ผลของโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยต่อการรับรู้ศักยภาพการดูแล และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น

สุมาลา สว่างจิต[*], ณรงค์กร ชัยวงศ์[a], ณิชาภัทร มณีพันธ์[**], เวียงพิงค์ ทวีพูน[*], จักรกริช สนิทพจน์[***]**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้แบบแผนการวิจัยสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยต่อการรับรู้ศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัว จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 โมดูล ได้แก่ 1) การเรียนรู้พัฒนาการเด็กผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) การสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ 3) การสวมบทบาทสถานการณ์ และ 4) การวางแผนการดูแลหลานประจำวัน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทีเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลเด็กปฐมวัยและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กในครอบครัวข้ามรุ่น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลชุมชนและการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในบริบทสังคมสูงวัยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ครอบครัวข้ามรุ่น; โปรแกรมเสริมพลัง; ศักยภาพการดูแล; เด็กปฐมวัย

---

[*] อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[***] นักวิชาการห้องปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[a] Corresponding author: ณรงค์กร ชัยวงศ์ Email: Narongkorn.cha@bru.ac.th

รับบทความ: 5 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 16 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 19 พ.ค. 69

Effects of an Empowerment Program for Older Adult Caregivers on Perceived Caregiving Competence and Health Behaviors of Preschool Children in Skipped-Generation Families

Sumala Sawangjit[*], Narongkorn Chaiwong[a], Nichapat Maneepan[**], Wiangping Thaweepoon[*], Chakkrit Sanitphoj[***]**

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design examined effects of an empowerment program for older adults caring for preschool children on caregivers' perceived caregiving competence and preschool children's health behaviors in skipped-generation families. Participants were 72 older adults who were primary caregivers of preschool children, equally assigned to an experimental group (n=36) and a control group (n=36). The experimental group attended an eight-week empowerment program comprising four modules: 1) child development learning through experience sharing, 2) demonstrations and practices of developmental promotion skills, 3) role-playing of caregiving situations, and 4) daily caregiving planning for grandchildren. Data were collected using the perceived caregiving competence scale for preschool child caregivers and the preschool children's health behavior assessment with reliability coefficients yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.93 and 0.96. Descriptive statistics were used to analyze baseline characteristics, and t-tests for comparing mean differences within and between groups.

Results showed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher perceived caregiving competence scores than the control group ($p<0.001$). In addition, preschool children cared for by older adults in the experimental group exhibited significantly higher overall health behavior scores than those in the control group ($p<0.001$).

The findings indicated the effectiveness of the program for older adult caregivers as effective approach for enhancing caregiving competence and promoting positive health behaviors among preschool children in skipped-generation families and can be applied in community nursing and early childhood health care within the context of an aging society.

Keywords: Older adults; Skipped-generation families; Empowerment program; Caregiving competence; Preschool children

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

[**] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

[***] Laboratory Technician, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

[a] Corresponding author: Narongkorn Chaiwong Email: Narongkorn.cha@bru.ac.th

Received: Feb. 5, 26; Revised: Feb. 16, 26; Accepted: Feb. 17, 26; Published Online: May 19, 26

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากกว่า 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2583[1] การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุเกิดขึ้นควบคู่กับอัตราการเกิดที่ลดลงและแนวโน้มการย้ายถิ่นของประชากรวัยทำงาน ส่งผลให้สัดส่วนเด็กและแรงงานในประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยในภาพรวม[2]

ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของ ครอบครัวข้ามรุ่น (Skipped-generation families) ซึ่งเป็นครอบครัวที่มีเพียงผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน เนื่องจากพ่อแม่จำเป็นต้องย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพในพื้นที่อื่นและฝากให้ปู่ย่าตายายดูแลหลานแทน[3] ในบริบทนี้ ผู้สูงอายุจึงต้องรับบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัยทั้งด้านโภชนาการ สุขอนามัย และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุเองก็เป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ทำให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลเด็กกลายเป็นภาระใหม่ที่แตกต่างจากบทบาทดั้งเดิมซึ่งมักเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้สนับสนุนทางอารมณ์[4] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นอาจเกี่ยวข้องกับพัฒนาการที่ล่าช้าและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเด็ก รวมทั้งส่งผลต่อภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งกระทบต่อคุณภาพการดูแลและสุขภาพของทั้งผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัย[5,6] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดความรู้และแนวทางการดูแลเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทสังคมและการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน ส่งผลให้การดูแลเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นยังขาดประสิทธิภาพและมาตรฐานที่จำเป็น[7] แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาสถานการณ์และปัญหาของครอบครัวข้ามรุ่นอยู่บ้าง แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการสำรวจปัญหาเชิงพรรณนา และขาดการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมเชิงปฏิบัติที่ได้รับการประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะโปรแกรมที่มุ่งเสริมพลังผู้สูงอายุในบทบาทผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และเชื่อมโยงผลลัพธ์ไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของเด็กอย่างเป็นรูปธรรม[3] อีกทั้งการศึกษาเดิมมักให้ความสำคัญกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองทั่วไปมากกว่าการมองผู้สูงอายุในฐานะผู้ดูแลหลักอย่างแท้จริง ส่งผลให้ยังขาดองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในบริบทชุมชนชนบทของประเทศไทย

ในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ ชุมชนบ้านโนนเจริญ ตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่ชนบทใกล้เมืองที่มีสัดส่วนครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุในชุมชนยังคงยึดวิถีภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลเด็กปฐมวัยตามหลักวิชาการและสาธารณสุขสมัยใหม่[8] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยที่คำนึงถึงบริบทชุมชนและความเป็นจริงของชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสมและยั่งยืน นอกจากนี้ การเสริมพลังผู้สูงอายุยังสามารถสร้างคุณค่าและบทบาทใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงวัยได้อีกทางหนึ่ง[2,9] ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแล

เด็กปฐมวัยต่อการรับรู้ศักยภาพการดูแลและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น โดยโปรแกรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment theory) ที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม และความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแล ควบคู่กับแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามวัยและมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

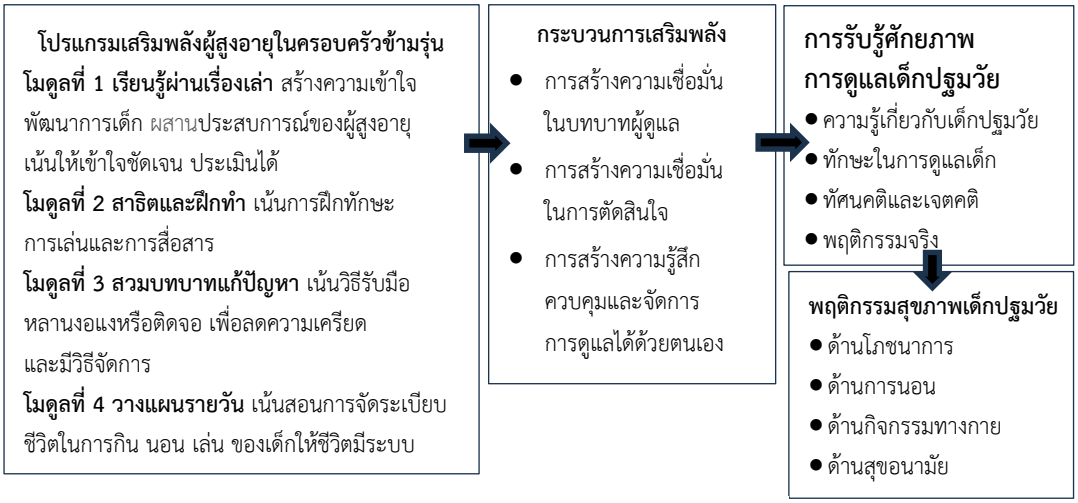
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐาน แนวคิดการเสริมพลัง ซึ่งอธิบายว่าการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม และความเชื่อมั่น จะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ศักยภาพในการควบคุมและจัดการบทบาทของตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ[10,11] โดยบูรณาการร่วมกับ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ที่ชี้ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง[12] รวมถึงแนวคิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของ Nadler & Wiggs ที่เน้นการพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[13]

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยจึงถูกกำหนดเป็นตัวแปรต้น โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ การสวมบทบาทสถานการณ์ และการวางแผนการดูแลในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อ การรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้สูงอายุ ในฐานะตัวแปรสื่อกลาง เมื่อผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นและการรับรู้ความสามารถในบทบาทผู้ดูแลมากขึ้น จะนำไปสู่การดูแลเด็กอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น ซึ่งเป็นตัวแปรตาม มีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งด้านโภชนาการ สุขอนามัย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ สอดคล้องกับงานวิจัยและแนวทางสากลที่ชี้ว่าการเสริมพลังผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย[14,15] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group, pretest-posttest design) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กำหนดให้กลุ่มทดลอง คือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มควบคุม คือผู้สูงอายุต้องดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นทั้งเพศชายและหญิงในชุมชนตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 112 คน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็กในครอบครัวข้ามรุ่น จำนวน 72 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) สำหรับการทดสอบการประมาณค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยโปรแกรม G*Power โดยการกำหนดขนาดตัวอย่าง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Effect size=0.50) ได้จำนวนขั้นต่ำ 68 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มร้อยละ 10 ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน โดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุ 60-70 ปี 2) เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี อย่างน้อย 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผลตามตารางที่กำหนดได้ และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภทดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ ของ Nadler & Wiggs[13] ประกอบด้วย กิจกรรม 4 โมดูล ระยะเวลาในการดำเนินโครงกิจกรรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย โมดูลที่ 1) เรียนรู้พัฒนาการเด็กผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Knowledge sharing) เป็นการเรียนรู้แบบเล่าเรื่อง แลกเปลี่ยน เห็นภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ผู้สูงอายุมองเห็นภาพพัฒนาการเด็กอย่างเป็นรูปธรรม ประเมินพฤติกรรมเด็กได้ดีขึ้น และมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลและติดตามพัฒนาการของหลาน โมดูลที่ 2) สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ (Skill practice) ออกแบบกิจกรรมให้เน้นลงมือทำ มากกว่าการฟังหรือการอ่าน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ผู้สูงอายุมีทักษะเพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม สามารถนำกิจกรรมไปใช้กับหลานได้ทันที และรู้สึกมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น โมดูลที่ 3) สวมบทบาทสถานการณ์จำลอง (Role playing) แก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบจริง วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวข้ามรุ่น เหตุผลของการออกแบบพบปัญหาเด็กจุกจิกและงอแงบ่อย แต่ยังขาดวิธีจัดการที่เหมาะสม การให้ฝึกผ่านสถานการณ์จำลองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึก ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ผู้สูงอายุเรียนรู้การจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม ลดความเครียดในการดูแลหลาน และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย และโมดูลที่ 4 วางแผนการดูแลหลานประจำวัน (Daily care planning) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกแบบกิจวัตรประจำวันของหลานอย่างสมดุล ทั้งด้านการกิน การนอน การเล่น การเรียนรู้ และส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่อง การมีแผนวัน (Day plan) จะช่วยให้ผู้สูงอายุจัดระบบได้ง่าย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กปฐมวัย จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ทดลอง
2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับเด็ก อายุของเด็กที่อยู่ในความดูแล น้ำหนัก ส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก โดยมีเนื้อครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับเด็กปฐมวัย ทักษะในการดูแลเด็กปฐมวัย ทัศนคติและเจตคติต่อบทบาทการดูแล และพฤติกรรมจริงในการดูแลเด็ก รูปแบบคำตอบและระดับคะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00-1.80 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด
คะแนน 1.81-2.60 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับน้อย
คะแนน 2.61-3.40 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.41-4.20 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก

คะแนน 4.21-5.00 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 ข้อ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ การนอน กิจกรรมทางกาย และสุขอนามัย ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก รูปแบบคำตอบและระดับคะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ Rating Scale โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน แบ่งพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (24-56 คะแนน) ระดับปานกลาง (57-88 คะแนน) ระดับสูง (89-120 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเด็ก พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กปฐมวัย และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรด้วยการคำนวณค่า IOC (index of item objective congruence) เครื่องมือทั้ง 2 ฉบับ มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับไป Try out กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 24/2567 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับโดยจะใช้รหัสแทนชื่อสกุล ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใด ๆ และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวม

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและขออนุญาตเข้าสู่พื้นที่วิจัย วิจัยประสานงานอย่างเป็นทางการกับผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่ และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการตอบแบบสอบถามแก่ผู้สูงอายุ ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ความสำคัญ ของการวิจัย วิธีตอบแบบสอบถาม และสิทธิ์ของผู้เข้าร่วม ความเป็นอิสระในการตอบและการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจที่ชัดเจนและสามารถให้ข้อมูลอย่างสมัครใจ

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบสอบถามศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัย ก่อนจะนับวันเวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมการวิจัยต่อไป

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 การดำเนินกิจกรรมสำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยดูแล ให้ได้การดูแลแบบปกติ โดยแจกเอกสารคู่มือความรู้เรื่องการดูแลเด็กปฐมวัย สำหรับผู้สูงอายุศึกษาเอง

2.2 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับกลุ่มทดลองระยะดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ ตามโปรแกรม 4 โมดูล โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วัน ทุกวันจันทร์และวันเสาร์ วันละ 3 ชั่วโมง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างพลังผู้สูงอายุ

กิจกรรม	สัปดาห์ที่	ขั้นตอน	อุปกรณ์
โมดูลที่ 1 เรียนรู้พัฒนาการเด็กผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Knowledge Sharing) **วัตถุประสงค์** เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในแต่ละช่วงวัย โดยใช้ประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุเป็นฐานในการอธิบายร่วมกับความรู้ทางวิชาการที่เข้าใจง่าย	สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 2	1. วงสนทนา เล่าประสบการณ์เลี้ยงหลาน ผู้ดำเนินกิจกรรมเชิญผู้สูงอายุเล่าปัญหาหรือเหตุการณ์ที่พบจากการดูแลหลาน ใช้วงกลมเล็ก ๆ ในการนั่งเพื่อให้เกิดความใกล้ชิด ผู้ดำเนินกิจกรรมสกัดสาระสำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมที่พบบ่อยในวัย 3-5 ปี ใช้ภาษาง่าย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดย้อนจากประสบการณ์จริงของตนเอง 2. บัตรภาพพัฒนาการเด็ก นำเสนอภาพเด็กแต่ละวัยพร้อมพฤติกรรมที่ควรทำได้ ใช้ภาพขนาดใหญ่ ตัวหนังสือชัดเจน ผู้สูงอายุช่วยกันอธิบายภาพตามความเข้าใจ ก่อนผู้ดำเนินกิจกรรมสรุปอย่างถูกต้อง ฝึกการคิด วิเคราะห์ และเชื่อมโยงข้อมูลผู้ดำเนินกิจกรรมเฉลยพร้อมอธิบายเหตุผลเชิงวิชาการ 3. เกมจับคู่ อายุ พัฒนาการที่ควรทำได้ เป็นเกมง่าย ๆ ใช้กระดาษสองชุดเกี่ยวกับอายุและพฤติกรรมพัฒนาการ 4. ทบทวนและสรุปกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรม ที่ผ่านมา โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างกล้าพูด กล้าถาม และกล้าแสดงความคิดเห็น	1. กระดาษฟลิปชาร์ทปากกาเมจิก 2. คลิปวีดีโอแสดงพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย 3. บัตรภาพพัฒนาการเด็ก

ตารางที่ 1 (ต่อ) การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างพลังผู้สูงอายุ

กิจกรรม	สัปดาห์ที่	ขั้นตอน	อุปกรณ์
โมดูลที่ 2 สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ (Skill Practice) **2.1 การสร้างความเชื่อมั่นในบทบาทผู้ดูแล** **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะจริงที่สามารถนำไปใช้กับหลานในชีวิตประจำวัน เช่น ทักษะการเล่นเพื่อเสริมพัฒนาการ การสื่อสารเชิงบวก และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 4	1. สาธิตการเล่นกระตุ้นพัฒนาการ โดยผู้เชี่ยวชาญผู้ดำเนินกิจกรรมสาธิตทีละขั้นตอน พร้อมอธิบายว่ากิจกรรมแต่ละอย่างช่วยพัฒนาด้านใด เช่น กล้ามเนื้อมัดเล็ก มัดใหญ่ ภาษา สังคม 2. การฝึกปฏิบัติของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจับคู่กันทดลองทำกิจกรรม เจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัย และให้คำแนะนำใช้หลัก สาธิต–ทำตาม—ฝึกซ้ำ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ 3. ใช้ของใช้ในบ้านเป็นสื่อการเล่น เช่น ช้อน พลาสติก ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่านำไปใช้จริงได้ง่าย 4. ฝึกทักษะสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ เล่น (Play) พูดคุย (Communication) สัมผัสอย่างเหมาะสม (Positive Touch)	1. ตัวอย่างของเล่นกระตุ้นพัฒนาการ 2. สื่อการเล่นของเด็กตามวัย
โมดูลที่ 3 สวมบทบาทสถานการณ์ (Role Play) แก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบจริง **3.1 การสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ** **วัตถุประสงค์** เพื่อเสริมทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวข้ามรุ่น เช่น การงอแง ไม่ยอมกินข้าว การตีเพื่อน หรือการใช้โทรศัพท์มากเกินไป	สัปดาห์ที่ 5-6	1. แจกสถานการณ์ปัญหาจริงให้แต่ละกลุ่ม เช่น เด็กไม่ยอมไปโรงเรียน เด็กตีเพื่อน เด็กติดมือถือ เด็กไม่ยอมอาบน้ำ 2. ให้ผู้สูงอายุสวมบทบาทและแสดงวิธีแก้ปัญหา ทำเป็นกลุ่ม 3–5 คน กระตุ้นให้ใช้ประสบการณ์จริงมาเชื่อมโยงกับสถานการณ์ 3. พยาบาลและครูศูนย์เด็กเล็กให้ข้อเสนอแนะต่อจากการแสดง ปรับให้เป็นวิธีที่เหมาะสม ปลอดภัย และส่งเสริมพัฒนาการ ให้คำแนะนำสั้น ๆ เช่น ใช้คำพูดเชิงบวก หลีกเลี่ยงการดุหรือการตี ให้ตัวเลือกแก่เด็กเพื่อช่วยลดการต่อต้าน 4. สรุปสาระสำคัญพร้อมการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลเด็กปฐมวัย	1. ใบงานสถานการณ์จำลอง 2. กระดาษฟริปชาร์ท ปากกาเมจิก 3. กระดาษโพสต์อิท

ตารางที่ 1 (ต่อ) การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างพลังผู้สูงอายุ

กิจกรรม	สัปดาห์ที่	ขั้นตอน	อุปกรณ์
โมดูลที่ 4 วางแผนการดูแลหลานประจำวัน (Daily Care Planning) **4.1 การสร้างความรู้สึกควบคุมและจัดการการดูแลได้ด้วยตนเอง** **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกแบบกิจวัตรประจำวันของหลานอย่างสมดุลทั้งด้านกิน–นอน–เล่น–เรียนรู้ และส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่อง	สัปดาห์ที่ 7-8	1. แนะนำแบบฟอร์ม วางแผนวันของหลาน (Day Plan Template) ระบุช่วงเวลา 6:00–20:00 น. ใส่กิจกรรมพื้นฐาน เช่น ตื่นนอน อาบน้ำ กินข้าว เล่น ทำงานศิลปะ อ่านนิทาน 2. ฝึกจัดกิจวัตรที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย เน้นหลัก “กิน–เล่น–นอน” ลดเวลาจอ (screen time) เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ 10 นาที/ครั้ง 3. สรุปพฤติกรรมที่ควรทำทุกวัน (Daily Essentials) ได้แก่ เล่นกับหลาน 10 นาที เล่านิทานก่อนนอน ชวนคุยระหว่างกินข้าว กอดหลานทุกวัน 4. กิจกรรมการสร้างความรู้สึกควบคุมและจัดการการดูแลได้ด้วยตนเอง	1. สมุดแบบฟอร์มวางแผนวัน (Day Plan Template) 2. กระดาษฟริปชาร์ท ปากกาเมจิก 3. กระดาษโพสต์อิท
ประเมินการรับรู้ศักยภาพผู้สูงอายุผู้ดูแลเด็ก และพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัยตามการรับรู้ผู้ดูแล	สัปดาห์ที่ 12	ประเมินการรับรู้ศักยภาพผู้สูงอายุผู้ดูแล และพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านโภชนาการ ด้านการนอน ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสุขอนามัย	แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

เมื่อดำเนินกิจการที่กำหนดตามโปรแกรมสิ้นสุด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) จากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการจัดกิจกรรมไปตามโปรแกรม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ให้กับกลุ่มควบคุมภายหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แค่ค่าความถีร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher’s exact test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น และพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 36 คน และกลุ่มทดลอง 36 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ในกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.56 และเพศชายร้อยละ 19.44 ขณะที่กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 77.78 และเพศชายร้อยละ 22.22 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งสองกลุ่ม ด้านช่วงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 72.22 และมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.78 ด้านระดับการศึกษา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.67 และกลุ่มทดลองร้อยละ 63.89 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือการศึกษาอื่น ๆ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย ด้านอาชีพปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลหลานเต็มเวลา โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 47.22 และกลุ่มทดลองร้อยละ 50 รองลงมาคือประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา และค้าขาย ตามลำดับ สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.89 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.11 ในสัดส่วนเท่ากัน

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ Fisher's exact test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรพื้นฐาน ได้แก่ เพศ (p=0.77) ช่วงอายุ (p=1.00) ระดับการศึกษา (p=0.87) อาชีพปัจจุบัน (p=0.92) และโรคประจำตัว (p=1.00)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของเด็กปฐมวัยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน (p=0.74) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ปี และ 3.55 ปี (SD=1.05) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.78) รวมทั้งน้ำหนักและส่วนสูงเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (p>0.05) เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 77.8 และ 75.0 ตามลำดับ การเข้าเรียนศูนย์เด็กเล็ก โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย ไม่แตกต่างกัน (t_{70}=0.22, p=0.83) อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{70}=5.05, p<0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.97 (SD=0.51) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (SD=0.56) ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=36)	3.30	0.59	0.22	70	0.83	3.97	0.51	5.05	70	0.000
กลุ่มควบคุม (n=36)	3.33	0.57				3.35	0.56			

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน (t_{70}=-0.39, p=0.69) อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการทดลอง พบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{70}=6.47, p<0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 89.94 (SD=7.65) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.11 (SD=0.8.37) ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=36)	72.31	8.42	-0.39	70	0.69	89.94	7.65	6.41	70	0.000
กลุ่มควบคุม (n=36)	73.08	8.10				74.11	8.37			

การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้สูงอายุในบริบทครอบครัวข้ามรุ่น ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตาม ทฤษฎีการเสริมพลัง ซึ่งอธิบายว่าการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความเชื่อมั่น และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการตัดสินใจ จะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและสามารถปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[10,11] โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติจริง และ

การสะท้อนบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเอื้อต่อการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ของ Bandura[12] ที่ระบุว่า ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติจริง การได้เห็นแบบอย่าง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคลและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน[12] กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การสวมบทบาทสถานการณ์ และการวางแผนการดูแลหลานประจำวัน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ทดลองใช้ทักษะจริงและประสบความสำเร็จในบทบาทผู้ดูแล ส่งผลให้การรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้น

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับ แนวคิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของ Nadler & Wiggs[13] ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพต้องดำเนินการอย่างเป็นกระบวนการและเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ (Education) การฝึกทักษะ (Training) และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Development) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ได้บูรณาการองค์ประกอบดังกล่าวอย่างเหมาะสมกับบริบทชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่มีความหมายและเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผลของการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศโดยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมบทบาทผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กที่เน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14,16] รวมถึงสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัย[15] สำหรับบริบทประเทศไทย ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในชุมชน โดยเฉพาะการใช้กิจกรรมเชิงปฏิบัติและการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มความมั่นใจและการรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17,18] สะท้อนให้เห็นว่าการเสริมพลังผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นเป็นแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนไทย ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น และมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาการพยาบาลชุมชนและการพยาบาลครอบครัว โดยเฉพาะในสังคมสูงวัยที่ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุไม่เพียงส่งผลต่อการรับรู้ศักยภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่อยู่ภายใต้การดูแลอีกด้วย ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเสริมพลัง ที่ชี้ให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในบทบาทของตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับการดูแล[10,11] ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รับการเสริมพลังผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วม การฝึกทักษะ และการวางแผนการดูแลหลานในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้สามารถถ่ายทอดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมไปสู่เด็กปฐมวัยได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Bandura[12] ซึ่งอธิบายว่า เด็กเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพจากการสังเกตแบบอย่างที่ใกล้ชิดและมีความหมาย โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะด้านการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม จึงสามารถทำหน้าที่เป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขอนามัย การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่งผลให้เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสามารถอธิบายได้ตาม กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของ Nadler & Wiggs[13] ซึ่งมองว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับการดูแลในระยะยาว โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุที่จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กในชีวิตจริง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลเด็กหรือผู้ปกครองที่เน้นการมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านโภชนาการ สุขอนามัย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ[14,16,19] รวมถึงสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวข้ามรุ่นที่ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดพฤติกรรมสุขภาพให้กับเด็กปฐมวัย ในขณะที่เด็กปฐมวัยในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามวิถีปกติของครอบครัว ผู้สูงอายุอาจขาดความรู้และทักษะที่เป็นระบบในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มทดลอง สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การเสริมพลังผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย และมีนัยสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลครอบครัวและการพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กที่ให้ความสำคัญกับบทบาทผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุไปใช้เป็นกิจกรรมอบรมหรือคลินิกครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบูรณาการรูปแบบการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุผู้ดูแล
3. ผู้บริหารด้านสาธารณสุขสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายหรือแผนงานรองรับครอบครัวข้ามรุ่นและสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาหลายพื้นที่หรือหลายบริบทชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยในระดับประชากร
2. ควรติดตามผลระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงทนของศักยภาพผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัย
3. ควรศึกษาตัวแปรผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น พัฒนาการเด็ก คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความเครียดของผู้ดูแล หรือใช้การวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมถึงเจ้าหน้า อสม.ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021-2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สถานการณ์ครอบครัวข้ามรุ่นในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.
4. สุธรรม นันทมงคลชัย. ผู้สูงอายุและครอบครัวข้ามรุ่นในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
5. สรัญรัชญ์ ศรีคำ, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;6(3):63-77.
6. เกิดสิริ หงส์ไทย, ดารุณี จงอุดมการณ์. ภาระการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(1):71-88.
7. เกิดสิริ หงส์ไทย, ดารุณี จงอุดมการณ์. ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(4):97-109.
8. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับครอบครัว. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 1991 Mar;16(3):354-61. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.

11. Zimmerman MA. Empowerment Theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, editors. Handbook of community psychology. Boston (MA): Springer; 2000. p. 43-63.
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
13. Nadler L, Wiggs GD. Managing human resource development. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1986.
14. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2021 May 10;18(5):e1003602. doi: 10.1371/journal.pmed.1003602.
15. World Health Organization. WHO guideline on improving early childhood development: Recommendations on interventions supporting responsive caregiving and early learning. Geneva: World Health Organization; 2020.
16. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. Lancet. 2017 Jan 7;389(10064):91-102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31390-3.
17. สุพัตรา บุญเจียม, นิตยา พรรณาภพ. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2568;18(1):81-94.
18. จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์, ปราการ ทัตติยกุล. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2567;63(3):81-92.
19. World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.