

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

นันท์ณัฏฐ์ โกสีย์ พบ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลายๆ ด้านอย่างรวดเร็วจึงมีความต้องการอาหารและพลังงานเพื่อส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปตามวัย การส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยจึงเป็นรากฐานของชีวิตที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยเชิงประจักษ์ในแง่ของการเจริญเติบโตให้สูงที่สุดส่วน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไปใช้ในพื้นที่จริง

วิธีการศึกษา: รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 คน 2) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินไม่สมส่วน จำนวน 306 คน 3) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามและแบบคัดกรองสูงที่สุดส่วนของเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง อสม.และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน 2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม.ให้เยี่ยมติดตามซังน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินพัฒนาการเด็กทุกรายในชุมชน 3) พัฒนารูข้อมุลเด็กปฐมวัย 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน หลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีความรู้ความเข้าใจด้านอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นระดับสูง ($\bar{X}=14.45$, S.D.= 0.47) มีเจตคติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 2.91$, S.D.=0.09) มีพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.34$, S.D.= 0.48) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) ภาคีเครือข่ายหลังการพัฒนามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.68) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.08$ S.D.=0.81) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วม และ ความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองการซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัยทุกคน และสามารถติดตามช่วยเหลือและส่งต่อเด็กปฐมวัยเด็กที่ไม่สมส่วนเพื่อส่งเสริมโภชนาการได้ครบทุกคน

ข้อเสนอแนะ: ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีไปใช้ให้เต็มพื้นที่และกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนเป็นอีกนโยบายหลักของอำเภอ โดยใช้กลไกการบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน, กระบวนการมีส่วนร่วม,ภาคีเครือข่าย

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลศรีณรงค์

A model for promoting health in early childhood to have good and proportionate height using the process of participation of network partners Si Narong District, Surin Province

Nunnaphat Kosee *

Abstract

Introduction: Early childhood is a period of rapid growth and development in many areas, requiring food and energy to support age-appropriate growth and development. Promoting nutrition in pregnant women and young children, which is fundamental to life, aims to achieve demonstrable health outcomes in early childhood, particularly in terms of growth.

Objective: To develop and study the outcomes of implementing a model for promoting healthy growth and development in early childhood using a participatory process involving network partners in real-world settings.

Methods: This research employed an action research design, conducted in Si Narong District. The sample consisted of three groups: 1) Six early childhood caregivers in child development centers; 2) Thirty-six parents of preschool children with disproportionate assessment scores; and 3) Twenty relevant network partners. A purposive sampling method was used to collect the data. Qualitative data were gathered through focus group discussions and debriefing, while quantitative data were collected from questionnaires and a screening tool for well-proportioned preschool children. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, paired samples t-test, and content analysis.

Results: The study found that the model for promoting healthy growth and development in early childhood, using a participatory process involving network partners, consisted of: 1) developing the capacity of parents, village health volunteers (VHVs), and childcare providers in early childhood development centers to acquire knowledge and skills in promoting healthy growth and development in early childhood; 2) developing the participation of VHV networks to visit, weigh, measure, and assess the development of all children in the community; 3) developing a database of early childhood children; and 4) conducting home visits. Following the development of this model, parents of early childhood children showed a significant increase in their knowledge and understanding of food and nutrition for young children ($\bar{X}=14.45$, S.D.=0.47), a positive attitude ($\bar{X}=2.91$, S.D.=0.09), and improved behavior in preparing food for young children ($\bar{X}=4.34$, S.D.=0.48). A comparison of the average scores for knowledge, attitude, and behavior in preparing food for young children revealed positive results. Before and after the development, a significant difference was found: after the development, participation was significantly higher than before ($p<0.05$). Stakeholder networks showed a high level of participation and satisfaction after the development ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.68) ($\bar{X}=4.08$, S.D.=0.81). Comparing the average scores for participation and satisfaction before and after the development, a significant difference was found to be after the development ($p<0.05$). This indicates that the outcome of the early childhood health promotion program, aiming for healthy height and weight, includes comprehensive monitoring and screening of all early childhood children through weight and height measurements, and the ability to follow up, assist, and refer all early childhood children with weight and weight issues for nutritional support.

Recommendation: The model for promoting healthy growth and development in early childhood, utilizing a participatory process involving stakeholders, should be fully implemented throughout the area. Furthermore, promoting healthy growth and development in early childhood should be established as a key policy of the district, utilizing the management mechanism of the District-level Quality of Life Development Committee

Keywords: Promoting healthy growth and development in early childhood; participatory process; network partnerships

*Senior Medical Specialist (General Medicine), Srinarong Hospital

บทนำ

เด็กปฐมวัย เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลาย ๆ ด้านอย่างรวดเร็วจึงมีความต้องการอาหารและพลังงานเพื่อส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปตามวัย เด็กวัยนี้ควรได้รับอาหารหลัก 3 มื้อ แต่ละมื้อจะต้องมีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีความหลากหลาย การดื่มนมควรให้เด็กดื่มนมเป็นอาหารเสริมที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่บางคนอาจจะยังติดการดื่มนม หยานนมช้ำ และติดขวดนม ทำให้สามารถรับประทานอาหารหลักได้น้อยลง ทำให้เด็กวัยนี้มักเกิดปัญหาสุขภาพเนื่องมาจากสารอาหารและพลังงานที่เด็กได้รับไม่เพียงพอต่อความต้องการที่มีมากขึ้น และเนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ต้องการ อิสระในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ด้วยตัวเอง สามารถถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งแวดล้อมได้ง่ายและมีการเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่ จึงทำให้พบปัญหาสุขภาพทางโภชนาการที่พบมาก ได้แก่ เด็กอ้วนเกินไป มีรูปร่างเตี้ย และผอมน้ำหนักตัวน้อยเนื่องจากขาดสารอาหาร¹

สถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทย มีเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่สูงตีสัดส่วน ร้อยละ 60.8 หรือเปรียบเทียบกับง่ายๆ ว่า มี 6 ใน 10 คน เป็นเด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักในระดับสมส่วน (ในคนเดียว) จากแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดของเด็กไทยอายุ 0-5 ปี ที่สูงตีสัดส่วนร้อยละ 68 จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า นอกจากปัญหาด้านการเจริญเติบโตของเด็กจะไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กไทยมีแนวโน้มในทางที่ไม่ดีนัก และเป็นสถานการณ์สำคัญ ที่ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข หนึ่งใน 4 ด้านนั้น คือ ความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดของการพัฒนาและสร้างศักยภาพเด็กปฐมวัยเป็นส่วนสูงเมื่ออายุ 5 ปี และร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่มีรูปร่างสูงตีสัดส่วน ทำให้ทุกฝ่ายที่

เกี่ยวข้องยังต้องมึบทบาทที่สำคัญในการประยุกต์แนวทางในการเสริมสร้างให้เด็กสูงตีสัดส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย ภายใต้รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศ²

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของประเทศไทยในสังคมปัจจุบัน ต้องเร่งพัฒนาที่คน โดยให้ความสำคัญตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ไปจนถึงครรภ์ และหลังคลอด จนถึงอายุ 5 ปี เพราะจะทำให้เด็กสูงตีสัดส่วน แข็งแรง ลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล เมื่อเติบโตขึ้นก็ไม่ต้องเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือด ฯลฯ ฉลาดสติปัญญาดี มีประสิทธิภาพในการทำงาน มีความมั่นคงในหน้าที่การงาน ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยสูงตีสัดส่วนได้นั้น ครอบครัวต้องเป็นกำลังสำคัญ และยังคงอาศัยทุกภาคส่วน เช่น ชุมชน สังคม ภาครัฐและเอกชน และผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย เห็นความสำคัญด้านการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นรากฐานของชีวิต ให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยเชิงประจักษ์ในแง่ของการเจริญเติบโต

จากการสำรวจเด็กแรกเกิด ถึงอายุ 5 ปี ที่สูงตีสัดส่วน ของ อำเภอสรรคบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่าง ปี 2566 - 2568 พบว่ามี รูปร่างสูงตีสัดส่วน ร้อยละ 56.61, 48.63 และ 54.23 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 68) มี ภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.54, 15.49 และ 13.32 (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 9) และมี ภาวะผอม ร้อยละ 8.27, 8.85 และ 9.64 (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 4.5) แสดงให้เห็นว่าการเจริญเติบโตของเด็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสะท้อนถึงปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย ในอำเภอสรรคบุรี ที่มีแนวโน้มในทางที่ไม่ดีนัก จำเป็นต้องหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดี มีโภชนาการสมวัย ร่างกายแข็งแรงซึ่งแสดงออกผ่านการมีรูปร่างสมส่วน ไม่อ้วน ไม่ผอม และไม่เตี้ยจนเกินไป สิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กมีคุณลักษณะดังกล่าวคือ การที่ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวยอมรับและเข้าใจปัญหาว่าเด็กมีรูปร่างไม่เป็นไปตามเกณฑ์ซึ่งอาจเกิดจากโภชนาการไม่สมวัย สมรรถภาพทางกายไม่สมบูรณ์ หรือการพักผ่อนที่ไม่

เพียงพอ เมื่อครอบครัวยอมรับปัญหาได้และพร้อมที่จะลงมือเพื่อสุขภาพที่ดีของบุตรหลาน ครอบครัวจะต้องเข้าใจว่าเด็กทุกคนเป็นบุคคล ซึ่งสามารถที่จะเรียนรู้และถูกผลักดันได้ให้มีพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ดีได้ ซึ่งผู้ที่มีส่วนในการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมของเด็กมีตั้งแต่พ่อแม่ บุคคลในครอบครัว โรงเรียน คนในสังคม ไปจนถึงผู้นำประเทศ โดยเข้ามาสร้างคุณลักษณะของเด็กผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางใดทางหนึ่ง ในระยะเวลาที่เพียงพอที่จะสามารถทำให้เด็กเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้นหากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดร่วมมือกันในการทำตามนโยบายประเทศ คือให้โภชนาการที่เหมาะสม ออกกำลังกายที่เหมาะสมสม่ำเสมอและให้เด็กได้นอนหลับอย่างเพียงพอ และร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องในการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพดี มีโภชนาการสมวัย ร่างกายแข็งแรง เป็นโอกาสที่เด็กจะได้รับการพัฒนาให้มีคุณลักษณะของเด็กไทยที่พึงประสงค์ คือ มีแรงบันดาลใจ มีความคิดสร้างสรรค์ มีจิตสาธารณะ และมุ่งมั่นทำงานให้เกิดผลในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการมาช่วยกันปรับปรุงและแก้ไข เพื่อสร้างประชากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาสังคมไทยและสังคมโลกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart³ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ในพื้นที่การวิจัย คือ อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มที่ 2 ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินไม่สมส่วน จำนวน 306 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan⁴ เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กลุ่มที่ 3 บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลศรีณรงค์ จำนวน 1 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน ผู้อำนวยการกองศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน รวมทั้งหมด จำนวน 20 คนโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีด้วยกัน 3 ชุด คือ

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กปฐมวัย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย/เดือน อายุเด็ก เด็กมีน้ำหนักแรกเกิด อาการเจ็บป่วยของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัว และการได้รับวัคซีนของเด็ก จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับสารอาหาร ความสะอาดปลอดภัย และถูกหลักโภชนาการแบบเลือกตอบ 1 คำตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสารอาหาร ความสะอาดปลอดภัย และถูกหลักโภชนาการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย ไม่แน่ใจ/เฉยๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 พฤติกรรมการเตรียมอาหารของผู้ปกครองในภาพรวมมีจำนวน 10 ข้อ และ ด้านที่ 2 พฤติกรรมการเตรียมอาหารของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามของแบบสอบถามในส่วนนี้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ สม่าเสมอ, บ่อยครั้ง, ปานกลาง, นานๆ ครั้ง และ ไม่ปฏิบัติ

- 1.2 แบบคัดกรองสูงที่สุดส่วน ของ เด็กปฐมวัยของ กรมอนามัย⁵

1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 ใช้สำหรับสอบถามเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็น แบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 6 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็น แบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย สถานการณ์เด็กปฐมวัยสูงที่สุดส่วน ในพื้นที่ ปัญหาของเด็กปฐมวัยสูงที่สุดส่วนมีสาเหตุมาจากอะไร การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ปัญหาอุปสรรคที่พบ แนวทางในการแก้ไขปัญหาการเกิดการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนมีอะไรบ้าง ควรดำเนินการอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาจากค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา หาค่า IOC กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าได้สอดคล้องกัน ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกชุด และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient)⁶ และแบบสอบถามที่วัดความรู้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson 20: KR20)⁷ ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ ดังนี้ แบบสอบถามชุดที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามชุดที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ นำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มละ 2 ราย แล้วปรับแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ 2) ศึกษาข้อมูลบริบทพื้นที่ ข้อมูลทางด้านสถานะสุขภาพของ เด็กปฐมวัย 3) ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน ข้อมูลการคัดกรองสูงที่สุดส่วน ของเด็กปฐมวัย 4) ประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินไม่สมส่วน

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 1) ศึกษาและวิเคราะห์ ข้อมูลที่รวบรวมได้ในระยะเตรียมการ โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) ระดมสมองเพื่อรวบรวมความคิดเห็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ 3) เตรียมความพร้อมการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบในการดำเนินงาน 4) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นตามแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ในขั้นตอนที่ 1 คือ 1) กิจกรรมส่งเสริมเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจกับเครือข่าย (2) ประชุมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเด็กปฐมวัยสูงที่สุดส่วน 2) กิจกรรมพัฒนาฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย (1) การรวบรวมและพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย (2) กิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรู้ เสริมสร้างทักษะ การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ทีมภาคีเครือข่าย เพื่อการดูแลเด็กปฐมวัย (3) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน 3) ผลักดันสู่แผน 3 ปีขององค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อการมียุทธศาสตร์ด้านการดูแลเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย (1) ประกาศเป็นนโยบายของท้องถิ่นอย่างชัดเจน (2) จัดเวทีสาธารณะในชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานภาคส่วนต่างๆ ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน 4) กิจกรรมการพัฒนาความรู้ของ

ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ให้สูงสุด (ส่วน 5) ถอดบทเรียนการทำงานของเครือข่าย ในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 1) ติดตามการดำเนินงาน/สังเกตผล 2) ประเมินผลการดำเนินงาน คือ (1) ประเมินความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด (ส่วน 5) ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรม (2) ประเมินระดับสูงสุด (ส่วน 5) ของเด็กปฐมวัย ก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรม (3) ประเมินการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย ต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ประกอบด้วย 1) สรุปผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด (ส่วน 5) 2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 3) แนวทางการพัฒนาในวงรอบต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และ สถิติ Paired samples t-test ในข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน การดำเนินการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ทรมาน จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม จึงได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย 104/2568 วันที่ 30 มิถุนายน 2568 และประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สูงสุด (ส่วน 5) เด็กปฐมวัยและบริบทที่เกี่ยวข้อง ของอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ สรุปได้ ดังนี้

1.1 ผลการคัดกรองสูงสุด (ส่วน 5) เด็กปฐมวัยของอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่าง ปี 2566 - 2568 พบว่า มีรูปร่างสูงสุด (ส่วน 5) ร้อยละ 56.61, 48.63 และ 54.23 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 68) มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.54, 15.49 และ 13.32 (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 9) และมี ภาวะผอม ร้อยละ 8.27, 8.85

และ 9.64 (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 4.5) แสดงให้เห็นว่าการเจริญเติบโตของเด็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสะท้อนถึงปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในอำเภอศรีนครินทร์มีแนวโน้มในทางที่ไม่ดีนัก จำเป็นต้องหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดี มีโภชนาการสมวัย ร่างกายแข็งแรงซึ่งแสดงออกผ่านการมีรูปร่างสมส่วน ไม่อ้วน ไม่ผอม และไม่เตี้ยจนเกินไป สิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กมีคุณลักษณะดังกล่าวคือ การที่ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวยอมรับและเข้าใจปัญหาว่าเด็กมีรูปร่างไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งอาจเกิดจากโภชนาการไม่เหมาะสม สมรรถภาพทางกายไม่สมบูรณ์ หรือการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ

1.2 ผลการศึกษาความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.13 โดยเรื่องที่ตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อที่สำคัญมากที่สุดสำหรับเด็ก ตอบถูก ร้อยละ 83.00 ตอบถูกน้อยที่สุดคือเด็กที่ไม่ชอบดื่มนมวัวหรือแพ้นมวัว สามารถดื่มนมวัวเหลืองทดแทนได้ ตอบถูก ร้อยละ 8.13 เจตคติในด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.34, S.D. = 0.68) เจตคติที่ดีที่สุดคือ ท่านคิดว่าเด็กที่ได้รับประทานอาหารได้มากและอ้วนเป็นเด็กที่น่ารัก น่าเอ็นดู ($\bar{X}$ = 2.36, S.D. = 0.57) มีพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.66, S.D. = 0.66) เรื่องที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน ($\bar{X}$ = 3.85, S.D. = 0.49)

1.3 สภาพปัญหาและสาเหตุปัญหาของเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินไม่สมส่วน สรุป คือ การได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ การบริโภคอาหารขยะ/ น้ำหวานมากเกินไป ไม่กินอาหารหลัก 3 มื้อ/เว้นมื้อ กินจุบจิบ/ไม่กินตรงเวลา พฤติกรรมการเลี้ยงดู เช่น การป้อนอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการเป็นแบบอย่างที่ดี ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ/การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ การติดโทรศัพท์/แท็บเล็ต เป็นต้น ดังนั้น การส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยสูงสุด (ส่วน 5) ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกิน การนอน และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เหมาะสม

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด (ส่วน 5) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ

ภาคีเครือข่ายอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนาศักยภาพ ผู้ปกครอง อสม.และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ส่วน และวางแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหาโภชนาการร่วมกัน ได้แนวทางการดำเนินงาน คือ 1) การติดตามซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกรายในชุมชน โดย อสม.ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบและผู้ปกครองเด็กนักเรียน เดือนละ 1 ครั้ง บันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก 2) ซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไตรมาสละ 1 ครั้ง สรุปผลแจ้งผู้ปกครองเพื่อทราบและกรณีพบความผิดปกติ/สงสัยผิดปกติ แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศรีณรงค์ 3) การติดตามซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัย โดย อสม. ไตรมาสละ 1 ครั้ง 4) การติดตามซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไตรมาสละ 1 ครั้ง และ 5) สรุปผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมติดตามพร้อมช่วยผู้ปกครอง และ อสม.ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ไตรมาสละ 1 ครั้ง

2.2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม.ให้เยี่ยมติดตามซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินพัฒนาการเด็กทุกรายในชุมชน โดยเน้นการอบรมอสม.ให้มีความรู้เรื่องพัฒนาการ 4 ด้าน (ร่างกาย, อารมณ์, สังคม, สติปัญญา) การใช้เครื่องมือประเมิน (เช่น DSPM) การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามโภชนาการและพัฒนาการ การประสานงานกับ รพ.สต. และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และส่งเสริมให้พ่อแม่มีส่วนร่วมใช้เครื่องมือเฝ้าระวังเด็กในบ้าน พร้อมสร้างเครือข่ายเข้มแข็งให้เด็กในชุมชนทุกคนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

2.3 พัฒนารฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย มุ่งเน้นที่ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบออนไลน์ การบันทึกข้อมูลพื้นฐานเด็ก บุคลากร และการประเมินพัฒนาการให้เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อใช้เป็นข้อมูลการดำเนินงาน และกำหนดนโยบาย เพื่อให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

2.4 การติดตามเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ติดตามการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ส่วน โดยใช้ช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือ หรือในไลน์ส่วนตัว เมื่อพบว่าเด็กยังไม่ดีขึ้นจะประสานข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล อสม.หรือครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อการติดตามผู้ปกครองในการส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ส่วน อีกช่องทางหนึ่ง

3. ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ไปใช้ในพื้นที่จริง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็น ปู่ ย่า/ตา ยาย ร้อยละ 61.76 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.08 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 20.92 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.54 รองลงมาอายุ 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.41 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 63.07 รองลงมา แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 25.16 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.85 รองลงมา ไม่ได้เรียน/อ่านหนังสือไม่ออก คิดเป็นร้อยละ 10.78 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40.84 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.85 ส่วนใหญ่เด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 2 - 4 ปี ร้อยละ 61.76 มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 2,000 - 2,500 กรัม ร้อยละ 46.08 ไม่มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 96.08 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.08 และ ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ร้อยละ 87.91

3.2 ความรู้ ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ($\bar{X}$ =14.45, S.D.= 0.47) ร้อยละ 100 โดยเรื่องที่ตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อที่สำคัญมากที่สุดสำหรับเด็ก ตอบถูก ร้อยละ 98.02 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) (ตารางที่ 1)

3.3 เจตคติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ มีเจตคติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.91, S.D.=0.09) โดยเจตคติที่ดีที่สุด คือ ท่านคิดว่าการที่เด็กรับประทานอาหารได้มากและอ้วน เป็นเด็กที่น่ารัก น่าเอ็นดู ($\bar{X}$ = 2.98, S.D.=0. 28) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยเจตคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) (ตารางที่1)

3.4 พฤติกรรมในการการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.34$, S.D.= 0.48) ร้อยละ 100 โดยเรื่องที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน ($\bar{X}=4.48$, S.D.= 0.68) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ปกครองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) (ตารางที่1)

3.5 ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุ ระหว่าง 40 - 49

ปี ร้อยละ 45.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 อาชีพ รับราชการ ร้อยละ 70.00 รายได้ โดยรวมเฉลี่ย 15,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 55.55 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 3-5 ปี ร้อยละ 50.00 สถานะทางสังคม เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 40.00 ในส่วนการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ บุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม พบว่าหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.68) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.08$ S.D.=0.81) เมื่อเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ($p<0.05$)ดังแสดงในตารางที่1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

รายการประเมิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ผู้ปกครอง						
1. ความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการ	11.25	0.67	14.45	0.47	5.614	.000*
2. เจตคติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย	2.31	0.42	2.91	0.09	4.672	.000*
3. พฤติกรรมในการการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย	3.48	0.61	4.34	0.48	4.364	.000*
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง						
1. การมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดที่สมส่วนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	3.46	0.52	3.95	0.68	6.712	.000*
2. ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดที่สมส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	3.42	0.48	4.08	0.81	4.422	.000*

* $p<0.05$

4. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัยทุกคน สามารถติดตามช่วยเหลือและส่งต่อเด็กปฐมวัยที่ไม่สมส่วนเพื่อส่งเสริมโภชนาการได้ครบทุกคน

อภิปรายผลการศึกษา

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านการส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้จากการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพ ผู้ปกครอง อสม.และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม 2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม.ให้เฝ้าติดตามชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

และประเมินพัฒนาการเด็กทุกรายในชุมชน 3) พัฒนาฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย และ 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการวิจัยของ ช่อทิพย์ โกมลวาทิน⁹ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ในระดับปานกลาง มีความตระหนักในระดับมาก และมีการปฏิบัติในระดับดี เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วิวัน ละมุนเตียร วิภากร สอนสนาม ชูดาภา เพิ่มวงศ์ และมยุรี กมลบุตร¹⁰ ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการสร้างเสริมโภชนาการของผู้ดูแลและระดับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสร้างเสริมการบริโภคอาหารเด็ก วัยก่อนเรียนในความรู้และอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ระดับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสมส่วน รองลงมาผอม แต่ยังไม่พบว่ามีกลุ่มที่เริ่มอ้วน อ้วน และท้วม ตามลำดับจากมากไปหาน้อยร่วมด้วย จึงเห็นได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนร่วม มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัย ทุกคน และสามารถติดตามช่วยเหลือและส่งต่อเด็กปฐมวัยเด็กที่ไม่สมส่วนเพื่อส่งเสริมโภชนาการได้ครบทุกคน

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผล คือ หลังการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้ปกครอง มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ($\bar{X}=14.45$, S.D.= 0.47) ร้อยละ 100 โดยเรื่องที่ตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อที่สำคัญมากที่สุดสำหรับเด็ก ตอบถูก ร้อยละ 98.02 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) มีเจตคติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 2.91$, S.D.=0.09) โดยเจตคติที่ดีที่สุด คือ ท่านคิดว่าเด็กที่ได้รับประทานอาหารได้มากและอ้วน เป็น

เด็กที่น่ารัก น่าเอ็นดู ($\bar{X}= 2.98$, S.D.=0.28) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ปกครอง มีค่าเฉลี่ยเจตคติ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) มีพฤติกรรมในการการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.34$, S.D.= 0.48) ร้อยละ 100 โดยเรื่องที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน ($\bar{X}=4.48$, S.D.= 0.68) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและ หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ปกครองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการพัฒนา มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.68) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.08$ S.D.=0.81) เมื่อเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยของ ณัฐพันธ์ เพียรธัญญกรรม วรินญา อาจธรรม รัสวรรณ แสนคำหมื่น และ ธัญญาศิริ โสมคำ¹⁰ ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนร่วมในยุคประเทศไทย 4.0 โดยใช้ PPCT Model ผลการศึกษา พบว่า การสร้างศักยภาพเด็กปฐมวัยภายใต้รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศไทย 4.0 โดยมีวิธีการที่ทุกหน่วยของสังคมที่เด็กอยู่อาศัยได้เข้ามามีส่วนร่วมกันเพื่อปรับปรุง แก้ไขปัญหาที่มีความสอดคล้องกับ PPCT Model ซึ่งเป็นโมเดลที่ถูกพัฒนามาเพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือพฤติกรรมในทางบวก เกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพและก่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไปใช้ให้เต็มพื้นที่และกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนร่วม เป็นอีกนโยบายหลักของอำเภอโดย

ใช้กลไกการบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Nutrition. Growth of children aged 0–5 years. In: Guidelines for nutrition promotion in well-child clinics: Manual for health professionals. Bangkok: National Office; 2015.
2. Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. National 20-year strategic plan for public health (2017–2036). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
3. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005. p. 567–605.
4. Nilpan M. Educational research. Nakhon Pathom: Silpakorn University Press; 2010.
5. Department of Health, Ministry of Public Health. Manual for early childhood development promotion officers: Accelerated hospital-based training course. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing Press; 2021.
6. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper Collins Publishers; 1990.
7. Srisard B. Statistical methods for research, Vol. 1. 5th ed. Bangkok: Suweeriyasarn; 2013.
8. Komolwatin C. Factors related to nutritional status and development of early childhood children in child development centers, Kaeng Hang Maeo District, Chanthaburi Province [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2020.
9. Lamonthian W, Sonsanam W, Permwong C, Kamolbut M. Knowledge, attitudes, and behaviors in nutrition promotion among caregivers and nutritional status of preschool children. Vajira Nursing Journal. 2022;24(1):67–74.
10. Piantanyakam N, Aejatham W, Saenkhammun R, Somkham T. Promoting appropriate growth in early childhood during Thailand 4.0 using the PPCT model. Journal of Health Science, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong. 2021;5(3):1–11