

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

มนัส รามเกียรติศักดิ์*

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ธีรชัย บุญยะลีพรรณ

สุทิน ปุณทริกภักดิ์

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ 3 ธันวาคม 2567, วันแก้ไข 13 มกราคม 2568, วันตอบรับ 14 มกราคม 2568

บทคัดย่อ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นรากฐานที่มีผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของคนตลอดช่วงชีวิต ประกอบกับสังคมในปัจจุบันที่ผู้ปกครองมีความจำเป็นต้องอาศัยสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการดูแลบุตร การพัฒนาคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและบุคลากรจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนทั้งจากมุมมองของการพัฒนาคุณภาพมนุษย์และการพัฒนารูปแบบการศึกษา ผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญ และควรได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยโดยเฉพาะอายุแรกเกิดถึง 2 ปี การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี โดยกระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การทบทวนองค์ความรู้ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 การพัฒนา นำรูปแบบไปใช้ และประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผ่านการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะที่ 3 การปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมต่อการใช้งานผ่านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2567 ผลการพัฒนาได้รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ประกอบด้วย การขับเคลื่อนเชิงระบบ และระบบสนับสนุน โดยผ่านศูนย์อนามัย และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO (Six building blocks) โดย 1) เน้นการสร้างศักยภาพวิทยากรระดับ ครู ก. และครู ข. ร่วมกับเครือข่ายการศึกษาในพื้นที่ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี หลักสูตร 6 โมดูล รวมถึงการพัฒนาหลักสูตร e-learning แบบ Massive Open Online Course และ 3) ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนผ่านกลยุทธ์ PIRAB และมีระบบฐานข้อมูลระดับประเทศ เพื่อติดตามและประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในรูปแบบที่พัฒนา มีความรู้ และทักษะการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับเสริมสร้างศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญ มีความพึงพอใจในระดับดี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็กที่ได้รับการดูแล อยู่ในเกณฑ์ที่ผ่านมาตรฐาน และสูงกว่าภาพรวมของเด็กปฐมวัยไทย ผลการพัฒนารูปแบบสามารถนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้ศูนย์อนามัยและเขตสุขภาพใช้ดำเนินการขับเคลื่อนโดยปรับตามบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: dr.manusram@gmail.com

Model development for building the capacity of child caregivers for children from birth to 2 years old in early childhood development centers in Thailand.

Manus Ramkiattisak*

Office of the Advisory Committee, Department of Health.

Teerachai Boonyaleepan

Sutin Poondarikaphak.

Bureau of Health Promotion, Department of Health.

Received 3 December 2024, Revised 13 January 2025, Accepted 14 January 2025

Abstract

Early childhood development is the foundation that influences the quality and efficiency of individuals throughout their lives. Under current social conditions, parents need to rely on early childhood development centers to take care of their children. Therefore, improving the quality of early childhood development centers and their personnel is an urgent necessity, both from the perspective of human quality development and the development of educational models. Child caregivers therefore play an important role and should be empowered to provide care for early childhood children, especially those aged from birth to 2 years. This study aimed to develop a model for building the capacity of child caregivers for children from birth to 2 years old in early childhood development centers in Thailand. The sample group consisted of child caregivers for children from birth to 2 years old in early childhood development centers, each with at least 1 year of experience. The research and development process was divided into three phases: Phase 1 involved a review of existing knowledge combined with qualitative research; Phase 2 focused on developing, implementing, and evaluating the effectiveness and satisfaction with the developed model through a quasi-experimental study using a pretest-posttest design with a non-equivalent control group; and Phase 3 entailed improving the model to ensure suitability through qualitative data collection between September to December 2024. The results of the development led to a model for capacity building of caregivers for children from birth to 2 years old, comprising system-level drivers and support mechanisms. This was achieved through health promotion centers and collaboration with network partners, guided by WHO's health system development framework (Six Building Blocks). The model included: 1) Capacity building for trainers in collaboration with local educational networks; 2) Strengthening the capacity of caregivers for children from birth to 2 years old through a 6-module curriculum, including the development of e-learning courses in the form of Massive Open Online Courses; and 3) Support systems for implementation through the PIRAB strategy, adapted to local contexts, and a national database system for monitoring and evaluation. The results of the study found that caregivers who received capacity building in the developed format had significantly higher knowledge and practical skills compared to the control group who did not receive capacity building. Moreover, the sample group reported a good

level of satisfaction. The health and development outcomes of the children under their care met the standard criteria and were higher than the overall average of Thai early childhood children. The development model can be used as policy proposals for health centers and health districts to implement and drive according to the local context.

Keywords: Model development, capacity building, child caregivers for children from birth to 2 years old, early childhood development centers.

*Corresponding Author, email: dr.manusram@gmail.com

■ บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาจำนวนการเกิดที่ลดลงและจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นไปพร้อมกัน (Shrinking and ageing demographics) หนึ่งในมาตรการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ปัญหา คือ นโยบายส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ด้วยการสนับสนุนการเพิ่มจำนวนและคุณภาพสถานรับเลี้ยงเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะช่วงเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี สนับสนุนหน่วยงานที่มีศักยภาพในการจัดตั้งและดำเนินงานสถานรับเลี้ยงเด็กให้ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ⁽¹⁾ ข้อมูลจากสถิติการศึกษาปี 2564 มีเด็กอายุ 0 – 5 ปี จำนวน 3,809,576 ราย และเข้าสู่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 1,616,709 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.44 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสนับสนุนการดูแลเด็กร่วมกับพ่อแม่⁽²⁾ จากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เปิดดำเนินการอยู่ทั่วประเทศ 52,202 แห่ง มีจำนวน 41,380 แห่งที่ได้นำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ไปใช้ดำเนินงาน และผ่านการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานขั้นต้น (ระดับ C) เพียงร้อยละ 76.40 แห่ง ที่สำคัญมีเพียง 1,700 แห่งที่สามารถดูแลเด็กอายุแรกเกิดถึง 2 ปี⁽³⁾ การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้ตามมาตรฐาน โดยเฉพาะด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยบ่งชี้ว่าเด็ก

ปฐมวัยจะได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน โดยผู้ดูแลเด็กมีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กแต่ละคนอย่างเหมาะสมตามวัย เน้นความเป็นธรรมชาติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัว รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ มี 4 องค์ประกอบ โดยใช้ข้อมูลและบริบทของเด็กเป็นตัวตั้งในการพัฒนา ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ (Knowledge) 2) การบูรณาการ (Integration) 3) การพัฒนาแบบก้าวกระโดด (Development) และ 4) การใช้ชุมชนเป็นฐาน (Social)⁽⁴⁾ องค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็ก ที่จะช่วยสร้างความเข้าใจในหลักการดูแลและอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยความรู้ด้านสิทธิเด็ก ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาการและจิตวิทยาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะช่วยปูพื้นฐานให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่เด็กต้องการและจำเป็นต้องเรียนรู้ วิธีการสื่อสาร การเลี้ยงดู การสร้างวินัยเชิงบวก เพื่อให้เด็กปฐมวัยพัฒนาสมวัยและรอบด้านอย่างเต็มศักยภาพ อย่างไรก็ตามมักเป็นรูปแบบสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป⁽⁵⁾ ปัจจุบันยังไม่พบรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีที่ชัดเจน อีกทั้งรูปแบบการพัฒนายังขาดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง และชุมชน มีเนื้อหาทฤษฎีมากเกินไป หรือใช้สำหรับในหลักสูตรการศึกษา ยากต่อการนำไป

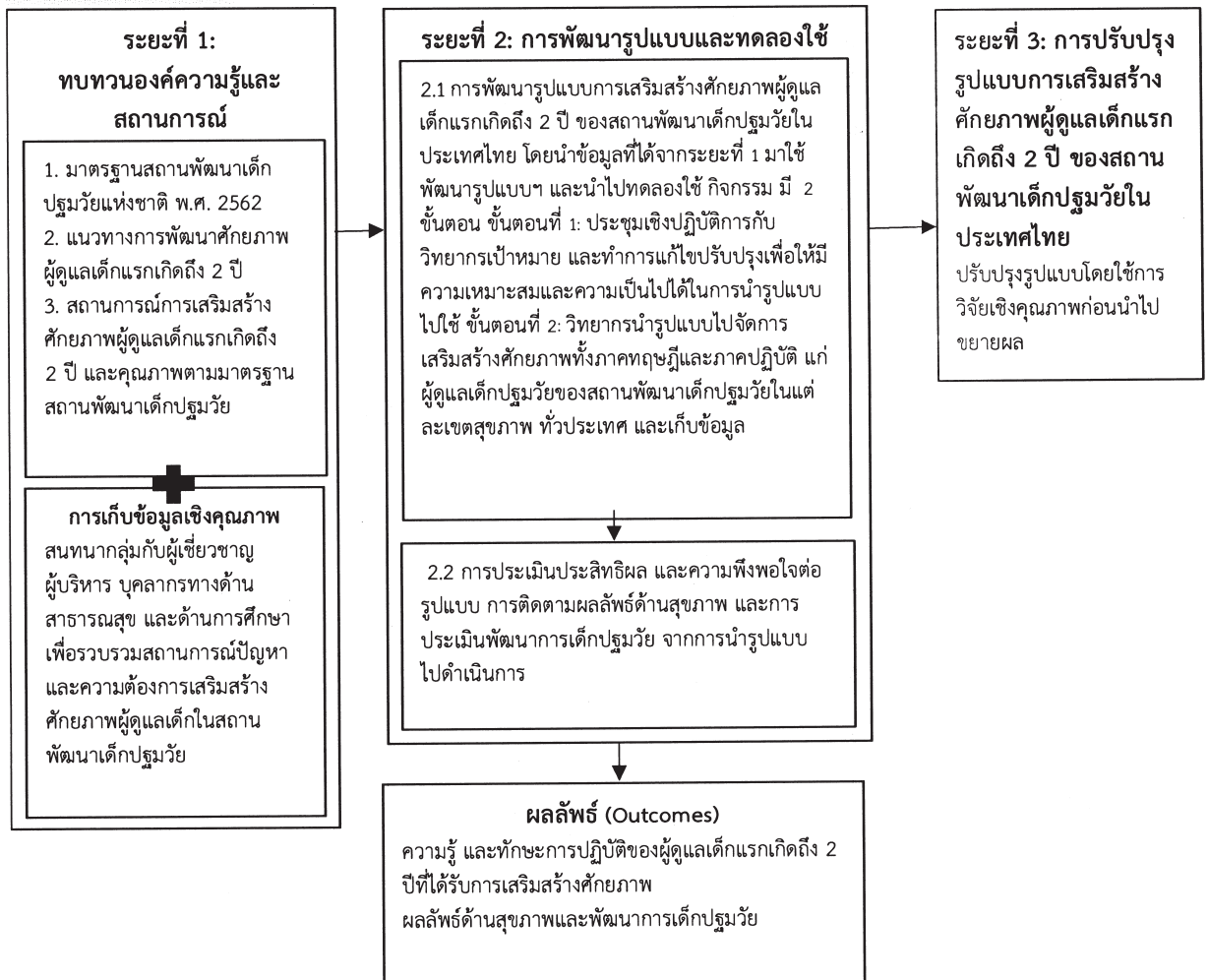
เป็นแนวทางในการปฏิบัติจริงเพื่อใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันระดับประเทศ จำเป็นต้องมีหลักสูตรที่มีคุณภาพ มีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายการศึกษาของประเทศ มีความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และชุมชนในการจัดการที่มุ่งเน้นให้เด็กมีพัฒนาการแบบองค์รวม และมีการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย^(6,7) การพัฒนาคุณภาพและบุคลากรของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นโครงการสำคัญและเร่งด่วน โดยการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี เพื่อส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีโอกาสพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ

มีพัฒนาการสมวัย สุขภาพแข็งแรง เติบโตทั้งทางกาย ใจและสติปัญญา

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development)⁽⁸⁾ โดยมีขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การทบทวนสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ องค์ความรู้และมาตรการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ได้มาตรฐาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานเอกสาร ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กับผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากทั้งส่วนกลาง เขตสุขภาพที่ 1 – 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง รวมจำนวน 20 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ เป็นผู้ทำงานด้านเด็กปฐมวัยอย่างน้อย 5 ปี ยินดีเข้าร่วมโครงการได้จนเสร็จสิ้นวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมปัญหา ความต้องการ องค์ความรู้และมาตรการ เพื่อการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและนำไปทดลองใช้ โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาใช้พัฒนารูปแบบประกอบด้วยเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจในหลักการดูแลเด็กเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุด สามารถรายงานผลการประเมินพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก พร้อมทั้งวางแผนและออกแบบในการดูแล การเรียนรู้ของเด็ก รวมทั้งสามารถแก้ปัญหาพื้นฐานที่พบเป็นประจำได้ ใช้เวลาดำเนินการ 11 สัปดาห์ กิจกรรม มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมเชิงปฏิบัติการกับ

วิทยากรเป้าหมาย จำนวน 85 คน ได้แก่ ทีมภาคีเครือข่ายทั้งด้านสาธารณสุข และการศึกษาในทุกเขตสุขภาพ พร้อมทั้งวิเคราะห์ ประเมินผล และทำการแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 นำรูปแบบไปใช้และประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1) จัดการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด ทั้งภาครัฐและสังกัดอื่นๆ โดยวิทยากรชั้นตอนที่ 1 ในแต่ละเขตสุขภาพ ทั่วประเทศ จำนวน 585 คน

2) การประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบ โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ มีประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่อย่างน้อย 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่เจ็บป่วยจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือถอนตัวจากการศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan⁽⁹⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 123 คน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 135 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง (Experimental group) คือ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ 135 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) คือ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ที่ยังไม่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ 135 คน

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage sampling) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การแบ่งตามภูมิภาค (Stratify sampling technique) 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และ ขั้นที่ 2 การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนในแต่ละภูมิภาค ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง ภาคละ 35 คน และกลุ่มควบคุม ภาคละ 35 คน ประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบ โดยวัดความรู้ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพในกลุ่มทดลอง วัดความรู้และประเมินทักษะหลังการเสริมสร้างศักยภาพในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพและ พัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแล และความพึงพอใจต่อรูปแบบในกลุ่มทดลอง

ระยะที่ 3 การปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มโดยใช้ แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร ผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และด้านการศึกษา จำนวน 10 คน ใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อรวบรวมแนวคิด ประสิทธิภาพและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อเนื้อหาและองค์ประกอบของการพัฒนา รูปแบบที่ควรจะเป็น

ระยะที่ 2 (1) แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรก

เกิดถึง 2 ปี

(2) แบบวัดความรู้การเสริมสร้าง ศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี

(3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติใน การดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี

(4) แบบบันทึกการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

(5) แบบสรุปผลประเมินพัฒนาการ เด็กปฐมวัย

(6) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เด็กปฐมวัย (4D)

ระยะที่ 3 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อสรุปประเด็น จากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการ ปรับปรุงรูปแบบ เพื่อขยายผลการใช้งาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนพิจารณา ความตรงและความสอดคล้องตามเนื้อหา ก่อนนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแล เด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบ แบบ วัดความรู้การเสริมสร้างศักยภาพ และแบบ ประเมินทักษะการปฏิบัติ วิเคราะห์ค่าความ เชื่อมั่นของแบบสำรวจ จากสูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.863, 0.824, 0.841 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความเที่ยงในระดับสูง

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจ ผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ และพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ ด้วยข้อมูลสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความรู้ และทักษะ การปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการเสริมสร้างศักยภาพ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.05

3. การสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถาม แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสรุปและตีความจากข้อมูลที่ได้ ณ ศูนย์เด็ก เล็กวัลลภ ไทยเหนือ กรมอนามัย

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ดำเนินการ วิจัยระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย โครงการวิจัย 769 วันที่ 11 ตุลาคม 2567

■ ผลการศึกษา

การพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้าง ศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถาน พัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

ระยะที่ 1 จากสถานการณ์ ความต้องการ องค์ความรู้และมาตรการ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี มีการกำหนดเป้าหมาย ในการพัฒนา รูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยให้ ครอบคลุมทุกประเด็น รวม 8 ประเด็น ได้แก่ ด้าน สิทธิเด็ก กฎหมายและสวัสดิการของรัฐเพื่อการ พัฒนาเด็กและครอบครัว หลักการดูแลเด็ก ด้าน อาหารโภชนาการและการเจริญเติบโต ด้าน พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก การดูแลเด็ก เพื่อสุขภาวะที่ดี การป้องกันโรคและการดูแลเมื่อ เจ็บป่วย การทำงานร่วมกับผู้ปกครอง ชุมชน และ

การบริหารสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 2 การพัฒนา รูปแบบการเสริม สร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี นำไป ทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมิน ประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ ประเมินผล ทำการ แก้ไขปรับปรุงเพื่อพัฒนาหลักสูตรให้มีความ เหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จัดการ เสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ทั้ง ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 8 โมดูล

ขั้นตอนที่ 2 จัดการเสริมสร้างศักยภาพ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ทั้งภาคทฤษฎีและภาค ปฏิบัติแก่ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และประเมิน ประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อรูปแบบ มีผลการ ศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม ทดลองจำนวน 135 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 42.41 ปี (SD=10.95) ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 58.5 และระยะเวลาในการ ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.6 ซึ่งมีลักษณะ ข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ ดัง ตารางที่ 1

2. ระดับความรู้ในกลุ่มทดลองก่อนการ เสริมสร้างศักยภาพเปรียบเทียบกับหลังการเสริม สร้างศักยภาพมีระดับค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 7.217$ ($df=134$), $P < 0.001$) และก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับการ เสริมสร้างศักยภาพ พบว่า ระดับความรู้ก่อนการ เสริมสร้างศักยภาพเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยในระดับใกล้เคียงกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ($t = 0.620$ ($df=134$), $P = 0.537$) และกลุ่มทดลองหลังการ เสริมสร้างศักยภาพเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		χ^2 (df)	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					-	-
หญิง	135	100.0	135	100.0		
ชาย	0	0	0	0		
อายุ (ปี)					8.758(4)	0.067
< 30	23	17.0	14	10.4		
30-39	28	20.7	26	19.3		
40-49	40	29.6	47	34.8		
50-59	39	28.9	48	35.6		
≥ 60	5	3.7	0	0.0		
ระดับการศึกษา					8.535(2)	0.568
มัธยมศึกษา	32	23.7	34	25.2		
ปริญญาตรี	79	58.5	84	62.2		
สูงกว่าปริญญาตรี	24	17.8	17	12.6		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)					6.789(3)	0.342
1	5	3.7	10	7.4		
2-3	16	11.9	38	28.1		
4-5	16	11.9	9	6.7		
>5	98	72.6	78	57.8		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเสริมสร้างศักยภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=135)

ความรู้การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
กลุ่มทดลอง (คะแนนเต็ม 33 คะแนน)	19.08	3.14	27.80	3.22	7.217	134	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (คะแนนเต็ม 33 คะแนน)	18.95	3.05	-	-	0.620	134	0.537
					10.056	134	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

โมดูล	กลุ่มทดลอง (n=135)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=135)		t (df)	P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
โมดูลที่ 1 สิทธิเด็ก กฎหมาย นโยบาย และสวัสดิการของรัฐเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว	2.21	0.67	1.27	0.41	13.662(268)	<0.001*
โมดูลที่ 2 หลักการดูแลเด็กเล็ก	2.62	0.46	2.05	0.37	11.221(268)	<0.001*
โมดูลที่ 3 อาหาร โภชนาการ และการเจริญเติบโตของเด็ก	2.69	0.50	2.03	0.56	10.028(268)	0.068
โมดูลที่ 4 พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก	2.40	0.69	1.30	0.52	14.649(268)	<0.001*
โมดูลที่ 5 การดูแลเด็กเพื่อสุขภาวะที่ดี	2.73	0.42	2.28	0.39	9.112(268)	0.502
โมดูลที่ 6 การป้องกันโรค และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย	2.61	0.52	1.96	0.38	11.540(268)	<0.001*
โมดูลที่ 7 การทำงานร่วมกับผู้ปกครอง ชุมชน	2.59	0.59	1.61	0.41	15.637(268)	<0.001*
โมดูลที่ 8 การบริหารสถานรับเลี้ยงเด็ก	2.42	0.66	1.28	0.36	17.393(268)	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

พบว่า มีระดับค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($t = 10.056$ ($df=134$), $P < 0.001$) ดังตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบระดับทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบแยกตามโมดูลจะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ได้แก่ โมดูลที่ 1,2,4,6,7 และ 8 ดังตารางที่ 3

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ส่วนใหญ่

มีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.9 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 โดยเมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ด้านเนื้อหาที่นำเสนอมีความสอดคล้องกับหัวข้อที่ใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี $\bar{X}=4.53$, $SD=0.55$ รองลงมา คือการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและซักถาม $\bar{X}=4.51$, $SD=0.60$ และความสามารถในการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{X}=4.51$, $SD=0.55$ สำหรับความพึงพอใจที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความสามารถในการให้คำปรึกษาแก่เพื่อนร่วมงานและ Coaching ร่วมกับทีมในพื้นที่ได้ $\bar{X}=4.38$, $SD=0.71$ รองลงมาคือ ความสามารถในการนำความรู้ไปเผยแพร่ การ

เป็นนิทนาการสอน $\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.71$ และความรู้ความเข้าใจเรื่อง สิทธิเด็ก กฎหมายและสวัสดิการฯ $\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.58$

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (4D) ที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง จำนวน 416 คน พบว่า ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) เด็กปฐมวัยสูงตีสมส่วน ร้อยละ 92.79 ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) พบว่า เด็กปฐมวัยปราศจากฟันผุ ร้อยละ 84.86 ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในรอบ 3 เดือนที่ดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 65 แห่ง พบการระบาดของโรคติดต่อในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป จำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.38 ส่วนใหญ่พบการระบาด 1 ครั้ง ร้อยละ 66.7 โดยโรคที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก และโรคติดเชื้อไวรัส RSV ส่วนด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน (Development and Play) ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว, ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา, ด้านการเข้าใจภาษา, ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.46 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 11.54 และได้มีการติดตามผลพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายใน 1 เดือน ซึ่งสามารถติดตามผลการประเมินพัฒนาการเด็กได้ ร้อยละ 100 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เหลือเพียงร้อยละ 5.77 คือ ด้านการใช้ภาษา รองลงมาคือ ด้านการเข้าใจภาษา

ระยะที่ 3 มีการปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อให้สอดคล้องกับการ

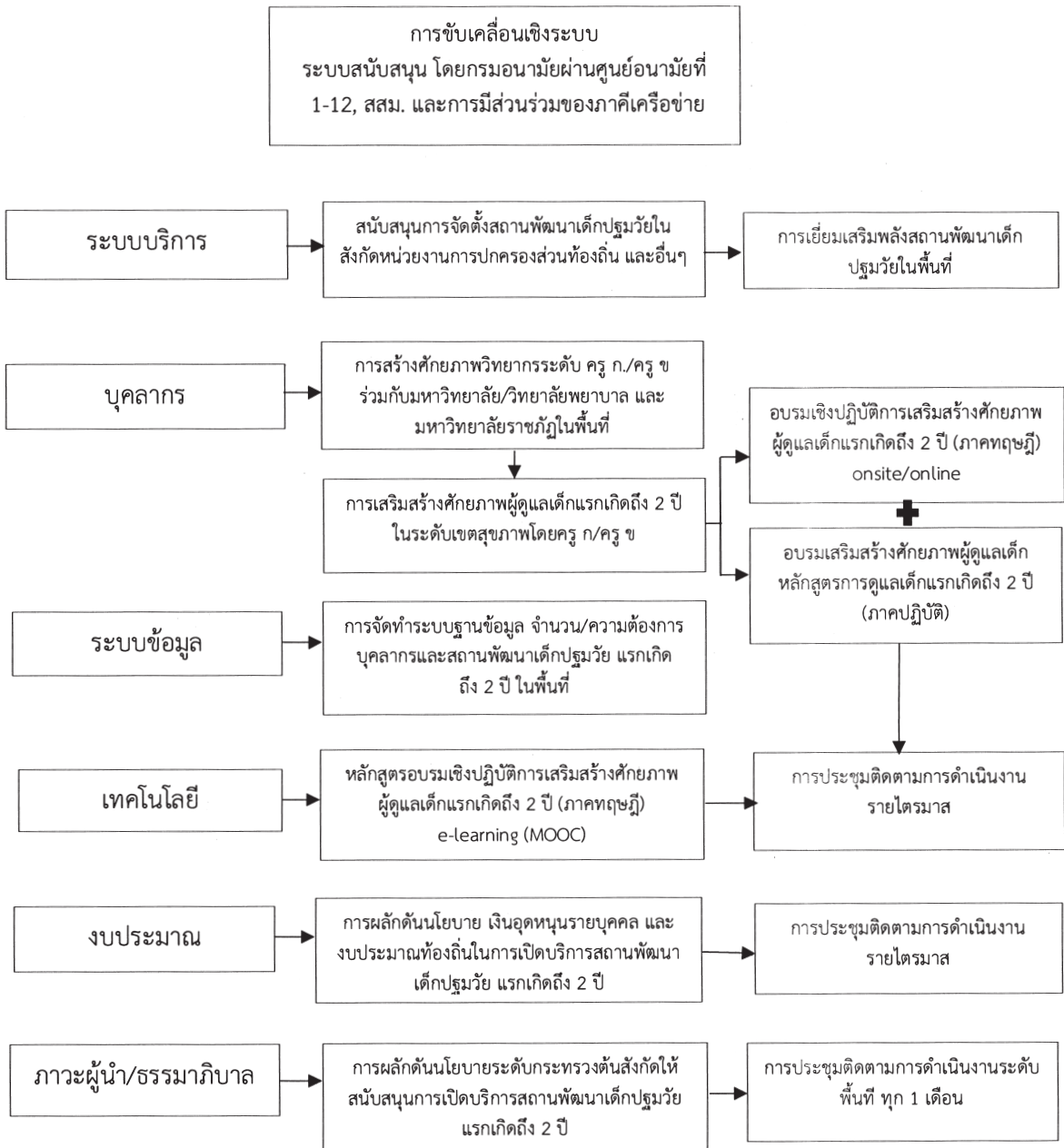
ประเมินประสิทธิผล ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร ผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และด้านการศึกษา สรุปผลใน 4 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนและให้ความเห็นว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นสำคัญในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี และผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพจะมีสมรรถนะเพียงพอในการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้แบบองค์รวมเพื่อให้พร้อมต่อการดูแลเด็กอย่างมีคุณภาพ และสนับสนุนให้มีรูปแบบหรือมาตรฐานในระดับประเทศ เพื่อให้ง่ายต่อหน่วยปฏิบัติและการมีผลบังคับใช้ รวมถึงการติดตามประเมินผล

ประเด็นที่ 2 ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องเร่งดำเนินการ เพราะเป็นการส่งเสริมการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่มีความรู้และความสามารถในการดูแล พัฒนาและส่งเสริมเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ อีกทั้งเป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อโครงสร้างและวิถีชีวิตของครอบครัว ชุมชน

ประเด็นที่ 3 รูปแบบหรือลักษณะที่เหมาะสมต่อการจัดกิจกรรม พบว่า การสร้างทีมภาคีเครือข่ายร่วมด้านสาธารณสุข และภาคการศึกษาในแต่ละเขตสุขภาพให้มีการสร้างเสริมความรู้ ทักษะ ให้กับวิทยากร ครู ก. และ ข.ด้านทฤษฎีและปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพ สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควรให้มีการจัดอบรมทฤษฎีผ่านระบบออนไลน์ MOOC (Massive Open Online Courses) Anamai โดยเน้นด้านพัฒนาการ ด้านสุขภาพ ด้านการเจริญเติบโตและการกินนมแม่

ประเด็นที่ 4 ปัจจัยความสำเร็จ คือ การ



ภาพที่ 2 รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
ในประเทศไทย

มีที่มภาคีเครือข่ายทั้งด้านสาธารณสุข และภาคการศึกษาในแต่ละเขตสุขภาพที่เข้มแข็ง การให้ความสำคัญของผู้บริหารและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนที่พร้อมให้การสนับสนุนโดยมีเป้าหมายเดียวกันที่ชัดเจน สำหรับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ พบว่า การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการดำเนินงานที่มีความเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงาน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกกระทรวง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม การผลักดันนโยบายระดับกระทรวงต้นสังกัดของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้สนับสนุนการเปิดบริการรับเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี และเงินอุดหนุนรายบุคคล การผลักดันให้การเปิดรับบริการดูแลเด็กต่ำกว่า 2 ปี ให้อยู่ในบทบาทของกระทรวงมหาดไทย พร้อมทั้งสร้างความร่วมมือในการจัดทำเกณฑ์การเปิดรับบริการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และการสนับสนุนการประเมินคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแรกเกิดถึง 2 ปี ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ รวมถึงในสังกัดเอกชน

การปรับปรุงรูปแบบ โดยใช้การขับเคลื่อนเชิงระบบ และระบบสนับสนุนโดยกรมอนามัย ผ่านศูนย์อนามัยที่ 1-12 และ สสม. และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO (Six Building Blocks) โดย 1) เน้นการสร้างศักยภาพวิทยาการระดับ ครู ก. และครู ข. ร่วมกับมหาวิทยาลัย/วิทยาลัยพยาบาล และมหาวิทยาลัย

ราชภัฏในพื้นที่ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ปรับหลักสูตร เป็น 6 โมดูล ได้แก่ ด้านสิทธิเด็ก กฎหมายและสวัสดิการของรัฐเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว หลักการดูแลเด็กรวมถึงการทำงานร่วมกับผู้ปกครอง ชุมชน ในด้านอาหาร โภชนาการและการเจริญเติบโต ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก การดูแลเด็กเพื่อสุขภาวะที่ดี การป้องกันโรคและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย และ 3) การมีระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงระบบ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังแสดงในภาพที่ 2

■ อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่ากระบวนการในการระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์ ประเมินผล และทำการแก้ไข ปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ และสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีบทสามมณี⁽¹⁰⁾ ที่ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการเรียนการสอน ต้องประกอบด้วย ทฤษฎีหรือหลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการของรูปแบบ และผลที่ได้รับจากการใช้รูปแบบ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการจัดการศึกษาปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมาย ตลอดจนได้รับการยอมรับ คือ ต้องเลือกสรรผู้ที่มีความเป็นผู้นำ

ทางการศึกษาปฐมวัยเข้ามารับผิดชอบการจัดการให้มีบริการที่ดี มีความเข้าใจในการให้การดูแลเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับ พิกพ ธรรมประชา⁽¹¹⁾ พบว่า กลยุทธ์ในการพัฒนาบุคลากรด้านปฐมวัย คือการศึกษาเอกสาร การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการนิเทศภายในทำให้ครุมีความรู้ สามารถสร้างเครื่องมือ และสามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการสำหรับเด็กปฐมวัยได้ดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนียา วังสะจันทานนท์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และต้องเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ครูผู้ดูแลเด็กจึงต้องได้รับการอบรมความรู้และฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินพัฒนาการเด็กเพื่อติดตามพัฒนาการและส่งต่อข้อมูลให้กับผู้ปกครอง และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อออกแบบการส่งเสริมพัฒนาการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี นำไปทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผล ความพึงพอใจต่อรูปแบบทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ พบว่า กลุ่มทดลองมีลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบระดับความรู้ และระดับทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี หลังการเสริมสร้างศักยภาพมีระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อรูปแบบหลังการเสริมสร้างศักยภาพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 85.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษหลง ศุภศิลป์⁽¹³⁾ พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของครูปฐมวัยที่มีต่อรูปแบบการจัดประสบการณ์แบบบูรณาการในภาพรวมอยู่ใน

ระดับมาก เนื่องมาจากหลักสูตรได้สร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้วยหลัก 4D ส่งผลให้ครูที่เลี้ยงได้รับการสร้างเสริมศักยภาพด้านความรู้ การดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัย กระบวนการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริงและมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (4D) ที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลองพบว่า เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน ร้อยละ 92.79 ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 84.86 เมื่อเปรียบเทียบกับระบบฐานข้อมูลกรมอนามัย (DOH Dashboard, 2567) เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60.57 และเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละ 73.41 โดยมีสัดส่วนของเด็ก 0-2 ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 49.9⁽¹⁵⁾ จะเห็นว่าภาพรวมด้านสุขภาพทั้ง 2 ประเด็นดีกว่าภาพรวมในระดับประเทศ สำหรับพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.46 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 11.54 โดยสามารถติดตามผลภายใน 1 เดือนได้ครบ คงเหลือพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพียงร้อยละ 5.77 ในด้านการใช้ภาษา รองลงมาคือด้านการเข้าใจภาษา เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในภาพรวมประเทศ ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 80.8 พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.4 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.4 การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้ ร้อยละ 88.7⁽¹⁶⁾ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลภ ไทยเหนือ⁽¹⁷⁾ และสถิติองค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2562 - 2566) พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาสูงถึง ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ร้อยละ 75.3

และรองลงมา คือ ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) ร้อยละ 61.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในประเทศที่ประสบความสำเร็จต้องประกอบไปด้วยนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณในกลุ่มมารดาและเด็กปฐมวัย การดูแลเด็กปฐมวัยที่มีมาตรฐานทั้งจากครอบครัวหรือในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีระบบการกำกับติดตามสุขภาพ การเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ ทั้งนี้กรมอนามัยได้ผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และมีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผ่านการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) การเพิ่มทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่พ่อแม่ ครูผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันท่วงที⁽²⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง⁽²¹⁾ ซึ่งพบว่า การให้ครอบครัวและชุมชนเข้าร่วมดำเนินการตลอดกระบวนการร่วมกำกับติดตาม ส่งผลให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและเกิดการขับเคลื่อนไปสู่การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณีย์ เทพรชัย⁽²²⁾ ที่พบว่า การที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงาน ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็กและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ เนื่องจากผู้ปกครองมีบทบาทในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น การช่วยตัดสินใจการติดตามประเมินผล การให้ข้อเสนอแนะในกิจกรรมและแหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลาย

สำหรับเด็กทำให้เด็กได้รับการดูแลและพัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค ถึงแม้จะสำรวจพบการระบาดของโรคติดต่อในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.38 ซึ่งส่วนใหญ่มีการระบาด 1 ครั้ง ร้อยละ 66.7 โดยมีโรคที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก และโรคติดเชื้อไวรัส RSV เนื่องจากในช่วงเวลาที่ทำการวิจัยเป็นช่วงฤดูกาลระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่และโรคมือเท้าปาก โดยปี พ.ศ. 2567 เป็นปีที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าปีที่ผ่านมาเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2562-2566)⁽²³⁻²⁴⁾ โดยเป้าหมายที่สำคัญพบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลเด็กที่ผ่านการเสริมสร้างศักยภาพในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีผลลัพธ์ที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของประเทศ ปี 2567

ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย มุ่งให้การพัฒนารูปแบบสามารถนำไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพโดยความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายด้านการศึกษา ทั้งกระทรวงศึกษา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทยโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้ทุกฝ่ายเห็นบทบาทและศักยภาพของตนเองและเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนสอดคล้องกับการศึกษาของ กานติมา พิมริศ⁽²⁵⁾ ที่พบว่า การส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนครูและผู้ปกครอง

เป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นวิธีสร้างเครือข่ายการทำงานที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านพัฒนาการเด็กที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืน เป้าหมายในระยะยาวคือ มีการติดตามผลด้านศักยภาพของบุคลากร การผ่านประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแรกเกิดถึง 2 ปี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเด็ก (4D) ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ⁽⁴⁾ สามารถพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องตามบริบทจากผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการนำหลักสูตรพัฒนาเป็นหลักสูตรแบบ e-learning หรือ MOOC (Massive Open Online Courses) โดยปรับเป็น 6 โมดูลเพื่อเหมาะสมกับระยะเวลา และสอดคล้องกับสมรรถนะตามมาตรฐานอาชีพและคุณวุฒิวิชาชีพ สาขาวิชาชีพบริการสุขภาพ ผู้ดูแลเด็ก⁽²⁶⁾ สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการฝึกทักษะด้านปฏิบัติในส่วนกลางและทุกเขตสุขภาพ ซึ่งการพัฒนา รูปแบบจะเป็นการวางโครงการบริหาร ยุทธศาสตร์ ผ่านกรอบการพัฒนา ระบบสุขภาพของ WHO (Six Building Blocks)⁽²⁷⁾ ในการพัฒนากำลังคนและการบริหารจัดการงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมตามกลยุทธ์ PIRAB ซึ่งเน้นการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ให้คนในสังคมร่วมกันพัฒนาฐานรากของชุมชน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดความเสี่ยง เพิ่มปัจจัยปกป้อง เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรรอบรู้สุขภาพ ขยายวงอย่างกว้างขวางสู่สังคมรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Societies) ทั้งนี้กลยุทธ์ PIRAB ประกอบด้วย P : Partner ชักชวนพันธมิตรทุกภาคส่วนทุกระดับ ให้เห็นความสำคัญและร่วมกันทำงานส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน I : Invest กระตุ้นให้

เกิดการเกิดลงทุน โดยเฉพาะด้านงบประมาณที่เพียงพอจากระดับนโยบายในทุกภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ R : Regulate and Legislate การตรากฎและออกกฎหมาย เพื่อคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงต่อสุขภาพทุกด้าน A : Advocate ชี้แนะ ชูประเด็น และสนับสนุนให้ทุกภาคส่วน ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม สร้างการทำงานร่วมกัน และ B : Build Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้สามารถพัฒนา นโยบายทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งการวิจัย การกระจายความรู้เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน⁽²⁸⁾

■ ลสรุป

การพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย เพื่อตอบสนองความต้องการและสร้างความพร้อมในการเปิดบริการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอายุแรกเกิดถึง 2 ปี ของประเทศ รูปแบบประกอบด้วย การขับเคลื่อนเชิงระบบ และระบบสนับสนุนโดยกรมอนามัยผ่านศูนย์อนามัยที่ 1-12 และ สสม. รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านกรอบการพัฒนา ระบบสุขภาพของ WHO (Six Building Blocks) โดย 1) เน้นการสร้างศักยภาพวิทยากรระดับ ครู ก. และครู ข. ร่วมกับมหาวิทยาลัย/วิทยาลัยพยาบาล และมหาวิทยาลัยราชภัฏในพื้นที่ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี หลักสูตร 6 โมดูล รวมถึงการพัฒนาหลักสูตร e-learning แบบ Massive Open Online Course และ 3) ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงระบบผ่าน

กลยุทธ์ PIRAB ปรับตามบริบทของพื้นที่ และมีระบบฐานข้อมูลระดับประเทศเพื่อติดตามและประเมินผล

■ ข้อเสนอแนะ:

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำเสนอรูปแบบในการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. ศูนย์อนามัยและเขตสุขภาพ สามารถนำรูปแบบไปพัฒนาโดยปรับตามบริบทของพื้นที่และสร้างระบบเครือข่ายการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติในรูปแบบมาตรฐาน และรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบ e-learning และ MOOC (Massive Open Online Course) ให้ทั่วถึงครอบคลุม และเป็นมาตรฐาน

3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในด้านความต้องการและความพร้อมในการเปิดบริการ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอายุแรกเกิดถึง 2 ปี และความต้องการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีของประเทศ

● ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาเชิงปฏิบัติการในระยะต่อไปเพื่อติดตาม ปรับปรุง และประเมินผลผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจากการนำรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระยะยาว รวมถึงการขยายผลไปยังสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในสังกัดอื่นมากขึ้น เนื่องจากในการศึกษาค้างนี้ยังมีข้อจำกัดที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่พร้อมเข้าร่วมส่วนใหญ่อยู่อในสังกัดภาครัฐ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03/download?id=39711&mid=31985&mkey=m_document&lang=th&did=13759
2. กนกวรา พวงประยงค์. ความต้องการมีบุตรในอนาคต: หลักฐานเชิงประจักษ์จากสตรีที่สมรสในประเทศไทย. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2561;10(19):1-20.
3. กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานปลัดกระทรวง. สถิติการศึกษาประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย; 2565.
4. กรมอนามัย สถาบันพัฒนาด้านอนามัยเด็กแห่งชาติ. แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564. .
5. นิภา ชมภูป้า, มานพ ใจดิษะ. คู่มือการฝึกอบรมครูและผู้ดูแลเด็ก ในการดำเนินการจัดโปรแกรมให้ความรู้การอบรมเลี้ยงดูเด็กแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 2-5 ปี. กรุงเทพฯ: วาย เค เอช กราฟิค แอนด์ เพรส; 2561.
6. กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: พรักหวานกราฟฟิค; 2562.
7. กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579. กรุงเทพฯ: พรักหวานกราฟฟิค; 2560.

8. ปิยะ บุษบา, นิพัฐพนธ์ แสงด้วง. การวิจัยและพัฒนา:กระบวนการและการประยุกต์ใช้. วารสารสาธารณสุขแพร์เพื่อการพัฒนา 2564;1(1):77-89.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
10. ทิศนา ขมมณีน. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
11. พิภพ ชรรณประชา. การพัฒนาบุคลากรด้านการจัดประสบการณ์ระดับปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลัญญาอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ [การศึกษาค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.
12. Wangsachantanon T, Wattanaamorn S, Jirattananawanna N, Buntumporn N. The role of caregivers in day care centers to screening and development promoting of early childhood. Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology) 2014; 6(12):114-21.
13. นุหลง ศุภศิลป์. รูปแบบการจัดประสบการณ์แบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย [วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการศึกษา และการเรียนรู้]. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2559.
14. กาญจนา พรหมเรืองฤทธิ์, วรรณิตา สอนกองแดง, กรรณิการ์ ชัยสิทธิ์สงวน, ณัทกวี ศิริรัตน์. การดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก : บทบาทของผู้ดูแลเด็ก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2562;25(2):109-18.
15. กรมอนามัย. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/dspm67?year=2025&kid=4270>
16. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nich.anamai.moph.go.th/kpr67/download?id=121329&mid=38799&mkey=m_document&lang=th&did=35617
17. Thaineua V, Sirithongthaworn S, Kanshana S, Isaranurak S, Karnkawinpong O, Benjaponpitak A, et al. A 9-year retrospective cohort study of the monitoring and screening of childhood developmental delay in Thailand. Child Care Health and Development 2024;50(2):e13233. doi: 10.1111/cch.13233
18. Heuvel M, Hopkins J, Biscaro A, Srikanthan C, Feller A, Bremberg S, et al. A comparative analysis of early child health and development services and outcomes in countries with different redistributive policies. BMC Public Health 2013;13:1049. doi: 10.1186/1471-2458-13-1049
19. ภักดีกุล รัตนา. การจัดการศึกษาระดับปฐมวัยเพื่อความเป็นพลเมืองในโลกยุคดิจิทัล: บทเรียนจากต่างประเทศ. วารสารสังคมวิจัยและพัฒนา 2564;3(4):1-23.
20. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
21. Chaichanasang T. The community participation in 1-2 years old child development promotion. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(4):176-84.
22. Tepvorachai U, Cheunarom K. The study of Child Development Center services in Muang Pathum Thani. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2017;27(spec):184-95.
23. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. รายงานผลการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่และเชื้อสาเหตุโรคติดต่อทางเดินหายใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/wk342024.pdf>
24. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. สถานการณ์และผลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคมือ เท้า ปาก และสงสัยติดเชืเอนเทอโร

- ไวรัส ประจำเดือน กันยายน 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/1.1%20DOE-Labsur-HFM-09.2567.pdf>
25. Pimpikoh K, Prommasatayaport V, Glangkarn S. Early childhood development of child development center in Koodsaijor Sub-district, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province. *UBRU Journal for Public Health Research* 2018;7(2):127-35.
 26. สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. มาตรฐานอาชีพและคุณวุฒิวิชาชีพ Occupational Standard and Professional Qualifications สาขาวิชาชีพบริการสุขภาพ ผู้ดูแลเด็ก. กรุงเทพฯ: สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน); 2562.
 27. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health system: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO document production services; 2010.
 28. พิเชษฐู์ เท่งประกิจ. การนำเครื่องมือ ความรู้เกี่ยวกับ A2IM และ PIRAB เพื่อพัฒนางานการปฏิบัติราชการตามคำรับรองปฏิบัติราชการของหน่วยงาน (กพร.) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc12.anamai.moph.go.th/web-upload/37x999d733dc85b5a04c0a90046141e26d0/202208/m_

HEALTH