

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5

Health literacy of caregivers and teachers about early childhood care in the 5th Health Region.

กัญญา โพธิ์ปิติ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กที่มีอายุ 9 เดือน- 5 ปี คัดเลือกพื้นที่ 4 จังหวัด จำนวนทั้งหมด 405 คู่ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.5 รองลงมามีความรอบรู้อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 29.1 และอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 11.4 เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านการค้นหาข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 11.9 ด้านความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 68.6 ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 6.7 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 84.7 และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 6.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็กและลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) โดยที่อายุของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัว และความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการจำแนกส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ กรมอนามัยควรจัดทำแผนระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในชุมชน ด้วยการให้แต่ละพื้นที่เป็นผู้กำหนดแผนของตนเองตามความพร้อมหรือเงื่อนไขของชุมชน เพื่อให้มีความยืดหยุ่น โดยจังหวัด เขตสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ติดตาม และสนับสนุนแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

นโยบายการพัฒนามาตรฐานตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มีเป้าหมายสำคัญร่วมกัน คือ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย และการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยการดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ รวมถึงการดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมให้ชุมชนมีความรอบรู้และเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชนในพื้นที่ มีการพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการความรู้ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและปัญหาการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กปฐมวัยก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะเด็กในวัยแรกเกิด - 5 ปีแรก ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการเจริญเติบโต พัฒนาการ ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา โดยมีครอบครัวเป็นกลไกหลักในการดูแลและส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย บิดามารดาและคนในครอบครัวรวมทั้งครู/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจะต้องมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม

จากการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิด แรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาวะ¹ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยพบว่า ผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ คือ มารดาร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 20.9 ปัญหาสำคัญที่สุดในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก คือ ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กร้อยละ 34.8 และคุณภาพการอบรมเลี้ยงดูร้อยละ 33.1 โดยผู้เลี้ยงดูใช้คำแนะนำ/ได้รับความรู้ในการดูแลเด็กจากการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในระดับมาร้อยละ 49.1 โดยครอบครัวไทยมีการอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับ ไม่ดี/ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 20² และพบว่ามารดาหรือผู้เลี้ยงดูยังมีการเลี้ยงดูเด็กไม่ถูกต้อง เช่น การจัดอาหารเสริมไม่ถูกต้อง ขาดการจัดหาของเล่น การเล่นนิทาน ไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก³ และยังพบว่าการศึกษาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดู⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sander et al. ที่พบว่าหนึ่งในสามของผู้เลี้ยงดูเด็ก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูเด็ก⁵

ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการกิจหลักในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านส่งเสริมพัฒนามาตรฐานแม่และเด็ก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมสำหรับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูและครอบครัว โดยการเสริมสร้างความรอบรู้เพื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กได้อย่างถูกต้องและ

เหมาะสม ดังนั้นการมีฐานข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จึงมีความสำคัญและจำเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการพัฒนาวัฒนธรรมและการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ให้เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูเหมาะสม มีพัฒนาการสมวัย จึงได้ทำการศึกษา สถานการณ์ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยขึ้นโดยมุ่งหวังให้เด็กไทยมีการเจริญเติบโตที่มีคุณภาพ และมีพัฒนาการสมวัย เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักในครอบครัวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

1. ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นพ่อหรือแม่หรือบุคคลในครอบครัวที่ดูแลเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5
2. ครูหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 5
3. เด็กไทยที่มีอายุ 9 เดือน - 5 ปี ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกเกิด (Birth Asphyxia) ไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก เช่น ภาวะ Down Syndrome ออทิสติก ในเขตสุขภาพที่ 5

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย เข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้เลี้ยงดูหลัก ครู/ผู้ดูแลเด็กสัญชาติไทยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีเด็กในการดูแลอายุ 9 เดือน- 5 ปี และเด็กมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกเกิด (Birth Asphyxia) ไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก เช่น ภาวะ Down Syndrome ออทิสติก
2. สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ ไม่เข้าใจภาษาไทยและอ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ ขอยกเลิกการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย หรือเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

1. ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กอายุ 9 เดือน- 5 ปีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 405 คู่
2. ครูหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 5 ตามพื้นที่เป้าหมายทุกคนและปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ R.V. Krejcie & D.W. Morgan⁶ มีรายละเอียดดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % จำนวนประชากร 201,470 คน (ข้อมูลจาก HDC ณ.วันที่ 27 ธ.ค.2562 จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ 396 คน โดยผู้วิจัยมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 % ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 405 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) 4 อำเภอ ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัด 4 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สมุทรสาคร สุพรรณบุรี และเพชรบุรี

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอ จังหวัดละ 2 อำเภอ รวม 8 อำเภอ

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกตำบล อำเภอละ 2 ตำบล (ตำบล 1,000 วัน/ ไม่ใช่ 1,000 วัน อัตราส่วน 1 : 1)

รวม 16 ตำบล

เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในตำบลนั้นอย่างละ 1 แห่ง กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอสามารถใช้พื้นที่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลหลักซึ่งใช้แบบสอบถามจากโครงการศึกษาสถานการณ์ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งสอบถามเพิ่มเติมในส่วนความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูหรือผู้ดูแลเด็กโดยอ้างอิงจากแบบสอบถามชุดที่ 1

แบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย ลักษณะครอบครัว การได้รับคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็ก ช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก หน่วยงานที่เข้าใช้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (Well Child Clinic) เรื่องที่เข้ารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (Well Child Clinic) และการได้รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดจำนวน 600 บาท/เดือน แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักที่สถาบันพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ กรมอนามัย พัฒนาขึ้น จากแนวคิดของ Nutbeam (2008) ร่วมกับแนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-Shape ของวชิระ เพ็งจันทร์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560)⁷ โดยกำหนดคุณลักษณะสำคัญในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

- 2.1 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
- 2.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
- 2.3 การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
- 2.4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
- 2.5 การสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

แปลผลโดยการรวมผลคะแนนของแต่ละด้าน ภาพรวม และการจัดกลุ่มคะแนนใช้วิธีอิงเกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน 2556⁸ แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้ระดับดีมาก ระดับพอใช้ และระดับไม่ดีพอ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก เป็นแบบสอบถามเว้นช่องว่างสำหรับเติมข้อมูลจริงของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุเด็ก เป็นบุตรลำดับที่ น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูงปัจจุบัน

3.2 ด้านภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ และเว้นช่องว่างสำหรับเติมข้อมูลจริง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การดื่มนม การรับประทานอาหารเสริม ส่วนผลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย 3 เกณฑ์ ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ประเมินผลและลงบันทึกโดยผู้วิจัย

3.3 ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ประเมินพัฒนาการและบันทึกผลโดยผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ จำนวน 1 ข้อ

3.4 ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย ตรวจสอบด้วยเปล่าและบันทึกผลโดยผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ จำนวน 1 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครู/ผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ 5 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วุฒิการศึกษาและตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครู/ผู้ดูแลเด็ก โดยกำหนดคุณลักษณะสำคัญในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 5 ด้าน เช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามของโครงการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ซึ่งมีตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยรวมของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.93 และหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยมีค่าความเชื่อถือได้โดยรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 เมื่อพิจารณารายด้าน ดังนี้

ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เท่ากับ 0.94

ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เท่ากับ 0.83

ด้านการจัดการตนเองด้านการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เท่ากับ 0.73

ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามทั้งหมด นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักและเด็ก และข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก และครู/ผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักกับผลพัฒนาการสุขภาพช่องปากและภาวะโภชนาการของเด็ก โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square)

ผลการศึกษา

จากการศึกษารังนี้ ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ส่วนรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 87.7 มีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุด ร้อยละ 31.1 มากกว่าร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 32.1 และ ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 33.8 มีรายได้ช่วง 10,000-29,999 บาท และน้อยกว่า 10,000 บาทในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 41.7 และ 41.0 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 43.7 รองลงมารายได้ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ ร้อยละ 23.2 มากกว่าครึ่งหนึ่ง แม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก รองลงมา ปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 26.9 เกินครึ่งหนึ่งเป็นครอบครัวขยาย ส่วนใหญ่สถานบริการของรัฐบาลเป็นหน่วยงานที่ให้คำแนะนำ ร้อยละ 84.0 ใช้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากที่สุด ร้อยละ 67.2 เกือบร้อยละ 100.0 ได้รับการฉีดวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี รองลงมาตรวจได้รับการพัฒนาการ ร้อยละ 68.9 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.0 รองลงมาจากคนในครอบครัวและสื่อออนไลน์ อัตราที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 66.2 และ 64.7 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับเงินอุดหนุน 600 บาท

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย จากการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.6 และเพศหญิง ร้อยละ 47.4 อยู่ในกลุ่มอายุ 9 เดือนถึง 2 ปี 11 เดือน ร้อยละ 48.9 และกลุ่มอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 51.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นบุตรลำดับที่ 1 ได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เพียงร้อยละ 24.8 ได้รับน้ำร่วมกับการให้นมแม่ ร้อยละ 15.4 เริ่มให้อาหารเสริมที่อายุ 6 เดือน ร้อยละ 55.1 เริ่มให้อาหารเสริมก่อนอายุ 6 เดือนถึงร้อยละ 24.8 มากกว่าร้อยละ 50 ให้ที่อายุ 6 เดือนและหลัง 6 เดือน ร้อยละ 20.1 และเริ่มให้อาหารอื่นนอกจากนมตั้งแต่ อายุ 1 เดือน และล่าสุดเริ่มให้ที่อายุ 18 เดือน เด็กส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเหมาะสม โดยมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 75.6 มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 87.9 และรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 75.6 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 56.5 และสมวัย ร้อยละ 43.5

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก

จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.5 รองลงมามีความรอบรู้อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 29.1 และอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 11.4 เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านการค้นหาข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 11.9 ด้านความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 68.6 ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 6.7 ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 84.7 และด้านการสื่อสารอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 6.2 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู
ภาพรวม/รวมรายด้าน (N=405)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาพรวม (รวมทุกด้าน)		
ระดับไม่ดี	118	29.1
ระดับพอใช้	241	59.5
ระดับดีมาก	46	11.4
การค้นหาข้อมูล		
ระดับไม่ดี	235	58.0
ระดับพอใช้	122	30.1
ระดับดีมาก	48	11.9
ความเข้าใจ		
ระดับไม่ดี	4	1.0
ระดับพอใช้	123	30.4
ระดับดีมาก	278	68.6
การตรวจสอบและตัดสินใจ		
ระดับไม่ดี	235	58.0
ระดับพอใช้	143	35.3
ระดับดีมาก	27	6.7
การจัดการตนเอง		
ระดับไม่ดี	2	0.5
ระดับพอใช้	60	14.8
ระดับดีมาก	343	84.7
การสื่อสารระหว่างบุคคล		
ระดับไม่ดี	211	52.1
ระดับพอใช้	169	41.7
ระดับดีมาก	25	6.2

ส่วนที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็กและลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) โดยที่อายุของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรสและรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับ ภาวะโภชนาการ พัฒนาการและสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ โดยจำแนกส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) และพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและสุขภาพฟัน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูและผู้เลี้ยงดูเด็ก

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของครูและผู้เลี้ยงดูเด็ก ผลการศึกษา พบว่า ครูและผู้เลี้ยงดูเด็ก อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.7 อายุเฉลี่ย 41.98 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรส สมรส ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.7 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 58.5 มีวุฒิการศึกษาด้านการศึกษาปฐมวัย เกือบครึ่งหนึ่งตำแหน่งครู และครูผู้ช่วย อีกส่วนหนึ่งที่เหลือเป็นผู้ดูแลเด็ก

5.2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูและผู้เลี้ยงดูเด็กโดยรวม และรายด้าน ผลการศึกษา พบว่า ครูและผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมในระดับดีมาก ระดับพอใช้ ในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 48.8 และ 46.3 ตามลำดับ และมีความรู้ ในระดับไม่ดี เพียงร้อยละ 4.9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ครูและผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านค้นหาข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 46.3 ด้านความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 87.8 มีการตรวจสอบและตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 22.0 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.7 และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 17.1 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครู และผู้ดูแลเด็ก โดยรวม (N=41)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาพรวม		
ระดับไม่ดี	2	4.9
ระดับพอใช้	19	46.3
ระดับดีมาก	20	48.8
การค้นหาข้อมูล		
ระดับไม่ดี	7	17.1
ระดับพอใช้	15	36.6
ระดับดีมาก	19	46.3

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเข้าใจ		
ระดับไม่ดี	1	2.4
ระดับพอใช้	4	9.8
ระดับดีมาก	36	87.8
การตรวจสอบและตัดสินใจ		
ระดับไม่ดี	8	19.5
ระดับพอใช้	24	58.5
ระดับดีมาก	9	22.0
การจัดการตนเอง		
ระดับพอใช้	3	7.3
ระดับดีมาก	38	92.7
การสื่อสารระหว่างบุคคล		
ระดับไม่ดี	16	39.0
ระดับพอใช้	18	43.9
ระดับดีมาก	7	17.1

อภิปรายผลการวิจัย

1.สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.5 และมีความรอบรู้อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 29.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักมากกว่าร้อยละ 80 อยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักมากกว่าครึ่งมีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และหนึ่งในสามของผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้ต่อครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท โดยหนึ่งในสามของผู้เลี้ยงดูหลักไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านและหนึ่งในสี่ของผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปู่ย่า/ตายาย ที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเด็นระดับการศึกษากับอาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสและสามารถประกอบอาชีพที่ดี ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีการรับรู้สามารถค้นหาข้อมูลได้รับการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่แตกต่างกันตามที่คุณเลี้ยงดูเด็กได้ประกอบอาชีพนั้นๆ โดยผู้เลี้ยงดูหลักที่ประกอบอาชีพที่มีฐานะทางสังคมไม่ดีหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ จะมีกระบวนการหรือโอกาสในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้น้อยกว่ากลุ่มผู้เลี้ยงดู

หลักที่มีประกอบอาชีพที่ดีกว่า และจากภาวะเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวทำให้ผู้เลี้ยงดูมีเวลาในการเลี้ยงดูลูกได้ไม่เต็มที่ ขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้ เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของลูก ส่งผลต่อการเลือกตัดสินใจปฏิบัติและมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมตามวัย จึงทำให้มีระดับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พบว่าความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชาชนทั้งหมดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลักซึ่งได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุบบุหรี่ และสุรา (3อ.2ส.)⁹

เมื่อพิจารณาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นรายด้านพบว่า ด้านการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบ และตัดสินใจ พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอและพอใช้ มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอและพอใช้นั้นถือเป็นระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการเลี้ยงดูเด็ก ทั้งในด้านพัฒนาการ โภชนาการ และสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กปฐมวัยได้ ในขณะที่ด้านการจัดการตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ถึงร้อยละ 84.7 แสดงให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูเด็กจัดการตนเองในการเลี้ยงดูเด็กโดยที่ค้นหาและตรวจสอบข้อมูล เพื่อตัดสินใจในการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เพียงพอ ถึงแม้มีความเข้าใจระดับดีมาก มากกว่า ร้อยละ 50 จึงส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ค้นหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์ และจากอินเทอร์เน็ตและโทรทัศน์ มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งในปัจจุบันมีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารในรูปแบบของสื่อออนไลน์ต่างๆ หรือทางอินเทอร์เน็ตที่เข้าถึงได้ง่าย ซึ่งไม่มีการกรองข้อมูลนั้นว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง และมีคุณภาพหรือไม่

ด้านความเข้าใจผู้เลี้ยงดูเด็ก ถึงแม้มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ในระดับดีมาก มากกว่า ร้อยละ 50 เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอ ในบางประเด็น เช่น เด็กอายุไม่เกิน 6 เดือนไม่ต้องให้น้ำและอาหารเสริมอื่นนอกเหนือจากนมแม่ ประเด็นเด็กร้องไห้แล้วลงไปดื่มน้ำกับพื้น ควรรอ 1-2 นาที แล้วเข้าไปกอดปลอบให้เด็กเงียบแล้วจึงพุดเหตุผล ในขณะที่ด้านสังคมเกี่ยวกับการส่งเสริมให้เด็กช่วยเหลือตนเองและการฝึกวินัยในช่วง 3 ปีแรก ผู้เลี้ยงดูเด็กเกือบครึ่งเห็นว่ายังไม่ควรเริ่มหรือไม่ควรเคร่งครัดเกินไปในการฝึกให้เด็กช่วยเหลือตนเองเนื่องจากยังเด็กเกินไป

ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ พบว่าผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลหรือข้อควรปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพน้อยกว่าการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การเข้าถึงตัวบุคคลหรือเจ้าหน้าที่ยากกว่าการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เช่น สื่อออนไลน์ เว็บไซต์ต่างๆ และจากการศึกษาที่พบว่าผู้เลี้ยงดูค้นหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์มากใกล้เคียงกับสอบถามจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในครอบครัว แต่สื่อออนไลน์สามารถเข้าถึงได้ง่ายที่สุด ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้รับความนิยมน่าเชื่อถือน้อยกว่าจึงทำให้ระดับความรู้ในภาพรวมยังไม่ดีเพียงพอ

ด้านการจัดการตนเองพบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายด้านในประเด็นการให้เด็กเข้านอนโดยไม่ได้อาบน้ำหรือแปรงฟัน พบว่า

ผู้เลี้ยงดูไม่ได้ทำความสะอาดช่องปากหรือแปรงฟันให้เด็กก่อนเข้านอนและทำเป็นบางครั้ง ถึงร้อยละ 25.9 ซึ่งให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ แต่ยังตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติไม่เพียงพอ

ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้จาก ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดข้อมูลด้านการเลี้ยงดูเด็กระหว่างบุคคลเป็นประจำ น้อยกว่าร้อยละ 20 อาจเป็นเพราะว่าการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่มีเสถียรภาพและความน่าไว้วางใจมากที่สุด แต่หากพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กมีเหตุผลหรือความน่าเชื่อถือไม่เพียงพอ ก็จะไม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ หรือโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเชื่อถือและปฏิบัติตามได้

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็กปฐมวัย และลักษณะครอบครัว

และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในด้านต่างๆ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลัก คือ อายุและการศึกษา เนื่องจากกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 เป็นมารดาของเด็กปฐมวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเจนเนอร์เรชั่น Y (อายุ 20-37 ปี) ที่มีโอกาสในการค้นหาข้อมูล รับข่าวสารข้อมูล สามารถตรวจสอบและตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่ง ข้อมูลที่หลากหลายมากกว่ากลุ่มอายุอื่น เพื่อให้เกิดการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้ช่องทางในการรับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กผ่านสื่อออนไลน์ (Facebook, Line) ที่กลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักใช้ในการรับข้อมูลถึงร้อยละ 64.7

สำหรับปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน เนื่องจากผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.และต่ำกว่า ถึงร้อยละ 75.6 และพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา/ปวส. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอใช้เป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ อนุปริญญา//ปวส.ขึ้นไป ประมาณครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ju Young Lee⁴ ที่พบว่าความรอบรู้เรื่องสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตร การศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Darren, A.D.¹⁰ พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่รู้หนังสือต่ำมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูลูกที่ไม่เหมาะสม เมื่อเทียบกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรู้สูงกว่า โดยเด็กที่พ่อแม่มีความรู้ต่ำเด็กมักมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี¹¹ ที่พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย ที่แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการ พัฒนาการและภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย

จากผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านความเข้าใจกับภาวะโภชนาการจำแนกส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ อธิบายได้จากกลุ่มเด็กปฐมวัยในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีสุขภาพดี มีน้ำหนักตามเกณฑ์และรูปร่างสมส่วนมากกว่าร้อยละ 75 และมีส่วนสูงดีถึงร้อยละ 94.3 แตกต่างจากการศึกษาของวรวิสา คุณากรธารง ¹² พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก เด็กปฐมวัยจะมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ในขณะที่ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีและพอใช้ เด็กปฐมวัยจะมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์และเกินเกณฑ์มากกว่า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาล ควรมีนโยบายและจัดสรรงบประมาณ เพื่อพัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ส่งเสริมให้เป็นครอบครัวคุณภาพ โดยผลิตชุดความรู้ในรูปแบบสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงครอบครัวผู้เลี้ยงดูเด็กได้มากที่สุด

2. กรมอนามัย ควรมีการนำเสนอกำหนดแผนระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับ หน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในชุมชน ด้วยการให้แต่ละพื้นที่เป็นผู้กำหนดแผนของตนเองตามความพร้อมหรือเงื่อนไขของชุมชน เพื่อให้มีความยืดหยุ่น โดยจังหวัด เขตสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ติดตาม และสนับสนุนแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

3. กรมอนามัย ควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีความเชี่ยวชาญ ในการทำงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม และส่งเสริมให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม และการวิจัยพัฒนาด้านการสื่อสารสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เพื่อสนับสนุนในการพัฒนาองค์ความรู้

ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

1. ศูนย์อนามัย กรมอนามัย ควรนำผลที่ได้จากงานวิจัย ไปใช้ในการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในพื้นที่ โดยเน้นความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมและรายด้านให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ให้เกิดการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2. ศูนย์อนามัยในสังกัดกรมอนามัย สามารถนำผลการศึกษาไปออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เลี้ยงดูเด็กในแต่ละพื้นที่ผ่านกิจกรรมครอบครัวคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูลความรู้สู่การปฏิบัติให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลัก โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษานี้กับข้อมูลในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปีกับเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มของปัญหาด้านพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ และสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. p.1-1
2. อุดมลักษณ์ กุลพิจิตรและพัชราภรณ์ พุทธิกุล. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่และการนำเสนอวัฒนธรรมเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว. วารสารครุศาสตร์. 2560; 45(3): 188-205.
3. วิภาดา แสงนิมิตชัยกุล และปริยกุล รัชกุล. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ปัญหาสุขภาพของทารก และความต้องการบริการพยาบาลของผู้ดูแลเด็กทารก. วารสารสภาการพยาบาล. 2552; 24(1) : 88-98.
4. Ju Young Lee. Maternal Health Literacy among Low-Income Mothers with Infants. Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. 2016.
5. Sanders, LM.; Lewis, J.; Brosco, JP. Low Caregiver Health Literacy: Risk Factor for Child Access to a Medical Home. Pediatric Academic Societies; 2007.
6. อีรวิทย์ เอกกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุดมราชธานี : สถาบันราชภัฏ อุดมราชธานี, 2543
7. วชิระ เฟื่องจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ในเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากร กรมอนามัย เรื่องความรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2561]. แหล่งที่มา: <http://www.hed.go.th>
9. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง,นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2554.

10. Darren, A.D. Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. PEDIATRICS. 2009; 124(3): 265-274.
11. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. รายงานการศึกษาส่วนบุคคล หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 5 ปี 2556 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.
12. วริสา คุณากรอำรง. การศึกษาภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 6. รายงานวิจัย. 2558.