

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก A Confirmation Factor Analysis of Health Literacy for Child Caregivers

วลัยนารี พรมลา*¹ กรวุฒิ แผนพรหม² นิชาภัทร ธนศิริรักษ์¹ มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ¹

Walainaree Pommala*¹ Korawut Phanprom² Nichapat Tanasirirak¹ Manasri Phaiboonsiri¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี ประเทศไทย 12000

¹Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani, Thailand 12000

²คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ลพบุรี ประเทศไทย 15000

²Faculty of Education, Thepsatri Rajabhat University, Lopburi, Thailand 15000

บทคัดย่อ

การดูแลเด็กเล็กให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญานั้น ผู้ที่ดูแลเด็กควรมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ตามวัยอันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็ก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก ตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 240 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า โมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก มีตัวบ่งชี้หรือตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ด้านทักษะการสื่อสาร 2) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ 4) ด้านการจัดการตนเอง 5) ด้านการตัดสินใจ และ 6) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก $\chi^2(2, N = 240) = 1.06, p = .59, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .00, SRMR = .00$ ดังนั้นสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และออกแบบการพัฒนาระบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ; การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน; ผู้ดูแลเด็ก

Abstract

The caring is the way to taking care of childhood to have good health includes physical, manental and intellectual health. Child caregivers must have health literacy about childhood care in order to development by aged and have proper health behaviors. The purpose of this survey study was to analyze component of caregiver's health literacy in chid care centers. There were 240 of child caregivers. Data were collcted using nurturing care questionnaire. Content validity of the questionnaire was confirmed by 5 experts yielding the values each item ranged 0.8-1.0 and Reliability of the questionnaire was tested by Cronbach's alpha coefficient yielding a values of .98. Data were analyzed using confirmation factor analysis.

Corresponding author: *Email:

วันที่รับ (received) 12 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2566

The research results and confirmatory factor analysis revealed that health literacy of child caregivers in child care centers consisted of six main components: 1) communication skill, 2) health knowledge and understand, 3) media literacy, 4) self-management skill, 5) decision skill, and 6) accessing information and service. The health literacy components of child caregivers in child care centers was fit to the empirical data ($\chi^2(2, N = 240) = 1.06$, $p = .59$, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .00, SRMR = .00) The data can be used to develop appropriate caregivers' assessment tools and design the development of a system to care for child development centers more effectively.

Keywords: Health literacy; Confirmatory factor analysis; Child caregivers.

บทนำ

ประเทศไทยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ 20 ปี (2560 - 2579) มุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในทุกช่วงวัยตลอดชีวิต และให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กระดับปฐมวัย เพื่อเสริมสร้างพัฒนาการเด็กระดับปฐมวัยให้สมบูรณ์รอบด้าน และเหมาะสมกับวัย¹ การส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาวะที่ดีให้กับเด็กเล็กนั้น เป็นหนึ่งในการบริการสาธารณะที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชน และมีการจัดตั้งสถานพัฒนาเด็กเล็กขึ้น โดยมีครูหรือผู้ดูแลเด็กทำหน้าที่ในการจัดการศึกษา อบรม เลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ ซึ่งผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ทำให้เด็กปฐมวัยรู้สึกปลอดภัย มั่นคง และเชื่อมั่นในตนเอง ถือเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างต้นทุนชีวิตที่ดีที่จะพัฒนาการเจริญเติบโตพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย² ดังนั้นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รัฐจึงได้พัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแล เพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพการจัดบริการของสถานพัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถให้บริการดูแลสำหรับเด็กได้อย่างมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน และตอบสนองพัฒนาการรอบด้านและสมวัย³ ผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้ ความสามารถ และคุณสมบัติที่พร้อมสำหรับการปฏิบัติงาน มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ตรงกับบริบทและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง⁴ และหากผู้ดูแลเด็กได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ดูแลเด็กสามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น^{5,6} ดังนั้นก่อนที่ผู้ดูแลเด็กจะให้การดูแลเด็กจริง ผู้ดูแลเด็กควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อน จึงควรที่จะมีเครื่องมือสำหรับการประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่เหมาะสม และประเมินระดับความ

รอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาของผู้ดูแลเด็ก

จากการสำรวจสถานการณ์สุขภาพของเด็กไทยที่อายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า เด็กมีปัญหาด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง อาทิ ความไม่สมดุลด้านโภชนาการ คือ มีภาวะโภชนาการเกิน มีเด็กอ้วนจำนวนมากขึ้น และพบว่ามีภาวะเตี้ยปานกลางถึงมาก เนื่องจากการได้รับโภชนาการไม่เพียงพอ มีพัฒนาการล่าช้า รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก⁷ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากพื้นฐานการดูแลสุขภาพของครอบครัว สุขภาพของตัวเด็กเอง สภาพแวดล้อม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ^{7,8} แต่ส่วนหนึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากคุณภาพการดูแลเด็ก (childcare quality) และปัจจัยที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัย คือ ด้านสมรรถนะการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก⁹

ประเทศไทยมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประมาณ 21,000 ศูนย์ทั่วประเทศ ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังประสบปัญหาบางประการ อาทิ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการบริหารการศึกษา มีตำแหน่งหน้าที่ไม่ตรงกับสายงาน มีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณ การจัดหาสื่อวัสดุ อุปกรณ์ที่เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก¹⁰ เพราะปัจจุบันการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นสิ่งเกิดมาพร้อมกับ การเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ความรู้มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้ทุกคนในสังคมได้เกิดการพัฒนาตนเอง และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการดูแลสุขภาพหรือการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข¹¹

ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเป็นการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ

Nutbeam⁴ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (accessing information and service) 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (health knowledge and understand) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ซึ่งจากสถานการณ์ของสุขภาพและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปทำให้ความรู้หรือรูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเด็ก มีการใช้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในเด็ก^{13,14} แต่ยังไม่พบการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก อีกทั้งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กยังไม่ชัดเจน มีแต่เพียงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการนำมาใช้วัดกันอย่างแพร่หลาย^{4,15} แต่ยังไม่มีการวัดความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลเด็ก

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ และคุณสมบัติที่เหมาะสมในการดูแลเด็กก่อนที่จะไปปฏิบัติงานจริง จึงควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโดยพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่เหมาะสมเพื่อนำไปวางแผนพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ดูแล และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กกับข้อมูลเชิงประจักษ์

คำถามการวิจัย

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กประกอบด้วยอะไรบ้างและมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษากับผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญในการดูแลเด็กและมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ผู้วิจัยได้เลือกกรอบแนวคิดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam⁴ ที่มีองค์ประกอบการวัด 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาเครื่องมือวัดวิเคราะห์ความรอบรู้ในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก ให้สามารถดูแลเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพะที่ดีต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 27,723 คน

กลุ่มตัวอย่างวิจัย ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ด้วยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ ด้วยโปรแกรม A-priori sample size calculator for structural equation models โดยกำหนดจำนวนตัวแปรแฝง (latent variables) 1 ตัว และตัวแปรสังเกตได้ (observed variables) 6 ตัว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ขนาดอิทธิพล (anticipated effect size) เท่ากับ 0.2 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.99¹⁶ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 200 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกัน

การสุ่มหาของข้อมูล¹⁷ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนประมาณ 240 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มสุ่มพัฒนาเด็กเล็กแบบง่าย (Simple random sampling) ตามภูมิภาคประกอบด้วย 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามความสะดวก (convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน เคยผ่านการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมจำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับการวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 คือ เห็นด้วยกับข้อความน้อยที่สุด ถึง 5 คือ เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด รวมจำนวน 30 ข้อ และเกณฑ์การแปลผล คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่ตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดด้านความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2564 No. 004/2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากตัวอย่าง โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยพอสังเขป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีการข่มขู่หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของให้ข้อมูลโดยเด็ดขาด และจะทำลายเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้วทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์บนเทคโนโลยีประมวลผลแบบคลาวด์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 - เมษายน 2565 ได้การตอบกลับจากตัวอย่าง จำนวน 240 คน และแบบวัดมีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย อธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างและตัวแปรการวิจัย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Mplus โดยพิจารณาจากความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดจากค่าสถิติไค-สแควร์ (chi-square) ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ค่าองศาอิสระ (degree of freedom: df) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker (Tucker-Lewis index: TLI) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (comparative fit index: CFI) ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยเศษเหลือในรูปมาตรฐาน (standard root mean square residual: SRMR)

ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่า (root mean square error of approximation: RMSEA)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 240 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 239 คน (ร้อยละ 99.58) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 86 คน (ร้อยละ 35.83) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 67 คน (ร้อยละ 27.92) และอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 55 คน (ร้อยละ 22.92) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี จำนวน 144 คน (ร้อยละ 60.00) มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่า 15 ปี จำนวน 81 คน

(ร้อยละ 33.75) รองลงมา คือ มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 57 คน (ร้อยละ 23.75) เคยได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก จำนวน 203 คน (ร้อยละ 84.58) และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก จำนวน 37 คน (ร้อยละ 15.42)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.32$, $SD = 0.47$) เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีทักษะและความสามารถในการแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.24-4.41 ($SD = 0.48-0.57$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติเบื้องต้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก (N = 240)

ตัวแปร	M	SD	min	max	แปลผล
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	4.41	0.48	2.80	5.00	มาก
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	4.25	0.56	3.00	5.00	มาก
ทักษะการสื่อสาร	4.26	0.54	3.00	5.00	มาก
ทักษะการจัดการตนเอง	4.36	0.49	2.80	5.00	มาก
ทักษะการตัดสินใจ	4.35	0.51	3.00	5.00	มาก
การรู้เท่าทันสื่อ	4.27	0.57	2.80	5.00	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.32	0.47	3.20	5.00	มาก

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค-สแควร์ (chi-square) เท่ากับ 1.06 โดยผลการทดสอบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .59$) องศาอิสระเท่ากับ 2 มีดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker (TLI) เท่ากับ 1.00 ซึ่งดัชนีทั้งสองนี้มีค่าเข้าใกล้ 1 และมากกว่า .95 มีดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ .00 และมีค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยเศษเหลือในรูปมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ .00 ซึ่งดัชนีทั้งสองมีค่าเข้าใกล้ 0 และน้อยกว่า .08 ค่าสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร พบว่าทุกตัวแปรทุกตัวมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .81 ถึง .94 โดยตัวแปรแฝงองค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 65 ถึง 88 ($R^2 = .65 - .88$) องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุดคือ ทักษะการสื่อสาร ($\beta = .94$, $R^2 = .88$) องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\beta = .81$, $R^2 = .65$) รายละเอียดดังตารางที่ 2 ภาพที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ

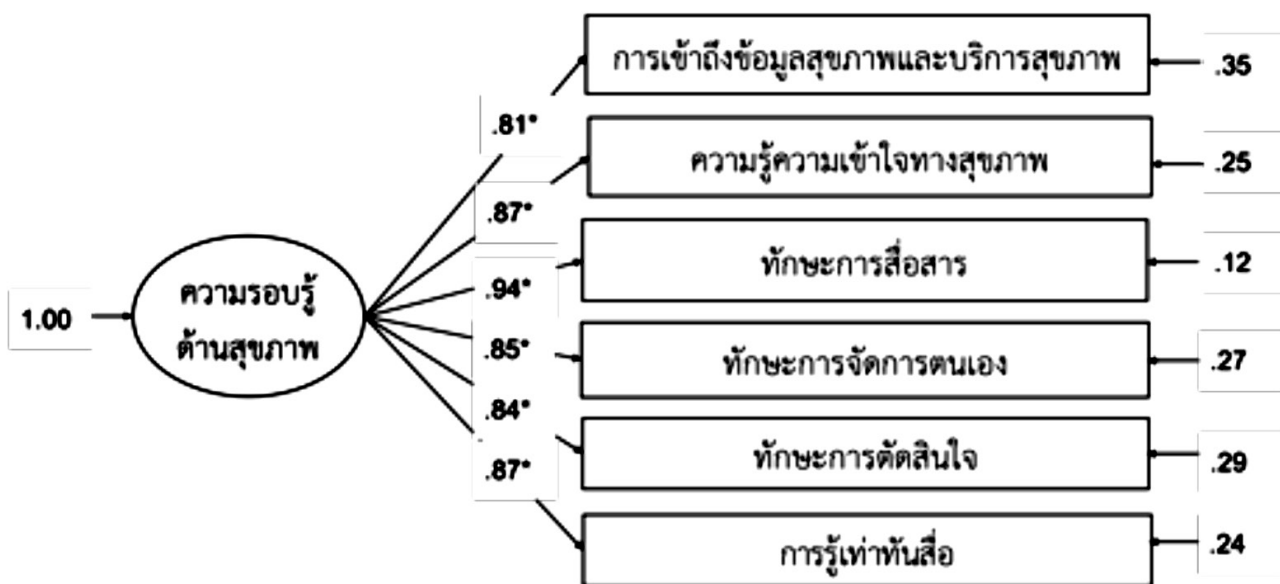
ข้อคำถาม	b	SE	β	t	R ²
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.96	0.06	.81	33.45***	.65
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	1.15	0.06	.87	49.80***	.75
ทักษะการสื่อสาร	1.21	0.06	.94	43.28***	.88
ทักษะการจัดการตนเอง	1.00	0.05	.85	43.60***	.73
ทักษะการตัดสินใจ	1.00	< --- >	.84	32.86***	.71
การรู้เท่าทันสื่อ	1.16	0.05	.87	46.32***	.76

ค่าสถิติในการตรวจสอบความตรงของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

$\chi^2(2, N = 240) = 1.06, p = .59, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .00, SRMR = .00$

หมายเหตุ: *** $p < .001$

< --- > ไม่มีรายงานค่า SE และ t เนื่องจากเป็นพารามิเตอร์บังคับ (constrained parameter)



$\chi^2(2, N=240) = 1.06, p=.59, CFI=1.00, TLI=1.00, RMSEA = .00, SRMR=.00$

ภาพที่ 1 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิเคราะห์องค์ประกอบตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรู้
ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก ทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสอดคล้อง
กับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยอภิปรายผลองค์ประกอบที่มี
ค่าน้ำหนักจากมากไปน้อย ดังนี้

1. ด้านทักษะการสื่อสาร ในการพูด การอ่าน
การเขียนและการฟัง เพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้งสามารถ
พูดโน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลสุขภาพ การที่ด้าน
การสื่อสารมีน้ำหนักองค์ประกอบสูงอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 จึงน่าจะ
มีทักษะการสื่อสารที่สูงและอาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันโลกมี
การเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเทคโนโลยีการสื่อสารมีหลาย

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567
Vol. 25 No.1 January - April 2024

2) โมเดลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้สนใจสามารถนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้ดูแลเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยส่งเสริมด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจและด้านการจัดการตนเองให้มากขึ้น ให้กับผู้ดูแลเด็กเพื่อให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพเด็ก และหรือศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กในบริบทอื่น ๆ เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมที่มีความหลากหลายในการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. Royal Thai Government Gazette. National strategy (2018-2037). Royal Thai Government Gazette 2018; (in Thai)
2. Ponmark J, Thisara P, Weiangkham D, Duangpanya A. Development of a family participation model for Promoting Child development: A case study of Ban Sanpamuang child care center, mueang district, Phayao Province. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2):241-50. (in Thai)
3. Department of local administration. The standard of child development centers of department of local administration fiscal year 2016. Bangkok: Department of local administration; 2016. (in Thai)
4. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12):2072-8.
5. Araujo MC, Dormal M, & Schady N. Childcare quality and child development. Journal of Human Resources 2019; 54(3):656-82.
6. Helmerhorst KO, Riksen-Walraven JMA, Fukkink RG, Tavecchio LW, Deynoot-Schaub MJG. Effects of the caregiver interaction profile training on caregiver-child interactions in Dutch child care centers: A randomized controlled trial. Child Youth Care Forum 2017; 46(3):413-36.
7. Department of health. Department of health annual report 2020. Bangkok: Aksorn Graphic and design publishing limited partnership; 2020. (in Thai)
8. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrat C, Songpaisan Y. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. International Journal of Paediatric Dentistry 2019; 29(3):238-48.
9. Phattarasatjatun P, Nillapun M, Prachusilpa G, Vanichwatanavorachai S..Development of an integrated social media and technology based coaching model for developing early childhood healthcare competencies of caregivers in local administration organization childcare centers. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3):123-34. (in Thai)
10. Lorpookkijsakul P, Limpaseni W, Hemachusha O. Management guidelines for early childhood centers in Bangkok: A case study of Din Daeng district. In B. Suwit et al (Ed.). Proceeding of Navamindradhiraj University Conference, Networking in the smart city: Collaboration of smart health and smart community 2018; Bangphlat, Bangkok. (in Thai)
11. Ponsawat R. Lifelong learning for promoting health literacy among the elderly in Thaisociety. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2019; 20(3):54-61. (in Thai)

12. Kruthangka P. A Needs assessment for literacy in early childhood health care of child caregivers in child development centers. *Nursing Journal CMU* 2023; 50(1):329-42.
13. Fernandez-Jimenez R, Jaslow R, Bansilal S, Santana M, Diaz-Munoz R, Latina J, Kovacic JC. Child health promotion in underserved communities: The FAMILIA trial. *Journal of the American College of Cardiology* 2019; 73(16):2011-21.
14. Fields B, Rodakowski J, James AE, Beach S. Caregiver health literacy predicting healthcare communication and system navigation difficulty. *Families Systems & Health* 2018;36(4):482-92.
15. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC public health* 2012; 12(1):130.
16. Soper DS. A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models [Software] 2021.
17. Polit FD, Beck CL. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. 9th ed. India: Wolters Kluwer; 2017.
18. Manganello JA. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research* 2008;23(5):840-7.
19. Jaruma B, Konnamuang P. Methods for developing effective communication. *Journal of MCU Humanities Review* 2020; 6(1):413-28. (in Thai)
20. Choeisuwan V. Health literacy: Concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(3):183-97. (in Thai)