

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์

สุภัทรา สามัง^{(1)*}, คงฤทธิ์ วันจรรย์⁽¹⁾, ประภัสสร เพชรสวัสดิ์⁽²⁾, ภาคมน สมศรี⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 8 ตุลาคม 2567

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 11 เมษายน 2568

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

(2) ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการ พัฒนารูปแบบทดลองใช้ และประเมินผลกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยการวิจัยและพัฒนา และประเมินรูปแบบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมิน ซิปป์ของสต๊อฟเฟิลบีม วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 993 คู่ ระยะเวลาศึกษา เดือน ตุลาคม 2565 – สิงหาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือ DSPM , แบบวัดทักษะพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการของผู้เลี้ยงดูหลัก และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยการพัฒนาศักยภาพครู ก ในการบูรณาการร่วมระหว่างการพัฒนาตำบลหัตถ์จรรย์ 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน และการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผ่านกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านพัฒนาการและการเล่น 3) ด้านสุขภาพฟัน และ 4) ด้านการป้องกันโรค โดยมีเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าและผู้ปกครองที่เข้าร่วม จำนวน 993 คู่ เด็กส่วนใหญ่อายุ 3 ปี ร้อยละ 62.4 ทั้งนี้ หลังการพัฒนากระบวนการ ผู้ปกครองเด็กมีทักษะในการเลี้ยงดูผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 72.2 และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001; 95% CI 12.9-14.6) สำหรับเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ผ่านร้อยละ 99.7 ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ผ่านร้อยละ 76.8 ด้านการเข้าใจภาษา ผ่านร้อยละ 76.8 ด้านการใช้ภาษา ผ่านร้อยละ 76.6 และด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม ผ่านร้อยละ 78.9 และความฉลาดทางด้านอารมณ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.001) (Mean Difference=6.9; 95% CI=6.3-7.4)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, เด็กปฐมวัย, การส่งเสริมพัฒนาการ, ความฉลาดทางอารมณ์, การประเมินแบบ CIPP

Original Article

Development of a Process Model for Promoting Development and Emotional Intelligence in Early Childhood Children Aged 3-5 Years in Kalasin Province

Supattra Samung^{(1)*}, Khongrit Wancharoon⁽¹⁾, Prapatson Phetsawa⁽²⁾, Phakhamon Somsri⁽²⁾

Received Date: October 8, 2024

Accepted Date: April 11, 2025

* Corresponding author

(1) Kalasin Provincial Health Office

(2) Mental Health Center 7

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to explore, design, implement, and evaluate a holistic intervention model for enhancing developmental and emotional intelligence (EQ) promotion among early childhood children (aged 3-5 years) in Kalasin Province, Thailand. Applying Stufflebeam's CIPP evaluation model (Context, Input, Process, Product), the study integrated mixed-method analyses (quantitative and qualitative). The sample comprised 993 child-primary caregiver pairs. Data were collected from October 2022 to August 2023 using standardized tools: the DSPM manual, a caregiver skill assessment questionnaire, and an EQ evaluation form. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests to compare pre- and post-intervention outcomes.

Key findings revealed that the intervention combining teacher capacity building, community-based integration ("1,000 Days Plus to 2,500 Days" initiative), and family-centered positive discipline programs (5 sessions) significantly improved outcomes. Post-intervention: 72.2% of caregivers met the threshold for improved child-rearing skills (p -value<0.001; 95% CI: 12.9-14.6). Children with suspected developmental delays showed marked progress: Motor skills: 99.7% passed, Fine motor skills: 76.8%, Language comprehension: 76.8%, Expressive language: 76.6%, Self-help/social skills: 78.9%. EQ scores increased significantly (p -value<0.001; mean difference=6.9; 95% CI: 6.3-7.4). The model's success underscores the efficacy of multi-sectoral collaboration (health, education, family) in early childhood development, with implications for public health policies targeting holistic child well-being.

Keywords: Model Development, Early Childhood, Developmental Promotion, Emotional Intelligence, CIPP Evaluation

บทนำ

เด็กวัยปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญของชีวิตในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ถือเป็นโอกาสของชีวิตที่สมองจะเรียนรู้และพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยจะให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าถึง 7 เท่าในวันที่เติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาทั้งพัฒนาการ สุขภาพของเด็ก และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) ซึ่งจะทำให้เด็กมีพื้นฐานของสติปัญญาที่ดีติดตัวไปตลอดชีวิต¹ อีกทั้งเป็นวัยที่เริ่มเปลี่ยนการใช้ชีวิตจากครอบครัวไปใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่น จากสถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) พบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 29.6 ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 94.5 มีเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I) และเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือ ร้อยละ 72.9 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เนื่องจากกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดกาฬสินธุ์ ยังมีข้อจำกัดคือ ทักษะการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบุคลากรสาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็ก ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการ และโปรแกรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ขณะเดียวกัน การให้ความสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย มุ่งเน้นให้เด็กมีความสามารถในการเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น ซึ่งควรเสริมสร้างและพัฒนาในเด็กปฐมวัยอย่างจริงจัง เนื่องจากเสริมสร้างได้ง่ายกว่าเด็กโต (จันทร์อาภา สุขทรัพย์, 2565) ในการที่จะเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก จึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลเด็กอย่างเป็นองค์รวม ทั้งการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพโดยการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน (สถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) คือ ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น (Developmental and Play) ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) และด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและ

การป้องกันควบคุมโรค (Disease) รวมถึงการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงทางจิต สังคม โดยการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง ซึ่งครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ด้วยการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงครูอนุบาลเป็นผู้จัดกลุ่มกิจกรรมเสริมการเรียนรู้ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงพัฒนารูปแบบกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น ร่วมกับการประยุกต์ใช้การประเมิน Stufflebeam's CIPP Model (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) เนื่องจากสามารถนำเสนอเรื่องราวได้อย่างมีระบบในการประเมินผลโครงการและเป็นโมเดลที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบัน ซึ่งผลวิจัยสามารถนำไปกำหนดนโยบายที่สำคัญ ตลอดจนการปรับใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินผลกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) จากการศึกษากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดกาฬสินธุ์ (R1) การพัฒนารูปแบบ (D1) การทดลองใช้ (R1) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้กิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่านอน ฝ้าดูฟัน เฝ้าระวังพัฒนาการ” และโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และการประเมินผลกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์ (D2) ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมิน ชิปปี้ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) (Stufflebeam & Shinkfield, 2007)

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล 2) เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี โดยการดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ผู้ปกครอง หรือผู้ที่มีหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล และครูผู้ดูแลเด็กโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับภาระงาน 2) เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี และผู้ปกครองเด็ก ที่มีผลการประเมินพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 993 คู่ ในพื้นที่ทั้งหมด 54 ตำบล จาก 18 อำเภอๆ ละ 3 ตำบล โดยพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการดูแลโดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) เป็นเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ผ่านการประเมินด้วยคู่มือ DSPM ตามเกณฑ์อายุ ซึ่งมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยผู้ปกครองสมัครใจและยินดีให้เด็กเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย 3) ผู้ปกครอง เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สมัครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์

● เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

ได้แก่ แบบสอบถามโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ร้อยแก่นสารสินธุ์ เก่ง ดี มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 (2566) ปีงบประมาณ 2566 มีทั้งหมด 5 ส่วน จำนวน 70 ข้อคำถาม ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบรายงานพัฒนาการเด็ก จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ รวม 60 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง และเป็นประจำ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ (จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน) คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (1–39 คะแนน), ปกติ (40–55 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (56–60 คะแนน) และส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ใช้แบบสอบถามโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้าง

วินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7, 2566) มีคำถามจำนวน 23 ข้อ คะแนนเต็ม 115 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบ ใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง ทำน้อยครั้ง และไม่ทำเลย เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ผ่าน และไม่ผ่าน จากข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ คะแนนเต็ม 115 คะแนน เปรียบเทียบคะแนนรวมรายด้านและคะแนนรวมทุกด้านก่อนและหลังทำกิจกรรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ตั้งแต่ 96 คะแนนขึ้นไป เท่ากับ มีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์

● การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรง (Content Validity) เพื่อให้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นนั้นมีความถูกต้องตามเนื้อหาและครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย โดยก่อนนำไปเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็ก จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ที่ได้ผ่านการแก้ไข ปรับปรุง การทดลองใช้ และการพิจารณาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient Methods) ได้เท่ากับ 0.8 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ของค่าสถิติคือ มากกว่า 0.7

● การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจง ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 2) สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังสิ้นสุดโปรแกรม ได้แก่ พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในผู้ปกครอง และความฉลาดทางอารมณ์ในเด็ก

ปฐมวัยด้วยสถิติ Paired t-test แสดงผลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ p-value

การศึกษานี้ใช้โมเดลการประเมิน CIPP ของ สตัฟเฟิลบีม (Context, Input, Process, Product) เพื่อ ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็ก ปฐมวัย (D2) สำหรับเด็กอายุ 3–5 ปี ในจังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างเป็นระบบ โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) วัตถุประสงค์ ได้แก่ ระบุความต้องการ เป้าหมาย และ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพัฒนาการเด็ก วิธีการ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพัฒนาการ ล่าช้าและความฉลาดทางอารมณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 993 คู่ (เด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก), สัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย (ผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) เพื่อประเมิน ปัญหาที่เฉพาะเจาะจงในชุมชน และทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพระดับจังหวัดเพื่อออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้อง กับความต้องการท้องถิ่น (เช่น โภชนาการ, พัฒนาการ ทางภาษา) 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) วัตถุประสงค์ ได้แก่ วิเคราะห์ความพร้อม ของทรัพยากรและกลยุทธ์เพื่อความเหมาะสมของ โปรแกรม วิธีการ ได้แก่ ประเมินความพร้อมด้าน บุคลากรและทรัพยากร (เช่น หลักสูตรฝึกอบรมครู คู่มือ DSPM) วิเคราะห์ความคุ้มค่าของกิจกรรม (เช่น กิจกรรม ครอบครัวยุค 5 ครั้ง, การบูรณาการด้านสุขภาพ) ทดสอบ ความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย (แบบประเมินทักษะ ผู้ปกครอง, แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์) โดย ผู้เชี่ยวชาญและการทดลองนำร่อง 3) การประเมินด้าน กระบวนการ (Process Evaluation) วัตถุประสงค์ ได้แก่ ตรวจสอบการดำเนินงานตามแผนและอุปสรรคระหว่าง การปฏิบัติ วิธีการ ได้แก่ ติดตามอัตราการมีส่วนร่วม (เช่น ผู้ปกครองผ่านเกณฑ์ทักษะ 72.2%) และความ ต่อเนื่องของกิจกรรม (5 ครั้ง) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจาก ผู้ดำเนินกิจกรรมผ่านการสนทนากลุ่มเพื่อระบุปัญหา (เช่น ข้อจำกัดด้านเวลา) และใช้ข้อมูลแบบเรียลไทม์ (บันทึกการเข้าร่วม, ภาคสนาม) เพื่อปรับปรุงกิจกรรม ระหว่างดำเนินงาน และ 4) การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) วัตถุประสงค์ ได้แก่ วัดผลลัพธ์ เทียบกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการ ได้แก่ เชง ปริมาณ: เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมด้วย การทดสอบ paired t-test (ทักษะ

ผู้ปกครอง: $p\text{-value} < 0.001$; ความฉลาดทางอารมณ์: $p\text{-value} < 0.001$) คำนวณอัตราการผ่านพัฒนาการแต่ละ ด้าน (เช่น ทักษะการเคลื่อนไหว 99.7%) เชงคุณภาพ: วิเคราะห์เนื้อหาจากคำสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเด็ก ผสมผสานผลการประเมิน เพื่อสรุปผลกระทบและความยั่งยืนของโปรแกรม ซึ่ง จุดเด่นของวิธีการประเมิน คือ ความครอบคลุมของ โมเดล CIPP ที่ครอบคลุมการประเมินทุกระยะตั้งแต่การ วางแผนจนถึงผลลัพธ์ ผสมวิธีการใช้ทั้งสถิติเชิงปริมาณ ($p\text{-value}$, CI 95%) และข้อมูลเชิงคุณภาพ รวมถึงการ เชื่อมโยงนโยบายที่สอดคล้องกับแนวทาง “1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน” ของประเทศไทย วิธีการนี้ช่วยให้ได้ ข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมสำหรับการขยายผลโปรแกรม ไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการ 1) วิธีการ เก็บข้อมูล ได้แก่ วัดส่วนสูงและน้ำหนักเด็กตามมาตรฐาน WHO Growth Standards คำนวณดัชนีมวลกายตาม อายุ (BMI-for-age) และจำแนกภาวะโภชนาการเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ สมส่วน (ปกติ) เตี้ย (stunting) อ้วน (overweight/obesity) ผอม (wasting) 2) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ตาชั่งดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบ เครื่องวัด ส่วนสูงแบบตั้งตรง และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ คำนวณร้อยละการเปลี่ยนแปลงของแต่ละกลุ่มโภชนาการ สำหรับการประเมิน สุขภาพช่องปาก 1) วิธีการตรวจสอบ ได้แก่ ตรวจฟันโดย ทันตบุคลากรหรือผู้ได้รับการฝึกอบรม บันทึกจำนวนฟันผุ (decayed teeth) ตามเกณฑ์ WHO และแบ่งผลการ ประเมินเป็น 2 กลุ่ม คือ มีฟันผุ/ไม่มีฟันผุ 2) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ชุดตรวจฟันพื้นฐาน (กระจกทันตกรรม, ส้อม สำรวจ) แบบฟอร์มบันทึกผลการตรวจ และไฟล์ฉายแสง แบบพกพา 3) การวิเคราะห์ข้อมูล โดย คำนวณความ แตกต่างของร้อยละ ซึ่งการประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ ประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ตามโมเดล CIPP โดยเน้นการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

● จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 84/2565

ผลการวิจัย

กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผ่านมา ก่อนการพัฒนา รูปแบบ พบว่า มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) จัดตั้ง คณะกรรมการระดับจังหวัด/อำเภอ MCH/WCC Board 2) ยกระดับสมรรถนะบุคลากรด้านพัฒนาการเด็ก โดย การพัฒนาระบบบริการคลินิกเด็กดีคุณภาพ คลินิก กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และระบบส่งต่อเด็กพัฒนาการ ล่าช้า 3) พัฒนาเครือข่าย Coaching และอบรมเชิง ปฏิบัติการมีนมแม่ 4) สนับสนุนเวชภัณฑ์วิตามินเสริม สำหรับหญิงให้นมบุตร และเด็ก 6 เดือน – 5 ปี 5) สร้าง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการแก้ไข ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก โดยจัดทำประชาคมระดับ อำเภอ/ตำบล และจัดทำแผนงาน/โครงการ 6) สนับสนุน การจัดตั้งชมรมนมแม่และศูนย์ 3 วัย 7) พัฒนาองค์ ความรู้ให้ภาคีเครือข่ายโดยบูรณาการกับหลักสูตร อสม. นมแม่ 8) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน และ 9) พัฒนาทีมประเมินอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด/ อำเภอ โดยติดตามผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนรู้ ซึ่งยังมีข้อจำกัด คือ ทักษะการจัดกิจกรรมของบุคลากร สาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็ก ขาดการมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครองเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการ และโปรแกรมที่ เหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทาง อารมณ์ (R1)

การพัฒนารูปแบบกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือ การสนทนากลุ่ม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่ออธิบายความเป็นเหตุเป็น ผล บทเรียนหรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการปฏิบัติหรือ ประสบการณ์การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย จากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ครอบคลุมทั้ง 18 อำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบ งานพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย Child Project Manager (CPM) ระดับจังหวัด จำนวน 2 คน ระดับอำเภอ (จาก โรงพยาบาล จำนวน 18 คน และจากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอ จำนวน 18 คน รวม 36 คน) ตัวแทน CPM ระดับ ตำบล จำนวน 18 คน และตัวแทนครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้น 74 คน พบว่า หลังปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการ มีขั้นตอนดังนี้ 1) จัดตั้งและจัดประชุม คณะทำงานเชิงบูรณาการระดับจังหวัด 2) จัดพิธีลงนาม

ความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ ประกาศวาระการพัฒนาระดับจังหวัด 3) ผลักดัน ประเด็น “การพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่และเด็ก” ผ่าน กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและ ระดับตำบล (พขอ.และพขต.) 4) กำหนดเป้าหมายการ พัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโต อย่างมีคุณภาพ” 5) พัฒนาทักษะคณะทำงานระดับ อำเภอและตำบลต้นแบบฯ (ครู ก) และแกนนำจิตอาสา ชุมชน (ครู ข) ในพื้นที่ตำบลต้นแบบ 6) พัฒนาโรงเรียน รอบรู้สุขภาพต้นแบบ “ด้านอนามัยเจริญพันธุ์” 7) เสริมสร้างสังคมรอบรู้สุขภาพในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 8) ขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิด และการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” ร่วมกับการพัฒนา ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน ด้วย กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้กิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึกดูฟัน ฝึกระวังพัฒนาการ” 9) จัด กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกโดย ครอบครัวมีส่วนร่วม 10) จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้และถอดบทเรียน และ 13) ยกย่อง เชิดชูเกียรติ ต้นแบบที่ดี และสรุปผลการดำเนินงาน (D1)

ผลการทดลองใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า 1) มีคณะทำงานเชิงบูรณาการระดับจังหวัด 1 คณะ 2) จัดพิธีลงนามความร่วมมือ (MOU) ระดับจังหวัด จำนวน 1 ครั้ง 3) กำหนดประเด็น “การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตแม่และเด็ก” ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล (พขอ.และ พขต.) 4) พัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการ เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” ครอบคลุมทั้งหมด 18 อำเภอๆ ละ 3 ตำบล รวม 54 ตำบล 5) พัฒนาทักษะ คณะทำงานระดับอำเภอ ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและครู ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 90 คน และระดับตำบลต้นแบบฯ (ครู ก) รวมแกนนำจิตอาสาชุมชน (ครู ข) ในพื้นที่ตำบล ต้นแบบ ตำบลละ 3 คน รวม 162 คน 6) พัฒนาโรงเรียน รอบรู้สุขภาพต้นแบบด้านอนามัยเจริญพันธุ์ อำเภอละ 1 แห่ง รวม 18 แห่ง 7) เสริมสร้างสังคมรอบรู้สุขภาพใน กลุ่มเป้าหมายสำคัญ โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ และการสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมใน กลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่ ได้รับการดูแลในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 8) พัฒนาตำบล

มหัศจรรย์ 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้กิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่านอน เฝ้าดูฟัน เฝ้าระวังพัฒนาการ” จำนวน 18 อำเภอ ๆ ละ 3 ตำบล รวม 54 ตำบล ภายใต้การพัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” ได้แก่ 1) การพัฒนาตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน 2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) การยกระดับการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ 9) จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จำนวน 18 อำเภอ ๆ ละ 3 ตำบล รวม 54 ตำบล และ 10) จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ยกย่อง เชิดชูเกียรติต้นแบบที่ดี และสรุปผลการดำเนินงาน จำนวน 2 ครั้ง (R2)

การประเมินรูปแบบของการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3 – 5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์ (D2) ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินชิปป์ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model)⁵ ซึ่งครอบคลุมการประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า 1) การประเมินด้านบริบททางสังคม (Context Evaluation) พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์มีวิถีชีวิตและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมากกว่าครึ่งเป็นปู่ ย่า ตา ยาย เนื่องจากพ่อแม่วัยทำงานอพยพเข้าไปทำงานทำในเมืองใหญ่หรือต่างประเทศ จึงทำให้ครอบครัวโดยเฉพาะในชนบทมีโครงสร้างเพียงบุคคลสองวัย คือ วัยสูงอายุและวัยเด็กมากขึ้น 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ประกอบด้วย ด้านบุคลากร (Man) ในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดมีการขับเคลื่อนนโยบายแบบบูรณาการทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคมผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH BOARD) ระดับจังหวัด และมีคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน สำหรับกลไกระดับอำเภอขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเป็นประธาน ส่วน

การขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเป็นประธาน และระดับปฏิบัติการระดับชุมชนผ่าน Child Project Manager (CPM) ครูผู้ดูแลเด็ก และอสม. ซึ่งผ่านการพัฒนาศักยภาพหลักสูตรเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพเด็กปฐมวัย Triple P Plus 4D ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program : Triple-P) ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ 4D (Diet ,Development&Play ,Dental ,Disease) ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายดำเนินงานโครงการ ส่วนด้านวัสดุอุปกรณ์ดำเนินงาน (Material) ประกอบด้วย สมุดสุขภาพแม่และเด็ก (Pink Book) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) คู่มือประเมินผลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กสุ่มเสี่ยง (DAIM) และเครื่องมือในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก (TEDA4I) ซึ่งมีเพียงพอครอบคลุมสำหรับเด็กปฐมวัยทุกคนทั้งที่มีพัฒนาการสมวัย สงสัยล่าช้า หรือมีพัฒนาการล่าช้า โดยก่อนกลับบ้านภายหลังคลอดเด็กทุกคนที่คลอดปกติไม่มีภาวะน้ำหนักน้อยหรือความเสี่ยงจะได้รับคู่มือ DSPM ด้านงบประมาณดำเนินงาน (Money) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสข.) เขต 7 ซึ่งเป็นงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ ระดับเขต/จังหวัด (Promotion & Prevention Area based : PPA) โดยมีเป้าหมายเฉพาะทั้งด้านพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายดำเนินงาน 3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) พบว่า การบริหารจัดการ (Management) ประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กำหนดให้เป็น Health Needs ของเขตสุขภาพที่ 7 และระดับจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้บันทึกความร่วมมืองานอนามัยแม่และเด็กเพื่อเตรียมความพร้อมการตั้งครรภ์สู่การคลอดปลอดภัย พัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ มุ่งเน้นการยกระดับสติปัญญาเด็ก (IQ) โดยบูรณาการระบบการเฝ้าระวังส่งเสริมโภชนาการ การเจริญเติบโต พัฒนาการ และสุขภาพช่องปากเด็ก ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัสสู่อายุ 2,500 วัน ครอบคลุมมาตรฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ และ 4) การประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation) จากการประเมินกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่า ข้อมูลทั่วไปทางลักษณะ

ประชากรของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 78 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.6 ตำแหน่งเป็นครู ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 48.7 สังกัดในระบบสาธารณสุข ร้อยละ 51.3 ส่วนข้อมูลพ่อ แม่ ผู้ปกครองของเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 993 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.7 ช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 33.7 สถานภาพ คู่/สมรส ร้อยละ 83.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 41.7 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 54.9 ความสัมพันธ์กับเด็กเป็น พ่อ แม่ ร้อยละ 63.9 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 87.8 ลักษณะเป็นชุมชนชนบท ร้อยละ 81.3 และเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 993 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.5 และเพศชาย ร้อยละ 49.5 ส่วนใหญ่อยู่อายุ 3 ปี ร้อยละ 62.4 ไม่มีภาวะเสี่ยงขณะคลอด ร้อยละ 98.7

ผลการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) จากการพัฒนาศักยภาพด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจต่ำ ร้อยละ 92.3 และหลังการอบรม ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) (Mean Difference=5.2; 95% CI=4.5-5.8) ดังตารางที่ 1

พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีทักษะในการเลี้ยงดูเด็กไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 72.8 และหลังการอบรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; 95% CI 12.9-14.6) ดังตารางที่ 2

เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (GM) ผ่าน ร้อยละ 99.7 ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก (FM) ผ่าน ร้อยละ 76.8 ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ผ่านร้อยละ 76.8 ด้านการใช้ภาษา (EL) ผ่านร้อยละ 76.6 และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) ผ่านร้อยละ 78.9 ดังตารางที่ 3

การประเมินภาวะโภชนาการ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์สมส่วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 91.3 และภาวะเตี้ย ภาวะอ้วน

ภาวะผอม มีจำนวนลดลง จากร้อยละ 1.9 ,7.5 และ 6.8 เหลือร้อยละ 1.0, 4.3 และ 3.4 ตามลำดับ สำหรับการประเมินภาวะฟันผุ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เด็กที่มีฟันผุ ร้อยละ 35.8 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวนเด็กที่มีฟันผุลดลง ร้อยละ 32.2

การประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ (EQ) ภาพรวม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติลดลง ร้อยละ 4.0 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 33.0 และสูงกว่าปกติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 63.0 และเด็กมีคะแนนเฉลี่ย EQ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) (Mean Difference=6.9; 95% CI=6.3-7.4) ดังตารางที่ 4

บทสรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนการพัฒนา รูปแบบ พบว่า มีการดำเนินงานในหลายด้านแต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญคือ ทักษะการจัดกิจกรรมของบุคลากร การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และการขาดโปรแกรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ รัตนพลที่ดี (2562) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ ความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็ก รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากเด็กปฐมวัยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม

การพัฒนา รูปแบบกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการที่ได้จากการวิจัย มีองค์ประกอบสำคัญคือการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมของวรรณิ แกมเกตุ (2563) ที่เน้นความสำคัญของการประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัว สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของพัชรา เอี่ยมกิจการ (2561) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลเด็กในชุมชน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความโดดเด่นในการใช้กลไก พขอ. และ พชต. ในการขับเคลื่อน

งาน รวมถึงการพัฒนาตำบลต้นแบบควบคู่กับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของ Kurt Lewin ที่เน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงผ่านกลไกทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2564) ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา ทั้งนี้ ความสำเร็จของรูปแบบดังกล่าวเกิดจากการออกแบบกระบวนการที่คำนึงถึงบริบทของพื้นที่ การสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรควบคู่กับการสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลเด็กในชุมชน

ผลการทดลองใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดกาฬสินธุ์ แสดงให้เห็นความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานผ่านกลไกการมีส่วนร่วมหลายระดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาเชิงพื้นที่แบบบูรณาการของวิจารณ์ พานิช (2563) ที่เน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเฉพาะการใช้กลไก พขอ. และ พชต. ที่ครอบคลุม 18 อำเภอ 54 ตำบล ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งระดับอำเภอและตำบล รวมถึงการสร้างแกนนำจิตอาสาชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักขณ์ วิรัชชัย และคณะ (2562) ที่พบว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการสร้างครู ก และครู ข ที่จะเป็นกำลังสำคัญในการขยายผลการดำเนินงาน ทั้งนี้ เพราะการพัฒนาเด็กปฐมวัยต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม การพัฒนาโรงเรียนรอบรู้สุขภาพต้นแบบควบคู่กับการพัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” สอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศการเรียนรู้ของ Bronfenbrenner (2012 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2564) ที่เน้นความสำคัญของสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก การดำเนินงานในลักษณะนี้ช่วยสร้างระบบนิเวศการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัยในชุมชน นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สอดคล้องกับงานวิจัยของสมรัก ชูวานิชวงศ์ (2563) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ทั้งนี้เพราะครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดและมีโอกาสในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง ความสำเร็จของการทดลองใช้กระบวนการนี้เกิดจากการออกแบบที่คำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การสร้างกลไกการขับเคลื่อนระดับพื้นที่ผ่าน พขอ. และ พชต. 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำชุมชนอย่างเป็นระบบ และ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลเด็กปฐมวัย

ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยตามรูปแบบ CIPP Model แสดงให้เห็นประเด็นสำคัญที่ควรอภิปราย ดังนี้ 1) ด้านบริบท (Context) พบว่า สถานการณ์ครอบครัวในจังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวข้ามรุ่น โดยผู้ดูแลหลักเป็นปู่ย่าตายาย สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2563)¹⁵ ที่พบว่า สังคมชนบทไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวข้ามรุ่นมากขึ้น ส่งผลต่อรูปแบบการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามหลักวิชาการสมัยใหม่ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบจุดแข็งของการดำเนินงานคือการมีกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นระบบทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของประเวศ วะสี (2564) ที่เน้นการเชื่อมประสานพลังทุกภาคส่วนในการพัฒนา โดยเฉพาะการใช้กลไก MCH Board และ พขอ. ที่มีผู้บริหารระดับสูงเป็นประธาน ทำให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านกระบวนการ (Process) การกำหนดให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็น Health Needs ระดับเขตและจังหวัด พร้อมทั้งบูรณาการกับโครงการตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัสสู่ 2,500 วัน สอดคล้องกับทฤษฎีการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมของ WHO (2019) ที่เน้นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์จนถึงปฐมวัย และให้ความสำคัญกับการบูรณาการงานโภชนาการ พัฒนาการ และสุขภาพช่องปาก และ 4) ด้านผลผลิต (Product) ข้อมูลทาง

ประชากรศาสตร์ที่พบสะท้อนความท้าทายในการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะประเด็นระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ปกครองที่อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตน เพ็ชรอุไร และคณะ (2563) ที่พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็ก ทั้งนี้ ความสำเร็จของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการออกแบบที่คำนึงถึงบริบทของพื้นที่ การใช้กลไกการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ และการบูรณาการทรัพยากรจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กโดยเฉพาะในครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม

ผลการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมในหลายมิติ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) และผู้ปกครอง ที่พบว่ามีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ (2563) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้และทักษะ ทั้งนี้ เพราะการอบรมได้ใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติจริง 2) การพัฒนาการของเด็กที่สงสัยล่าช้าที่มีพัฒนาการผ่านเกณฑ์ในทุกด้านเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว (GM) ที่ผ่านถึงร้อยละ 99.7 สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการเด็กของ Piaget

(1980 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2564) ที่อธิบายว่าเด็กในวัย 3-5 ปี มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วเมื่อได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม และสอดคล้องกับงานวิจัยของสมชาย ดรงค์เดช (2563) ที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีพัฒนาการดีขึ้นอย่างชัดเจน 3) การพัฒนาด้านภาวะโภชนาการและสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมของ WHO (2019) ที่เน้นการบูรณาการงานโภชนาการและทันตสุขภาพ โดยการลดลงของภาวะทุพโภชนาการและฟันผุสะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง 4) การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ที่พบว่า เด็กมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชร ตรีกุลงาม (2564) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการแบบองค์รวมที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ เพราะกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแล และการสร้างวินัยเชิงบวก ทั้งนี้

ความสำเร็จของโปรแกรมเกิดจากการออกแบบที่คำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กอย่างเป็นระบบ 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 3) การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการแบบองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย. ค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2021
- จันทร์อาภา สุขทรัพย์. (บรรณาธิการ). (2565). **เด็หน้า สร้างเด็กไทย ไอคิวดี การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปี 2564**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- นางลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ. (2563). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัย: กระบวนการและผลลัพธ์. **วารสารวิจัยทางการศึกษา**, 15(1), 12-25.
- ประเวศ วะสี. (2564). **การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพชุมชน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พัชรา เอี่ยมกิจการ. (2561). รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 32(2), 45-62.
- รัตน เพ็ชรอุไร และคณะ. (2563). ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, 50(3), 278-290.
- วรรณิ แกมเกตุ. (2563). **การพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม: แนวคิดและการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วัชร ตรีภูมิกุล. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการแบบองค์รวมต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(2), 89-102.
- วิจารณ์ พานิช. (2563). การพัฒนาเชิงพื้นที่แบบบูรณาการ: กรณีศึกษาการพัฒนาเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2564). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. (2566). *คู่มือประกอบการจัดกิจกรรม Smart Kids Area 7: SA7*. ภาพสินธุ์: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7.
- สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. (2557). *คู่มือพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลชุมชนสมุทรปราการและศูนย์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สถานการณ์ครอบครัวไทยในชนบท: การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมใจ รัตนพลที่ดี. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4), 725-738.
- สมชาย ดุรงค์เดช. (2563). การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 59(3), 167-178.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์. (2563). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(2), 45-60.
- สุพงษ์ โสธนะเสถียร. (2564). *ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของเคิร์ท เลวิน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models, & applications*. New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2019). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: WHO.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (n=78)

ความรู้ความเข้าใจ (ครู ก)	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลต่างค่าเฉลี่ย	95% CI	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	78	16.8	2.4	5.2	4.5-5.8	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	78	21.9	2.8			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (จำนวนตัวอย่าง=993)

ทักษะผู้ปกครอง	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลต่างค่าเฉลี่ย	95% CI	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	993	86.9	12.5	13.8	12.9-14.6	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	993	100.7	10.8			

ตารางที่ 3 ผลการประเมินพัฒนาการก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แยกรายด้าน (จำนวนตัวอย่าง=993)

พัฒนาการเด็ก (รายด้าน)	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม				หลังเข้าร่วมโปรแกรม			
	ผ่าน		ไม่ผ่าน		ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเคลื่อนไหว (GM)	895	90.1	98	9.9	990	99.7	3	0.3
ด้านการใช้กล้ามเนื้อ เล็ก (FM)	644	64.8	349	35.2	763	76.8	230	23.2
ด้านการเข้าใจภาษา (RL)	713	71.8	280	28.2	763	76.8	230	23.2
ด้านการใช้ภาษา (EL)	717	72.2	276	27.8	761	76.6	232	23.4
ด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม (PS)	687	69.2	306	30.8	784	78.9	209	21.1

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางด้านอารมณ์ (จำนวนตัวอย่าง=993)

ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลต่างค่าเฉลี่ย	95% CI	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	993	45.2	7.6	6.9	6.3-7.4	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	993	52.1	6.2			