วารสารสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครพนม
JOURNAL OF NAKHON PHANOM PROVICIAL HEALTH OFFICE

นิพนธ์ต้นฉบับ | Original articles

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของผู้เลี้ยงดูหลัก ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Effectiveness of a Health Literacy Development Program for Primary Caregivers of Early Childhood Children in Jorhor Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

นีรนุช ศาสตระวาทิต*

Neeranuch Sastrawathit*

E-mail: deesine24@gmail.com

(Received : Febuary 27, 2026 / Revised : April 17, 2025 / Accepted : May 28, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม

วัสดุและวิธีการวิจัย: ประยุกต์ตามหลักทฤษฎีการเรียนรู้ นำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมตามแนวคิดของดอนนัทบีม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การตัดสินใจ และการนำไปใช้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดูหลัก พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอชุมชนที่ลักษณะคล้ายคลึงกันเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทและไม่ห่างไกลจากพื้นที่จัดกิจกรรมเพื่อสะดวกในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงเด็ก ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลัก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Dependent paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพฯโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.30±8.88 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 121.96±7.67 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย: ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพฯโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 93.30 เป็น 121.96 คะแนน

ข้อเสนอแนะ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด จึงควรปรับรูปแบบโปรแกรมที่กระตุ้นการสื่อสารอย่างมีเหตุผลน่าเชื่อถือ และโน้มน้าวให้บุคคลอื่นปฏิบัติตามได้ ส่วนปัจจัยที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ การศึกษา และอาชีพ ทำให้การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯรูปแบบเดียวกันได้ไม่ดี ควรปรับรูปแบบแนวทางและสื่อการสอนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ดีกว่าเดิม เช่น การทบทวนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ปรับโปรแกรมผ่าน Telehealth เพิ่มกิจกรรมการกำกับติดตาม เพิ่มการประเมินผลพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักและจำนวนหรืออุบัติการณ์ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพื่อให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจนเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ; เด็กปฐมวัย; ผู้เลี้ยงดูหลัก

*ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Abstract

Purpose: To compare the health literacy levels of primary caregivers in caring for early childhood children before and after participating in a health literacy development program.

Study design: This study was a quasi-experimental research using a one-group pretest–posttest design.

Materials and Methods: The program was developed based on learning theory and applied according to Don Nutbeam's concept of health literacy, consisting of four dimensions: access, understanding, decision-making, and application. The sample consisted of 54 primary caregivers responsible for early childhood children within the service area of Community Medical Center 12, Jorhor. The selected communities shared similar semi-urban and semi-rural characteristics and were conveniently located for participation in program activities. Data were collected using a health literacy questionnaire for caregivers of early childhood children developed by the National Institute of Child Health Development, Department of Health, Ministry of Public Health. The intervention consisted of four activities conducted over a four-week period. Descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze general data and health literacy scores. Inferential statistics using the dependent paired t-test were applied to compare health literacy scores before and after participation in the program.

Results: The overall health literacy level of primary caregivers before participation in the program was at a moderate level, with a mean score of 93.30±8.88. After participation, the mean score increased to 121.96±7.67, which remained at a moderate level. Comparison of the scores revealed that health literacy after participation in the program was significantly higher than before participation at the .05 level of statistical significance

Conclusion: The findings indicated that the health literacy development program for primary caregivers of early childhood children was effective in significantly improving overall health literacy at the .05 level of statistical significance. The mean score increased from 93.30 to 121.96.

Recommendations: After participation in the program, interpersonal communication showed the lowest mean score among all dimensions. Therefore, the program should be improved to promote rational, credible, and persuasive communication skills that encourage others to adopt appropriate practices. Differences among participants, such as age, educational level, and occupation, may affect the effectiveness of a uniform health literacy promotion approach. Therefore, program formats, educational approaches, and teaching materials should be adapted to improve understanding. Suggested strategies include review through electronic media, telehealth-based program adaptation, increased follow-up activities, and additional assessments of caregiver behaviors and the incidence of developmental delays among children to demonstrate clearer outcomes, efficiency, and effectiveness.

Keyword: Health literacy development program; Early childhood children; Primary caregiver

*Position: Public Health Professional, Maharat Nakorn Ratchasima Hospital

บทนำ

พัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะของระบบต่างๆในร่างกายซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุและวัยของเด็กโดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการได้แก่สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ การอบรมสั่งสอนและการเลี้ยงดูหากเด็กได้รับการอบรมสั่งสอนและเลี้ยงดูที่ดีและมีคุณภาพเด็กจะพัฒนาด้านร่างกายอารมณ์สังคมและสติปัญญาได้อย่างสมบูรณ์ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีความสามารถและพฤติกรรมที่เหมาะสมตามศักยภาพของตนเอง[1]ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาการของเด็กปฐมวัยเสมอมา โดยกำหนดนโยบายและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) โดยเน้นการเตรียมความพร้อมสำหรับพ่อแม่และการลงทุนในการพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้านและสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพมีทักษะความรู้และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าจากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่าจากการติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยปีงบประมาณ 2567 สำรวจในกลุ่มอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนตามลำดับ สุ่มตรวจเด็กทั้งหมด 28,665 คน พบว่าพัฒนาการที่สงสัยล่าช้า จำนวน 5,174 คน คิดเป็นร้อยละ 18.05 พัฒนาการล่าช้า 79 คน คิดเป็นร้อยละ 0.28[2] เด็กที่พัฒนาการล่าช้าถือเป็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย เด็กพัฒนาการล่าช้าเกิดจากหลายสาเหตุและหลายปัจจัยทั้งที่จัดการได้และไม่ได้แต่หนึ่งในปัจจัยที่จัดการได้คือ ปัจจัยจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก[3] ครอบครัวไทยมีการอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับไม่ดีไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 20.00[4] มารดาหรือผู้เลี้ยงเด็กยังมีการเลี้ยงเด็กไม่ถูกต้อง เช่น จัดอาหารเสริมไม่ถูกต้อง ไม่ทำความสะอาดฟันขาดการจัดหาของเล่นและไม่เล่านิทานความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงเด็กมีความสำคัญและส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก[5] และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยและความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ[6] สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมด้านการเลี้ยงดูเด็กที่ดีจะส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีตามเกณฑ์ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้องเหล่านั้นเกิดมาจากการขาดความรู้

ในการเลี้ยงดูเด็ก ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯของผู้เลี้ยงดูหลักจะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและท้ายที่สุดเด็กจะมีพัฒนาการสมวัย ไม่เกิดพัฒนาการล่าช้าได้

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประยุกต์ตามหลักทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theories) ของดอนนัทบีม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การตัดสินใจ และการนำไปใช้ นำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมผลจากการนำแนวคิดนี้มาใช้จะช่วยให้ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯโดยรวมสูงขึ้น และสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ระดับดีมากเพิ่มขึ้นเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น [13]สอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่นำแนวคิดนี้ไปใช้และเกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและสนใจศึกษาโปรแกรมช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูเหมาะสมมีพัฒนาการสมวัยเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัยทั้งเพศชายและหญิงอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 3, 4 และ 5 ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 189 คน เป็นพื้นที่รับผิดชอบศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ และชุมชนที่ลักษณะคล้ายคลึงกันเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทและไม่ห่างไกลจากพื้นที่จัดกิจกรรมเพื่อสะดวกในการเดินทาง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัยที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 3, 4 และ 5 ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่รับผิดชอบศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2568 มีวิธีคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7[7]ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบ T-tests Means: Difference between two dependent means (matched pairs), Effect size = 0.50 (Cohen, 1977), α = 0.05,

อำนาจของการทดสอบ (power of test) = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คนและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในพื้นที่หมู่ที่ 3, 4 และ 5 ตำบลจอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มวิจัย โดยมีเงื่อนไขตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้เลี้ยงดูหลักสัญชาติไทยที่มีอายุ18 ปีขึ้นไป ที่มีเด็กในการดูแลอายุ 9 เดือน - 5 ปี
2. สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดีเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การถอนตัวออกจากการศึกษา(Exclusion criteria)

1. ผู้เลี้ยงดูหลักไม่สามารถมาร่วมทำโปรแกรมได้ทุกครั้ง
2. ผู้เลี้ยงดูหลักมีเหตุจำเป็นหรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้เลี้ยงดูหลักที่เด็กในการดูแลมีปัญหา 5 กลุ่มโรค เช่น โรคสมาธิสั้น (ADHD), ภาวะออทิสติกสเปกตรัม(ASD), ความบกพร่องทางการเรียนรู้(LD), โรคสมาธิสั้นประเภทขาดสมาธิ(AD) และโรคดื้อต่อต้าน(ODD)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก การศึกษา อาชีพรายได้ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย และสัมพันธภาพของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูกับเด็ก รูปแบบเป็นคำถามปลายเปิดให้ระบุข้อมูลและเลือกคำตอบที่ตรงกับผู้ตอบมากที่สุด จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก เป็นแบบสอบถามที่สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดคุณลักษณะสำคัญการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 61 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้ความสามารถทักษะพื้นฐานในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ และวิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ลักษณะคำถามแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความถี่ในการเข้าถึงข้อมูล ดังนี้

ทุกครั้ง (สัปดาห์ละ 5-7 วัน) 3 คะแนน
บ่อยครั้ง (สัปดาห์ละ 3-4วัน) 2 คะแนน
บางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 วัน) 1 คะแนน
ไม่เคย (ไม่เคยเลยสักครั้งเดียว) 0 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลการเข้าถึงข้อมูลจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การจำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข[8] ดังนี้

0-27 คะแนน (0-60%) หมายถึงมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ
28-36 คะแนน (61-80%) หมายถึงมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
37-45 คะแนน (81-100%) หมายถึงมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

2) ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ 2 ตัวเลือก เป็น “ใช่”และ “ไม่ใช่” แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับด้านร่างกาย 3 ข้อ ด้านอารมณ์ 3 ข้อ ด้านสังคม 3 ข้อ ด้านสติปัญญา 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ มีลักษณะดังนี้ตอบถูก หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนนตอบผิด หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน โดยการให้คะแนนการตอบ “ใช่” ข้อ 1, 3-5, 9-10, 12, 14 และ 15 เท่ากับ 1 คะแนน และให้คะแนนการตอบ “ไม่ใช่” ข้อ 2, 6-8, 11 และ 13 เท่ากับ 1 คะแนน นอกเหนือจากนี้ถือว่าตอบผิด ให้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล โดยถ้าตอบตรงคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน และนำคะแนนรวมมาแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตาม TOFHLA[9] ดังนี้

0-9 คะแนน (0-60%) หมายถึง มีทักษะความเข้าใจอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง
10- 12 คะแนน (61-80%) หมายถึง มีทักษะความเข้าใจอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง
13-15 คะแนน (81-100%) หมายถึง มีทักษะความเข้าใจอยู่ในระดับถูกต้องสูง

3) การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการตรวจสอบและตัดสินใจในการเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ลักษณะคำถามแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

ทุกครั้ง (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)	3 คะแนน
บ่อยครั้ง (สัปดาห์ละ3-4วัน)	2 คะแนน
บางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2วัน)	1 คะแนน
ไม่เคย (ไม่เคยเลยสักครั้งเดียว)	0 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลการตรวจสอบและตัดสินใจจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การจำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[8]ดังนี้

0-14 คะแนน (0-60%) หมายถึง มีทักษะการตรวจสอบและตัดสินใจอยู่ในระดับไม่ดีพอ

15-19 คะแนน (61-80%) หมายถึง มีทักษะการตรวจสอบและตัดสินใจอยู่ในระดับพอใช้

20-24 คะแนน (81-100%) หมายถึง มีทักษะการตรวจสอบและตัดสินใจในระดับดีมาก

4) การจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจำนวน 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ลักษณะคำถามแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

ทุกครั้ง (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)	3 คะแนน
บ่อยครั้ง (สัปดาห์ละ 3-4วัน)	2 คะแนน
บางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)	1 คะแนน
ไม่เคย (ไม่เคยเลยสักครั้งเดียว)	0 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลการจัดการตนเองจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การจำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข[8]ดังนี้

0-27 คะแนน (0-60%) หมายถึง มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดีพอ

28-36 คะแนน (61-80%) หมายถึง มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับพอใช้

37-45 คะแนน (81-100%) หมายถึง มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก

5) การสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 8 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ลักษณะคำถามแบ่งเป็น 4 ระดับตามความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

ทุกครั้ง (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)	3 คะแนน
บ่อยครั้ง (สัปดาห์ละ 3-4วัน)	2 คะแนน
บางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)	1 คะแนน
ไม่เคย (ไม่เคยเลยสักครั้งเดียว)	0 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลการสื่อสารระหว่างบุคคลจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การจำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[8] ดังนี้

0-14 คะแนน (0-60%) หมายถึง มีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับไม่ดีพอ

15-19 คะแนน (61-80%) หมายถึง มีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับพอใช้

20-24 คะแนน (81-100%) หมายถึง มีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก

การแปลผลโดยการรวมผลคะแนนของแต่ละด้านโดยรวม และการจัดกลุ่มคะแนนใช้วิธีอิงเกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของประชาชนวัยทำงาน 2568 แบ่งระดับความรอบรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความรอบรู้ระดับดีมาก ระดับพอใช้และระดับไม่ดีพอ ตามเกณฑ์การจำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[8]ดังนี้

0-92 คะแนน (0-60%) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก อยู่ในระดับไม่ดีพอ

93-122 คะแนน (61-80%) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในระดับพอใช้

123-153 คะแนน (81-100%) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในระดับดีมาก

และเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพฯก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามของโครงการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ซึ่งมีตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item ObjectiveCongruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวมของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.93 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยมีค่าความเชื่อถือได้โดยรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94[10]

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดของดอนนัทบีม[11] ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะของบุคคลตามคุณลักษณะพื้นฐาน 4 ประการ ได้แก่ ด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การตัดสินใจและการนำไปใช้ โดยสามารถสร้างเสริมความรอบรู้ทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับแรกความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนสิ่งที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ระดับที่สองความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาและสังคมในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพที่มากขึ้นและระดับที่สามความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด 4 กิจกรรม4 สัปดาห์ ๆ ละ 120 นาที

1) กิจกรรม“ผู้เลี้ยงเด็กเข้าถึงได้”โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เลี้ยงเด็กมีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพรู้วิธีการค้นหาการใช้อุปกรณ์สืบค้นการเข้าถึงข้อมูลผ่านการบรรยายการเข้าถึงข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยสาธิตการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM)[12] การทำแบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยออนไลน์จากเว็บไซต์ของกรมอนามัย และผู้วิจัยให้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มให้โจทย์ข่าวและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและวิธีการเข้าถึงข้อมูลใช้เวลา 120 นาที

2) กิจกรรม "ผู้เลี้ยงเด็กเข้าใจ" โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เลี้ยงเด็กมีความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยและสามารถอธิบายถึงประเด็นเนื้อหาในการนำไปปฏิบัติได้ โดยการให้ชมวิดีทัศน์และบรรยายการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยทั้ง 5 ด้าน ความรู้เรื่อง กิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูฟัน และผู้วิจัยให้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มและช่วยกันวิเคราะห์ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแต่ละช่วงวัยตามกระบวนการ กินกอดเล่นเล่าเฝ้าดูฟันใช้เวลา 120 นาที

3) กิจกรรม"ผู้เลี้ยงเด็กตัดสินใจ" โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เลี้ยงเด็กมีความสามารถในการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจเลือกและสามารถประเมินทาง/กำหนดทางเลือกและสามารถแสดงจุดยืนในการตัดสินได้โดยการให้ความรู้ในเรื่องการระบุปัญหาขนาดปัญหาความรุนแรงของปัญหาและการกำหนดปัญหาให้ชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุอะไรค้นหาปัญหาและประเมินทางเลือกตามสถานการณ์ที่ผู้วิจัยให้ โดยให้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม และช่วยกันวิเคราะห์ตามโจทย์ที่ให้ใช้เวลา 120 นาที

4) กิจกรรม"ผู้เลี้ยงเด็กนำไปใช้" โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เลี้ยงเด็กมีความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อนำข้อมูลไปใช้อย่างอย่างต่อเนื่องและสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ โดยการรับชมวิดีทัศน์การเรียนรู้การปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมตามช่วงวัยในกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า และผู้วิจัยให้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม ฝึกกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิควิธีการเตือนตนเองว่าเคยพบเจอปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างไรและมีวิธีแก้ไขปัญหาอย่างไร ใช้เวลา 120 นาที

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ ความสอดคล้อง ความเหมาะสม ด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้เลี้ยงดูหลักที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 3, 4 และ 5 ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พื้นที่รับผิดชอบศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปีพ.ศ.2568 มีวิธีคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7[7] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คนและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในพื้นที่หมู่ที่ 3, 4 และ 5 ตำบลจอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีการชี้แจงรายละเอียด

ของวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมก่อนเริ่มดำเนินการและดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

2. ทำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ

3. การดำเนินการตามกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อ 1 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เดือนธันวาคม 2568 เวลา 09.00 – 11.00 น. ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ สร้างความเข้าใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัครโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

2) ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

3) ทำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม“ผู้เลี้ยงเด็กเข้าถึงได้” รับฟังบรรยายและกิจกรรมกลุ่มร่วมวิเคราะห์สถานการณ์

สัปดาห์ที่ 2 เดือนธันวาคม 2568 เวลา 09.00 – 11.00 น. ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ กิจกรรม“ผู้เลี้ยงเด็กเข้าใจ”รับฟังบรรยายและกิจกรรมกลุ่มร่วมวิเคราะห์สถานการณ์

สัปดาห์ที่ 3 เดือนธันวาคม 2568 เวลา 09.00 – 11.00 น. ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ กิจกรรม“ผู้เลี้ยงเด็กตัดสินใจ”รับฟังบรรยายและกิจกรรมกลุ่มร่วมวิเคราะห์สถานการณ์

สัปดาห์ที่ 4 เดือนธันวาคม 2568 เวลา 09.00 – 11.00 น. ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ กิจกรรม “ผู้เลี้ยงเด็กนำไปใช้” รับฟังบรรยายและกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิควิธีการเลี้ยงเด็กปฐมวัย

4. ทำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ

5. การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในการทำแบบสอบถามก่อนและหลัง กรณีไม่ครบถ้วนผู้วิจัยติดตามทำแบบสอบถามรายบุคคลในชุมชน

6. การดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูลหลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อหาค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลัก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Dependent paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยเคารพในสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลหรือสัมภาษณ์ ต้องขออนุญาตก่อนทุกครั้ง ทั้งด้วยวาจาและเอกสาร รวมทั้งชี้แจงการจัดเก็บที่เป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 119/2025 รับรองเมื่อวันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.07 ส่วนใหญ่มีอายุ 18-30 ปี ร้อยละ 38.89 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.07 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.59 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.89 ส่วนใหญ่รายได้คนในครอบครัวต่อเดือน 10,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 77.78 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวต่อการใช้จ่ายไม่เพียงพอและไม่เป็นหนี้ร้อยละ 62.96 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์แม่ลูก ร้อยละ 62.96 ส่วนใหญ่ครอบครัวมีการเลี้ยงดู ลักษณะครอบครัว 3 รุ่น (พ่อแม่+ลูก+ปู่ย่า/ตายาย) ร้อยละ 62.96 ส่วนใหญ่หน่วยงานที่ให้คำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็ก คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชนร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่ช่องทางที่ได้รับข้อมูลการเลี้ยงดูเด็ก คือ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่หน่วยงานที่ใช้บริการคลินิก

สุขภาพเด็กดี คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี คือ การฉีดวัคซีนร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ได้รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดจำนวน 600 บาทต่อเดือน ร้อยละ 88.89

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯของผู้เลี้ยงดูหลักรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอยู่ในระดับพอใช้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.46±4.87 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯอยู่ในระดับดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.24±4.94 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพฯของผู้เลี้ยงดูหลัก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รองลงมาคือ ด้านการจัดการตนเอง ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.33±2.66 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.46±1.70 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ของผู้เลี้ยงดูหลัก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ของผู้เลี้ยงดูหลักโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.30±8.88 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 121.96±7.67 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพฯของผู้เลี้ยงดูหลัก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n=54)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อน		หลัง		Mean Difference	95% CI	p-value
	$\bar{X}$±S.D.	ระดับ	$\bar{X}$±S.D.	ระดับ			
การเข้าถึงข้อมูล	28.46±4.87	พอใช้	37.24±4.94	ดีมาก	-8.78	-10.10 to -7.46	<0.001
การเข้าใจข้อมูล	9.50±1.50	ไม่ถูกต้อง	12.94±1.57	ถูกต้องบ้าง	-3.44	-3.94 to -2.95	<0.001
การตัดสินใจ	12.70±3.56	ไม่ดีพอ	17.70±3.15	พอใช้	-5.00	-5.86 to -4.14	<0.001
การจัดการตนเอง	27.30±4.53	ไม่ดี	35.61±4.00	พอใช้	-8.31	-9.47 to -7.16	<0.001
การสื่อสารระหว่างบุคคล	15.33±2.66	พอใช้	18.46±1.70	พอใช้	-3.13	-3.72 to -2.54	<0.001
โดยรวม	93.30±8.88	พอใช้	121.96±7.67	พอใช้	-28.66	-30.84 to -26.50	<0.001

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯของผู้เลี้ยงดูหลัก ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม 1) ผู้เลี้ยงเด็กเข้าถึงได้ 2) ผู้เลี้ยงเด็กเข้าใจ 3) ผู้เลี้ยงเด็กตัดสินใจ และ4) ผู้เลี้ยงเด็กนำไปใช้ดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ใช้เวลาแต่ละกิจกรรม 120 นาที ความรอบรู้โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแต่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯอยู่ในระดับพอใช้เท่าเดิม เนื่องจากโปรแกรมฯที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของดอนนัทบีม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การตัดสินใจ และการนำไปใช้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูหลักหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านอย่างถูกต้อง เหมาะสม แต่ยังขาดการสื่อสารและความต่อเนื่องในการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมลดา ภูสีน้อย[14] ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 88.64 เป็น 102.46 คะแนน สัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.00 เป็นร้อยละ 70.00 และผู้เลี้ยงเด็กส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษาปริญญาตรี จึงทำให้สามารถเข้าถึง เรียนรู้และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อนำไปปฏิบัติได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Choeisuwan[15]ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีวุฒิการศึกษาสูงมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลการสืบค้นข้อมูล รู้เท่าทันสื่อ และสื่อสารข้อมูลสุขภาพได้ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูล มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้น ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงขึ้นในระดับดีมาก เนื่องจากโปรแกรมฯในกิจกรรม “ผู้เลี้ยงเด็กเข้าถึงได้” ช่วยให้การเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพรู้วิธีการค้นหาการใช้อุปกรณ์สืบค้นจากเว็ปไซด์ของกรมอนามัย การเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก และน่าเชื่อถือ ด้านการเข้าใจข้อมูล มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้น ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงขึ้นในระดับถูกต้องบ้าง เนื่องจากโปรแกรมฯในกิจกรรม “ผู้เลี้ยงเด็กเข้าใจ” ช่วยให้มีความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยตามช่วงวัยที่เหมาะสมทั้ง 5 ด้านกิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูฟันและสามารถอธิบายถึงประเด็นเนื้อหาในการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ การส่งเสริมให้เด็กช่วยเหลือตนเองและการฝึกวินัยในช่วง 3 ปีแรก สอดคล้องกับงานวิจัยของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็ก เด็กมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกวินัยโดยเฉพาะช่วงวัยก่อนเข้าโรงเรียน[16] ด้านการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้น ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงขึ้นในระดับพอใช้ เนื่องจากโปรแกรมฯในกิจกรรม“ผู้เลี้ยงเด็กตัดสินใจ”ช่วยระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจเลือกและสามารถประเมินทาง/กำหนดทางเลือกและสามารถแสดงจุดยืนในการตัดสินได้ ด้านการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้น ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงขึ้นในระดับพอใช้และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้น ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในระดับพอใช้เท่าเดิม เนื่องจากโปรแกรมฯในกิจกรรม“ผู้เลี้ยงเด็กนำไปใช้” โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เลี้ยงเด็กมีความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อนำข้อมูลไปใช้อย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ แต่การสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคคลหากผู้เลี้ยงดูเด็กมีเหตุผลหรือความน่าเชื่อถือไม่เพียงพอก็จะไม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลได้หรือโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเชื่อถือและปฏิบัติตามได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติกรณีศึกษา 4 อำเภอ ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลในระดับดีมากร้อยละ 26.80 ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำสุดเมื่อแยกรายด้าน[10] จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้เลี้ยงดูหลักที่เข้าร่วมโปรแกรมฯมีค่าคะแนนเฉลี่ยความ

รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม ท้ายที่สุดเด็กมีพัฒนาการสมวัยและไม่เกิดพัฒนาการล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด จึงควรปรับรูปแบบโปรแกรมที่กระตุ้นการสื่อสารอย่างมีเหตุผลน่าเชื่อถือ และโน้มน้าวให้บุคคลอื่นปฏิบัติตามได้ ส่วนปัจจัยที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ การศึกษา และอาชีพ ทำให้การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯรูปแบบเดียวกันได้ไม่ดี ควรปรับรูปแบบแนวทางและสื่อการสอนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ดีกว่าเดิม เช่น การทบทวนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ปรับโปรแกรมผ่าน Telehealth เพิ่มกิจกรรมการกำกับติดตาม เพิ่มการประเมินผลพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักและจำนวนหรืออุบัติการณ์ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจนเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาและการชี้แนะที่เป็นประโยชน์ยิ่งจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ได้พิจารณาและอนุมัติการเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน และขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่เลี้ยงดูอบรมสั่งสอนให้การศึกษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บานชื่น เบญสุวรรณเทพ, ดิศร์สุดา เฟื่องฟู, จริยา จุฑาภิสิทธิ์. พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลิฟวิ่ง; 2561.
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)[อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/2238b7879f442749bd1804032119e824
3. จันท์พิมพ์ สารากร, จุฑามาศ โชติบาง, มาลี เอื้ออำนวย. ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. พยาบาลสารปีที่ 47 [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2568]; เข้าถึงได้จาก: https://phfh.ph.mahidol.ac.th/article/1.pdf
4. สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตัง, กรวรรณ ยอดไม้, สุจิตตา ผาติบัณฑิต. สถานการณ์ครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย. รายงานวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2568]; เข้าถึงได้จาก: https://phfh.ph.mahidol.ac.th/article/1.pdf
5. วิภาดา แสงนิมิตชัยกุล และปรีย์กมล รัชนกุล. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปัญหาสุขภาพของทารกและความต้องการบริการพยาบาลของผู้ดูแลเด็กทารก. วารสารสภาการพยาบาล[อินเตอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2568]; 88-98. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2557/2386
6. กันยา โพธิปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น[อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2568]; 28-50. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/issue/view/17501/4794
7. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ.การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER SAMPLE SIZE CALCULATION USING G*POWER PROGRAM.วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2568]; 497-507. เข้าถึงได้จาก: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/svittj/article/view/181958/136948

8. กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส. 1,800 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. ความฉลาดทางสุขภาพ. 2,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2554.
10. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก กรณีศึกษา 4 อำเภอ. รายงานการศึกษา; 2562.
11. Don Nutbeam Diane Levin-Zamir. Health Literacy in Context. Int J Environ Res Public Health;2017, 26-57.
12. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM). 700,000 เล่ม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
13. พิมลดา ภูสีน้อย.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรีจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม–กุมภาพันธ์ 2568 [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิถุนายน 2568]; 1-9. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3697/2878
14. Choeisuwan, V. (2017). Health Literacy: concept and application for nursing practice. Royal thai navy medical journal. 44(3), 183-197.
15. สถาบันราชานุกูลกรมสุขภาพจิต. คู่มือการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับเด็กแรกเกิด-5 ปี ด้วย“กินกอดเล่นเล่า.” โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2559.
16. สุกัลยา โพธาราม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิถุนายน 2568]; 1-13. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/268278