

การพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองแบบมีส่วนร่วม เรื่อง 4 D และวินัยเชิงบวก เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเพชรบูรณ์

The Development of a participatory Model for Enhancing Literacy among Childhood teacher and Parents on the Triple-P Plus 4D to Promote the Child Health for Appropriate Growth, Development, and Emotional Quotient in Early Childhood Development Centers, Phetchabun Province

กรรณิกา สหเมธาพัฒน์*, รัตติกาล สิมุเทศ*, ภาวินี หอมยศ*

Kannika Sahamethapat*, Rattikarn Simuthet*, Phaeinee Homyot*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและประเมินผลลัพธ์การเจริญเติบโต พัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1)ศึกษาสถานการณ์ 2)การสังเคราะห์พัฒนาโปรแกรม 3)การนำรูปแบบพัฒนาไปใช้ 4)การประเมินผล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองประกอบด้วยผู้ปกครองและเด็ก 50 คู่และครูที่เลี้ยง 5 คน และกลุ่มควบคุมประกอบด้วย ผู้ปกครองและเด็ก 50 คู่และครูที่เลี้ยง 5 คน โดยแบบทดสอบการสร้างความรอบรู้ของผู้ปกครองและครูที่เลี้ยง และแบบประเมินผลของเด็กปฐมวัย ผลการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความเที่ยงโดยผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรอบรู้ของครูที่เลี้ยง=0.85 แบบวัดความรอบรู้ของผู้ปกครองและวัดผลลัพธ์สุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย=0.89 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ด้วยการทดสอบ Independent t-test, Chi square test และ Fisher's Exact test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=87.36$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=66.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference= 20.560; 95%CI=16.345-24.775; $p<0.001$) แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของครูที่เลี้ยงกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=81.20$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x}=78.60$) ไม่แตกต่างกัน (Mean Difference=2.600; 95%CI=-11.930-17.130; $p=0.891$) ผลลัพธ์ในกลุ่มเด็กปฐมวัย พบว่า พัฒนาการโดยรวม ($p=0.012$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($p=0.009$) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลลัพธ์การเจริญเติบโต กลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p=0.699$). รูปแบบการสร้างความรอบรู้ที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกในการเลี้ยงดูเด็กมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อผลลัพธ์สุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ปกครองมีส่วนร่วม, เด็กปฐมวัย

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

*Phetchabun Province Public Health Office

Corresponding author: Kannika Sahamethapat Email: kannika0910@gmail.com

Received 22/12/2025

Revised 07/01/2026

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

The objective of this Action Research is to develop a model for building health literacy among childhood teacher and parents in early childhood development centers, and to assess the impact on early childhood children's growth, development, and emotional quotient (EQ). This study follows a four-step developmental research methodology: 1) Situational Analysis, 2) Program Model Development, 3) Implementation of the Developed Model, and 4) Evaluation of the Program's Effectiveness. The total sample was divided into two groups, the experimental group comprised 50 parent child pairs and 5 childhood teacher, and the control group was matched in size and composition, also consisting of 50 parent child pairs and 5 childhood teacher. The quality assessment of the tools regarding reliability revealed that the health literacy scale for caregivers as 0.85, and the health literacy scale for parent, which included health outcomes and emotional children, was 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics, and the differences between mean scores were compared using Independent t-test, Chi square test and Fisher's Exact test. The study findings revealed that after the experiment, the health literacy and positive discipline of parents in the experimental group ($\bar{x}=87.36$) were significantly higher than those in the control group ($\bar{x}=66.80$) (Mean Difference = 20.560; 95% CI= 16.345-24.775; $p<0.001$). However, there was no significant difference in the health literacy and positive discipline between the experimental group ($\bar{x}=81.20$) and the control group ($\bar{x}=78.60$) of childcare providers (Mean Difference = 2.600; 95% CI= - 11.930- 17.130; $p=0.891$). Regarding the outcomes in early childhood, it was found that the overall development ($P=0.012$) and emotional intelligence ($P=0.009$) of the experimental group were significantly higher than those of the control group. Nevertheless, growth outcomes did not differ significantly between the two groups ($P=0.699$). The developed health literacy model increases parental health literacy and positive discipline knowledge.

Keywords: Health literacy, Family participation, Early Childhood

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับความท้าทายเชิงประชากรครั้งใหญ่ เมื่อจำนวนเด็กเกิดใหม่ลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ตามแนวโน้มที่เกิดขึ้นในกว่า 120 ประเทศทั่วโลก ในอดีตช่วงปี 2506-2526 ประเทศไทยเคยมีเด็กเกิดใหม่ไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน แต่เด็กเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง เหลือเพียง 502,107 คน ในปี 2565 และลดต่ำกว่า 500,000 คน เป็นครั้งแรกในปี 2566 ภายใต้สถานการณ์นี้ ประเทศไทยมีเด็กในวัยปฐมวัย (0-5 ปี) รวมทั้งสิ้น 3,437,387 คน (ในปี 2566)¹ โดยการดูแลเด็กเหล่านี้ถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มเด็กเล็ก (0-2 ปี) มีจำนวนประมาณ 1.13 ล้านคน ซึ่งเป็นกลุ่มที่พึ่งพิงการดูแลจากคนในครอบครัวเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย หรือญาติ และกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (3-5 ปี) มีจำนวนมากกว่า 2.3 ล้านคน ซึ่งเด็กในกลุ่มนี้กว่าสองในสามจะเข้าสู่ระบบการดูแลจากภายนอกบ้าน เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล ซึ่งสะท้อนบริบททางสังคม โดยเฉพาะในพื้นที่อย่างกรุงเทพมหานคร ที่พ่อแม่ต้องนำบุตรไปฝากเลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในเวลากลางวันถึงร้อยละ 53.32² เนื่องจากภาระการทำงานนอกบ้าน ความกังวลที่สำคัญที่สุดคือ ปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็ก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความเสี่ยงสูงจากการขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและการขาดการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการอย่างเพียงพอ ปัญหานี้ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในไทยเท่านั้น ในสหรัฐอเมริกาเองก็พบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 28.7 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าระดับพื้นฐาน³ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลบุตรหลานอย่างมีคุณภาพ เมื่อพิจารณาในมิติของสติปัญญา (IQ) จากการสำรวจล่าสุดของกรมสุขภาพจิตในปี 2564⁴ พบว่า ระดับไอคิวเฉลี่ยของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อยู่ที่ 102.8 อย่างไรก็ตาม เมื่อมองลึกลงไปในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตาก พิจิตร โขงเจียม เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ ข้อมูลชี้ว่า เด็กจังหวัดเพชรบูรณ์ มีระดับไอคิวเฉลี่ยอยู่ที่ 101.92 ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในเขตสุขภาพเดียวกัน ตัวเลขนี้เป็นสัญญาณเตือนที่ชัดเจนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการยกระดับคุณภาพการเลี้ยงดู การส่งเสริมพัฒนาการและการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เด็กไทยทุกคนสามารถเติบโตและมีศักยภาพทางสติปัญญาที่ทัดเทียมกัน

จังหวัดเพชรบูรณ์ในปี 2567 ในการดูแลเด็กอายุ 3-5 ปีจำนวน 25,448 คน แม้ว่าเด็กส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 88.66 หรือ 22,563 คน จะสามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาปฐมวัยได้แล้ว โดยส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนอนุบาลของเขตพื้นที่การศึกษา (ร้อยละ 75.04) และที่เหลืออยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 24.96)⁵ เด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กเล็กเป็นประเด็นต้องเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องแก้ไขจากสถานการณ์สุขภาพของเด็กปฐมวัยในจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่พบสูงถึงร้อยละ 21.89 ซึ่งช่วงอายุที่พบการล่าช้ามากเป็นพิเศษคือ 30 เดือน และ 42 เดือน บ่งชี้ว่าการกระตุ้นพัฒนาการในช่วงนี้ยังไม่ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ปัญหาด้านการเจริญเติบโต พบว่า เด็กเพียงร้อยละ 50.72 เท่านั้นที่เข้าเกณฑ์สูงดีสมส่วน ขณะที่ภาวะเตี้ยถึงร้อยละ 14.12 และผอม ร้อยละ 8.52 ที่สำคัญคือ ความสูงเฉลี่ยของเด็ก 5 ปี ยังต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเด็กชายสูงเฉลี่ยเพียง 108.26 เซนติเมตร และเด็กหญิงสูงเฉลี่ยเพียง 107.59 เซนติเมตร ขณะเดียวกัน ปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนก็มีแนวโน้มสูงถึงร้อยละ 11.68 ปัญหาสุขภาพช่องปาก พบเด็ก 3 ปีมีภาวะฟันผุสูงถึงร้อยละ 29.05 จากข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยหลายแห่งยังเป็นแหล่งแพร่กระจายของโรคติดต่อหลายชนิด เช่น โรคมือเท้าปาก, ไข้หวัด, ไข้หวัดใหญ่, โรคอุจจาระร่วงโรคคางทูม, โรคอีสุกอีใสและโรคหัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเรียนรู้ของเด็ก ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ หากผู้ที่ใกล้ชิดที่สุดอย่างผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง มีความรู้ความเข้าใจและบทบาทในการเฝ้าระวัง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กจะมีส่วนช่วยให้พัฒนาการเด็กในภาพรวมดีขึ้น⁶ ซึ่งกรมอนามัยมีแนวทางและมาตรฐานในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กเล็กให้มีคุณภาพครอบคลุมรอบด้าน 4 D ได้แก่ โภชนาการและสารอาหาร(Diet) พัฒนาการและการเล่น(Development), สุขภาพช่องปาก(Dental)และการป้องกันโรค(Diseases) ซึ่งปัจจุบัน

จังหวัดเพชรบูรณ์ยังไม่มีโปรแกรมการสร้างความรู้ให้กับผู้เลี้ยงดูเด็กที่ครบทุกด้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดทำวิจัย การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองแบบมีส่วนร่วม เรื่อง 4 D และวินัยเชิงบวก เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเพชรบูรณ์ สำหรับการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมและมีศักยภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (รับการทดลอง)
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (รับการทดลอง)
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (รับการทดลอง)
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (รับการทดลอง)

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร ทำการศึกษาผู้ปกครองและเด็ก 3-5 ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และ ครูที่เลี้ยงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา ทำการศึกษาความรู้เรื่องโภชนาการและการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเล่น การดูแลช่องปากและฟัน การป้องกันโรคติดต่อในเด็ก (4D) และวินัยเชิงบวก เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์
3. ขอบเขตพื้นที่และระยะเวลาในการศึกษา ทำการศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ระยะเวลาดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน 2568 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1. ศึกษาสถานการณ์ 2. การสังเคราะห์พัฒนาโปรแกรม 3. การนำรูปแบบพัฒนาไปใช้ 4. การประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ บุคลากรและกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ในปี 2568

1. ครูที่เลี้ยง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 257 แห่ง
2. ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 1,200 คน
3. เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี (ระดับชั้นอนุบาล1-3) ที่มีผลตรวจพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 1,200 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามลักษณะการศึกษาดังนี้

สถานศึกษาที่ศึกษา วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 2 แห่ง ในจังหวัดเพชรบูรณ์โดยพิจารณาจากเกณฑ์ความคล้ายคลึงกันเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีบริบทที่เทียบเคียงกันดังนี้ 1) ความคล้ายคลึงทางบริบท เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีขนาดใกล้เคียงกันสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ

และสังคมใกล้เคียงกัน 2)กลุ่มเป้าหมาย มีจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าตามผลการตรวจด้วยคู่มือ DSPM(Manual of Developmental Surveillance and Promotion Model)ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน 3)ความสมัครใจของผู้บริหารและบุคลากรในสถานศึกษายินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นโปรแกรม

การจัดกลุ่มวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงภายใน(Internal Validity)ผู้วิจัยกำหนดสถานศึกษาทั้ง 2 แห่งที่มีคุณลักษณะแตกต่างกันดังนี้ 1)กลุ่มทดลอง (Experimental Group) 1 แห่ง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 2)กลุ่มควบคุม (Control Group) 1 แห่ง ได้รับการดูแลตามปกติ(Routine Care) ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหน่วยบริการสาธารณสุข

1. ครูพี่เลี้ยง ปฏิบัติงานดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เลือกศึกษา จำนวน 2 แห่ง
2. ผู้ปกครอง เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีผลพัฒนาการสงสัยล่าช้า คู่กับเด็กกลุ่มเป้าหมาย
3. เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี (ระดับชั้นอนุบาล1-3) ที่มีผลตรวจพัฒนาการสงสัยล่าช้า

เกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion criteria) ดังนี้

1.ครูพี่เลี้ยง เป็นผู้ปฏิบัติงานดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เลือกศึกษาอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่จัดกิจกรรมการเรียนการสอนและดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กปฐมวัยในระดับชั้นอนุบาล1-3 มีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และให้ความร่วมมือในการสังเกต ประเมินและบันทึกผลตามที่ผู้วิจัยกำหนดตลอดจนครบ 4 เดือน

2. ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักที่อยู่ใกล้ชิดเด็กอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น โดยเป็นผู้ให้การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันหรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด มีเวลาส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโปรแกรม และยินยอมให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และประเมินสุขภาพพัฒนาการจนเสร็จสมบูรณ์ จนครบ 4 เดือน

3. เด็กปฐมวัย เป็นเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเป็นเด็กที่ผ่านการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีผลการประเมินพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ที่ระบุสงสัยล่าช้าในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria) ดังนี้

1.ครูพี่เลี้ยงที่ลาป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติทางสายตาและกราดได้ยิน หรือ ลาศึกษาต่อในระหว่างที่มีการดำเนินงานวิจัยในช่วงปี พ.ศ. 2568 หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2.ผู้ปกครองที่ไม่สามารถดูแลเด็กได้ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการวิจัย หรือ ผู้ปกครองที่กำลังเข้าร่วมโครงการหรือโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอื่นๆ ในขณะเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน

3.เด็กปฐมวัย ที่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง ออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ เด็กที่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง (Parental Literacy) หรือความรู้ด้านสุขภาพ(Health literacy)ในเรื่องต่างๆ ล้วนแสดงให้เห็นว่าสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและความรู้ผู้ปกครอง⁷ ซึ่งส่งผลต่อเนื่องให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็ก เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Bernard อ่างในปฐม นวลคำ⁸ ดังนี้

$$n_1 = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \quad \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

(μ_1)=0.63 คะแนนเฉลี่ยผลการเปลี่ยนแปลงกลุ่มทดลอง (σ_1)=0.48 Standard deviation กลุ่มทดลอง

(μ_2)=0.38 คะแนนเฉลี่ยผลการเปลี่ยนแปลงกลุ่มควบคุม (σ_2)=0.38 Standard deviation กลุ่มควบคุม

Ratio (r) = 1.00 Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.959964 Beta (β) = 0.200, Z(0.800) = 0.841621

(n1) = จำนวนประชากรที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง (n2) = จำนวนประชากรที่ศึกษาในกลุ่มควบคุม

n=48 ดังนั้นจำนวนประชากรตัวอย่างคือกลุ่มละ 48 คู่ รวมทั้งสองกลุ่ม 96 คู่

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ปกครองและเด็กที่ร่วมวิจัยทั้งหมด 96 คู่ และเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 คู่ ประกอบด้วย ผู้ปกครองและเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ในกลุ่มทดลอง 50 คู่และ กลุ่มควบคุม 50 คู่ 2) ครูพี่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วยกลุ่มควบคุม 5 คน และกลุ่มควบคุม 5 คน พื้นที่ศึกษา คัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 แห่ง อยู่คนละอำเภอเพื่อป้องกันการปนเปื้อน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) พิจารณาจากความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงได้รับความรู้และการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กเล็กแห่งชาติและการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามตรวจสอบคุณลักษณะความรู้เรื่องโภชนาการและการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเล่น การดูแลช่องปากและฟัน การเฝ้าระวังโรคติดต่อ (4D) และวินัยเชิงบวกของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง และประเด็นประชุมโดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มครูพี่เลี้ยง ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย 2) คู่มือการใช้โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวก (โปรแกรม Health Literacy Triple-P Plus 4 D) 3) แบบสอบถามวัดความรู้ของครูพี่เลี้ยง 4) แบบสอบถามวัดความรู้ของผู้ปกครองและวัดผลลัพธ์สุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย

คุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้ การตรวจสอบความตรง (validity) โดยนำหลักสูตรโปรแกรมและแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความตรงในเนื้อหา(Content Validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมของมาตรวัดในเรื่องเนื้อหา ความครบถ้วน ความถูกต้อง แบบทดสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66-1.00

การตรวจสอบความเที่ยง(Reliability) โดยนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับครูพี่เลี้ยง จำนวน 5 คน และผู้ปกครองและเด็กจำนวน 30 คู่ แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของมาตรวัดด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) โดยผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้ของครูพี่เลี้ยง=0.85 แบบวัดความรู้ของผู้ปกครองและวัดผลลัพธ์สุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย=0.89

วิธีการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกโดยสุ่มแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องในกลุ่มเด็กปฐมวัยจากครูที่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ผู้ปกครองเด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเด็กปฐมวัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์และจัดทำหลักสูตรโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวกจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นตอนที่ 1 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างความรู้(Health literacy)ของ Nutbeam⁹ และวชิระ เพ็งจันทร์¹⁰ ความรอบรู้ครูที่เลี้ยง4D¹¹ ของกรมอนามัยและโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย¹² ของกรมสุขภาพจิต ตามโปรแกรม Health literacy Triple-P plus 4D ที่พัฒนาขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการสร้างความรู้ผู้ปกครองตามโปรแกรม Health literacy Triple-P plus 4D

การสร้างความรู้	กิจกรรมตามโปรแกรม Health literacy Triple-P plus 4D
กิจกรรม การสร้างความรู้ 4D และการสร้างสายใยครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1)	การทำกิจกรรมถอด เล่านิทาน เล่นเกม เต็ม วาดรูประหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองและเด็ก กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติในกลุ่ม เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีและทักษะในการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ และความรู้ให้กับผู้ปกครองเรื่อง การประเมินกราฟโภชนาการสำหรับลูกรัก การใช้คู่มือDSPM กระตุ้นพัฒนาการลูก การแปรงฟันอย่างถูกวิธีและตรวจฟันลูกรัก และการล้างมือถูกวิธี
กิจกรรม สร้างความรู้ 4D และการสร้างวินัยครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)	กิจกรรมสร้างวินัยบนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและพ่อแม่ผู้ปกครอง ให้เด็กรู้จักการรอคอยระหว่างเล่นเกม ในขณะที่ทำกลุ่มกิจกรรม และให้ผู้ปกครองฝึกปรับพฤติกรรมเด็กเมื่อกลับไปบ้านได้ และความรู้ให้กับผู้ปกครอง เรื่อง สารอาหาร 5 หมู่และเมนูลูกรัก, เล่นเปลี่ยนโลกกระตุ้นพัฒนาการ, ความสำคัญพิน้ำนมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อฟันผุและวิธีป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล
กิจกรรม สร้างความรู้ 4D และการสร้างเด็กเก่ง 1ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3)	กิจกรรมพัฒนาทักษะพัฒนาการของเด็กตามคู่มือ DSPM พร้อมกับการพัฒนาทักษะการชมของผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถนำการถอด หอม ชม กลับไปใช้ที่บ้าน เมื่อเด็กแสดงทักษะพัฒนาการที่ดีหรือพฤติกรรมที่ดีได้อย่างสม่ำเสมอ และความรู้ให้กับผู้ปกครองเรื่องชวนลูกหัดทำอาหาร, ประดิษฐ์ของเล่น, การหัดตรวจฟันลูกและการป้องกันโรคติดต่อเช่น ไข้เลือดออกและโรคพิษสุนัขบ้า และการลดจอมือถือสำหรับเด็ก และความสำคัญการนอน
กิจกรรม สร้างความรู้ 4D และการสร้างเด็กเก่ง 2ครั้งที่ 4 (เดือนที่ 4)	กิจกรรมฝึกความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาผ่านการรู้จักคำศัพท์ จัดหมวดหมู่และถามตอบเพื่อกระตุ้นความคิดให้เด็กมีทักษะการรวมถึงทักษะทางการคิดและแก้ปัญหาที่ดี การฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน ฝึกเด็กให้ใช้ก้ามเนื้อมัดเล็ก ฝึกความรับผิดชอบและการดูแลช่วยเหลือตัวเอง ความรู้ให้กับผู้ปกครองฝึกชวนลูกทำงานบ้านและปลูกผักสวนครัว การป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก และวัคซีนที่สำคัญป้องกันโรคสำหรับเด็ก

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ปกครองและเด็กตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 4 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4Dและวินัยเชิงบวกกับผู้ปกครองและเด็กอายุ 3-5 ปีในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคกำลังสอง(Chi- square test) การทดสอบทีสำหรับตัวอย่างที่เป็นอิสระ (Independent t-test) และ Fisher's Exact Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2568 ทะเบียนเลขที่ 060/2568

ผลการศึกษา (Results)

วิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง 4D และวินัยเชิงบวก โดยสุ่มสอบถามครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 200 คน พบว่า ความรอบรู้ระดับมาก ($\bar{x} = 16.44$, S.D.= .909) ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ ของครูพี่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (n=200)

ความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. โฆษณาการและการเจริญเติบโต	17.15	1.578	มาก
2. พัฒนาการและการเล่น	16.98	1.716	มาก
3. สุขภาพช่องปากและฟัน	16.20	2.076	มาก
4. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	15.54	2.042	มาก
5. การสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก	16.34	1.587	มาก
รวม	16.44	.909	มาก

และสุ่มสอบถามผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน 300 คน พบว่า ความรอบรู้ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 12.303$, S.D.= 1.678) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ความรอบรู้การเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครอง (n=300)

รายการข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. โฆษณาการและการเจริญเติบโต	12.03	2.077	ปานกลาง
2. ส่งเสริมพัฒนาการและการเล่น	13.68	0.996	ปานกลาง
3. ดูแลช่องปากและฟันในเด็ก	11.81	2.076	ปานกลาง
4. การป้องกันโรคติดต่อในเด็ก	12.12	1.941	ปานกลาง
5. การสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก	11.88	2.070	ปานกลาง
รวม	12.303	1.678	ปานกลาง

2. ผลการทดลองตามรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวก ระยะเวลา 4 เดือน

2.1 ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 50 คน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลการศึกษาการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ของผู้ปกครองภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.36 ในขณะที่คะแนนความรอบรู้ของผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 20.560 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference= 20.560; 95%CI= 16.345-24.775; $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ4Dและวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองหลังการทดลอง

ความรอบรู้ของผู้ปกครอง	กลุ่ม	Mean	Mean Difference	95%CI	t	P
ภาพรวม						<0.001
ความรอบรู้	ควบคุม	66.80		16.345 to 24.775		
	ทดลอง	87.36	20.560		9.702	
โภชนาการและการเจริญเติบโต						<0.001
โภชนาการและการเจริญเติบโต	ควบคุม	13.94				
	ทดลอง	19.88	5.940	5.095 to 6.785	13.952	
พัฒนาการและการเล่น						<0.011
พัฒนาการและการเล่น	ควบคุม	13.76				
	ทดลอง	17.02	3.260	2.367 to 4.153	7.245	
การดูแลช่องปากและฟัน						<0.005
การดูแลช่องปากและฟัน	ควบคุม	13.26				
	ทดลอง	16.78	3.520	2.538 to 4.502	7.124	
การป้องกันโรคติดต่อ						<0.001
การป้องกันโรคติดต่อ	ควบคุม	13.18				
	ทดลอง	16.82	3.640	2.638 to 4.642	7.231	
วินัยเชิงบวก						<0.002
วินัยเชิงบวก	ควบคุม	12.66				
	ทดลอง	16.86	4.200	3.082 to 5.318	7.476	

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.2 ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของครูพี่เลี้ยงในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างครูพี่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 2 แห่ง จำนวน 10 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 5 คน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.20 ในขณะที่คะแนนความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.600 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม พบว่าผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน(Mean Difference=2.600; 95%CI=-11.930-17.130; p=0.891) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ4Dและวินัยเชิงบวกของครูพี่เลี้ยงหลังการทดลอง

ความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง	กลุ่ม	Mean	Mean Difference	95%CI	t	p
ความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง	ควบคุม	78.60				
	ทดลอง			-11.930		0.891

ทดลอง	81.20	2.600	-11.930 to 17.130	.413
-------	-------	-------	-------------------	------

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. ผลลัพธ์ด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 50 คน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

3.1 ผลการเจริญเติบโตสมส่วนเด็กปฐมวัย ในกลุ่มทดลอง(84.0%) มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม(66.0%) เมื่อพิจารณาผลการทดสอบทางสถิติด้วย Fisher's Exact Test พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.699$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ด้านการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัยหลังการทดลอง

	การเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัย		
	สมส่วน(%)	ไม่สมส่วน(%)	
กลุ่มตัวอย่าง			0.699
กลุ่มควบคุม	33(66.0)	17(34.0)	
กลุ่มทดลอง	42(84.0)	8(16.0)	

*ใช้สถิติ Fisher's Exact Test

3.2 ผลการประเมินพัฒนาการโดยรวม กลุ่มทดลอง มีสัดส่วนเด็กพัฒนาการผ่าน เกณฑ์สูงกว่า(98.0%) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (86.0%) ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลการพัฒนาการโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.012$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์พัฒนาการโดยรวมและรายด้านของเด็กปฐมวัยหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย	ผลการตรวจพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM		χ^2	df	p-value
	ผ่าน(%)	ไม่ผ่าน(%)			
ผลพัฒนาการโดยรวม			6.268	1	0.012
-กลุ่มควบคุม	43(86.0)	7(14.0)			
-กลุ่มทดลอง	49(98.0)	1(2.0)			

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

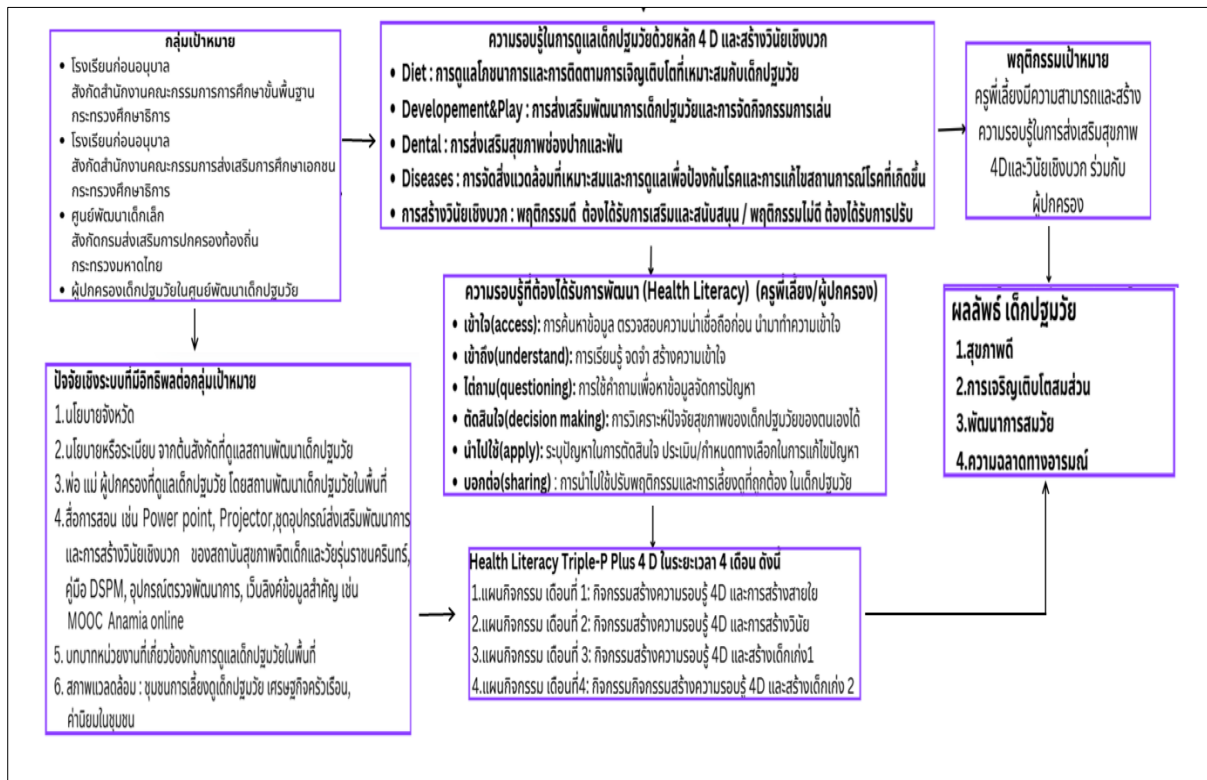
3.3 ผลความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับกิจกรรมกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 5.680; 95%CI =3.729-7.631; $p<.009$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย หลังการทดลอง

ผลลัพธ์ความ	กลุ่ม	Mean	Mean Difference	95%CI	t	p
ฉลาดทางอารมณ์				3.729		0.009
ของเด็กปฐมวัย	ควบคุม	45.60				
	ทดลอง	51.28	5.680	3.729 to 7.631	5.782	

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิจารณ์ (Discussions)



รูปแบบการสร้างความรู้ของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง ตามแนวคิดการสร้างความรู้ 6 ทักษะในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การติดตาม การตัดสินใจ นำไปใช้ และการบอกต่อในการปฏิบัติ ในการสร้างความรู้ ตามโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวก ซึ่งการที่เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นจากการส่งเสริมของผู้ปกครองที่ได้ฝึกปฏิบัติในกิจกรรมจำนวน 4 ครั้งระยะเวลา 4 เดือน ผู้ปกครองได้นำกลับมาปฏิบัติกับลูกอย่างสม่ำเสมอ เช่น พาลูกวาดรูป การตัดกระดาษ การถอด หูดคุย การเล่นนิทาน การพาลูกเล่นกลองแจ๊ส ให้ลูกได้วิ่งเล่น ปีนป่ายและฝึกใช้ก้ำล้ามเนื้อมัดเล็กพาลูกวาดรูป การตัดกระดาษ และการสอนให้ลูกคิดเป็น แก้ปัญหาเป็นและมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมตนเอง โดยเน้นการทำทำความเข้าใจ แทนการใช้การลงโทษหรือความรุนแรง และมีกลุ่ม Line ผู้ปกครองในการแลกเปลี่ยนการปฏิบัติเลี้ยงดูเด็กและผู้ปกครองมีสมุดบันทึกลูกรักประจำวัน ใน 10 กิจกรรม เกิดการเรียนรู้ ในการเลี้ยงดูเด็ก จนสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันที่ถูกต้องและเหมาะสม และสามารถพิสูจน์ได้ว่ารูปแบบการสร้างความรู้ตามโปรแกรมนี้สามารถสร้างความรู้ให้กับผู้ปกครองมากขึ้น และส่งผลในการเลี้ยงดูเด็กทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้จริงอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองทำให้สามารถกระตุ้นและดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องตั้งนั้น การสร้างความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองและการสร้างทักษะให้กับผู้ปกครอง จะส่งผลให้กับผู้ปกครองมีความรอบรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เด็กมีสุขภาพดีและพัฒนาการซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรา พุ่มชาติ¹³ ที่ใช้ชุดฝึกอบรมผู้ปกครองเรื่องการสร้างวินัยเชิงบวกผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่มีต่อวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท พบว่า เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองมีวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองมีวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าเด็กปฐมวัยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ

สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณา อยู่เย็น¹⁴ แสดงให้เห็นผลของโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมผู้ปกครองเด็กชั้นเตรียมอนุบาล พบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมระดับความรู้และระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยมีความรู้การเลี้ยงดูเด็กเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย และระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางและระดับมาก และสอดคล้องกับ Holden, George W. et.al.¹⁵ วิจารณ์การใช้โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีเทคนิคพื้นฐาน สำหรับแก้ไขปัญหาการอบรมเลี้ยงดูเด็ก คือ เน้นเรื่องการเสริมแรงทางสังคมที่มีความแตกต่าง ผ่านรูปแบบการฝึกอบรมและพบว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วมการอบรมมีเทคนิคพื้นฐาน การแก้ไขปัญหาการอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก และลูกก็ให้ความร่วมมือมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้วย

ความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง มีคะแนนความรอบรู้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.20 ในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.60 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มทดลองครูพี่เลี้ยงมีความรู้อยู่ในระดับมาก และไม่มี ความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนนำแนวทางด้านสุขภาพ 4D ให้เป็นเกณฑ์ส่วนหนึ่งของการยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย บรรจู่ใน “มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ” ซึ่งมีมติคณะรัฐมนตรีให้ใช้เป็นมาตรฐานกลางตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม 2562 การจัดการศึกษาให้ได้ตรงตามมาตรฐานการศึกษาสถานพัฒนาเด็กเล็กแห่งชาติ เป็น การยกระดับคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย การจัดการศึกษาตามมาตรฐานดังกล่าวเน้นคำนึงถึง คุณภาพการศึกษา ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านที่ 2 ครูผู้ดูแลเด็ก ให้การดูแล จัดประสบการณ์ การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย เน้นการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงวัย ทั้งการดูแลสุขภาพ โภชนาการและการ ส่งเสริมพัฒนาการ ด้านที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กโดยตรงโดยเด็กต้องมีพัฒนาการที่ เหมาะสมตามวัยครบทุกด้าน มีทักษะการคิดและทักษะชีวิตที่จำเป็น การที่ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านการ ดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนอยู่ในระดับใกล้เคียงกันทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลเด็กเกินครึ่งมีวุฒิ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และมากกว่าร้อยละ 80 เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพการ ปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก ซึ่งข้อมูลพื้นฐานทั้ง 2 ปัจจัยนี้มีส่วนทำให้ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของตัวอย่างอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ เอ็มไพร์ อินโนเวชัน¹⁶ พบว่า การมีนโยบายและแผนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมียุทธศาสตร์ในการปฏิรูปการจัดการเรียนรู้แก่ผู้เรียนที่หลากหลาย ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและ อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข เน้นที่จะพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กโดยการส่งเสริมให้ครูได้เข้ารับการอบรม การศึกษาดูงาน เพื่อ พัฒนาการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

ผลลัพธ์ในกลุ่มเด็กปฐมวัย พบว่า พัฒนาการโดยรวมและความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ดีกว่า กลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าเด็กมีพัฒนาการโดยรวมพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น โดย ครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลต่อพฤติกรรมในการเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยที่สูงขึ้น สอดคล้องกับ สราญจิต อินศร และคณะ¹⁷ พบว่า การพัฒนาผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นบิดามารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย ให้มีทักษะใน การส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกและในเด็กปฐมวัยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และเน้น การมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติเป็นประจำได้ที่บ้าน และการที่เด็กมี ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการเข้าใจและจัดการความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ซึ่งส่งผลดีในหลายด้านของชีวิต ได้แก่ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม, ความสามารถในการใช้ความคิด และการแก้ไขปัญหา ,การมีความสุขในชีวิตและมองโลกในแง่ดี ส่วนการเจริญเติบโตสมส่วนของเด็ก มีการเปลี่ยนแปลงที่

เพิ่มมากขึ้นของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากเด็กหลายคนอยู่กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 42 ปู่ย่าตายายมักตามใจเด็กจะซื้อขนมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานที่เด็กมักชอบรับประทานและการใช้ "อาหารเป็นรางวัล"¹⁸ (unhealthy spoiling) สอดคล้องกับ ศักรินทร์ สุวรรณเวหาและคณะ¹⁹ พบว่าภาวะโภชนาการเกินหรือขาดความสมดุลทางโภชนาการในเด็ก อายุ 2 -5 ปี 11 เดือน มีปัญหา ร้อยละ 43.3

ข้อจำกัดของงานวิจัย(Limitation)

1. ด้านระยะเวลาการติดตามผล(Time Constraints) แม้การศึกษาจะใช้เวลาดำเนินการ 4เดือน ซึ่งเห็นการเปลี่ยนแปลงในระดับหนึ่ง แต่การปรับพฤติกรรมตามแนวคิดวินัยเชิงบวกและการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์(EQ)เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องระยะยาว ข้อจำกัดคืออาจไม่เห็นผลกระทบที่ยั่งยืน(Long-term sustainability) หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้วเป็นเวลานาน

2. ด้านกลุ่มตัวอย่าง ถูกคัดเลือกจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่เฉพาะหรือมีจำนวนจำกัด ผลงานวิจัยอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิง(Generalize)กับบริบทของผู้ปกครองที่มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมหรือวัฒนธรรมที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงในภูมิภาคอื่น

3. ความคลาดเคลื่อนจากการรายงานตนเอง(Self-Report Bias) ข้อมูลบางส่วนมาจากการจดบันทึก(สมุดบันทึกลูกรัก)หรือการแลกเปลี่ยนในกลุ่ม Line ซึ่งเป็นการรายงานโดยผู้ปกครอง อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากความต้องการให้ข้อมูลที่ดูดีตามความคาดหวังของผู้วิจัยมากกว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในบางขณะ

ข้อสรุป (Conclusions)

การสร้างความรู้และทักษะการเลี้ยงดูเด็กให้กับผู้ปกครองผ่าน โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวก เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย เป็นการส่งเสริมพัฒนาการผ่านกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ซึ่งโปรแกรมนี้นับว่ามีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านกิจกรรมที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ได้แก่ การกิน การกอด การเล่น การเล่านิทาน การทำกิจกรรมศิลปะ การสร้างสมาธิ และการสร้างวินัย ซึ่งเป็นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กิจกรรมเหล่านี้กระตุ้นพัฒนาการรอบด้านและเสริมสร้างสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างผู้ปกครองและเด็ก อันเป็นพื้นฐานสำคัญของสุขภาพจิตที่ดี โปรแกรมนี้ยังให้ความสำคัญกับการดูแลช่องปากและฟัน การป้องกันโรคติดต่อในเด็ก ให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กได้อย่างถูกต้องที่บ้าน ช่วยลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยและส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพกายที่แข็งแรงพร้อมเรียนรู้ ซึ่งหัวใจสำคัญของความสำเร็จคือการมี ครูพี่เลี้ยงที่สามารถสื่อสารกับผู้ปกครอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ (Home-School Collaboration)เพื่อให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมเด็กที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยให้การดูแลเด็กเกิดความต่อเนื่อง (Continuity of Care) ทั้งที่บ้านและที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ทำให้เด็กไม่เกิดความสับสนและสามารถปรับตัวเข้ากับระเบียบวินัยได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สู่ความยั่งยืนเป็นการบูรณาการหลักวินัยเชิงบวกเข้ากับกิจกรรม 4D เป็นบทบาทผู้ปกครองที่เข้าใจพัฒนาการตามวัย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะกลายเป็นรากฐานสำคัญในการเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ และเป็นต้นแบบในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ร่วมกันของครอบครัวอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การขยายผลและสร้างที่ยั่งยืนในระดับสถานศึกษา ควรนำรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวกที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปปรับใช้และขยายผลให้ครอบคลุมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในทุกแห่ง โดยกำหนดให้เป็นมาตรฐานการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในทุกภาคเรียน ทั้งนี้ ครูพี่เลี้ยง จะต้องได้รับการอบรมหลักสูตรโปรแกรมอย่างเข้มข้น

เพื่อให้มีทักษะในการสื่อสารและสามารถเป็นที่เลี้ยง (Coach) ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ (Home-School Collaboration)

2. การเสริมสร้างศักยภาพและทักษะเชิงปฏิบัติของผู้ปกครอง ในการนำรูปแบบ 4D และวินัยเชิงบวกไปใช้ ผู้ปกครองจำเป็นต้องผ่านกระบวนการอบรมและ ฝึกปฏิบัติ (Workshop) มากกว่าการรับรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ เกิดทักษะความรู้ (Health Literacy) ที่แท้จริง สามารถนำกิจกรรมการกิน กอด เล่น เล่า และงานศิลปะ ไปปรับใช้ใน วิธีชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยและมีระเบียบวินัยอย่างเป็นรูปธรรม

3. การพัฒนานวัตกรรมและระบบติดตามประเมินผล ควรส่งเสริมและศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผ่านการใช้ แอปพลิเคชัน (Digital Platform) เพื่อเป็นเครื่องมือในการติดตามการเจริญเติบโต พัฒนาการ และรับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพเชิงรุก ซึ่งจะช่วยให้เกิดการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) และทำให้ข้อมูลระหว่างบ้าน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสอดคล้องกัน เป็นการยกระดับสู่การเป็นสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบแห่งการเรียนรู้ ร่วมกันของครอบครัวอย่างยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การวิจัยนี้ได้พัฒนา รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และวินัยเชิงบวกผ่านกลไกความร่วมมือระหว่างบ้าน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางการบริการสุขภาพและกระบวนการทางการศึกษา (Service and Process Innovation in Health) เป็นนวัตกรรมเชิงป้องกัน (Prevention) ที่สอนให้รู้วิธีการเข้าถึง เข้าใจและตัดสินใจใช้ ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องในการดูแลเด็กที่มุ่งเป้าผลลัพธ์ที่เด็ก โดยใช้โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัย เชิงบวก (โมเดล Triple-P Plus 4D) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. สถานความรู้เดิมและการรักษามาตรฐาน (Maintenance of Knowledge) ครูที่เลี้ยง พบว่ามีระดับความรู้ที่สูง และคงที่อยู่แล้ว เนื่องจากได้รับ การอบรมอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานสาธารณสุข ทำให้คะแนนความรู้หลังการทดลอง อยู่ในระดับดีใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม นัยสำคัญ สะท้อนว่าระบบการพัฒนาศักยภาพครูที่เลี้ยงโดยสาธารณสุขในปัจจุบัน มีมาตรฐานดีอยู่แล้ว แต่ต้องการรูปแบบที่เน้นการถ่ายทอด (Transfer of Knowledge) ผู้ปกครองมากกว่าการเพิ่มพูน ความรู้ใหม่เพียงอย่างเดียว

2. จุดเปลี่ยนสำคัญ คือ การยกระดับความรู้ผู้ปกครอง (Parental Empowerment) จากรูปแบบการวิจัยนี้ พิสูจน์แล้วว่าสามารถ ลดช่องว่างความรู้ (Knowledge Gap) ของผู้ปกครองได้สำเร็จ โดยผลักดันให้ผู้ปกครองในกลุ่ม ทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ($p < 0.001$) และการที่ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้น คือปัจจัยหลักที่ ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้น

3. ความสำเร็จในการพัฒนาเด็กปฐมวัย (Child Outcomes) ด้านพฤติกรรมและจิตใจ ความรู้ด้านวินัยเชิง บวกของผู้ปกครองส่งผลทันทีต่อ พัฒนาการรวม และ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็ก ส่วนด้านกายภาพ ได้แก่ การเจริญเติบโตของเด็กเป็นผลลัพธ์ระยะยาว (Long-term impact) ซึ่งไม่แตกต่างกันในระยะสั้น แต่ฐานความรู้ที่ ผู้ปกครองได้รับจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูในระยะยาวต่อไป

สรุปความสำคัญของความสำเร็จของการพัฒนาเด็กปฐมวัยเกิดจาก การสร้างระบบที่ช่วยให้ครูที่เลี้ยงและโปรแกรม วิจัยสามารถส่งต่อความรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกไปผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้ เด็กมีพัฒนาการและ EQ ที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยจากผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย และคุณครูจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกลาง ตำบลวังท่าดี อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกลาง อบต. ห้วยใหญ่ ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบกำหนดและตอบแบบสอบถาม และของคุณเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองไผ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทั้ง 2 อำเภอที่เป็นผู้สนับสนุนขับเคลื่อนกิจกรรมจนครบ 4 เดือน ขอขอบพระคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ปรึกษางานวิจัยและผศ.ดร.ไพฑูริย์ สอนทน อาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2568. [อินเทอร์เน็ต] 2568 [อ้างเมื่อ 15 ธันวาคม 2567] , จาก : www.nso.go.th/webPage/Page_SYB_TH.html
2. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2018; 5(1): 281-296.
3. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, & Dreyer, BP. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*. 2009; 124(Suppl.3):S289-98. DOI: 10.1542/peds.2009-1162E.
4. ณิชวรรณ จงรัชชานิก, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัฬหี, ประเสริฐ จุฑา, รัชดาวรรณแดงสุข. รายงานสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปีพ.ศ. 2564. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2022; 31(1):1-11.
5. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเพชรบูรณ์. ข้อมูลสารสนเทศด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางการศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์ ปีการศึกษา 2566 [อินเทอร์เน็ต] 2567 [อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2567]. จาก: <https://online.anyflip.com/qicyd/mlbj/mobile/index.html>
6. กัญญา โพธิ์ปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565; 15(1): 28-50.
7. Elke de Buhr, Antje Tannen. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children, a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 2020 Jul 13; 20(1): 1096. DOI: 10.1186/s12889-020-08881-5.
8. ปฐม นวลคำ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2559; 12(1): 36-45.
9. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259-267. DOI:10.1093/heapro/15.3.259

10. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560
11. กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพสตรี เด็กปฐมวัยและครอบครัว สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย. การสร้างเสริมความรอบรู้การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยหลัก 4D (Development, Diet, Dental, Disease) สำหรับบุคลากรและครูพี่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
12. ดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์, อมรา ธนศุภรัตน์, กิรติ ลิ้มสืบเชื้อ. โปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P). บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ; 2566
13. พัชรา พุ่มพชาติ. ผลการใช้ชุดฝึกอบรมผู้ปกครองเรื่องการสร้างวินัยเชิงบวกผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่มีต่อวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2561; 13(38): 15-30.
14. ภัฏญานา อยู่เย็น. ผลของโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมผู้ปกครองเด็กชั้นเตรียมอนุบาล อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข 2568; 3(1): 31-44.
15. Golden, George W. et al. (1986). Effectiveness in Parent Training: Characteristics of Parents and Children. ERIC.
16. เอ็มไพร์ อันโนนจารย์, ธีระ ภูติ, ศักดิ์สิทธิ์ ฤทธิสัน. การพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการสำหรับเด็กปฐมวัย : กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ 2557; 1(2), 131-144.
17. สราญจิต อินศร, ยศสยา อ่อนคา, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 5(10): 143-160.
18. Jongenelis MI, Budden T. The influence of Grandparents on Children's Dietary Health: A Narrative Review. Curr Nutr Rep 2023; 12(3): 395-406. DOI: 10.1007/s13668-023-00483-y
19. ศักรินทร์ สุวรรณเวหา อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2562; 25(2): 8-24.