้ประสาทสัมผัส กับพฤติกรรมภายใน (covert behavior) หมายถึงการกระทำที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ความคิดเห็น การรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ เป็นต้น (อารีรัตน์, 2542 : 7)

องค์ประกอบของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (ประภาเพ็ญ, 2534 : 45-49)

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย หรือด้านความรู้ (cognitive domain) เป็นกระบวนการทางด้านสมอง เป็นการจำข้อเท็จจริงต่างๆ การพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจ จำแนกตามลำดับจากง่ายไปยาก ดังนี้

1.1 ความรู้ (knowledge) หมายถึง ความสามารถในการจดจำ หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ การคาดคะเนและสามารถนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปใช้ (application) เป็นความสามารถที่จะนำความรู้ ความเข้าใจจากวิธีการ กฎเกณฑ์ ทฤษฎี และแนวคิดต่างๆ ไปใช้ ในสถานการณ์ใหม่ที่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแนบชิดระหว่างส่วนประกอบเหล่านั้น รวมทั้งมองเห็นการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (syntheses) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนต่างๆ เข้าเป็นส่วนที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินค่า (evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณา วิจัย ตีราคาสิ่งของต่างๆ การตัดสินใจคุณค่าของเนื้อหา วัสดุอุปกรณ์และวิธีการทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นเองหรือผู้อื่นกำหนด

2. พฤติกรรมด้านเจตพิสัยหรือทัศนคติ (affective domain) พฤติกรรมด้านนี้ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือปรับปรุง ค่านิยมที่ยึดถืออยู่ ซึ่งยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล ทัศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (ประภาเพ็ญ, 2534 : 87)

2.1 องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (cognitive component) ได้แก่ ความคิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ครอบคลุมถึงความเชื่อ ความคิดเห็นที่มีต่อสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่างๆ

2.2 องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (affective component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ เช่น ความรู้สึก ความรัก ความชอบ ความโกรธ ซึ่งจะเป็นตัวเร้าความคิด อีกต่อหนึ่ง

2.3 องค์ประกอบทางการปฏิบัติ (behavior component) เป็นการปฏิบัติ ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม จะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง สามารถสังเกตได้

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัยหรือการปฏิบัติ (psychomotor domain) พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือบุคคลไม่ปฏิบัติทันทีแต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นขั้นสุดท้าย ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้ และทัศนคติเป็นส่วนประกอบ สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุดที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (บุญเยี่ยม, 2530 : 70-71)

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (intraindividual causal assumption) แนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (extraindividual causal assumption) กลุ่มนี้มีรากฐานแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์

3. ปัจจัยหลายปัจจัย (multiple causality assumption) กลุ่มนี้มีรากฐานแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้น เกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่ง PRECEDE-PROCEED MODEL เป็นหนึ่งในแนวคิดนี้ได้มีการนำมาใช้ในการวินิจฉัย และประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ

PRECEDE-PROCEED MODEL เป็นแนวคิดซึ่ง Green & Kreuter (1991 : 4) เป็นผู้พัฒนาแนวคิดดังกล่าวขึ้นมา โดยแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจจะช่วยเหลือหรือขัดขวางยับยั้งการเกิด หรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก็ได้ แล้วแต่ระดับและทิศทางของปัจจัยความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้นี้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่พอเพียงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (enabling factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในตัว หรือมีความปรารถนาอยู่แล้ว สามารถกระทำการได้ตามที่พึงประสงค์ ได้แก่ ประสพการณ์ตรง ความเคยชิน และทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

3. ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลได้แสดงพฤติกรรมหรือการกระทำในเรื่องหนึ่งเรื่องใดไปแล้ว และได้รับผลในลักษณะของการกระตุ้นเตือน

การยกย่อง การว่ากล่าว การแนะนำ ตลอดจนปฏิบัติการต่างๆ ที่ได้รับจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อน บิดามารดา ครูประจำชั้น บุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น

แนวคิดการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรม (behavior modification) หมายถึง การประยุกต์หลักการพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมของบุคคล (ประเทือง, 2535 : 20; ชัยพร และธีรพร, 2535 : 30) เป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และจำกัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ วิธีการปรับปรุงพฤติกรรมอาจจะประยุกต์ใช้กับ พฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ แต่เมื่อใช้เฉพาะการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะใช้คำว่า การบำบัดพฤติกรรม (behavior therapy) (Kalish, 1981 : 3)

ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรม มีหลายทฤษฎี ในที่นี้จะกล่าวเพียง 2 ทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการปรับพฤติกรรม คือ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

1. ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (coperant conditioning)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ พัฒนาขึ้นโดยสกินเนอร์ (Skinner, 1904 อ้างใน สมโภชน์, 2539 : 30-34) เชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ตกอยู่ภายใต้การควบคุมของเงื่อนไข การเสริมแรง และเงื่อนไขการลงโทษ การเรียนรู้ตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนี้เป็นการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสิ่งแวดล้อม สกินเนอร์พบว่า ถ้าต้องการให้พฤติกรรมคงอยู่ตลอดไป จะต้องให้การเสริมแรง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

การเสริมแรงทางบวก หมายถึง สิ่งของ คำพูด หรือสภาพการณ์ที่บุคคลพึงพอใจ ซึ่ง จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นอีก

การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม บางอย่างที่ไม่ต้องการที่บุคคลไม่ต้องการหรือพึงปรารถนา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ต้องการดังกล่าว วิธีการเสริมแรงทางลบ เช่น การได้รับความเจ็บปวด ความหิว การถูกตัดคะแนน เป็นต้น

หลักสำคัญของการใช้การเสริมแรง (สุรางค์, 2537 : 143; ประเทือง, 2540 : 401)

1. ตัวเสริมแรงนั้น ต้องสามารถใช้ได้สะดวกและใช้ได้ทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น

2. ตัวเสริมแรงนั้น ควรเป็นตัวเสริมแรงที่ไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้ง่าย เช่น อาหาร ถ้าบุคคลรับประทานอาหารมาใหม่ๆ การใช้อาหารเป็นตัวเสริมแรง จะไม่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเสริมแรง

3. ควรเป็นตัวเสริมแรงที่หาได้ง่ายในห้องถื่น และราคาไม่แพงจนเกินไป

4. จะต้องทราบว่าพฤติกรรมของนักเรียนที่แสดงว่านักเรียนเรียนรู้แล้วมีอะไรบ้าง และให้แรงเสริมพฤติกรรมนั้นๆ

5. ระยะแรกๆ ควรให้การเสริมแรงทุกครั้งที่นักเรียนแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา แต่ระยะหลังใช้การเสริมแรงเป็นครั้งคราว (intermittently) ได้

6. ในการเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนบางคนอาจใช้การเสริมแรงเป็นขนม หรือรางวัลที่เป็นสิ่งของที่ จะเอาไปแลกเปลี่ยนของรางวัลได้ (token)

7. ควรจะต้องระวังไม่ให้การเสริมแรงเมื่อนักเรียนแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา

8. สำหรับพฤติกรรมที่ซับซ้อน หรือการเรียนรู้ที่ซับซ้อน ควรจะใช้หลักการตัดพฤติกรรม (shaping) คือ ให้การเสริมแรงกับพฤติกรรมที่นักเรียนทำได้ใกล้เคียงกันกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามลำดับขั้น (successing approximation)

9. ค่อย ๆ ลดสัญญาณบอกแนะ หรือการชี้แนะเมื่อเริ่มเห็นว่าไม่จำเป็น

10. ค่อย ๆ ลดการเสริมแรงแบบให้ทุกครั้งลง เมื่อเห็นว่าผู้เรียนกระทำได้แล้ว และผู้เรียนเริ่มแสดงว่ามีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นการเสริมแรงด้วยตนเองจากการทำงานนั้นได้

วิธีการเสริมแรง (schedules of reinforcement) แบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ดังนี้ (สมโภชน์, 2539 : 35)

1. การเสริมแรงทุกครั้ง (continuous reinforcement) ได้แก่ การให้เสริมแรงทุกครั้งที่พฤติกรรมเกิดขึ้น อันเป็นผลทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นคงที่ และอยู่ในระดับที่สม่ำเสมอ

2. การเสริมแรงเป็นครั้งคราว (intermittent reinforcement) ได้แก่ การเสริมแรงพฤติกรรมหนึ่งเป็นครั้งคราว ตามจำนวนครั้ง หรือระยะเวลาที่พฤติกรรมเกิดขึ้น อันเป็นผลทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นเกิดขึ้นสม่ำเสมอ ซึ่งวิธีนี้สามารถจำแนกเป็นประเภทต่างๆ ได้ 4 ประเภท (สมโภชน์, 2539 : 35-36)

2.1 การเสริมแรงตามเวลาแน่นอน (fixed interval) เป็นการเสริมแรงโดยกำหนดระยะเวลาที่จะให้การเสริมแรงไว้แน่นอน

2.2 การเสริมแรงตามเวลาไม่แน่นอน (variable interval)

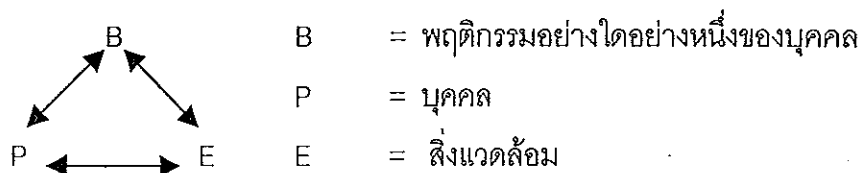
2.3 การเสริมแรงตามอัตราส่วนแน่นอน (fixed ratio) เป็นการเสริมแรงตามจำนวนครั้งของพฤติกรรม

2.4 การเสริมแรงตามอัตราส่วนไม่แน่นอน (variable ratio) เป็นการเสริมแรงตามจำนวนครั้งของพฤติกรรม แต่ไม่ได้กำหนดไว้แน่นอนว่ากี่ครั้ง

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พัฒนาโดย แบนดูรา (Bandura) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986 : 51) เชื่อว่า มนุษย์มักจะใช้สิ่งแวดล้อมเป็นเงื่อนไขให้เกิดพฤติกรรม การเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของคนเราส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) หรือการเลียนแบบจากตัวแบบ (modeling) ซึ่งอาจเป็นตัวแบบที่มีชีวิต หรือตัวแบบสัญลักษณ์ เช่น ตัวแบบที่เห็นในโทรทัศน์ หรือภาพยนตร์ รูปภาพ การ์ตูน หนังสือ คำบอกเล่าด้วยคำพูด หรือข้อมูลที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P) แสดงได้ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P)
(สุรางค์, 2537 : 169)

สมโภชน์ (2539 : 49) ได้อธิบายปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกันที่ละคู่ ดังนี้

คู่ระหว่าง P ↔ B เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ การคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึกจะกำหนดว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด

คู่ระหว่าง E ↔ P เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้น จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโดยอิทธิพลของสังคม

คู่ระหว่าง B \longleftrightarrow E เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของคนเรา พฤติกรรมเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม และในขณะเดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้นก็ทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วย

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เน้นแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ แนวคิดของการกำกับตนเอง แนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้ (Bandura, 1986 : 51-56)

1. กระบวนการตั้งใจ (attentional process) จะเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่สลับซับซ้อนมากนัก และมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์สำหรับองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้รวมทั้งการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส จุดของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของความตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

2. กระบวนการเก็บจำ (retention process) บุคคลจะแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้าง เพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น

3. กระบวนการกระทำ (production process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ขึ้นมาเป็นการกระทำ

4. กระบวนการจูงใจ (motivational process) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้น อยู่กับกระบวนการจูงใจ

การกำกับตนเอง (self regulation) พฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เป็นผลจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกอย่างเดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง (Bandura, 1977 : 103) กลไกของการกำกับตนเอง ประกอบด้วย กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Bandura, 1977 : 130)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มี 4 ปัจจัย คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ (Bandura, 1986 : 399)

จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม สรุปได้ว่า การเรียนรู้สิ่งต่างๆ ต้องอาศัยหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้จากสภาพแวดล้อม ซึ่งได้จากการสังเกตและการเลียนแบบจากตัวแบบ รวมทั้งคุณสมบัติของบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อกัน การแสดงออกของพฤติกรรมของปัจจัยแต่ละอย่างต้องอาศัยเวลา และโอกาสในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ

ปัญหาด้านอนามัยส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน

พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล เป็นหนึ่งในพฤติกรรม 6 กลุ่ม ที่รัฐบาลกำหนดให้มีการส่งเสริมและปลูกฝังแก่เด็ก เยาวชนและประชาชนทั่วไป โดยพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การปฏิบัติของบุคคลใน 3 เรื่อง คือ การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด การรักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง การล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหาร และหลังการขับถ่าย (สมศรี, 2541 : 28) ซึ่งการมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนพบว่า โรคและความผิดปกติที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลไม่เหมาะสม ซึ่งโรคที่พบบ่อย ได้แก่

1. โรคฟันผุ โรคปริทันต์ และโรคเหงือกอักเสบ พบมากเป็นอันดับ 1 ดังข้อมูลจากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ของกองทันตสาธารณสุข พบว่าเด็กอายุ 6 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 85.3 และมีฟันผุรุนแรง ร้อยละ 11.1 กลุ่มอายุ 12 ปี ฟันผุ ร้อยละ 53.9 (กองทันตสาธารณสุข, 2538 : 2-6) การศึกษาในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในสังกัดกองบังคับการตำรวจตระเวนชายแดน ภาค 2 โรคที่พบมากที่สุด คือ ฟันมีหินปูน ร้อยละ 52.6 ฟันผุ ร้อยละ 48.4 (ปรีชาและคณะ, 2539 : บทคัดย่อ) การประเมินผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาในเขต 11 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 พบโรคฟันผุมากที่สุด คือ ร้อยละ 80.5 รองลงมา ได้แก่ โรคเหงือกอักเสบ พบร้อยละ 68.5 (ไซหนับ และสาโรช, 2540 : บทคัดย่อ) การประเมินการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ในโรงเรียนประถมศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี พบว่า นักเรียนมีสภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 96.4 (สมบุญ, ศิริวรรณ, และสุดาจันทร์, 2540 : บทคัดย่อ) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพกับปัญหาทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนบ้านเกาะสะท้อน ตำบลเกาะสะท้อน อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส พบว่า นักเรียนมีปัญหาฟันแท้ผุ ร้อยละ 67 ปัญหาเหงือกอักเสบในระดับ ค ง และ จ ร้อยละ 7 (เบญจมิตร, 2542 : 51) โรคฟันผุ โรคปริทันต์ และโรคเหงือกอักเสบ มีสาเหตุสำคัญมาจากคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

คราบจุลินทรีย์เหนื่อเหงือก เชื้อจุลินทรีย์จะเริ่มเกาะเหนื่อเหงือกและจะนำอาหารจำพวกน้ำตาล มาทำเป็นสารยึดเกาะบนผิวฟัน ซึ่งไม่ละลายน้ำ ติดแน่น ไม่สามารถกำจัดโดยการบ้วนปาก เมื่อ คราบจุลินทรีย์มีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนชนิดและจำนวนของเชื้อ ก่อให้เกิดการอักเสบบริเวณ ขอบเหงือก ทำให้เกิดการแยกตัวของขอบเหงือก และมีร่องเหงือกลึกมากขึ้น คราบจุลินทรีย์ที่อยู่ ใต้เหงือกจะมีส่วนประกอบของเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ นอกจากนี้จุลินทรีย์บางชนิด ยังสามารถสร้างกรดจากน้ำตาล ซึ่งจะมีผลในการละลายส่วนประกอบของฟัน ทำให้เกิดโรคฟันผุ ประกอบกับเด็กอายุ 6 ขวบ เป็นระยะที่ฟันถาวรเริ่มขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในฟันถาวรมาก เพราะฟันถาวรที่เริ่มขึ้น มีหลุมและร่องฟันลึกเป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์

ผลเสียจากโรคฟัน นอกจากมีผลโดยตรงต่อตัวฟัน เหงือกและอวัยวะรอบๆ ฟันแล้ว ยังมีผลข้างเคียงต่ออวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย รวมทั้งก่อให้เกิดสภาพผิดปกติอีกหลายๆ อย่าง ได้แก่ ทำให้เกิดกลิ่นปาก (halitosis) จากการมีฟันผุลุกลามมากหรือมีเหงือกอักเสบเป็นหนอง หากมี ฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ หลุกลามสู่ปลายฟัน จะทำให้เกิดฝีบริเวณโบน้าและลำคอ กระดูก ขากรรไกรล่าง ช่องลิ้น (lingual space) และการสูญเสียฟันก่อนกำหนด จะมีผลต่อการพูด การบดเคี้ยวใช้การได้ไม่เต็มที่ อาจทำให้เด็กขาดสารอาหารได้ และการสูญเสียฟันแล้วไม่ได้ มีการบูรณะสภาพของฟันให้ถูกต้อง จะทำให้เกิดการสบฟันที่ผิดปกติ (malocclusion)

2. โรคผิวหนัง

จากการศึกษาสถานการณ์ของนักเรียนในปี 2538 พบว่า นักเรียนเป็นโรคเหา ร้อยละ 5.9 โดยที่นักเรียนประถมศึกษาเป็นเหามากที่สุด ร้อยละ 11.6 เป็นเกลื้อนร้อยละ 6 กลาก ร้อยละ 0.3 (รัชนี้และสุภาพ, 2540 : 2) โรคผิวหนังเกิดจากความสกปรก แม้จะไม่มีอันตรายถึงชีวิต แต่จะลุกลามเป็นเรื้อรัง ทำให้เสียสุขภาพ เสียบุคลิก เสียเงิน เสียเวลาในการรักษาพยาบาล ในที่นี้ จะกล่าวถึงโรคผิวหนัง ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลไม่เหมาะสม ที่พบบ่อยใน เด็กวัยเรียน ดังนี้

2.1 โรคผิวหนังที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในลำดับต้นๆ ของโรคผิวหนังในเด็ก โรคที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก คือ แผลพุพอง (impetigo) ซึ่งมักพบในผู้ที่มี พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลไม่เหมาะสม ไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย เกิดจากการ ติดเชื้อแบคทีเรียที่ชั้นหนังกำพำ พบบ่อยในเขตร้อนและอากาศชื้น แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ impetigo contagiosa เกิดจากเชื้อ group A streptococci แต่อาจจะมี Staphylococcus aureus (S. aureus) เป็นเชื้อซ้ำเติมได้ ลักษณะทางคลินิก เป็นตุ่มใส (vesicles) ต่อมาเป็นตุ่มหนอง (pustules) ผื่นบาง ขอบของผื่นจะแดง ตุ่มเหล่านี้แตกง่าย ทำให้เห็นเป็นสะเก็ดสีเหลือง มักพบบริเวณ

ใบหน้า รอบปาก จมูก แขนและขา อาจจะมีตุ่มน้ำเหลืองโตเฉพาะที่ มักพบตามหลังการเกา เนื่องจากแมลงกัดต่อย เมื่อเป็นโรคนี้ช้าบ่อยๆ อาจเกิดอาการแทรกซ้อน คือ acute glomerulonephritis สำหรับ Bullous impetigo เกิดจาก *S. aureus* phage group II ส่วนใหญ่เป็น type 71 ลักษณะทางคลินิกเป็น vesicobullous ในตุ่มน้ำเป็นหนอง ขอบของตุ่มมักไม่แดง อาจพบเป็นสะเก็ด (crust) สีน้ำตาลอ่อน พบบริเวณที่ร้อน อับชื้น เช่น ซอกคอ รักแร้

2.2 โรคผิวหนังเกิดจากการติดเชื้อรา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ การติดเชื้อราชั้นนอกสุด การติดเชื้อราชั้นใต้ผิวหนัง และการติดเชื้อราทั่วร่างกาย ซึ่งการติดเชื้อราชั้นใต้ผิวหนังและการติดเชื้อราชั้นนอกสุด (superficial fungal infection) ที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่

2.2.1 โรคเกลื้อน (tinea vesicular) มักพบในผู้ที่ไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย และของใช้ โรคเกลื้อนแม้จะไม่มีอันตรายร้ายแรง แต่ทำให้เสียบุคลิก เสียเงินในการรักษาพยาบาล โรคเกลื้อนเกิดจากเชื้อ *Malassezia furfur* เกลื้อนมีลักษณะเป็นจุดขาวๆ ขนาดเล็กหรือรอยต่างๆ ตำแหน่งที่พบบ่อย ได้แก่ ลำตัว หน้าอก หลัง ไหล่ คอ แขนขา โดยปกติไม่มีอาการคัน

2.2.2 โรคกลาก (dermatophyte infection) มักพบในผู้ที่ไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย และของใช้ โรคเกลื้อนแม้จะไม่มีอันตรายร้ายแรง แต่ทำให้เสียบุคลิก เสียเงินในการรักษาพยาบาล เป็นโรคติดเชื้อราชนิด dermatophyte มี 3 ชนิด คือ Trichophyton, Microsporum และ Epidermophyton แบ่งตามตำแหน่งที่เป็นเช่น ถ้าเป็นที่ศีรษะเรียก Tinea capitis (Ringworm) มีลักษณะผมร่วงเป็นหย่อมๆ มีการอักเสบเป็นตุ่มหนองที่รูขุมขน และอาจถูกกลุกลามเป็นก้อนนูน มีน้ำเหลืองกรัง เรียกว่า ชันนะตุ ถ้าเป็นที่ตัวเรียกว่า Tinea corporis ผิวหนังมีลักษณะเป็นตุ่มแดงต่อมาขยายออกเป็นวง ขอบมีลักษณะนูนแดง มีสะเก็ดที่ขอบๆ มีอาการคันเล็กน้อยจนถึงคันมาก พบที่ใบหน้า ลำตัว แขน ขา รักแร้ ขาหนีบ เป็นต้น และกลากที่เล็บ ทำให้เล็บเปลี่ยนสีเป็นสีเหลือง น้ำตาล มีขุยหนาใต้เล็บ

2.3 โรคผิวหนังที่เกิดจากพาราสิต

2.3.1 โรคหิด (scabies) มักพบในผู้ที่ไม่รักษาความสะอาดของร่างกายและของใช้ เกิดจากตัวหิดหรือตัวไร ชื่อ *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* สามารถติดต่อได้ถ้ามีการสัมผัสทางผิวหนังอย่างใกล้ชิด การติดต่อทางเครื่องนุ่งห่มพบได้น้อย เนื่องจากตัวหิดจะมีชีวิตอยู่นอกร่างกายคนได้ไม่เกิน 2-3 วัน อาการที่เด่นของโรค คือ คันมาก โดยเฉพาะในเวลากลางคืน ตำแหน่งที่พบ ได้แก่ ง่ามนิ้วมือ นิ้วเท้า ฝ่ามือ ฝ่าเท้า รักแร้ สะดือ ขาหนีบ และอวัยวะเพศ

2.3.2 โรคเหา พบในผู้ที่ไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย ของใช้และเส้นผม ติดต่อโดยการสัมผัสกันหรืออย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นเหาหรือติดจากเสื้อผ้า เครื่องใช้ต่างๆ เช่น

หิว ปลอดภัย โรคเหาเกิดจากตัวไรเหา สีขาวปนเทา อาศัยอยู่บนศีรษะ ดูดเลือดเป็นอาหารและภายใน 2 สัปดาห์ ตัวเหาจะออกไข่ได้อีก ผู้ที่เป็นเหา จะคันศีรษะ มีความรำคาญและขาดสมาธิในการเรียน ถ้าเกาจะทำให้เกิดแผลถลอก มีอาการอักเสบติดเชื้อ เกิดแผลพุพองที่ศีรษะ บางรายอาจลุกลามเป็นหนอง

การมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม จัดเป็นปัญหาด้านพฤติกรรม ดังนั้นการแก้ปัญหาดังกล่าว สามารถทำได้โดย การใช้แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมอาจเปลี่ยนแปลงโดยการบังคับ การเลียนแบบและการเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลง บุคคลที่เป็นแบบอย่างแก่เด็กวัยเรียน ได้แก่ บิดามารดา สมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว และครู โดยเฉพาะบิดามารดาจัดเป็นบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อบุตร ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกอบรมบุตรของบิดามารดา การเป็นผู้จัดสิ่งแวดล้อมและเป็นตัวแบบในการปฏิบัติตนมีบทบาทอย่างยิ่งในการสร้างสุขนิสัยของเด็กและเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในชีวิตของเด็ก ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมทั้งในปัจจุบันและศักยภาพของการกระทำในอนาคตของเด็กด้วย (Sears, Maccoby & Levin, 1957 อ้างใน วรตมา, 2540 : 38) เสถียรและคณะ (2529 : 47-49) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรักษาความสะอาดของร่างกาย อันดับ 1 คือ การอบรมสั่งสอนแนะนำของมารดา อันดับ 2 การอบรมแนะนำสั่งสอนของครู อันดับ 3 จากการเรียนรู้ด้วยตนเองและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนการขับถ่าย อันดับ 1 คือการอบรมสั่งสอนแนะนำของครู อันดับ 2 การอบรมแนะนำสั่งสอนของมารดา อันดับ 3 จากการเรียนรู้ด้วยตนเองและเห็นความสำคัญของนักเรียน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติในเรื่องการรักษาและป้องกันโรค อันดับ 1 คือ การอบรมสั่งสอนแนะนำของครู อันดับ 2 การอบรม แนะนำสั่งสอนของมารดา อันดับ 3 การแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยการถูกบังคับให้ปฏิบัติหรือการเลียนแบบบุคคลต่างๆ เช่น ครู พ่อแม่ ญาติ ผู้ปกครอง เพื่อน สื่อมวลชนต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติด้านต่างๆ เป็นส่วนน้อย แต่พบว่ารายการป้องกันอุบัติเหตุของโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของนักเรียนในเรื่อง การป้องกันอุบัติเหตุจากไฟฟ้า และการข้ามถนนรวมทั้งพฤติกรรมทิ้งขยะมูลฝอย รองลงมาจากปัจจัยการอบรม แนะนำคำสั่งสอนของครู มารดาและญาติ

2. การให้รางวัลเมื่อเด็กทำดี เป็นการเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) สิ่งที่เป็นตัวเสริมแรงอาจแบ่งได้ 5 ประเภท คือ ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ ตัวเสริมแรงทางสังคม คือ คำพูด ท่าทาง ได้แก่ การชมเชย ยกย่อง การเข้าใกล้ การแตะตัว เป็นต้น ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม

เช่น การได้รับอนุญาตให้ไปวิ่งในสนามหญ้า ตัวเสริมแรงที่เป็นเบียร์รถกร จัดเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการปรับพฤติกรรม ได้แก่ เงิน แด้ม ดาว หรือคุปอง เป็นต้น และตัวเสริมแรงภายใน ซึ่งครอบคลุมถึงความคิด และความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจ เป็นต้น (Rimm & Masters, 1979 อ้างใน สมโภชน์, 2539 : 172) การที่เด็กทำดีแล้วได้รางวัลตอบแทน ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ คำชมเชยต่างๆ จะเป็นการเสริมให้เขาต้องการทำความดี และจะทำต่อไปเรื่อยๆ จนกลายเป็นนิสัย วิธนา (2528 : 78-79) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้การเสริมแรงทางบวก ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมแรง มีทัศนคติและการปฏิบัติในเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายในระดับที่สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ และมุสดี (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และการให้แรงเสริมทางบวกต่อพฤติกรรมหันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. การลงโทษเมื่อเด็กทำผิด เป็นการเสริมแรงทางลบ (negative reinforcement) คือ การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแล้วผลที่ได้รับสามารถทำให้ตนเองหลีกเลี่ยงหรือหนีจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนาได้สำเร็จ ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น การเสริมแรงทางลบ เช่น การถูกตัดคะแนน การให้ได้รับความเจ็บปวด เป็นต้น นงลักษณ์ (2539 : 107) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าการอบรมสั่งสอนของผู้ดูแลเด็กแบบใช้บทลงโทษ เช่น การตี การทำโทษ เด็กกลุ่มนี้ได้เห็นผลของการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องว่าเพราะกลัวถูกตี กลัวถูกดู แต่พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมในลักษณะนี้ไม่ยั่งยืนเด็กนักเรียนจะกระทำต่อเมื่อมีการเข้มงวดขึ้นเท่านั้น

4. การใช้วิธีการทางการศึกษา หรือวิธีการให้สุขศึกษา หมายถึง การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิด และเปลี่ยนความเชื่อ มีเจตคติที่ถูกต้อง สัมครใจที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง วิธีการให้สุขศึกษา ได้แก่

- 4.1 การให้สุขศึกษาผ่านทางสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ จดหมายเวียน แจกใบปลิว การประชุมราษฎร
- 4.2 การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ เช่น ภาพโฆษณา ภาพพลิก ภาพถ่าย ภาพยนตร์
- 4.3 การทำตัวอย่างให้เห็น โดยผู้นำต้องทำตัวเป็นแบบอย่าง
- 4.4 การให้สุขศึกษาเป็นกลุ่ม

4.5 การสาธิตวิธีการปฏิบัติ

4.6 การให้ประชาชนมีส่วนร่วม

4.7 การให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล

5. การจัดประสบการณ์ที่เหมาะสมกับเด็ก บ้าน โรงเรียน และชุมชน เป็นสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสร้างแบบอย่างที่ดี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ โดยปกติครอบครัวจะให้ประสบการณ์แก่เด็กอย่างต่อเนื่อง เด็กจะได้รับประสบการณ์ทั้งที่ดีและไม่ดี ดังนั้นการวางแผนจัดประสบการณ์ที่เหมาะสม จะทำให้เด็กมีพัฒนาการอย่างสมบูรณ์ตามแนวทางที่ครอบครัวและสังคมพึงประสงค์

งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลมีดังนี้

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน คือ อาชีพ ระดับการศึกษาของบิดามารดา (ปริวรรต, 2533 : 89) การอบรมสั่งสอนของครู บิดามารดา การเรียนรู้ด้วยตนเอง และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ (ปริวรรต, 2533 : 89; เสถียรและคณะ, 2529 : 91) สำหรับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลได้มีการใช้วิธีการปรับปรุงพฤติกรรมดังนี้ คือ การให้ความรู้ โดยใช้วิธีบรรยายประกอบสื่อคู่มือการ์ตูน การฝึกทักษะเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ชลธิรา, 2539 : 121) การให้ทันตสุขศึกษาในห้องเรียน (สายใจ บรรจงและจิรวัด, 2541 : 29) การสอนเรื่องอนามัยส่วนบุคคลโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการจัดอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล (ธัญญา, 2541 : 74) การเสริมแรงทางบวก (ชลธิรา, 2539 : 120; วิณา, 2528 : 78) การเสริมสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และการให้การเสริมแรงทางบวก (มุสดี, 2536 : บทคัดย่อ) และการเสนอตัวแบบที่ถูกต้องด้านอนามัยส่วนบุคคล (ชลธิรา, 2539 : 120) ซึ่งผลการศึกษา พบว่า การให้ความรู้ การจัดอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล การเสริมแรงทางบวก และการเสนอตัวแบบที่ถูกต้องแก่นักเรียน ทำให้นักเรียนมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้น (ชลธิรา, 2539 : 120; ธัญญา, 2541 : 74) การสร้างแรงจูงใจและการให้เสริมแรงทางบวก ทำให้นักเรียนมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคดีขึ้น (สายใจ บรรจงและจิรวัด, 2541 : 29)

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรมและปัญหาด้านอนามัยส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน สรุปได้ว่า พฤติกรรมอนามัย

ส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมของเด็กวัยเรียน สามารถปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นได้ ด้วยวิธีการสุศึกษา การสร้างแบบอย่างที่ดี และการเสริมแรงทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งการส่งเสริมหรือปรับปรุงให้ เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมนั้น ควรนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการ ปรับปรุงพฤติกรรม เนื่องจากแนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดที่เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะ พัฒนาได้ และให้การยอมรับว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของชุมชน ปัญหาสุขภาพควรถูกระบุ โดยชุมชน จะทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญ ยอมรับและรู้สึกว่าเป็นเจ้าของโครงการ โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้เป็นกระบวนการที่สร้างเป้าหมายร่วมกัน ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้ครู บิดามารดาหรือผู้ปกครอง พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน การศึกษาครั้งนี้ จึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ต่อพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (two group pre-post test design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับและได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนก่อนและหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กำลังของการศึกษา (power of study) ของโพลิต (Polit, 1996 : 455) ดังนี้ กำหนดค่า α ที่ .05 ค่าเพาเวอร์ที่ $(1-\beta)$ ที่ .80 กำหนด effect size ในการศึกษาที่ .70 เปิดตาราง Estimated effect size ของ t-test ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อย 32 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สุ่มตัวอย่างโรงเรียนด้วยการจับฉลากเลือกโรงเรียน 2 โรงเรียน โรงเรียนที่จับฉลากได้ครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง คือ โรงเรียนเทศบาล 2 และโรงเรียนที่จับฉลากได้ครั้งหลังเป็นกลุ่มควบคุม คือโรงเรียนเทศบาล 1

2. สุ่มตัวอย่างห้องเรียน ด้วยการจับสลากห้องเรียนมากลุ่มละ 1 ห้อง โดยกลุ่มควบคุม จับสลากได้ห้องประถมศึกษาปีที่ 1/1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย ส่วนกลุ่มทดลองจับสลากได้ห้องประถมศึกษาปีที่ 1/1 แต่เนื่องจากนักเรียนที่ผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมในการวิจัย มีเพียง 17 ราย ผู้วิจัยจึงเลือกห้องเรียนอีก 1 ห้อง ได้ห้องประถมศึกษาปีที่ 1/2 ได้นักเรียนที่ผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมในการวิจัยอีกจำนวน 17 ราย รวมเป็น 34 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุข ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในขั้นตอนดังนี้

1.1 การมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและการค้นหาสาเหตุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำเสนอผลการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนที่ผ่านมา และผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล และสภาวะอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน จากนั้นให้มีการอภิปรายร่วมกันระหว่าง ครูประจำชั้น ครูสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต บิดามารดาหรือผู้ปกครอง พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อระบุปัญหาและค้นหาสาเหตุปัญหาด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

1.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนปรับปรุงพฤติกรรม โดยผู้วิจัยได้นำเสนอวิธีปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนตามแนวทางการปฏิบัติขั้นพื้นฐานของสุขบัญญัติแห่งชาติ จากนั้นให้มีการอภิปรายร่วมกันระหว่างครูประจำชั้น ครูสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต บิดามารดาหรือผู้ปกครอง พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อกำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของแต่ละฝ่าย

1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรม โดยครูประจำชั้น บิดามารดาหรือผู้ปกครอง พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติตามกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่ได้กำหนดไว้

1.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ครูประจำชั้น บิดามารดาหรือผู้ปกครองร่วมติดตามการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนที่โรงเรียนเป็นระยะ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตามผลการรักษา และส่งต่อนักเรียน

2. แบบวัดพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากแนวทางการปฏิบัติขั้นพื้นฐานของสุขบัญญัติแห่งชาติ (กองสุขศึกษา, 2541 : 10-12) และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนของธัญญา (2541 : 165-169) และ

แบบการตรวจสุขภาพเด็ก โดยประเมินความสะอาดของเครื่องแต่งกาย ผิวหนัง มือ-เล็บ ผม ปาก-ฟัน (วรัตมา, 2540 : 135-137)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ สกุล เพศ อายุ ของนักเรียน บุคคลที่นักเรียนอาศัย อยู่ด้วย อาชีพของบิดามารดา วุฒิการศึกษาของบิดามารดา การได้รับคำแนะนำตักเตือนจากครู บิดามารดา หรือผู้ปกครอง เรื่องการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อความทั้งด้านบวกและลบ ให้นักเรียนเลือกตอบตามการปฏิบัติจริง โดย สามารถเลือกตอบได้ 3 อันดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง ไม่เคยทำ ซึ่งกำหนดคะแนน ดังนี้

ข้อความที่เป็นบวก		ข้อความที่เป็นลบ	
ทำเป็นประจำ	= 2 คะแนน	ทำเป็นประจำ	= 0 คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	= 1 คะแนน	ทำเป็นบางครั้ง	= 1 คะแนน
ไม่เคยทำ	= 0 คะแนน	ไม่เคยทำ	= 2 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจสภาวะอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน โดยดัดแปลงจากเกณฑ์ ตรวจสุขภาพเด็กของวรัตมา (2540 : 135-137) ประกอบด้วย การตรวจความสะอาดของ เครื่องแต่งกาย ผิวหนัง มือ-เล็บ ผม ปาก-ฟัน จำนวน 5 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สะอาดดี ให้ 2 คะแนน สะอาดพอใช้ ให้ 1 คะแนน และสกปรก หรือต้องแก้ไขปรับปรุง ให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับการปรับปรุงพฤติกรรมนักเรียน ตรวจสอบความตรงด้าน เนื้อหา (content validity) เมื่อได้รับข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบวัดดังกล่าวมา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1 โรงเรียนซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน และคำนวณ หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha

coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลเท่ากับ 0.76 และสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล เท่ากับ 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ขออนุญาตขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน เทศบาล 2 และโรงเรียนเทศบาล 1

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงเรียน

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดพฤติกรรมและตรวจสภาวะอนามัยส่วนบุคคลหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ตามแบบวัดพฤติกรรมและตรวจสภาวะอนามัยส่วนบุคคลอีกครั้งหนึ่ง

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดพฤติกรรมและตรวจสภาวะอนามัยส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

2. ส่งหนังสือเชิญครูประจำชั้น พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนเทศบาล 2 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมประชุม เรื่องการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยผู้วิจัยได้นำหนังสือเชิญประชุมไปให้ด้วยตนเองทุกท่าน

3. กำหนดโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ดังนี้

3.1 สร้างสัมพันธภาพโดยกล่าวต้อนรับและแนะนำตัว

3.2 บอกวัตถุประสงค์การวิจัยและชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมประชุมทราบ

3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำเสนอผลการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนที่ผ่านมาและผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

3.4 ครูประจำชั้น พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครองนักเรียนร่วมกันระบุ ปัญหา และค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน โดยวิธี KJ Method (อนุวัฒน์, 2541 : 14)

3.5 ร่วมกันกำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วม ในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน โดยผู้วิจัยนำเสนอวิธีดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ครูประจำชั้น ครูสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต บิดา มารดาหรือผู้ปกครองนักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันพิจารณากำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนของแต่ละฝ่าย ซึ่งภายหลังจากการพิจารณาได้มีการกำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วม ดังนี้

3.5.1 การมีส่วนร่วมของครู ประกอบด้วย

3.5.1.1 การดูแลเอาใจใส่นักเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือให้สะอาดหลังขับถ่าย การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียน การแต่งตัวด้วยเสื้อผ้าที่สะอาด การตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้น

3.5.1.2 การประสานงานกับโรงเรียนในการจัดสภาพแวดล้อมที่โรงเรียนให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ จัดให้มีที่แปรงฟัน จัดให้มีแปรงสีฟัน ยาสีฟัน จัดให้มีส้วมสำหรับล้างมือ จัดให้มีอ่างหรือที่ล้างมือ

3.5.1.3 การจัดการเรียนการสอน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในหัวข้อเรื่องอนามัยส่วนบุคคล

3.5.1.4 การทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีเรื่องการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล

3.5.1.5 การแจ้งผลการตรวจสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ผลการรักษาที่นักเรียนได้รับ และการปรับปรุงพฤติกรรมนักเรียนที่โรงเรียนได้กระทำไปแล้ว รวมทั้งกิจกรรมที่ขอความร่วมมือให้ผู้ปกครองดูแลนักเรียนเมื่ออยู่ที่บ้าน

3.5.1.6 ตรวจสอบสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน และหาสาเหตุในนักเรียนที่มีสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลไม่ได้

3.5.2 การมีส่วนร่วมของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ประกอบด้วย

3.5.2.1 การดูแลเอาใจใส่บุตรหลาน เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การแปรงฟันตอนเช้า การแปรงฟันก่อนเข้านอน การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2

ครึ่ง การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง การตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ การทำความสะอาดเล็บ การสวมเสื้อผ้าที่ซักสะอาดแล้ว การรับประทานผักสดและผลไม้ที่ช่วยบำรุงฟันให้แข็งแรง การถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว การล้างมือก่อนรับประทาน อาหารทุกครั้ง การล้างมือหลังถ่ายอุจจาระและหลังถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร

3.5.2.2 การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน โดยจัดบ้านให้สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ทำความสะอาดที่นอน หมอน มุ้ง เมื่อสกปรก และควรรำออกผึ่งแดด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่ แชมพู เป็นต้น

3.5.2.3 การร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพนักเรียน เช่น นำบุตรหลานไปพบแพทย์ ทันตแพทย์ ตามนัด

3.5.3 การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วย

3.5.3.1 การมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนเรื่องอนามัยส่วนบุคคล การสนับสนุนสื่อประเภทต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เพื่อขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการแปรงฟัน และการจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้เรื่องอนามัยส่วนบุคคล

3.5.3.2 การส่งต่อนักเรียนพบแพทย์และทันตแพทย์ เพื่อรับการรักษารวมทั้งการติดตามผลการรักษา และแจ้งผลการรักษาที่นักเรียนได้รับให้ผู้ปกครองทราบร่วมกับทางโรงเรียน

4. ดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ตามกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่กำหนดไว้ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยในระหว่างการดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ติดตามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่บ้าน จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ติดตามภายหลังจากการประชุมกลุ่ม 1 สัปดาห์ และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ จึงติดตามครั้งที่ 2

5. หลังจากดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดพฤติกรรมและตรวจสอบภาวะอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Science/Personal Computer) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ
2. ข้อมูลพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ด้วยการทดสอบที (t-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนก่อนและหลังการได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว หน่วยงานสาธารณสุข ด้วยการทดสอบทีคู่ (paired t-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับและได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข และเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนก่อนและหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข มีจำนวน 34 ราย และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข มีจำนวน 34 ราย ผลการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ คือ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.8 เท่ากัน มีอายุมากกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.2 และร้อยละ 94.1 ตามลำดับ อาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 94.1 และร้อยละ 79.4 ตามลำดับ บิดามีอาชีพประมง คิดเป็นร้อยละ 47.1 และร้อยละ 58.8 ตามลำดับ มารดามีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 44.1 และร้อยละ 41.2 ตามลำดับ สำหรับการศึกษาของบิดาและมารดาของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.8 และร้อยละ 67.6 ตามลำดับ รองลงมา คือ มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.4 และร้อยละ 17.7 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของบิดาและมารดาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 64.7 ตามลำดับ รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 41.2 และร้อยละ 32.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	20	58.8	20	58.8
หญิง	14	41.2	14	41.2
อายุ				
6 ปี	3	8.8	2	5.9
มากกว่า 6 ปี	31	91.2	32	94.1
บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย				
บิดามารดา	32	94.1	27	79.4
บิดา	1	2.9	2	5.9
มารดา	-	-	2	5.9
ญาติพี่น้อง	1	2.9	3	8.8
อาชีพของบิดา				
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	7	20.6	1	2.9
ค้าขาย	5	14.7	2	5.9
รับจ้าง	6	17.6	8	23.5
ประมง	16	47.1	20	58.8
ไม่ได้ทำงาน	-	-	3	8.8
อาชีพของมารดา				
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	8.8	-	-
ค้าขาย	12	35.3	12	35.3
รับจ้าง	4	11.8	8	23.5
แม่บ้าน	15	44.1	14	41.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาของบิดา				
ไม่ได้เรียน	3	8.8	14	41.2
ชั้นประถมศึกษา	20	58.8	17	50.0
สูงกว่าชั้นประถมศึกษา	11	32.4	3	8.8
การศึกษาของมารดา				
ไม่ได้เรียน	5	14.7	11	32.4
ชั้นประถมศึกษา	23	67.6	22	64.7
สูงกว่าชั้นประถมศึกษา	6	17.7	1	2.9

การมีส่วนร่วมของครู บิดามารดาหรือผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

1. การมีส่วนร่วมของครู จากการสอบถามครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1/1 และ 1/2 ครูสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต พบว่า ครูส่วนใหญ่มีการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ในเรื่องการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียน การแต่งตัวด้วยเสื้อผ้าที่สะอาด การล้างมือให้สะอาดหลังขับถ่าย ส่วนเรื่องการล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร การตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้น ครูส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแล เพราะการล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ครูเวรซึ่งรับผิดชอบนักเรียนเรื่องการรับประทานอาหารเป็นผู้ดูแลร่วมกับครูประจำชั้น และการตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้น ครูเวรจะตรวจร่างกายนักเรียนตอนเข้าหน้าเสาธง หลังเข้าแถวเคารพธงชาติทุกวัน สำหรับการประสานงานกับโรงเรียนในการจัดสภาพแวดล้อมที่โรงเรียนให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ครูส่วนใหญ่มีการจัดให้มีที่แปรงฟัน มีอ่างหรือที่ล้างมือ จัดให้มีแปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่สำหรับล้างมือโดยเก็บไว้ที่ครูประจำชั้น สำหรับการจัดการเรียนการสอน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในหัวข้อเรื่องอนามัยส่วนบุคคล การแจ้งผลการตรวจสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ผลการรักษาที่นักเรียนได้รับ และการปรับปรุงพฤติกรรมนักเรียนที่โรงเรียนกระทำไปแล้ว รวมทั้งการแจ้งให้ผู้ปกครองดูแลนักเรียนเมื่ออยู่ที่บ้าน

สำหรับการตรวจสถานะด้านอนามัยส่วนบุคคล การหาสาเหตุที่ทำให้นักเรียนมีสถานะด้านอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี และการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีเรื่องการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลนั้น พบว่าครูส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับผลการสอบถามนักเรียน พบว่า นักเรียนทุกคนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครู เรื่องการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล

2. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง จากการสอบถามบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่บ้าน ภายหลังจากประชุมกลุ่ม 1 สัปดาห์ พบว่า บิดามารดาหรือผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของบุตรเป็นประจำทุกวัน ผู้วิจัยจึงได้ขอความร่วมมือจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองให้ปฏิบัติตามข้อตกลงที่กำหนดไว้ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงสอบถามบิดามารดาหรือผู้ปกครองอีกครั้ง พบว่า บิดามารดา หรือผู้ปกครองทุกคนได้ดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของบุตรเป็นประจำทุกวัน ซึ่งตรงกับผลการสอบถามนักเรียน พบว่า ทุกคนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล สำหรับการนำบุตรหลานไปรับบริการทันตกรรมนั้น จากการติดตามผล พบว่า บิดามารดาหรือผู้ปกครองทุกคนที่บุตรมีปัญหาเรื่องฟันผุได้นำบุตรหลานไปรับบริการทันตกรรมตามที่ทันตแพทย์นัด

3. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการติดตามและสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนสื่อ เรื่อง วิธีการรักษาร่างกาย และของใช้ให้สะอาด เช่น รูปภาพการแปรงฟันที่ถูกวิธี เป็นต้น การติดต่อขอแปรงสีฟันและยาสีฟันจากบริษัทคอลเกตปาล์มโอสีฟ (ประเทศไทย) จำกัด การจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้เรื่องอนามัยส่วนบุคคลร่วมกับครู การส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาฟันผุ จำนวน 34 ราย ไปรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ รวมทั้งมีการติดตามผลการรักษา และแจ้งผลการรักษาที่นักเรียนได้รับ วิธีการดูแลนักเรียนหลังถอนฟัน วิธีการป้องกันฟันผุ พร้อมทั้งขอความร่วมมือให้ผู้ปกครองดูแลนักเรียนที่บ้านให้ผู้ปกครองทราบเป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกับทางโรงเรียน สำหรับการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน เรื่องอนามัยส่วนบุคคล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้มีส่วนร่วมเพราะมีงานเร่งด่วน ได้แก่ กิจกรรมรณรงค์หยุดวัชชีนโปลิโอ และในระหว่างนั้นศูนย์แพทย์ชุมชนบ้านบาละฮิล มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำเพียงคนเดียว และโรงเรียนมีกิจกรรม เตรียมการเลือกตั้งสมาชิกสภาเทศบาลเมืองนราธิวาส เตรียมจัดงานอรุณรุ่ง ปี 2000 เห็นตะวันก่อนใครที่นราธิวาส จึงทำให้ไม่สามารถเลื่อนเวลาเรียนเรื่องอนามัยส่วนบุคคล ให้มีเวลาตรงกันได้ การจัดการเรียนการสอนจึงเป็นไปตามแผนการสอน ซึ่งได้วางแผนไว้ล่วงหน้ามาแล้ว

เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใน
ระยะก่อนทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า ในระยะก่อนทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ
ด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบ
ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่าง
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผลการศึกษา พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้าน
อนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนน
พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะก่อน
ทดลอง

พฤติกรรมด้านอนามัย ส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล	25.68	5.27	24.97	4.86	-0.57
สภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล	5.82	2.02	5.73	2.02	-0.18

$P < .05$

เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใน
ระยะหลังทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า ในระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ
ด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบ
ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัย
ส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะ หลังทดลอง

พฤติกรรมด้านอนามัย ส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล	23.58	3.52	27.85	2.43	5.80*
สภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล	5.61	2.21	8.60	1.71	6.43*

* $P < .05$

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ

เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล และสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่างก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม				t
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล	25.68	5.27	23.58	3.52	3.29
สภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล	5.82	2.02	5.61	2.21	0.83

P < .05

เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนน
พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ระหว่างก่อนและหลังทดลองของ
กลุ่มทดลอง

พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง				t
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล	24.97	4.86	27.85	2.43	-3.67*
สภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล	5.73	2.02	8.60	1.71	-10.21**

*P < .05

**P < .01

โดยสรุปผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนภายหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุขดีกว่าก่อนได้รับ

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขต่อพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนที่ไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข และกลุ่มทดลองเป็นนักเรียนที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข จากผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ

จากผลการศึกษา พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข มีผลทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองสามารถปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลได้ดีกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ลักษณะการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนครั้งนี้ เป็นไปตามลักษณะการมีส่วนร่วมในระดับอำนาจอยู่ที่ประชาชน ทั้งระดับประชาชนและรัฐมีส่วนร่วมเท่าๆ กัน (partnership) ระดับประชาชนมีส่วนร่วมควบคุมบางส่วนและระดับประชาชนควบคุมเองทั้งหมด (Arnstein, 1971 cited by Wass, 1994 : 44) กล่าวคือ มีความพยายามร่วมกันของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ครูประจำชั้น ครูสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการระดมความคิดงบประมาณ แรงกาย เพื่อร่วมกันปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกวัน เวลา สถานที่ในการนำบุตรหลานไปรับบริการทันตกรรม ตามที่ผู้ปกครองสะดวกที่สุด บิดามารดาหรือผู้ปกครองอบรมสั่งสอนควบคุมบุตรหลานให้ปฏิบัติพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลเมื่ออยู่ที่บ้าน ตลอดจนการทำความสะดวกสบายในบ้านและของใช้ การจัดสภาพบ้านเรือนให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจทำให้ บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโปรแกรมร่วมกัน ซึ่ง

การเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional involvement) ของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม (group situation) เป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุจุดหมายของกลุ่มและทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบ (นิรันดร์, 2527 : 183) ประกอบกับผู้วิจัยได้ติดตามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับครูประจำชั้นรวมทั้งติดตามการมีส่วนร่วมของครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจส่งผลให้บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดแรงกระตุ้นที่จะปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ส่งผลให้พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเขาวนี (2535 : 133) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมการกินของเด็กวัยก่อนเรียนที่ยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครูโรงเรียนพระตำหนักสวนกุหลาบ ทำให้ผู้ปกครองเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไปในทางที่พึงประสงค์ดีขึ้น

สำหรับนักเรียนกลุ่มที่ไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข นักเรียนได้รับการดูแลตามปกติ โดยครู บิดามารดาหรือผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถูกกำหนดให้ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษาของ กองสุขศึกษา (2541 : 41-57) ซึ่งตรงกับระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง ขึ้นได้รับการบอกเล่า (informing) (Arnstein, 1971 cited by Wass, 1994 : 44) กล่าวคือ ครูรับเอานโยบายมาปฏิบัติ ส่วนบิดามารดาหรือผู้ปกครองได้รับการบอกเล่าให้กระทำตามที่ครู หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอก มิใช่เป็นกระบวนการที่จะทำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเข้ามาเป็นเจ้าของหรือเกี่ยวข้องในโครงการ หรือมีความรับผิดชอบในการตัดสินใจ หรือทำงานร่วมกับครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม จึงทำให้ไม่เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโปรแกรม ไม่มีเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุจุดหมาย ไม่เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ขาดโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ขาดการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน หรือเรียนรู้จากกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้นักเรียนที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข มีพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วม

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนภายหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขดีกว่าก่อนได้รับ

จากผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข นักเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล และสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล สูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า การได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ช่วยให้นักเรียนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลได้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือร่วมระบุปัญหาและหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ร่วมวางแผนปรับปรุงพฤติกรรม ร่วมดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรม และร่วมประเมินผล ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมที่เจมส์ค็อกซ์ (2526 : 10) กำหนดไว้ สำหรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน ได้จากการประชุมกลุ่มร่วมกัน ระหว่างครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1/1 และ 1/2 ครูสอนวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 บิดามารดาหรือผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนได้กำหนดไว้ดังนี้

1. การให้ครู บิดามารดาหรือผู้ปกครองนักเรียนทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ด้านการปฏิบัติอนามัยส่วนบุคคล สอดคล้องกับหลักการว่าครู บิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นตัวแทนซึ่งมีลักษณะเด่นชัด อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก เด็กสามารถสังเกตได้ตลอดเวลา และพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลเป็นพฤติกรรมที่ไม่สลับซับซ้อนมากนัก เด็กวัยเรียนสามารถปฏิบัติได้ เพราะเด็กวัยเรียนมีความสามารถในการรับรู้ พร้อมทั้งจะเรียนรู้การดูแลตนเองเกือบเต็มที่ สามารถเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบได้ดี (นิตยา, 2540 : 9; Duffy, 1991 : 311; Koster, 1983 : 31; Merray & Zentner, 1989 : 147) และเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986 : 51) ที่เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการสังเกต และการเลียนแบบ จึงส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้น

2. การให้ครูประสานงานกับโรงเรียนในการจัดสภาพแวดล้อมที่โรงเรียนให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล คือ จัดให้มีที่แปรงฟัน มีอ่างหรือที่ล้างมือ จัดให้มีแปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่สำหรับล้างมือ ซึ่งโรงเรียนได้รับการสนับสนุนจากกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส โดยเก็บไว้ที่ครูประจำชั้น การให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ และจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่

แซมพู เป็นต้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานงานกับบริษัท คอลเกต ปาล์มโอสฟ (ประเทศไทย) จำกัด เพื่อขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์การแปรงฟัน แจกให้นักเรียน ตรงกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ของกรีน และครุสเตอร์ (Green & Kreuster, 1991 : 4) ที่อธิบายว่า การให้ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ ทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในตัวสามารถกระทำพฤติกรรมได้ตามที่พึงประสงค์ และเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986 : 50) ที่อธิบายว่า การเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลและจะมีปฏิกิริยาซึ่งกันและกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญา (2541 : 115) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จังหวัดปทุมธานี พบว่า การจัดอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล นักเรียนจะเห็นคุณค่าและก่อให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของลินี (2538 : 69) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า การจัดบริการอนามัยโรงเรียน การจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน

3. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ในการจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้ที่โรงเรียนเรื่องอนามัยส่วนบุคคล การแปรงฟันที่ถูกวิธี ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986 : 50-51) ที่อธิบายว่า การเรียนรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของคนเรา ส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต หรือการเลียนแบบจากตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นตัวแบบที่มีชีวิต หรือตัวแบบสัญลักษณ์ เช่น รูปภาพ หนังสือ คำบอกเล่า ด้วยคำพูด เป็นต้น

4. การให้ครู บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ดูแลเอาใจใส่นักเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล เป็นไปตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ของกรีน และครุสเตอร์ (Green & Kreuster, 1991 : 4) ที่อธิบายว่า การได้รับปัจจัยเสริม ได้แก่ การว่ากล่าว การแนะนำ การกระตุ้นเตือน เป็นสิ่งที่ทำให้นักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเสถียรและคณะ (2529 : 47-49) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรักษาความสะอาดของร่างกาย คือ การอบรมสั่งสอนของมารดา การอบรมสั่งสอนของครู การเรียนรู้ด้วยตนเอง และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามลำดับ การจัดการ

เรียนการสอนจากครู โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จะทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด จากการได้สะท้อนความคิด การได้ถกเถียง การสรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (สุภาภรณ์, 2540 : 2-6; ยงยุทธ, 2541 : 2-6)

5. การที่ครูแจ้งผลการตรวจสุขภาพนักเรียน ปัญหาสุขภาพและผลการรักษาพยาบาลที่นักเรียนได้รับ รวมทั้งแจ้งให้ผู้ปกครองดูแลต่อเนืองที่บ้านเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้ผู้ปกครองได้รู้ปัญหาสุขภาพของนักเรียน และร่วมมือกับทางโรงเรียนดูแลเอาใจใส่บุตรหลานไปในแนวเดียวกัน ทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้จากการที่ได้ปฏิบัติเมื่ออยู่ที่บ้าน และได้ปฏิบัติจากการสอนของครูที่โรงเรียน ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญา (2541 : 115) ที่พบว่า การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจ้งผลการตรวจสุขภาพนักเรียนให้ผู้ปกครองทราบ ทำให้ผู้ปกครองได้รู้ปัญหาสุขภาพของนักเรียนและร่วมมือกับทางโรงเรียนดูแลเอาใจใส่บุตรหลานไปในแนวเดียวกันทำให้นักเรียนมีผลการพัฒนาพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของโสภา (2542 : 400) ที่พบว่า การให้ครูแจ้งสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนแก่นักเรียนและผู้ปกครองทราบจะทำให้นักเรียนมีการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ และโสภา (2541 : 498) พบว่า นักเรียนกลุ่มที่มีครู ทันตบุคลากร แพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเตือน จะรับรู้สภาวะทันตสุขภาพตนเองดีกว่า และส่งผลการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพของนักเรียน (วรพันธ์, 2542 : 44) นอกจากการแจ้งผลแก่ผู้ปกครองแล้ว ครูประจำชั้นได้มีการให้รางวัลแก่นักเรียนที่มีการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลถูกต้อง เช่น ให้แปรงสีฟัน ให้คู่มือรับประทานอาหารกลางวันที่โรงเรียนฟรี ซึ่งการที่เด็กทำดีแล้วได้รางวัลตอบแทน ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ คำชมเชย จะเป็นการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้เขาทำความดี และทำต่อไปเรื่อยๆ จนกลายเป็นนิสัย (ประภาเพ็ญ, 2526 : 201; พวงทอง, 2540 : 70) เป็นไปตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner, 1904 อ้างใน สมโภชน์, 2539 : 30-34) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ตกอยู่ภายใต้การควบคุมของเงื่อนไขการเสริมแรงและเงื่อนไขการลงโทษ ถ้าต้องการให้พฤติกรรมคงอยู่ จะต้องให้การเสริมแรง ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิธนา (2528 : 78-79) ที่พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมแรงทางบวก มีทัศนคติ และการปฏิบัติในเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายในระดับที่สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับผลการศึกษาของมุสดี (2535 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และการให้แรงเสริมทางบวกต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

นอกจากนั้น การที่ผู้บริหารโรงเรียนเชิญผู้ปกครองเข้าร่วมประชุมที่โรงเรียนเป็นการทำ ความเข้าใจและจูงใจผู้ปกครองให้เห็นความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำงานและเข้ามาร่วมมือทำงาน เพราะผู้ที่ได้รับการอบรม ชี้แจงมากครั้ง มีความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการทำงานดีจะมี ส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการทำงาน (กรมการพัฒนาชุมชน, 2529 อ้างใน จุรีรัตน์, 2538 : 71; จุรีรัตน์, 2538 : 71) และการเข้ามามี ส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ทำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจใน เรื่องสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดทัศนคติที่ดีและถูกต้องมาสู่บุตรได้ (ศิริศจี, 2531 : 71 อ้างใน เยาวณี, 2535 : 121) ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้น

สำหรับนักเรียนกลุ่มที่ไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตาม โปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข นักเรียนได้รับการดูแล ตามปกติ โดยครู บิดามารดาหรือผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะปฏิบัติตามบทบาทและ หน้าที่ซึ่งได้รับทราบมา กล่าวคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดประชุมชี้แจงครู เพื่อให้ครูรับทราบแนว ปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนตามสุขบัญญัติ แห่งชาติในสถานศึกษา แต่ไม่มีการประชุม และประสานงานกันระหว่างครู บิดามารดาหรือ ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ครูได้สอนเรื่องอนามัยส่วนบุคคลและให้นักเรียนปฏิบัติที่โรงเรียน แต่ไม่ได้ประสานกับผู้ปกครองให้ มีการติดตามการปฏิบัติของนักเรียนขณะอยู่ที่บ้าน ครูมีการแจ้งปัญหาของนักเรียนให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครองทราบโดยให้นักเรียนไปบอกบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นการสื่อสารทาง อ้อม อาจทำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองไม่เข้าใจจึงไม่ได้ปฏิบัติตามที่ครูแจ้งให้ทราบ ซึ่งการ ปฏิบัติที่กล่าวมา อาจส่งผลให้นักเรียนปฏิบัติพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลไม่สม่ำเสมอ ดังผล การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและ สภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลในระยะก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนภายหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้าน อนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุข ดีกว่าก่อนได้รับ

บทที่ 5

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (experimental research) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส ระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับ และได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 68 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 34 คน กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 34 คน ซึ่งได้จากการ สุ่มเลือกโรงเรียนและห้องเรียน ส่วนนักเรียนได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน และแบบวัดพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคล สภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรแอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลเท่ากับ 0.76 และสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลเท่ากับ 0.82

ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 6 ปี อาศัยอยู่กับบิดามารดา บิดามีอาชีพประมง มารดามีอาชีพแม่บ้าน สำหรับการศึกษาก่อนของบิดาและมารดาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา

กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลในระยะก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้มีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น ดังนี้

1. การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1.1 จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนภายหลังได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขดีกว่าก่อนได้รับ และพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ ดังนั้นควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครู บิดามารดา หรือผู้ปกครองนักเรียนในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนักเรียน โดยการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

1.2 จากการตรวจสอบสภาวะด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน พบว่า นักเรียนมีปัญหาฟันผุมากที่สุด จึงควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา ดังนี้

1.2.1 ควรจัดอบรมครูประจำชั้นทุกคนให้มีความรู้ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง และส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อจะได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือครูอนามัยโรงเรียนในการปฏิบัติงาน

1.2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเพิ่มขึ้นตอนการฝึกอบรมครูที่ดำเนินงาน ใฝ่ระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนระดับประถมศึกษา หรืออาจใช้วิธีการอื่นๆ นอกเหนือ จากการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าการให้ครูศึกษาจากหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียว

1.2.3 ควรให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานใฝ่ระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพใน นักเรียนประถมศึกษา ปรับปรุงดัชนีที่ใช้ในการตรวจสภาวะอนามัยในช่องปาก เพื่อให้สามารถนำ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพไปใช้ได้ เพราะในปัจจุบันดัชนีที่ใช้ในการตรวจ สภาวะอนามัยในช่องปากยังไม่ชัดเจน เช่น ค่าคะแนนที่ได้ 1 คะแนน ในการตรวจฟันถาวรผู้นั้นไม่ ทราบว่าฟันถาวรผุจำนวนกี่ซี่ ฟันผุรุนแรงเพียงใด จะให้การรักษาแบบใด เช่น โดยการอุดฟัน ถอน ฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน ค่าคะแนน 7 ในการตรวจสภาวะอนามัยในช่องปาก ไม่ทราบว่าความ จำเป็นที่ต้องรักษาเร่งด่วนนั้นคืออะไร เช่น ด้วยการขูดหินน้ำลาย ถอนฟันน้ำนม หรือฟันถาวร เป็นต้น

1.2.4 ครู บิดามารดาหรือผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้ความสำคัญ ในการป้องกันด้านทันตสุขภาพมากขึ้น โดยเน้นการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งที่บ้านและโรงเรียน

1.2 ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารโรงเรียน และครูทุกคน บิดา มารดาหรือผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้การจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วมครั้งนี้ประสบ ความสำเร็จด้วยดี ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า บ้านและโรงเรียนเป็นแหล่งที่สามารถปลูกฝังการปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามแนวทางสุขบัญญัติ แห่งชาติให้แก่นักเรียนได้ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสและกองการศึกษาเทศบาล เมืองนราธิวาส ควรมีการกำหนดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจน ในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง บ้านและโรงเรียนขึ้น

1.3 ครูควรมีการเสริมแรงทางบวก เช่นการให้รางวัล ชมเชย นักเรียนที่ปฏิบัติด้าน อนามัยส่วนบุคคลให้เป็นแบบอย่างที่ดี รวมทั้งมีการประสานความร่วมมือไปยังผู้ปกครองใน การให้การเสริมแรงทางบวกแก่นักเรียนด้วย

1.4 การจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านและโรงเรียน ควรจัดให้มีสถานที่และ อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่นจัดให้มีแปรงสีฟัน ยาสีฟัน แชมพู สบู่ ที่ล้างมือ ที่แปรงฟัน เป็นต้น เพราะโรงเรียนยังมีจำนวนอ่างล้างมือ ที่แปรงฟัน แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่ ไม่เพียงพอ กองการ ศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส ควรหาทางแก้ไขตามความเหมาะสมของแต่ละโรงเรียน เพื่อให้ นักเรียนมีการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน อย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของครู บิดามารดา หรือผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปลูกฝังหรือปรับปรุงพฤติกรรม ให้ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพตาม สุขบัญญัติแห่งชาติทั้ง 6 กลุ่ม

2.2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.3 ศึกษาารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และพยาบาลในการดูแลสุขภาพ

2.4 ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างสุขนิสัยด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก วัยเรียน

บรรณานุกรม

กฤษณี สนั่นทอง, รำไพ เกียรติอดิศร, ชัยโรจน์ ชุมมงคล และชาญชัย พิณเมืองงาม. (2540). การศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. รายงานวิจัยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 8. นครสวรรค์.

กรรณิการ์ พงษ์สนิท, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กรรณิการ์ ชมดี. (2534). การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ: ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

กองสุขศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข. (2541). แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.

_____ . (2542). แนวทางการรณรงค์สุขภาพบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (2536). คู่มืออบรมครูประจำชั้นในงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

_____ . (2538). รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.

_____ . (2540). หลักการและแนวคิดของการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด.

กัญญา สุภจรรยา. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านการศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านแห่งหนึ่งในแถบภาคเหนือตอนบน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

กิตติโชค ห้อยยี่ภู่. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในโรงเรียนมัธยมเพื่อพัฒนาบทบาทการศึกษาเฉพาะกรณี ในโรงเรียนถิ่นโอภาสวิทยา. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

คณะกรรมการสุศึกษา. (2541). สุขบัญญัติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ กองสุศึกษา.

เครือวัลย์ นุตานวัตร และคณะ. (2534). รูปแบบการปรับปรุงพฤติกรรมกรกินปลาติบของชาวชนบทอีสาน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2526). การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบท. เศรษฐศาสตร์ปริทัศน์, 6 (1), 10-12.

—————. (2527). การบริหารงานพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.

จूरรัตน์ ภาว. (2538). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้านในการป้องกันโรคเอดส์กรณีศึกษา อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

จำนง อติวัฒน์สิทธิ์. (2523). ประวัติแนวความคิดทางสังคม. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.

ชลธิรา ซึ่งจิตตวิสุทธิ. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพื้นฐานด้านอนามัยส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ชัยพร วิชชาวุธ และธีรพร อุวรรณโณ. (2535). แนวคิดและพัฒนาการใหม่ในการปลูกฝังจริยธรรม. วารสารครุศาสตร์, 18, 30.

ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ. (2540). นโยบายการศึกษาแห่งชาติ ทิศทางการพัฒนาสุขภาพคนไทย. เพื่อนสุขภาพ, 9 (1), 12.

ชาติวัฒน์ ชาดิกรกุล. (2541). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ (พุทธศักราช 2540). ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ยะลา.

ไชนัน อุกฤษ และสาโรช สิมะไพศาล. (2540). การประเมินผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาในเขต 11 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7. รายงานการวิจัย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 11 นครศรีธรรมราช.

ติน ปรัชญพฤทธิ. (2536). ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วม. ในเอกสารการสอนชุดวิชา
พฤติกรรมมนุษย์ในองค์กร. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด
บางกอกบลิ๊อค.

ธวัชชัย วรพงศธร. (2540). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธัญญา โกมูถรวงศ์. (2541). การพัฒนารูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริม
พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จังหวัดปทุมธานี.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรม
ศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

นงลักษณ์ จินตนาติก. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองของนักเรียนชั้นประถม
ศึกษาในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

นลินี มกรเสน. (2538). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่ง
ชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

นิมิตร แสงเกต. (2541). ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมเชิงประยุกต์ของประชากรต่อ
การพัฒนางานสุขภาพตำบล. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อ
พัฒนาชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.

นิตยา คชภักดี. (2539). แนวทางการดำเนินงานโครงการพัฒนาครอบครัว.
กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบลิ๊อค.

_____. (2540). พัฒนาการปกติ. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริปญญ์และ
สุรางค์ เจียมจรรยา. (บรรณาธิการ), ตำรากุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : บริษัทไอลิสติก
พับลิชชิ่ง จำกัด.

นิภา มนุญปิฎ. (2528). การวิจัยทางสุขภาพศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร :
อักษรบัณฑิต.

นรินทร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.
กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.

บุญชอบ เกษโกวิท. (2538). การประเมินประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการให้อาหารเสริม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสุศึกษา. 8 : 65-70.

_____. (2530). แนวคิดและรูปแบบการสุศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ณ โรงแรมเอเชียพญา

บุญจันทร์ เจาะและ. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพกับปัญหาทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนบ้านเกาะสะท้อน ตำบลเกาะสะท้อน อำเภอดงหลวง จังหวัดนราธิวาส. ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทัศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไอดีเอ็นเอสไตร์.

_____. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุศึกษา. กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์.

ประเทือง ภูมิภัทราคม. (2535). การปรับพฤติกรรม : ทฤษฎีและการประยุกต์. ปทุมธานี : ฝ่ายเอกสารตำราวิทยาลัยครูเพชรบุรีวิทยาลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.

_____. (2540). การปรับพฤติกรรมทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ ไอดีเอ็นเอสไตร์.

ปวีรรต มโนรมชัชวาล. (2533). การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพตามบทบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์การศึกษบัณฑิต (พลศึกษา) สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, กรุงเทพมหานคร.

ปรีชา กิจวัฒน์ชัย, คมคาย กิจวัฒน์ชัย, กาญจนา นาละพันธ์, ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม และโชคชัย สุวรรณโพธิ์. (2539). การศึกษาวิธีการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาในสังกัดกองบังคับการตำรวจตระเวนชายแดน ภาค 2. ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มุสดี จันทรียง. (2535). ประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และการให้
การเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมทัศนสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
 กรุงเทพมหานคร.

พวงทอง บ่องภัย. (2540). พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. คณะศึกษาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2536). สถิติเบื้องต้นพาราเมตริก เพื่อการวิจัยทางการพยาบาล.
 สงขลา : อัลลายด์เพรส จำกัด.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. (2536). เทคนิคการสร้างและ
พัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา ; อัลลายด์เพรส จำกัด.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแสง. (2539). วิจัยทางการ
พยาบาล : หลักการและกระบวนการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา : อัลลายด์เพรส จำกัด.

ไพรัตน์ เดชะรินทร์. (2527). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนใน
ยุทธศาสตร์การพัฒนาในปัจจุบัน. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. ศูนย์ศึกษา
 นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์. (2531). การมีส่วนร่วมของประชาชน. วารสารพัฒนาชุมชน. 27
 (2), 25-28 .

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. (2541). การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. ใน เอกสารประกอบ
การสัมมนา เรื่อง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม วันที่ 4 สิงหาคม 2541. สงขลา : คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2526). หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร:
 โรงพิมพ์อนุเคราะห์ไทย.

เยาวณี วงศ์ศิริ. (2535). การปรับพฤติกรรมการกินของเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้หลักการมี
ส่วนร่วมของผู้ปกครอง และครูโรงเรียนพระตำหนักสวนกุหลาบ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
 มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ระวีวรรณ ปัญญางาม และยุทธนา ปัญญางาม. (2535). อิทธิพลของบริโภคนิสัยต่อ
สภาวะโรคฟันผุของเด็กวัยเรียน. วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15, (2),
 79-88.

รัชนี้ ณ ระนอง และสุภาพ กลีบบัว. (2540). สถานการณ์สุขภาพนักเรียนไทย.
สำนักส่งเสริมสุขภาพ : กรมอนามัย. อัดสำเนา.

เวรดี ต่อประดิษฐ์, ศันสนีย์ รัชชกุล และวิกุล วิศาลเสสธ. (2541). การประเมินผล
โครงการแปลงสีฟันอันแรกของหนู พ.ศ. 2535-2540. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 3, (2), 7-14.

วรพันธ์ ลิ่มสินระโรภาส. (2542). งานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา
ควรดำเนินการต่อไปไหม. วารสารสาธารณสุขพิษณุโลก, (1) 1, 42-48.

วรัตมา สุขวัฒนานันท์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดามารดา การฝึก
อบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.

วันเพ็ญ มโนมัยอุดม, สินีพรรณ เกียรติพงษ์สารและนันทมา ศรีอุดมพร. (2540).
ฟันและช่องปาก. ใน วันดี วราวิทย์. ประพุทธ ศิริบุญย์และสุรางค์ เจียมจรรยา. (บรรณาธิการ),
ตำรากุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ไอลิสติคพับลิชชิ่ง จำกัด.

วิชัย เทียนถาวร. (2539). การส่งเสริมสุขภาพ. เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษ
เรื่อง การวิจัยทางด้านส่งเสริมสุขภาพ. วันที่ 6 ธันวาคม 2539. กรุงเทพมหานคร : สำนักส่งเสริม
สุขภาพกรมอนามัย.

วิไลวรรณ ยอดล้ำ. (2540). ผลการจัดโปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ เพื่อพัฒนาชุมชน
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.

วิกุล วิศาลเสสธ. (2534). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน. วารสารอนามัย,
20, (2), 95-110.

วีณา ทองวิเศษสุข. (2528). ผลของการให้การเสริมแรงทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต
สาขาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สมศรี คามากิ. (2541). คู่มือดำเนินงานสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติ
แห่งชาติในโรงเรียนประถมศึกษาสำหรับครู. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.

สมบุญรณ์ ชินบุตร, ศิริวรรณ สุดาจันทร์ และกิตติมา ทองคำอัน. (2540). การประเมิน
การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา อ.เมือง จ.อุดรธานี.

รายงานวิจัย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น.

สมพล เล็กเฟื่องฟู, นกตล ศุภพิพัฒน์. (2538). วิธีแปรงฟันวิธีต่างๆ. วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 8, 21-26.

สมยศ หุ่นหว่า. (2534). สังคมชนบทกับการพัฒนา. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับปรุงพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สงค์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์. (2540). แผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข (สาขาที่ 6) ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544). เพื่อนสุขภาพ, 9 (1), 7-11.

สมัย ศิริทองถาวร. (2541). ปัญหาพฤติกรรมทางสังคมและเขาวนปัญญาของเด็กและเยาวชนสถานแรกรับในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนภาคเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43 (2), 120-129.

สายใจ พัฒนปรีชากุล, บรรจง ไททยเมธา และจิรวัด เจริญลิขิตกุล. (2541). ประสิทธิผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในโปรแกรมทันสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. รายงานการวิจัยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 12 ยะลา.

สุจิตรา วีรวรรณ, อมรศรี ชุณว์รัมย์ และศรีสุภลักษณ์ สิงคาลวณิช. (2539). โรคผิวหนังเด็ก. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ไฮลิติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

สุภาพ จันทรมณี. (2536). การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการนิเทศงานภายในของโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.

สุภาพรณ โอสถาพันธุ์. (2540). การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. หน่วยศึกษานิเทศกรรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 2.

สุรางค์ ใค้วตระกูล. (2537). จิตวิทยาการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสถียร สภาพงศ์ และคณะ. (2529). ปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วารสารสุขภาพศึกษา, 9 (4), 45-51.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2541). รายงานประจำปี. นราธิวาส.
จิตรวิวัฒน์ การพิมพ์.
- โสภา ชื่นชูจิตต์. (2541). การประเมินโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ
โรงเรียนประถมศึกษาในเขต 3. วารสารวิชาการสาธารณสุข; (7) 4, 498-507.
- _____ . (2542). พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ใน
กลุ่มโรงเรียนสาธิตวิชาการเขต 3. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 8 (3), 393-402.
- อมรศรี ชุณหรัศมี และเพ็ญวดี ทิมพัฒนาพงศ์. (2540). โรคผิวหนัง. ใน วันดี วรวิทย์
ประพุก ศิริปญญ์ และสุรางค์ เจียมจรรยา. (บรรณาธิการ), ตำราภูมิเวชศาสตร์ 2.
กรุงเทพมหานคร : บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2541). เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อารีรัตน์ บากาสะแต. (2542). เอกสารประกอบการสอนวิชาพฤติกรรมศาสตร์
(ส.2101). วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- โอกลีย์ ปีเตอร์ และเดวิท มาเดน. (2533). แนวทางในการให้ประชาชนมีส่วนร่วม
ในการพัฒนาชุมชน. (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (ผู้แปล) ม.ป.ท.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. New Jersey : Prentice-Hall.
- _____ . (1986). Social foundation of thought and action. New Jersey :
Prentice-Hall.
- Bloom, B.S. (1975). Taxonomy of education objective, hand book I : cognitive
domain. New York : David McKay Company.
- Bomar, P.J. (1996). Nurses and family health promotion : concepts
assesment and intervention. Baltimore : Williams and Wilkins.
- Duffy, H.L. (1991). Health promotion in the family current finding and
directivous for nursing research. In K.A. Saucier (Eds.), Perspective in family and
community health. (pp. 311-319). St. Louis : Mosby Year Book.
- El-Mouelhy, M. (1992). The impact of woman's health and status on children's
health and lives in developing World. In Albee, G.W., Bond, L.A. & Monsey, T.V.C.
(Eds.), improving children's lives : global perspective on prevention (pp. 83-96).
London and New Delhi : Sage Publication.

Green L.W., & Kreuter, M.W. (1991). Health promotion planning an education and environmental approach. Toronto : Mayfield Publishing Company.

Helena, L.P. (1996). The Participation of informal caregivers and care quality in the hospital care of elderly patients aged 75 or older. [CD-ROM]. Dissertation Abstracts. Not Available from UMI.

Honkala, E. (1993). "Oral health promotion with children and adolescents". in Schou, L. & Blinkhorn, S. A., eds. Oral Health Promotion. New York : Oxford University Press.

Jewell, S.E. (1994). Patient Participation: What Does It Mean To Nurses ?. Journal of Advance Nursing, 19, 433-438.

Jong, W.A. (1993). Community dental health. (3 rd ed.). St. Louis : Mosby.

Kalish, H.I. (1981). From behavioral science to behavior modification. New York : McGraw-Hill.

Koster, M.K. (1983). Self care : health behavior for the school-age child. Topics in clinical nursing, 5, 29-40.

Marie, D.J.(1996). Client – Caregiver - Nurse interaction in a home care setting (elderly). [CD-ROM]. Dissertation Abstracts. AAC 9601840.

Marie, J .A. (1999). Public participation in the politics of environmental discourse: the antiech image corporation pollution controversy. [CD-ROM]. Dissertation Abstracts. AAC 9910241.

Maslow, A.M. (1954). Motivational and personality. New York : Harper and Brothers.

McGinnis, J.M. (1992). The role of the federal government in promoting health through the school : Report from the office of disease prevention and health promotion. Journal of School Health, 62, 131-1234.

Murray, R.B., Zentner, J.P. (1989). Nursing concepts for health promotion. New York : Prentice Hall.

Polit, D.F. (1996). Data analysis & statistic for nursing research. Philadelphia : Appleton & Lange.

Rifkin S.B. (1990). Community participation. In MCH/FP programs: an analysis based on case study materials. (pp. 10-11). WHO Geneva.

Sarch, S. (1997). Participation of long-term care residents in their life-prolonging treatment decisions. [CD-ROM]. Dissertation Abstracts. AAC NQ26736.

Standhope, M. & Lancaster, J. (1996). Community health nursing promoting health of aggregates, families and individual. St. Louis : Mosby Year Book.

Wass, A. (1994). Promoting health : The primary health care approach. Sydney : W.B. Saunders.

Webster. (1991). Ninth new colligate dictionary. Springfield, Merriam Webster,

Whittle, J. & Whittle K.W. (1995). Five-year olds children : changes in their decay experience and dental health related behavior over four years. Community dental health, 12, 204-207.

Winston, A.E. & Bhaskan, S.N. (1998). Caries prevention in the 21 st century. Journal american dental association, 129, 1579-1585.

Yehieli, M. (1999). Bright smiles shining futures response. Journal of school health, 69 (8), 299-230.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบวัดพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

แบบวัดพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจสภาวะอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความข้างล่างนี้ทีละข้อ พร้อมตัวเลือก ให้นักเรียนฟังและให้นักเรียนพิจารณาเลือกคำตอบ ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () ในช่องที่ตรงกับคำตอบที่นักเรียนเลือก หรือกรอกข้อความตามที่นักเรียนได้ตอบ หรือตามทะเบียนประวัติของนักเรียน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน

1. ข้อมูลของนักเรียน

1.1 ชื่อนักเรียน..... เพศ () ชาย () หญิง

1.2 อายุ.....ปี เดือน

2. ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับใคร

() บิดามารดา

() บิดา

() มารดา

() ญาติพี่น้อง

() อื่นๆ ระบุ.....

ข้อมูลของผู้ปกครองนักเรียน

3. บิดาของนักเรียนประกอบอาชีพอะไร

() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() ค้าขาย

() รับจ้าง

() อื่นๆ ระบุ.....

4. มารดาของนักเรียนประกอบอาชีพอะไร

() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() ค้าขาย

() รับจ้าง

() อื่นๆ ระบุ.....

5. วุฒิการศึกษาของบิดานักเรียน

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน | <input type="checkbox"/> ชั้นประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> ชั้นมัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

6. วุฒิการศึกษาของมารดานักเรียน

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน | <input type="checkbox"/> ชั้นประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> ชั้นมัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

7. บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีการแนะนำ ดักเตือนเรื่องการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนหรือไม่

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| การอาบน้ำให้ร่างกายสะอาด | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การสวมเสื้อผ้าสะอาด | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การแปรงฟันก่อนนอน | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การล้างมือหลังขับถ่ายทุกครั้ง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |

8. ครูประจำชั้น มีการแนะนำ ดักเตือนเรื่องการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนหรือไม่

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| การอาบน้ำให้ร่างกายสะอาด | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การสวมเสื้อผ้าสะอาด | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียน | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การแปรงฟันก่อนนอน | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การล้างมือหลังขับถ่ายทุกครั้ง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความข้างล่างนี้ทีละข้อ ให้นักเรียนฟังและให้นักเรียนพิจารณาเลือก

คำตอบ ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างของแต่ละข้อความที่ตรงกับ

นักเรียนได้ปฏิบัติจริงช่องใดช่องหนึ่งเพียงช่องเดียว

ทำประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวัน หรือปฏิบัติตามเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน
ของสุขบัญญัติแห่งชาติ

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางวัน หรือปฏิบัติไม่ครบตามเกณฑ์
ขั้นพื้นฐานของสุขบัญญัติแห่งชาติ

ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

การปฏิบัติ	ทำประจำ	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคยทำ
1. อาบน้ำให้สะอาดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยถูขี้ไคลตาม ซอกหู ซอกคอ รักแร้ ข้อพับแขน ขา ง่ามนิ้ว และถูสบู่ทุก ครั้งที่อาบน้ำ			
2. สระผม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง			
3. สระผมด้วยแชมพูอย่างน้อย 1 ครั้งแล้วล้างผมจน สะอาด			
4. ไม่เล่นกับเพื่อนที่เป็นเหา			
5. ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ			
6. เมื่อซอกเล็บดำ ทำความสะอาดซอกเล็บโดยใช้แปรงขน อ่อนขัดซอกเล็บ			
7. กัดแทะเล็บเมื่อเล็บยาว			
8. ชีบถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน			
9. รับประทานผลไม้ทุกวัน			
10. รับประทานผักสดทุกวัน			
11. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			

การปฏิบัติ	ทำประจำ	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคยทำ
12. เปลี่ยนชุดนักเรียนที่ใส่มาโรงเรียนทุกวัน			
13. เปลี่ยนถุงเท้าที่ใส่มาโรงเรียนทุกวัน			
14. รับประทานอาหารที่เสริมสร้างความแข็งแรงแก่ฟัน เช่น ผัก ผลไม้			
15. แปรงฟันทุกวันเมื่อตื่นนอนเช้า			
16. เข้านอนโดยที่ไม่แปรงฟัน			
17. แปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหารกลางวัน ที่โรงเรียน			
18. อม ลูกอม ทอฟฟี่			
19. ใช้ฟันแทะของแข็งๆ เช่น ปากกา ดินสอ หรือฉีก เปลือกกล้วย			
20. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดก่อนรับประทานอาหาร			
21. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดหลังการขับถ่าย			

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจสภาวะอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงตามการประเมินของผู้ตรวจ

1. เครื่องแต่งกาย

- () 0 มีคราบสกปรก มีกลิ่น
- () 1 มีรอยเปื้อนบ้างเล็กน้อย ไม่มีกลิ่น
- () 2 ไม่มีความสกปรก ไม่มีกลิ่น

2. ผิวหนัง

- () 0 มีกลิ่นตัว มีขี้ไคลที่คอ หลังใบหู ข้อมพับ มีผดผื่น แผลพุพองและตรวจพบโรค ผิวหนัง เช่น หิด กลาก เกื้ออื่น หูด
- () 1 ไม่มีกลิ่นตัว ไม่มีขี้ไคล มีผดผื่นบ้างเล็กน้อย ไม่มีแผลพุพอง และตรวจไม่พบโรค ผิวหนัง เช่น หิด กลาก เกื้ออื่น หูด
- () 2 ผิวสะอาดเกลี้ยงเกลา ไม่มีกลิ่นตัว ไม่มีผดผื่น ไม่มีแผลพุพองและตรวจไม่พบโรค ผิวหนัง เช่น หิด กลาก เกื้ออื่น หูด

3. มือ - เล็บ

- () 0 เล็บยาว มีขี้เล็บหรือคราบดำในซอกเล็บ ซอกนิ้วมือและมือมีคราบสกปรก
- () 1 เล็บสั้นแต่มีคราบดำ ซอกนิ้วมือและมือมีคราบสกปรก
- () 2 เล็บสั้น ไม่มีขี้เล็บ หรือคราบดำ ซอกนิ้วมือและมือไม่มีคราบสกปรก

4. ผผ

- () 0 เป็นเหา มีกลิ่นเหม็น มีรังแค
- () 1 ไม่เป็นเหา ไม่มีกลิ่นเหม็น มีรังแค
- () 2 ไม่เป็นเหา ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีรังแค

5. ปาก - ฟัน

- () 0 มีฟันผุ ฟันสกปรกมีคราบฟัน มีกลิ่นปาก มีโรคในช่องปาก
- () 1 ไม่มีฟันผุ ฟันสกปรกมีคราบฟัน มีกลิ่นปาก
- () 2 ไม่มีฟันผุ หรือฟันผุได้รับการอุดแล้วไม่มีคราบฟัน ไม่มีกลิ่นปาก ไม่มีโรคในช่องปาก

ภาคผนวก ข.
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ดิฉันชื่อ นางสาวสมล เลี่ยมทอง เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขต่อพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในการวิจัยนี้ ท่านและครอบครัวได้รับเลือกเป็นตัวแทนของครอบครัวเด็กวัยเรียน ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยเชิญท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุง พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม การประชุมที่โรงเรียน เพื่อ ค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาด้านอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียน การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรม และการติดตามผล รวมทั้งการสัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับการอบรม บุตร ด้านอนามัยส่วนบุคคล การทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตร โดยที่ดิฉันจะมาสัมภาษณ์ตัวท่าน ที่บ้านของท่านเอง ตามวัน เวลา ที่ท่านสะดวก และได้นัดหมายกับดิฉันไว้ล่วงหน้า การวิจัยครั้งนี้ อาจจะไม่ให้ประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้จากท่าน จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการ ปรับปรุงพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน และการปรับปรุงบริการด้านการส่งเสริม สุขภาพแก่เด็กชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส ท่านและ ครอบครัวมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ รวมทั้งท่านมีสิทธิที่จะถอน ตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น และไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อตัวท่าน และเด็กใน ปกครองของท่าน ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลการวิจัย จะนำเสนอใน ภาพรวม โดยไม่ระบุตัวบุคคล

ดิฉันใคร่ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้แก่การวิจัยนี้

สมล เลี่ยมทอง

2542

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสมล เลี่ยมทอง		
วัน เดือน ปีเกิด	19 ธันวาคม 2504		
วุฒิการศึกษา	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต		วิทยาลัยพยาบาล	2527
และอนามัยชั้นสูง		บรมราชชนนีสงขลา	
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต		มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2543
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7	
	สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลนราธิวาส ราชนครินทร์	