

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 ของครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์

อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด พย.ม.

รศ.น้ำ โมรราราช พย.บ.

จริยา บุญอนันต์ ค.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์จำนวน 32 คน ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ การฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกลุ่มไลน์ และกิจกรรมเชิดชูครูผู้ดูแลเด็กต้นแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถทำให้ครูผู้ดูแลเด็ก มีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อส่งเสริมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19, ครูผู้ดูแลเด็ก

1. บทนำ

โรคโควิด-19 (Corona virus Disease 2019; COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-Co V-2) ที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหัดธรรมดาจนถึงปอดอักเสบ (pneumonia) ที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศยกระดับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ หรือระยะ Pandemic จากการแพร่ระบาดลุกลามไปทั่วโลก และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลไทยออกนโยบายและดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern)⁽²⁾ การแพร่เชื้อของโรคโควิด-19 เกิดจากการติดต่อกับคนที่มีเชื้อสูดคนอื่นผ่านละอองฝอย (Droplet) การสัมผัสบริเวณพื้นผิว สิ่งของ มือของคนที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคจากผู้ป่วย⁽¹⁾ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การแพร่เชื้อโควิด-19 สามารถแพร่ และรับเชื้อติดต่อกันได้โดยง่าย

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก 260,876,508 คน เสียชีวิต 5,206,264 คน⁽²⁾ ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ 2,100,956 เสียชีวิต 20,677 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564) การระบาดยังมียังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย⁽³⁾ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ 0-6 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ความรุนแรงของการติดเชื้อ อาจทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กปฐมวัย ไม่ต่างกับการติดเชื้อในผู้ใหญ่ แต่เด็กอาจจะมีแนวโน้มที่เกิดอาการรุนแรงได้ หากเด็กมีภาวะอ้วน โรคพันธุกรรมเมตาบอลิก เบาหวาน หอบหืด หัวใจพิการแต่กำเนิด หรือภาวะผิดปกติทางระบบประสาท ซึ่งในบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและทำให้เสียชีวิตได้⁽⁴⁾ การป่วยของเด็กทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา⁽¹¹⁾ รวมถึงอาจต้องหยุดงานเพื่อดูแล ทำให้ครอบครัวขาดรายได้⁽¹²⁾ อีกทั้งสมาชิกในครอบครัว สามารถติดเชื้อได้ จากการดูแลเด็กขณะป่วย จากรายงานข้อมูลพบจำนวนผู้ติดเชื้อในกลุ่มเด็กปฐมวัย 31,811 คน มียอดเสียชีวิต 9 คน^(4,5) เขตสุขภาพที่ 3 พบเด็กปฐมวัยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 363 คน พบมากที่สุดในจังหวัดนครสวรรค์ 200 คน รองลงมาได้แก่จังหวัดพิจิตร 53 คน จังหวัดกำแพงเพชร 52 คน จังหวัดชัยนาท 37 คน และจังหวัดอุทัยธานี 21 คน⁽³⁾ สาเหตุของการระบาดจากผู้ใกล้ชิดที่เป็นผู้ป่วยยืนยัน หรือจากครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย⁽⁶⁾

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นสถานที่ให้การดูแลเด็กปฐมวัย 6 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งมีเด็กที่ได้รับการดูแลเป็นจำนวนมาก⁽⁷⁾ การที่มีเด็กปฐมวัยอยู่รวมกันจะมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย เนื่องจากเด็กมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือแพร่กระจายเชื้อโรค ได้แก่ การนำมือ หรือน้ำสิ่งของเข้าปาก การเล่นคลุกคลีกัน การไอหรือจามรดกัน และการใช้สิ่งของ หรือของเล่นร่วมกัน รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีสาเหตุมาจากผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก และครูผู้ดูแลเด็ก โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะให้เหมาะสมกับการพัฒนาของเด็กในทุก ๆ ด้าน⁽⁸⁾ จะเห็นได้ว่าครูผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญในการบริหารจัดการ การป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากต้องอยู่ร่วมกับเด็ก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า หากครูผู้ดูแลเด็ก ขาดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และต้องดูแลเด็กเมื่อมีการเจ็บป่วย จะทำให้ครูผู้ดูแลเด็กไม่สามารถปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ จากข้อมูลการประเมินมาตรฐานการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 3 ผ่าน Application Thai Stop COVID พบว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดนครสวรรค์ ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานร้อยละ 54.1 รองลงมาได้แก่จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 50.0 จังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 46.8 จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 23.5 และจังหวัด

กำแพงเพชร ร้อยละ 19.2 เมื่อจำแนกการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ที่ไม่ผ่านมาตรฐานมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ 1) การแยกกลุ่มเด็กปฐมวัยตามอายุ คิดเกณฑ์จำนวนเด็ก ตามขนาดพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 2 ตารางเมตร 2) การลงทะเบียน และยืนยันการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค ผ่านแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID ของกรมอนามัย และ 3) การทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ ของเครื่องเล่น อุปกรณ์ต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังการเรียนการสอน⁽⁷⁾ หากพบการติดเชื้อโควิด-19 ของเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้องถูกสั่งปิด ทำให้เด็กไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ได้อย่างเหมาะสมตามวัย⁽⁶⁾

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค การป้องกันโรค ตลอดจนแนวปฏิบัติต่าง ๆ มีความหลากหลายจากแหล่งข้อมูลเชื่อถือได้ และเชื่อถือไม่ได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคที่ถูกต้องมีความสำคัญต่อการนำไปปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับแนวคิด การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคล ที่จะรับข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลของเนื้อหาสาระ และเลือกนำข้อมูลไปใช้ได้⁽¹⁰⁾ จากการสำรวจประชากรอายุ 15-60 ปี เขตสุขภาพที่ 3 ปีพ.ศ. 2563 พบว่าประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 51 (ค่าเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 70)⁽¹¹⁾ และผลสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์ ประจำเดือนพฤศจิกายน 2564 พบการไม่ทำความสะอาดพื้นผิวในที่มีคนพลุกพล่าน การเว้นระยะห่างและไม่ตรวจอุณหภูมิร่างกาย ร้อยละ 1.5, 1.3 และ 1.4 ตามลำดับ⁽¹²⁾ การส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็ก ในจังหวัดนครสวรรค์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้อย่างเหมาะสม จะสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้

การที่บุคคลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น เพนเดอร์และคณะได้กล่าวว่า ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม และสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการกระทำทางการพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลระหว่างสถานการณ์⁽¹³⁾ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้^(14,15,16) จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลระหว่างสถานการณ์ มาบูรณาการร่วมกับแนวคิด การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁰⁾ พัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นำไปสู่การป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์

3. วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบผล ก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการทดลอง

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
กลุ่มตัวอย่าง	O ₁											O ₂
	X ₁			X ₄				X ₄		X ₅		X ₆
	←						X ₂	→				
	←						X ₃	→				

กำหนดสัญลักษณ์ในการทดลอง ดังนี้

O₁ หมายถึง เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 1

O₂ หมายถึง เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างภายหลังร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 12

X₁ หมายถึง การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ ความรุนแรง การแพร่ระบาด และการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) กิจกรรมการสาธิต ย้อนกลับเพื่อสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 5 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ทักษะการเข้าถึง ฐานที่ 2 ทักษะเข้าใจ ฐานที่ 3 ทักษะได้ถาม ฐานที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ และฐานที่ 5 การนำไปใช้

X₂ หมายถึง กิจกรรมส่งสื่อภาพข่าว สื่อวิดีโอเกี่ยวกับการป้องกันโควิด-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มไลน์ครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ในสัปดาห์ที่ 1-12

X₃ หมายถึง กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาการดำเนินงานผ่านกลุ่มไลน์ ในสัปดาห์ที่ 1-12

X₄ หมายถึง กิจกรรมจัดประชุมออนไลน์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การนำความรู้ที่ได้รับ ไปปฏิบัติ รวมถึงปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขการดำเนินงาน การป้องกันโรคโควิด-19 ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

X₅ หมายถึง กิจกรรมติดตามเยี่ยมเสริมพลังทางโทรศัพท์รายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 10

X₆ หมายถึง กิจกรรมประชุมออนไลน์เพื่อเชิดชูครูผู้ดูแลเด็กต้นแบบ ในสัปดาห์ที่ 12

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ครูผู้ดูแลเด็ก ที่มีอายุระหว่าง 21-60 ปี ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 316 แห่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของกาญจนา เหลี่ยมการค้า ในปี 2562⁽¹⁷⁾ นำมาแทนค่าโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดให้มีค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบเท่ากับ 0.95 ($\alpha=0.05$) ให้อำนาจการทดสอบ (Power of test: 1- β) เท่ากับ 0.80 โดยขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 26 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop-out rate) โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 32 คน

3.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดนครสวรรค์ เนื่องจากพบเด็กปฐมวัยติดเชื้อโควิด-19 มากอันดับ 1

2. นำสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครสวรรค์ ทั้งหมด 316 แห่ง มาแบ่งกลุ่มตามความใกล้เคียงของพื้นที่แต่ละอำเภอ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Cluster random sampling)

หลังจากนั้นนำแต่ละกลุ่มมาคำนวณสัดส่วน ตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ดังนี้ $N = \frac{[จำนวน\ สพด.\ แต่ละกลุ่ม]}{316 \times 32}$ เพื่อให้ได้จำนวน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแต่ละกลุ่ม (N) รายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอำเภอแม่จัน 19 แห่ง, อำเภอแม่เปิน 8 แห่ง และ อำเภอชุมตาบง 6 แห่ง รวมทั้งสิ้น 33 แห่ง คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 3 แห่ง

กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอำเภอลาดยาว 27 แห่ง, อำเภอบรรพตพิสัย 27 แห่ง และอำเภอเก้าเลี้ยว 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 56 แห่ง คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 6 แห่ง

กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอำเภอเมือง 56 แห่ง, อำเภอโกรกพระ 11 แห่ง และ อำเภอพยุหะคีรี 25 แห่ง รวมทั้งสิ้น 92 แห่ง คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 9 แห่ง

กลุ่มที่ 4 ประกอบด้วย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอำเภอท่าตะโก 19 แห่ง, อำเภอชุมแสง 16 แห่ง และ อำเภอหนองบัว 24 แห่ง รวมทั้งสิ้น 59 แห่ง คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 6 แห่ง

กลุ่มที่ 5 ประกอบด้วย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอำเภอไพศาลี 33 แห่ง, อำเภอตากฟ้า 12 แห่ง และ อำเภอตาคลี 31 แห่ง รวมทั้งสิ้น 76 แห่ง คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 8 แห่ง

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก ดังนี้ พื้นที่กลุ่มที่ 1 สุ่มเลือก 3 แห่ง กลุ่มที่ 2 สุ่มเลือก 6 แห่ง กลุ่มที่ 3 สุ่มเลือก 9 แห่ง กลุ่มที่ 4 สุ่มเลือก 6 แห่ง และกลุ่มที่ 5 สุ่มเลือก 8 แห่ง จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 แห่ง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยใดที่ถูกสุ่มได้ กำหนดให้ครูผู้ดูแลเด็กแห่งละ 1 คนเป็นกลุ่มตัวอย่าง หากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่จับสลากได้ พบว่า มีครูผู้ดูแลเด็กมากกว่า 1 คน ให้คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า คัดออก และมีประสบการณ์การทำงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีระยะเวลามากที่สุด ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งนั้น ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นครูผู้ดูแลเด็กอายุระหว่าง 21-60 ปี และปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างน้อย 1 ปี
2. มีคุณวุฒิระดับปริญญาตรี
3. เป็นผู้ที่มีโทรศัพท์มือถือที่เป็นสมาร์ทโฟน
4. มีผลการตรวจเชื้อโควิดโดยวิธี RT-PCR หรือ Antigen test kit ไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยผลการตรวจไม่พบการติดเชื้อของโรคโควิด-19
5. ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
6. อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

1. อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 12 สัปดาห์
2. อาสาสมัครมีความผิดปกติหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

3.3 เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายปิด (Closed- Ended Question) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และช่องทางในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามของอังคินันท์ อินทรกำแหง⁽¹⁰⁾ เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบบ Rating scale 4 ระดับ คือ มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย และน้อยจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) การเข้าใจข้อมูล 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 4) การประเมินเพื่อการตัดสินใจ และ 5) การนำข้อมูลและบริการสุขภาพไปใช้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และนำไปทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พัฒนามาจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ ตามหลัก DMHTT ประกอบด้วย D (การเว้นระยะห่าง), M (สวมหน้ากากอนามัย), H (การล้างมือ), T (การวัดอุณหภูมิ) และ T (การใช้แอปพลิเคชันในการประเมินตนเอง) เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ แบบ Rating scale 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97 และนำไปทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.92

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹³⁾ ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁰⁾ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจ ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามปัจจัยของแนวคิด ดังนี้

2.1 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ และสร้างความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ ความรุนแรง การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเด็กปฐมวัย รวมถึงการป้องกันการแพร่ระบาดในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และประโยชน์ของการมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งมอบคู่มือแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จากกรมอนามัย ในสัปดาห์ที่ 1 และส่งสื่อภาพข่าว วิดีทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันโควิด-19 และความรู้ด้านสุขภาพ ลงกลุ่มไลน์ครูผู้ดูแลเด็ก สัปดาห์ละ 2 วันคือ วันอังคารและวันพฤหัสบดี เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้อย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 1-12

2.2 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อค้นหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยจัดให้มีการแบ่งกลุ่มจำนวน 5 กลุ่ม เพื่ออภิปราย และฝึกปฏิบัติการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพร่วมกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถค้นหา และจัดการอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ในสัปดาห์ที่ 1 และกิจกรรมแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านกลุ่มไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1-12

2.3 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ช่วยสร้างความเชื่อมั่น และทักษะเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยมีกิจกรรมฝึกปฏิบัติ และการสาธิตย้อนกลับ เพื่อสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะ แบ่งเป็น 5 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ทักษะการเข้าถึง ฐานที่ 2 ทักษะเข้าใจ ฐานที่ 3 ทักษะได้ถาม ฐานที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ และฐานที่ 5 การนำไปใช้ ในสัปดาห์ที่ 1

2.4 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างเครือข่ายทางสังคม การเรียนรู้จากวิธีการปฏิบัติของผู้อื่น และการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร โดยจัดให้มีกิจกรรมประชุมออนไลน์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอปัญหา อุปสรรค วิธีการแก้ไขในการดำเนินงานการป้องกันโรคโควิด-19 ร่วมกัน พร้อมทั้งมีการทบทวน องค์ประกอบของทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 นอกจากนี้ได้มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ทางโทรศัพท์รายบุคคล เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค ให้กำลังใจ

กล่าวคำชมเชย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการดำเนินต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในสัปดาห์ที่ 10 และกิจกรรมเชิดชูครูผู้ดูแลเด็กต้นแบบ โดยจัดในรูปแบบการประชุมออนไลน์ เพื่อมอบใบเกียรติบัตรการเข้าร่วมโครงการวิจัย ยกย่องชมเชยให้เป็นบุคคลต้นแบบแก่กลุ่มตัวอย่างของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่พบการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงของการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมถึงได้จัดให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานจากบุคคลต้นแบบ ในสัปดาห์ที่ 12

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลที่รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเลือกประเด็นปัญหาที่จะทำการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย สร้างเครื่องมือการวิจัย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

2. นำโครงร่างการวิจัยยื่นตรวจสอบแก่ไขกับกลุ่มพัฒนานวัตกรรมวิจัย และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับปรุงแก้ไขโครงร่างวิจัย ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชาการ ภายหลังได้รับการรับรองจึงขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ดำเนินการโครงการวิจัย

3. ยื่นขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHOEC-012/65 รับรองวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 หลังจากนั้นทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครสวรรค์

4. ประสานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ถูกสุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ถึง วันที่ 23 กันยายน 2565 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ รายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จนเป็นที่เข้าใจ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทำแบบสอบถาม Pre-Test จากนั้นให้ความรู้ เกี่ยวกับสถานการณ์ ความรุนแรง การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการสอนสาธิต และฝึกปฏิบัติการสร้างทักษะความรู้ด้าน

สัปดาห์ที่ 1-12 ผู้วิจัยสร้างกลุ่มไลน์ เพื่อดำเนินการส่งภาพและสื่อวีดิทัศน์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโควิด-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ผ่านแอปพลิเคชันไทยเซฟไทยของกรมอนามัย ส่งผลผ่านกลุ่มไลน์ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนปัญหาในการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กเล็กผ่านกลุ่มไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 จัดประชุมออนไลน์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขการดำเนินงานการป้องกันโรคโควิด-19 ร่วมกัน โดยให้ครูผู้ดูแลเด็กทุกคนนำเสนอปัญหา อุปสรรค วิธีการแก้ไขในการดำเนินงานการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วย Power point คนละ 2 slide พร้อมกับทบทวนองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังครูผู้ดูแลเด็กผ่านทางโทรศัพท์รายบุคคล เพื่อให้คำแนะนำ ซักถาม ปัญหาอุปสรรค และให้กำลังใจในการดำเนินงาน การป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมเชิดชูครูผู้ดูแลเด็กต้นแบบ ในรูปแบบการประชุมออนไลน์ ประกอบด้วย 1) มอบใบเกียรติบัตรให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ยกย่องชมเชยให้เป็นบุคคลต้นแบบ แก่ครูผู้ดูแลเด็ก ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่พบการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และได้ให้บุคคลต้นแบบได้อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน 3) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม 4) ผู้วิจัยสรุป และทบทวนการดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และ 5) ให้ทำแบบสอบถาม Post test ผ่าน Google form

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงจำนวนความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ paired t-test

4. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 45.16 ปี (SD=8.17) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.62 รองลงมาคืออายุ 50-59 ปี ร้อยละ 34.38 สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 25.00 มีประสบการณ์การทำงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มากกว่า 7 ปี ร้อยละ 81.25 รองลงมาคือ 1-3 ปี และ 4-6 ปี มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 9.37 และช่องทางในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3-4 ช่องทางเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.5 รองลงมา 5-6 ช่องทางร้อยละ 21.87 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวน และร้อยละ (n=32)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ			
	หญิง	32	100.00
2. อายุ			
	20-29 ปี	2	6.25
	30-39 ปี	6	18.75
	40-49 ปี	13	40.62
	50-59 ปี	11	34.38
	Mean (SD): Min-Max	45.16(8.71): 24-59	
3. สถานภาพสมรส			
	โสด	8	25.00
	สมรส	20	62.50
	หม้าย	4	12.50
4. ประสบการณ์การทำงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย			
	1-3 ปี	3	9.375
	4-6 ปี	3	9.375
	7 ปีขึ้นไป	26	81.25

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวน และร้อยละ (n=32)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. ช่องทางในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19		
1-2 ช่องทาง	5	15.63
3-4 ช่องทาง	12	37.50
5-6 ช่องทาง	7	21.87
7-8 ช่องทาง	4	12.50
9-10 ช่องทาง	4	12.50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล ($p < 0.01$) ค่าเฉลี่ยด้านทักษะการเข้าใจข้อมูล ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยด้านทักษะการสื่อสาร/ไต่ถาม ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยด้านทักษะการประเมินเพื่อการตัดสินใจ ($p < 0.01$) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=32)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม	3.23	0.09	3.70	0.11	-8.58	<0.01**
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	3.37	0.55	3.81	0.39	-3.46	<0.01**
2. ทักษะการเข้าใจข้อมูล	3.12	0.87	3.78	0.42	-3.96	<0.01**
3. ทักษะการสื่อสาร/ไต่ถาม	3.18	0.86	3.68	0.47	-2.86	<0.01**
4. ทักษะการประเมินเพื่อการตัดสินใจ	3.25	0.72	3.72	0.46	-3.15	<0.01**
5. ทักษะการนำข้อมูลและบริการสุขภาพไปใช้	3.22	0.75	3.53	0.67	-1.77	0.08

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ สถิติที่ใช้ paired t-test

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยรวมภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทุกรายข้อมีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น รายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุด คือ การสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าในขณะที่ยืนนอกเคหสถาน ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มน้อยที่สุดคือ การจัดให้มีการระบายอากาศภายในอาคารที่ดี รวมถึงภายในห้องสุขา ทั้งนี้ ให้ทำความสะอาด เครื่องปรับอากาศและจัดการฆ่าเชื้อโรคอย่างสม่ำเสมอ โดยทำความสะอาดทุก 3 เดือน และปิดประตู หน้าต่างก่อน และหลังให้บริการอย่างน้อย 1 ชั่วโมงภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันโควิด-19
ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=32)

พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
พฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยรวม	3.51	0.13	3.81	0.08	<0.01**
1. ท่านสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าใน.....	3.28	0.68	3.91	0.29	<0.01**
2. ท่านปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอหรือจาม	3.38	0.71	3.87	0.34	<0.01**
3. ท่านจัดให้มีการเว้นระยะห่างระหว่างกลุ่ม.....	3.50	0.56	3.91	0.29	<0.01**
4. ท่านมีมาตรการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบ	3.25	0.72	3.84	0.37	<0.01**
5. จัดให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์.....	3.50	0.57	3.94	0.24	<0.01**
6. ท่านหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของ เครื่องใช้ร่วมกับ ผู้อื่น.....	3.43	0.51	3.87	0.34	<0.01**
7. ท่านควบคุม กำกับ ดูแลบุคลากร ในสถานพัฒนาเด็ก.....	3.53	0.71	3.84	0.37	<0.01**
8. ท่านหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด	3.47	0.57	3.84	0.37	<0.01**
9. ท่านรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1– 2 เมตร.....	3.56	0.67	3.94	0.25	<0.01**
10. ท่านชี้แจงผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่ ให้ทราบถึงมาตรการ.	3.44	0.67	3.81	3.96	<0.01**
11. ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์อย่างน้อย ทุก 20.....	3.37	0.61	3.69	0.47	<0.05*
12. ท่านเลือกรับประทานทานอาหารที่ร้อน หรือปรุงสุก.....	3.62	0.55	3.78	0.42	0.05
13. ท่านได้ให้มีการทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัส.....	3.72	0.52	3.87	0.34	0.09
14. ท่านสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ.....	3.62	0.49	3.81	0.39	0.13
15. ท่านใช้ช้อนกลางส่วนตัว เมื่อรับประทานอาหาร.....	3.62	0.55	3.81	0.39	0.11
16. ท่านให้เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล ผู้ปกครอง ญาติ สวมหน้ากาก....	3.71	0.51	3.84	0.36	0.25
17. จัดให้มีระบบคิว มีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่งหรือยืน.....	3.56	0.50	3.71	0.63	0.28
18. ท่านดูแลเด็กให้รับประทานอาหารตามหลักเกณฑ์.....	3.56	0.61	3.71	0.52	0.28
19. ท่านไม่พาเด็กปฐมวัยไปในสถานที่แออัด/มีคน.....	3.59	0.87	3.68	0.53	0.62
20. ท่านจัดให้มีการระบายอากาศภายในอาคาร ที่ดี.....	3.62	0.49	3.65	0.65	0.84

*p<.05, **p<.01 สถิติที่ใช้ paired t-test

5. การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผล จำแนกตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹³⁾ ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁸⁾ ดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์ โดยการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และประโยชน์ของการมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงผลดีของการมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการจัดการอุปสรรค มีการฝึกปฏิบัติการมี

ทักษะความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางการจัดการอุปสรรคเพิ่มความมั่นใจต่อการปฏิบัติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ในการป้องกันโรคได้ และมีความตระหนักในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทักษะเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการอ่านตรวจสอบ ข้อมูลที่เป็นเท็จ จึงมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด-19 และนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทักษะการสื่อสาร/ไต่ถาม กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการสื่อสาร ตามสถานการณ์สมมติ และการบอกต่อเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด-19 แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จึงทำให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องได้ ทักษะการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติการกำหนดทางเลือก และตัดสินใจที่ต้องปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ส่งผลให้สามารถเลือกแนวทาง การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และทักษะการนำไปใช้ ได้ฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคถาม-ตอบ และให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ในการตัดสินใจต่อการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะ การจัดการตนเอง ในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์ โปรแกรมฯ ดังกล่าว ได้มีกิจกรรมการประชุมออนไลน์ สื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ และการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้มีส่วนร่วมกับกิจกรรม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ได้รับการส่งเสริมพัฒนาทักษะ ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้สื่อที่หลากหลาย จะส่งผลให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เกิดความรู้ด้านสุขภาพที่ยั่งยืน สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และการสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพ ตามความต้องการได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเพื่อส่งเสริมด้านสุขภาพ ที่ดีให้แก่ตนเอง⁽¹⁸⁾

จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อจิตร สุขพล ในปี 2563 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยโปรแกรมดังกล่าวได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁹⁾ เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาผลของ Ersin F และ Bahar Z ในปี 2017 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อพฤติกรรมการตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ของสตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป โปรแกรมประกอบด้วย การฝึกอบรมและทำ Focus group การติดตามเยี่ยมเสริมพลังทางโทรศัพท์รายบุคคล แจกคู่มือ และเอกสารแผ่นพับประกอบการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽²⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ วงษ์รอด และคณะ ในปี 2566 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลผักขวาง อำเภอกองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี โปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ ชมวิดีโอทัศน กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิเคราะห์ ถึงปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽²¹⁾

2. สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สูงกว่าก่อนการทดลอง สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹³⁾ ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁸⁾ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ โดยการให้ความรู้เรื่อง อันตรายของโรคโควิด-19 และการป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ตลอดจนการส่งสื่อภาพข่าว วิดีทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มไลน์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว จะช่วยเสริมสร้างให้ครูผู้ดูแลเด็กเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ดี และนำไปสู่การตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ด้านการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการจัดการกับอุปสรรคของการมีพฤติกรรม มีการจัดกิจกรรมการสอน สาธิต อภิปรายกลุ่ม การสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ใต้อาสา/สื่อสาร ตัดสินใจ และนำไปใช้ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านกลุ่มไลน์ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และสามารถค้นหาวิธีจัดการปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันการโรคโควิด-19 เพื่อลดอุปสรรคได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละบุคคล และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น ซักถามข้อมูล แสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์ และรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น ส่งเสริมให้เกิดความคิดคล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็ทำได้เช่นกัน จึงส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khodaveisi M, Omid A, Farokhi S และ Soltanian A ในปี 2017 ได้ศึกษาผลของการใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอายุ 18-60 ปีที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับที่ 2 ขึ้นไป เพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรม ทางโภชนาการที่ดี กิจกรรมกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำ สร้างการรับรู้อุปสรรค และใช้ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางโภชนาการของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽²²⁾ เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของศรีบุญญา งามนิมิต และคณะ ในปี 2565 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง ต่อทักษะการตรวจเต้านม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม ของสตรีกลุ่มเสี่ยง โปรแกรมดังกล่าว ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วยกิจกรรม การสอนบรรยาย กระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การจัดการอุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽²³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ ในปี 2562 ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยโปรแกรมดังกล่าว ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่ม พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และกระตุ้นส่งเสริมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)⁽²⁴⁾

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำเสนอผลการวิจัยนี้ต่อผู้บริหารหรือบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อนำไปโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้กับครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอื่น ๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19

2. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

6.2 ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดทำวิจัยเชิงเปรียบเทียบสองกลุ่มเพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ
2. อาจทำวิจัยซ้ำในลักษณะเช่นเดียวกันนี้ในบุคลากรหน่วยงานหรือสถานประกอบการอื่น ๆ

7. เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ความรู้พื้นฐานโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2020/EBook/49793_20200325095718.pdf
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [internet]. 2022 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ Covid-19 ภายในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย เผย เด็กเล็กติดเชื้อโควิดสะสมกว่า 3 หมื่นราย แนะนำเด็กยกกระดับป้องกันด้วย ATK [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/163509/>
5. พิมพ์พรรณ กลั่นกลิ่น. การพยาบาลเด็กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2563.
7. คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: พรักหวานกราฟฟิค; 2562.
8. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. บทบาทหน้าที่ครูผู้ดูแลเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dla.go.th/work/e_book/eb6/eb6_3/3km5.pdf
9. Copeland KA, Duggan AK, Shope TR. Knowledge and beliefs about guidelines for exclusion of ill children from child care. Ambul Pediatr 2005; 6(4): 365-371.
10. อังคินันท์ อินทรกำแหง. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
11. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: www.hed.go.th/linkhed/file/874
12. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. ผลประเมินการตรวจสอบมาตรการป้องกันโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 3. นครสวรรค์: กลุ่มพัฒนามาแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์; 2564

13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7th ed. South Carolina: Pearson; 2014.
14. ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ, ชื่นฤติ คงศักดิ์ตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก. ราชกิจจานุเบกษา 2555; 18(3): 389-403.
15. บุษกร พันธเมธาฤทธิ์, ปราณีย์ คำจันทร์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39(2): 23-36.
16. อภิชาติ อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 3(2): 19-30.
17. กาญจนา เหลี่ยมการค้า. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2556; 8(3): 52-64.
18. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. HPI 2000; 15(3): 259-267.
19. เอื้อจิตร สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิงค์ หวังมัน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(2): 419-429.
20. Ersin F, Bahar Z. Effects of nursing interventions planned with the health promotion models on the breast and cervical cancer early detection behaviors of the women. IJCS 2017; 10(1): 421-431
21. เบญจวรรณ วงษ์รอด, อรวรรณ กิรติสิโรจน์, อาทิตยา วัจนสินธุ์. ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ตำบลผักขง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 5(3): 156-167.
22. Khodaveisi M, Omid A, Farokhi S, Soltanian A. The Effect of Pender's Health Promotion Model in Improving the Nutritional Behavior of Overweight and Obese Women. IJCBNM 2017; 5(2): 165-174.
23. ศรีญา งามนิมิตร, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, อนามัย นาอุดม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1): 148-159
24. มะลิ โพธิ์พิมพ์, วลัยชญา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, จิรวุฒิ กุจะพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 14(1): 119-130