



รายงานการวิจัย
เรื่อง

การพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
ในชุมชน

Development of Health Promotion Practice for Pre-school Child
Care Center in Community

ผศ.ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล
นางสาวรุ่งนภา ป้องเกียรติชัย
ดร.อรนุช ชูศรี
นายรังสรรค์ มาระเพ็ญ
นางสาวณัฐรพี ใจงาม

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต



รายงานการวิจัย
เรื่อง

การพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
ในชุมชน

Development of Health Promotion Practice for Pre-school Child
Care Center in Community

ผศ.ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล
นางสาวรุ่งนภา ป้องเกียรติชัย
ดร.อรนุช ชูศรี
นายรังสรรค์ มาระเพ็ญ
นางสาวณัฐรพี ใจงาม

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดินด้านการวิจัย ปีงบประมาณ 2560)

หัวข้อวิจัย	การพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในชุมชน
ผู้ดำเนินการวิจัย	ผศ.ดร.ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล นางสาวรุ่งนภา ป้องเกียรติชัย ดร.อรนุช ชูศรี นายรังสรรค์ มาระเพ็ญ นางสาวณัฐรพี ใจงาม
หน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ปี พ.ศ	2561

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพใน
ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 2) ศึกษาการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย
3) พัฒนาแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน และ
4) สืบค้นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
ในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานครกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยได้แก่ ครูพี่เลี้ยง
อาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ และผู้ปกครอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดความรู้ ทักษะคิด
และวิธีปฏิบัติที่สะท้อนต่อการสร้างเสริมสุขภาพของครูใหญ่ และครูพี่เลี้ยง แบบสอบถามเกี่ยวกับการ
จัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย และข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสภาพ
การดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพ สถิติที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่
จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ one-way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า

1. ครูใหญ่ และครูพี่เลี้ยงเด็กส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในศูนย์เด็กเล็กมากกว่า 10 ปี มีความรู้
และทัศนคติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Mean = 4.09, S.D. = 0.45) และมีวิธีปฏิบัติที่สะท้อน
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Mean = 3.03, S.D. = 0.55) ระดับดี

2. บิดา มารดา มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพ ความพยายาม
และความร่วมมือกันของผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ย 43.55,
12.43, และ 29.40 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความร่วมมือกันของผู้ปกครองในการส่งเสริม
สุขภาพทั้ง 5 แห่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน
เขตบางพลัด เป็นไปตามกรอบมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข และการพัฒนา
ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนบนฐานความต้องการของครูพี่เลี้ยงและอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กได้แก่
แผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้านพัฒนาการ
เด็กโดยมี ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ อันได้แก่ ด้านผู้นำ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการสร้างเครือข่าย
และการสนับสนุน และด้านความรู้ ความสามารถของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ: ศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมโดยมีบิดา
มารดา ผู้ปกครองหรือสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กวัยก่อน
เรียนโดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพเช่น ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารของเด็ก

Research Title	Development of Health Promotion Practice for Pre-school Child Care Center in Community
Researcher	Sresuda Wongwisukul, Rungnapa Pongkiatchai, Orranuch Chusri, Rangson Marapen, Natrapee Jaingam
Organization	Faculty of Nursing Suan Dusit University
Year	2018

The purpose of this research were to: 1) analyzing the health promotion activities in the pre-school developmental center; 2) studying the health promotion management in families of pre-school children; 3) developing a health promotion practical plan for pre-school developmental center in community; 4) Finding the factors influence on the successful of health promotion activities in the preschool developmental center in Khet Bang Phlat Community, Bangkok. The sample sand key informants consisted of teachers, child care volunteers, and a parent of pre-school children. The measures comprise of knowledge, attitude and health promotion practice for teacher and child care volunteer, and family management questionnaire for a parent. Open-ended question for successful management strategies, and influential factors in the pre-school developmental center were used. Data analysis was using mean and standard deviation and one-way ANOVA. The results indicated that: 1. The majority of teachers and child care volunteers had experience over 10 year, they reported the score on knowledge and attitude (Mean = 4.09, S.D. = 0.45), and health promotion practice (Mean = 3.03, S.D. = 0.55) are good level.

2. Parents reported the score on management ability, management effort, and parental mutuality are moderate level with mean of 43.55, 12.43, and 29.40 respectively. The mean scores of parental mutuality in health promotion were not statistically significantly different ($p > .05$).

3. Health promotion management plans in pre-school development center in Bang Phlat community are followed by the standard quality child center of Ministry of Public Health. Development of Preschool Development Center is based on the needed of teacher and child care volunteer such as nutritional health promotion plan and child developmental plan. The factors influencing on successful management included in leadership, network, supportive, and capability of personnel.

กิตติกรรมประกาศ

งานศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก
คุณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของ
เครื่องมือวิจัย ความตรงของเนื้อหา รวมถึงข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการเขตบางพลัด และหัวหน้าสำนักพัฒนาสังคม เขตบางพลัด
กรุงเทพ และอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ทั้ง 5 แห่งในเขตบางพลัด ที่ให้
ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนกลุ่มตัวอย่าง
ทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยเป็นกำลังใจและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง สำหรับสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่เป็น
กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา คุณประโยชน์อันพึงมี
พึงได้จากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

คณะผู้วิจัย

2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ	7
รูปแบบการจัดการของครอบครัว	19
ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	39
บทที่ 4 ผลการวิจัย	41
การวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ	41
ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด	
การศึกษาการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย	48
ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด	

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย (ต่อ)	
พัฒนาแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในชุมชนเขตบางพลัด	52
การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	70
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	70
บรรณานุกรม	71
บรรณานุกรมภาษาไทย	71
บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ	75
ประวัติผู้วิจัย	78

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	เกณฑ์การคิดคะแนนแบบสอบถามในการจัดการของครอบครัว	37
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	43
4.2	แสดงความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน	45
4.3	แสดงทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน	46
4.4	แสดงวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน	47
4.5	ข้อมูลทั่วไปของบิดา มารดา	48
4.6	จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	49
4.7	การรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพเด็ก	50
4.8	การรับรู้ด้านการจัดการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนแบ่งตามระดับคะแนน	50
4.9	ระดับและเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ในการจัดการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กของครอบครัว	51
4.10	ตัวอย่างตารางเมนูอาหาร	55

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	6
3.1	กรอบแนวคิดในการพัฒนาแผน	40
4.1	วงล้อเมนูอาหาร	55

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ประเทศไทยในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ ๆ เช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ชลบุรี ขอนแก่นที่มีการขยายตัวในภาคอุตสาหกรรม การบริการและด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มีผลให้สภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป มีการอพยพโยกย้ายของประชากรที่เข้ามาอาศัยอยู่และประกอบอาชีพ ทำให้เกิดปัญหาความหนาแน่นของประชากร ความแออัดของที่อยู่อาศัยมากขึ้น มีปัญหาการจราจร อาชญากรรม ความรุนแรง มลพิษจากสิ่งแวดล้อม และการแก่งแย่งแข่งขันกันหลาย ๆ ด้านในพื้นที่เหล่านี้ กรุงเทพมหานครเองเป็นศูนย์กลางของประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้าในทุก ๆ ด้านเช่นกันซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตรวมถึงค่านิยมต่าง ๆ ของครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุด มีลักษณะและแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันไป ด้วย ประกอบกับความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวที่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นสังคมเมือง ซึ่งวิถีชีวิตในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร เป็นวิถีชีวิตแบบครอบครัวเดี่ยว (คาสปาร์ พิค วาสนา อิมเอม รัตนภรณ์ ตังธนเศรษฐ์, 2558) เมื่อมีบุตร บางครอบครัวจึงต้องพึ่งสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งรับดูแลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยเข้าอนุบาล ในเด็กปฐมวัย หากครอบครัวมีรายได้จำกัด การพึ่งพาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกรุงเทพมหานครจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ซึ่งศูนย์เหล่านี้อยู่ในกำกับของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสังคม สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร

ครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบไปด้วย พ่อ แม่ และลูก ทำให้พ่อ แม่หรือ สามี และภรรยาต้องช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัวทำให้เวลาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรมีน้อยลง จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งบุคคลอื่นที่มีใจพ่อแม่มาให้การดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมโดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและเป็นช่วงวัยที่เตรียมตัวเพื่อเข้ารับการศึกษาในภาคบังคับ ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนจึงเข้ามามีบทบาทในการช่วยแบ่งเบาภาระให้กับครอบครัวในการช่วยอบรมดูแลเด็กด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลเด็ก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับครอบครัวเพื่อให้เด็กก่อนวัยเรียนมีพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งเด็กก่อนวัยเรียนหรือเด็กปฐมวัยเป็นช่วงชีวิตที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นช่วงที่ร่างกายมีพัฒนาการในหลาย ๆ ด้าน การเจริญเติบโตของเด็กล้วนส่งผลต่อการพัฒนาสมอง ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยระยะยาว พ.ศ. 2550-2559 ให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยเห็นว่าเด็กล้วนคืออนาคตที่สมบูรณ์ของประเทศชาติในวันหน้า จึงมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะของครู ครูพี่เลี้ยงและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองให้มีความสามารถในการพัฒนาเด็กปฐมวัยในทุกด้าน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2550) จากนโยบายดังกล่าวจึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยตรงในการดูแลแก้ไขปัญหาของกรุงเทพมหานครที่ต้องพัฒนาเมืองให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีจัดให้มีบริการในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสมเพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่

ความรับผิดชอบโดยเฉพาะในเรื่องการศึกษาได้มีกำหนดไว้ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานครในด้านการพัฒนาการศึกษา ซึ่งได้มีการขยายบริการเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการศึกษาของกรุงเทพมหานครที่ให้สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กก่อนวัยเรียนในชุมชนให้เพียงพอและได้มาตรฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้มีรายได้น้อย และต้องประกอบอาชีพนอกบ้านทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรหลานที่อยู่ในวัยก่อนเรียนให้มีโอกาสได้เตรียมความพร้อมและมีการส่งเสริมด้านพัฒนาการให้แก่เด็กทั้งทางด้านการเรียนการสอน การพัฒนาทาง ด้านอารมณ์ สังคม เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและ พร้อมทั้งจะเข้าสู่ระยะพัฒนาการช่วงวัยต่อไป

จากความสำคัญดังกล่าวกรุงเทพมหานครจึงได้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในแต่ละเขตพื้นที่ปกครองของกรุงเทพมหานครโดยให้มีการสนับสนุนด้านงบประมาณ ส่วนหนึ่งให้แก่ชุมชนนำไปบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง (สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร, 2560) อย่างไรก็ตามบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์ดังกล่าว ส่วนใหญ่ไม่ได้จบการศึกษาโดยตรงด้านการศึกษา บางคนมีวุฒิปวช.และ ปวส. (มุสตี ตามไท, 2557) สะท้อนให้เห็นได้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นในการส่งเสริมศักยภาพของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่เปราะบาง เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังไม่ดีพอเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านจึงมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย ดังนั้นนอกเหนือจากการป้องกันการเจ็บป่วยแล้ว เด็กควรได้รับการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่กันไปและการดูแลดังกล่าว จะครบวงจรเมื่อเด็กได้รับการดูแลทั้งที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็ก หรืออีกนัยยะหนึ่ง บุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยนี้ ได้แก่ บุคลากรในศูนย์และผู้ปกครองหรือผู้ที่ดูแลเด็กที่บ้าน เพื่อให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของเด็กที่สมบูรณ์มากที่สุดเท่าที่สภาพการณ์จะกำหนดให้ สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัยจนเป็นนิสัยอันพึงปฏิบัติหรือซึมซับเป็นวิถีชีวิตนั้น ครูและผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญยิ่งต่อการหล่อหลอมดังกล่าว อย่างไรก็ตามหากครูไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ จะส่งผลทำให้ไม่เกิดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนหรือหากได้จัดกิจกรรมแต่จะขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความจำเป็นของการจัดกิจกรรมดังกล่าว รวมทั้งหากครอบครัว/ผู้ปกครองและครอบครัวในการดูแลเด็กและการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กให้มีพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นนิสัยที่ติดตัวเด็กต่อไปจนถึงวัยเติบโตใหญ่ การสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของเด็กวัยนี้เป็นภาระกิจอันสำคัญของครูและผู้ปกครองเช่นกัน (เกศรา เสนงาม, แจ่มจันทร์ กุลวิจิตรและลักษณา คงแสง, 2555) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของอนุรักษ์ มาสเนตร (2552) กลับพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าด้านอื่นๆ และพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต มีพันธกิจด้านการผลิตบัณฑิต ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและปฏิบัติการพยาบาลชุมชนได้มีโอกาสให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และพบว่า กิจกรรมที่จัดให้กับเด็กปฐมวัยเป็นการตอบสนองความต้องการและกระตุ้นพัฒนาการของเด็กได้แต่มีความหลากหลายในการปฏิบัติการป้องกันโรคที่ติดต่อดี้ง่ายในเด็กวัยดังกล่าวดำเนินการด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อ ส่วนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่จัดเป็นกิจกรรมโดยที่บุคลากรมิได้รับการเน้นย้ำถึงการบ่มเพาะให้เป็นนิสัยส่วนตัวของเด็ก การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมิได้เข้าถึงหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับภารกิจด้านการพัฒนาศักยภาพของในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนที่งานพัฒนาชุมชน เขตบางพลัด แสดงให้เห็นว่าศูนย์แต่ละแห่งมีศักยภาพในการดำเนินการไม่เท่ากัน ดังนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จึงได้ออกแบบการวิจัย เรื่อง การพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาครูให้มีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและมีทักษะในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้มาจากการนำผลการสำรวจการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัวแผนดังกล่าวจะนำไปใช้ในการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็กในความรับผิดชอบ ซึ่งในพื้นที่เขตบางพลัดมีจำนวน 5 แห่ง และเป็นแนวทางในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ระหว่างริเริ่มดำเนินการ 1 แห่ง ทั้งนี้ ผลที่จะตามมาจากการจัดทำแผนปฏิบัติการนี้คือภาวะสุขภาพอันสมบูรณ์ของเด็กปฐมวัยที่เป็นอนาคตของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร
2. ศึกษาการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร
3. พัฒนาแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร
4. สืบค้นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ศึกษาได้แก่ ครูและผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 แห่ง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน และ ครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2560 – 31 กันยายน 2561

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) หมายถึง การรับรู้ของพ่อ แม่ ครูและอาสาสมัครเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ที่มีการสร้างเสริม

สุขภาพสุขภาพทั้งของตนเองและของเด็กวัยก่อนเรียนทั้งในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยรวมทั้งเป็นแบบอย่างให้กับเด็กวัยก่อนเรียนสามารถปฏิบัติตามได้

สภาพการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง สภาพการทำงานของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการดูแลศูนย์เด็กเล็ก กระทรวงสาธารณสุข

ครอบครัว หมายถึง พ่อ แม่หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กวัยก่อนเรียน

การจัดการของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมหรือพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวที่กระทำร่วมกับเด็กก่อนวัยเรียนจนเป็นกิจวัตรประจำวันตามการรับรู้ของผู้ให้การดูแลหลัก 3 ด้าน เพื่อให้เด็กสามารถมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง ตรวจสอบสุขภาพร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน

2. ด้านโภชนาการ เช่น การจัดให้รับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ ครบทั้ง 5 หมู่ มีการควบคุมการบริโภคอาหารรสหวาน ขนมนกขมกรอบ และจำกัดการเติมน้ำตาลในจานอาหาร

3. ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น กำหนดแผนโปรแกรมการออกกำลังกาย และออกกำลังกายตาม แผนที่กำหนด ครั้งละ 30 – 40 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง สถานที่รับเลี้ยงเด็กและดูแลเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนเขตบางพลัด และอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร

เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 ปี แต่ไม่เกิน 6 ปี

ครูพี่เลี้ยงและอาสาสมัคร หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานครซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการเขตบางพลัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านวิชาการ ได้ชุดความรู้ในการพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเมืองใหญ่ ที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนแห่งอื่น เช่น พัทยา เชียงใหม่ รวมทั้งศูนย์เด็กปฐมวัยในสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเทศบาล เป็นต้น

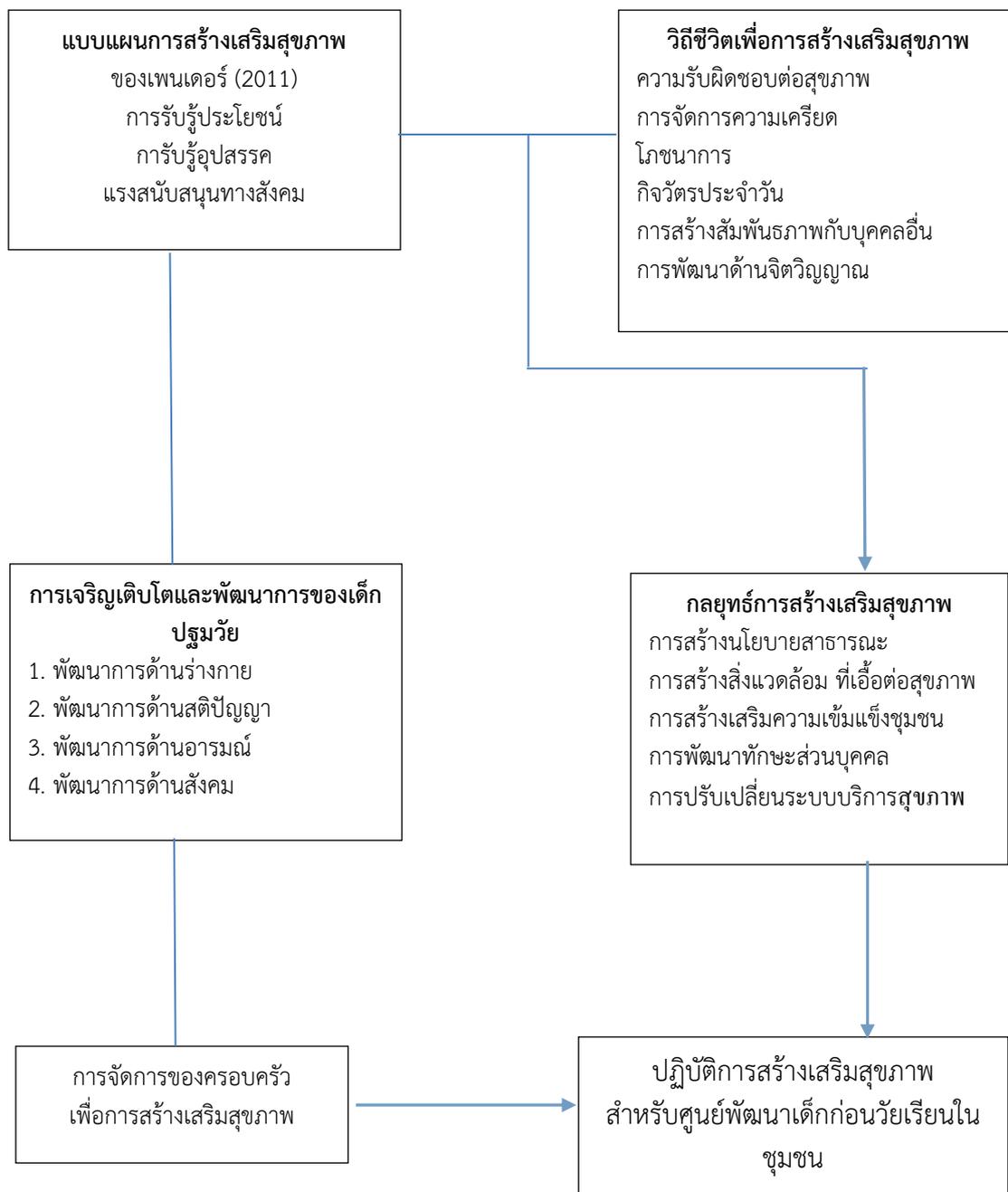
2. ด้านนโยบาย ข้อค้นพบจากการวิจัยเรื่องการพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนสามารถนำไปชี้แนะเพื่อกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพแก่เด็กปฐมวัยของเทศบาล ตำบล ฯลฯ และส่งผลสู่การตัดสินใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมให้สนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในท้องถิ่นของตน

3. ด้านสังคมและชุมชน: การพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนที่พัฒนาได้จะเป็นกลไกที่สามารถขับเคลื่อนให้สังคมเห็นความสำคัญของการพัฒนา สุขภาวะของเด็กปฐมวัย และส่งผลสู่การเป็นสังคมสุขภาวะ ได้อย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัย เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในชุมชน เป็นการบูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้องได้แก่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553; พัชรี วรกิจพูนผล, 2555) กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (WHO, 2016) แบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2011) วิธีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Walker et al, 1987) มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และ การจัดการครอบครัว (Knafelz, K., & Deatrick, J., 2006) อันเป็นหลักการที่จะสนับสนุนให้ครูและผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับมิติ 6 ประการคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมประจำวัน การจัดการความเครียด การสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัย มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมในเกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนปฏิบัติการมาประกอบการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวความคิด



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
2. รูปแบบการจัดการของครอบครัว
3. ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง กระบวนการที่จะส่งเสริม พัฒนา บุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีความสามารถที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและควบคุมพฤติกรรม รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อนตนเองในการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อนำไปสู่หรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Pender N.J, Murdaugh C.L., Parsons M.A., 2011)

นอกจากนี้ มีคำศัพท์ที่มีความหมายใกล้เคียงกับ การสร้างเสริมสุขภาพ คือ คำว่า การป้องกันโรค (Disease prevention) และ การปกป้องสุขภาพ (health protection) (Maville A. J. and Huerta G. C., 2008) ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

การป้องกันโรค (Disease prevention) หมายถึง กระบวนการที่มุ่งลดโอกาสการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรค ปฏิบัติการเพื่อการป้องกันโรคจึงให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อม การปรับพฤติกรรม การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อให้กระบวนการของการเกิดโรคถูกกำจัดไป หรือ ทำให้ช้าลง หรือเปลี่ยนแปลงกลไกการเกิดโรค

การปกป้องสุขภาพ (Health protection) หมายถึง กระบวนการที่เน้นการกำจัดความป่วยไข้ ด้วยกระบวนการรักษาพยาบาล

ทั้งการป้องกันโรคและการปกป้องสุขภาพเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับการเกิดโรค/ ความเจ็บป่วย ทั้งในระดับกลุ่มคนหรือระดับบุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะพบโรคหรือความผิดปกติ ด้านสุขภาพที่ต้องการการดูแลเฉพาะ มากกว่าหมายถึงบุคคลทั่วไป ดังนั้นกระบวนการทั้งสองเป็นการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดโรค/ความเจ็บป่วย

พัฒนาการ กฎบัตรและปฏิญญาสากลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ในปี 2521 ณ ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกที่กรุงอัลมา อะตา ได้มีการประกาศเจตนารมณ์ว่าสุขภาพดีเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญของสังคม และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม รวมทั้งกล่าวถึงนโยบายการสาธารณสุขสุขแนวใหม่ คือ การสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาในปี 2529 ณ ที่ประชุมนานาชาติที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา

ได้มีการประกาศกฎบัตรรอดตาวาว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์หลัก 5 ประการ คือ 1) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) บริการสาธารณสุขเป็นการบูรณาการระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งกำหนดให้ปี 2545 เป็นปีแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งปีดังกล่าวตรงกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 ของประเทศไทย

ต่อมาได้มีการประกาศอเดลเลต ชาร์เตอร์ในปี 2531 และ ซัสสวอลล์ ชาร์เตอร์ในปี 2534 ที่มุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ การสร้างเสริมการรักษาสิ่งแวดล้อมและกำจัดมลภาวะต่างๆ ซึ่งปีดังกล่าวตรงกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 - 7 ของประเทศไทย ที่มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการเริ่มต้นโครงการประกันสุขภาพ ในช่วงนั้นการสร้างเสริมสุขภาพได้นำมาบูรณาการเป็นมิติหนึ่งของบริการสุขภาพโดยโครงการดังกล่าวระบุสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพไว้อย่างชัดเจน

ในปี 2540 ตามประกาศจากรัตนา ชาร์เตอร์ การสร้างเสริมสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างพลังอำนาจระดับบุคคลและการพัฒนาสุขภาพโดยรวมในประเด็นของ โภชนาการ ทันทสุขภาพ อนามัย การเจริญพันธุ์ กลุ่มเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพแบ่งไปตามช่วงวัยอย่างชัดเจน ประเทศไทยได้นำแนวทางดังกล่าวมาเป็นฐานในการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 - 9 บริการสุขภาพให้ความสำคัญกับ “สร้างนำซ่อม” ที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มีนโยบายว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของบุคคล รัฐบาลจะสนับสนุนและส่งเสริมในการกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การใช้หมวกนิรภัยเมื่อขับขี่จักรยานยนต์ การรณรงค์ลดอุบัติเหตุจากการเสพยาหรือสิ่งมีเมา การรณรงค์การลดสูบบุหรี่ เป็นต้น ในช่วงเวลานั้นได้มีการก่อตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในปี 2544 ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มีบทบาทให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

กฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ที่ประกาศในปี 2548 ณ กรุงเทพมหานคร สะท้อนการนำกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ในทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ คือ 1) การชี้แนะสังคมเพื่อนำไปสู่สังคมสุขภาพ 2) การลงทุนในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ 3) การพัฒนาศักยภาพของผู้นำด้านสุขภาพให้มีทักษะ ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 4) การออกกฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ที่คุ้มครองประชาชนจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ และ การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียม และ 5) การสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อความร่วมมือในการจัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ได้เริ่มนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาบูรณาการด้วยเพื่อขจัดปัญหาของความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและการเมืองของประเทศและยังคงใช้ต่อมาจนถึงแผน ฯ ฉบับปัจจุบัน

สำหรับการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดขึ้น ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา เมื่อปี 2552 ได้มีการทบทวนกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพและสรุปว่า การผลักดันยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการสู่การปฏิบัติควรดำเนินการ 5 ประการ คือ

1. การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ (Building capacity) เช่น การพัฒนาโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ นโยบาย Happy Workplace การรณรงค์ออกกำลังกาย เป็นต้น
2. การสร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพ (strengthening health system) เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มให้ได้รับบริการที่เท่าเทียมกันและมีประสิทธิภาพ
3. การสร้างความร่วมมือในทุกกระดับ (inter-sectorial action) เช่น การเปิดโอกาสให้หน่วยงานภาคเอกชน ภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมหรือสนับสนุนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
4. การสร้างพลังอำนาจชุมชน (community empowering) เป็นการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพแก่ชุมชน โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจและดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
5. การสร้างความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพระดับบุคคล (health literacy) ในปัจจุบันที่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หลากหลายช่องทาง ประชาชนผู้รับสารต้องมีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง รู้เท่าทันและสามารถวิเคราะห์ตัดสินใจได้ว่าสารสุขภาพที่ได้รับมีคุณภาพเป็นจริงหรือไม่ ในปี 2556 องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ นับเป็นครั้งที่ 8 ของการประชุมวาระดังกล่าว การประชุมครั้งนี้ยังคงยึดมั่นในการผลักดันยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ 5 ประการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และเน้นความเท่าเทียมในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของชาติ ศาสนา ความเชื่อด้านการเมือง หรือความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้ ผู้เข้าประชุมเห็นพ้องกันว่าภาคส่วนที่กำกับนโยบายสุขภาพหรือรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการสร้างความสมดุลดังกล่าว ดังคำกล่าว *Health in All Policies* ดังนั้น ภาครัฐควรให้การสนับสนุนทุกภาคส่วนให้ดำเนินกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งภาคเอกชน เพื่อนำสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านสุขภาพตามคำนิยามที่องค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ (วนิดา ตูรงค์ฤทธิชัยและคณะ, 2553; ศิริพร ชัมภลลิขิต และ จุฬาลักษณ์ บารมี, (บรรณาธิการ), 2555) กล่าวได้ว่า ในยุคศตวรรษที่ 21 นี้ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นมิติบริการสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของพลเมืองโลก

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006)

โนลา เจ เพนเดอร์ (Pender, Nola J.) นักทฤษฎีทางการพยาบาล ได้พัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับ การตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ทุกวัย เป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (Competence -or approach - oriented model) และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง และได้ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 2006 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996 อ้างถึงใน สุรินทร กลัมพากร, อภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกะปิ่น และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2554)

1. บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเองรวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 12 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการ ปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (Active role) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้อง เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบ แผนการดำเนินชีวิต (Life style) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพมีดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996)

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) แต่ละบุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมาก่อนซึ่งมีอิทธิพลทั้งโดยตรง และโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดจากการสร้างสุขนิสัยที่การกระทำนั้น ไม่ต้องใช้ความพยายาม และไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้นเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้นตามแนวคิดของ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สุรินธร กลัมพากร และคณะ, 2554) ที่เชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเกิดจากการได้รับประโยชน์ตามที่คาดหวังจากพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะถูกสะสมไว้ในความทรงจำและต้องขจัดออกไป เพื่อให้การกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้กระทำก็มีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดร่วมด้วยจะเป็นอารมณ์ในทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือหลังการกระทำ พฤติกรรมจะบันทึกไว้เป็นความจำ พฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อม ผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender et al., 2006) ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศอายุความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior - specific cognition and affect) ซึ่งปัจจัยด้านนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมโดยอมขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะ ได้รับหรือผลลัพธ์ หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ บุคคลจะเกิดขึ้นได้จาก ประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ โดยบุคคล จะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจและช่วยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยที่บุคคล รับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งภายในและภายนอก การรับรู้ ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความรู้สึกตื่นตัว และลดความรู้สึกอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนประโยชน์จากภายนอก ได้แก่ การได้รับรางวัลหรือการได้เข้ากลุ่มสังคมจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเริ่มต้น ปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผ่านเจตจำนง ที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) การที่ บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งอุปสรรคนี้อาจ เป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือมีอยู่จริงก็ได้ ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม การที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลิกพฤติกรรมที่ทำลาย สุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อมและรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติ พฤติกรรม นั้น ๆ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมี โอกาสปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้นด้วย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อ การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self - efficacy) การที่บุคคลรับรู้ ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติ พฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้ สมรรถนะมากขึ้น ขณะเดียวกันยิ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูงเท่าใดก็ยิ่ง รับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงและการรับรู้อุปสรรค ที่จะปฏิบัติ พฤติกรรม โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน คือ

2.3.1 ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น

2.3.2 ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่น แล้วมาเปรียบเทียบกับ ตัวเอง

2.3.3 การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้สามารถนำความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ประโยชน์

2.3.4 สภาพร่างกาย เช่นความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินใจจากความสามารถของตน

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity - related affect) บุคคลจะเกิดความรู้สึกทั้งขณะก่อน ระหว่าง หรือหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากตัวพฤติกรรมนั้น ๆ การตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกอาจมีระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำอันจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง การตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมนี้จะส่งผลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ หรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย มักถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัด ไม่สบายใจ มักจะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ในการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวก และด้านลบ ดังนั้นการประเมินความรู้สึกของผู้ปฏิบัติขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเชื่อ และเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบอย่างมาตรฐานทางสังคมกำหนดมาตรฐานการกระทำที่แต่ละคนสามารถยอมรับ หรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบอย่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคลมีผลโดยตรง และ โดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงาม ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดในสวนสุขภาพที่มีผู้คน รวมกลุ่มในการออกกำลังกายกันมาก จะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์มีอิทธิพลทั้ง ทางตรง และทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นการให้ สัญญาณเตือนการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อิทธิพล โดยอ้อมจะผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติ

3. ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome)

3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions) เจตจำนงในการปฏิบัติจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติในพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากมีความต้องการและ

ความชอบอย่างอื่นที่เหนือกว่าเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำเว้นเสียแต่เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือเป็นพฤติกรรมอื่นที่บุคคลขึ้นชอบจนเปลี่ยนใจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการคือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลาและสถานที่ที่กำหนดเอาไว้โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชอบ และการหาวิถีที่จะกระทำ และเสริมแรงจิตใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากวิถีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

3.2 ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เข้ามากระทบกันก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อยเนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มีงานต้องทำ ต้องดูแลครอบครัวอย่างกะทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ขึ้นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มีพลังอำนาจให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกายแต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบในขณะนั้นได้จะต้องรู้จักกำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการและการเลี้ยงดู

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health - promoting behavior) พฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

ในการประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น Pender et al. (2006) ได้พัฒนาแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Life Style Profile II: HPLP - II) ซึ่งปรับปรุงมาจาก Walker, Sechrist, and Pender (1987) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (Walker et al., 1987; Pender et al., 2006 อ้างถึงใน นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2547)

1. ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล โดยสามารถดูแลสุขภาพและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมาเพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่างๆที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ควรมีความรับผิดชอบต่อตนเองในระดับหนึ่งเพื่อคงไว้ซึ่งการรักษาคุณภาพแห่งชีวิตด้วยการศึกษาหาความรู้ ติดตามข้อมูลข่าวสารถึงวิธีการดูแลตนเองเพื่อจะได้มีเจตคติที่ดี เห็นความสำคัญ of สุขภาพและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งนี้อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกวัย พฤติกรรมออกกำลังกายตามแนวคิดของเพนเดอร์ ครอบคลุมการพักผ่อนและสันทนาการด้วย การออกกำลังกายต้องกระทำอย่างเต็มที่ โดยให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ร้อยละ 70 – 85 ของศักยภาพสูงสุดหรือมีอัตราการเต้นหัวใจประมาณ 120 –150 ครั้งต่อนาที เป็นเวลา 20 –30 นาที มีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะสลับกับระหว่างการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อ เช่น การว่ายน้ำ วิ่ง การเดิน ชีจักรยาน เต้นแอโรบิก ในขณะที่ออกกำลังกายต้องหายใจให้ถูกวิธี เพราะร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น ต้องเตรียมร่างกายก่อนออกกำลังกายเสมอและกระทำด้วยความสนุก บุคคลควรออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ และทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที หรือมากกว่า (Pender. 1996 : 186) การออกกำลังกายช่วยทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การสูบน้ำหนักเลือดแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก การออกกำลังกายยังมีผลดีต่อการเพิ่มระดับ เอชดีแอล โคเลสเตอรอล (HDL Cholesterol) ช่วยลดน้ำหนัก ลดระดับความดันโลหิต และเพิ่มความคงทนต่อกลูโคส การออกกำลังกายที่ถูกต้องนั้นต้องไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ควรออกกำลังกายช้าๆ ไม่หักโหม และมีระยะผ่อนคลาย (Cool down) ภายหลังจากออกกำลังกายทุกครั้ง เพนเดอร์ (Pender.1996 : 202 -203) ยังกล่าวว่าการออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวันโดยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเพื่อใช้พลังงาน เช่นเดินแทนการใช้ลิฟท์ เดินแทนการใช้รถบริหารแขนขาแทนการนั่งอยู่เฉยๆ เดินเล่นขณะเวลาพักแทนการนั่งอยู่ในห้อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติ โดยใช้กิจกรรมที่มีคุณสมบัติ 3 ประการ คือ ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน ต้องมีจังหวะการเคลื่อนไหวสม่ำเสมอ และต้องทำให้ร่างกายทำงานหนักกว่าปกติติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20 นาที การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจิต จึงต่างกับกีฬาเพื่อการแข่งขันเพราะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึงการดำรงรักษาสุขภาพให้ดีอยู่แล้วมิให้ลดถอยลง ปรับปรุงสุขภาพที่ทรุดโทรมให้ดีขึ้น ป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับ การขาดการออกกำลังกายตลอดจนแก้ไขฟื้นฟูสภาพร่างกายจากโรคบางอย่าง กีฬาต่าง ๆ สามารถดัดแปลงเป็นกีฬาเพื่อสุขภาพได้ โดยการออกกำลังกายในกีฬานั้นต้องคำนึงถึง

- (1) ความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย
- (2) สามารถควบคุมความหนัก – เบา ได้ด้วยตนเอง
- (3) มีการฝึกความอดทนของระบบหายใจ และระบบไหลเวียนของเลือด
- (4) สามารถปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอได้
- (5) มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุภัยน้อย หรือไม่มีเลย
- (6) ปฏิบัติได้ง่าย ไม่มีกฎ กติกา หรือเทคนิคยุ่งยาก
- (7) มีความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ไม่เคร่งเครียด
- (8) ไม่สิ้นเปลือง

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของ ร่างกาย เพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าบุคคลควรรับประทานอาหารตามที่สำนักงานเกษตรสหรัฐอเมริกา (US. Department of Agriculture) แนะนำเช่นควรรับประทานอาหารประเภทไขมันร้อยละ 30 โดยเลือกไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ไขมันไม่อิ่มตัวหลายโมเลกุล (Polyunsaturated fatty acid) และไขมันไม่อิ่มตัวโมเลกุลเดี่ยว (Monounsaturated fatty acid) ร้อยละ 10 เท่ากัน คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 –60 และโปรตีนร้อยละ 10–20 ควรรับประทานโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม รับประทานน้ำตาลที่ผ่านการฟอกหรือผ่านการตัดแปรงร้อยละ 10 เท่ากัน และลดการดื่มแอลกอฮอล์ลง และควรรับประทานอาหารที่กากใยสูง เช่นผัก ผลไม้ เป็นต้น อาหารมีความจำเป็นต่อสุขภาพตลอดอายุขัย โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเต็มที่ และเป็นวัยแห่งการทำงาน การได้รับอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และยังสามารถป้องกันโรคต่างได้การที่จะบรรลุ เป้าหมายหลักทางโภชนาการนี้ ทุกคนต้องแสวงหาความรู้ทางโภชนาการจากแหล่งที่เชื่อถือได้ โดยสามารถนำความรู้ที่ถูกต้องมาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกซึ่งความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ สังคมย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ มีความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึก เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีนั้น จะทำให้ ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา กำลังใจ หรือด้านการเงิน ซึ่งนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความรู้สึกดี ๆ ช่วยลดความเครียด นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี

5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุข ความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่ทำให้มีการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความรัก ความจริงใจต่อบุคคลอื่น ความสนุกสนาน ความสงบสุข และความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายของชีวิต โดยประเมินได้จากความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรักความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับศาสนากับปรัชญาได้แก่พันธสัญญาเกี่ยวกับความเป็นมนุษย์หรือความไว้วางใจในพระเจ้า จะทำให้บุคคลได้พบความสงบสุข และนำไปสู่ความมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต (Pender, 1996)

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจคับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดัน จนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ ความเครียดที่มีไม่มากนัก จะเป็นแรงกระตุ้นให้คนเราเกิดแรงมุ่งมาที่จะเอาชนะปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ได้ คนที่มีความรับผิดชอบสูง จึงมักหนีความเครียดไม่พ้นความเครียดที่เป็นอันตรายคือความเครียดในระดับสูงที่คงอยู่เป็นเวลานาน จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

1.1 เพศ เพศเป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender et al., 2006) เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ความคิดและความเชื่อ ซึ่งย่อมส่งผลให้เพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย (สุกัญญา บุญวรสถิต, พรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2559)

1.2 อายุ อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพราะอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งอาจเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (Orem, 1991 อ้างถึงใน นันทมนัส บุญโล่ง, 2552) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย ได้แก่การศึกษาของ ณิชฐภรณ์ ผลึกเพชร (2548) ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .13$, $p - \text{value} = .046$) และอายุเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพได้ ($R^2 \text{ Change} = .016$) สอดคล้องกับ การศึกษาของ บุญเรืองชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ($p - \text{value} < .05$) การศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง ($x^2 = 13.78$, $p - \text{value} = .032$) และนันทวรรณ เมฆา (2550) ในบุคลากรในสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข และการศึกษาในต่างประเทศของ Lee et al. (2006) ก็พบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < .001$) แต่การศึกษาบางส่วนพบว่าอายุต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหารระดับสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด

1.3 สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสเป็นบทบาททางสังคม คู่สมรสมีหน้าที่ต้องอุปการะเอาใจใส่ดูแล ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของคู่สมรสด้วยความเข้าใจ ความรัก

การยอมรับ ซึ่งกันและกัน ไม่สร้างความขัดแย้งต่อกัน มีการปรึกษาปัญหา และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ย่อม ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีความผูกพันในครอบครัว มีความสุขในชีวิตคู่และเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ จึงพบว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าสถานภาพสมรสโสด หย่า หม้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเรืองชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งการศึกษาในต่างประเทศของ Pirincci, Rahman, Durmus, and Erdem (2008) ที่ศึกษาในคณะผู้ร่วมงานในสถาบันการศึกษาจำนวน 509 คน พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 ระดับการศึกษา การศึกษาอาจมีอิทธิพลต่อระดับความเข้าใจของคนโดยทั่วไป (Maville & Huerta, 2008) โดยระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนัก เกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพและการแสวงหาหนทางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีระดับ การศึกษาสูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลอาทิเช่น การศึกษาของ จิราภรณ์ ชันมัน (2549) ในบุคลากรทางการแพทย์ในกอง อายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ($x^2 = 41.57$, p - value < .01) ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2548) ในพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุงและการศึกษาในบุคลากรกลุ่มอื่น ได้แก่ การศึกษา ของกองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ($x^2 = 14.32$, p - value < .05) การศึกษาในต่างประเทศของ Cao et al. (2012) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุชาย และหญิงชาวจีน จำนวน 1,012 คน ก็พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนิน ชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .001) เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Lee et al. (2006) ที่พบว่าการศึกษาของผู้สูงอายุในประเทศเกาหลีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .001) ในขณะที่การศึกษาบางส่วนพบว่าระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหารระดับสัญญาบัตรใน ศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด และการศึกษาของ อรไท แดงชาติ (2548) บุคลากรในโรงพยาบาล

1.5 รายได้ รายได้มีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตประจำวัน ในการบริโภค และการใช้จ่าย ในยามฉุกเฉิน บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสสร้างความมั่นคงในชีวิต ความมั่นคงทางสังคม และการ หาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาของ จิราภรณ์ ชันมัน (2549) ในบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ($r = 31.87$, p - value < .001) การศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ($r = 25.82$, p -value = .003) และการศึกษาของ ประไพพรพันธ์ บัวพรหมมี (2553) ในบุคลากรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี (p -value < .05) สำหรับ การศึกษาในต่างประเทศของ Cao et al. (2012) พบว่ารายได้ต่อเดือนมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายและหญิง ชาวจีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .001) ในทางตรงกันข้ามบางการศึกษาพบว่า รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ สุวิภา อุนจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหารระดับสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด

1.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทาง กาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ภาวะสุขภาพแบ่งได้เป็น ภาวะสุขภาพสมบูรณ์ หมายถึง การไม่มีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ หมายถึง การมีโรคประจำตัว บุคคลที่มีภาวะ สุขภาพที่สมบูรณ์ สามารถกระทำ หรือปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงป้องกันโรคได้ ขณะเดียวกันบุคคลที่มีภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ ก็สามารถกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ส่วนใหญ่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ($r = .25, p - value < .001$) สุวิภา อุนจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการระดับชั้นสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการ ทหารสูงสุด ($r = .22, p - value < .01$) ปรียพร วิชาลบูรณ์ (2549) ในลูกจ้างโรงพยาบาลตำรวจ ($r = .147, p - value < .01$) การศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2554) ในตำรวจไทย และการศึกษาของ สุวิภา อุนจรพันธ์ (2550) ใน ข้าราชการระดับชั้นสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด

2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิด หรือเป็นสิ่งที่มียุ่จริง ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อการรับรู้อุปสรรคมากก็ยาก ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อยก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาส่วนใหญ่ ได้แก่ การศึกษา การศึกษาของ บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาของ สุวิภา อุนจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการระดับชั้นสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการ ทหารสูงสุด ($p - value < .01$) บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และการศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ($r = .47, p - value < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2554) ในตำรวจไทย การศึกษาในต่างประเทศ โดย Hendrickand Hendrick (2005) ที่ทำการศึกษาในนักเรียนชาวอเมริกันผิวสี 168 คน ที่มีประวัติ เป็นนักกีฬาของสถาบัน ที่พบว่าความหวังและการมีสมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพล ต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการ ตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของเด็ก ที่มารับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้น ผู้วิจัยเชื่อด้วยว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลย่อมส่งผลต่อการออกแบบสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยเช่นกัน

รูปแบบการจัดการของครอบครัว (Family Management Styles Framework: FMSF)

คณาเพลและดีทริก (Deatrick & Knafel, 1990) เสนอแนวคิด FMSF เพื่อให้เข้าใจว่าสมาชิกในครอบครัวมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังในครอบครัวอย่างไร ทั้งในด้าน การดำเนินชีวิตของสมาชิกครอบครัวและด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก โดยกรอบแนวคิดนี้อธิบายถึงวิธีการที่หลากหลายที่ครอบครัวใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ใน 3 มิติหลัก ได้แก่ การให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Definition of the situation) พฤติกรรม การจัดการ (Management behaviors) และการรับรู้ถึงผลที่ตามมา (Perceived consequences)

องค์ประกอบหลักของกรอบแนวคิด FMSF

1. การให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Definition of the situation) การรับรู้ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผู้ป่วยเด็กมีความสำคัญต่อวิธีการที่ผู้ปกครองจะจัดการดูแลให้สัมพันธ์กับกิจวัตรของครอบครัวอย่างสมดุลหรือเหมาะสมอย่างไร ตามกรอบแนวคิด FMSF การให้ความหมายของสมาชิกครอบครัว ขึ้นกับปัจจัยหลายด้านได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วยเด็ก (child identity) มุมมองหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะการเจ็บป่วย (illness view) สัมพันธภาพของ ผู้ปกครอง (parental mutuality) และ ความเชื่อที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (mindset)

1.1 ลักษณะของผู้ป่วยเด็ก (Child identity) ผู้ปกครองมองเด็กในความเป็นปกติ ความสามารถหรือความอ่อนแออย่างไร การศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่มีการจัดการแบบพัฒนาให้ดีขึ้น (แบบที่ 1: thriving) ให้ความสำคัญว่าต้องดูแลเด็กให้เป็นไปตามปกติมากที่สุด ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีการจัดการแบบเป็นปัญหา (แบบที่ 5: Floundering style) มองสถานการณ์ที่เกิดผู้ป่วยเด็ก เป็นตัวทำให้เกิดปัญหาและเป็นเรื้อรังน่าเศร้าจนเกิดปัญหากับทุกคนในครอบครัว

1.2 มุมมองหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะการเจ็บป่วย (Illness view) การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเป็นความเข้าใจของพ่อแม่และความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยทั่วไปซึ่งประกอบด้วย สาเหตุ ความรุนแรง การคาดการณ์ล่วงหน้า และช่วงเวลาความเจ็บป่วย

1.3 สัมพันธภาพของผู้ปกครอง หมายถึงความเชื่อของพ่อแม่เกี่ยวกับขอบเขตที่ซึ่งพ่อแม่ ได้มีการแลกเปลี่ยนมุมมองที่เหมือนหรือต่างกันเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก ความเจ็บป่วย ปรัชญาการเป็นพ่อแม่ และวิธีการในการจัดการความเจ็บป่วย มุมมองและความเชื่อที่แตกต่างเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและวิธีการจัดการความเจ็บป่วยทำให้การดำรงชีวิตของสมาชิกมีความยุ่งยากมากยิ่งขึ้น ระยะที่ 4 ระยะที่ถูกเป็นวัยรุ่น

1.4 ด้านความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรม (Mindset) ผู้ปกครองของเด็กจะมองว่าเป็นเรื่องง่ายหรือยากที่จะดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษาโรค ผู้ปกครองของเด็กที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการเรื่องต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่างๆ ต่อผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัว ต่างจากพ่อแม่ในกลุ่มที่รู้สึกยุ่งยากและลำบาก จะรู้สึกเป็นภาระมากกับภาระหน้าที่ในการจัดการผู้ป่วยเด็ก

2. พฤติกรรมการจัดการ (Management behaviors) สะท้อนวิธีการทั้งหมดของพ่อแม่ในด้านหลักการและความสามารถในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เป็นกิจวัตรประจำของครอบครัว ในช่วงที่พึ่งทราบการวินิจฉัยโรคของเด็กใหม่ๆ ผู้ปกครองอาจไม่ได้เตรียมพร้อมสำหรับการดูแลเด็ก ซึ่งรวมถึงการประสานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ ด้วย ในระยะนี้ผู้ปกครองต้องการคำแนะนำอย่างใกล้ชิด (coaching) การปรับเปลี่ยนกิจวัตรของครอบครัวยังขึ้นอยู่กับการควบคุมอาการของโรค ร่วมกับความสามารถในการปรับเปลี่ยนกิจวัตรครอบครัวให้สมดุลมากที่สุด เช่น ความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต สมาชิกในครอบครัวต้องเข้าใจร่วมกันที่จะทำให้เกิดความสมดุลระหว่างอาหารที่ชอบและพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เคยปฏิบัติมากับแผนการรักษาของผู้ป่วย

2.1 Parenting philosophy แนวคิดด้านการจัดการความเจ็บป่วยจะมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดการให้ความหมายของสถานการณ์เนื่องจากพฤติกรรมการจัดการจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และจะสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ของแนวคิดนี้ หลักการของแนวคิดนี้ประกอบด้วยเป้าหมายของสมาชิกครอบครัว การให้ความสำคัญและคุณค่าต่อสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะนำไปสู่การพิจารณาวิธีการทั้งหมดและวิธีที่เฉพาะสำหรับการจัดการความเจ็บป่วย

2.2 วิธีการจัดการ (Management approach) คือการประเมินของผู้ปกครองที่พัฒนาจากการทำที่เป็นกิจวัตรจากการจัดการความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์ไปกับการดำรงชีวิตของครอบครัว โดยไม่ได้เน้นที่วิธีการที่เฉพาะแต่เป็นกิจวัตรและหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาต่างๆ เช่น ผู้ปกครองที่มีการจัดการที่ดีจนสามารถเข้าสู่ภาวะปกติของครอบครัว จะใช้วิธีการเชิงรุกหรือคาดการณ์ล่วงหน้าและพัฒนากิจวัตรสำหรับการดูแล ส่วนผู้ปกครองที่มองสถานการณ์เป็นปัญหามักมีปฏิริยามากในการจัดการของพวกเขาและสามารถจัดการกิจวัตรประจำได้น้อย และหลีกเลี่ยงความยุ่งยากต่าง ๆ สิ่งที่ทำหายของครอบครัวคือ การพัฒนากิจวัตรใหม่เพื่อจัดการการเจ็บป่วยและประสานกิจกรรมนั้น ๆ ให้เข้ากับกิจกรรมภายในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยเด็กและคนอื่นๆ ในครอบครัว

3. การรับรู้ถึงผลที่ตามมา (Perceived consequences) คือการที่ครอบครัวรับรู้ต่อประสบการณ์การ เจ็บป่วยและคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า การรับรู้ด้านนี้เป็นผลจากพฤติกรรมการจัดการดูแลและการให้ความหมาย และจะมีผลต่อรูปแบบการจัดการของครอบครัว ถ้าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ และอาการของเด็กแย่ลง การจัดการภายในครอบครัวจะมีความเครียดมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามอาการของผู้ป่วยเด็กคงที่ สามารถพยากรณ์โรคได้ดี ความกลัวของครอบครัวต่ออนาคตจะน้อยลง

3.1 จุดมุ่งหมายของครอบครัว (Family Focus) เป็นการประเมินความสมดุลของพ่อแม่ระหว่างการจัดการภาวะเจ็บป่วยและลักษณะการดำรงชีวิตด้านอื่นๆ ของครอบครัว เช่น ผู้ปกครองที่มี

การจัดการที่ดีจนสามารถเข้าสู่ภาวะปกติของครอบครัว มีการบูรณาการภาวะเจ็บป่วยของเด็กเข้าไปสู่ การดำเนินชีวิตของครอบครัว และยังเน้นที่การดำเนินชีวิตของครอบครัวต่อไป ในขณะที่ผู้ปกครองของ กลุ่มที่มองสถานการณ์เป็นปัญหา ครอบครัวเน้นที่การเจ็บป่วยของเด็กอย่างเดียว

3.2 การคาดหวังต่ออนาคต (Future expectation) เป็นการประเมินการปฏิบัติต่อภาวะ เจ็บป่วยสำหรับอนาคตของเด็กและครอบครัว ผู้ปกครองของกลุ่มในที่มีการจัดการที่ดีมีความคิดเห็น ทางบวกต่อการเจ็บป่วยของเด็กและมองเห็นความเป็นไปได้ที่การดำเนินชีวิตในครอบครัวจะดีขึ้น ส่วนครอบครัวในแบบที่มองสถานการณ์เป็นปัญหา มีความคิดทางลบที่คาดหวังว่าการเจ็บป่วยของ เด็กแย่ลง และอนาคตจะมีความสุขน้อยลงซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วย

ในปัจจุบัน มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อให้สามารถนำไปศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และสามารถ นำไปประเมินครอบครัวเพื่อให้เข้าใจและให้การดูแลสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญ ปัญหาและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เครื่องมือวัดการจัดการในครอบครัว ประกอบด้วย 6 ด้าน (53 ข้อ) ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวันของบุตร (Child's Daily Life) 5 ข้อ, ความสามารถในการจัดการดูแล (Condition Management Ability) 12 ข้อ, ความพยายามในการจัดการดูแล (Condition Management effort) 4 ข้อ, ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตครอบครัว (Family Life Difficulty) 14 ข้อ, มุมมองต่อผลกระทบของโรค (View of Condition Impact) 10 ข้อ และ ความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครอง (Parental Mutuality) 8 ข้อ

จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (2011) การคิดรู้และ อารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยสำคัญที่ เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ถึงความสามารถ ของตน นำมาซึ่งความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคลดลง นอกจากนี้ ครอบครัว คือแหล่งประโยชน์สำคัญ ซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความยึดมั่นต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกการจัดการครอบครัวเพียง 3 ด้าน คือ ความสามารถในการจัดการดูแล (Condition Management Ability) 12 ข้อ ความพยายาม ในการจัดการดูแล (Condition Management effort) 4 ข้อ และความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครอง (Parental Mutuality) 8 ข้อ เนื่องจาก 3 ด้านที่เลือกให้ความสำคัญกับการรับรู้ของความสามารถ ในการจัดการ การใช้ความพยายามในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพื่อเป็นการปลูกฝังให้บุตรมีวิถีชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ในอนาคต ดังนั้นการจัดการครอบครัวทั้ง 3 ด้าน จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยด้านการคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับ การศึกษาครั้งนี้

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร (ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2550)

กรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนใน กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือประชาชนที่มีรายได้น้อย และต้องประกอบอาชีพ

นอกบ้านทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรหลานที่อยู่ในวัยก่อนเข้าเรียนภาคบังคับและไม่มีค่าใช้จ่ายในการส่งบุตร หลานเข้าโรงเรียนอนุบาลให้มีโอกาสเตรียมความพร้อม ช่วยเสริมสร้างพัฒนาการที่ถูกต้องสมวัยให้แก่เด็กและเป็นการแบ่งเบาภาระครอบครัว สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร เป็น หน่วยงานหลักที่ดูแลรับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วย

1. ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน (สำนักพัฒนาชุมชนเดิม) จัดให้มีบริการสังคมในการแบ่งเบาภาระครอบครัว โดยมุ่งพัฒนาเด็กอายุ 2-6 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มด้อยโอกาสในสังคม ได้มีโอกาสพัฒนาความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียนระดับประถมศึกษา โดยจัดตั้งเป็นศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

2. ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด (กรมการศาสนากระทรวงศึกษาธิการ) โดยมุ่งเน้นเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาครบทุกด้านตามวัย ซึ่งกรุงเทพมหานครได้รับการถ่ายโอนจากกรมการศาสนา ทั้งนี้การบริหารจัดการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ กรมการศาสนายังเป็นหน้าที่ของวัดและคณะกรรมการบริหารศูนย์ องค์การปกครองท้องถิ่น รับโอนเพียงภาระหน้าที่ของกรมการศาสนาในการสนับสนุนงบประมาณและวิชาการเท่านั้น

3. ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการถ่ายโอนจากกรมประชาสงเคราะห์ ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ภาคเอกชน ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็ก

4. ศูนย์สงเคราะห์เด็กในอาคารสงเคราะห์ชุมชนและในแหล่งก่อสร้าง (สำนักสวัสดิการสังคมเดิม) ซึ่งให้การช่วยเหลือหรือสงเคราะห์โดยมุ่งพัฒนาเด็กทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เป็นการเตรียมความพร้อมให้เด็กก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาดำเนินการจัดเป็นศูนย์สงเคราะห์เด็กในอาคารสงเคราะห์กรุงเทพมหานครและศูนย์สงเคราะห์เด็กในแหล่งก่อสร้าง

การจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน (สำนักพัฒนาสังคม, 2560)

1. คณะกรรมการชุมชนสำรวจความต้องการจำนวนเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนและ จัดเตรียมสถานที่ซึ่งต้องอยู่ในชุมชนที่จะดำเนินการ

- กรณีสถานที่ที่เป็นของเอกชนจะต้องมีเอกสารสิทธิ์หรือหนังสือแสดงความยินยอมให้ใช้ประโยชน์ถูกต้องตามกฎหมายและเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติซึ่งกรุงเทพมหานครได้กำหนด

- การเช่าที่ดิน/อาคาร คณะกรรมการชุมชนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากการดำเนินงานศูนย์ฯ

- สถานที่ที่กำหนดให้เป็นศูนย์ฯ หากมีอาคารอยู่แล้วให้พิจารณาถึงความสะอาด ปลอดภัย แสงแดดส่องถึง อากาศถ่ายเท ไม่อับชื้น กรณีที่จะสร้างขึ้นใหม่ให้เป็นไปตามข้อบัญญัติของกรุงเทพมหานครที่เกี่ยวข้องและควรจะมีพื้นที่ว่างสำหรับใช้เป็นสนามเด็กเล่นด้วย

2. การประชาสัมพันธ์ คณะกรรมการชุมชนและผู้อยู่อาศัยในชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้ามาใช้บริการจากศูนย์ฯ

3. คณะกรรมการชุมชนยื่นเรื่อง พร้อมแจ้งความประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน และพร้อมสนับสนุนเป็นลายลักษณ์อักษร ต่อผู้อำนวยการเขตและผู้อำนวยการเขตเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. ผู้อำนวยการเขตพิจารณาการจัดตั้งศูนย์ฯ และแต่งตั้งอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์ โดยกรุงเทพมหานครสนับสนุนค่าตอบแทนอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก อาหารเสริมและวัสดุอุปกรณ์ตามความเหมาะสม

5. การบริหารจัดการศูนย์ฯ กำหนดให้อยู่ในการควบคุมดูแลของคณะกรรมการชุมชนตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสนับสนุนการพัฒนา พ.ศ. 2536 ข้อ 4 โดยคณะกรรมการชุมชนแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ และเมื่อได้มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการชุมชน ให้คณะกรรมการชุมชนพิจารณาการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนได้ตามความเหมาะสมโดยให้ผ่านการเห็นชอบของผู้อำนวยการเขต ในกรณีที่คณะกรรมการชุมชนและคณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ มีข้อขัดแย้งเกี่ยวกับการบริหารศูนย์ฯ ให้ผู้อำนวยการเขตเป็นผู้พิจารณาหาข้อยุติ โดยให้คำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานของศูนย์ฯ เป็นหลักการสำคัญ

อาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

1. ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2539 กำหนดว่าอาสาสมัคร หมายความว่าบุคคลที่ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากผู้อำนวยการเขต

2. จำนวนอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก กำหนดตามสัดส่วน คือ จำนวนเด็ก 10 คน ต่ออาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก 1 คน

3. คุณสมบัติของอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

- เพศหญิง
- อายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- คุณวุฒิ ตั้งแต่ ม. 3 หรือเทียบเท่า
- มีภูมิลำเนา (อาศัยและมีทะเบียนบ้าน) อยู่แล้วในชุมชนที่ตั้งศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนหรือชุมชนใกล้เคียง

- มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

- มีความรักเด็กสุขภาพเรียบร้อย อ่อนโยน ร่าเริง แจ่มใส ซื่อสัตย์สุจริต ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว

- มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความกระตือรือร้น และมีลักษณะเป็นผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ดี คุณสมบัติตามที่กำหนด ไม่นำมาบังคับใช้กับอาสาสมัครที่ทำงานอยู่ก่อนที่แนวทางการบริหารจัดการ ฉบับนี้บังคับใช้

การคัดเลือกอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

ก. วิธีการรับสมัคร

1. ให้คณะกรรมการชุมชนหรือคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ประกาศรับสมัครอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กอย่างน้อย 15 วัน เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด มีความรู้ความสามารถและมีความตั้งใจจริงที่จะมาปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

2. กำหนดวันรับสมัคร วันสอบคัดเลือก และวันประกาศผล กำหนดโดยคณะกรรมการชุมชนหรือคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

3. หลักฐานการรับสมัคร ผู้สมัครต้องส่งหลักฐาน เอกสาร ในวันรับสมัคร ดังนี้

- รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาใบรับรองผลการศึกษา หรือใบรับรองการปฏิบัติงาน 1 ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ

- ใบรับรองความประพฤติรับรองโดยประธานชุมชนหรือกรรมการชุมชน หรือประธานกรรมการชุมชน หรือประธานคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนหรือข้าราชการไม่ต่ำกว่าระดับ 3

ข. วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน

1. คณะกรรมการคัดเลือก ประกอบด้วย คณะกรรมการชุมชนหรือคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน อย่างน้อย 2 คน และเจ้าหน้าที่ในสังกัดฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมของสำนักงานเขตพื้นที่ 1 คน เป็นผู้พิจารณาคัดเลือก

2. ใช้วิธีการสอบสัมภาษณ์เพื่อทดสอบความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ตลอดจนทดสอบพื้นฐานอารมณ์เพื่อให้ได้ผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

3. การสอบข้อเขียน เพื่อทดสอบความรู้และการเขียนภาษาไทยที่ถูกต้อง อาจกระทำโดยการเขียนเรียงความ หัวข้อเรื่องให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการสอบคัดเลือก

กิจกรรมในการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

1. การอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน อาจแบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่มช่วงอายุ คือ อายุ ระหว่าง 2-3 ปี และ 4-6 ปี สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป จะต้องพัฒนาให้มีความพร้อมและสามารถเข้าเรียนต่อไปในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครได้

จุดมุ่งหมายของการจัดกิจกรรม

- เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยในอันที่จะสามารถช่วยตนเองได้ และใช้สื่อภาษาได้ตามควรแก่วัย มีเหตุผลแก้ปัญหาได้และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

- เพื่อให้เด็กมีความรู้ ความสนใจและทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ตามความสามารถ และได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

- เพื่อให้เด็กมีความคิด ความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีคุณธรรม จริยธรรม และมีวินัยต่อตนเองและสังคม

แนวทางการจัดกิจกรรม

โดยมีเด็กก่อนวัยเรียนเป็นศูนย์กลาง ให้มีการพัฒนาของ กล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็กและการทำงานประสานสัมพันธ์ของอวัยวะต่าง ๆ พัฒนาความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ โดยจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องเรียนให้มีมุมเล่นหรือมุมประสบการณ์สร้างบรรยากาศให้มีความอบอุ่นคล้ายบ้าน โดยกำหนดกิจกรรมหลักอย่างน้อย 3 กิจกรรม คือ

- กิจกรรมพัฒนาการ
- กิจกรรมเสริม
- กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย

บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

1. คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

1. สำรวจความต้องการจัดเตรียมสถานที่ตั้งศูนย์ฯ
2. ประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้ปกครองนำเด็กเข้ามาใช้บริการ
3. พิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กตามคุณสมบัติที่กำหนด
4. ประสานงานคณะกรรมการชุมชนและสำนักงานเขตอนุมัติจัดตั้งศูนย์ฯ และขอรับการสนับสนุนค่าตอบแทนอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก อาหารเสริม นมผงและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
5. ควบคุม กำกับดูแลบริหารการดำเนินงานศูนย์ฯ จัดทำหลักฐานการ รับ – จ่ายเงิน และอุปกรณ์การเรียนการสอน อุปกรณ์เครื่องครัว
6. ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์ฯ
7. ดูแล บำรุงรักษา ซ่อมแซมอาคารและอาคารส่วนประกอบวัสดุอุปกรณ์ศูนย์ฯ ให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี
8. พิจารณาแก้ไขข้อขัดข้องปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานศูนย์ฯ จัดทำรายงานสรุปเสนอสำนักงานเขต
9. ประสานกับศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อขอความช่วยเหลือตรวจสุขภาพอนามัยเด็กเล็กในศูนย์ฯ อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง

2. อาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

1. รับเด็กจากผู้ปกครองจนกระทั่งส่งเด็กคืนให้ผู้ปกครองอย่างเรียบร้อย
2. สำรวจจำนวนเด็กประจำวันและติดตามหาสาเหตุที่เด็กไม่มาติดต่อกันเกิน 3 วัน

3. จัดเตรียมสถานที่เรียนให้สะอาดเรียบร้อย ร่มรื่นปลอดภัยเตรียมอุปกรณ์การเรียนการสอน อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์การสอน จัดทำทะเบียนเด็ก วัสดุอุปกรณ์ให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน รวมทั้งการจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน

4. ให้ลงเวลาการปฏิบัติงานประจำวันตามแบบฟอร์มที่สำนักงานเขตกำหนดและถ้ามีเหตุจำเป็นในการลาหยุดงานเนื่องจากเจ็บป่วย หรือมีกิจธุระจำเป็นการลาให้นั้นให้อยู่ในดุลยพินิจของกรรมการบริหารศูนย์ฯ หรือกรรมการชุมชน

5. เลี้ยงดูเด็กตามตารางการจัดกิจกรรมประจำวัน

6. เยี่ยมเยียนปรึกษาหารือขอคำแนะนำจากผู้ปกครอง กรรมการชุมชน องค์กรต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์

7. ศึกษาหาความรู้และเข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ตามหลักสูตรที่กำหนด เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศูนย์ฯ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนของอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กในศูนย์ พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนให้มีมาตรฐานเดียวกัน ดังนั้น จึงให้ทุกสำนักงานเขตจัดอบรมอาสาสมัคร ผู้ดูแล เด็ก ตามความเหมาะสมอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง โดยใช้งบประมาณประจำปีของสำนักงานเขต หรือขอรับ การช่วยเหลือจากองค์กรเอกชนในพื้นที่

3. ผู้ปกครอง

1. เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกรูปแบบ ตลอดจนการสนับสนุนให้กิจกรรมของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนได้ดำเนินการไปตามวัตถุประสงค์และแนวทางที่กำหนด

2. การตระหนักรับผิดชอบในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนโดยไม่ทิ้งให้เป็นภาระแก่ศูนย์ฯ

3. เสียสละและสร้างเสริมความเข้าใจอันดีต่อผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในอันที่จะมีผลทำให้การดำเนินงานของศูนย์ฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

กรุงเทพมหานครมีแนวทางการดำเนินการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวันเรียนเพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีแนวทางในการประเมินเกณฑ์มาตรฐาน ตามแบบมาตรฐาน จำนวน 27 ข้อ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานครให้เข้าเกณฑ์มาตรฐาน

1. เกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกรมอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก ไว้ดังนี้

1.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

- เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทุก 3 เดือน
- เด็กทุกคนแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวันทุกวัน
- อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการ ครบ 5 หมู่
- มีการจัดอาหารว่าง ที่มีคุณค่าทางโภชนาการและไม่หวานจัด
- เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพทุกวัน

- 1.2 ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- เด็กทุกคนได้รับการประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์อายุโดยผู้ดูแลเด็ก
 - มีของเล่นเด็กและหนังสือนิทานเหมาะสมกับวัย และมีกิจกรรมการเล่นิทานอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
 - มีมุมการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครอง
 - ผู้ดูแลเด็กสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก
- 1.3 ด้านบริการอาหารสะอาดปลอดภัย
- สถานที่เตรียมปรุงอาหาร สะอาดถูกสุขลักษณะ
 - น้ำดื่ม น้ำใช้สะอาด เพียงพอ
 - อุปกรณ์และภาชนะใส่อาหารปลอดภัยและสะอาด
 - ผักสด ผลไม้ต้องล้างสะอาด เนื้อสัตว์ปรุงให้สุก และมีการปกปิดอาหารที่พร้อมบริโภคแล้ว
 - ผู้ประกอบอาหารมีสุขภาพดี แต่งกายสะอาด สุขอนามัยดี
- 1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม
- บริเวณศูนย์เด็กเล็กมีสภาพแวดล้อมภายใน ภายนอกอาคารสะอาด และปลอดภัย
 - ห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาดถูกสุขลักษณะ
 - พื้นที่ใช้สอย จัดเป็นสัดส่วนและเพียงพอ
 - เครื่องใช้สำหรับเด็กสะอาดและเพียงพอ
 - ตัวอาคารมั่นคง แข็งแรงและปลอดภัย
 - มีการจัดการขยะถูกสุขลักษณะ
 - มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ
 - มีการป้องกันแมลงและพาหะนำโรค
 - มีมาตรการความปลอดภัย
- 1.5 ด้านบุคลากร
- ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ
 - มีอัตราส่วนการดูแลเด็กเหมาะสม
- 1.6 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ปกครอง ชุมชน ฯลฯ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของศูนย์เด็กเล็ก

เกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
 - เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทุก 3 เดือน
 - เด็กทุกคนแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวัน ทุกวัน
 - เด็กได้รับการตรวจสุขภาพทั่วไปจากแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง
 - เด็กได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ครบ 5 หมู่

- เด็กได้รับการตรวจสุขภาพฟัน ทุก 6 เดือน
 - เด็กได้รับการตรวจความสะอาดของร่างกาย ทุกวัน
 - เด็กได้รับอาหารว่าง มีคุณค่าทางโภชนาการและไม่หวานจัด
2. ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- เด็กทุกคนได้รับการประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์อายุโดยผู้ดูแลเด็ก
 - เด็กได้รับการพัฒนาการตามวัยมีของเล่นเด็กและหนังสือนิทานเหมาะสมกับวัยและมีกิจกรรม การเล่านิทาน
 - เด็กได้รับการฝึกให้ช่วยเหลือตนเองได้ตามวัย
 - มีมุมการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครอง
 - ผู้ดูแลเด็กให้คำปรึกษาด้านการดูแลเด็กแก่ผู้ปกครองได้
3. ด้านอาหารสะอาด ปลอดภัย
- สถานที่เตรียมหรือปรุงอาหารสะอาดและถูกสุขลักษณะ
 - น้ำดื่ม น้ำใช้สะอาดและเพียงพอ
 - อุปกรณ์ / ภาชนะที่ประกอบอาหารและใส่อาหารปลอดภัยและสะอาด
 - ผักสด / ผลไม้ ต้องล้างสะอาด เนื้อสัตว์ต้องปรุงให้สุก มีการปกปิดอาหารที่พร้อมบริโภค
 - ผู้ประกอบอาหารมีสุขภาพดีแต่งกายสะอาดมีสุขอนามัยที่ดี
4. ด้านสถานที่สะอาดปลอดภัย
- บริเวณสถานที่ภายใน / ภายนอกอาคารสะอาด และปลอดภัย
 - ห้องน้ำ / ห้องส้วมสะอาดถูกสุขลักษณะ
 - พื้นที่ใช้สอยจัดเป็นสัดส่วน
 - วัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับเด็กสะอาดและเพียงพอ
 - มีการป้องกันแมลง และพาหะนำโรค
 - มีการจัดการขยะที่ดี
5. ด้านบุคลากร
- บุคลากรมีสุขภาพดี
 - บุคลากรได้เข้าร่วมอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็กหรือหลักสูตรอื่น ๆ
 - บุคลากรมีอัตราส่วนการดูแลอย่างเหมาะสม
 - บุคลากรมีวุฒิการศึกษาที่เหมาะสม
6. ด้านการสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต
- จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย
 - จัดกิจกรรมการสอนเกี่ยวกับกิจกรรมยาพิให้กับเด็ก เช่น การไหว้/การขอบคุณ/การขอโทษ
 - จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมวัฒนธรรม ประเพณี
 - จัดกิจกรรมการเล่านิทาน / การสาธิตในเรื่องของการออม/ประหยัด/ซื้อสัตย์
 - จัดกิจกรรมการเรียนรู้นอกสถานที่

7. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ปกครอง/ชุมชน มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกิจกรรมต่าง ๆ ของศูนย์ฯ
- มีกิจกรรมการสร้าง ความเข้าใจระหว่างอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง
- การประสานความร่วมมือ/สนับสนุนด้านทรัพยากรจากบุคคลหรือหน่วยงาน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมที่สะท้อนการส่งเสริมสุขภาพ

สุกิจ โตสงค์ (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการครูในจังหวัดมุกดาหารที่ตรวจสุขภาพ ประจำปี 2553 กับศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานีจำนวน 353 ราย ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการครูจังหวัดมุกดาหารมีพฤติกรรมไม่ดีมากกว่าพฤติกรรมดี (ร้อยละ 84.14) ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อานนท์ สีดาเพ็ง และนิคม มูลเมือง (2556) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้ พบว่าทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้ ($r = .516$) เนื่องจากทัศนคติ เป็นความเชื่อความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ทัศนคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติ

เพนเดอร์(Pender, 1996) ได้กล่าวว่าการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่ช่วยเกื้อหนุนให้บุคคลมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นปกติสุข ช่วยให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในตนเองและรู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม การที่บุคคลทุกคนมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ในการดำเนินชีวิต บางครั้งสูญเสียบทบาทในครอบครัวและหน้าที่การงานรวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุคคลต้องพยายามสร้างเสริมความรู้สึกการคุณค่าในตนเองให้มากที่สุด โดยการปรับเพื่อเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป ปรับสัมพันธ์ภาพและบทบาทในสังคมและครอบครัวใหม่ มีความพยายามช่วยเหลือตนเองในการทำวัตรประจำวันให้มากที่สุด การมีบุคคลรอบข้างดูแลและห่วงใย นับถือศรัทธาและเกิดความคาดหวังว่าจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุขตามสภาพการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

ผุสดี ศรีเพ็ญ และ นันทิยา น้อยจันทร์ (2557) ศึกษาสภาพการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดพิจิตร พบว่า สภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.26) ด้านบุคลากรมีความพร้อมความสามารถในการจัดการ ในระดับมาก

มีค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D. = 0.60) ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย มีการดำเนินงานอยู่ในระดับดี และมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ด้านบุคลากร ดำเนินการโดยผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งต่างจากการศึกษา ในศูนย์เด็กเล็กต้นแบบ ในสถาบันการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรโดยเฉพาะครูพี่เลี้ยงจบระดับปริญญาตรี ด้านครุปฐมวัย ผู้บริหารเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก ที่มีความรู้และประสบการณ์ ในการดูแลเด็กในศูนย์มากกว่า 10 ปี และ มีพยาบาลประจำศูนย์ จบการศึกษาระดับปริญญาโท ซึ่งเป็นสาขาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์ และคณะ, 2557)

การดำเนินงานในด้านโภชนาการ จากการสำรวจการจัดอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (2557) พบว่า รูปแบบการจัดอาหาร คือ มื้อเช้าผู้ปกครองจะนำอาหารให้เด็กรับประทานที่ศูนย์ ส่วนมื้อกลางวัน และมื้อว่างทางศูนย์จะเป็นผู้จัดเตรียม โดยมีนมเสริมให้ระหว่างมื้อ สำหรับอาหารเช้าเย็นเช้า พบว่า ในแต่ละภาคการจัดอาหารจะไม่เย็นเช้า ถ้ามีการเช้าจะแจ้งให้ผู้ประกอบการเปลี่ยนอาหารทันที

การจัดการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สมสิริ รุ่งอมรรรัตน์ และ สุดาภรณ์ พัยคมเรือง (2556) ศึกษาเรื่องการจัดการสุขภาพเด็กของครูผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในภาคกลาง พบว่า การจัดการสุขภาพในเด็กปฐมวัย มีการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพร่างกาย และประเมินสุขภาพเด็กเบื้องต้น และเมื่อพบว่าเด็กมีความผิดปกติ เช่น ไอ มีน้ำมูก จะคัดแยกเด็กออก นอกจากนี้มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้ปกครอง

ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย จากนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยระยะยาว พ.ศ. 2550-2559 กล่าวถึงยุทธศาสตร์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไว้ว่าเด็กจะต้องได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และ สังคม จริยธรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว

มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางสังคมของบุคคล ครอบครัว และเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าโครงสร้างครอบครัว รายได้มีผลต่อการจัดการครอบครัวเช่น ในครอบครัวที่มี พ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยวและมีรายได้น้อย จะมีผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดีมีความยุ่งยากในการจัดการ และการทำหน้าที่ในครอบครัว (Kazak et al., 2012 cite in Knafel, Knafel, & Gray, 2013) และในการศึกษาครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคพันธุกรรม คณาเพล ศึกษา การปฏิบัติหน้าที่ที่มีคุณภาพของครอบครัว ที่มีลูกป่วยด้วยโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับวิธีการที่ครอบครัวรวม การจัดการดูแลโรคเข้ามาในชีวิตประจำวันของครอบครัว และบทบาทบรรณกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในครอบครัวพบว่า ผลการวิจัยที่ได้มีความแตกต่างกัน ครอบครัวไม่สามารถจัดการดูแลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในบุตรโดยที่ส่งผลกระทบต่อทางลบ ที่น้อยที่สุดต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี มีความ ยุ่งยากในการจัดการ การศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานทางสังคม ของบุคคล ครอบครัวและ ผลลัพธ์ต่อเด็ก ปัจจัยพื้นฐานทางสังคม ของบุคคล และครอบครัว เช่น โครงสร้างครอบครัว รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดา มารดา ความรุนแรง หรือความยุ่งยากในการดูแล

รักษาโรค อายุและเพศของบุตร ดังนั้นในการจัดรูปแบบการจัดการในครอบครัวกับตัวแปรเชิงคุณภาพหลายๆ ตัวสามารถช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมมากขึ้นถึงความแตกต่างในครอบครัว และผลลัพธ์ที่ได้ เพื่อสามารถที่จะจัดการแทรกแซงหรือให้การช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างเหมาะสม การศึกษานี้ เก็บข้อมูลจากพ่อหรือ แม่จำนวน 575 คน จาก 414 ครอบครัวที่มีลูกอายุ 2-18 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ในจำนวนนี้มี 161 ครอบครัวที่ให้ข้อมูลทั้งพ่อและแม่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ การจัดการครอบครัว (FaMM) การทำหน้าที่ในครอบครัว (Family Assessment Device) และ แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (Eyberg Child Behavior Inventory, Functional Status Measure II) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ด้วย K-means cluster analysis ใน 6 มิติของการจัดการครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า จำแนกได้ 4 รูปแบบ (จัดการได้ดี, จัดการได้ค่อนข้างดี, จัดการได้น้อย, ไม่สามารถจัดการได้) กลุ่มที่สามารถจัดการได้ดี (n = 139 parents; 40 dyads) มีคะแนนสูงใน 3 มิติทางบวกของการจัดการครอบครัว และมีระดับคะแนนต่ำใน 3 มิติทางลบ หมายถึงว่าสามารถจัดการโรคเรื้อรังได้ดีมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ในครอบครัวและ ผลลัพธ์ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตรงข้ามกับครอบครัวในรูปแบบที่มีปัญหาในการจัดการ (n = 44 parents; 9 dyads) ที่มีคะแนนต่ำใน 3 มิติทางบวกของการจัดการครอบครัวที่ และมีระดับคะแนนสูงใน 3 มิติทางลบ (Knafli et al., 2013) นอกจากนี้ คนาเฟลได้ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย 48 เรื่อง พบว่า 66% ศึกษาชีวิตครอบครัวในบริบทที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าครอบครัวที่สามารถปรับตัวต่อการจัดการดูแลโรคเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการรับรู้เชิงบวกต่อการเจ็บป่วยนั้นและสามารถพัฒนา กลวิธีในการจัดการโรค การรักษาเข้าสู่การดำเนินชีวิตประจำวันได้ซึ่งมีความสำคัญต่อชีวิตครอบครัว ส่วนที่เหลืออีก 44% ประสบกับความเครียด มีการวิจัยมากมายที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในครอบครัวที่ดี เช่นเดียวกับในการศึกษามารดาจำนวน 103 คน ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 16 ปี ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดำเนินชีวิตที่บ้านเช่น ใช้เครื่องช่วยหายใจให้อาหาร/ยา ทางเส้นเลือด พบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่โดยรวมของครอบครัว (Toly et al., 2012) รูปแบบการจัดการครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงได้เป็นพลวัตในแต่ละช่วงเวลาขึ้นอยู่กับความรุนแรง อาการของโรค ความยุ่งยากในการดูแลรักษา ทักษะในการดูแลที่บ้าน และที่สำคัญข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับถึงโอกาสและผลลัพธ์ที่จะได้รับการรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ของบิดา มารดา ต่อความสามารถของบุตรในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง การจัดการความเจ็บป่วยของครอบครัวขึ้นอยู่กับอายุ เครือข่ายทางสังคม ความรุนแรงของโรคที่บุตรได้รับ ส่งผลต่อการรับรู้ของมารดาในการจัดการครอบครัวให้อยู่ในภาวะสมดุล (Hopkins & Gallo, 2012)

ในภูมิภาคเอเชีย Zhang ได้นำมาใช้ในครอบครัวชาวจีนที่มีลูกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 399 คน พบว่า 6 มิติหลักของทฤษฎีการจัดการครอบครัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในการศึกษาพบว่าพ่อ แม่ สามารถจัดการการดูแลสุขภาพของบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ดีถ้าอาศัยอยู่ในเขตเมือง มีจำนวนบุตรเพียงคนเดียวในครอบครัว มีการศึกษาระดับปริญญา ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 1500 หยวนต่อเดือน หรือ ไม่มีปู่ ย่า ช่วยให้การดูแล ข้าราชการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า ปีละ 1 ครั้งในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ 6 มิติ ของการจัดการครอบครัว พบว่า การดำเนิน

ชีวิตประจำวันของบุตร ความสามารถในการจัดการดูแล ความร่วมมือกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะทางสังคมของเด็กแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมปัญหาของเด็กและการทำหน้าที่ในครอบครัว (Zhang et al., 2013) ส่วนในประเทศไทยได้มีการนำไปใช้ในครอบครัวที่มีลูกป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเพื่อยืนยันวิธีการที่ครอบครัวใช้ในการจัดการดูแลบุตรที่ในชีวิตประจำวันของครอบครัว การวิจัยเชิงพรรณนาในกลุ่มตัวอย่างคือ พ่อหรือแม่ที่มีลูกป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียชนิดพืงพาการให้เลือดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย จำนวน 309 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามการจัดการครอบครัวทั้ง 6 มิติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (73.8%) เป็นมารดาที่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี (Mean = 34.8 ปี S.D. = 6.6) มีรายได้ครอบครัวเพียงพอสำหรับการดำเนินชีวิต (48.2%) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ภายใต้ โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านการจัดการในครอบครัวพบว่ามากกว่าครึ่งของพ่อและแม่ (72.8%, 82.2%) มีคะแนน การดำเนินชีวิตประจำวันของบุตร ความสามารถในการจัดการดูแล ความพยายามในการจัดการดูแล ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตครอบครัว มุมมองต่อผลกระทบของโรคและความร่วมมือกันของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 16.2 (S.D. = 2.9), 43.8 (S.D. = 6.3), 12.4 (S.D. = 3.1), 39.3 (S.D. = 9.3), 34.8 (S.D. = 5.4) และ 26 (S.D. = 3.7) ตามลำดับ ครอบครัวของเด็กธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับภาระของการถ่ายเลือดตลอดชีวิตของบุตร บิดา มารดาควรมีการปรับการจัดการในครอบครัวให้มีความเหมาะสมกับเด็ก อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคธาลัสซีเมียในบุตรจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัวในอนาคต (Chusri, Deoisres, & Van Riper, 2018)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

การศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริม พบว่าด้านผู้นำ และด้านการจัดการ เป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จ Bateman & Snell (1999 อ้างใน Cheng, et.al., 2001) กล่าวว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นขั้นตอนซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้จัดการทุกฝ่ายขององค์การที่ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของแผนเชิงกลยุทธ์โดยกำหนดทิศทาง ในการทำงาน การบริหารเชิงกลยุทธ์ที่ดีช่วยให้องค์การสามารถบรรลุเป้าหมายภายในระยะยาวที่กำหนด

การศึกษาของ ขวัญใจ สุตรัก (2553) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า การบริหารมีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก และปัจจัยด้านความรู้ ทักษะของบุคลากรมีผลต่อการดำเนินงานเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผลการศึกษามีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ พัฒน์พล แก้วยม (2557) เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการประกันคุณภาพในสถานการศึกษา พบว่าภาวะผู้นำของผู้บริหารมีความสัมพันธ์กับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ($r = -0.226$, $p - \text{value} < 0.05$)

จากการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กของจังหวัดชัยภูมิ ผลการประชุมพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ ทัศนคติของผู้นำ การบริหารจัดการที่ดี การสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย ความรู้และทักษะของบุคลากร (ปาณิสรา ปรีบุญพูล, 2018) เช่นเดียวกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสวนผึ้ง ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสวนผึ้ง ได้แก่ ทัศนคติผู้นำ ความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การดำเนินงานให้ได้ตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก ความรู้ และทักษะการดูแลของบุคลากร (เพยาร์ อิศรพันธุ์, 2552)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่จำเป็นได้แก่ การบริหารจัดการโครงสร้างที่ดี ทัศนคติของผู้นำ การสร้างเครือข่ายเพื่อการช่วยเหลือและบุคลากร

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 2) ศึกษาการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 3) พัฒนาแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขต บางพลัด กรุงเทพมหานคร และ 4) สืบค้นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร โดยระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยผสมผสานวิธีระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รายละเอียดระเบียบวิธีนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เป็นการวิจัยผสมผสานวิธีระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิธีการดำเนินการวิจัยนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. วิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แก่ ครูใหญ่ และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน จำนวน 5 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีจำนวน 19 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusive Criteria) คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน มาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และใช้เกณฑ์มาตรฐานการดูแลศูนย์เด็กเล็ก เป็นแนวทางในการสร้างคำถาม เป็นคำถามปลายเปิด แนวคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำเป็นประจำวัน แนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก กิจกรรมพิเศษ ข้อคิดเห็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับศูนย์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำแนวคำถามหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก และการสร้างเสริมสุขภาพในเด็ก แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงมาปรับปรุงแก้ไข

การรวบรวม และการวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อความ

1.2 วิเคราะห์ ความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของครูใหญ่และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาในกลุ่มประชากรคือครูใหญ่และครูพี่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน 5 แห่ง จำนวน 19 คน

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบวัดความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบประเมินทักษะคิดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบประเมินวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของครูใหญ่ และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน พัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นแนวคิด (Pender N.J, 2011) และชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Walker et al, 1987)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการจำนวน 3 ท่าน โดยการหาค่า IOC ได้ โดยถือเกณฑ์ในการพิจารณาข้อคำถามที่ใช้ได้ คือข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.0 ซึ่งทุกข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์คอนบราจอัลฟา (Conbrach's Alpha Coefficient) มีค่า ≥ 0.75

คำตอบแบบวัดความรู้ มีลักษณะคำตอบ ถูก/ผิด สำหรับคำตอบแบบประเมินทักษะคิด มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำตอบแบบวัดวิธีการปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็น 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

2. ศึกษาการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพ่อ แม่ หรือผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนเขตบางพลัด

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคำนวณจาก Program G*power 3 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เพื่อตรวจสอบ effect size of ขนาดกลางเท่ากับ 0.3 ค่าความสัมพันธ์ที่ power 0.9 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ได้ขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 คน และการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลด้วยความสมัครใจ จึงอาจได้รับแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 5% รวมประชากรในการศึกษาอย่างน้อย 95 คน

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน	จำนวน	กลุ่มตัวอย่าง
ชุมชนวัดวิมุตตยาราม	50	23
ชุมชนสวนพริก	50	23
ชุมชนวัดบางพลัด	50	24
ชุมชนวัดเทพากร	40	15
ชุมชนวัดดาวดึง	35	15
รวม	225	100

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว แบ่งออกเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับสถานภาพในครอบครัว เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพหลักข้อมูลโครงสร้างครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิก ศาสนา และที่พำนักอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วยการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพของครอบครัว

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 30 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ วิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Walker et al, 1987) และการจัดการครอบครัว (Knafel, K., & Deatrck, J., 2006) ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการครอบครัวจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราจ .78 (Conbrach's Alpha Coefficient) สำหรับคำตอบมีลักษณะเป็น 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นกิจวัตร ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบข้อใดข้อหนึ่งจากคำตอบที่ให้ไว้ ความหมายของคำตอบเป็นดังนี้

ปฏิบัติเป็นกิจวัตร	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-6 วัน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-3 วัน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติไม่เป็นประจำนาน ๆ ครั้ง หรือไม่ได้ปฏิบัติ

เลย

ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การคิดคะแนนแบบสอบถามในการจัดการของครอบครัว

ระดับ	ลักษณะข้อความ	
	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นกิจวัตร	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	1 คะแนน	4 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนเก็บข้อมูล และระยะเก็บข้อมูล

1. ระยะก่อนเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการเขตบางพลัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งพื้นที่และครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ

พบหัวหน้าสำนักพัฒนาสังคม เขตบางพลัด กรุงเทพฯ และอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ทั้ง 5 แห่งในเขตบางพลัด เพื่อขอความร่วมมือในการนำเข้าครอบครัวระยะแรก ๆ แนะนำผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย

2. ระยะเก็บข้อมูล

2.1 ขอความร่วมมือหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนในการให้ข้อมูลโดยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การสัมภาษณ์ และการพิทักษ์สิทธิในการตอบ

2.2 ให้แบบสอบถามแก่หน้าครอบครัวหรือผู้แทนด้วยแบบสอบถามเรียงตามลำดับคือ ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 จนครบทุกครอบครัว ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 20 นาที

2.3 สำหรับครอบครัวที่ผู้สัมภาษณ์ไม่พบ หัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนที่จะสามารถให้ข้อมูลของครอบครัวได้ ผู้สัมภาษณ์จะนัดหมายสมาชิกในครอบครัว หรือมาสัมภาษณ์อีกครั้ง

2.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ และความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทุกชุด

3. พัฒนาแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้แก่ ครูใหญ่และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน จำนวน 5 แห่ง โดยมีผู้เข้าร่วมจำนวน 12 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusive Criteria) คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน มาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้ข้อมูลจากสถานการณ์การดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน ความรู้ ทัศนคติของครูใหญ่และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน และการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ของครอบครัวเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเป็นฐานคิด เพิ่มพลังอำนาจในการคิด และตัดสินใจโดยใช้เทคนิคการประชุม A I C วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และจัดหมวดหมู่ข้อความ

4. สืบค้นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ครูใหญ่ และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน จำนวน 12 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusive Criteria) คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน มาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นคำถามปลายเปิด แนวคำถามการสัมภาษณ์ หรือสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำแนวคำถามหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก และการสร้างเสริมสุขภาพในเด็ก แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงมาปรับปรุงแก้ไข

การรวบรวม และการวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และจัดหมวดหมู่ข้อความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากครูใหญ่ครูพี่เลี้ยงบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิตแล้ว เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเข้าพบเจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้อง ผู้เข้าร่วมโครงการ การวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และเมื่อเข้าร่วมการศึกษาแล้วกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัย ทราบล่วงหน้า และจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือข้อสงสัย ประการใดสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ผู้วิจัย และผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น การยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม โดยบอกวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ไมเซ็นชื่อในใบยินยอมแต่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยถือว่ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยปริยาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปดังนี้

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

1.2 ความรู้ ทักษะการรับรู้ความสามารถในการจัดการ ความพยายาม และความร่วมมือของผู้ปกครอง วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

1.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดการ ความพยายาม และความร่วมมือของผู้ปกครอง โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และใช้เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) ดังนี้

ค่า r ระดับความสัมพันธ์

$\pm .70 - 1.00$ มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

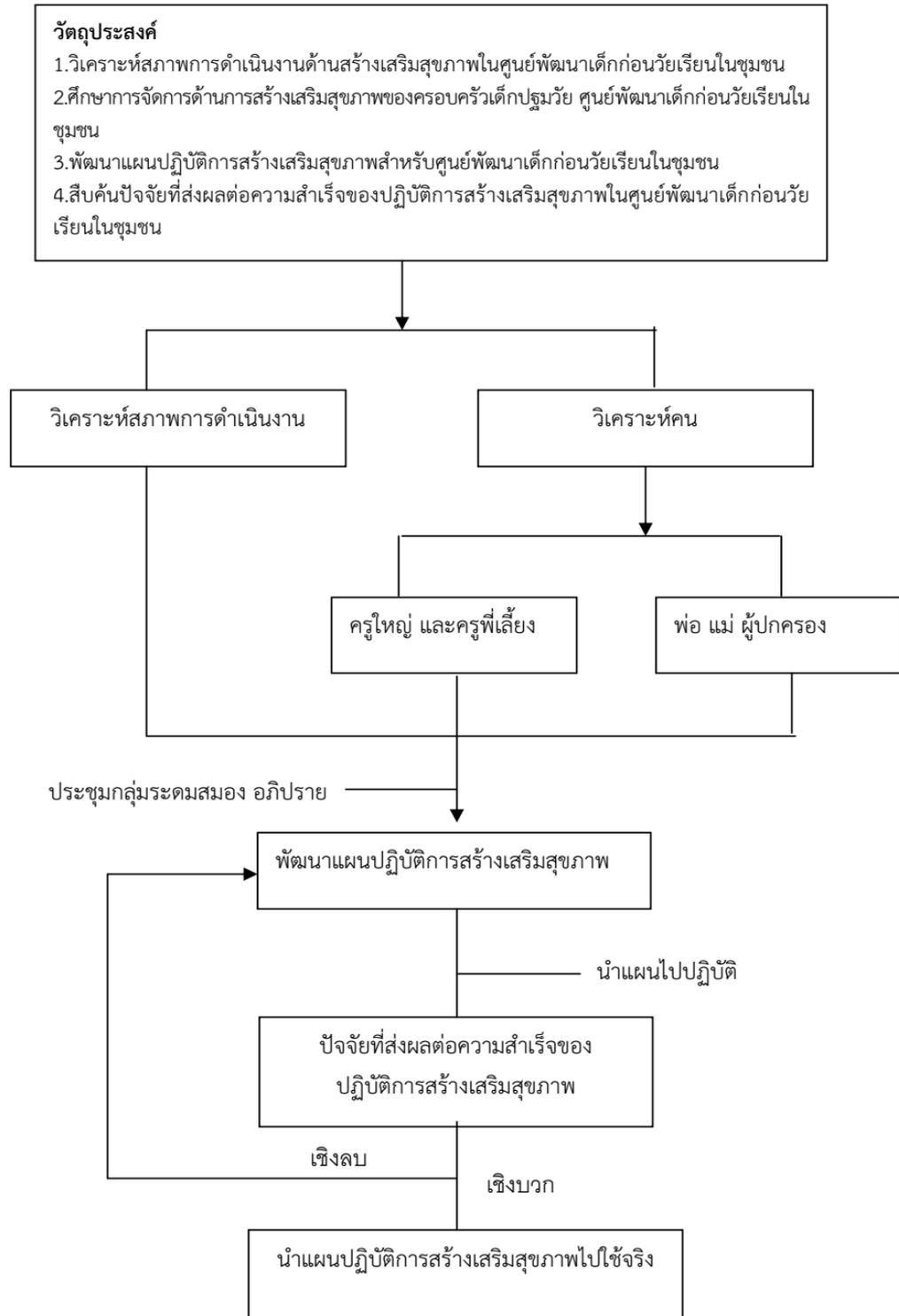
$\pm .30 - .69$ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

$\pm .01 - .29$ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

.00 ไม่มีความสัมพันธ์

1.4 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ในการเปรียบเทียบระดับของการจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และจัดหมวดหมู่ข้อความ



ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแผน

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในชุมชน เป็นการวิจัยผสมวิธีระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

4.1 วิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

4.1.1 ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ตามกรอบมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข

1. ด้านบุคลากร

ครูผู้ดูแลเด็กมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี ครูผู้ดูแลเด็กยังได้รับการอบรมในเรื่องการประเมินพัฒนาการเด็กค่อนข้างน้อย แต่ทุกคนจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับ การเลี้ยงดู การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อ อัตราส่วนการดูแลเด็กเป็นไปตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก ในด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจของครูผู้ดูแลเด็ก มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และไม่มีภาวะความเครียด มีการประเมินความเครียดปีละครั้ง มีกิจกรรมการสื่อสารระหว่างครูกับผู้ปกครอง โดยมีมุมข่าวสารให้เด็กนำกลับบ้านเพื่อเป็นการสื่อสารระหว่างครูกับผู้ปกครอง

2. ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร

ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัดทั้ง 5 แห่ง ได้ดังนี้

ด้านการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต มีการตรวจสุขภาพให้เด็ก เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินการเจริญเติบโต และมีการลงบันทึกในสมุดเป็นรายบุคคล เด็กที่พบว่ามีปัญหาครูผู้ดูแลเด็กจะแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ

ด้านการจัดอาหารเพื่อให้มีคุณค่าทางโภชนาการสำหรับเด็กทุกวัน โดยอาหารมื้อเช้า ครูจะถามผู้ปกครองทุกครั้งว่าเด็กรับประทานอาหารเช้ามาหรือยัง ถ้ายังผู้ปกครองจะเตรียมอาหารมาให้เด็กเพื่อรับประทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สำหรับมื้อกลางวัน และระหว่างมื้อ ทางศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนจะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้เด็ก และบางแห่งจัดเตรียมอาหารเย็นให้เด็ก รับประทานก่อนกลับบ้าน โดยลักษณะของอาหารแต่ละรายการเหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน แต่ในบางวันส่วนประกอบอาหารไม่ครบหลักอาหาร 5 หมู่ ได้คุณค่าทางโภชนาการไม่ครบ และพลังงานไม่ได้ตามวัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการทางสมอง รายการอาหารไม่

หลากหลายคุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วน มีอาหารซ้ำบ้างบางสัปดาห์ อาหารว่างยังมีขนมขบเคี้ยว การดื่มนมสำหรับเด็ก มีการกระตุ้นให้เด็กดื่มนมในช่วงว่างบ้าง

การเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก ครูผู้ดูแลเด็กมีการตรวจช่องปากและฟันให้เด็กในช่วงเช้าทุกวัน และเด็กจะได้รับการแปรงฟันทุกคนหลังอาหารกลางวันทุกวัน โดยมีแปรงสีฟันและแก้วน้ำส่วนตัว

3. ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย

การส่งเสริมพัฒนาการ ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัดทั้ง 5 แห่ง มีการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมด้านพัฒนาการเด็ก โดยมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในช่วงเช้าทุกวัน และมีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ไปกับการเรียนการสอน เช่น ฝึกการระบายสี การท่อง ก-ฮ การเปิดการ์ตูน หรือสารคดี ให้เด็กดู การฝึกภาษาอังกฤษอย่างง่าย มีการเปิดนิทานให้เด็กฟังผ่านทางทีวีในช่วงเช้าและช่วงบ่าย มีมุมนิทาน การเล่านิทานส่วนมากเปิดจากแผ่นซีดีที่เป็นภาพการ์ตูน การใช้สื่อในการเล่านิทานให้เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน ยังมีน้อย ครูผู้ดูแลเด็กมีการพูดคุยเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กกับผู้ปกครองทุกวัน

การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ มีการฝึกวินัยให้เด็กเก็บรองเท้าไว้บนชั้นวางรองเท้าก่อนเข้าห้องเรียนทุกวัน และมีการฝึกให้เด็กสวดมนต์ และฝึกนั่งสมาธิทุกวันในช่วงเช้า เด็กได้รับการดูแลให้อุ่นหลังพักผ่อนในช่วงบ่ายทุกวัน มีการจัดกิจกรรมพิเศษ ในช่วงเทศกาลต่าง ๆ และการส่งเสริมทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม เช่น การเวียนเทียนในวันสำคัญทางศาสนา วันปีใหม่ วันสงกรานต์ ให้กับเด็ก นอกจากนี้ในช่วงเช้ายังมีการจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์โดยมีของเล่นสำหรับเด็กให้เด็กได้เล่น

4. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัดทั้ง 5 แห่ง มีการดำเนินการงานดังนี้
พื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร มีการจัดแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วนตามกิจกรรม ห้องเรียน ห้องนอน ห้องทำกิจกรรม ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร มีการตรวจตราและทำความสะอาดบริเวณรอบในตอนเช้าทุกวันก่อนที่ผู้ปกครองนำเด็กมาส่ง

มีการทำความสะอาดห้องน้ำ และห้องส้วมทุกวันหลังเด็กกลับบ้าน และมีการดำเนินการจัดการขยะถูกสุขลักษณะ

มีการดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัย มีการติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงเพื่อพร้อมใช้งาน มีการตรวจสอบความพร้อมใช้

5. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

มีการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นให้กับเด็กในช่วงเช้าทุกวัน โดยครูผู้ดูแลเด็กและบันทึกในสมุดเด็กประจำวัน มีการดำเนินการเมื่อพบว่าเด็กเจ็บป่วย จะทำการคัดแยกเด็กป่วย และมีการแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ มีการจัดเตรียมแอลกอฮอล์เจลไว้หน้าศูนย์พัฒนาเด็ก

4.1.2 วิเคราะห์ ความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของครูใหญ่และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.74 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5.26 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี และ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.58 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.05 และ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.79 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 52.63 รองลงมาคือต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 47.37 ไม่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ระยะเวลาในการดูแลเด็กของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลเด็กลดกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมา คือ มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.84 สำหรับบทบาท ของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัคร คิดเป็นร้อยละ 57.89 รองลงมา คือ ครู คิดเป็นร้อยละ 26.32 และอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 15.79 ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก คิดเป็นร้อยละ 89.47 รองลงมา คือ อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 11.53 และหน่วยงานที่จัดอบรมให้ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 57.89 รองลงมา คือ อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 36.85 และไม่ระบุ คิดเป็นร้อยละ 5.26 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 19)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	5.26
หญิง	18	94.74
อายุ (ปี)		
<20	-	-
21-30	3	15.79
31-40	4	21.05
41-50	6	31.58
>50ปี	6	31.58

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	47.37
ปริญญาตรี	10	52.63
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก (ปี)		
≤ 5	11	57.90
6-10	1	5.26
>10	7	36.84
บทบาทในการดูแล		
ครู	5	26.32
อาสาสมัคร	11	57.89
อื่นๆ	3	15.79
ประสบการณ์การอบรมการเลี้ยงดูเด็ก		
เคย	17	89.47
ไม่เคย	-	-
อื่นๆ	2	11.53
หน่วยงานที่เข้ารับการอบรม		
ศูนย์บริการสาธารณสุข	11	57.89
สาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ/ตำบล	-	-
อื่นๆ	7	36.85
ไม่ระบุ	1	5.26

2) ผลการวิเคราะห์ ความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของครูใหญ่ และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

ด้านความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครูใหญ่ และพี่เลี้ยง ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 100 (ดังแสดงในตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 แสดงความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

ความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
ด้านการจัดการกับความเครียด(Stress management)	100	0
1. ควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง(ST)	19(100)	0(0)
2. ควรเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการหรือเข้าร่วมชมรม เช่น ชมรมกีฬา ชมรมว่ายน้ำ ชมรมดนตรี เต้นแอโรบิค เป็นต้น(ST)	19(100)	0(0)
3. ให้หยุดพักทุกครั้งเมื่อรู้สึกเหนื่อย(ST)	19(100)	0(0)
ด้านโภชนาการ(Nutrition)	100	0
4. ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด และขนมหวานจัด (N)	19(100)	0(0)
5. ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และโคเลสเตอรอลต่ำ(N)	19(100)	0(0)
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย(Physical activity)	100	0
6. การออกกำลังกายที่ใช้แรงมากเช่นเดินเร็ว แอโรบิค ปั่นจักรยาน ควรทำเป็นเวลา 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์(P)	19(100)	0(0)
7. การออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อยหรือปานกลางเช่นเดินติดต่อกัน นานๆ ควรทำเป็นเวลา 30-40 นาที อย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์(P)	19(100)	0(0)
8. การออกกำลังกายทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ(P)	19(100)	0(0)
ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย(Health responsibility)	100	0
9. ควรสอบถามผู้รู้ เช่นแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอชาวบ้าน เพื่อความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วย(H)	19(100)	0(0)
10. ควรร่วมเข้าฟังบรรยายหรือการให้สุศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทางสุขภาพ(H)	19(100)	0(0)
รวมความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	100	0

ด้านทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการวิจัย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) สูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D. = 0.56) รองลงมา คือ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.42) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.66)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ารู้สึกพอใจในตนเองและไม่มุ่งหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ค่าเฉลี่ย 4.51 (S.D. = 0.68) รองลงมาคือรับรู้ว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D. = 0.45) และให้ความสำคัญกับการเรียนรู้สิ่งใหม่และสิ่งที่ท้าทายความสามารถสามารถแสดงความหวังใ ความรัก และให้ความอบอุ่นกับผู้อื่นโดยไม่ขัดเงิน ค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D. = 0.63) (ดังแสดงในตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 แสดงทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

ความคิดเห็นด้านทัศนคติ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	Mean	S.D.
ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ(Spiritual growth)						4.11	0.42
1. ท่านให้ความสำคัญกับการเรียนรู้สิ่งใหม่และสิ่งที่ท้าทายความสามารถ(SP)	5(26.3)	13(68.4)	1(5.3)	0(0)	0(0)	4.21	0.53
2. ท่านรับรู้ว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิต(SP)	5(26.3)	14(73.7)	0(0)	0(0)	0(0)	4.26	0.45
3. ท่านได้ตั้งเป้าหมายของชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว(SP)	5(26.3)	9(47.4)	5(26.3)	0(0)	0(0)	4.0	0.74
4. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองและไม่มุ่งหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้(SP)	6(31.6)	10(52.6)	3(15.8)	0(0)	0(0)	4.51	0.68
5. ท่านรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น(SP)	3(15.8)	12(63.2)	4(21.1)	0(0)	0(0)	3.94	0.62
6. ท่านตั้งความหวังไว้กับอนาคตข้างหน้า(SP)	5(26.3)	10(52.6)	4(21.1)	0(0)	0(0)	4.05	0.71
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal relation)						4.12	0.57
7. ท่านสัมผัสได้หรือได้รับการสัมผัสโดยบุคคลที่ให้ความรักความห่วงใยหรือเอาใจใส่ในตัวท่าน(I)	4(21.1)	12(63.2)	3(15.8)	0(0)	0(0)	4.05	0.61
8. ท่านรับรู้หรือสัมผัสได้ว่ามีบุคคลที่ให้ความรัก ความห่วงใยหรือเอาใจใส่ในตัวท่าน(I)	7(36.8)	7(36.8)	5(26.3)	0(0)	0(0)	4.10	0.81
9. ท่านสามารถแสดงความห่วงใยความรัก และให้ความอบอุ่นกับผู้อื่นโดยไม่ขัดเขิน(I)	6(31.6)	11(57.9)	2(10.5)	0(0)	0(0)	4.21	0.63
ด้านการจัดการกับความเครียด(Stress management)						3.89	0.66
10. ท่านทำใจยอมรับได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้ายหรือเรื่องดี(ST)	3(15.8)	11(57.9)	5(26.3)	0(0)	0(0)	3.89	0.65
รวม ทัศนคติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ						4.09	0.45

ตารางที่ 4.4 แสดงวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน

วิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติทุก ครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	Mean	S.D.
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal relation)					3.16	0.55
1. ท่านได้พูดคุยหรือปรึกษาปัญหา ของท่าน และความกังวลใจกับบุคคลที่ ใกล้ชิด(I)	3(15.8)	10(52.6)	6(31.6)	0(0)	2.84	0.68
2. ท่านได้รักษาสัมพันธภาพที่ดีกับ ผู้อื่น(I)	10(52.6)	8(42.1)	1(5.3)	0(0)	3.47	0.61
ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย(Health responsibility)					3.00	0.61
3. ท่านปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทาง การแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติของ ร่างกาย(H)	5(26.3)	11(57.9)	3(15.8)	0(0)	3.10	0.65
4. ท่านติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้าน สุขภาพจากแหล่งต่างๆ เช่นโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ(H)	8(42.1)	5(26.3)	6(31.6)	0(0)	3.10	0.87
5. ท่านได้คอยสังเกตความผิดปกติของ ร่างกายด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ ครั้ง เช่น ตรวจเต้านมด้วยตนเอง(H)	5(26.3)	6(31.6)	7(36.8)	0(0)	2.78	0.91
ด้านการจัดการกับความเครียด(Stress management)					3.24	0.54
6. ท่านหาเวลาพักผ่อนในแต่ละวัน เช่นดูทีวี นอนเล่น หรือีบหลับ(ST)	8(42.1)	8(42.1)	3(15.8)	0(0)	3.26	0.73
7. ท่านหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองที่ จะควบคุมความเครียด(ST)	8(42.1)	7(36.8)	4(21.1)	0(0)	3.21	0.78
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย(Physical activity)					2.42	0.83
8. ท่านได้ทำตามแผนการออกกำลังกาย(P)	3(15.8)	3(15.8)	12(63.2)	1(5.3)	2.42	0.83
ด้านโภชนาการ (Nutrition)					3.05	0.84
9. ท่านรับประทานข้าวเป็นอาหาร หลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็น บางมื้อ เช่นก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน(N)	7(36.8)	6(31.6)	6(31.6)	0(0)	3.05	0.84
10. ท่านรับประทานผลไม้ทุกวัน(N)	6(31.6)	8(42.1)	5(26.3)	0(0)	3.05	0.77
รวมวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ					3.03	0.55

จากตารางที่ 4.4 แสดงวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยเมื่อพิจารณา รายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับความเครียด (Stress management) สูงสุดค่าเฉลี่ย 3.24 (S.D. = 0.54) รองลงมาคือมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) ค่าเฉลี่ย 3.16 (S.D. = 0.55) และด้านโภชนาการ (Nutrition) ค่าเฉลี่ย 3.05 (S.D. = 0.84) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D. = 0.61) รองลงมาคือหาเวลาพักผ่อนในแต่ละวัน เช่นดูทีวี นอนเล่น หรือจิบหลับ ค่าเฉลี่ย 3.26 (S.D. = 0.73) และหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองที่จะควบคุมความเครียดค่าเฉลี่ย 3.21 (S.D. = 0.78) ตามลำดับ

4.2 การศึกษาการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

จากการสำรวจศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดวิมุตราราม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนสวนพริก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านครูเรณู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดดาวดึง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดเทพากร จำนวนทั้งหมด 95 คนพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนสวนพริก (25.3%) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดวิมุตราราม (24.2%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (72%) เป็นมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนมีอายุระหว่าง 18- 52 ปี (Mean = 32.25, S.D. = 7.23) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (29.2%) และมีอาชีพรับจ้าง (52.8%) เป็นส่วนใหญ่ ส่วนบิดาของเด็กวัยก่อนเรียน (24.2%) มีอายุระหว่าง 20-50 ปี (Mean = 31.74, S.D. = 7.04) ส่วนใหญ่ (34.7%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีอาชีพรับจ้าง (52.8%) เช่นกัน ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลทั่วไปของบิดา มารดา (n = 95)

	บิดา		มารดา	
	n	%	n	%
อายุ	Range 20-50 Mean = 31.74 S.D. = 7.04		Range 18-52 Mean = 32.25 S.D. = 7.23	
≤25	4	17.4	13	18.1
26-35	13	56.5	35	48.6
36-45	5	21.7	20	27.8
>45			5	5.6
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	4	17.4	8	11.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	21.7	21	29.2
มัธยมศึกษาตอน	2	8.7	16	22.2
ปลาย				
อนุปริญญา	4	17.4	10	13.9
ปริญญาตรี/สูงกว่า	8	34.7	17	23.6

	บิดา		มารดา	
อาชีพ				
รับจ้าง	12	52.2	38	52.8
ค้าขาย	1	4.3	10	13.9
ข้าราชการ	9	39.1	12	16.7
อื่นๆ	1	4.3	12	16.7

ด้านรายได้ของครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,500 – 80,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 1 คน (47.4%) และ 2 คน (39%) ตามลำดับ โดยมีรายได้ครอบครัวเพียงพอ (50.5%) ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่มีเพียงส่วนน้อย (13.7%) ที่มีรายได้เพียงพอและมีเก็บ (ดังแสดงในตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุตรในครอบครัว		
1 คน	45	47.4
2 คน	39	41.1
3 คน	11	11.6
อายุบุตร ≤ 3	65	44.2
> 3	30	31.6
เพศของบุตร		
เพศชาย	42	43.2
เพศหญิง	53	55.8
รายได้ครอบครัว	Range 6500-80000	(Mean = 22,227.37, S.D. = 13,539.38)
<15,000	34	35.8
15,001-35,000	54	56.8
30,001-50,000	3	3.2
>50,000	4	4.2
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	34	35.8
เพียงพอ	48	50.5
เพียงพอและมีเงินออม	13	13.7

การรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพเด็กพบว่ามีคะแนนอยู่ระหว่าง 30-56 คะแนน Mean = 43.55, S.D. = 5.52) ด้านการรับรู้ความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนอยู่ระหว่าง 7 - 16 คะแนน (Mean = 12.43, S.D. 2.73) และด้านการรับรู้ความร่วมมือกัน

ของผู้ปกครองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15- 40 คะแนน (Mean = 29.40, S.D. = 3.99) (ดังแสดงในตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 การรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพเด็ก

	items	Possible Range	Actual Range	Mean	S.D.
ความสามารถในการจัดการ	12	12-60	30-57	45.79	5.53
ความร่วมมือกันของผู้ปกครอง	8	8-40	19-40	28.87	3.99
ความพยายามในการจัดการ	4	4-20	6-20	13.57	2.63

การรับรู้ด้านการจัดการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนแบ่งตามระดับคะแนน พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านความสามารถในการจัดการ (68%) ความร่วมมือกันของผู้ปกครอง (77.66%) และความพยายามในการจัดการ (77.66%) อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 การรับรู้ด้านการจัดการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนแบ่งตามระดับคะแนน

	Mean	S.D.	ระดับ		
			สูง(n)	ปานกลาง (n)	ต่ำ(n)
ความสามารถในการจัดการ	45.79	5.53	21.27% (20)	68%	10.63% (10)
ความร่วมมือกันของผู้ปกครอง	28.87	3.99	11.7% (11)	77.66% (73)	10.63% (10)
ความพยายามในการจัดการ	13.57	2.63	15.95% (15)	77.66% (73)	6.38% (6)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ย พบว่า แม้ว่าบุตรจะยังเด็กครอบครัวท่านหวังจะให้เขามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในอนาคตเมื่อโตขึ้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.35, S.D. = 0.73) รองลงมา คือ ทุกคนในครอบครัวรอคอยวันที่บุตรจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Mean = 4.21, S.D. = 0.8) และท่านและคู่สมรสของท่านให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของบุตรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.20, S.D. = 0.88) และท่านและคู่สมรสของท่านมีความคิดเห็นแตกต่างกันในเรื่องการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ของบุตรมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดของด้านความร่วมมือกันของผู้ปกครอง (Mean = 2.80, S.D. = 0.95) และผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ด้านการรับรู้การจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 5 แห่ง พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการรับรู้ความสามารถและความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าชุมชนวัดเทพากรมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริม

สุขภาพบุตรคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 46.6, S.D. = 2.5) ส่วนการรับรู้ความพยายามในการจัดการ ส่งเสริมสุขภาพบุตรชุมชนสวนพริกมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 13.7, S.D. = 1.22) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครองในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ระดับและเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ในการจัดการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เด็กของครอบครัว

ศูนย์พัฒนาเด็ก	จำนวน	ความสามารถในการจัดการ		ระดับการแปรผล	ANOVA	
		Mean	S.D.		F _{welch}	p-value
ชุมชนวัดวิมุตราราม	23	44.91	3.58	สูง	3.84	.006
ชุมชนสวนพริก	23	42.22	3.21	ต่ำ		
ชุมชนวัดบางพลัด	23	42.05	5.41	ต่ำ		
ชุมชนวัดดาวดิ่งซาราม	14	43.7	5.14	ปานกลาง		
ชุมชนวัดเทพากร	12	46.6	2.50	สูง		
รวม	95	43.70	4.34	ปานกลาง		

ศูนย์พัฒนาเด็ก	จำนวน	ความพยายาม		ระดับการแปรผล	ANOVA	
		Mean	S.D.		F _{welch}	p-value
ชุมชนวัดวิมุตราราม	23	11.30	1.82	ต่ำ	5.67	.000
ชุมชนสวนพริก	23	13.70	1.22	สูง		
ชุมชนวัดบางพลัด	23	11.95	2.25	ปานกลาง		
ชุมชนวัดดาวดิ่งซาราม	14	12.15	1.68	ปานกลาง		
ชุมชนวัดเทพากร	12	12.21	1.67	ปานกลาง		
รวม	95	12.29	1.93	ปานกลาง		

ศูนย์พัฒนาเด็ก	จำนวน	ความร่วมมือ		ระดับการแปรผล	ANOVA	
		Mean	S.D.		F _{welch}	p-Value
ชุมชนวัดวิมุตราราม	23	29.5	3.20	ปานกลาง	.58	.68
ชุมชนสวนพริก	23	30.17	2.71	ปานกลาง		
ชุมชนวัดบางพลัด	23	28.52	3.95	ปานกลาง		
ชุมชนวัดดาวดิ่งซาราม	14	29.15	4.16	ปานกลาง		
ชุมชนวัดเทพากร	12	29.07	4.81	ปานกลาง		
รวม	95	29.33	3.66	ปานกลาง		

หมายเหตุ: F_{welch} = Robusttestofequalityofmeans

4.3 พัฒนาแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญ

การจัดทำแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร มีความสำคัญในการดำเนินการพัฒนา เพราะเป็นแผนที่มีการ / กิจกรรมที่ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ ที่อาศัยข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน สถานการณ์ปัญหา โดยการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และการประเมินผล โดยการยึดเด็กวัยก่อนเรียนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เมื่อมีแผนปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาการเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็กเล็กทั้งด้านร่างกาย การเรียนรู้และความฉลาดทางอารมณ์ จะช่วยให้ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จัดทำแผนดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามกรอบมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนควรพัฒนาองค์รวมครบทุกด้าน ทั้งนี้เพราะเด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตของชาติ ดังนั้น เด็กจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพ การที่เด็กวัยก่อนเรียนจะสามารถพัฒนาเต็มตามศักยภาพได้นั้น เด็กจะต้องได้รับการพัฒนาด้านการเจริญเติบโต ด้านพัฒนาการทั้งร่างกาย และความฉลาดทางอารมณ์ ไปพร้อม ๆ กัน โดยไม่ละเว้นด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาอย่างครบถ้วน และมีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย ด้วยความตระหนักถึงสถานการณ์ และปัญหาของเด็กที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และจากผลการวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ ความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทิศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ วิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของครูใหญ่และครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน รวมถึงการศึกษาการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และนำไปสู่การประชุมกลุ่ม การระดมสมองและการอภิปราย คณะผู้วิจัย จึงได้พัฒนาแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 2 กิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมพัฒนาด้านโภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน
2. กิจกรรมด้านพัฒนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีแนวคิดและแนวทางร่วมกันภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และในระดับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนไปดำเนินการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเพื่อพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล การติดตาม และการประเมินผล

กิจกรรมพัฒนาด้านโภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

การส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน เป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยการเจริญเติบโตของเซลล์และอวัยวะต่างๆ การมีภาวะโภชนาการสมคูลนั้นขึ้นกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ครอบครัว ฮอริโมน องค์ประกอบด้านโภชนาการ และความต้องการสารอาหาร ซึ่งปัญหาด้านโภชนาการที่ส่วนใหญ่จะพบในเด็กก่อนวัยเรียนได้แก่ ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ คือ การได้รับสารอาหารเกิน หรือ การได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนตามวัยที่ควรได้รับ จะนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ (ธราตล เปี่ยมพงศ์ สานต์ และคณะ, 2560) เด็กก่อนวัยเรียนควรได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้องเติบโตตามวัยอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีความพร้อมในการเรียนรู้ในระดับการศึกษาขั้นต่อไป การเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในปัจจุบันครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว และประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้ครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูได้ ส่งเด็กไปยังสถานบริการหรือสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดังนั้นความสำคัญในการดูแลเด็กจึงอยู่ที่ศูนย์ให้บริการต่างๆ เป็นสำคัญ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในระยะยาว พ.ศ. 2550-2559 กล่าวถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย ด้านสติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ การส่งเสริมด้านโภชนาการมีการกล่าวถึงน้อย และจากการศึกษาด้านโภชนาการ สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตบางพลัด การให้บริการด้านโภชนาการยังไม่ครอบคลุมตามกรอบมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้วยข้อจำกัดบางประการ และผลการวิเคราะห์วิธีปฏิบัติที่สะท้อนด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการของครูใหญ่และครูพี่เลี้ยงพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยความตระหนักถึงสถานการณ์และปัญหาของเด็กที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนากิจกรรมด้านโภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน (0-3 ปี) ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้แนวทางอาหาร และโภชนาการสำหรับเด็กทารกแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี
2. เพื่อสร้างความเข้มแข็งของครูปฐมวัยให้มีศักยภาพ มีความรู้ ทักษะที่ถูกต้องต่อภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน
3. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลด้านโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ระหว่างครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน

เป้าหมาย และตัวชี้วัด

1. เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต (ร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนสูงที่สุดมีส่วน)

แนวทางดำเนินการ

1. เด็กก่อนวัยเรียนทุกคนได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และแปลผล ทุก 3 เดือน
2. ครู อธิบายผลการประเมินการเจริญเติบโตให้กับ พ่อแม่ หรือผู้ปกครองพร้อมคำอธิบาย
3. มีการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กทุกวันโดยครูพี่เลี้ยง และให้คำแนะนำ พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองสังเกตพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็ก
4. มีแผนการบันทึกการแก้ไขปัญหาเด็กที่อ้วน ผอม หรือ เตี้ยกว่ามาตรฐาน

การประเมินผล

1. เด็กก่อนวัยเรียนสูงดีสมส่วน โดยการประเมินจากกราฟการเจริญเติบโตทั้ง 3 เกณฑ์
 - กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ
 - กราฟส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ
 - กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
2. มีการบันทึกผลการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียนทุกคน
3. มีการบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียนทุกคน
4. มีการบันทึกการแก้ไขปัญหาเด็กที่อ้วน ผอม หรือ เตี้ยกว่ามาตรฐาน

เป้าหมาย และตัวชี้วัด

1. อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน
 - ร้อยละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จัดบริการอาหารกลางวัน และอาหารว่างครบ 5 หมู่ ทุกวัน
 - ร้อยละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดเมนูไม่ซ้ำกันในช่วง 1 สัปดาห์
 - ร้อยละของเด็กเล็กได้รับพลังงาน 400 - 500 กิโลแคลลอรี่

แนวทางดำเนินการ

1. จัดอาหารกลางวันและอาหารว่างให้ครบ 5 หมู่ ทุกวัน (กลุ่มข้าว แป้ง, กลุ่มนม เนื้อสัตว์, กลุ่มผัก, กลุ่มผลไม้ และกลุ่มน้ำมัน)
2. การจัดเมนูอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการไม่ซ้ำกันในรอบ 1 สัปดาห์
 - 2.1 การจัดทำตารางเมนูอาหาร ดังแสดงตัวอย่างในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ตัวอย่างตารางเมนูอาหาร

วัน	อาหารว่างเช้า	อาหารกลางวัน	อาหารว่างบ่าย
จันทร์	นมสดทุกวัน	ข้าวสวย+ผัดแตงกวาใส่ไข่+ส้ม	นมสดทุกวัน
อังคาร		ข้าวผัดหมู + แดงโม	
พุธ		ก๋วยเตี๋ยวหมู+กล้วยบวชชี	
พฤหัสบดี		ข้าวต้มหมู+มะละกอ	
ศุกร์		ราดหน้าหมูสับ+ ฟักทองบวด	

2.2 การพัฒนานวัตกรรมการจัดเมนูอาหาร

วงล้อเมนูอาหาร ซึ่งสามารถหมุนรายการอาหารตามที่ต้องการจัดไม่ให้ซ้ำรายการได้ (ดังแสดงในภาพที่ 4.1)



ภาพที่ 4.1 วงล้อเมนูอาหาร

2.3 การคำนวณพลังงาน และสารอาหารในแต่ละรายการอาหารเพื่อให้เด็กก่อนวัยเรียนได้รับพลังงานตามความต้องการ โดยเฉลี่ย 400 – 500 กิโลแคลลอรี่ ในขณะที่อยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3. จัดทำข้อปฏิบัติไม่ให้เด็กนำขนมกรุบกรอบ ลูกอม น้ำอัดลม มาจากบ้าน เมื่อเข้ามาที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

การประเมินผล

1. จัดทำเมนูอาหารที่หลากหลายมีคุณค่าทางโภชนาการ ไม่ซ้ำกันในรอบ 1 สัปดาห์
2. มีการจัดทำตารางรายการอาหาร หรือ มีนวัตกรรมการจัดรายการอาหารล่วงหน้า 1 สัปดาห์
3. เด็กก่อนวัยเรียนได้รับพลังงานตามความต้องการ โดยเฉลี่ย 400 – 500 กิโลแคลลอรี่

เป้าหมาย และตัวชี้วัด

1. ครู พ่อ แม่ และสมาชิกในครอบครัว ได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะในการจัดอาหาร อย่างน้อยร้อยละ 80

แนวทางดำเนินการ

1. ส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยให้มีส่วนร่วมกับบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. จัดบริการเสริมความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนฝึกทักษะพ่อแม่ สมาชิกในครอบครัว เรื่องความเข้าใจในอาหาร และโภชนาการตามวัยของเด็ก ทุกภาคเรียน
3. จัดมุมให้ความรู้ โดยการจัดบอร์ด ข่าวสาร จัดหนังสือ หรือเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโภชนาการ และสุขภาพให้กับผู้ปกครองเด็ก และสามารถยืมหนังสือกลับไปศึกษา
4. สร้างเครือข่ายทางสังคมกับภาคเอกชนเพื่อการสนับสนุน สื่อ หรือหนังสือ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และโภชนาการในวัยเด็ก และสนับสนุนจัดหาวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารมาฝึกทักษะการทำอาหารให้กับผู้ปกครองเด็ก
5. ครูและผู้ดูแลเด็กได้รับการอบรม หรือประชุมเกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการ และความรู้ด้านโภชนาการสำหรับวัยเด็กปฐมวัยทุกปี

การประเมินผล

1. ผู้ปกครองร้อยละ 80 ได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะในการจัดอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยทุกภาคเรียน
2. ครูและผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 80 ได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะในการจัดอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยทุกปี
3. มีมุมจัดบอร์ด เอกสาร หรือ บันทึกการยืมหนังสือความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ

กิจกรรมด้านพัฒนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

การส่งเสริมด้านพัฒนาการในเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญที่เด็กต้องได้รับการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน ก่อนเข้าการศึกษาภาคบังคับ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยในระยะยาว พ.ศ. 2550 - 2559 กล่าวถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย ด้านสติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ นอกจากนี้องค์กรยูนิเซฟ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วโลกได้เห็นความสำคัญการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในด้านนี้เช่นเดียวกัน ความสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัยได้แก่การพัฒนาสมอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการเรียนรู้ การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2560 โดยสถาบันอนามัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัย พบว่า เด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 78.4 และมีพัฒนาการล่าช้า

ร้อยละ 21.6 อย่างไรก็ตามเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากปัจจัยการเลี้ยงดูของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง หรือจากการเลี้ยงดูโดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือปัญหาจากครูพี่เลี้ยงที่ขาดประสบการณ์ วิธีการเรียนรู้ของเด็ก จิตวิทยา และพัฒนาการของเด็ก การใช้สื่อการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้วยความตระหนักถึงสถานการณ์ และปัญหาของเด็กที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และจากผลการวิเคราะห์ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย ความเหมาะสมของกิจกรรมและสื่อที่ใช้ โดยเฉพาะการประเมินพัฒนาการ ยังมีน้อย และผลการศึกษาวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครูใหญ่ และครูพี่เลี้ยงอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ด้านการจัดการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนของพ่อแม่ ผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง โดยคณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำแผนกิจกรรมด้านพัฒนาการในเด็กก่อนวัยเรียนด้วยการเล่านิทาน เป็นสื่อการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา การคิด การสร้างจินตนาการ และการพัฒนาทางด้านอารมณ์ สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน (0-3 ปี) ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม ด้วยการสื่อสาร และการเรียนรู้ผ่านการเล่านิทาน
2. เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อครูพี่เลี้ยง และปฏิสัมพันธ์ต่อพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง
3. เพื่อให้ครูพี่เลี้ยงได้เรียนรู้ วิธีการใช้สื่อการเรียนรู้ และเพิ่มประสบการณ์การพัฒนาเด็กปฐมวัย
4. เพื่อให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมในพัฒนาการเด็กในด้านสติปัญญา อารมณ์ และสังคม

เป้าหมาย และตัวชี้วัด

1. เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการ
 - 1.1 เด็กทุกคนได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมิน DSPPM
 - 1.2 เด็กทุกคนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ

แนวทางดำเนินการ

1. จัดอบรมให้ความรู้การใช้แบบประเมินพัฒนาการ DSPPM แก่ครูพี่เลี้ยง
2. มีแบบคัดกรอง DSPPM ของเด็กแต่ละคน และเด็กทุกคนได้รับการคัดกรองภาคเรียนละ 1 ครั้ง
3. บันทึกผลและแจ้งผลการคัดกรองต่อ พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองทราบ
4. บันทึกเด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ หรือเพื่อส่งต่อ
5. จัดทำแผนการสอนโดยผ่านสื่อการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทาน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
6. พัฒนาสื่อการเรียนรู้ อุปกรณ์ หรือ หนังสือนิทานที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก
7. จัดตารางกิจกรรมให้มีกิจกรรมการเล่านิทานที่มีความหลากหลายของกิจกรรมอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

การประเมินผล

1. เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยแบบประเมิน DSPM
2. เด็กทุกคนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการโดยผ่านสื่อการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทาน

เป้าหมายและตัวชี้วัด

1. ร้อยละ 80 ของครอบครัวเด็กปฐมวัย มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กด้วยการเล่านิทาน

แนวทางการดำเนินการ

1. สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริม และสนับสนุนให้ พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองเด็ก มีส่วนร่วมในการพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดย
 - 1.1 จัดประชุม พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคม แก่เด็ก ด้วยการเล่านิทาน อย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง
 - 1.2 จัดมุมการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครอง เช่น หนังสือนิทาน แผ่นซีดี แผ่นพับ ให้ยืมกลับบ้านได้
 - 1.3 การให้ข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับนิทานที่เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กแต่ละวัย เช่น YouTube /Web site
2. การสนับสนุนจากสำนักงานเขตให้มีการผลิตสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ ที่มีความหลากหลาย เช่น การสร้างสถานที่จำลอง ประกอบฉากเพื่อใช้ในการเล่านิทาน

การประเมินผล

1. ร้อยละ 80 ของครอบครัวเด็กปฐมวัย มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กด้วยการเล่านิทาน (จากการยืมสื่อการเรียนรู้กลับบ้าน และจากการบอกเล่าของเด็ก)
2. ผู้ปกครองร้อยละ 80 ได้รับการพัฒนาความรู้

4.4 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพภายในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในชุมชนเขตบางพลัด ได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำมาสรุปได้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 2) ปัญหาและอุปสรรค 3) แนวทางการพัฒนา 4) สิ่งที่ต้องการให้ส่วนกลางดำเนินงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน โดยสรุปดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า

- 1.1 ด้านผู้นำ หรือผู้บริหารต้องมีความเมตตา เสียสละ มีความชัดเจน มีความมุ่งมั่น แก้ไขปัญหาได้ มีวิสัยทัศน์กว้าง มีใจรักในงานที่ได้รับนโยบายมา มีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ

ครอบครัวของเด็กๆ ได้ เมื่อครอบครัวมีปัญหาไม่มีใครเลี้ยงดูเด็ก ผู้นำก็เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่จะช่วยเหลือครอบครัวในสังคมนั้นได้ เมื่อรับนโยบาย หรือไปอบรมต่างๆ ต้องนำกลับมาบอกต่อ หรือนำกลับมาปฏิบัติภายในศูนย์พัฒนาเด็ก ในการทำหน้าที่ผู้นำสามารถลงไปช่วยเสริมในงานหรือทำแทนเมื่อบุคลากรขาด และผู้นำต้องรู้จักการสร้างเครือข่าย

1.2 ด้านการบริหารจัดการ ให้ความสำคัญกับบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กทุกคนเหมือนพี่น้องกัน ทำงานระบบครอบครัวบุคลากรมีการช่วยเหลือกัน ร่วมมือกัน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การบริหารจัดการด้านงบประมาณโดยเฉพาะงบประมาณด้านอาหารที่ได้รับ การสนับสนุนจากส่วนกลางนั้นไม่เพียงพอ จะขอสนับสนุนเพิ่มจากผู้ปกครอง หรือการบริหารจัดการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากวัด สำหรับงบประมาณการบริหารจัดการด้านการพัฒนาศูนย์เด็ก อุปกรณ์ต่างๆ สำหรับพัฒนาการเด็กได้รับการสนับสนุนจากแหล่งเครือข่าย มีการบริหารจัดการเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เช่น โรคมือเท้า ปาก จัดเตรียมแอลกอฮอล์เจลไว้ให้ใช้ก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็ก

1.3 ด้านการสร้างเครือข่ายและการสนับสนุน มีการสร้างเครือข่ายกับคนในชุมชน โรงเรียน วัด ภาครัฐ และภาคเอกชน โดยได้รับการสนับสนุนทั้งงบประมาณ อาหารแห้ง อุปกรณ์ สื่อการเรียนการสอน

1.4 ด้านความรู้ ความสามารถของบุคลากร ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความสามารถในวิชาชีพในสาขาการศึกษาปฐมวัยในการให้ความรู้แก่เด็กปฐมวัย ถึงแม้ครูทุกคนไม่ได้จบทางด้านนี้ แต่ครูผู้ดูแลเด็กก็จะผ่านการอบรมครูปฐมวัย หรือศึกษาต่ออนุปริญญาสาขาปฐมวัย ครูผู้ดูแลเด็กมีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเอง เป็นผู้ที่มัทศนคติที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีคุณธรรมและจริยธรรม

2. ปัญหา หรืออุปสรรค

2.1 ด้านบุคลากร ครูผู้ดูแลเด็ก ยังไม่ได้จบการศึกษาในสายวิชาชีพสาขาการศึกษาปฐมวัย ทุกคน เงินเดือน หรือค่าตอบแทนไม่เพียงพอต่อบุคลากร ทำให้ขาดกำลังใจ ส่งผลทำให้บุคลากรลาออกขาดตำแหน่ง การหาบุคลากรทดแทนล่าช้า

2.2 ด้านอาคารและสถานที่ การจัดยังไม่เป็นสัดส่วน เนื่องด้วยพื้นที่ที่จำกัด การปรับปรุงพื้นที่ควรให้บุคลากรในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กมีส่วนร่วมในการคิด

2.3 อุปกรณ์สื่อการเรียนรู้อย่างขาดความทันสมัย ได้รับสนับสนุนด้วยวิธีการบริจาคทั้งของใหม่และของที่ใช้แล้ว ขาดงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ใหม่ๆ หรืออุปกรณ์ที่ทันสมัย การสร้างสื่อแบบจำลองเพื่อพัฒนาการเด็ก

2.4 ด้านการสื่อสาร การสื่อสารกับผู้ปกครองยังค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหา ยังไม่พร้อมมีบุตร ทำให้การประสานงานครอบครัวได้ค่อนข้างยาก

2.5 งบประมาณ ความเสมอภาคในการกระจายงบประมาณในแต่ละศูนย์การพัฒนาเด็ก

2.6 แผนการปฏิบัติ มีแผนการปฏิบัติการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็ก แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง ยังขาดแผนปฏิบัติด้านโภชนาการที่ชัดเจน แผนปฏิบัติด้านพัฒนาการเด็กเล็ก

3. แนวทางการพัฒนา

3.1 ด้านบุคลากร ควรมึงบประมาณสนับสนุนให้ครูผู้ดูแลเด็กได้มีโอกาสศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี อย่างทั่วถึง การพัฒนาศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็ก ให้มีความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็ก จัดหลักสูตรการพัฒนาครูเกี่ยวกับการโค้ชเด็ก และการดูแลที่ถูกต้องให้ครบทุกศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน การอบรมครูเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กเล็ก

3.2 การพัฒนาสื่อการเรียนการสอน ให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับวัยเด็ก เพื่อพัฒนาการสอนให้มีประสิทธิภาพ

3.3 อาคาร สถานที่ ห้องน้ำ ห้องครัว ให้เหมาะสมควรมีการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาปรับปรุง

3.4 ด้านงบประมาณ ควรมีการเพิ่มค่าตอบแทนให้ครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร

4. สิ่งที่ต้องการให้ส่วนกลางดำเนินงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

4.1 การจัดสรรงบประมาณให้ทั่วถึงทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมตามคุณวุฒิของบุคลากร และความรวดเร็วในการเบิกจ่ายงบประมาณ

4.2 การสนับสนุนเรื่องการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นของครูผู้ดูแลเด็ก ในด้านทุนการศึกษา หรือการสนับสนุนทุนเพื่อส่งอบรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงเด็กเล็ก การประเมินพัฒนาการเด็ก

4.3 การสนับสนุนอุปกรณ์สื่อการเรียนการสอนที่ทันสมัย เพื่อพัฒนาการเรียนรู้

4.4 การเข้าถึง หรือความใส่ใจของส่วนกลางให้เกิดความเสมอภาคในทุกๆ ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

4.5 มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการรับเด็กเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย พัฒนาแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และ สืบค้นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษานำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

จากผลการวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ตามกรอบมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านบุคลากร ครูพี่เลี้ยงจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และอบรมเกี่ยวกับครูปฐมวัยเพิ่มเติม และ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ผู้บริหารแต่ละศูนย์และครูพี่เลี้ยง มีความรู้และความสามารถในการจัดการศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนได้ค่อนข้างดี และมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผุสดี ศรีเพ็ญ และ นันทิยา น้อยจันทร์ (2557) ศึกษาสภาพการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดพิจิตร พบว่าด้านบุคลากรมีความพร้อมความสามารถในการจัดการ ในระดับมาก และมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และครูผู้ดูแลเด็กได้รับทุนสนับสนุนให้ครูได้ศึกษาสาขาครูปฐมวัยทุกคน แต่มีประเด็นที่แตกต่างจากการศึกษา ในศูนย์เด็กเล็กต้นแบบในสถาบันการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรโดยเฉพาะครูพี่เลี้ยงจบระดับปริญญาตรีด้านครูปฐมวัย ผู้บริหารเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กในศูนย์มากกว่า 10 ปี และ มีพยาบาลประจำศูนย์ จบการศึกษาระดับปริญญาโท ซึ่งเป็นสาขาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์ และคณะ, 2557)

2. ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร ผลการวิเคราะห์พบว่า การดำเนินงานด้านการเจริญเติบโต การดูแลสุขภาพในช่องปาก เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก แต่การจัดเมนูอาหารยังไม่มีหลากหลาย มีการจัดอาหารซ้ำ เด็กยังได้รับขนมขบเคี้ยว ซึ่งการจัดอาหารยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก (จินตนา พัฒนพงศ์ธร และ ประภาภรณ์ จังพานิช) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการเจริญเติบโต จากการสำรวจการจัดอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (2557) พบว่า รูปแบบการจัดอาหาร มีความคล้ายคลึงกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตบางพลัด คือ เมื่อเข้าสู่ผู้ปกครองจะนำอาหาร

ให้เด็กรับประทานที่ศูนย์ ส่วนมื้อกลางวัน และมื้อว่าง ทางศูนย์จะเป็นผู้จัดเตรียม โดยมีนมเสริมให้ระหว่างมื้อ สำหรับอาหารเวียนซ้ำ พบว่ามีความแตกต่างกัน คือ การสำรวจในแต่ละภาค การจัดหาอาหารจะไม่เวียนซ้ำ ถ้ามีการซ้ำจะแจ้งให้ผู้ประกอบการเปลี่ยนอาหารทันที

3. ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย จากการวิเคราะห์สภาพการดำเนินงาน ผลการวิเคราะห์พบว่าเด็กได้รับการส่งเสริมด้านพัฒนาการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็ก (จินตนา พัฒนพงศ์ธร และประภาภรณ์ จังพานิช) แต่การจัดทำแผนการสอนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการยังไม่ได้จัดทำอย่างเป็นรูปธรรม

4. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ซึ่งผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก มีการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วนตามกิจกรรม มีอ่างน้ำสำหรับเด็กล้างมือ และแปรงฟัน ห้องมีแสงสว่างพอเพียง มีการระบายอากาศที่ดี มีห้องน้ำสำหรับเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผุสดี ศรีเพ็ญ และ นันทิยา น้อยจันทร์ (2557) พบว่าการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยอยู่ในระดับดี

5. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ผลการวิเคราะห์พบว่าการดำเนินงานสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก (จินตนา พัฒนพงศ์ธร และประภาภรณ์ จังพานิช) ซึ่งผลการวิเคราะห์การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตบางพลัด มีความสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การจัดการสุขภาพเด็กของครูผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในภาคกลาง พบว่า การจัดการสุขภาพในเด็กปฐมวัย มีการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพร่างกาย และประเมินสุขภาพเด็กเบื้องต้น และเมื่อพบว่าเด็กมีความผิดปกติ เช่น ไอ มีน้ำมูก จะคัดแยกเด็กออก นอกจากนี้มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อแก่ผู้ปกครอง (สมสิริ รุ่งอมรรรัตน์ และสุตาภรณ์ พยัคฆเรือง, 2556)

ผลการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก (จินตนา พัฒนพงศ์ธร และประภาภรณ์ จังพานิช) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการถอดบทเรียนศูนย์เด็กเล็กต้นแบบในสถาบันการศึกษาพยาบาล ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเด็กที่ชัดเจน ทั้งในด้านบุคลากร การส่งเสริมพัฒนาการ การส่งเสริมด้านโภชนาการ การตรวจสุขภาพ การป้องกันการติดเชื้อ (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์ และคณะ, 2557) จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนมีความสำคัญ ถ้าการดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก เด็กก็จะได้รับการพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ดี เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยเรียน

5.2 ความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทิศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครู

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 19 คน มีความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยวัดด้านการจัดการกับความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย และด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย ทุกด้านกลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องทั้งหมดแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพดี เนื่องจากนโยบายของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนมีการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเพิ่มพูนความรู้อยู่เสมอ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีการแสวงหาความรู้และมีวุฒิภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาดี มีความสามารถ ในการเรียนรู้ และมีความคิดใหม่ ในการแก้ปัญหา รวมทั้งการคิดเชิงวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เป็นวัยแห่งความสำเร็จมีเป้าหมายชีวิตที่แน่นอน จากการศึกษาของ (Ashkanani และ Al-Sane, 2013) ศึกษาความรู้ ทักษะ และวิธีการปฏิบัติของผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับการดูแลช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ระดับความรู้ หรือระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับทักษะ และสัมพันธ์กับการดูแลช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ทัศนคติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีทัศนคติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพดี ค่าเฉลี่ย 4.09 โดยมีทัศนคติด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.12) รองลงมาคือด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (4.11) และด้านการจัดการกับความเครียด (3.89) โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพดี ย่อมส่งผลต่อการออกแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนได้ดี จากการศึกษาของ (Ashkanani และ Al-Sane, 2013) ศึกษาความรู้ ทักษะ และวิธีการปฏิบัติของผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับการดูแลช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อวิธีการปฏิบัติในการดูแลช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 3.03 เมื่อดูรายด้านพบว่าด้านการจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.24 รองลงมาได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ค่าเฉลี่ย 3.16 รองลงมาคือด้านโภชนาการ ค่าเฉลี่ย 3.05 และด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย ค่าเฉลี่ย 3.00 ทั้ง 4 ด้านนี้อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 2.42 เป็นระดับที่ควรปรับปรุง เมื่อดูรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้งจนถึงเกือบทุกครั้ง แต่ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายได้ทำตามแผนการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้งถึงไม่เคยปฏิบัติเลย จากการศึกษาของ Ashkanani และ Al-Sane (2013) ศึกษาความรู้ ทักษะ และวิธีการปฏิบัติของผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับการดูแลช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ความรู้ และทัศนคติ เป็นตัววัดพฤติกรรมของผู้ดูแล และนำไปสู่การดูแลช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนได้ดี

จากผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของเด็กที่มารับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้น ผู้วิจัยเชื่อว่า ความรู้ที่สะท้อนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ และวิธีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแล ย่อมส่งผลต่อการออกแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

5.3 การจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย

จากผลการวิเคราะห์การจัดการในครอบครัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า การอบรมเลี้ยงดูและการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการ และการเจริญเติบโตมีสุขภาพที่ดีเหมาะสมกับวัย สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขนั้นครอบครัวมีความสำคัญเป็นแบบอย่าง

และตอบสนองความต้องการให้กับเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ (Matwiejczyk L, Mehta K, Scott J, Tonkin E, & Coveney J, 2018) เด็กจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีจากครอบครัวเพื่อช่วยให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนวยการจัดการในครอบครัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนได้ผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของบิดา และมารดาจากการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่มาจากศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียน ชุมชนสวนพริก (25.3%) และศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียน วัดวิมุตตราม (24.2%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (72%) เป็นมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนมีอายุระหว่าง 18- 52 ปี (Mean = 32.25, S.D. = 7.23) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (29.2%) และมีอาชีพรับจ้าง(52.8%) เป็นส่วนใหญ่ ส่วนบิดาของเด็กวัยก่อนเรียน(24.2%) มีอายุระหว่าง 20-50 ปี(mean=31.74, sd=7.04) ส่วนใหญ่ (34.7%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีอาชีพรับจ้าง(52.8%) เช่นกันด้านรายได้ของครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,500 – 80,000 บาทต่อเดือนส่วนใหญ่ มีจำนวนบุตรในครอบครัว 1 คน (47.4%) และ 2 คน (39%) ตามลำดับ โดยมีรายได้ครอบครัวเพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (50.5%) แต่มีเพียงส่วนน้อย (13.7%) ที่มีรายได้เพียงพอและมีเก็บ สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2009) ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 1,548 คน พบว่า ครอบครัวไทยมีบุตรน้อยลงโดยมีบุตรในครอบครัวเฉลี่ย 1.68 คนผู้เลี้ยงดูหลักยังเป็นมารดา ร้อยละ 66.7 มีสัดส่วนของปู่ย่าตายาย ร้อยละ 20.9 ครอบครัวมีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยมากที่สุดร้อยละ 69.8 รองลงมาคือแบบผสม ร้อยละ 27.9 น้อยที่สุดคือแบบเข้มงวดกวดขันร้อยละ 0.6 ครอบครัวมีความเข้มแข็งในระดับมาก ร้อยละ 70.0 มีลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในลักษณะที่เหมาะสมร้อยละ 80.0 ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ ความเข้มแข็งของครอบครัวแรงสนับสนุนทางสังคมการศึกษามารดาการศึกษาบิดาเขตที่อยู่อาศัย และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ซึ่งจะเห็นว่าพัฒนาการเด็กและการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ยังมีลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไปก็ตาม

2. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและอาชีพของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32$ $p < .01$ และ $r = .21$, $p < .05$ ตามลำดับ) แต่ระดับการศึกษาของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้อภิปรายได้ว่าครอบครัวในเขตเมือง เช่น ในเขตบางพลัดส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุตร มารดาที่มีระดับการศึกษาที่ดีมีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันจะมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรวัยก่อนเรียนและการเลี้ยงดูที่ดี ส่วนบิดาที่มีระดับการศึกษาที่ดี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงมีการรับรู้ถึงความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรมาก เนื่องจากบิดามีหน้าที่หลักในการหารายได้ให้กับครอบครัวซึ่งอาจจะไม่ค่อยมีความใกล้ชิดกันมากนัก

เพราะบิดา ต้องออกไปทำงานหารายได้นอกบ้าน สอดคล้องการศึกษาในประเทศจีนชี้ให้เห็นว่า เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ดีปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ดี (Chen X, Lice M, & Li D. ,2000) ล้วนมาจากครอบครัวที่มีความพร้อมในการอบรมเลี้ยงดู การให้ความรักความอบอุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่มีพ่อ แม่ มีการศึกษาสูง เศรษฐฐานะทางสังคมดีมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่เพียงพอ บุตรมีโอกาสในการพัฒนาด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำกว่า (Hamilton K, Spinks T, White KM, Kavanagh DJ, & Walsh AM, 2016) ส่วนในสังคมไทยมีการศึกษาด้านการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทยจากน้ำหนักและส่วนสูงในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี พบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยลดลงในด้านร่างกาย และเข่าปัญหา โดยที่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเด็กทุกกลุ่มอายุคือการอบรมเลี้ยงดู (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2552) โดยที่มีอิทธิพลสูงสุดในกลุ่มเด็กปฐมวัย ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้แก่ การศึกษาของมารดาซึ่งเป็นผู้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูเด็ก และรายได้ของครอบครัวโดยพบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา และเป็นผู้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการมีรายได้ครอบครัวที่ดีจะมีโอกาสให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กได้ดี โดยมีปู่ย่าตายายคอยช่วยเหลือในตอนกลางวัน (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2016) และร้อยละ 90 ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านการเรียนโดยส่งเข้าศูนย์เด็กเล็ก (จันทิรา สิทธิโชค และนวลศรี วิจารณ์ 2016) ได้ศึกษาบทบาทของบิดามารดา ในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 299 คน ผลการวิจัยพบว่า บทบาทในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของบิดา มารดา โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ส่วนความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของบทบาทในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามลักษณะประชากร พบว่า สถานภาพการเป็นบิดา หรือมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ครอบครัวต่างกัน มีบทบาทในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนโดยรวมต่างกัน บิดามารดา ส่วนใหญ่ ให้ความสนใจต่อการดูแลบุตรดี แต่เนื่องจากอยู่ในเขตเมือง บิดามารดาส่วนใหญ่ มีการศึกษาดี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง มีบุตรน้อย (1-2 คน) และมีบทบาทในการดูแลส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะด้านอารมณ์ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรพรรณ ฐิตสุภวัฒน์ (2529) ที่พบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ของมารดา ที่มีต่อเด็ก (ร้อยละ 69.02) จะเป็นเด็กเลี้ยงง่าย

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า มารดามีบทบาทในการดูแลบุตรดีกว่าบิดา แสดงให้เห็นว่า กลุ่มบิดาบางส่วน คิดว่าหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร เป็นหน้าที่ของมารดาเป็นส่วนใหญ่ ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลักซึ่งเป็น พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 5 แห่ง พบว่า มีการรับรู้ความสามารถและความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรต่างกัน ซึ่งอภิปรายได้ว่า ครอบครัวในเขตบางพลัด ซึ่งจัดอยู่ในเขตเมืองผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุตร ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปานกลางถึงสูง มีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันมีการรับรู้ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรวัยก่อนเรียนดี ให้การเลี้ยงดูที่ดีแก่บุตร เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า การรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรของกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดเทพากร ดีกว่าชุมชนสวนพริกและวัดบางพลัด เช่นเดียวกับความพยายามของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนสวนพริกมากกว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดวิมุทธาราม และวัดบางพลัดสามารถอธิบายได้ว่าในแต่ละพื้นที่

มีลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีความแตกต่างกันทั้งอาชีพ รายได้ครอบครัวโดยครอบครัวที่ผู้ดูแลหลักที่มีระดับการศึกษาที่ดี เศรษฐฐานะทางสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคงจะมีการรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรที่ดีไม่รู้สึกว่าจะต้องใช้ความพยายามในการสร้างเสริมสุขภาพให้บุตรได้มีพัฒนาการด้านร่างกาย และสติปัญญาซึ่งต่างจากครอบครัวที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมต่ำกว่า (Hamilton K, Spinks T, White KM, Kavanagh DJ, & Walsh AM., 2016)

ด้านการรับรู้ความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครองในแต่ละแห่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ในครอบครัวที่คล้ายคลึงกันจึงไม่มีความแตกต่างกันในด้านการรับรู้ความร่วมมือกันระหว่างพ่อ แม่ หรือผู้ปกครองซึ่งสถานภาพการเป็นบิดาหรือมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ครอบครัวที่ต่างกันมีผลต่อบทบาทในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนต่างกัน บิดามารดาส่วนใหญ่ให้ความสนใจต่อการดูแลบุตรดี แต่เนื่องจากอยู่ในเขตเมือง บิดามารดาส่วนใหญ่ มีการศึกษาดี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง มีบุตรน้อย (1-2 คน) เป็นไปตามรายงานการศึกษา ของ อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม กุศล สุนทรธาดา และศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2540) พบว่า แม่เป็นผู้ดูแลลูกเป็นหลัก รองลงมา คือ ปู่ ย่า ตา ยาย ส่วนพ่อดูแลในลักษณะนามธรรม คือ พุดคุย และเล่นกับลูก ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ทั้งบิดามารดา ควรมีบทบาทเท่ากับ หรือใกล้เคียงกัน เพื่อเด็กจะได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแลอย่างเต็มที่ มีความเชื่อมั่นในตนเอง เมื่อเติบโตขึ้น ส่วนกลุ่มบิดามารดาที่มีอายุ และอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลด้านร่างกายแตกต่างกัน ซึ่ง ด้านอาชีพมีแนวโน้มว่า บิดามารดาที่ทำงานนอกบ้าน โดยเฉพาะครอบครัวในเมืองหลวง เวลาที่จะดูแลบุตรย่อมน้อยกว่าบิดามารดาที่ประกอบอาชีพในบ้าน เนื่องจากการออกไปทำงานนอกบ้านย่อมจะเหน็ดเหนื่อยในแต่ละวันจึงอาจดูแลบุตรได้เท่าที่ควร นอกจากนี้อุไรวรรณ วิฑิตสุภวัฒน์ (2533) ก็ยังพบว่า เด็กที่แม่ทำงานในบ้านจะมีระดับความสนใจและสมาธิดีกว่าเด็กที่มารดาทำงานนอกบ้าน ในครอบครัวที่บิดามารดาที่มีระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวต่างกัน จะมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาต่างกัน เช่นเดียวกับ จิตราภรณ์ พัฒนาศิริ (2535) ที่ศึกษาพบว่า มารดาที่มีการศึกษาสูง จะอบรมเลี้ยงดูบุตร ด้านสติปัญญา สูงกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำ อาจเป็นเพราะผู้มีการศึกษาสูง ย่อมมีอาชีพและรายได้สูง สามารถจัดหาสิ่งที่จะส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาบุตรได้เหมาะสม นอกจากนี้ นุชรา บุญกนก (2531) ยังศึกษาพบว่า บิดาที่มีการศึกษาสูง รายได้ครอบครัวสูง จะมีบทบาทเสริมมารดา ในการดูแลบุตรมากกว่าครอบครัวที่บิดาที่มีการศึกษา และรายได้ครอบครัวต่ำ เช่นเดียวกับ วัจนี ไทรงาม (2539) ที่ศึกษาพบว่า มารดาที่มีการศึกษาสูง จะอบรมเลี้ยงดูบุตรแบบประชาธิปไตย มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่า นอกจากนี้ บิดา มารดา และผู้ปกครองมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทขนมขบเคี้ยวให้กับเด็ก (2015) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเด็ก ๆ รับประทานอาหารว่างตามข้อเสนอแนะเมื่อพ่อแม่เสนออาหารว่างเพื่อให้รางวัลแก่พฤติกรรม/วันหยุด หรือความสำเร็จ ความตั้งใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับอาหารว่างสำหรับเด็กอาจเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับความพยายามในการป้องกันโรคอ้วนในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการสนับสนุนและการให้กำลังใจจากบิดา มารดาสามารถปรับปรุงแนวปฏิบัติในการเลี้ยงดู การรับรู้ความสามารถหรือการเปลี่ยนรูปแบบการเลี้ยงดูของ

ผู้ปกครอง อาจเป็นแนวทางในการเพิ่มเวลาในการเรียนรู้ และส่งเสริมกิจกรรมทางด้านร่างกายให้เด็ก (2015) สามารถควบคุมพฤติกรรมจำนวนเวลาที่ใช้ไปกิจกรรมบนหน้าจอโทรศัพท์ของพ่อแม่ (2016)

พ่อแม่จึงมีส่วนสำคัญในการเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตให้แก่บุตรจากการอบรมเลี้ยงดูในการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแบบจำลองพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่รับบริการในศูนย์ดูแลเด็กและผลการดำเนินงานของเด็กที่มีต่อสุขภาพจากศูนย์รับเลี้ยงเด็ก (N = 28) เป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อยผู้ปกครองมีระดับการศึกษาในขั้นพื้นฐาน พบว่าผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการลดการบริโภคอาหารขยะของเด็กโดยที่ครูไม่ได้มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการหรือแม้แต่รูปแบบการออกกำลังกายของเด็กก่อนวัยเรียนเลยดังนั้นความพยายามในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยก่อนเรียน(2014)จึงควรรวมผู้ปกครองให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาพดีสำหรับบุตรหลานของตนแต่อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองมีการประเมินความอ้วนในเด็กต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องของการรับรู้ของผู้ปกครอง คืออายุ เชื้อชาติ เพศ และความรู้เรื่องสุขภาพของผู้ปกครอง(2016)เช่นเดียวกับการศึกษาในเด็กอายุ 2-5 ขวบ ของสหราชอาณาจักร ที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนจะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินองค์การอนามัยโลก (WHO)ได้ให้ความสำคัญกับช่วงวัยอนุบาลว่าเป็นเวลาที่สำคัญในการป้องกันโรคอ้วน และแนะนำให้โรงเรียนอนุบาลเป็นสถานที่เหมาะสำหรับดำเนินการอย่างไรก็ตามสภาพแวดล้อมในโรงเรียน รวมถึงความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติของครูและผู้ปกครองในสถานรับเลี้ยงเด็กอาจเป็นอุปสรรคต่อการให้การแทรกแซงเพื่อสุขภาพในการกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดนกฎระเบียบการปฏิบัติด้านการบริโภคในโรงเรียนต้องมีความชัดเจน รวมถึงให้ความรู้และความช่วยเหลือแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองให้เข้าใจเกี่ยวกับนโยบายของโรงเรียนที่ห้ามไม่ให้เด็กรับประทานอาหารว่างที่มีน้ำตาล (2016) หรือแม้แต่การศึกษาการจัดการดูแลของครอบครัวที่มีลูกป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่นธาลัสซีเมียที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่ายเลือดที่พ่อแม่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการดูแล และความร่วมมือกันของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากการปรับการดำเนินชีวิตประจำวันให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับการตอบสนองครอบครัว (อรนุช ชุศรี, วรณิ เดียววิศเรศ, Marcia Van Riper, 2559) ในแต่ละบริบทความสามารถในการจัดการมีอิทธิพลทางบวกต่อ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็ก (Orranuch chusri, WanneeDeoisres, Marcia Van Riper, 2018) ซึ่งพิจารณาแล้วในการศึกษาครั้งนี้ บิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาดี มีอาชีพรับจ้างที่มีรายได้เพียงพอกับการดำเนินชีวิตประจำวัน อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ซึ่งก็คือเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จึงอาจมีโอกาที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร และนำความรู้เหล่านั้น มาใช้ในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และมีการเตรียมความพร้อมในด้านการเรียนด้วยการส่งเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน

5.4 แผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของบุคลากร ความรู้ ทักษะ และวิถีปฏิบัติที่สะท้อนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการวิเคราะห์สภาพการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของ และการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด

กรุงเทพมหานคร เป็นความสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย นำมาสู่กิจกรรมของแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด 2 กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมการพัฒนาด้านโภชนาการ และกิจกรรมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย

กิจกรรมการพัฒนาด้านโภชนาการ จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 - 2559 ผลการสำรวจพบว่าภาวะโภชนาการเด็กที่ต่ำกว่า 5 ปี มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานปานกลางและรุนแรง ประมาณ 2.5 แสนคน และ 1 ใน 10 ของเด็กที่ต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะอ้วน ดังนั้นความสำคัญด้านโภชนาการเมื่อได้รับสารอาหารครบถ้วน จะช่วยกระตุ้นพัฒนาด้านการเจริญเติบโต สติปัญญา และการเรียนรู้ การช่วยเหลือผู้อื่น อีกทั้งยังช่วยป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Unicef, 2017) การพัฒนาด้านโภชนาการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายและสมอง องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ กล่าวว่า การมีโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกคนตั้งแต่แรกเกิด และเป็นการป้องกันการเกิดโรคเบื้องต้น (FAO, 2018) การพัฒนาแผนกิจกรรมด้านโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เจิตนภา แสงสว่าง และคณะ (2560) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ในเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา โดยมีรูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้แนวทางอาหารของแม่ ได้แก่ การบริหารจัดการอาหารกลางวัน การจัดอาหารมื้อเช้า การกำกับติดตามคุณภาพอาหาร การจัดหาแหล่งอาหารปลอดภัย และการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ซึ่งผู้ปกครองมีความเห็นตรงกันว่า วัตถุประสงค์และแหล่งอาหารควรมีความปลอดภัยสำหรับเด็ก และการเพิ่มความรู้เรื่องภาวะโภชนาการแก่ผู้ปกครอง และการปรับเปลี่ยนทัศนคติอาหารของแม่ โดยบูรณาการอาหารของแม่ลงในหน่วยสาระการเรียนรู้และโครงการโรงเรียนพ่อแม่ และการหาต้นแบบอาหารของแม่ และมีความสอดคล้องกับโครงการสำรวจการจัดการอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นการจัดอาหารให้ครบอาหารหลัก 5 หมู่ และมีความหลากหลาย อาหารไม่ซ้ำ กิจกรรมการพัฒนาด้านโภชนาการจะช่วยสร้างเสริมพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์และมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการพัฒนาแผนกิจกรรมพัฒนาด้านโภชนาการมีความสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก นอกจากนี้ครอบครัว พ่อ แม่ ผู้ดูแลเด็ก รวมถึงชุมชน มีความสำคัญในบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย เช่นบทบาทของชุมชน คือการเข้าถึงอาหาร การจัดหาแหล่งวัตถุดิบที่สะอาดผ่านมาตรฐาน จะเห็นได้ว่าภาวะโภชนาการเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพที่สำคัญ เป็นต้นทุนสำคัญในการพัฒนาการเจริญเติบโต สติปัญญา และการเรียนรู้ของเด็ก เช่น การขาดสารไอโอดีนรุนแรงจะทำให้เด็กมีภาวะเอ๋อ ดังนั้นการร่วมมือของครอบครัวจะช่วยให้การเลี้ยงดูเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรง สติปัญญาที่ดี นอกจากนี้มีหน่วยงานต่างๆ ที่พัฒนากิจกรรมด้านโภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน เช่นแนวทางการให้อาหารว่างสำหรับเด็ก โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และการพัฒนาแนวทางการให้อาหารเด็ก 0-5 ปี โดยชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย การพัฒนานวัตกรรมสื่อการให้อาหารเด็กสำหรับครอบครัวในรูปของนิทาน (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2557)

กิจกรรมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย ด้วยการเล่านิทาน เป็นสื่อการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา การคิด การสร้างจินตนาการ และการพัฒนาทางด้านอารมณ์ ซึ่งกิจกรรมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยได้ถูกกำหนดในนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ระยะยาว 2550-2559 โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ จิตใจ สังคม โดยมีแนวทางหรือมาตรการโดยการส่งเสริมให้ความรู้ ทักษะการเลี้ยงดูแก่ พ่อแม่ และผู้ปกครอง สร้างแรงจูงใจการผลิตสื่อรูปแบบต่างๆ เพื่อให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครอง มีความรู้ และนำสื่อต่างๆไปใช้เพื่อพัฒนาด้านสติปัญญา อารมณ์ จิตใจ แก่เด็ก และการประเมินพัฒนาการเด็กอย่างง่ายเพื่อคัดกรองเด็กที่มีความผิดปกติตั้งแต่เบื้องต้น (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2550) การเล่านิทาน เป็นสื่อการเรียนรู้ประเภทหนึ่ง ที่ใช้เพื่อพัฒนาการเด็กด้านสติปัญญา อารมณ์ การศึกษาของวิจิตรา โปะสง และ อัจศรา ประเสริฐสิน (2559) พัฒนาโปรแกรมการเล่านิทานและการเล่น ที่ส่งเสริมความสามารถด้านมิติสัมพันธ์สำหรับเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเล่านิทานและการเล่นสามารถพัฒนาความสามารถด้านมิติสัมพันธ์ของเด็กได้ และการเล่านิทานฝึกให้เด็กได้พัฒนาทักษะการฟัง การพูด การกล้าแสดงออก นอกจากนั้น การเล่านิทานพัฒนาการด้านอารมณ์ ของเด็กจากเนื้อหาของนิทาน โดยเด็กสามารถนำเอาเนื้อหาที่ฟังไปประยุกต์ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ การเล่านิทานช่วยส่งเสริมทักษะภาษา และทักษะการฟัง ของเด็กปฐมวัย การฟังนิทานจะได้รับคำศัพท์ใหม่ๆ และช่วยกระตุ้นจินตนาการ ให้เด็กได้ดี สื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเล่านิทาน จะส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษามากขึ้น นอกจากนี้การเล่านิทานช่วยให้เด็กมีความเข้าใจและเชื่อมโยงไปสู่ใจความได้ กระตุ้นให้เด็กมีความอยากรู้ (สถาบันพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการศึกษา, 2561 และ Engel, 2018) การศึกษาประสิทธิภาพของการเล่านิทาน และการอ่านนิทานภาพของ Isbell et al (2004) พบว่า ประสิทธิภาพของทั้ง 2 วิธี ช่วยพัฒนาทักษะด้านภาษาอย่างชัดเจน

5.5 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพภายในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในชุมชนเขตบางพลัด พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ด้านผู้นำ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการสร้างเครือข่ายและการสนับสนุน ด้านความรู้ความสามารถของบุคลากร อภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริม พบว่าด้านผู้นำ และด้านการจัดการ เป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับ Bateman & Snell (1999 อ้างใน Cheng, et.al., 2001) กล่าวว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นขั้นตอนซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้จัดการทุกฝ่ายขององค์กรที่ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของแผนเชิงกลยุทธ์โดยกำหนดทิศทาง ในการทำงาน การบริหารเชิงกลยุทธ์ที่ดีช่วยให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายภายในระยะเวลาที่กำหนด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ สุตรี (2553) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

พบว่า การบริหารมีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก และปัจจัยด้านความรู้ ทักษะของบุคลากรมีผลต่อการดำเนินงานเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผลการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ พัฒน์พล แก้วยม (2557) เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการประกันคุณภาพในสถานการศึกษา พบว่าภาวะผู้นำของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ กับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ($r = -0.226$, $p - \text{value} < 0.05$) จากการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กของจังหวัดชัยภูมิ ผลการประชุมพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ทัศนคติของผู้นำ การบริหารจัดการที่ดี การสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย ความรู้และทักษะของบุคลากร (ปาณิสรา ปรีบุญพูล, 2018) เช่นเดียวกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสวนผึ้ง ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสวนผึ้ง ได้แก่ ทัศนคติผู้นำ ความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การดำเนินงานให้ได้ตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก ความรู้ และทักษะการดูแลของบุคลากร (เพยาว์ อิศรพันธุ์, 2552) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่จำเป็นได้แก่ การบริหารจัดการโครงสร้างที่ดี ทัศนคติของผู้นำ การสร้างเครือข่ายเพื่อการช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กสามารถนำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานรวมทั้งการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาในการพัฒนารูปแบบการดูแลหรือส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวันก่อนเรียนการดูแลเอาใจใส่ให้ความรัก ความอบอุ่น รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่เด็กนอกจากนี้ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางแก่ครูและพี่เลี้ยงเด็กในการจัดกิจกรรมโดยมีพ่อ แม่ผู้ปกครองหรือสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนโดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาชุดความรู้ในปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเมืองใหญ่แห่งอื่น ๆ เช่น พัทยา เชียงใหม่ รวมทั้งศูนย์เด็กปฐมวัยในสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเทศบาล เป็นต้น นอกจากนี้สามารถนำไปชี้แนะเพื่อกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพแก่เด็กปฐมวัยของเทศบาล ตำบล ฯลฯ และส่งผลสู่การตัดสินใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมให้สนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในท้องถิ่นของตน รวมทั้ง จะเป็นกลไกที่สามารถขับเคลื่อนให้สังคมเห็นความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพของเด็กปฐมวัย และส่งผลสู่การเป็นสังคมสุขภาพได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2550). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพเด็กปฐมวัยระยะยาว พ.ศ. 2550 – 2559*. กรุงเทพฯ: วีทีซี คอมมูนิเคชั่น.
- เกศรา เสนงาม, แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, และลักขณา คงแสง. (2555). ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็กที่รับบริการที่ฝ่ายพัฒนาเด็กปฐมวัย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(1), 11-25.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การเจริญเติบโตของเด็กไทยตั้งแต่แรกเกิด - 18 ปี*. สืบค้นจาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=1&id=315>.
- กองมณี สุรวงษ์สิน. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- ขวัญใจ สุตรีก. (2553). *ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาเทคโนโลยีการบริหารการศึกษา, คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี)
- คาสปาร์ พิค, วาสนา อิมเอม, รัตนภรณ์ ตังธนเศรษฐ์. (2558). *โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อยอายุยืน*. กรุงเทพฯ:ไทยพับลิก้า.
- จิตรภรณ์ พัฒนาศิริ. (2535). *การอบรมเลี้ยงดู กับพัฒนาการด้านนิสัย ส่วนบุคคล และสังคมของเด็กปฐมวัย ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์*. (วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- จินตนา พัฒนพงษ์ธร และ ประภาภรณ์ จังพานิช (บรรณาธิการ). (2556). *คู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กรุงเทพฯ.
- จันทร์ลา สิทธิโชคและ นवलศรี วิจารณ. (2016). บทบาทของบิดา มารดา ในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 2(3). สืบค้นจาก http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol22No3_05.
- จิราภรณ์ ชันมัน. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการพยาบาลในกองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- จูไรรัตน์ วัชรอาสน์, พัชราภา กาญจนอุดม และศุภกร หวานกระโทก (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(2), 108-118.

- เจตินภา แสงสว่าง, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ปาริชาติ ชูประดิษฐ์, ศรีสุภาภรณ์ บิณฑาประสิทธิ์ และทองใหญ่ วัฒนศาสตร์. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ในเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 33(2), 146-158.
- ชลาทิพย์ หลิ่งวัน. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- ณัฐภรณ์ พลิกเพชร. (2548). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดพัทลุง*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, จงจิต เสน่หา, รุ่งนภา วัฒนรัตน์, กลิ่นชบา สุวรรณรงค์, พรรณนิภา สืบสุข และเดช เกตุฉ่า (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 29(2), 133-142.
- เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, สมศิริ รุ่งอมรรัตน์, พิมพพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, มณีรัตน์ ภาครูป, สุพรรณิ สุ่มเล็ก และคณะ. (2557). การถอดบทเรียนศูนย์เด็กเล็กต้นแบบในสถาบันการศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(3), 161-174.
- ธราดล เปี่ยมพงศ์สานต์, วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ, เสกสิริ นิวัติชัยวงศ์. (2560). *นโยบายการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันออกแบบอนาคตประเทศไทย สืบค้นจาก https://issuu.com/futureinnovativethailandinstitute/docs/ecd_final.
- นันทมนัส บุญโล่ง. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพังงา*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา)
- นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สีหริ์ญวงศ์. (2547). การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - II ฉบับภาษาไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(4), 44-63.
- นันทวรรณ เมฆา. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในสถาบันวิจัย วิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์นนทบุรี*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช)
- นิรมล อินทฤทธิ์ (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- บุญเรือง ชัยสิทธิ์. (2551). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี)

- ปาณิสรา ปรีบุญพล. รวมปัจจัยความสำเร็จจากประชุมกลุ่ม KM ศูนย์เด็กเล็กชัยภูมิ สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/102505>
- ประไพพรพันธ์ บัวพรมมี. (2553). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี*. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง)
- ปรียพร วิศาลบุรณ์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของลูกจ้างโรงพยาบาล ตำรวจ*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- มุสดี ตามไท. (2557). *ยูนิเซฟจับมือ กทม.เตรียมตั้งศูนย์สาริตพัฒนาเด็กปฐมวัย*. สำนักข่าวอิสรระนิวส์. สืบค้นจาก https://www.isranews.org/isranews/30869-unicef_30869.html.
- มุสดี ศรีเพ็ญ และ นันทิยา น้อยจันทร์. (2557). การจัดการสุขภาพเด็กของครูผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในภาคกลาง. *Journal of Nursing Science*, 31(2), 77-87.
- แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). *โครงการสำรวจการจัดการอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*. สืบค้นจาก <http://www.fhpprogram.org/media/pdfs/reports/0c5c2fc2f753ea70b83a091834921b6a.pdf>.
- พัชรี วรกิจพูนผล. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยหัดเดิน ใน การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: คลังน่านาวิทยา.
- พเยาว์ อิศรพันธุ์ (ผู้เรียบเรียง). (2552). *ศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ คู่พี่เลี้ยงดีเด่น*. สืบค้นจาก <http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/child/Lern1.php>
- พัฒน์พล แก้วยม. (2557). *การศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานประกันคุณภาพ การศึกษาภายในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ (ฉบับรายงานวิจัย)*. สืบค้นจาก <http://eq.rmutsb.ac.th/data/KM/57/0002.pdf>.
- ภัทรจิต นิลราช. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร, นิชรา เรืองดารกานนท์, ปราณี่ ชาญณรงค์, ภาสุรี แสงศกวนิช, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. (2552). *รายงานการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนไทย (สุขภาพเด็ก) โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.hiso.or.th/report/health/report/>.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2557). *โภชนาการเด็ก เรื่องไม่เล็กที่ต้องสนใจ ใน : พัฒนาการเด็กปฐมวัย รากแก้วแห่งชีวิต*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ อภิวัตน์การเรียนรู้... สู่จุดเปลี่ยนประเทศไทย.

- ลัดดาวรรณ อังควานิช. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่งจังหวัดพังงา*. (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต)
- วิจิตรา โปะะสง และ อัจศรา ประเสริฐสิน. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการเล่นิทานและการเล่น ที่ส่งเสริมความสามารถด้านมิติสัมพันธ์สำหรับเด็กปฐมวัย. *วารสารบรรณศาสตร์ มศว* 9(1).
- วัจน์ ไทรงาม. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเด็ก ตามพื้นฐานอารมณ์ กับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของมารดา กรณีศึกษา มารดาของเด็กวัยก่อนเรียน ในโรงเรียนอนุบาลเอกชน เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขานามัยครอบครัว, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล*. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว.
- วนิดา มกรกิจวิบูลย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษา โรงพยาบาลหัวเฉียว*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- วันทนา ขวัญเมือง (2546). *ปัจจัยด้านสถานการณ์ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร. (2550). กองนโยบายและแผนงาน. สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <http://cpd.bangkok.go.th:90/web2/strategy/reportstudy50/socialwell/50-3%20bmapreschool2549.pdf>.
- ศิริพร ชัมภลชิต, และ จุฬาลักษณ์ บาร์มี, (บรรณาธิการ). (2555). *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการศึกษา (เอ็ด-เทค). (2561). การเล่นิทานสำหรับเด็กปฐมวัย. สืบค้นจาก <http://www.edtechbooks.com/articles/42147662/การเล่นิทานสำหรับเด็กปฐมวัย.html>
- สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ และ สุดาภรณ์ พัยคมเรือง. (2556). การจัดการสุขภาพเด็กของครูผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในภาคกลาง. *Journal of nursing Science*, 31 Suppl2, 77-87.
- สุกิจ โตสงค์. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการครูจังหวัดมุกดาหารที่ตรวจสุขภาพประจำปี 2553 กับศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี*. (บทความวิจัย). อุบลราชธานี.
- สุรินทร์ กลิมพากร, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำป็น และขวัญใจ อำนาสัตย์ชื้อ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่ 2.

- สุริภา อนุจรพันธ์, (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารระดับ สัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด. [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2550). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ระยะยาว 2550-2559 สืบค้นจาก <http://www.onec.go.th/index.php/book/BookView/421>
- สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. (2560). ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <http://www.bangkok.go.th/social/index>.
- สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย.(2016). *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ (J of Public Health)*, 46(3), 205-210.
- อานนท์ สีดาเพ็ง และนิคม มูลเมือง. (2556). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 1(1), 59-86.
- เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล บางแพ.* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- อรรวรรณ ฐิตสุภวัฒน์. (2559). *ปัจจัยบางประการ ที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์ เด็กวัยก่อนเรียน: ณ แฟลตดินแดงอาคารที่ 1-11 กรุงเทพมหานคร.* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาอนามัยครอบครัว, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)
- อุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม, กุศล สุนทรธาดา และศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต. (2540). แบบแผนการเลี้ยงดูลูกของพ่อที่เป็นคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม ในกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หน้า 65-69.
- อรไท แดงชาติ. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ.* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์)
- อรัญ อินทร์แก้ว. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ อำเภอบ้านบุ่ง จังหวัดพังงา.* (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต)
- อรนุช ชูศรี, วรณี เตียวอิศเรศ, Marcia Van Riper. (2559). รูปแบบการจัดการในครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารวิจัย มสส สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 9(3), 111-126.
- อนุรักษ์ มาสเนตร. (2552). การดำเนินงานการบริการด้านการศึกษาตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก กรมอนามัยของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเขตบางซื่อ. รายงานสารนิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ

- Ashkanani F, Al-Sane M,. (2013). Knowledge, attitudes and practices of caregivers in relation to oral health of preschool children. *Med Princ Pract*, 22, 167-172.
- Cao, W. J., Chen, C. S., Hua, Y., Li, Y. M., Xu, Y. Y., & Hua, Q. Z. (2012). Factor analysis of a health– promoting lifestyle profile (HPLP): Application to old adults in Mainland China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 632-638.
- Cheng, E. W., Li, H., Love, P. E., & Irani, Z. (2001). Network communication in the construction industry. *Corporate Communications: An International Journal*, 6(2), 61-70.
- Chen X, Lice M & Li D. (2000). Parental warmth, control, and indulgence and their relations to adjustment in Chinese children: a longitudinal study. *J Family Psychology*, 14, 401-19.
- Engel S (editor). (2018). How is it that children are born with no language, let alone narrative skills, but that within 24–30 months most have learned the rudiments of story telling? Retrieved from <https://www.zerotothree.org/resources/1057-storytelling-in-the-first-three-years>.
- Faul F., Erdfelder E., Buchner A., & Lang AG. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160.
- Food and Agriculture Organization (FAO). (2018). Linking Agriculture to Nutrition Education to Improve Infant and Young Child Feeding. Retrieved from <http://www.fao.org/nutrition/education/iycf/en/>
- Hamilton K, Spinks T, White KM, Kavanagh DJ, & Walsh AM. (2016). A psychosocial analysis of parents' decisions for limiting their young child's screen time: An examination of attitudes, social norms and roles, and control perceptions. *British journal of health psychology*, 21(2), 285-301.
- Hendrick, D. L., & Hendrick, C. S. (2005). The relationship of hope and Self - efficacy to health promoting behaviors among student - athletes attending historically black colleges and Universities. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11(3), 23-34.
- Hopkins A.F., & Gallo A.M. (2012). Mothers' Perception of Family and School life When their Children have a Chronic Condition. *International Journal of Clinical Pediatrics*, 1(4-5), 97-102.
- Isbel R., Sobolliane U., Lowrance L. (2004). The Effects of Storytelling and Story Reading on the Oral Language Complexity and Story Comprehension of Young Children. *Early Childhood Education Journal*, 32(3), 157-163.

- Knafel, Knafel, & Gray. (2013). Patterns of family management of childhood chronic. *Journal Pediatric Nursing*, 28(6), 523-535.
- Lee, T. W., Ko, I. S., & Lee, K. J. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 293-300.
- Maville A. J. & Huerta G.C. (2008). *Health Promotion in Nursing*. 3rd Edition. Philadelphia:Lippincott.
- Miller A. & Dess G. G.(1993). Assessing porter's (1980) model in terms of its generalizability, accuracy and simply. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1993.tb00316.x>.
- Matwiejczyk L, Mehta K, Scott J, Tonkin E, &Coveney J. (2018). Characteristics of Effective Interventions Promoting Healthy Eating for Pre-Schoolers in Childcare Settings: An Umbrella Review. *Nutrients*, 10(3), 292-313.
- Orranuch chusri, Wannee Deoisres, Marcia Van Riper. (2018). Family Management in Children With Thalassemia : parental perception. *Walailak journal*. Retrieved from <http://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/3653>
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stanford, CT: Appleton and Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Pender N.J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. Online. Retrieved from https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf.
- Pender N.J., Murdaugh C.L.& Parsons M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Edition), Pearson, Boston.
- Pirincci, E., Rahman, S., Durmus, A. B., & Erdem, R. (2008). Factors affecting health – promoting behaviours in academic staff. *Public Health*, 122, 1261-1263.
- Toly V.B., Musil C.M., and Carl J.C. (2012). A Longitudinal Study of Families with Technology-Dependent Children. *Res Nurs Health*, 35(1), 40–54.
- Unicef. (2017). เด็กทุกคนสำคัญเสมอ. Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/tha/Thailand_MICS_Fact_Sheet_TH.pdf
- Walker S.N., Sechrist K.R., & Pender N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81.

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พว. ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Asst. Dr. RN Sresuda Wongwiseskul

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3101601053294

ตำแหน่งปัจจุบัน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

204/ 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์

ถ.สิรินธรเขตบางพลัด กรุงเทพฯ ฯ 10700

โทรศัพท์ 02-423-9465, 089 -927-2324 โทรสาร 02-423-9466

E mail: sresuda_won@dusit.ac.th

ประวัติการศึกษา

ปริญญาเอก ครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา)

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

ปริญญาตรี - พยาบาลศาสตรบัณฑิต

- ศิลปศาสตรบัณฑิต (ภาษาอังกฤษ)

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวรุ่งนภา ป้องเกียรติชัย

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Rungnapa Pongkiatchai

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-1012-03320-837

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำ

หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ

ที่อยู่ 204/3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ ถนนสิรินทร

แขวงบางพลัด เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ฯ 10700 โทรศัพท์ 02-4239469

โทรสาร 02-4239469 E-mail : rung_10@yahoo.com

โทรศัพท์มือถือ 082-4454565

ประวัติการศึกษา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายรังสรรค์ มาระเพ็ญ

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Rangson Marapen

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-7503-00022-75-0

ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 204/3 อาคาร 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ แขวงบางบำหรุ

เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 02-4239465 โทรสาร 02-4239466

มือถือ 061-619-4155 E-mail: rangson125366@hotmail.com

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร. อรรนุช ชูศรี

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. Orranuch Chusri

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-160-500-27750-1

ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 204/3 อาคาร 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ แขวงบางบำหรุ

เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 02-4239469 โทรสาร 02-4239466

มือถือ 086 3756615 E-mail: orranuch2004@yahoo.com

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวณัฐรพี ใจงาม

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Natrapee Jaingam

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน

ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 204/3 อาคาร 50 พรรษามหาชราลงกรณ์ แขวงบางบำหรุ

เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 02-4239465 โทรสาร 02-4239466

มือถือ 085-842-2295 E-mail: lemonai@yahoo.com

ประวัติการศึกษา

กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาเอกที่วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา