การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน” โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม

Development of a model for promoting early childhood health “Children as community assets” with community participation, Mahasarakham Province

ยศสยา อ่อนคำ* ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ พิสมัย ศรีทำนา*** ภาราดา เทียบหนู*****

Yodsaya Aonkam, Rittirong Ruangrith, Pisamai Sritumna, Parada Teabnoo

Corresponding author: E-mail: yodsayaaonkam@gmail.com

(Received: July 10, 2025; Revised: July 17, 2025; Accepted: August 27, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน” โดยการมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สุ่มแบบกำหนดเงื่อนไข รวมจำนวน 60 คน วิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2565-เมษายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลความรู้ความเข้าใจของพ่อแม่ หรือผู้ปกครองเด็ก และการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.717 และ 0.954 ตามลำดับ

ผลการวิจัย : สถานการณ์เด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม พบว่าเด็กเกิดน้อยลง มีระดับ IQ ต่ำ และ ไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามช่วงวัยอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งจากครอบครัว ชุมชน ส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปตามวัย จังหวัดมหาสารคามขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ ผ่านกลไก พชอ.และ พชต. จนถึงระดับครอบครัว โดยในปี พ.ศ.2566 เพิ่มกลยุทธ์ให้เด็กปฐมวัย และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีพ่อพระ แม่ฮัก เพิ่มลานเล่นในชุมชนและให้เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน แต่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จึงเกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน” โดยการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) มีการคืนข้อมูลโครงสร้างประชากร และพยากรณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 2) ประชาคม พชอ. พชต. และชุมชนเห็นความสำคัญ เช่น เด็กเกิดน้อยต้องช่วยกันแก้ปัญหา ทำให้เด็กเป็น “สินทรัพย์ของชุมชน” 3) พชอ. พชต. และชุมชนระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาเกิดแผนงานโครงการและแสวงหาทรัพยากรในการแก้ปัญหา โดยใช้งบประมาณในชุมชน และ 4) พระสงฆ์ ในชุมชน ขับเคลื่อน “พ่อพระ แม่ฮัก” ให้เด็กเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและการอบรมจริยธรรมเกิดพ่อพระ แม่ฮัก ช่วยดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน และเกิดกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ทำให้เด็กได้รับโอกาสในการถูกส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปตามวัย หลังการพัฒนารูปแบบพบว่าคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้ ช่วยส่งเสริมให้ชุมชนเห็นความสำคัญว่าเด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่ามาก เปรียบเสมือนสินทรัพย์ในชุมชนที่สามารถเพิ่มมูลค่าได้ และเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด ต้องได้รับโอกาสในการพัฒนาให้สมวัย โดยดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง และกระตุ้นชุมชน

ให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมด้านอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพเด็ก; การมีส่วนร่วมของชุมชน; เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
,*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวาปีปทุม

Abstract

Purposes : To study the situation, develop a model and evaluate the model for promoting health in early childhood, "Children are assets of the community" through participation in Mahasarakham Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : Key informants were randomly selected using conditional sampling, totaling 60 people. The research was conducted between December 2022 and April 2023. Quantitative data were collected to assess the knowledge and understanding of parents or guardians of children and community participation before and after the implementation. The content validity of the tool was checked by 3 experts. The IOC value was 0.67. The reliability values of questionnaire sets 1 and 2 were 0.717 and 0.954, respectively.

Main findings : The situation of early childhood in Mahasarakham Province found that children were born in fewer numbers, had low IQ levels, and did not receive adequate and appropriate health promotion for their age, both from their families and communities. As a result, children lacked opportunities for age-appropriate health promotion. Mahasarakham Province is driving operations to improve children's quality of life for genius children through District Health Board to the family. In 2023, strategies will be added to ensure that every early childhood child and pregnant woman has "Father and Mother Hug", increase play areas in the community, and make children an asset to the community. Therefore, an early childhood health promotion model "Children as community assets" Participate in Mahasarakham Province has been created. This included 1) information on population structure and forecasts of future events, and 2) community, the community sees the importance, such as when fewer children are born, we must work together to solve the problem, and make children asset of the community 3) the community brainstormed to find a solution. Develop a project plan and seek resources to solve problems using the budget in the community and 4) "Father and Mother Hug" to help take care of preschool children in the community to ensure children with opportunities for age-appropriate health promotion and creates a mechanism for mutual learning within the community. The results showed that the participation of people in the community to promoting early childhood health after development increased statistically significant.

Conclusion and recommendations : In conclusion, the model of promoting early childhood health "Children as community assets" with community participation in Mahasarakham Province to help encourage the community to see the importance of children as a very valuable human resource, like an asset in the community that can add value and is the most cost-effective investment. They must be given the opportunity to develop to be age-appropriate by carrying out activities and evaluating the results. This is to ensure consistency with the changing context and encourage the community to cooperate in

all processes. It is a guideline for developing an early childhood health promotion model by continuing to participate in other aspects

Keyword : Promoting early childhood health; Community participation; Children as community assets

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Mahasarakham Provincial Public Health Office.
**Public Health Technical Officer, Senior Professional, Level Mahasarakham Provincial Public Health Office.
***Public Health Technical Officer, Senior Professional, Level Mahasarakham Provincial Public Health Office.
****Registered Nurse, Senior Professional, Level, Wapipathum Hospital.

บทนำ

เด็กอายุ 0-5 ปี หรือช่วงเด็กปฐมวัย เป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญและถือเป็นกลุ่มประชากรฐานรากที่จะเติบโตไปเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต และเป็นช่วงสำคัญที่จำเป็นจะต้องส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการ การเจริญเติบโต และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ในระยะยาวต่อไป จากผลการสำรวจระดับสติปัญญา (IQ) ของกรมสุขภาพจิต พบว่าจังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ.2559 นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 1 มีระดับ IQ เท่ากับ 95.1 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด และปี พ.ศ.2564 มีระดับ IQ เท่ากับ 101.5 จุด ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด (เกณฑ์มาตรฐานเท่ากับ 100)[1] ในปี พ.ศ.2565 จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีเด็กเกิดมีชีพเพียง 4,915 คน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 4.19 โดย 5 ปีที่ผ่านมาเฉลี่ยลดลงปีละร้อยละ 3.78 และจากการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ DSPM พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 40.85 เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้น ร้อยละ 96.29 เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90.00 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเพียง ร้อยละ 59.98 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 64) ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงอายุ 5 ปี มีภาวะเตี้ย ส่วนสูงเฉลี่ยเพียง 109.40 และ 108.69 เซนติเมตร ตามลำดับ (เป้าหมาย 113 และ 112 เซนติเมตร ตามลำดับ) และผอม ร้อยละ 3.72 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5)[2] ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเลี้ยงเด็กเป็นหลักถึงร้อยละ 69.66[3] เนื่องจากพ่อแม่ไปทำงาน และพบว่ามีปัญหาการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม เช่น ให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ ดูโทรทัศน์ และรับประทานขนมกรุบกรอบก่อนรับประทานอาหารมื้อหลัก เป็นต้น และบางชุมชนไม่ได้ให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ทำให้เด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแล เฝ้าระวังกระตุ้น ส่งเสริมสุขภาพ เช่น เรื่องพัฒนาการและโภชนาการตามช่วงวัยอย่างเพียงพอ และเหมาะสมทั้งจากครอบครัว ชุมชน เป็นต้น

ในปัจจุบันกลุ่มเด็กปฐมวัยมีการเด็กเกิดน้อยลง ถือได้ว่าประชากรกลุ่มนี้เป็นสินทรัพย์ของชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้มีคุณภาพที่ดีตามช่วงวัย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไป และจังหวัดมหาสารคามได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ.2561-2565 และ พ.ศ.2566-2570 เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดมหาสารคามในประเด็นการพัฒนาที่ 4 เรื่องพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สู่สังคมมีสุข ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดมหาสารคาม ได้ขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตหลักที่สำคัญ 3 เรื่อง และขับเคลื่อนในระดับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกอำเภอ ประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญ คือ (1) ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (2) ประเด็นคนมหาสารคามทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดี (3) ประเด็นมหาสารคามเมืองน่าอยู่ (เมืองปลอดภัย/เมืองสะอาด/เมืองสีเขียว/เมืองแห่งพลังความดี) โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ., พชต. และพชม. จนถึงระดับครอบครัว และจังหวัดมหาสารคามโดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม ได้ประกาศเจตนารมณ์การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มคนมหาสารคามสุขภาพดี สู่เมืองมหาสารคามเป็นเมืองเปี่ยมสุข และมีเป้าหมายให้เด็กมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) 103.5 จุด ในปี พ.ศ.2570 และเป็นเด็กที่เปี่ยมด้วยคุณธรรม เป้าหมายที่จังหวัดมหาสารคามจะร่วมกันสร้างของขวัญในปี พ.ศ.2566 คือ การยกระดับเสริมการดำเนินงานเดิมเพิ่มเติมและต่อเนื่อง โดยเพิ่มกลยุทธ์ให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีพ่อพระ แม่ฮัก เพิ่มลานเล่นคุณภาพในชุมชนและให้เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน[4] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “สินทรัพย์ของชุมชน” โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก อายุ 0-5 ปี ผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งผลของการวิจัยจะสามารถนำมาพัฒนารูปแบบหรือเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในจังหวัดมหาสารคามต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน” โดยการมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติการ (Action) (3) การสังเกต (Observation) (4) การสะท้อนผล (Reflection) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์รูปแบบ วิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2565 – เมษายน 2566 โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะที่ 1 เดือนธันวาคม 2565 วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัยและการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2563-2565 และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในวางแผนการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 2 ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - มีนาคม 2566 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - มกราคม 2566 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยวางแผนการดำเนินงาน ประชุมชี้แจงและสร้างทีมวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2566 ประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงวัตถุประสงค์ คืนข้อมูลสถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัยให้กับชุมชน โดยการ Focus Group ชุมชนระดมสมองวิเคราะห์หาปัญหา กำหนดแผนปฏิบัติงานโดยเน้นการมีส่วนร่วม นำเสนอแผนงาน ประเมินความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test)

ขั้นตอนที่ 2 ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2566 การปฏิบัติการ (Action) การปฏิบัติตามแผนงานของชุมชน และประเมินความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test)

ขั้นตอนที่ 3 ระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน 2566 การสังเกต (Observation) นิเทศติดตามการดำเนินงานโดยการสังเกต

ขั้นตอนที่ 4 เดือนเมษายน 2566 การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (Refection) โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 3 เดือนเมษายน 2566 การประเมินผลลัพธ์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยชุมชนมีส่วนร่วม และสะท้อนข้อมูลผลลัพธ์ตามแบบประเมินความรู้ความเข้าใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 5 ปี และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

พื้นที่ร่วมวิจัย การวิจัยนี้ดำเนินการที่ตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 5 ปี และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ในจังหวัดมหาสารคาม

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 60 คน ได้แก่ พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 30 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 30 คน ได้แก่ ตัวแทนจากแกนนำชุมชน พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก อสม. ครูผู้ดูแลเด็ก พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เป็นต้น

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) คือ ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และยินยอม และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนสิ้นสุดโครงการ

เกณฑ์ในการคัดผู้ให้ข้อมูลสำคัญออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ขอออกจากการโครงการไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอ้างอิงมาจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561 โดยแบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถาม ชุดที่ 1 ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 5 ปี ต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย มีจำนวน 18 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนความรู้ 3 ระดับ[5] คือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี

2) แบบสอบถาม ชุดที่ 2 ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วม ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย มีจำนวน 14 ข้อ คำถาม มีเกณฑ์การให้คะแนนการมีส่วนร่วม 3 ระดับ[6] คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ทำการตรวจสอบได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 แล้วนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ทำการวิจัย แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient)[7] ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 1 เท่ากับ 0.717 และแบบสอบถามชุดที่ 2 เท่ากับ 0.954

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บได้ดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง คืนข้อมูลสถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัยให้กับชุมชน โดยการ Focus Group ชุมชนระดมสมอง วิเคราะห์หาปัญหาร่วมกัน ติดตามการดำเนินงานโดยสังเกต และประเมินความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลสำคัญก่อนและหลังพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใบรับรองเลขที่ 4/2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลเด็ก จังหวัดมหาสารคาม พบว่าปี พ.ศ.2559 และ ปีพ.ศ. 2564 เด็กชั้น ป. 1 มีระดับ IQ ต่ำ เท่ากับ 95.1 และ 101.5 จุด ตามลำดับ[1] ในปี 2565 พบว่ามีเด็กเกิดมีชีพเพียง 4,915 คน มีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา และจากการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ DSPM[8] ปี พ.ศ.2563-2565 พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงถึงร้อยละ 42.14, 45.51 และ 40.85 ตามลำดับ เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้น ร้อยละ 97.46, 96.16 และ 96.29 ตามลำดับ แต่หลังจากได้รับการติดตามกระตุ้นแล้วพบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.00, 91.11 และ 90.00 เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 67.56, 66.52 และ 59.98 ตามลำดับ[2] และพบว่าผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นหลัก ถึงร้อยละ 69.66[3] อีกทั้งยังพบว่าเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแล

เฝ้าระวัง กระตุ้น ส่งเสริมสุขภาพ เช่น เรื่องพัฒนาการและโภชนาการ ตามช่วงวัยอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งจากครอบครัว ชุมชน เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปตามวัย

การดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยที่ผ่านมา จังหวัดมหาสารคาม ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2561-2565 และ พ.ศ. 2566-2570 โดยขับเคลื่อนนโยบายประเด็นจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะผ่านกลไก พชอ., พชต. และพชม. จนถึงระดับครอบครัว และมีเป้าหมายให้เด็กมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) 103.5 จุดในปี พ.ศ.2570 เป้าหมายที่จังหวัดมหาสารคามจะร่วมกันสร้างของขวัญในปี พ.ศ. 2566 คือ การยกระดับเสริมการดำเนินงานเดิมเพิ่มเติมและต่อเนื่อง โดยเพิ่มกลยุทธ์ให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีพ่อพระ แม่ฮักเพิ่มลานเล่นคุณภาพในชุมชนและให้เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน[4] แต่กลยุทธ์ที่เพิ่มนี้ยังไม่มีแบบแผนหรือกิจกรรมและการประเมินผล การดำเนินงานที่ชัดเจน

ระยะที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “สินทรัพย์ของชุมชน” โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan)

1) วางแผนกิจกรรมและสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากระดับจังหวัดและอำเภอ รวม 12 คน โดยกำหนดแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดูแลและมีแนวทางรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน” โดยการมีส่วนร่วมจังหวัดมหาสารคาม นำแผนสู่การปฏิบัติ ดังนี้

(1) การคืนข้อมูลโครงสร้างประชากร และพยากรณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

(2) ประชาคม พชอ. พชต. และชุมชนเห็นความสำคัญ เช่น เด็กเกิดน้อยต้องช่วยกันแก้ปัญหาทำให้เด็กเป็น “สินทรัพย์ของชุมชน”

(3) พชอ. พชต. และชุมชนระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา เกิดแผนงานโครงการ และแสวงหาทรัพยากรในการแก้ปัญหา โดยใช้งบประมาณในชุมชน และประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test)

(4) พระสงฆ์และคนในชุมชน ร่วมขับเคลื่อน “พ่อพระ แม่ฮัก” ให้เด็กเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและการอบรมจริยธรรม เกิด พ่อพระ แม่ฮัก ช่วยดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน

(5) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ทำให้เด็กได้รับโอกาสในการถูกส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปตามวัย และเกิดกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน และประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test)

ขั้นที่ 3 การติดผลการปฏิบัติ โดยการสังเกต (Observation) จากการติดตามการดำเนินงาน และเข้าร่วมสังเกตการณ์การดำเนินงานหลังร่วมกิจกรรม พบว่าพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีความสนใจเรื่องสุขภาพเด็กมากขึ้น และชักชวนให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพลูกหลานในครอบครัวร่วมกันด้วย สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจงนั้น ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด ผู้วิจัยได้พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเป็นแกนนำดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคคลอื่นที่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องโดยที่ไม่ได้คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจงไว้ด้วย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน

ขั้นที่ 4 การสะท้อน (Refection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในชุมชน เดือนเมษายน 2566 และพบปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทั้งพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในการกำหนดเป้าหมายแนวทางดำเนินงานร่วมกัน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญและเข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่เป็นสินทรัพย์

ของชุมชน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของชุมชน มีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามาดำเนินงานร่วมกัน สามารถหากลวิธีดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “สินทรัพย์ของชุมชน” โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กลุ่มตัวอย่างพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุเฉลี่ย 44.06 ปี (SD.=14.05) อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 77 ปี มีสถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.3 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.7 และเป็นพ่อแม่ ร้อยละ53.3 รองลงมาเป็นผู้ปกครองเด็กที่ไม่ใช่พ่อแม่ ร้อยละ 46.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0- 5 ปี (n=30)

ลักษณะของประชากร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	2	6.7
	หญิง	28	93.3
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	4	13.3
	30 - 39 ปี	10	33.3
	40 - 49 ปี	5	16.7
	50 - 59 ปี	7	23.3
	60 ปี ขึ้นไป	4	13.3
อายุเฉลี่ย 44.06 ปี (SD.=14.05) (ต่ำสุด = 18 ปี : สูงสุด = 77 ปี)			
สถานภาพสมรส	คู่/สมรส	30	100.0
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	13	43.3
	มัธยมศึกษา	11	36.7
	ปริญญาตรี	6	20.0
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	2	6.7
	ทำไร่ ทำนา ทำสวน	12	40.0
	รับจ้างทั่วไป	11	36.7
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	3	10.0
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	6.7
ความสัมพันธ์กับเด็ก	พ่อ แม่	16	53.3
	ผู้ปกครองเด็ก (ที่ไม่ใช่พ่อแม่)	14	46.7

กลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 56.1 ปี (SD.=11.01) อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 73 ปี มีสถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 76.6 รองลงมาสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 16.7 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.7 และ อสม./ปราชญ์ชาวบ้าน ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/ตัวแทน อปท. ร้อยละ 26.7 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (n=30)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	40.0
หญิง	18	60.0
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	1	3.3
30 - 39 ปี	1	3.3
40 - 49 ปี	4	13.3
50 - 59 ปี	14	46.7
60 ปี ขึ้นไป	10	33.4
อายุเฉลี่ย 56.1 ปี (SD.=11.01) (ต่ำสุด= 29 ปี : สูงสุด= 73 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.7
คู่/สมรส	23	76.6
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	16.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	50.0
มัธยมศึกษา	11	36.7
อนุปริญญา	1	3.3
ปริญญาตรี	3	10.0
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	2	6.7
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	23	76.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	16.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/ตัวแทน อปท.	8	26.7
ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน	2	6.7
อสม./ปราชญ์ชาวบ้าน	15	50.0
พระ	1	3.3
ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5ปี (ที่ไม่ใช่พ่อแม่)	1	3.3
ประชาชนทั่วไป	3	10.0

หลังการพัฒนา พบว่า พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีระดับความรู้ความเข้าใจต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ระดับดี **มากกกว่า** ก่อนการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ความเข้าใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี ต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (15 คะแนนขึ้นไป)	29	96.7	30	100.0
ระดับปานกลาง (11 – 14 คะแนน)	1	3.3	0	0.0
ระดับไม่ดี (0 – 10 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
รวม	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**

หลังการพัฒนา พบว่า พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ **มากกกว่า** ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ **มากกว่า** 1.3 คะแนน (95%CI; 0.91-1.70) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี (n=30)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	14.97(1.351)	1.3	0.91-1.70	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	16.27(0.868)			

หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยระดับสูง **มากกกว่า** ก่อนการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูงคะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00	11	36.7	21	70.0
ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.68 -2.34	17	56.6	9	30.0
ระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.67	2	6.7	0	0.0
รวม	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**

หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย **มากกว่า** ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการมีส่วนร่วม**มากกว่า** 5.03 คะแนน (95%CI; 3.37-6.68) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนทักษะการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (n=30)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean Diff.	95%CI	p
คะแนนทักษะ					
ก่อนการพัฒนา	30	31.00(5.742)	5.03	3.37-6.68	<.001
หลังการพัฒนา	30	36.03(4.491)			

วิจารณ์

สถานการณ์เด็กปฐมวัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าปี พ.ศ.2559 และ ปี พ.ศ.2564 เด็กชั้น ป. 1 มีระดับ IQ ต่ำเท่ากับ 95.1 และ 101.5 จุด ตามลำดับ[1] ในปี พ.ศ.2565 พบว่ามีเด็กเกิดมีชีพเพียง 4,915 คน มีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา และจากการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ DSPM[8] ปี พ.ศ.2563-2565 พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูง แต่หลังจากได้รับการติดตามกระตุ้นแล้วพบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นหลักถึงร้อยละ 69.66[3] อีกทั้งยังพบว่าเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแล เฝ้าระวัง กระตุ้น ส่งเสริมสุขภาพ ตามช่วงวัยอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งจากครอบครัว ชุมชน ส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปตามวัย

การดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยที่ผ่านมา จังหวัดมหาสารคามได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2561-2565 และ พ.ศ. 2566-2570 โดยขับเคลื่อนนโยบาย ประเด็นจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ ผ่านกลไก พชอ., พชต. และพชม. จนถึงระดับครอบครัว และมีเป้าหมายให้เด็กมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) 103.5 จุดในปี พ.ศ.2570 โดยในปี พ.ศ.2566 จังหวัดมหาสารคามยกระดับการดำเนินงานเดิมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มกลยุทธ์ให้เด็กปฐมวัยและหญิงตั้งครรภ์ทุกคน

มีพ่อพระ แม่ฮัก เพิ่มลานเล่นคุณภาพในชุมชนและให้เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน[4] แต่กลยุทธ์ที่เพิ่มนี้ ยังไม่มีแบบแผนหรือกิจกรรม และการประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงเกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “สินทรัพย์ของชุมชน” โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม 4 ขั้นตอน 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติการ (Act) 3) การติดผลการปฏิบัติ โดยการสังเกต (Observation) 4) การสะท้อน (Refection)

พบว่า คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนก่อนพัฒนา 31 (SD.=5.742) และคะแนนหลังพัฒนา 36.03 (SD.=4.491) เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย “เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน” โดยการมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้ 1) มีการคืนข้อมูลโครงสร้างประชากร และพยากรณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 2) ประชาคม พชอ. พชต. และชุมชนเห็นความสำคัญ เช่น เด็กเกิดน้อยต้องช่วยกันแก้ปัญหา ทำให้เด็กเป็น “สินทรัพย์ของชุมชน” 3) พชอ. พชต. และชุมชนระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา เกิดแผนงานโครงการและแสวงหาทรัพยากรในการแก้ปัญหา โดยใช้งบประมาณในชุมชน 4) พระสงฆ์ในชุมชน ขับเคลื่อน “พ่อพระ แม่ฮัก” ให้เด็กเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและการอบรมจริยธรรมเกิดพ่อพระ แม่ฮัก ช่วยดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน และเกิดกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ทำให้เด็กได้รับโอกาสในการถูกส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปตามวัย การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เพ็ญศิรินภา[9] ได้อธิบายบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วม ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน คือ การที่ประชาชนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐาน ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงควรกำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเอง วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนเองและสามารถแยกแยะวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชน และวิธีการใดที่เกินความสามารถจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชน เป็นการดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด[10] พบว่าการสร้างรูปแบบ 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความตระหนักแก่ชุมชนต่อปัญหาและคัดเลือกแกนนำชุมชน 2) ระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา วางแผนและจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วม 3) ร่วมกันดำเนินตามแผนที่กำหนดและติดตาม 4) ประเมินและสรุปผลส่งผลให้บิดา มารดาและชุมชนมีความตระหนักต่อบทบาทของบิดา มารดาในการส่งเสริมสุขภาพเด็กด้านพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการให้มีการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กด้วยบทบาทของบิดา มารดา เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยการสร้างนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน การเพิ่มความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน จึงสรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน โดยการมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม ช่วยส่งเสริมให้ชุมชนเห็นความสำคัญว่าเด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่ามาก เปรียบเสมือนสินทรัพย์ในชุมชนที่สามารถเพิ่มมูลค่าได้ และเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด ซึ่งต้องได้รับโอกาสในการพัฒนาให้สมวัย โดยดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงและกระตุ้นชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมด้านอื่นๆ ต่อไป

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำรูปแบบไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมและขยาย การดำเนินงานไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดมหาสารคามได้ ตามนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ขับเคลื่อนงานผ่าน พชจ. และ พชอ. ด้วยกลยุทธ์ให้เด็กปฐมวัย และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีพ่อพระ แม่ฮัก เพิ่มลานเล่นในชุมชน และให้เด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน และถูกนำไปใช้เป็นตัวชี้วัด การดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ความรู้ความเข้าใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนาไม่ค่อยแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย มีผลทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วม และพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็ก มีความรู้ความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยมากขึ้น

2. สามารถนำรูปแบบไปเป็นแนวทางในการพัฒนาในพื้นที่อื่นๆได้ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

3. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะต้องมีการติดตามและมีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อปท. และชุมชนในพื้นที่ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. “เดินหน้า สร้างเด็กไทย ไอคิวดี” การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2564.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ข้อมูลสุขภาพ HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ข้อมูลสุขภาพ HDC.[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=890c7adff77936af39aa9c76f6c15e35
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายละเอียดของขวัญปีใหม่ 2566 ของจังหวัดมหาสารคาม ผ่านมติการประชุมหน่วยงานของ คกก. พชจ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/drive/folders/1KBzbz2KEGPi_sHJC5MMSk2NFFE-iIRXJ
5. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
6. วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยและการแปรความหมาย. ข่าวสารวิจัยทางการศึกษา. 2538;18(3):8-11.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
8. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM). [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaichilddevelopment.com/ebook/DSPM%2010.04.2562.pdf
9. นิตยา เพ็ญศิรินภา. การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช; 2546.
10. ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560:19(ฉบับพิเศษ);222-44.