

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ :
การวิเคราะห์กลุ่มพหุ**

**The Factors Influencing Health Literacy for the Students in Secondary Schools
under the Basic Education Commission in Northeast of Thailand :
A Multi-group Analysis**

พงศ์ธร โปธิ์พลศักดิ์¹ ไพศาล วรคำ² และอรุณ สุขกระต่อง³

Pongtorn Popoonsak¹, Paisarn Worakham² and Arun Suikraduang³

ภาควิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม^{1,2,3}

Educational Research and Evaluation, Faculty of Education, Rajabhat Maha Sarakham University^{1,2,3}

Corresponding author, E-mail : pongtorn444@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาตัวบ่งชี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3) เพื่อวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลและค่าพารามิเตอร์ในโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และระหว่างนักเรียนที่โรงเรียนอยู่ในเขตเมืองกับนอกเขตเมือง โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์กลุ่มพหุ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนทั้งสิ้น 1,799 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามวัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ปัจจัย มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.58 - 0.76 แบบวัดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ และ แบบวัดทักษะการเข้าถึงสารสนเทศด้านสุขภาพ มีค่าความยากอยู่ระหว่าง 0.27 - 0.80 มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.57 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 แบบวัดทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ ทักษะการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ และ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.53 ถึง 0.85 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง และการวิเคราะห์กลุ่มพหุ ผลการวิจัยพบว่า (1) โมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (KNO) ทักษะการเข้าถึงสารสนเทศด้านสุขภาพ (ACC) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ (COM) ทักษะการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ (USE) และ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ (DEC) โดย ตัวแปรความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (KNO) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด รองลงมาคือ ตัวแปรทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ (DEC) ตัวแปรทักษะการเข้าถึงสารสนเทศด้านสุขภาพ (ACC) ตัวแปรทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ (COM) และ ตัวแปรทักษะการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ (USE) (2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงมี 3 ปัจจัย เรียงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากค่ามากไปหาน้อยคือ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และ แรงจูงใจด้านสุขภาพ อิทธิพลทางอ้อม 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมส่งผ่าน แรงจูงใจด้านสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพส่งผ่านความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (3) โมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่แปรเปลี่ยนตามระดับการศึกษา และตามเขตโรงเรียน แต่พารามิเตอร์แปรเปลี่ยนไป

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ; มัธยมศึกษา



ABSTRACT

The aims of this research were 1) to develop indicators of health literacy for the students in secondary schools in the northeast region 2) develop and verify the factor model that have affect on health literacy of the students in secondary schools and 3) to test the invariance and parameters of the factors affecting health literacy of the students in secondary schools between lower and upper level and between urban and rural areas by applying a multi-group analysis. Sample size consisted of 1,799 students in secondary school under office of the basic education commission in the northeast region with the multi-stage random sampling was selected. The research instruments were health literacy and the access skill test with difficulties ranged from 0.27 - 0.80, discrimination powers range from 0.20 - 0.57 and a reliability of 0.92 and the measurement form of communication skill, using health information and decision/evaluation with reliability between 0.53 - 0.85. Data analyses used descriptive statistics, correlation, a goodness of fit test and a multi-group analysis. The results of this research were found that : (1)The measurement model of health literacy confirmatory factors analysis of secondary level students composed of knowledge/understanding (KNO), access skill (ACC), communication (COM), using health information (USE) and decision/evaluation (DEC). The indicator with the highest factor loading was knowledge/understanding followed by decision/evaluation, access skill, communication skill and using health information with factor loading of 0.767, 0.751, 0.633, 0.398 and 0.293 respectively. They could be considered statistics used for checking validity of the model including: (2)There were 3 direct influence factors that ordering by the highest to the smallest coefficients; socio-economic status variable (SES) health belief variable (BEL) and health motivation variable (MOT). There were 2 indirect influence factors that ordering by the highest to the smallest coefficients; socio-economic status variable and health motivation variable. The goodness-of-fit test of the factors model of influencing health literacy showed that the model was consistent with the empirical data (3) There was no variation in the pattern of health literacy model between lower and upper secondary student and between urban and rural schools but there were variance in the parameters.

Keywords : Influencing Factors ; Health Literacy ; Secondary Education

บทนำ

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศต่างๆ ประสบกับปัญหาการระบาดของโรคต่างๆอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง รวมทั้งโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้น หลายประเทศต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างมาก อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรมอีกหลายประการ เช่น การไม่สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพพื้นฐาน การใช้ยาผิด เป็นต้น [1] การแก้ปัญหาดังกล่าวควรปรับแก้ที่ตัวบุคคลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อรู้จักป้องกัน ดูแลรักษาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม Don Nutbeam [2] ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นตัวที่บ่งบอกถึงระดับความรู้และทักษะทางสังคมซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศ ในทางที่จะส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตน ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง และได้มีการกำหนดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 [3] โดยกำหนดความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็น การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลให้มีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ปัจจุบันเยาวชนไทยเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การติดเกม การติดยาเสพติด การมีปัญหาด้านอารมณ์รุนแรง การก่อความรุนแรง การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรรค์ก่อนวัยอันควร การแข่งรถมอเตอร์ไซด์บนท้องถนนของวัยรุ่น เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นยังขาดความรู้ด้านสุขภาพทำให้เกิดปัญหานานาประการซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของกองสุศึกษา [4] พบว่า กลุ่มเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพจิตแห่งชาติในระดับต่ำร้อยละ 18 ระดับปานกลางร้อยละ 55 ซึ่งถือว่าค่อนข้างน้อย เยาวชนขาดความรู้เท่าทันต่อสถานการณ์ที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ และมีการแสดงออกของจิตสำนึกต่อสุขภาพส่วนรวมค่อนข้างน้อยเช่นกัน สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเยาวชนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความสูญเสียทั้งต่อชีวิตและอนาคต ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอันได้แก่ผู้บริหารในระดับโรงเรียนในระดับจังหวัด ระดับเขต หรือระดับชาติ ควรได้ทบทวนระดับความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหา

ทางสุขภาพสำหรับเยาวชน และสามารถกำหนดมาตรการหรือแนวทางป้องกัน การป้องกันเป็นมาตรการที่คุ้มค่ากว่าการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น การมีสุขภาพที่ดีของเยาวชนอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และอื่นๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องสำคัญ ควรได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาโดยจำแนกเป็นตอนต้นและตอนปลายและที่ตั้งในเขตและนอกเขตเมืองเพื่อประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 - 3.1 วิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
 - 3.2 วิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระหว่างนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองกับนอกเขตเมือง

สมมติฐานการวิจัย

1. โมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. โมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความแปรเปลี่ยนของพารามิเตอร์ระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
3. โมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความแปรเปลี่ยนของพารามิเตอร์ระหว่างนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองกับนอกเขตเมือง



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ กำหนดขอบเขตการวิจัยในแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในระยะนี้เป็นการพัฒนาตัวบ่งชี้ความรู้ด้านสุขภาพโดยการสังเคราะห์เอกสาร สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาสร้างตัวบ่งชี้และนำไปหาคุณภาพของตัวบ่งชี้

ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในระยะนี้เป็นการพัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดล

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.1 แหล่งข้อมูล คือ

1.1.1 เอกสาร ประกอบด้วย วารสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จำนวนรวม 89 รายการ จำแนกเป็นเอกสารในประเทศจำนวน 25 รายการ และต่างประเทศจำนวน 64 รายการ

1.1.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้บริหารกระทรวงศึกษาธิการ แพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 7 ท่าน เพื่อการสัมภาษณ์หาคุณลักษณะและปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ

1.1.3 กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้ตัวบ่งชี้ได้แก่นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 351 คน โดยการสุ่มแบบยกกลุ่ม (Cluster Random Sampling)

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.2.1 แบบสังเคราะห์เอกสาร วารสาร และงานวิจัย

1.2.2 แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข และด้านการจัดการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

1.2.3 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาประกอบด้วย

1) แบบวัดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และแบบวัดทักษะการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพจำนวน 6 ข้อ รวม 30 ข้อ มีค่าความยากอยู่ระหว่าง 0.27 - 0.80 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.57 มีค่าความเชื่อมั่นแบบ KR20 เท่ากับ 0.92

2) ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟา เท่ากับ 0.85

3) ทักษะการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟา เท่ากับ 0.63

4) ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟา จำนวน 6 ข้อ เท่ากับ 0.70

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความรู้ด้านสุขภาพ ได้นำหลักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ และความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยโปรแกรม Mplus Version 7.2

ระยะที่ 2 พัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในระยะนี้เป็นการสร้างโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ แล้วตรวจสอบความตรงของโมเดลและตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลดังนี้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั้งระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเรียนที่ 1/2560 จำนวน 969,528 คน

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายจากโรงเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกเป็น โรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมือง จำนวน 1,448 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้จำนวนไม่ต่ำกว่า 20 เท่าของค่าพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า [5] คิดเป็นขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 620 คน แต่เนื่องจากการเปรียบเทียบความไม่แปรเปลี่ยนของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพจากโมเดล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ระหว่างมัธยมศึกษาตอนต้นกับมัธยมศึกษาตอนปลาย และ กลุ่มที่ 2 ระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในเขตเมือง

กับนอกเขตเมือง จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเป็น 1,448 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและ
แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน คือ

2.2.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย
แบบสอบถามปัจจัยสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม
(Socioeconomic Status) จำนวน 6 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบ
แอลฟา เท่ากับ 0.73

แบบสอบถามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (Health
Beliefs) จำนวน 8 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบแอลฟา เท่ากับ 0.58
แบบสอบถามแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)
จำนวน 9 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบแอลฟา เท่ากับ 0.76

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้พัฒนาแล้วในระยะ
ที่ 1 มีความเชื่อมั่นของแบบวัด 5 ฉบับ อยู่ระหว่าง 0.63 - 0.92

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

2.3.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ของกลุ่ม
ตัวอย่าง ได้แก่ เขตที่ตั้งของโรงเรียน เพศ อายุ และ ระดับชั้นที่
ศึกษา โดยหาค่าความถี่และร้อยละ

2.3.1.2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร
เป็นการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรแฝง 4 ตัว
และ ตัวแปรสังเกตได้อีก 14 ตัว โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง
(Kurtosis) ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ

2.3.1.3 เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนความรู้
ความเข้าใจด้านสุขภาพ เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนทักษะ
การตัดสินใจด้านสุขภาพ เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน
ความรู้ด้านสุขภาพ เกณฑ์การแปลความหมายค่า KMO
เพื่อวัดความเหมาะสมของข้อมูลในการวัดปัจจัย

2.3.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์
ของงานวิจัยการพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูล
เชิงประจักษ์

2.3.1.5 ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล
ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และผลการศึกษา
อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม ของปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
Mplus Version 7.2

2.3.1.5 ตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลและ
ค่าพารามิเตอร์ในโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้าน
สุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ ระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาตอนปลาย และ ระหว่างนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนที่
ตั้งอยู่ในเขตเมืองกับนอกเขตเมือง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความรู้ด้านสุขภาพ
ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
การพัฒนาตัวบ่งชี้ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับ
มัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกวิธีดำเนินการ
เป็น 2 ส่วนดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และจาก
ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาจากกระทรวงศึกษาธิการ จำนวนรวม
7 ท่าน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นด้วยกับองค์ประกอบหลัก
ที่จะนำไปใช้ในการวัดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5
องค์ประกอบหลัก คือ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ
(Cognitive/Understanding) 2) ทักษะการเข้าถึงสารสนเทศ
สุขภาพ (Access/obtain) 3) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ
(Communication) 4) การใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ
(Information Using/apply) 5) ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ
(Decision Skill)

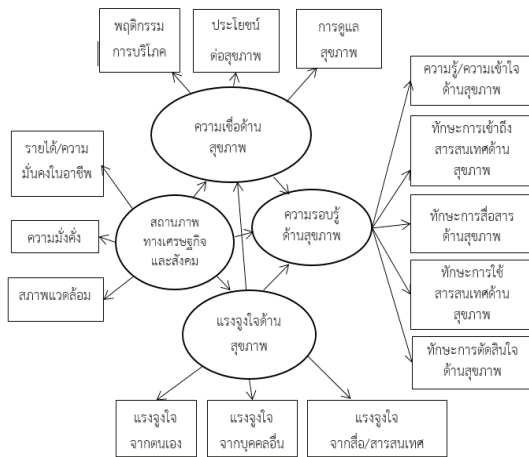
1.2 การวิเคราะห์ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล
ความรู้ด้านสุขภาพกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าโมเดล
การวัดความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าสถิติทุก
ตัวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยตัวแปรความรู้ความเข้าใจ
ด้านสุขภาพ (KNO) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด รองลงมา
คือ ตัวแปรทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ(DEC) ตัวแปรทักษะ
การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ (ACC) ตัวแปรทักษะการสื่อสาร
ด้านสุขภาพ (COM) และ ตัวแปรทักษะการใช้สารสนเทศ



สุขภาพ (USE) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.767 0.751 0.633 0.398 และ 0.293 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 พัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1 การพัฒนาโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นโมเดลสมมติฐานตามภาพที่ 1 ดังนี้

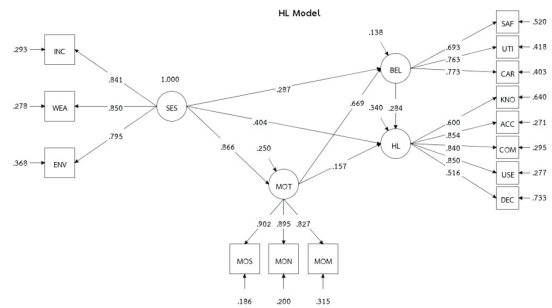


ภาพที่ 1 โมเดลสมมติฐานปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ

จากภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพและส่งผลทางอ้อมผ่านแรงจูงใจด้านสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพส่งผลอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพ และส่งผลอิทธิพลทางอ้อมผ่านความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพ

2.2 การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นำเสนอเป็น 2 ส่วนคือ

2.2.1 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงดังภาพที่ 2



$$\chi^2 = 47.665, df = 36, \chi^2 / df = 1.3240, p\text{-value} = 0.0924, RMSEA = 0.015, CFI = 0.999, TLI = 0.999, SRMR = 0.007$$

ภาพที่ 2 โมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากภาพที่ 2 พบว่าผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดและเมื่อนำผลการวิเคราะห์มาจำแนกตามประเภทอิทธิพล ปรากฏผลตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัย	อิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ (HL)		
	ทางตรง (DE)	ทางอ้อม (IE)	อิทธิพลรวม (TE)
SES	0.404**	0.382**	0.786**
MOT	0.157*	0.190**	0.347**
BEL	0.284**	0	0.284**

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ค่าความเที่ยงของตัวแปรแฝง	MOT	BEL	HL
R ²	0.750	0.862	0.660

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีขนาดอิทธิพลรวมสูงสุดคือ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และ ความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาเฉพาะอิทธิพลทางตรงพบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีค่าอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ และ

แรงจูงใจด้านสุขภาพ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมพบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีค่าอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ

2. ผลการตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลและค่าพารามิเตอร์ในโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทดสอบ 2 กรณีคือ

2.1 ทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลและค่าพารามิเตอร์ในโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าไม่มีความแปรเปลี่ยนของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีค่า $\chi^2 = 105.001$, $df = 86$, $\chi^2 / df = 1.221$, $p\text{-value} = 0.0802$, $RMSEA = 0.017$, $CFI = 0.999$, $TLI = 0.997$, $SRMR = 0.039$ แต่มีความแปรเปลี่ยนของค่าพารามิเตอร์ของตัวแปรแฝงในโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย แต่ไม่แปรเปลี่ยนด้านทิศทาง ยกเว้นแรงจูงใจที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพ

2.2 ทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาของโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองกับนอกเขตเมือง พบว่า ไม่มีความแปรเปลี่ยนของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างโรงเรียนในเขตและนอกเขตเมือง โดยมีค่า $\chi^2 = 127.930$, $df = 106$, $\chi^2 / df = 1.2069$, $p\text{-value} = 0.0724$, $RMSEA = 0.017$, $CFI = 0.999$, $TLI = 0.997$, $SRMR = 0.022$ แต่มีความแปรเปลี่ยนของค่าพารามิเตอร์ของตัวแปรแฝงในโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตและนอกเขตเมือง แต่ไม่แปรเปลี่ยนด้านทิศทาง

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญนำมาสรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาตัวบ่งชี้ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ตัวบ่งชี้องค์ประกอบหลักของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (MOT) ความเชื่อด้านสุขภาพ (BEL) ตัวบ่งชี้ทุกตัวได้พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์ผลการสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข การจัดการศึกษา แนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 4 ตัวแปรแฝง และ 14 ตัวแปรสังเกต

2. การพัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งนี้เป็นเพราะอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมจาก 3 ตัวแปรปัจจัยหลักดังนี้

2.1 ตัวแปรสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลรวมต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสูงที่สุด มีค่าเท่ากับ 0.786 โดยมีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมมากที่สุดเช่นกัน มีค่าเท่ากับ 0.404 และ 0.382 ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ สำนักงานสถิติออสเตรเลีย (ABS : Australian Bureau of Statistics) ได้นิยามความเกี่ยวข้องของสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในเรื่องของการได้ประโยชน์และเสียประโยชน์ของบุคคลในการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารอันเป็นประโยชน์ต่อความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association) ได้กล่าวถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมว่าแสดงให้เห็นความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงทรัพยากร การมีสิทธิพิเศษ มีอำนาจและการควบคุมที่แตกต่างกัน และได้พบว่าคนที่มีความสามารถทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะสัมพันธ์กับการศึกษาที่ต่ำ ความยากจนสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ไม่ดีและกระทบกับภาพรวมของสังคม



ในที่สุด รวมทั้งเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว และได้กล่าวถึงงานวิจัยหลายฉบับได้บ่งชี้ว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการใช้ชีวิตในอีกหลายๆทาง รวมทั้งการก้าวผ่านภารกิจของชีวิต สุขภาพจิต และสุขภาพกาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ David M. C. et al. [6] ได้นำเสนอรายงานสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และสุขภาพ: มิติ และกลไก (Socioeconomic Status and Health : Dimensions and Mechanisms) โดยทำการศึกษาระดับภาวะสุขภาพ (Health Status) จากข้อมูลการสัมภาษณ์สุขภาพ (National Health Interview Survey: NHIS) ปี 1990 ถึงปี 2002 โดยใช้ข้อมูลจากผู้ใหญ่ชาวอเมริกัน ที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป จำนวน 25,894 คน พบว่า จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ของครัวเรือนที่แสดงถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health Status) โดยผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงกลุ่มผู้ที่มีจำนวนปีในการศึกษาสูงจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีจำนวนปีที่ศึกษาต่ำกว่า และพบว่าภาวะสุขภาพของครัวเรือนที่มีรายได้มากจะสูงกว่าภาวะสุขภาพของครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

2.2 ตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ (BEL) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนรองลงมาจากสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) มีค่าเท่ากับ 0.284 เพราะความเชื่อเป็นความคิดพื้นฐานที่มีต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ที่แฝงความมั่นใจว่าสิ่งนั้นเป็นจริงหรือถูกต้องเอาไว้ ความเชื่อมาจากการประสบการณ์และการเรียนรู้โดยตรง ความเชื่อ ค่านิยมมีผลต่อการทำงานและความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน [7] นอกจากนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพจะได้รับอิทธิพลจากสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่แตกต่างกัน Phatcharin Sirasunthorn. [8] ได้กล่าวถึงแนวคิดเรื่องวัฒนธรรม (Culture) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพว่า ช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ของระบบการแพทย์ แบบชีวกลไก ที่ละเลยมิติอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากแนวคิดทฤษฎีเชื้อโรค วัฒนธรรมตามนัยนี้มิได้จำกัดอยู่เพียงวัฒนธรรมดั้งเดิม (Traditional Culture) อาทิ ความเชื่อ ประเพณี หรือพิธีกรรมที่ส่งผลกระทบหรือมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล

กลุ่ม และชุมชนเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึง วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture) และวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนหนึ่งๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของคนในสังคมในภาพรวมด้วย ดังนั้น การสร้างสรรค์และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นมีปัจจัยกำหนดทางวัฒนธรรม (Cultural Determinant Factors) และมีผู้แสดงทางสังคม องค์กร ตลอดจนหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนจำนวนมากเข้ามาเกี่ยวข้องในเรื่องของวัฒนธรรมดั้งเดิมกับสุขภาพนั้น ทุกสังคมล้วนมีวิถีสุขภาพตามวัฒนธรรมที่คนในสังคมยึดถือปฏิบัติและเห็นว่าดีงาม ในระดับชุมชนมีภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) ทางด้านสุขภาพ ในลักษณะขององค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นพลักษณ์ทางการแพทย์ (Medical Pluralism) ที่มีลักษณะหลากหลายและมีพลวัต ชาวบ้านใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อยุติอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น มีการคัดสรร การอนุรักษ์และการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกคนรุ่นหนึ่ง การลดปัจจัยเสี่ยงด้านวัฒนธรรมสุขภาพแบบดั้งเดิม จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในความเป็นมา พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของระบบคุณค่า วิถีคิด และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลของคนในสังคมนั้น นอกจากนี้ Ungsinun Intarakamhang and Chatchai Ekpanyaskul. [9] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การสังเคราะห์และพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งดสูบบุหรี่และสุราและสูบบุหรี่ ในส่วนหนึ่งของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า หากให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้ มาผสมผสานกับความกลัวถึงภัยคุกคามของโรค โดยนำประสบการณ์ที่ตนเองทุกข์ทรมานมาเป็นตัวตั้งต้น ในการตั้งเป้าหมายชีวิตของตนเองและปรับเปลี่ยนวิถีคิดใหม่ที่ได้รับความรู้ คำแนะนำต่างๆ จากการสนทนากับผู้รู้จริงด้านสุขภาพจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในบางกรณีก็ศึกษาที่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจึงเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเอง มีความเชื่อว่าการใช้แรงมากก็ต้องการมากก็จะได้มีแรง และของที่นิยมคืออาหารประเภททอด

2.3 ตัวแปรแรงจูงใจด้านสุขภาพ (MOT) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนน้อยกว่าตัวแปรอื่น โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.157 ทั้งนี้เพราะแรงจูงใจด้านสุขภาพที่นักเรียนน่าจะได้รับไม่มากเท่าที่ควร

เนื่องจากแรงจูงใจนั้นมีทั้งขนาดและทิศทาง ซึ่ง Richard M. Ryan และ Edward L. Deci [10] ได้กล่าวว่าแต่ละคนมีแรงจูงใจที่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของประเภทของแรงจูงใจ ระดับของแรงจูงใจและทิศทางของแรงจูงใจ และทิศทางของแรงจูงใจเกี่ยวข้องกับทัศนคติพื้นฐาน และเป้าหมายที่ก่อให้เกิดการกระทำ หากนักเรียนได้รับการกระตุ้นให้เห็นคุณค่าและความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องหรือเข้มข้น จะเกิดแรงจูงใจให้นักเรียนตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพมากยิ่งขึ้น เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมซึ่งสอดคล้องกับ Becker, M.H. [11] ได้กล่าวแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) มาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ข่าวสารคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เมื่อต้องการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นแรงผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เช่นเดียวกับ Glanz and other [12] ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การศึกษา อาการของโรค และ สื่อ/สารสนเทศ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zare M. et al. [13] ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมาเรียมะเร็งต่อมลูกหมากกับกลุ่มทดลอง ทำให้เกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่า แรงจูงใจ (MOT) และ ความเชื่อ (BEL) มีอิทธิพลต่อการสร้างความรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ สำหรับการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาให้อยู่ในระดับสูงขึ้น ควรได้รับมาตรการสร้างแรงจูงใจ และให้เกิดความเชื่อว่าความรู้ด้านสุขภาพมีผลอย่างมากต่อชีวิตของนักเรียนและครอบครัว เพื่อการป้องกัน หลีกเลี่ยง หรือการดูแลสุขภาพอย่างถูกวิธี

3. การวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลและค่าพารามิเตอร์ในโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และระหว่างนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองกับนอกเขตเมือง

3.1 การวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลและค่าพารามิเตอร์ในโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้าน

สุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า โมเดลความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ไม่แตกต่างกัน โดยมีตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมสูงที่สุดคือ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) รองลงมาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (BEL) และแรงจูงใจ (MOT) ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้งสามร่วมอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ (HL) ได้ร้อยละ 69.70 และ 68.40 ของแต่ละกลุ่มตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะทั้งสองกลุ่มมีลักษณะร่วมกันคือความสามารถในการอ่านออกเขียนได้อยู่แล้ว ทำให้สามารถหาความรู้ได้ สามารถรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร สารสนเทศต่างๆได้ จะเห็นได้จากการวิจัยต่างประเทศที่มีการรู้หนังสือที่แตกต่างกัน จะมีความสามารถในการรับรู้ การเรียนรู้ และการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่นการศึกษาของ Ayse caylan, Et al., [14] ได้ทำการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลในช่วงอายุ 20 ถึง 64 ปี ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาเป็นตัวบ่งชี้ความรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด โดยผลจากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับ Han, H. et al., [15] ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ภาษาอังกฤษกรณีผู้หญิงเกาหลีสัญชาติอเมริกัน เพื่อดูความต้องการในการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในชนกลุ่มน้อยซึ่งมีความจำกัดในการใช้ภาษาอังกฤษ การศึกษานี้ออกแบบเพื่อดูความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและความสามารถในการเรียนรู้ทางการแพทย์ พบว่ามีความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานกับความสามารถเรียนรู้ทางการแพทย์ ในหญิงอพยพชาวเกาหลีสัญชาติอเมริกันซึ่งอาจเกิดจากอุปสรรคทางด้านความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ

3.2 การวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลระหว่าง โรงเรียนในเมืองกับโรงเรียนนอกเมือง พบว่ามีความไม่แปรเปลี่ยนรูปแบบของโมเดล แต่มีความแปรเปลี่ยนของค่าพารามิเตอร์เช่นกัน ซึ่งค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ความสอดคล้องเชิงประจักษ์ ซึ่งตัวแปรทั้งสามร่วมอธิบายความ



แปรปรวนของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ (HL) ได้ร้อยละ 88.6 และ 84.6 ของแต่ละกลุ่มตามลำดับ เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมสูงที่สุด พบว่าทั้งโรงเรียนในเมืองกับโรงเรียนนอกเมือง ยังคงเป็นสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) รองลงมาคือ แรงจูงใจ (MOT) และ ความเชื่อด้านสุขภาพ (BEL) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ตัวแปรสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) เป็นตัวแปรที่สำคัญอันดับต้น ต่างกันเพียงขนาดอิทธิพลของแรงจูงใจ (MOT) และ ความเชื่อด้านสุขภาพ (BEL) มีลำดับที่ขนาดอิทธิพลที่สลับกัน แต่ทั้งตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพและตัวแปรแรงจูงใจด้านสุขภาพล้วนเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองตัว ซึ่งสอดคล้องกับ Ungsinun Intarakamhang [16] ได้ทำการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาพครอบคลุมโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง: การวิจัยผานวธิ พบว่าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบคลุมโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มสตรี มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 72.0 ทำนายสุขภาพครอบคลุมได้ร้อยละ 51.0 และ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาพครอบคลุมมากที่สุดคือ จิตวิทยาเชิงบวก

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการบริหาร

1.1 การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนเป็นเรื่องที่สำคัญ อาจให้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับ ครู อาจารย์ผู้สอนในทุกวิชา ให้บูรณาการความรู้ด้านสุขภาพไว้ในจัดการการเรียนการสอน และเน้นความสำคัญให้เด็กตระหนักในคุณค่า

1.2 เพิ่มแรงจูงใจและสร้างให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพแก่นักเรียนอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ตัวแปรเศรษฐกิจและสังคมจะส่งผลสูงที่สุดก็ตาม แต่เนื่องจากทางโรงเรียนไม่สามารถไปปรับแก้ตัวแปรนี้ได้ แต่สามารถสร้างแรงจูงใจและความเชื่อด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับนักเรียนได้ เช่น การส่งเสริมให้จัดกิจกรรมความรู้ด้านสุขภาพที่น่าสนใจ การยกย่องชมเชย การเชิญผู้มีสุขภาพดีมาถ่ายทอดประสบการณ์ในการปฏิบัติตน หรือเชิญวิทยากรที่ได้รับ

ความนิยมเป็นแบบอย่างที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรได้เพิ่มเติมตัวแปรชี้ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ และตัวแปรแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ส่งผลต่อการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัด

2.2 ควรมีการศึกษาจำแนกเป็นระดับชั้นเรียนเพื่อทราบพัฒนาการที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละระดับ เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการของเด็กในระดับสูง จะทำให้ทราบข้อมูลแต่ละวัยและเหมาะสมต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของเด็กได้ละเอียดรอบคอบยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาชี้แนะช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล วรคำ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่ร้อยตรี ดร.อรุณ ชูยกระเดื่อง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ปัญญา ที่ให้การแนะนำและให้กำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร.เยาวเรศ ก้านมะลิ และ รองศาสตราจารย์.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการปรับปรุงเครื่องมือและสนับสนุนข้อมูลอันมีค่ายิ่ง ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อลงกต ภูมิสายตร และ ดร.ธีรวัฒน์ เยี่ยมแสง เพื่อนผู้ให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. (2009). **Health Literacy and Health Promotion**. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya.
- [2] Nutbeam, Don. (1998). **Health Promotion glossary**. **Health Promotion glossary**. Health Promotion International, 0113(4). Oxford University Press.

- [3] Office of National Health Commission. (2009). National Health System Statute .[4 March 2014] from http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=107&Itemid=89
- [4] Health Education Division. (2010). **Survey Report of Health Literacy among Young People Aged 12-15**. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health.
- [5] Kline, R.B. (1998). **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. New York : The Guilford Press.
- [6] David M. C., Adriana L.M. and Tom V. (2008). **Socioeconomic Status and Health : Dimension and Mechanisms**. NBER Working Paper No. 14333. Retrieved on July 15, 2017, from: <http://www.nber.org/papers/w14333>
- [7] Kanokorn Somprach. (2006). Creating Shared Vision Statement for Student Learning. **Journal of Quality Assurance, Khonkaen University**, 7 (1), (January - June, 39-49.
- [8] Phatcharin Sirasunthorn. (2016: online) **Culture and health.Documentation for Lecture,Faculty of Nurse, Naresuan University**. [4 July 2017] from www.socsci.nu.ac.th/th/wp-content/uploads/2015/09/CultureAndHealth.pdf
- [9] Ungsinun Intarakamhang and Chatchai Ekpanyaskul. (2018). Effect of Positive Psychology and Cultural Social Norm on Healthy Behavior and Family Well-being by Mediated by Health Literacy of Family in the Semi-Urban Community: Mixed Methods. **Journal of Behavioral Science, Srinakharinwirot University**, 24 (1), January.
- [10] Richard M. Ryan and Edward L. Deci. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations : Classic Definitions and New Directions. **Contemporary Educational Psychology**, 25, 54-67.
- [11] Becker, M.H., The Health Belief Model and Sick Role Behavior.(1974). **Health Education & Behavior**, 2(4), 409-419,
- [12] Glanz, K., Rimer, B.K. & Lewis, F.M. (2002). **Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice**. San Francisco: Wiley & Sons, Inc. A Wiley Imprint 989 Market Street, San Francisco.
- [13] Zare M, Ghodsbin F, Jahanbin I, Ariafar A, Kes havarzi S, Izadi T. (2016). The Effect of Health Belief Model-Based Education on Knowledge and Prostate Cancer Screening Behaviors : A Randomized Controlled Trial. **IJCBNM**. 4(1), 57-68.
- [14] Ayse Çaylan, Kamil Yayla, Serdar Oztora, Hamdi Nezih Dagdeviren. (2017). Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. **Biomedical Research**, 28(15), 6803-6807.
- [15] Han, H. Jiyun Kim, Miyong T. Kim, and Kim B. Kim. (2012). Measuring Health Literacy among Immigrants with a Phonetic Primary Language: A Case of Korean American Women. **Journal immigrantminority Health**, 13, 253-259.
- [16] Ungsinun Intarakamhang. (2013). **Synthesis and development of health literacy indicators of Thai people aged 15 and above in Promote food, exercise, manage emotions, and avoid alcohol and smoking**. [8 September 2015] from <http://bsris.swu.ac.th/upload/158.pdf>.

