

การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้
ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CURRICULUM RESEARCH AND DEVELOPMENT USING DIGITAL PARTICIPATION FOR
EMPOWERING CAREGIVERS' CHILD HEALTHCARE LITERACY



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy in Educational Research Methodology

Department of Educational Research and Psychology

FACULTY OF EDUCATION

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล |
| โดย | เพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล |
| สาขาวิชา | นางภัทร์พิชชา ครูทางคะ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม | รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ |
| | ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ว่องวาณิช |

คณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต

..... คณบดีคณะครุศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ฦ วิเชียร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ว่องวาณิช)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ แกมเกตุ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรินทร์ วินทะไชย์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เก้าเอี้ยน)

ภัทรพิชชา ครูทาคะ : การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล. (CURRICULUM RESEARCH AND DEVELOPMENT USING DIGITAL PARTICIPATION FOR EMPOWERING CAREGIVERS' CHILD HEALTHCARE LITERACY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.ดวงมล ไตรวิจิตรคุณ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ศ. ดร.สุวิมล ว่องวานิช

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลของผู้ดูแล ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กควรได้รับการพัฒนาให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรมีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก 2) เพื่อวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ และ 3) เพื่อจัดทำคู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร โดยจำแนกการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กจากการบูรณาการ 2 แนวคิด ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ และ 2) การเลี้ยงดู ในลักษณะเป็นพหุมิติภายในข้อความ ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร และส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ใช้การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรร่วมกับการนำแนวคิดการเสริมพลังและแนวคิดการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเข้ามาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรที่มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทของชุมชน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. เครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่สร้างขึ้นตามโมเดลการวัดแบบพหุมิติ มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความรู้ด้านสุขภาพ และการเลี้ยงดู ในแต่ละข้อความถูกออกแบบให้เป็นพหุมิติภายในข้อความ คือ มีคุณภาพทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 มีการตรวจสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในจากตัวอย่างจำนวน 345 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง .820 ถึง .903 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา อยู่ระหว่าง .827 ถึง .905 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพหุมิติของโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก พบว่าโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2(343, N=345) = 446.23, p = .0001, CFI = .979, TLI = .974, SRMR = .051, RMSEA = .030, AIC = 14556.473, BIC = 15140.692$) และมีค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df) เท่ากับ 1.30 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานหลักที่ว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในส่วนของโมเดลความรู้ด้านสุขภาพและโมเดลการเลี้ยงดู พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูอยู่ในระดับมากทุกด้าน และพบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน และมีประวัติการเข้ารับการพัฒนาก็จะมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็กแตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร จำแนกออกเป็นวงจรการวิจัย 2 วงจร ประกอบด้วย วงจรการวิจัยที่ 1 การออกแบบกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวงจรการวิจัยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ในแต่ละวงจรมี 2 ระยะ คือ ระยะการวิจัย (R) และระยะการพัฒนา (D) โดยผสมผสานระหว่างการจัดกิจกรรม ณ สถานที่ตั้งและการจัดกิจกรรมทางออนไลน์ใช้เครื่องมือทางดิจิทัลที่หลากหลาย

4. ผลที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร พบว่า ทีมนักวิจัยชุมชนมีทักษะการพัฒนาหลักสูตรและความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และในการนำสู่การปฏิบัติ ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมอบรมภายหลังการเข้าร่วมอบรมตามหลักสูตรมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอบรม

5. แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลมี 3 หลักการ ได้แก่ หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านดูแลสุขภาพเด็ก และหลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ และได้คู่มือ 2 ชุด ประกอบด้วย คู่มือกระบวนการพัฒนาหลักสูตรฯ และคู่มือหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย



| | | |
|------------|------------------------|----------------------------------|
| สาขาวิชา | วิทยาลัยการศึกษาศาสตร์ | ลายมือชื่อนิสิต |
| ปีการศึกษา | 2564 | ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก |
| | | ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม |

6184241527 : MAJOR EDUCATIONAL RESEARCH METHODOLOGY

KEYWORD: NEWLY GRADUATED NURSE, INTENSIVE CARE UNIT, EXPERIENCES

Phatpitha Kruthangka : CURRICULUM RESEARCH AND DEVELOPMENT USING DIGITAL PARTICIPATION FOR EMPOWERING CAREGIVERS' CHILD HEALTHCARE LITERACY. Advisor: Assoc. Prof. DUANGKAMOL TRAWICHITKHUN, Ph.D. Co-advisor: Prof. SUMMON WONGWANICH, Ph.D.

The healthcare knowledge of caregivers in taking care of children is very important. People who take care of children should be able to look after them effectively. The purposes of this study were: 1) to develop a measurement for caregivers' child healthcare literacy, 2) to conduct curriculum research and development using digital participation for empowering caregivers' child healthcare literacy, and 3) to develop a curriculum using digital participation for empowering caregivers' child healthcare literacy guidelines in the community. This study was divided into 3 parts. Firstly, a tool to measure caregivers' child healthcare literacy has been developed by analyzing the component of childcare literacy. In addition, a caregivers' child healthcare literacy tool is created by integrating 2 concepts: 1) health literacy and 2) nurturing care in a multidimensional within-item. Secondly, the curriculum research and development process are conducted. Finally, curriculum development using digital participation for empowering caregivers' child healthcare literacy guidelines is studied by using curriculum research and development with empowerment and digital participation concepts to develop curricula that are aligned with the context of the community. The results are as follows:

1. The multidimensional measurement model of healthcare literacy, according to the components of health literacy and nurturing care, has an adequate level of content validity (IOC) range of 0.60–1.00. There were 345 child caregivers sampled. The reliability of the questionnaire was determined on standardized criteria (Cronbach's alpha coefficient =.820-.903, and Omega coefficient =.827-.905). The caregivers' child healthcare literacy components were fit to the empirical data ($\chi^2(343, N=345) = 446.23, p = .0001, CFI = .979, TLI = .974, SRMR = .051, RMSEA = .030, AIC = 14556.473, BIC = 15140.692$). The relative chi-squared yielding a value of 1.30, which is less than 2, indicates that the main hypothesis is accepted that the measurement model is in harmony with the empirical data.

2. The results of the analysis of the caregiver's child healthcare literacy levels showed that the caregivers had a high level of overall healthcare literacy. When considering health literacy and the nurturing model, it was found that caregivers were well versed in health literacy and nurturing care at a high level in all aspects. Additionally, it was also found that the caregivers of different genders, education levels, working experience as a child caregiver, working locations, and historical records of skills and knowledge development of child care practices have the mean significant difference at .05 level for children's healthcare literacy.

3. The curriculum research and development process are divided into 2 research cycles, consisting of research cycle 1, the design of the strategy for participation of related people, and research cycle 2, curriculum development using digital participation for empowering caregivers' child healthcare literacy. There are two phases in each cycle: the research phase (R) and the development phase (D), combining on-site activities and online activities using a variety of digital tools.

4. As a result of the curriculum research and development process, it was discovered that the community research team had more expertise in developing curricula and knowledge of child health care after engaging in the activity than they had previously. After the implementation process, after attending the course, caregivers had a greater understanding of how to take care of children than they had before.

5. There are three principles for curriculum development using digital participation for empowering caregivers' child health care: general principles of curriculum development process design, principles of curriculum development process design specific to child health care; and design principles of curriculum development and implementation. The two manuals include the curriculum development process manual and the curriculum of a workshop for empowering caregivers' child health care literacy for preschool teachers.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Educational Research Methodology

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จจากความเมตตากรุณาและการดูแลเอาใจใส่อย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ ผู้ซึ่งเป็นแรงใจ คอยให้กำลังใจ ชี้แนะแนวทางเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาท่านได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จจากความเมตตากรุณาและการดูแลเอาใจใส่อย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คือ ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ว่องวาณิช ผู้ซึ่งจุดประกายความคิด เป็นต้นแบบของครุณักวิจัยที่ดียิ่ง เป็นผู้ซึ่งอุทิศตนเพื่อศิษย์ และให้คำแนะนำอันทรงคุณค่าทั้งในด้านการศึกษาและการดำเนินชีวิต ให้โอกาสผู้วิจัยได้เรียนรู้และพัฒนาตนเอง ผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณอย่างสูงยิ่ง

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาศ ณ วิเชียร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรินทร์ วินทะไชย์ และอาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เก้าเอี้ยน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เมตตากรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ แกมเกตุ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ชยุตม์ ภิรมย์สมบัติ ที่ได้สละเวลาอันมีค่า ชี้แนะแนวทางในการศึกษาและการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น ตลอดจนให้คำแนะนำ อบรมสั่งสอน และให้ข้อคิดในการเป็นนักวิจัยที่ดี ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ภนิษฐ์ ศรีเคลือบ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษาผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในการเรียนระดับคุณวุฒิบัณฑิตให้กับผู้วิจัย และจะขอนำทุกคำสอนของอาจารย์ที่ล้วนแต่มีคุณค่าไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น สังคม และประเทศชาติต่อไป

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และคู่มือหลักสูตรในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอนุเคราะห์ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยอันเป็นประโยชน์ยิ่ง และขอบคุณทีมนักวิจัยชุมชนทุกคน ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรม จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบคุณนายกษิตศิ ครุทางคะ ที่เป็นแรงบันดาลใจ คอยผลักดัน ให้คำแนะนำ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง จนวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอบคุณ พ.ต.ท. ดร.อภิสิทธิ์ ตามสัจย์ อาจารย์ ดร.พัชราภรณ์ ทพมาลี อาจารย์ ดร.กรวุฒิ แผนพรหม นางสาวยุมนา ศรีจันทร์ดี อาจารย์ ดร.วัชรศักดิ์ สุดหล้า อาจารย์ ดร.ภัสพิชชา สุรวาทกุล และนายภาณุวัฒน์ เข้มกลัด ที่เป็นกัลยาณมิตรที่ดี คอยให้คำแนะนำ กำลังใจ และช่วยเหลือในทุกปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาในการศึกษาให้กับผู้วิจัยเสมอมา และขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ นิสิตปริญญาเอกและปริญญาโทในสาขาวิธีวิทยาการวิจัย การศึกษาที่คอยช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในทุก ๆ กิจกรรมเป็นอย่างดี

นอกเหนือสิ่งอื่นใด ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาและทุกคนในครอบครัวแก้ววงศ์ และครอบครัวครุทางคะ สำหรับทุกสิ่งทุกอย่าง โดยเฉพาะเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจและคอยสนับสนุนด้วยความรักเสมอมา คุณูปการอันพึงมีจากวิทยานิพนธ์นี้ ขอบมอบให้แก่บิดา มารดาและคณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาทุกท่าน หากปราศจากทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในทุกโอกาส ผู้วิจัยคงไม่สามารถประสบความสำเร็จได้อย่างทุกวันนี้

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ค |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ง |
| กิตติกรรมประกาศ..... | จ |
| สารบัญ..... | ฉ |
| สารบัญตาราง..... | ช |
| สารบัญภาพ..... | ฌ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| คำถามวิจัย..... | 5 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 5 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 6 |
| คำสำคัญที่ใช้ในการวิจัย..... | 7 |
| ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย..... | 8 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 10 |
| ตอนที่ 1 ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก..... | 10 |
| ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล..... | 21 |
| ตอนที่ 3 การเสริมพลัง..... | 31 |
| ตอนที่ 4 ปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พบบ่อยในศูนย์ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย..... | 38 |
| ตอนที่ 5 การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร..... | 51 |
| ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 60 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 62 |

| | |
|---|-----|
| ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล | 62 |
| ส่วนที่ 2 การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล | 72 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 81 |
| ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล | 81 |
| ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล..... | 96 |
| ส่วนที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล | 128 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 143 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 144 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 151 |
| ข้อจำกัดในการวิจัย..... | 163 |
| ข้อเสนอแนะจากการวิจัย..... | 164 |
| บรรณานุกรม..... | 167 |
| ภาคผนวก..... | 189 |
| ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัยและคู่มือหลักสูตร | 190 |
| ภาคผนวก ข ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและอำนาจจำแนกของเครื่องมือ..... | 193 |
| ภาคผนวก ค เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย..... | 197 |
| ภาคผนวก ง เครื่องมือวิจัย | 209 |
| ภาคผนวก จ คำสั่งที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Mplus และ R..... | 213 |
| ภาคผนวก ฉ บันทึกผลการจัดกิจกรรม | 247 |
| ภาคผนวก ช คู่มือการพัฒนาหลักสูตรฯ ในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร | 272 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 353 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---|------|
| ตาราง 2.1 การเชื่อมโยงองค์ประกอบและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ..... | 14 |
| ตาราง 2.2 การสังเคราะห์กระบวนการเสริมพลังให้กับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็ก..... | 35 |
| ตาราง 3.1 แผนผังองค์ประกอบและข้อความถามของแบบวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก..... | 66 |
| ตาราง 3.2 รายละเอียดการดำเนินการตามวงจรการวิจัยที่ 1 (R1D1)..... | 74 |
| ตาราง 3.3 รายละเอียดการดำเนินการตามวงจรการวิจัยที่ 2 (R2D2)..... | 77 |
| ตาราง 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างวิจัยจำแนกตามภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน..... | 82 |
| ตาราง 4.2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก..... | 85 |
| ตาราง 4.3 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลการวัดความรอบรู้ ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล..... | 88 |
| ตาราง 4.4 ผลการตรวจสอบโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล..... | 90 |
| ตาราง 4.5 ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล จำแนกตามโมเดล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดู..... | 93 |
| ตาราง 4.6 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กจำแนกตามภูมิภาค..... | 94 |
| ตาราง 4.7 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กจำแนกตามภูมิภาค..... | 95 |
| ตาราง 4.8 ผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะเวลาการวิจัย 1 (R1)..... | 98 |
| ตาราง 4.9 ผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะเวลาการพัฒนา 1 (D1)..... | 103 |
| ตาราง 4.10 ผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะเวลาการวิจัย 2 (R2)..... | 107 |
| ตาราง 4.11 ผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะเวลาการพัฒนา 2 (D2)..... | 111 |
| ตาราง 4.12 การเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรม..... | 114 |
| ตาราง 4.13 การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรมจำแนก รายบุคคล..... | 115 |
| ตาราง 4.14 การประเมินความพึงพอใจภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมจากครูผู้เข้าอบรม..... | 116 |
| ตาราง 4.15 การประเมินการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติของทีมนักวิจัยชุมชน..... | 117 |
| ตาราง 4.16 ผลการประเมินระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน | 118 |
| ตาราง 4.17 ทักษะที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัย ชุมชน..... | 119 |
| ตาราง 4.18 การประเมินทักษะการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชนด้วยตนเอง..... | 120 |
| ตาราง 4.19 หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป..... | 123 |
| ตาราง 4.20 หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก..... | 124 |
| ตาราง 4.21 หลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ..... | 125 |
| ตาราง 4.22 กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร..... | 129 |
| ตาราง 4.23 กระบวนการเสริมพลังในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร..... | 138 |
| ตาราง 5.1 สรุปผลการวิจัย..... | 146 |

สารบัญภาพ

| | หน้า |
|---|------|
| ภาพ 2.1 วงจรการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980)..... | 27 |
| ภาพ 2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชุมชน..... | 29 |
| ภาพ 2.3 ระดับการมีส่วนร่วม..... | 30 |
| ภาพ 2.4 องค์ประกอบของหลักสูตร..... | 52 |
| ภาพ 2.5 ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร..... | 56 |
| ภาพ 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 61 |
| ภาพ 3.1 โครงสร้างแบบวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก..... | 66 |
| ภาพ 3.2 คำถามการวิจัยในแต่ละวงจรการวิจัยตามวิธีวิทยาการวิจัยและพัฒนา..... | 73 |
| ภาพ 3.3 สรุปการดำเนินการในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร..... | 80 |
| ภาพ 4.1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ด้วยการใช้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบพหุมิติภายในข้อคำถาม..... | 91 |
| ภาพ 4.2 ภาพรวมคำถามการวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 1 และ 2..... | 96 |
| ภาพ 4.3 คำถามวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 1 (R1D1)..... | 97 |
| ภาพ 4.4 ผลที่ได้จากการวิจัยระยะการวิจัย 1 (R1)..... | 102 |
| ภาพ 4.5 ผลที่ได้จากการวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 1..... | 105 |
| ภาพ 4.6 คำถามการวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 2 (R2D2)..... | 106 |
| ภาพ 4.7 ผลที่ได้จากการวิจัยระยะการวิจัย 2 (R2)..... | 110 |
| ภาพ 4.8 ผลที่ได้จากการวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 2..... | 126 |
| ภาพ 4.9 ผลที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร..... | 127 |
| ภาพ 5.1 กระบวนการพัฒนาหลักสูตร..... | 150 |
| ภาพ 5.2 โมเดลการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก..... | 150 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสร้างความรู้ด้านสุขภาวะให้กับประชาชน เป็นการพัฒน่องค์ความรู้และการสื่อสาร ที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี และมีการเผยแพร่ ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตลอดจนบุคคล สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) บุคคลทุกคนควรได้รับการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพให้มีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัย

เด็กปฐมวัย หรือเด็กวัยก่อนเรียน (preschool) เป็นวัยที่สำคัญวัยหนึ่งของชีวิต เป็นช่วงวัยที่ ร่างกายและสมองมีการเจริญเติบโตและเรียนรู้อย่างรวดเร็ว จึงมีความสำคัญที่เด็กวัยนี้ควรได้รับการ สร้างรากฐานสำหรับสุขภาวะที่ดี (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์ แห่งประเทศไทย, 2560; Richter et al., 2019) เด็กวัยนี้เป็นรากฐานของการพัฒนาศักยภาพและการ มีสุขภาพดีในอนาคต จึงมีความสำคัญยิ่งที่เด็กปฐมวัยควรได้รับการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพให้ เต็มศักยภาพ มีพัฒนาการที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (World Health Organization, 2020)

เนื่องจากเด็กปฐมวัยยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ไม่มีความรู้ความเข้าใจหรือทักษะ ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเพียงพอ จึงควรได้รับการดูแลจากบิดามารดาหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด (Hickey et al., 2018; Myers & Murray, 2019) ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัด กิจกรรมต่าง ๆ โดยบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพให้กับเด็ก ได้แก่ บิดามารดา ปู่ย่าตายาย รวมถึงผู้ดูแลเด็กด้วย ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญในการ พัฒนาและสร้างเสริมพัฒนาการของเด็กได้เหมาะสมตามวัย

จากการสำรวจสถานการณ์สุขภาพของเด็กไทยช่วงปฐมวัยที่มีอายุ 3-5 ปี ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าเด็กมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อาทิ ได้รับวัคซีนไม่ครบทุกเกณฑ์เป้าหมายที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ความไม่สมดุลด้านโภชนาการ คือ มีภาวะโภชนาการเกิน มีเด็กอ้วน จำนวนมากขึ้น มีภาวะเตี้ย เนื่องจากการได้รับโภชนาการไม่เพียงพอ มีพัฒนาการล่าช้า พฤติกรรม นี้อย่างหนึ่ง รวมถึงมีปัญหาสุขภาพช่องปาก (กรมกิจการเด็กและเยาวชน, 2562; ชมนกัศ วังอินทร์, 2562)

ด้วยสถานะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป พ่อแม่จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และหารายได้ให้ครอบครัว ทำให้ประสบกับปัญหาการเลี้ยงดูบุตรในช่วงเวลาทำงาน ประกอบกับการแยกครอบครัวออกมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้เด็กต้องถูกส่งไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล เพื่อให้เด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ ตลอดจนได้รับการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีและลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม มีผลงานวิจัยพบว่า แม่เด็กจะได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่เด็กเล็กก็ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน อุจจาระร่วง และโรคมือเท้าปากมากกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (สุภาภรณ์ ประยูรมหิธร และคณะ, 2556) และยังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อันเนื่องมาจากเด็กไทยได้รับการดูแลและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการได้รับวัคซีน การบริโภคอาหาร สุขอนามัย รวมทั้งมีพฤติกรรมเนือยนิ่งจากการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลานาน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจส่งผลนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตและปัญหาสุขภาพต่อไป เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และทำให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กในระยะยาว

งานวิจัยของนักวิชาการเสนอว่าพฤติกรรมสุขภาพของเด็กส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากผู้ดูแลเด็กซึ่งมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพต่ำ (Finnegan et al., 2016; Friis et al., 2019; Morrison et al., 2019) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออันไม่พึงประสงค์แก่เด็ก ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก และอาจมีผลกระทบไปจนถึงตอนโตได้ (Black et al., 2017; Velardo & Drummond, 2016) ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการพัฒนาเด็กเล็ก ต้องเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กให้มีสุขภาพที่ดีและลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะในการรับรู้ เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในหลาย ๆ ด้านและอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพให้กับผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพในหลาย ๆ ด้านและอย่างต่อเนื่อง ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการตัดสินใจในการรับบริการสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งในแต่ละบุคคลหรือชุมชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน (Pilapil et al., 2017; Sanders et al., 2019; World Health Organization, 2004)

บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ จะสามารถตัดสินใจเลือกและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมหรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง แต่หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพต่ำ ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ที่ได้รับการดูแลแย่งส่งผลให้อัตราการตาย การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและการใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ความสามารถในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำด้วยเช่นกัน (Abrams, 2020; Lawrence et al., 2021; Morrison, Glick, & Yin, 2019; Osborne et al., 2013)

เนื่องจากสถานการณ์ของสุขภาพและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป ความรู้หรือรูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การดูแลสุขภาพเด็กเป็นเรื่องของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา เด็กที่อยู่ในชุมชน ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาจากคนในชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเอาใจใส่บุตรหลานของตนเอง

อย่างไรก็ตาม ในแต่ละชุมชนนั้นต่างมีความเชื่อและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป (Karnick, 2016) ถึงแม้ว่าทุกชุมชนจะมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การดูแลตนเองและบุคคลใกล้ชิดให้มีสุขภาพดี แต่พฤติกรรมดูแลสุขภาพก็มีการปรับเปลี่ยนไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมชุมชนของตนและสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน ดังนั้นการที่ผู้ดูแลเด็กจะสามารถดูแลสุขภาพเด็กให้มีสุขภาพดีในชุมชนของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในแต่ละชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตร ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันตามความเป็นจริงของบริบทในชุมชน (Spector, 2017; Tasker et al., 2017) หากมีการพัฒนาหลักสูตรการดูแลสุขภาพเด็กโดยให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม จะช่วยให้เด็กในชุมชนได้รับดูแลที่เหมาะสม มีสุขภาพที่ดี ตรงตามความต้องการของคนในชุมชน และปัญหาสุขภาพของเด็กในชุมชนได้รับการแก้ไขได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ของชุมชน

บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพสูง จะสามารถดูแลบุคคลอื่นให้มีสุขภาพที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจะต้องมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wittenberg et al., 2017) ทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการรักษาสุขภาพของเด็ก ซึ่งผู้ดูแลจะสามารถดูแลเด็กได้นั้น จะต้องเกิดความมั่นใจในตนเองก่อนว่าสามารถดูแลเด็กได้ (Friedman, 1997) โดยอาจเกิดขึ้นเองจากตัวบุคคลหรือได้รับการเสริมพลัง สร้างแรงจูงใจให้สามารถ

ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จนเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลบุคคลอื่นให้มีสุขภาพที่ดีได้ โดยไม่มีการบังคับหรือเรียกร้องให้ทำ (Clifford, 1992; Conger & Kanungo, 1988; Gibson, 1991; Spreitzer, 1995; Tebbitt, 1993; Thomas & Velhouse, 1990)

การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเป็นแนวทางหนึ่งซึ่งช่วยในการทำให้หลักสูตรมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และเหมาะสมกับผู้ดูแล หากมีการออกแบบกิจกรรมภายใต้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จะช่วยให้การพัฒนาหลักสูตรนี้สามารถมองเห็นปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Macdonald & Raths, 1963; Saylor et al., 1981; Stutt, 2018)

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพในต่างประเทศ พบว่า มีการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของวัยเรียน (Bruselius-Jensen et al., 2017; Diamond et al., 2011) วัยรุ่น (Kilgour et al., 2015; Peralta & Rowling, 2018) ครูที่ดูแลเด็กในมหาวิทยาลัย (Ahmadi et al., 2020) และผู้ดูแลเฉพาะโรค เช่น โรคมะเร็ง (Wittenberg et al., 2020) สำหรับในไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลในแต่ละช่วงวัย เช่น วัยเรียน (กรมอนามัย, 2562; แสง โชติบุญ และคณะ, 2560) วัยรุ่น (ไกล่รุ่ง คำภิลานน และคณะ, 2559) วัยผู้ใหญ่ (ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2563; รุ่งนภา อาระหัง และคณะ, 2561; สายฝน สารินทร์ และคณะ, 2562) และวัยผู้สูงอายุ (ประไพพิศ สิงหเสม และคณะ, 2563) เป็นต้น ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตรนั้นยังมีน้อย ขาดงานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพ (Hurlimann et al., 2013)

ผลการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า กลยุทธ์หนึ่งของการพัฒนาหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คือ การนำภาพ หรือวิดีโอมาใช้ในการเสริมเนื้อหาที่เป็นลายลักษณ์อักษร จะช่วยให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรมองเห็นถึงสภาพปัญหาหรือการปฏิบัติที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งการใช้สื่อดิจิทัลเหล่านี้ ช่วยให้เกิดการสะท้อนคิดจากประสบการณ์ของตนเอง ทำให้เข้าใจง่ายกว่าการได้รับข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพียงอย่างเดียว (Morrison, Glick, & Yin, 2019; O'Donovan et al., 2019) อีกทั้งยังช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Carter & Ford, 2013) ซึ่งในปัจจุบันได้มีการนำสื่อดิจิทัลเข้ามาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลมากขึ้น (Mannell et al., 2021)

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า สุขภาวะของเด็กยังเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการดูแลและแก้ไขให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบ

การศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลสุขภาพเด็ก จึงเป็นประเด็นที่ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาหลักสูตรความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กในประเทศไทยยังมีจำกัด การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในการเสริมพลังเพื่อให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กและเหมาะสมกับบริบทชุมชนยังมีไม่มาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก

การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น และได้นำการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร เพื่อช่วยให้การเรียนรู้ของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพมากขึ้น เข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เป็นอยู่จริงในชุมชนและร่วมกันแก้ไขปัญหาและดูแลเด็กในชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น หลักสูตรที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้พัฒนาผู้ดูแลเด็กในชุมชนให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลสุขภาพเด็กที่เหมาะสมกับชุมชนของตน สามารถช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการของการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรยังได้ความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการพัฒนาหลักสูตรด้วย

คำถามวิจัย

1. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลควรเป็นอย่างไร มีโครงสร้างและคุณภาพอย่างไร
2. การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลมีลักษณะเป็นอย่างไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง
3. แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก
2. เพื่อวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้

3. เพื่อจัดทำคู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” เป็นการศึกษาเกี่ยวกับครูพี่เลี้ยงที่เป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลในช่วงเวลากลางวัน ผู้ดูแลเด็กเล็กในช่วงก่อนวัยเรียน (preschool age) อายุระหว่าง 3-6 ปี โดยมุ่งศึกษาองค์ประกอบของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก (child healthcare literacy) พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลในช่วงเวลากลางวัน

เป้าหมายของหลักสูตรที่พัฒนา คือ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ครอบคลุมทั้งความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสังเกต ความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล และการนำไปปฏิบัติในการดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ประเด็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการพัฒนาผู้ดูแลเด็กจะได้อาจมาจากกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการดูแลและพัฒนาเด็กเล็ก

สำหรับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดกับผู้ดูแลเด็กเล็ก ได้จากการบูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2008) และ 2 แนวคิดการเลี้ยงดู (nurturing care) ของ World Health Organization, United Nations Children’s Fund, & World Bank Group (2018) ทั้งสองแนวคิดมีโครงสร้างองค์ประกอบของการวัดดังต่อไปนี้

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (accessing information and service) 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (health knowledge and understand) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)

สำหรับแนวคิดการเลี้ยงดู (nurturing care) ของ World Health Organization, United Nations Children’s Fund, & World Bank Group (2018) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้มีสุขภาพดี (good health) 2) การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ

(adequate nutrition) 3) การดูแลที่สนองตอบ (responsive caregiving) 4) การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย (security and safety) และ 5) การให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (opportunities for early learning) โดยการสร้างตัวบ่งชี้ที่มีลักษณะการบูรณาการองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในบริบทของการเลี้ยงดู (nurturing care) ภายในแต่ละองค์ประกอบย่อย เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่ไม่ซับซ้อนเกินไป และเป็นการลดจำนวนข้อคำถามที่ได้สารสนเทศของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูครบทุกองค์ประกอบและตรงตามความเป็นจริง

กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กให้เหมาะสมกับสภาพบริบทของชุมชน ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefit) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด (evaluation) และเน้นการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล (digital participation) โดยนำรูปแบบการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลที่เหมาะสมกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามาใช้ในกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร ได้แก่ การสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ และการใช้เสียงจากภาพ (photovoice) และใช้กระบวนการเสริมพลัง (empowerment process) ของ Gibson (1995) และ Miller (2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและสร้างความร่วมมือ 2) การค้นพบสถานการณ์จริง 3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 6) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร หมายถึง กระบวนการทำงานร่วมกันในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยระหว่างนักวิจัยกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดิจิทัล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดิจิทัล หมายถึง การทำกิจกรรมตามขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้การทำงานผ่านช่องทางที่หลากหลาย ได้แก่ การทำงานแบบเผชิญหน้า การทำงานโดยใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ เพื่อให้การ

ทำงานร่วมกันสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและการเรียนรู้ในยุคดิจิทัล ทำให้สมาชิกในกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมสามารถเข้าถึงการสื่อสารและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพเด็กได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และชัดเจน

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก หมายถึง ความรู้ ความสามารถและทักษะในการรับรู้ เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ในหลาย ๆ ด้านอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการตัดสินใจในการรับบริการสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

หลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก หมายถึง สารความรู้และประสบการณ์ที่คนในชุมชนร่วมกันพัฒนาขึ้นตามกระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ คุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของโรคที่พบบ่อยในเด็ก การสืบค้นข้อมูล การคัดกรองอาการเบื้องต้น และการสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลในช่วงเวลากลางวัน

นักวิจัยชุมชน หมายถึง ตัวแทนของคนในชุมชนที่ได้รับคำแนะนำจากผู้นำชุมชน ที่มีคุณลักษณะความเป็นผู้นำ กล้าแสดงความคิดเห็น และได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน สามารถเข้าร่วมในการออกแบบและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ซึ่งมีประโยชน์ทั้งในเชิงวิชาการ เชิงปฏิบัติการ และเชิงนโยบาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประโยชน์เชิงวิชาการ

1.1 เครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้ในเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในบริบทอื่นได้

1.2 สารสนเทศของระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก สะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้เห็นถึงปัญหาที่ควรได้รับ

การแก้ไข ผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษากับบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กต่อไป

1.3 กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรในการวิจัยนี้ใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเข้ามาช่วยในการเสริมพลังให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น ผู้ที่สนใจสามารถนำกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลนี้ ไปเป็นแบบอย่างในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรอื่นต่อไป

1.4 หลักสูตรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น มีความเฉพาะและเหมาะกับบริบทชุมชนที่ทำการศึกษา ผู้ที่สนใจสามารถนำหลักสูตรดังกล่าวไปพัฒนาศึกษาต่อยอด หรือนำไปใช้อ้างอิงในบริบทของชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับชุมชนที่ทำการศึกษา

2. ประโยชน์เชิงปฏิบัติการ

2.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจสามารถนำเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่พัฒนาขึ้นไปใช้วัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล เพื่อให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กในหน่วยงานหรือองค์กรของตนเอง เพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจสามารถนำกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลไปประยุกต์ใช้ในการสร้างหลักสูตรให้เหมาะกับบริบทชุมชนของตนเอง เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 ชุมชนได้หลักสูตรที่เกิดขึ้นจากผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ผู้เกี่ยวข้องที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก และได้ทักษะในการพัฒนาหลักสูตร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจสามารถนำหลักสูตรนี้ไปใช้เป็นตัวอย่างของการเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในชุมชนของตน เพื่อช่วยลดปัญหาการดูแลสุขภาพเด็กของผู้เกี่ยวข้อง

3. ประโยชน์เชิงนโยบาย

ผู้บริหาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้ดูแลเด็กปฐมวัยให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และคณะกรรมการชุมชนหรือผู้นำชุมชนสามารถนำสารสนเทศเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก มากำหนดเป็นนโยบายหรือปรับปรุงแนวทางในการขับเคลื่อนให้ประชาชนไทยหรือคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” เป็นการศึกษาองค์ประกอบของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก (child healthcare literacy) พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล รวมถึงการเสนอแนวทางการพัฒนาหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 5 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล ตอนที่ 3 การเสริมพลังความรู้ด้านสุขภาพ ตอนที่ 4 ปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พบบ่อยในศูนย์ที่ดูแลเด็กปฐมวัย ตอนที่ 5 การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร และตอนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานของการดูแลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ที่ได้รับการดูแล ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค การตัดสินใจและเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ จากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก พบว่ายังไม่มีกรอบที่ชัดเจน มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ที่นิยมนำมาใช้ในวัดกันอย่างแพร่หลาย นักวิจัยจึงได้นำมาบูรณาการกับการเลี้ยงดู (nurturing care) เพื่อให้ได้องค์ประกอบของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กและนำมาใช้ในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรต่อไป ในส่วนนี้จึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และการเลี้ยงดู รายละเอียดดังนี้

1.1 ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพปรากฏครั้งแรกในการสัมมนาวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso, 2008) และเริ่มมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้น มีความสำคัญในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองได้ทางด้านสุขภาพ มีความคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านสุขภาพในการเลือกรับข้อมูล นำไปปรับใช้ และตัดสินใจได้ด้วยตนเองทางด้านสุขภาพในการดูแลตนเองและบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ในส่วนนี้ผู้วิจัยของนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ แบ่ง

ออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ 2) องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 4) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

1.1.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพในปี ค.ศ. 1998 ว่าหมายถึง ทักษะทางการรับรู้และทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมและคงรักษาภาวะสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ความรอบรู้มีมากกว่าความสามารถในการอ่านข้อความและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการเสริมพลัง (Nutbeam, 2000) ต่อมาได้มี นักวิชาการให้นิยามของคำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการ จัดการ เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อช่วยในการตัดสินใจที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับ ทักษะของแต่ละบุคคลในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพระบบ การศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทั้งที่บ้าน ที่ทำงานและในชุมชน (Edwards et al., 2012; Institute of Medicine, 2004; Mancuso, 2008; Manganello, 2008; Pausche-Orlow & Wolf, 2007; Pleasant & Kuruvilla, 2008; Yost et al., 2009)

จากนิยามดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถหรือ ทักษะของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น เพื่อ ช่วยในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดแรงจูงใจในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เกิด พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันนำไปสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งมีผู้ให้คำนิยามและให้ความสนใจกันเป็น อย่างมาก ส่วนความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ (healthcare literacy) ยังมีการให้นิยามหรือคำ จำกัดความน้อยมาก จึงทำการค้นคว้าเพิ่มเติมในส่วนของ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (primary health care) ว่าหมายถึง การดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด ของคนทุกวัยที่ต้องการดูแลสุขภาพให้ดีที่สุด และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ดูแลสุขภาพจะต้องมีความรอบรู้ เกี่ยวกับสุขภาพในหลาย ๆ ด้านและอย่างต่อเนื่อง ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วม ของชุมชน โดยขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีอยู่ เทคโนโลยีที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ (Pilapil, Coletti, Rabey, & DeLaet, 2017; Sanders et al., 2019; World Health Organization, 2004) ซึ่งการ ดูแลสุขภาพนี้ ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพบุคคลให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งบุคคลที่มี สุขภาพอยู่ในภาวะปกติ อยู่ในภาวะเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมถึงบุคคลที่อยู่ใน

ระยะพักฟื้นด้วย การดูแลสามารถใช้ได้ทั้งการดูแลตนเองและการดูแลผู้อื่น ซึ่งผู้อื่นในที่นี้คือกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่หรือมีความเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีความพิการหรือมีภาวะทุพพลภาพ ผู้ที่มีข้อจำกัดทางการศึกษาและการใช้ภาษา ผู้อพยพย้ายถิ่นฐาน เป็นต้น (Hickey et al., 2018; Myers & Murray, 2019) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริม ดูแล ป้องกันให้มีสุขภาพที่ดี ไม่เกิดปัญหาหรือความเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มบุคคลเหล่านี้จะต้องมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความสามารถและทักษะในการรับรู้ เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ในหลาย ๆ ด้านและอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพให้กับผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพในหลาย ๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการตัดสินใจในการรับบริการสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

นอกจากนักวิชาการได้กล่าวถึงนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว ยังมีการกล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญและนำมาใช้ในการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ชัดเจนและครอบคลุม สามารถนำมาประยุกต์ในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.1.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มีนักวิชาการกล่าวถึงองค์ประกอบไว้แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการสังเคราะห์องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้องค์ประกอบที่สอดคล้องกับแนวคิดของ ของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (accessing information and service) เป็นความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหาที่ถูกต้อง รวมถึงสามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูล เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ (Edwards et al., 2012; Kickbusch, 2001; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Sorensen et al., 2012; Zarcadoolas et al., 2005)

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (health knowledge and understand) เป็นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเนื้อหาสาระสำคัญทางด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึงประเด็น

เนื้อหาทางสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหาหรือแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล (Edwards et al., 2012; Kickbusch, 2001; Sorensen et al., 2012; Zarcadoolas et al., 2005)

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (communication skill) เป็นความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน (Edwards et al., 2012; Kickbusch, 2001; Paasche-Orlow & Wolf, 2007)

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดจนสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติในการดูแลเด็ก เพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่ถูกต้อง (Edwards et al., 2012; Paasche-Orlow & Wolf, 2007)

องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) เป็นความสามารถในการใช้เหตุผลสำหรับวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อเลือกปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกปฏิบัติ เพื่อให้เด็กมีความสุขที่ดี และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น (Edwards et al., 2012; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Sorensen et al., 2012; Zarcadoolas et al., 2005)

องค์ประกอบที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) เป็นความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม (Zarcadoolas et al., 2005)

จากองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านนี้ได้มีการจำแนกเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้เป็น 3 ระดับ (Manganello, 2008; Nutbeam, 2000) คือ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือ ทักษะในการอ่านและการเขียน ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาสาระทางสุขภาพ ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) คือ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รู้เท่าทันปัญญา (cognitive literacy) และทักษะทางสังคม (social skill) ที่ทำให้มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น และระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) คือ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อใช้ในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการส่งเสริมและคงรักษาภาวะสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำมาเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ รายละเอียดดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 การเชื่อมโยงองค์ประกอบและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| องค์ประกอบ | ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | |
|--|--|---|--|
| | ระดับพื้นฐาน | ระดับปฏิสัมพันธ์ | ระดับวิจารณ์ญาณ |
| 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและใช้อุปกรณ์ในการสืบค้น เช่น คอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด เป็นต้น | สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการระดับพื้นฐาน และสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือนำมาใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ |
| 2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ | มีความรู้และจำประเด็นสำคัญในการปฏิบัติตัว เพื่อให้สุขภาพดี | มีความรู้และเข้าใจในระดับพื้นฐานและสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง | มีความรู้และเข้าใจในระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างมีเหตุผล เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ถูกต้อง |
| 3. ทักษะการสื่อสาร | สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี | มีทักษะสื่อสารระดับพื้นฐาน และสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพดี | มีทักษะสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง |
| 4. ทักษะการจัดการตนเอง | สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง | สามารถจัดการตนเองระดับพื้นฐานและทำตามแผนที่กำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง | สามารถจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง |
| 5. ทักษะการตัดสินใจ | สามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีปฏิบัติ เพื่อให้สุขภาพดี | มีทักษะการตัดสินใจในระดับพื้นฐานและสามารถใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-เสีย เพื่อปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดี | มีทักษะการตัดสินใจในระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม |
| 6. การรู้เท่าทันสื่อ | มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง | มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐาน และสามารถเปรียบเทียบการเลือกรับสื่อเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น | มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการประเมินสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม |

จากองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพและระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ได้กล่าวมาข้างต้น ได้มีการนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ โดยเริ่มจาก Chisolm & Buchanan (2007) ได้พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองการดำเนินชีวิตประจำวันของประชากรเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นการพัฒนาเครื่องมือที่วัดเกี่ยวกับการปฏิบัติเพียงด้านเดียว และได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัด The Health Activity Literacy Scale (HALS) ที่ครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น สามารถประเมินความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลได้เป็นรายด้าน ทั้งหมดประกอบด้วย 5 รายด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการดูแลและคงไว้ของสุขภาพ และด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพ (Rudd, 2007) ต่อมาได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดสำหรับผู้ดูแล โดยจำแนกตามวัยของผู้ที่ได้รับการดูแล ส่วนใหญ่เน้นไปที่การประเมินความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลที่มีความเฉพาะโรค แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย แยกแยะข้อมูลของแต่ละแหล่งได้ เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และสามารถนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (Pelle et al., 2018; Shiho et al., 2016; Wolff et al., 2016; Yuen et al., 2018) แต่ยังไม่พบการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาและพัฒนาให้กับผู้เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ในการดูแลเด็กในอนาคตต่อไป

จากองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดทั้งในการวัดความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะโรค และการวัดความรู้ด้านสุขภาพโดยจำแนกตามกลุ่มวัย ซึ่งมีส่วนช่วยในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของตนเองและความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ทำให้ทราบถึงปัญหาหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้น และสามารถช่วยในการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้ตรงประเด็น ทำให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.1.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความรู้ทางการดูแลสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย รายได้ เจตคติ และทักษะและความสามารถส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) เพศ จากการศึกษพบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย (Halverson et al., 2013; Liu et al., 2015) แต่มีการศึกษาอีกส่วนหนึ่งที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล (Gibson, 2012; Yuen et al., 2018) จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าความแตกต่างของเพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

(2) อายุ ผู้ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล มีความคิดที่หลากหลาย มีทักษะในการใช้เหตุผล และระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ แต่จะลดลงเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ (Berens et al., 2016; Gibson, 2012; Liu et al., 2015; Manganello, 2008; Protheroe et al., 2017; Vann JR et al., 2010; Von Wagner et al., 2009; Yuen et al., 2018)

(3) ระดับการศึกษา จากการศึกษพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงสูงมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ (Liu et al., 2015; Mollakhalili et al., 2014; Protheroe et al., 2017; Reist et al., 2014; Toci et al., 2013; Vann JR et al., 2010; Von Wagner et al., 2009; Yoshida et al., 2014; Yuen et al., 2018)

(4) เขตที่อยู่อาศัย จากการศึกษพบว่า ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าประชาชนในเขตชนบท (Chang et al., 2003; Fogelholm et al., 2006; King et al., 2000) แต่มีบางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าประชาชนในเขตเมืองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตชนบท จึงแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในเขตเมืองและชนบทขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น วัฒนธรรม ค่านิยม เจตคติ เป็นต้น

(5) รายได้ จากการศึกษพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายต่ำ (Halverson et al., 2013; Liu et al., 2015; Protheroe et al., 2017; Reist et al., 2014; Toci et al., 2013) แต่มีการศึกษาอีกส่วนหนึ่งที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล (Gibson, 2012; Yuen et al., 2018) ดังนั้นจึงเห็นว่ารายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น ระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย เป็นต้น

(6) เจตคติ จากการศึกษพบว่า ผู้ที่มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพในทางบวกมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพในทางลบ (Dolce, 2011; Guo et al., 2010; Williams & Bakitas, 2012)

(7) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล เช่น การมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การจัดการตนเอง การสืบค้นข้อมูล การประเมิน การใช้สื่อทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า ทักษะต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพดี (Mayberry et al., 2014)

2) ปัจจัยภายนอก

ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม โอกาสทางการศึกษา การสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูล และประสบการณ์การเรียนรู้ มีรายละเอียดในแต่ละปัจจัยดังนี้

(1) การได้รับการสนับสนุนจากสังคม เช่น จากกลุ่มเพื่อน ครอบครัวในการกระตุ้น ชุมชน หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคม ในการช่วยส่งเสริมหรือให้ข้อมูลสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลสนใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลให้ดีขึ้นได้ (Manganello, 2008)

(2) โอกาสทางการศึกษา การสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูล จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีโอกาสไม่จะเป็นการได้รับโอกาสทางการศึกษาที่สูง การมีโอกาสได้สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และการมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล มีอินเทอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูล ทำให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโอกาสทางการศึกษา การสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูล (Dolce, 2011; Liu et al., 2015; Protheroe et al., 2017; Wagner et al., 2009; Williams & Bakitas, 2012)

(3) ประสบการณ์การเรียนรู้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากจะมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยหรือไม่มีประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Wagner et al., 2009)

จากปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว ยังพบอีกว่าผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก แหล่งข้อมูลเฉพาะสำหรับการดูแลเด็กมีอยู่อย่างจำกัด ผู้ดูแลบางรายมีเจตคติทางลบกับการพูดคุยและเล่นกับเด็ก ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านภาษาหรือมีพฤติกรรมรุนแรงกับเด็กด้วยกัน (Elgibaly & Aziz, 2016; Fields et al., 2018; Wu et al., 2017) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็กโดยตรง หากผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น จะทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและมีสุขภาพดี ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล จึงเป็นความท้าทายและเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามวัยได้ (Neuman et al., 2014; Özler et al., 2018)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ รวมถึงสามารถดำเนินชีวิตเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญสำหรับเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ดูแลเด็กจึงมีความสำคัญในการดูแลและส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ที่จะต้องมีความรู้และสามารถอบรมเลี้ยงดู และส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสม

1.2 การเลี้ยงดู

การเลี้ยงดูเด็กเล็กมีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงแรกของชีวิต ทำให้เด็กมีพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ เนื่องจากในช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่ร่างกายและสมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว เด็กเล็กจึงเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่ต้องได้รับการเลี้ยงดูอย่างเอาใจใส่ บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กที่เลี้ยงดูเด็กเล็กนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ในปี ค.ศ. 2018 World Health Organization, United Nations Children's Fund และ World Bank Group ได้เสนอกรอบการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เพื่อช่วยในการส่งเสริมการเลี้ยงดูในระยะเริ่มต้นของชีวิต เน้นการดูแลเด็กของบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด

1) ความหมายของการเลี้ยงดู

การเลี้ยงดู หมายถึง การที่บิดามารดาหรือผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็ก ในการดูแลเด็กที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ ให้มีสุขภาพดี ปลอดภัย เจริญเติบโตและมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ดูแลเด็กด้วยความเอาใจใส่ ตอบสนองตามความต้องการ ดูแลเด็กให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม สามารถเผชิญกับสถานการณ์ของสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข (World Health Organization, 2020; World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group, 2018)

2) องค์ประกอบของการเลี้ยงดู

การเลี้ยงดู ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดู 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลให้มีสุขภาพดี (good health) การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ (adequate nutrition) การดูแลที่สนองตอบ (responsive caregiving) การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย (security and safety) และการให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (opportunities for early learning) (World

Health Organization, 2020 ; World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group, 2018) รายละเอียดดังนี้

1) การดูแลให้มีสุขภาพดี (good health) เป็นการดูแลสุขภาพเด็กในด้านร่างกาย และจิตใจ ให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ดูแลเด็กตามสุขอนามัยเพื่อลดการติดเชื้อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แสวงหาวิธีการดูแลและการรักษาที่เหมาะสมเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย

2) การดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ (adequate nutrition) เป็นการดูแลเด็กให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายอย่างเพียงพอ เด็กที่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อนำมาใช้ในการเสริมสร้างและพัฒนาร่างกายและสมองของเด็ก ไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการรวมถึงโรคอ้วน รวมถึงดูแลให้ได้รับอาหารที่สะอาด ถูกสุขอนามัยและมีความปลอดภัย

3) การดูแลที่สนองตอบ (responsive caregiving) เป็นการสังเกตและสนองตอบด้านร่างกาย อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมให้กับเด็ก ทั้งการเคลื่อนไหวท่าทาง การสนองตอบต่อเสียง การเปล่งเสียง การแสดงออกผ่านการกอด การสบตา รอยยิ้ม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งเสริมด้านอารมณ์ของเด็ก ช่วยให้เด็กเรียนรู้บุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว เข้าใจด้านภาษา และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทในสมอง

4) การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย (security and safety) เป็นการทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถป้องกันตนเองได้ และยังมีความเสี่ยงต่ออันตรายที่ไม่คาดคิด ส่งผลในด้านร่างกายเกิดการเจ็บปวดและด้านอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด เด็กเล็กมีความเสี่ยงทางด้านสภาพแวดล้อม เช่น มลพิษทางอากาศ การสัมผัสสารเคมีหรือวัตถุอันตราย นอกจากนี้เด็กเล็กสามารถเกิดความกลัวจากบุคคลหรือประสบการณ์ที่ในอดีตที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่ปลอดภัย เช่น การถูกละทิ้ง การข่มขู่ การลงโทษด้วยการทุบตี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อเด็กคนอื่น ๆ ได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย

5) การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (opportunities for early learning) เป็นการทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ เป็นการเริ่มต้นด้านความคิด เด็กวัยนี้จะเริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับสี รูปร่างและตัวอักษร การเล่นเกมง่าย ๆ เล่นกับของใช้ภายในบ้าน การสร้างแบบจำลองสถานการณ์เลียนแบบต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้วัตถุและสิ่งของต่าง ๆ รอบตัว

จากที่กล่าวมาการเลี้ยงดูเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ บิดามารดาหรือผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้อง ซึ่งต้องดูแลเด็กให้มีพัฒนาการเหมาะสมไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจ ภาษา อารมณ์ สังคม และสามารถควบคุมตนเองได้ (Sameroff, 2009) ถึงแม้ว่าผู้เกี่ยวข้องกับเด็กจะมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็ก แต่ปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยยังพบอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กยังมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่ครบถ้วน

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีการพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย โดยเริ่มจาก Chisolm & Buchanan (2007) ได้พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองการดำเนินชีวิตประจำวันของประชากรเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นการพัฒนาเครื่องมือที่วัด ด้านการปฏิบัติเพียงด้านเดียว จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัด The Health Activity Literacy Scale (HALS) ที่ครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น และสามารถประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลได้เป็นรายด้าน ทั้งหมดประกอบด้วย 5 รายด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการดูแลและคงไว้ของสุขภาพ และด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพ (Rudd, 2007) ต่อมาได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดสำหรับผู้ดูแล โดยจำแนกตามวัยของผู้ที่ได้รับการดูแลที่ต่างกัน แต่เน้นไปที่การประเมินความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลที่มีความเฉพาะโรค และแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย สามารถแยกแยะระหว่างแหล่งข้อมูลได้ เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ให้กับผู้ที่ได้รับการดูแลได้อย่างเหมาะสม (Pelle et al., 2018; Shiho et al., 2016; Wolff et al., 2016; Yuen et al., 2018) นอกจากนี้ยังมีคู่มือสำหรับการดูแลเด็กปฐมวัย มีทั้งคู่มือสำหรับบิดามารดา และคู่มือสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560; สมาคมอนุบาลศึกษาแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560; สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2562; สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2561)

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า มีการศึกษาองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้หลากหลาย แต่องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านด้านการดูแลสุขภาพเด็กและเครื่องมือวัดสำหรับผู้ดูแลยังไม่มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจ

พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ที่มีการบูรณาการองค์ประกอบหลักของความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในบริบทของการเลี้ยงดู (nurturing care) แต่ละองค์ประกอบย่อย ให้เป็นพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) เพื่อให้ได้เครื่องมือวัดที่มีจำนวนข้อคำถามลดน้อยลง แต่ยังคงได้สารสนเทศของความรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูครบทุกองค์ประกอบและตรงตามความเป็นจริง และจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาถึงแม้ว่าจะมีคู่มือและหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กอยู่พอสมควร แต่หลักสูตรที่นำการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลมาใช้ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรยังมีน้อย ซึ่งการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจและมองภาพผ่านประสบการณ์ของตนเองได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนาหลักสูตรความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล

การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยดึงดูดให้ผู้เข้าร่วมหรือคนในชุมชนแสดงความคิดเห็นหรือนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเองผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสมัยใหม่ อีกทั้งยังเป็นรูปแบบการสื่อสารโดยใช้ความรู้และความร่วมมือกันของคนในชุมชน เป็นการรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างไปจากการสัมภาษณ์แบบเดิม การสร้างข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการมีส่วนร่วมนี้ยังช่วยลดระยะเวลาสำหรับผู้วิจัยในการศึกษาหรือสำรวจปัญหาชุมชน (Mitchell & Sommer, 2016) ในส่วนนี้ขอเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ ความหมายของการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล รูปแบบของการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล ความหมายของการมีส่วนร่วม แนวคิดการมีส่วนร่วม และระดับการมีส่วนร่วม รายละเอียดดังนี้

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล

การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล (digital participation) เป็นการมีส่วนร่วมหรือทำกิจกรรมร่วมกันของคนในสังคมดิจิทัลโดยผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสมัยใหม่ (Information and Communication Technology: ICT) เช่น อินเทอร์เน็ต การใช้บริการออนไลน์ต่าง ๆ รวมถึงคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ และอุปกรณ์พกพาอื่น ๆ เป็นต้น (Seifert & Rössel, 2019) การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลสามารถทำให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนในการแสดงข้อมูลความรู้ แสดงความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้มากขึ้น สามารถแสดงออกได้อย่างอิสระ (Castells, 1999) เกิดความผูกพันและแรงจูงใจของบุคคล การเข้าถึงข้อมูลและความรู้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่หลากหลายจะมีผลทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Williamson & Hague, 2009)

2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล

การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลมีหลายรูปแบบ ในส่วนนี้ผู้วิจัยขอเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล ได้แก่ การสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ เสียงจากภาพ (photovoice) การเล่าเรื่องโดยใช้สื่อดิจิทัล (digital storytelling) วิดีโอแบบมีส่วนร่วม (participatory video) การวาดแบบมีส่วนร่วม (participatory drawing) และการสร้างแผนที่แบบมีส่วนร่วม (participatory mapping) รายละเอียดดังนี้

2.2.1 การสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์

การสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ เป็นช่องทางบนโลกออนไลน์ที่มีพื้นที่ให้บุคคลในสังคมมาพูดคุยสื่อสารเรื่องราวต่าง ๆ บนโลกโซเชียลโดยผ่านเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชัน เช่น เฟซบุ๊ก (Facebook) อินสตาแกรม (Instagram) ทวิตเตอร์ (Twitter) ยูทูบ (YouTube) สแนปแชท (Snapchat) วีแชท (WeChat) วอทแอป (WhatsApp) ไลน์ (Line) แดชบอร์ด (Dashboard) และแอปพลิเคชันอื่น ๆ ที่มีการออกแบบมาเพื่อใช้ในการสื่อสารหรือเข้าร่วมประชุมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันข้อมูลร่วมกัน เป็นต้น (Luna-Reyes, 2017) ซึ่งการสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ได้กลายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตประจำวัน และกำลังเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม

การสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ได้มีการนำมาใช้ในทางสุขภาพมากขึ้น อาทิเช่น การศึกษาของ Katz & Moyer (2004) ได้ศึกษาการสื่อสารออนไลน์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการในโรงพยาบาล พบว่าเป็นเครื่องมือใหม่ที่จะช่วยให้มีการสื่อสารกันมากขึ้น เกิดกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนสามารถติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการรักษาได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น แต่ในการสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการสื่อสารบางด้าน เช่น การให้ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย เป็นต้น ต้องผ่านเครื่องมือออนไลน์ที่มีความปลอดภัยและไม่สามารถส่งต่อข้อมูลไปสู่บุคคลอื่นได้ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและการยินยอมจากผู้ป่วยด้วย และจากการศึกษาของ Willard et al. (2018) ได้ทำการพัฒนาแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ใช้ในการสื่อสารพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ แต่พบว่ามีข้อจำกัดสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการสื่อสาร และผู้สูงอายุบางรายยังยึดติดกับรูปแบบการสื่อสารแบบเก่ามากกว่าการยอมรับวิธีการใหม่ ๆ สิ่งสำคัญคือการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของแพลตฟอร์มออนไลน์ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้สูงอายุ

การทำงานร่วมกันผ่านช่องทางแพลตฟอร์มออนไลน์ ช่วยให้การสื่อสารสะดวกรวดเร็วมากขึ้น เปิดช่องทางให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น (Dzula et

al., 2020) สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์เข้ามาใช้ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร เพื่อช่วยให้การติดต่อสื่อสารและการประชุมกลุ่มมีความสะดวกรวดเร็ว และช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกทั้งรูปแบบการสื่อสารบนแพลตฟอร์มออนไลน์ยังสามารถใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ทางทีมผู้เกี่ยวข้องต้องการให้สมาชิกที่มารับทราบร่วมกัน ซึ่งแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์ (Line application) แอปพลิเคชันซูม (Zoom cloud meeting) กระดานออนไลน์สำหรับแสดงความคิดเห็นหรือระดมสมองออนไลน์ ได้แก่ แอปพลิเคชัน Padlet และแอปพลิเคชัน Mentimeter

2.2.2 เสียงจากภาพ (photovoice)

เสียงจากภาพ เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้สำหรับสร้างบทสนทนาที่สำคัญด้วยการใช้ภาพถ่ายเพื่ออธิบายเรื่องราวสำคัญ ทำให้บุคคลสามารถคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับชุมชนของตนเองได้อย่างมีวิจรรย์ญาณมากขึ้นจากภาพที่มองเห็นได้ โดยภาพเป็นวิธีการสร้างการสนทนาร่วมกันของกลุ่มบุคคลให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนาเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม (Freire, 1973; Strack, Magill, & McDonagh 2004; Wang & Burris 1997) นอกจากนี้สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพยังมีการใช้เสียงจากภาพ ช่วยในการบันทึกภาคสนาม (field notes) สามารถนำมาใช้ในการพิจารณาเพื่อกระตุ้นความทรงจำจากประสบการณ์ของตนเองหรือการสนทนาได้ (Pyyry, 2015) ต่อมาเริ่มได้รับความนิยมมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

Freire (1973) เชื่อว่าภาพเป็นรูปแบบหนึ่งของการสร้างการสนทนาเพื่อให้เกิดการสื่อสาร และได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่กำลังได้รับความนิยมมากขึ้นในวัยรุ่น เนื่องจากในปัจจุบันโทรศัพท์มือถือได้รับความนิยมมากขึ้นทำให้สามารถถ่ายภาพได้สะดวกมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Alaszewski (2006) ได้ศึกษาการใช้สมุดบันทึกประจำวันที่เก็บข้อมูลส่วนตัวบุคคลที่เป็นข้อความกับภาพดิจิทัล พบว่ามีความแตกต่างกันมาก การใช้รูปภาพที่ถ่ายในเหตุการณ์และเวลาเดียวกัน พบว่าในการสัมภาษณ์ผู้บันทึกภาพแต่ละครั้งมีการระลึกถึงความคิดในเหตุการณ์นั้นแตกต่างกันออกไป เนื่องจากภาพถ่ายเป็นการสนทนาโดยใช้เทคนิคการมองเห็นภาพ พบว่าสามารถช่วยกระตุ้นความทรงจำได้ดีกว่าการบันทึกประจำวันแบบข้อความ ซึ่งสมุดบันทึกประจำวันดิจิทัล เป็นแนวทางใหม่ที่นำไปสู่วิธีการใช้เสียงจากภาพ (photovoice) อาทิเช่น การศึกษาของ Chakraborty (2009) ในระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้มีการนำรูปถ่ายที่มีอยู่ในโทรศัพท์ของตนเองมาใช้ประกอบการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจในความคิดของผู้ให้ข้อมูลในมิติที่แตกต่างกันออกไป อีกทั้งยังเห็นรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลมากขึ้นผ่านสมุดบันทึกประจำวันดิจิทัล และจากการศึกษาของ Hackett et al. (2015) ได้ศึกษาในเด็กกลุ่มด้อยโอกาสโดยใช้เสียงจากภาพ ทำให้

มองเห็นถึงความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์และดีต่อสุขภาพที่มีอย่างจำกัด ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องได้ออกแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยกับคนด้อยโอกาส

Wang & Burris (1997) ได้นำเสียงจากภาพมาใช้ในการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยที่คนในชุมชนได้รับการสนับสนุนให้จัดทำเอกสารและแบ่งปันประสบการณ์ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยผ่านภาพถ่ายและคำบรรยาย การใช้เสียงจากภาพทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลที่มีความหลากหลาย และยังช่วยเพิ่มการรับรู้ปัญหาทางสุขภาพและความเจ็บป่วยในชุมชนได้ นำไปสู่การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนได้มากขึ้น (Clements, 2012; Creighton et al., 2017; Necheles et al., 2007; Novek et al., 2012) แต่อย่างไรก็ตามการใช้เสียงจากภาพเพิ่มขึ้นควรคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรมในการเสนอภาพ (ethic photovoice) (Clark, Prosser, & Wiles, 2010; Joanou, 2009; Lal, Jarus, & Suto, 2012) เกี่ยวกับการรักษาความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยในการนำภาพของบุคคลในภาพ ไม่บิดเบือนความถูกต้องของข้อมูล ไม่เข้าถึงข้อมูลหรือไม่เปิดเผยข้อมูลผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต (Creighton et al., 2018; Ergler et al., 2016)

2.2.3 การเล่าเรื่องโดยใช้สื่อดิจิทัล (digital storytelling)

การเล่าเรื่องโดยใช้สื่อดิจิทัล เป็นแนวคิดพื้นฐานในการเล่าเรื่อง สามารถนำมาใช้ในการเล่าเรื่องได้ทุกประเภท ซึ่งหมายถึง การเล่าเรื่องโดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในคอมพิวเตอร์ในการเล่าเรื่อง มีการเล่าเรื่องรวมไว้กับมัลติมีเดีย เช่น กราฟิก ภาพนิ่ง เสียง ข้อความ วิดีโอ เป็นต้น (Benmayor, 2008; Lambert, 2009) ซึ่งเป็นวิธีการใหม่ที่เข้ามาในยุคของโลกแห่งดิจิทัล

การเล่าเรื่องโดยใช้สื่อดิจิทัล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน ในการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น (Lambert, 2006) มีการบรรยายด้วยภาพประมาณ 3-5 นาที ที่มีการสังเคราะห์ภาพ วิดีโอ และมีการบันทึกเสียงพูด ข้อความและดนตรี เพื่อสร้างความน่าสนใจ จะเป็นการสอดแทรกประสบการณ์หรือเนื้อหาเชิงประจักษ์ของชุมชน จะช่วยส่งเสริมการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน เนื่องจากกระบวนการเล่าเรื่องแบบดิจิทัลจะช่วยสะท้อนเรื่องราวที่เป็นจริงในชุมชน ทำให้มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จสูง (Gubrium, 2009; Lal et al., 2015)

2.2.4 วิดีโอแบบมีส่วนร่วม (participatory video)

วิดีโอแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบหนึ่งที่มีการสร้างวิดีโอเป็นสื่อสำคัญในการทำให้คนในชุมชนรวมตัวกันเพื่อสำรวจปัญหาหรือบอกเล่าเรื่องราว วิดีโอแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในเชิงบวก บอกเล่าเรื่องราวอย่างสร้างสรรค์ สามารถเพิ่มขีดความสามารถของ

คนในชุมชนในการสื่อสารร่วมกันและแก้ไขปัญหาในชุมชน (Sandercock & Attili 2010; Waite & Conn 2011)

วิดีโอแบบมีส่วนร่วมอยู่บนพื้นฐานที่ว่า สมาชิกชุมชนเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินชีวิตและมีรูปแบบเป็นของตนเอง ทำให้มีการแสดงความคิดเห็นและความรู้แก่บุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้เห็นถึงการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยทำเป็นหลักฐานบันทึกวิดีโอพร้อมเสียงเพื่อให้คนในชุมชนได้เห็นเป็นแบบอย่าง อีกทั้งยังเป็นต้นแบบให้กับชุมชนใกล้เคียง ให้เกิดความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง และยังสร้างความมั่นใจในศักยภาพของชุมชนว่าสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการผลิตสื่อเพื่อให้ประโยชน์และมองเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น (Gubrium & Harper, 2013; Milne, 2016; Zoettl, 2013) นอกจากนี้วิดีโอแบบมีส่วนร่วมยังสามารถช่วยในการสื่อสารให้กับผู้รับสารที่ไม่สามารถเขียนหรืออ่านหนังสือได้อีกด้วย (Haynes & Tanner, 2015)

2.2.5 การวาดแบบมีส่วนร่วม (participatory drawing)

การวาดภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นการวาดภาพโดยใช้คนในชุมชนเป็นผู้วาดภาพเพื่อสะท้อนมุมมองและประสบการณ์ของผู้วาด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มักจะตามมาด้วยการวิเคราะห์และอภิปรายภาพวาดตามแนวคิด อารมณ์ความรู้สึก ข้อมูลที่ต้องการแสดงออก และความเป็นตัวตนของบุคคล (Literat, 2013)

2.2.6 การสร้างแผนที่แบบมีส่วนร่วม (participatory mapping)

การสร้างแผนที่แบบมีส่วนร่วม เป็นการทำแผนที่ตามแนวคิดหรือปัญหาที่มองเห็นวัตถุประสงค์ของการสร้างแผนที่แบบมีส่วนร่วมคือ ต้องการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนใจในการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในแผนที่ที่ร่วมกันสร้างขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นแทนที่จะมีการนำเสนอของผู้ให้ข้อมูลเพียงฝ่ายเดียว (Emmel, 2008; Sletto, 2009)

การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลนั้นมีหลากหลายรูปแบบ ผู้วิจัยควรเลือกรูปแบบการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลให้เหมาะสมกับประเด็นที่ทำการศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งสำหรับการพัฒนาหลักสูตรการเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เป็นอยู่จริงในชุมชนและร่วมกันแก้ไขปัญหาและดูแลเด็กในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

2.3 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมถือได้ว่าเป็นวิธีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่ง การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคล กลุ่มคน หรือชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันเพื่อช่วยให้ดำเนินการพัฒนา ตลอดจนตัดสินใจดำเนินการและรับผลประโยชน์ร่วมกัน ในส่วนนี้

นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของการมีส่วนร่วม แนวคิดการมีส่วนร่วม ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชน และการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล รายละเอียดมีดังนี้

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

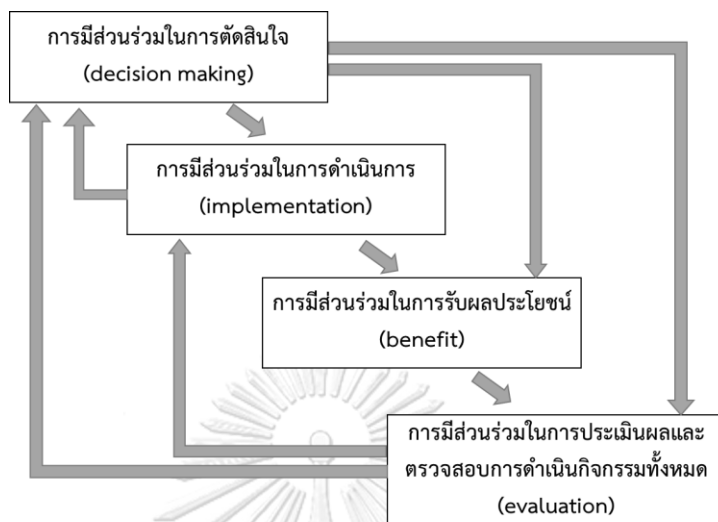
การมีส่วนร่วม (participation) หมายถึง กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการใด ๆ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์นั้นได้นำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกัน ร่วมตัดสินใจ ผลของการมีส่วนร่วมจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการกระทำใด ๆ จนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันกับกลุ่ม (Carpentier, Melo, & Ribeiro, 2019; Erwin, 1976; Mustanir, Abadi, & Nasri, 2016; Rifkin & Kangere, 2002) เพื่อใช้ในการพัฒนาและดำเนินงานตามกระบวนการของการมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยในการร่วมตัดสินใจและสะท้อนถึงผลประโยชน์ของประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง การเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับนโยบายที่เกี่ยวข้อง ทิศทางการดำเนินงาน กระบวนการกำกับติดตาม ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยกันคิดหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ เพื่อให้เกิดผลตามความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของกลุ่มคน และผู้เกี่ยวข้องรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของงานและความสำเร็จ (Irvin & Stansbury, 2004; Perkins, 2005)

การมีส่วนร่วมมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนในการคิด หรือตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งรูปแบบในการเข้ามามีส่วนร่วมของทั้งประชาชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดนั้นแตกต่างกันออกไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และต้องเหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ ดังนั้นจึงควรที่จะศึกษาถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับชุมชนของตนเอง

2.4 แนวคิดของการมีส่วนร่วม

แนวคิดของการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980) ได้ระบุไว้ว่ารูปแบบการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วยการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของประชาชน 4 ระดับ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) เป็นขั้นเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมการพัฒนาสุขภาวะชุมชน โดยมีลักษณะของการเข้าร่วมพัฒนาสุขภาวะ การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพของชุมชน การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา และการกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรการพัฒนาสุขภาวะทั้งภายในและภายนอกชุมชน 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) เป็นกระบวนการพิจารณาเชิงระบบของชุมชนในการนำทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefit) ที่ได้จากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด (evaluation) สิ่งที่ต้องสังเกตคือ มุมมอง ความชอบ และความคาดหวัง ทุกอย่างสามารถ

เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งต่อมาก็ได้มีการออกแบบแนวทางของการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้การเข้ามามีส่วนร่วมเกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด แสดงวงจรการมีส่วนร่วมดังกล่าวในภาพ 2.1 ดังนี้



ภาพ 2.1 วงจรการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980)

จากการศึกษาแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980) ยังมีนักวิจัยวิชาการที่ได้อธิบายถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ โดยใช้กลไกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างแท้จริง (รศยานภิก รัชตะวรรณ และคณะ, 2561) สามารถสรุปกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) เป็นขั้นเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยมีลักษณะของการเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ 1) การเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารระหว่างผู้พัฒนาหลักสูตรและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีเป้าหมายของการมีส่วนร่วมในขั้นนี้เพื่อสร้างความเข้าใจของชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ เน้นที่การชี้แจงบทบาทในการส่งเสริม บทบาทของชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการนำประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนาไปสู่ชุมชน ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร เนื่องจากผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมีหลากหลาย ทั้งในด้านของวัยวุฒิ คุณวุฒิ อาชีพ ประสบการณ์ ความพร้อมในการพึ่งพาตนเอง ความสามารถในการสื่อสาร และโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพหรือบริการสุขภาพ 2) การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากกระบวนการสำรวจของผู้พัฒนา เปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ทราบข้อมูลจากการสำรวจเพื่อเป็นสิ่งเร้าให้ชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหา และความต้องการในการพัฒนา 3) การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์บริบทที่เกี่ยวข้องทั้งใน

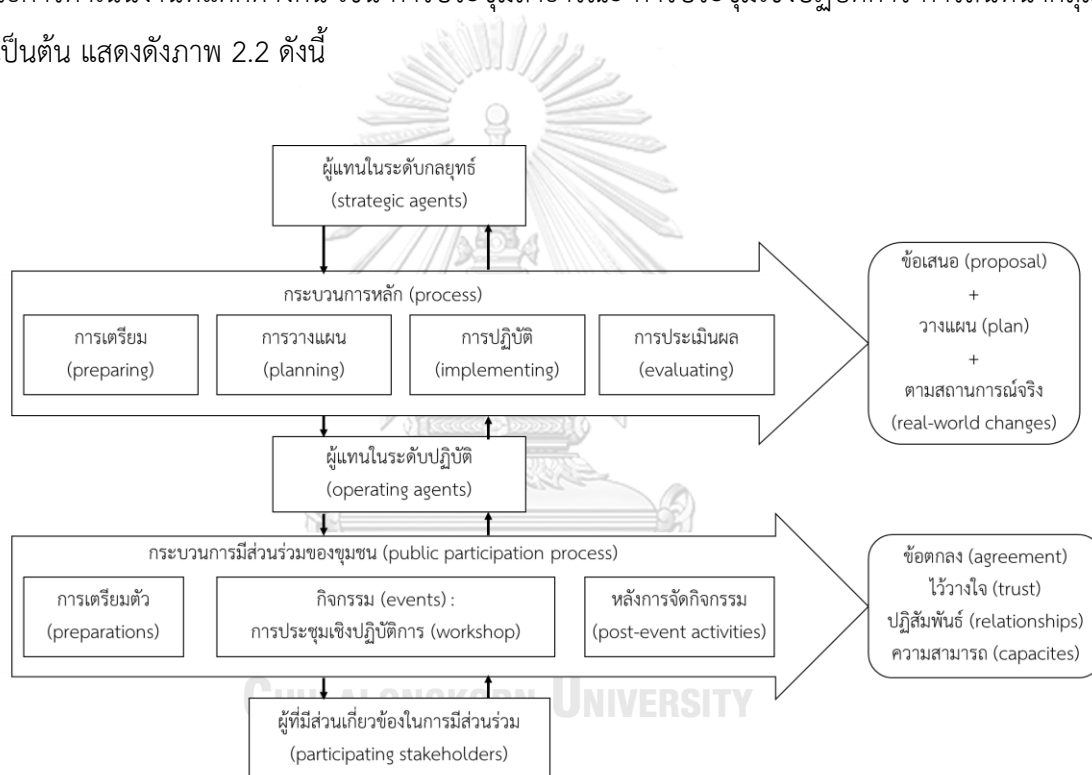
ส่วนของค่านิยม ประเพณี ความเชื่อ ทศคติ วิถีชีวิตของคนในชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการประกอบการพิจารณาแนวทางในการวางแผนกิจกรรมเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งในการพัฒนาสุขภาวะควรเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ผู้พัฒนาจะต้องเสนอแนวคิดและกระบวนการในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนให้ชัดเจน และ 4) การกำหนดทรัพยากร และแหล่งทรัพยากรการพัฒนาสุขภาวะทั้งภายในและภายนอกชุมชน มีการพิจารณาแหล่งทรัพยากรที่เข้มแข็งในชุมชน อารวมถึงการกำหนดผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรม กำกับ และติดตาม ประเมินผล

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะ เป็นขั้นตอนที่ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะชุมชนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะ แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะด้วยชุมชนเอง 2) การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะด้วยชุมชนร่วมกับองค์กรอื่นทั้งภายในและภายนอกชุมชน เนื่องจากชุมชนไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินการ และ 3) การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะชุมชนโดยองค์กรภายนอก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาวะชุมชน เนื่องจากชุมชนไม่มีทรัพยากรที่เหมาะสมในการพัฒนา โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล จึงต้องใช้ความร่วมมือจากองค์กรภายนอกที่มีความพร้อม

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เป็นการรับผลของพัฒนาสุขภาวะทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนา ซึ่งจะทำให้เกิดขึ้นและคงอยู่ในชุมชน ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นมี 4 ด้าน คือ 1) ด้านคุณค่าของกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะ เป็นผลบวกที่เกิดขึ้นจากผู้รับผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมโดยตรง 2) ด้านการเรียนรู้ของผู้ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมจะมีความรู้และทักษะเฉพาะที่เป็นผู้ร่วมปฏิบัติการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ 3) ด้านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยคิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือบุคคลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ 4) ด้านประโยชน์ต่อชุมชน ที่เกิดจากการขยายผลไปสู่ผู้อื่นในชุมชน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด เป็นการติดตามและประเมินผลการพัฒนาสุขภาวะที่ได้ดำเนินการไป โดยกำกับติดตามการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบแก้ปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในชุมชน และติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปวางแผนและปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Wiek (2017) ได้เสนอการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในชุมชน ในภาพรวมประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ผู้แทนในระดับกลยุทธ์ (strategic agents) โดยมีกระบวนการหลักของโครงการพัฒนา คือ การเตรียมพร้อม การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนนี้จะต้องมีการวางแผนตามสถานการณ์ปัจจุบัน 2) ผู้แทนในระดับปฏิบัติ (operating agents) โดยมีกระบวนการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน คือ การเตรียมพร้อม กิจกรรม และหลังการจัดกิจกรรม และ 3) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วม (participating stakeholders) ประชาชนอาจมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งในแต่ละโครงการจะมีวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน เช่น การประชุมสาธารณะ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น แสดงดังภาพ 2.2 ดังนี้



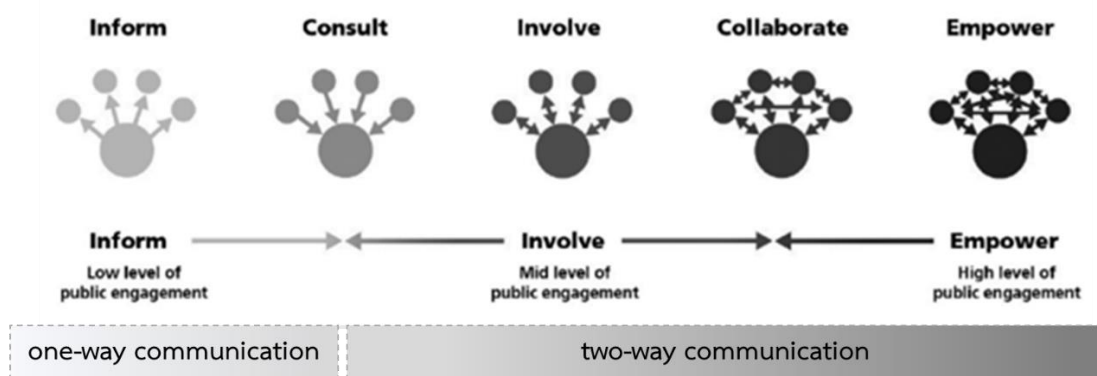
ภาพ 2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชุมชน

ที่มา : ปรับปรุงจาก Cohen & Wiek (2017)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แนวคิดของการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980) มาเป็นขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด ซึ่งผู้เกี่ยวข้องในชุมชนสำหรับงานวิจัยนี้ คือ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็ก ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และพยาบาล

2.5 ระดับการมีส่วนร่วม

ระดับการมีส่วนร่วม มีการแบ่งเพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจออกแบบการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การเข้ามามีส่วนร่วมน้อยที่สุดจนถึงการเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด ซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมมีอยู่ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร (inform) เกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การจัดทำสื่อเผยแพร่ การจัดกิจกรรมเปิดบ้าน หรือเว็บไซต์ 2) การร่วมให้คำปรึกษา (consult) เกี่ยวกับการให้ข้อมูลและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ เช่น การสำรวจความคิดเห็น หรือการประชุมสาธารณะ 3) การร่วมคิด ร่วมวางแผน (involve) ในการกำหนดนโยบาย วางแผนโครงการและตัดสินใจร่วมกัน ส่วนใหญ่จะเป็นการประชุมเชิงวิชาการ 4) การร่วมดำเนินการ (collaborate) การเข้ามาร่วมในกระบวนการหรือร่วมลงมือปฏิบัติการ และ 5) การร่วมเสริมพลัง (empowerment) เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของโครงการและมีการตัดสินใจ โดยที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนเท่านั้น (Asari, 2019; International Association for Public Participation, 2020; Jami & Walsh, 2017; Kibria et al., 2017; McNutt, 2014) แสดงดังภาพ 3 ดังนี้



ภาพ 2.3 ระดับการมีส่วนร่วม

ที่มา : ปรับปรุงจาก Kibria et al. (2017)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้มีการออกแบบการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร โดยให้ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมตัดสินใจและออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมสำหรับการแก้ปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนและสามารถนำไปใช้ได้จริงและยั่งยืน ซึ่งการที่ผู้เกี่ยวข้องจะร่วมกันพัฒนาหลักสูตรตลอดกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในระดับของการร่วมเสริมพลัง (empower) ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตร โดยเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การประเมินและตรวจสอบหลักสูตรจะ

ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ โดยที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนเท่านั้น แต่ผู้เข้าอบรมหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากผู้เกี่ยวข้องในชุมชนจะเข้ามาส่วนร่วมในระดับการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร (inform) โดยผู้เข้าอบรมจะเข้ามาร่วมในกิจกรรมขั้นตอนของการนำหลักสูตรไปทดลองใช้ เป็นผู้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาในหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลจะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยปรับปรุงแก้ไขประเด็นปัญหาที่พบบ่อยและเกิดขึ้นอยู่ในชุมชนที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ในการพัฒนาหลักสูตร ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนควรที่จะได้รับการเสริมพลัง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถพัฒนาหลักสูตรจนประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน

ตอนที่ 3 การเสริมพลัง

การเสริมพลังให้กับผู้ดูแล เป็นการสร้างแรงจูงใจและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแล ให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการสืบค้นข้อมูล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพได้ ในส่วนนี้ขอนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของการเสริมพลัง องค์ประกอบของการเสริมพลัง และกระบวนการเสริมพลัง รายละเอียดมีดังนี้

3.1 ความหมายของการเสริมพลัง

การเสริมพลัง (empowerment) หมายถึง กระบวนการทางสังคมที่มีแนวคิดแบบพลวัต (dynamic concepts) มีการแสดงถึงการยอมรับ ชื่นชม ส่งเสริม พัฒนาและการสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนาสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถทำงานไปสู่เป้าหมายของงานหรือองค์กรได้ โดยไม่มีการบังคับหรือเรียกร้องให้ทำ (Clifford, 1992; Conger & Kanungo, 1988; Gibson, 1991; Spreitzer, 1995; Tebbitt, 1993; Thomas & Velhouse, 1990; Wallerstein, 1992) เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการเสริมพลังจะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการได้ (Gibson, 1995) ซึ่งการเสริมพลังจะช่วยให้การปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ สำเร็จได้ตามที่ต้องการ แต่ในการที่จะสำเร็จได้นั้น ควรศึกษาถึงองค์ประกอบที่สำคัญของการเสริมพลังให้กับผู้ดูแล เพื่อให้การส่งเสริมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 องค์ประกอบของการเสริมพลัง

จากการศึกษาองค์ประกอบของการเสริมพลังผู้ดูแลของ Ashcraft et al. (2019) กล่าวว่า การเสริมพลังผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพเด็ก ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการดูแล

ในชีวิตประจำวัน (involvement or engagement in daily care) ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะและความเชื่อมั่นในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันจะทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย เด็กมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและสามารถจัดการกับตนเองได้ดีขึ้น 2) การจัดการกับพฤติกรรม (symptom management) ผู้ดูแลพยายามหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ครอบครัวที่ได้รับการเสริมพลังจะมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเด็กเพิ่มมากขึ้น 3) ความต้องการข้อมูลและเครื่องมือในการสืบค้น (enhanced informational needs and tools) การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ดูแล รวมถึงการเรียนรู้และความรับผิดชอบในตนเอง การได้เรียนรู้ข้อมูลที่เพิ่มขึ้นจะช่วยเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลสุขภาพเด็ก เพิ่มความมั่นใจในการดูแล และเข้าใจในมุมมองของพ่อแม่มากขึ้น 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแล (involvement in care decisions) เนื่องจากพ่อแม่เด็กมีเวลาในการดูแลลูกน้อยลง การเสริมพลังให้กับผู้ดูแลจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลเด็ก และช่วยลดความวิตกกังวลของพ่อแม่ในการดูแลเด็ก 5) การสนับสนุนเด็ก/ครอบครัว (advocacy for child/family) การเสริมพลังช่วยให้ผู้ดูแลพูดและสนใจเด็กมากขึ้น และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้อื่นจะทำให้สามารถตัดสินใจในการดูแลเด็กได้ดีขึ้น และ 6) การเสริมพลังอื่น ๆ (empowering others) เช่น การแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกันของผู้ดูแล หรือการปฏิบัติของผู้ดูแลเองจะเป็นการเสริมพลังให้กับผู้อื่นได้ การที่จะเสริมพลังผู้ดูแลให้สามารถดูแลสุขภาพเด็กได้นั้นต้องมีกระบวนการเสริมพลังที่เหมาะสม

นอกจากองค์ประกอบของการเสริมพลังผู้ดูแลแล้ว การที่จะทำให้การเสริมพลังประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายนั้น ควรทราบถึงปัจจัยที่มีต่อการเสริมพลัง เพื่อช่วยให้การเสริมพลังในทุกองค์ประกอบเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมพลัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมพลัง สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล (วรรณรัตน์ รัตนวราจค์, 2562; Gibson, 1995) รายละเอียดดังนี้

3.3.1 ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

- ค่านิยม (value) ค่านิยมของตนเอง รักในตนเอง เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะสามารถดูแลตนเอง

- ความเชื่อ (beliefs) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีจะช่วยให้การดูแลสุขภาพดีขึ้น จะทำให้บุคคลมีความหวัง มอง

เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแง่ดี เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ความเชื่อจะ
ช่วยในการเสริมพลังให้บุคคลพยายามหาวิธีต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

- เป้าหมายในชีวิต (determination) เกิดจากบุคคลมีแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม
ต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้จะมีปัญหาอุปสรรคก็ตาม ซึ่งส่งผลต่อ
การเกิดกระบวนการเสริมพลังของบุคคลในทุกขั้นตอน

- ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อการ
เสริมพลัง รวมถึงประสบการณ์ในการสืบค้น อ่านตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทาง
ในการควบคุมสถานการณ์ได้

3.3.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่

- การสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น บุคคลสำคัญในชีวิต ครอบครัว คู่สมรส
ญาติพี่น้อง บุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งมีส่วนช่วยสนับสนุนในการให้ความรู้ พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
คำแนะนำ กำลังใจ ให้ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ

- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นสัมพันธ์ภาพที่อยู่บนพื้นฐานความไว้วางใจซึ่งกันและ
กันสามารถแลกเปลี่ยนหรือเปิดเผยข้อมูลกันได้ ยอมรับซึ่งกันและกัน ให้คุณค่า เคารพในสิทธิและ
ความเป็นบุคคลต่อกัน

- ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีบรรยากาศในการช่วยเหลือ ประรณาคือต่อกัน หากบุคคลได้รับการ
การเสริมพลังจากผู้ดูแลจะช่วยพัฒนาความสามารถและพลังอำนาจในตนเองได้มากขึ้น

- ปัจจัยด้านเวลา การเสริมพลังอาจต้องใช้เวลาที่ค่อนข้างมาก เนื่องจากกระบวนการเสริม
พลังต้องเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง

เมื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมพลัง ซึ่งในแต่ละบุคคลต่างมีปัจจัยที่แตกต่างกัน การที่
จะเสริมพลังบุคคลให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น เราควรที่จะทราบถึงขั้นตอนหรือกระบวนการเสริมพลัง
เพื่อช่วยให้การเสริมพลังเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4 กระบวนการเสริมพลัง

จากการศึกษาพบว่ามีการบวนการเสริมพลังที่นิยมนำมาใช้ของ Gibson (1995)
ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) รับรู้และเข้าใจ
กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะตอบสนอง 3 ด้าน
คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และด้านพฤติกรรม 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ
(critical reflection) เป็นการทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจจัดการแก้ไขกับปัญหา
แสวงหาทางเลือก เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หลังจากคิดวิเคราะห์แล้วจะทำให้บุคคลมีการ

พัฒนาขึ้น มั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจและทักษะของตนเอง จะทำให้บุคคลมีพลังมากขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) ขึ้นอยู่กับ การแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เมื่อนำวิธีไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ มีพลัง และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นไว้ใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อ ๆ ไป การที่บุคคลจะเข้าสู่กระบวนการเสริมพลังได้มากหรือน้อยยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (intrapersonal factor) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ และ เป้าหมายชีวิต และปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal factor) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุนให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่างกัน หรือเรียนรู้จากบุคคลอื่น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ความรู้สึกมีส่วนร่วม รับรู้ถึงความสำเร็จของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต แต่ในทางกลับกันหากการเสริมพลังดังกล่าวทำให้เกิดผลในทางลบได้คือ การไม่ได้รับการยอมรับ มีภาระรับผิดชอบมากเกินไป หรือได้รับการสนับสนุนน้อย

จากกระบวนการเสริมพลังของ Gibson (1995) ที่กล่าวมาแล้วนั้นยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Miller (2000) ที่กล่าวถึงกระบวนการเสริมพลัง ว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 3) การสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร และ 4) การเสริมพลัง ความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการมีพลัง

ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์กระบวนการเสริมพลังของ Gibson (1995) และ Miller (2000) เพื่อให้ขั้นตอนมีความครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความร่วมมือ 2) การค้นพบสภาพการณ์จริง 3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 6) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ รายละเอียดดังตาราง 2.2 ดังนี้

ตาราง 2.2 การสังเคราะห์กระบวนการเสริมพลังให้กับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็ก

| กระบวนการเสริมพลัง | Gibson (1995) | Miller (2000) |
|--|------------------|------------------|
| 1. การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความร่วมมือ | | / |
| 2. การค้นพบสภาพการณ์จริง | / | |
| 3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ | / | / |
| 4. การสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร | | / |
| 5. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ | / | |
| 6. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ | / | / |

รายละเอียดของกระบวนการเสริมพลังทั้ง 6 ขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความร่วมมือ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมพลัง เรียนรู้บุคคลเป้าหมายและสร้างความร่วมมือเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันที่จะส่งผลให้บรรลุตามผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการค้นหาความจริงที่บุคคลจะตอบสนองทางอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะตอบสนอง 3 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จะรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิทกกังวล กลัว โกรธ ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลไม่ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพที่เป็นจริง ร่วมกับไม่เข้าใจสภาพและความซับซ้อนของปัญหา รวมทั้งขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง หากบุคคลพยายามคิดหาสาเหตุตามสภาพที่เป็น จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง 2) ด้านสติปัญญาการรับรู้ เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือความมั่นใจในการดูแลตนเอง บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ ถามจากผู้เชี่ยวชาญ หรือบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่บุคคลจะใช้ข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดมาประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ และ 3) ด้านพฤติกรรม เมื่อบุคคลเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ใช้ประสบการณ์ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ในการแก้ไขปัญหา บุคคลจะพยายามปรับตัวและปฏิบัติทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจจัดการแก้ไขกับปัญหา แสวงหาทางเลือก เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หลังจากคิด

วิเคราะห์แล้วจะทำให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น มั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจและทักษะของตนเอง จะทำให้บุคคลมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เป็นการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามที่บุคคลได้ตัดสินใจ โดยให้การสนับสนุนทั้งในด้านของข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร ตามความต้องการของบุคคลที่มองเห็นว่าเป็นประโยชน์กับตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำมาช่วยในการประกอบการตัดสินใจ ซึ่งในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล โดยมีเหตุผลของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 6 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เมื่อนำวิธีไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ มีพลัง และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นไว้ใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อ ๆ ไป

3.15 กลยุทธ์การเสริมพลัง

การเสริมพลังนั้นมีกลยุทธ์ในการทำให้บุคคลมีความสามารถหรือรับผิดชอบต่อการพัฒนาและการเรียนรู้ของตนเอง ซึ่งกลยุทธ์ของการเสริมพลัง (DialogueWORK, 2020) มีดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การที่บุคคลได้มีการกำหนดหรือวางเป้าหมายร่วมกับผู้อื่น จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2) การกำหนดขอบเขตที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้บุคคลสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

3) ความสมดุลของทิศทางและการสนับสนุน เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น เพื่อนำมาพิจารณาถึงความสามารถและความต้องการในการให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ และพร้อมที่จะให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติ

4) การมอบหมายหน้าที่ บุคคลจะมีพลังมากขึ้นเมื่อมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของหรือรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย

5) การให้อิสระ ให้อิสระในการปฏิบัติ ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดพลาด และติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในเวลาที่สำคัญ

6) การให้กำลังใจ เมื่อบุคคลทำงานได้ดี การให้กำลังใจจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่สำคัญให้งานสามารถดำเนินต่อไปได้ เปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาสในการเรียนรู้ เรียนรู้จากความผิดพลาดของตนเอง โดยอาจต้องมีการระบุถึงระดับของความผิดพลาดว่าระดับใดที่ยอมรับได้หรือยอมรับไม่ได้

7) การเปิดโอกาสให้เรียนรู้และแสดงความสามารถ เปิดโอกาสให้บุคคลได้ฝึกและปฏิบัติในงานที่ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ จะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น การมอบหมายงานที่ยากขึ้นเรื่อย ๆ จะเป็นการพัฒนาทักษะความสามารถและมีความเชี่ยวชาญมากขึ้น

8) การส่งเสริมการทำงานร่วมกัน กระตุ้นให้ทำงานร่วมกับบุคคลอื่น จะช่วยให้ได้รับประสบการณ์ที่หลากหลายและพัฒนาความรู้และทักษะของตนเองมากขึ้น

9) การสื่อสาร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของบุคคลอื่น เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ เคารพในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน

10) การฉลองความสำเร็จ เมื่อบุคคลสามารถแก้ไขปัญหาจนบรรลุเป้าหมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสร้างคุณค่าในตัวบุคคล อาจจะเป็นในรูปแบบของรางวัลหรือการทำให้เกิดความสบายใจหลังจากประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติ

เมื่อบุคคลสามารถพัฒนาตนเองและเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลนั้นตระหนักและเห็นถึงความสามารถของตน สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการเสริมพลังของผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญเป็นอย่างมาก นอกจากจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น ยังช่วยให้ด้านพฤติกรรมหรืออาการเจ็บป่วยของเด็กกลดน้อยลงอีกด้วย เด็กมีพฤติกรรมหรืออาการเจ็บป่วยทางสุขภาพที่ดีขึ้น (Brown et al. 2013; Casagrande & Ingersoll, 2017; Coutinho et al., 2016; Graves & Shelton, 2007) นอกจากนี้กระบวนการเสริมพลังให้กับผู้ดูแลเด็กนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความต้องการของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน และกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป (Kruijsen-Terpstra et al., 2016) การเสริมพลังเกิดได้จากตนเองและจากการกระตุ้นของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา คำแนะนำ การสอน การให้ความสนับสนุน อำนวยความสะดวกหรือประสานงานแหล่งทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การประเมินผลสะท้อนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ การยอมรับซึ่งกันและกัน หรือแม้แต่การช่วยเหลือกัน เป็นต้น

การเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดี ควรที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และร่วมกันพัฒนาหลักสูตร เพื่อให้ได้หลักสูตรที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของชุมชน โดยมี

เป้าหมายหลักคือ เด็กในชุมชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่ดีขึ้นและป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยได้

ตอนที่ 4 ปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พบบ่อยในศูนย์ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยเป็นวัยของการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว จึงทำให้มีแนวโน้มที่จะได้รับอุบัติเหตุหรือมีปัญหาทางสุขภาพที่อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญของผู้ดูแลคือ ทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมในการดูแล เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริม การป้องกัน การดูแล และการรักษาเบื้องต้นที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พบบ่อยในศูนย์ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับปัญหา ดังกล่าว ได้แก่ โรคหวัด โรคมือเท้าปาก ท้องร่วง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการรับประทานยาในเด็ก รายละเอียดดังนี้

4.1 โรคหวัด

เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนจากเชื้อไวรัสที่พบได้บ่อยมากที่สุดในเด็กเล็ก ถึงแม้ว่าเด็กส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรง ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อจมูกและคอ และอาจเกิดการติดเชื้อลุกลามไปยังทางเดินหายใจส่วนล่างได้ พบได้บ่อยในฤดูฝนและฤดูหนาว สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งมีมากกว่า 200 ชนิด โดยเชื้อไวรัสจะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก มีการหลั่ง acetylcholine ทำให้เซลล์ถูกทำลายเสียหาย มีการปล่อยสารที่ทำให้เกิดการอักเสบที่เยื่อจมูก หลอดเลือดฝอยในโพรงจมูกขยายตัวและทำให้ชั้นใต้เยื่อจมูกบวม จึงมีการหลั่งน้ำมูก มีอาการคัดจมูก ติดต่อด้วยการสัมผัสกับเชื้อที่อยู่ในน้ำมูก เชื้อจะพบมากในน้ำมูกช่วง 2-7 วันแรก โรคหวัดจะหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์

อาการและอาการแสดงภายหลังได้รับเชื้อไวรัสจะเริ่มแสดงอาการหลังการฟักตัว 1-3 วัน อาการจะเป็นมากขึ้นในวันที่ 3-5 วัน และอาการจะทุเลาลง คงอยู่ประมาณ 7-10 วัน อาการสำคัญ ได้แก่ มีไข้ คัดจมูก น้ำมูกใส และอาจจะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง มีอาการเบื่ออาหาร อาเจียน หรือ ท้องร่วง บางคนมีไอแห้งๆ ระคายคอ จะหายได้เองใน 1 สัปดาห์ น้ำมูกจะข้นขึ้นและเปลี่ยนเป็นสีเหลืองในระยะท้าย ๆ ของการเกิดโรค ตรวจร่างกายจะพบไข้ เยื่อจมูกบวมแดง มีน้ำมูก อาจตรวจพบคอแดง และเยื่อแก้วหูแดง (จรรยา สุวรรณบำรุง, 2562)

การดูแลเมื่อเป็นโรคหวัด

1. ดูแลลดไข้โดยการเช็ดตัว หรือถ้าไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ paracetamol คำแนะนำในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

1.1 เลือกใช้ยาเฉพาะอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต เนื่องจากอาการของโรคหวัดส่วนใหญ่มักเป็นไม่รุนแรง เช่น ตัวอุ่นๆ ครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้ต่ำ ๆ (37.8 – 38.0 องศาเซลเซียส) ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย น้ำมูก คัดจมูก และไอเล็กน้อย ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้ยา

1.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการหยด normal saline 1-2 หยดเข้าไปในจมูกเพื่อให้น้ำมูกชั้นน้อยลงเซ็ดด้วยไม้พันสำลีหรือผ้านุ่มๆ ถ้าเป็นเด็กเล็กให้ดูดออกด้วยลูกสูบยาง ซึ่งควรทำก่อนรับประทานอาหารหรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการอาเจียนหรือสำลักอาหาร

1.3 เด็กเล็กที่คัดจมูกมากและไม่สามารถไอออกได้ ควรดูแลให้หยดยา ephedrine nose drop เพื่อลดอาการบวมของเยื่อจมูก ข้างละ 1 หยด วันละ 3-4 ครั้ง ก่อนให้นมจะช่วยให้เด็กดูดนมได้ดีขึ้นไม่ควรใช้นานติดต่อกันเกิน 3 วัน เพราะจะเกิด rebound effect ทำให้อาการคัดจมูกมากขึ้น มีน้ำมูกมากขึ้น

2. ลดอาการไอ โดยกระตุ้นให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อย ๆ จะช่วยให้เสมหะอ่อนตัวลงขับออกได้ง่ายขึ้น ส่วนน้ำเย็นจะกระตุ้นให้อาการไอมากขึ้น

3. ควรดูแลให้อาหารอ่อนย่อยง่ายที่มีคุณค่าทางอาหารสูง เพื่อลดอาการเจ็บคอ ป้องกันภาวะขาดอาหาร และให้ดื่มน้ำให้เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำจากภาวะไข้ และกินได้น้อย

4. ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อด้วยการล้างมือบ่อย ๆ ก่อนและหลังสัมผัสเด็กป่วย แยกเด็กที่เป็นโรคหวัดไม่ให้เล่นคลุกคลีกับเด็กปกติ ไม่ควรพาเด็กเข้าไปในที่ที่มีผู้คนหนาแน่น เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาดนัด ศูนย์การค้า เป็นต้น

5. ดูแลให้พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2559)

6. ดูแลให้ร่างกายอบอุ่น และอยู่ในที่ลมไม่โกรก อากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีฝุ่นละอองหรือควันไฟ เพื่อลดการหลั่งน้ำมูก

7. ผู้ดูแลเด็กต้องทราบถึงการดำเนินโรค การดูแลรักษา และอาการซึ่งบ่งว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อน และควรปรึกษาแพทย์ถ้าเด็กมีอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการหายใจเร็วหรือหอบหายใจลำบาก หายใจเสียงดัง ชายโครงบวม ไม้ตีมมและน้ำ ซึม หรือดูป่วยมากขึ้น

8. กระตุ้นให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อช่วยลดความชื้นเหนียวของเสมหะ แต่ไม่ดื่มมากเกินไป เพราะจะทำให้ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ

9. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อมีปัจจัยที่สำคัญอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลสามารถป้องกันได้ เช่น สภาวะแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ดังนั้นการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลที่ถูกต้องในเรื่องของการป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดปัจจัยกระตุ้นและก่อให้เกิดอาการรุนแรงตามมา ซึ่งข้อมูลที่ผู้ดูแลควรได้รับมีดังนี้

9.1 สอนและแนะนำเกี่ยวกับการล้างมือ ซึ่งการล้างมือเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสต่างๆ ที่สำคัญและช่วยลดโอกาสในการสัมผัสเชื้อโรค และจากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกได้มีคำแนะนำให้ล้างมือทั้งก่อนและหลังสัมผัสสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรค โดยการใช้แอลกอฮอล์เจลหรือล้างมือด้วยน้ำสบู่ รวมทั้งการดูแลทำความสะอาดมือของเด็ก ของเล่น ภาชนะใส่อาหาร ซึ่งเป็นตัวนำเชื้อโรค และสามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจได้

9.2 สวมหน้ากากอนามัย และล้างจมูกด้วยน้ำเกลือเป็นประจำ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินหายใจ

9.3 หลีกเลี่ยงการพาเด็กเข้าไปในที่ชุมชน หรือที่แออัดที่มีคนจำนวนมาก เนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่เด็กจะได้รับเชื้อโรคจากบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น

9.4 หลีกเลี่ยงการพาเด็กไปสัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หากมีบุคคลในบ้านหรือบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยควรแยกผู้ป่วยและของใช้ให้ห่างจากเด็กจนกว่าอาการจะหายดี

9.5 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซ้ำได้ และอาจเกิดภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นและทำให้เด็กมีอาการในระบบทางเดินหายใจที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

9.6 การสังเกตอาการผิดปกติของเด็ก และรีบพาไปพบแพทย์ทันที เช่น มีไข้สูงทิ้งไว้เกิน 3 วัน ซึม ไม่กินนม ไม่รับประทานอาหาร ไอจนอาเจียน หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หรือหากพบชายโครงบวม เป็นต้น อาการดังกล่าวควรรีบพบแพทย์ทันที เนื่องจากหากทิ้งไว้จนอาการรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที อาจทำให้อาการผิดปกติของเด็กรุนแรงหรือมีอาการหนักที่มีโอกาสทำให้เกิดระบบหายใจล้มเหลวได้

9.7 ดูแลรักษาสุขภาพของเด็กให้ดีดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ถูกสุขลักษณะ และพักผ่อนให้เพียงพอ

4.2 โรคมือเท้าปาก

โรคมือเท้าปากเป็นโรคติดต่อในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ระบาดช่วงฤดูฝน สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มเอนเทอโรไวรัส มีหลายสายพันธุ์ ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง กรณีที่มีสมองอักเสบร่วมด้วย มักเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 หรือ อีวี 71 มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้

การติดต่อ เชื้อไวรัสแพร่ผ่านทางระบบทางเดินอาหารและการหายใจ สามารถติดต่อโดยตรงจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของผู้ป่วย สามารถติดต่อจากการสัมผัสของเล่น น้ำและอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ ระบาดในโรงเรียน ชั้นอนุบาลเด็กเล็ก หรือสถานรับเลี้ยงเด็ก โรคมีระยะฟักตัวประมาณ 1 สัปดาห์ จึงสามารถติดต่อกันได้โดยที่ยังไม่แสดงอาการ

อาการและอาการแสดง ไข้ เจ็บปาก น้ำลายไหล กินอาหารได้น้อย เนื่องจากมีแผลที่กระพุ้งแก้มและเพดานปาก มีผื่นเป็นจุดแดงหรือตุ่มน้ำใสที่บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า รอบก้นและอวัยวะเพศ อาจมีผื่นตามลำตัว แขนและขาได้ มักมีอาการประมาณ 2-3 วันและดีขึ้นจนหายใน 1 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง บางรายอาจมีภาวะขาดน้ำจากกินอาหารและน้ำน้อยลง อาการรุนแรง มักเกิดจากเชื้ออีวี 71 มีอาการสมองอักเสบร่วมกับระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว เด็กที่มีอาการรุนแรงมักมีไข้สูง ชีพ อ่อนแรง มือสั่น เดินเซ อาเจียนมาก หายใจหอบ และชัก หากพบอาการเหล่านี้ ควรรีบพาไปพบแพทย์โดยด่วน

การรักษา ไม่มียารักษาจำเพาะ รักษาตามอาการ ให้ยาลดไข้ ยาแก้ปวด ยาชาเฉพาะที่สำหรับแผลในปาก ตัมน้ำเกลือแร่เพื่อชดเชยภาวะขาดน้ำ เด็กที่มีอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล

การดูแลเด็กโรคมือเท้าปาก

1. แยกเด็กป่วยจากเด็กปกติแบบ contact precaution
2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ทำความสะอาดของเล่นและสภาพแวดล้อมทุกวัน
3. ดูแลความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะช่องปากให้บ้านปากบ่อย ๆ มีอาการเจ็บแผลในปาก อาจต้องให้ยาทาแผลในปาก
4. ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อนโย่ง่าย
5. ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
6. โรงเรียนไม่ควรรับเด็กป่วยเข้าเรียนจนกว่าจะหายดีเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ แจ้งโรงเรียนและเด็กควรหยุดเรียนจนกว่าจะหาย ใช้เวลาประมาณ 5-7 วัน โรคนี้หายได้เอง

4.3 ท้องร่วง

ท้องร่วง เป็นการถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำ 1 ครั้งขึ้นไปในเวลา 1 วัน พบได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

1. การติดเชื้อ พบบ่อยที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 70 โดยเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะท้องร่วงมีหลายชนิด

1.1 Rotavirus ไม่พบในเด็กอายุต่ำกว่า 3 เดือน เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันจากแม่ rotavirus อาการ คือ ไข้ต่ำ ๆ ไอ หวัดเล็กน้อย ต่อมา มีอาเจียน ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำปนกากอาหาร มีฟอง กลิ่นเหม็นเปรี้ยว

1.2 Shigella พบในเด็กทุกช่วงอายุ โดยเชื้อจะมีการปล่อยสารพิษแล้วทำให้ลำไส้เกิดการอักเสบ ทำให้ประสิทธิภาพการดูดซึมลดลงและทำให้เกิดเซลล์ตายเป็นหย่อมๆ เป็นแผลเล็กๆ อุจจาระจึงมีมูกปนเลือดบางครั้งปนหนอง เกิดอาการปวดเบ่งมาก มีอาการไข้สูง ปวดเบ่ง ถ่ายเป็นมูกเลือด

1.3 Salmonella โดยจะทำให้เกิดการทำลายเฉพาะที่ (local damage) ทำให้มีการหลั่งเข้าไปในโพรงลำไส้และรบกวนการดูดซึม ทำให้มีไข้ อาเจียน ถ่ายเป็นมูกเขียว

1.4 Escherichia.coli เป็นเชื้อแบคทีเรีย ทำให้มีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำหรือถ่ายเหลวบ่อยครั้ง ร่วมกับมีไข้และอาเจียนร่วมด้วย

2. การได้รับอาหารมากเกินไป หรือแพ้อาหารบางชนิด เช่น แพ้โปรตีนในนมวัว

3. การขาดเอนไซม์แลคเตส (lactose deficiency) เด็กบางรายมีภาวะท้องเสียจากการขาดเอนไซม์แลคเตส เมื่อน้ำตาลแลคโตสผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่ จึงเกิดการหมักหมมของแบคทีเรีย เกิดกรดแลคติกและคาร์บอนไดออกไซด์ เกิดการดึงน้ำออกจากผนังลำไส้ ทำให้เกิดการถ่ายเหลวอุจจาระเหม็นเปรี้ยว

4. การได้รับยาหรือสารพิษ เช่น ยาปฏิชีวนะบางชนิด (Augmentin) โลหะหนัก เช่น สารปรอทหรือตะกั่วเป็นเวลานาน ทำให้เด็กเกิดอาการท้องเสีย เป็นต้น

5. การเผาผลาญและเมตาบอลิซึมผิดปกติ เช่น ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูง (Hyperthyroidism) เป็นต้น

อาการและอาการแสดง ถ่ายเหลว 3 ครั้ง/วัน หรือถ่ายเป็นมูกเลือด 1 ครั้ง/วัน อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อ่อนเพลีย ไข้ ไม่รู้สึกตัว น้ำหนักลด ผิวน้ำเหลืองซีด ปากแห้ง กระหายน้ำ มีผลกระทบบกเกิดขึ้น คือ ภาวะขาดน้ำ สูญเสียอิเล็กโทรไลต์ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม มีความไม่สมดุลของกรด - ด่าง เกิดภาวะ Metabolic acidosis จากการเสียกรด HCO^{-3} ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารหนัก ขาดอาหารและเกิดการติดเชื้อ แทรกซ้อน ซีด อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอจากอาการปวดท้อง รวมทั้งรู้สึกอายและวิตกกังวลในรายที่ควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเพราะต้องพึ่งพาผู้อื่นจากภาวะเจ็บป่วยของตนเอง

การดูแลเด็กท้องร่วง

1. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดสารน้ำ อิเล็กโทรลัยท์ และกรด-ด่าง มี 3 ระดับ ดังนี้

1.1 ระดับเล็กน้อย (mild dehydration) น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 3-5 ของน้ำหนักเดิม หมายถึง ขาดน้ำไป 30-50 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และมีอาการและอาการแสดง คือ ริมฝีปากชุ่มชื้นปกติ ระบายน้ำเล็กน้อย กระทบหน้าปกติ ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติหรือคืนกลับไม่เกิน 2 วินาที ซีพจรปกติ หายใจปกติ ความดันโลหิตปกติ มีน้ำตาล ระดับความรู้สึกตัวดี ปริมาณปัสสาวะปกติหรือลดลงเล็กน้อย ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ≥ 1.020

1.2 ระดับปานกลาง (moderate dehydration) น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 6-9 ของน้ำหนักเดิม หมายถึง ขาดน้ำไป 60-90 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และมีอาการและอาการแสดง คือ ริมฝีปากแห้ง ระบายน้ำปานกลาง กระทบหน้าบวมเล็กน้อย ความยืดหยุ่นของผิวหนังเสียเล็กน้อยหรือไม่คืนกลับในช่วง 2-3 วินาที ซีพจรเร็ว หายใจเพิ่มขึ้นหรือลึก ความดันโลหิตปกติหรือต่ำลง ตาลึก โหลเล็กน้อย น้ำตาน้อยลง กระสับกระส่ายหรือซึม ปริมาณปัสสาวะน้อย

1.3 ระดับรุนแรง (severe dehydration) น้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม หมายถึง ขาดน้ำไปมากกว่า 100 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และมีอาการและอาการแสดง คือ ริมฝีปากแห้งจนเหี่ยว ระบายน้ำมาก กระทบหน้าบวมมาก ความยืดหยุ่นของผิวหนังจับแล้วยั้งตั้งอยู่นานเกิน 4 วินาที ซีพจรเบาเร็ว หายใจเร็วหรือลึก ความดันโลหิตต่ำ ตาลึกโหลชัดเจน ไม่มีน้ำตาล กระวนกระวายหรือซึมมาก ไม่มีปัสสาวะ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคและเสียชีวิต

2. การดูแลให้เด็กได้รับการชดเชยสารน้ำ อิเล็กโทรลัยท์ และกรด-ด่าง ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการสูญเสีย

2.1 ภาวะขาดน้ำเล็กน้อย หากเด็กไม่มีอาเจียนและท้องอืดให้จิบสารละลายเกลือแร่ทางปากเท่าที่สามารถรับประทานได้ร่วมกับนมหรืออาหารอื่นๆ ตามปกติ แม้จะไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่จะช่วยให้ลำไส้ดูดซึมและฟื้นตัวเข้าสู่ปกติเร็วขึ้น โดยเกลือแร่ที่ผสมใช้ในแต่ละครั้งควรใช้ให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่หมดควรทิ้งและผสมใช้ใหม่เพราะอาจเป็นแหล่งอาหารของเชื้อต่างๆ

2.2 ภาวะขาดน้ำปานกลาง และภาวะขาดน้ำรุนแรง ให้นำส่งโรงพยาบาล เพื่อประเมินและให้การรักษาต่อไป

3. ดูแลให้เด็กได้รับสารอาหารตามความต้องการ เด็กที่รับประทานนมผสมให้เจือจางนมเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัว เช่น เดิมผสมนมในอัตราส่วน 1:1 ให้เพิ่มน้ำเป็น 1:2 ให้พลังงาน 10 แคลอรี/ออนซ์ เพื่อลดปริมาณเล็คโตสที่มีอยู่ในนมผสม ถ้าอาการดีขึ้นควรดูแลให้นมตามปกติ

4. หากท้องร่วงจากการติดเชื้อดูแลให้เด็กได้รับยาปฏิชีวนะ เช่น Norfoxacin ร่วมกับการชดเชยสารน้ำ

5. ดูแลให้ยาบรรเทาตามอาการ เช่น หากมีอาการเจ็บในให้ยา Dominox หากมีอาการปวดเกร็งท้องให้ยา Buscopan

6. ดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์และลดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารหนัก

7. ล้างมือทุกครั้งหลังขับถ่าย

4.4 การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

เด็กปฐมวัยเป็นวัยของการเรียนรู้ทำให้มีโอกาสได้รับการบาดเจ็บได้ง่าย สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลคือการเตรียมความพร้อมในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับเด็กเมื่อเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่สำคัญที่ส่วนใหญ่ผู้ดูแลควรมีความรู้ ได้แก่ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อกระดูกและข้อต่อ เลือดกำเดาไหล แผลไหม้ การสำลักสิ่งแปลกปลอม และเป็นลม รายละเอียดดังนี้

4.4.1 การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กระดูกและข้อต่อ เมื่อเด็กได้รับการบาดเจ็บจนมีภาวะเลือดคั่ง เด็กจะปวดมากแม้ไม่มีการเคลื่อนไหว หรือหากมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นจะปวดร้าวไปยังบริเวณใกล้เคียง อาจมีกล้ามเนื้อบวมหรือแข็ง ผิวหนังบริเวณอักเสบจะมีอุณหภูมิสูงขึ้น การดูแลในระยะนี้มุ่งที่จะลดการเคลื่อนไหวของข้อ การจัดทำที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดน้ำเหลือง ป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณที่อักเสบ รายละเอียดดังนี้

1) ดูแลให้อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บได้พัก หรือลดการเคลื่อนไหว (immobilize) โดยใช้หลักการดูแล RICE (Rest Ice Compression Elevation) ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังจากได้รับบาดเจ็บเพื่อควบคุมและลดอาการบวมและอันตรายที่เกิดกับกล้ามเนื้อ โดยหลักการดูแล RICE ได้แก่

1) Rest คือ การพักไม่ใช้ข้อหรืออวัยวะนั้นๆ การพักนับเป็นวิธีการรักษาที่จำเป็น ควรจัดให้อวัยวะส่วนนั้นได้หยุดการเคลื่อนไหว หรือใช้กายอุปกรณ์ช่วยประคองส่วนนั้นให้อยู่นิ่ง เช่น การมีผ้าพันหรือห่อไว้จะช่วยมิให้มีการอักเสบเพิ่มขึ้น 2) Ice คือ การประคบด้วยความเย็น (Therapeutic cold) เหมาะสำหรับการบาดเจ็บเฉียบพลัน เนื่องจากความเย็นทำให้เส้นเลือดหดตัว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ความเจ็บปวดบรรเทาลง จะใช้ความเย็นหลังจากที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บไม่เกิน 48 ชั่วโมงแรก เพื่อลดอาการปวดบวมโดยประคบนานครั้งละประมาณ 20 นาที ประคบทุก 1-4 ชั่วโมง ไม่ควรใช้ความเย็นในเด็กโรค Rheumatoid Arthritis หรือเป็นผู้ที่แพ้ความเย็นเพราะจะยิ่งทำให้ข้อมี

อาการแข็งตึงมากขึ้น วิธีการใช้ความเย็นทำได้โดยอุ้งด้วยน้ำแข็ง (ICE Massage) ประคบด้วยอุ้งใส่น้ำแข็ง (ICE PACK) และ Vapocoolant spray การประคบด้วยอุ้งน้ำแข็ง ควรใช้ผ้าขนหนูห่อก่อนหลายชั้น 3) Compression คือ การประคบประครองอวัยวะส่วนนั้น โดยใช้ผ้ายึดพันไว้ให้แน่นกระชับ ช่วยลดอาการบวมและทำให้ข้ออยู่นิ่ง ช่วยป้องกันการบวมและช่วยห้ามเลือด เช่น การพันผ้า (Elastic bandage) และ 4) Elevate คือ การยกบริเวณอวัยวะที่บาดเจ็บให้สูงขึ้น เพื่อลดอาการบวมและการคลั่งของเลือดและให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น

2) ใช้หลัก HEAT ในระยะหลังจาก 24-48 ชั่วโมงไปแล้ว ได้แก่ 1) Hot application คือการประคบด้วยน้ำอุ่นหรือทำยาให้เกิดความร้อน 2) Exercise คือการบริหารอวัยวะโดยการเกร็งกล้ามเนื้อและข้อบริเวณที่บาดเจ็บ 3) Advance Exercise คือการเพิ่มการบริหารอวัยวะให้มากขึ้นเมื่อทำ Exercise ได้ดีแล้ว และ 4) Training คือการให้ฝึกเดินหรือใช้อวัยวะที่บาดเจ็บในการทำกิจกรรมตามปกติ

3) หากไม่แน่ใจว่ากระดูกหักหรือไม่ ให้ดำเนินการดังนี้ 1) ตรวจสอบร่างกาย และสังเกตการณ์บวม รอยฟกช้ำ จำเลือด รูปร่างของกระดูก ระดับการรู้สึก เพื่อประเมินความรุนแรงและตำแหน่งของกระดูกหัก 2) หากมีเลือดออกต้องห้ามเลือด ถ้ามีบาดแผลต้องทำแผลให้สะอาดและปิดแผลด้วยผ้าสะอาด ในกรณีที่กระดูกหักแบบเปิดให้ใช้ผ้าคลุมปิดไว้แล้วปิดแผล ห้ามดึงกระดูกให้กลับเข้าที่ 3) หากไม่แน่ใจว่ามีข้อเคลื่อนหรือไม่ ห้ามดึงให้ข้อเข้าที่ เพราะจะทำให้เอ็น เส้นประสาท เส้นเลือด และเนื้อเยื่อรอบข้อได้รับอันตรายหรืออาจเกิดความพิการอย่างถาวรได้ 2) ถ้าปวดมากให้ใช้น้ำเย็นหรือน้ำแข็งประคบ และให้ข้อต่อส่วนที่เคลื่อนอยู่นิ่งที่สุด โดยการใช้ผ้าพันไว้ชั่วคราว แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาล เพราะถ้าช้าจะทำให้ตั้งข้อต่อเข้าที่ได้ยาก

4.4.2 เลือดกำเดาไหล

เลือดกำเดาไหล เป็นภาวะที่มีเลือดออกจากโพรงจมูก โดยส่วนใหญ่ประมาณ 90% ของเลือดกำเดาไหลจะเกิดขึ้นที่บริเวณผนังกันจมูกด้านหน้าซึ่งเป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดแดงหลายเส้น เมื่อหลอดเลือดเหล่านี้มีการแตกทำลายหรือเกิดการฉีกขาดก็จะทำให้มีเลือดสด ๆ ไหลออกจากทางรูจมูก ซึ่งมักออกเพียงข้างเดียว (บางรายอาจออกทั้ง 2 ข้างก็ได้) ส่วนใหญ่ภาวะนี้มักเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน แต่โดยมากมักจะไม่เป็นอันตรายหรือมีสาเหตุที่ร้ายแรง ซึ่งจะทำให้มีเลือดออกเพียงเล็กน้อยและหยุดไหลได้เอง เพราะร่างกายมีการสร้างลิ่มเลือดเป็นตาข่ายมาปิดรอยฉีกขาดไว้ เลือดกำเดาไหลเป็นภาวะหรืออาการที่พบได้บ่อยในทุกวัย แต่จะพบได้สูงในเด็กอายุ 2-10 ปี โดยเฉพาะในช่วงฤดูหนาวที่อากาศจะเย็นและแห้งกว่าปกติ เยื่อโพรงจมูกจึงพลอยแห้งตามไปด้วย น้ำมูกที่ติดอยู่ในจมูกก็เลย

แห่งกรังอยู่ภายในทำให้เกิดความรำคาญ ต้องแคะ แกะ ขยี้จมูกบ่อย ๆ เมื่อถูกแคะหรือขยี้ก็จะทำให้ รอยแตกเกิดเป็นแผลถลอกขึ้น หลอดเลือดฝอยจึงฉีกขาดทำให้เกิดเลือดกำเดาไหลออกมาจากจมูก

สาเหตุของเลือดกำเดาไหล เกิดจาก 3 สาเหตุหลัก คือ 1) เกิดขึ้นในโพรงจมูก จากการ ระบายเคืองหรือบาดเจ็บบริเวณจมูก ความผิดปกติทางกายวิภาคของโพรงจมูก หรือความผิดปกติของ หลอดเลือดที่มาเลี้ยงจมูก 2) เกิดจากโรคหรือความผิดปกติของระบบร่างกายอื่น ๆ เช่น โรคเลือด ชนิดต่าง ๆ โรคของหลอดเลือด และไม่ทราบสาเหตุ และ 3) เกิดจากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ทำให้ เลือดไหลง่ายกว่าปกติ เช่น ยาแอสไพริน (Aspirin), ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือเอ็น เสต (NSAIDs), ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) เช่น เฮพาริน (Heparin), วาร์ฟาริน (Warfarin) เป็นต้น

อาการเลือดกำเดาไหล มีเลือดไหลออกจากจมูก ซึ่งอาจไหลออกทางด้านหน้าของจมูก (มัก ออกเพียงข้างเดียว แต่บางรายอาจออกทั้ง 2 ข้างเลยก็ได้) หรือไหลลงคอไปทางด้านหลังก็ได้ โดย เลือดที่ออกมานั้นอาจไหลออกมาเป็นน้ำเลือดสีแดงสด ๆ หรือออกมาเป็นลิ่มเลือดก็ได้ และอาจมี ตั้งแต่ปริมาณเล็กน้อยถึงปริมาณมากจนทำให้มีความดันโลหิตต่ำและเป็นลมหมดสติได้ อาจรู้สึกเจ็บ บริเวณที่มีเลือดไหลหรือไม่รู้สึเจ็บเลยก็ได้ ความรุนแรงของอาการเลือดกำเดาไหลก็ขึ้นอยู่กับสาเหตุ ที่เป็น แต่โดยส่วนใหญ่แล้วเลือดมักจะหยุดไหลได้เอง ยกเว้นในบางกรณีที่เลือดออกมากและไม่ สามารถหยุดเองได้จนทำให้ต้องไปพบแพทย์ เช่น เมื่อเลือดกำเดาไหลมีสาเหตุมาจากเนื้องอกหรือ มะเร็งในจมูก ไซนัส หรือโพรงหลังจมูก หรือภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

การดูแลเบื้องต้นขณะเลือดกำเดาไหล

1. ให้เด็กนั่งหลังตรงและก้มหน้าเล็กน้อย แล้วใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือบีบ (กด) ปีกจมูกทั้ง 2 ข้างเข้าหากันในแนวกลาง โดยหนีบริเวณผนังกันจมูกเอาไว้เพื่อกดจุดเลือดออกเป็นเวลาประมาณ 5-10 นาที (การกดหรือบีบ ต้องกดหรือบีบให้แน่น) แล้วค่อยคลายออก และในระหว่างนี้ให้หายใจ ทางปากแทน ซึ่งการใช้วิธีนี้ส่วนมากมักจะได้ผล (เพราะประมาณ 90% เลือดมักจะไหลออกมาจาก ส่วนหน้าของจมูก การบีบหรือกดที่ปีกจมูกจึงช่วยทำให้เลือดหยุดไหลได้)

2. ห้ามเงยหน้าหรือเอนตัวลงนอน แต่ให้นั่งหลังตรง (การนั่งหลังตรงจะช่วยบังคับให้ปริมาณ และความแรงของเลือดลดลงเพราะศีรษะอยู่สูง) และก้มหน้าลงเล็กน้อย (เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดไหล ลงคอ ซึ่งจะทำให้ระคายเคืองและสำลักเลือด เลือดจะออกมากขึ้น และเลือดอาจเข้าไปในปอด ก่อให้เกิดปอดอักเสบตามมาได้)

3. อาจใช้ผ้ารองใต้จมูกเพื่อซับเลือดได้ และถ้าเลือดหยุดลงด้านหน้าอาจหาถ้วยชามมารองไว้ หรือไปยืนอยู่ที่อ่างล้างหน้า

4. ถ้ายังไม่ได้ผลให้ทำซ้ำอีกครั้งเป็นเวลานาน 10 นาที อาจใช้ผ้าเย็น หรือน้ำแข็งห่อผ้าหรือใส่ถุงพลาสติก หรือเจล ประคบเย็นวางประคบบนสันจมูก เพื่อให้ความเย็นช่วยทำให้หลอดเลือดหดตัว (แต่ห้ามใส่น้ำแข็งเข้าไปในจมูก)

5. ทำให้ตัวเย็นลง เพราะการลดอุณหภูมิของร่างกายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดปริมาณของเลือดที่ไหลออกทางจมูก

6. หลีกเลี่ยงการพูด การไอหรือจามในขณะที่เลือดกำเดา กำลังไหลอยู่ (ถ้าจะจามให้อ้าปากเพื่อที่จะได้ไม่ทำร้ายจมูกหรือทำให้เลือดออกมากขึ้น)

7. ห้ามสั่งหรือแคะจมูก โดยเฉพาะเมื่อเลือดไหลน้อยลงแล้ว เพราะอาจทำให้เลือดที่แข็งตัวแล้วหลุดออกและเลือดไหลอีกครั้ง

8. ควบคุมสติ ปลอบให้เด็กหยุดร้อง และให้เด็กหายใจทางปากช้า ๆ เพราะจะช่วยทำให้อัตราการสูดฉีดเลือดลดลงและเลือดออกน้อยลง

การดูแลภายหลังเลือดกำเดาหยุดไหล

หลังจากเลือดกำเดาหยุดไหลภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก ควรป้องกันไม่ให้เลือดออกซ้ำดังนี้

1. หลังเลือดหยุดไหลสนิทแล้ว สามารถทำความสะอาดจมูกด้วยน้ำอุ่น ให้พักผ่อน หยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ และให้อ่อนหัวยกสูง เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดไหลอีก

2. หลีกเลี่ยงการแคะจมูก ขยี้จมูก หรือสั่งน้ำมูกแรง ๆ เพราะจะทำให้เลือดที่แข็งตัวหดหลุดเลือดที่เสียหายก่อนหน้านี้หลุดออก และทำให้เลือดกำเดาไหลอีกครั้ง

3. หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนบริเวณจมูก ไม่เล่นนอกบ้าน ไม่สัมผัสอากาศที่ร้อน หลีกเลี่ยงการเบ่ง การไอ หรือการจาม เพราะอาจทำให้มีเลือดออกได้

4.4.3 การสำลักสิ่งแปลกปลอม

การช่วยเหลือเบื้องต้นเด็กที่มีการอุดตันทางเดินหายใจเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเวลาที่จะช่วยกู้มิให้สมองตายนั้นมีเพียง 4 นาที ถ้าสิ่งแปลกปลอมสำลักอุดตันหลอดลมแบบสมบูรณ์ไม่มีทางที่อากาศจะเข้าไปได้ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงต้องมีความสามารถในการนำสิ่งแปลกปลอมออกจากหลอดลม

เด็กที่สำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในทางเดินหายใจจะเกิดอาการฉับพลันทันที คือมีอาการไอ ติด ๆ กัน ขย้อน หายใจเสียงดัง ต่อมามีอาการเสียงแหบ เขียว และหมดสติ การช่วยเหลือให้แบ่งแยกออกเป็นเด็กเล็กที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี และเด็กที่มีอายุมากกว่า 1 ปี ในกรณีที่เด็กยังรู้สึกตัว หายใจได้ไม่ลำบาก เพียงแต่มีอาการไอ และมีประวัติสงสัยสำคัญ ให้รีบพาไปโรงพยาบาล ในเด็กที่โตะพอที่จะพูดกันรู้เรื่อง ควรพยายามให้เด็กไอแรง ๆ บ่อย ๆ

ถ้าเด็กมีอาการบ่งบอกถึงการอุดตันทางเดินหายใจ เช่น หายใจดัง หายใจลำบากอึดอัด หรือเขียว ผู้ช่วยเหลือจะต้องพยายามหาทางแก้ไขภาวะทางเดินหายใจอุดตันนี้ ทำช่วยเหลือที่ใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปีคือท่าเคาะหลัง 5 ครั้ง สลับกับการกดหน้าอก 5 ครั้ง ทำที่ใช้สำหรับเด็กอายุมากกว่า 1 ปี คือท่ากดท้องโดยผู้ช่วยเหลือยืนทางด้านหลัง ออกแรงกดท้องในทิศทางที่ให้แรงกดพุ่งเข้าตัวเด็กและเฉียงขึ้น ทำไปเรื่อย ๆ จนสิ่งของหลุดออกมา เด็กอาจช่วยไอเพื่อขับสิ่งของออกมาในขณะกดท้องด้วย ถ้าพบว่าเด็กแน่นิ่ง ตัวซีด หรือเขียวคล้ำ ให้จับเด็กนอนหงาย พยายามปลุกเรียกสังเกตการหายใจโดยการเคลื่อนไหวของหน้าอก หน้าท้อง ถ้าเรียกไม่รู้ตัว ลักษณะเหมือนไม่หายใจ ให้กดทรวงอกทันที สลับกับการเป่าปาก และรีบนำส่งโรงพยาบาล

4.4.4 เป็นลม

เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก อาการหน้ามืดเป็นลมหมดสติอย่างกะทันหันเกิดเนื่องจากออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ อาการของการเป็นลมของเด็ก จะมีมีนซีรษะ ตาลาย เห็นเป็นจุดดำหรือมืดไปเลย ส่วนใหญ่จะมีอาการนำมาก่อน เช่น หูอื้อ คลื่นไส้ เหงื่อแตก ร้อน ๆ หนาว ๆ อาจมีใจสั่นหรือหัวใจเต้นช้า หน้าซีด หลังจากนั้นเด็กจะไม่รู้สึกตัวและอาจล้มลง

สาเหตุ ที่พบบ่อยมักเกิดจากการได้รับความร้อนมากเกินไป ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาในอากาศร้อนจัดเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการชดเชยน้ำหรือเกลือแร่ที่สูญเสียไปอย่างเพียงพอ จนทำให้ความดันโลหิตตกลง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการยืนนาน ๆ อยู่ในที่แออัดหรืออากาศร้อน ถือว่าไม่มีอันตรายร้ายแรง

การดูแล เพียงให้เด็กนอนราบกับพื้น ยกเท้าสูงทั้งสองข้าง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ถอดเสื้อผ้าออก ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบตามข้อพับต่าง ๆ ร่วมกับใช้พัดลมช่วยระบายความร้อน เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกายให้ลดลง อยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยปราศจากคนมุงอาการก็จะดีขึ้นเอง ต่อจากนั้นดูแลให้เด็กดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารครบทุกมื้อ ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หากอาการเป็นอย่างทีกล่าวมาชัดเจนและไม่ได้เป็นซ้ำอีก หากพบว่าไม่ใช่เป็นลมธรรมดาหรือมีการเป็นลมซ้ำ ๆ ควรจะพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของโรคต่าง ๆ

4.5 การรับประทานยาในเด็ก

ผู้ดูแลควรคำนึงว่าเด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก การดูดซึมและการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ที่ช้ากว่า การทำงานของตับและไตยังทำงานได้ไม่เต็มที่ ยาที่ให้สำหรับเด็กมีหลายประเภท เช่น ยาแก้ปวด ยาน้ำ ยาแก้ไอ ยาแก้หวัด สารละลาย สารแขวนลอย ยาขับ ผู้ดูแลควรรู้วิธีการบริหารยาที่ถูกต้อง และควรทราบการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับเด็ก สามารถคำนวณขนาดยาในเด็กได้ การเก็บรักษา ยาหลังมีการเปิดใช้ ควรอ่านฉลากยาให้ถี่ถ้วน และสังเกตลักษณะของยาว่ามีลักษณะทางกายภาพ

เปลี่ยนแปลงจากที่เคยใช้หรือไม่ เช่น สี, กลิ่น, ลักษณะการตกตะกอน เนื่องจากยาประเภทน้ำเชื่อม ตรวจสอบวันหมดอายุของยา เนื่องจากยาน้ำมักจะหมดอายุเร็วกว่ายาประเภทยาเม็ด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพของยา อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อเด็กได้ รวมถึงผู้ดูแลสามารถให้คำแนะนำสำหรับการรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรคที่พบบ่อยในเด็ก เช่น ไข้ ผื่น โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น ซึ่งในการให้ยาควรปรับตามน้ำหนักของเด็ก หรืออายุของเด็กเป็นหลัก ปัญหาที่พบบ่อยในเด็กที่ต้องให้ยามีดังนี้

4.5.1 มีไข้

อาการไข้ เป็นอาการที่เด็กมีอุณหภูมิมากกว่า 37.4 องศาเซลเซียส และหากมีไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส สามารถเกิดอาการชักได้ ในเด็กที่มีไข้ควรพิจารณาอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ผื่น หายใจลำบาก ปวดท้อง ท้องเสีย เจ็บคอ ไอ มีน้ำมูก

สาเหตุของไข้ สามารถเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ต่อมทอนซิลอักเสบ และการตอบสนองต่อวัคซีน

การดูแลรักษาเริ่มด้วยการดูแลทั่ว ๆ ไป เช่น เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่น ต้มน้ำมาก ๆ เป็นต้น หากไข้ไม่ลดลง อาจให้ยาลดไข้ (paracetamol, ibuprofen, aspirin) แต่ห้ามให้ยาเกิน 5 วัน โดยไม่ทราบสาเหตุของไข้ เพราะอาจเกิดผลเสียต่อตับได้ การให้ยาลดไข้ มีรายละเอียดดังนี้

1) ยาพาราเซตามอล (paracetamol) เป็นยาที่นิยมเลือกใช้เป็นอันดับแรกมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับยาแอสไพรินในการลดไข้ ซึ่งยาพาราเซตามอลสำหรับเด็กมีหลายรูปแบบและหลายความเข้มข้นให้เลือกใช้ สำหรับเด็กเล็กมีตั้งแต่ 100 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร 120 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิลิตร และ 250 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิลิตร โดยผู้ดูแลจะต้องทราบน้ำหนักตัวของเด็กแต่ละคน และคำนวณขนาดยาควรให้อยู่ที่ 10-15 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง

2) ยาไอบูโพรเฟน (ibuprofen) มีประสิทธิภาพลดไข้ได้ดีกว่าพาราเซตามอล แต่ไม่นิยมใช้ในเด็กที่มีไข้ไม่สูงมาก หรืออายุน้อยกว่า 6 เดือน การคำนวณขนาดยา ถ้ามีไข้ต่ำกว่า 39 องศาเซลเซียส ควรให้อยู่ที่ 5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง แต่ถ้ามีไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส ควรให้อยู่ที่ 10 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง ควรให้กินยาหลังอาหารทันที เนื่องจากยานี้ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร

4.5.2 โรคหวัด

เป็นการติดเชื้อของโพรงจมูกจากเชื้อไวรัส มีอาการไข้ต่ำ ๆ หนาว ๆ ร้อน ๆ ปวดเมื่อยตามตัว ร่วมกับมีอาการน้ำมูกใส จาม คัดจมูก เจ็บคอ และไอ การดูแลรักษาส่วนใหญ่โรคหวัดจะหายได้เองภายใน 1-5 วัน ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ควรรักษาตามอาการโดยให้ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก แนะนำให้สั่ง

น้ำมูกออกหรือล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ ส่วนใหญ่จะให้ยาลดไข้ แต่ยาลดอาการบวมของเบื่อกจมูกและยา
ลดอาการไอจะไม่แนะนำในเด็กเล็ก เนื่องจากใช้เวลานานจะเกิดผลข้างเคียงกับเด็ก ทำให้เด็กไอ
ไม่ออก เกิดเสมหะคั่งค้างอุดกั้นหลอดลมได้

ยาแก้แพ้ ยาลดน้ำมูก และยาขับเสมหะ มีข้อดีคือ ลดอาการน้ำมูกไหลโดยเฉพาะน้ำมูกจาก
หวัดและลดอาการคันได้ แต่ผลข้างเคียงของยาจะทำให้มีอาการซึม คอแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะลำบาก
ท้องผูก เป็นต้น ข้อควรระวังของการให้ยาประเภทนี้ คือการให้ยาในปริมาณที่มากเกินไปกับเด็กเล็ก
อาจทำให้อ่อนไม่หลับ กระสับกระส่ายหรือชักได้ อาจทำให้เสมหะเหนียว ขับออกได้ยาก

4.5.3 ท้องร่วง

อาการถ่ายเหลวมักเกิดจากการติดเชื้อ retroviruses แต่หากมีอาการไข้ ถ่ายเป็นมูกเลือด มี
กลิ่นเหม็น มักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย สิ่งสำคัญที่ต้องประเมินเป็นอันดับแรกคือ การประเมิน
ภาวะขาดน้ำ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของเด็ก หากขาดน้ำรุนแรงต้องรีบพาไปพบแพทย์เพื่อให้
สารน้ำทดแทน แต่หากขาดน้ำในระดับปานกลางดูแลให้จิบ ORS ทุก ๆ 5 นาที ในช่วง 4-6 ชั่วโมง
แรก ไม่ควรให้ยาลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 6 ปีหรือมีอาการท้องเสียจากการ
ติดเชื้อ โรคท้องร่วงไม่ควรให้ยาที่มีความแรงมากในเด็กเล็ก เพราะอาจไปกดการหายใจได้ วิธีที่ดีที่สุด
คือการให้น้ำและเกลือแร่ เพื่อชดเชยการสูญเสีย

สำหรับยาปฏิชีวนะ นิยมทำเป็นรูปผงแห้งก่อนผสมน้ำ ควรเคาะขวดยาให้ผงยากระจายตัว
ก่อน จึงผสมน้ำสุกต้มที่เย็นแล้ว ให้ได้ระดับที่กำหนด ยาบางชนิดเมื่อผสมน้ำแล้วต้องเก็บในตู้เย็น
และต้องกินยาติดต่อกันจนหมด แม้ว่าอาการจะหายดีแล้ว ยกเว้นกรณีแพทย์ให้หยุดยาทันที แล้วรีบ
ไปพบแพทย์

วิธีการให้ยาเด็ก

1. ผู้ดูแลต้องใจเย็นและมีความอดทน เพราะโดยธรรมชาติของเด็กมักไม่ชอบกินยา ควรพยายามหวานล่อมและชักจูงเด็กมากกว่าที่จะใช้วิธีบังคับ เพราะยิ่งจะทำให้เด็กกินยา ยากยิ่งขึ้น
2. ไม่ควรบีบจมูกแล้วรอกยาใส่ปากเด็ก และไม่ควรบ้วนยาให้เด็กขณะที่เด็กกำลังร้องหรือ
ดิ้น เพราะนอกจากจะทำให้เด็กสำลักแล้วยังส่งผลทางด้านจิตใจต่อเด็กด้วย
3. หากยามีรสชาติไม่ดีหรือมีกลิ่นไม่น่าทาน ควรผสมน้ำเชื่อม เพื่อเพิ่มรสชาติที่ดี ทำให้เด็ก
กินยาได้ง่ายขึ้น
4. ไม่ควรใส่ยาลงในขวดนม เพื่อให้เด็กได้รับยาจากการดูดนม เพราะถ้าเด็กดูดนมไม่หมด
จะทำให้เด็กได้รับยาไม่ครบตามจำนวนที่ควรจะเป็น นอกจากนั้น ยาบางชนิดอาจทำให้รสชาติของนม
เสียไป อาจส่งผลให้เด็กไม่ยอมกินนมอีกด้วย

5. ไม่ควรให้ยาพร้อมกับอาหารที่จำเป็นต่อเด็ก เพราะจะทำให้เด็กปฏิเสธอาหารเหล่านั้นในภายหลัง

6. ใช้อุปกรณ์มาตรฐานในการตรวจยาให้เด็ก ไม่ควรใช้ช้อนทานข้าว หรือช้อนชงกาแฟ เพราะจะทำให้ได้ปริมาณยาที่ไม่ถูกต้อง และขนาดมาตรฐานในการตรวจยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือ 1 ช้อนชา เท่ากับ 5 มิลลิลิตร และ 1 ช้อนโต๊ะ เท่ากับ 15 มิลลิลิตร

จากที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พบบ่อยในศูนย์ที่ดูแลเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่สำคัญสิ่งหนึ่งที่คุณดูแลจะต้องมีความรอบรู้ในการดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมการป้องกัน การดูแล และการรักษาเบื้องต้นที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยควรที่จะมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และสามารถพัฒนาความรู้ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ดูแลมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรที่จะมีการส่งเสริมหรือพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถดูแลสุขภาพเด็กให้มีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาหลักสูตรที่เหมาะสมกับผู้ดูแลในแต่ละชุมชน และรูปแบบการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยในการทำให้หลักสูตรมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในส่วนของกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรนั้นสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับว่ารูปแบบใดเหมาะสมที่จะนำมาพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มบุคคลนั้น ๆ ซึ่งการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กในประเทศไทย ส่วนใหญ่ยังขาดการเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้กับผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ยังไม่มีหลักสูตรที่มีการเสริมพลังให้กับผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก สามารถดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตรงตามความต้องการของคนในชุมชนมากขึ้น

ตอนที่ 5 การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

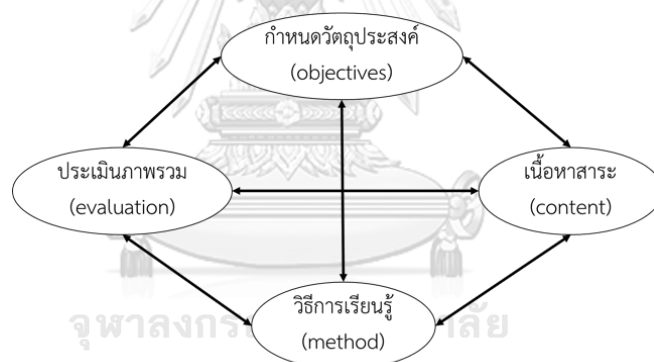
การพัฒนาสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีหลักสูตร เพื่อช่วยในการกำหนดทิศทางการดำเนินการให้สอดคล้องและมีความเหมาะสมกับความต้องการ ซึ่งในส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอเกี่ยวกับหลักสูตร ได้แก่ ความหมายและองค์ประกอบของหลักสูตร การวิจัยหลักสูตร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรและการวิจัยหลักสูตร รายละเอียดมีดังนี้

5.1 ความหมายและองค์ประกอบของหลักสูตร

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของหลักสูตร (curriculum) หมายถึง แบบแผนในการจัดการศึกษา วางแผน ดำเนินการ การวัดและประเมินผล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร และยังเป็นเสมือนสิ่งนำทางให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะอันพึงประสงค์และไปสู่จุดหมายตามที่กำหนด หลักสูตรไม่ได้มีเนื้อหาเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงกิจกรรมทั้งหมดที่จัดให้กับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตามที่หลักสูตรกำหนด หากไม่มีหลักสูตร จะไม่มีแนวทางในการพัฒนาผู้เรียนที่ชัดเจน ทำให้ผู้เรียนบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดได้ยาก (Glatthorn et al., 2019; Null, 2016; Saylor et al., 1981; Taba, 1962) หลักสูตรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการศึกษา ระบุสิ่งที่คาดหวังจะเกิดขึ้นกับผู้เรียน เป็นโครงร่างที่กำหนดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เรียนและสังคม

จากการศึกษาองค์ประกอบของหลักสูตร พบว่ามี 4 องค์ประกอบ คือ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ (objectives) เป็นจุดเริ่มต้น 2) เนื้อหาสาระ (contents) สาระที่จะจัดนั้นทำได้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ 3) วิธีการเรียนรู้ (methods) หรือการสอนที่เน้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาสาระควบคู่กัน และ 4) ประเมินภาพรวมของหลักสูตร (evaluation) พิจารณาว่ามีความสัมพันธ์หรือสอดคล้องกันเพียงไร (Alonsabe, 2011; Anwar, 2018; Ghonoodi, & Salimi, 2011; Khandaghi & Baraei, 2017; Saylor et al., 1981; Taba, 1962) แสดงดังภาพ 2.4



ภาพ 2.4 องค์ประกอบของหลักสูตร (Taba, 1962)

5.2 การวิจัยหลักสูตร

การวิจัยหลักสูตรเป็นการค้นหาคำตอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้หลักสูตรที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและมีความน่าเชื่อถือ ในส่วนนี้ขอนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการวิจัยหลักสูตร ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร และการวิจัยหลักสูตรโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน รายละเอียดมีดังนี้

5.2.1 ความหมายและความสำคัญของการวิจัยหลักสูตร

การวิจัยหลักสูตร (curriculum research) หมายถึง การค้นหาคำตอบของปัญหาที่มีตัวแปรหนึ่งตัวหรือมากกว่าหนึ่งตัวแปรที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนตามที่กำหนดไว้ใน

หลักสูตร โดยการวิจัยหลักสูตรจะเป็นการทำความเข้าใจ ทำนาย หรือควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่ปรากฏในหลักสูตร (Macdonald & Raths, 1963) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการจัดการเรียนการสอน การใช้สื่อต่าง ๆ และการประเมินผลการใช้หลักสูตร โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยหลักสูตรคือ เพื่อเข้าใจสภาพที่แท้จริงของหลักสูตร เพื่อนำผลการวิจัยนั้น ๆ ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา แลนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนของผู้บริหาร เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้หลักสูตรมีความเหมาะสมกับผู้เรียนมากขึ้น

การวิจัยหลักสูตรไม่ได้จำกัดอยู่ที่วิจัยเพื่อการปฏิบัติเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแก้ไขปัญหาพื้นฐานและผลกระทบที่เกิดขึ้น โครงสร้างและรูปแบบของเนื้อหาต้องสอดคล้องกับความต้องการและการเรียนรู้ของบุคคล รวมถึงวิธีการประเมินผลความก้าวหน้า การวิจัยหลักสูตรมีการใช้วิธีวิทยาการวิจัยที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย บริบทในการทำวิจัย และความต้องการนักวิจัยว่าจะเลือกใช้วิธีวิทยาการวิจัยใดในการทำวิจัยหลักสูตร เช่น การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น เป็นต้น (Clements, 2007)

ดังนั้นการวิจัยควรอยู่ในทุกขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตรและทุกกระบวนการ (Cronbach & Suppes, 1969) ในการออกแบบสำหรับการวิจัยหลักสูตรที่มีอยู่แล้วขึ้นอยู่กับหลักการที่ได้มาจากการวิจัยก่อนหน้านี้ (Collins et al., 2004) หากนักวิจัยสามารถกำหนดสมมติฐานจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาหาความรู้และการวิจัยหลักสูตรก่อนหน้า รวมถึงการออกแบบกิจกรรมภายใต้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จะช่วยให้การวิจัยหลักสูตรนี้สามารถมองเห็นปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Macdonald & Raths, 1963)

การวิจัยหลักสูตร ส่วนหนึ่งคือเพื่อพัฒนาหลักสูตรที่มีอยู่ เป็นการปรับปรุงหลักสูตรเดิมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นหรือเป็นการจัดทำหลักสูตรใหม่โดยไม่มีหลักสูตรเดิมอยู่ก่อน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ ทั้งในด้านการวางจุดมุ่งหมาย การจัดเนื้อหาการเรียนการสอน การวัดและการประเมินผล เพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายใหม่ที่วางไว้ โดยอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดหรือทั้งระบบ หรือเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงบางส่วนก็ได้ (Good, 1973; Saylor, Alexander, & Lewis, 1981; Stutt, 2018; Taba, 1962) เป็นการวางโครงสร้างทั้งในส่วนของเนื้อหาสาระ การจัดทำคู่มือและสื่อการเรียนการสอน การวัดและการประเมินผลการใช้หลักสูตร และการอบรมผู้ใช้หลักสูตรให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาหลักสูตร และผู้เรียนได้เรียนรู้ตรงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ (วิชัย วงษ์ใหญ่, 2537)

หลักสูตรที่ดีนั้น อาจพิจารณาได้จาก 1) มีเนื้อหาสาระสำคัญครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากนักเรียน สังคม กระบวนการเรียน และความรู้ที่ควรได้รับในระหว่างการศึกษา 2) มีจุดมุ่งหมายชัดเจน ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจง่าย 3) มีกระบวนการเรียนที่ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสก้าวหน้าและมีอิสระที่จะ

พัฒนาตามความสามารถ ความสนใจ และตามแนวทางของตนเอง 4) นักเรียนและครูเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับแผนการเรียนการสอนในหลักสูตร 5) มีแผนงานสอดคล้องสัมพันธ์กับการเรียนการสอนและการวัดผล 6) มีการอธิบาย ชี้แจงแก่ผู้เรียน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจได้อย่างชัดเจน 7) เปิดโอกาสให้ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แสดงความคิดเห็นและให้ผลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงหลักสูตร และ 8) ใช้วัสดุอุปกรณ์ได้ทั่วถึง (Saylor & Alexander, 1974) ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าหลักสูตรที่ดี ต้องได้มาจากความสนใจของผู้เรียนและผู้ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับข้อมูลในชุมชน สามารถนำหลักสูตรไปใช้ได้จริง ตอบสนองความสนใจของผู้เรียน และหลักสูตรต้องมีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับผู้เรียนและบริบทต่าง ๆ เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แสดงความคิดเห็นและให้ผลย้อนกลับ มีการติดตามและประเมินผลหลักสูตร เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรให้ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าการวิจัยหลักสูตรสามารถช่วยในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพ ตรงตามวัตถุประสงค์และเหมาะสมกับผู้เรียนมากขึ้น ซึ่งก่อนที่จะทำการวิจัยหลักสูตรควรศึกษาถึงขั้นตอนหรือกระบวนการของการพัฒนาหลักสูตร เพื่อให้การพัฒนาหลักสูตรมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างเป็นลำดับขั้นตอน

5.2.2 ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร

จากการศึกษาขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตรได้มีนักวิชาการได้เสนอขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตรไว้แตกต่างกัน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม รายละเอียดมีดังนี้

กลุ่มที่ 1 เสนอขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (planning) 2) เนื้อหาสาระและวิธีการเรียนรู้ (content and methods) 3) การปฏิบัติ (implementation) และ 4) การประเมินผลและการรายงาน (evaluation and reporting) ซึ่งใน 4 ขั้นตอนหลักนี้มี 12 ขั้นตอนย่อยที่สำคัญ (Kimbrel, 2016; Sawi, 1996; Saylor et al., 1981; Tyler, 1949)

กลุ่มที่ 2 เสนอขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรไว้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (analyze the situation) มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ (define objectives) ต้องสะท้อนความเป็นจริงของสถานการณ์ ค่านิยม และผลลัพธ์ที่คาดหวัง 3) การออกแบบการจัดการเรียนการสอน (design the teaching learning programme) ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา 4) การนำหลักสูตรไปใช้ (interpret and implement the programme) ตั้งแต่การวางแผนและการออกแบบเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามที่กำหนดไว้ และ 5) การประเมินการเรียนรู้และการประเมินผลหลักสูตร (assess and evaluate) ตัดสินคุณค่าในศักยภาพการเรียนรู้และการปฏิบัติของผู้เรียน และประเมิน

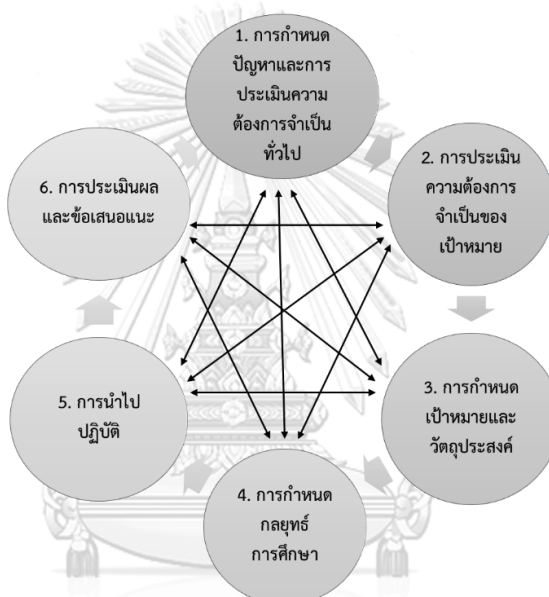
เกี่ยวกับหลักสูตรทั้งหมด ตั้งแต่การวางแผน การออกแบบ การนำไปใช้ และผลการปฏิบัติหรือผลการเรียนรู้ของผู้เรียน (Skilbeck, 1984)

กลุ่มที่ 3 เสนอขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรไว้ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นทั่วไป (problem identification and general needs assessment) โดยการระบุปัญหาที่เกิดขึ้น ทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบข้อมูล ค้นหาช่องว่างและแก้ไขปัญหา 2) การประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย (targeted needs assessment) โดยมุ่งเน้นที่ผู้เรียนและการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ 3) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ (goals and objectives) กำหนดเป้าหมายอย่างมีทิศทาง กำหนดขอบเขตของหลักสูตรและสามารถวัดผลได้ตามที่คาดหวัง 4) การกำหนดกลยุทธ์การศึกษา (educational strategies) เลือกทางเลือกที่เป็นไปได้ กลยุทธ์และเนื้อหาจะต้องส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ ใช้วิธีการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา 5) การนำไปปฏิบัติ (implementation) การบริหารทรัพยากรให้เหมาะสม ทั้งบุคลากร เวลา เงินและทรัพยากรอื่น ๆ ใช้หลักสูตรนำร่องและปรับหลักสูตรตามประสบการณ์ของผู้เรียน และ 6) การประเมินผลและข้อเสนอแนะ (evaluation and feedback) มีทั้งการประเมินระหว่างและหลังการพัฒนาหลักสูตร โดยประเมินตั้งแต่ผู้เข้าร่วม ประเมินหลักสูตร ประเมินกระบวนการดำเนินงาน ประเมินผลลัพธ์ ประเมินข้อมูลที่ได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณตามวัตถุประสงค์ (Chen et al., 2019; Oommen, 2017; Thomas et al., 2016; Wood, 2017)

กลุ่มที่ 4 เสนอขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรแบบ backward-design เป็นการเริ่มจากเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ หรืออาจเป็นมาตรฐานก็ได้ แล้วจึงพัฒนาหลักสูตรโดยเปรียบเทียบผลจากการเรียนรู้กับความต้องการของผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ (identify desired results) โดยประเมินผู้เรียนก่อนว่ามีทักษะหรือความสามารถอยู่ในระดับใด และศึกษาหลักสูตรระดับชาติ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ 2) กำหนดหลักฐานการเรียนรู้ (determine acceptable evidence) ออกแบบการเรียนรู้ที่กำหนดเนื้อหาให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร และ 3) วางแผนประสบการณ์การเรียนรู้ (plan learning experiences and instruction) (Wiggin & McTighe, 1998)

กลุ่มที่ 5 เสนอขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรแบบครบวงจร ประกอบด้วยขั้นตอนใหญ่ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การร่างหลักสูตร การนำหลักสูตรไปใช้ และการประเมินหลักสูตร ขั้นตอนทั้ง 3 จะสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพของขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร (วิชัย วงษ์ใหญ่, 2537)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรนั้นมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีลักษณะคล้าย ๆ กัน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน เนื่องจากมีกระบวนการขั้นตอนที่ชัดเจน และได้รับความนิยมในการนำมาประยุกต์ใช้พัฒนาหลักสูตรเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบัน จากงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการนำขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรออนไลน์ของแพทยศาสตร์ การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมความรู้ในการดูแลเด็กปฐมวัยของกุมารแพทย์ การพัฒนาหลักสูตรโปรแกรมสุขภาพสาธารณสุข (Chen et al., 2019; Oommen, 2017; Thomas et al., 2016; Wood, 2017) โดยมีรูปแบบของขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรแสดงดังภาพ 2.5



ภาพ 2.5 ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร

ที่มา : Chen et al. (2019)

จากแผนภาพ 5 เป็นขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรของChen et al. (2019) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นทั่วไป (problem identification and general needs assessment) เป็นการระบุปัญหาที่เกิดขึ้น ลำดับความสำคัญของปัญหา เช่น ความชุก การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น ตรวจสอบข้อมูลจากหลักฐานที่มีอยู่ เช่น สถิติสุขภาพของชุมชน การรายงานข้อมูลสุขภาพในภาพรวม เป็นต้น รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์ หลังจากนั้นทำการประเมินความต้องการจำเป็น โดยการกำหนดความต้องการจำเป็นระหว่างสภาพที่ควรจะเป็นกับสภาพที่เป็นอยู่ และหา

แนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกันทั้งกลุ่มเป้าหมาย คนในสังคม บุคลากรที่มีสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะต้องมีการวางแผนกิจกรรม เตรียมความพร้อมด้านข้อมูลสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และทำการสร้างเครือข่ายกับกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย (targeted needs assessment) โดยมุ่งเน้นที่ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ ประเมินจากข้อมูลในส่วนความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทรัพยากรที่มีอยู่และสภาพแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมาย ต้องเข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ความชอบ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการสร้างแรงจูงใจทั้งทางบวกและทางลบ ทักษะทางภาษาของกลุ่มเป้าหมาย วัฒนธรรมของสังคม และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าถึงความรู้ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตร นอกจากนี้ความเต็มใจในการมีส่วนร่วม การรับรู้ถึงความสำเร็จอาจมีผลกระทบต่อการพัฒนาหลักสูตรเช่น หากมีการใช้หลักสูตรออนไลน์ควรมีการประเมินความพร้อมในการใช้งานของอุปกรณ์และคุณภาพของสัญญาณอินเทอร์เน็ต

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ (goals and objectives) เป็นการกำหนดเป้าหมายอย่างมีทิศทาง กำหนดขอบเขตของหลักสูตรและสามารถวัดผลได้ตามที่คาดหวัง ซึ่งจะสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ทำให้ได้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและช่วยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้มากขึ้น กลุ่มเป้าหมายควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดกลยุทธ์การศึกษา (educational strategies) เป็นการเลือกกลยุทธ์และเนื้อหาที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษา และให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ กลยุทธ์ที่นำมาใช้มีหลากหลายวิธีที่สามารถช่วยในการส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้และจัดการกับความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมาย การรู้จักกลยุทธ์ที่หลากหลายมีประโยชน์สำหรับการเลือกและตัดสินใจออกแบบการเรียนรู้ในหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปปฏิบัติ (implementation) เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม ทั้งบุคคล เวลา เงินและทรัพยากรอื่น ๆ การสนับสนุนของสังคมและการบริหารจัดการในการนำหลักสูตรไปปฏิบัติ การนำหลักสูตรไปทดลองใช้เป็นโอกาสในการเรียนรู้และปรับปรุงแก้ไขตามประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายก่อนนำไปปฏิบัติจริง ในการนำหลักสูตรไปปฏิบัติอาจมีความซับซ้อน จึงจำเป็นที่จะต้องแบ่งออกเป็นระยะเพื่อเพิ่มโอกาสของความสำเร็จ การนำไปปฏิบัติควรเลือกวิธีที่ช่วยสร้างความยั่งยืน สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการ

พัฒนาและการทำงานให้คงอยู่ การเผยแพร่หลักสูตรอาจจะต้องพิจารณาถึงความเป็นเจ้าของของกลุ่มเป้าหมาย และเก็บข้อมูลบางส่วนของหลักสูตรเป็นความลับ ไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลที่อาจมีความเสี่ยงเกิดขึ้นถึงกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผลและข้อเสนอแนะ (evaluation and feedback) มีทั้งการประเมินระหว่างและหลังการพัฒนาหลักสูตรว่าประสบความสำเร็จหรือไม่ และควรมีการปรับปรุงอย่างไร โดยประเมินตั้งแต่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประเมินโครงสร้างของหลักสูตร ประเมินกระบวนการนำไปปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย และสิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษคือการเสนอแนะทางการนำไปใช้

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรและการวิจัยหลักสูตร

5.3.1 การวิจัยหลักสูตร

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการวิจัยหลักสูตร ได้มีการใช้วิธีวิทยาการวิจัย ได้แก่ การวิจัยเอกสาร (Hiim, 2017; Odom et al., 2010; Voogt et al., 2011) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Shawer, 2010) พบว่า กระบวนการเรียนรู้ที่ผ่านการวิจัยหลักสูตรทำให้เกิดการทำงานร่วมกันมากขึ้น เข้าใจความซับซ้อนของหลักสูตรมากขึ้น ทำให้เห็นความจำเป็นของการวิจัยหลักสูตรว่าเป็นการปฏิบัติงานจากฐานความเป็นจริง ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียนและสามารถนำมาบูรณาการกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้เรียน และได้แนวทางการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับครูและนักเรียน นอกจากนี้ Clement (2007) ยังได้เสนอการนำ “การวิจัยการตลาด (market research)” เข้ามาใช้ในการพัฒนาหลักสูตร เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งที่ผ่านมาประสบปัญหาว่าการดำเนินการวิจัยไม่ตรงตามความต้องการของประชาชน การวิจัยหลักสูตรที่ดีควรที่จะมีวิธีการที่ได้มาซึ่งสารสนเทศเกี่ยวกับความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้พัฒนาหลักสูตร ผู้นำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ รวมถึงผู้ที่ได้ประโยชน์จากหลักสูตร สารสนเทศที่ได้จะช่วยลดช่องว่างของหลักสูตรทำให้หลักสูตรมีความชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

วิธีการวิเคราะห์สำหรับการวิจัยหลักสูตร ได้มีการออกแบบเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หลักสูตร เช่น เมทริกซ์วิเคราะห์หลักสูตรในด้านระดับและมิติของหลักสูตร ของ Levander & Mikkola (2009) ในด้านของระดับหลักสูตร แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับที่ต้องรู้ (must know) เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี แนวคิด รูปแบบและหลักการสำคัญของเนื้อหา 2) ระดับที่ควรรู้ (should know) เป็นองค์ความรู้ที่ต่อยอดหรือให้รายละเอียดเพิ่มเติมจากเนื้อหาในระดับก่อนหน้า และ 3) ระดับที่ควรรู้เพิ่มเติม (nice to know) เป็นองค์ความรู้เฉพาะที่ผู้สอนกล่าวถึงเพิ่มเติมหรือผู้เรียนมีความสนใจเป็นพิเศษ ส่วนด้านมิติของหลักสูตร แบ่งออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ ความรู้พื้นฐาน

ทักษะพื้นฐาน ความรู้ทางวิชาชีพ ทักษะทางวิชาชีพ และทักษะทางวิชาการทั่วไป นอกจากนี้ Sekiya et al., 2010) ได้พัฒนาการวิเคราะห์หลักสูตรว่ามี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การจำแนกประเด็นจากหลักสูตร การกำหนดแผนที่พื้นฐานด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็นประเด็นบนพื้นฐานของหลักสูตรอ้างอิง และการกำหนดเป้าหมายโดยอ้างอิงข้อมูลจากการวิเคราะห์หลักสูตรพื้นฐาน ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ และจัดกลุ่มเนื้อหาใหม่ของหลักสูตรเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับหลักสูตรใหม่

ในการดำเนินการวิจัยหลักสูตร แรงจูงใจพื้นฐานนั้นมาจากวิธีการวิจัยที่หลากหลาย เช่น การสำรวจ การทดลอง หรือแม้แต่การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ ความหลากหลายในการออกแบบ และพัฒนาปัญหาอาจเป็นความท้าทายสำหรับนักออกแบบที่ต้องรับมือกับความไม่แน่นอนหรือมีความซับซ้อน และหลักสูตรมีความเข้มข้นมากขึ้น พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ เชื่อมโยงกับให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถนำความรู้เชิงทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ให้มีความทันสมัยและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีการตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการปฏิบัติจริง รวมถึงประสิทธิผลของหลักสูตรตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (van den Akker, 2007) สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการออกแบบและพัฒนาหลักสูตรที่มีความเหมาะสมและบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

5.3.2 การวิจัยหลักสูตรของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ

การวิจัยหลักสูตรของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในต่างประเทศ พบว่า มีการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของวัยเรียน (Bruselius-Jensen et al., 2017; Diamond et al., 2011) วันรุ่ง (Kilgour et al., 2015; Peralta & Rowling, 2018) ครูที่ดูแลเด็กในมหาวิทยาลัย (Ahmadi et al., 2020) และผู้ดูแลเฉพาะโรค เช่น โรคมะเร็ง (Wittenberg et al., 2020) และสำหรับการวิจัยหลักสูตรของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในไทย พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลในแต่ละช่วงวัย เช่น วัยเรียน (กรมอนามัย, 2562; แสง โชติบุญ และคณะ, 2560) วัยรุ่น (ไกล่รุ่ง คำภิลานน และคณะ, 2559) วัยผู้ใหญ่ (ธนสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2563; รุ่งนภา อาระหัง และคณะ, 2561; สายฝน สารินทร์ และคณะ, 2562) และวัยผู้สูงอายุ (ประไพพิศ สิงหเสม และคณะ, 2563) เป็นต้น พบว่าหลักสูตรและโปรแกรมต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมและการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าการวิจัยหลักสูตรเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลที่เกี่ยวข้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น มีพฤติกรรมและการจัดการตนเองด้านสุขภาพสูงขึ้น แต่ยังคงขาดงานวิจัยเกี่ยวกับการออกแบบหรือพัฒนาหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพ (Hurlimann et al., 2013) และเกิดความยั่งยืนในชุมชน อีกทั้งยังมีการพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความ

รอบรู้ทางสุขภาพให้กับเด็กปฐมวัยของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กอย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาหลักสูตรการเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้สามารถนำไปใช้พัฒนาผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กในชุมชน สามารถช่วยจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพต่อไป

ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” มีรายละเอียดของกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้นผู้วิจัยมุ่งศึกษาองค์ประกอบของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก (child healthcare literacy) เนื่องจากมีองค์ประกอบไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการจาก 2 แนวคิด ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่มีองค์ประกอบการวัด 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (accessing information and service) ความรู้ความเข้าใจ (health knowledge and understand) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ 2) การเลี้ยงดู (nurturing care) ตามแนวคิดของ World Health Organization, United Nations Children’s Fund, & World Bank Group (2018) ที่เสนอว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลให้มีสุขภาพดี (good health) การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ (adequate nutrition) การดูแลที่สนองตอบ (responsive caregiving) การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย (security and safety) และการให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (opportunities for early learning) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาองค์ประกอบ รวมทั้งวิเคราะห์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร ในการพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก โดยใช้แนวคิดการเสริมพลัง ของ Cohen & Uphoff (1980) และใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรด้วย แสดงดังภาพ 2.6



ภาพ 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” มีวัตถุประสงค์การวิจัยหลัก 3 ข้อ คือ 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก 2) เพื่อวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในชุมชนและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ และ 3) เพื่อจัดทำคู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และส่วนที่ 2 การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล โดยเป็นการดำเนินการทั้งในระบะการวิจัย (research: R) และระบะพัฒนา (development: D) โดยเป้าหมายเพื่อให้ได้หลักสูตรที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลของทีมนักวิจัยชุมชนที่มีความหลากหลายและเหมาะสมกับบริบทเพื่อนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ

ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

การวิจัยในส่วนที่ 1 เป็นการดำเนินการตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยอิงแนวคิดของการวัดแบบพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) มีรายละเอียดขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย รายละเอียดดังนี้

วิธีวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและตัวอย่างวิจัย

1) **ประชากร** ในการวิจัยส่วนที่ 1 เป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 18,696 แห่ง มี ผู้ดูแลเด็กจำนวนทั้งหมด 27,723 คน ในปี พ.ศ. 2563

2) **ตัวอย่างวิจัย** ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันโดยใช้วิธีการของ Preacher and Coffman (2006) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) เท่ากับ .05 ค่า

RMSEA ที่เป็นสมมติฐานศูนย์ (null RMSEA) เท่ากับ .05 และค่า RMSEA ที่เป็นสมมติฐานทางเลือก (alternative RMSEA) เท่ากับ .08 ค่าอิทธิพลที่ต้องการ (desired power) เท่ากับ .80 และค่าองศาอิสระ (degree of freedom) เท่ากับ 50 ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 213 คน และเนื่องจากได้มีการวิเคราะห์เพื่ออธิบายความแตกต่างของระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลตามตัวแปรภูมิลักษณ์ โดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (one-way ANOVA) ตามภูมิภาค ซึ่งเป็นตัวแปรภูมิลักษณ์ที่มีระดับตัวแปรแยกออกเป็น 5 กลุ่ม ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .25 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) เท่ากับ .05 และค่า power เท่ากับ .95 ได้ 305 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 366 คน

การได้มาซึ่งตัวอย่างวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอข้อมูลรายชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคัดแยกออกเป็น 5 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรโดยกำหนดไว้ 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) หน่วยการสุ่ม คือ จังหวัด สุ่มจังหวัดแต่ละภาค จำนวน 4 จังหวัด รวมทั้งหมด 20 จังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) หน่วยการสุ่ม คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละจังหวัด จำนวน 4 ศูนย์ รวมทั้งหมด 80 ศูนย์ ศูนย์ละ 4-5 คน รวมทั้งหมด 366 คน

ตัวแปร

การกำหนดองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นองค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) ทักษะการจัดการตนเอง (5) ทักษะการตัดสินใจ และ (6) การรู้เท่าทันสื่อ มาพิจารณาร่วมกับองค์ประกอบของการเลี้ยงดู (nurturing care) ที่เป็นบริบทในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ (1) การดูแลให้มีสุขภาพดี (2) การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ (3) การดูแลที่สนองตอบ (4) การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย และ (5) การให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยยึดตามนิยามปฏิบัติการที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังนี้

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรวิจัย

1) **ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** หมายถึง ความสามารถของผู้เกี่ยวข้องที่ดูแลเด็กปฐมวัย ในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในการดูแลเด็ก และบริการสุขภาพที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดี ประกอบด้วยองค์ประกอบการวัด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1) **การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (accessing information and service)** หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพในการดูแลเด็กจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายได้ตรงตามที่ต้องการและมีคุณภาพ เช่น ถามผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่อออนไลน์ เป็นต้น รู้วิธีการค้นหาและสามารถเลือกแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้

1.2) **ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (health knowledge and understand)** หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการทำความเข้าใจสาระความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในการดูแลเด็ก สามารถอธิบายและเข้าใจประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลให้ถูกต้องเหมาะสม

1.3) **ทักษะการสื่อสาร (communication skill)** หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้งสามารถพูดโน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลสุขภาพได้

1.4) **ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill)** หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดจนสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติในการดูแลเด็ก เพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่ถูกต้อง

1.5) **ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)** หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการใช้เหตุผลสำหรับวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อเลือกปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกปฏิบัติ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพดี และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

1.6) **การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)** หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ สามารถเลือกรับสื่อเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น และสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อให้คำแนะนำกับบุคคลอื่น

2) การเลี้ยงดู (nurturing care) หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ประกอบด้วยองค์ประกอบการวัด 5 ด้าน ได้แก่) การดูแลให้มีสุขภาพดี 2) การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ 3) การดูแลที่สนองตอบ 4) การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย และ 5) การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) การดูแลให้มีสุขภาพดี (good health) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ไม่ว่าจะเป็นการดูแลช่วยเหลือเด็กในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน นอน ติดตามการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามช่วงอายุ ดูแลให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและมีวิธีการจัดการกับเด็กเพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้ แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

2.2) การดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ (adequate nutrition) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการติดตามให้เด็กได้รับสารอาหารที่จำเป็นครบ 5 หมู่ตามหลักโภชนาการ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกมื้อที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแล สังเกตการเลือกกรับประทานอาหารของเด็กและมีวิธีการดูแลเด็กที่ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม

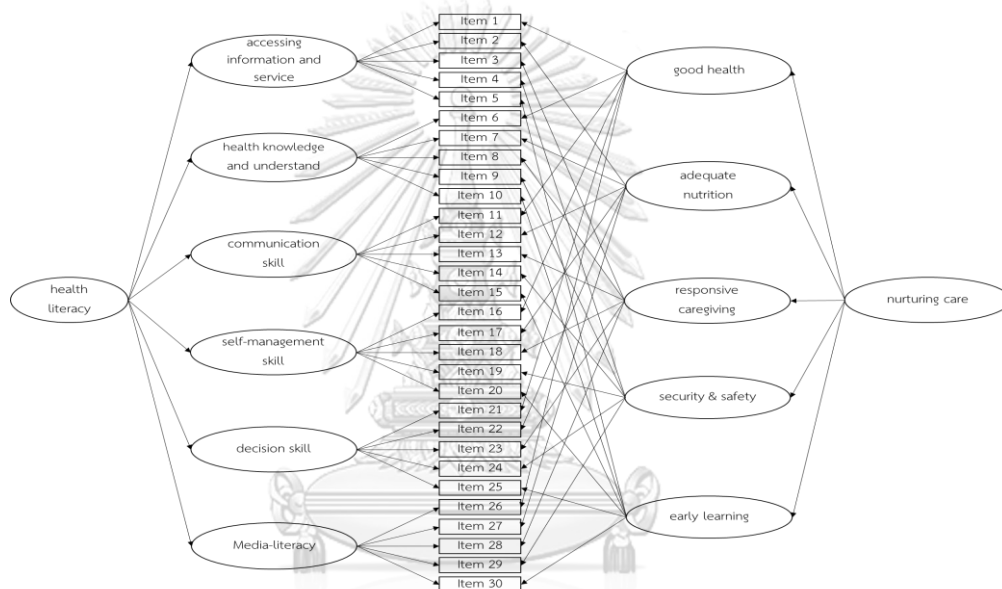
2.3) การดูแลที่สนองตอบ (responsive caregiving) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการสังเกตและตอบสนองกับเด็ก โดยการสังเกตและมีกลยุทธ์ในการดูแลเด็กที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็ก

2.4) การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย (security and safety) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม โดยการ จัดสภาพแวดล้อม อาคารสถานที่ เครื่องใช้ ให้เหมาะสมและปลอดภัย ดูแลให้เด็กอยู่ในบริเวณที่กำหนดและป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมถึงติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดเพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดโรคระบาดกับเด็กที่อยู่ในความดูแล

2.5) การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (opportunities for early learning) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับพัฒนาการตามช่วงวัยและสามารถปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวและสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้

เครื่องมือวิจัย

แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดย 1 มีความหมายเท่ากับน้อยที่สุด และ 5 มีความหมายเท่ากับมากที่สุด จำนวน 30 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามเป็นพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) โดย 1 ข้อคำถามสามารถวัดได้ทั้ง 2 มิติ คือ มิติความรู้ด้านสุขภาพ และมิติการเลี้ยงดู ดังตาราง 3.1 ทั้งนี้เพื่อให้เครื่องมือมีจำนวนข้อคำถามลดลงและยังคงทำให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูตามกรอบแนวคิดครบถ้วน โดยมีตัวแปรแฝงทั้งหมด 13 ตัวแปร และตัวแปรสังเกตได้ 30 ตัวแปร มีโครงสร้างของแบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก รายละเอียดดังภาพ 3.1



ภาพ 3.1 โครงสร้างแบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

ตาราง 3.1 แผนผังองค์ประกอบและข้อคำถามของแบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

| ข้อ | ข้อคำถาม | ความรู้ด้านสุขภาพ | | | | | การเลี้ยงดู | | | | | |
|-----|---|-------------------|-------------------|-----------------|----------------|-------------|-------------------|----------|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| | | การเข้าถึงข้อมูล | ความรู้ความเข้าใจ | ทักษะการสื่อสาร | การจัดการตนเอง | การตัดสินใจ | การรู้เท่าทันสื่อ | สุขภาพดี | โภชนาการที่เพียงพอ | การดูแลที่สนองตอบ | ความมั่นคงปลอดภัย | ให้โอกาสในการเรียนรู้ |
| 1. | <u>ฉันสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับวิธีการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดี</u> | ✓ | | | | | | ✓ | | | | |
| 2. | <u>ฉันสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กตามหลักโภชนาการได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งใคร</u> | ✓ | | | | | | | ✓ | | | |

| ข้อ | ข้อความ | ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | | การเลี้ยงดู | | | | |
|-----|---|----------------------|-------------------|-----------------|----------------|-------------|-------------------|----------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | | การเข้าถึงข้อมูล | ความรู้ความเข้าใจ | ทักษะการสื่อสาร | การจัดการตนเอง | การตัดสินใจ | การรู้เท่าทันสื่อ | สุขภาพดี | โภชนาการที่เพียงพอ | การดูแลที่สนองตอบ | ความมั่นคงปลอดภัย |
| 3. | <u>ฉันสามารถเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กจากการบอกเล่าของผู้ปกครอง เพื่อให้ฉันเข้าใจและสามารถดูแลเด็กได้</u> | ✓ | | | | | | | ✓ | | |
| 4. | <u>ขณะที่เด็กอยู่ในความดูแลของฉัน หากได้รับอุบัติเหตุใด ๆ ฉันสามารถพาไปพบแพทย์ได้ตามความเหมาะสม</u> | ✓ | | | | | | | | ✓ | |
| 5. | <u>ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น ถามผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์</u> | ✓ | | | | | | | | | ✓ |
| 6. | <u>ฉันสามารถเข้าใจรายละเอียดเทคนิควิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพเด็ก เพื่อให้ข้อมูลกับหน่วยงานสุขภาพตามที่ต้องการได้</u> | | ✓ | | | | ✓ | | | | |
| 7. | <u>ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้เด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอจากที่ผู้อื่นเขียนได้</u> | | ✓ | | | | | ✓ | | | |
| 8. | <u>ฉันพึงรู้เรื่องและเข้าใจในเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญบอกวิธีการสังเกตและกลยุทธ์ในการตอบสนองต่อเด็กที่เหมาะสม</u> | | ✓ | | | | | | ✓ | | |
| 9. | <u>ฉันสามารถทำตามคู่มือด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันความเสี่ยงหรืออุบัติเหตุได้ถูกต้อง</u> | | ✓ | | | | | | | ✓ | |
| 10. | <u>ทุกครั้งที่ฉันอ่านข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของเด็ก ฉันสามารถเข้าใจข้อความนั้นได้ทั้งหมด</u> | | ✓ | | | | | | | | ✓ |
| 11. | <u>ฉันสามารถซักถามข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การบันทึกข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนสามารถรายงานปัญหาสุขภาพของเด็กได้ เพื่อไขข้อสงสัย</u> | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 12. | <u>ฉันมั่นใจว่าผู้ร่วมงานเข้าใจฉัน เมื่อมีการ</u> | | | ✓ | | | | ✓ | | | |

| ข้อ | ข้อความ | ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | | | การเลี้ยงดู | | | | |
|-----|--|----------------------|-------------------|-----------------|----------------|-------------|-------------------|-------------|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| | | การเข้าถึงข้อมูล | ความรู้ความเข้าใจ | ทักษะการสื่อสาร | การจัดการตนเอง | การตัดสินใจ | การรู้เท่าทันสื่อ | สุขภาพดี | โภชนาการที่เพียงพอ | การดูแลที่สนองตอบ | ความมั่นคงปลอดภัย | ใช้โอกาสในการเรียนรู้ |
| | <u>แลกเปลี่ยนพูดคุยเกี่ยวกับการสังเกตการเลือก</u> <u>กรับประทานอาหารของเด็กและการดูแลเด็ก</u> <u>ที่ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม</u> | | | | | | | | | | | |
| 13. | <u>ฉันสามารถสื่อสารให้ผู้ปกครองเรียนรู้และ</u> <u>ปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตพฤติกรรมเด็กได้</u> <u>อย่างถูกต้องเหมาะสมตามแต่ละบุคคล</u> | | | ✓ | | | | | ✓ | | | |
| 14. | <u>ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการจัดของ</u> <u>ใช้ และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการดูแล</u> <u>เด็กให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจได้</u> | | | ✓ | | | | | | ✓ | | |
| 15. | <u>ฉันมั่นใจว่าเด็กเข้าใจในเนื้อหาและกิจกรรมที่</u> <u>ฉันสอน และปฏิบัติตามที่ฉันสื่อสารได้</u> | | | ✓ | | | | | | | | ✓ |
| 16. | <u>ฉันมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ครอบคลุม</u> <u>ทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่พร้อมจะดูแล</u> <u>สุขภาพเด็กได้</u> | | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 17. | <u>ฉันสามารถควบคุมการจัดอาหารให้กับเด็กได้</u> <u>ตามที่วางแผนไว้</u> | | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 18. | <u>เมื่อฉันเห็นเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ฉันมัก</u> <u>พูดคุยกับเด็กและอธิบายอย่างมีเหตุผล</u> <u>ทันทีทันที</u> | | | | ✓ | | | | ✓ | | | |
| 19. | <u>เมื่อเด็กเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ฉันสามารถช่วยปฐม</u> <u>พยาบาลเบื้องต้นให้กับเด็กได้ถูกต้องทันเวลา</u> | | | | ✓ | | | | | ✓ | | |
| 20. | <u>ฉันวางแผนสำหรับจัดกิจกรรมการเรียนรู้</u> <u>สอนทุกครั้ง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้าน</u> <u>สติปัญญาให้กับเด็ก</u> | | | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 21. | <u>ฉันสามารถเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลเด็กเมื่อ</u> <u>เกิดการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง</u> | | | | | ✓ | | ✓ | | | | |
| 22. | <u>ฉันสามารถจัดเมนูอาหารสำหรับเด็กได้ถูกต้องตาม</u> <u>หลักโภชนาการและคัดเมนูที่ไม่มีประโยชน์ออก</u> | | | | | ✓ | | ✓ | | | | |
| 23. | <u>ก่อนที่จะฉันจะว่ากล่าวตักเตือนเด็ก ฉันวิเคราะห์</u> <u>ผลดี-ผลเสียที่จะเกิดขึ้นก่อนทุกครั้ง</u> | | | | | ✓ | | | ✓ | | | |
| 24. | <u>เมื่อเด็กในความดูแลมีไข้ตัวร้อน ฉันสามารถ</u> | | | | | ✓ | | | | ✓ | | |

| ข้อ | ข้อความ | ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | | | การเลี้ยงดู | | | |
|-----|--|----------------------|-------------------|-----------------|----------------|-------------|-------------------|-------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | | การเข้าถึงข้อมูล | ความรู้ความเข้าใจ | ทักษะการสื่อสาร | การจัดการตนเอง | การตัดสินใจ | การรู้เท่าทันสื่อ | สุขภาพดี | โภชนาการที่เพียงพอ | การดูแลที่สนองตอบ | ความมั่นคงปลอดภัย |
| | <u>ประเมินเด็กได้ว่าควรฉีดตัว ควรให้ยาลดไข้ หรือรีบพาไปพบแพทย์</u> | | | | | | | | | | |
| 25. | <u>ฉันสามารถเลือกกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับเด็ก ได้เหมาะสมและเกิดผลกระทบด้านลบน้อยที่สุด หรือไม่เกิดเลย</u> | | | | | ✓ | | | | | ✓ |
| 26. | <u>ฉันรู้ว่าหาข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพเด็กให้แข็งแรงได้อย่างไร เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะเชื่อหรือปฏิบัติตาม</u> | | | | | ✓ | ✓ | | | | |
| 27. | <u>เมื่อฉันได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กจากโทรทัศน์ ฉันตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีอื่นเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล</u> | | | | | ✓ | | ✓ | | | |
| 28. | <u>ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับเด็กที่เหมาะสมจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเอง</u> | | | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 29. | <u>ฉันสามารถเลือกรับข้อมูลและติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นในเด็กจากสื่อได้ถูกต้อง เพื่อหาแนวทางป้องกันโรคระบาดกับเด็กที่อยู่ในความดูแล</u> | | | | | ✓ | | | | ✓ | |
| 30. | <u>ฉันสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้เด็กสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสื่อต่าง ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อ</u> | | | | | ✓ | | | | | ✓ |

*เส้นใต้สีแดง แทน ประเด็นคำถามในมิติการเลี้ยงดู, เส้นใตีสีน้ำเงิน แทน ประเด็นคำถามในมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่พัฒนาขึ้น มีการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) รายละเอียดดังนี้

1) **ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)** ของแบบประเมินด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความกับนิยามเชิงปฏิบัติการและความเหมาะสมของภาษาที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวัดประเมิน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กเล็ก (รายละเอียดผู้เชี่ยวชาญปรากฏในภาคผนวก ก) โดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง และความชัดเจนของภาษา โดยใช้การวัด IOC (item object congruence)

2) **ตรวจสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability)** ด้วยการทดสอบกับผู้ดูแลเด็ก จำนวน 50 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลการทดสอบมาตรวจสอบความเที่ยงในแต่ละองค์ประกอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา (Omega coefficient) ด้วยโปรแกรม R package MBESS

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศไทย จำนวน 80 แห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมจำนวนทั้งสิ้น 345 ชุด โดยการติดต่อกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดของแบบสอบถามและส่งไปที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นตัวอย่างวิจัย จากนั้นติดต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละศูนย์เพื่อขออนุญาตและขอเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้ดูแลเด็ก โดยส่งแบบสอบถามไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นตัวอย่างทางไปรษณีย์ โดยได้แบบสอบถามกลับคืนมาและมีความสมบูรณ์จำนวน 345 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 94.26 ซึ่งเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปะศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2564 COA No. 191/2564 การนำเสนอข้อมูลจะเป็นรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของให้ข้อมูล ข้อมูลของแบบสอบถามที่ได้จากตัวอย่างวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอผลการวิจัยของตัวอย่างเป็นภาพรวม ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยและไม่ระบุข้อมูลที่ทำให้สามารถระบุถึงตัวบุคคลของตัวอย่างได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว หากตัวอย่างไม่สะดวกในการให้ข้อมูล มีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้และจะไม่มีผลกระทบต่อตัวอย่างแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวอย่างวิจัย และส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยสถิติเชิงบรรยาย เพื่อใช้อธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างและวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการวิจัย ประกอบด้วย ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ด้วยวิธีการประมาณค่าแบบ maximum likelihood estimator with robust standard errors (MLR) ซึ่งเป็นสถิติที่มีความแกร่งและสามารถใช้กับข้อมูลที่มีลักษณะการกระจายที่ไม่เป็นโค้งปกติได้ (Muthen & Muthen, 2017) โดยใช้โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional-within-item model) ซึ่งกำหนดตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวแปรวัดทั้ง 2 มิติ คือ องค์ประกอบตามแนวความคิดความรู้ด้านสุขภาพ และองค์ประกอบตามแนวความคิดการเลี้ยงดูไปพร้อมกัน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลการวัดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดจากค่าสถิติไคสแควร์ (chi-square) ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีเชิงเปรียบเทียบ (comparative fit index: CFI) ค่าดัชนี Tucker-Lewis (TLI) ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (standard root mean square residual: SRMR) ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (root mean square error of approximation: RMSEA) เกณฑ์ข้อสนเทศของอาไคเคะ (Akaike information criteria: AIC) และเกณฑ์ข้อสนเทศของเบส์ (Bayesian information criteria: BIC) โดยใช้โปรแกรม Mplus

3) การวิเคราะห์และเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยสถิติเชิงบรรยาย เพื่อใช้อธิบายระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) คะแนนต่ำสุด (MIN) คะแนนสูงสุด (MAX) เพื่อให้ทราบถึงลักษณะการแจกแจงและค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของข้อมูล (CV) ของตัวแปรสังเกตได้ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 1.00 - 1.49 มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.50 - 2.49 มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับน้อย 2.50 - 3.49 มีระดับความรู้ด้านการ

ดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับปานกลาง 3.50 – 4.49 มีระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับมาก และ 4.50 – 5.00 มีระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด และทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) สถิติทดสอบเวลช์ (Welch test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA)

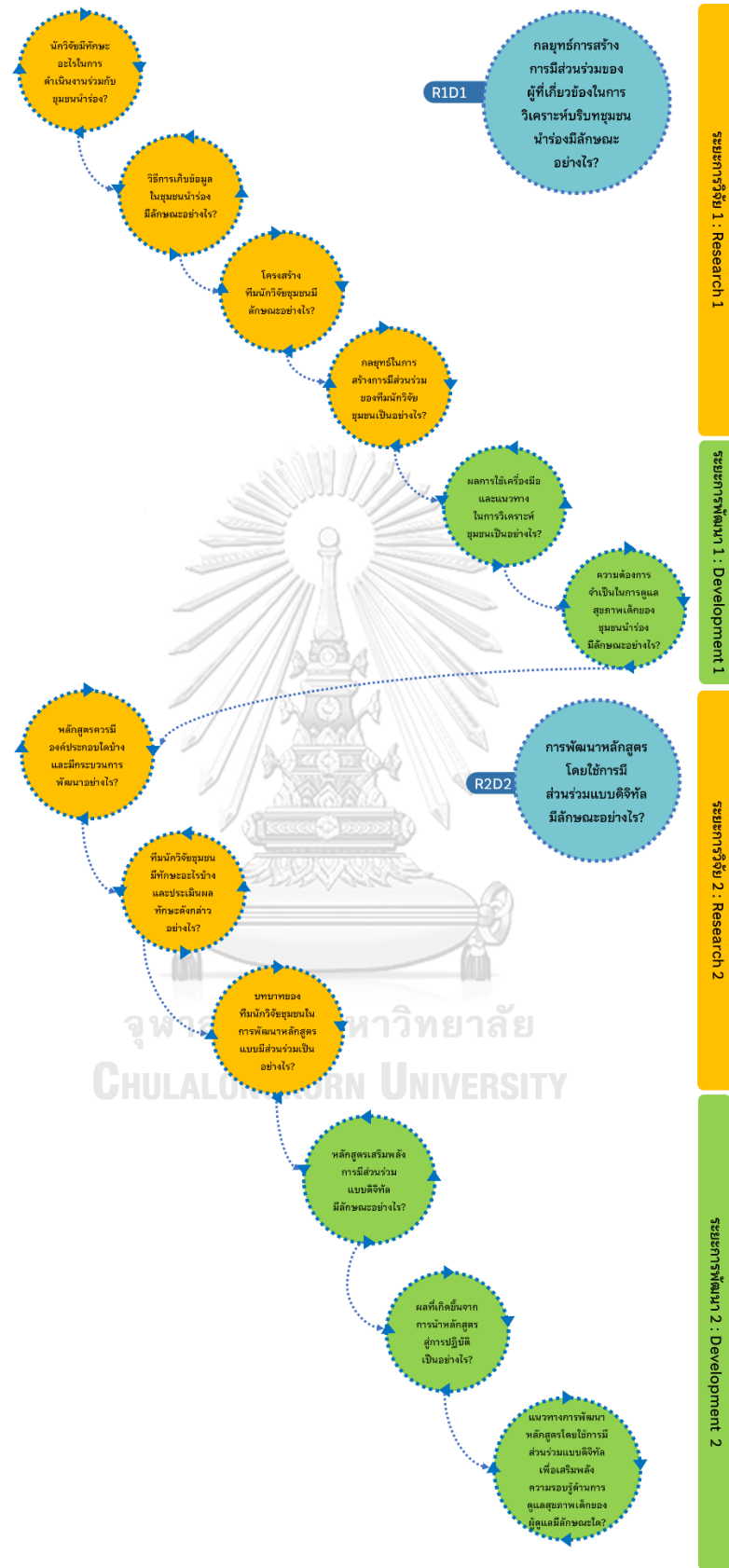
ส่วนที่ 2 การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

การวิจัยในส่วนนี้ เป็นการดำเนินการตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ (2) เพื่อวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในชุมชนและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ และข้อ (3) เพื่อจัดทำคู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ดูแลโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล โดยจำแนกการวิจัยออกเป็นวงจรการวิจัย 2 วงจร จำแนกตามประเด็นการวิจัยหลัก โดยในแต่ละวงจรการวิจัย ประกอบด้วยระยะการวิจัย (R) และระยะการพัฒนา (D)

วงจรการวิจัยที่ 1 (R1D1) มีประเด็นการวิจัยในการออกแบบกลยุทธ์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อออกแบบแนวทาง วิธีการในการทำงานร่วมกับชุมชนนำร่องและสมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์บริบท ปัญหา ความต้องการจำเป็นในด้านการดูแลสุขภาพเด็กและด้านที่เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรให้กับผู้ดูแลต่อไป

วงจรการวิจัยที่ 2 (R2D2) มีประเด็นการวิจัยหลักเกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กให้กับผู้ดูแลผ่านกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่ได้จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับทีมนักวิจัยชุมชนรวมทั้งการออกแบบการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติกับผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมในบริบทจริงและใช้สารสนเทศที่เป็นผลที่ได้จากการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรเพื่อให้หลักสูตรที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้ได้จริง

ในแต่ละวงจรการวิจัย จำแนกเป็นระยะการวิจัยและระยะการพัฒนา ประกอบด้วยคำถามการวิจัยในแต่ละวงจรการวิจัยตามวิธีวิทยาการวิจัยและพัฒนา เพื่อมุ่งไปสู่ประเด็นหลักในการวิจัย แสดงรายละเอียดดังภาพ 3.2



ภาพ 3.2 คำถามการวิจัยในแต่ละวงจรการวิจัยตามวิธีวิทยาการวิจัยและพัฒนา

2.1 วงจรการวิจัยที่ 1 การออกแบบกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์บริบทชุมชนนาร่อง (R1D1)

การวิจัยและพัฒนาในวงจรการวิจัยที่ 1 มุ่งเน้นการออกแบบกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการวิจัย (R) ซึ่งนักวิจัยเป็นผู้ออกแบบและพัฒนาเครื่องมือ วิธีการ กลยุทธ์ และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับทีมนักวิจัยชุมชน และระยะพัฒนา (D) เป็นการนำแนวทางที่ได้จากระยะวิจัยไปสู่การปฏิบัติในการวิเคราะห์บริบทของชุมชนนาร่อง รายละเอียดดังตาราง 3.2

ตาราง 3.2 รายละเอียดการดำเนินการตามวงจรการวิจัยที่ 1 (R1D1)

| วงจรการวิจัยที่ 1 การออกแบบกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง (R1D1) | | |
|---|--|---|
| ระยะ | ระยะการวิจัย 1 (R1) | ระยะการพัฒนา 1 (D1) |
| คำถามวิจัย | <ul style="list-style-type: none"> นักวิจัยมีทักษะอะไรในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนนาร่อง? วิธีการเก็บข้อมูลในชุมชนนาร่องมีลักษณะอย่างไร? โครงสร้างทีมนักวิจัยชุมชนมีลักษณะอย่างไร? กลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชนเป็นอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> ผลการใช้เครื่องมือและแนวทางในการวิเคราะห์ชุมชนเป็นอย่างไร? ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพเด็กของชุมชนนาร่องมีลักษณะอย่างไร? |
| วิธีวิจัย | <ul style="list-style-type: none"> การวิจัยเอกสาร การวิจัยเชิงบรรยาย | <ul style="list-style-type: none"> การวิจัยเชิงปฏิบัติการ |
| ตัวอย่างวิจัย | <ul style="list-style-type: none"> เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | <ul style="list-style-type: none"> ทีมนักวิจัยชุมชน |
| การดำเนินการ | <ul style="list-style-type: none"> ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่อง การติดต่อเข้าพบกับผู้บริหารเพื่อชี้แจงการดำเนินการ ลงพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลบริบทชุมชนเบื้องต้น กำหนดโครงสร้างของทีมนักวิจัยชุมชนร่วมกับผู้บริหาร กำหนดกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชนในการวิเคราะห์บริบท พัฒนาเครื่องมือการสำรวจเพื่อวิเคราะห์บริบทชุมชนนาร่อง | <ul style="list-style-type: none"> เก็บข้อมูลระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชนด้วยการสัมภาษณ์ และการทำแบบสอบถามที่พัฒนาจากการวิจัยก่อนหน้า การเก็บข้อมูลปัญหาความต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพเด็กจากทีมนักวิจัยชุมชน การวิเคราะห์และจัดลำดับปัญหา และความต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล |
| ผลที่คาดหวัง | แนวทางการสำรวจข้อมูลและกลยุทธ์การทำงานร่วมกับชุมชนนาร่องและทีมนักวิจัยชุมชน และเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> ความต้องการจำเป็นที่สอดคล้องกับสภาพจริง ระดับความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน |
| แผนการนำสู่การปฏิบัติ/พัฒนา | การออกแบบแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมและการดำเนินงานร่วมกับชุมชนนาร่องและทีมนักวิจัยชุมชน | การวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรโดยใช้สารสนเทศที่ได้ไปสู่การพัฒนาหลักสูตรในวงจรการวิจัยที่ 2 |

2.1.1 ระยะเวลาวิจัย 1 (R1)

การวิจัยระยะนี้เป็นดำเนินการโดยผู้วิจัย ในการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนนาร่องในการสำรวจและวิเคราะห์บริบทชุมชน และความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพเด็กซึ่งจะดำเนินการต่อไปในระยะเวลาพัฒนา 1 โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

คำถามวิจัย ในขั้นนี้มีคำถามวิจัย ประกอบด้วย นักวิจัยมีทักษะอะไรในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนนาร่อง วิธีการเก็บข้อมูลในชุมชนนาร่องมีลักษณะอย่างไร โครงสร้างทีมนักวิจัยชุมชนมีลักษณะอย่างไร และกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชนเป็นอย่างไร

วิธีการวิจัย ในระยะนี้ประกอบด้วย 1) การวิจัยเอกสารโดยบทบทวนเอกสารการวิจัยเกี่ยวกับกลยุทธ์ วิธีการ แนวทาง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ชุมชนและการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชน 2) การวิจัยเชิงบรรยาย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารแบบกึ่งโครงสร้างและการลงพื้นที่เพื่อประกอบการวิเคราะห์ชุมชนนาร่อง

ตัวอย่างวิจัย เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลและการดำเนินงานร่วมกับทีมนักวิจัยชุมชนและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยที่ทีมนักวิจัยชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการหลักในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรฯ

การดำเนินการ การดำเนินการในการวิจัยขั้นนี้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) นักวิจัยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่อง และเตรียมพร้อมความรู้พื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

2) นักวิจัยติดต่อเข้าพบผู้บริหารโรงเรียนที่เป็นชุมชนนาร่องเพื่อชี้แจงแนวทาง เป้าหมาย และวิธีการดำเนินการโดยสังเขป และสอบถามถึงความสนใจและความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

3) นักวิจัยการลงพื้นที่เพื่อศึกษาและเก็บข้อมูลบริบทของชุมชนนาร่อง โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และการสังเกตพื้นที่ทางกายภาพ และบริบทแวดล้อมของชุมชนนาร่อง

4) นักวิจัยร่วมกำหนดโครงสร้างของทีมนักวิจัยชุมชนร่วมกับผู้บริหารโรงเรียนที่เป็นชุมชนนาร่อง โดยระบุถึงโครงสร้าง คุณลักษณะ และทักษะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมเป็นทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตร

5) นักวิจัยออกแบบกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชนในการสำรวจและวิเคราะห์บริบทของชุมชนนาร่องและการดำเนินการร่วมกันโดยใช้การเสริมพลัง และการสร้างการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล

6) นักวิจัยพัฒนาเครื่องมือและแบบสำรวจเพื่อใช้ในการสำรวจและวิเคราะห์ชุมชนนาร่อง
ผลที่คาดหวัง การดำเนินการในช่วงนี้ผลที่ได้คือ แนวทางการสำรวจและกลยุทธ์การทำงานร่วมกับชุมชนนาร่องและทีมนักวิจัยชุมชน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและทีมนักวิจัยชุมชนเพื่อวิเคราะห์และสำรวจบริบทชุมชนนาร่อง

แผนการนำสู่การพัฒนา คือ ผลที่ได้จากการออกแบบแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมและการดำเนินงานร่วมกับชุมชนนาร่องและทีมนักวิจัยชุมชนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในระยะเวลาการพัฒนา 1 (D1)

2.1.2 ระยะเวลาการพัฒนา 1 (D1)

การวิจัยระยะนี้เป็นการนำผลที่ได้จากการดำเนินการในระยะเวลาวิจัย 1 (R1) สู่การปฏิบัติร่วมกับทีมนักวิจัยชุมชน โดยมีเป้าหมายหลักในการสำรวจและวิเคราะห์ชุมชนนาร่องเพื่อให้ได้สารสนเทศในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรในระยะ (R2D2) ต่อไป

คำถามการวิจัย ในขั้นนี้มีคำถามวิจัย 2 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย ผลการใช้เครื่องมือและแนวทางในการวิเคราะห์ชุมชนเป็นอย่างไร และความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพเด็กของชุมชนนาร่องมีลักษณะอย่างไร

วิธีวิจัย ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการดำเนินการร่วมกับทีมนักวิจัยชุมชน ตามแนวทางที่นักวิจัยออกแบบเบื้องต้น และเป็นการเก็บรวบรวมสารสนเทศเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานและทำให้ได้สารสนเทศอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะความต้องการจำเป็นในด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยอาจมีการดำเนินการแบบวนซ้ำจนกว่าจะได้สารสนเทศครบถ้วน

ตัวอย่างวิจัย สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนตามโครงสร้างที่ออกแบบร่วมกับผู้บริหารโรงเรียนที่เป็นชุมชนนาร่องในระยะเวลาวิจัย 1 (R1)

การดำเนินการ ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) นักวิจัยเก็บข้อมูลระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชนด้วยการสัมภาษณ์และการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาจากการวิจัยระยะก่อนหน้า
- 2) การเก็บข้อมูลปัญหาความต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพกับทีมนักวิจัยชุมชน
- 3) การวิเคราะห์และจัดลำดับความต้องการจำเป็นและปัญหาด้านการดูแลสุขภาพเด็กของชุมชนนาร่อง

ผลที่คาดหวัง การได้สารสนเทศที่เกี่ยวกับความต้องการจำเป็นในด้านดูแลสุขภาพเด็กของชุมชนนาร่อง รวมทั้งความต้องการจำเป็นด้านความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน เพื่อเป็นสารสนเทศในการนำไปวิจัยและพัฒนาหลักสูตรในระยะ R2D2

แผนการนำสู่การวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 2 คือ สารสนเทศเกี่ยวกับชุมชนนาร่องและทีมนักวิจัยชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการออกแบบการพัฒนาหลักสูตรในวงจรการวิจัยที่ 2

2.2 วงจรการวิจัยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก (R2D2)

การดำเนินการตามวงจรการวิจัยที่ 2 เป็นการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ประกอบด้วย ระยะการวิจัย (R) ที่มุ่งเน้นการศึกษาวิจัยกระบวนการในการพัฒนาหลักสูตรโดยนักวิจัย และระยะการพัฒนา (D) เป็นการพัฒนาหลักสูตรและการออกแบบการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ รายละเอียดดังตาราง 3.3

ตาราง 3.3 รายละเอียดการดำเนินการตามวงจรการวิจัยที่ 2 (R2D2)

| วงจรการวิจัยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก (R2D2) | | |
|--|---|---|
| ระยะ | ระยะการวิจัย 2 (R2) | ระยะการพัฒนา 2 (D2) |
| คำถามวิจัย | <ul style="list-style-type: none"> หลักสูตรควรมีองค์ประกอบใดบ้างและมีกระบวนการพัฒนาอย่างไร? ทีมนักวิจัยชุมชนมีทักษะอะไรบ้างและประเมินผลทักษะดังกล่าวอย่างไร? บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> หลักสูตรที่ใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลมีลักษณะอย่างไร? ผลที่เกิดขึ้นจากการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติเป็นอย่างไร? แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลมีลักษณะใด? |
| วิธีวิจัย | <ul style="list-style-type: none"> การวิจัยเอกสาร | <ul style="list-style-type: none"> การวิจัยปฏิบัติการ |
| การดำเนินการ | <ul style="list-style-type: none"> ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและองค์ประกอบของหลักสูตร ทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลและพัฒนาเครื่องมือการประเมินพัฒนาการของทีมนักวิจัยชุมชน กำหนดบทบาทของทีมนักวิจัยชุมชนร่วมกับผู้บริหาร การวิเคราะห์เพื่อค้นหาเครื่องมือดิจิทัลที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในแต่ละขั้นตอน | <ul style="list-style-type: none"> ทีมนักวิจัยชุมชนพัฒนาหลักสูตรตามกระบวนการที่ออกแบบในขั้น R2 การประเมินหลักสูตรโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การออกแบบการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ การประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมและทีมนักวิจัยชุมชน |

| วจรกิจัยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแล สุขภาพเด็ก (R2D2) | | |
|--|---|---|
| ระยะ | ระยะการวิจัย 2 (R2) | ระยะการพัฒนา 2 (D2) |
| ตัวอย่างวิจัย | เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | <ul style="list-style-type: none"> • ทีมนักวิจัยชุมชน • ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามหลักสูตร |
| ผลที่คาดหวัง | <ul style="list-style-type: none"> • กระบวนการการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก • แบบสังเกตการเข้าร่วมกระบวนการและแบบสังเกตการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมของทีมนักวิจัยชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> • หลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก • ผลที่เกิดขึ้นในการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ • พัฒนาการของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตร • แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล |
| แผนการนำสู่การปฏิบัติ/พัฒนา | กระบวนการการพัฒนาหลักสูตร | หลักสูตรที่ผ่านการพัฒนาและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ และแนวทางการพัฒนาหลักสูตร |

2.2.1 ระยะการวิจัย 2 (R2)

ในระยะเวลาวิจัย (R2) มีเป้าหมายในการออกแบบกระบวนการการพัฒนาหลักสูตร เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการความรู้ และทักษะของทีมนักวิจัยชุมชน รวมทั้งบทบาทที่เหมาะสมของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตร รายละเอียด ดังนี้

คำถามวิจัย ในขั้นนี้มีคำถามวิจัย 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย หลักสูตรควรมีองค์ประกอบใดบ้างและมีกระบวนการพัฒนาอย่างไร ทีมนักวิจัยชุมชนมีทักษะอะไรบ้างและประเมินผลทักษะดังกล่าวอย่างไร และบทบาทของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร

วิธีการวิจัย ประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร โดยเป็นการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและกระบวนการพัฒนาหลักสูตร การวิเคราะห์ทักษะและบทบาทที่เหมาะสมของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตร

ตัวอย่างวิจัย เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและการพัฒนาหลักสูตร การเสริมพลัง การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล และบทบาทที่เหมาะสมของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรแบบมีส่วนร่วม

การดำเนินการ ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) นักวิจัยทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและองค์ประกอบของหลักสูตร

2) นักวิจัยวิเคราะห์ทักษะและการออกแบบเครื่องมือการประเมินทักษะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน

3) นักวิจัยร่วมออกแบบเพื่อกำหนดบทบาทที่เหมาะสมของทีมนักวิจัยชุมชนกับผู้บริหารโรงเรียนที่เป็นชุมชนนาร่อง

ผลที่คาดหวัง ประกอบด้วย กระบวนการการพัฒนาหลักสูตรแบบเสริมพลังการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล แบบสังเกตการเข้าร่วมกระบวนการ และแบบสังเกตการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมของทีมนักวิจัยชุมชน

แผนการนำสู่การพัฒนา คือ กระบวนการการพัฒนาหลักสูตร

2.2.2 ระยะการพัฒนา 2 (D2)

การดำเนินการในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาหลักสูตรโดยทีมนักวิจัยชุมชน ตามกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุภาพเด็ก รวมทั้งการนำหลักสูตรที่ออกแบบสู่การปฏิบัติและการประเมินผลการดำเนินการ

คำถามการวิจัย ในขั้นนี้มีคำถามวิจัย 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย หลักสูตรที่ใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลมีลักษณะอย่างไร ผลที่เกิดขึ้นจากการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติเป็นอย่างไร และแนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุภาพเด็กของผู้ดูแลมีลักษณะใด

วิธีวิจัย ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการดำเนินการร่วมกับทีมนักวิจัยชุมชน ในการพัฒนาหลักสูตรตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ในระยะการวิจัย 2 (R2) และการนำหลักสูตรที่ออกแบบสู่การปฏิบัติกับผู้เข้าร่วมอบรมที่เป็นผู้ดูแลในโรงเรียนที่เป็นชุมชนนาร่อง และประเมินผลที่เกิดขึ้นในการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติและปรับปรุงหลักสูตรให้มีความเหมาะสม

ตัวอย่างวิจัย สมาชิกในทีมนักวิจัยตามโครงสร้างที่ออกแบบร่วมกับผู้บริหารโรงเรียนที่เป็นชุมชนนาร่องในระยะการพัฒนา 1 (R1) และผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนที่เป็นชุมชนนาร่องและสนใจและสมัครใจเข้ามาเป็นผู้เข้ารับการอบรมของกิจกรรมตามหลักสูตรที่ออกแบบร่วมกันกับทีมนักวิจัยชุมชน

การดำเนินการ ประกอบด้วยการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

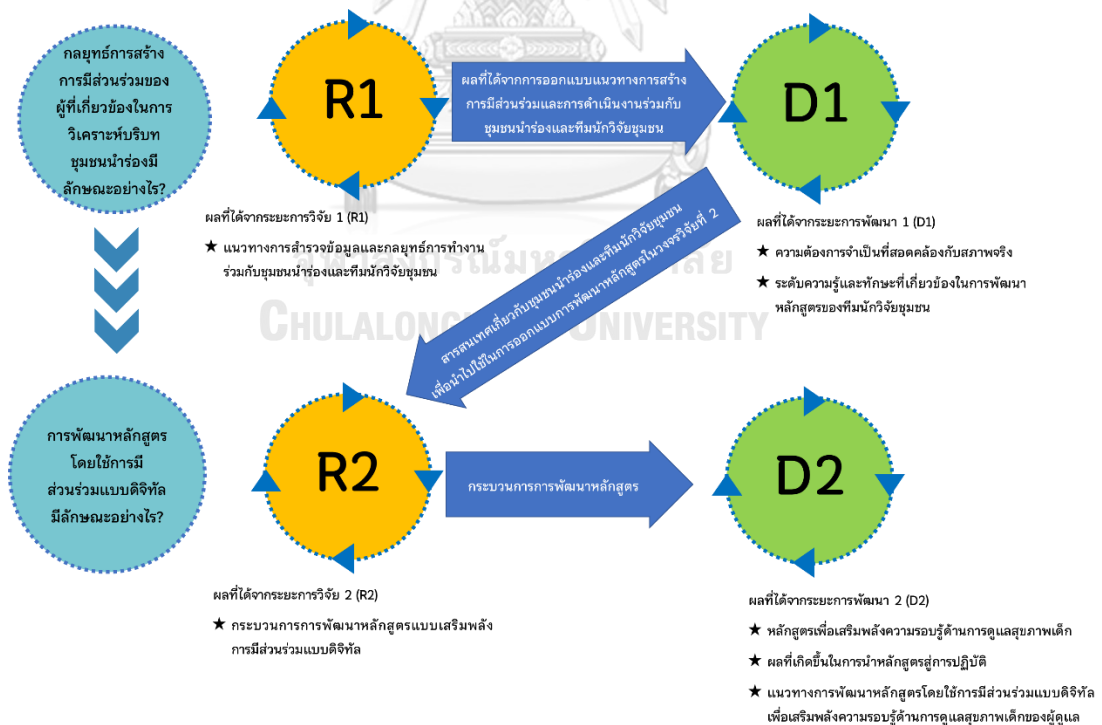
1) นักวิจัยและทีมนักวิจัยชุมชนร่วมกันพัฒนา (ร่าง) หลักสูตรตามกระบวนการที่ได้จากระยะการวิจัย 2 (R2)

2) การประเมินความเหมาะสมของ (ร่าง) หลักสูตรโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุภาพเด็ก

- 3) การออกแบบการนำ (ร่าง) หลักสูตรไปสู่การปฏิบัติ
- 4) การประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังจากการนำหลักสูตรที่ออกแบบไว้สู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยผลที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าอบรม และผลที่เกิดขึ้นกับทีมนักวิจัยชุมชน
- 5) การจัดทำแนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

ผลที่คาดหวัง ผลที่เกิดขึ้นประกอบด้วยหลักสูตรที่นำไปใช้และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ และสารสนเทศเกี่ยวกับพัฒนาการด้านความรู้และทักษะของทีมนักวิจัยชุมชนเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร และแนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

กล่าวโดยสรุป ผลการดำเนินการวิจัยและพัฒนาเป็นการดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งหลักสูตรการใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ที่ผ่านกระบวนการการวิเคราะห์บริบทชุมชน การประเมินปัญหาและกำหนดความต้องการจำเป็น และกระบวนการการพัฒนาหลักสูตร ซึ่งเป็นผลที่ได้การดำเนินการในระยะเวลาวิจัย และนำมาสู่การปฏิบัติในระยะเวลาพัฒนา ประกอบด้วยวงจรการวิจัย 2 วงจร รายละเอียดดังภาพ 3.3



ภาพ 3.3 สรุปการดำเนินการในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยเรื่อง การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” มีวัตถุประสงค์การวิจัยหลัก 3 ข้อ คือ 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล 2) เพื่อวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ และ 3) เพื่อจัดทำคู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร

วิธีวิทยาการวิจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ คือ การวิจัยและพัฒนา โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลระหว่างทีมนักวิจัยชุมชนซึ่งประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กของชุมชนนำร่อง และนักวิจัยร่วมกัน การนำเสนอผลการวิจัยจำแนกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การนำเสนอผลการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอผลการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ซึ่งจำแนกเป็น 2 วงจรการวิจัย และในแต่ละวงจรการวิจัยประกอบด้วยระยะการวิจัย (R) และระยะการพัฒนา (D) และส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในการวิจัยนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถใช้วัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โดยประยุกต์จากการบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ร่วมกับการเลี้ยงดู (nurturing care) ในการพัฒนาเครื่องมือ จากนั้นนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย จำนวน 345 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ 1.1) ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างวิจัย 1.2) การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และ 1.3)

การวิเคราะห์และเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างวิจัย

การดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) กับตัวอย่างจำนวน 345 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31-40 ปี มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และมากกว่า 15 ปี ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก ตัวอย่างวิจัยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคกลางและภาคตะวันออก รายละเอียดในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างวิจัยจำแนกตามภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน (N = 345)

| | ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน | | | | | | | | | | | |
|---------------------|----------------------|------|-----------------------|------|---------|-------|-------------|------|--------|-------|-----|-------|
| | ภาคเหนือ | | ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | | ภาคกลาง | | ภาคตะวันออก | | ภาคใต้ | | รวม | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | 61 | 17.7 | 66 | 19.2 | 82 | 23.8 | 74 | 21.4 | 62 | 18.0 | 345 | 100.0 |
| เพศ | | | | | | | | | | | | |
| ชาย | 2 | 3.3 | 1 | 1.5 | 0 | 0.0 | 11 | 14.9 | 0 | 0.0 | 14 | 4.1 |
| หญิง | 59 | 96.7 | 65 | 98.5 | 82 | 100.0 | 63 | 85.1 | 62 | 100.0 | 331 | 95.9 |
| อายุ | | | | | | | | | | | | |
| 21-30 ปี | 14 | 23.0 | 9 | 13.7 | 13 | 15.8 | 36 | 48.6 | 5 | 8.1 | 77 | 22.3 |
| 31-40 ปี | 23 | 37.7 | 15 | 22.7 | 26 | 31.7 | 15 | 20.3 | 13 | 21.0 | 92 | 26.7 |
| 41-50 ปี | 17 | 27.9 | 28 | 42.4 | 25 | 30.5 | 13 | 17.6 | 25 | 40.3 | 108 | 31.3 |
| > 50 ปี | 7 | 11.4 | 14 | 21.2 | 18 | 22.0 | 10 | 13.5 | 19 | 30.6 | 68 | 19.7 |
| วุฒิการศึกษา | | | | | | | | | | | | |
| ต่ำกว่าป. ตรี | 11 | 18.0 | 8 | 12.1 | 29 | 35.4 | 1 | 1.4 | 10 | 16.1 | 59 | 17.1 |
| ป. ตรี | 44 | 72.1 | 36 | 54.5 | 41 | 50.0 | 67 | 90.5 | 37 | 59.7 | 225 | 65.2 |
| สูงกว่าป. ตรี | 6 | 9.9 | 22 | 33.4 | 12 | 14.6 | 6 | 8.1 | 15 | 24.2 | 61 | 17.7 |

| | | ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|------|---------|------|-------------|------|--------|------|-----|------|-----|-------|
| | | ภาคตะวันออก เชียงใหม่ | | ภาคกลาง | | ภาคตะวันออก | | ภาคใต้ | | รวม | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| | | 61 | 17.7 | 66 | 19.2 | 82 | 23.8 | 74 | 21.4 | 62 | 18.0 | 345 | 100.0 |

ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็ก

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| ≤ 5 ปี | 18 | 29.5 | 15 | 22.7 | 28 | 34.1 | 40 | 54.0 | 10 | 16.1 | 111 | 32.2 |
| 6-10 ปี | 15 | 24.6 | 12 | 18.2 | 21 | 25.6 | 12 | 16.2 | 8 | 12.9 | 68 | 19.7 |
| 11-15 ปี | 7 | 11.5 | 18 | 27.3 | 15 | 18.3 | 9 | 12.2 | 15 | 24.2 | 64 | 18.5 |
| > 15 ปี | 21 | 34.4 | 21 | 31.8 | 18 | 23.0 | 13 | 17.6 | 29 | 46.8 | 102 | 29.6 |

การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| เคย | 51 | 83.6 | 57 | 86.4 | 70 | 85.4 | 52 | 70.3 | 54 | 87.1 | 284 | 82.3 |
| ไม่เคย | 10 | 16.4 | 9 | 13.6 | 12 | 14.6 | 22 | 29.7 | 8 | 12.9 | 61 | 17.7 |

1.2 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) กับการเลี้ยงดู (nurturing care) ที่ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยควรปฏิบัติเพื่อให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและการดูแลเด็กในด้านของการดูแลให้มีสุขภาพดี การดูแลที่ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ การดูแลที่สนองตอบ การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย และการให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อประเมินระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการดูแลเด็กของผู้ดูแลให้มีคุณภาพที่ดี ดังนั้นการนำแนวคิดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและแนวคิดการเลี้ยงดูมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลจะทำให้ได้เครื่องมือที่สามารถใช้วัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพเด็กได้ครอบคลุมมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามด้วยองค์ประกอบทั้ง 2 แนวคิดมีจำนวนมาก ถ้านำทุกองค์ประกอบมาสร้างข้อคำถามจะทำให้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความยาวหรือจำนวนข้อที่มากเกินไป อันจะส่งผลถึงคุณภาพของการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลได้ การวิจัยครั้งนี้จึงดำเนินการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในลักษณะเป็นพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) เพื่อเป็นการทำให้เครื่องมือมีจำนวนข้อคำถามลดน้อยลงและยังคงทำให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูตาม

กรอบแนวคิดที่ครบถ้วน โดยมีโครงสร้างของแบบวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัย รายละเอียดดังนี้

1.2.1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยมีการตรวจสอบทั้งความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ดำเนินการโดยนำเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำไปทดลองใช้ (tryout) กับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างวิจัยแต่ไม่ใช่ตัวอย่างวิจัย จำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา (Omega coefficient) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก พร้อมทั้งวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis)

1) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในส่วนของความตรงเชิงเนื้อหา เป็นการพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ความถูกต้องและความชัดเจนของเครื่องมือ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ในการวิพากษ์เครื่องมือวิจัย จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และมีความรู้ด้านการวิจัย จำนวน 2 ท่าน และเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและมีความรู้ด้านการวิจัย จำนวน 2 ท่าน (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาตรวจสอบและตัดสินคุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนของเครื่องมือ แล้วนำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายในการวัด (item object congruence: IOC) พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายในการวัดมีค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ข) และผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำสำหรับการปรับแก้ไขภาษาในบางข้อคำถามให้มีความกระชับ สามารถอ่านและเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สื่อความหมายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายในการวัด รายละเอียดดังตาราง 4.2

2) ผลการวิเคราะห์อำนาจจำแนกของเครื่องมือและการตรวจสอบความเที่ยง

การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยพิจารณาจากค่า Corrected item-total correlation พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมีค่าอำนาจจำแนกสูง อยู่ระหว่าง .566 ถึง .785 (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ข)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่พัฒนาขึ้น ด้วยการทดสอบกับผู้ดูแลเด็ก จำนวน 50 คน มีการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา (Omega coefficient) เนื่องจากข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นพหุมิติ ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .712 ถึง .833 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา (Omega coefficient) อยู่ระหว่าง .726 ถึง .838 ทั้งฉบับเท่ากับ .943 จึงสรุปได้ว่าค่าความเที่ยงมีคุณภาพเหมาะสม สามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้ และผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กกับผู้ดูแลเด็ก จำนวน 345 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .820 ถึง .903 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา (Omega coefficient) อยู่ระหว่าง .827 ถึง .905 ทั้งฉบับเท่ากับ .967 รายละเอียดดังตาราง 4.2

ตาราง 4.2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

| องค์ประกอบของตัวแปร | จำนวนข้อ | IOC | Tryout (n = 50) | | ตัวอย่างวิจัย (n = 345) | |
|---------------------------------------|----------|-----------|------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|
| | | | Cronbach's alpha coefficient | Omega coefficient | Cronbach's alpha coefficient | Omega coefficient |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | | | |
| การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | 5 | 0.60-1.00 | .712 | .726 | .820 | .827 |
| ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ | 5 | 0.60-1.00 | .833 | .838 | .886 | .887 |
| ทักษะการสื่อสาร | 5 | 0.60-1.00 | .760 | .772 | .861 | .862 |
| ทักษะการจัดการตนเอง | 5 | 0.80-1.00 | .777 | .784 | .825 | .827 |
| ทักษะการตัดสินใจ | 5 | 0.80-1.00 | .824 | .825 | .858 | .859 |
| การรู้เท่าทันสื่อ | 5 | 1.00 | .810 | .802 | .903 | .905 |

| องค์ประกอบของตัวแปร | จำนวน ข้อ | IOC | Tryout (n = 50) | | ตัวอย่างวิจัย (n = 345) | |
|---|--------------|------------------|------------------------------------|----------------------|------------------------------------|----------------------|
| | | | Cronbach's alpha coefficient | Omega coefficient | Cronbach's alpha coefficient | Omega coefficient |
| การเลี้ยงดู | | | | | | |
| การดูแลให้มีสุขภาพดี | 6 | 0.60-1.00 | .720 | .726 | .862 | .862 |
| การดูแลให้ได้โภชนาการ ที่เพียงพอ | 6 | 0.80-1.00 | .820 | .828 | .873 | .874 |
| การดูแลที่สนองตอบ | 6 | 0.60-1.00 | .777 | .776 | .857 | .859 |
| การดูแลด้านความมั่นคง และความปลอดภัย | 6 | 0.80-1.00 | .750 | .760 | .834 | .834 |
| การให้โอกาสในการเรียนรู้ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก | 6 | 0.80-1.00 | .757 | .756 | .864 | .865 |
| ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ | 30 | 0.60-1.00 | .941 | .943 | .967 | .967 |

3) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่พัฒนาขึ้นด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวัดกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สำหรับเนื้อหาผลการวิเคราะห์ที่บรรยายไว้ในส่วนของผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อความกระชับในการนำเสนอและแปรผลการวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดความเข้าใจที่ตรงกันให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยมีการได้กำหนดอักษรย่อที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

| | | |
|-----|-----|---|
| ACC | แทน | accessing information and service หมายถึง การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ |
| KNO | แทน | health knowledge and understand หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพ |
| COM | แทน | communication skill หมายถึง ทักษะการสื่อสาร |
| SEL | แทน | self-management skill หมายถึง ทักษะการจัดการตนเอง |
| DEC | แทน | decision skill หมายถึง ทักษะการตัดสินใจ |

| | |
|-----|--|
| MED | แทน media literacy หมายถึง การรู้เท่าทันสื่อ |
| GH | แทน good health หมายถึง การดูแลให้มีสุขภาพดี |
| AN | แทน adequate nutrition หมายถึง การดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ |
| RC | แทน responsive caregiving หมายถึง การดูแลที่สนองตอบ |
| SS | แทน security and safety หมายถึง การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย |
| EL | แทน opportunities for early learning หมายถึง การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก |

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 30 ตัวแปร มีค่าอยู่ระหว่าง .309 - .745 ตัวแปรสังเกตได้ทุกคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการทดสอบ Bartlett's test มีนัยสำคัญ แสดงว่า ข้อมูลไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ และค่า KMO เข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป รายละเอียดดังตาราง 4.3

การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดและนำมาคำนวณน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรจากข้อมูลเชิงประจักษ์ ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยวิธีการประมาณค่าแบบ maximum likelihood estimator with robust standard errors (MLR) ซึ่งเป็นสถิติที่มีความแกร่งและสามารถใช้ได้กับข้อมูลที่มีลักษณะการกระจายที่ไม่เป็นโค้งปกติ (Muthen & Muthen, 2017)

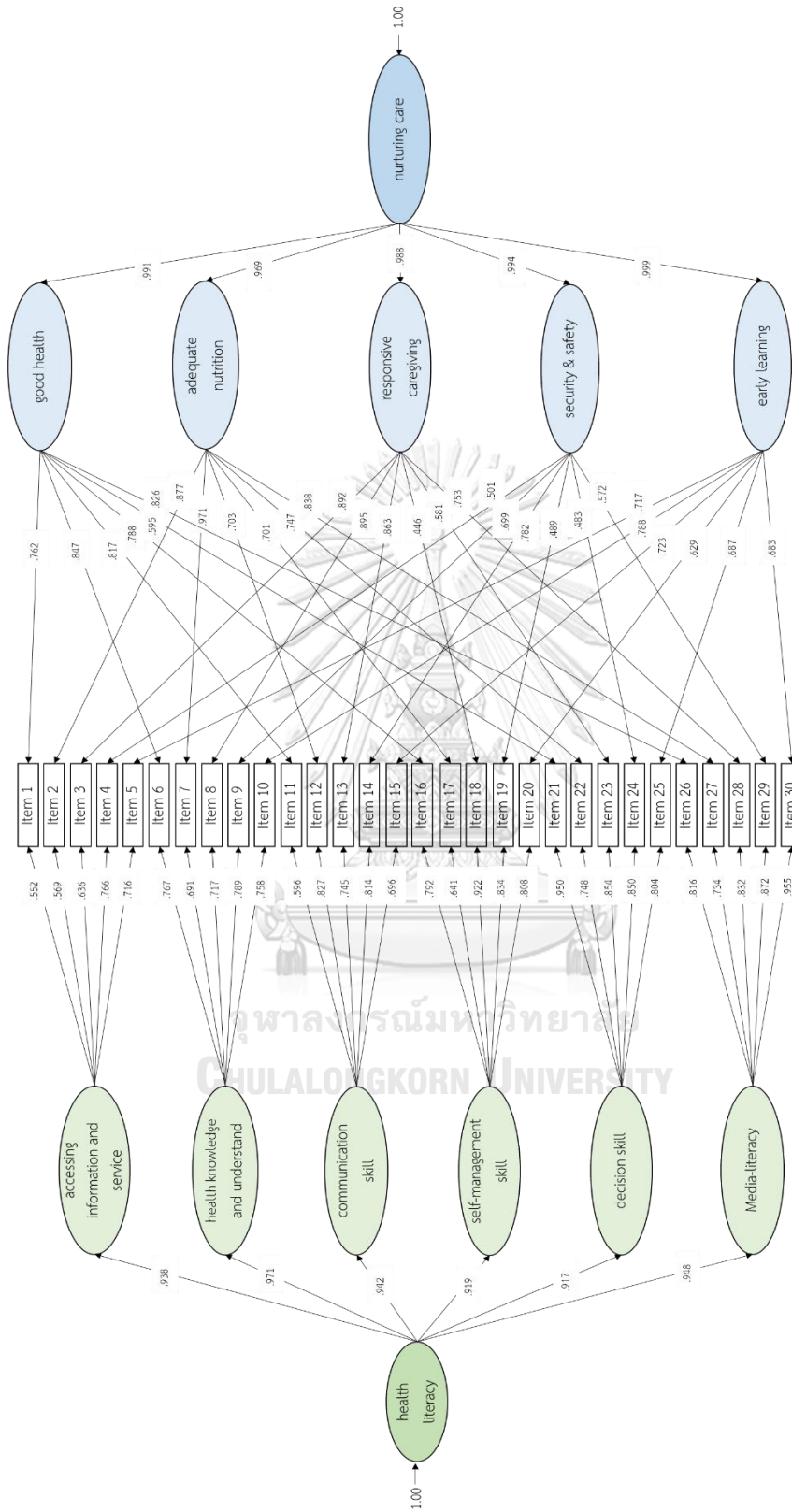
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพหุมิติของโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก พบว่าโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 / (343, N=345) = 446.23, p = .0001, CFI = .979, TLI = .974, SRMR = .051, RMSEA = .030, AIC = 14556.473, BIC = 15140.692$) และมีค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2 / df) เท่ากับ 1.30 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานหลักที่ว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีดัชนีของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .552 - .955 ส่วนดัชนีของการเลี้ยงดูมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .446 - .971 และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายอยู่ระหว่าง .452 - .740

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก พบว่าตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบการเลี้ยงดูทุกตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .917 - .971 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (KNO) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .971 ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านทักษะการตัดสินใจ (DEC) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .917 สำหรับองค์ประกอบการเลี้ยงดู มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .969 - .999 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ด้านการให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (EL) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .999 ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ (AN) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .969 รายละเอียดดังตาราง 4.4 และจากผลการตรวจสอบโมเดลสามารถสรุปเป็นแผนภาพโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก ดังภาพ 4.1

ตาราง 4.4 ผลการตรวจสอบโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

| ข้อ | Factor loading | | | | | | | | | | | Residual Variances | R ² |
|---|----------------------|-------|---------|---------|----------------|------------|-------------|-------|---------|----------|----------------|-----------------------|----------------|
| | ACC | KNO | COM | SEL | DEC | MED | GH | AN | RC | SS | EL | | |
| ITEM1 | .552 | | | | | | .762 | | | | | .536 | .464 |
| ITEM2 | .569 | | | | | | | .877 | | | | .396 | .604 |
| ITEM3 | .636 | | | | | | | | .892 | | | .366 | .634 |
| ITEM4 | .766 | | | | | | | | | .501 | | .548 | .452 |
| ITEM5 | .716 | | | | | | | | | | .717 | .490 | .510 |
| ITEM6 | | .767 | | | | | .847 | | | | | .368 | .632 |
| ITEM7 | | .691 | | | | | | .971 | | | | .260 | .740 |
| ITEM8 | | .717 | | | | | | | .895 | | | .349 | .651 |
| ITEM9 | | .789 | | | | | | | | .699 | | .463 | .537 |
| ITEM10 | | .758 | | | | | | | | | .788 | .429 | .571 |
| ITEM11 | | | .596 | | | | .817 | | | | | .468 | .532 |
| ITEM12 | | | .827 | | | | | .703 | | | | .393 | .607 |
| ITEM13 | | | .745 | | | | | | .863 | | | .344 | .656 |
| ITEM14 | | | .814 | | | | | | | .782 | | .368 | .632 |
| ITEM15 | | | .696 | | | | | | | | .723 | .503 | .497 |
| ITEM16 | | | | .792 | | | .788 | | | | | .364 | .636 |
| ITEM17 | | | | .641 | | | | .701 | | | | .528 | .472 |
| ITEM18 | | | | .922 | | | | | .446 | | | .352 | .648 |
| ITEM19 | | | | .834 | | | | | | .489 | | .466 | .534 |
| ITEM20 | | | | .808 | | | | | | | .629 | .454 | .546 |
| ITEM21 | | | | | .950 | | .595 | | | | | .297 | .703 |
| ITEM22 | | | | | .748 | | | .747 | | | | .418 | .582 |
| ITEM23 | | | | | .854 | | | | .581 | | | .417 | .583 |
| ITEM24 | | | | | .850 | | | | | .483 | | .448 | .552 |
| ITEM25 | | | | | .804 | | | | | | .687 | .426 | .574 |
| ITEM26 | | | | | | .816 | .826 | | | | | .334 | .666 |
| ITEM27 | | | | | | .734 | | .838 | | | | .367 | .633 |
| ITEM28 | | | | | | .832 | | | .753 | | | .373 | .627 |
| ITEM29 | | | | | | .872 | | | | .572 | | .419 | .581 |
| ITEM30 | | | | | | .955 | | | | | .683 | .287 | .713 |
| องค์ประกอบ | ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | | องค์ประกอบ | การเลี้ยงดู | | | | | | |
| | b | SE | β | t | R ² | | b | SE | β | t | R ² | | |
| การวิเคราะห์องค์ประกอบอันดับสอง | | | | | | | | | | | | | |
| ACC | 1.000 | <---> | 0.938 | <---> | 0.879 | GH | 0.916 | 0.083 | 0.991 | 73.916* | 0.983 | | |
| KNO | 1.368 | 0.136 | 0.971 | 28.192* | 0.944 | AN | 1.000 | <---> | 0.969 | <---> | 0.938 | | |
| COM | 1.128 | 0.196 | 0.942 | 24.999* | 0.888 | RC | 1.041 | 0.080 | 0.988 | 274.964* | 0.976 | | |
| SEL | 1.342 | 0.129 | 0.919 | 33.223* | 0.844 | SS | 0.484 | 0.110 | 0.994 | 197.794* | 0.989 | | |
| DEC | 1.526 | 0.101 | 0.917 | 47.327* | 0.841 | EL | 0.728 | 0.092 | 0.999 | 46.941* | 0.997 | | |
| MED | 1.288 | 0.159 | 0.948 | 40.008* | 0.899 | | | | | | | | |
| $\chi^2 = 446.233$, $df = 343$, $p = 0.0001$, $\chi^2/df = 1.30$, CFI = 0.979, TLI = 0.974 SRMR = 0.051, RMSEA = 0.030, AIC = 14556.473, BIC = 15140.692 | | | | | | | | | | | | | |

หมายเหตุ: * $p < .001$, < --- > คือ ไม่มีรายงานค่า SE และ t เนื่องจากเป็นพารามิเตอร์บังคับ (constrained parameter)



$\chi^2 = 446.233$, $df = 343$, $p = 0.0001$, $\chi^2/df = 1.30$, CFI = 0.979, TLI = 0.974
 SRMR = 0.051, RMSEA = 0.030, AIC = 14556.473, BIC = 15140.692

ภาพ 4.1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบพหุมิติภายในข้อคำถาม

1.3 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน

เนื่องจากผลการวิเคราะห์โมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก พบว่าองค์ประกอบของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมีน้ำหนักความสำคัญใกล้เคียงกัน ดังนั้นในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้จะใช้คะแนนดิบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของตัวอย่างวิจัยมาวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก และ 2) ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลตามภูมิหลังที่แตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

1.3.1 ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบขององค์ประกอบย่อยในแต่ละองค์ประกอบใกล้เคียงกันจึงคำนวณคะแนนเฉลี่ยรายด้านแบบไม่ถ่วงน้ำหนัก การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้โมเดลการวัด 2 แนวคิด ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) เป็นองค์ประกอบหลักมี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ และ 2) การเลี้ยงดู (nurturing care) ตามแนวคิดของ World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018) มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลให้มีสุขภาพดี การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ การดูแลที่สนองตอบ การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย และการให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.28, SD = 0.49$) เมื่อพิจารณาในส่วนของโมเดลความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.21 ถึง 4.36 (SD อยู่ระหว่าง 0.51 ถึง 0.58) และเมื่อพิจารณาในส่วนของโมเดลการเลี้ยงดู พบว่าผู้ดูแลเด็กมีการเลี้ยงดูอยู่ในระดับมากทุกด้านเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.21 ถึง 4.40 (SD อยู่ระหว่าง 0.46 ถึง 0.56) รายละเอียดดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5 ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล จำแนกตามโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดู ($N = 345$)

| ตัวแปร | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>SD</i> | min | max | แปลผล |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก | | | | | | |
| การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (ACC) | 4.36 | 4.40 | 0.52 | 2.60 | 5.00 | มาก |
| ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (UND) | 4.22 | 4.20 | 0.58 | 3.00 | 5.00 | มาก |
| ทักษะการสื่อสาร (COM) | 4.21 | 4.20 | 0.56 | 2.60 | 5.00 | มาก |
| ทักษะการจัดการตนเอง (SEL) | 4.33 | 4.40 | 0.51 | 2.40 | 5.00 | มาก |
| ทักษะการตัดสินใจ (DEC) | 4.33 | 4.20 | 0.52 | 2.80 | 5.00 | มาก |
| การรู้เท่าทันสื่อ (MED) | 4.23 | 4.20 | 0.58 | 2.20 | 5.00 | มาก |
| การเลี้ยงดู | | | | | | |
| การดูแลให้มีสุขภาพดี (GH) | 4.21 | 4.17 | 0.54 | 2.83 | 5.00 | มาก |
| การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ (AN) | 4.21 | 4.17 | 0.56 | 2.17 | 5.00 | มาก |
| การดูแลที่สนองตอบ (RC) | 4.27 | 4.17 | 0.53 | 2.50 | 5.00 | มาก |
| การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย (SS) | 4.40 | 4.50 | 0.46 | 3.00 | 5.00 | มาก |
| การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (EL) | 4.30 | 4.17 | 0.51 | 2.50 | 5.00 | มาก |
| ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวม | 4.28 | 4.27 | 0.49 | 2.60 | 5.00 | มาก |

1.3.2 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลตามภูมิภาคที่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ใช้ประกอบการอธิบายความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามภูมิภาค หลัง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน และประวัติการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก ในแต่ละภูมิภาค โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) สถิติทดสอบเวลช์ (Welch test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ใช้ประกอบการอธิบายความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามภูมิภาค หลัง คือ ประวัติการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีประวัติการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็กแตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผู้ดูแลเด็กที่เคยผ่านการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานใน

การดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่เคยผ่านการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก ($t(343) = 2.749, p = .006$)

ตาราง 4.6 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กจำแนกตามภูมิภาค

| ตัวแปร | n | M | SD | Levene's test of equal of | | | t | df | p | ผลการเปรียบเทียบ |
|--|-----|------|-----|---------------------------|------|---------|-------|-----|------|------------------|
| | | | | variance | | Equal | | | | |
| | | | | F | Sig | | | | | |
| ประวัติการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก | | | | | | | | | | |
| เคย | 284 | 4.31 | .47 | 2.531 | .113 | Assumed | 2.749 | 343 | .006 | เคย สูงกว่า |
| ไม่เคย | 61 | 4.13 | .54 | | | | | | | ไม่เคย |
| รวม | 345 | 4.28 | .49 | | | | | | | |

$p < .05$

การวิเคราะห์ตัวแปรที่ใช้ประกอบการอธิบายความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามภูมิภาคได้แก่ เพศ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก ใช้สถิติทดสอบ Welch (Welch test) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีขนาดไม่เท่ากัน และความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่มีความเป็นเอกพันธ์ (Levene test มีค่า $p < .05$) พบว่า ทั้งเพศและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ดูแลเด็กเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กเพศชาย ($F(1,15.407) = 9.802, p = .002$) และผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็กน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ($F(3,341) = 3.442, p = .017$)

การวิเคราะห์ตัวแปรที่ใช้ประกอบการอธิบายความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามภูมิภาคได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA) พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก และภูมิภาคที่ปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ดูแลเด็กระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและต่ำกว่าปริญญาตรี ($F(2,342) = 5.582, p = .004$) และผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคตะวันออก ($F(4,340) = 10.914, p < .001$) ส่วนตัวแปรด้านอายุของผู้ดูแลเด็ก ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กระหว่างกลุ่มไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ($F(3,341) = 2.090, p = .101$) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอายุแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 4.7

ตาราง 4.7 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กจำแนกตามภูมิภาค

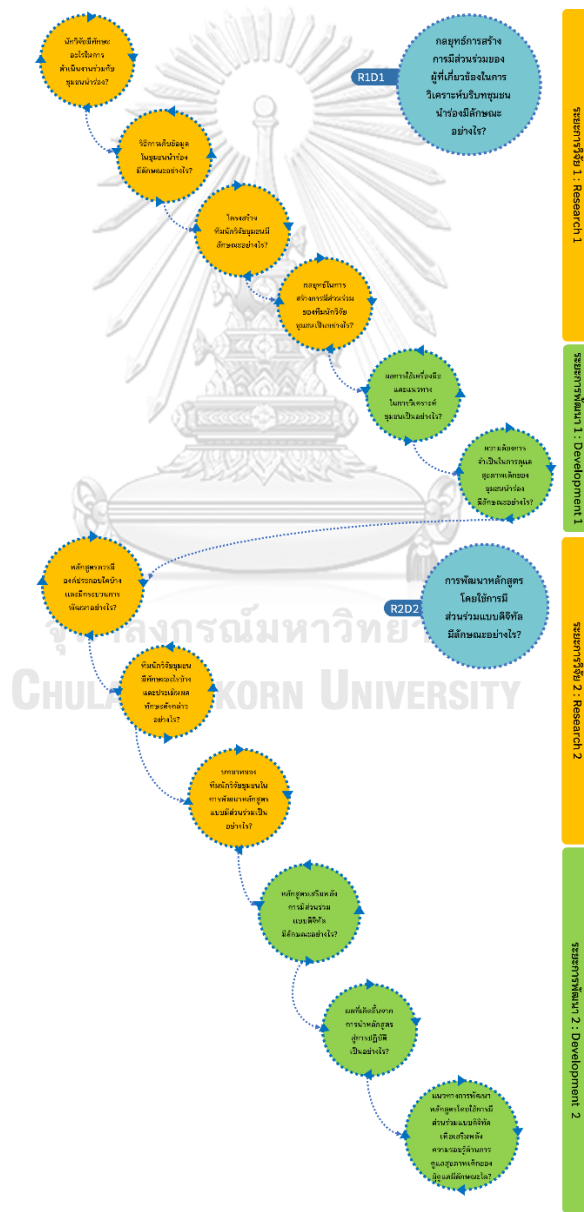
| ตัวแปร | n | M | SD | SSB | SSW | dfB | dfW | MSB | MSW | F | p | ผลการเปรียบเทียบ |
|---|-----|------|-----|---|--------|-----|-----|-------|-------|---------------------|-------|--|
| เพศ | | | | | | | | | | | | |
| ชาย | 14 | 3.89 | .33 | 2.254 | 78.879 | 1 | 343 | 2.254 | 0.230 | 9.802 ^a | .002 | หญิง สูงกว่า ชาย |
| หญิง | 331 | 4.30 | .48 | Robust Test of Equality of Means | | | | | | | | |
| รวม | 345 | 4.28 | .49 | Welch = 19.310, df1 = 1, df2 = 15.407, p-value = .000 | | | | | | | | |
| อายุ | | | | | | | | | | | | |
| 21-30ปี | 77 | 4.18 | .53 | 1.465 | 79.668 | 3 | 341 | 0.448 | 0.234 | 2.090 ^b | .101 | - |
| 31-40ปี | 92 | 4.29 | .52 | Levene's Test of Equality of Error Variance F = 1.907, df1 = 3, df2 = 341, p-value = .128 | | | | | | | | |
| 41-50ปี | 108 | 4.27 | .47 | | | | | | | | | |
| >50 ปี | 68 | 4.38 | .40 | | | | | | | | | |
| รวม | 345 | 4.28 | .49 | | | | | | | | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | | | | | | | | |
| <ป.ตรี | 59 | 4.21 | .54 | 2.565 | 78.568 | 2 | 342 | 1.282 | 0.230 | 5.582 ^b | .004 | สูงกว่าป.ตรี สูงกว่า ป.ตรี และต่ำกว่า ป.ตรี |
| ป.ตรี | 225 | 4.25 | .48 | Levene's Test of Equality of Error Variance F = 2.711, df1 = 2, df2 = 342, p-value = .068 | | | | | | | | |
| >ป.ตรี | 61 | 4.46 | .41 | | | | | | | | | |
| รวม | 345 | 4.28 | .49 | | | | | | | | | |
| ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก | | | | | | | | | | | | |
| ≤5 ปี | 111 | 4.19 | .55 | 2.384 | 78.749 | 3 | 341 | 0.795 | 0.231 | 3.442 ^a | .017 | มากกว่า 15 ปี สูงกว่า น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี |
| 6-10ปี | 68 | 4.29 | .49 | Robust Test of Equality of Means Welch = 3.615, df1 = 3, df2 = 172.714, p-value = .014 | | | | | | | | |
| 11-15ปี | 64 | 4.24 | .43 | | | | | | | | | |
| >15 ปี | 102 | 4.39 | .43 | | | | | | | | | |
| รวม | 345 | 4.28 | .49 | | | | | | | | | |
| ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน | | | | | | | | | | | | |
| เหนือ | 61 | 4.46 | .50 | 9.232 | 71.901 | 4 | 340 | 2.308 | 0.211 | 10.914 ^a | <.001 | เหนือ, ตะวันออก/เหนือ, กลางและใต้ สูงกว่า ตะวันออก |
| ออก/เหนือ | 66 | 4.44 | .45 | Levene's Test of Equality of Error Variance F = 1.420, df1 = 4, df2 = 340, p-value = .227 | | | | | | | | |
| กลาง | 82 | 4.27 | .48 | | | | | | | | | |
| ออก | 74 | 4.01 | .42 | | | | | | | | | |
| ใต้ | 62 | 4.25 | .45 | | | | | | | | | |
| รวม | 345 | 4.28 | .49 | | | | | | | | | |

หมายเหตุ $p < .05$, a = Welch test, b = one way ANOVA

โดยสรุป ตัวแปรภูมิภาคที่สามารถอธิบายความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน และประวัติการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก ส่วนตัวแปรอายุ ไม่สามารถอธิบายความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

ผลการวิจัยในส่วนนี้เป็นกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้จำแนกกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรออกเป็นวงจรการวิจัย 2 วงจร โดยวงจรการวิจัยที่ 1 การออกแบบกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวงจรการวิจัยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งในแต่ละวงจรมี 2 ระยะ คือ ระยะการวิจัย (R) และระยะการพัฒนา (D) และในแต่ละระยะประกอบด้วยคำถามวิจัยย่อย รายละเอียดดังภาพ 4.2



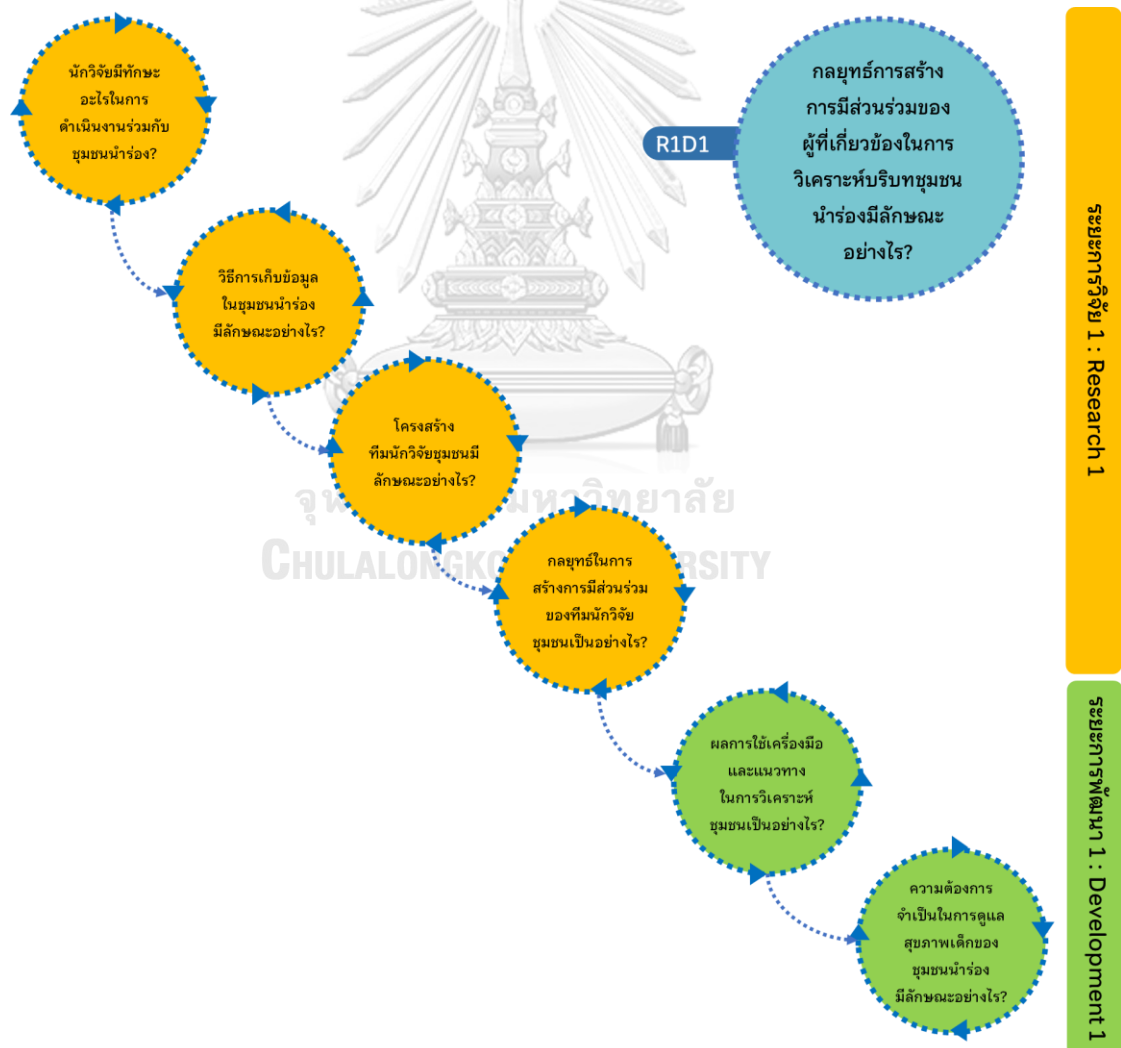
ภาพ 4.2 ภาพรวมคำถามการวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 1 และ 2

2.1 การดำเนินการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยจำแนกเป็นวงจรการวิจัย 2 วงจร โดยใช้ระยะเวลา 9 เดือน ในช่วงเดือนกันยายน 2564 ถึง พฤษภาคม 2565 โดยในแต่ละวงจรมีผลการวิจัย สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1.1 วงจรการวิจัยที่ 1 การออกแบบกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง (R1D1)

ผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (1) ระยะการวิจัย ที่มุ่งเน้นวิเคราะห์และออกแบบกระบวนการ วิธีการ เครื่องมือ และกลยุทธ์ในการสำรวจและวิเคราะห์ชุมชน รวมตลอดทั้งการดำเนินงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยและทีมนักวิจัยชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วม และ (2) ระยะการพัฒนา ที่มุ่งเน้นการนำแนวทางที่ออกแบบไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการจำเป็นด้านการดูแลเด็กเล็ก รายละเอียดดังภาพ 4.3



ภาพ 4.3 คำถามวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 1 (R1D1)

1) ระยะเวลาวิจัย 1 (R1) วิเคราะห์และออกแบบกระบวนการ วิธีการ เครื่องมือ และกลยุทธ์ในการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่อง

การดำเนินการวิจัยในระยะเวลาวิจัย 1 นี้มีคำถามวิจัย 4 คำถาม ประกอบด้วย ทักษะของนักวิจัยในการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่อง วิธีการในการเก็บข้อมูลของชุมชนนาร่อง โครงสร้างของทีมวิจัยชุมชน และกลยุทธ์ที่ใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของนักวิจัยชุมชน โดยใช้วิธีวิจัย 2 วิธี ประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร และการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีผลการวิจัย ดังนี้

| คำถามวิจัย | การดำเนินการวิจัย | |
|---|-------------------|----------------------|
| | การวิจัยเอกสาร | การสัมภาษณ์ผู้บริหาร |
| 1. ทักษะของนักวิจัยที่ใช้ในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนนาร่อง | ✓ | |
| 2. วิธีการในการเก็บข้อมูลในชุมชนนาร่อง | ✓ | |
| 3. โครงสร้างของทีมนักวิจัยชุมชน | ✓ | ✓ |
| 4. กลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมให้กับทีมนักวิจัยชุมชน | ✓ | ✓ |

เนื้อหาส่วนนี้เป็นการนำเสนอผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะเวลาวิจัย ประกอบด้วย 4 คำถามวิจัย รายละเอียดดังตาราง 4.8

ตาราง 4.8 ผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะเวลาวิจัย 1 (R1)

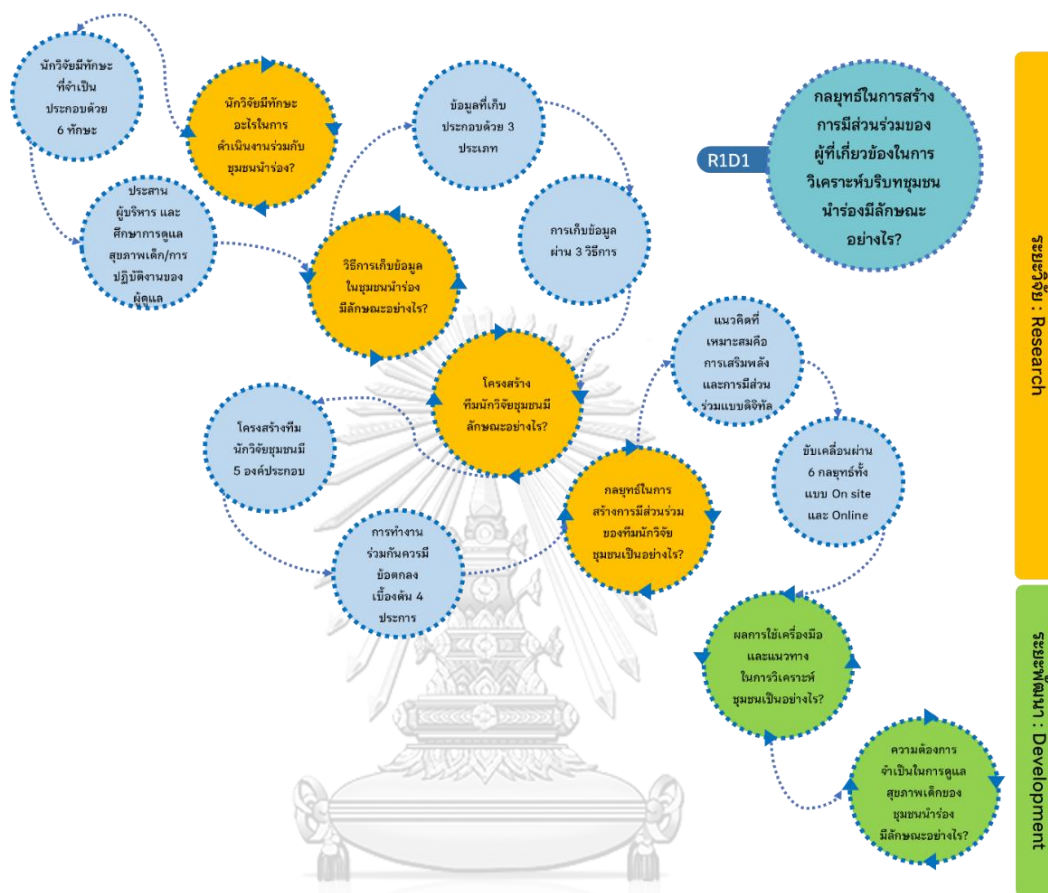
| ผลที่ได้จากระยะการวิจัย 1 (R1) | |
|--|--|
| คำถามวิจัยที่ 1 นักวิจัยมีทักษะอะไรในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนนาร่อง? | การดำเนินการวิจัย : การวิจัยเอกสาร การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง |
| ผลผลิต | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้จากการวิจัย |
| ทักษะของนักวิจัยที่จำเป็นในการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่องคืออะไร? | ทักษะที่จำเป็นในการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่อง ประกอบด้วย 6 ทักษะ ประกอบด้วย ทักษะความเป็นผู้นำ ทักษะการเป็นผู้อำนวยความสะดวกและการประสานงาน ทักษะความรอบรู้ด้านดิจิทัล ทักษะการเสริมพลัง ทักษะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และทักษะการสื่อสาร |
| นักวิจัยควรเตรียมตัวอย่างใดในการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่อง? | <ul style="list-style-type: none"> การประสานงานกับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนนาร่อง เพื่อทำความเข้าใจและกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมและพัฒนาหลักสูตร ศึกษาปัญหา ข้อมูล และความรู้เบื้องต้นในด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และลักษณะการทำงานของคู่มือในการปฏิบัติงานจริง |
| สรุปผลที่ได้ | |
| 1. ทักษะที่จำเป็นของนักวิจัยในการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่อง คือ ทักษะความเป็นผู้นำ ทักษะการเป็นผู้อำนวยความสะดวกและการประสานงาน ทักษะความรอบรู้ด้านดิจิทัล ทักษะการเสริมพลัง ทักษะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และทักษะการสื่อสาร 2. นักวิจัยจะต้องเตรียมความพร้อมด้วยการประสานงานกับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนนาร่อง และศึกษาข้อมูลความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กและการปฏิบัติงานของคู่มือ | |

| ผลที่ได้จากระยะการวิจัย 1 (R1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------|-------------------|-----------------|--|--|-------------|-------------------|---------|--------------------------------|---|---|--|--|--|--|---|---|---|---|--|
| คำถามวิจัยที่ 2 วิธีการเก็บข้อมูลในชุมชนนำร่องมีลักษณะอย่างไร? | | การดำเนินการวิจัย : การวิจัยเอกสาร การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผลผลิต | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้จากการวิจัย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ข้อมูลที่จำเป็นจะต้องใช้เพื่อวิเคราะห์ชุมชนประกอบด้วยข้อมูลอะไรบ้าง? | <ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลบริบททั่วไป สภาพแวดล้อม ความเป็นมา ลักษณะทางกายภาพ และข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียนและชุมชนรอบข้าง • ปัญหาความต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพของเด็กในชุมชนนำร่อง ประกอบด้วย สถานการณ์สุขภาพทั่วไป โรคหรืออาการที่พบบ่อย สภาพแวดล้อมของชุมชนนำร่อง ความปลอดภัยและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค • ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. การวิเคราะห์ชุมชนในงานวิจัยควรใช้เครื่องมือใด? | การเก็บข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ชุมชนที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">วิธีการเก็บข้อมูล</th> <th colspan="3">ข้อมูลที่ได้รับ</th> </tr> <tr> <th>บริบททั่วไป</th> <th>ความต้องการจำเป็น</th> <th>ความรู้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นในระยะก่อนหน้า</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> <tr> <td>3. การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเสียงจากภาพ (photovoice) การเก็บข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) และกระดานระดมสมองออนไลน์ (Padlet) การใช้โปรแกรม Mentimeter</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | วิธีการเก็บข้อมูล | ข้อมูลที่ได้รับ | | | บริบททั่วไป | ความต้องการจำเป็น | ความรู้ | 1. การสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน | ✓ | ✓ | | 2. การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นในระยะก่อนหน้า | | | ✓ | 3. การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเสียงจากภาพ (photovoice) การเก็บข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) และกระดานระดมสมองออนไลน์ (Padlet) การใช้โปรแกรม Mentimeter | ✓ | ✓ | |
| วิธีการเก็บข้อมูล | ข้อมูลที่ได้รับ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | บริบททั่วไป | ความต้องการจำเป็น | ความรู้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. การสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นในระยะก่อนหน้า | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเสียงจากภาพ (photovoice) การเก็บข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) และกระดานระดมสมองออนไลน์ (Padlet) การใช้โปรแกรม Mentimeter | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สรุปผลที่ได้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. การเก็บข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลบริบททั่วไป ข้อมูลปัญหาความต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพของเด็กและระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และโปรแกรมหรือแอปพลิเคชันดิจิทัล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ผลที่ได้จากระยะการวิจัย 1 (R1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|------------|-----------------|----------------------|---|-----------------------|----------------------|---|---------------------------------|------------------------|---|-----------------------------|-----------|---|--------------------------------|------------------------|---|----------------------------|
| คำถามวิจัยที่ 3 โครงสร้างทีมนักวิจัยชุมชนมีลักษณะอย่างไร? | การดำเนินการวิจัย : การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนชุมชนนำร่อง | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผลผลิต | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้จากการวิจัย | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทีมนักวิจัยชุมชนควรมีลักษณะอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> • โครงสร้างของทีมนักวิจัยชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>องค์ประกอบ</th> <th>จำนวน (คน)</th> <th>การสะท้อนมุมมอง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ผู้บริหารโรงเรียน</td> <td>1</td> <td>การกำหนดนโยบาย/แนวทาง</td> </tr> <tr> <td>2. ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย</td> <td>2</td> <td>พฤติกรรม/การดูแลเด็กที่โรงเรียน</td> </tr> <tr> <td>3. ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย</td> <td>2</td> <td>พฤติกรรม/ความต้องการให้ดูแล</td> </tr> <tr> <td>4. พยาบาล</td> <td>1</td> <td>ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็ก</td> </tr> <tr> <td>5. นักวิชาการ/นักวิจัย</td> <td>1</td> <td>ด้านกระบวนการพัฒนาหลักสูตร</td> </tr> </tbody> </table> • ทีมนักวิจัยชุมชนแต่ละองค์ประกอบมีส่วนสำคัญในการช่วยสะท้อนมุมมองที่แตกต่างกันสำคัญเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายในการวิเคราะห์ชุมชนและพัฒนาหลักสูตร • หลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก จำเป็นจะต้องมีสมาชิกในทีมที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อร่วมสะท้อนมุมมองหรือให้แนวคิดเบื้องต้นได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบหลักสูตรให้เหมาะสมกับบริบทจริง | องค์ประกอบ | จำนวน (คน) | การสะท้อนมุมมอง | 1. ผู้บริหารโรงเรียน | 1 | การกำหนดนโยบาย/แนวทาง | 2. ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย | 2 | พฤติกรรม/การดูแลเด็กที่โรงเรียน | 3. ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย | 2 | พฤติกรรม/ความต้องการให้ดูแล | 4. พยาบาล | 1 | ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็ก | 5. นักวิชาการ/นักวิจัย | 1 | ด้านกระบวนการพัฒนาหลักสูตร |
| องค์ประกอบ | จำนวน (คน) | การสะท้อนมุมมอง | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ผู้บริหารโรงเรียน | 1 | การกำหนดนโยบาย/แนวทาง | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย | 2 | พฤติกรรม/การดูแลเด็กที่โรงเรียน | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย | 2 | พฤติกรรม/ความต้องการให้ดูแล | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. พยาบาล | 1 | ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็ก | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. นักวิชาการ/นักวิจัย | 1 | ด้านกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การทำงานของทีมนักวิจัยชุมชนควรมีข้อตกลงเบื้องต้นอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> • การทำงานร่วมกันของทีมนักวิจัยชุมชนควรมีข้อตกลงพื้นฐานร่วมกัน 5 ประการ ดังนี้ (1) การกำหนดเวลาในการทำงานร่วมกันของทีมนักวิจัยชุมชน จะต้องไม่รบกวนเวลางานและชีวิตส่วนตัวมากนัก และเป็นไปตามความสมัครใจของสมาชิกในทีม (2) ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนจะต้องแสดงความคิดเห็นหรือสะท้อนคิดตามความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองให้มีความหลากหลายและครอบคลุมมากประเด็นมากขึ้น (3) ผู้บริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมตลอดจนการทดลองนำหลักสูตรไปทดลองใช้ในบริบทจริง (4) นักวิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และ (5) การจัดกิจกรรมมีทั้งแบบ ณ สถานที่ตั้งและแบบออนไลน์ตามความเหมาะสมของสถานการณ์และความสะดวกของทีมนักวิจัยชุมชน | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สรุปผลที่ได้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. โครงสร้างของทีมนักวิจัยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ เพื่อสะท้อนมุมมองที่หลากหลาย และจะต้องมีสมาชิกในทีมที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. การทำงานร่วมกันของทีมนักวิจัยชุมชนมีข้อตกลงร่วมกัน 5 ประการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ผลที่ได้จากระยะการวิจัย 1 (R1) | |
|--|--|
| คำถามวิจัยที่ 4 กลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชนเป็นอย่างไร? | การดำเนินการวิจัย : การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนชุมชนนำร่อง |
| ผลผลิต | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้จากการวิจัย |
| แนวคิดที่นำมาใช้ในการออกแบบกลยุทธ์การเสริมพลังการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชนคือแนวคิดใด? | <ul style="list-style-type: none"> • แนวคิดการเสริมพลัง (empowerment) เป็นกระบวนการทางสังคมที่มีแนวคิดแบบพลวัตที่มีการแสดงถึงการยอมรับ ชื่นชม ส่งเสริม พัฒนาและการสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนา สร้างแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถทำงานไปสู่เป้าหมายของงานหรือองค์กรได้ โดยไม่มีการบังคับหรือเรียกร้องให้ทำ • แนวคิดการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล (digital participation) เป็นการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในสังคมดิจิทัลโดยผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสมัยใหม่สามารถทำให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนในการแสดงข้อมูลความรู้ แสดงความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้มากขึ้น สามารถแสดงออกได้อย่างอิสระ |
| การเสริมพลังการมีส่วนร่วมควรมีขั้นตอนเป็นอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> • การเสริมพลังการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชน มี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ และสร้างความร่วมมือ (2) การค้นพบสภาพการณ์จริง (3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (4) การสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร (5) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ (6) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ • การขับเคลื่อนการเสริมพลังมีดำเนินการแบบผสมผสานทั้งแบบการดำเนินการแบบเจอหน้า ณ สถานที่ตั้ง และแบบออนไลน์ผ่านเครื่องมือดิจิทัล ทั้งนี้ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมและสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 |
| สรุปผลที่ได้ | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. แนวคิดที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการออกแบบกลยุทธ์การเสริมพลังการมีส่วนร่วม ได้แก่ แนวคิดการเสริมพลัง และแนวคิดการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล 2. การเสริมพลังการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยมีทั้งการจัดกิจกรรม ณ สถานที่ตั้งและแบบออนไลน์ผ่านเครื่องมือดิจิทัล | |

จากการดำเนินการวิจัยในระยะการวิจัย 1 ประกอบด้วยคำถามวิจัยหลัก 4 คำถาม พร้อมแสดงผลการวิจัยที่ได้ในแต่ละคำถามวิจัยหลัก ผู้วิจัยได้ทำการสรุปรายละเอียดดังภาพ 4.4



ภาพ 4.4 ผลที่ได้จากการวิจัยระยะการวิจัย 1 (R1)

เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยในระยะการวิจัย 1 (R1) ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการวิจัยในระยะการพัฒนา 1 (D1) โดยดำเนินงานพัฒนาหลักสูตรร่วมกันระหว่างนักวิจัยและทีมนักวิจัยชุมชน ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การวิเคราะห์บริบทชุมชนเพื่อให้ได้ปัญหาของชุมชน และร่วมกันพัฒนาหลักสูตรที่มีสารสนเทศเกี่ยวกับประเด็นปัญหา ความต้องการจำเป็นด้านการดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อนำหลักสูตรไปสู่การปฏิบัติได้ในบริบทจริงในลำดับต่อไป

2) ระยะการพัฒนา 1 (D1) การนำแนวทางที่ออกแบบไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการจำเป็นด้านการดูแลเด็ก

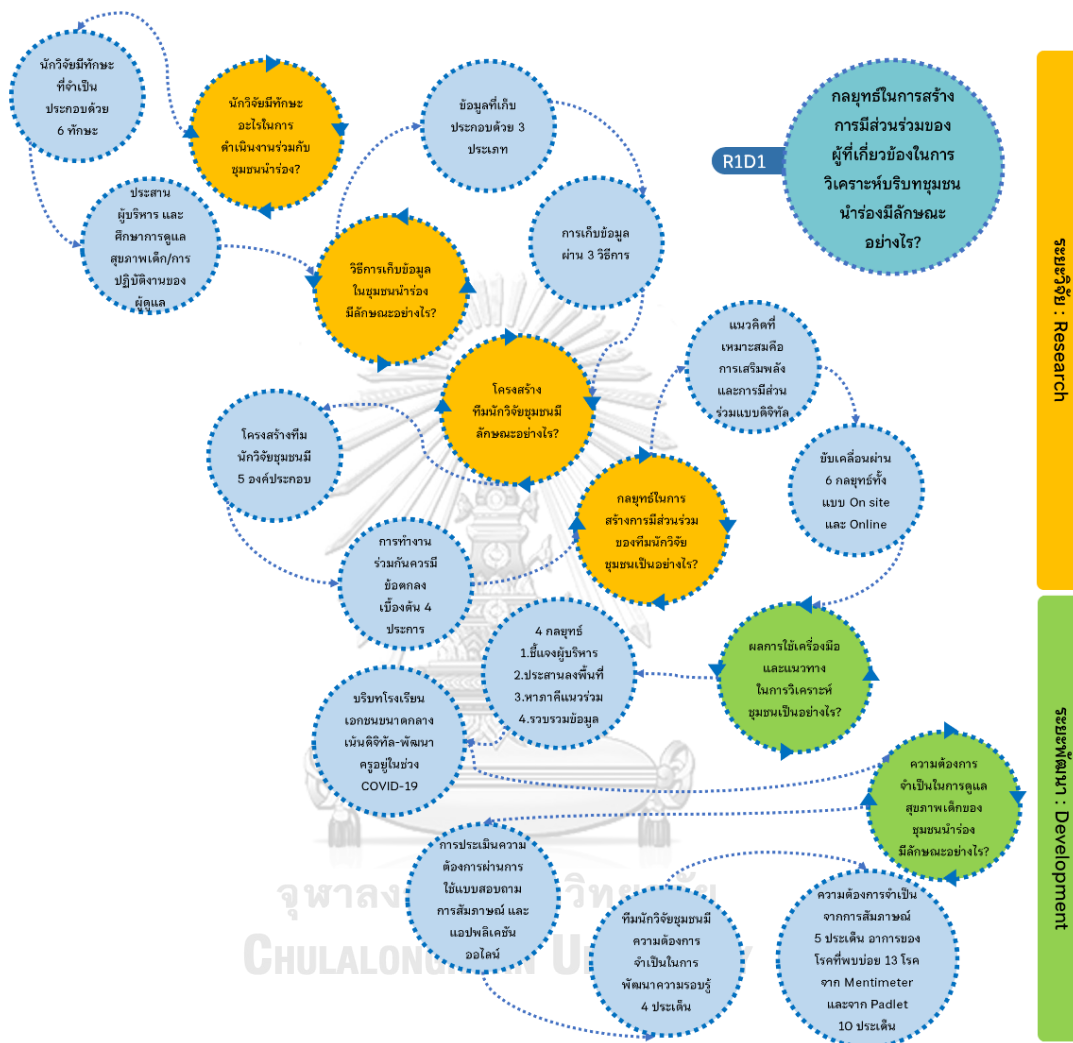
การวิจัยระยะนี้เป็นการนำผลที่ได้จากการวิจัยในขั้นการวิจัย 1 มาสู่การปฏิบัติ เนื้อหาส่วนต่อไปนี้เป็นกรนำเสนอผลที่เกิดขึ้นจากการศึกษาในแต่ละคำถามวิจัยหลักของระยะการพัฒนา 1 (D1) ซึ่งประกอบด้วย 2 คำถามวิจัยหลัก (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ฉ) รายละเอียดดังตาราง 4.9

ตาราง 4.9 ผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะเวลาพัฒนา 1 (D1)

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการพัฒนา 1 (D1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|---|---------------|------------|-------------------|--------------------------------|---|--|--------------------------|---------------------------------|---|---|------------------|--|---|---|-----------------|--|---|---|
| คำถามวิจัยที่ 1 ผลการใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ชุมชนทำให้เข้าใจบริบทของชุมชนและปัญหาของชุมชนหรือไม่อย่างไร | วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยปฏิบัติการ โดยนักวิจัยร่วมดำเนินการกับทีมนักวิจัยชุมชน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผลผลิต | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| กระบวนการในการจัดตั้งทีมนักวิจัยชุมชนเป็นอย่างไร? | <p>จากการนำแนวทางที่ได้จากระยะการวิจัย 1 (R1) สู่การปฏิบัติ พบว่า กระบวนการในการจัดตั้งทีมนักวิจัยชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลยุทธ์</th> <th>รายละเอียด</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> <th>เครื่องมือ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ชี้แจงผู้บริหาร</td> <td>ชี้แจงแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร</td> <td>2</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> คำชี้แจงกิจกรรม แบบสัมภาษณ์ </td> </tr> <tr> <td>2. ประสานงานและลงพื้นที่</td> <td>ศึกษาสภาพและบริบทของชุมชนนำร่อง</td> <td>1</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> แบบบันทึก </td> </tr> <tr> <td>3. หาภาคีแนวร่วม</td> <td>ติดต่อทีมนักวิจัยชุมชนรายบุคคล ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยพอสังเขป</td> <td>2</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> แบบสัมภาษณ์ </td> </tr> <tr> <td>4. รวบรวมข้อมูล</td> <td>เก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอผลการรวบรวมข้อมูล และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาความต้องการจำเป็นในด้าน การดูแลสุขภาพเด็ก</td> <td>3</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> แบบวัดความรู้ การสัมภาษณ์ Photovoice Padlet App. Mentimeter App. Line App. </td> </tr> </tbody> </table> | กลยุทธ์ | รายละเอียด | จำนวน (ครั้ง) | เครื่องมือ | 1.ชี้แจงผู้บริหาร | ชี้แจงแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร | 2 | <ul style="list-style-type: none"> คำชี้แจงกิจกรรม แบบสัมภาษณ์ | 2. ประสานงานและลงพื้นที่ | ศึกษาสภาพและบริบทของชุมชนนำร่อง | 1 | <ul style="list-style-type: none"> แบบบันทึก | 3. หาภาคีแนวร่วม | ติดต่อทีมนักวิจัยชุมชนรายบุคคล ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยพอสังเขป | 2 | <ul style="list-style-type: none"> แบบสัมภาษณ์ | 4. รวบรวมข้อมูล | เก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอผลการรวบรวมข้อมูล และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาความต้องการจำเป็นในด้าน การดูแลสุขภาพเด็ก | 3 | <ul style="list-style-type: none"> แบบวัดความรู้ การสัมภาษณ์ Photovoice Padlet App. Mentimeter App. Line App. |
| กลยุทธ์ | รายละเอียด | จำนวน (ครั้ง) | เครื่องมือ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.ชี้แจงผู้บริหาร | ชี้แจงแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร | 2 | <ul style="list-style-type: none"> คำชี้แจงกิจกรรม แบบสัมภาษณ์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ประสานงานและลงพื้นที่ | ศึกษาสภาพและบริบทของชุมชนนำร่อง | 1 | <ul style="list-style-type: none"> แบบบันทึก | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. หาภาคีแนวร่วม | ติดต่อทีมนักวิจัยชุมชนรายบุคคล ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยพอสังเขป | 2 | <ul style="list-style-type: none"> แบบสัมภาษณ์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. รวบรวมข้อมูล | เก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอผลการรวบรวมข้อมูล และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาความต้องการจำเป็นในด้าน การดูแลสุขภาพเด็ก | 3 | <ul style="list-style-type: none"> แบบวัดความรู้ การสัมภาษณ์ Photovoice Padlet App. Mentimeter App. Line App. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ข้อมูลบริบทพื้นฐานของชุมชนนำร่องที่ได้จากการใช้แนวทางจากระยะ R1 เป็นอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> เป็นโรงเรียนเอกชนขนาดกลาง เปิดทำการสอนเตรียมอนุบาลถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการพัฒนาครูบ่อยครั้งโดยผู้บริหารตามความสนใจหรือนโยบายแต่ละช่วง ผู้บริหารให้การสนับสนุนครูในการปฏิบัติงานและการจัดการเรียนการสอน โรงเรียนมีนโยบายผลักดันให้เป็นองค์กรดิจิทัล ส่งเสริมให้ครูใช้อุปกรณ์ดิจิทัลมากขึ้น มีผู้ดูแลเด็ก 7 คน มีเด็กปฐมวัยอยู่ในความดูแลทั้งหมด 131 คน ช่วงระยะเวลาในการทำวิจัยเป็นช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สรุปผลที่ได้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. การจัดตั้งทีมนักวิจัยชุมชนต้องใช้กลยุทธ์ (1) ชี้แจงผู้บริหาร (2) ประสานลงพื้นที่ (3) หาภาคีแนวร่วม และ (4) รวบรวมข้อมูล</p> <p>2. บริบทของชุมชนนำร่องเป็นโรงเรียนเอกชนขยายโอกาสขนาดกลาง ให้ความสำคัญกับการพัฒนาครูและเป็นองค์กรดิจิทัล ช่วงเวลาการทำวิจัยอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการพัฒนา 1 (D1) | | | | | | | | | |
|--|--|------------|------------|--|---|---------------------|---|---------------------------------------|---|
| คำถามวิจัยที่ 2 ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพเด็ก ของชุมชนนำร่องมีลักษณะอย่างไร? | วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยปฏิบัติการ โดยนักวิจัยร่วมดำเนินการกับทีมนักวิจัยชุมชน | | | | | | | | |
| ผลผลิต | | | | | | | | | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้ | | | | | | | | |
| การใช้เครื่องมือ อะไรในการ วิเคราะห์ความ ต้องการจำเป็น ด้านการดูแล สุขภาพเด็กของ ชุมชนนำร่อง? | เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น ประกอบด้วย 3 เครื่องมือ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>เครื่องมือ</th> <th>รายละเอียด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แบบวัดความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพเด็ก</td> <td>การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับทีมนักวิจัยชุมชน</td> </tr> <tr> <td>แนวคำถามการสัมภาษณ์</td> <td>การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล โดยใช้แบบ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง</td> </tr> <tr> <td>เครื่องมือดิจิทัลในการ สำรวจข้อมูล</td> <td>ใช้แอปพลิเคชันสร้างกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet และ Mentimeter</td> </tr> </tbody> </table> | เครื่องมือ | รายละเอียด | แบบวัดความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพเด็ก | การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับทีมนักวิจัยชุมชน | แนวคำถามการสัมภาษณ์ | การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล โดยใช้แบบ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง | เครื่องมือดิจิทัลในการ สำรวจข้อมูล | ใช้แอปพลิเคชันสร้างกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet และ Mentimeter |
| เครื่องมือ | รายละเอียด | | | | | | | | |
| แบบวัดความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพเด็ก | การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับทีมนักวิจัยชุมชน | | | | | | | | |
| แนวคำถามการสัมภาษณ์ | การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล โดยใช้แบบ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง | | | | | | | | |
| เครื่องมือดิจิทัลในการ สำรวจข้อมูล | ใช้แอปพลิเคชันสร้างกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet และ Mentimeter | | | | | | | | |
| ความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพ เด็ก? | <ul style="list-style-type: none"> • ทีมนักวิจัยชุมชนมีความรู้ด้านสุขภาพและด้านการเลี้ยงดูส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มาก โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ประกอบด้วย การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการ ตัดสินใจ การดูแลให้มีสุขภาพดี และการดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ ตามลำดับ | | | | | | | | |
| ปัญหาความ ต้องการจำเป็น ด้านการดูแล สุขภาพเด็กของ ชุมชนนำร่องคือ อะไร? | <ul style="list-style-type: none"> • ความต้องการจำเป็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน จำแนกเป็น 5 ประเด็น ประกอบด้วย การดูแลป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล, การส่งเสริมพัฒนาการ, การปฐม พยาบาลเบื้องต้น, การดูแลสุขอนามัย และภาวะโภชนาการ • ความต้องการจำเป็นของโรคหรืออาการที่พบบ่อยในเด็ก ซึ่งได้จากการใช้แอปพลิเคชัน ทางออนไลน์ Mentimeter ประกอบด้วย 13 โรค ได้แก่ ตัวร้อน มีไข้, ปวดศีรษะ, ปวด ท้อง, เป็นลม, ไรศตาแดง, ท้องร่วง, การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและกระดูกข้อต่อ, เลือด กำเดาไหล, สำลักสิ่งแปลกปลอม, โรคมือเท้าปาก, ลมพิษ แพ้อาหาร, ภูมิแพ้ และการให้ ยาพาราเซตามอลในเด็ก • ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพเด็กจากการใช้กระดานระดมสมองออนไลน์ (Padlet) ประกอบด้วย 10 ประเด็น ได้แก่ การเดินทางไป-กลับโดยรถรับ-ส่งของนักเรียน การ รับประทานอาหารของนักเรียนในโรงอาหาร การพ่นยาฆ่าเชื้อในโรงเรียน การตรวจหาเชื้อโควิด ด้วย ATK การทิ้งขยะ/การแยกขยะติดเชื้อ การดูแลของผู้ปกครอง/การเล่นของเด็กกับผู้อื่นเมื่อ อยู่บ้าน การทำกิจกรรมนอกห้องเรียนการนอนกลางวันของเด็กปฐมวัย การล้างมือและใช้ อุปกรณ์ป้องกันของนักเรียนและครู และโรงเรียนอยู่ใกล้ตลาด เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ | | | | | | | | |
| สรุปผลที่ได้ | | | | | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. การใช้เครื่องมือในการประเมินความต้องการจำเป็น 3 เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบวัดความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพเด็ก แนวคำถามการสัมภาษณ์ และเครื่องมือดิจิทัล Padlet และ Mentimeter 2. ความรู้ด้านด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนามี 4 ประเด็น 3. ความต้องการจำเป็นจากการสัมภาษณ์ 5 ประเด็น จากการใช้แอปพลิเคชันทางออนไลน์ Mentimeter 13 โรค/ อาการที่พบบ่อยในเด็ก และจากการใช้เครื่องมือดิจิทัล Padlet 10 ประเด็น | | | | | | | | | |

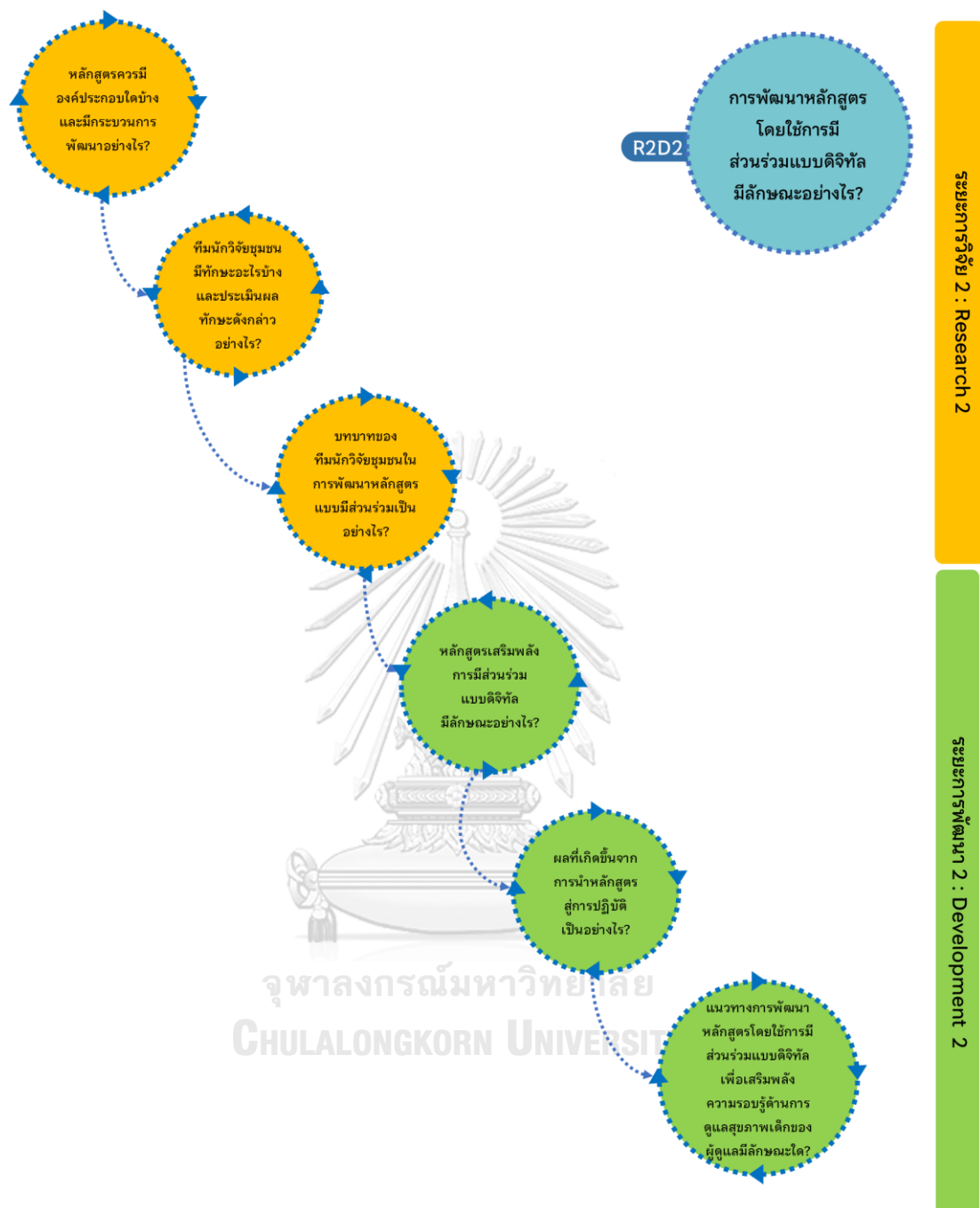
จากการดำเนินการวิจัยในวงจรที่ 1 ประกอบด้วยคำถามวิจัยหลักทั้งในระยการวิจัย 1 และ ระยการพัฒนา 1 โดยมีคำถามวิจัยหลักทั้งหมด 6 คำถาม โดยมีผลผลิตที่ได้ในแต่ละคำถามวิจัยหลัก ดังภาพ 4.5



ภาพ 4.5 ผลที่ได้จากการวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 1

2.1.2 วงจรการวิจัยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล (R2D2)

ผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (1) ระยะการวิจัย ที่มุ่งเน้นวิเคราะห์และออกแบบ กระบวนการ วิธีการ เครื่องมือ และกลยุทธ์ในการพัฒนาหลักสูตร และ (2) ระยะการพัฒนา ที่มุ่งเน้น การดำเนินงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยและทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตร การนำหลักสูตรไป ทดลองใช้จริง และการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร รายละเอียดดังภาพ 4.6



ภาพ 4.6 คำถามการวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 2 (R2D2)

2.2.1 ระยะเวลาวิจัย 2 (R2) การวิเคราะห์และออกแบบกระบวนการ วิธีการ เครื่องมือ และกลยุทธ์ในการพัฒนาหลักสูตร

การดำเนินการวิจัยในระยะเวลาวิจัย 1 นี้มีคำถามวิจัย 3 คำถาม ประกอบด้วย (1) หลักสูตรควรมีองค์ประกอบใดบ้างและมีกระบวนการพัฒนาอย่างไร (2) ทีมนักวิจัยชุมชนมีทักษะอะไรบ้างและประเมินผลทักษะดังกล่าวอย่างไร และ (3) บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร รายละเอียดดังตาราง 4.10

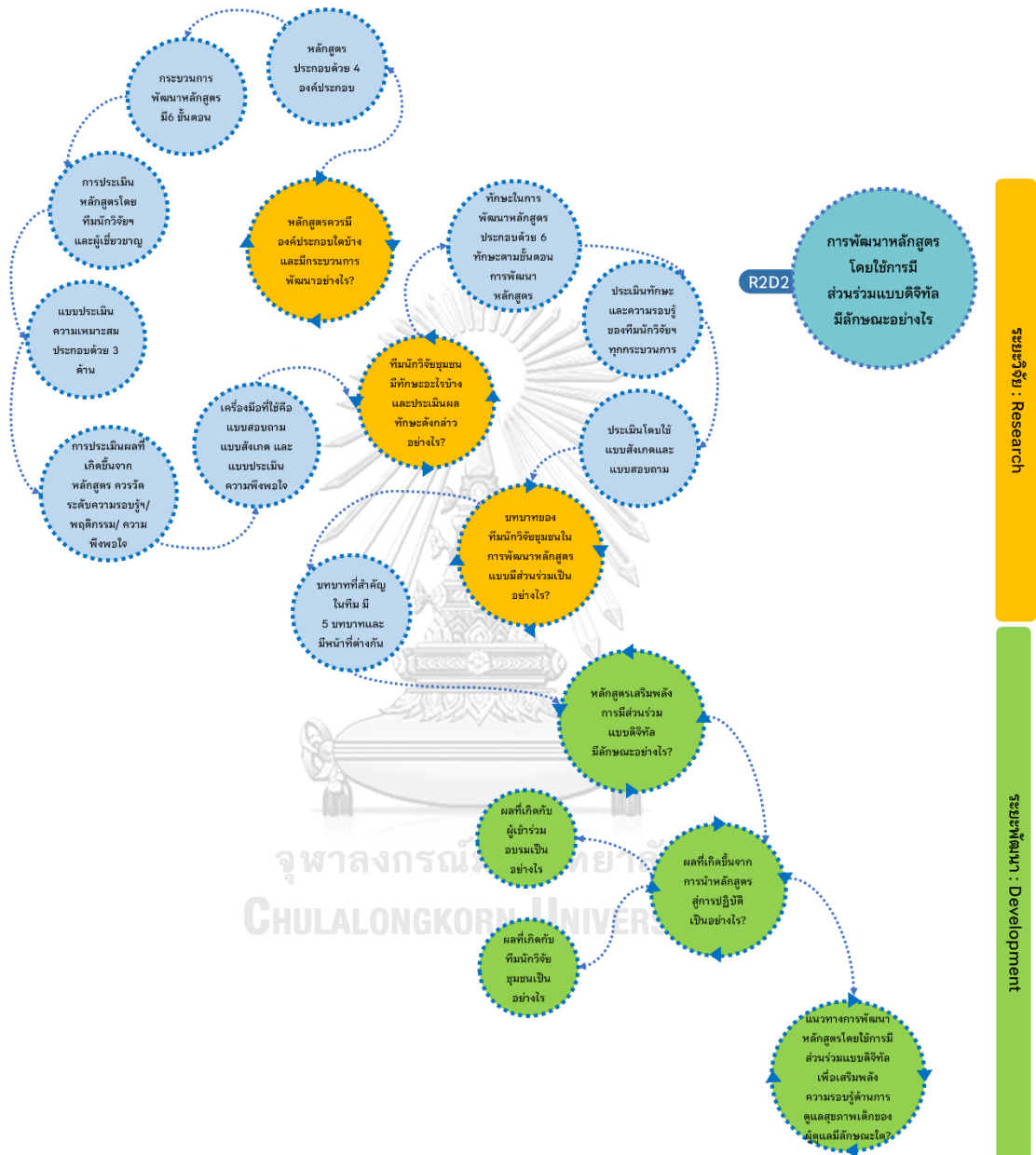
ตาราง 4.10 ผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะเวลาวิจัย 2 (R2)

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะเวลาวิจัย 2 (R2) | |
|--|--|
| คำถามวิจัยที่ 1 หลักสูตรควรมีองค์ประกอบใดบ้างและมีกระบวนการพัฒนาอย่างไร? | วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและการพัฒนาหลักสูตร |
| ผลผลิต | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้ |
| หลักสูตรควรมีองค์ประกอบ? | หลักสูตร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) วัตถุประสงค์ เป็นจุดเริ่มต้น (2) เนื้อหาสาระ สาระที่จะจัดนั้นทำได้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ (3) วิธีการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมหรือการสอนที่เน้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาสาระควบคู่กัน และ (4) การประเมินผล |
| กระบวนการพัฒนาหลักสูตรประกอบด้วยอะไรบ้าง? | กระบวนการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย (2) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (3) การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร (4) การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ (5) การประเมินผล และ (6) การปรับปรุงหลักสูตร |
| การประเมินผลหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นควรประเมินอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> ประเมินโดยทีมนักวิจัยชุมชนทุกคน ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก |
| เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลหลักสูตรควรเป็นอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> ใช้แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากหลักสูตร ด้านความง่ายของกิจกรรมหลักสูตร และด้านความเป็นไปได้ในการนำหลักสูตรไปใช้ |
| การประเมินผลการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติควรประเมินอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> วัดระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนและหลังการเข้าอบรม ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสดงถึงความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมในการจัดกิจกรรม |
| เครื่องมือที่ใช้ในการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติควรเป็นอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> แบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นในระยะก่อนหน้า แบบสังเกต เพื่อบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าอบรมและใช้เป็นข้อมูล โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ (checklist) จากการประเมินของผู้วิจัย แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม |
| สรุปผลที่ได้ | |
| <ol style="list-style-type: none"> หลักสูตร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ วิธีการเรียนรู้ และการประเมินผล กระบวนการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ การประเมินผล และการปรับปรุงหลักสูตร ประเมินผลหลักสูตร ประกอบด้วย 2 วิธี คือ การประเมินโดยทีมนักวิจัยชุมชน และการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร การประเมินผลการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 วิธี คือ การประเมินระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนและหลังการเข้าอบรม การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสดงถึงความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมในการจัดกิจกรรม | |

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการวิจัย 2 (R2) | |
|---|---|
| คำถามวิจัยที่ 2 ทีมนักวิจัยชุมชนมีทักษะอะไรบ้างและประเมินผลทักษะดังกล่าวอย่างไร? | วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเอกสาร |
| ผลผลิต | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้ |
| ทีมนักวิจัยชุมชนต้องมีทักษะอะไรบ้าง? | <ul style="list-style-type: none"> • ทักษะการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน ประกอบด้วย 6 ทักษะ ตามขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย (1) ทักษะการกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย (2) ทักษะการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (3) ทักษะการกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร (4) ทักษะการนำหลักสูตรไปปฏิบัติ (5) ทักษะการประเมินผล และ (6) ทักษะการปรับปรุงหลักสูตร |
| ประเมินผลทักษะที่เกี่ยวข้องของทีมนักวิจัยชุมชนอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> • ประเมินการเปลี่ยนแปลงของทีมนักวิจัยชุมชนเป็นรายบุคคล ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตร โดยประเมินทักษะตั้งแต่ก่อนเริ่มจนเสร็จสิ้นกระบวนการพัฒนาหลักสูตร • ประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชนเป็นรายบุคคล โดยประเมินก่อนเริ่มกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการพัฒนาหลักสูตร |
| เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลทักษะที่เกี่ยวข้องของทีมนักวิจัยชุมชนควรเป็นอย่างไร? | <ul style="list-style-type: none"> • แบบสังเกต เพื่อบันทึกการเปลี่ยนแปลงของทีมนักวิจัยชุมชนและใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ (checklist) จากการประเมินของผู้วิจัย • แบบสอบถามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นในระยะก่อนหน้า |
| สรุปผลที่ได้ <ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะในการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชนประกอบด้วย 6 ทักษะตามขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร 2. ประเมินผลทักษะที่เกี่ยวข้องของทีมนักวิจัยชุมชน ใช้แบบสังเกตในลักษณะของแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และแบบสอบถามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นในระยะก่อนหน้า | |

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการวิจัย 2 (R2) | |
|--|--|
| <p>คำถามวิจัยที่ 3 บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร?</p> | <p>วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเอกสารจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน</p> |
| ผลผลิต | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้ |
| <p>บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรมีอะไรบ้าง?</p> | <p>บทบาทที่สำคัญในการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชนประกอบด้วย 5 บทบาท ได้แก่ บทบาทผู้นำ บทบาทผู้เข้าร่วมบทบาทผู้อำนวยความสะดวก บทบาทผู้ควบคุมเวลา และบทบาทผู้บันทึก</p> |
| <p>แต่ละบทบาทมีความสำคัญอย่างไร?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) บทบาทผู้นำ (leader) เป็นผู้ที่กำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย รวมถึงการกำหนดเป้าหมายการประชุมในครั้งต่อไป การมอบหมายงานให้เหมาะสมกับสมาชิกในทีม การสร้างขวัญกำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แสดงความคิดเห็น 2) บทบาทผู้เข้าร่วม (participant) เป็นผู้เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหานั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ทักษะหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา สามารถเสนอแนะหรือแสดงความคิดเห็นของตนเองเพื่อเป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน เปิดใจและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น กระตือรือร้นและรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย 3) บทบาทผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) เป็นผู้ที่คอยดูแลและอำนวยความสะดวกในกระบวนการประชุมให้เป็นไปอย่างราบรื่น สร้างบรรยากาศระหว่างการจัดกิจกรรม เสริมพลังให้กับสมาชิกในทีม ให้คำปรึกษาหรือให้การสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อสมาชิกต้องการ ตลอดทั้งการติดต่อประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง 4) บทบาทผู้ควบคุมเวลา (time keeper) เนื่องจากผู้นำมักจะมุ่งที่การดำเนินงานในการประชุมแต่ละครั้งให้ดำเนินต่อไปได้ ผู้ควบคุมเวลามีส่วนช่วยในการแจ้งเตือนหรือกำชับเวลาหากใช้เวลามากเกินไปในวาระเดียว ซึ่งผู้ควบคุมเวลาสามารถแจ้งเตือนได้หากใช้ระยะเวลาในประเด็นนั้น ๆ นานเกินไป เพื่อให้การประชุมสามารถดำเนินต่อไปได้ตามที่เวลากำหนดไว้ 5) บทบาทผู้บันทึก (recorder) เป็นผู้บันทึกรายงานการประชุม การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วม และข้อสรุปที่ได้จากการประชุม เพื่อเป็นหลักฐานการประชุมและสามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ |
| สรุปผลที่ได้ | |
| <p>บทบาทที่สำคัญในการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน ประกอบด้วย 5 บทบาท ได้แก่ บทบาทผู้นำ บทบาทผู้เข้าร่วมบทบาทผู้อำนวยความสะดวก บทบาทผู้ควบคุมเวลา และบทบาทผู้บันทึก</p> | |

จากการดำเนินการวิจัยในระยะการวิจัย 2 ประกอบด้วยคำถามวิจัยหลัก 3 คำถาม พร้อมแสดงผลการวิจัยที่ได้ในแต่ละคำถามวิจัยหลัก ผู้วิจัยได้ทำการสรุปรายละเอียดดังภาพ 4.7



ภาพ 4.7 ผลที่ได้จากการวิจัยระยะการวิจัย 2 (R2)

2.2.2 ระยะเวลา 2 (D2) การพัฒนาหลักสูตร การนำหลักสูตรไปทดลองใช้จริง และการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร

การวิจัยระยะนี้เป็น การนำผลที่ได้จากการวิจัยในขั้นการวิจัย 2 มาสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย คำถามวิจัยหลัก 4 ประการ ได้แก่ (1) หลักสูตรที่พัฒนาด้วยกระบวนการเสริมพลังการมีส่วนร่วมทาง ดิจิทัลของทีมนักวิจัยชุมชนมีลักษณะเป็นอย่างไร (2) ผลที่เกิดขึ้นจากการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ เป็นไปตามเป้าหมายที่ออกแบบไว้หรือไม่อย่างไร (3) ต้องปรับปรุงหลักสูตรอย่างไรให้มีความ เหมาะสมในการนำสู่การปฏิบัติยิ่งขึ้น และ (4) การนำแนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วม แบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลสู่การปฏิบัติควรมีลักษณะ ไต โดยการดำเนินการในระยะนี้เป็น การดำเนินการร่วมกันของนักวิจัยและทีมนักวิจัยชุมชนโดยใช้วิธี วิทยาการวิจัยแบบการวิจัยปฏิบัติการ (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ฉ) รายละเอียดดังตาราง 4.11

ตาราง 4.11 ผลการวิจัยในแต่ละคำถามวิจัยในระยะการพัฒนา 2 (D2)

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการพัฒนา 2 (D2) | |
|---|--|
| คำถามวิจัยที่ 1 หลักสูตรเสริมพลังการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล มีลักษณะอย่างไร? | วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยปฏิบัติการ |
| ผลผลิต | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้ |
| เป้าหมายเป็นอย่างไร | <p>หลักสูตรฉบับร่างที่ 1 เป้าหมาย คือ ได้หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของเด็กและมีความมั่นใจและสามารถให้การดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้</p> <p>หลักสูตรฉบับร่างที่ 2 เป้าหมาย คือ ได้หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กในโรงเรียนมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้นและมั่นใจในการดูแลสุขภาพเด็กที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p>หลักสูตรฉบับร่างที่ 3 เป้าหมายคือ หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน</p> |
| เนื้อหาที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยอะไรบ้าง | <p>หลักสูตรฉบับร่างที่ 1 หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยหน่วยการเรียนรู้ 4 หน่วย ได้แก่</p> <p>(1) ความสามารถในการสืบค้นและการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล</p> <p>(2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019</p> |

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการพัฒนา 2 (D2) | |
|---|---|
| | <p>(3) การเตรียมความพร้อมการเปิดเรียนของโรงเรียน</p> <p>(4) แผนเผชิญเหตุรองรับสถานการณ์เมื่อเกิดการแพร่ระบาด</p> <p>โดยภายหลังจากพัฒนาหลักสูตรฉบับร่างที่ 1 เสร็จสิ้น กระทรวงศึกษาธิการได้มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้กับโรงเรียนในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างชัดเจนแล้ว ทีมนักวิจัยชุมชนจึงปรับหลักสูตรด้วยการกำหนดเนื้อหาหลักสูตรใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทมากยิ่งขึ้น</p> <p>หลักสูตรฉบับร่างที่ 2 หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย ประกอบด้วยหน่วยการเรียนรู้ 5 หน่วย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) คุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็ก (2) การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของโรคที่พบบ่อยในเด็ก (3) การสืบค้นข้อมูล (4) การคัดกรองอาการเบื้องต้น (5) การสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง <p>หลักสูตรฉบับร่างที่ 3 บรรยายละเอียดเนื้อหาในหลักสูตรฉบับร่างที่ 2 ให้สมบูรณ์มากขึ้น</p> |
| การนำสู่การปฏิบัติ ควรดำเนินการใน ลักษณะใด | <p>กลยุทธ์ในการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) การฝึกทำจริง โดยหลังจากจัดกิจกรรมให้ความรู้ ส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (2) มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อสร้างให้เกิดความมั่นใจ (3) การทำกิจกรรมเป็นกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดและการเรียนรู้ร่วมกัน (4) มีพี่เลี้ยงที่ทำหน้าที่เป็นกัลยาณมิตรวิพากษ์ในแต่ละกลุ่ม ที่คอยส่งเสริมสนับสนุน อำนวยความสะดวกและจุดประเด็นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ |
| การประเมินผล ความเหมาะสม ของหลักสูตรเป็น อย่างไร | <ul style="list-style-type: none"> • ทีมนักวิจัยชุมชน ประเมินว่าหลักสูตรมีความง่าย ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีความเหมาะสม และประโยชน์ที่ได้รับจากหลักสูตรมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตร • ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน พบว่าด้านความง่ายของหลักสูตร และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านประโยชน์ที่ได้รับจากหลักสูตรมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตรให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมมากขึ้น |
| สรุปผลที่ได้ | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ได้หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ และประเมินผลของหลักสูตร 4 วิธี 2. กลยุทธ์ในการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติมี 4 กลยุทธ์ | |

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการพัฒนา 2 (D2) |
|---|
| 3. ผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรที่มนักวิจัยชุมชนและผู้เชี่ยวชาญ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด |

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการพัฒนา 2 (D2) | |
|--|---|
| คำถามวิจัยที่ 2 ผลที่เกิดขึ้นจากการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ เป็นไปตามเป้าหมายที่ออกแบบไว้หรือไม่อย่างไร | วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยปฏิบัติการ |
| ผลผลิต | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้ |
| ผลที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าอบรมมีอะไรบ้าง | <ul style="list-style-type: none"> • ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กภายหลังการอบรมของผู้เข้าอบรมแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด และสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการอบรมที่อยู่ในระดับปานกลาง • มีพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพเด็ก • แสดงความคิดเห็นว่าหลักสูตรมีความเหมาะสม ทำให้มั่นใจในการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กมากขึ้น • มีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมการอบรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด |
| ผลที่เกิดขึ้นกับทีมนักวิจัยชุมชนมีอะไรบ้าง | <ul style="list-style-type: none"> • สามารถจัดอบรมได้ตามที่หลักสูตรกำหนด สามารถถ่ายทอดข้อมูลให้กับผู้เข้าอบรมได้ตรงตามเนื้อหาของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ • มีความมั่นใจในการถ่ายทอดข้อมูล มีทักษะการเป็นผู้นำและสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าขณะดำเนินกิจกรรมได้เป็นอย่างดี |
| สรุปผลที่ได้ | |
| <p>1. ผู้เข้าอบรม มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพเด็กสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมอบรม มีความมั่นใจในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กมากขึ้น และมีความพึงพอใจในการจัดอบรม</p> <p>2. ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติได้ถูกต้องตามที่ออกแบบไว้ในหลักสูตร ทุกคนมีความมั่นใจในการถ่ายทอดข้อมูลมากขึ้น และมีทักษะความเป็นผู้นำและสามารถแก้ไขปัญหาได้</p> | |

ผลการประเมินที่เกิดขึ้นกับครูผู้เข้าร่วมอบรม

ผลการประเมินที่เกิดขึ้นกับครูผู้เข้าอบรม ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรม การประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรม และผลการประเมินความพึงพอใจภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมจากครูผู้เข้าอบรม รายละเอียดดังนี้

1) ผลการประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรมจากการประเมินของผู้วิจัย

หลังจากการเข้าร่วมการจัดอบรมครูผู้เข้าอบรมทุกคนมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพเด็กสูงขึ้น รายละเอียดดังตาราง 4.12

ตาราง 4.12 การเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรม

| ครู | การเปลี่ยนแปลงของครู | ความรู้ด้านสุขภาพเด็ก |
|------------|----------------------|---|
| ครูคนที่ 1 | | เป็นครูผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อยมาก สืบค้นข้อมูลตามที่ต้องการได้บางครั้ง และขาดการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้ประสบการณ์และความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กมากกว่าการหาความรู้ใหม่ มักสื่อสารแบบให้รายละเอียดไม่ครบถ้วน ดำเนินการที่เกี่ยวกับสุขภาพเด็กตามความเชื่อของตนเอง เมื่อเข้าร่วมอบรมสามารถสืบค้นและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ สามารถสรุปประเด็นและสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างชัดเจนมากขึ้น แต่บางครั้งแม้มีแนวทางในการดูแลสุขภาพเด็กให้วิเคราะห์ก็ยังคงปฏิบัติตามความเชื่อหรือประสบการณ์ของตนเองอยู่ |
| ครูคนที่ 2 | | เป็นครูผู้ดูแลเด็กที่มีอายุอยู่ในวัยกลางคน มีลูกเล็ก ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสืบค้นข้อมูลได้บ้าง แต่ขาดการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเด็กดีพอควรเนื่องจากสำเร็จการศึกษาด้านนี้มาโดยตรง สามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจน แต่ในการปฏิบัติยังขาดความมั่นใจในการตัดสินใจ เนื่องจากขาดประสบการณ์โดยตรง หลังเข้าร่วมอบรม มีความมั่นใจในการสื่อสาร การตัดสินใจ และการจัดการตนเองมากขึ้น แสดงออกถึงความสามารถในการสืบค้นและการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ดีมากขึ้น |
| ครูคนที่ 3 | | เป็นครูผู้ดูแลเด็กที่มีอายุมาก มีประสบการณ์ในการทำงานมาก ส่วนใหญ่ใช้ประสบการณ์ในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก บางครั้งอาจเป็นการปฏิบัติตามแนวทางเดิม ซึ่งยังขาดทักษะในการสืบค้นข้อมูลและการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังเข้ารับการอบรมมีความสามารถในการสืบค้นและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมั่นใจ และมีการให้ข้อเสนอแนะกับสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สามารถสืบค้นข้อมูลได้อย่างถูกต้อง |
| ครูคนที่ 4 | | เป็นครูผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อย ขาดประสบการณ์ในการทำงาน มีทักษะในการสืบค้นและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล แต่ยังขาดประสบการณ์ในการทำงาน จึงทำให้ไม่มีความมั่นใจในการทำงาน ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย และยังไม่กล้าที่จะสื่อสารและแสดงความคิดเห็นของตนเอง หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีความมั่นใจในการสืบค้นและสื่อสารข้อมูลกับสมาชิกในกลุ่มและผู้อื่นมากขึ้น |

| | | |
|------------|--------------------------|--|
| ครูคนที่ 5 | <p>ก่อนอบรม หลังอบรม</p> | <p>เป็นครูผู้ดูแลเด็กที่อยู่ในวัยกลางคน มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยบ้าง มีทักษะในการสืบค้นข้อมูล แต่ขาดการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ขาดความมั่นใจในการสื่อสาร ตัดสินใจ และกำหนดแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก หลังการเข้ารับการอบรม สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมั่นใจมากขึ้น สามารถเข้าถึงข้อมูลที่สืบค้นและประเมินความน่าเชื่อถือได้ดีมากขึ้น และสามารถแสดงบทบาทสมมุติตามแนวทางและข้อมูลปัญหาสุขภาพเด็กที่พบได้</p> |
|------------|--------------------------|--|

2) ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรม

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรม ในส่วนนี้ใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นในส่วนของ 1 โดยมีการประเมินทั้งก่อนและหลังการอบรม ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กภายหลังการอบรมของผู้เข้าอบรมแต่ละรายด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.40-4.52 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรมก่อนการอบรมที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.76-3.48 รายละเอียดดังตาราง 4.13

ตาราง 4.13 การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของครูผู้เข้าอบรมจำแนกรายบุคคล

| องค์ประกอบ | | ครูคนที่ 1 | ครูคนที่ 2 | ครูคนที่ 3 | ครูคนที่ 4 | ครูคนที่ 5 | รวม |
|--|------|------------|------------|------------|------------|------------|------|
| 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | ก่อน | 2.80 | 4.00 | 3.60 | 3.20 | 3.80 | 3.48 |
| | หลัง | 4.40 | 5.00 | 4.00 | 4.80 | 4.00 | 4.44 |
| 2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ | ก่อน | 2.80 | 3.80 | 3.40 | 3.00 | 3.00 | 3.20 |
| | หลัง | 4.60 | 5.00 | 4.40 | 4.20 | 4.00 | 4.44 |
| 3. ทักษะการสื่อสาร | ก่อน | 2.00 | 3.40 | 2.60 | 2.80 | 3.00 | 2.76 |
| | หลัง | 4.60 | 5.00 | 4.00 | 4.40 | 4.00 | 4.40 |
| 4. ทักษะการจัดการตนเอง | ก่อน | 2.80 | 3.40 | 2.80 | 2.60 | 3.60 | 3.04 |
| | หลัง | 5.00 | 5.00 | 4.00 | 4.20 | 4.00 | 4.44 |
| 5. ทักษะการตัดสินใจ | ก่อน | 2.20 | 4.00 | 2.40 | 3.20 | 4.00 | 3.16 |
| | หลัง | 4.80 | 5.00 | 4.40 | 4.40 | 4.00 | 4.52 |
| 6. การรู้เท่าทันสื่อ | ก่อน | 2.60 | 3.00 | 2.20 | 2.80 | 3.80 | 2.88 |
| | หลัง | 4.40 | 5.00 | 4.20 | 4.60 | 4.00 | 4.44 |

*คะแนนเต็ม 5 คะแนน

3) ผลการประเมินความพึงพอใจภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมจากครูผู้เข้าอบรม

ผลการประเมินความพึงพอใจภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมจากครูผู้เข้าอบรมทั้ง 5 คน พบว่า ครูผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.80 และในแต่ละรายการครูผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.60-4.80 รายละเอียดดังตาราง 4.14

ตาราง 4.14 การประเมินความพึงพอใจภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมจากครูผู้เข้าอบรม

| ข้อ | รายการ | M | SD | ระดับ |
|-----|--|------|------|-----------|
| 1 | ช่วยพัฒนาความสามารถในการสืบค้นข้อมูลและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |
| 2 | มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กเพิ่มมากขึ้น | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 3 | สามารถช่วยให้ตนเองเตรียมความพร้อมในการดูแลเด็กได้มากขึ้น | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 4 | มีความมั่นใจในการนำความรู้มาดูแลเด็กมากขึ้น | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |
| 5 | สามารถนำความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 6 | กิจกรรมที่อบรมทำให้ช่วยแก้ปัญหาในการดูแลได้มากขึ้น | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 7 | รูปแบบกิจกรรมทำให้เข้าใจง่ายมากขึ้น | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 8 | กิจกรรมมีเนื้อหาที่น่าสนใจ | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |
| 9 | กิจกรรมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ปฏิบัติงานจริง | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 10 | การอบรมสามารถนำไปใช้ในการดูแลเด็กได้ในสถานการณ์จริง | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 11 | อุปกรณ์/สื่อที่ใช้มีความเหมาะสม | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |
| 12 | ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดอบรม | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |
| 13 | ความพึงพอใจในภาพรวม | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |

ผลการประเมินการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติของทีมนักวิจัยชุมชน

ผลที่เกิดขึ้นกับทีมนักวิจัยชุมชนประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ การประเมินการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน ทักษะการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน โดยหลังการเข้าร่วมพัฒนาหลักสูตรมีผลที่เกิดขึ้น ดังนี้

1) การประเมินการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินที่มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) เพื่อติดตามขั้นตอนการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติของทีมนักวิจัยชุมชน พบว่าในภาพรวมทีมนักวิจัยชุมชนสามารถจัดอบรมได้ตามที่หลักสูตรกำหนด สามารถถ่ายทอดข้อมูลให้กับผู้เข้าอบรมได้ตรงตามเนื้อหาของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ทั้งรูปแบบการจัดกิจกรรม การใช้อุปกรณ์และสื่อ และการประเมินผลในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน ทุกคนมีความมั่นใจในการถ่ายทอดข้อมูล ความรู้ที่ได้รับจากกระบวนการพัฒนาหลักสูตรให้กับผู้เข้าอบรม และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าขณะดำเนินกิจกรรมได้เป็นอย่างดี รายละเอียดผลการประเมินการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติของทีมนักวิจัยชุมชนจากการประเมินของผู้วิจัย รายละเอียดดังตาราง 4.15

ตาราง 4.15 การประเมินการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติของทีมนักวิจัยชุมชน

| รายการ | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ |
|--|---|---------|------------|
| 1. | แนะนำหลักสูตร เพื่อโยงเข้าเนื้อหาของหลักสูตร | ✓ | |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 คุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย | | | |
| 2. | อธิบายความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย | ✓ | |
| 3. | อธิบายวิธีการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็ก | ✓ | |
| 4. | เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย | ✓ | |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของโรคที่พบบ่อยในเด็ก | | | |
| 5. | อธิบายอาการและโรคที่พบบ่อยในเด็ก | ✓ | |
| 6. | เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นถึงอาการและโรคที่พบบ่อยในเด็ก | ✓ | |
| 7. | อธิบายการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กตามคู่มือฯ | ✓ | |
| 8. | เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้ศึกษาคู่มือฯ และแสดงความคิดเห็นเพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุง | ✓ | |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การสืบค้นข้อมูล | | | |
| 9. | อธิบายช่องทางในการเข้าถึงเว็บไซต์ | ✓ | |
| 10. | อธิบายเกี่ยวกับเทคนิคการสืบค้น | ✓ | |
| 11. | อธิบายการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล | ✓ | |
| 12. | เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมทดลองสืบค้นข้อมูล นำเสนอการระบุดำเนินการสืบค้น และวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ | ✓ | |
| 13. | เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย | ✓ | |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การคัดกรองอาการเบื้องต้น | | | |
| 14. | อธิบายเกี่ยวกับการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พอสังเขป | ✓ | |
| 15. | ผู้เข้าอบรมฝึกการสืบค้นข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก | ✓ | |
| 16. | ผู้เข้าอบรมร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น | ✓ | |
| 17. | ผู้เข้าอบรมฝึกการพัฒนาแบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการโรคอื่นที่พบบ่อย พร้อมนำเสนอแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น | ✓ | |
| 18. | เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย | ✓ | |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 การสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง | | | |
| 19. | อธิบายขั้นตอนการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง | ✓ | |
| 20. | ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ปกครอง | ✓ | |
| 21. | เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย | ✓ | |
| การสรุปและอภิปรายผล | | | |
| 22. | กล่าวสรุปเนื้อหาหลักสูตร เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดอบรม | ✓ | |
| 23. | เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย | ✓ | |

2) ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน จำนวน 6 คน โดยมีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเสร็จสิ้นกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าโดยรวมทีมนักวิจัยชุมชนมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กภายหลังการอบรมทุกอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.63$) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่าทุกด้านของอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($M = 4.53-4.77$) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาหลักสูตรที่ภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กทุกอยู่ในระดับมาก ($M = 3.51$)

เมื่อทำการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชน โดยจำแนกเป็นรายบุคคล พบว่าผู้บริหาร ครูผู้ดูแลB ผู้ปกครองC และพยาบาล มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.73-5.00$) ส่วนครูผู้ดูแลA และผู้ปกครองD มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.10-4.33$) และทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนมีค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกด้าน รายละเอียดดังตาราง 416

ตาราง 4.16 ผลการประเมินระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน

| องค์ประกอบ | | ผู้บริหาร | ครูA | ครูB | ผู้ปกครองC | ผู้ปกครองD | พยาบาล | รวม |
|--|------|-----------|------|------|------------|------------|--------|------|
| 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | ก่อน | 4.00 | 3.20 | 2.60 | 4.00 | 3.60 | 4.00 | 3.73 |
| | หลัง | 4.80 | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 4.40 | 4.77 |
| 2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ | ก่อน | 3.80 | 3.60 | 3.00 | 3.60 | 3.80 | 4.20 | 3.67 |
| | หลัง | 4.60 | 4.00 | 5.00 | 4.40 | 4.20 | 5.00 | 4.53 |
| 3. ทักษะการสื่อสาร | ก่อน | 3.60 | 3.60 | 2.60 | 4.40 | 3.60 | 4.60 | 3.73 |
| | หลัง | 5.00 | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 4.20 | 5.00 | 4.70 |
| 4. ทักษะการจัดการตนเอง | ก่อน | 3.60 | 3.80 | 2.00 | 4.00 | 3.80 | 3.60 | 3.60 |
| | หลัง | 4.80 | 4.20 | 5.00 | 4.60 | 4.60 | 4.80 | 4.67 |
| 5. ทักษะการตัดสินใจ | ก่อน | 3.40 | 3.60 | 2.00 | 3.00 | 3.60 | 4.20 | 3.30 |
| | หลัง | 4.80 | 4.00 | 5.00 | 4.80 | 4.00 | 5.00 | 4.60 |
| 6. การรู้เท่าทันสื่อ | ก่อน | 3.40 | 2.40 | 1.80 | 3.80 | 3.40 | 3.40 | 3.03 |
| | หลัง | 4.80 | 4.00 | 5.00 | 4.60 | 4.00 | 4.80 | 4.53 |
| ความรอบรู้ด้าน | ก่อน | 3.63 | 3.37 | 2.33 | 3.80 | 3.80 | 4.13 | 3.51 |
| การดูแลสุขภาพ | หลัง | 4.80 | 4.10 | 5.00 | 4.73 | 4.33 | 4.83 | 4.63 |

*คะแนนเต็ม 5 คะแนน

3) ทักษะการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน

ทักษะการพัฒนาหลักสูตรประกอบด้วย 6 ทักษะตามขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการพัฒนาหลักสูตรแล้วพบว่าทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนมีพัฒนาการในแต่ละทักษะสูงขึ้น เพียงแต่ในแต่ละบุคคลมีพัฒนาการที่มากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์พื้นฐานที่ผ่านมา และการมอบหมายงานที่ต้องรับผิดชอบในแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลการประเมินจากการประเมินโดยผู้วิจัย รายละเอียดดังตาราง 4.17

ตาราง 4.17 ทักษะที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน

| ทีม | ขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | | | | | | ผลการประเมินทักษะการพัฒนาหลักสูตร |
|--------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| ผู้บริหาร | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | มีภาวะผู้นำ และเป็นหลักในการจัดกิจกรรม ทั้งด้านการเป็นผู้นำเสนอประเด็น และ วิเคราะห์รวบรวมประเด็น แต่ขาดองค์ความรู้ในด้านสุขภาพของเด็ก หลังเข้าร่วมมีความสนใจในการพัฒนาหลักสูตรและต้องการนำหลักสูตรไปสู่การปฏิบัติมากยิ่งขึ้น |
| ครูผู้ดูแล A | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | มีทักษะการในการสืบค้นได้ดี มีการวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นปัญหาและนำเสนอประเด็นต่อทีมวิจัยฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ขาดความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพเด็กบางโรค เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมมีความกระตือรือร้น สนใจ และทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมในการดำเนินการ นอกจากนี้ยังสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรในร่างที่ 1 ร่วมกับพยาบาลอีกด้วย |
| ครูผู้ดูแล | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ในช่วงแรก ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม แต่พอเกิดความคุ้นเคยกับกระบวนการและทีมนักวิจัยชุมชน จึงมาเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น และสามารถสืบค้น นำเสนอประเด็น และร่วมออกแบบกิจกรรมได้อย่างดี |
| ผู้ปกครอง C | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ในช่วงแรก ไม่ค่อยแสดงออก และไม่ค่อยมีส่วนร่วม แต่ผ่านไปสักระยะจนเกิดความคุ้นเคย และต้องการให้ลูกได้รับการดูแลที่ดี จึงเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น มีทักษะการสืบค้นข้อมูลบ้าง โดยมักสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนการจัดกิจกรรมในขั้นการกำหนดเนื้อหาเนื่องจากไม่คุ้นเคย จึงมีส่วนร่วมอย่างจำกัด |
| ผู้ปกครอง D | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ก่อนเข้าร่วมอบรมมีทักษะการสืบค้นข้อมูลน้อย ไม่มั่นใจในการวิเคราะห์ประเด็น แต่เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมสามารถสืบค้นข้อมูลได้มากขึ้น กล้า และมั่นใจในการใช้เครื่องมือเทคโนโลยี สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอได้มากขึ้น มั่นใจและภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาหลักสูตร แต่ในการออกแบบเนื้อหาในหลักสูตรต่าง ๆ ยังไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น แต่พร้อมที่จะเข้าร่วม |
| พยาบาล | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมักใช้ความรู้จากการปฏิบัติงานเป็นหลัก มีทักษะการสืบค้นปานกลาง และมักใช้ข้อมูลที่ส่งต่อทางสังคมออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูล เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมมีทักษะการสืบค้นสูงขึ้น สามารถวิเคราะห์และนำเสนอประเด็นชัดเจนขึ้น วิเคราะห์ห้สังเคราะห์และกำหนดเนื้อหาในหลักสูตรเพื่อให้ทีมวิจัยฯ อภิปรายร่วมกันได้ และทำหน้าที่ประสานงาน กระตุ้น และช่วยเหลือทีมวิจัยในการจัดกิจกรรมจนแล้วเสร็จ และมีความตั้งใจในการต่อยอดการพัฒนาหลักสูตรไปในประเด็นอื่น ๆ |

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ทีมนักวิจัยชุมชนสะท้อนคิดและทำการประเมินพัฒนาการทักษะการพัฒนาหลักสูตรของตนเอง เพื่อเป็นการยืนยันผลการประเมินที่ได้จากผู้วิจัยในข้างต้น รายละเอียดดังตาราง 4.18

ตาราง 4.18 การประเมินทักษะการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชนด้วยตนเอง

| ทีม | ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม |
|--------------|---|--|
| ผู้บริหาร | มีประสบการณ์ในการพัฒนาหลักสูตรปานกลางถึงมาก มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบเนื้อหาและกิจกรรมดีพอควร แต่มีความรู้จำกัดเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ครอบคลุม และครบถ้วน | มีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาหลักสูตร ที่อาจต่อยอดไปสู่การพัฒนาครูและผู้ปกครองในด้านอื่น ๆ ด้วย นอกเหนือจากเรื่องโควิด-19 ทำให้เกิดเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่เอาไปต่อยอดได้ |
| ครูผู้ดูแล A | มีความรู้เรื่องการพัฒนาหลักสูตร การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์และกำหนดเนื้อหา มีความรู้ในการดูแลเด็กอยู่ในระดับหนึ่ง ส่วนการสื่อสารกับผู้อื่นยังไม่ค่อยมีความมั่นใจ | ทำให้มีความมั่นใจในการนำเสนอข้อมูล อธิบายให้ผู้อื่นฟังได้ดีมากขึ้น และมีประสบการณ์ในการออกแบบเนื้อหาและกิจกรรม ทำให้มีความภูมิใจในตนเองและมั่นใจว่าจะสามารถพัฒนาหลักสูตรอื่น ๆ ต่อไปได้ |
| ครูผู้ดูแล B | เนื่องจากเป็นครูที่เคยสอนระดับประถมมาก่อน ทำให้มีประสบการณ์ในการพัฒนาหลักสูตรมาบ้าง แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับหลัก เนื้อหา และแนวทางที่ชัดเจน ทำให้ไม่รู้ว่าที่ผ่านทำไปถูกหรือผิด ส่วนใหญ่นับการปฏิบัติตามกันมา | ได้รับการอบรมที่ถูกต้อง มีแนวทางการปฏิบัติที่ดี ทำให้มีความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาหลักสูตร กล้าที่จะพูด อธิบาย และแสดงความคิดเห็นของตัวเองต่อผู้อื่น โดยใช้เหตุผลเข้ามาประกอบการอธิบายมากขึ้น |
| ผู้ปกครอง C | ที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการอบรมหรือการจัดการเรียนการสอน ทำให้ไม่ค่อยมีความรู้และขาดความมั่นใจในการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตร | มีความรู้และสามารถดูแลลูกได้อย่างมั่นใจมากขึ้น มีประสบการณ์ในการเรียนรู้การพัฒนาหลักสูตร โดยมีสมาชิกที่คอยแนะนำและช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ทำให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น |
| ผู้ปกครอง D | กำหนดปัญหาและรวบรวมข้อมูลไม่เป็นเนื่องจากไม่รู้เทคนิควิธีการ ในการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ทำได้บ้างแต่ยังไม่ค่อยมีความรู้ จึงไม่กล้าแสดงความคิดเห็น มีความรู้โดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กน้อย สืบค้นข้อมูลไม่ค่อยพบ ยังไม่รู้ว่าจะหากิจกรรมได้จากที่ใด ไม่ค่อยมั่นใจในการสื่อสารเรื่องสุขภาพกับคนอื่น การดูแลเด็กทำตามแบบที่ทำกันมา | วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาได้อย่างเป็นขั้นตอน เป็นระบบ รู้แนวทางในการพัฒนาหลักสูตร กล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น เนื่องจากมีความรู้และประสบการณ์ในการนำหลักสูตรไปใช้มากขึ้น สามารถใช้สื่อ เทคโนโลยีได้ดีขึ้น |
| พยาบาล | การทำงานที่ผ่านมามีประสบการณ์มากขึ้น ในการวิเคราะห์ประเด็นเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ สามารถทำได้ แต่การกำหนดเนื้อหาพอจะทำได้บ้าง เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการพัฒนาหลักสูตร และไม่ได้ใช้ในการทำงาน | สามารถพัฒนาหลักสูตรในแต่ละขั้นตอนได้ดีขึ้น มีความรู้และประสบการณ์ในการออกแบบกิจกรรม มีส่วนร่วมและกล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองได้อย่างมั่นใจมากขึ้น สามารถใช้สื่อ เทคโนโลยีได้ดีขึ้น |

บทบาทของสมาชิกทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตร

ทีมนักวิจัยชุมชนแต่ละคนจะต้องมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตร และจากการศึกษาพบว่าบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาหลักสูตรประกอบด้วย 5 บทบาท ได้แก่ บทบาทผู้นำ บทบาทผู้เข้าร่วมบทบาทผู้อำนวยความสะดวก บทบาทผู้ควบคุมเวลา และบทบาทผู้บันทึก

จากบทบาทดังกล่าวข้างต้น ในแต่ละบทบาทต่างมีความสำคัญที่แตกต่างกันในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตร อย่างไรก็ตาม ทีมนักวิจัยชุมชนแต่ละคนที่เข้ามาเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรนั้น อาจไม่ได้มีบทบาทใดบทบาทหนึ่งเพียงบทบาทเดียว สมาชิกในทีมบางคนอาจมีบทบาทที่ซ้อนทับกัน ยกตัวอย่างเช่น ครูผู้ดูแล A มีทั้งบทบาทผู้นำในขั้นตอนของการกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตรและขั้นตอนการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ บทบาทผู้เข้าร่วมในขั้นตอนของการกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย หรือบทบาทผู้อำนวยความสะดวกในขั้นตอนของการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ สำหรับผู้บริหารโรงเรียน มีทั้งบทบาทผู้นำในขั้นตอนของการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการกำหนดขอบเขตเนื้อหา และขั้นตอนการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ และในบางครั้งผู้บริหารโรงเรียนก็มีบทบาทเป็นผู้ควบคุมเวลาในบางขั้นตอนด้วยเช่นกัน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ขึ้นอยู่กับว่าจะกำหนดให้ทีมนักวิจัยชุมชนคนใดมีบทบาทหน้าที่อะไรในขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

แต่หากในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรนั้นขาดผู้ที่ทำหน้าที่ในบทบาทใดบทบาทหนึ่งใน 5 บทบาทที่กล่าวมาข้างต้น อาจส่งผลถึงความสำเร็จในการพัฒนาหลักสูตร ยกตัวอย่างเช่น แม้ผู้วิจัยได้เลือกสมาชิกที่จะเข้ามาเป็นทีมพัฒนาหลักสูตรอย่างครบถ้วนทุกตำแหน่ง ประกอบด้วย ทีมผู้บริหาร ครู พยาบาลวิชาชีพ และผู้ปกครอง แต่หากในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรสมาชิกดังกล่าวกลับไม่มีใครทำหน้าที่หรือรับบทบาทผู้นำ (leader) ย่อมขาดการกำกับทิศทางการดำเนินงาน หรือหากขาดบทบาทผู้เข้าร่วม (participation) ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ย่อมทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอสำหรับพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดได้ และในขณะเดียวกันหากขาดผู้ที่ทำหน้าที่ในบทบาทผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน ย่อมประสบกับปัญหาหรืออุปสรรคในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในภาพรวมได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น หากผู้ที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรจำเป็นต้องคัดเลือกบุคคลหรือผู้เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นอยู่ในทีมและให้สมาชิกทีมแต่ละคนมีบทบาทที่แตกต่างกัน โดยจะต้องมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าวให้ครบถ้วนโดยไม่ขาดบทบาทใดบทบาทหนึ่ง จึงจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

| ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัยระยะการพัฒนา 2 (D2) | |
|--|---|
| คำถามวิจัยที่ 3 แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลมีลักษณะใด? | วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยปฏิบัติการ |
| ผลผลิต | |
| คำถามวิจัยย่อย | ผลที่ได้ |
| หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป ประกอบด้วยอะไรบ้าง | หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป ประกอบด้วย 10 หลักการ ได้แก่ 1) สมาชิกในทีมมีความหลากหลาย 2) ผู้บริหาร/ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุน 3) การใช้เครื่องมือดิจิทัลที่หลากหลายสอดคล้องกับศักยภาพของสมาชิก 4) การประเมินความต้องการจำเป็นจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย 5) สอดคล้องกับการทำงานของสมาชิกในทีม 6) บทบาทของผู้นำในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 7) กิจกรรมมีความยืดหยุ่น 8) การทำงานเป็นกลุ่มและสะท้อนคิดร่วมกัน 9) การกำหนดบทบาทในการกำหนดเนื้อหา และ 10) การพัฒนาความรู้พื้นฐานให้กับสมาชิก |
| หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ประกอบด้วยอะไรบ้าง | หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ประกอบด้วย 5 หลักการ ได้แก่ 1) มีข้อมูลด้านสุขภาพของเด็ก 2) เริ่มต้นจากปัญหาหรือประเด็นทางสุขภาพที่เกิดขึ้น 3) การใช้เทคนิคเสียงจากภาคการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เพื่อประเมินความต้องการจำเป็น 4) มีสมาชิกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และ 5) การเชื่อมโยงนโยบายภาครัฐ และหน่วยงานด้านสาธารณสุข |
| หลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติประกอบด้วยอะไรบ้าง | หลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 หลักการ ได้แก่ 1) บทบาทของพี่เลี้ยงในการทำกิจกรรมกลุ่ม 2) การให้สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนสลับสับเปลี่ยนบทบาทผู้นำในการแต่ละจัดกิจกรรม 3) การทำกิจกรรมเป็นกลุ่มและได้ทดลองปฏิบัติจริง 4) การมีแนวทาง/คู่มือที่เป็นความรู้เบื้องต้นให้กับผู้ร่วมกิจกรรม และ 5) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถด้านเทคโนโลยีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม |
| สรุปผลที่ได้ | |
| 1. หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป ประกอบด้วย 10 หลักการ 2. หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเด็กประกอบด้วย 5 หลักการ 3. หลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 หลักการ | |

หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

งานวิจัยนี้มุ่งพัฒนากระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้แนวคิดการเสริมพลังและการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลของทีมนักวิจัยชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารโรงเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง และพยาบาลโดยมีหลักการออกแบบ 3 ประเภท ประกอบด้วย หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพของเด็ก และหลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ รายละเอียดดังนี้

1. หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป เป็นหลักการออกแบบสำหรับผู้นำไปในการนำไปใช้ออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรกับทีมนักวิจัยชุมชนประกอบด้วย 10 หลักการ รายละเอียดดังตาราง 4.19

ตาราง 4.19 หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป

| หลักการ | รายละเอียด |
|---|---|
| 1 สมาชิกในทีมมีความหลากหลาย | สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชน ต้องมีความหลากหลาย เพื่อร่วมกันสะท้อนคิดจากมุมมองและประสบการณ์ที่หลากหลาย เพื่อร่วมกันออกแบบหลักสูตรในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาจริง |
| 2 ผู้บริหาร/ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุน | ในการออกแบบหลักสูตร ผู้บริหาร/ผู้นำชุมชนจะต้องมีความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้เรียนรู้และทดลองนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติจริง โดยเชื่อว่าประสบการณ์จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และได้มาซึ่งหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน |
| 3 การใช้เครื่องมือดิจิทัลที่หลากหลายสอดคล้องกับศักยภาพของสมาชิก | การพัฒนาหลักสูตรโดยผ่านเครื่องมือดิจิทัลในการแสดงความคิดเห็น ติดต่อสื่อสาร การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จะต้องดำเนินการผ่านเครื่องมือที่หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเหมาะสมกับศักยภาพ ความคล่องแคล่วความชำนาญในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของสมาชิกในทีม |
| 4 การประเมินความต้องการจำเป็นจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย | เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน อีกทั้งการได้มาซึ่งข้อมูลจะต้องรวบรวมจากแหล่งที่มาที่หลากหลาย เช่น การสัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้อง การถ่ายภาพปัญหาที่เกิดขึ้น การใช้แบบสอบถามในบางกรณี เป็นต้น |
| 5 สอดคล้อง กับการทำงานของสมาชิกในทีม | กระบวนการพัฒนาหลักสูตร จะต้องมุ่งไปสู่การแก้ไขปัญหาโดยปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตการทำงานจริงของสมาชิกในทีม เช่น การออกแบบหลักสูตรของงานวิจัยนี้ มุ่งพัฒนาหลักสูตรเพื่อสร้างเสริมการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของครูผู้ดูแลเด็ก เป็นต้น |
| 6 บทบาทของผู้นำในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | ผู้นำในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ต้องมีการหมุนเวียน สับเปลี่ยนกันตามความเหมาะสม ซึ่งในบางกิจกรรมอาจมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก โดยมีกำหนดขั้นตอนในการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้นำได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุน ส่งเสริม และกระตุ้นให้สมาชิกในทีมได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรในทุกขั้นตอน |
| 7 กิจกรรมมีความยืดหยุ่น | เนื่องจากสมาชิกในทีมมีภารกิจหน้าที่ที่แตกต่างกัน การออกแบบกิจกรรมจากผู้นำกระบวนการ จำเป็นจะต้องออกแบบให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เข้ากับสมาชิกในทีมได้เสมอ โดยพิจารณาถึงความพร้อมของสมาชิกในการเข้าร่วมในแต่ละช่วง |

| หลักการ | รายละเอียด |
|--|---|
| 8 การทำงานเป็นกลุ่มและสะท้อนคิดร่วมกัน | การออกแบบกระบวนการให้มีการสะท้อนคิด การเล่า หรือแสดงออกถึงสิ่งที่ได้รับหรือสิ่งที่ต้องการปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนากระบวนการให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกในทีมอย่างสม่ำเสมอ |
| 9 การกำหนดบทบาทในการกำหนดเนื้อหา | เนื่องจากการพัฒนาหลักสูตรมีส่วนที่เป็นการพัฒนาเนื้อหาที่จำเป็นจะต้องอาศัยประสบการณ์ในการพัฒนาหลักสูตร หรือมีความรู้เกี่ยวกับเนื้อหา นั้น ๆ พอสมควร ดังนั้น จึงไม่จำเป็นจะต้องให้สมาชิกทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมโดยอาจคัดเลือกสมาชิกที่มีความพร้อม ความรู้ ความเชี่ยวชาญ หรือความสนใจเข้ามาพัฒนาเป็นหลัก และสมาชิกอื่นทำหน้าที่ในการค้นหา หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม |
| 10 การพัฒนาความรู้พื้นฐานให้กับสมาชิก | การพัฒนาหลักสูตรในประเด็นต่าง ๆ สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนจะต้องมีความรู้พื้นฐานใน 2 ประเด็น คือ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและเครื่องมือที่ใช้ และความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาในหลักสูตรเบื้องต้น สมาชิกในทีมควรได้รับการประเมินและพัฒนาความรู้พื้นฐานทั้ง 2 ส่วนก่อนเริ่มดำเนินการพัฒนาหลักสูตร |

2. หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เป็นหลักการออกแบบสำหรับผู้นำกระบวนการนำไปใช้ในการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของเด็กกับทีมนักวิจัยชุมชนประกอบด้วย 5 หลักการ รายละเอียดดังตาราง 4.20

ตาราง 4.20 หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

| หลักการ | รายละเอียด |
|--|--|
| 1 มีข้อมูลด้านสุขภาพของเด็ก | สมาชิกในทีมจะต้องมีข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพเด็กหรือปัญหาสุขภาพเด็กในชุมชน เช่น พัฒนาการเบื้องต้นของเด็กตามวัย อาการหรือโรคที่พบบ่อย ลักษณะของเด็ก พฤติกรรมสุขภาพของเด็ก เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบหลักสูตรให้เหมาะสมกับบริบทจริง |
| 2 เริ่มต้นจากปัญหาหรือประเด็นทางสุขภาพที่เกิดขึ้น | การกำหนดเป้าหมายและขอบเขตของเนื้อหาในหลักสูตรจะต้องสะท้อนปัญหาหรือประเด็นด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง เป็นปัญหาที่ใกล้ตัวและมีความสำคัญต่อเด็ก ณ ปัจจุบัน เช่น ในระหว่างการพัฒนาหลักสูตรในงานวิจัยนี้ ในระยะแรกมีเป้าหมายเพื่อการดูแลสุขภาพทั้งการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องมาจากอยู่ระหว่างการแพร่ระบาดของเชือดังกล่าว เป็นต้น |
| 3 การใช้เทคนิคเสียงจากภาพจากกรมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เพื่อประเมินความต้องการจำเป็น | ปัญหาด้านสุขภาพเด็กในโรงเรียน จากการเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์และแบบสอบถามอาจไม่ครอบคลุม แต่เมื่อมีการใช้เทคนิคเสียงจากภาพผ่านการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล โดยกำหนดให้ทีมนักวิจัยชุมชนนำภาพที่คิดว่าเป็นปัญหาหรือสิ่งที่คาดหวังให้เกิดขึ้น อาจจะเป็นภาพที่สถานที่จริงหรือสื่อบันทึกจากอินเทอร์เน็ตก็ได้ ทำให้การประเมินและการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น |
| 4 มีสมาชิกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ | หลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก จำเป็นจะต้องมีสมาชิกในทีมที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อร่วมสะท้อนมุมมองหรือให้แนวคิดเบื้องต้นได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ นอกจากนี้ ในการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร ควรเชิญผู้เชี่ยวชาญในด้านดูแลสุขภาพเด็กจากภายนอกมาร่วมประเมินและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อยืนยันข้อมูลและทำให้หลักสูตรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น |

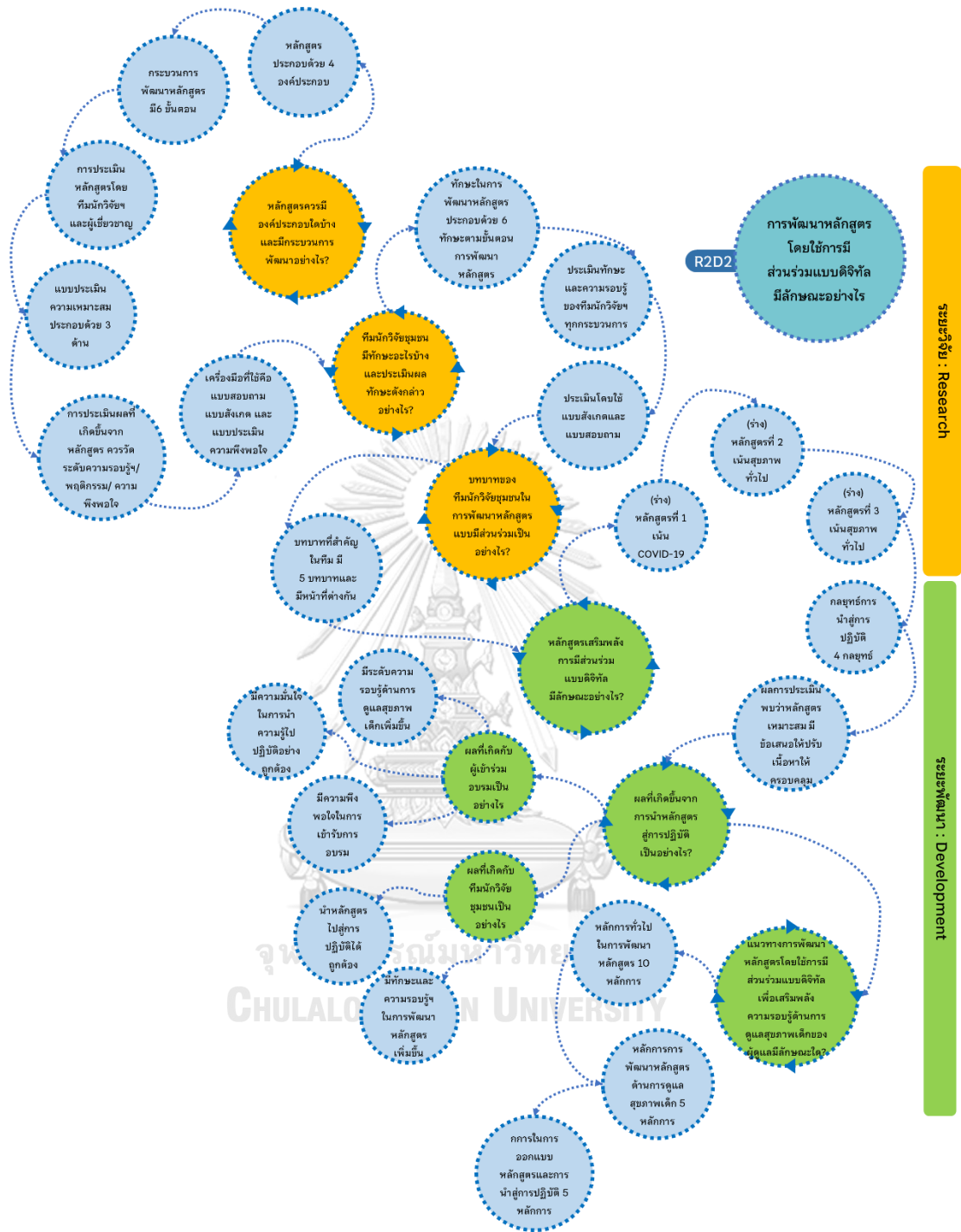
| หลักการ | รายละเอียด |
|---|--|
| 5 การเชื่อมโยงนโยบายภาครัฐ และหน่วยงานด้านสาธารณสุข | การดูแลสุขภาพเด็กมีทั้งหน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานด้านสาธารณสุขได้กำหนดแนวปฏิบัติหรือแนวทางการดำเนินการ เพื่อให้โรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กนำไปปฏิบัติ ดังนั้นการออกแบบหลักสูตรจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงแนวทางดังกล่าวร่วมด้วย |

3. หลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ เป็นหลักการที่สมาชิกในทีมพัฒนาหลักสูตรใช้ในการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติกับผู้เข้าอบรมตามหลักสูตร ประกอบด้วย 5 หลักการ รายละเอียดดังตาราง 4.21

ตาราง 4.21 หลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ

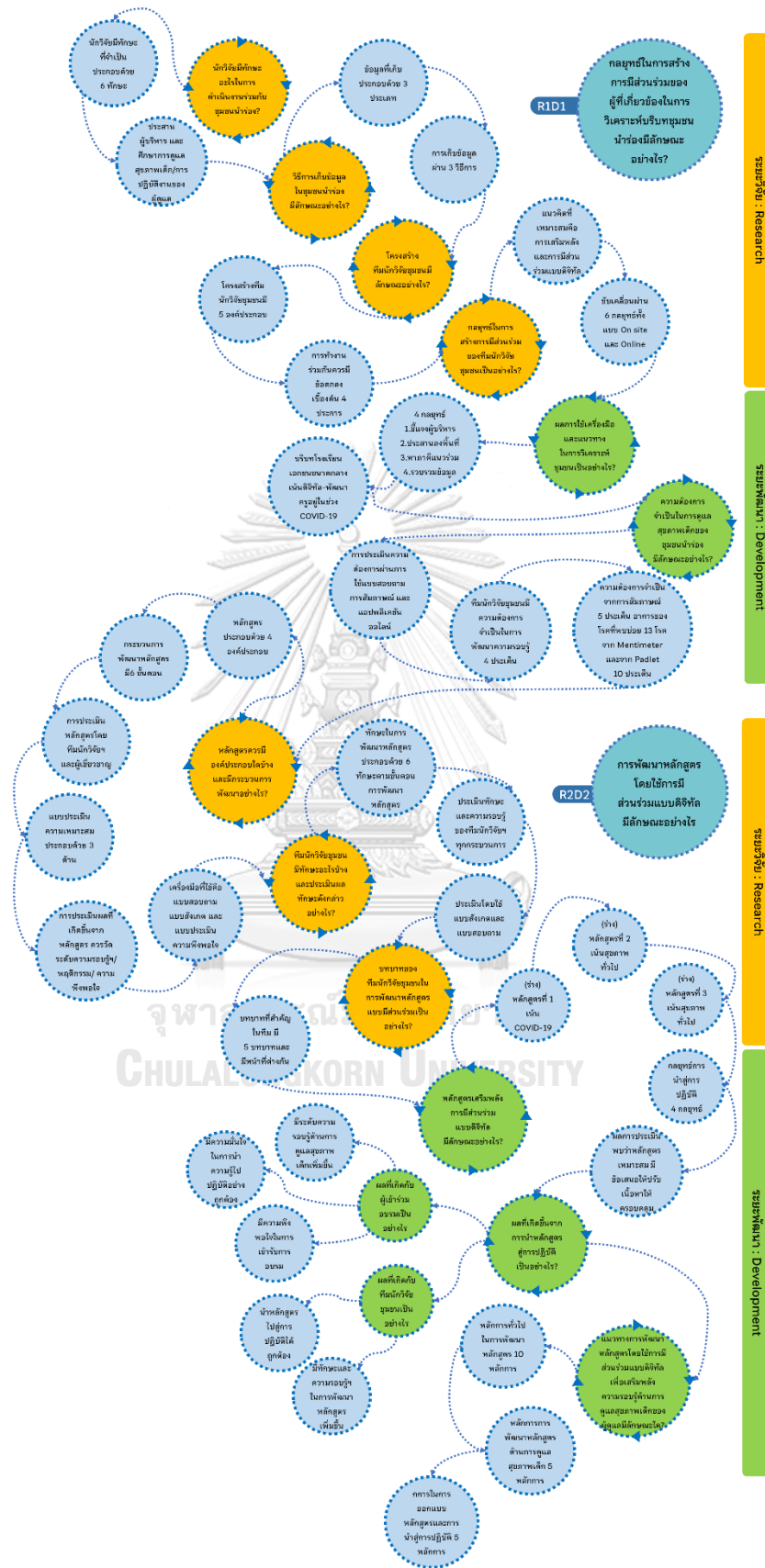
| หลักการ | รายละเอียด |
|--|---|
| 1 บทบาทของพี่เลี้ยงในการทำกิจกรรมกลุ่ม | ในการจัดกิจกรรมตามหลักสูตรบางกิจกรรม ผู้เข้าร่วมอบรมมีพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างกัน สมาชิกในทีมพัฒนาหลักสูตรมีบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนแนะนำ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น |
| 2 การให้สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนสลับเปลี่ยนบทบาทผู้นำในการแต่ละจัดกิจกรรม | หลักสูตรเป็นผลผลิตที่ได้จากกระบวนการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน ทีมนักวิจัยชุมชนจึงมีความรู้และความเข้าใจต่อกระบวนการหรือกิจกรรมตามหลักสูตรแต่ละขั้นตอน จึงสามารถสลับเปลี่ยนหมุนเวียนเป็นผู้นำในกิจกรรมต่าง ๆ ตามความถนัดและความสนใจเพื่อสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของหลักสูตรร่วมกัน |
| 3 การทำกิจกรรมเป็นกลุ่มและได้ทดลองปฏิบัติจริง | ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามหลักสูตรที่ออกแบบมานั้น บางกิจกรรมผู้เข้าอบรมอาจไม่มั่นใจในการดำเนินการต่าง ๆ จึงควรให้มีการแบ่งเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ประมาณ 3-4 คน/กลุ่ม เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่มีการปรึกษาร่วมกันในกลุ่ม เนื่องจากการทำกิจกรรมในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่อาจทำให้การมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรมในการทำกิจกรรมลดลง |
| หลักการที่ 4 การมีแนวทาง/คู่มือที่เป็นความรู้เบื้องต้นให้กับผู้ร่วมกิจกรรม | การจัดกิจกรรมให้เป็นไปตามหลักสูตร ควรมีแนวทาง/คู่มือที่เป็นชุดความรู้พื้นฐาน ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับหลักสูตรแจกให้กับผู้เข้าอบรม เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ในขอบเขตเนื้อหาที่กำหนดได้อย่างถูกต้องและบรรลุเป้าหมายของหลักสูตร |
| หลักการที่ 5 การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถด้านเทคโนโลยีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม | แม้ว่าหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลให้กับผู้เข้าอบรม แต่ทีมนักวิจัยชุมชนจะต้องพิจารณาถึงความคล่องแคล่วหรือระดับความรู้ด้านเทคโนโลยีของผู้เข้าอบรม เพื่อให้กิจกรรมให้มีความเหมาะสมและสร้างการมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น โดยอาจใช้บทบาทของพี่เลี้ยงในแต่ละกลุ่มหรือการปรับรูปแบบกิจกรรมให้ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลและความรู้มากยิ่งขึ้น |

กล่าวโดยสรุปผลผลิตที่ได้จากวงจรการวิจัยที่ 2 ประกอบ คือ หลักสูตรจากการพัฒนาที่มุ่งเน้นการเสริมพลังความรู้ในด้านดูแลสุขภาพเด็กโดยการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล โดยสรุปผลผลิตตามคำถามวิจัยดังแผนภาพ 4.8



ภาพ 4.8 ผลที่ได้จากการวิจัยในวงจรการวิจัยที่ 2

กล่าวโดยสรุป กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร แบ่งออกเป็นวงจรการวิจัย 2 วงจร คือ การออกแบบกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยแต่ละระยะประกอบด้วยคำถามวิจัยซึ่งเป็นประเด็นการวิจัยย่อยโดยมีผลที่ได้จากการวิจัยและการพัฒนาดังภาพ 4.9



ภาพ 4.9 ผลที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

ส่วนที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เป็นองค์ความรู้ที่ได้รับจากการพัฒนาหลักสูตรโดยทีมนักวิจัยชุมชนและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ โดยมีแนวทางที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย (1) กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร (2) การนำแนวคิดการเสริมพลังแบบดิจิทัลมาสู่การปฏิบัติในกระบวนการการพัฒนาหลักสูตร (3) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และ (4) คู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร รายละเอียดดังนี้

3.1 กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

การเสนอกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในครั้งนี้ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กให้กับครูปฐมวัย ที่มีความเหมาะสมกับบริบทและเกิดประโยชน์สูงสุดกับโรงเรียนสามารถนำหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริง ซึ่งในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรนี้ยังช่วยทีมนักวิจัยชุมชนมีความรู้ความสามารถและทักษะในการพัฒนาหลักสูตร เกิดความภูมิใจในตนเอง และยังช่วยให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย กระบวนการพัฒนาหลักสูตรเริ่มตั้งแต่ขั้นการเตรียมความพร้อม และกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ข) โดยรายละเอียดดังนี้



3.1.1 ขั้นการเตรียมความพร้อม

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้วยการพัฒนาตนเองให้มีความเข้าใจและสามารถจัดกิจกรรมในการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อการเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้ จากนั้นผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการโดยการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย การคัดเลือกสมาชิกในทีม ช่องทางการติดต่อระหว่างสมาชิกในทีมก่อนที่จะเริ่มกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในลำดับต่อไป

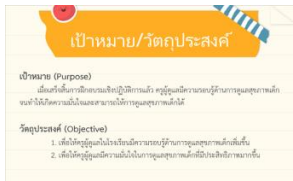


3.1.2 กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

ผู้วิจัยได้ออกแบบตามกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ การประเมินผล และการปรับปรุงหลักสูตร ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้ง รายละเอียดดังตาราง 4.22

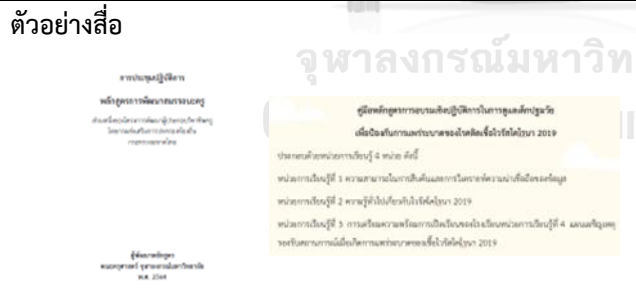
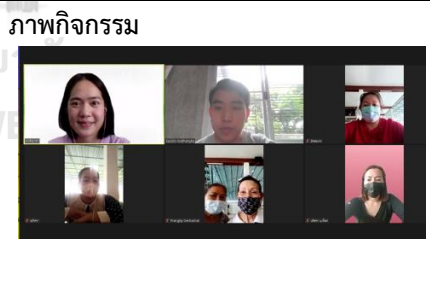
ตาราง 4.22 กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

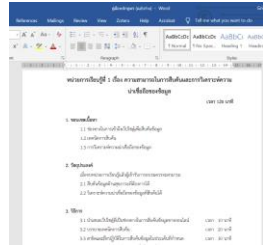
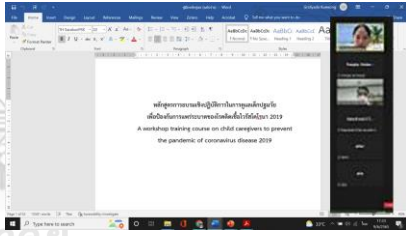
| | | |
|--|--|---|
| ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย | | 2 ครั้ง |
| กิจกรรมครั้งที่ 1 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 70 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพเด็กของกลุ่มเป้าหมาย 2) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม : | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยประเมินความรู้เบื้องต้นของกลุ่มเป้าหมายโดยใช้แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของสมาชิก 2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์นักวิจัยชุมชนรายบุคคล เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพ 3. สรุปผลการประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้ทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำสมาชิกในทีม ให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 2. บอกเป้าหมายของการรวมกลุ่มสมาชิก 3. อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานและข้อตกลงในการจัดกิจกรรมตลอดขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร 4. นำเสนอผลการสรุปประเด็นปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นที่ได้จากการสำรวจหรือสัมภาษณ์ 5. ร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นปัญหา 6. จัดลำดับความสำคัญความต้องการจำเป็นและต้องการให้ได้รับการพัฒนาจากมากไปหาน้อย 7. สรุปผลการจัดลำดับความสำคัญ 8. มอบหมายงานให้สมาชิกในทีมเพื่อเตรียมกิจกรรมครั้งที่ 2 | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำ ดำเนินตามขั้นตอน มอบหมายงาน และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็น - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม สร้างห้องประชุมและกระดานแสดงความคิดเห็นออนไลน์ - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| | | แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1. การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น 3. สื่อสารทางบวก ใช้คำถามกระตุ้น เคารพความคิดเห็นคนอื่น 4. มอบหมายหน้าที่ ให้ทุกคนเลือกการทำงานของตนเอง 5. คอยให้คำปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 6. ให้กำลังใจสมาชิกเป็นระยะ |
| สื่อ : ไฟล์การนำเสนอขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาหลักสูตร, ผลการสรุปและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น, กระดาษทดความคิดออนไลน์ ใช้ Web application คือ Mentimeter | | |
| ตัวอย่างสื่อ | ภาพกิจกรรม | |
|  |  | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพเด็กที่ต้องการให้ครูผู้ดูแลเด็กได้รับการพัฒนา | | |
| ความสามารถที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น, การสรุปประเด็น, การรวบรวมข้อมูล, การเข้าถึงข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล, การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ, การสื่อสาร และการตัดสินใจ | | |

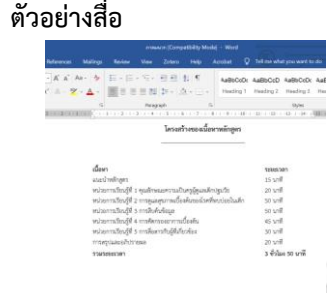

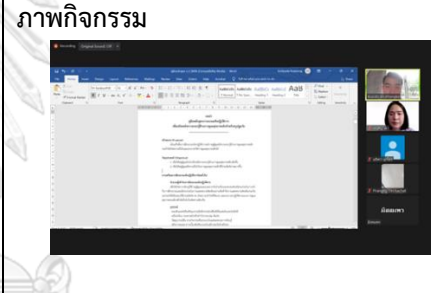
| | | |
|---|---|----------------------------------|
| ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย | | 2 ครั้ง |
| กิจกรรมครั้งที่ 2 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 60 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของของการดูแลเด็กช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม : ผู้วิจัยได้สร้างกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet เพื่อให้ทีมวิจัยชุมชนได้เข้ามาโพสต์รูปภาพที่ตนเองคิดว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ และแสดงความคิดเห็นในภาพอื่น ๆ ด้วย ให้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. นำเสนอประเด็นปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นที่ได้จากกระดานระดมสมองออนไลน์ 2. ทุกคนร่วมจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่เป็นความต้องการจำเป็น 3. สรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเอง - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีมสร้างห้องประชุม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น คอยให้คำปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 2. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของสมาชิกในทีม เคารพในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน 3. ให้กำลังใจสมาชิกเป็นระยะ | | |
| สื่อ : ผลการการแสดงความเห็นของทีมนักวิจัยชุมชนที่เป็นเสียงจากภาพ (photovoice) บนกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet, กระดาษทดความคิดเห็นออนไลน์ | | |
| ตัวอย่างสื่อ  | ภาพกิจกรรม  | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : การจัดลำดับความสำคัญของการดูแลเด็กช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | |
| ความสามารถที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น, การสรุปประเด็น, การรวบรวมข้อมูล, การเข้าถึงข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล, การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ, การสื่อสาร, การตัดสินใจ | | |

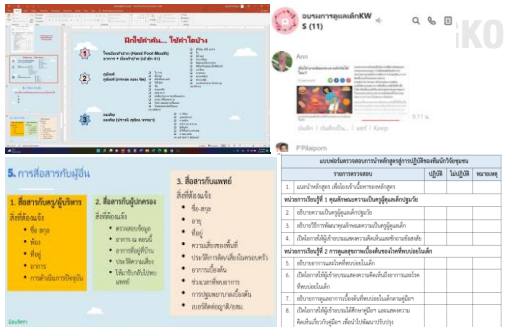

| | | |
|--|---|---|
| ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ | | จำนวน 1 ครั้ง |
| กิจกรรมครั้งที่ 3 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 50 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาหลักสูตร 2) เพื่อกำหนดขอบเขตของเนื้อหาในการพัฒนาหลักสูตรพอสังเขป | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน | |
| 1. ทบทวนผลการประเมินและจัดลำดับความ ต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพในเด็ก | - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม มอบหมายงานให้สมาชิกในทีม และให้กำลังใจ | |
| 2. กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันใน การพัฒนาหลักสูตร | - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเองให้กับสมาชิกในทีม | |
| 3. กำหนดขอบเขตของหลักสูตรและผลลัพธ์ที่ คาดหวังและสามารถวัดได้ | - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม | |
| | - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด | |
| | - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | | |
| 1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง | | |
| 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของ ตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ | | |
| 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ | | |
| 4. ให้กำลังใจ ในการร่วมกันกำหนดเป้าหมายและขอบเขตของหลักสูตร เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้สามารถดำเนิน กิจกรรมต่อไปได้ | | |
| 5. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรมแทนนักวิจัย และมีความสามารถในการพัฒนาหลักสูตรได้ด้วยตนเอง | | |
| 6. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์การนำเสนอผลการสรุปและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและแนวทางการดำเนินงาน, กระดาษทด ความคิดออนไลน์ | | |
| ตัวอย่างสื่อ |  | ภาพกิจกรรม |
| |  |  |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : 1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการพัฒนาหลักสูตร 2. ขอบเขตของเนื้อหาในการพัฒนาหลักสูตรพอสังเขป | | |
| ความสามารถที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น, การสรุปประเด็น, การรวบรวม ข้อมูล, การเข้าถึงข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, ความ คล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล, การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพ, การสื่อสาร และการตัดสินใจ | | |



| | | |
|--|---|-------------------------|
| ก่อนเริ่มขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในทีม | | จำนวน 2 ครั้ง |
| กิจกรรมครั้งที่ 4-5 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 50-90 นาที | ช่องทาง : ณ สถานที่ตั้ง |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทีมนักวิจัยชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มขึ้น ก่อนร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตร | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. เสนอผลการประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมในภาพรวม 2. พัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กในทุกด้านให้เพิ่มขึ้น (เนื่องจากมีหลายด้านที่ต้องพัฒนาจึงต้องทำการนัดประชุม 2 ครั้ง) 3. ประเมินผลความรู้ฯ หลังการพัฒนา | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ดำเนินงานตามขั้นตอน หาวิทยากรผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรม - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ควบคุมให้เป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยชุมชนได้อธิบายและร่วมสาธิตตามความเข้าใจ 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนทีมนักวิจัยชุมชนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อทีมนักวิจัยชุมชนสามารถปฏิบัติย้อนกลับได้ เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 5. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรมแทนนักวิจัย และมีความสามารถในการพัฒนาหลักสูตรได้ด้วยตนเอง 6. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์การนำเสนอผลการสรุประดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน วิธีการและเทคนิคการสืบค้น และการรายงานผลการสืบค้นข้อมูล, กระดาษทดความคิด, คอมพิวเตอร์หรือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้, Line application | | |
| ตัวอย่างสื่อ | ภาพกิจกรรม | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : นักวิจัยชุมชนมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น | | |
| ความสามารถที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : การสรุปประเด็น, การรวบรวมข้อมูล, การเข้าถึงข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล, การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ, การสื่อสาร, การตัดสินใจ, การรู้เท่าทันสื่อ | | |

| | | |
|--|---|----------------------------------|
| ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | | จำนวน 3 ครั้ง |
| กิจกรรมครั้งที่ 6 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 70 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาเนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วยเนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผลหลักสูตร | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. เสนอเนื้อหาที่ต้องการมีในหลักสูตรทั้งหมด 2. วิเคราะห์และคัดเลือกเนื้อหาที่จำเป็นในการพัฒนาเป็นหน่วยการเรียนรู้ 3. กำหนดกิจกรรมที่ใช้แต่ละหน่วยเรียนรู้ในหลักสูตร 4. กำหนดการประเมินผลในแต่ละเนื้อหาหลักสูตร 5. สร้างเทมเพลตของแต่ละหน่วยการเรียนรู้เพื่อบรรยายรายละเอียดของเนื้อหา (หลังจากนั้นหาอาสาสมัครในทีมเพื่อพัฒนาคู่มือหลักสูตรให้เป็นฉบับร่างที่ 1 ก่อนนัดประชุมครั้งต่อไป) | บทบาท - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม มอบหมายงานให้สมาชิกในทีม ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีม และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม สืบค้นข้อมูลที่ต้องการนำมาใช้ในหลักสูตร - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุมในแต่ละครั้ง | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำและมีความสามารถในการพัฒนาหลักสูตรได้ด้วยตนเอง 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 5. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์ตัวอย่างหลักสูตร, กระดาษทดความคิด | | |
| ตัวอย่างสื่อ  | ภาพกิจกรรม  | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : หลักสูตร ฉบับร่างที่ 1 | | |
| ความสามารถที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : การสรุปประเด็น, การรวบรวมข้อมูล, การเข้าถึงข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล, การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ, การสื่อสาร, การตัดสินใจ, การรู้เท่าทันสื่อ | | |

| | | |
|--|---|----------------------------------|
| ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | | จำนวน 3 ครั้ง |
| กิจกรรมครั้งที่ 7 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 50 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินและปรับปรุงหลักสูตรฉบับร่างที่ 1 เป็นฉบับร่างที่ 2 | | |
| ก่อนเริ่มกิจกรรม : ส่งไฟล์หลักสูตรฉบับร่างที่ 1 ให้กับทีมนักวิจัยชุมชนได้ศึกษาล่วงหน้าก่อนวันนัดประชุม | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. นำเสนอหลักสูตร (ฉบับร่างที่ 1) 2. สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น ประเมินความเหมาะสมและปรับปรุงหลักสูตร 3. ปรับปรุงหลักสูตร (ฉบับร่างที่ 2) | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม และให้กำลังใจ รวมทั้งหาผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงหลักสูตร - ผู้อำนวยการความสะอาด กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลการดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 3. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 4. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์หลักสูตรฉบับร่างที่ 1, กระดาษทดความคิด | | |
| ตัวอย่างสื่อ  | ภาพกิจกรรม  | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : หลักสูตร ฉบับร่างที่ 2 | | |
| ความสามารถที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : การสรุปประเด็น, การรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล, การแก้ไขปัญหา และการบริหารจัดการ, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ, การสื่อสาร, การตัดสินใจ, การรู้เท่าทันสื่อ | | |

| | | |
|--|---|--|
| ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | | จำนวน 3 ครั้ง |
| กิจกรรมครั้งที่ 8 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 60 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ได้หลักสูตรที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. เสนอผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 2. สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 3. ปรับปรุงหลักสูตร (ฉบับร่างที่ 3) | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเอง - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลการดำเนินงานไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การให้อิสระในการตัดสินใจ เปิดโอกาสให้ทีมตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 3. ให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 4. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์หลักสูตรฉบับร่างที่ 2, ไฟล์ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ, กระดาษทดความคิด | | |
| ตัวอย่างสื่อ  |  | ภาพกิจกรรม  |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : หลักสูตร ฉบับร่างที่ 3 (สำหรับนำไปทดลองใช้) | | |
| ความสามารถที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ | | |

| ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ | | 1 ครั้ง |
|---|---|-------------------------|
| กิจกรรมครั้งที่ 9 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 4 ชั่วโมง | ช่องทาง : ณ สถานที่ตั้ง |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อทดลองใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น 2) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่จะจัดอบรมเพิ่มขึ้น | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้เข้าร่วมอบรม 2. ดำเนินกิจกรรมตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น 3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้เข้าร่วมอบรมภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม 4. เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการจัดอบรม 5. ผู้วิจัยสังเกตการดำเนินงานของทีมนักวิจัยชุมชนในการจัดอบรมและสังเกตพัฒนาการของผู้เข้าอบรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรมและให้กำลังใจ ในขั้นตอนนี้ทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนจะได้รับมอบหมายให้สลับกันในการเป็นผู้นำจัดกิจกรรม - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือผู้เข้าอบรม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก เป็นผู้สังเกตการจัดกิจกรรมการอบรม สรุปและนำเสนอผลที่ได้จากจัดอบรมในการประชุมครั้งต่อไป - ผู้เข้าอบรม มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในมุมมองของตนเอง | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. เปิดโอกาสให้นักวิจัยชุมชนได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำและมีการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมกำหนดทิศทางการทำงาน วางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการจัดอบรม 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 5. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : วัสดุหลักสูตร, คู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กเบื้องต้น, แบบฟอร์มตรวจสอบรายการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ, แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล, แบบประเมินความพึงพอใจ, กระดาษทดความคิดออนไลน์ Mentimeter, line application | | |
| ตัวอย่างสื่อ  | ภาพกิจกรรม  | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : 1) ได้ทดลองใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น 2) ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่จะจัดอบรมเพิ่มขึ้น | | |
| ความสามารถที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น, การสรุปประเด็น, การรวบรวมข้อมูล, การเข้าถึงข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล, การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ, การสื่อสาร, การตัดสินใจ | | |

| ขั้นตอนที่ 5-6 การประเมินผลและการปรับปรุงหลักสูตร | | 1 ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|------------|------------|------------|------------|-----|---------------------|------|------|------|------|------|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|------|------|---|--|
| กิจกรรมครั้งที่ 10 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 60 นาที | ช่องทาง : ณ สถานที่ตั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อประเมินระดับความรู้ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชน 2) เพื่อประเมินผลและปรับปรุงหลักสูตร และได้หลักสูตรฉบับสมบูรณ์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. สมาชิกทีมในการร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานในการนำหลักสูตรไปปฏิบัติ 2. สมาชิกทีมร่วมกันการประเมินผู้เข้าอบรมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับเนื้อหาที่ได้จากการเข้าอบรม 3. สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น ประเมินความเหมาะสม 4. ปรับปรุงหลักสูตร (ฉบับสมบูรณ์) 5. สมาชิกทีมประเมินความสามารถของตนเองในการพัฒนาหลักสูตร | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม กล่าวชื่นชมสมาชิกในทีม - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเองในการประเมินหลักสูตร - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีมติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญ - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุมในแต่ละครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 3. ให้อาสาสมัครสมาชิกเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการมุ่งมั่นพัฒนาหลักสูตรจนประสบความสำเร็จ 4. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สื่อ : ผลการประเมินของผู้เข้าอบรม, ไฟล์คู่มือการพัฒนาหลักสูตร, แบบวัดความรู้ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล, กระดาษทดความคิด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวอย่างสื่อ  <table border="1" data-bbox="542 1276 829 1500"> <caption>ตาราง 4.19 การวิเคราะห์ความถี่ในการตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ</caption> <thead> <tr> <th>ลำดับความถี่</th> <th>คำตอบที่ 1</th> <th>คำตอบที่ 2</th> <th>คำตอบที่ 3</th> <th>คำตอบที่ 4</th> <th>คำตอบที่ 5</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การเข้าถึงสุขภาพ</td> <td>4.80</td> <td>4.00</td> <td>3.60</td> <td>3.20</td> <td>3.80</td> <td>3.88</td> </tr> <tr> <td>2. ความรู้ความเข้าใจสุขภาพ</td> <td>4.80</td> <td>5.00</td> <td>4.40</td> <td>4.20</td> <td>4.00</td> <td>4.48</td> </tr> <tr> <td>3. ทัศนคติที่ดี</td> <td>4.60</td> <td>5.00</td> <td>4.00</td> <td>4.60</td> <td>4.00</td> <td>4.60</td> </tr> <tr> <td>4. ทัศนคติที่ดี</td> <td>4.80</td> <td>3.40</td> <td>2.80</td> <td>2.60</td> <td>3.60</td> <td>3.64</td> </tr> <tr> <td>5. ทัศนคติที่ดี</td> <td>5.00</td> <td>5.00</td> <td>4.00</td> <td>4.20</td> <td>4.00</td> <td>4.64</td> </tr> <tr> <td>6. ทัศนคติที่ดี</td> <td>4.20</td> <td>4.00</td> <td>2.40</td> <td>3.20</td> <td>4.00</td> <td>3.64</td> </tr> <tr> <td>7. ทัศนคติที่ดี</td> <td>4.80</td> <td>5.00</td> <td>4.40</td> <td>4.40</td> <td>4.00</td> <td>4.52</td> </tr> <tr> <td>8. ทัศนคติที่ดี</td> <td>4.80</td> <td>3.00</td> <td>2.20</td> <td>2.80</td> <td>3.80</td> <td>2.88</td> </tr> <tr> <td>9. ทัศนคติที่ดี</td> <td>4.40</td> <td>5.00</td> <td>4.20</td> <td>4.60</td> <td>4.00</td> <td>4.64</td> </tr> </tbody> </table> | ลำดับความถี่ | คำตอบที่ 1 | คำตอบที่ 2 | คำตอบที่ 3 | คำตอบที่ 4 | คำตอบที่ 5 | รวม | 1. การเข้าถึงสุขภาพ | 4.80 | 4.00 | 3.60 | 3.20 | 3.80 | 3.88 | 2. ความรู้ความเข้าใจสุขภาพ | 4.80 | 5.00 | 4.40 | 4.20 | 4.00 | 4.48 | 3. ทัศนคติที่ดี | 4.60 | 5.00 | 4.00 | 4.60 | 4.00 | 4.60 | 4. ทัศนคติที่ดี | 4.80 | 3.40 | 2.80 | 2.60 | 3.60 | 3.64 | 5. ทัศนคติที่ดี | 5.00 | 5.00 | 4.00 | 4.20 | 4.00 | 4.64 | 6. ทัศนคติที่ดี | 4.20 | 4.00 | 2.40 | 3.20 | 4.00 | 3.64 | 7. ทัศนคติที่ดี | 4.80 | 5.00 | 4.40 | 4.40 | 4.00 | 4.52 | 8. ทัศนคติที่ดี | 4.80 | 3.00 | 2.20 | 2.80 | 3.80 | 2.88 | 9. ทัศนคติที่ดี | 4.40 | 5.00 | 4.20 | 4.60 | 4.00 | 4.64 | ภาพกิจกรรม  | |
| ลำดับความถี่ | คำตอบที่ 1 | คำตอบที่ 2 | คำตอบที่ 3 | คำตอบที่ 4 | คำตอบที่ 5 | รวม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. การเข้าถึงสุขภาพ | 4.80 | 4.00 | 3.60 | 3.20 | 3.80 | 3.88 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ความรู้ความเข้าใจสุขภาพ | 4.80 | 5.00 | 4.40 | 4.20 | 4.00 | 4.48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ทัศนคติที่ดี | 4.60 | 5.00 | 4.00 | 4.60 | 4.00 | 4.60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ทัศนคติที่ดี | 4.80 | 3.40 | 2.80 | 2.60 | 3.60 | 3.64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ทัศนคติที่ดี | 5.00 | 5.00 | 4.00 | 4.20 | 4.00 | 4.64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. ทัศนคติที่ดี | 4.20 | 4.00 | 2.40 | 3.20 | 4.00 | 3.64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. ทัศนคติที่ดี | 4.80 | 5.00 | 4.40 | 4.40 | 4.00 | 4.52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. ทัศนคติที่ดี | 4.80 | 3.00 | 2.20 | 2.80 | 3.80 | 2.88 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. ทัศนคติที่ดี | 4.40 | 5.00 | 4.20 | 4.60 | 4.00 | 4.64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : 1) ระดับความรู้ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชน 2) หลักสูตรฉบับสมบูรณ์ พร้อมคู่มือ 3) ทีมพัฒนาหลักสูตรมีทักษะในการพัฒนาหลักสูตร | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ - การรู้เท่าทันสื่อ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.2 การนำแนวคิดการเสริมพลังแบบดิจิทัลมาสู่การปฏิบัติในกระบวนการการพัฒนาหลักสูตร

การเสริมพลังคือการเสริมสร้างความรู้สึกเห็นถึงคุณค่าร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วม โดยการนำกระบวนการเสริมพลังแบบดิจิทัลมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตร เพื่อให้ทีมนักวิจัยชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตร ด้วยการแลกเปลี่ยน นำเสนอ วิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นและดำเนินการพัฒนาหลักสูตรผ่านเครื่องมือดิจิทัล 6 ขั้นตอนโดยแต่ละขั้นตอนใช้กระบวนการเสริมพลังรายละเอียดดังตาราง 4.23

ตาราง 4.23 กระบวนการเสริมพลังในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

| ขั้นการพัฒนาหลักสูตร | กระบวนการเสริมพลัง | กิจกรรม | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือดิจิทัล |
|---|---|---|--|--|
| 1. การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย | 1. การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างความร่วมมือ | 1. ทำความรู้จักสมาชิกในทีมและสร้างสัมพันธภาพในทีมโดยให้บอกคุณลักษณะของตนเองให้กับสมาชิกทราบ 2. บอกเป้าหมายของการเข้าร่วมกิจกรรมและทำข้อตกลงร่วมกันในการเข้าร่วมการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร | หลัก: ผู้วิจัย รอง: ผู้บริหาร | Zoom App. Line App. |
| 2. การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ | 2. การค้นหาสภาพการณ์จริง 3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณ | 1. สัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชนรายบุคคล เพื่อหาประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา 2. การเก็บข้อมูลโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลด้วยเทคนิคเสียงจากภาพ และการร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาที่พบข้อบกพร่องในเด็กปฐมวัย 3. เปิดโอกาสให้ทีมได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาประเด็นปัญหาที่สนใจ | ผู้วิจัย หลัก: ผู้บริหาร รอง: ผู้วิจัย | Zoom App. Line App. Padlet Mentimeter |
| 3. การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | 4. การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร 5. การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ | 1. ผู้วิจัยเสริมสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเนื้อหาหลักสูตร หาแหล่งข้อมูลสนับสนุนคอยติดตามความก้าวหน้า ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเพื่อให้ดำเนินการไปได้จนสำเร็จ 2. ขออาสาสมัครในทีมเพื่อเป็นผู้นำหลักในการกำหนดเนื้อหาและพัฒนาหลักสูตร 3. ให้อิสระในทีมได้ตัดสินใจเลือกในการออกแบบเนื้อหา กิจกรรมและการประเมินผลด้วยตนเอง | หลัก: อาสาสมัครในทีมที่ทำการพัฒนาหลักสูตร รอง: ผู้วิจัยและผู้บริหาร | Zoom App. Line App. |
| 4. การนำหลักสูตรไปทดลองใช้ | 5. การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ | 1. เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้แสดงบทบาทในการนำหลักสูตรไปทดลองใช้ 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมกำหนดทิศทางการทำงาน วางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม ในการจัดอบรม 3. ผู้วิจัยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ | หลัก: ทีมนักวิจัยชุมชน รอง: ผู้วิจัย | Zoom App. Line App. Padlet Mentimeter |
| 5. การประเมินผล 6. การปรับปรุงหลักสูตร | 6. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ | 1. ให้อิสระในการประเมินผลการนำหลักสูตรไปทดลองใช้ 2. ให้รางวัลกับทีมนักวิจัยชุมชนและกำลังใจที่มุ่งมั่นพัฒนาหลักสูตรจนประสบความสำเร็จ | หลัก: ผู้บริหาร รอง: ผู้วิจัย | Zoom App. Line App. |

3.3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ถอดบทเรียนจากกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น โดยได้เสนอแนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล จำนวน 14 ข้อ รายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทการทำงานในปัจจุบัน ควรดำเนินการผ่านเครื่องมือดิจิทัลทางออนไลน์ โดยเลือกใช้เครื่องมือที่หลากหลายและเหมาะสมกับกิจกรรมที่ทำ ผสมผสานกับการจัดกิจกรรม ณ สถานที่ตั้ง ในกรณีที่ต้องมีการประเมินพฤติกรรมของทีมนักวิจัย หลักสูตรที่ไม่สามารถประเมินได้ผ่านเครื่องมือดิจิทัลออนไลน์ อาทิเช่น การพัฒนาสมาชิกในทีมนักวิจัย ชุมชนให้มีความคุ้นเคยกับการทำงานร่วมกันผ่านดิจิทัลออนไลน์ อาจต้องจัดกิจกรรม ณ สถานที่ตั้ง เพื่อเรียนรู้การใช้เครื่องมือดิจิทัลร่วมกัน ก่อนที่จะทำกิจกรรมผ่านเครื่องมือดิจิทัลออนไลน์ เพื่อให้ทีมนักวิจัย ชุมชนสามารถเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาหลักสูตรได้คล่องแคล่วและรวดเร็วในการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ทั้งในส่วนของ การเข้าถึงข้อมูล การสืบค้นข้อมูล และการสื่อสาร โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ โดยในระยะแรกอาจมีผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดำเนินการดังกล่าวเพื่อแนะนำ อำนวยความสะดวก และสร้างความคุ้นเคยในการทำงานร่วมกันผ่านเครื่องมือดิจิทัลออนไลน์

2. การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาหลักสูตร จะต้องคำนึงถึงบริบทขององค์กรหรือชุมชนที่มีความพร้อมและมีความสนใจในการแก้ไขปัญหาหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรหรือผู้เกี่ยวข้องผ่านหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น

3. การกำหนดสมาชิกในทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชนเพื่อเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ต้องเป็นสมาชิกที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วย สมาชิกทั้งในองค์กรและภายนอกองค์กรที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนหรือบริบทเดียวกัน อาจรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นนั้น ๆ ด้วย นอกจากนี้ สมาชิกที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรควรที่จะต้องมีบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจและเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเนื้อหาของประเด็นที่จะทำการพัฒนาหลักสูตร ซึ่งในงานวิจัยนี้เป็น การพัฒนาหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเด็ก ดังนั้น ในทีมนักวิจัยชุมชนที่พัฒนาหลักสูตร จำเป็นที่จะต้องมีส่วนที่สมาชิกที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านสุขภาพของเด็กในงานวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้กับสมาชิกภายในทีมพัฒนาหลักสูตร

4. คุณลักษณะของสมาชิกในทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชน ควรเป็นบุคคลที่เปิดกว้าง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นภายใต้ความหลากหลายของแต่ละบุคคลในทีม เคารพในการแสดงความคิดเห็นของผู้อื่นและการตัดสินใจของทีมสมาชิก มีความรับผิดชอบต่อภารกิจหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างสม่ำเสมอ และสื่อสารเชิงบวกอย่างสร้างสรรค์

5. สมาชิกในทีมจะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับประเด็นที่นำมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรก่อน เริ่มดำเนินการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาของหลักสูตร ทั้งนี้รวมถึงการดำเนินงานผ่านช่องทางออนไลน์หรือใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะพื้นฐานในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมด้วย

6. ในการพัฒนาหลักสูตรมีการดำเนินงานหลายขั้นตอน ซึ่งบางขั้นตอนมีการดำเนินงานในลักษณะวนซ้ำ ในการกำหนดบทบาทของสมาชิกภายในทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชน จำเป็นจะต้องกำหนดบทบาทในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน อย่างไรก็ตามเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในทีม ควรมีการหมุนเวียน สับเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกในทีมทุกคนได้มีประสบการณ์และสามารถนำไปต่อยอดสู่การพัฒนาหลักสูตรอื่น ๆ ที่สนใจต่อไป

7. การพัฒนาหลักสูตรทั้งกระบวนการจะต้องมีการสร้างหรือกำหนดช่องทางในการสื่อสารระหว่างกัน โดยควรเป็นช่องทางดิจิทัลทางออนไลน์ เพื่อความสะดวกในการติดต่อประสานงาน การสื่อสารภายในทีม และการส่งต่อข้อมูลที่น่าสนใจให้กับสมาชิกในทีมได้เรียนรู้ร่วมกัน

8. การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย เป็นสิ่งสำคัญที่ได้ให้ ได้สารสนเทศหรือประเด็นที่ต้องนำไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตร ควรที่จะมีการดำเนินการผ่านช่องทางที่หลากหลาย เพื่อให้ได้สารสนเทศที่ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยในกาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องร่วมกันการวิเคราะห์ข้อมูลโดยด้วยเทคนิคเสียงจากภาพผ่านกระดานระดมสมองออนไลน์ เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่ต้องการได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบวัดเพื่อประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชน เป็นต้น

9. การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาหลักสูตรร่วมกันในทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชน เป็นขั้นตอนที่ส่งผลให้สมาชิกในทีมเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการพัฒนาหลักสูตร และเกิดภาคภูมิใจและความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานร่วมกันในการพัฒนาหลักสูตรนี้ นอกจากนี้ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นช่วยให้การดำเนินการในขั้นต่อไปมีประสิทธิภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อบรรลุตามเป้าหมายดังกล่าว

10. การกำหนดขอบเขตเนื้อหา ควรพิจารณาถึงบริบทแวดล้อมในการดำเนินงานด้วย เนื้อหาที่ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และตรงตามเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการประเมินความต้องการจำเป็น ซึ่งงานวิจัยนี้ในช่วงแรกได้มีการกำหนดเป้าหมายและเนื้อหาหลักสูตรที่เน้นการดูแลเด็กในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะ ต่อมาในขณะที่กำลังพัฒนาหลักสูตร ภาครัฐได้กำหนดมาตรการที่ชัดเจนและครอบคลุมการดำเนินการดังกล่าว ทีมนักวิจัยชุมชนจึงเห็นสมควรให้มีการปรับเป้าหมายและเนื้อหาหลักสูตรเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้จากหลักสูตรนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กในโรคหรืออาการอื่น ๆ ที่พบบ่อยได้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในขณะนั้น

11. การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น นอกจากจะมีการประเมินโดยทีมนักวิจัยชุมชนแล้ว ควรมีการประเมินหลักสูตรจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ด้วย เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและประสิทธิภาพของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

12. การนำหลักสูตรไปทดลองใช้ ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชนได้เลือกกิจกรรมหรือหน่วยการเรียนรู้ที่ตนเองสนใจหรือถนัดในการจัดกิจกรรมดังกล่าว เพื่อให้การนำหลักสูตรไปทดลองใช้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในทีม และรับผิดชอบร่วมกันในการทดลองใช้หลักสูตรที่ทีมได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น และในระหว่างการจัดกิจกรรมตามเนื้อหาหลักสูตร ทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม และทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้มอบหมายไว้ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชนจะได้รับมอบหมายหน้าที่ให้มีบทบาทที่แตกต่างกันตามความเหมาะสมของแต่ละคน

13. องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเปิดโอกาสหรือพื้นที่ในการนำหลักสูตรที่ได้พัฒนาขึ้น ร่วมกันของทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชนไปทดลองใช้ เพื่อประเมินผลของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น พร้อมนำผลการประเมินเหล่านั้นมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยหากในทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชนมีผู้บริหารองค์กรอยู่ในทีมด้วย จะยิ่งทำให้สมาชิกในทีมมีกำลังใจในการดำเนินงานและมีโอกาสในการนำหลักสูตรไปสู่การปฏิบัติจริงมากยิ่งขึ้น

14. การจัดกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและการนำหลักสูตรไปทดลองใช้ จะต้องเป็นการดำเนินการที่ไม่รบกวนเวลาส่วนตัวของทั้งทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชน และผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกทางด้านลบต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และไม่ควรเป็นการดำเนินการในลักษณะบังคับให้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของหลักสูตรได้ ทีมพัฒนาหลักสูตรหรือทีมนักวิจัยชุมชน และผู้เข้าร่วมกิจกรรมควรมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสมัครใจของบุคคลและสอดคล้องกับนโยบายขององค์กร

3.4 คู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร

คู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร ในส่วนนี้ประกอบด้วยคู่มือ 2 ชุด ได้แก่ 1) คู่มือกระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และ 2) คู่มือหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ข)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” มีวัตถุประสงค์การวิจัยหลัก 3 ข้อ คือ 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก 2) เพื่อวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ 3) เพื่อจัดทำคู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กจากการบูรณาการ 2 แนวคิด ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) และ 2) การเลี้ยงดู (nurturing care) ตามแนวคิดของ World Health Organization, United Nations Children’s Fund, & World Bank Group (2018) โดยการสร้างตัวบ่งชี้ที่มีลักษณะการบูรณาการองค์ประกอบหลักของความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในบริบทของการเลี้ยงดู (nurturing care) แต่ละองค์ประกอบย่อย ในลักษณะเป็นพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) เพื่อเป็นการทำให้เครื่องมือมีจำนวนข้อคำถามลดน้อยลงและยังคงทำให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูพุ่มพิงตามกรอบแนวคิดที่ครบถ้วน ในระยะนี้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัด 2 ด้าน คือ 1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยใช้การวัด IOC (item object congruence) และ 2) ตรวจสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา (Omega coefficient) หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบพหุมิติ (multidimensional confirmatory factor analysis: multidimensional CFA) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์กับทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็ก และเปรียบเทียบความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลตามภูมิภาคที่แตกต่างกัน ของตัวอย่างวิจัย

โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) สถิติทดสอบเวลช์ (Welch test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA)

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร จำแนกออกเป็นวงจรการวิจัย 2 วงจร ประกอบด้วย วงจรการวิจัยที่ 1 การออกแบบกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวงจรการวิจัยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ในแต่ละวงจรมี 2 ระยะ คือ ระยะการวิจัย (R) และระยะการพัฒนา (D)

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ในระยะนี้เป็นการเสนอแนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล การเสนอกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร และนำเสนอคู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

จากการศึกษาวิจัยครั้งสรุปได้ว่า เครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่สร้างขึ้นตามโมเดลการวัดแบบพหุมิติ มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มี 6 องค์ประกอบ และการเลี้ยงดู (nurturing care) มี 5 องค์ประกอบ ในแต่ละข้อคำถามถูกออกแบบให้เป็นพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) คือ ใน 1 ข้อคำถามสามารถวัดได้ทั้ง 2 มิติ คือ มิติที่นิยามตามแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ และมิติที่นิยามตามแนวคิดของการเลี้ยงดู มีตัวแปรแฝงทั้งหมด 13 และตัวแปรสังเกตได้ 30 ตัวแปร มีคุณภาพทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีค่า IOC (item object congruence) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ตรวจสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในจากตัวอย่างจำนวน 345 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง .820 ถึง .903 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา (Omega coefficient) อยู่ระหว่าง .827 ถึง .905 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 30 ตัวแปร มีค่าอยู่ระหว่าง .309 - .745 ตัวแปรสังเกตได้ทุกคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการทดสอบ Bartlett's test มีนัยสำคัญ แสดงว่า ข้อมูลไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ และค่า KMO เข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพหุมิติของโมเดลการวัดความรู้

ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก พบว่าโมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 / (343, N=345) = 446.23, p = .0001, CFI = .979, TLI = .974, SRMR = .051, RMSEA = .030, AIC = 14556.473, BIC = 15140.692$) และมีค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2 / df) เท่ากับ 1.30 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานหลักที่ว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในส่วนของโมเดลความรู้ด้านสุขภาพและโมเดลการเลี้ยงดู พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูอยู่ในระดับมากทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่มีภูมิลำเนาต่างกัน พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน และมีประวัติการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็กแตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ดูแลเด็กเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กเพศชาย ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและต่ำกว่าปริญญาตรี ผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็กลดกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ผู้ดูแลเด็กที่เคยผ่านการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่เคยผ่านการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก และผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคตะวันออก ยกเว้นตัวแปรด้านอายุของผู้ดูแลเด็ก ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กระหว่างกลุ่มไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอายุแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

การวิจัยและพัฒนาของวงจรการวิจัยที่ 1 การออกแบบกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวงจรการวิจัยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล ในแต่ละวงจรมี 2 ระยะ คือ ระยะการวิจัย (R) และระยะการพัฒนา (D) โดยมีผลที่ได้ ดังนี้

ตาราง 5.1 สรุปผลการวิจัย

| คำถามวิจัย | ผลผลิต |
|---|---|
| วงจรการวิจัยที่ 1 การออกแบบกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง | |
| ระยะการวิจัย 1 | |
| นักวิจัยมีทักษะอะไรในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนนาร่อง? | <ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะที่จำเป็นของนักวิจัยในการทำงานร่วมกับชุมชนนาร่อง คือ ทักษะความเป็นผู้นำ ทักษะการเป็นผู้อำนวยการความสะอาดและการประสานงาน ทักษะความรู้ด้านดิจิทัล ทักษะการเสริมพลังการมีส่วนร่วม ทักษะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และทักษะการสื่อสาร 2. นักวิจัยจะต้องเตรียมความพร้อมด้วยการประสานงานกับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนนาร่อง และศึกษาข้อมูลความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กและการปฏิบัติงานของผู้ดูแล |
| วิธีการเก็บข้อมูลในชุมชนนาร่องมีลักษณะอย่างไร? | <ol style="list-style-type: none"> 1. การเก็บข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลบริบททั่วไป ข้อมูลปัญหาความต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพของเด็ก และระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และโปรแกรมหรือแอปพลิเคชันดิจิทัล |
| โครงสร้างทีมนักวิจัยชุมชนมีลักษณะอย่างไร? | <ol style="list-style-type: none"> 1. โครงสร้างของทีมนักวิจัยประกอบด้วย 5 องค์กรประกอบ เพื่อสะท้อนมุมมองที่หลากหลาย และจะต้องมีสมาชิกในทีมที่มีความเชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก 2. การทำงานร่วมกันของทีมนักวิจัยชุมชนมีข้อตกลงร่วมกัน 5 ประการ ได้แก่ การกำหนดเวลาการทำงานไม่รบกวนชีวิตส่วนตัวและการทำงาน การส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมอง ๘๔บริหารให้ความสำคัญนักวิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะอาด การจัดกิจกรรม ณ สถานที่ตั้งและแบบออนไลน์ |
| กลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยชุมชนเป็นอย่างไร? | <ol style="list-style-type: none"> 1. แนวคิดที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการออกแบบกลยุทธ์การเสริมพลังการมีส่วนร่วม ได้แก่ แนวคิดการเสริมพลัง และแนวคิดการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล 2. การเสริมพลังการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยมีทั้งการจัดกิจกรรม ณ สถานที่ตั้งและแบบออนไลน์ผ่านเครื่องมือดิจิทัล |

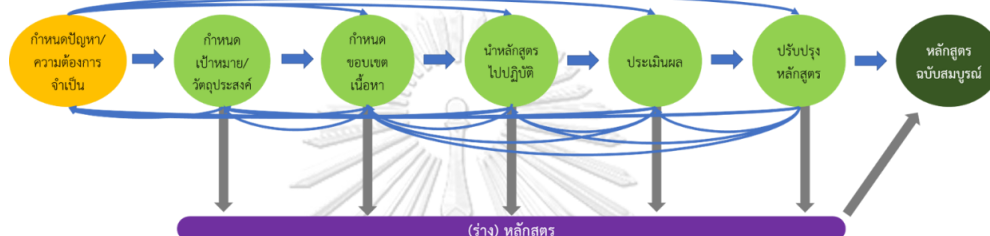
| คำถามวิจัย | ผลผลิต |
|--|---|
| ระยะการพัฒนา 1 | |
| <p>ผลการใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ชุมชนทำให้เข้าใจบริบทของชุมชนและปัญหาของชุมชนหรือไม่อย่างไร?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดตั้งทีมนักวิจัยชุมชนต้องใช้กลยุทธ์ (1) ชี้แจงผู้บริหาร (2) ประสานลงพื้นที่ (3) ทหาคีแนวร่วม และ (4) รวบรวมข้อมูล 2. บริบทของชุมชนนำร่องเป็นโรงเรียนเอกชนขยายโอกาสขนาดกลาง ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาครูและเป็นองค์กรดิจิทัล ช่วงเวลาการทำวิจัยอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 |
| <p>ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพเด็กของชุมชนนำร่องมีลักษณะอย่างไร?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. การใช้เครื่องมือในการประเมินความต้องการจำเป็น 3 เครื่องมือประกอบด้วย แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก แนวคำถามการสัมภาษณ์ และเครื่องมือดิจิทัล Padlet และ Mentimeter 2. ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนามี 4 ประเด็น 3. ความต้องการจำเป็นจากการสัมภาษณ์ 5 ประเด็น จากการใช้แอปพลิเคชันทางออนไลน์ Mentimeter 13 โรค/อาการที่พบบ่อยในเด็ก และจากการใช้เครื่องมือดิจิทัล Padlet 10 ประเด็น |
| วงจรกิจยที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก | |
| ระยะการวิจัย 2 | |
| <p>หลักสูตรควรมีองค์ประกอบใดบ้างและมีกระบวนการพัฒนาอย่างไร?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. หลักสูตร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ วิธีการเรียนรู้ การประเมินผล 2. กระบวนการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ การประเมินผล และการปรับปรุงหลักสูตร 3. ประเมินผลหลักสูตร ประกอบด้วย 2 วิธี คือ การประเมินโดยทีมนักวิจัยชุมชน และการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร 4. การประเมินผลการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 วิธี คือ การประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนและหลังการเข้าอบรม การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสดงถึงความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมในการจัดกิจกรรม |

| คำถามวิจัย | ผลผลิต |
|---|---|
| <p>ทีมนักวิจัยชุมชนมีทักษะอะไรบ้าง และประเมินผลทักษะดังกล่าวอย่างไร?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะในการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชนประกอบด้วย 6 ทักษะตามขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร 2. ประเมินผลทักษะที่เกี่ยวข้องของทีมนักวิจัยชุมชน ใช้แบบสังเกตในลักษณะของแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และแบบสอบถามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นในระยะก่อนหน้า |
| <p>บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร?</p> | <p>บทบาทที่สำคัญในการพัฒนาหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชน ประกอบด้วย 5 บทบาท ได้แก่ บทบาทผู้นำ บทบาทผู้เข้าร่วมบทบาทผู้อำนวยความสะดวก บทบาทผู้ควบคุมเวลา และบทบาทผู้บันทึก</p> |
| ระยะการพัฒนา 2 | |
| <p>หลักสูตรเสริมพลังการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลมีลักษณะอย่างไร?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ได้หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ และประเมินผลของหลักสูตร 4 วิธี 2. กลยุทธ์ในการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติมี 4 กลยุทธ์ 3. ผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรที่มนักวิจัยชุมชนและผู้เชี่ยวชาญ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด |
| <p>ผลที่เกิดขึ้นจากการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ออกแบบไว้หรือไม่อย่างไร</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้เข้าอบรม มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพเด็กสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมอบรม มีความมั่นใจในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กมากขึ้น และมีความพึงพอใจในการจัดอบรม 2. ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติได้ถูกต้องตามที่ออกแบบไว้ในหลักสูตร ทุกคนมีความมั่นใจในการถ่ายทอดข้อมูลมากขึ้น และมีทักษะความเป็นผู้นำและสามารถแก้ไขปัญหาได้ |
| <p>แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของ</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป ประกอบด้วย 10 หลักการ 2. หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเด็กประกอบด้วย 5 หลักการ 3. หลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย |

| คำถามวิจัย | ผลผลิต |
|---------------------------|---|
| <p>ผู้ดูแลมีลักษณะใด?</p> | <p>5 หลักการ</p> <p>หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สมาชิกในทีมมีความหลากหลาย 2. ผู้บริหาร/ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุน 3. การใช้เครื่องมือดิจิทัลที่หลากหลายสอดคล้องกับศักยภาพของสมาชิก 4. การประเมินความต้องการจำเป็นจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย 5. สอดคล้องกับการทำงานของสมาชิกในทีม 6. บทบาทของผู้นำในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 7. กิจกรรมมีความยืดหยุ่น 8. การทำงานเป็นกลุ่มและสะท้อนคิดร่วมกัน 9. การกำหนดบทบาทในการกำหนดเนื้อหา 10. การพัฒนาความรู้พื้นฐานให้กับสมาชิก <hr/> <p>หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเด็ก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีข้อมูลด้านสุขภาพของเด็ก 2. เริ่มต้นจากปัญหาหรือประเด็นทางสุขภาพที่เกิดขึ้น 3. การใช้เทคนิคเสียงจากภาพจากการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เพื่อประเมินความต้องการจำเป็น 4. มีสมาชิกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 5. การเชื่อมโยงนโยบายภาครัฐและหน่วยงานด้านสาธารณสุข <hr/> <p>หลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บทบาทของพี่เลี้ยงในการทำกิจกรรมกลุ่ม 2. การให้สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนสลับสับเปลี่ยนบทบาทผู้นำในการแต่ละจัดกิจกรรม 3. การทำกิจกรรมเป็นกลุ่มและได้ทดลองปฏิบัติจริง 4. การมีแนวทาง/คู่มือที่เป็นความรู้เบื้องต้นให้กับผู้ร่วมกิจกรรม 5. การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถด้านเทคโนโลยีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม |

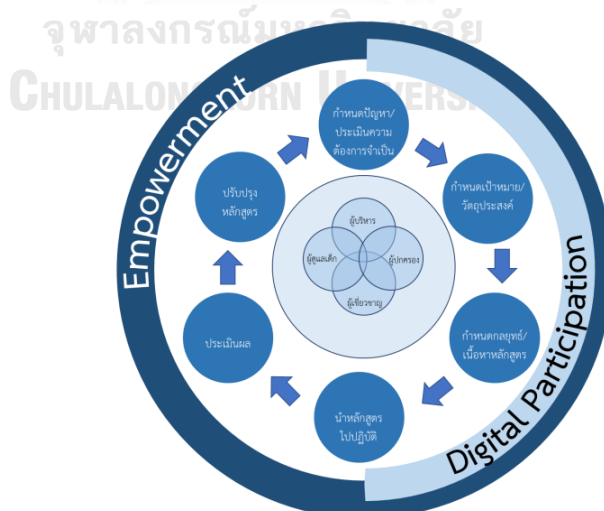
ส่วนที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

ผลการวิจัยประกอบด้วย 4 ประการ ดังนี้ (1) กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ทั้ง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ การประเมินผลและการปรับปรุงหลักสูตร โดยมี การดำเนินการแบบวนซ้ำด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้ได้ผลผลิตเป็นหลักสูตรที่มีความเหมาะสมมากที่สุดดังภาพ 5.1



ภาพ 5.1 กระบวนการพัฒนาหลักสูตร

ประการที่สอง การนำแนวคิดการเสริมพลังแบบดิจิทัลมาสู่การปฏิบัติในกระบวนการการพัฒนาหลักสูตร โดยกระบวนการเสริมพลังมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างความร่วมมือ (2) การค้นหาสภาพการณ์จริง (3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (4) การสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร (5) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (6) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดังแผนภาพ 5.2



ภาพ 5.2 โมเดลการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

ประการที่สาม ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล 14 ข้อ ประกอบด้วย การเลือกใช้เครื่องมือดิจิทัลที่เหมาะสม การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีความพร้อมและสนใจเข้าร่วม สมาชิกในทีมพัฒนาหลักสูตรต้องมีความหลากหลาย สมาชิกต้องมีคุณลักษณะเปิดกว้าง มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับประเด็นที่จะพัฒนา การกำหนดบทบาทของสมาชิกในทีม การกำหนดช่องทางในการสื่อสาร การประเมินความ ต้องการจำเป็นด้วยข้อมูลที่หลากหลาย การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทจริง การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรด้วยผู้เชี่ยวชาญโดยตรง การเลือกกิจกรรมที่สมาชิกสนใจหรือถนัดในการจัดกิจกรรมตามหลักสูตร เปิดโอกาสให้นำหลักสูตรสู่การปฏิบัติจริง และ การจัดกิจกรรมต้องไม่รบกวนชีวิตและการทำงานของสมาชิก

ประการสุดท้าย คู่มือการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ 1) คู่มือกระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และ 2) คู่มือหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยเป็นการอภิปรายประเด็นต่าง ๆ ที่พบจากการวิจัย จำแนกออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

1.1 เครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ (healthcare literacy) สำหรับเด็กปฐมวัยเป็นตัวแปรที่ยังไม่มีการอธิบายถึงองค์ประกอบที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2008) และแนวคิดการเลี้ยงดูพุ่มพัก ของ World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018) มาบูรณาการร่วมกันเป็นเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละแนวคิด พบว่าแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการ

ตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ของ Nutbeam (2008) ที่อธิบายถึงความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การใช้ข้อมูลสุขภาพในรูปแบบของการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และองค์ประกอบดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักวิจัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นของบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Pleasant et al., 2016; Sorensen et al., 2012) นอกจากนี้ยังนำองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการประเมินความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ให้กับผู้ที่ได้รับการดูแลได้อย่างเหมาะสม (อรพิน พัฒนาผล และคณะ, 2562; Pelle et al., 2018; Shiho et al., 2016; Wolff et al., 2016; Yuen et al., 2018)

เมื่อวิเคราะห์แนวคิดการเลี้ยงดูของโมเดลวัต มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลให้มีสุขภาพดี การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ การดูแลที่สนองตอบ การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย และการให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ของ World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018) ที่อธิบายถึงการเลี้ยงดูว่าเป็นการดูแลเด็กเล็กเพื่อให้เด็กปลอดภัย มีสุขภาพที่ดี ซึ่งการดูแลให้เด็กมีสุขภาพที่ดีนั้นผู้ดูแลจะต้องให้ความสนใจและตอบสนองตามความต้องการจำเป็นและความสนใจของเด็ก ส่งเสริมให้เด็กได้สำรวจสภาพแวดล้อมรอบตัว มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Britto et al., 2017) และสอดคล้องกับแนวคิดของ Baumrind (1971) ว่าการเลี้ยงดูเป็นการสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการตามวุฒิภาวะ แต่ต้องมีการกำหนดขอบเขตพฤติกรรมของเด็กให้เชื่อฟังและปฏิบัติตามอย่างมีเหตุผล การให้ความรักความอบอุ่นกับเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง รับฟังเหตุผลและสนับสนุนให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีลักษณะเป็นพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) มาใช้ในตัวแปรที่มีความซับซ้อน ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่ต้องอาศัยการวัดผ่านคุณลักษณะที่มีมากกว่า 1 (Hartig & Hohler, 2009) ซึ่งการสร้างข้อคำถามแบบนี้ทำให้ความยาวของจำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป และข้อคำถามยังมีความสอดคล้องกับธรรมชาติของข้อคำถามที่ไม่จำเป็นต้องแยกในแต่ละมิติ (กรวุฒิ แผนพรหม และคณะ, 2562) จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพบูรณาการร่วมกับแนวคิดการเลี้ยงดู โดยมีค่าน้ำหนัก

องค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานแต่ละตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลการวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล พบว่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงที่มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .917 ถึง .999 สำหรับตัวแปรสังเกตได้มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .446 ถึง .971 และยังสะท้อนประสิทธิภาพของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่พัฒนาขึ้น คือ ข้อคำถามพหุมิติของเครื่องมือวัดสามารถสะท้อนความสัมพันธ์กับองค์ประกอบย่อยสององค์ประกอบ โดยมีการกระจายของค่าน้ำหนักองค์ประกอบกับสองแนวคิด แต่ก็ยังเป็นลักษณะโดยธรรมชาติของการสร้างข้อคำถามและการวิเคราะห์องค์ประกอบพหุมิติ (Abad et al., 2018) และยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หากพิจารณาตามเกณฑ์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของ Hair et al. (2010) โดยทั่วไปค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ยอมรับได้ควรมีค่าตั้งแต่ .30 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าทั้ง 2 แนวคิดนี้สามารถเป็นตัวชี้วัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี

ในภาพรวมทุกองค์ประกอบย่อยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นและมีความแปรปรวนร่วมกับองค์ประกอบหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าทุกข้อคำถามพหุมิติสามารถใช้วัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้และครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ทำให้เครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการวัดระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้ เนื่องจากมีความเหมาะสมกว่าเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมที่ไม่สามารถระบุถึงการเลี้ยงดูเด็กเล็กที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลเด็กปฐมวัย

1.2 ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

จากผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกออกเป็น 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวคิดการเลี้ยงดู พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับมากเช่นกัน ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบของทั้ง 2 แนวคิด มีคะแนนอยู่ในระดับใกล้เคียงกันทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลเด็กที่เป็นตัวอย่างวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนเกินครึ่งที่มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และจากผลการเปรียบเทียบภูมิหลังด้านระดับการศึกษา และประวัติการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและต่ำกว่าปริญญาตรี และมากกว่าร้อยละ 80 มีประวัติการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก ซึ่งข้อมูลพื้นฐานทั้ง 2 ปัจจัยนี้มีส่วนทำให้ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของตัวอย่างอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร เชนสุวรรณ (2560)

ที่ว่าผู้ดูแลที่มีวุฒิการศึกษาที่สูง มีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล การสืบค้นข้อมูล รู้เท่าทันสื่อ การสื่อสารด้านข้อมูลสุขภาพ จึงทำให้สามารถเรียนรู้และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อนำไปปฏิบัติในการดูแลเด็ก ร่วมกับเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็กทำให้มีโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มาก นอกจากนั้นในปัจจุบันได้มีสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ทันสมัยมากขึ้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสมาร์ตโฟนหรืออินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีความทันสมัย (อัจฉรา วงศ์ชัยอุดมโชค และ ปณัฐชรัตน์ จารุชัยนิวัฒน์, 2561) และจากผลการครั้งวิจัยครั้งนี้พบยังพบอีกว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็กน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี เนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมากกว่าย่อมมีความรู้ ทักษะ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กได้มากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Frauenholtz et al. (2015) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่สูงมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์และระดับการศึกษาที่สูงขึ้น

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

2.1 หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย

หลักสูตรที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ประสบความสำเร็จได้ เกิดขึ้นจากการพัฒนาร่วมกันของทีมนักวิจัยชุมชน ผู้บริหารได้สอบถามความสมัครใจให้กับครูผู้ดูแลเด็กในโรงเรียนที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วมการอบรมตามหลักสูตรดังกล่าว ในการจัดกิจกรรมของหลักสูตรที่ทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมกันออกแบบและปรับปรุงหลักสูตรมีทั้งหมด 5 หน่วยการเรียนรู้ โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นในการจัดอบรมรวม 4 ชั่วโมง และให้จัดกิจกรรมในช่วงวันหยุดเพื่อมิให้กระทบต่อการปฏิบัติงานของครู และมีครูผู้ดูแลเด็กสนใจเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 5 คน ซึ่งครูผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนให้ข้อเสนอแนะว่าได้รับประโยชน์จากหลักสูตรนี้ เนื่องจากเป็นหลักสูตรที่มีความกระชับ มีการปฏิบัติเป็นกลุ่ม และได้ฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมได้เป็นอย่างดี อีกทั้งในการจัดกิจกรรมมุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กและการพัฒนาทักษะในการสืบค้น วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มา และมีการใช้งานข้อมูลสารสนเทศผ่านอินเทอร์เน็ตร่วมด้วย ทำให้ครูผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเข้าถึงและสืบค้นข้อมูล และตัดสินใจเลือกข้อมูลในการนำไปปฏิบัติได้ดีขึ้น อีกทั้งในการจัดกิจกรรมนักวิจัยชุมชนได้ออกแบบกิจกรรมในบางหน่วยการเรียนรู้ ให้สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนมี

บทบาทเป็นที่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ สนับสนุน การจัดกิจกรรมในขั้นตอนต่าง ๆ ของหลักสูตร ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวในการปฏิบัติทำให้การจัดกิจกรรมแม้เป็นกิจกรรมเดียวกันกับที่ทีมนักวิจัยชุมชนเคยเข้าร่วม แต่ใช้เวลาน้อยกว่า และมีส่วนร่วมมากกว่า ซึ่งการเรียนรู้แบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้เข้าอบรมสามารถเข้าใจเนื้อและบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดอบรมได้เร็วขึ้น อันเนื่องมาจากทีมนักวิจัยชุมชนเป็นผู้คอยให้คำช่วยเหลือ แนะนำ และสนับสนุน กล่าวคือ ในการนำหลักสูตรไปทดลองใช้ นักวิจัยชุมชนทำหน้าที่เหมือนเป็นผู้วิจัยในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร คือ ให้การสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ แนะนำ และอำนวยความสะดวก ซึ่งในบางขั้นตอนที่มีความยุ่งยาก ทีมนักวิจัยชุมชนจะเข้าไปดำเนินการแทนในส่วนที่ยุ่งยากดังกล่าว ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมรู้สึกสะดวกและเข้าร่วมกิจกรรมได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มทำให้ผู้ที่ยังไม่คุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยเหลือกันได้ภายในกลุ่มและทำให้บรรลุตามเป้าหมายของหลักสูตรได้

นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมตามหลักสูตร ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากเพื่อป้องกันในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นกรณีศึกษาในการดำเนินการแต่ละขั้นเพื่อต่อยอดไปสู่การดูแลสุขภาพเด็กในโรคหรืออาการอื่น ๆ ที่พบบ่อย ซึ่งเป็นไปตามความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชนในขั้นการพัฒนาหลักสูตรที่ต้องการขยายการดำเนินการให้กว้างมากขึ้น โดยให้ผู้เข้าอบรมได้แบ่งกลุ่มและคัดเลือกโรคหรืออาการที่สนใจ และใช้กระบวนการในการสืบค้น วิเคราะห์ คัดกรอง เลือกแนวปฏิบัติ และสื่อสารกับผู้อื่นได้ ให้กับผู้เข้าอบรมทุกคน ซึ่งนอกจากผู้เข้าอบรมจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว ยังมี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรืออาการอื่น ๆ อีกด้วย และยังทำให้ทีมนักวิจัยชุมชนได้เรียนรู้ไปพร้อมกับผู้เข้าอบรมอีกด้วย

2.2 การใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลและแนวคิดการเสริมพลังในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากระบวนการพัฒนาหลักสูตรประสบความสำเร็จจนได้หลักสูตรที่มีความละเอียด ครบคลุม ตรงตามวัตถุประสงค์ของทีมนักวิจัยชุมชนและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง เกิดจากการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล และแนวคิดการเสริมพลังในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเข้ามาในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ซึ่งการเสริมพลังผู้วิจัยได้มีการนำแนวคิดของ Gibson (1995) และ Miller (2000) มาใช้ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการแรก การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างความร่วมมือ ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจเป้าหมายการดำเนินการร่วมกันกับทีมนักวิจัยชุมชน เพื่อให้เห็นเป้าหมายร่วมกัน โดยสร้างความรู้และ

ความเข้าใจให้กับผู้บริหารซึ่งสามารถสื่อสารและกำหนดทิศทางการพัฒนาบุคลากรและพัฒนาโรงเรียนได้ จากนั้นผู้บริหารได้ร่วมทำความเข้าใจกับสมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชน โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันและสร้างข้อตกลงเบื้องต้นในการทำงานเพื่อเป็นกรอบแนวทาง และทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ไม่รบกวนและส่งผลกระทบต่อชีวิตและการทำงาน ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ทีมนักวิจัยชุมชนทั้งผู้บริหาร ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง และพยาบาล ได้รู้จักกันมาก่อนหน้าที่แล้วทำให้ไม่ต้องมีการสร้างสัมพันธ์ภาพการใหม่ อีกทั้งยังรู้จักลักษณะการทำงานของแต่ละคนพอสมควร ซึ่งอาจทำให้ทีมนักวิจัยชุมชนครั้งนี้สามารถมีส่วนร่วมและช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี ซึ่งการดำเนินการนี้ บทบาทของผู้บริหารโรงเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการแสดงออกถึงความตั้งใจ และการกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน รวมทั้งการกำหนดบทบาทและแนวทางการดำเนินการร่วมกันของผู้วิจัยและทีมนักวิจัยชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilcoxon et al. (2019) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ เป็นตัวเริ่มต้นที่ช่วยให้ครูเกิดการเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจร่วมกันในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นตามบริบทของสภาพแวดล้อมจริง ซึ่งจะช่วยให้ทุกคนสามารถเรียนรู้และมีความยืดหยุ่นในการทำงานร่วมกันมากขึ้น

กระบวนการที่สอง คือการค้นหาสภาพการณ์จริง ซึ่งเป็นกระบวนการในการแสวงหาข้อมูลสารสนเทศทั้งที่เป็นข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิจากทีมนักวิจัยชุมชน เพื่อทำความเข้าใจและร่วมกันวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงาน ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในโรงเรียน งานวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์การเก็บข้อมูลโดยใช้การเทคนิคเสียงจากภาพ (photo voice) ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet เพื่อร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะในเรื่องของปัญหาหรือประเด็นที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระดมความคิดจากมุมมองจากผู้บริหาร ผู้ปกครอง ครู และพยาบาลวิชาชีพใน โดยเป็นกระดานระดมสมองออนไลน์ที่ช่วยให้ทีมนักวิจัยชุมชนเกิดความสะดวกในการแสดงความคิดเห็น สามารถเลือกแสดงความคิดเห็นได้ตามประเด็นที่ตนเองสนใจ และยังช่วยลดระยะเวลาในการจัดกิจกรรมกลุ่มได้มากกว่านำรูปที่สนใจมาร่วมกันอภิปรายที่ละภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Williamson and Hague (2009) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลสามารถทำให้เกิดความผูกพันและแรงจูงใจของบุคคล การเข้าถึงข้อมูลและความรู้โดยผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่หลากหลาย และเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งในขั้นตอนนี้สอดคล้องกับขั้นตอนของกระบวนการ พัฒนาหลักสูตร ในขั้นการประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อและจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายซึ่งเป็นพื้นฐานเพื่อให้ได้สารสนเทศการพัฒนาหลักสูตร จากการวิจัยพบว่า การใช้เทคนิคเสียงจากภาพเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดระยะเวลาในการสื่อสารระหว่างทีมนักวิจัยชุมชนได้มากกว่าการสนทนาหรือการ

แสดงความคิดเห็น ภาพอาจสะท้อนความคิดตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน ในการวิจัยนี้มีทั้งภาพที่อาจเกิดปัญหาที่นำไปสู่การกำหนดแนวทางการแก้ไข และแนวทางการป้องกันที่อยากจะให้เป็น การใช้วิธีนี้ช่วยให้ทีมนักวิจัยชุมชนได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระตามภาพที่ตนเองสนใจและคิดว่าเป็นปัญหาที่อยากปรับปรุงแก้ไข หรืออยากจะให้มีแนวทางการป้องกันตามที่อยากจะให้เป็น นอกจากนี้ยังได้แนวทางในการกำหนดมาตรการป้องกันมิให้เกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นในอนาคตโดยเฉพาะในมิติด้านสุขภาพและความปลอดภัยของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang & Burris (1997) ที่กล่าวว่า การนำเสียงจากภาพมาใช้ในการวิจัย โดยที่คนในชุมชนได้รับการสนับสนุนให้เกิดการแบ่งปันประสบการณ์ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยผ่านภาพถ่ายและคำบรรยาย ทำให้มีการรวบรวมข้อมูลที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การใช้เสียงจากภาพ ทำให้บุคคลสามารถคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับชุมชนของตนเองได้อย่างมีวิจารณญาณมากขึ้นจากภาพที่มองเห็นได้ โดยภาพเป็นวิธีการสร้างการสนทนาร่วมกันของกลุ่มบุคคลให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนาเกิดความรู้สึกร่วมกัน (Freire, 1973; Strack et al., 2004) แต่อย่างไรก็ตาม การใช้เสียงจากภาพ ควรคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรมในการเสนอภาพ (ethic photovoice) (Clark et al., 2010; Joanou, 2009; Lal et al., 2012) เกี่ยวกับการรักษาความเป็นส่วนตัวและปลอดภัยในการนำภาพของบุคคลในภาพ ไม่บิดเบือนความถูกต้องของข้อมูล ไม่เข้าถึงข้อมูลหรือไม่เปิดเผยข้อมูลผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต (Creighton et al., 2018; Ergler et al., 2016) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ควรเพิ่มเติมให้กับสมาชิกในทีมได้เรียนรู้และรับทราบทั่วกัน

กระบวนการที่สาม คือ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เนื่องจากการดำเนินการวิจัยนี้อยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการวิจัยนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล ในกระบวนการสะท้อนคิดร่วมกัน ในกระบวนการนี้ผู้วิจัยได้ให้ทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเลือกประเด็นปัญหาที่มีความสำคัญผ่านโปรแกรม Mentimeter ในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการและโรคที่พบบ่อยในเด็ก ทำให้มองเห็นถึงประเด็นปัญหาทางสุขภาพได้มากยิ่งขึ้นจากที่ทุกคนร่วมกันแสดงความคิดเห็น โดยในช่วงแรกสำหรับสมาชิกที่มีอายุน้อย และไม่คล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยี ทำให้การจัดกิจกรรมจะต้องได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกผู้อื่น เพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นด้วยการสอบถามความสมัครใจในการจัดกิจกรรมพบว่าสมาชิกกลุ่มดังกล่าว ต้องการให้จัดกิจกรรมในช่วงแรกที่สถานที่ตั้งเพื่อทำให้เกิดความคุ้นเคยในการเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ ต่อมา เมื่อมีการจัดกิจกรรม ณ สถานที่ตั้งเพื่อพัฒนาความรู้และความคุ้นเคยในการใช้เทคโนโลยีแล้ว จึงสามารถจัดกิจกรรมผ่านทางออนไลน์ต่อไปได้ และพบว่าสมาชิกทีมที่มีอายุมากสามารถเข้าถึงและใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีดังกล่าวได้

คล่องแคล่วมากขึ้น ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรได้มีการดำเนินการผ่านทั้งการจัดกิจกรรม ณ สถานที่ตั้งและการจัดกิจกรรมผ่านเครื่องมือสื่อสารแบบออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Larrivee (2008) และ Yang (2009) กล่าวว่า การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านช่องทางออนไลน์ ช่วยให้เกิดการพัฒนาและเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้งมากขึ้น โดยช่วยให้เกิดการพิจารณาไตร่ตรองอย่างละเอียดมากขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้และช่วยเกิดศักยภาพที่ดีภายในบุคคล ในการจัดกิจกรรมผ่านเครื่องมือสื่อสารแบบออนไลน์ในช่วงแรก สำหรับสมาชิกในทีม นักวิจัยชุมชนที่มีอายุมาก และขาดประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยี ประสบกับปัญหาที่เกิดจากความคล่องแคล่วและทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จึงต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และการปรับตัว แต่สมาชิกกลุ่มนี้ได้แสดงถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้ในตอนท้ายของการพัฒนาหลักสูตรที่นำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ สมาชิกกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือ ให้คำแนะนำกับผู้อื่นเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการที่สี่ คือ การสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทในการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ และทักษะให้กับสมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชน โดยนักวิจัยเป็นกัลยาณมิตรวิพากษ์ (reflective friend) โดยมีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม การตั้งประเด็นสำคัญในการจัดกิจกรรมหรือการสนทนาร่วมกันในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ในช่วงแรกที่สมาชิกในทีมวิจัยชุมชนขาดประสบการณ์และทักษะในการสืบค้นข้อมูล รวมทั้งในช่วงการกำหนดเนื้อหาที่สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนบางส่วนขาดประสบการณ์และเวลาเพียงพอในการพัฒนาหลักสูตรฯ ผู้วิจัยทำหน้าที่ในการสนับสนุนการดำเนินการและการดำเนินการแทนในบางส่วนเพื่อไม่ให้ทีมนักวิจัยชุมชนรู้สึกว่าการพัฒนาหลักสูตรเป็นภาระในการดำเนินการ นอกจากนี้ ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยดำเนินการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรม จัดหาอุปกรณ์ แหล่งข้อมูล เครื่องมือ รวมถึงตลอดทั้งการติดต่อประสานงานระหว่างทีมนักวิจัยชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรม และในระหว่างการพัฒนาหลักสูตร ผู้วิจัยทำหน้าที่ในการติดตามการดำเนินงาน และพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจ ให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนสมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากการสนับสนุนดังกล่าวทำให้ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถพัฒนาหลักสูตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tambolaš et al. (2020) กล่าวว่า กัลยาณมิตรวิพากษ์ มีส่วนในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็ก โดยการสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา มีการกล่าวชื่นชมหรือแสดงความคิดเห็นร่วมกัน มีการอธิบายอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง

กระบวนการที่ห้า คือ การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยส่งเสริมให้นักวิจัยชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบหลักสูตรในทุกกระบวนการ และร่วมตัดสินใจถึงขอบเขต เนื้อหา วัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการออกแบบหลักสูตรร่วมกัน โดยมีการทดลองใช้และแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงหลักสูตรให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง โดยก่อนที่ทีมนักวิจัยชุมชนจะนำหลักสูตรไปทดลองใช้นั้น ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมประเมินความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของหลักสูตร เพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงก่อนใช้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในบางขั้นตอนเนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นช่วงของการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตร ทำให้มีการปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปก่อนนำไปทดลองใช้ ในขั้นตอนของการนำหลักสูตรไปทดลองใช้ที่ทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนได้มีบทบาทเป็นผู้ร่วมจัดอบรม โดยมีบทบาทแตกต่างกันตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ทั้งการเป็นผู้นำ ผู้การให้ความรู้ ผู้อำนวยความสะดวก และผู้ควบคุมเวลา ซึ่งทำให้ทีมนักวิจัยชุมชนเกิดความภาคภูมิใจในการสร้างหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพ มีเนื้อหาที่ถูกต้อง ครบคลุมและสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Abadi et al. (2020) กล่าวว่า การเสริมพลังที่ให้กับบุคคลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและสามารถนำความรู้เหล่านั้นไปใช้ในการปฏิบัติได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมพลัง โดยที่ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้สังเกตการณ์ เพื่อทำการประเมินความตรงของการนำหลักสูตรไปทดลองใช้และบันทึกการดำเนินงานในการจัดอบรม

กระบวนการสุดท้าย คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ว่า ทีมนักวิจัยชุมชนนี้ประกอบด้วย ผู้บริหาร ครูผู้ดูแลเด็ก พยาบาล และผู้ปกครอง โดยผู้บริหารมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการจัดกิจกรรมตามเป้าหมายในการส่งเสริมให้ครูมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ ครูผู้ดูแลเด็กในองค์กรจึงมุ่งดำเนินการตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ผู้ปกครองที่มีความใส่ใจในการดูแลเด็ก และตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และพยาบาลที่มีความรู้เพิ่มเติมเต็มในด้านดูแลสุขภาพของเด็ก โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินการ โดยในการอภิปรายเพื่อถอดบทเรียนและวิเคราะห์กระบวนการในการพัฒนาหลักสูตรร่วมกันของทีมนักวิจัยชุมชนสมาชิกในทีมได้แสดงออกถึงความตั้งใจในการขยายผลการพัฒนาหลักสูตรไปสู่การพัฒนาหลักสูตรที่มีเป้าหมายที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้นนอกจากการดูแลที่เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการดูแลสุขภาพและโรคที่พบบ่อย ไปสู่การดูแลสุขภาพในด้านอื่น ๆ และได้ร่วมแสดงความคิดเห็นว่าหากมีครูผู้ดูแลเด็กเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในโรงเรียน ทางทีมนักวิจัยชุมชนพร้อมที่จะจัดกิจกรรมตามหลักสูตรที่

ร่วมพัฒนาขึ้นเพื่อสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการให้ทีมนักวิจัยชุมชนมาส่วนร่วมตลอดกระบวนการพัฒนาหลักสูตร มีการสร้างความเข้าใจร่วมกันร่วมตัดสินใจ ผลของการมีส่วนร่วมจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการกระทำจนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันกับกลุ่ม รับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของงานและความสำเร็จ (Carpentier et al., 2019; Erwin, 1976; Mustanir et al., 2016; Rifkin & Kangere, 2002)

2.3 บริบทพื้นที่ของชุมชนที่ใช้ในการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า พื้นที่ของชุมชนที่ใช้ในการวิจัย มีความเหมาะสมในการเป็นตัวอย่างสำหรับการพัฒนาหลักสูตร เนื่องจากผู้บริหารโรงเรียนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักของการจัดการศึกษาโรงเรียน ครูผู้ดูแลเด็กที่อยู่ในโรงเรียนมีการบริหารจัดการแยกส่วนกับการบริหารจัดการในชั้นอื่นอย่างชัดเจน กล่าวคือ ครูผู้ดูแลเด็กจะไม่ได้จัดการเรียนการสอนในระดับชั้นอื่น และจำกัดเฉพาะในระดับเตรียมอนุบาลและปฐมวัยเท่านั้น ทำให้ครูในกลุ่มดังกล่าวมีความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกัน โดยมีบุคลากรของโรงเรียนที่มีประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้คอยให้คำปรึกษาและกำกับกำกับการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพของบุคลากรและเด็ก จึงมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันพอสมควร จึงทำให้กระบวนการพัฒนาหลักสูตรนี้ประสบความสำเร็จได้ง่าย ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างการดำเนินการที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการบริหารจัดการแบบบนลงล่าง (top-down) ในเชิงการกำหนดนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แต่ภายหลังจากการจัดกิจกรรมการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรในครั้งนี้ พบว่า ผู้บริหาร และพยาบาลได้เปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้มองเห็นประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กได้กว้างมากขึ้น และทำให้ทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนได้ร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการดำเนินการด้วยทีมของตนเองมากขึ้น ซึ่งการให้ทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกปฏิบัติช่วยให้ทิศทางการดำเนินงาน กระบวนการกำกับติดตาม ตลอดจนช่วยกันคิดหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ ทำให้เกิดผลตามความต้องการที่สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน อีกทั้งยังทำให้ทีมนักวิจัยชุมชนรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของงานและความสำเร็จ (Irvin & Stansbury, 2004; Perkins, 2005)

การพัฒนาหลักสูตรนี้ใช้กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางดิจิทัลมาเป็นแนวทางหลักในการดำเนินการ ซึ่งพบว่า แนวทางดังกล่าวนี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรได้ โดยในระยะแรกเนื่องจากทีมนักวิจัยชุมชนบางคน ที่มีทักษะการใช้งานเทคโนโลยีน้อย และไม่คุ้นเคยกับการใช้งาน จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและกระบวนการมาสู่การจัด ณ สถานที่ตั้ง และสร้างความรู้ความเข้าใจ ความคุ้นเคยในการใช้งาน จึงจะสามารถดำเนินการผ่านกระบวนการทางออนไลน์

ด้วยเครื่องมือทางดิจิทัลได้ สะท้อนว่า ภูมิหลังเกี่ยวกับทักษะความรู้ด้านเทคโนโลยี ความคุ้นเคย และความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมทางดิจิทัล โดยหากมีสมาชิกในทีมพัฒนาหลักสูตรที่มีพื้นฐานต่างกัน ผู้วิจัยควรดำเนินการพัฒนาหรือส่งเสริมความรู้และทักษะในการใช้งานเครื่องมือดิจิทัลก่อนดำเนินการตามกระบวนการการสร้างมีส่วนร่วมทางดิจิทัลต่อไป

2.4 ผลที่เกิดขึ้นกับทีมนักวิจัยชุมชน

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ทีมนักวิจัยชุมชนมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตร และมีการเปลี่ยนแปลงของทักษะการพัฒนาหลักสูตรที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากทีมนักวิจัยชุมชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทุกขั้นตอน ทำให้มองเห็นถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทำให้ทีมนักวิจัยชุมชนมีผลที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวข้างต้น เมื่อวิเคราะห์จากกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั้ง 6 ขั้นตอน ในกลุ่มของผู้ปกครองมีทักษะในการกำหนดเนื้อหา ซึ่งอาจเกิดจากความไม่คุ้นเคยในการกำหนดเนื้อหาเพราะไม่ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบกับผู้บริหารและครูจะมีความคุ้นเคยมากกว่า เนื่องจากผ่านประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอน และการเตรียมแผนการจัดการเรียนรู้และการจัดประสบการณ์ในเด็กมา โดยผู้ปกครองกลุ่มดังกล่าวจะทำหน้าที่ในการเสริมประเด็นหรือให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาหลักสูตร มากกว่าการกำหนดเนื้อหาเป็นการเฉพาะ

2.5 บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ทีมนักวิจัยชุมชนแต่ละคนที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ครบถ้วน และสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรมีความเหมาะสมแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ CO2 Partners Executive Coaches (2013) จำแนกบทบาทที่เกี่ยวข้องเป็น 5 บทบาท ประกอบด้วย บทบาทผู้นำ บทบาทผู้เข้าร่วม บทบาทผู้อำนวยความสะดวก บทบาทผู้ควบคุมเวลา และบทบาทผู้จัดบันทึก ในช่วงแรกของการจัดกิจกรรม การเป็นผู้นำมักเป็นบทบาทของผู้บริหารที่ผู้วิจัยจะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเบื้องต้น เพื่อนำไปจัดกิจกรรมกับทีมนักวิจัยชุมชน โดยผู้บริหารตามบทบาทการบริหารโรงเรียนมักเป็นผู้นำในการดำเนินการต่าง ๆ แต่ต่อมาเมื่อมีความคุ้นเคยกับกระบวนการได้มีการสลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนขึ้นมาเป็นผู้นำ เพื่อเกิดการมีส่วนร่วมในทีมนักวิจัยชุมชน โดยการเป็นผู้นำดังกล่าวนั้นผู้วิจัยจะต้องทำหน้าที่ในการส่งเสริม และแนะนำผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้นำให้เข้าใจกระบวนการดังกล่าว โดยในช่วงแรกผู้วิจัย

จะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการควบคุมเวลา ผู้ควบคุมเวลา และผู้จัดบันทึกเพื่อมิให้เกิดการรบกวนกับภารกิจหน้าที่ของสมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชน แต่ในระยะหลัง ได้มอบหมายให้สมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมเวลา อำนวยความสะดวก และจัดบันทึกมากยิ่งขึ้นเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนต่อไปในอนาคต และจากการศึกษาของ Stevens-Smith et al. (2014) กล่าวว่า ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในขั้นตอนของการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตร จะต้องมีการปรึกษาหารือกับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นหรือเรื่องที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตร ไม่เป็นเพียงผู้ถ่ายทอดความรู้เท่านั้นแต่ยังมีส่วนช่วยให้การพัฒนาหลักสูตรมีเนื้อหาที่ถูกต้อง ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้สมาชิกในทีมพัฒนาหลักสูตรโดยที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้มีผู้เชี่ยวชาญอยู่ในทีมพัฒนาหลักสูตรแล้ว ซึ่งก็คือ พยาบาลประจำโรงเรียนและตัวผู้วิจัย

2.6 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า พบว่า ผู้เข้าอบรมมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเพิ่มสูงขึ้นที่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรที่ทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมพัฒนาขึ้น ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจดำเนินการ ทักษะการจัดการตนเอง และความรู้เท่าทันสื่อ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพเด็กเบื้องต้นหรือปฐมพยาบาลได้ และในระหว่างการจัดอบรม พบว่า มีครูผู้ดูแลเด็กบางส่วนที่ยังคงใช้ความรู้จากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการตัดสินใจดำเนินการมากกว่าการสืบค้นข้อมูล วิเคราะห์ และหาข้อมูลใหม่ โดยทีมนักวิจัยชุมชนได้สะท้อนคิดและให้มุมมองกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มดังกล่าว เพื่อปรับพฤติกรรมและความรู้ความเข้าใจให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

กระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เป็นลำดับขั้นตอนชัดเจน ซึ่งโดยทั่วไปการพัฒนาหลักสูตรเกิดขึ้นจากครูหรือผู้บริหารเท่านั้น แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ได้มีการนำเอาผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรด้วย ทำให้มองเห็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในมุมมองที่กว้างมากขึ้น และเนื่องด้วยกระบวนการพัฒนาหลักสูตรนี้ที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Chen et al. (2019) ซึ่งมีความนิยมในการนำมาประยุกต์ใช้พัฒนาหลักสูตรเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้ทำการสรุปแนวหลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ทั้งที่เป็นหลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป หลักการออกแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพของเด็ก และหลักการออกแบบหลักสูตรและการนำหลักสูตรสู่

การปฏิบัติ เป็นหลักการที่ผู้บริหารหรือผู้นำชุมชนสนใจพัฒนาหลักสูตรสามารถนำไปใช้ในหลักสูตรที่ตนเองสนใจได้เป็นอย่างดี

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีวิทยาการวิจัย คือ การวิจัยและพัฒนา (research and development) ซึ่งเป็นวิธีวิทยาที่จะต้องใช้ระยะเวลาในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรนวัตกรรม ซึ่งอาจเป็น แนวคิด สิ่งประดิษฐ์ ระบบ รูปแบบ ตัวแทรกแซง นโยบาย หรือหลักสูตรแล้วแต่กรณี แต่ในงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร เพื่อให้ได้หลักสูตรที่มีความเหมาะสมกับบริบทในชุมชนและสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยจำกัด ในช่วงระยะเวลาประมาณ 8 เดือน ทำให้การปรับปรุงหลักสูตรดังกล่าวอาจมีประเด็นที่สามารถพัฒนาเพิ่มเติมต่อไป เพื่อให้หลักสูตรมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นได้ นอกจากนี้ โรงเรียนที่ใช้เป็นพื้นที่นำร่องในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรนี้เป็นโรงเรียนเอกชน มีการมอบหมายภารกิจในด้านการจัดการเรียนการสอนให้กับครูซึ่งเป็นการมอบหมายอย่างเต็มที่ และตามนโยบายของโรงเรียนที่มุ่งเน้นให้ครูจัดการเรียนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยลดภาระอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากความรับผิดชอบของครู ดังนั้นครูจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการจัดการเรียนการสอน การเตรียมการสอน และการประเมินผลของผู้เรียน ทำให้มีเวลาจำกัดในการดำเนินกิจกรรมอื่น ผู้วิจัยจึงต้องใช้เวลาในช่วงวันหยุดในการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้นโยบายของโรงเรียนไม่ประสงค์จะรบกวนเวลาส่วนตัวของครู ดังนั้นในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งโดยเฉพาะในขั้นตอนของการนำหลักสูตรไปทดลองใช้จึงจำเป็นต้องมีการจัดกิจกรรมที่สั้น กระชับ และรบกวนเวลาในช่วงวันหยุดครูให้น้อยที่สุด เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของโรงเรียน

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยอยู่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งในช่วงแรกที่ได้มีการเริ่มกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร ทีมนักวิจัยชุมชนได้มุ่งเน้นในเรื่องของการเตรียมความพร้อมครู เพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวซึ่งเป็นช่วงที่ภาครัฐยังไม่มีกำหนดนโยบายในการรองรับสถานการณ์อย่างชัดเจน แต่เมื่อมีการพัฒนาหลักสูตรได้ระยะหนึ่งภาครัฐได้กำหนดแนวปฏิบัติอย่างชัดเจนเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวและกำหนดให้ทุกโรงเรียนดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด ทีมนักวิจัยชุมชนจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขยายไปสู่โรคและอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย นอกจากนี้ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แม้ว่าสมาชิกในทีมบางคนที่มีอายุมากและมีความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีอย่างจำกัด จึงทำให้ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาหลักสูตรผ่านทางออนไลน์ แต่ภาครัฐกำหนดให้มีการจัดกิจกรรมที่ห้ามรวมตัวกัน ในช่วงแรกจึงต้องใช้รูปแบบการทำกิจกรรมผ่านช่องทางออนไลน์ ผู้วิจัยเห็น

ว่ายังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพและไม่เหมาะสมกับธรรมชาติของทีมนักวิจัยชุมชนเท่าที่ควร ต่อมาเมื่อ ภาครัฐผ่อนคลายมาตรการให้มีการรวมตัวกันได้ผู้วิจัยจึงได้ปรับรูปแบบกิจกรรม ณ สถานที่ตั้ง โดย สลับกับการจัดกิจกรรมผ่านช่องทางออนไลน์ที่สมาชิกทุกคนมีความคุ้นเคยมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรว่าขั้นตอนใดเหมาะกับการจัดกิจกรรมผ่านช่องทางใด เหมาะสมมากที่สุด อีกทั้งการออกแบบกิจกรรมในการพัฒนาหลักสูตรผู้วิจัยต้องปรับปรุงให้มีความ ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับทั้งธรรมชาติของสมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชน บริบทของโรงเรียน นโยบายของ โรงเรียน และมาตรการที่ภาครัฐกำหนดขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” ประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการนำ ผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป รายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถวัดได้ทั้งความ ครอบคลุมด้านสุขภาพ และการเลี้ยงดู และเป็นแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ จึงมีความเหมาะสม ในการนำไปใช้วัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจ สามารถนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล เด็กเพื่อให้ได้สารสนเทศของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่มีความเฉพาะและครอบคลุมมาก ขึ้น และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กที่เคยผ่านการเข้ารับการ พัฒนา ทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสูง กว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่เคยผ่านการเข้ารับการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลเด็ก ดังนั้นหลักสูตรการผลิตครูผู้ดูแลเด็กหรือหลักสูตรอบรมสำหรับครูผู้ดูแลเด็กควรให้ความสำคัญกับการ ส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนที่ผู้ดูแลเด็กเริ่มปฏิบัติงานจริง

3. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อ เสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ผู้เกี่ยวข้องที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรได้ทักษะในการพัฒนาหลักสูตร และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่สนใจสามารถนำกระบวนการพัฒนา

หลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กนี้ไปใช้เป็นแบบอย่างในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร โดยเฉพาะในขั้นตอนของการกำหนดปัญหาและประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมายเพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าชุมชนได้หลักสูตรที่มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและสามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปฐมวัยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก ดังนั้นผู้ที่สนใจสามารถนำหลักสูตรนี้ไปใช้เป็นตัวอย่างของการเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลในชุมชนของตน เพื่อช่วยลดปัญหาการดูแลสุขภาพเด็กของผู้เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก สามารถวัดทั้งความรู้ด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งในการสร้างข้อคำถามแบบพหุมิติ ที่มีการบูรณาการร่วมกัน 2 องค์ประกอบในหนึ่งข้อคำถาม อาจทำให้ข้อคำถามมีความยาวไม่กระชับ อีกทั้งยังมีหลายใจความ อาจส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเข้าใจในเนื้อหาแต่ละข้อที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปอาจมีการพิจารณาสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กในรูปแบบอื่น ๆ ที่คาดว่าจะสามารถควบคุมปัญหาเรื่องข้อคำถามที่มีความยาวและไม่กระชับ แล้วนำมาเปรียบเทียบผลการใช้เครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่สร้างขึ้นจากงานวิจัยนี้เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปฐมวัยที่เป็นประชากรและตัวอย่างอื่น เช่น บิดามารดา หรือญาติที่ดูแลเด็กปฐมวัย เป็นต้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปสามารถนำแนวทางการสร้างข้อคำถามแบบพหุมิตินี้ไปใช้เป็นแบบอย่างในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กให้เหมาะสมกับประชากรและตัวอย่างได้ พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออีกครั้ง

3. ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเท่านั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ได้สารสนเทศที่สะท้อนถึงจุดอ่อนหรือช่องว่างระหว่างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กที่เป็นอยู่กับที่คาดหวัง และจัดลำดับความสำคัญที่ผู้ดูแลควรได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุงเป็นลำดับแรก เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการอบรมผู้ดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ในการศึกษาครั้งนี้ได้กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเข้ามาช่วยในการเสริมพลังให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร เพื่อให้การพัฒนาหลักสูตร การนำหลักสูตรไปทดลองใช้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

5. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลเด็กที่เน้นเฉพาะเรื่องของคุณภาพเด็กเท่านั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการต่อยอดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลเด็กของผู้ดูแลให้ครอบคลุมครบทุกด้าน เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความสามารถ มีทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น และสามารถยืนยันการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรที่ได้ในครั้งนี้อาจมีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้กับประเด็นเป้าหมายที่แตกต่างกัน



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมอนามัย. (2562). คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy school: HLS). สืบค้น 27 กุมภาพันธ์ 2564, จาก https://bkpho.moph.go.th/bungkanpho/uploads/media/2019051407151213_คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ.pdf
- กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). รายงานการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประจำปี 2561. สืบค้น 27 กุมภาพันธ์ 2564, จาก https://www.dcy.go.th/webnew/upload/news/news_th_20191812161501_1.pdf
- กรวุฒิ แผนพรหม, ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ, และ กนิษฐ ศรีเคลือบ. (2562). การพัฒนาเครื่องมือวัดโมเดลเชิงสาเหตุ และแนวทางการเตรียมความพร้อมครูสะเต็ม : การวิเคราะห์โมเดลพระระดับจำแนกข้ามกลุ่ม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/70017>
- ไกล่รุ่ง คำภิลานน, วิเชียร อ่างรังโสติสกุณ, และสายฝน วิบูลรังสรรค์. (2559). การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 18(3), 250-264.
- ชนนภัส วังอินทร์. (2562). “อ้วน-ฟินผุ-เนือยนิ่ง” ปัญหาสุขภาพเด็กไทย. สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/48304-a.html>
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(4), 618-624.
- ประไพพิศ สิงห์สม, พอเพ็ญ ไกรนรา, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, และวรรัตน์ สุขคุ้ม. (2563). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(5), 790-802.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยอนุบาล 3-6 ปี. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(3), 509-526.

วรรณรัตน์ รัตนวรงค์. (2562). กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิชัย วงษ์ใหญ่, (2537). *กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอน ภาคปฏิบัติ*.
กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

สมาคมอนุบาลศึกษาแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช
กุมารี. (2560). *การพัฒนาเด็กอย่างเป็นองค์รวม*. กรุงเทพฯ: พลัสเพรส.

สายฝน สารินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, และวรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรม
การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(2), 64-73

สุภาภรณ์ ประยูรมหิธร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. (2556). การพัฒนาชุดการเรียนรู้
ด้วยตนเองในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *พยาบาลสาร*, 40(4),
34-44.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-
2580: ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ
ยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานวิชาการและมาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2561). *คู่มือหลักสูตรการศึกษา
ปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2562). *พระราชบัญญัติการพัฒนาศูนย์ปฐมวัย พ.ศ. 2562*.
กรุงเทพฯ: คณะกรรมการอิสระเพื่อการปฏิรูปการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

แสง โชติบุญ, ประยูร บุญใช้ และสำราญ กำจัดภัย. (2560). การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างความฉลาด
ทางสุขภาพตามแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้โดยการกำกับตนเองสำหรับ
นักเรียนระดับประถมศึกษา. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 6(2), 323-334.

วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการ
พยาบาล. *วารสารแพทย์แพทยนาวิ*, 44(3), 183-197.

อรพิน พัฒนาผล, จุฑามาศ แหนจอน, และ เสกสรร ทองคำบรรจง. (2562). การพัฒนาโมเดลวัดความรอบ
รู้ทางสุขภาพสำหรับนักศึกษาครู. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร*, 9(2), 121-137.

อัจฉรา วงศ์ชัยอุดมโชค และ ปณัฐชนัน จารุชัยนิวัฒน์. (2561). บทบาทผู้ปกครองในการเทคโนโลยีและ
สื่อปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยอนุบาล โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา
กรุงเทพมหานคร เขตคลองเตย. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 13(1), 245-259.

ภาษาอังกฤษ

- Abad, F. J., Sorrel, M. A., Garcia, L. F., & Aluja, A. (2018). Modeling general, specific, and method variance in personality measures: Results for ZKA-PQ and NEO-PI-R. *Assessment, 25*(8), 959-977. <https://doi.org/10.1177/1073191116667547>
- Abadi, M. H., Drake, C., Richard, B. O., Schweinhart, A., Rychener, D., Shamblen, S. R., & Grimsgaard, S. N. (2020). An evaluation of the facilitator training to implement 'Taking charge of my life and health', a peer-led group program to promote self-care and patient empowerment in Veteran participants. *Patient Education and Counseling, 103*(12), 2489-2498. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.014>
- Abrams, E. M. (2020). The Impact of caregiver health literacy on pediatric asthma: An integrative review. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology, 33*(3), 110-116. <https://doi.org/10.1089/ped.2020.1192>
- Ahmadi, F. Z., Mehrmohammadi, M., Montazeri, A., & Vella, J. (2020). Dialogic health literacy curriculum development for Iranian pre-service teachers: A qualitative inquiry. *Curriculum Studies in Health and Physical Education, 11*(3), 265-281. <https://doi.org/10.1080/25742981.2020.1826332>
- Alaszewski, A. 2006. *Using Diaries for Social Research*. SAGE Publications.
- Alonsabe, O. C. (2011). The 4 components of curriculum. Retrieved from <http://olga-syscurriculum.blogspot.com/2011/05/4-components-of-curriculum-cayadong.html>.
- Amoah, P. A. (2018). Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana. *SSM-population health, 4*, 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.02.005>
- Anwar, K. (2018). Management and curriculum development. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research, 274*, 132-135. <https://doi.org/10.2991/iccite-18.2018.30>
- Armstrong-Heimsoth, A., Johnson, M. L., McCulley, A., Basinger, M., Maki, K., & Davison, D. (2017). Good googling: A consumer health literacy program empowering parents to find quality health information online. *Journal of Consumer Health on the Internet, 21*(2), 111-124. <https://doi.org/10.1080/15398285.2017.1308191>
- Asari, E. M. (2019). Inform–consult–involve–collaborate–empower. *International Journal of Government Auditing, 46*(1), 18-21. <http://intosajournal.org/inform-consult-involve-collaborate-empower/>
- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalierators, D, Miller, E., & Ray, K. N. (2019).

- Parent empowerment in pediatric healthcare settings: A systematic review of observational studies. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 199-212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1), 1-103.
- Benmayor, R. (2008). Digital storytelling as a signature pedagogy for the new humanities. *Arts and Humanities in Higher Education*, 7(2), 188-204. <https://doi.org/10.1177/1474022208088648>
- Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. *BMC public health*, 16(1), 1151. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Baron, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Dphil, M. H., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., & Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91-102. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Brown, F. L., Whittingham, K., Sofronoff, K., & Boyd, R. N. (2013). Parenting a child with a traumatic brain injury: Experiences of parents and health professionals. *Brain Injury*, 27(13-14), 1570-1582. <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.841996>
- Bruselius-Jensen, M., Bonde, A. H., & Christensen, J. H. (2017). Promoting health literacy in the classroom. *Health Education Journal*, 76(2), 156-168. <https://doi.org/10.1177/0017896916653429>
- Carpentier, N., Melo, A. D., & Ribeiro, F. (2019). Rescuing participation: A critique on the dark participation concept. *Comunicaçao e Sociedade*, 36, 17-35. [https://doi.org/10.17231/comsoc.36\(2019\).2341](https://doi.org/10.17231/comsoc.36(2019).2341)
- Carter, B., & Ford, K. (2013). Researching children's health experiences: The place for

- participatory, child-centered, arts-based approaches. *Research in Nursing & Health*, 36, 95–107. <https://doi.org/10.1002/nur.21517>
- Casagrande, K. A., & Ingersoll, B. R. (2017). Service delivery outcomes in ASD: Role of parent education, empowerment, and professional partnerships. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2386-2395. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0759-8>
- Castells, M. (1999). *The information age, volumes 1–3: Economy, society and culture*. Malden, MA; Oxford: Wiley-Blackwell.
- Chakraborty, K. (2009). ‘The good Muslim girl’: Conducting qualitative participatory research to understand the lives of young Muslim women in the bustees of Kolkata. *Children's Geographies*, 7(4), 421-434. <https://doi.org/10.1080/14733280903234485>
- Chang, L., McAlister, A. L., Taylor, W. C., & Chan, W. (2003). Behavioral change for blood pressure control among urban and rural adults in Taiwan. *Health Promotion International*, 18(3), 219-228. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag017>
- Chen, B. Y., Kern, D. E., Kearns, R. M., Thomas, P. A., Hughes, M. T., & Tackett, S. (2019). From modules to MOOCs: Application of the six-step approach to online curriculum development for medical education. *Academic Medicine*, 94(5), 678-685. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002580>
- Chisolm, D. J., & Buchanan, L. (2007). Measuring adolescent functional health literacy: A pilot validation of the test of functional health literacy in adults. *Journal of Adolescent Health*, 41(3), 312-314. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.04.015>
- Clark, A., Prosser, J., & Wiles, R. (2010). Ethical issues in image-based research. *Arts & Health*, 2(1), 81-93. <https://doi.org/10.1080/17533010903495298>
- Clements, D. H. (2007). Curriculum research: Toward a framework for "Research-based curricula". *Journal for Research in Mathematics Education*, 38(1), 35-70. <https://www.jstor.org/stable/30034927>
- Clements, K. (2012). Participatory action research and photovoice in a psychiatric nursing/clubhouse collaboration exploring recovery narrative. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(9), 785-791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01853.x>
- Clifford, P. G. (1992). The myth of empowerment. *Nursing Administration Quarterly*,

- 16(3), 1-5. <https://doi.org/10.1097/00006216-199201630-00003>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World development*, 8(3), 213-235. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)
- Cohen, M., & Wiek, A. (2017). Identifying misalignments between public participation process and context in urban development. *Challenges in Sustainability*, 5(2), 11-22. <https://doi.org/10.12924/cis2017.05020011>
- Collins, A., Joseph, D., & Bielaczyc, K. (2004). Design research: Theoretical and methodological issues. *Journal of the Learning Sciences*, 13(1), 15-42. https://doi.org/10.1207/s15327809jls1301_2
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy Management Review*, 13(3), 471-482. <https://doi.org/10.2307/258093>
- Coutinho, M. T., Kopel, S. J., Williams, B., Dansereau, K., & Koinis-Mitchell, D. (2016). Urban caregiver empowerment: Caregiver nativity, child-asthma symptoms, and emergency-department use. *Families, Systems, & Health*, 34(3), 229–239. <https://doi.org/10.1037/fsh0000206>
- CO2 Partners Executive Coaches. (2013). What is facilitator and other meeting roles. Retrieved from <https://co2partners.com/what-is-a-facilitator-role-and-responsibilities/>
- Creighton, G. M., Brussoni, M., Oliffe, J. L., & Han, C. (2017). Picturing masculinities: Using photoelicitation in men's health research. *American journal of men's health*, 11(5), 1472-1485. <https://doi.org/10.1177/1557988315611217>
- Creighton, G., Oliffe, J. L., Ferlatte, O., Bottorff, J., Broom, A., & Jenkins, E. K. (2018). Photovoice ethics: Critical reflections from men's mental health research. *Qualitative Health Research*, 28(3), 446-455. <https://doi.org/10.1177/1049732317729137>
- Cronbach, L. J. & Suppes, P. (1969). *Research for tomorrow's schools: Disciplined inquiry for education*. New York: Macmillan.
- Davis, S. N., Wischhusen, J. W., Sutton, S. K., Christy, S. M., Chavarria, E. A., Sutter, M. E., Roy, S., Meade, C. D., & Gwede, C. K. (2020). Demographic and psychosocial factors associated with limited health literacy in a community-based sample of older Black Americans. *Patient education and counseling*, 103(2), 385-391.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.026>

- DialougeWORK. (2020). Do you empower your people? 10 strategies for empowering others. Retrieved from <https://www.dialogueworks.com/blog/do-you-empower-your-people-10-strategies-for-empowering-others>
- Diamond, C., Saintonge, S., August, P., & Azrack, A. (2011). The development of building wellness™, a youth health literacy program. *Journal of health communication, 16*(sup3), 103-118. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604385>
- Dolce, M. C. (2011). The Internet as a source of health information: Experiences of cancer survivors and caregivers with healthcare providers. *Oncology Nursing Forum, 38*(3), 353-359. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.353-359>
- Dzula, M., Wu, S., Luna, J., Cook, A., & Chen, S. (2020). Digital participation and risk contexts in journalism education. *Media and Communication, 8*(2), 219-231. <https://doi.org/10.17645/mac.v8i2.2783>
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC public health, 12*(1), 130. <http://www.biomedcentral.com/147-2458/12/130>
- Elgibaly, O., & Aziz, M. M. (2016). Assessment of the needs of mothers and primary healthcare providers to support early childhood development in Egypt: A qualitative study. *Child: care, health and development, 42*(3), 394-401. <https://doi.org/10.1111/cch.12337>
- Emmel, N. (2008). Participatory mapping: An innovative sociological method. *Real Life Methods toolkit #03: Participatory Mapping*. Retrieved from <http://eprints.ncrm.ac.uk/540/2/2008-07-toolkit-participatory-map.pdf>
- Ergler, C. R., Kearns, R., Witten, K., & Porter, G. (2016). Digital methodologies and practices in children's geographies. *Children's Geographies, 14*(2), 129-140. <https://doi.org/10.1080/14733285.2015.1129394>
- Erwin, W. (1976). *Participation management: Concept theory and implementation*. Atlanta Ga: Georgia State University.
- Fields, B., Rodakowski, J., James, A. E., & Beach, S. (2018). Caregiver health literacy predicting healthcare communication and system navigation difficulty. *Families Systems & Health, 36*(4), 482-492. <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000368>
- Finnegan, D. A., Rainchuso, L., Jenkins, S., Kierce, E., & Rothman, A. (2016). Immigrant

caregivers of young children: Oral health beliefs, attitudes, and early childhood caries knowledge. *Journal of Community Health*, 41, 250-257.

<https://doi.org/10.1007/s10900-015-0090-5>

Fogelholm, M., Valve, R., Absetz, P., Heinonen, H., Uutela, A., Patja, K., Karisto, A., Konttinen, R., Makela, T., Nissinen, A., Jallinoja, P., Nummela, O., & Talja, M. (2006). Rural—urban differences in health and health behaviour: A baseline description of a community health-promotion programme for the elderly. *Scandinavian journal of public health*, 34(6), 632-640.

<https://doi.org/10.1080/14034940600616039>

Frauenholtz, S., Conrad-Hiebner, A., & Mendenhall, A. N. (2015). Children's mental health providers' perceptions of mental health literacy among parents and caregivers. *Journal of Family Social Work*, 18(1), 40-56.

<https://doi.org/10.1080/10522158.2014.974116>

Freire, P. (1973). *Education for Critical Consciousness*. Continuum.

Friedman, M. M. (1997). *Family nursing: Theory, research, and practice* (4th ed.). Stamford: Appleton & Lange.

Friis, K., Lasgaard, M., Pedersen, M. H., Duncan, P., & Maindal, H. T. (2019). Health literacy, multimorbidity, and patient-perceived treatment burden in individuals with cardiovascular disease: A Danish population-based study. *Patient Education and Counseling*, 102(10), 1932-1938.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.013>

Ghonoodi, A. & Salimi, L. (2011). The study of elements of curriculum in smart schools. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 28, 68-71.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.014>

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 268-289. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>

Gibson, J. T. (2012). *Correlation of health literacy to the stress level of informal caregivers for people with type 2 diabetes*. (Doctoral dissertation, Walden

University).

Glatthorn, A. A., Boschee, F., Whitehead, B. M., & Boschee, B. F. (2019). *Curriculum leadership: Strategies for development and implementation* (5th ed). Los Angeles: Sage.

Good, C. V. (1973). *Dictionary of education* (3rd ed). New York: McGraw-Hill.

Graves, K. N., & Shelton, T. L. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family Studies*, 16(4), 556-566. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9106-1>

Gubrium, A. (2009). Digital storytelling: An emergent method for health promotion research and practice. *Health Promotion Practice*, 10(2), 186-191. <https://doi.org/10.1177/1524839909332600>

Gubrium, A., & Harper, Kr. (2013). *Participatory visual and digital methods*. Walnut Creek, California: Left Coast Press

Guo, G., Phillips, L. R., & Reed, P. G. (2010). End-of-life caregiver interactions with health care providers: Learning from the bad. *Journal of nursing care quality*, 25(4), 334-343. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181db532d>

Hackett, M., Gillens-Eromosele, C., & Dixon, J. (2015). Examining childhood obesity and the environment of a segregated, lower-income US suburb. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 8(4), 247-259. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-09-2014-0021>

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson Education.

Halverson, J., Martinez-Donate, A., Trentham-Dietz, A., Walsh, M. C., Strickland, J. S., Palta, M., Smith, P. D., & Cleary, J. (2013). Health literacy and urbanicity among cancer patients. *The Journal of Rural Health*, 29(4), 392-402. <https://doi.org/10.1111/jrh.12018>

Hartig, J., & Höhler, J. (2009). Multidimensional IRT models for the assessment of competencies. *Studies in Educational Evaluation*, 35(2-3), 57-63. <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2009.10.002>

Haynes, K., & Tanner, T. M. (2015). Empowering young people and strengthening resilience: Youth-centred participatory video as a tool for climate change adaptation and disaster risk reduction. *Children's Geographies*, 13(3), 357-371.

- <https://doi.org/10.1080/14733285.2013.848599>
- Hickey, K. T., Creber, R. M. M., Reading, M., Sciacca, R. R., Riga, T. C., Frulla, A. P., & Casida, J. M. (2018). Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *The Nurse practitioner*, *43*(8), 49-55.
<https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000541468.54290.49>.
- Hiim, H. (2017). Ensuring curriculum relevance in vocational education and training: Epistemological perspectives in a curriculum research project. *International journal for research in vocational education and training*, *4*(1), 1-19.
<https://doi.org/10.13152/IJRVET.4.1.1>
- Hurlimann, A., March, A., & Robins, J. (2013). University curriculum development—stuck in a process and how to break free. *Journal of Higher Education Policy and Management*, *35*(6), 639-651. <https://doi.org/10.1080/1360080X.2013.844665>
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/10883>.
- International Association for Public Participation. (2020). Spectrum of public participation. Retrieved from
<https://organizingengagement.org/models/spectrum-of-public-participation/>
- Irvin, R. A., & Stansbury, J. (2004). Citizen participation in decision making: Is it worth the effort?. *Public Administration Review*, *64*(1), 55-65.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2004.00346.x>
- Jafari, Y., Tehrani, H., Esmaily, H., Shariati, M., & Vahedian-shahroodi, M. (2020). Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/scs.12803>
- Jami, A. A., & Walsh, P. R. (2017). From consultation to collaboration: A participatory framework for positive community engagement with wind energy projects in Ontario, Canada. *Energy research & social science*, *27*, 14-24.
<https://doi.org/10.1016/j.erss.2017.02.007>
- Joanou, J. P. (2009). The bad and the ugly: Ethical concerns in participatory photographic methods with children living and working on the streets of Lima, Peru. *Visual studies*, *24*(3), 214-223.
<https://doi.org/10.1080/14725860903309120>

- Karnick, P. M. (2016). Sorting it out: Cultural competency and healthcare literacy in the world today. *Nursing science quarterly*, 29(2), 120-121.
<https://doi.org/10.1177/0894318416630105>
- Katz, S. J., & Moyer, C. A. (2004). The emerging role of online communication between patients and their providers. *Journal of general internal medicine*, 19(9), 978-983.
- Khandaghi, M. A., & Baraei, A. (2017). Studying the compatibility of Iran's new primary school curriculum with the curriculum change principles. *Modern Applied Science*, 11(7), 13-19. <https://doi.org/10.5539/mas.v11n7p13>
- Kibria, G., Haroon, A. K., & Nugegoda, D. (2017). An innovative model for engagement of rural citizens/community of Bangladesh with climate change. *Journal of Climate Change*, 3(2), 73-80. <https://doi.org/10.3233/JCC-170015>
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health promotion international*, 16(3), 289-297.
<https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>
- Kilgour, L., Matthews, N., Christian, P., & Shire, J. (2015). Health literacy in schools: Prioritising health and well-being issues through the curriculum. *Sport, Education and Society*, 20(4), 485-500.
<https://doi.org/10.1080/13573322.2013.769948>
- Kimbrel, L. (2016). The four stages of curriculum development. Retrieved from <https://lauriekimbrel.wordpress.com/2016/07/06/the-four-stages-of-curriculum-development/>
- King, A. C., Castro, C., Wilcox, S., Eyler, A. A., Sallis, J. F., & Brownson, R. C. (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of US middle-aged and older-aged women. *Health psychology*, 19(4), 354-364.
<https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.4.354>
- Kruijsen-Terpstra, A. J., Verschuren, O., Ketelaar, M., Riedijk, L., Gorter, J. W., Jongmans, M. J., & Boeije, H. (2016). Parents' experiences and needs regarding physical and occupational therapy for their young children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 53-54, 314-322.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.02.012>
- Lal, S., Donnelly, C., & Shin, J. (2015). Digital storytelling: an innovative tool for practice,

- education, and research. *Occupational therapy in health care*, 29(1), 54-62.
<https://doi.org/10.3109/07380577.2014.958888>
- Lal, S., Jarus, T., & Suto, M. J. (2012). A scoping review of the photovoice method: Implications for occupational therapy research. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 181-190. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.3.8>
- Lambert, J. (2006). *Digital storytelling: Capturing lives, creating community*. Berkeley, CA: Digital Diner Press.
- Lambert, J. (2009). Where it all started: The center for digital storytelling in California. Story circle: *Digital storytelling around the world*, 77-90.
<https://doi.org/10.1002/9781444310580.ch4>
- Larrivee, B. (2008). Development of a tool to assess teachers' level of reflective practice. *Reflective practice*, 9(3), 341-360.
<https://doi.org/10.1080/14623940802207451>
- Lawrence, P. R., Feinberg, I., & Spratling, R. (2021). The relationship of parental health literacy to health outcomes of children with medical complexity. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.014>
- Lee, C., & Park, Y. H. (2018). Health literacy and participation among older adult patients with heart failure in Korean culture. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(5), 429-440. <https://doi.org/10.1177/1043659617745136>
- Levander, L. M., & Mikkola, M. (2009). Core curriculum analysis: A tool for educational design. *Journal of Agricultural Education and Extension*, 15(3), 275-286.
<https://doi.org/10.1080/13892240903069785>
- Literat, I. (2013). "A pencil for your thoughts": Participatory drawing as a visual research method with children and youth. *International Journal of Qualitative Methods*, 12(1), 84-98. <https://doi.org/10.1177/160940691301200143>
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health*, 12(8), 9714-9725. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809714>
- Luna-Reyes, L. F. (2017). Opportunities and challenges for digital governance in a world of digital participation. *Information polity*, 22(2-3), 197-205.
<https://doi.org/10.3233/IP-170408>
- Macdonald, J. B. & Raths, J. D. (1963). Chapter IX: Curriculum research: Problems,

- techniques, and prospects. *Review of Educational Research*, 33(3), 322-329.
<http://doi.org/10.3102/00346543033003322>
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10(3), 248-255. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
<https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Mannell, J., Davis, K., Akter, K., Jennings, H., Morrison, J., Kuddus, A., & Fottrell, E. (2021). Visual participatory analysis: A qualitative method for engaging participants in interpreting the results of randomized controlled trials of health interventions. *Journal of Mixed Methods Research*, 15(1), 18-36.
<https://doi.org/10.1177/1558689820914806>
- Mayberry, L. S., Rothman, R. L., & Osborn, C. Y. (2014). Family members' obstructive behaviors appear to be more harmful among adults with type 2 diabetes and limited health literacy. *Journal of health communication*, 19(supple2), 132-143. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.938840>
- McNutt, K. (2014). Public engagement in the Web 2.0 era: Social collaborative technologies in a public sector context. *Canadian Public Administration*, 57(1), 49-70. <https://doi.org/10.1111/capa.12058>
- Miller, J. F. (2000). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia: Davis.
- Milne, E. J. (2016). Critiquing participatory video: Experiences from around the world. *Area*, 48(4), 401-404. <https://doi.org/10.1111/area.12271>
- Mitchell, C. M., & Sommer, M. (2016). Participatory visual methodologies in global public health. *Global Public Health*, 11(5-6), 521-527
<https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1170184>
- Mollakhalili, H., Papi, A., Zare-Farashbandi, F., Sharifirad, G., & HasanZadeh, A. (2014). A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan university of medical sciences in 2012. *International Journal of Health Promotion and Education*, 3(4), 86-92.
<https://doi.org/10.4103/2277-9531.134804>
- Morrison, A. K., Glick, A., & Yin, H. S. (2019). Health literacy: Implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263-277.

<https://doi.org/10.1542/pir.2018-0027>

- Mustanir, A., Abadi, P., & Nasri, A. (2016). Participation of ethnic community Towani Tolotang in deliberation of development plan. In International Conference on Ethics in Governance (ICONEG 2016). *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 84, 356-359.
- Myers, L., & Murray, R. K. (2019). Overcoming health literacy barriers to improve asthma inhaler therapy adherence. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(2), 182-186. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201805-338PS>
- Náfrádi, L., Nakamoto, K., Csabai, M., Papp-Zipernovszky, O., & Schulz, P. J. (2018). An empirical test of the health empowerment model: Does patient empowerment moderate the effect of health literacy on health status?. *Patient education and counseling*, 101(3), 511-517.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.004>
- Necheles, J. W., Chung, E. Q., Hawes-Dawson, J., Ryan, G. W., Williams, L. B., Holmes, H. N., Wells, K. B., Vaiana, M. E., & Schuster, M. A. (2007). The teen photovoice project: A pilot study to promote health through advocacy. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 1(3), 221. <https://doi.org/10.1353/cpr.2007.0027>
- Neuman, M. J., McConnell, C., & Kholowa, F. A. (2014). From early childhood development policy to sustainability: The fragility of community-based childcare services in Malawi. *International Journal of Early Childhood*, 46(1), 81-99. <https://doi.org/10.1007/s13158-014-0101-1>
- Novek, S., Morris-Oswald, T., & Menec, V. (2012). Using photovoice with older adults: Some methodological strengths and issues. *Ageing & Society*, 32(3), 451-470. <https://doi.org/10.1017/S014468X11000377>
- Null, W. (2016). *Curriculum: From theory to practice*. Maryland: Rowman & Littlefield.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- O'Donovan, J., Thompson, A., Onyilofofor, C., Hand, T., Rosseau, N., & O'Neil, E. (2019).

- The use of participatory visual methods with community health workers: A systematic scoping review of the literature. *Global Public Health*, 14(5), 722-736. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1536156>
- Odom, S. L., Fleming, K., Diamond, K., Lieber, J., Hanson, M., Butera, G., Horn, E., Palmer, S., & Marquis, J. (2010). Examining different forms of implementation and in early childhood curriculum research. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 314-328. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2010.03.001>
- Oommen, A. M., Vyas, R., Faith, M., Selvakumar, D., & George, K. (2017). Curriculum development for a module on noncommunicable diseases for the master of public health program. *Education for Health*, 30(3), 236. https://doi.org/10.4103/efh.EfH_148_15
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLO). *BMC public health*, 13(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- Özler, B., Fernald, L. C., Kariger, P., McConnell, C., Neuman, M., & Fraga, E. (2018). Combining preschool teacher training with parenting education: A cluster-randomized controlled trial. *Journal of Development Economics*, 133, 448-467. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.04.004>
- Paasche-Orlow, M. K. & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>
- Pelle, C. D., Orsatti, V., Cipollone, F., & Cicolini, G. (2018). Health literacy among caregivers of patients with heart failure: A multicentre cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 859-865. <https://doi.org/10.1111/jocn.14137>
- Peralta, L. R., & Rowling, L. (2018). Implementation of school health literacy in Australia: A systematic review. *Health Education Journal*, 77(3), 363-376. <https://doi.org/10.1177/0017896917746431>
- Perkins, P. E. E. (2005). *Public participation and ecological valuation: Inclusive = radical*. In Presented at the Capitalism Nature Socialism conference. <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/37141>
- Pilapil, M., Coletti, D. J., Rabey, C., & DeLaet, D. (2017). Caring for the caregiver: Supporting families of youth with special health care needs. *Current Problems*

- in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(8), 190-199.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.07.003>
- Pleasant, A., & Kuruville S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan001>
- Pleasant, A., Rudd, R. E., O'Leary, C., Paasche-Orlow, M. K., Allen, M. P., Alvarado-Little, W., Myers, L., Parson, K., & Rosen, S. (2016). *Considerations for a new definition of health literacy*. National Academy of Medicine.
- Preacher, K. J., & Coffman, D. L. (2006). Computing power and minimum sample size for RMSEA. [Computer software]. Retrieved from <http://www.quantpsy.org/>.
- Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E. V., Clark, L., & Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: A cross-sectional survey. *Health Expectations*, 20(1), 112-119. <https://doi.org/10.1111/hex.12440>
- Pyyry, N. (2015). 'Sensing with' photography and 'thinking with' photographs in research into teenage girls' hanging out. *Children's Geographies*, 13(2), 149-163. <https://doi.org/10.1080/14733285.2013.828453>
- Reist, M., Javadzade, S. H., Heydarabadi, A. B., Mostafavi, F., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2014). The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of education and health promotion*, 3, 119. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.145925>
- Richter, L., Black, M., Britto, P., Daelmans, B., Desmond, C., Devercelli, A., Dua, T., Fink, G., Heymann, J., Lombardi, J., Lu, C., Naicker, S., & Vargas-Barón, E. (2019). Early childhood development: an imperative for action and measurement at scale. *BMJ global health*, 4(Suppl 4), e001302. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001302>
- Rifkin, S. B., & Kangere, M. (2002). What is participation. In *Community-based rehabilitation (CBR) as a participatory strategy in Africa*, 37-49.
- Rudd, R. E. (2007). Health literacy skills of U.S. adults. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S8-S18. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S8>
- Sak, G., Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: A cross-sectional population-based study. *BMC*

- geriatrics*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0448-x>
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (p. 3–21). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11877-001>
- Sandercock, L., & Attili, G. (2010). Digital ethnography as planning praxis: An experiment with film as social research, community engagement and policy dialogue. *Planning Theory & Practice*, 11(1), 23-45. <https://doi.org/10.1080/14649350903538012>
- Sanders, D., Nandi, S., Labonte, R., Vance, C., & Damme, W. V. (2019). From primary health care to universal health coverage-one step forward and two steps back. *The Lancet*, 394(10199), 619-621. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8)
- Sawi, G. E. (1996). Curriculum development guide: Population for non-formal education programs of out-of-school rural youth. Retrieved from <http://www.fao.org/3/ah650e/AH650E00.htm>
- Saylor, J. G., & Alexander, W. M. (1974). *Planning curriculum for school*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Saylor, J. G., Alexander, W. M., & Lewis, A. J. (1981). *Curriculum planning for better teaching and learning* (4th ed). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Seifert A., Rössel J. (2019) Digital Participation. In: Gu D., Dupre M. (eds) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_1017-1
- Sekiya, T., Matsuda, Y., & Yamaguchi, K. (2010). Development of a curriculum analysis tool. In *2010 9th International Conference on Information Technology Based Higher Education and Training (ITHET)* (pp. 413-418). IEEE. <https://doi.org/10.1109/ITHET.2010.5480101>
- Shawer, S. F. (2010). Classroom-level curriculum development: EFL teachers as curriculum-developers, curriculum-makers and curriculum-transmitters. *Teaching and teacher education*, 26(2), 173-184. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2009.03.015>
- Shiho, M., Naoko, K., Takahiro, K., Michiyo, Y., Masako, K., Toshimi, I., & Miyuki, T. (2016). Development and validation of a heart failure-specific health literacy scale. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 131-139.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000226>

- Skilbeck, M. (1984). *School-based curriculum development*. London: Harper and Row Publisher.
- Sletto, B. I. (2009). "We drew what we imagined" participatory mapping, performance, and the arts of landscape making. *Current anthropology*, 50(4), 443-476.
<https://doi.org/10.1086/593704>
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Spector R. E. (2017). *Cultural diversity in health and illness*. New York: Pearson.
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465. <https://doi.org/10.2307/256865>
- Strack, R. W., Magill, C., & McDonagh, K. (2004). Engaging youth through photovoice. *Health promotion practice*, 5(1), 49-58.
<https://doi.org/10.1177/1524839903258015>
- Stevens-Smith, D., Warner, M., & Padilla, M. (2014). The changing face of public education: The process of "reversioning" elementary teacher preparation programs. *Journal of cultural diversity*, 21(3), 108-111.
- Stutt, A. (2018). Curriculum development and the 3 models explained. Retrieved from <https://tophat.com/blog/curriculum-development-models-design/>
- Taba, H. (1962). *Curriculum development: Theory and practice*. New York: Brace & World.
- Tambolaš, A. Č., Vujičić, L., & Badurina, K. (2020). Relationships in the educational institution as a dimension of kindergarten culture: A narrative study. *In Proceedings of ICERI2020 Conference* (Vol. 9, p. 10th).
- Tasker, D., Higgs, J., & Loftus, S. (2017). *Community-based healthcare: The search for mindful dialogues*. Netherlands: Sense.
- Tebbitt, B. V. (1993). Demystifying organizational empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 23(1), 18-23. <https://doi.org/10.1097/00005110-199301000-00007>
- Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An

- interpretive model of intrinsic task motivation. *The Academy of Management Review*, 15(4), 666-681. <https://www.jstor.org/stable/258687>
- Thomas, P. A., Kern, D. E., Hughes, M. T., & Chen, B. Y. (Eds.). (2016). *Curriculum development for medical education: a six-step approach* (3rd ed). Maryland: Johns Hopkins University.
- Toci, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., & Brand, H. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 3(4), 1646-1658. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2013/3972>
- Tyler, R. W. (1949). *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago: University of Chicago.
- van den Akker, J. (2007). Curriculum design research. In T. Plomp, & N. Nieveen. *An introduction to educational design research* (pp. 37-50). Netherlands: Enschede.
- Vann Jr, W. F., Lee, J. Y., Baker, D., & Divaris, K. (2010). Oral health literacy among female caregivers: Impact on oral health outcomes in early childhood. *Journal of dental research*, 89(12), 1395-1400. <https://doi.org/10.1177/0022034510379601>
- Velardo, S., & Drummond, M. (2016). Emphasizing the child in child health literacy research. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 5-13 <https://doi.org/10.1177/1367493516643423>
- Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877. <https://doi.org/10.1177/1090198108322819>
- Voogt, J., Westbroek, H., Handelzalts, A., Walraven, A., McKenney, S., Pieters, J., & DeVries, B. (2011). Teacher learning in collaborative curriculum design. *Teaching and teacher education*, 27(8), 1235-1244. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2011.07.003>
- Waite, L., & Conn, C. (2011). Creating a space for young women's voices: using 'participatory video drama' in Uganda. *Gender, Place and Culture*, 18(01), 115-135. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2011.535297>
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197-

205. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>
- Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health education & behavior, 24*(3), 369-387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>
- Wiggins, G., & McTighe, J. (1998). What is backward design. *Understanding by design, 1*, 7-19.
- Wilcoxon, C., Bell, J., & Steiner, A. (2019). Empowerment through induction: supporting the well-being of beginning teachers. *International Journal of Mentoring and Coaching in Education, 9*(1),52-70. <https://doi.org/10.1108/IJMCE-02-2019-0022>
- Willard, S., Cremers, G., Man, Y. P., van Rossum, E., Spreeuwenberg, M., & de Witte, L. (2018). Development and testing of an online community care platform for frail older adults in the Netherlands: a user-centred design. *BMC geriatrics, 18*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0774-7>
- Williams, A. L., & Bakitas, M. (2012). Cancer family caregivers: A new direction for interventions. *Journal of palliative medicine, 15*(7), 775-783. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0046>
- Williamson, B., & Hague, C. (2009). Digital participation, digital literacy, and school subjects: A review of the policies, literature and evidence. Retrieved from http://www.futurelab.org.uk/sites/default/files/Digital_Participation_review.pdf
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., & Ragan, S. L. (2017). Promoting improved family caregiver health literacy: evaluation of caregiver communication resources. *Psycho-oncology, 26*(7), 935-942. <https://doi.org/10.1002/pon.4117>
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., & Parnell, T. A. (2020). Development of a communication and health literacy curriculum: Optimizing the informal cancer caregiver role. *Psycho-Oncology, 29*(4), 766-774. <https://doi.org/10.1002/pon.5341>
- Wolff, J. L., Spillman, B. C., Freedman, V. A., & Kasper, J. D. (2016). A national profile of family and unpaid caregivers who assist older adults with health care activities. *JAMA International Medicine, 176*(3). 372-379. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7664>
- Wood, M. S. (2017). *Development of a novel curriculum for pediatric resident promotion of early childhood literacy.* (Masteral dissertation, The University of

Texas School of Public Health).

- World Health Organization. (2004). Primary health care. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care>
- World Health Organization. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization, United Nations Children's Fund & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA, 3.0 IGO.
- Worapradit, S. (2010). Community Participation Division of Information Technology Office of the Non-Formal and Informal Education Trat Province. Trat: Office of the Non-Formal and Informal Education Trat Province.
- Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International journal of environmental research and public health*, 14(6), 628. <https://doi.org/10.3390/ijerph14060628>
- Yang, S. H. (2009). Using blogs to enhance critical reflection and community of practice. *Journal of Educational Technology & Society*, 12(2), 11-21.
- Yoshida, Y., Iwasa, H., Kumagai, S., Suzuki, T., & Yoshida, H. (2014). Limited functional health literacy, health information sources, and health behavior among community-dwelling older adults in Japan. *ISRN Geriatrics*, 2014, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2014/952908>
- Yost, K. J., Webster, K., Baker, D. W., Choi, S. W., Bode, R. K., & Hahn, E. A. (2009). Bilingual health literacy assessment using the talking touchscreen/la pantalla parlanchina: Development and pilot testing. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.020>.
- Yuen, E. Y., Knight, T., Dodson, S., Chirgwin, J., Busija, L., Ricciardelli, L. A., Burney, S., Parente, P., & Livingston, P. M. (2018). Measuring cancer caregiver health literacy: Validation of the health literacy of care givers scale–cancer (HLCS-C) in an Australian population. *Health & Social care in the community*, 26(3), 330-344. <https://doi.org/10.1111/hsc.12524>
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.

<https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

Zoettl, P. A. (2013). Images of culture: Participatory video, identity and empowerment. *International Journal of Cultural Studies*, 16(2), 209-224.

<https://doi.org/10.1177/1367877912452498>





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัยและคู่มือหลักสูตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย

| รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ | หน่วยงาน/ความเชี่ยวชาญ |
|-------------------------------------|--|
| 1. พว.พัชรินทร์ โปธาเมือง | พยาบาลชำนาญพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กเล็ก |
| 2. ผศ. ดร.อัจตรา ประเสริฐสิน | สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล |
| 3. ผศ.ดร.ชญาภรณ์ ตีวารีย์ | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น |
| 4. พันตำรวจโท ดร.อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ | อาจารย์ภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทาง การพยาบาล และด้านวัดและประเมินผล |
| 5. ดร.ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล | พยาบาลชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัย วัดและประเมินผลทางการพยาบาล |

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจคู่มือหลักสูตร

| รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ | หน่วยงาน/ความเชี่ยวชาญ |
|-------------------------------|---|
| 1. ดร.ศิริธร สุตตานนท์ | อาจารย์บริหารหลักสูตรฯ ฝ่ายวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัย |
| 2. นางจงจิตร รัชมธรรพงษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลเฉพาะสาขาสูติ-นรีเวช และเป็น ผู้ประสานงานและบริหารจัดการ hospitel |
| 3. นางสาวหนึ่งฤทัย เอกอภิัญญา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ โรคระบบทางเดินหายใจ และเป็นผู้ประสานงานและ บริหารจัดการ hospitel |
| 4. นางสาวกุลธิดา เกตุแก้ว | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น |
| 5. นางสาวจากรุวรรณ ไทยบัณฑิต | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มี ปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจ |

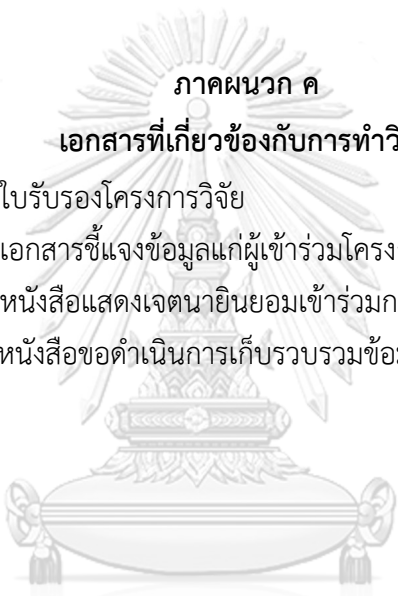


ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความกับจุดมุ่งหมายในการวัดและ
ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ

| มิติการวัด | | ข้อความ | IOC | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---|---|--|------|--|--|
| ความรู้ ด้านสุขภาพ | การเลี้ยงดู พุ่มพิก | | | | |
| การเข้าถึง ข้อมูล สุขภาพ และ บริการ สุขภาพ | การดูแลให้มี สุขภาพดี | 1. ฉันสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ ได้ตรงกับวิธีการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดี | 0.60 | .612 | .967 |
| | การดูแลให้ได้ โภชนาการที่ เพียงพอ | 2. ฉันสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัด อาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กตามหลัก โภชนาการได้ด้วยตนเอง | 1.00 | .655 | .966 |
| | การดูแลที่ สนองตอบ | 3. ฉันสามารถเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพของเด็กจากการบอกเล่า ของผู้ปกครอง เพื่อทำความเข้าใจและปรับ แนวทางการดูแลเด็กที่เหมาะสม | 0.80 | .680 | .966 |
| | การดูแลด้าน ความมั่นคง และความ ปลอดภัย | 4. ขณะที่เด็กอยู่ในความดูแลของฉัน หาก ได้รับอุบัติเหตุใด ๆ ฉันสามารถพาไป พบแพทย์ได้ตามความเหมาะสม | 0.80 | .566 | .967 |
| | การให้โอกาส ในการเรียนรู้ ตั้งแต่ระยะ เริ่มแรก | 5. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อจัด กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโดย ใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น ถามผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ | 0.80 | .646 | .966 |
| ความรู้ เข้าใจทาง สุขภาพ | การดูแลให้มี สุขภาพดี | 6. ฉันสามารถเข้าใจรายละเอียด เทคนิค วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพเด็ก เพื่อให้ ข้อมูลกับหน่วยงานสุขภาพตามที่ ต้องการได้ | 0.60 | .739 | .966 |
| | การดูแลให้ได้ โภชนาการที่ เพียงพอ | 7. ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับ วิธีการดูแลให้เด็กได้รับสารอาหารที่ เพียงพอจากผู้อื่นเขียนได้ | 0.80 | .759 | .966 |
| | การดูแลที่ สนองตอบ | 8. ฉันพึงรู้เรื่องและเข้าใจในเนื้อหาที่ ผู้เชี่ยวชาญบอกวิธีการสังเกตและกลยุทธ์ ในการตอบสนองต่อเด็กที่เหมาะสม | 0.80 | .745 | .966 |
| | การดูแลด้าน ความมั่นคง และความ ปลอดภัย | 9. ฉันสามารถทำตามคู่มือด้านสุขภาพที่ เกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงหรือ อุบัติเหตุได้ถูกต้อง | 1.00 | .688 | .966 |
| | การให้โอกาส ในการเรียนรู้ ตั้งแต่ระยะ เริ่มแรก | 10. ทุกครั้งที่ฉันอ่านข้อมูลเกี่ยวกับการจัด สภาพแวดล้อม ฉันจะนำมาปรับ ปรับ สภาพแวดล้อมโดยรอบที่เอื้อต่อการ เรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของเด็ก | 1.00 | .734 | .966 |

| มิติการวัด | | ข้อคำถาม | IOC | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---------------------|---|--|------|----------------------------------|----------------------------------|
| ความรู้ด้านสุขภาพ | การเลี้ยงดูพุ่มพิก | | | | |
| ทักษะการสื่อสาร | การดูแลให้มีสุขภาพดี | 11. ฉันสามารถซักถามข้อมูลกับบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การบันทึกข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนสามารถรายงานปัญหาสุขภาพของเด็กได้ เพื่อไขข้อสงสัย | 1.00 | .674 | .966 |
| | การดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ | 12. ฉันมั่นใจว่าผู้ร่วมงานเข้าใจฉัน เมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยเกี่ยวกับการสังเกตการเลือกรับประทานอาหารของเด็กและการดูแลเด็กที่ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม | 0.80 | .721 | .966 |
| | การดูแลที่สนองตอบ | 13. ฉันสามารถสื่อสารให้ผู้ปกครองเรียนรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตพฤติกรรมเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามแต่ละบุคคล | 0.60 | .741 | .966 |
| | การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย | 14. ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการจัดของใช้ และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการดูแลเด็กให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจได้ | 1.00 | .719 | .966 |
| | การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก | 15. ฉันมั่นใจว่าเด็กเข้าใจในเนื้อหาและกิจกรรมที่ฉันสอน และปฏิบัติตามที่ฉันสื่อสารได้ | 1.00 | .652 | .966 |
| ทักษะการจัดการตนเอง | การดูแลให้มีสุขภาพดี | 16. ฉันมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่พร้อมจะดูแลสุขภาพเด็กได้ | 1.00 | .721 | .966 |
| | การดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ | 17. ฉันสามารถควบคุมการจัดอาหารให้กับเด็กได้ตามที่วางแผนไว้ | 1.00 | .650 | .966 |
| | การดูแลที่สนองตอบ | 18. เมื่อฉันเห็นเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ฉันมักพูดคุยกับเด็กและอธิบายอย่างมีเหตุผลทันท่วงที | 1.00 | .645 | .966 |
| | การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย | 19. เมื่อเด็กเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ฉันสามารถช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับเด็กได้ถูกต้องทันเวลา | 0.80 | .620 | .966 |
| | การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก | 20. ฉันวางแผนสำหรับจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนทุกครั้ง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาให้กับเด็ก | 0.80 | .688 | .966 |

| มิติการวัด | | ข้อคำถาม | IOC | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--------------------------|---|---|------|--|--|
| ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ | การเลี้ยงดู พุ่มพิก | | | | |
| ทักษะการ ตัดสินใจ | การดูแลให้มี สุขภาพดี | 21. ฉันสามารถเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแล เด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง | 1.00 | .719 | .966 |
| | การดูแลให้ได้ โภชนาการที่ เพียงพอ | 22. ฉันสามารถจัดเมนูอาหารสำหรับเด็ก ได้ถูกต้องตามหลักโภชนาการและคัด เมนูอาหารที่ไม่มีประโยชน์ออก | 1.00 | .705 | .966 |
| | การดูแลที่ สนองตอบ | 23. เมื่อเด็กกระทำผิด ฉันจะวิเคราะห์ ผลดีผลเสียก่อนที่จะตักเตือนเด็กทุก ครั้ง | 0.80 | .673 | .966 |
| | การดูแลด้าน ความมั่นคง และความ ปลอดภัย | 24. เมื่อเด็กในความดูแลมีไข้ตัวร้อน ฉัน สามารถประเมินเด็กได้ว่าควรเช็ดตัว ควรให้ยาลดไข้ หรือรีบพาไปพบแพทย์ ปลอดภัย | 1.00 | .625 | .966 |
| | การให้โอกาส ในการเรียนรู้ ตั้งแต่ระยะ เริ่มแรก | 25. ฉันสามารถเลือกกิจกรรมการเรียนรู้ ให้กับเด็กได้เหมาะสมและเกิดผล กระทบด้านลบน้อยที่สุด หรือไม่เกิด เลย | 1.00 | .731 | .966 |
| การรู้เท่า ทันสื่อ | การดูแลให้มี สุขภาพดี | 26. ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านการดูแล สุขภาพเด็กให้แข็งแรงได้อย่างไร เพื่อ มายืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะ เชื่อหรือปฏิบัติตาม | 1.00 | .785 | .965 |
| | การดูแลให้ได้ โภชนาการที่ เพียงพอ | 27. เมื่อฉันได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการ เตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก จากโทรทัศน์ ฉันตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธี อื่นเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล | 1.00 | .734 | .966 |
| | การดูแลที่ สนองตอบ | 28. ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลเด็กที่เหมาะสมจากแหล่งข้อมูลที่ หลากหลายเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ ถูกต้องของตนเอง | 1.00 | .730 | .966 |
| | การดูแลด้าน ความมั่นคง และความ ปลอดภัย | 29. ฉันสามารถเลือกรับข้อมูลและติดตาม ข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดที่เกิดขึ้น ในเด็กจากสื่อได้ถูกต้อง เพื่อหา แนวทางป้องกันโรคระบาดกับเด็กที่ อยู่ในความดูแล | 1.00 | .667 | .966 |
| | การให้โอกาส ในการเรียนรู้ ตั้งแต่ระยะ เริ่มแรก | 30. ฉันสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้เด็ก สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีการ เปลี่ยนแปลงจากสื่อต่าง ๆ ก่อนที่จะ ตัดสินใจเชื่อ | 1.00 | .753 | .966 |



ภาคผนวก ค

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย

- ใบรับรองโครงการวิจัย
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- หนังสือขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2
 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 1 ห้อง 114 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 โทรศัพท์ : 0 2218 3210-11 E-mail: curec2.ch1@chula.ac.th

COA No. 191/2564

ใบรับรองโครงการวิจัย

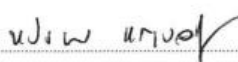
โครงการวิจัยที่ 159/64 การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

ผู้วิจัยหลัก นางสาวกฤติญาดา เกื้อวงศ์

หน่วยงาน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยยึดหลัก ของ Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines และ The international conference on harmonization – Good clinical practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม 
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.ธีระพันธ์ เหลืองทองคำ)
 ประธานคณะกรรมการ

ลงนาม 
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นึ่งหทัย แรงผลสัมฤทธิ์)
 กรรมการและเลขานุการ

รูปแบบการพิจารณาทบทวน: แบบลดขั้นตอน

วันที่รับรอง: 9 สิงหาคม 2564

วันหมดอายุ: 8 สิงหาคม 2565

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1. ข้อเสนอโครงการวิจัย
2. ประวัติและผลงานของผู้วิจัย
3. เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. หนังสือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
5. แบบสอบถาม



| | |
|---------------|---------------|
| เลขที่โครงการ | 159 / 64 |
| วันที่รับรอง | - 9 ส.ค. 2564 |
| วันหมดอายุ | - 8 ส.ค. 2565 |

เงื่อนไข

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-13) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักฐานในการปิดโครงการ
8. โครงการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติโครงการโดยการพิจารณาทบทวนแบบกรณียกเว้น (Exemption review) ปฏิบัติตามเงื่อนไข ข้อ 1, 6 และ 7 เท่านั้น

AF 04-07

เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(สำหรับผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถาม)

ชื่อโครงการวิจัย การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพ
เด็กของผู้ดูแล

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวกฤติญาดา เกื้อวงศ์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 80/836 ซอย 36 หมู่บ้านทิพวัล 1 หมู่ 5 ถนนเทพารักษ์ ตำบลบางเมืองใหม่ อ่าวทองหล่อ จังหวัด
สมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์มือถือ 06-5691-5515... อีเมล gridiyada.k@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ ท่านสามารถสอบถามได้ หากถ้อยความใดไม่ชัดเจน หรือขอข้อมูลเพิ่มเติมได้

2. โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้คือ ได้เครื่องมือวัดที่เหมาะสมสามารถนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้วัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลหรือนำไปใช้ในเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในบริบทอื่น ได้สารสนเทศของระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ที่สะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของดูแลเด็กและนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 1 ปี จากเดือน มีนาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565

3. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในระยะการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 400 คน

4. หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ

5. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะขออนุญาตเก็บรักษาไว้เพื่อศึกษาต่อและเป็นข้อมูลทางวิชาการที่มีค่า ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายการที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนได้ และจะดำเนินการทำลายข้อมูลตลอดจนข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับท่านหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วภายใน 1 ปี

6. ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

7. ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลของท่านจะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น



| | |
|---------------|-----------|
| เลขที่โครงการ | 159/64 |
| วันที่รับรอง | 9 ส.ค. 64 |
| วันหมดอายุ | 8 ส.ค. 65 |

AF 04-07

9. หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ โปรดสอบถามเพิ่มเติม โดยติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยพิจารณาว่ายังสมัครใจจะมีส่วนร่วมในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ห้อง 114 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0 2218 3210-11 อีเมล curec2.ch1@chula.ac.th

ลงชื่อ กฤติญาดา เกื้องศ์
(นางสาวกฤติญาดา เกื้องศ์)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



| | |
|---------------|-----------|
| เลขที่โครงการ | 159/64 |
| วันที่รับรอง | 9 ส.ค. 64 |
| วันหมดอายุ | 8 ส.ค. 65 |

AF 04-07

เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(สำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม)

ชื่อโครงการวิจัย การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ
เด็กของผู้ดูแล

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวกฤติยาดา เกื้อวงศ์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 80/836 ซอย 36 หมู่บ้านทิพย์ 1 หมู่ 5 ถนนเทพารักษ์ ตำบลบางเมืองใหม่ อำเภอเมือง จังหวัด
สมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์มือถือ 06-5691-5515... อีเมล gridiyada.k@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ ท่านสามารถสอบถามได้ หากถ้อยความใดไม่ชัดเจน หรือขอข้อมูลเพิ่มเติมได้

2. โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์และพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล และเสนอแนวทางการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยนี้คือ ได้กระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรที่ใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เข้ามาช่วยในการเสริมพลังให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถนำกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรที่ใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลไปเป็นแบบอย่างหรือนำไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรอื่น ได้หลักสูตรเสริมสร้างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่มีความเฉพาะและเหมาะกับชุมชน สามารถนำหลักสูตรดังกล่าวไปพัฒนาศึกษาต่อยอด หรือนำไปใช้อ้างอิงในบริบทของชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับชุมชนที่ทำการศึกษา เพื่อช่วยลดปัญหาทางสุขภาพและดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้เกี่ยวข้องที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กและได้ทักษะในการพัฒนาหลักสูตร ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 1 ปี จากเดือน มีนาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565

3. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กในชุมชนที่สนใจจะพัฒนาหลักสูตรฯ ในระยะการสำรวจข้อมูลเชิงคุณภาพ มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 15-20 คน

4. หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ และเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ประมาณ 6 ครั้ง

5. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและจากการทำงานวิจัยจะขออนุญาตเก็บรักษาไว้เพื่อศึกษาต่อและเป็นข้อมูลทางวิชาการที่มีค่า ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายการที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนได้ และจะดำเนินการทำลายข้อมูลตลอดจนข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับ

ท่านหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วภายใน 1 ปี

ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับบางคำถาม หรือไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอด
ขั้นก่อนเริ่มการพัฒนาหลักสูตรฯ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้



เลขที่โครงการ 159/64
ผู้วิจัย
วันหมดอายุ 8 ส.ค. 65

AF 04-07

เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

7. ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลของท่านจะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น

8. การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเป็นตัวอย่งวิจัย

9. หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ โปรดสอบถามเพิ่มเติม โดยติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยพิจารณาว่ายังสมัครใจจะมีส่วนร่วมในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ห้อง 114 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0 2218 3210-11 อีเมล curec2.ch1@chula.ac.th

ลงชื่อ กฤติญาดา เกื้องษ์
(นางสาวกฤติญาดา เกื้องษ์)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงมณี ไตรวิจิตรคุณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



| | |
|---------------|-----------|
| เลขที่โครงการ | 159/64 |
| วันที่รับรอง | 9 ส.ค. 64 |
| วันหมดอายุ | 8 ส.ค. 65 |

AF 05-07

หนังสือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
(สำหรับผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถาม)

สถานที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เลขที่ ตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ
เด็กของผู้ดูแล

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวกฤติญาดา เกื้อวงศ์

ที่อยู่ติดต่อ 80/836 ซอย 36 หมู่บ้านทิพวัล 1 หมู่ 5 ถนนเทพารักษ์ ตำบลบางเมืองใหม่ อำเภอเมือง จังหวัด
สมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์มือถือ 06-5691-5515... อีเมล gridiyada.k@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
รายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี
แล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดย
ข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม
ประมาณ 20 นาที ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ จำนวน 1 ครั้ง เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมใน
การวิจัยจะถูกทำลาย หลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วภายใน 1 ปี

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออก
จากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อทางลบใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อการทำงานหรือผลกระทบต่อ
ประเมิณผลงาน

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองและคำยืนยันว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามเอกสารข้อมูลซึ่งเป็นคำชี้แจงผู้มีส่วนร่วม
ในการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม
เท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์และ
ศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 1 ห้อง 114 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 218 3213-11 อีเมล ec2.ch1@chula.ac.th

วันที่รับรอง 9 ส.ค. 64

วันหมดอายุ 8 ส.ค. 65



AF 05-07

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน นอกจากนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลซึ่งเป็นคำชี้แจง
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ ภฤติญาดา เกื้อวงศ์
(นางสาวภฤติญาดา เกื้อวงศ์)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน



| | |
|---------------|-----------|
| เลขที่โครงการ | 159/64 |
| วันที่รับรอง | 9 ส.ค. 64 |
| วันหมดอายุ | 8 ส.ค. 65 |

AF 05-07

หนังสือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
(สำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม)

สถานที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เลขที่ ตัวอย่าง/ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ
เด็กของผู้ดูแล
ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวกฤติญาตา เกื้อวงศ์
ที่อยู่ติดต่อ 80/836 ซอย 36 หมู่บ้านทิพวัล 1 หมู่ 5 ถนนเทพารักษ์ ตำบลบางเมืองใหม่ อำเภอเมือง จังหวัด
สมุทรปราการ 10270
โทรศัพท์มือถือ 06-5691-5515... อีเมล gridiyada.k@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
รายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี
แล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย โดย
ข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยใช้เวลาในการตอบ
แบบสอบถามประมาณ 20 นาที ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ และเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วม
แบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ประมาณ 6 ครั้ง เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่
เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วภายใน 1 ปี

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออก
จากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็ผลกระทบต่อการทำงานหรือผลกระทบต่อ
ประเมิณผลงาน

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองและคำยืนยันว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามเอกสารข้อมูลซึ่งเป็นคำชี้แจงผู้เข้าร่วม
ในการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม
เท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมในการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์และ
ศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 1 ห้อง 114 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0 28 3210-11 อีเมล curec2.ch1@chula.ac.th

| | |
|--------------|-----------|
| วันที่รับรอง | 9 ส.ค. 64 |
| วันหมดอายุ | 8 ส.ค. 65 |



AF 05-07

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน นอกจากนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลซึ่งเป็นคำชี้แจง
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ กฤติญาดา เกื้องษ์

(นางสาวกฤติญาดา เกื้องษ์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



| | |
|---------------|-----------|
| เลขที่โครงการ | 159/64 |
| วันที่รับรอง | 9 ส.ค. 64 |
| วันหมดอายุ | 8 ส.ค. 65 |



ที่ อว ๖๔.๖/๔๘๗๔

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กทม. ๑๐๓๓๐

๗ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกฤติญาดา เกื้อวงศ์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา อยู่ในระหว่างการดำเนินงานวิทยานิพนธ์เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงมล ไตรวิจิตรคุณ และศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ว่องวานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

การนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์กับผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้ทำการเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชัย เสวกงาม)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

คณะครุศาสตร์ กลุ่มภารกิจบริการการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาและวิชาชีพ ฝ่ายวิชาการ
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย: ๐๖๕-๖๙๑๕๕๑๕ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ gridaya.k@gmail.com



ที่ อว ๖๔.๖/๔๘๖๕

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กทม. ๑๐๓๓๐

๗ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นชุมชนนាំร่อง

เรียน ชุมชนนាំร่องในการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

ด้วย นางสาวกฤติญาดา เกื้อวงศ์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา อยู่ในระหว่างการดำเนินงานวิทยานิพนธ์เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงมล ไตรวิจิตรคุณ และศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ว่องวานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

การนี้ นิสิตได้พิจารณาคัดเลือกชุมชนของท่านเป็นชุมชนนាំร่องในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลตามวัตถุประสงค์การวิจัย เนื่องจากเห็นถึงความสามารถและศักยภาพของผู้นำชุมชน ผู้บริหาร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่าน จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นิสิตเข้าดำเนินการตามรูปแบบวิธีการ และขั้นตอนการวิจัยในชุมชนของท่านในฐานะชุมชนนាំร่อง ซึ่งเป็นการดำเนินการร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่สมัครใจ เข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นชุมชนนាំร่องและเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชัย เสวกงาม)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

คณะครุศาสตร์ กลุ่มภารกิจบริการการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาและวิชาชีพ ฝ่ายวิชาการ
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย: ๐๖๕-๖๔๑๕๕๑๕ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ gridaya.k@gmail.com



แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

รายละเอียด แบบสอบถามฉบับนี้มี 2 ตอน โปรดทำเครื่องหมายให้ครบทุกขั้นตอน คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ

ตอน 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี 2) 21-30 ปี 3) 31-40 ปี
 4) 41-50 ปี 5) มากกว่า 50 ปี
3. ระดับการศึกษา 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี 2) ปริญญาตรี 3) สูงกว่าปริญญาตรี
4. ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็ก 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี 2) 6-10 ปี
 3) 11-15 ปี 4) มากกว่า 15 ปี
5. ปฏิบัติงานอยู่ที่จังหวัด _____
6. การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก 1) เคย 2) ไม่เคย

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

| ข้อที่ | ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องตามข้อรายนี้ในระดับใด | น้อยที่สุด | น้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด |
|--------|---|------------|------|---------|-----|-----------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | ฉันสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับวิธีการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดี | | | | | |
| 2. | ฉันสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กตามหลักโภชนาการได้ด้วยตนเอง | | | | | |
| 3. | ฉันสามารถเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กจากการบอกเล่าของผู้ปกครอง เพื่อทำความเข้าใจและปรับแนวทางการดูแลเด็กที่เหมาะสม | | | | | |
| 4. | ขณะที่เด็กอยู่ในความดูแลของฉัน หากได้รับอุบัติเหตุ ใด ๆ ฉันสามารถพาไปพบแพทย์ได้ตามความเหมาะสม | | | | | |
| 5. | ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเบื้องต้น เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโดยใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น ถามผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ | | | | | |
| 6. | ฉันสามารถเข้าใจรายละเอียดเทคนิควิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพเด็ก เพื่อให้ข้อมูลกับหน่วยงานสุขภาพตามที่ต้องการได้ | | | | | |

| ข้อที่ | ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องตามข้อรายนี้ในระดับใด | น้อยที่สุด 1 | น้อย 2 | ปานกลาง 3 | มาก 4 | มากที่สุด 5 |
|--------|--|-----------------|-----------|--------------|----------|----------------|
| 7. | ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้เด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอจากที่ผู้อื่นเขียนได้ | | | | | |
| 8. | ฉันฟังรู้เรื่องและเข้าใจในเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญบอกวิธีการสังเกตและกลยุทธ์ในการตอบสนองต่อเด็กที่เหมาะสม | | | | | |
| 9. | ฉันสามารถทำตามคู่มือด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงหรืออุบัติเหตุได้ถูกต้อง | | | | | |
| 10. | ทุกครั้งที่ฉันอ่านข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของเด็ก | | | | | |
| 11. | ฉันสามารถซักถามข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การบันทึกข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนสามารถรายงานปัญหาสุขภาพของเด็กได้ เพื่อไขข้อสงสัย | | | | | |
| 12. | ฉันมั่นใจว่าผู้ร่วมงานเข้าใจฉัน เมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยเกี่ยวกับการสังเกตการเลือกกรับประทานอาหารของเด็ก และการดูแลเด็กที่ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม | | | | | |
| 13. | ฉันสามารถสื่อสารให้ผู้ปกครองเรียนรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตพฤติกรรมเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามแต่ละบุคคล | | | | | |
| 14. | ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการจัดของใช้ และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการดูแลเด็กให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจได้ | | | | | |
| 15. | ฉันมั่นใจว่าเด็กเข้าใจในเนื้อหาและกิจกรรมที่ฉันสอน และปฏิบัติตามที่ฉันสื่อสารได้ | | | | | |
| 16. | ฉันมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ พร้อมทั้งจะดูแลสุขภาพเด็กได้ | | | | | |
| 17. | ฉันสามารถควบคุมการจัดอาหารให้กับเด็กได้ตามที่วางแผนไว้ | | | | | |
| 18. | เมื่อฉันเห็นเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ฉันมักพูดคุยกับเด็ก และอธิบายอย่างมีเหตุผลทันที | | | | | |
| 19. | เมื่อเด็กเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ฉันสามารถช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับเด็กได้ถูกต้อง ทันเวลา | | | | | |
| 20. | ฉันวางแผนสำหรับจัดกิจกรรมการเรียนการสอนทุกครั้ง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาให้กับเด็ก | | | | | |
| 21. | ฉันสามารถเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลเด็กเมื่อเกิดการ | | | | | |

| ข้อที่ | ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องตามข้อรายนี้ในระดับใด | น้อย ที่สุด 1 | น้อย 2 | ปาน กลาง 3 | มาก 4 | มาก ที่สุด 5 |
|--------|---|---------------------|-----------|------------------|----------|--------------------|
| | เจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง | | | | | |
| 22. | ฉันสามารถจัดเมนูอาหารสำหรับเด็กได้ถูกต้องตามหลักโภชนาการและคัดเมนูอาหารที่ไม่มีประโยชน์ออก | | | | | |
| 23. | เมื่อเด็กกระทำผิด ฉันจะวิเคราะห์ผลดีผลเสียก่อนที่จะตักเตือนเด็กทุกครั้ง | | | | | |
| 24. | เมื่อเด็กในความดูแลมีไข้ตัวร้อน ฉันสามารถประเมินเด็กได้ว่าควรเช็ดตัว ควรให้ยาลดไข้ หรือรีบพาไปพบแพทย์ | | | | | |
| 25. | ฉันสามารถเลือกกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับเด็กได้เหมาะสมและเกิดผลกระทบด้านลบน้อยที่สุด | | | | | |
| 26. | ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพเด็กให้แข็งแรงได้อย่างไร เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะเชื่อหรือปฏิบัติตาม | | | | | |
| 27. | เมื่อฉันได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กจากโทรทัศน์ ฉันตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีอื่นเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล | | | | | |
| 28. | ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่เหมาะสมจากแหล่งข้อมูลที่หลายเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเอง | | | | | |
| 29. | ฉันสามารถเลือกรับข้อมูลและติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นในเด็กจากสื่อได้ถูกต้อง เพื่อหาแนวทางป้องกันโรคระบาดกับเด็กที่อยู่ในความดูแล | | | | | |
| 30. | ฉันสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้เด็กสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสื่อต่าง ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อ | | | | | |

*** ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ให้ความกรุณาตอบแบบสำรวจ ***



คำสั่งการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha และ omega ด้วยโปรแกรม R

```
setwd("C:\\Users\\asus\\Desktop\\New folder\\")
install.packages("MBESS", dependencies = TRUE)
library(MBESS)
dat <- read.csv("coefficient345.csv",header=T)
```

```
head(dat)
acc<-select(dat,1:5)
kno<-select(dat,6:10)
com<-select(dat,11:15)
self<-select(dat,16:20)
dec<-select(dat,21:25)
med<-select(dat,26:30)
gh<-select(dat,1,6,11,16,21,26)
an<-select(dat,2,7,12,17,22,27)
rc<-select(dat,3,8,13,18,23,28)
ss<-select(dat,4,9,14,19,24,29)
el<-select(dat,5,10,15,20,25,30)
hcl<-select(dat,1:30)
```

```
ci.reliability(data=acc, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=acc, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=kno, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=kno, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=com, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=com, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=self, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=self, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=dec, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=dec, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=med, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=med, type='omega', interval.type='none')
```


ci.reliability(data=gh, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=gh, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=an, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=an, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=rc, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=rc, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=ss, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=ss, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=el, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=el, type='omega', interval.type='none')
ci.reliability(data=hcl, type='alpha', interval.type='none')
ci.reliability(data=hcl, type='omega', interval.type='none')



ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบพหุมิติของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ด้วยโปรแกรม Mplus

INPUT INSTRUCTIONS

TITLE: CFA MULTI HEALTHCARE LITERACY

DATA: FILE IS "C:\Users\Administrator.51GT6KEFTGIZQP\Downloads\HCL CFA.csv";

VARIABLE:

NAMES ARE item1-item30;

USEVARIABLES ARE item1-item30;

ANALYSIS:

ESTIMATOR IS MLR;

MODEL:

ACCESS by item1-item5;

KNOW by item6-item10;

COMMU by item11-item15;

SELFMA by item16-item20;

DECISION by item21-item25;

MEDIA by item26-item30;

GOODH by item1 item6 item11 item16 item21 item26;

ADEQUA by item2 item7 item12 item17 item22 item27;

RESPON by item3 item8 item13 item18 item23 item28;

SECURITY by item4 item9 item14 item19 item24 item29;

EARLY by item5 item10 item15 item20 item25 item30;

HL by ACCESS KNOW COMMU SELFMA DECISION MEDIA;

NC by GOODH* ADEQUA@1 RESPON SECURITY EARLY;

NC@0.38;

HL@0.15;

SELFMA@.05;

DECISION@.066;

MEDIA @.028;

ADEQUA@.025;

RESPON@.01;

SECURITY@.001;

ITEM22 WITH ITEM17;
ITEM28 WITH ITEM27;
ITEM2 WITH ITEM1;
ITEM26 WITH ITEM25;
ITEM30 WITH ITEM29;
ITEM27 WITH ITEM7;
ITEM9 WITH ITEM8;
ITEM25 WITH ITEM20;
ITEM16 WITH ITEM14;
ITEM21 WITH ITEM19;
ITEM23 WITH ITEM17;
ITEM11 WITH ITEM9;
ITEM6 WITH ITEM5;
ITEM22 WITH ITEM15;
ITEM26 WITH ITEM15;
ITEM20 WITH ITEM16;
ITEM27 WITH ITEM17;
ITEM27 WITH ITEM26;
ITEM17 WITH ITEM10;
ITEM30 WITH ITEM18;
ITEM30 WITH ITEM25;
ITEM29 WITH ITEM15;
ITEM26 WITH ITEM2;
ITEM28 WITH ITEM2;
ITEM23 WITH ITEM9;
ITEM30 WITH ITEM4;
ITEM30 WITH ITEM16;
ITEM23 WITH ITEM19;

OUTPUT: MOD(4) STDYX FSCOEFFICIENT;
INPUT READING TERMINATED NORMALLY
CFA MULTI HEALTHCARE LITERACY



SUMMARY OF ANALYSIS

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Number of groups | 1 |
| Number of observations | 345 |
| Number of dependent variables | 30 |
| Number of independent variables | 0 |
| Number of continuous latent variables | 13 |

Observed dependent variables

Continuous

| | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ITEM1 | ITEM2 | ITEM3 | ITEM4 | ITEM5 | ITEM6 |
| ITEM7 | ITEM8 | ITEM9 | ITEM10 | ITEM11 | ITEM12 |
| ITEM13 | ITEM14 | ITEM15 | ITEM16 | ITEM17 | ITEM18 |
| ITEM19 | ITEM20 | ITEM21 | ITEM22 | ITEM23 | ITEM24 |
| ITEM25 | ITEM26 | ITEM27 | ITEM28 | ITEM29 | ITEM30 |

Continuous latent variables

| | | | | | | |
|--------|--------|--------|----------|----------|-------|----|
| ACCESS | KNOW | COMMU | SELFMA | DECISION | MEDIA | |
| GOODH | ADEQUA | RESPON | SECURITY | EARLY | HL | NC |

Estimator

MLR

Information matrix

OBSERVED

Maximum number of iterations

1000

Convergence criterion

0.500D-04

Maximum number of steepest descent iterations

20

Input data file(s)

C:\Users\Administrator.51GT6KEFTGIZQP\Downloads\HCL CFA.csv

Input data format

FREE

THE MODEL ESTIMATION TERMINATED NORMALLY

MODEL FIT INFORMATION

Number of Free Parameters

152

Loglikelihood

| | |
|---|-----------|
| H0 Value | -7126.236 |
| H0 Scaling Correction Factor for MLR | 1.3955 |
| H1 Value | -6831.198 |
| H1 Scaling Correction Factor for MLR | 1.3448 |

Information Criteria

| | |
|--|-----------|
| Akaike (AIC) | 14556.473 |
| Bayesian (BIC) | 15140.692 |
| Sample-Size Adjusted BIC ($n^* = (n + 2) / 24$) | 14658.506 |

Chi-Square Test of Model Fit

| | |
|--------------------------------------|----------|
| Value | 446.233* |
| Degrees of Freedom | 343 |
| P-Value | 0.0001 |
| Scaling Correction Factor for MLR | 1.3223 |

* The chi-square value for MLM, MLMV, MLR, ULSMV, WLSM and WLSMV cannot be used for chi-square difference testing in the regular way. MLM, MLR and WLSM chi-square difference testing is described on the Mplus website. MLMV, WLSMV, and ULSMV difference testing is done using the DIFFTEST option.

RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)

| | |
|------------------------------|-------------|
| Estimate | 0.030 |
| 90 Percent C.I. | 0.021 0.037 |
| Probability RMSEA \leq .05 | 1.000 |

CFI/TLI

| | |
|-----|-------|
| CFI | 0.979 |
| TLI | 0.974 |

Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model

| | |
|--------------------|----------|
| Value | 5395.409 |
| Degrees of Freedom | 435 |
| P-Value | 0.0000 |

SRMR (Standardized Root Mean Square Residual)

| | |
|-------|-------|
| Value | 0.051 |
|-------|-------|

MODEL RESULTS

| | | Two-Tailed | | | |
|--------|--------|------------|-------|-----------|---------|
| | | Estimate | S.E. | Est./S.E. | P-Value |
| ACCESS | BY | | | | |
| | ITEM1 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| | ITEM2 | 0.999 | 0.132 | 7.558 | 0.000 |
| | ITEM3 | 1.121 | 0.171 | 6.570 | 0.000 |
| | ITEM4 | 1.110 | 0.117 | 9.527 | 0.000 |
| | ITEM5 | 1.087 | 0.119 | 9.098 | 0.000 |
| KNOW | BY | | | | |
| | ITEM6 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| | ITEM7 | 0.871 | 0.099 | 8.839 | 0.000 |
| | ITEM8 | 0.918 | 0.082 | 11.175 | 0.000 |
| | ITEM9 | 0.972 | 0.088 | 11.089 | 0.000 |
| | ITEM10 | 0.975 | 0.090 | 10.806 | 0.000 |
| COMMU | BY | | | | |
| | ITEM11 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| | ITEM12 | 1.210 | 0.179 | 6.768 | 0.000 |
| | ITEM13 | 1.139 | 0.140 | 8.147 | 0.000 |
| | ITEM14 | 1.182 | 0.156 | 7.579 | 0.000 |
| | ITEM15 | 0.944 | 0.131 | 7.189 | 0.000 |
| SELFMA | BY | | | | |
| | ITEM16 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |

| | | | | |
|-------------|-------|-------|---------|---------|
| ITEM17 | 0.878 | 0.088 | 9.926 | 0.000 |
| ITEM18 | 1.076 | 0.110 | 9.803 | 0.000 |
| ITEM19 | 0.836 | 0.074 | 11.295 | 0.000 |
| ITEM20 | 0.970 | 0.074 | 13.077 | 0.000 |
| DECISION BY | | | | |
| ITEM21 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| ITEM22 | 0.875 | 0.082 | 10.675 | 0.000 |
| ITEM23 | 0.845 | 0.065 | 12.908 | 0.000 |
| ITEM24 | 0.817 | 0.052 | 15.614 | 0.000 |
| ITEM25 | 0.790 | 0.070 | 11.337 | 0.000 |
| MEDIA BY | | | | |
| ITEM26 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| ITEM27 | 0.995 | 0.077 | 12.985 | 0.000 |
| ITEM28 | 1.194 | 0.090 | 13.231 | 0.000 |
| ITEM29 | 1.034 | 0.115 | 8.983 | 0.000 |
| ITEM30 | 1.174 | 0.126 | 9.315 | 0.000 |
| GOODH BY | | | | |
| ITEM1 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| ITEM6 | 1.058 | 0.098 | 10.847 | 0.000 |
| ITEM11 | 1.116 | 0.104 | 10.705 | 0.000 |
| ITEM16 | 0.989 | 0.129 | 7.661 | 0.000 |
| ITEM21 | 0.709 | 0.129 | 5.492 | 0.000 |
| ITEM26 | 0.936 | 0.130 | 7.195 | 0.000 |
| ADEQUA BY | | | | |
| ITEM2 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| ITEM7 | 1.050 | 0.079 | 13.350 | 0.000 |
| ITEM12 | 0.749 | 0.110 | 6.836 | 0.000 |
| ITEM17 | 0.853 | 0.118 | 7.227 | 0.000 |
| ITEM22 | 0.885 | 0.119 | 7.444 | 0.000 |

| | | | | |
|-------------|-------|-------|---------|---------|
| ITEM27 | 0.940 | 0.113 | 8.318 | 0.000 |
| RESPON BY | | | | |
| ITEM3 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| ITEM8 | 0.962 | 0.086 | 11.237 | 0.000 |
| ITEM13 | 0.942 | 0.086 | 10.904 | 0.000 |
| ITEM18 | 0.453 | 0.132 | 3.438 | 0.001 |
| ITEM23 | 0.570 | 0.112 | 5.097 | 0.000 |
| ITEM28 | 0.875 | 0.103 | 8.536 | 0.000 |
| SECURITY BY | | | | |
| ITEM4 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| ITEM9 | 1.565 | 0.272 | 5.749 | 0.000 |
| ITEM14 | 1.755 | 0.279 | 6.296 | 0.000 |
| ITEM19 | 0.924 | 0.177 | 5.212 | 0.000 |
| ITEM24 | 0.997 | 0.162 | 6.149 | 0.000 |
| ITEM29 | 1.191 | 0.212 | 5.630 | 0.000 |
| EARLY BY | | | | |
| ITEM5 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| ITEM10 | 1.230 | 0.135 | 9.127 | 0.000 |
| ITEM15 | 1.011 | 0.119 | 8.496 | 0.000 |
| ITEM20 | 0.950 | 0.137 | 6.924 | 0.000 |
| ITEM25 | 0.969 | 0.112 | 8.650 | 0.000 |
| ITEM30 | 0.984 | 0.136 | 7.236 | 0.000 |
| HL BY | | | | |
| ACCESS | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| KNOW | 1.368 | 0.136 | 10.043 | 0.000 |
| COMMU | 1.128 | 0.196 | 5.756 | 0.000 |
| SELFMA | 1.342 | 0.129 | 10.376 | 0.000 |
| DECISION | 1.526 | 0.101 | 15.040 | 0.000 |
| MEDIA | 1.288 | 0.159 | 8.089 | 0.000 |

| | | | | | |
|--------|----------|--------|-------|---------|---------|
| NC | BY | | | | |
| | GOODH | 0.916 | 0.083 | 11.054 | 0.000 |
| | ADEQUA | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| | RESPON | 1.041 | 0.080 | 13.036 | 0.000 |
| | SECURITY | 0.484 | 0.110 | 4.392 | 0.000 |
| | EARLY | 0.728 | 0.092 | 7.955 | 0.000 |
| NC | WITH | | | | |
| | HL | -0.129 | 0.017 | -7.790 | 0.000 |
| ITEM22 | WITH | | | | |
| | ITEM17 | 0.095 | 0.025 | 3.854 | 0.000 |
| | ITEM15 | -0.042 | 0.013 | -3.106 | 0.002 |
| ITEM28 | WITH | | | | |
| | ITEM27 | 0.081 | 0.017 | 4.815 | 0.000 |
| | ITEM2 | 0.036 | 0.012 | 2.999 | 0.003 |
| ITEM2 | WITH | | | | |
| | ITEM1 | 0.072 | 0.020 | 3.618 | 0.000 |
| ITEM26 | WITH | | | | |
| | ITEM25 | 0.033 | 0.011 | 2.895 | 0.004 |
| | ITEM15 | 0.032 | 0.011 | 2.898 | 0.004 |
| | ITEM2 | 0.029 | 0.012 | 2.515 | 0.012 |
| ITEM30 | WITH | | | | |
| | ITEM29 | 0.033 | 0.019 | 1.756 | 0.079 |
| | ITEM18 | -0.039 | 0.012 | -3.291 | 0.001 |
| | ITEM25 | 0.030 | 0.013 | 2.253 | 0.024 |
| | ITEM4 | -0.031 | 0.010 | -3.186 | 0.001 |
| | ITEM16 | -0.026 | 0.013 | -2.020 | 0.043 |

| | | | | |
|-------------|--------|-------|--------|-------|
| ITEM27 WITH | | | | |
| ITEM7 | -0.059 | 0.012 | -5.077 | 0.000 |
| ITEM17 | 0.034 | 0.018 | 1.915 | 0.055 |
| ITEM26 | 0.036 | 0.012 | 3.085 | 0.002 |
| ITEM9 WITH | | | | |
| ITEM8 | 0.048 | 0.015 | 3.233 | 0.001 |
| ITEM25 WITH | | | | |
| ITEM20 | 0.054 | 0.016 | 3.371 | 0.001 |
| ITEM16 WITH | | | | |
| ITEM14 | 0.043 | 0.016 | 2.704 | 0.007 |
| ITEM21 WITH | | | | |
| ITEM19 | 0.033 | 0.013 | 2.507 | 0.012 |
| ITEM23 WITH | | | | |
| ITEM17 | -0.036 | 0.015 | -2.400 | 0.016 |
| ITEM9 | -0.035 | 0.014 | -2.527 | 0.011 |
| ITEM19 | -0.020 | 0.014 | -1.503 | 0.133 |
| ITEM11 WITH | | | | |
| ITEM9 | 0.053 | 0.020 | 2.703 | 0.007 |
| ITEM6 WITH | | | | |
| ITEM5 | 0.036 | 0.014 | 2.533 | 0.011 |
| ITEM20 WITH | | | | |
| ITEM16 | 0.026 | 0.014 | 1.960 | 0.050 |
| ITEM17 WITH | | | | |
| ITEM10 | 0.041 | 0.017 | 2.480 | 0.013 |

ITEM29 WITH

| | | | | |
|--------|--------|-------|--------|-------|
| ITEM15 | -0.030 | 0.012 | -2.590 | 0.010 |
|--------|--------|-------|--------|-------|

Intercepts

| | | | | |
|--------|-------|-------|---------|-------|
| ITEM1 | 4.186 | 0.040 | 104.724 | 0.000 |
| ITEM2 | 4.284 | 0.037 | 115.355 | 0.000 |
| ITEM3 | 4.301 | 0.039 | 111.655 | 0.000 |
| ITEM4 | 4.548 | 0.032 | 141.208 | 0.000 |
| ITEM5 | 4.490 | 0.034 | 133.706 | 0.000 |
| ITEM6 | 4.241 | 0.038 | 111.220 | 0.000 |
| ITEM7 | 4.290 | 0.037 | 116.635 | 0.000 |
| ITEM8 | 4.171 | 0.037 | 111.383 | 0.000 |
| ITEM9 | 4.212 | 0.036 | 115.758 | 0.000 |
| ITEM10 | 4.168 | 0.038 | 110.209 | 0.000 |
| ITEM11 | 4.087 | 0.042 | 97.909 | 0.000 |
| ITEM12 | 4.249 | 0.036 | 116.422 | 0.000 |
| ITEM13 | 4.272 | 0.038 | 112.265 | 0.000 |
| ITEM14 | 4.235 | 0.036 | 117.737 | 0.000 |
| ITEM15 | 4.200 | 0.034 | 123.706 | 0.000 |
| ITEM16 | 4.200 | 0.036 | 117.840 | 0.000 |
| ITEM17 | 4.116 | 0.042 | 99.090 | 0.000 |
| ITEM18 | 4.400 | 0.035 | 124.443 | 0.000 |
| ITEM19 | 4.536 | 0.030 | 150.734 | 0.000 |
| ITEM20 | 4.383 | 0.036 | 120.481 | 0.000 |
| ITEM21 | 4.333 | 0.034 | 126.957 | 0.000 |
| ITEM22 | 4.194 | 0.040 | 104.431 | 0.000 |
| ITEM23 | 4.328 | 0.034 | 128.029 | 0.000 |
| ITEM24 | 4.475 | 0.033 | 135.397 | 0.000 |
| ITEM25 | 4.299 | 0.034 | 125.225 | 0.000 |
| ITEM26 | 4.194 | 0.035 | 119.759 | 0.000 |
| ITEM27 | 4.133 | 0.038 | 107.530 | 0.000 |
| ITEM28 | 4.148 | 0.041 | 102.355 | 0.000 |
| ITEM29 | 4.423 | 0.034 | 130.750 | 0.000 |

| | | | | |
|--------------------|-------|-------|---------|---------|
| ITEM30 | 4.267 | 0.035 | 120.403 | 0.000 |
| Variances | | | | |
| HL | 0.150 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| NC | 0.380 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| Residual Variances | | | | |
| ITEM1 | 0.300 | 0.036 | 8.333 | 0.000 |
| ITEM2 | 0.209 | 0.025 | 8.203 | 0.000 |
| ITEM3 | 0.194 | 0.024 | 8.225 | 0.000 |
| ITEM4 | 0.196 | 0.031 | 6.392 | 0.000 |
| ITEM5 | 0.193 | 0.020 | 9.480 | 0.000 |
| ITEM6 | 0.186 | 0.021 | 8.669 | 0.000 |
| ITEM7 | 0.123 | 0.016 | 7.476 | 0.000 |
| ITEM8 | 0.170 | 0.020 | 8.676 | 0.000 |
| ITEM9 | 0.209 | 0.027 | 7.804 | 0.000 |
| ITEM10 | 0.211 | 0.031 | 6.755 | 0.000 |
| ITEM11 | 0.283 | 0.035 | 8.130 | 0.000 |
| ITEM12 | 0.181 | 0.035 | 5.187 | 0.000 |
| ITEM13 | 0.173 | 0.018 | 9.648 | 0.000 |
| ITEM14 | 0.167 | 0.022 | 7.700 | 0.000 |
| ITEM15 | 0.199 | 0.018 | 11.258 | 0.000 |
| ITEM16 | 0.185 | 0.024 | 7.728 | 0.000 |
| ITEM17 | 0.317 | 0.043 | 7.376 | 0.000 |
| ITEM18 | 0.154 | 0.024 | 6.400 | 0.000 |
| ITEM19 | 0.150 | 0.018 | 8.356 | 0.000 |
| ITEM20 | 0.209 | 0.025 | 8.513 | 0.000 |
| ITEM21 | 0.137 | 0.018 | 7.587 | 0.000 |
| ITEM22 | 0.237 | 0.028 | 8.389 | 0.000 |
| ITEM23 | 0.169 | 0.019 | 8.801 | 0.000 |
| ITEM24 | 0.172 | 0.019 | 9.236 | 0.000 |
| ITEM25 | 0.171 | 0.040 | 4.244 | 0.000 |
| ITEM26 | 0.139 | 0.015 | 9.484 | 0.000 |

| | | | | |
|----------|-------|-------|---------|---------|
| ITEM27 | 0.187 | 0.023 | 8.112 | 0.000 |
| ITEM28 | 0.213 | 0.039 | 5.467 | 0.000 |
| ITEM29 | 0.163 | 0.021 | 7.864 | 0.000 |
| ITEM30 | 0.120 | 0.026 | 4.564 | 0.000 |
| ACCESS | 0.021 | 0.007 | 2.976 | 0.003 |
| KNOW | 0.017 | 0.010 | 1.697 | 0.090 |
| COMMU | 0.024 | 0.007 | 3.708 | 0.000 |
| SELFMA | 0.050 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| DECISION | 0.066 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| MEDIA | 0.028 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| GOODH | 0.006 | 0.004 | 1.263 | 0.207 |
| ADEQUA | 0.025 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| RESPON | 0.010 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SECURITY | 0.001 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| EARLY | 0.001 | 0.004 | 0.136 | 0.892 |

STANDARDIZED MODEL RESULTS

STDYX Standardization

| | | Two-Tailed | | | |
|--------|--------|------------|-------|-----------|---------|
| | | Estimate | S.E. | Est./S.E. | P-Value |
| ACCESS | BY | | | | |
| | ITEM1 | 0.552 | 0.026 | 20.866 | 0.000 |
| | ITEM2 | 0.569 | 0.075 | 7.580 | 0.000 |
| | ITEM3 | 0.636 | 0.092 | 6.933 | 0.000 |
| | ITEM4 | 0.766 | 0.075 | 10.232 | 0.000 |
| | ITEM5 | 0.716 | 0.073 | 9.880 | 0.000 |
| KNOW | BY | | | | |
| | ITEM6 | 0.767 | 0.072 | 10.608 | 0.000 |
| | ITEM7 | 0.691 | 0.106 | 6.544 | 0.000 |
| | ITEM8 | 0.717 | 0.083 | 8.619 | 0.000 |
| | ITEM9 | 0.789 | 0.068 | 11.670 | 0.000 |
| | ITEM10 | 0.758 | 0.078 | 9.738 | 0.000 |

COMMU BY

| | | | | |
|--------|-------|-------|--------|-------|
| ITEM11 | 0.596 | 0.099 | 6.035 | 0.000 |
| ITEM12 | 0.827 | 0.065 | 12.726 | 0.000 |
| ITEM13 | 0.745 | 0.096 | 7.776 | 0.000 |
| ITEM14 | 0.814 | 0.072 | 11.353 | 0.000 |
| ITEM15 | 0.696 | 0.088 | 7.930 | 0.000 |

SELFMA BY

| | | | | |
|--------|-------|-------|--------|-------|
| ITEM16 | 0.792 | 0.067 | 11.785 | 0.000 |
| ITEM17 | 0.641 | 0.084 | 7.596 | 0.000 |
| ITEM18 | 0.922 | 0.053 | 17.398 | 0.000 |
| ITEM19 | 0.834 | 0.050 | 16.670 | 0.000 |
| ITEM20 | 0.808 | 0.065 | 12.454 | 0.000 |

DECISION BY

| | | | | |
|--------|-------|-------|--------|-------|
| ITEM21 | 0.950 | 0.048 | 19.932 | 0.000 |
| ITEM22 | 0.748 | 0.084 | 8.923 | 0.000 |
| ITEM23 | 0.854 | 0.066 | 12.878 | 0.000 |
| ITEM24 | 0.850 | 0.053 | 16.083 | 0.000 |
| ITEM25 | 0.804 | 0.084 | 9.526 | 0.000 |

MEDIA BY

| | | | | |
|--------|-------|-------|--------|-------|
| ITEM26 | 0.816 | 0.092 | 8.910 | 0.000 |
| ITEM27 | 0.734 | 0.089 | 8.274 | 0.000 |
| ITEM28 | 0.832 | 0.078 | 10.695 | 0.000 |
| ITEM29 | 0.872 | 0.061 | 14.327 | 0.000 |
| ITEM30 | 0.955 | 0.072 | 13.170 | 0.000 |

GOODH BY

| | | | | |
|--------|-------|-------|--------|-------|
| ITEM1 | 0.762 | 0.058 | 13.170 | 0.000 |
| ITEM6 | 0.847 | 0.079 | 10.717 | 0.000 |
| ITEM11 | 0.817 | 0.063 | 12.955 | 0.000 |
| ITEM16 | 0.788 | 0.087 | 9.056 | 0.000 |

| | | | | |
|-------------|-------|-------|--------|-------|
| ITEM21 | 0.595 | 0.120 | 4.950 | 0.000 |
| ITEM26 | 0.826 | 0.095 | 8.686 | 0.000 |
| ADEQUA BY | | | | |
| ITEM2 | 0.877 | 0.029 | 30.634 | 0.000 |
| ITEM7 | 0.971 | 0.070 | 13.840 | 0.000 |
| ITEM12 | 0.703 | 0.109 | 6.474 | 0.000 |
| ITEM17 | 0.701 | 0.088 | 8.014 | 0.000 |
| ITEM22 | 0.747 | 0.091 | 8.178 | 0.000 |
| ITEM27 | 0.838 | 0.093 | 9.056 | 0.000 |
| RESPON BY | | | | |
| ITEM3 | 0.892 | 0.065 | 13.782 | 0.000 |
| ITEM8 | 0.895 | 0.080 | 11.245 | 0.000 |
| ITEM13 | 0.863 | 0.096 | 8.979 | 0.000 |
| ITEM18 | 0.446 | 0.142 | 3.134 | 0.002 |
| ITEM23 | 0.581 | 0.130 | 4.454 | 0.000 |
| ITEM28 | 0.753 | 0.101 | 7.420 | 0.000 |
| SECURITY BY | | | | |
| ITEM4 | 0.501 | 0.112 | 4.469 | 0.000 |
| ITEM9 | 0.699 | 0.090 | 7.728 | 0.000 |
| ITEM14 | 0.782 | 0.102 | 7.677 | 0.000 |
| ITEM19 | 0.489 | 0.130 | 3.757 | 0.000 |
| ITEM24 | 0.483 | 0.124 | 3.901 | 0.000 |
| ITEM29 | 0.572 | 0.120 | 4.752 | 0.000 |
| EARLY BY | | | | |
| ITEM5 | 0.717 | 0.086 | 8.368 | 0.000 |
| ITEM10 | 0.788 | 0.091 | 8.694 | 0.000 |
| ITEM15 | 0.723 | 0.093 | 7.752 | 0.000 |
| ITEM20 | 0.629 | 0.114 | 5.519 | 0.000 |
| ITEM25 | 0.687 | 0.112 | 6.161 | 0.000 |

| | | | | |
|-------------|--------|-------|---------|---------|
| ITEM30 | 0.683 | 0.121 | 5.655 | 0.000 |
| HL BY | | | | |
| ACCESS | 0.938 | 0.019 | 49.345 | 0.000 |
| KNOW | 0.971 | 0.017 | 56.384 | 0.000 |
| COMMU | 0.942 | 0.019 | 49.998 | 0.000 |
| SELFMA | 0.919 | 0.014 | 66.446 | 0.000 |
| DECISION | 0.917 | 0.010 | 94.654 | 0.000 |
| MEDIA | 0.948 | 0.012 | 80.016 | 0.000 |
| NC BY | | | | |
| GOODH | 0.991 | 0.007 | 147.831 | 0.000 |
| ADEQUA | 0.969 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| RESPON | 0.988 | 0.002 | 549.927 | 0.000 |
| SECURITY | 0.994 | 0.003 | 395.588 | 0.000 |
| EARLY | 0.999 | 0.011 | 93.883 | 0.000 |
| NC WITH | | | | |
| HL | -0.539 | 0.069 | -7.790 | 0.000 |
| ITEM22 WITH | | | | |
| ITEM17 | 0.345 | 0.069 | 5.005 | 0.000 |
| ITEM15 | -0.192 | 0.056 | -3.401 | 0.001 |
| ITEM28 WITH | | | | |
| ITEM27 | 0.405 | 0.063 | 6.483 | 0.000 |
| ITEM2 | 0.173 | 0.063 | 2.740 | 0.006 |
| ITEM2 WITH | | | | |
| ITEM1 | 0.288 | 0.067 | 4.271 | 0.000 |
| ITEM26 WITH | | | | |
| ITEM25 | 0.215 | 0.064 | 3.380 | 0.001 |

| | | | | |
|-------------|--------|-------|--------|-------|
| ITEM15 | 0.193 | 0.062 | 3.097 | 0.002 |
| ITEM2 | 0.170 | 0.064 | 2.650 | 0.008 |
| ITEM30 WITH | | | | |
| ITEM29 | 0.232 | 0.107 | 2.171 | 0.030 |
| ITEM18 | -0.284 | 0.102 | -2.794 | 0.005 |
| ITEM25 | 0.206 | 0.083 | 2.477 | 0.013 |
| ITEM4 | -0.199 | 0.072 | -2.771 | 0.006 |
| ITEM16 | -0.173 | 0.078 | -2.220 | 0.026 |
| ITEM27 WITH | | | | |
| ITEM7 | -0.389 | 0.082 | -4.753 | 0.000 |
| ITEM17 | 0.141 | 0.066 | 2.152 | 0.031 |
| ITEM26 | 0.226 | 0.063 | 3.555 | 0.000 |
| ITEM9 WITH | | | | |
| ITEM8 | 0.256 | 0.067 | 3.798 | 0.000 |
| ITEM25 WITH | | | | |
| ITEM20 | 0.287 | 0.068 | 4.240 | 0.000 |
| ITEM16 WITH | | | | |
| ITEM14 | 0.242 | 0.079 | 3.055 | 0.002 |
| ITEM21 WITH | | | | |
| ITEM19 | 0.231 | 0.082 | 2.801 | 0.005 |
| ITEM23 WITH | | | | |
| ITEM17 | -0.155 | 0.064 | -2.428 | 0.015 |
| ITEM9 | -0.187 | 0.068 | -2.737 | 0.006 |
| ITEM19 | -0.129 | 0.083 | -1.548 | 0.122 |
| ITEM11 WITH | | | | |
| ITEM9 | 0.219 | 0.074 | 2.962 | 0.003 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|-------|--------|-------|
| ITEM6 WITH ITEM5 | 0.188 | 0.072 | 2.629 | 0.009 |
| ITEM20 WITH ITEM16 | 0.134 | 0.064 | 2.111 | 0.035 |
| ITEM17 WITH ITEM10 | 0.160 | 0.065 | 2.440 | 0.015 |
| ITEM29 WITH ITEM15 | -0.167 | 0.061 | -2.734 | 0.006 |
| Intercepts | | | | |
| ITEM1 | 5.599 | 0.279 | 20.090 | 0.000 |
| ITEM2 | 5.902 | 0.219 | 27.004 | 0.000 |
| ITEM3 | 5.907 | 0.232 | 25.441 | 0.000 |
| ITEM4 | 7.599 | 0.358 | 21.243 | 0.000 |
| ITEM5 | 7.167 | 0.286 | 25.091 | 0.000 |
| ITEM6 | 5.966 | 0.221 | 27.000 | 0.000 |
| ITEM7 | 6.231 | 0.207 | 30.069 | 0.000 |
| ITEM8 | 5.973 | 0.201 | 29.692 | 0.000 |
| ITEM9 | 6.267 | 0.251 | 25.001 | 0.000 |
| ITEM10 | 5.939 | 0.200 | 29.627 | 0.000 |
| ITEM11 | 5.253 | 0.218 | 24.053 | 0.000 |
| ITEM12 | 6.267 | 0.310 | 20.242 | 0.000 |
| ITEM13 | 6.031 | 0.230 | 26.167 | 0.000 |
| ITEM14 | 6.289 | 0.229 | 27.457 | 0.000 |
| ITEM15 | 6.678 | 0.229 | 29.144 | 0.000 |
| ITEM16 | 5.880 | 0.185 | 31.712 | 0.000 |
| ITEM17 | 5.315 | 0.268 | 19.815 | 0.000 |
| ITEM18 | 6.665 | 0.291 | 22.907 | 0.000 |
| ITEM19 | 8.002 | 0.297 | 26.953 | 0.000 |

| | | | | |
|--------------------|-------|-------|---------|---------|
| ITEM20 | 6.452 | 0.357 | 18.054 | 0.000 |
| ITEM21 | 6.387 | 0.202 | 31.564 | 0.000 |
| ITEM22 | 5.563 | 0.228 | 24.399 | 0.000 |
| ITEM23 | 6.791 | 0.240 | 28.297 | 0.000 |
| ITEM24 | 7.223 | 0.280 | 25.836 | 0.000 |
| ITEM25 | 6.788 | 0.347 | 19.551 | 0.000 |
| ITEM26 | 6.503 | 0.248 | 26.183 | 0.000 |
| ITEM27 | 5.794 | 0.213 | 27.147 | 0.000 |
| ITEM28 | 5.493 | 0.232 | 23.644 | 0.000 |
| ITEM29 | 7.084 | 0.263 | 26.954 | 0.000 |
| ITEM30 | 6.593 | 0.251 | 26.221 | 0.000 |
| Variances | | | | |
| HL | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| NC | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| Residual Variances | | | | |
| ITEM1 | 0.536 | 0.055 | 9.821 | 0.000 |
| ITEM2 | 0.396 | 0.043 | 9.176 | 0.000 |
| ITEM3 | 0.366 | 0.046 | 7.967 | 0.000 |
| ITEM4 | 0.548 | 0.069 | 7.954 | 0.000 |
| ITEM5 | 0.490 | 0.047 | 10.355 | 0.000 |
| ITEM6 | 0.368 | 0.041 | 8.909 | 0.000 |
| ITEM7 | 0.260 | 0.037 | 7.112 | 0.000 |
| ITEM8 | 0.349 | 0.039 | 8.932 | 0.000 |
| ITEM9 | 0.463 | 0.051 | 9.056 | 0.000 |
| ITEM10 | 0.429 | 0.056 | 7.634 | 0.000 |
| ITEM11 | 0.468 | 0.049 | 9.499 | 0.000 |
| ITEM12 | 0.393 | 0.060 | 6.539 | 0.000 |
| ITEM13 | 0.344 | 0.039 | 8.774 | 0.000 |
| ITEM14 | 0.368 | 0.044 | 8.341 | 0.000 |
| ITEM15 | 0.503 | 0.045 | 11.102 | 0.000 |
| ITEM16 | 0.364 | 0.041 | 8.948 | 0.000 |

| | | | | |
|----------|-------|-------|---------|---------|
| ITEM17 | 0.528 | 0.051 | 10.374 | 0.000 |
| ITEM18 | 0.352 | 0.053 | 6.602 | 0.000 |
| ITEM19 | 0.466 | 0.051 | 9.139 | 0.000 |
| ITEM20 | 0.454 | 0.047 | 9.620 | 0.000 |
| ITEM21 | 0.297 | 0.036 | 8.173 | 0.000 |
| ITEM22 | 0.418 | 0.043 | 9.719 | 0.000 |
| ITEM23 | 0.417 | 0.048 | 8.638 | 0.000 |
| ITEM24 | 0.448 | 0.047 | 9.524 | 0.000 |
| ITEM25 | 0.426 | 0.075 | 5.682 | 0.000 |
| ITEM26 | 0.334 | 0.038 | 8.790 | 0.000 |
| ITEM27 | 0.367 | 0.048 | 7.692 | 0.000 |
| ITEM28 | 0.373 | 0.056 | 6.720 | 0.000 |
| ITEM29 | 0.419 | 0.055 | 7.615 | 0.000 |
| ITEM30 | 0.287 | 0.062 | 4.633 | 0.000 |
| ACCESS | 0.121 | 0.036 | 3.385 | 0.001 |
| KNOW | 0.056 | 0.033 | 1.681 | 0.093 |
| COMMU | 0.112 | 0.036 | 3.163 | 0.002 |
| SELFMA | 0.156 | 0.025 | 6.148 | 0.000 |
| DECISION | 0.159 | 0.018 | 8.940 | 0.000 |
| MEDIA | 0.101 | 0.022 | 4.500 | 0.000 |
| GOODH | 0.017 | 0.013 | 1.294 | 0.196 |
| ADEQUA | 0.062 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| RESPON | 0.024 | 0.004 | 6.676 | 0.000 |
| SECURITY | 0.011 | 0.005 | 2.221 | 0.026 |
| EARLY | 0.003 | 0.021 | 0.136 | 0.891 |

R-SQUARE

| Variable | Two-Tailed | | | |
|----------|------------|----------|--------|-----------|
| | Observed | Estimate | S.E. | Est./S.E. |
| ITEM1 | 0.464 | 0.055 | 8.501 | 0.000 |
| ITEM2 | 0.604 | 0.043 | 14.006 | 0.000 |
| ITEM3 | 0.634 | 0.046 | 13.795 | 0.000 |
| ITEM4 | 0.452 | 0.069 | 6.570 | 0.000 |

| | | | | |
|--------|-------|-------|--------|-------|
| ITEM5 | 0.510 | 0.047 | 10.757 | 0.000 |
| ITEM6 | 0.632 | 0.041 | 15.324 | 0.000 |
| ITEM7 | 0.740 | 0.037 | 20.239 | 0.000 |
| ITEM8 | 0.651 | 0.039 | 16.663 | 0.000 |
| ITEM9 | 0.537 | 0.051 | 10.514 | 0.000 |
| ITEM10 | 0.571 | 0.056 | 10.174 | 0.000 |
| ITEM11 | 0.532 | 0.049 | 10.809 | 0.000 |
| ITEM12 | 0.607 | 0.060 | 10.109 | 0.000 |
| ITEM13 | 0.656 | 0.039 | 16.705 | 0.000 |
| ITEM14 | 0.632 | 0.044 | 14.300 | 0.000 |
| ITEM15 | 0.497 | 0.045 | 10.962 | 0.000 |
| ITEM16 | 0.636 | 0.041 | 15.667 | 0.000 |
| ITEM17 | 0.472 | 0.051 | 9.277 | 0.000 |
| ITEM18 | 0.648 | 0.053 | 12.129 | 0.000 |
| ITEM19 | 0.534 | 0.051 | 10.457 | 0.000 |
| ITEM20 | 0.546 | 0.047 | 11.568 | 0.000 |
| ITEM21 | 0.703 | 0.036 | 19.343 | 0.000 |
| ITEM22 | 0.582 | 0.043 | 13.558 | 0.000 |
| ITEM23 | 0.583 | 0.048 | 12.063 | 0.000 |
| ITEM24 | 0.552 | 0.047 | 11.744 | 0.000 |
| ITEM25 | 0.574 | 0.075 | 7.642 | 0.000 |
| ITEM26 | 0.666 | 0.038 | 17.519 | 0.000 |
| ITEM27 | 0.633 | 0.048 | 13.252 | 0.000 |
| ITEM28 | 0.627 | 0.056 | 11.292 | 0.000 |
| ITEM29 | 0.581 | 0.055 | 10.555 | 0.000 |
| ITEM30 | 0.713 | 0.062 | 11.513 | 0.000 |

| Latent Variable | Estimate | S.E. | Two-Tailed Est./S.E. | P-Value |
|-----------------|----------|-------|----------------------|---------|
| ACCESS | 0.879 | 0.036 | 24.672 | 0.000 |
| KNOW | 0.944 | 0.033 | 28.192 | 0.000 |
| COMMU | 0.888 | 0.036 | 24.999 | 0.000 |
| SELFMA | 0.844 | 0.025 | 33.223 | 0.000 |

| | | | | |
|----------|-------|-------|---------|---------|
| DECISION | 0.841 | 0.018 | 47.327 | 0.000 |
| MEDIA | 0.899 | 0.022 | 40.008 | 0.000 |
| GOODH | 0.983 | 0.013 | 73.916 | 0.000 |
| ADEQUA | 0.938 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| RESPON | 0.976 | 0.004 | 274.964 | 0.000 |
| SECURITY | 0.989 | 0.005 | 197.794 | 0.000 |
| EARLY | 0.997 | 0.021 | 46.941 | 0.000 |

QUALITY OF NUMERICAL RESULTS

Condition Number for the Information Matrix 0.574E-04
(ratio of smallest to largest eigenvalue)

MODEL MODIFICATION INDICES

NOTE: Modification indices for direct effects of observed dependent variables regressed on covariates may not be included. To include these, request MODINDICES (ALL).

Minimum M.I. value for printing the modification index 4.000

| | M.I. | E.P.C. | Std E.P.C. | StdYX | E.P.C. |
|------------------|--------|--------|------------|--------|--------|
| BY Statements | | | | | |
| ACCESS BY ITEM14 | 5.505 | -0.601 | -0.248 | -0.369 | |
| ACCESS BY ITEM16 | 13.835 | -0.648 | -0.267 | -0.374 | |
| ACCESS BY ITEM18 | 7.689 | 0.650 | 0.268 | 0.406 | |
| ACCESS BY ITEM21 | 7.181 | -0.442 | -0.182 | -0.269 | |
| ACCESS BY ITEM25 | 5.348 | 0.473 | 0.195 | 0.308 | |
| KNOW BY ITEM1 | 5.717 | 0.395 | 0.215 | 0.288 | |
| KNOW BY ITEM11 | 6.665 | 0.750 | 0.409 | 0.526 | |
| KNOW BY ITEM16 | 17.191 | -0.575 | -0.314 | -0.439 | |
| KNOW BY ITEM18 | 4.799 | 0.440 | 0.240 | 0.364 | |
| KNOW BY ITEM21 | 8.631 | -0.391 | -0.213 | -0.315 | |
| COMMU BY ITEM10 | 6.063 | 0.672 | 0.311 | 0.444 | |
| COMMU BY ITEM16 | 9.845 | -0.482 | -0.224 | -0.313 | |
| COMMU BY ITEM17 | 7.974 | 0.609 | 0.283 | 0.365 | |

| | | | | | |
|----------|-----------|--------|--------|--------|--------|
| COMMU | BY ITEM20 | 4.942 | 0.448 | 0.208 | 0.306 |
| COMMU | BY ITEM21 | 6.475 | -0.362 | -0.168 | -0.247 |
| COMMU | BY ITEM23 | 4.873 | 0.378 | 0.175 | 0.275 |
| COMMU | BY ITEM25 | 7.608 | 0.466 | 0.216 | 0.341 |
| COMMU | BY ITEM28 | 5.296 | -0.500 | -0.232 | -0.307 |
| SELFMA | BY ITEM16 | 26.951 | -0.607 | -0.343 | -0.481 |
| SELFMA | BY ITEM23 | 4.793 | 0.265 | 0.150 | 0.235 |
| SELFMA | BY ITEM25 | 7.434 | 0.317 | 0.179 | 0.283 |
| DECISION | BY ITEM11 | 4.606 | 0.331 | 0.213 | 0.274 |
| DECISION | BY ITEM16 | 10.106 | -0.305 | -0.197 | -0.275 |
| DECISION | BY ITEM18 | 4.709 | 0.249 | 0.160 | 0.243 |
| DECISION | BY ITEM19 | 6.923 | 0.275 | 0.177 | 0.312 |
| DECISION | BY ITEM20 | 4.465 | 0.243 | 0.156 | 0.230 |
| DECISION | BY ITEM21 | 25.173 | -0.503 | -0.324 | -0.478 |
| DECISION | BY ITEM26 | 12.534 | 0.354 | 0.228 | 0.354 |
| MEDIA | BY ITEM14 | 5.050 | -0.442 | -0.233 | -0.345 |
| MEDIA | BY ITEM16 | 9.829 | -0.418 | -0.220 | -0.308 |
| MEDIA | BY ITEM21 | 7.201 | -0.331 | -0.174 | -0.256 |
| MEDIA | BY ITEM23 | 4.710 | 0.305 | 0.161 | 0.252 |
| MEDIA | BY ITEM25 | 6.866 | 0.411 | 0.216 | 0.341 |
| GOODH | BY ITEM2 | 6.098 | -0.309 | -0.176 | -0.243 |
| GOODH | BY ITEM3 | 4.740 | -0.908 | -0.517 | -0.710 |
| GOODH | BY ITEM8 | 4.124 | 1.272 | 0.724 | 1.037 |
| GOODH | BY ITEM12 | 5.264 | 0.763 | 0.435 | 0.641 |
| GOODH | BY ITEM25 | 8.086 | -3.187 | -1.815 | -2.866 |
| ADEQUA | BY ITEM2 | 6.871 | -0.272 | -0.173 | -0.238 |
| ADEQUA | BY ITEM11 | 7.195 | 0.905 | 0.576 | 0.740 |
| ADEQUA | BY ITEM28 | 4.032 | 0.644 | 0.410 | 0.542 |
| RESPON | BY ITEM2 | 6.901 | -0.289 | -0.188 | -0.258 |
| RESPON | BY ITEM7 | 4.032 | 0.597 | 0.388 | 0.563 |
| RESPON | BY ITEM12 | 5.285 | 0.642 | 0.417 | 0.615 |
| SECURITY | BY ITEM2 | 6.444 | -0.609 | -0.183 | -0.252 |
| SECURITY | BY ITEM3 | 4.630 | -1.780 | -0.534 | -0.734 |

| | | | | |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| SECURITY BY ITEM12 | 5.271 | 1.724 | 0.517 | 0.763 |
| EARLY BY ITEM2 | 6.345 | -0.401 | -0.180 | -0.248 |
| EARLY BY ITEM3 | 4.711 | -1.198 | -0.539 | -0.740 |
| EARLY BY ITEM12 | 5.358 | 1.149 | 0.516 | 0.762 |
| EARLY BY ITEM21 | 7.004 | -3.920 | -1.762 | -2.597 |
| HL BY ITEM10 | 6.823 | 2.386 | 0.924 | 1.316 |
| HL BY ITEM11 | 5.921 | 1.193 | 0.462 | 0.594 |
| HL BY ITEM16 | 17.706 | -0.836 | -0.324 | -0.453 |
| HL BY ITEM21 | 10.853 | -0.635 | -0.246 | -0.363 |
| HL BY ITEM23 | 5.056 | 0.604 | 0.234 | 0.367 |
| HL BY ITEM25 | 7.787 | 0.774 | 0.300 | 0.473 |
| NC BY ITEM2 | 6.425 | -0.294 | -0.181 | -0.250 |
| NC BY ITEM3 | 4.449 | -0.847 | -0.522 | -0.717 |
| NC BY ITEM12 | 5.454 | 0.849 | 0.523 | 0.772 |
| NC BY ITEM21 | 6.618 | -2.931 | -1.807 | -2.663 |

ON/BY Statements

| | | | | |
|----------------------|-------|--------|--------|--------|
| ACCESS ON KNOW / | | | | |
| KNOW BY ACCESS | 4.702 | 0.366 | 0.484 | 0.484 |
| ACCESS ON GOODH / | | | | |
| GOODH BY ACCESS | 9.167 | -0.331 | -0.456 | -0.456 |
| ACCESS ON ADEQUA / | | | | |
| ADEQUA BY ACCESS | 6.072 | -0.219 | -0.338 | -0.338 |
| ACCESS ON RESPON / | | | | |
| RESPON BY ACCESS | 7.199 | -0.256 | -0.402 | -0.402 |
| ACCESS ON SECURITY / | | | | |
| SECURITY BY ACCESS | 9.349 | -0.647 | -0.470 | -0.470 |
| ACCESS ON EARLY / | | | | |
| EARLY BY ACCESS | 8.958 | -0.422 | -0.459 | -0.459 |
| ACCESS ON NC / | | | | |
| NC BY ACCESS | 8.941 | -0.307 | -0.458 | -0.458 |
| KNOW ON GOODH / | | | | |
| GOODH BY KNOW | 7.438 | 0.971 | 1.014 | 1.014 |

| | | | | | | |
|----------|-------------|---|--------|--------|--------|--------|
| COMMU | ON SELFMA | / | | | | |
| SELFMA | BY COMMU | | 8.457 | 0.322 | 0.393 | 0.393 |
| COMMU | ON MEDIA | / | | | | |
| MEDIA | BY COMMU | | 20.474 | -0.756 | -0.858 | -0.858 |
| COMMU | ON GOODH | / | | | | |
| GOODH | BY COMMU | | 4.817 | 0.553 | 0.680 | 0.680 |
| COMMU | ON RESPON | / | | | | |
| RESPON | BY COMMU | | 4.753 | 0.469 | 0.657 | 0.657 |
| COMMU | ON SECURITY | / | | | | |
| SECURITY | BY COMMU | | 8.334 | 1.612 | 1.044 | 1.044 |
| COMMU | ON EARLY | / | | | | |
| EARLY | BY COMMU | | 7.569 | 1.017 | 0.986 | 0.986 |
| COMMU | ON NC | / | | | | |
| NC | BY COMMU | | 7.326 | 0.733 | 0.975 | 0.975 |
| SELFMA | ON COMMU | / | | | | |
| COMMU | BY SELFMA | | 8.458 | 0.666 | 0.546 | 0.546 |
| SELFMA | ON SELFMA | / | | | | |
| SELFMA | BY SELFMA | | 26.950 | -0.607 | -0.607 | -0.607 |
| SELFMA | ON DECISION | / | | | | |
| DECISION | BY SELFMA | | 13.127 | 0.426 | 0.485 | 0.485 |
| DECISION | ON SELFMA | / | | | | |
| SELFMA | BY DECISION | | 13.125 | 0.562 | 0.493 | 0.493 |
| DECISION | ON DECISION | / | | | | |
| DECISION | BY DECISION | | 25.174 | -0.503 | -0.503 | -0.503 |
| DECISION | ON MEDIA | / | | | | |
| MEDIA | BY DECISION | | 19.790 | 1.027 | 0.839 | 0.839 |
| MEDIA | ON COMMU | / | | | | |
| COMMU | BY MEDIA | | 20.473 | -0.876 | -0.772 | -0.772 |
| MEDIA | ON DECISION | / | | | | |
| DECISION | BY MEDIA | | 19.793 | 0.436 | 0.534 | 0.534 |
| GOODH | ON SELFMA | / | | | | |
| SELFMA | BY GOODH | | 5.340 | -0.144 | -0.143 | -0.143 |
| ADEQUA | ON ADEQUA | / | | | | |

| | | | | | |
|----------|---------------|-------|--------|--------|--------|
| ADEQUA | BY ADEQUA | 6.871 | -0.272 | -0.272 | -0.272 |
| ADEQUA | ON SECURITY / | | | | |
| SECURITY | BY ADEQUA | 5.031 | -0.949 | -0.448 | -0.448 |
| ADEQUA | ON EARLY / | | | | |
| EARLY | BY ADEQUA | 5.344 | -0.661 | -0.467 | -0.467 |
| ADEQUA | ON NC / | | | | |
| NC | BY ADEQUA | 5.199 | -0.475 | -0.460 | -0.460 |
| EARLY | ON COMMU / | | | | |
| COMMU | BY EARLY | 5.694 | 0.235 | 0.242 | 0.242 |
| EARLY | ON SELFMA / | | | | |
| SELFMA | BY EARLY | 6.055 | 0.166 | 0.209 | 0.209 |
| EARLY | ON MEDIA / | | | | |
| MEDIA | BY EARLY | 6.441 | 0.225 | 0.263 | 0.263 |
| EARLY | ON HL / | | | | |
| HL | BY EARLY | 5.896 | 0.386 | 0.333 | 0.333 |
| NC | ON KNOW / | | | | |
| KNOW | BY NC | 5.706 | 1.057 | 0.935 | 0.935 |
| NC | ON COMMU / | | | | |
| COMMU | BY NC | 6.448 | 1.270 | 0.955 | 0.955 |
| NC | ON SELFMA / | | | | |
| SELFMA | BY NC | 5.827 | 1.052 | 0.966 | 0.966 |
| NC | ON MEDIA / | | | | |
| MEDIA | BY NC | 5.761 | 1.080 | 0.922 | 0.922 |
| NC | ON GOODH / | | | | |
| GOODH | BY NC | 5.516 | -0.537 | -0.496 | -0.496 |
| NC | ON ADEQUA / | | | | |
| ADEQUA | BY NC | 4.778 | -0.411 | -0.424 | -0.424 |
| NC | ON RESPON / | | | | |
| RESPON | BY NC | 5.163 | -0.454 | -0.478 | -0.478 |
| NC | ON SECURITY / | | | | |
| SECURITY | BY NC | 5.227 | -0.985 | -0.480 | -0.480 |

| | | | | | | |
|-------|----------|---|-------|--------|--------|--------|
| NC | ON EARLY | / | | | | |
| EARLY | BY NC | | 5.165 | -0.650 | -0.474 | -0.474 |
| NC | ON HL | / | | | | |
| HL | BY NC | | 5.200 | 1.402 | 0.881 | 0.881 |
| NC | ON NC | / | | | | |
| NC | BY NC | | 5.200 | -0.475 | -0.475 | -0.475 |

WITH Statements

| | | | | | | |
|----------|---------------|--|--------|--------|--------|--------|
| ITEM10 | WITH ITEM3 | | 4.002 | -0.030 | -0.030 | -0.147 |
| ITEM11 | WITH ITEM5 | | 4.460 | -0.034 | -0.034 | -0.145 |
| ITEM17 | WITH ITEM9 | | 4.624 | 0.032 | 0.032 | 0.125 |
| ITEM18 | WITH ITEM13 | | 5.459 | -0.031 | -0.031 | -0.191 |
| ITEM18 | WITH ITEM16 | | 10.058 | -0.044 | -0.044 | -0.262 |
| ITEM22 | WITH ITEM9 | | 4.140 | -0.028 | -0.028 | -0.124 |
| ITEM23 | WITH ITEM7 | | 4.123 | 0.023 | 0.023 | 0.156 |
| ITEM23 | WITH ITEM10 | | 4.509 | -0.028 | -0.028 | -0.148 |
| ITEM23 | WITH ITEM18 | | 6.786 | 0.035 | 0.035 | 0.220 |
| ITEM23 | WITH ITEM21 | | 6.569 | -0.033 | -0.033 | -0.220 |
| ITEM24 | WITH ITEM19 | | 4.947 | 0.026 | 0.026 | 0.164 |
| ITEM25 | WITH ITEM2 | | 4.090 | 0.025 | 0.025 | 0.130 |
| ITEM25 | WITH ITEM21 | | 9.292 | -0.034 | -0.034 | -0.225 |
| ITEM29 | WITH ITEM25 | | 4.100 | 0.024 | 0.024 | 0.141 |
| ITEM30 | WITH ITEM13 | | 4.082 | -0.021 | -0.021 | -0.146 |
| SELFMA | WITH COMMU | | 8.457 | 0.016 | 0.463 | 0.463 |
| DECISION | WITH SELFMA | | 13.126 | 0.028 | 0.489 | 0.489 |
| MEDIA | WITH COMMU | | 20.474 | -0.021 | -0.814 | -0.814 |
| MEDIA | WITH DECISION | | 19.792 | 0.029 | 0.669 | 0.669 |
| GOODH | WITH KNOW | | 4.312 | 0.008 | 0.878 | 0.878 |
| EARLY | WITH KNOW | | 4.480 | -0.008 | -2.571 | -2.571 |
| HL | WITH COMMU | | 7.326 | 0.231 | 3.835 | 3.835 |
| HL | WITH EARLY | | 5.896 | 0.041 | 4.385 | 4.385 |
| NC | WITH ACCESS | | 8.048 | -0.089 | -1.002 | -1.002 |
| NC | WITH COMMU | | 7.326 | 0.198 | 2.066 | 2.066 |

| | | | | | |
|----|------------|-------|-------|-------|-------|
| NC | WITH EARLY | 5.896 | 0.121 | 8.141 | 8.141 |
|----|------------|-------|-------|-------|-------|

Variances/Residual Variances

| | | | | |
|----------|--------|--------|--------|--------|
| SELFMA | 26.951 | -0.061 | -0.190 | -0.190 |
| DECISION | 25.173 | -0.066 | -0.160 | -0.160 |
| ADEQUA | 4.914 | -0.017 | -0.042 | -0.042 |
| NC | 5.200 | -0.361 | -0.949 | -0.949 |

SUMMARY OF FACTOR SCORES

FACTOR SCORE INFORMATION (COMPLETE-DATA PATTERN)

FACTOR SCORE COEFFICIENTS

| | ITEM1 | ITEM2 | ITEM3 | ITEM4 | ITEM5 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACCESS | -0.002 | -0.019 | -0.020 | 0.193 | 0.083 |
| KNOW | -0.044 | -0.102 | -0.127 | 0.158 | -0.003 |
| COMMU | -0.038 | -0.083 | -0.110 | 0.122 | 0.003 |
| SELFMA | -0.041 | -0.078 | -0.111 | 0.130 | 0.001 |
| DECISION | -0.047 | -0.092 | -0.126 | 0.134 | 0.003 |
| MEDIA | -0.035 | -0.111 | -0.112 | 0.148 | 0.003 |
| GOODH | 0.080 | 0.096 | 0.158 | -0.130 | 0.009 |
| ADEQUA | 0.036 | 0.188 | 0.147 | -0.142 | 0.004 |
| RESPON | 0.070 | 0.113 | 0.216 | -0.153 | 0.011 |
| SECURITY | 0.034 | 0.057 | 0.086 | -0.066 | 0.008 |
| EARLY | 0.051 | 0.086 | 0.129 | -0.102 | 0.015 |
| HL | -0.027 | -0.065 | -0.080 | 0.119 | 0.012 |
| NC | 0.071 | 0.118 | 0.178 | -0.140 | 0.018 |

FACTOR SCORE COEFFICIENTS

| | ITEM6 | ITEM7 | ITEM8 | ITEM9 | ITEM10 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACCESS | -0.029 | -0.135 | -0.088 | 0.093 | 0.002 |
| KNOW | 0.047 | -0.092 | -0.064 | 0.174 | 0.061 |
| COMMU | -0.018 | -0.156 | -0.095 | 0.086 | 0.000 |
| SELFMA | -0.022 | -0.156 | -0.101 | 0.105 | -0.018 |
| DECISION | -0.028 | -0.181 | -0.123 | 0.136 | -0.003 |
| MEDIA | -0.025 | -0.137 | -0.103 | 0.101 | -0.002 |
| GOODH | 0.078 | 0.220 | 0.146 | -0.113 | 0.029 |
| ADEQUA | 0.036 | 0.379 | 0.133 | -0.120 | 0.012 |
| RESPON | 0.054 | 0.243 | 0.210 | -0.130 | 0.029 |
| SECURITY | 0.028 | 0.122 | 0.077 | -0.049 | 0.017 |
| EARLY | 0.043 | 0.182 | 0.119 | -0.084 | 0.030 |
| HL | -0.003 | -0.104 | -0.070 | 0.096 | 0.012 |
| NC | 0.060 | 0.252 | 0.164 | -0.115 | 0.037 |

FACTOR SCORE COEFFICIENTS

| | ITEM11 | ITEM12 | ITEM13 | ITEM14 | ITEM15 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACCESS | -0.081 | 0.078 | -0.052 | 0.018 | -0.010 |
| KNOW | -0.117 | 0.106 | -0.065 | 0.028 | -0.011 |
| COMMU | -0.040 | 0.175 | 0.029 | 0.118 | 0.056 |
| SELFMA | -0.090 | 0.090 | -0.056 | -0.009 | -0.022 |
| DECISION | -0.111 | 0.093 | -0.071 | 0.014 | 0.011 |
| MEDIA | -0.094 | 0.090 | -0.060 | 0.016 | -0.022 |
| GOODH | 0.145 | -0.095 | 0.095 | -0.007 | 0.033 |
| ADEQUA | 0.120 | -0.055 | 0.083 | -0.016 | 0.047 |
| RESPON | 0.141 | -0.112 | 0.146 | -0.007 | 0.038 |
| SECURITY | 0.067 | -0.053 | 0.051 | 0.010 | 0.023 |
| EARLY | 0.102 | -0.077 | 0.079 | 0.001 | 0.037 |
| HL | -0.071 | 0.084 | -0.036 | 0.027 | -0.001 |
| NC | 0.141 | -0.104 | 0.109 | 0.002 | 0.048 |

FACTOR SCORE COEFFICIENTS

| | ITEM16 | ITEM17 | ITEM18 | ITEM19 | ITEM20 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACCESS | -0.045 | -0.008 | 0.178 | 0.056 | 0.020 |
| KNOW | -0.063 | -0.021 | 0.241 | 0.082 | 0.031 |
| COMMU | -0.076 | -0.010 | 0.192 | 0.065 | 0.028 |
| SELFMA | 0.063 | 0.070 | 0.354 | 0.189 | 0.115 |
| DECISION | -0.055 | -0.022 | 0.220 | 0.054 | -0.005 |
| MEDIA | -0.045 | -0.015 | 0.219 | 0.052 | 0.026 |
| GOODH | 0.113 | 0.008 | -0.215 | -0.071 | -0.018 |
| ADEQUA | 0.085 | 0.011 | -0.218 | -0.066 | -0.022 |
| RESPON | 0.096 | 0.013 | -0.225 | -0.073 | -0.021 |
| SECURITY | 0.046 | 0.004 | -0.115 | -0.028 | -0.008 |
| EARLY | 0.073 | 0.004 | -0.168 | -0.050 | -0.009 |
| HL | -0.036 | -0.005 | 0.178 | 0.060 | 0.026 |
| NC | 0.101 | 0.007 | -0.231 | -0.068 | -0.015 |

FACTOR SCORE COEFFICIENTS

| | ITEM21 | ITEM22 | ITEM23 | ITEM24 | ITEM25 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACCESS | 0.085 | -0.020 | 0.071 | 0.077 | -0.055 |
| KNOW | 0.113 | -0.025 | 0.107 | 0.105 | -0.071 |
| COMMU | 0.089 | -0.011 | 0.073 | 0.082 | -0.058 |
| SELFMA | 0.067 | -0.046 | 0.116 | 0.089 | -0.095 |
| DECISION | 0.294 | 0.077 | 0.217 | 0.217 | 0.073 |
| MEDIA | 0.099 | -0.015 | 0.080 | 0.089 | -0.105 |
| GOODH | -0.072 | 0.038 | -0.084 | -0.092 | 0.071 |
| ADEQUA | -0.108 | 0.078 | -0.090 | -0.101 | 0.084 |
| RESPON | -0.113 | 0.041 | -0.067 | -0.106 | 0.087 |
| SECURITY | -0.053 | 0.021 | -0.040 | -0.044 | 0.043 |
| EARLY | -0.075 | 0.034 | -0.062 | -0.072 | 0.066 |
| HL | 0.088 | -0.011 | 0.078 | 0.079 | -0.049 |
| NC | -0.102 | 0.046 | -0.084 | -0.098 | 0.088 |

FACTOR SCORE COEFFICIENTS

| | ITEM26 | ITEM27 | ITEM28 | ITEM29 | ITEM30 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACCESS | -0.003 | -0.098 | 0.035 | 0.038 | 0.190 |
| KNOW | 0.006 | -0.109 | 0.055 | 0.059 | 0.231 |
| COMMU | -0.005 | -0.115 | 0.052 | 0.061 | 0.174 |
| SELFMA | 0.011 | -0.135 | 0.048 | 0.016 | 0.257 |
| DECISION | -0.028 | -0.124 | 0.060 | 0.067 | 0.174 |
| MEDIA | 0.120 | -0.083 | 0.125 | 0.106 | 0.335 |
| GOODH | 0.040 | 0.148 | -0.052 | -0.049 | -0.176 |
| ADEQUA | -0.062 | 0.311 | -0.130 | -0.044 | -0.195 |
| RESPON | 0.008 | 0.157 | -0.023 | -0.055 | -0.206 |
| SECURITY | 0.003 | 0.086 | -0.029 | -0.016 | -0.098 |
| EARLY | 0.003 | 0.129 | -0.043 | -0.034 | -0.136 |
| HL | 0.015 | -0.085 | 0.049 | 0.047 | 0.179 |
| NC | 0.007 | 0.177 | -0.058 | -0.046 | -0.191 |

POSTERIOR COVARIANCE MATRIX FOR ESTIMATED FACTOR SCORES (SQUARED S.E.S ON THE DIAGONAL)

| | ACCESS | KNOW | COMMU | SELFMA | DECISION |
|----------|--------|--------|--------|--------|----------|
| ACCESS | 0.059 | | | | |
| KNOW | 0.062 | 0.096 | | | |
| COMMU | 0.050 | 0.068 | 0.068 | | |
| SELFMA | 0.048 | 0.066 | 0.054 | 0.073 | |
| DECISION | 0.056 | 0.076 | 0.062 | 0.062 | 0.097 |
| MEDIA | 0.050 | 0.068 | 0.055 | 0.052 | 0.064 |
| GOODH | -0.061 | -0.082 | -0.067 | -0.066 | -0.077 |
| ADEQUA | -0.061 | -0.084 | -0.068 | -0.065 | -0.078 |
| RESPON | -0.070 | -0.094 | -0.077 | -0.075 | -0.088 |
| SECURITY | -0.033 | -0.045 | -0.037 | -0.036 | -0.042 |
| EARLY | -0.049 | -0.066 | -0.054 | -0.053 | -0.062 |
| HL | 0.043 | 0.059 | 0.048 | 0.046 | 0.054 |
| NC | -0.067 | -0.090 | -0.074 | -0.072 | -0.085 |

POSTERIOR COVARIANCE MATRIX FOR ESTIMATED FACTOR SCORES (SQUARED
S.E.S ON THE DIAGONAL)

| | MEDIA | GOODH | ADEQUA | RESPON | SECURITY |
|----------|--------|--------|--------|--------|----------|
| MEDIA | 0.071 | | | | |
| GOODH | -0.069 | 0.092 | | | |
| ADEQUA | -0.068 | 0.086 | 0.097 | | |
| RESPON | -0.078 | 0.099 | 0.098 | 0.120 | |
| SECURITY | -0.037 | 0.047 | 0.046 | 0.054 | 0.027 |
| EARLY | -0.055 | 0.070 | 0.069 | 0.080 | 0.038 |
| HL | 0.048 | -0.056 | -0.057 | -0.064 | -0.030 |
| NC | -0.075 | 0.097 | 0.095 | 0.110 | 0.053 |

POSTERIOR COVARIANCE MATRIX FOR ESTIMATED FACTOR SCORES (SQUARED
S.E.S ON THE DIAGONAL)

| | EARLY | HL | NC |
|-------|--------|--------|-------|
| EARLY | 0.058 | | |
| HL | -0.045 | 0.043 | |
| NC | 0.078 | -0.062 | 0.108 |



ขั้นตอน 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย

การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมนักวิจัยชุมชนโดยใช้แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่ได้จากการวิจัยส่วนที่ 1 เพื่อนำการประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการพัฒนาโดยการสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลในการประเมินความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย รายละเอียดดังนี้

1.1) การประเมินความต้องการจำเป็นความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชนจากแบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

การประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน จำนวน 6 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการเข้าร่วมวิจัยทีมนักวิจัยชุมชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ทีมนักวิจัยชุมชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ ($M = 3.03, SD = .76$) และทักษะการตัดสินใจ ($M = 3.30, SD = .75$) ส่วนองค์ประกอบที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($M = 3.73, SD = .71$) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($M = 3.67, SD = .39$) ทักษะการสื่อสาร ($M = 3.73, SD = .71$) และทักษะการจัดการตนเอง ($M = 3.60, SD = .83$) สำหรับด้านการเลี้ยงดู พบว่า ทีมนักวิจัยชุมชนมีพฤติกรรมเลี้ยงดูอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ องค์ประกอบของการดูแลให้มีสุขภาพดี ($M = 3.42, SD = .81$) และการดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ ($M = 3.44, SD = .91$) ส่วนองค์ประกอบที่มีพฤติกรรมเลี้ยงดูอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ดูแลที่สนองตอบ ($M = 3.50, SD = .94$) การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย ($M = 3.70, SD = .95$) และการให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ($M = 3.50, SD = .74$)

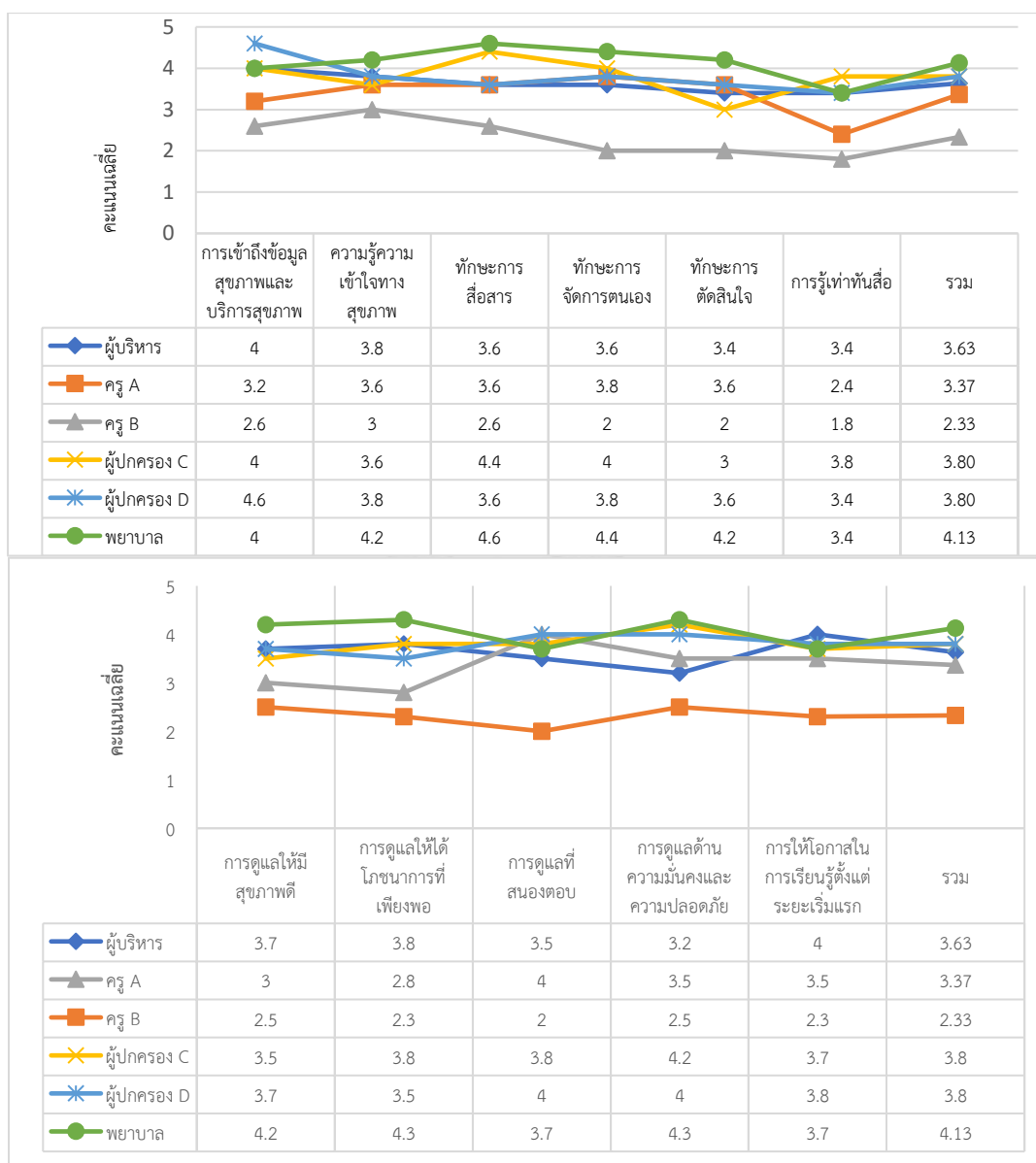
เมื่อทำการประเมินความต้องการจำเป็นความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดระดับสภาพที่ควรจะเป็นที่ระดับ 5 คะแนน ซึ่งเป็นค่าสูงสุดและเป็นการกำหนดเชิงท้าทาย ผลการประเมินความต้องการจำเป็นความรู้ด้านสุขภาพที่จำแนกเป็นรายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในด้านของการรู้เท่าทันสื่อมีความต้องการจำเป็นสูงสุด (ค่า $PNI_{Modified} = 0.65$) รองลงมาคือ ด้านทักษะการตัดสินใจ (ค่า $PNI_{Modified} = 0.52$) และการเลี้ยงดูในด้านการดูแลให้มีสุขภาพดี (ค่า $PNI_{Modified} = 0.46$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 4.9

ตาราง การประเมินความต้องการจำเป็นความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชน

| องค์ประกอบ | M | SD | แปลผล | ค่า PNI _{Modified} * | ลำดับ |
|--|-------------|------------|------------|-------------------------------|-------|
| ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | | |
| 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | 3.73 | .71 | มาก | 0.34 | 8 |
| 2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ | 3.67 | .39 | มาก | 0.36 | 7 |
| 3. ทักษะการสื่อสาร | 3.73 | .71 | มาก | 0.34 | 9 |
| 4. ทักษะการจัดการตนเอง | 3.60 | .83 | มาก | 0.39 | 6 |
| 5. ทักษะการตัดสินใจ | 3.30 | .75 | ปานกลาง | 0.52 | 2 |
| 6. การรู้เท่าทันสื่อ | 3.03 | .76 | ปานกลาง | 0.65 | 1* |
| ด้านการเลี้ยงดู | | | | | |
| 1. การดูแลให้มีสุขภาพดี | 3.42 | .81 | ปานกลาง | 0.46 | 3 |
| 2. การดูแลให้ได้โภชนาการที่เพียงพอ | 3.44 | .91 | ปานกลาง | 0.45 | 4 |
| 3. การดูแลที่สนองตอบ | 3.50 | .94 | มาก | 0.43 | 5 |
| 4. การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย | 3.61 | .95 | มาก | 0.39 | 6 |
| 5. การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก | 3.50 | .74 | มาก | 0.43 | 5 |
| รวม | 3.51 | .63 | มาก | | |

*ระดับสภาพที่ควรจะเป็น (I) ที่ระดับ 5 คะแนน

เมื่อทำการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของกลุ่มนักวิจัยชุมชน โดยจำแนกเป็นรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพและรายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.33-4.13 โดยพยาบาลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด รองลงมา คือ ผู้ปกครองC ผู้ปกครองD ผู้บริหาร และครูA ตามลำดับ ยกเว้นครูB ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และจำแนกเป็นด้านการเลี้ยงดู พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการเลี้ยงดูอยู่ในระดับ มาก คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.33-4.13 โดยพยาบาลมีพฤติกรรมด้านการเลี้ยงดูสูงที่สุด รองลงมา คือ ผู้ปกครองC ผู้ปกครองD และผู้บริหาร ตามลำดับ ยกเว้นครูA และครูB ที่มีระดับพฤติกรรมการเลี้ยงดูอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังภาพ



ภาพ แสดงระดับความรู้ด้านสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชนจำแนกเป็นรายด้านและรายบุคคล

1.2) การสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน

การสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ที่สร้างขึ้น โดยการสัมภาษณ์ครั้งนี้ แบ่งออกเป็นกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและผู้ปกครอง กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก และกลุ่มพยาบาล โดยมีประเด็นคำถามในลักษณะคำถามปลายเปิด แต่ละกลุ่มมีแนวคำถามที่แตกต่างกันตามบทบาทการดูแลเด็กของแต่ละกลุ่ม เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ทีมวิจัยชุมชนไม่รู้สึกเครียดหรือกดดันจนเกินไป รู้สึก

ผ่านคลายและให้ข้อมูลได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น ประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาสำหรับผู้ดูแลเด็กมีดังนี้

1.2.1 การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ทีมนักวิจัยชุมชนส่วนใหญ่กล่าวว่าเรื่องการปฐมพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญและผู้ดูแลทุกคนจะต้องมีความรู้พื้นฐานในการดูแลเด็ก ทั้งการสังเกตและการดูแลเบื้องต้นเมื่อเด็กเกิดอุบัติเหตุหรือเกิดการเจ็บป่วย เช่น เรื่องการให้ยา การปฐมพยาบาลเมื่อหกล้ม เป็นต้น

“เรื่องของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก็สำคัญ อยากรู้อะไร เช่น เรื่องข้อเท้าแพลงจะต้องทำยังไง เวลาทำกิจกรรมการแข่ง เกิดอุบัติเหตุขึ้นมาแล้วเราจะต้องทำยังไงต่อ และเรื่องของการให้ยา เพราะส่วนใหญ่ที่เคยไปอบรมก็จะเป็นเรื่องของ การ กระตุ้น พัฒนาการ การ ทำ สื่อ การ สอน เรื่อง การ ปฐม พยาบาล จะ ไม่มี เลย ”
ครู A

“อยากพัฒนาตนเองในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้น เพราะว่าบางคนจะลืมนะ ก็เลยหาหม่องหา บางครั้งเด็กหัวโนก็จะใช้น้ำแข็งใส่ผ้าประคบ ก็จะทำตามประสบการณ์ที่เคยทำมา ส่วนใหญ่เด็กจะลืมนะ ขาแพลง หัวโน ก็อยากได้ความรู้เรื่องนี้แหละค่ะ”
ครู B

“เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นนั้นคิดว่าครูน่าจะมีในเบื้องต้นแล้ว แต่อาจจะเสริมตรงที่ว่า การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเด็ก เวลาเด็กตัวร้อนครูจะต้องสัมผัสเด็กนิดนึง ซึ่งเด็กบางคนจะไม่บอก ซึมหรือเปล่า เด็กมีหน้าแดงไหม”
พยาบาล

“ตัวเองก็ไม่ได้มีความรู้เยอะเท่าไรในเรื่องของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเด็กเกิดเจ็บป่วย หรือเกิดอุบัติเหตุ”
ผู้ปกครอง D

“เรื่องการดูแลอุบัติเหตุก็เป็นเรื่องที่สำคัญนะ การดูแลช่วยเหลือเด็กเบื้องต้น อย่างสมมติว่าเด็กมีอาหารติดคอ จะต้องทำอะไร ครูที่ดูแลเด็กมานานจะรู้ว่าจะต้องทำยังไง”

ผู้ปกครอง C

1.2.2 การดูแลป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล

ทีมนักวิจัยชุมชนส่วนหนึ่งกล่าวว่า เด็กส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจะเป็นตามโรคที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล เช่น โรคหวัด โรคมือเท้าปาก โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นต้น ซึ่งเด็กในวัยนี้ไม่ยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

“ปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่ก็มักจะเป็นโรคทั่วไปหรือโรคที่เกิดตามฤดูกาล เช่น มือเท้าปาก การป่วยไข้เมื่อมีอากาศเปลี่ยนแปลง การได้รับฝุ่นควันเนื่องจากเป็นพื้นที่การเกษตร แต่สิ่งที่น่าเป็นกังวล ณ ขณะนี้ คือ การป้องกันเด็กให้ปลอดภัยจากเชื้อโควิด ซึ่งมีความสำคัญมากที่สุดในปัจจุบัน เพราะเด็กยังมีภูมิคุ้มกันต่ำ และไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งครูรวมถึงพ่อแม่ผู้ปกครองอาจมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลเด็ก”
ผู้บริหาร

“ถ้าตอนไปโรงเรียนก็จะเป็นเรื่องของการเล่น การคลุกคลีกันของเด็ก ทำให้เด็กไม่สบาย เป็นหวัด ”

ผู้ปกครอง C

“โรคที่พบส่วนใหญ่ก็พบตามฤดูกาลนั้นแหละคะ เช่น โรคหวัด มือเท้าปาก” ครู B

1.2.3 การดูแลสุขอนามัย

ทีมนักวิจัยชุมชนส่วนหนึ่งกล่าวว่า การดูแลสุขอนามัยในเด็ก เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ต้องการให้ผู้ดูแลได้รับการพัฒนาให้การดูแลสุขอนามัยเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การล้างมือ การแปรงฟัน การกำจัดเหา และความสะอาดของร่างกายเด็ก เป็นต้น

“เรื่องของการล้างมือ การดูแลความสะอาดอ่านอะไรอย่างนี้” ผู้ปกครอง D

“ครูผู้ดูแลเด็กควรเน้นเรื่องของการดูแลรักษาความสะอาดของเด็ก การล้างมือ แปรงฟัน เด็กบางคนก็มีเหา ซึ่งอาจจะดูแลไม่ได้พอ” พยาบาล

1.2.4 ภาวะโภชนาการ

ทีมนักวิจัยชุมชนกล่าวว่า ปัญหาสุขภาพเด็กอีกปัญหาหนึ่งคือเรื่องของการรับประทานอาหารของเด็ก เช่น การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ปวดท้อง ท้องเสีย อาเจียน เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดจากครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแลเด็ก

“ปัญหาสุขภาพของเด็กส่วนใหญ่ที่เจอก็จะเป็นเรื่องของอาหาร ทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ น้ำหนักตัวน้อย การดูแลตนเองก็ไม่ค่อยจะดีเท่าไร เพราะพ่อแม่ก็ทำงานรับจ้างไม่ค่อยมีเวลาที่จะดูแลลูก” ผู้ปกครอง D

“เรื่องของทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย อาเจียน เด็กจะเป็นบ่อยเพราะตอนเช้าจะไม่ได้ทานข้าวเข้ามาท้องว่างแล้วมากินนม ก็จะทำให้ปวดท้อง เป็นเยอะมากเลยที่มาขอยา” พยาบาล

พยาบาล

1.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการ

ทีมนักวิจัยชุมชนส่วนหนึ่งกล่าวว่าเด็กปฐมวัยควรได้รับการสร้างเสริมและกระตุ้นพัฒนา เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ซึ่งผู้ดูแลจะสามารถดูและเด็กได้ควรจะต้องมีทักษะในการสื่อสาร ทักษะการประเมิน และทักษะทางด้านจิตวิทยาสำหรับเด็ก

“ครูต้องรักเด็ก ควรที่จะมีการฝึกอบรมในเรื่องของการเสริมสร้างพัฒนาการเด็ก เนื่องจากเด็กจะมองครูเป็น เหมือนนางฟ้า อยากเล่นอยากคุย ครูจะต้องมีทักษะในการสังเกต การสื่อสาร มีจิตวิทยาสำหรับเด็ก ”

ผู้ปกครอง C

“ปัญหาด้านสุขภาพของเด็ก คือพัฒนาการกล้ามเนื้อของเด็กไม่แข็งแรง ปัญหาด้านอารมณ์ มีพฤติกรรม ก้าวร้าว อยากพัฒนาตนเองในเรื่องของการดูแลเด็กที่อยู่ในความดูแลทั้งหมดมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย และเด็กทุกคนมีความสุขกับสิ่งที่เราสอน แต่บางคนพัฒนาการช้า จะทำยังไงให้เด็กตามเพื่อนคนอื่น ๆ ได้ทัน ”

ครู A

การประเมินความต้องการจำเป็นในด้านของความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าทีมนักวิจัยชุมชนมีความต้องการจำเป็นในด้านความรู้เท่าทันสื่อสูงสุด รองลงมาคือด้านการตัดสินใจ และด้านทักษะการจัดการตนเอง ตามลำดับ ผลที่ได้จากการประเมินความต้องการจำเป็นนี้จะนำมาใช้ในการพัฒนาทีมนักวิจัยให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านสูงขึ้น

สำหรับปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชนเป็นรายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดขึ้นตามฤดูกาลและปัญหาภาวะสุขภาพของเด็ก รวมทั้งได้ประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจสำหรับพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทีมนักวิจัยชุมชนและสรุปประเด็นปัญหาทางสุขภาพได้จำนวน 5 ประเด็นส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่องของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นมากที่สุด รองลงมาคือ เรื่องของการดูแลป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล การดูแลสุขอนามัย ภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการ ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการนัดประชุมและนำเสนอประเด็นทางสุขภาพทั้งหมดนี้ร่วมกับทีมนักวิจัยชุมชน เพื่อให้ร่วมกันวิเคราะห์ อภิปราย และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอีกครั้ง

1.3 การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของทีมนักวิจัยชุมชน

การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของทีมนักวิจัยชุมชนในขั้นตอนนี้เป็นการสรุปประเด็นปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล และให้ทีมนักวิจัยชุมชนร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น เพื่อหาข้อสรุปและจัดลำดับประเด็นปัญหาการดูแลสุขภาพเด็ก

ที่ต้องการให้ครูผู้ดูแลได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลสรุปประเด็นปัญหาทางสุขภาพเด็ก ทั้ง 5 ประเด็น โดยให้แต่ละคนได้ร่วมอภิปรายในแต่ละประเด็นปัญหาอีกครั้ง เมื่อทุกคนได้แสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นปัญหาทั้งหมด สามารถสรุปผลการประชุมที่มในครั้งนี้ได้ว่า ทีมนักวิจัยชุมชนส่วนใหญ่สนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลเด็กในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รองลงมาคือ การพัฒนาทักษะการสื่อสารและจิตวิทยาในเด็ก สามารถสรุปประเด็นทางสุขภาพทั้งหมดที่เกิดจากการวิเคราะห์ร่วมกัน รายละเอียดดังตาราง 4.11

ตาราง ประเด็นทางสุขภาพที่ได้จากการวิเคราะห์ร่วมกันของทีมนักวิจัยชุมชน

| ลำดับที่ | ประเด็นทางสุขภาพ | จำนวน ความคิดเห็น (คน) |
|----------|----------------------------------|------------------------------|
| 1. | การดูแลป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล | 5 |
| 2. | การส่งเสริมพัฒนาการ | 4 |
| 3. | การปฐมพยาบาลเบื้องต้น | 2 |
| 4. | การดูแลสุขอนามัย | 2 |
| 5. | ภาวะโภชนาการ | 2 |

เมื่อทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนได้แสดงความคิดเห็นถึงประเด็นปัญหาทางสุขภาพเด็กที่ครูผู้ดูแลควรได้รับการพัฒนา พบว่ามี 2 ประเด็นหลักที่ทีมนักวิจัยชุมชนสนใจและต้องการที่จะพัฒนาหลักสูตร คือ การดูแลป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล และการส่งเสริมพัฒนาการ ผู้วิจัยจึงได้นำทั้ง 2 ประเด็นนี้ให้สมาชิกในทีมร่วมกันคิดวิเคราะห์อีกครั้ง เพื่อหาข้อสรุป โดยให้แต่ละคนได้มีเวลาคิดวิเคราะห์และเปรียบเทียบประเด็นทางสุขภาพ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ตัวอย่างที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในทีมนักวิจัยชุมชนมีดังนี้

“ผมมองว่าปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่เราต้องให้ความสำคัญและเราที่เป็นผู้ดูแลยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการป้องกันเด็กให้ปลอดภัยจากเชื้อโควิดยังไม่ดีพอ เพราะมันเป็นเรื่องใหม่สำหรับทุกคนที่ต้องเรียนรู้และพัฒนาไปด้วยกัน และต้องดูแลเด็กที่อยู่ในความดูแลของเราไม่ให้ติดเชื้อ หรือเมื่อมีคนใดคนหนึ่งติดเชื้อแล้วเราจะทำอย่างไรเพื่อไม่ให้มันแพร่กระจายไปยังเด็กคนอื่น ๆ ได้” ผู้บริหาร

“เห็นด้วยกับท่านผู้บริหารนะคะ เพราะว่าเรื่องของการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด ตอนนี้เราต้องให้ความสำคัญ เพราะในปัจจุบันเด็กจะไม่ค่อยมีอาการแม้จะได้รับเชื้อมาจากคนในครอบครัว ถ้าครูทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินและการดูแลปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแล้ว จะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อในโรงเรียนได้อีกทางหนึ่ง”

พยาบาล

“ถ้าจะให้มองตอนนี้คิดว่าในเรื่องของการสื่อสาร จิตวิทยาในเด็ก ดิฉันคิดว่าดิฉันสามารถทำได้ คิดว่าตนเองมีทักษะด้านจิตวิทยาอยู่ประมาณหนึ่ง และก็เคยผ่านการฝึกอบรมครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมาบ้างแล้ว แต่ในเรื่องของการป้องกันการติดเชื้อโควิดนี้ตนเองสนใจมากกว่า ว่าจะมีการดูแลเด็กของเราอย่างไร เพราะเด็กส่วนใหญ่จะชอบเล่นด้วยกัน และดูแลตัวเองยังไม่ค่อยได้ เราต้องคอยดูแลและระมัดระวังอย่างใกล้ชิด” ครู A

“ตอนนี้ที่ลูกมีปัญหาก็คือเรื่องของการเล่น กลัวว่าเวลาเข้ามาโรงเรียนแล้วเค้าหวั่งเล่นกับเพื่อน มันจะเสี่ยงได้รับเชื้อหรือเปล่า เด็กจะสามารถใส่หน้ากากได้ตลอดทั้งวันหรือเปล่า เขาชอบดึงหน้ากากออก เขาบอกหายใจไม่สะดวก เวลานอนจะต้องใส่หน้ากากหรือเปล่า แล้วเขาจะหายใจออกมัย ถ้าพัฒนาหลักสูตรนี้ขึ้นมาก็น่าจะดีค่ะ ตอนนี้ก็กังวลเรื่องนี้แหละค่ะ”

ผู้ปกครอง C

ผลสรุปที่ได้จากการร่วมกันคิดวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชน พบว่าทุกคนมีความคิดเห็นตรงกันถึงประเด็นทางสุขภาพที่ครูผู้ดูแลเด็กควรได้รับการพัฒนา คือ การดูแลและป้องกันโรคที่เน้นเฉพาะการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่มีความใหม่และน่าสนใจในขณะนี้ ผู้วิจัยจึงได้เริ่มทำการประเมินความต้องการจำเป็นของทีมนักวิจัยชุมชนเฉพาะในเรื่องของการดูแลเด็กในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล

1.4) การประเมินความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของการดูแลเด็กช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมนักวิจัยชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล

การประเมินความต้องการจำเป็นการดูแลเด็กช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมนักวิจัยชุมชน ผ่านแอปพลิเคชันสร้างกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet

โดยให้ทีมนักวิจัยชุมชนได้เข้ามาโพสต์รูปภาพที่ตนเองคิดว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ทั้งภาพของโรงเรียนที่เป็นจริงในปัจจุบันและภาพที่อยากให้โรงเรียนเป็น อาจจะเป็นภาพที่ถ่ายจากสถานที่

จริงภายในโรงเรียนหรือภาพที่ค้นหาจากอินเทอร์เน็ต จำนวนภาพที่นำมาโพสต์ในกระดานระดมสมองออนไลน์มีทั้งหมด 50 ภาพ โดยแบ่งเป็นภาพที่มาจากผู้บริหาร ครูผู้ดูแล และพยาบาลในโรงเรียน จำนวน 35 ภาพ และภาพที่มาจากผู้ปกครอง จำนวน 15 ภาพ โดยมีภาพที่ทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น จำนวนทั้งหมด 25 ภาพ และภาพที่เหลืออีก 25 ภาพเป็นภาพที่คล้ายกับภาพที่ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นไปก่อนหน้านี้แล้ว ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มภาพสภาพที่เป็นอยู่ จำนวน 16 ภาพ และกลุ่มภาพที่อยากให้เป็น จำนวน 9 ภาพ ซึ่งในแต่ละภาพที่ทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น รายละเอียดดังตาราง

ตาราง แสดงการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นใน Padlet ของกลุ่มภาพสภาพที่เป็นอยู่



| ภาพและแหล่งที่มา | ความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชน |
|--|--|
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“เป็นภาพการเดินทางของเด็กทั้งไปและกลับ ในรถตู้จะมีเพียงคนขับเพียงคนเดียววนอกนั้นจะมีแต่เด็ก ดังนั้นจะไม่มีใครคอยดูแลเด็ก ไม่ให้เล่นกันหรืออดแมสพุดคุ้ยระหว่างเดินทาง ความเสี่ยงคือนั่งติดกันมาก และอากาศไม่ได้ถ่ายเท มันก็มีความเสี่ยงสูง” ครู</p> <p>“ตอนนี้ก็ได้มีการนัดประชุมสำหรับคนขับรถตู้ เรื่องมาตรการในการรับส่งเด็ก ให้มีการใส่แมสตลอดเวลา เตรียมเจลแอลกอฮอล์ให้พร้อม และมีการพ่นฆ่าเชื้อภายในรถ เช้าเย็น” ผู้บริหาร</p> <p>“ตอนนี้ก็พยายามให้มีมาตรการการวัดไข้ก่อนขึ้นรถ และก็ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนขึ้นลง” พยาบาล</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“ห้องเรียนของเด็กควรมีการแยกให้ชัดเจน มีฉากกั้นเพื่อลดความเสี่ยงการกระจายของละอองฝอยจากการไอจามของเด็ก” ครู</p> <p>“โอเค เดี่ยวจะให้ครูทำฉากกันสำหรับเด็กที่นั่งโต๊ะเดียวกันควรมีการแยกสัดส่วนให้ชัดเจน” ผู้บริหาร</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ผู้บริหาร</p> | <p>“ของเล่นในห้องเรียน ครูต้องทำความสะอาดของเล่นบ่อย ๆ ครูต้องวางแผนการทำความสะอาดให้ดี” ผู้บริหาร</p> <p>“มีการทำความสะอาด ล้างแปบ แล้วเอามาผึ่งแดด ช่วงเสาร์อาทิตย์ ส่วนตอนเย็นหลังเลิกเรียนครูก็จะเอาของเล่นมาเช็ดทำความสะอาดอีกที” ครู</p> <p>“อยากให้คุณครูช่วยดูแลทำความสะอาดของเล่นพวกนี้มาก ๆ ค่ะ” ผู้ปกครอง</p> |

| ภาพและแหล่งที่มา | ความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชน |
|--|--|
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูปกครอง</p> | <p>“เห็นด้วยค่ะ ดิฉันไม่เชื่อว่าเด็กทุกคนที่นอนกลางวันจะสามารถใส่แมสได้ตลอดเวลา มันต้องมีการถอดแมสอยู่บ้าง อันนี้คุณแม่ก็กังวลค่ะ” ผู้ปกครอง</p> <p>“เป็นการนอนกลางวันของเด็กก่อนมีการติดเชื้อโควิด ซึ่งไม่ได้เว้นระยะห่างกันเลย” พยาบาล</p> <p>“พยายามจัดให้นอนห่างกันเท่าที่ทำได้ เพื่อลดความเสี่ยง” ครู</p> <p>“เห็นด้วยว่าควรงดการนอนในช่วงเวลากลางวันและให้ผู้ปกครองมารับกลับให้เร็วขึ้น และกลับไปนอนที่บ้านของตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ” ผู้บริหาร</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“ห้องรก และหากมองที่ถังขยะมีขนาดเล็กเกินไป และไม่มีการแยกขยะทั่วไปกับขยะที่ได้รับสารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ” ครูผู้ดูแล</p> <p>“ขณะนี้ถังขยะเล็ก ทำให้ขยะล้นออกมา อุปกรณ์ก็วางเกะกะไม่เป็นระเบียบ” ผู้บริหาร</p> <p>“ควรแยกออกเป็นถังขยะทั่วไป กับถังขยะติดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และง่ายต่อการกำจัด” พยาบาล</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“การทำกิจกรรมนอกห้องเรียน เด็กจะหยอกล้อเล่นกัน พุดคุยกัน เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้” ครู</p> <p>“กิจกรรมแบบนี้ควรงด เพราะเด็กจะใกล้ชิดกัน บางคนก็เล่นกัน หยอกล้อกัน เราควบคุมได้ยาก และถ้าเด็กเหนื่อยเด็กก็จะถอดแมสออก” พยาบาล</p> <p>“เห็นด้วยค่ะ กิจกรรมแบบนี้เสี่ยงมาก ๆ ค่ะ ควรงดไปก่อน” ผู้ปกครอง</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“เป็นอุปกรณ์ในการเล่นของเด็กปฐมวัย ซึ่งเราก็ได้มีการทำความสะอาดเพื่อฆ่าเชื้อ ใช้แอลกอฮอล์เช็ด ทุกครั้งภายหลังการใช้ของเล่น” ครู</p> <p>“ช่วงที่มีการแพร่ระบาดมาก ๆ ถือว่าเป็นความเสี่ยงมาก งดให้เด็กเล่นไปก่อน” ผู้บริหาร</p> <p>“ให้เด็กเล่นได้ แต่ควรจำกัดจำนวนเด็ก และมีการทำความสะอาดภายหลังเด็กเล่นทุกครั้ง” พยาบาล</p> <p>“ถ้าช่วงนี้งดการเล่นไปก่อนก็ดีค่ะ” ผู้ปกครอง</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“ราบบันได เด็กจะมีปัญหาหอบเอามือไปถูต ไปจับไม่รู้มือใครเป็นมือใคร” ครู</p> <p>“ควรเพิ่มการเน้นย้ำให้แม่บ้านหมั่นเช็ดทำความสะอาดราบบันไดบ่อยมากขึ้น” พยาบาล</p> <p>“ผมเห็นด้วย ควรแจ้งให้มีครูคอยรับผิดชอบแต่ละตำแหน่ง” ผู้บริหาร</p> |



| ภาพและแหล่งที่มา | ความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชน |
|--|--|
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“ระหว่างแปรงฟันเด็กอาจพูดคุยกัน ล้อเล่นกันน้ำลายอาจกระเด็นไปหาคนอื่นข้าง ๆ ได้” ครู</p> <p>“ก่อนที่จะมีโควิด เด็กได้มีการแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร แต่ ณ ช่วงนี้เราอาจต้องงดกิจกรรมการแปรงฟันไปก่อน เนื่องจากอาจเกิดความเสี่ยงจากน้ำลายของเด็กที่ได้ทำความสะอาดปาก หรือยาสีฟันอาจจะกระเด็นไปหาเพื่อนเนื่องจากยืนใกล้กัน” พยาบาล</p> <p>“ดิฉันคิดว่าควรให้มีการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารเหมือนเดิม แต่แบ่งจำนวนเด็กที่ต้องไปแปรงฟันออกเป็นกลุ่มเล็ก ๆ” ผู้ปกครอง</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“รูปนี้เป็นปัญหามาก เพราะว่าเคยเห็นเด็กอนุบาลเปิดเข้าไปแอบเล่นกันแล้วเราไม่สามารถควบคุมได้ ควรล็อคและปิดให้มิดชิด” ครู</p> <p>“อันตรายที่ไม่เกี่ยวกับโควิด แต่ก็มีความเสี่ยงที่เด็กอาจจะเข้าไปเล่นและใกล้ชิดกัน ควรจะหากุญแจไปล็อคให้หมด” ผู้บริหาร</p> <p>“อาจโยงได้ถึงกาทั้งขยะในโรงเรียน ควรมีการแยกขยะที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น แมส กระดาษทิชชู มีฝาปิดให้มิดชิด” พยาบาล</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“ถือว่าทำได้ดีแล้ว มีการแยกส่วนออกชัดเจน มีระแนงกันไม่มีประตูปิด” ผู้บริหาร</p> <p>“ครูก็ให้เด็กมีการล้างมือภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ถ้าไม่ล้างมือด้วยสบู่ก็จะล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์” ครู</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: พยาบาล</p> | <p>“ควรแยกการรับประทานอาหารร่วมกัน อาจเปลี่ยนเป็นให้ทานในห้องของตัวเอง และนั่งทานที่โต๊ะของตนเอง และทำให้นั่งห่างกันมากกว่านั่งในโรงอาหาร” พยาบาล</p> <p>“งดการทานข้าวร่วมกัน เปลี่ยนเป็นทานข้าวในห้องของตัวเอง” ผู้บริหาร</p> <p>“จัดให้เด็กทานข้าวในห้องของตัวเอง จะได้ไม่ต้องนั่งเบียดกันมาก เพราะต้องถอดแมส” ครู</p> <p>“เห็นด้วยค่ะ ควรให้ทานในห้องเลย เป็นการลดความเสี่ยง” ผู้ปกครอง</p> |
|  | <p>“เราจะมีการสุ่มตรวจเด็ก และเน้นเด็กที่อาศัยอยู่ในละแวกชุมชนหรือตลาดเราก็จะมีการตรวจทุกสัปดาห์ และก็คุณครูเราก็จะมีการตรวจทุกสัปดาห์” ครู</p> <p>“จะต้องมีการตรวจ ATK เป็นประจำ ในช่วงที่ระบาดหนัก ๆ” พยาบาล</p> <p>“เด็กเล็กๆ ส่วนใหญ่จะกลัวการแพทย์ทางจมูก ควรที่จะมีการตรวจชนิดน้ำลายค่ะ” ผู้ปกครอง</p> <p>“ผมเห็นด้วยเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นอย่างมาก เป็นการคัดกรองเบื้องต้นอีกทาง</p> |

| ภาพและแหล่งที่มา | ความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชน |
|---|--|
| นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล | หนึ่ง เพื่อลดความวิตกกังวลของทั้งผู้ปกครอง เด็ก และครูด้วย” ผู้บริหาร |
|  | “ช่วงมารับส่งเด็ก ผู้ปกครองจะมารอกันหน้าประตูโรงเรียน ไม่เข้ามาในโรงเรียน” ครู |
| นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล | “จัดสถานที่รอรับส่งเด็กให้ชัดเจน และให้ครูช่วยดูการจราจรของโรงเรียน ไม่ให้เกิดการแออัดหน้าโรงเรียน” ผู้บริหาร |
|  | “มารับลูกไม่นาน และอีกอย่างหาที่จอดรถยาก จึงรอที่รถติดกว่า” ผู้ปกครอง |
| นำเสนอภาพ: พยาบาล | “โรงเรียนเราอยู่ใกล้ตลาด เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย” พยาบาล |
|  | “กังวลค่ะ ควรหลีกเลี่ยงให้ครูและเด็กไม่ไปในที่ชุมชนแออัด” ผู้ปกครอง |
| นำเสนอภาพ: ผู้บริหาร | “แม่ค้าก็ไม่ค่อยชอบใส่แมส บางทีใส่ก็เอาไว้ที่ตาง เครื่องวัดอุณหภูมิก็ไม่มี ไม่รู้ว่าจะบอกเค้ายังไง เรายังได้แต่หลีกเลี่ยง/งดไปที่นั่นเลย” ครู |
|  | “แออัด มีความเสี่ยงติดเชื้อสูง เพราะโรงเรียนอยู่ใกล้ตลาด” ผู้บริหาร |
| นำเสนอภาพ: ผู้บริหาร | “ตอนอยู่บ้านก็เป็นปัญหาที่สำคัญ เด็กเค้าจะเล่นตามภาษาของเค้า เรายังไม่รู้ว่าจะไปเล่นกับใคร อยู่โรงเรียนไหน แล้วผู้ปกครองทำอาชีพอะไร เสี่ยงติดเชื้อหรือไม่” ผู้บริหาร |
| | “เด็กก็อยู่บ้านไปตามธรรมชาติ ส่วนใหญ่ปู่ย่าตายายจะเป็นคนเลี้ยง ไม่ได้ดูแลอย่างใกล้ชิด” ผู้ปกครอง |
| | “เกือบ 100% เวลาอยู่บ้านไม่ได้ใส่แมสอยู่แล้ว ล้างมือก็ไม่ได้ล้าง จะกินอะไรก็กินเลย ยิ่งข้าวเหนียวนี้ต้องใช้มือหยิบกินด้วย” พยาบาล |

ตาราง แสดงการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นใน Padlet ของกลุ่มภาพที่อยากให้เป็น

| ภาพและแหล่งที่มา | ความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชน |
|---|--|
|  | “เป็นแบบอย่างที่ดีที่ควรปฏิบัติตามค่ะ” พยาบาล |
| นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล | “สิ่งที่อยากให้คนขับรถปฏิบัติตัว คือต้องมีหน้ากาก เจลแอลกอฮอล์ การใส่ถุงมือก็สำคัญ” ผู้บริหาร |
| | “โรงเรียนต้องคอยเตือนคนขับรถ หากพบว่าไม่ปฏิบัติตามกฎที่โรงเรียนกำหนด” ครู |
|  | “เป็นสิ่งที่ยากให้มีมาก ๆ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปกครอง และสร้างความมั่นใจให้กับครูและนักเรียนด้วย” ครู |
| นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล | “ตอนนี้ควรที่จะต้องมีการฉีดพ่นฆ่าเชื้อทั้งตอนพักกลางวันและตอนเย็น หลังเลิกเรียนทุกวัน” ผู้บริหาร |
| | “เห็นด้วยกับภาพนี้เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ” พยาบาล |
| | “ควรที่จะมีการพ่นฆ่าเชื้อเป็นประจำค่ะ” ผู้ปกครอง |

| ภาพและแหล่งที่มา | ความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชน |
|--|---|
|  <p>นำเสนอภาพ: ผู้ปกครอง</p> | <p>“ผู้ปกครองขอบพระคุณ ได้เห็นทุกอย่างว่าลูกทำอะไรอยู่ เรียนหรือทำกิจกรรมอะไรบ้าง และไปเล่นใกล้ชิดกับใครบ้าง” ผู้ปกครอง</p> <p>“กล้องวงจรปิดเป็นสิ่งที่ควรจะมี เราจะได้ย้อนดูเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ แต่มันก็เป็นผลลบเหมือนกัน ทำให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมมากเกินไป ครูเกิดความอึดอัดในการปฏิบัติงาน และยังขาดในเรื่องของงบประมาณ” ผู้บริหาร</p> <p>“อย่างน้อยโรงเรียนเราก็มีในบางจุดที่สำคัญไม่จำเป็นต้องมีทุกห้องเรียน” พยาบาล</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: พยาบาล</p> | <p>“เป็นสิ่งที่ต้องแจ้งให้ผู้ปกครองเตรียมสิ่งเหล่านี้ให้กับเด็ก ในการมาโรงเรียน” ครู</p> <p>“ควรแจ้งผู้ปกครองให้เตรียมอุปกรณ์ให้ครบ และเพียงพอสำหรับใช้เปลี่ยนในแต่ละวัน” พยาบาล</p> <p>“อยากให้โรงเรียนเตรียมเผื่อไว้ใช้ยามฉุกเฉินด้วยค่ะ” ผู้ปกครอง</p> <p>“เป็นสิ่งที่ดีและควรจะทำอย่างยิ่ง” ผู้บริหาร</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ผู้บริหาร</p> | <p>“ตอนนี้ทางโรงเรียนได้มีการจัดโซนแยกเด็กที่มีความเสี่ยงออกจากเด็กปกติให้เรียบร้อยแล้ว” ผู้บริหาร</p> <p>“ควรเพิ่มแนวทางการปฏิบัติเมื่อต้องส่งต่อให้กับทีมแพทย์ให้ชัดเจน รวมถึงการติดต่อประสานงานกับผู้ปกครองของเด็ก” พยาบาล</p> <p>“ดีจังเลยคะ ที่มีห้องแยกเด็กเสี่ยงออกจากเด็กปกติ” ผู้ปกครอง</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ครูผู้ดูแล</p> | <p>“สิ่งจำเป็นที่ต้องทำ ควรทำทุกครั้งก่อนเข้าโรงเรียน และก็ก่อนเข้าห้องเรียนภายหลังการทำกิจกรรมนอกห้องเรียน” ผู้บริหาร</p> <p>“ตอนนี้เห็นตามโรงเรียนใหญ่ๆ ใช้ระบบอินฟราเรดแค่นักเรียนเดินผ่านก็สแกนได้เลย” พยาบาล</p> <p>“ตอนนี้เราก็มีการวัดทั้งช่วงเช้า หลังพักเที่ยง และช่วงที่เด็กออกไปทำกิจกรรมนอกห้องเรียน” ครู</p> <p>“ควรมีการตรวจทุกวันทั้งก่อนเข้าโรงเรียนและระหว่างวัน” ปกครอง</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: พยาบาล</p> | <p>“หากไม่ได้ล้างมือบ่อย ก็ให้ครูเป็นคนแจกเจลแอลกอฮอล์ให้เด็กทุกครั้งที่มีการเข้าออกภายในห้องเรียน” พยาบาล</p> <p>“ในความเป็นจริงเด็กไม่ได้ล้างมือบ่อย ๆ เราจะแก้ปัญหาที่ยังไงดี” ผู้บริหาร</p> <p>“บางที่เด็กนั่งที่พื้นก็เอามือถูพื้นเล่น ภาพนี้เป็นสิ่งที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการเน้นย้ำให้เด็กล้างมือบ่อย ๆ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการใช้อุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ ร่วมด้วย” ครู</p> |

| ภาพและแหล่งที่มา | ความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชน |
|---|--|
| | <p>“เด็กจะชอบเอามือไปแคะจมูก จับที่ตา จับปาก อันนี้ต้องคอยเน้นให้เด็กล้างมือจริง ๆ”</p> <p style="text-align: right;">ผู้ปกครอง</p> |
|  <p>ช่องทางติดต่อสื่อสาร</p> <p>นำเสนอภาพ: ผู้ปกครอง</p> | <p>“เป็นการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร ผู้ปกครองสามารถแจ้งทางโรงเรียนได้ว่ามีพื้นที่เสี่ยงตรงไหนบ้างที่มีคนติดเชื้ออยู่ ณ ตอนนี้”</p> <p style="text-align: right;">ผู้ปกครอง</p> <p>“มีการโทรสอบถามกับผู้ปกครองว่าละแวกบ้านมีคนที่มีเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือไม่”</p> <p style="text-align: right;">ครู</p> <p>“ควรมีแบบคัดกรองสำหรับผู้ปกครองเพื่อทำการคัดกรองในช่วงเสาร์อาทิตย์หรือมีการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง”</p> <p style="text-align: right;">พยาบาล</p> <p>“เราสามารถชี้แจง ข้อมูลต่าง ๆ ให้ผู้ปกครองทราบได้ด้วยเกี่ยวกับมาตรการของโรงเรียน หรือแนวทางต่าง ๆ”</p> <p style="text-align: right;">ผู้บริหาร</p> |
|  <p>นำเสนอภาพ: ผู้ปกครอง</p> | <p>“เป็นสิ่งที่ดี ที่ทำให้ผู้ปกครองลดความกังวลลงได้ หากโรงเรียนสามารถปฏิบัติได้ชัดเจน”</p> <p style="text-align: right;">ผู้ปกครอง</p> <p>“อันนี้โรงเรียนทำให้อยู่แล้วอยู่ที่ครูร่วมกันปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด”</p> <p style="text-align: right;">ผู้บริหาร</p> <p>“โรงเรียนมีมาตรการการดูแลและป้องกันเมื่อมีการเปิดภาคเรียน”</p> <p style="text-align: right;">ครู</p> |

เมื่อทีมนักวิจัยชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นบนกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำความคิดเห็นของทีมนักวิจัยร่วมกันวิเคราะห์และประเมินความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญในการดูแลเด็กช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความสำคัญสูงสุด 10 ลำดับแรกจากภาพทั้งหมด 25 ภาพ ซึ่งผลการลงมติของกลุ่ม พบว่า รายการที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 1 คือ การเดินทางไป-กลับโดยรถรับ-ส่งของนักเรียน รองลงมาคือ การรับประทานอาหารของนักเรียนในโรงอาหาร และการพ่นยาฆ่าเชื้อในโรงเรียน ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 4.14

ตาราง แสดงผลการประเมินความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญในการดูแลเด็กช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมนักวิจัยชุมชน

| ลำดับความสำคัญ | รายการการประเมินความต้องการจำเป็น | คะแนนลำดับความสำคัญ |
|----------------|-----------------------------------|---------------------|
|----------------|-----------------------------------|---------------------|

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | การเดินทางไป-กลับโดยรถรับ-ส่งของนักเรียน | 10 |
| 2. | การรับประทานอาหารของนักเรียนในโรงอาหาร | 10 |
| 3. | การพ่นยาฆ่าเชื้อในโรงเรียน | 10 |
| 4. | การตรวจหาเชื้อโควิดด้วย ATK | 10 |
| 5. | การทิ้งขยะ/การแยกขยะติดเชื้อ | 10 |
| 6. | การดูแลของผู้ปกครอง/การเล่นของเด็กกับผู้อื่นเมื่ออยู่บ้าน | 9 |
| 7. | การทำกิจกรรมนอกห้องเรียน | 9 |
| 8. | การนอนกลางวันของเด็กปฐมวัย | 9 |
| 9. | การล้างมือและใช้อุปกรณ์ป้องกันของนักเรียนและครู | 9 |
| 10. | โรงเรียนอยู่ใกล้ตลาด เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ | 8 |

หมายเหตุ: รายการที่มีคะแนนเท่ากัน ตัดสินโดยการนำรายการดังกล่าวมาลงมติอีกครั้งจากที่มนักวิจัยชุมชน

หลังจากที่มนักวิจัยชุมชนร่วมกันวิเคราะห์และประเมินความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญในการดูแลเด็กช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ที่มนักวิจัยชุมชนร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นขั้นตอนต่อไปของกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

ขั้นตอน 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์

การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ในขั้นตอนนี้มนักวิจัยและที่มนักวิจัยชุมชนได้กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาหลักสูตรของตนเอง กำหนดขอบเขตของหลักสูตรและผลลัพธ์ที่คาดหวังและสามารถวัดได้ โดยผลที่ได้ภายหลังจากการร่วมกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ พบว่า ที่มนักวิจัยชุมชนได้ร่วมกันสรุปและกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาหลักสูตรในครั้งนี้ คือ ได้หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีเป้าหมายของการพัฒนาหลักสูตร คือ เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแล้ว ครูผู้ดูแลเด็กและบุคลากรมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของเด็กเพิ่มขึ้น จนทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถให้การดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ และกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ประกอบด้วย 1) เพื่อสร้างความตระหนักให้กับครูผู้ดูแลเด็กและบุคลากรในโรงเรียนในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กและบุคลากรในโรงเรียนมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพในการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 3) เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กและบุคลากรสามารถ

ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน

เมื่อทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาหลักสูตร แล้ว นักวิจัยได้ให้ทีมนักวิจัยชุมชนร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตรสำหรับการจัดอบรมให้ ครูผู้ดูแลในโรงเรียน ซึ่งเป็นขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในลำดับต่อไป

ขั้นตอน 3 การกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตร

ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยและทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตร ซึ่งในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ในการนัดประชุมของนักทีมนักวิจัยในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำแนวทางการเสริมพลัง เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ทุกคนในทีมนักวิจัยชุมชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและมีความภาคภูมิใจที่หลักสูตรนี้เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกคนในทีมรายละเอียดดังนี้

3.1) ผลที่ได้จากการดำเนินการในการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตรฉบับร่างที่ 1

กระบวนการดำเนินการในการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตรฉบับร่างที่ 1 เป็นหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งสิ้นจำนวน 3 ครั้ง เริ่มตั้งแต่การกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ตลอดจนการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ที่เหมาะสม ในกระบวนการนี้ได้มีสมาชิกในทีม 2 คน รับผิดชอบในการพัฒนาหลักสูตรฉบับร่างที่ 1 ขึ้น ได้แก่ พยาบาล และครูผู้ดูแลA สำหรับผู้บริหารและนักวิจัยจะเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการร่างหลักสูตร ส่วนผู้ปกครองจะเป็นผู้ร่วมให้ข้อเสนอแนะในช่วงที่มีการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรของทีมนักวิจัยชุมชนอีกครั้งหนึ่ง โดยการพัฒนาหลักสูตรฉบับร่างที่ 1 ใช้ระยะเวลาในการรวบรวมเนื้อหา ออกแบบกิจกรรม และการประเมินผลในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ เป็นเวลาทั้งหมด 1 เดือน ผลที่ได้จากการดำเนินการในการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตรฉบับร่างที่ 1 ได้หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยหน่วยการเรียนรู้ 4 หน่วย ดังนี้

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 ความสามารถในการสืบค้นและการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การเตรียมความพร้อมการเปิดเรียนของโรงเรียน

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 แผนเผชิญเหตุรองรับสถานการณ์เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019

หลังจากได้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นเป็นฉบับร่างที่ 1 เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบและ
จัดส่งให้กับทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนได้ทำการศึกษาหลักสูตรล่วงหน้าก่อนนัดประชุมอีกครั้ง เพื่อ
ปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรเป็นฉบับร่างที่ 2

3.2) ผลที่ได้จากการดำเนินการในการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตรฉบับร่างที่ 2

กระบวนการดำเนินการในการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตรฉบับร่างที่ 2 ผู้วิจัยได้นัด
หมายให้ทีมนักวิจัยชุมชนมาประชุมร่วมกันอีกครั้ง เพื่อทบทวนเนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผล
ของหลักสูตรทั้งหมดอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้ทุกคนได้อภิปรายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ
หลักสูตรฉบับร่างที่ 1 ก่อนที่จะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ผลที่ได้จากการดำเนินการในการ
กำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตรฉบับร่างที่ 2 พบว่าทีมนักวิจัยได้มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเนื้อหา
ของหลักสูตรรวมทั้งรูปแบบของกิจกรรมดังนี้

- ผู้บริหารโรงเรียน มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหาในหลักสูตรว่า หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น ณ
ขณะนั้นเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิดเป็นอย่างมาก ทำให้เป็นเรื่องที่น่าสนใจ ซึ่งขณะนี้
กระทรวงศึกษาธิการได้มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้กับโรงเรียนอย่างชัดเจนแล้ว ภายหลังจาก
เสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งก่อน ดังนั้นมีข้อเสนอแนะให้หลักสูตรมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม หาก
คำนึงถึงความยั่งยืนในการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ ควรที่จะเน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้มีแนวทางหรือวิธีการในสืบค้นข้อมูล การประเมิน
อาการเด็ก การแก้ไขปัญหาและสามารถดูแลเด็กในเบื้องต้นได้ ไม่ใช่แค่เรื่องของโควิดเท่านั้น และ
เสนอแนะให้มีการปรับระยะเวลาของการจัดอบรม เนื่องจากโรงเรียนมีนโยบายเน้นในเรื่องของความ
สมดุลระหว่างการทำงานกับเรื่องส่วนตัว จึงเห็นควรให้มีการปรับระยะเวลาในการอบรมให้มีความ
กระชับมากยิ่งขึ้น โดยหากกลยุทธ์หรือรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้ประโยชน์ตาม
เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้และยังสอดคล้องกับนโยบายของโรงเรียน

- ครูผู้ดูแล A เห็นด้วยกับผู้บริหารโรงเรียน เนื่องจากว่าโรงเรียนได้มีการเปิดทำการสอนไป
บ้างแล้ว ดังนั้นการที่จะจัดอบรมหลักสูตรนี้ให้กับครูผู้ดูแลน่าจะเป็นเรื่องที่ปฏิบัติกันอยู่แล้ว หลักสูตร
ที่ควรจัดอบรมน่าจะเป็นหลักสูตรที่คล้ายกับทีมนักวิจัยชุมชนได้รับการพัฒนาจากนักวิจัย ในการ
สืบค้นข้อมูล การประเมินสื่อ การเลือกนำข้อมูลไปปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้น่าจะเหมาะกับผู้เข้าอบรม
มากกว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กด้านไหน ถ้าครูมีสิ่งเหล่านี้ก็สามารถสืบค้นข้อมูล
และนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมือนกัน

- ครูผู้ดูแล B เห็นด้วยกับผู้บริหารโรงเรียน ควรมีการปรับหลักสูตรตามนั้นค่ะ
- ผู้ปกครอง C ใช้ อยากให้ครูทุกคนได้ทดลองปฏิบัติตั้งแต่การสืบค้นเหมือนที่เราทำกัน จะทำให้มีความมั่นใจในการเลือกนำข้อมูลมาใช้ ควรเพิ่มส่วนนี้ให้มากขึ้นค่ะ
- ผู้ปกครอง D เห็นด้วย น่าจะปรับเพิ่มเนื้อหาของหลักสูตรในส่วนของ การสืบค้นข้อมูล คิดว่าแนวปฏิบัติการป้องกันโควิดในหลักสูตรที่เขียนขึ้นมาดีมาก แต่เนื้อหาแน่นเกินไป ไม่แน่ใจว่าเนื้อหาบางส่วนจะได้นำมาใช้ทั้งหมดหรือไม่ อีกอย่างถ้าต่อไปมีโรคระบาดใหม่ขึ้น ครูจะได้สามารถนำวิธีการตรงนี้ไปใช้จะได้ดูแลเด็กได้ดีมากขึ้น

จากข้อเสนอแนะของทีมนักวิจัยชุมชนมีความคิดเห็นคล้ายกันว่าควรปรับปรุงหลักสูตรอีกครั้ง เป็นหลักสูตรฉบับร่างที่ 2 โดยพยาบาล และครูผู้ดูแล A คนเดิมที่รับหน้าที่ไปปรับหลักสูตรใหม่ โดยให้มีเนื้อหาที่เน้นเรื่องของการสืบค้นข้อมูล การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อนำไปปฏิบัติให้มากขึ้น นอกเหนือจากเรื่องของโควิด 19 เพิ่มเติม โดยการนำหลักสูตรไปปรับปรุงครั้งนี้ผู้ที่ทำหน้าที่ในการแก้ไขปรับปรุงเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นได้ส่งหลักสูตรฉบับปรับปรุงให้กับทีมนักวิจัยชุมชนได้ทำการ ศึกษาหลักสูตรล่วงหน้าก่อนมีการประชุมอีกครั้ง ผลที่ได้จากการดำเนินการในการกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตรฉบับร่างที่ 2 ในครั้งนี้ พบว่าทีมนักวิจัยทุกคนไม่มีการปรับปรุงเนื้อหาเพิ่มเติม และได้ปรับชื่อหลักสูตรเป็น “หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย” นอกจากนี้ผู้บริหารโรงเรียนยังได้กล่าวชมเชยทีมนักวิจัยชุมชนที่มีส่วนสำคัญที่ทำให้หลักสูตรมีรูปแบบการจัดกิจกรรมและเนื้อหาที่ดี อีกทั้งทีมนักวิจัยชุมชนยังรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนเองได้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาหลักสูตรฉบับร่างที่ 2 นี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำหลักสูตรที่พัฒนาจากทีมนักวิจัยชุมชนไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเป็นหลักสูตรที่พร้อมสำหรับนำไปทดลองใช้ ผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน พบว่าด้านความง่ายของหลักสูตร และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 ถึง 4.53 ตามลำดับ ส่วนด้านประโยชน์ที่ได้รับจากหลักสูตรมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่า 4.30 รายละเอียดดังตาราง

ตาราง แสดงผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรโดยผู้เชี่ยวชาญ (n = 5)

| หัวข้อการประเมิน | M | SD | ระดับ |
|--|------|------|-------|
| 1. ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากหลักสูตร | 4.30 | 0.49 | มาก |
| 1.1 หลักสูตรช่วยพัฒนาความสามารถในการสืบค้นข้อมูลและวิเคราะห์ | 4.00 | 0 | มาก |

| หัวข้อการประเมิน | M | SD | ระดับ |
|--|-------------|-------------|------------------|
| ความน่าเชื่อถือของข้อมูล | | | |
| 1.2 หลักสูตรช่วยเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมอบรมในการดูแลเด็ก | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |
| 1.3 หลักสูตรช่วยให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น | 4.00 | 0.71 | |
| 1.4 การเข้าร่วมอบรมหลักสูตรช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 1.5 กิจกรรมในหลักสูตรมีการยกตัวอย่างภาพเข้ามาส่วนร่วมทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจและมองเห็นปัญหาได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น | 4.60 | 0.89 | มากที่สุด |
| 1.6 กิจกรรมในหลักสูตรมีการนำกลยุทธ์การเสริมพลังเข้ามาใช้ และทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติภายหลังการอบรมได้มากขึ้น | 3.80 | 0.84 | มาก |
| 2. ด้านความง่ายของหลักสูตร | 4.67 | 0.47 | มากที่สุด |
| 2.1 กิจกรรมในหลักสูตรเป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจง่ายมากขึ้น | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |
| 2.2 กิจกรรมในหลักสูตรมีเนื้อหาที่น่าสนใจ | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 2.3 ผู้ดูแลเด็กสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในหลักสูตรได้ง่าย | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |
| 3. ด้านความเป็นไปได้ในการนำหลักสูตรไปใช้ | 4.53 | 0.38 | มากที่สุด |
| 3.1 กิจกรรมในหลักสูตรสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ปฏิบัติงานจริง | 4.80 | 0.45 | มากที่สุด |
| 3.2 ผู้เข้าร่วมหลักสูตรสามารถนำประสบการณ์ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการสืบค้นข้อมูลในเรื่องอื่น ๆ ที่ตนเองสนใจ | 4.20 | 0.45 | มาก |
| 3.3 หลักสูตรสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลเด็กได้ในสถานการณ์จริง | 4.60 | 0.55 | มากที่สุด |

หมายเหตุ แบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายหลังการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร ซึ่งมีทั้งในส่วนของการชมเชย และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตร ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น รายละเอียดดังนี้

ผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำชมเชยกับหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น ว่ามีเนื้อหาของหลักสูตรที่ครอบคลุม มีกิจกรรมในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ที่หลากหลาย วิธีการจัดกิจกรรมสอดคล้องกับเนื้อหา อุปกรณ์และสื่อที่ใช้มีความเหมาะสมตามสถานการณ์และมีการประเมินผลการจัดกิจกรรมในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ทำให้สามารถประเมินผลของการอบรมได้ชัดเจนมากขึ้น รายละเอียดดังนี้

“การแบ่งเนื้อหาหลักสูตรออกเป็น 5 หน่วยการเรียนรู้ มีความครอบคลุมชัดเจนดีและด้านวิธีการจัดกิจกรรม มีการเลือกใช้วิธีการที่หลากหลายเหมาะสมกับการอบรมแบบ onsite”
(ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1)

“ด้านกิจกรรมในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ได้มีการออกแบบให้ครูผู้ดูแลเด็ก ได้มีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติแล้ว อุปกรณ์และสื่อที่ใช้มีความหลากหลายและ เหมาะสมกับครูผู้ดูแลเด็กดี และมีการประเมินผลในแต่ละหน่วยกิจกรรม ทำให้ สามารถสรุปผลการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2)

“ด้านของเนื้อหาที่นำมาใช้ในหลักสูตรมีครอบคลุม ชัดเจนดี มีกิจกรรมให้ ผู้เข้าร่วมได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการประเมินมีความเหมาะสม โดยควรเน้นการ ปฏิบัติจริงและการร่วมกิจกรรมกลุ่ม” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3)

“ภาพรวมเนื้อหาที่มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับการดูแลเด็ก และ สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน มีวิธีการจัดกิจกรรมที่ช่วยให้เข้าร่วมการอบรมมี ความรู้และความเข้าใจการในดูแลเด็กมากขึ้น อีกทั้งเสริมสร้างความสามารถในการ ค้นหาค้นหาข้อมูลทางสุขภาพและช่วยเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น ในแต่ละ หน่วยการเรียนรู้ มีกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมการอบรมได้มีส่วนร่วม มีวิธีการที่ หลากหลายสอดคล้องกับเนื้อหา อุปกรณ์และสื่อที่ใช้มีเหมาะสมตามสถานการณ์” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4)

“เนื้อหาของหลักสูตรมีความครอบคลุม การให้ความรู้แบบยั่งยืน เพื่อให้มี ความรู้รอบแก่ผู้ดูแลเด็ก โดยเฉพาะครูในสถานศึกษา โดยหลักสูตรเริ่มให้รู้จักค้นคว้า และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาปรับใช้กับเด็กได้อย่างเหมาะสม เพราะหากผู้ดูแลไม่ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นจริงและทันสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปทุกวัน อาจส่งผลให้ การดูแลเด็กไม่มีประสิทธิภาพได้ จากนั้นเริ่มให้ความรู้ผ่านกลยุทธ์ต่าง ๆ ส่วนวิธีการ จัดกิจกรรม อุปกรณ์และสื่อมีความเหมาะสมแล้ว” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5)

นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตร ทั้งในส่วนของการเพิ่มเติมรายละเอียดของเนื้อหา วิธีการจัดกิจกรรม อุปกรณ์และสื่อ และการประเมินผล เพื่อให้ หลักสูตรนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รายละเอียดดังนี้

“ควรเพิ่มเนื้อหาในส่วนของการประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสาร และการ สื่อสารกับผู้ปกครอง เพราะสถานศึกษาเปรียบเสมือนแหล่งบริการที่มีความใกล้ชิด กับเด็กและครอบครัวมากที่สุดแหล่งหนึ่ง ที่ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ ง่าย และให้ความเชื่อถือในข้อมูลข่าวสารที่โรงเรียนประชาสัมพันธ์ ถ้ามีหน่วยการ เรียนรู้หรือเนื้อหาตอนหนึ่งตอนใดกล่าวถึงวิธีการสื่อสารกับสังคม ครอบครัว หรือ ผู้ปกครองได้ น่าจะทำให้ครอบคลุมชัดเจนมากยิ่งขึ้น และช่วยเป็นสื่อกลางในการ เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจนี้ได้ดี” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1)

“ด้านกิจกรรมควรเน้นการฝึกปฏิบัติให้ผู้เข้าอบรมได้ลองผิดลองถูก โดยเฉพาะหน่วยการเรียนรู้ที่ 3 และ 4 และหน่วยการเรียนรู้ที่ 5 ออกแบบกิจกรรมให้ผู้เข้าอบรมได้ทดลองสาธิตย้อนกลับ พร้อมให้ทีมผู้จัดให้ข้อมูลสะท้อนกลับ”

(ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2)

“ควรเพิ่มสื่อที่ครูสามารถหาความรู้เพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง เช่น การใส่ QR code ของเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพเด็กและน่าเชื่อถือ เพื่อประกอบการอบรมให้มีความน่าสนใจมากขึ้น”

(ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3)

“เนื้อหาในส่วนของในหน่วยการเรียนรู้ที่ 1 ควรยกตัวอย่างแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่หลากหลายมากขึ้น เช่น Facebook Youtube หรือ Tiktok เป็นต้น ซึ่งเป็นช่องทางที่แพร่หลายในปัจจุบัน เพื่อร่วมกันประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล”

(ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4)

“เนื้อหาของหลักสูตรอยากให้เพิ่มการสอนการเข้าถึง website ที่เป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือ สสส. ไปด้วยเลยเพราะมีข้อมูลที่อัปเดตและน่าเชื่อถือสำหรับด้านกิจกรรมอยากให้เพิ่มกิจกรรมให้ครูทดลองปฏิบัติจริงในส่วนที่ครูผู้อบรมจะต้องรับผิดชอบ เพื่อประเมินความเข้าใจและความสามารถในการนำไปใช้จริงหลังจบหลักสูตร”

(ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5)

หลังจากที่ได้ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนัดประชุมทีมนักวิจัยชุมชนเพื่อพิจารณาและอภิปรายถึงผลการประเมินที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผลการพิจารณาของทีมนักวิจัยชุมชน พบว่า ทุกคนเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด โดยทีมได้ร่วมกันปรับแก้ไขหลักสูตรให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากขึ้น จนได้หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย (ฉบับร่างที่ 3) เพื่อนำหลักสูตรไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรไปทดลองใช้

การนำหลักสูตรไปทดลองใช้ เป็นการนำหลักสูตรฉบับร่างที่ 3 ไปทดลองใช้กับกลุ่มครูผู้เข้าอบรมที่ดูแลเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้เตรียมทดลองใช้หลักสูตร โดยการหาผู้เข้าร่วมอบรม ผู้วิจัยได้ครูผู้เข้าอบรมตรงตามเกณฑ์ จำนวน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อประสานกับครูผู้เข้าอบรมเพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการจัดอบรม ข้อมูลทั่วไปของครูผู้เข้าอบรมหลักสูตร รายละเอียดดังตาราง

ตาราง แสดงข้อมูลทั่วไปของครูผู้เข้าอบรมหลักสูตร

| ครูผู้เข้าอบรม | อายุ | ระดับการศึกษา | ประสบการณ์การทำงาน | ประวัติการอบรม |
|----------------|----------|------------------|--------------------|----------------|
| ครูคนที่ 1 | 41-50 ปี | ปริญญาตรี | 11-15 ปี | ไม่เคย |
| ครูคนที่ 2 | 21-30 ปี | ปริญญาตรี | < 5 ปี | เคย |
| ครูคนที่ 3 | 21-30 ปี | ปริญญาตรี | 6-10 ปี | ไม่เคย |
| ครูคนที่ 4 | > 50 ปี | ต่ำกว่าปริญญาตรี | > 15 ปี | เคย |
| ครูคนที่ 5 | 31-40 ปี | ปริญญาตรี | < 5 ปี | เคย |

ผลการประเมินความพึงพอใจภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมจากครูผู้เข้าอบรม

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมอบรมเป็นรายบุคคลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการจัดอบรมหลักสูตรครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงหลักสูตรให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยรวมผู้เข้าอบรมระบุว่าได้รับประโยชน์จากหลักสูตรนี้ เนื่องจากเป็นหลักสูตรที่มีความกระชับ มีการปฏิบัติเป็นกลุ่ม และได้ฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมได้เป็นอย่างดี สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงหลักสูตร ผู้เข้าอบรมทั้งหมดกล่าวว่า เป็นหลักสูตรที่ดีแล้ว จึงไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม รายละเอียดดังนี้

“คู่มือที่ทำมามันกระชับ อะไรที่เราไม่รู้มันหาเจอแล้วก็รู้เลย อ่านง่าย เดิมเราไม่รู้ที่เราต้องหาข้อมูลอะไร ตอนนี่เราก็ดูเลยว่ามันของที่ไหน พอเป็นของโรงพยาบาล เออมันน่าเชื่อถือ เราถึงกดเข้าไปดู”
ครูคนที่ 1

“ได้รู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กมากขึ้น ทั้งพวกเป็นโควิด เป็นไข้ หรือโรคต่าง ๆ เราก็ดูจากคู่มือเราก็รู้ว่าเราจะไปปฏิบัติกับเด็กยังไง การที่เด็กเกิดอาการต่าง ๆ เราหาข้อมูล แล้วก็เอาใช้ได้โดยตรงเลย มันก็ทำให้ประทับใจ หลักสูตรนี้ดีมาก เวลากระชับเนื้อหาเหมาะสมแล้ว บางส่วนที่เราตามไม่ทัน ก็ได้บ้าง ๆ ในทีมช่วยเรียนไปด้วยมันเลยรู้สึกโอเคกว่า เพราะถ้าทำคนเดียวคงทำไม่ทัน”
ครูคนที่ 2

“เราได้อ่านโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความรู้ในการหาข้อมูล ใช้คำกระชับ หาได้จริง การที่เราเอาเทคนิคไปหาข้อมูลได้เร็วขึ้น ประเมินได้ด้วยว่าน่าเชื่อถือไหม เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย แล้วก็ฝึกทำจริง ๆ พอทำเป็นกลุ่มเราก็มั่นใจมากขึ้น”
ครูคนที่ 3

“ความรู้ที่ได้รับเป็นเรื่องการดูแลอาการเจ็บป่วยของเด็กทั้งโควิด และโรคอื่น ๆ เป็นการดูแลเบื้องต้น ว่าเราจะต้องดูแลเด็กยังไง ในการค้นหาใน google เราก็รู้ว่าจะใช้คำสำคัญอะไร แล้วก็ประเมินได้ว่าเชื่อถือได้มั้ย สิ่งที่ชอบมากคือคู่มือ มันอ่านแล้วรู้เรื่อง ปฏิบัติได้เลย หลักสูตรที่เอามาถือถือว่าดีมาก”
ครูคนที่ 4

“เราได้รับเรื่องการดูแลเด็กเบื้องต้นให้เราแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ การสอนวิธีแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เวลาที่เด็กไม่สบายหรือเกิดเหตุต่าง ๆ ข้อมูลที่ใช้ได้จริง คือ คู่มือมันกระชับ อ่านรู้เรื่อง แล้วก็มีเทคนิคการหาข้อมูลให้ด้วย” ครูคนที่ 5

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล

ในขั้นตอนนี้เป็นดำเนินการของผู้วิจัยร่วมกับทีมนักวิจัยชุมชน เพื่อทำการประเมินผลการดำเนินการจัดอบรมหลักสูตร วิเคราะห์และทำการสรุปหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงจนได้หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย (ฉบับสมบูรณ์) ผลได้จากการร่วมกันวิเคราะห์และประเมินภายหลังการเสร็จสิ้นกิจกรรมพบว่าหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมีความกระชับ เหมาะสมกับการพัฒนาครูผู้ดูแลให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น ไม่มีการปรับปรุงหลักสูตรเพิ่มเติม แต่อยากให้ขยายผลไปถึงการจัดอบรมให้กับกลุ่มผู้ปกครองในอนาคตต่อไป รายละเอียดการประเมินผลมีดังนี้

“ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรม ค้นหาข้อมูล ประเมินความน่าเชื่อถือ การสวมบทบาทสมมุติในการวิเคราะห์อาการ โรค และสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ คู่มือมีเนื้อหาเหมาะสม และการให้กลยุทธ์ในการสืบค้นข้อมูล กิจกรรมพวกนี้ ตอนที่เรากำหนดเองในกลุ่มมันเป็นไปอย่างช้า ๆ เพราะเราต้องเรียนรู้เองไปพร้อม ๆ กัน แต่ตอนนี้เราเอาประสบการณ์มาปรับในหลักสูตร โดยทุกกลุ่มมีทีมของเราอยู่ด้วยเหมือนเป็นที่เลี้ยงให้เขาแล้วเรียนรู้ไปด้วยกัน ส่งเสริมกระตุ้นกัน อะไรที่เกิดปัญหาที่ช่วยเหลือแก้ไข และอีกอย่างทุกคนประทับใจกิจกรรมของเราสั้น กระชับ ไม่รบกวนเวลาเขามาก ทำให้ทุกคนมีใจที่จะเข้าร่วม นอกจากนี้ ในการทำกิจกรรมกับครูกลุ่มอื่น การจัดกิจกรรมอาจจะมีการโปรแกรม หรือแพลตฟอร์มเข้ามาเสริมให้มากขึ้น ถ้าครูที่เข้าร่วมมีความคล่องตัวในการใช้งานของพวกนี้ แต่ถ้าเป็นในคราวนี้คิดว่าเหมาะสมแล้ว เพราะครูค่อนข้างมีอายุมาก บางที่ไม่ถนัดใช้ ก็ต้องยึดหยุ่นตามกลุ่มเป้าหมายของเราด้วย” ผู้บริหาร

“ในกรณีที่มีครูที่เข้ามาใหม่ อาจจะต้องออกแบบให้มีการจัดทำหลักสูตรเพื่ออบรมให้ครูมีความรู้พื้นฐาน เพื่อให้เท่าเทียมกับคนที่ผ่านการอบรมมาแล้ว” ครูผู้ดูแล A

“หลักสูตรนี้ดี เวลากระชับ เหมาะกับการนำมาพัฒนาครูในโรงเรียน ต่อไปทุกคนสามารถหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กได้ดีมากขึ้น อีกอย่างเราเห็นพัฒนาการของครูตอนที่ให้สืบค้นข้อมูลเองแตกต่างจากหลังที่เราสอนอย่างเห็นได้ชัด” ครูผู้ดูแล B

“เนื้อหาที่มีความชัดเจน แต่อยากให้นำเนื้อหาที่เราร่วมกันทำเป็นคู่มือเอาขยายไว้ในห้องเรียนหรือที่ที่เห็นหรือสืบค้นได้ง่าย เพื่อให้ครูนำความรู้ไปใช้จริง โดยไม่ต้องเปิดคู่มือ การที่มีครูเข้ามาใหม่ พวกเราในฐานะที่มีวิจัย ก็สามารถจัดอบรมหลักสูตรพวกนี้ขึ้นมาเองได้ โดยอาจจะมีการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในตอนนั้น ๆ ด้วย เชื่อว่าพวกเราก็สามารถทำหลักสูตรอบรมกันเองได้”

พยาบาล

“อยากให้นำความรู้พวกนี้ไปอบรมกับผู้ปกครองให้เขามีความรู้เท่าเทียมกับพวกเรา จะได้ช่วยกันดูแลลูกหลานอย่างถูกวิธี โดยอาจหาโอกาสที่เหมาะสม ใช้เวลาสั้น ๆ เพื่อร่วมกันทำกิจกรรม จะได้เป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น”

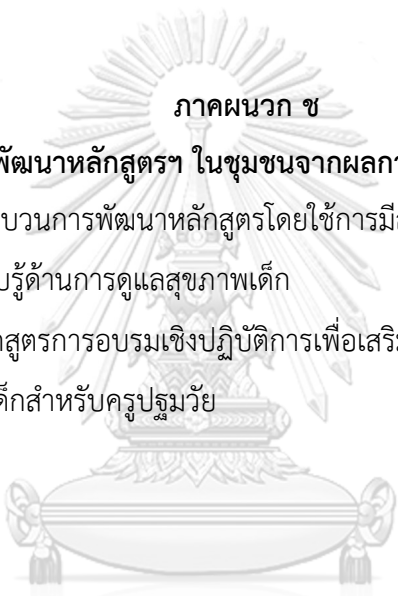
ผู้ปกครอง C

“ชอบ มันทำให้เรามีความรู้มากขึ้นในการดูแลลูกหลานของเรา คู่มืออะไร ๆ ก็กระชับ ครูในกลุ่มก็สนใจเข้าร่วมกิจกรรมอย่างดี”

ผู้ปกครอง D

ขั้นตอนที่ 6 การปรับปรุงหลักสูตร

เมื่อเสร็จสิ้นการประเมินผลกระบวนการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรในครั้งนี้ ผู้วิจัยกล่าวสรุปว่า ทีมนักวิจัยชุมชนมีความคิดเห็นตรงกันว่าหลักสูตรฉบับร่างที่ 3 ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ปรับปรุงสามารถนำหลักสูตรนี้ไปใช้กับผู้ดูแลกลุ่มอื่นได้เพียงแต่ปรับเนื้อหาในหลักสูตรหากมีประเด็นอื่นที่เป็นปัจจุบันและเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าหลักสูตรฉบับร่างที่ 3 เป็นหลักสูตรฉบับสมบูรณ์ ที่มีชื่อว่า “หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย” (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ข)



ภาคผนวก ข

คู่มือการพัฒนาหลักสูตรฯ ในชุมชนจากผลการพัฒนาหลักสูตร

- คู่มือกระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเพื่อเสริมพลัง
ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก
- คู่มือหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแล
สุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล :
กรณีศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

ภัทร์พิชชา ครุทางคะ

บทนำ

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กให้มีสุขภาวะที่ดี ควรที่จะได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับเด็ก ดังนั้นหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับครูผู้ดูแลเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กได้รับการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะต่าง ๆ สามารถปฏิบัติงานดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

หลักสูตรที่ใช้ในการฝึกอบรมและส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทัศนคติ และทักษะของผู้ดูแลเด็ก ควรเกิดจากความต้องการหรือสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการได้รับการแก้ไขในแต่ละบริบทพื้นที่ ซึ่งในแต่ละพื้นที่หรือชุมชนนั้นผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นสาเหตุที่ต้องมีการพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยเกิดขึ้นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการดูแลเด็กในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตร ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และเกิดความรู้สึกรับเป็นเจ้าของผลงานและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

เนื้อหาในคู่มือนี้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาหลักสูตรโดยเน้นการส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และได้นำรูปแบบการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลเข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาหลักสูตร เพื่อช่วยให้เข้าใจสภาพปัญหาที่เป็นอยู่จริงในชุมชนและร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับดูแลเด็กในชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น

การจัดทำคู่มือกระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล มีสาระความรู้เกี่ยวกับ 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร และการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล และ 2) ขั้นตอนวิธีการพัฒนาหลักสูตร พร้อมทั้งยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่ปฏิบัติจริงในชุมชน ผู้เขียนหวังว่าจะทำให้ครูผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้นำแนวทางของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลมาเป็นข้อมูลประกอบการจัดกิจกรรมพัฒนาหลักสูตรในชุมชนได้อีก

✍ ก่อนเริ่มกระบวนการพัฒนาหลักสูตรมาประเมินความต้องการกันสักหน่อย....

- ในชุมชนของท่านยังประสบกับปัญหาการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม และมีความต้องการที่จะปรับปรุงแก้ไข
- ท่านต้องการพัฒนาหลักสูตรเป็นของตนเอง เพื่อแก้ปัญหาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- ปัญหาที่ท่านต้องการจะพัฒนาปรับปรุง อยากให้มีการศึกษาความต้องการหรือสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนของท่าน
- ท่านอยากให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบ/พัฒนาหลักสูตรเพื่อให้เหมาะสมกับชุมชนของท่าน
- ท่านอยากให้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ได้จริงและตรงกับบริบทชุมชน

** หากท่านประเมินแล้ว พบว่าในชุมชนของท่านยังมีปัญหาเรื่องของปฏิบัติงานหรือการดูแลคนในชุมชนที่ไม่เหมาะสมและยังไม่มีหลักสูตรฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น มีความต้องการที่จะพัฒนาหรือปรับปรุงให้ดีขึ้น ที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นอยู่จริงในชุมชน มีความประสงค์ที่จะออกแบบหรือพัฒนาหลักสูตรเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงานหรือดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการในชุมชนของท่านมากที่สุด เรามีแนวทางสำหรับการพัฒนาหลักสูตรที่จะนำเสนอให้กับท่านในลำดับต่อไป

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ก่อนอื่นท่านจะต้องมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร เพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาและสามารถติดตามขั้นตอนการดำเนินงานได้อย่างราบรื่น ในส่วนของความรู้เบื้องต้น ท่านจะต้องทราบเกี่ยวกับ การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล กลยุทธ์การเสริมพลัง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและทักษะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตร กระบวนการพัฒนาหลักสูตร พร้อมกรณีศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

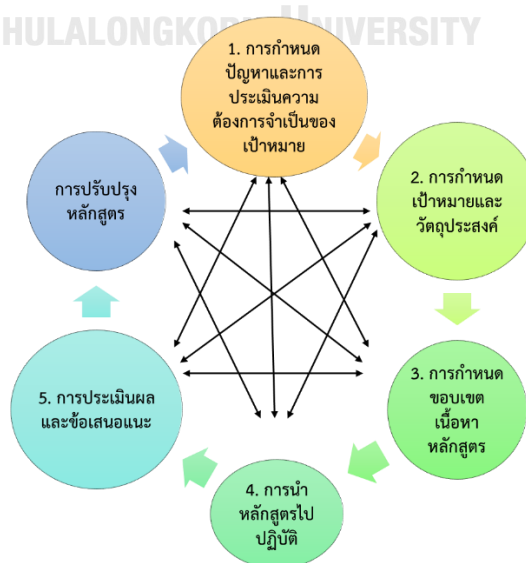
การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร เป็นการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรเดิมที่มีอยู่ให้ดีขึ้น หรือจัดทำหลักสูตรใหม่โดยที่ไม่มีหลักสูตรเดิมอยู่ก่อน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ ทั้งการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การกำหนดขอบเขตเนื้อหาของหลักสูตร การวัดและการประเมินผล เพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ โดยอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดหรือทั้งระบบ หรือเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงบางส่วนก็ได้ (Good, 1973; Saylor, Alexander, & Lewis, 1981; Stutt, 2018; Taba, 1962)

1.1 ความสำคัญของการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร เป็นการนำผลการวิจัยไปเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนานวัตกรรม สามารถพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเข้ามาช่วยในการพัฒนานวัตกรรมให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งได้นวัตกรรมตามที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพที่มาจากรากฐานขององค์ความรู้ที่มีข้อมูลสนับสนุนอย่างแข็งแกร่ง ทำให้ได้นวัตกรรมที่สามารถใช้งานได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (มารุต พัฒนาผล, 2562)

1.2 ขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตร

ขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตรมีนักวิชาการได้เสนอขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตรไว้แตกต่างกัน แต่ในคู่มือกระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลนี้ ใช้ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรของ Chen et al. (2019) เนื่องจากมีขั้นตอนที่ชัดเจนและนิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาหลักสูตรทางด้านสุขภาพ มาบูรณาการร่วมกับการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร (curriculum research and development) เพื่อให้ได้หลักสูตรที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังแผนภาพ 1



แผนภาพ 1 ขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย เป็น การระบุปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นที่ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ ประเมินจาก ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทรัพยากรที่มีอยู่และสภาพแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมาย ต้องเข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย วัฒนธรรมของสังคม และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าถึงความรู้ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตร นอกจากนี้ความเต็มใจในการมีส่วนร่วม การรับรู้ถึง ความสำเร็จอาจมีผลกระทบต่อการพัฒนาหลักสูตรเช่น หากมีการใช้หลักสูตรออนไลน์ควรมีการ ประเมินความพร้อมในการทำงานของอุปกรณ์และคุณภาพของสัญญาณอินเทอร์เน็ต

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ เป็นการกำหนดเป้าหมายอย่างมี ทิศทาง มีการกำหนดขอบเขตของหลักสูตรและสามารถวัดผลได้ตามที่คาดหวัง ซึ่งจะสอดคล้องกับ ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ทำให้ได้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนมากขึ้น กลุ่มเป้าหมายควรมี ส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร เป็นการเลือกกลยุทธ์และเนื้อหาเข้ามาอยู่ ในหลักสูตร และตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ กลยุทธ์ที่นำมาใช้มีหลากหลายวิธีที่สามารถช่วยใน การส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้และจัดการกับความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมาย หากรู้จักกลยุทธ์ที่ หลากหลายจะช่วยให้การเลือกและตัดสินใจออกแบบหลักสูตรได้ดี

ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ เป็นการนำหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติหรือทดลอง เป็นโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรให้เหมาะสมตามประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง การนำไปปฏิบัติควรเลือกวิธีที่ช่วยสร้างความยั่งยืน คำนึงถึงความเป็น เจ้าของของกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล เป็นการประเมินการพัฒนาหลักสูตรว่าประสบความสำเร็จ หรือไม่ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร โดยประเมินตั้งแต่โครงสร้างของหลักสูตร ประเมินกระบวนการ นำไปปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ความพึงพอใจของ กลุ่มเป้าหมาย และสิ่งที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม คือ การเสนอแนวทางการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 6 การปรับปรุงหลักสูตร เป็นการปรับปรุงหลักสูตรภายหลังที่มีกระบวนการ ประเมินหลักสูตรแล้ว เพื่อให้ได้หลักสูตรฉบับสมบูรณ์ที่มีปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล

การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล เป็นการดึงดูดให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศหรือการสื่อสารสมัยใหม่ เพื่อให้เกิดการนำเสนอข้อมูลหรือแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากการสัมภาษณ์แบบเดิม การสร้างข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลยังช่วยลดระยะเวลาในสำรวจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น (Mitchell & Sommer, 2016) สามารถทำให้เกิดความผูกพันและแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อปัญหาดังกล่าว ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลและความรู้โดยผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่หลากหลายจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Williamson & Hague, 2009)

รูปแบบการมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล

การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัลนั้นมีหลายรูปแบบ อาทิ การเล่าเรื่องโดยใช้สื่อดิจิทัล (digital storytelling) เสียงจากภาพ (photovoice) วิดีโอแบบมีส่วนร่วม (participatory video) การวาดแบบมีส่วนร่วม (participatory drawing) และการสร้างแผนที่แบบมีส่วนร่วม (participatory mapping) ในส่วนนี้จะขอกกล่าวถึงเพียง 2 รูปแบบที่นำมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตร รายละเอียดดังนี้

1) เสียงจากภาพ (photovoice) เป็นการถ่ายภาพถ่ายเพื่ออธิบายเรื่องราวสำคัญ ทำให้บุคคลสามารถคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับชุมชนของตนเองได้อย่างมีวิจารณญาณมากขึ้นจากภาพที่เห็น โดยภาพจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการสนทนาร่วมกันของกลุ่มบุคคลเพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากขึ้น และทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนาเกิดความรู้สึกร่วม (Freire, 1973; Strack, Magill, & McDonagh 2004; Wang & Burris 1997)



2) วิดีโอแบบมีส่วนร่วม (participatory video) เป็นรูปแบบที่ใช้วิดีโอเป็นสื่อสำคัญในการทำให้คนในชุมชนรวมตัวกันเพื่อสำรวจปัญหาหรือบอกเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ทำให้เกิดการสื่อสารร่วมกันและแก้ไขปัญหาในชุมชน (Sandercock & Attili 2010; Waite & Conn 2011) อีกทั้งยังช่วยในการสื่อสารให้กับผู้ที่ไม่สามารถเขียนหรืออ่านหนังสือได้อีกด้วย (Haynes & Tanner, 2015)

3. กลยุทธ์การเสริมพลัง

การเสริมพลังนั้นมีกลยุทธ์ในการทำให้บุคคลมีความสามารถหรือรับผิดชอบต่อการพัฒนาและการเรียนรู้ของตนเอง ซึ่งกลยุทธ์ของการเสริมพลัง (DialogueWORK, 2020) มีดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การที่บุคคลได้มีการกำหนดหรือวางเป้าหมายร่วมกับผู้อื่น จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2) การกำหนดขอบเขตที่ชัดเจน การกำหนดขอบเขตให้ชัดเจน และเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

3) ความสมดุลของทิศทางและการสนับสนุน เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น เพื่อนำมาพิจารณาถึงความสามารถและความต้องการในการให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ และพร้อมที่จะให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติ

4) การมอบหมายหน้าที่ บุคคลจะมีพลังมากขึ้นเมื่อมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของหรือรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย

5) การให้อิสระ ให้อิสระในการปฏิบัติ ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดพลาด และติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในเวลาที่สำคัญ

6) การให้กำลังใจ เมื่อบุคคลทำงานได้ดี การให้กำลังใจจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่สำคัญให้งานสามารถดำเนินต่อไปได้ เปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาสในการเรียนรู้ เรียนรู้จากความผิดพลาดของตนเอง โดยอาจต้องมีการระบุถึงระดับของความผิดพลาดว่าระดับใดที่ยอมรับได้หรือยอมรับไม่ได้

7) การเปิดโอกาสให้เรียนรู้และแสดงความสามารถ เปิดโอกาสให้บุคคลได้ฝึกและปฏิบัติในงานที่ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ จะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น การมอบหมายงานที่ยากขึ้นเรื่อย ๆ จะเป็นการพัฒนาทักษะความสามารถและมีความเชี่ยวชาญมากขึ้น

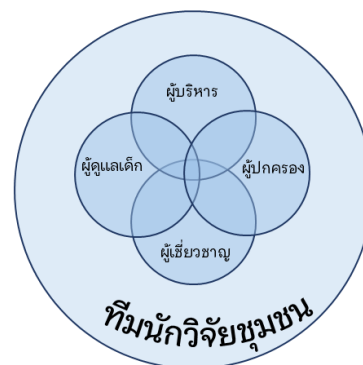
8) การส่งเสริมการทำงานร่วมกัน กระตุ้นให้ทำงานร่วมกับบุคคลอื่น จะช่วยให้ได้รับประสบการณ์ที่หลากหลายและพัฒนาความรู้และทักษะของตนเองมากขึ้น

9) การสื่อสาร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของบุคคลอื่น เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ เคารพในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน

10) การฉลองความสำเร็จ เมื่อบุคคลสามารถแก้ไขปัญหาจนบรรลุเป้าหมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสร้างคุณค่าในตัวบุคคล อาจจะเป็นในรูปแบบของรางวัลหรือการทำให้เกิดความสบายใจหลังจากประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติ

4. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและบทบาทในการพัฒนาหลักสูตร

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตร ขึ้นอยู่กับปัญหาหรือความต้องการจำเป็นของคนในชุมชน สำหรับการพัฒนาหลักสูตรนี้เป็นการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ปัญหาหรือความต้องการทำเป็นที่ต้องได้รับการแก้ไขคือ การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยในชุมชน ที่เรียกว่า ทีมนักวิจัยชุมชน จึงประกอบด้วย



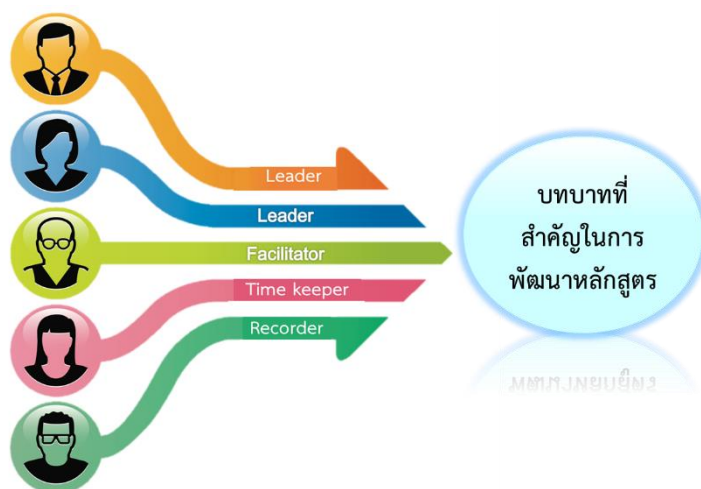
1) ผู้ที่มีบทบาทในสถานศึกษาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ในที่นี้คือผู้บริหารโรงเรียน

2) ครูหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

3) ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย

4) ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ซึ่งอาจเป็นนักวิชาการ หรือนักวิจัยในพื้นที่ ในที่นี้คือพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเด็กปฐมวัยของโรงเรียนแห่งนี้

เมื่อได้ทำการคัดเลือกผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในตำแหน่งหน้าที่ดังกล่าวครบถ้วนแล้ว การที่จะพัฒนากระบวนการพัฒนาหลักสูตรนั้นจะประสบผลสำเร็จได้ ผู้ที่เข้ามาเป็นทีมนักวิจัยชุมชนดังกล่าวจะต้องมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตร และจากการศึกษาพบว่า บทบาทที่สำคัญในการพัฒนาหลักสูตรประกอบด้วย 5 บทบาท ได้แก่ บทบาทผู้นำ บทบาทผู้เข้าร่วม บทบาทผู้อำนวยการความสะดวก บทบาทผู้ควบคุมเวลา และบทบาทผู้บันทึก ตามแผนภาพ 2



แผนภาพ 2 บทบาทที่สำคัญในการพัฒนาหลักสูตร

1) **บทบาทผู้นำ (leader)** เป็นผู้มีความสำคัญในการกำกับการทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมายหรือขอบเขตที่กำหนดในการประชุม ตั้งแต่เริ่มประชุมไปจนถึงการสรุปผลลัพธ์ที่เกิดภายหลังเสร็จสิ้นการประชุมแต่ละครั้ง รวมถึงการกำหนดเป้าหมายการประชุมในครั้งต่อไป การมอบหมายงานให้เหมาะสมกับสมาชิกในทีมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้มีการเตรียมตัวมาก่อนล่วงหน้า นอกจากนี้ผู้นำยังมีความสำคัญในการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้เข้าร่วมทีมและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แสดงความคิดเห็น

2) **บทบาทผู้เข้าร่วม (participant)** เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหานั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็ความรู้ ทักษะหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา กล้าที่จะใช้ข้อเสนอแนะหรือแสดงความคิดเห็นของตนเองให้กับสมาชิกในทีมเพื่อเป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน เปิดใจและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น กระตือรือร้นและรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย

3) **บทบาทผู้อำนวยความสะดวก (facilitator)** เป็นผู้ที่คอยดูแลและอำนวยความสะดวกในกระบวนการประชุมให้เป็นไปอย่างราบรื่น สร้างบรรยากาศระหว่างการจัดกิจกรรม เสริมพลังให้กับสมาชิกในทีม โดยการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ให้คำปรึกษาหรือให้การสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อสมาชิกต้องการ ตลอดทั้งการติดต่อประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตรให้กับสมาชิกทีม หากมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการประชุม ควรมีการตรวจสอบก่อนการเริ่มประชุม อธิบายกฎการเข้าร่วมประชุมหรือระเบียบวาระประชุม (ถ้ามี)

4) **บทบาทผู้ควบคุมเวลา (time keeper)** เนื่องจากผู้นำมักจะมุ่งที่การดำเนินงานในการประชุมแต่ละครั้งให้ดำเนินต่อไปได้ ผู้ควบคุมเวลามีส่วนช่วยในการแจ้งเตือน หรือกำชับเวลาหากใช้เวลามากเกินไปในวาระเดียว ซึ่งผู้ควบคุมเวลาสามารถแจ้งเตือนได้หากใช้ระยะเวลาในประเด็นนั้น ๆ นานเกินไป เพื่อให้การประชุมสามารถดำเนินต่อไปได้ตามที่เวลากำหนดไว้

5) **บทบาทผู้บันทึก (recorder)** เป็นผู้บันทึกรายงานการประชุม การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วม และข้อสรุปที่ได้จากการประชุม เพื่อเป็นหลักฐานการประชุมและสามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้

เพิ่มเติม... จากบทบาทดังกล่าวทั้ง 5 บทบาท ในแต่ละบทบาทต่างมีความสำคัญที่แตกต่างกัน ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร อย่างไรก็ตาม สมาชิกทีมแต่ละคนที่เข้ามาร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรนั้น อาจไม่ได้มีบทบาทใดบทบาทหนึ่งเพียงบทบาทเดียว สมาชิกในทีมบางคนอาจมีบทบาทที่ซ้อนทับกัน ยกตัวอย่างเช่น ครูผู้ดูแล A มีทั้งบทบาทผู้นำ บทบาทผู้เข้าร่วม และบทบาทผู้อำนวยความสะดวก ผู้บริหารโรงเรียน มีบทบาทผู้นำในบางครั้งก็มีบทบาทผู้ควบคุมเวลาด้วยเช่นกัน

แต่หากในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรนั้นขาดผู้ที่ทำหน้าที่ในบทบาทใดบทบาทหนึ่งใน 5 บทบาทที่กล่าวมาข้างต้น อาจส่งผลถึงความสำเร็จในการพัฒนาหลักสูตร ยกตัวอย่างเช่น แม้ผู้วิจัยได้เลือกสมาชิกที่จะเข้ามาเป็นทีมพัฒนาหลักสูตรอย่างครบถ้วนทุกตำแหน่ง ประกอบด้วย ทีมผู้บริหาร ครู พยาบาลวิชาชีพ และผู้ปกครอง แต่หากในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรสมาชิกดังกล่าวกลับไม่มีใครทำหน้าที่หรือไม่มีใครรับบทบาทผู้นำ (leader) ย่อมขาดการกำกับทิศทางการดำเนินงาน หรือหากขาดบทบาทผู้เข้าร่วม (participation) ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ย่อมทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอสำหรับพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดได้ และในขณะเดียวกันหากขาดผู้ทำหน้าที่ในบทบาทผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานย่อมประสบกับปัญหาหรืออุปสรรคในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในภาพรวมได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น หากผู้ที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรจำเป็นต้องคัดเลือกบุคคลหรือผู้เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นอยู่ในทีมและให้สมาชิกทีมแต่ละคนมีบทบาทที่แตกต่างกัน โดยจะต้องมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าวให้ครบถ้วนโดยไม่ขาดบทบาทใดบทบาทหนึ่ง จึงจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ทักษะของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตร

ทักษะของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตรที่พบได้จากการศึกษาในครั้งนี้ มีดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น สมาชิกจะต้องสามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดความแตกต่างของสภาพที่เกิดขึ้นกับสภาพที่ควรจะเป็น สามารถระบุและเปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการที่จะให้เกิดขึ้นกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และนำไปวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับปัญหาที่สำคัญของปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข

5.2 การสรุปประเด็น สมาชิกจะต้องสามารถรวบรวมใจความสำคัญหรือจับประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยจะต้องสามารถเรียบเรียงเนื้อหาสาระสำคัญได้ครบถ้วนตามที่ได้รับข้อมูลมาและตรงตามจุดมุ่งหมายของเรื่อง

5.3 การรวบรวมข้อมูล สมาชิกจะต้องสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่หามาได้ให้มีความครอบคลุม ครบถ้วน ทันสมัย ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จะต้องเป็นข้อมูลที่มีความถูกต้อง ชัดเจน และเชื่อถือได้

5.4 การเข้าถึงข้อมูล สมาชิกจะต้องมีความสามารถในการสืบค้นหาข้อมูลบนฐานข้อมูลที่หลากหลายได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ และตรงตามความต้องการ โดยเฉพาะการสืบค้นข้อมูล

เป็นเรื่องใหม่ และต้องการข้อมูลที่ชัดเจนในการนำมาพัฒนาหลักสูตร รวมถึงสามารถนำเทคนิคหรือวิธีการสืบค้นมาใช้ในการค้นหาข้อมูล

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล สมาชิกจะต้องสามารถตีความเนื้อหาของข้อมูลได้ สามารถวิเคราะห์แยกแยะองค์ประกอบต่าง ๆ หรือวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเหตุและผลของการทำความเข้าใจเนื้อหาที่ต้องการนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาหลักสูตรและหาข้อสรุป

5.6 ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล สมาชิกจะต้องสามารถใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และสามารถควบคุมการทำงานของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

5.7 การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สมาชิกจะต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความคิดเห็นในสิ่งที่คิดว่าถูกหรือเห็นสมควร อาจทำให้ได้มุมมองหรือข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้นเพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจของทีมและหาข้อสรุป อีกทั้งการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในทีมคนอื่นจะช่วยลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินงาน

5.8 การทำงานร่วมกับผู้อื่น สมาชิกจะต้องร่วมกันวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ร่วมกันตัดสินใจในประเด็นที่สำคัญ ๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ทีมได้กำหนดไว้ อีกทั้งยังช่วยเป็นพลังให้ทีมสามารถดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จ

5.9 การสื่อสาร สมาชิกทุกคนในทีมจะต้องกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น มีทักษะในการพูดสามารถสื่อสารให้สมาชิกภายในกลุ่มเข้าใจตรงกันในประเด็นที่ต้องการจะสื่อสาร

5.10 การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ สมาชิกจะต้องมีผู้ที่คอยประสานงาน อำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการหน้าที่ต่าง ๆ ของสมาชิกในทีม ตั้งแต่การวางแผน การบริหารสมาชิกในทีม การควบคุมและกำกับการทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมายหรือแผนที่กำหนด และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

6. กระบวนการพัฒนาหลักสูตร

กระบวนการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การมีส่วนร่วมแบบดิจิทัล จะนำเสนอโดยเริ่มตั้งแต่ขั้นการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาหลักสูตร และกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 6 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีนำเสนอวิธีการจัดกิจกรรม เครื่องมือที่ใช้ บทบาทของสมาชิกทีม พร้อมยกตัวอย่างกรณีศึกษาประกอบการอธิบาย เพื่อให้เข้าใจในแต่ละขั้นตอนกระบวนการพัฒนาหลักสูตรได้ดียิ่งขึ้น รายละเอียดดังนี้

6.1 ชั้นการเตรียมความพร้อม

ก่อนที่จะเริ่มกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับกระบวนการพัฒนาหลักสูตร เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย รายละเอียดดังนี้

6.1.1 การสำรวจพื้นที่เป้าหมาย ควรมีการสำรวจชุมชนหรือพื้นที่ในชุมชนเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของคนในพื้นที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน สถิติการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ความเชื่อและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในชุมชน รวมถึงแหล่งสนับสนุนปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ คำแนะนำ การเรียนรู้จากบุคคลอื่น เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ประกอบการพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมกับชุมชนมากขึ้น



กรณีศึกษา

โรงเรียนนาร่องนี้ต้องการที่จะพัฒนาครูผู้ดูแลให้มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการสำรวจพื้นที่ในชุมชนจึงต้องทราบถึงปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัยที่พบบ่อยในชุมชน ข้อมูลสถิติปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัยในปัจจุบันที่ควรได้รับการดูแลป้องกันและแก้ไข และวิธีการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน โดยทำการสำรวจพื้นที่ในชุมชนรอบโรงเรียนและภายในโรงเรียน และสำรวจบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยในชุมชน ได้แก่ ผู้ปกครอง/ญาติที่ดูแลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารโรงเรียน เพื่อให้การสำรวจนั้นได้ข้อมูลตรงตามที่ต้องการ โดยเริ่มจากการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล

แนวคำถามและแบบบันทึกที่ใช้สำหรับสัมภาษณ์รายบุคคล

ส่วนที่ ๑ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์:

๒.๑ คำถามทั่วไป

- ๒.๑.๑ ส่วนใหญ่ของปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัยในชุมชนคืออะไร
๒.๑.๒ ท่านเคยได้ยินหรือรู้ถึงกรณีของโรคหรืออะไรก็ตามที่เกี่ยวกับสุขภาพเด็กปฐมวัยหรือไม่

๒.๒ คำถามเชิงลึก

- ๒.๒.๑ ท่านเข้าใจเกี่ยวกับกรณีของโรคหรืออะไรก็ตามที่เกี่ยวกับสุขภาพเด็กปฐมวัยหรือไม่ และเมื่อเข้ามาอยู่ในชุมชนท่านจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับกรณีของโรคหรืออะไรก็ตามที่เกี่ยวกับสุขภาพเด็กปฐมวัยหรือไม่ อย่างไร
๒.๒.๒ ท่านคิดว่าสาเหตุของโรคหรืออะไรก็ตามที่เกี่ยวกับสุขภาพเด็กปฐมวัยในชุมชนคืออะไร
๒.๒.๓ สาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดกับสุขภาพของชุมชนคืออะไร
๒.๒.๔ ท่านมีวิธีการในการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนหรือไม่
๒.๒.๕ ท่านมีวิธีการในการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนหรือไม่
๒.๒.๖ ท่านเคยได้ยินหรือรู้ถึงสาเหตุของโรคหรืออะไรก็ตามที่เกี่ยวกับสุขภาพเด็กปฐมวัยหรือไม่

ส่วนที่ ๒ บันทึกการสัมภาษณ์

| | |
|---------------------|---------------------|
| ชื่อของพื้นที่ชุมชน | วันที่สัมภาษณ์ |
| ชื่อผู้สัมภาษณ์ | ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ |
| ชื่อสถานที่สัมภาษณ์ | สถานที่สัมภาษณ์ |
| เวลาสัมภาษณ์ | ชื่อของพื้นที่ชุมชน |



6.1.2 การคัดเลือกสมาชิกในทีม สมาชิกที่จะเข้ามาอยู่ในทีมจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่คนในชุมชนต้องการได้รับการแก้ไข เต็มใจหรืออาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตร และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งที่มีการนัดประชุมทีมกับสมาชิก ตั้งแต่เริ่มต้นค้นหาปัญหาในชุมชนไปจนถึงการประเมินผลและปรับปรุงหลักสูตร โดยเริ่มต้นจากผู้นำชุมชนเพื่อขอคำแนะนำในการพูดคุยกับคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

กรณีศึกษา

การพัฒนาหลักสูตรนี้มุ่งเน้นที่ปัญหาการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ต้องการให้ครูผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นสมาชิกทีมจะต้องเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นผู้ปกครอง ญาติที่ดูแลเด็ก ครู/ผู้ดูแลเด็ก หรือผู้นำชุมชน ทุกคนสนใจในการเข้าร่วมการพัฒนาหลักสูตรและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ในการวิจัยครั้งนี้ได้สมาชิกเข้าร่วมทีมจำนวน 6 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน 1 คน ครูผู้ดูแลเด็ก 2 คน ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย 2 คน และพยาบาลประจำโรงเรียน 1 คน

เทคนิคในการเริ่มต้นหาสมาชิกในทีม

เริ่มต้นจากการติดต่อกับผู้บริหารโรงเรียน เพื่อขอคำแนะนำรายชื่อครูผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะความเป็นผู้นำ และผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อครูผู้ดูแลด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามรายชื่อผู้ปกครองจากครูผู้ดูแลเด็กที่ครูแนะนำและพอมีเวลาในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาหลักสูตรได้ตลอดจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

6.1.3 ช่องทางการติดต่อ เมื่อได้สมาชิกทั้งหมดในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ก็ต้องหาช่องทางการติดต่อที่สะดวกสำหรับสมาชิกทุกคน เพื่อใช้เป็นช่องหลักในการติดต่อประสานงานระหว่างสมาชิกตลอดกระบวนการพัฒนาหลักสูตร และสะดวกต่อการนัดหมายสมาชิกในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง เป็นช่องทางในการให้ update ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรที่ต้องการพัฒนาให้สมาชิกรับทราบทั่วกันในช่วงที่ไม่ได้มีการนัดประชุมทีม นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางในการให้สมาชิกทีมได้แสดงความคิดเห็นหรือขอความช่วยเหลือจากสมาชิกท่านอื่นภายในกลุ่ม เช่น facebook, line application, instagram เป็นต้น ซึ่งช่องทางที่ใช้ในการติดต่อนั้นอาจจะมีมากกว่า 1 ช่องทาง ขึ้นอยู่กับความสามารถและความสะดวกของสมาชิกในทีม

กรณีศึกษา

จากการสอบถามสมาชิกในทีมทุกคนมีความคิดเห็นที่ตรงกันว่าช่องทางที่เหมาะสมในการติดต่อประสานงานสำหรับสมาชิกทีมคือ line application ผู้วิจัยจึงได้ทำการสร้างกลุ่มไลน์ขึ้น



เมื่อได้ทำการสำรวจพื้นที่เป้าหมาย ได้ทีมนักวิจัยชุมชนที่จะมาเข้าร่วมในการพัฒนาหลักสูตร และได้ช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่มเรียบร้อยแล้ว เริ่มกระบวนการพัฒนาหลักสูตร รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย

กระบวนการในการกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย ควรเป็นการสัมภาษณ์หรือสำรวจความต้องการของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน อาจจะเป็นการใช้แบบสำรวจหรือการสัมภาษณ์กับผู้เกี่ยวข้องโดยตรง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหาและกำหนด

เพิ่มเติม... ในส่วนของการสำรวจหรือการสัมภาษณ์อาจเป็นบุคคลเดียวหรือมีทีมช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน และช่วยกันกำหนดประเด็นปัญหาที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด จะช่วยประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล

สำหรับผู้ที่ให้ข้อมูลเราอาจเลือกการสุ่มผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมแต่เสียเวลาในการเก็บข้อมูล หรือเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงที่ได้มีการกำหนดผู้ให้ข้อมูลไว้แล้ว จะช่วยประหยัดเวลาแต่อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความต้องการของคนในชุมชนทั้งหมด

ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง

เมื่อได้ประเด็นปัญหาทั้งหมด นัดประชุมสมาชิกในทีมร่วมกันวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นเพื่อหาข้อสรุปหรือประเด็นเกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการได้รับการแก้ไขและพัฒนามากที่สุด

เพิ่มเติม... ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม ครั้งนี้เป็นการนัดสมาชิกในทีมมาพบกันครั้งแรก อาจเริ่มจากการทำความรู้จักสมาชิกในทีมหรือทำกิจกรรมเล็กน้อยเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน อาทิเช่น

- แนะนำตัวสมาชิกรายบุคคล
- ทำข้อตกลงร่วมกันในทีม ในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดกระบวนการ เช่น ขอความร่วมมือให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและแสดงความคิดเห็น หากเป็นการประชุมออนไลน์ขอความร่วมมือให้ทุกคนเปิดกล้องตลอดระยะเวลาของการทำกิจกรรม หากมีข้อสงสัยสามารถยกมือและสอบถามได้ตลอดเวลา เป็นต้น
- หาประเด็นพูดคุยหรือทำกิจกรรมเล็กน้อยที่ทำให้สมาชิกในทีมรู้จักกันมากขึ้น

เมื่อทำความรู้จักกันและสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกันเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นให้ผู้ที่มิบทบาทเป็นผู้นำเริ่มดำเนินการโดยอาจจะเริ่มจากการให้ความรู้กับสมาชิกในทีมเกี่ยวกับขั้นตอนการพัฒนา

หลักสูตรให้กับทีมนักวิจัยชุมชนพอสังเขป และเริ่มดำเนินการทำกิจกรรมที่ 1 คือ การกำหนดปัญหา และการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย ดังนี้

| ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย | | 2 ครั้ง |
|--|---|---------|
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นของประเด็นปัญหาที่ได้จากการสำรวจหรือสัมภาษณ์ 2) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3) เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่สำคัญเป็นลำดับแรก (ที่ได้จากวัตถุประสงค์ที่ 2) | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม : วัดความรู้ความเข้าใจของทีมนักวิจัยชุมชนก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินความสามารถของทีมนักวิจัยชุมชนก่อนเริ่มกิจกรรม | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. แนะนำสมาชิกในทีม เพื่อให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 2. บอกเป้าหมายของการรวมกลุ่มสมาชิก 3. อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานและข้อตกลงในการจัดกิจกรรมตลอดทุกขั้นตอนในการพัฒนาหลักสูตร 4. นำเสนอผลการสรุปประเด็นปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นที่ได้จากการสำรวจหรือสัมภาษณ์ 5. ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นปัญหา 6. จัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่เป็นความต้องการจำเป็นและต้องการให้ได้รับการพัฒนาจากมากไปหาน้อย 7. สรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในประเด็นที่เป็นปัญหา 8. ประเมินความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอีกครั้งโดยพิจารณาจากผลในข้อ 7. และสรุปประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญเป็นลำดับแรก | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม มอบหมายงานให้สมาชิกในทีม และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นในประเด็นปัญหาที่ตนเองคิดว่ามี ความสำคัญต้องได้รับการพัฒนา - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม สร้างห้องประชุมและกระดานแสดงความคิดเห็นออนไลน์ - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| | แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น 3. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของสมาชิก เคารพในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน 4. มอบหมายหน้าที่และเปิดโอกาสให้ทุกคนได้กำหนดขอบเขตการทำงานของตนเองอย่างอิสระ 5. คอยให้คำปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 6. ให้กำลังใจสมาชิกเป็นระยะ | |
| สื่อ : ไฟล์การนำเสนอขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาหลักสูตร, ผลการสรุปและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น, กระดาษทดความคิดหรือกระดานระดมสมองออนไลน์ | | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : ได้ปัญหาที่ควรได้รับการพัฒนา | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : - การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ | | |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| - การวิเคราะห์ข้อมูล | - การสื่อสาร |
| - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น | - การตัดสินใจ |

| | | |
|--|--|---|
| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย | | |
| กิจกรรมครั้งที่ 1 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 70 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นของประเด็นปัญหาที่ได้จากการสำรวจหรือสัมภาษณ์ 2) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม : ทำการประเมินความรู้เบื้องต้นของกลุ่มเป้าหมายโดยใช้แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของสมาชิก และผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ที่มนักวิจัยชุมชนแบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพ และสรุปผลการประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้ทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำสมาชิกในทีม ให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 2. บอกเป้าหมายของการรวมกลุ่มสมาชิก 3. อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานและข้อตกลงในการจัดกิจกรรมตลอดขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร 4. นำเสนอผลการสรุปประเด็นปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นที่ได้จากการสำรวจหรือสัมภาษณ์ 5. ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นปัญหา 6. จัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่เป็นความต้องการจำเป็นและต้องการให้ได้รับการพัฒนาจากมากไปหาน้อย 7. สรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น 8. มอบหมายงานให้สมาชิกในทีมเพื่อเตรียมกิจกรรมครั้งที่ 2 | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม มอบหมายงานให้สมาชิกในทีม และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นในประเด็นปัญหาที่ตนเองคิดว่ามีความสำคัญต้องได้รับการพัฒนา - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม สร้างห้องประชุมและกระดานแสดงความคิดเห็นออนไลน์ - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| | แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น 3. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของสมาชิก เคารพในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน 4. มอบหมายหน้าที่และเปิดโอกาสให้ทุกคนได้กำหนดขอบเขตการทำงานของตนเองอย่างอิสระ 5. คอยให้คำปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 6. ให้กำลังใจสมาชิกเป็นระยะ | |
| สื่อ : ไฟล์การนำเสนอขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาหลักสูตร, ผลการสรุปและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น, กระดาษทดความคิดเห็นออนไลน์ ใช้ web application คือ Mentimeter | | |
| ตัวอย่างสื่อ | ภาพกิจกรรม | |
|  | | |

| | | |
|---|---|---|
| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย | | |
|  | | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพเด็กที่ต้องการให้ครูผู้ดูแลเด็กได้รับการพัฒนา | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น - การสรุประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ | | |
| กิจกรรมครั้งที่ 2 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 60 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของของการดูแลเด็กช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม : ผู้วิจัยได้สร้างกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet เพื่อให้ให้นักวิจัยชุมชนได้เข้ามาโพสต์รูปภาพที่ตนเองคิดว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ และแสดงความคิดเห็นในภาพอื่น ๆ ด้วย ให้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม <ol style="list-style-type: none"> 1. นำเสนอประเด็นปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นที่ได้จากกระดานระดมสมองออนไลน์ 2. ทุกคนร่วมจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่เป็นความต้องการจำเป็น 3. สรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเอง - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม สร้างห้องประชุม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร <ol style="list-style-type: none"> 1. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น คอยให้คำปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 2. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของสมาชิกในทีม เคารพในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน 3. ให้กำลังใจสมาชิกเป็นระยะ | | |
| สื่อ : ผลการการแสดงความคิดเห็นของทีมนักวิจัยชุมชนที่เป็นเสียงจากภาพ (photovoice) บนกระดานระดมสมองออนไลน์ Padlet, กระดาษทดความคิดออนไลน์ | | |
| ตัวอย่างสื่อ | ภาพกิจกรรม | |

| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมาย | |
|--|--|
|  |  |
| <p>ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : การจัดลำดับความสำคัญของของการดูแลเด็กช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> | |
| <p>ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม :</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น - การสรุประดับชั้น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ | |

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์

ในขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้มีการกำหนดขอบเขตของหลักสูตรและสามารถวัดผลได้ตามที่คาดหวัง โดยกำหนดเป้าหมายจากความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นปัญหาที่ทุกคนมีความเห็นตรงกันมากที่สุดว่าเป็นปัญหาที่ควรได้รับการพัฒนาแก้ไขมากที่สุด ก่อนที่จะเริ่มเข้าสู่การกำหนดเนื้อหา ทีมสมาชิกทีมจะต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาหลักสูตรในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

| ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ | 1 ครั้ง |
|---|--|
| <p>วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาหลักสูตร</p> <p>2) เพื่อกำหนดขอบเขตของเนื้อหาในการพัฒนาหลักสูตรพอสังเขป</p> | |
| <p>ขั้นตอนของกิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> ผลการประเมินและจัดลำดับความต้อการจำเป็นจากขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาหลักสูตร กำหนดขอบเขตของหลักสูตรและผลลัพธ์ที่คาดหวังและสามารถวัดได้ | <p>บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรมมอบหมายงานให้สมาชิกในทีม และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเองให้กับสมาชิกในทีม - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม |

| | |
|---|----------------|
| ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ | 1 ครั้ง |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2. การให้อิสระ เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง วางแผนและตัดสินใจด้วยตนเอง 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจในการร่วมกันกำหนดเป้าหมายและขอบเขตของหลักสูตร 5. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของบุคคลในทีม 6. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้สลับบทบาทหน้าที่ เพื่อให้แต่ละคนสามารถทำงานได้หลากหลายมากขึ้น | |
| สื่อ : ไฟล์การนำเสนอผลการสรุปและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและแนวทางการดำเนินงาน, กระจาดาทด ความคิด | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : 1) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการพัฒนาหลักสูตร 2) ขอบเขตของเนื้อหาในการพัฒนาหลักสูตรพอสังเขป | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น - การสรุประดับ - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ | |

| | | |
|---|---|---|
| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ | | |
| กิจกรรมครั้งที่ 3 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 50 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาหลักสูตร 2) เพื่อกำหนดขอบเขตของเนื้อหาในการพัฒนาหลักสูตรพอสังเขป | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. ทบทวนผลการประเมินและจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพในเด็ก 2. กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาหลักสูตร 3. กำหนดขอบเขตของหลักสูตรและผลลัพธ์ที่คาดหวังและสามารถวัดได้ | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม มอบหมายงานให้สมาชิกในทีม และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเองให้กับสมาชิกในทีม - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจ ในการร่วมกันกำหนดเป้าหมายและขอบเขตของหลักสูตร เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้สามารถดำเนิน | | |

| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------|---|-----------------------------|-----|---|-----------------|-----|---|------------------|-----|---|-----------------------------|-----|---|-----------------------------|-----|---|-----------------------------|-----|---|-----------------------------|-----|---|-----------------------------|-----|---|-----------------------------|-----|----|-----------------------------|-----|--------------------------|
| <p>กิจกรรมต่อไปได้</p> <p>5. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรมแทนนักวิจัย และมีความสามารถในการพัฒนาหลักสูตรได้ด้วยตนเอง</p> <p>6. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของบุคคลในทีม</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>สื่อ : ไฟล์การนำเสนอผลการสรุปและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและแนวทางการดำเนินงาน, กระจาดหัดความคิดออนไลน์</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ตัวอย่างสื่อ</p> <p>เป้าหมาย (Purpose) เพื่อส่งเสริมการเขียนเชิงปฏิบัติการ ครูผู้สอนสามารถจัดการเรียนรู้ตามแผนการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำผลการเรียนรู้ไปใช้ในการพัฒนาตนเองได้</p> <p>วัตถุประสงค์ (Objectives) 1. เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การเขียนเชิงปฏิบัติการตามแผนการเรียนรู้ 2. เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำผลการเรียนรู้ไปใช้ในการพัฒนาตนเองได้</p> <table border="1"> <caption>ผลการสรุปวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น</caption> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>ความต้องการจำเป็นที่ระบุ</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ทักษะการสื่อสาร</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ทักษะการแก้ปัญหา</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> | ลำดับ | ความต้องการจำเป็นที่ระบุ | คะแนน | 1 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | 2 | ทักษะการสื่อสาร | 100 | 3 | ทักษะการแก้ปัญหา | 100 | 4 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | 5 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | 6 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | 7 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | 8 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | 9 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | 10 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | <p>ภาพกิจกรรม</p> |
| ลำดับ | ความต้องการจำเป็นที่ระบุ | คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ทักษะการสื่อสาร | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ทักษะการแก้ปัญหา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : 1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการพัฒนาหลักสูตร 2. ขอบเขตของเนื้อหาในการพัฒนาหลักสูตรพอสังเขป</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม :</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น - การสรุประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

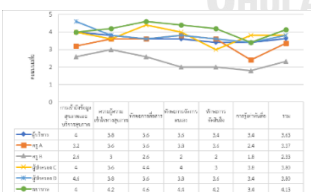


เมื่อได้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่สมาชิกทุกคนได้ร่วมกันกำหนดแล้ว ผู้นำทีมควรประเมินความสามารถของสมาชิกเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรมากนักน้อยเพียงใด ซึ่งหากสมาชิกในทีมยังไม่มีความรู้ความเข้าใจประเด็นปัญหานั้นที่เพียงพอ ต้องมีการพัฒนาสมาชิกในทีมให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นก่อนที่จะสร้างหลักสูตรขึ้นมา

เพิ่มเติม... ในส่วนนี้ผู้นำทีมจะต้องประเมินความรู้ความสามารถก่อน อาจใช้เป็นแบบสอบถามวัดระดับความรู้ของสมาชิกทีมหรือใช้วิธีการสัมภาษณ์ก็ได้ ว่ายังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่จะพัฒนาหลักสูตรนี้มากน้อยเพียงใด หลังจากนั้นผู้นำทีมจะต้องทำการพัฒนาสมาชิกในทีมในส่วนที่ยังพร่องหรือส่วนที่สมาชิกต้องการความรู้เพิ่มเติม ให้มีความรู้ความสามารถที่เพียงพอในการร่วมกันพัฒนาหลักสูตรนี้ขึ้นมา

กรณีศึกษา

จากการประเมินที่มนักวิจัยชุมชนเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพเด็ก พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องพัฒนาสมาชิกในทีมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กเพิ่มมากขึ้นก่อนการพัฒนาหลักสูตร

| | | |
|--|---|---------|
| ก่อนเริ่มขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในทีม | | 2 ครั้ง |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทีมนักวิจัยชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มขึ้นก่อนร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และเนื้อหาหลักสูตร | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. ผู้นำเสนอผลการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรของทีมในภาพรวมที่ได้จากแบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก 2. เสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการพัฒนาให้กับสมาชิกทีมให้เพิ่มขึ้น 3. ประเมินผลความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในทีมภายหลังการเสริมความรู้ | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม มอบหมายงานให้สมาชิกในทีม และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเองให้กับสมาชิกในทีม - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่สนใจของสมาชิกทีม 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมสาธิตย้อนกลับในสิ่งที่ได้รับการพัฒนา 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 5. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด | | |
| สื่อ : ไฟล์การนำเสนอผลการสรุประดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรและความรู้ที่ต้องการพัฒนาสมาชิกในทีมของวิทยากร, กระดาษทดความคิด, อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต | | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : สมาชิกในทีมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาที่ต้องการพัฒนาหลักสูตร | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ - การรู้เท่าทันสื่อ | | |

| | | |
|---|---|---|
| กรณีศึกษา : ก่อนเริ่มขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในทีม | | |
| กิจกรรมครั้งที่ 4-5 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 50-90 นาที | ช่องทาง : ณ สถานที่ตั้ง |
| วัตถุประสงค์ : นักวิจัยชุมชนมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. เสนอผลการประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมในภาพรวม 2. พัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กในทุกด้านให้เพิ่มขึ้น (เนื่องจากมีหลายด้านที่ต้องพัฒนาจึงต้องทำการนัดประชุม 2 ครั้ง) 3. ประเมินผลความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชนภายหลังเสร็จสิ้นการพัฒนาในทุกด้าน | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม หาวิทยากรหรือผู้มีความรู้ในเรื่องนั้นมาให้ความรู้ และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยชุมชนได้อธิบายความรู้ความเข้าใจและสาธิตย้อนกลับทั้ง 6 องค์ประกอบของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนทีมนักวิจัยชุมชนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อทีมนักวิจัยชุมชนสามารถปฏิบัติย้อนกลับได้ เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 5. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรมแทนนักวิจัยและมีความสามารถในการพัฒนาหลักสูตรได้ด้วยตนเอง 6. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดหรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์การนำเสนอผลการสรุประดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของทีมนักวิจัยชุมชน วิธีการและเทคนิคการสืบค้น และการรายงานผลการสืบค้นข้อมูล, กระดาษทดความคิด, คอมพิวเตอร์หรือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้, Line application | | |
| ตัวอย่างสื่อ  การเสริมสร้าง Healthcare literacy อนาคต: ผลิต, กระจาย, ผลิต, ผลิต, ผลิต คน: ผลิต, ผลิต, ผลิต, ผลิต, ผลิต |  | ภาพกิจกรรม  |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : นักวิจัยชุมชนมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ | | |

กรณีศึกษา : ก่อนเริ่มขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในทีม

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| - การเข้าถึงข้อมูล | - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ |
| - การวิเคราะห์ข้อมูล | - การสื่อสาร |
| - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น | - การตัดสินใจ |
| - การทำงานร่วมกับผู้อื่น | - การรู้เท่าทันสื่อ |

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร

ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยและทีมนักวิจัยชุมชนได้ร่วมกันกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตรโดยอิงข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ภายหลังจากที่สมาชิกทีมมีความรู้ความเข้าใจในหัวข้อที่ต้องการพัฒนาหลักสูตรแล้ว ให้ทุกคนได้ร่วมกันออกแบบและกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตรที่

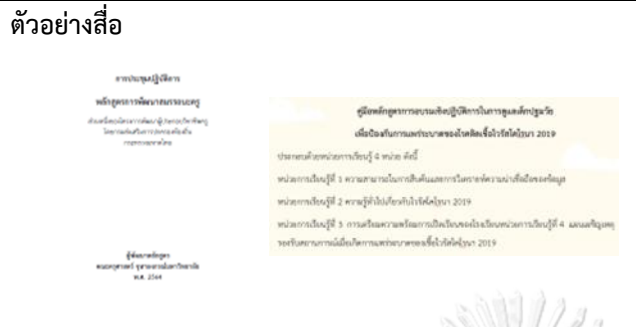
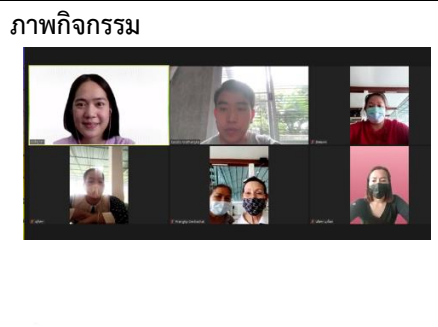
กรณีศึกษา

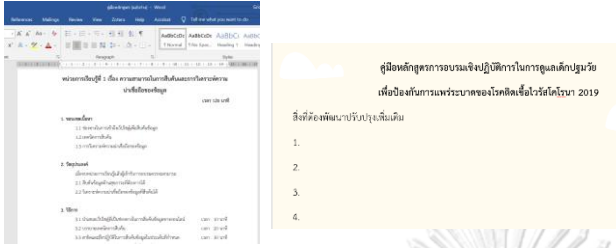
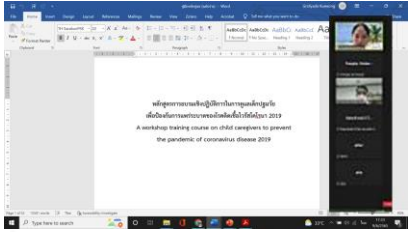
ผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์การเสริมพลังในเรื่องของการให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำ โดยทำหน้าที่แทนนักวิจัยในการสร้างเนื้อหาและออกแบบกิจกรรมในหลักสูตรทั้งหมด เพื่อให้ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถพัฒนาหลักสูตรได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกและให้คำปรึกษาช่วยเหลือตลอดการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตร ใช้ระยะเวลาในการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตรฉบับร่างที่ 1

ต้องการให้กับผู้เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาให้มีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

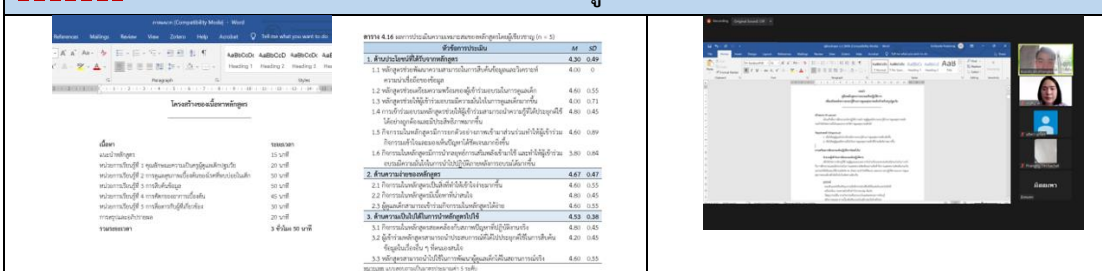
| ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | | 3 ครั้ง |
|--|--|---------|
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนาเนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วยเนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผลหลักสูตร 2) เพื่อประเมินและปรับปรุงหลักสูตร ฉบับร่างที่ 1 | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน | |
| 1. ผู้นำเสนอเนื้อหาที่ต้องการมีในหลักสูตรทั้งหมด | - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม | |
| 2. วิเคราะห์และคัดเลือกเนื้อหาที่จำเป็นในการพัฒนาเป็นหน่วยการเรียนรู้ | - มอบหมายงานให้สมาชิกในทีม ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีม และให้กำลังใจ รวมทั้งติดต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร | |
| 3. กำหนดกิจกรรมที่ใช้แต่ละหน่วยเรียนรู้ในหลักสูตร | - ผู้เข้าร่วม สืบค้นข้อมูลที่ต้องการนำมาใช้ในหลักสูตร และแสดงความคิดเห็นของตนเองในการประเมินหลักสูตร | |
| 4. กำหนดการประเมินผลในแต่ละเนื้อหาหลักสูตร | - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม ติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญ | |
| 5. สร้างเทมเพลตของแต่ละหน่วยการเรียนรู้เพื่ออธิบายรายละเอียดของเนื้อหา | - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด | |
| 6. นำเสนอหลักสูตรที่พัฒนา (ฉบับร่างที่ 1) | - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุมใน | |
| 7. สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น ประเมินความเหมาะสมและปรับปรุงหลักสูตร | | |
| 8. เสนอหลักสูตร (ฉบับร่างที่ 2) ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมและปรับปรุงหลักสูตร | | |

| | | |
|--|--|---|
| ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | | 3 ครั้ง |
| 9. สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น ผลการประเมินของ ผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงหลักสูตร (ฉบับร่างที่ 3) | แต่ละครั้ง | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำและมีความสามารถในการพัฒนาหลักสูตรได้ด้วยตนเอง 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของตนเองสามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 5. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์คู่มือพัฒนาหลักสูตร, ตัวอย่างหลักสูตร, แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร, ไฟล์ผลการประเมิน ของผู้เชี่ยวชาญ, กระดาษทดความคิด | | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : หลักสูตรที่นำไปใช้สำหรับพัฒนาผู้เกี่ยวข้อง | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ - การรู้เท่าทันสื่อ | | |
| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | | |
| กิจกรรมครั้งที่ 6 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 70 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาเนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วยเนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผลหลักสูตร | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. เสนอเนื้อหาที่ต้องการมีในหลักสูตรทั้งหมด 2. วิเคราะห์และคัดเลือกเนื้อหาที่จำเป็นในการพัฒนาเป็นหน่วยการเรียนรู้ 3. กำหนดกิจกรรมที่ใช้แต่ละหน่วยเรียนรู้ในหลักสูตร 4. กำหนดการประเมินผลในแต่ละเนื้อหาหลักสูตร 5. สร้างเทมเพลตของแต่ละหน่วยการเรียนรู้เพื่อ บรรยายรายละเอียดของเนื้อหา (หลังจากนั้นหาอาสาสมัครในทีมเพื่อพัฒนาคู่มือ หลักสูตรให้เป็นฉบับร่างที่ 1 ก่อนนัดประชุมครั้งต่อไป) | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรมมอบหมายงานให้สมาชิกในทีม ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีม และให้กำลังใจ - ผู้เข้าร่วม สืบค้นข้อมูลที่ต้องการนำมาใช้ในหลักสูตร - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุมในแต่ละครั้ง | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำและมีความสามารถในการพัฒนาหลักสูตร 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ | | |

| | | |
|--|--|---|
| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | | |
| 4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 5. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์ตัวอย่างหลักสูตร, กระจายบทความ | | |
| ตัวอย่างสื่อ | ภาพกิจกรรม | |
|  |  | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : หลักสูตร ฉบับร่างที่ 1 | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ - การรู้เท่าทันสื่อ | | |
| กิจกรรมครั้งที่ 7 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 50 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินและปรับปรุงหลักสูตรฉบับร่างที่ 1 เป็นฉบับร่างที่ 2 | | |
| ก่อนเริ่มกิจกรรม : ส่งไฟล์หลักสูตรฉบับร่างที่ 1 ให้กับทีมนักวิจัยชุมชนได้ศึกษาล่วงหน้าก่อนวันนัดประชุม | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน | |
| <ol style="list-style-type: none"> นำเสนอหลักสูตร (ฉบับร่างที่ 1) สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น ประเมินความเหมาะสมและปรับปรุงหลักสูตร ปรับปรุงหลักสูตร (ฉบับร่างที่ 2) | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม และให้กำลังใจ รวมทั้งหาผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงหลักสูตร - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลการดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | | |
| <ol style="list-style-type: none"> การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยชุมชนสามารถกำหนดทิศทางการทำงานของตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |

| | | |
|---|---|---|
| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร | | |
| สื่อ : ไฟล์คู่มือพัฒนาหลักสูตรฉบับร่างที่ 1, กระดาษทดความคิด | | |
| ตัวอย่างสื่อ | ภาพกิจกรรม | |
|  |  | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : หลักสูตร ฉบับร่างที่ 2 | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น <ul style="list-style-type: none"> - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ - การรู้เท่าทันสื่อ | | |
| กิจกรรมครั้งที่ 8 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 60 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ได้หลักสูตรที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. เสนอผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 2. สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมิน ของผู้เชี่ยวชาญ 3. ปรับปรุงหลักสูตร (ฉบับร่างที่ 3) | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเอง - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือทีม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลการดำเนินงานไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกผลที่ได้จากการประชุม | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้อิสระในการตัดสินใจ เปิดโอกาสให้ทีมตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 3. ให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 4. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์หลักสูตรฉบับร่างที่ 2, ไฟล์ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ, กระดาษทดความคิด | | |
| ตัวอย่างสื่อ | ภาพกิจกรรม | |

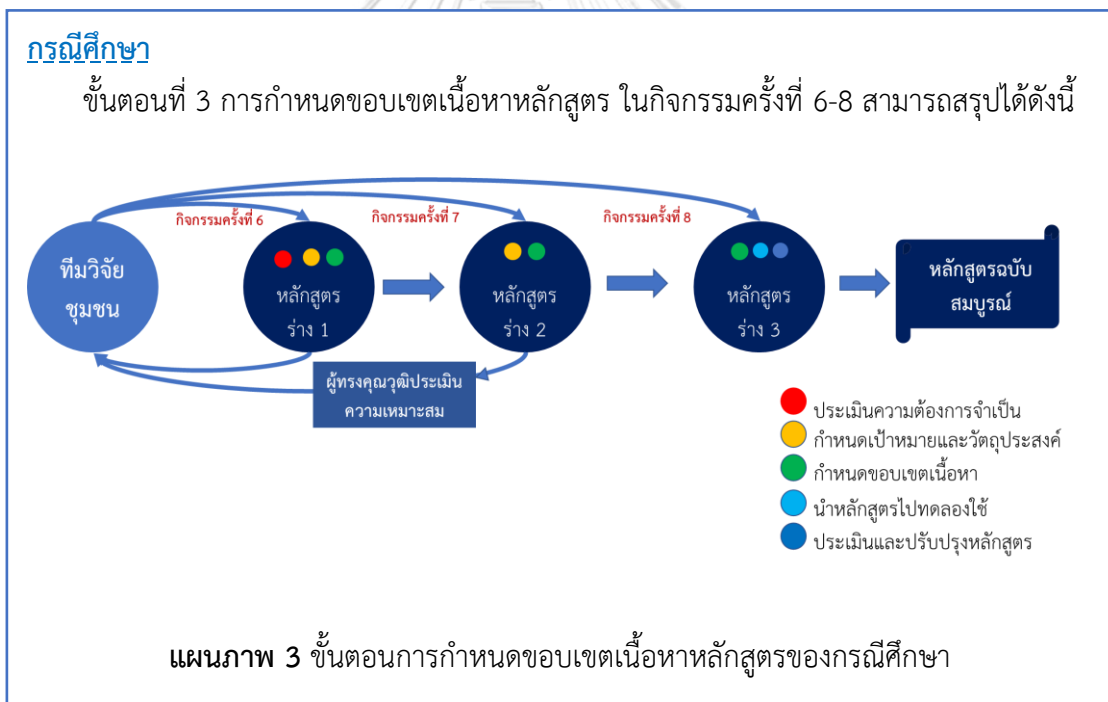
กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตร



ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : หลักสูตร ฉบับร่างที่ 3 (สำหรับนำไปทดลองใช้)

ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม :

- การสรุปประเด็น
- การรวบรวมข้อมูล
- การเข้าถึงข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น
- การทำงานร่วมกับผู้อื่น
- ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล
- การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ
- การสื่อสาร
- การตัดสินใจ



ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ

ในขั้นตอนนี้เป็นการนำหลักสูตรไปปฏิบัติ ทีมพัฒนาหลักสูตรต้องเป็นผู้จัดอบรมให้กับผู้เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การเตรียมทดลองใช้หลักสูตร และการดำเนินการทดลองใช้หลักสูตร

การเตรียมทดลองใช้หลักสูตร สมาชิกทีมจะต้องหาผู้เกี่ยวข้องที่ต้องได้รับการพัฒนาการปฏิบัติงาน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมโดยอาจใช้การสอบถามผู้เกี่ยวข้องโดยตรง หรือ

กรณีศึกษา

เนื่องจากชุมชนที่ทำการศึกษาคือโรงเรียน ผู้วิจัยจึงได้ติดต่อประสานกับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยโดยตรงเพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการจัดอบรม และได้รับความร่วมมือจากครูทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย มีจำนวน 5 คน

ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบที่คิดว่าเหมาะสมกับบริบทชุมชนนั้น ๆ เช่น การติดประกาศ การโฆษณาเสียงตามสาย เป็นต้น

หลังจากได้ผู้เข้าอบรมเรียบร้อยแล้ว ทีมสมาชิกควรมีการสำรวจวันที่ทำการจัดอบรม ซึ่งควรเป็นวันที่ทั้งทีมสมาชิกและผู้เข้าอบรมมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมตรงกัน เมื่อได้กำหนดวันที่ชัดเจนแล้วให้แจ้งผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนให้ทราบเพื่อนัดวัน เวลา และสถานที่ที่ใช้ในการจัดอบรม หลังจากนั้นทีมพัฒนาหลักสูตรควรมีการนัดประชุมล่วงหน้าก่อนที่จะถึงวันจัดอบรมจริง เพื่อมอบหมายหน้าที่ให้กับสมาชิกในทีมทุกคน โดยสมาชิกทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำดำเนินการจัดอบรม

เมื่อถึงวันจัดอบรมสมาชิกทุกคนดำเนินการตามหลักสูตรที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งในระหว่างการจัดอบรม จะต้องมีส่วนสังเกตการดำเนินงานของผู้จัดอบรมเพื่อประเมินพัฒนาการของผู้เข้าอบรม และประเมินการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติของทีมพัฒนาหลักสูตรที่เป็นผู้ดำเนินการจัดอบรม ภายหลังจากดำเนินการอบรมเสร็จสิ้น จะต้องมีการประเมินความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องและความพึงพอใจในการจัดอบรมของผู้เข้าอบรม หรือการสัมภาษณ์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการจัดอบรมหลักสูตรครั้งนี้ เพื่อนำผลการประเมินเหล่านี้มาประกอบการพิจารณาปรับปรุงหลักสูตรให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ก่อนนำหลักสูตรไปใช้ในภาคต่อไป

ตัวอย่างแบบประเมิน

| แบบฟอร์มตรวจสอบการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติของทีมนักวิจัยชุมชน | | | |
|---|---------|------------|----------|
| รายการตรวจสอบ | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | หมายเหตุ |
| 1. แนะนำหลักสูตร เพื่อโยงเข้าเนื้อหาของหลักสูตร | | | |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 คุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย | | | |
| 2. อธิบายความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย | | | |
| 3. อธิบายวิธีการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็ก | | | |
| 4. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย | | | |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของโรคที่พบอยู่ในเด็ก | | | |
| 5. อธิบายอาการและโรคที่พบอยู่ในเด็ก | | | |
| 6. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นถึงอาการและโรคที่พบอยู่ในเด็ก | | | |
| 7. อธิบายการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบอยู่ในเด็กตามคู่มือฯ | | | |
| 8. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้ศึกษาคู่มือฯ และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคู่มือฯ เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุง | | | |

แบบประเมินความพึงพอใจ (หลังอบรม)

หลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

ชื่อครู _____

ความคิดเห็นต่อหลักสูตรฯ

ค่าเฉลี่ย โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

| ข้อดี | รายการ | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|-------|--|------------------|-------|--|--|-----|
| | | น้อย | → มาก | | | มาก |
| 1 | ช่วยพัฒนาความสามารถในการสังเกตและวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยของชีวิต | | | | | |
| 2 | มีความรู้เกี่ยวกับภาคคุณลักษณะมากขึ้น | | | | | |
| 3 | สามารถช่วยพัฒนาและเสริมความพร้อมในการดูแลเด็กได้มากขึ้น | | | | | |
| 4 | ภายหลังการอบรมมีความมั่นใจในการนำความรู้ที่อบรมได้มาปฏิบัติ | | | | | |
| 5 | สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น | | | | | |
| 6 | กิจกรรมที่อบรมทำให้ได้รับความรู้ในการดูแลเด็กมากขึ้น | | | | | |
| 7 | รูปแบบกิจกรรมทำให้เข้าใจง่ายขึ้น | | | | | |
| 8 | กิจกรรมมีเนื้อหาที่น่าสนใจ | | | | | |
| 9 | กิจกรรมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ปฏิบัติงานจริง | | | | | |
| 10 | การอบรมสามารถนำไปใช้ในการดูแลเด็กได้ในสถานการณ์จริง | | | | | |

| ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ | | 1 ครั้ง |
|---|--|---------|
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อทดลองใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น 2) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่จะจัดอบรมเพิ่มขึ้น | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาที่จัดอบรม 2. ดำเนินกิจกรรมตามหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น 3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม 4. เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการจัดอบรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรมและให้กำลังใจ ในขั้นตอนนี้สมาชิกทุกคนในทีมจะได้รับมอบหมายให้สลับกันในการเป็นผู้นำ - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือผู้เข้าอบรม - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก เป็นผู้สังเกตการจัดกิจกรรมการอบรม สรุปและนำเสนอผลที่ได้จากจัดอบรมในการประชุมครั้งต่อไป - ผู้เข้าอบรม มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในมุมมองของตนเอง | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำและการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติได้ด้วยทีมของตนเอง 2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมกำหนดทิศทางการทำงาน วางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการจัดอบรม 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ 5. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ไฟล์หลักสูตร, คู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กเบื้องต้น, แบบฟอร์มตรวจสอบรายการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ, แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล, แบบประเมินความพึงพอใจ, กระดาษหัดความคิด | | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่จะจัดอบรมเพิ่มขึ้น | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น - การสรุประเบิด - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ | | |

| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ | | |
|--|------------------------------------|-------------------------|
| กิจกรรมครั้งที่ 9 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 4 ชั่วโมง | ช่องทาง : ณ สถานที่ตั้ง |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อทดลองใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น 2) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่จะจัดอบรมเพิ่มขึ้น | | |

กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ

ขั้นตอนของกิจกรรม

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้เข้าร่วมอบรม
2. ดำเนินกิจกรรมตามคู่มือพัฒนาหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น
3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้เข้าร่วมอบรมภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม
4. เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการจัดอบรม
5. ผู้วิจัยสังเกตการดำเนินงานของทีมนักวิจัยชุมชนในการจัดอบรมและสังเกตพัฒนาการของผู้เข้าอบรม

บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน

- ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรมและให้กำลังใจ ในขั้นตอนนี้ทีมนักวิจัยชุมชนทุกคนจะได้รับมอบหมายให้สลับกันในการเป็นผู้นำจัดกิจกรรม
- ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือผู้เข้าอบรม
- ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด
- ผู้บันทึก เป็นผู้สังเกตการจัดกิจกรรมการอบรม สรุปและนำเสนอผลที่ได้จากจัดอบรมในการประชุมครั้งต่อไป
- ผู้เข้าอบรม มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในมุมมองของตนเอง

แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร

1. เปิดโอกาสให้นักวิจัยชุมชนได้แสดงความสามารถในการเป็นผู้นำและมีการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ
2. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมกำหนดทิศทางการทำงาน วางแผนและตัดสินใจในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการจัดอบรม
3. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
4. ให้กำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินต่อไปได้จนประสบผลสำเร็จ
5. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม

สื่อ : ไฟล์หลักสูตร, คู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กเบื้องต้น, แบบฟอร์มตรวจสอบรายการนำหลักสูตรสู่การปฏิบัติ, แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล, แบบประเมินความพึงพอใจ, กระดาษทดความคิด

ตัวอย่างสื่อ

ภาพกิจกรรม



ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : 1) ได้ทดลองใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น

2) ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่จะจัดอบรมเพิ่มขึ้น

กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรไปปฏิบัติ

ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม :

- การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น
- การสรุประดับ
- การรวบรวมข้อมูล
- การเข้าถึงข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น
- การทำงานร่วมกับผู้อื่น
- ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล
- การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ
- การสื่อสาร
- การตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล

ในขั้นตอนการประเมินผล เป็นการดำเนินการของสมาชิกทีมในการร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานในการนำหลักสูตรไปปฏิบัติของขั้นตอนที่ 4 สมาชิกในทีมร่วมกันวิเคราะห์และประเมินผล ภายหลังจากการจัดอบรม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงหลักสูตรในขั้นตอนที่ 6 สมาชิกทีมควรนัดประชุมและอภิปรายร่วมกันทั้งในส่วนของเนื้อหา กิจกรรม การประเมินผลของหลักสูตรที่ได้พัฒนาขึ้น รวมถึงการประเมินผู้เข้าอบรมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับเนื้อหาที่ได้จากการเข้าอบรมครั้งนี้มากนักน้อยเพียงใด


ขั้นตอนที่ 6 การปรับปรุงหลักสูตร

ในขั้นตอนการปรับปรุงหลักสูตร เป็นการถอดบทเรียนของหลักสูตรและนำข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นของผู้เข้าอบรม ผู้จัดอบรม และผู้สังเกตการณ์ มาทำการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถนำหลักสูตรนี้ไปขยายผลใช้ในการจัดอบรมผู้เกี่ยวข้องในอนาคตต่อไป

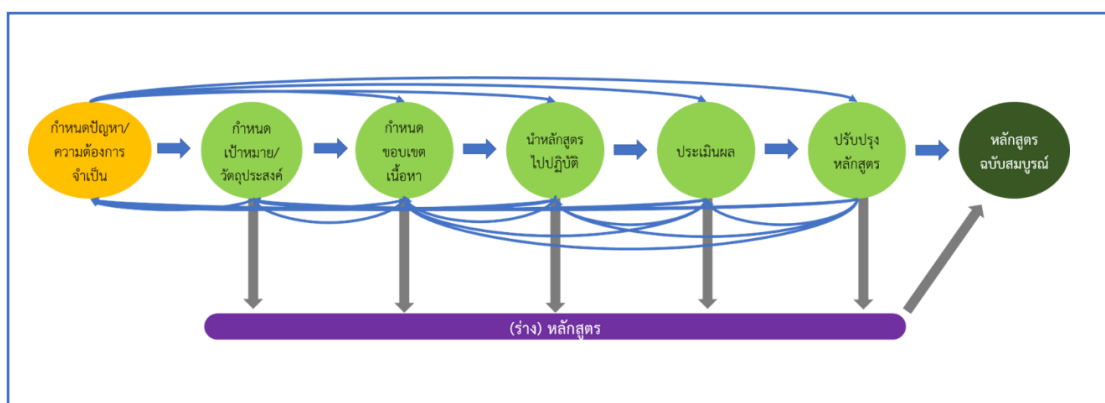
ในส่วนนี้หากการประเมินผลในขั้นตอนที่ 5 ไม่มีข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นที่ต้องปรับปรุงหรือต้องปรับปรุงเพียงเล็กน้อย ทีมสมาชิกสามารถทำการนัดประชุมสำหรับขั้นตอนที่ 5 และ 6 ไปในครั้งเดียวกันได้ แต่หากผลการประเมินมีข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นที่ทีมสมาชิกเห็นว่าควรมีการปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรเพิ่มเติม หรือปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการจัดกิจกรรมหรือการประเมินผล เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ควรที่จะมีการนัดประชุมอีกครั้งเพื่อร่วมกันกำหนดขอบเขตเนื้อหาหลักสูตรซึ่งอยู่ในขั้นตอนที่ 3 ใหม่อีกครั้ง และเมื่อมีการปรับปรุงส่วนของขอบเขตเนื้อหาหลักสูตรใหม่ ก็ควรที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญทำการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร นำไปทดลองปฏิบัติ และทำการประเมินผลอีกครั้ง

| | | |
|--|--|----------------|
| ขั้นตอนที่ 5-6 การประเมินผลและการปรับปรุงหลักสูตร | | 1 ครั้ง |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชน 2) เพื่อประเมินผลและปรับปรุงหลักสูตรได้หลักสูตรฉบับสมบูรณ์ | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน | |
| <ol style="list-style-type: none"> สมาชิกทีมในการร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานในการนำหลักสูตรไปปฏิบัติ สมาชิกทีม ร่วมกัน การประเมิน ผู้เข้าอบรม เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับเนื้อหาที่ได้จากการเข้าอบรม สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น ประเมินความเหมาะสม ปรับปรุงหลักสูตร (ฉบับสมบูรณ์) สมาชิกทีมประเมินความสามารถของตนเองในการพัฒนาหลักสูตร | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรม กล่าวชื่นชมสมาชิกในทีม - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเองในการประเมินหลักสูตร - ผู้อำนวยการความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม ติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญ - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุมในแต่ละครั้ง | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 3. ให้รางวัลกับสมาชิกเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการมุ่งมั่นพัฒนาหลักสูตรจนประสบความสำเร็จ 4. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ผลการประเมินของผู้เข้าอบรม, ไฟล์การพัฒนาหลักสูตร, แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล, กระดาษทดความคิด | | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : 1) หลักสูตรฉบับสมบูรณ์ 2) ทีมพัฒนาหลักสูตรมีทักษะในการพัฒนาหลักสูตร | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น | <ul style="list-style-type: none"> - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ - การรู้เท่าทันสื่อ | |

กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 5-6 การประเมินผลและการปรับปรุงหลักสูตร

| กรณีศึกษา : ขั้นตอนที่ 5-6 การประเมินผลและการปรับปรุงหลักสูตร | | |
|--|---|----------------------------------|
| กิจกรรมครั้งที่ 10 | ระยะเวลาในการทำกิจกรรม : 70 นาที | ช่องทาง : ออนไลน์ (Zoom meeting) |
| วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชน 2) เพื่อประเมินผลและปรับปรุงหลักสูตรและได้หลักสูตรฉบับสมบูรณ์ พร้อมคู่มือ | | |
| ขั้นตอนของกิจกรรม 1. สมาชิกทีมในการร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานในการนำหลักสูตรไปปฏิบัติ 2. สมาชิกทีมร่วมกันการประเมินผู้เข้าอบรมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับเนื้อหาที่ได้จากการเข้าอบรม 3. สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น ประเมินความเหมาะสม 4. ปรับปรุงหลักสูตร (ฉบับสมบูรณ์) 5. สมาชิกทีมประเมินความสามารถของตนเองในการพัฒนาหลักสูตร | บทบาทของทีมนักวิจัยชุมชน - ผู้นำ ทำหน้าที่ในการดำเนินงานตามขั้นตอนของกิจกรรมกล่าวชื่นชมสมาชิกในทีม - ผู้เข้าร่วม แสดงความคิดเห็นของตนเองในการประเมินหลักสูตร - ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นและช่วยเหลือสมาชิกในทีม ติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญ - ผู้ควบคุมเวลา ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนด - ผู้บันทึก บันทึกและนำเสนอผลที่ได้จากการประชุมในแต่ละครั้ง | |
| แนวทางการเสริมพลังในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 1. การให้อิสระในการตัดสินใจและปฏิบัติในลักษณะที่คิดว่าเหมาะสม 2. เปิดโอกาสให้ซักถามและรับฟังความคิดเห็น ให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 3. ให้รางวัลกับสมาชิกเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการมุ่งมั่นพัฒนาหลักสูตรจนประสบความสำเร็จ 4. การสื่อสารทางบวก โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิด หรือทัศนคติของบุคคลในทีม | | |
| สื่อ : ผลการประเมินของผู้เข้าอบรม, ไฟล์คู่มือการพัฒนาหลักสูตร, แบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล, กระดาษทดความคิด | | |
| ตัวอย่างสื่อ   | ภาพกิจกรรม  | |
| ผลผลิตที่เกิดขึ้นในการพัฒนาหลักสูตร : 1) ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของทีมนักวิจัยชุมชน 2) หลักสูตรฉบับสมบูรณ์ พร้อมคู่มือ 3) ทีมพัฒนาหลักสูตรมีทักษะในการพัฒนาหลักสูตร | | |
| ทักษะที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในทีม : <ul style="list-style-type: none"> - การสรุปประเด็น - การรวบรวมข้อมูล - การเข้าถึงข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น - การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ความคล่องแคล่วในการใช้เครื่องมือสื่อสาร/ดิจิทัล - การแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการ - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ - การสื่อสาร - การตัดสินใจ - การรู้เท่าทันสื่อ | | |

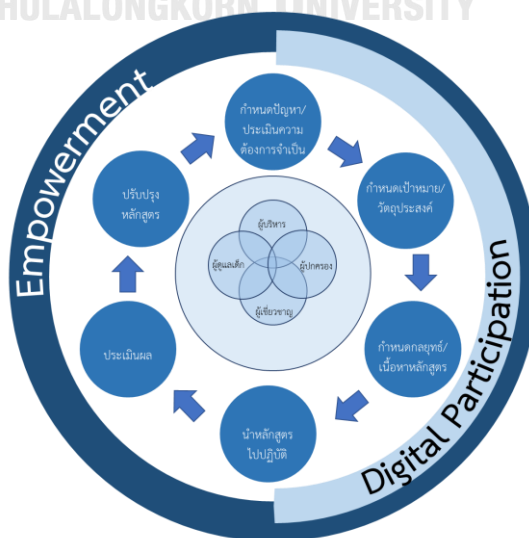
หากผลการประเมินพบว่าภายหลังการอบรมผู้เข้าร่วมไม่บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ทางทีมสมาชิกได้ร่วมกันกำหนดไว้ หรือทีมสมาชิกมีความคิดเห็นตรงกันว่าการกำหนดปัญหาและการประเมินความต้องการจำเป็นของเป้าหมายยังไม่ครอบคลุมมากพอ ทีมสมาชิกอาจกลับไปทบทวนในขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรนั้นใหม่อีกครั้ง และดำเนินการขั้นตอนในลำดับต่อไปจนสิ้นสุดกระบวนการพัฒนาหลักสูตร เพื่อให้มั่นใจว่าหลักสูตรที่มีการปรับปรุงเนื้อหา นั้นมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากกว่าหลักสูตรเดิม ดังแผนภาพ 4



แผนภาพ 4 กระบวนการพัฒนาหลักสูตร

จากกรณีศึกษาสามารถสรุปเป็นโมเดลการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการศึกษาและสุขภาพเด็กของผู้ดูแล รายละเอียดดังภาพ 5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาพ 5 โมเดลการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมพลังความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล
บทสรุป

การพัฒนาหลักสูตร เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการทำให้หลักสูตรมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดอีกทั้งยังเหมาะสมกับผู้เข้าอบรม หากมีการออกแบบกิจกรรมภายใต้ข้อมูลเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับบริบทชุมชน ทำให้มองเห็นปัญหา สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อีกกลยุทธ์หนึ่งของการพัฒนาหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คือ การนำภาพ เสียง หรือวิดีโอมาใช้ในการกระบวนการ พัฒนาหลักสูตร ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาหลักสูตรมองเห็นถึงสภาพปัญหาหรือการปฏิบัติที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้เข้าใจง่ายกว่าการได้รับข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพียงอย่างเดียว และช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การนำผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตร ซึ่งยังไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนาหลักสูตรมาก่อน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเสริมพลังให้กับทีมพัฒนาหลักสูตร เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้สามารถมีส่วนร่วมตลอดขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร และเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ทีมได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายของหลักสูตร ทดลองปฏิบัติและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน จะทำให้สมาชิกทุกคนในทีมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเกิดความยั่งยืนมากกว่าหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากนักวิจัยหรือบุคคลภายนอกที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับชุมชน อีกทั้งผู้เกี่ยวข้องที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการของการพัฒนาหลักสูตรยังมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มขึ้นอีกด้วย ตลอดจนสามารถนำสิ่งที่ได้ในครั้งนี้ไปพัฒนาหลักสูตรอื่นต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- มารุต พัฒผล. (2562). *การวิจัยและพัฒนาเพื่อการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้*. ศูนย์ผู้นำ
นวัตกรรมหลักสูตรและการเรียนรู้.
- Chen, B. Y., Kern, D. E., Kearns, R. M., Thomas, P. A., Hughes, M. T., & Tackett, S.
(2019). From modules to MOOCs: Application of the six-step approach to
online curriculum development for medical education. *Academic Medicine*,
94(5), 678-685. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002580>
- DialougeWORK. (2020). Do you empower your people? 10 strategies for empowering
others. Retrieved from <https://www.dialogueworks.com/blog/do-you-empower-your-people-10-strategies-for-empowering-others>
- Freire, P. (1973). *Education for Critical Consciousness*. Continuum.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of education* (3rd ed). McGraw-Hill.
- Haynes, K., & Tanner, T. M. (2015). Empowering young people and strengthening
resilience: Youth-centred participatory video as a tool for climate change
adaptation and disaster risk reduction. *Children's Geographies*, 13(3), 357-
371. <https://doi.org/10.1080/14733285.2013.848599>
- Mitchell, C. M., & Sommer, M. (2016). Participatory visual methodologies in global
public health. *Global Public Health*, 11(5-6), 521-527
<https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1170184>
- Sandercock, L., & Attili, G. (2010). Digital ethnography as planning praxis: An
experiment with film as social research, community engagement and policy
dialogue. *Planning Theory & Practice*, 11(1), 23-45.
<https://doi.org/10.1080/14649350903538012>
- Saylor, J. G., Alexander, W. M., & Lewis, A. J. (1981). *Curriculum planning for better
teaching and learning* (4th ed). Rinehart and Winston.
- Strack, R. W., Magill, C., & McDonagh, K. (2004). Engaging youth through photovoice.
Health promotion practice, 5(1), 49-58.
<https://doi.org/10.1177/1524839903258015>

- Stutt, A. (2018). Curriculum development and the 3 models explained. Retrieved from <https://tophat.com/blog/curriculum-development-models-design/>
- Taba, H. (1962). *Curriculum development: Theory and practice*. Brace & World.
- Waite, L., & Conn, C. (2011). Creating a space for young women's voices: using 'participatory video drama' in Uganda. *Gender, Place and Culture*, 18(01), 115-135. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2011.535297>
- Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health education & behavior*, 24(3), 369-387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>
- Williamson, B., & Hague, C. (2009). Digital participation, digital literacy, and school subjects: A review of the policies, literature and evidence. Retrieved from http://www.futurelab.org.uk/sites/default/files/Digital_Participation_review.pdf





หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย
(ฉบับสมบูรณ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

ผู้บริหารและคณะครูโรงเรียนกุลดิศววิทยาอนุสรณ์ วิเชียรบุรี

คำนำ

คู่มือหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น และได้แนวทางสำหรับนำไปปฏิบัติและประยุกต์ใช้เพื่อให้ตนเองสามารถดูแลเด็กให้มีสุขภาพดีและช่วยแก้ไขเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน และเอื้อต่อการปฏิบัติงานของครูปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เด็ก ครูผู้ดูแล และบุคลากรในโรงเรียนทุกคนสามารถดำเนินงานได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การอบรมเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเสริมพลังอำนาจให้กับครูผู้ดูแลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความตระหนัก มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และมีความมั่นใจในการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพเบื้องต้นมากขึ้น

คณะผู้จัดทำหลักสูตร มุ่งหวังให้ “หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย” เป็น “เครื่องมือ” สำหรับเตรียมความพร้อมครูผู้ดูแลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องและส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพที่ดีต่อไป

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คณะผู้จัดทำ

บทนำ
คู่มือหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อเสริมพลังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับครูปฐมวัย

เป้าหมาย (Purpose)

เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแล้ว ครูผู้ดูแลมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กจนทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถให้การดูแลสุขภาพเด็กได้

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อให้ครูผู้ดูแลในโรงเรียนมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้น
2. เพื่อให้ครูผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพเด็กที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเตรียมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการโดยทั่วไป

จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ครูผู้ดูแลและบุคลากรในโรงเรียนทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการเข้ารับการฝึกอบรมและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ซึ่งการแสดงความคิดเห็นร่วมกันจะช่วยให้ได้ข้อสรุปที่มีประสิทธิภาพ เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพของเด็กเล็กให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

อุปกรณ์

- คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้
- เครื่องเขียน-กระดาษสำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม สีเมจิก
- วัสดุอุปกรณ์อื่น ตามกิจกรรมที่ออกแบบในแต่ละหน่วยการเรียนรู้
- คู่มือการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยสำหรับครู

ช่องทางการจัดกิจกรรม

การจัดกิจกรรมสามารถจัดในช่องทางทั้งการดำเนิน ณ สถานที่ตั้ง (Onsite) หรือการจัดทางออนไลน์ (Online) ได้ตามความเหมาะสม โดยในการดำเนินการทางออนไลน์ควรพิจารณาความสามารถและความคล่องในการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือการสื่อสาร และการเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตประกอบด้วย

โครงสร้างของเนื้อหาหลักสูตร

| เนื้อหา | ระยะเวลา |
|---|--------------------------|
| แนะนำหลักสูตร | 15 นาที |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 คุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย | 20 นาที |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของโรคที่พบบ่อยในเด็ก | 50 นาที |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การสืบค้นข้อมูล | 50 นาที |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การคัดกรองอาการเบื้องต้น | 45 นาที |
| หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 การสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง | 30 นาที |
| การสรุปและอภิปรายผล | 20 นาที |
| รวมระยะเวลา | 3 ชั่วโมง 50 นาที |

ความเชื่อมโยงเนื้อหาในแต่ละหน่วยการเรียนรู้กับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

เป้าหมายหลักของผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรนี้ คือ การพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการรับรู้ เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในหลาย ๆ ด้านอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการตัดสินใจในการรับบริการสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งสิ้น 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพในการดูแลเด็กจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายได้ตรงตามที่ต้องการ และมีคุณภาพ เช่น ถามผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น รู้วิธีการค้นหาและสามารถเลือกแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้

2. ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการทำความเข้าใจสาระความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในการดูแลเด็ก สามารถอธิบายและเข้าใจประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลให้ถูกต้องเหมาะสม

3. ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้งสามารถพูดโน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลสุขภาพได้

4. ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ ตลอดจนสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติในการดูแลเด็ก เพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่ถูกต้อง

5. ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการใช้เหตุผลสำหรับวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อเลือกปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกปฏิบัติ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพดี และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น

6. การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ สามารถเลือกรับสื่อเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น และสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อให้คำแนะนำกับบุคคลอื่น

การพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กในหลักสูตรนี้ สามารถจำแนกออกในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ดังนี้

ตารางแสดง มิติของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กจำแนกตามหน่วยการเรียนรู้

| หน่วย การ เรียนรู้ | ชื่อหน่วยการเรียนรู้ | มิติของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก | | | | | |
|--------------------------|---|--|---------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | การ เข้าถึง ข้อมูล | ความรู้ ความ เข้าใจ | ทักษะ การ สื่อสาร | ทักษะการ จัดการ ตนเอง | ทักษะ การ ตัดสินใจ | การรู้เท่า ทันสื่อ |
| | แนะนำหลักสูตร | | | | | | |
| 1 | คุณลักษณะความเป็นครู ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย | | ✓ | | | | |
| 2 | การดูแลสุขภาพเบื้องต้น ของโรคที่พบบ่อยในเด็ก | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 3 | การสืบค้นข้อมูล | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| 4 | การคัดกรองอาการ เบื้องต้น | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 5 | การสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| | การสรุปและอภิปรายผล | | | | | | |

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 เรื่อง คุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

เวลา 20 นาที

1. ขอบเขตเนื้อหา

- 1.1 ความเป็นครูผู้ดูแลเด็กที่ตีปฐมวัย
- 1.2 วิธีการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

2. วัตถุประสงค์

เมื่อจบหน่วยการเรียนรู้แล้วผู้เข้ารับการอบรมจะสามารถ

- 2.1 รู้และเข้าใจถึงคุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย
- 2.2 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

3. วิธีการ

- 3.1 นำอภิปรายและแสดงความคิดเห็นถึงคุณลักษณะของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย 10 นาที
- 3.2 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาคุณลักษณะของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย 10 นาที

4. อุปกรณ์ สื่อ

- 4.1 เอกสารประกอบการบรรยาย
- 4.2 คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้

5. การประเมินผล

- 5.1 สังเกตพฤติกรรม
- 5.2 ดูการปฏิบัติและการแสดงความคิดเห็น

เนื้อหาหน่วยการเรียนรู้

คุณลักษณะที่ดีของการเป็นครูผู้ดูแลเด็ก

ความเป็นครูผู้ดูแลเด็กที่ดี จะต้องมียุคุณลักษณะตามจรรยาบรรณวิชาชีพครู ตามข้อบังคับคุรุสภาว่าด้วยจรรยาบรรณของวิชาชีพ พ.ศ. 2556 ประกอบด้วย จรรยาบรรณวิชาชีพครูมี 5 ด้าน 9 ข้อ

1. จรรยาบรรณต่อตนเอง

ข้อที่ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา ต้องมีวินัยในตนเอง พัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ บุคลิกภาพ และวิสัยทัศน์ ให้ทันต่อการพัฒนาทางวิทยาการ เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองอยู่เสมอ

2. จรรยาบรรณต่อวิชาชีพ

ข้อที่ 2 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา ต้องรัก ศรัทธา ซื่อสัตย์สุจริต รับผิดชอบต่อวิชาชีพ และเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรวิชาชีพ

3. จรรยาบรรณต่อผู้รับบริการ

ข้อที่ 3 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา ต้องรัก เมตตา เอาใจใส่ ช่วยเหลือ ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ศิษย์ และผู้รับบริการ ตามบทบาทหน้าที่โดยเสมอหน้า

ข้อที่ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา ต้องส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะ และนิสัยที่ถูกต้องดีงามแก่ศิษย์ และผู้รับบริการ ตามบทบาทหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ ด้วยความบริสุทธิ์ใจ

ข้อที่ 5 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา ต้องประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งทางกาย วาจา และจิตใจ

ข้อที่ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา ต้องไม่กระทำตนเป็นปฏิปักษ์ต่อความเจริญทางกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคมของศิษย์ และผู้รับบริการ

ข้อที่ 7 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา ต้องให้บริการด้วยความจริงใจและเสมอภาค โดยไม่เรียกรับหรือยอมรับผลประโยชน์จากการใช้ตำแหน่งหน้าที่โดยมิชอบ

4. จรรยาบรรณต่อผู้ร่วมประกอบวิชาชีพ

ข้อที่ 8 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา พึงช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันอย่างสร้างสรรค์ โดยยึดมั่นในระบบคุณธรรม สร้างความสามัคคีในหมู่คณะ

5. จรรยาบรรณต่อสังคม

ข้อที่ 9 ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา พึงประพฤติปฏิบัติตนเป็นผู้นำในการอนุรักษ์และพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญา สิ่งแวดล้อม รักษาผลประโยชน์ของส่วนรวม และยึดมั่นในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

นอกจากนี้ จากผลการอภิปรายของทีมนักวิจัยชุมชน สามารถจำแนกคุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่ได้ออกเป็น 3 ประการ คือ การมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานในการดูแลเด็ก การมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น

การมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานในการดูแลเด็ก โดยมีความรู้พื้นฐานทั้งในด้านการเสริมสร้างสติปัญญา ทักษะทางสังคม ทักษะทางร่างกาย และทักษะทางจิตใจ และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กตามพัฒนาการและอาการผิดปกติในเบื้องต้น

การมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัย การมีประสบการณ์ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมทั้งการส่งเสริมและเสริมสร้างพัฒนาการด้านต่าง ๆ มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น มีความสามารถในการสืบค้นข้อมูล การตัดสินใจกำหนดแนวทางเพื่อการดูแลเด็ก ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที และถูกต้องตามหลักการทางวิชาการและทางสาธารณสุข

วิธีการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นครูผู้ดูแลเด็ก

จากผลการจัดกิจกรรมในการพัฒนาหลักสูตรฯ ของทีมนักวิจัยชุมชน ให้ความเห็นว่า การพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กให้มีคุณลักษณะดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สามารถดำเนินการได้หลากหลายวิธี โดยได้นำเสนอแนวทางการดำเนินการใน 3 วิธี ดังนี้

การสร้างสถานการณ์จำลองเพื่อให้ครูได้มีประสบการณ์ในเผชิญกับปัญหา และตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เพียงพอ และความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

การส่งเสริมการสืบค้นข้อมูลที่มีประโยชน์จากแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือมาใช้ประกอบการตัดสินใจดำเนินการต่าง ๆ

การอบรมและพัฒนาให้ความรู้ โดยสมควรจัดเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการที่ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ครูได้ปฏิบัติจริงควบคู่กับการเรียนรู้ในเชิงทฤษฎี

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 เรื่อง การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของโรคที่พบบ่อยในเด็ก

เวลา 50 นาที

1. ขอบเขตเนื้อหา

- 1.1 อาการและโรคที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย
- 1.2 การดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย

2. วัตถุประสงค์

เมื่อจบหน่วยการเรียนรู้แล้วผู้เข้ารับการอบรมควรจะสามารถ

- 2.1 รู้และเข้าใจแนวทางการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย
- 2.2 สามารถเลือกและปฏิบัติการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยได้อย่างถูกต้อง

3. วิธีการ

- | | |
|--|---------|
| 3.1 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวอาการและโรคที่พบบ่อยในเด็ก | 15 นาที |
| 3.2 อภิปรายถึงสาเหตุ อาการ และโรคที่พบบ่อย | 10 นาที |
| 3.3 ศึกษาคู่มือการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยสำหรับครู | 10 นาที |
| 3.4 จับกลุ่มและเลือกโรคและแสดงบทบาทสมมติ | 10 นาที |
| 3.5 อภิปรายสรุปผล | 5 นาที |

4. อุปกรณ์ สื่อ

- 4.1 เอกสารประกอบการบรรยาย
- 4.2 คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้
- 4.2 คู่มือการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยสำหรับครู

5. การประเมินผล

- 5.1 สังเกตพฤติกรรม
- 5.2 การปฏิบัติและการแสดงความคิดเห็น

คู่มือ

การดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยสำหรับครู



จัดทำโดย

ผู้บริหารและคณะครูโรงเรียนกุลศิวิทย์ยานุสรณ์ วิเชียรบุรี

คำนำ

โรงเรียนกุลดิศวทยานุสรณ์ วิเชียรบุรี มีเป้าหมายในการดูแลเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ เพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่ทางโรงเรียนได้จัดกิจกรรมให้กับเด็ก โดยมุ่งเน้นให้ครูที่ดูแลเด็กมีส่วนสำคัญในการดูแลเด็กทั้งในเรื่องของการส่งเสริมพัฒนาการรวมถึงการป้องกันและดูแลเด็กให้มีสุขภาพที่ดีและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ปกครองและผู้บริหารโรงเรียน

การป้องกันและดูแลเด็กให้มีสุขภาพที่ดี ครูที่ดูแลเด็กปฐมวัยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคหรืออาการที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย ที่ครูจะต้องให้การดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารและคณะครูโรงเรียนกุลดิศวทยานุสรณ์ วิเชียรบุรี มีความจำเป็นต้องได้รับองค์ความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องตามหลักวิชาการในการดูแลเด็กปฐมวัย ทีมผู้ร่วมวิจัยจึงได้จัดทำ “คู่มือการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย สำหรับครู” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมให้ครูมีความรู้พื้นฐานในการดูแลอาการเบื้องต้นที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน และดูแลเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ครูสามารถนำไปใช้ในการดูแลเด็กปฐมวัยที่อยู่ในความดูแลของตนได้เป็นอย่างดี

ทีมผู้บริหารและคณะครูโรงเรียนกุลดิศวทยานุสรณ์ วิเชียรบุรี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะประโยชน์สำหรับครูที่ดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อช่วยให้มีความรู้พื้นฐานการดูแลและจัดการกับอาการของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขอบคุณผู้ปกครอง ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการให้การจัดทำคู่มือฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ทีมผู้ร่วมวิจัย

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| 1. ตัวร้อน มีไข้ | 1 |
| 2. ปวดศีรษะ | 2 |
| 3. ปวดท้อง | 4 |
| 4. เป็นลม | 5 |
| 5. โรคตาแดง | 6 |
| 6. ท้องร่วง | 7 |
| 7. การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กระดูกและข้อต่อ | 8 |
| 8. เลือดกำเดาไหล | 9 |
| 9. สำลักสิ่งแปลกปลอม | 10 |
| 10. โรคมือเท้าปาก | 11 |
| 11. ลมพิษ แพ้อาหาร | 12 |
| 12. ภูมิแพ้ | 13 |
| 13. การให้ยาพาราเซตามอลในเด็ก | 14 |
| ข้อมูลศึกษาเพิ่มเติม | 16 |

1. ตัวร้อน มีไข้

“ไข้” เป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย โดยการหลั่งสารเคมีออกมาจากเซลล์เม็ดเลือดขาว ไปกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ให้ผลิตความร้อนออกมาเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอม



อุณหภูมิ...? เรียกว่า “มีไข้”

37.5-38.4 °C

มีไข้ต่ำ

38.5-39.5 °C

มีไข้สูง

มากกว่า 40 °C

มีไข้สูงมาก

การดูแลเบื้องต้น

- คุ้ลดไข้โดยการเช็ดตัว แต่ถ้าไข้สูงกว่า 38 °C ถึงจะให้ได้ยาลดไข้ (หัวข้อการให้ยาในเด็ก)
- ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นหมาด ๆ เช็ดจากปลายมือปลายเท้าเข้าหาลำตัว ต้องเช็ดแรงกว่าเช็ดตัวปกติ เพื่อให้ระบายความร้อนได้ดี
- ควรใช้ผ้า 2-3 เพื่อให้ง่ายบริเวณข้อพับต่าง ๆ และหมั่นเปลี่ยนบ่อย ๆ
- เช็ดนานครั้งละ 15-20 นาที และหลังจากเช็ดตัวลดไข้ ± ให้ยาลดไข้ ควรวัดไข้ซ้ำอีกครั้ง 30 นาที หากยังมีไข้สูง ให้เช็ดตัวลดไข้อีกครั้ง
- อยู่ในห้องที่มีอากาศถ่ายเท ไม่เปิดแอร์ สวมใส่เสื้อผ้าโปร่งสบาย
- ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
- หากไข้สูงตลอด ไข้ไม่ลดลง ซึมลง ควรรีบพาเด็กไปพบแพทย์

อย่าปล่อยให้ไข้สูงมาก อาจเกิดอาการชักจากไข้สูงได้

2. ปวดศีรษะ

ปวดหัว ส่วนใหญ่มักหายเอง หรืออาการดีขึ้นหลังกินยาแก้ปวดและได้นอนพัก อาการปวดหัว ไม่ได้หมายถึงโรคไมเกรนเสมอไป อาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่น ไซนัสอักเสบ ฟันผุ เลือดออกในสมอง มีก้อนในสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง

คำถามที่ควรถามเด็ก...???

1. ปวดบริเวณไหนของศีรษะ?
2. มีอาการปวดแบบไหน?
(ปวดเล็กน้อย ปวดมาก ปวดตุ๊บตุ๊บ)
3. ตอนที่เริ่มปวด กำลังทำอะไรอยู่?



อาการปวดมีหลายประเภท

1. ปวดศีรษะจากไมเกรน

- ✓ ปวดตุ๊บๆ เป็นจังหวะ
- ✓ เกิดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง/ข้างเดียว
- ✓ อาการคงอยู่มากกว่า 1 ชม.

(สังเกตอาการไวต่อแสง/เสียงหรือไม่ คลื่นไส้อาเจียนหรือไม่)



2. ปวดศีรษะจากเพ่งสายตา

- ✓ ปวดรอบ ๆ ดวงตา เมื่อต้องใช้ความละเอียด/มองจอภาพนาน ๆ
- ✓ หากมีอาการบ่อย ๆ อาจแนะนำผู้ปกครองให้ตรวจสายตาเพื่อใช้แว่นสายตา



3. ปวดศีรษะจากภูมิแพ้

- ✓ ไวต่ออาหาร หรือสารเคมีตามธรรมชาติ
- ✓ มีอาการทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ จาม



4. ปวดศีรษะจากน้ำตาลในเลือดต่ำ



- ✓ ปวดแฉวมับทั้ง 2 ข้าง
- ✓ หากลองให้รับประทานอาหารหรือน้ำหวาน จะหายได้เอง

การดูแลเบื้องต้น

- หากเด็กสามารถทำกิจกรรมได้ปกติ ให้สังเกตและติดตามอาการต่อไป
- พยายามหาสาเหตุเบื้องต้น
- ให้อ่อนพัก และงดทำกิจกรรมต่าง ๆ
- หากปวดมาให้ยาพาราเซตามอล (หัวข้อการให้ยาในเด็ก)
- หากได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ ควรติดตามอาการทางสมอง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง ซึมลง เป็นต้น

หากปวดศีรษะและทานยาแก้ปวด อาการไม่ดีขึ้น อาจพบอาการทางสมองร่วมด้วย เช่น ซึมลง อาเจียนพุ่ง แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ควรรีบพาไปพบแพทย์

3. ปวดท้อง

สิ่งที่ควรปฏิบัติ

1. สังเกตอาการร่วม เช่น อาเจียน ถ่ายเหลว มีไข้ หน้าซีดคล้ำจะเป็นลม
2. ปวดท้องแบบไหน ปวดรุนแรง หรือไม่รุนแรง ปวดเป็นพักๆ เป็นๆ หายๆ
ปวดนานแค่ไหน กินอะไรแล้วหายปวดหรือไม่
3. มีประวัติประสบอุบัติเหตุมาก่อนหรือไม่



ควรต้องสาเหตุที่ทำให้ปวดท้อง

- ติดเชื้อในทางเดินอาหาร จะมีอาการปวดเฉียบพลัน มีไข้ อาเจียน และถ่ายเหลว
- ลำไส้กลืนกัน จะไม่มีไข้ ปวดท้องแบบเฉียบพลัน อาเจียน ถ่ายเป็นมูก ร้องไห้แง
- ไส้ติ่งอักเสบ ปวดท้องด้านล่างข้างขวา ถ่ายเหลว อาจมีไข้/ไม่มีไข้ก็ได้
- ภาวะเพาะอาหารอักเสบ ปวดท้องติดต่อกันหรือเป็น ๆ หาย ๆ นานมากกว่า 1 สัปดาห์
แน่นลิ้นปี่ ทานอาหารได้น้อย
- มีเลือดออกในทางเดินอาหาร จะมีเจียนเป็นเลือด หรืออุจจาระเป็นเลือด
- ตับอักเสบจากไวรัส อาจมีอาการตัวเหลือง ตาเหลืองร่วมด้วย
- ท้องผูกเรื้อรัง ไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย
- การกระทบกระแทกจากประสบอุบัติเหตุ เช่น วิ่งชนโต๊ะ/เก้าอี้
- ปวดท้องจากสาเหตุด้านจิตใจ เช่น ความเครียดจากปัญหาที่โรงเรียน ปวดท้องเพราะ
เรียกร้องความสนใจ

หากเด็กบ่นว่ามีอาการปวดท้องบ่อย ๆ ควรพาเด็กไปพบแพทย์
เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของอาการปวดท้อง

4. เป็นลม

อาการหน้ามืดเป็นลมหมดสติอย่างกะทันหันเกิดขึ้นเนื่องจากออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

สาเหตุ มักเกิดจาก “การได้รับความร้อนมากเกินไป” ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาในอากาศร้อนจัดเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการชดเชยน้ำหรือเกลือแร่ที่สูญเสียไปอย่างเพียงพอ จนทำให้ความดันโลหิตลดลง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการยืนนาน ๆ อยู่ในที่แออัดหรืออากาศร้อน



การดูแลเบื้องต้น

- ให้เด็กนอนราบกับพื้น
- ยกเท้าสูงทั้งสองข้าง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด
- ถอดเสื้อผ้าออก ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบตามข้อพับต่าง ๆ ร่วมกับใช้พัดลมช่วยระบายความร้อน เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกายให้ลดลง
- อยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยปราศจากคนมุง
- ดูแลให้เด็กดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานรับประทานอาหารครบทุกมื้อ
- ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หากอาการเป็นอย่างทีกล่าวมาชัดเจนและไม่ได้เป็นซ้ำอีก



หากพบว่าไม่ใช่เป็นลมธรรมดาหรือมีการเป็นลมซ้ำ ๆ ควรพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของโรคต่าง

5. โรคตาแดง

ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ เชื้อที่ทำให้เกิดโรคตาแดงที่พบได้บ่อย ได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และที่ทำให้เกิดการระบาดที่บ้านและที่โรงเรียน จะเกิดจากเชื้อไวรัสเป็นส่วนใหญ่

สาเหตุเกิดจาก

1. ชนิดติดเชื้อ

ติดต่อจากการสัมผัส
การหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ



2. ชนิดไม่ติดเชื้อ

อาจเกิดจากสิ่งแปลกปลอม ฝุ่นละออง
ทำให้เกิดการระคายเคือง หรือจากโรคมุมิแพ่

การดูแลเบื้องต้น

- ถ้ามีขี้ตา ให้ใช้สำลีชุบน้ำสะอาด เช่น น้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว เช็ดบริเวณเปลือกตาให้สะอาด เพื่อลดอาการเคืองแสบ
- เน้นให้เด็กล้างมือบ่อย ๆ ไม่ให้เด็กจับหรือขยี้บริเวณดวงตา เพราะเชื้อโรคอาจติดไปยังสิ่งของได้ และไม่ใช้ร่วมกับเด็กคนอื่น
- ไม่ควรใช้ผ้าปิดตาเพราะจะยิ่งทำให้การติดเชื้อเป็นมากขึ้น
- ดูแลให้พักผ่อนและพักการใช้สายตา
- เมื่อเป็นแล้วก็ยังไม่มียาที่รักษาได้โดยตรง ครูต้องป้องกันไม่ให้มีการแพร่เชื้อโรค โดยการแยกออกจากเด็กคนอื่น เพราะเด็กเล็กยังไม่รู้จักป้องกันการแพร่กระจายโรค



หากพบว่ามีอาการตาแดงมากขึ้น ควรรีบพาไปพบแพทย์
เพื่อได้รับการตรวจและรักษา ไม่ควรซื้อยามาหยอดตาให้เด็ก

6. ท้องร่วง

ท้องร่วง หรือ ท้องเสีย จะดูที่ลักษณะและความถี่ของอุจจาระที่เปลี่ยนไปจากปกติ ได้แก่

- เป็นเนื้อเหลว ความถี่ 3 ครั้งขึ้นไป
- เป็นน้ำปริมาณมาก มากกว่า 1 ครั้งใน 24 ชั่วโมง
- เป็นมูกเลือด 1 ครั้ง หรือ



การดูแลเบื้องต้น

- “**ไม่พยายามให้ยาหยุดถ่าย**” เนื่องจากจะเป็นการสะสมเชื้อโรคและสารพิษที่สร้างจากเชื้อโรค ทำให้มีการกระจายเชื้อออกนอกลำไส้
- ยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อ มีข้อบ่งชี้เฉพาะเชื้อแบคทีเรียบางตัวเท่านั้น เช่น อหิวาต์ บิด พยาธิบางชนิด เป็นต้น “**ไม่สมควรให้โดยไม่มีข้อบ่งชี้**”
- ทำการทดแทนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่จากร่างกาย โดยการให้กินสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทันทีในปริมาณที่เหมาะสม (ค่อย ๆ จิบ อย่างกินทีละจวนหมด)

ให้สารละลายเกลือแร่อย่างไร...???

โดยทั่วไป สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ 1 ขวดต่อน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว 1 แก้วน้ำ หรือ 1 ขวดนม (8 ออนซ์)

- ☞ อายุ < 2 ปี ให้จิบครั้งละ 2-3 ออนซ์ (1/4-1/2 แก้วน้ำ) ทุกครั้งที่ถ่าย
- ☞ 2-10 ปี ครั้งละ 1/2-1 แก้วน้ำ (4-8 ออนซ์)



ควรรีบพาไปพบแพทย์ เมื่อเด็กมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
ถ่ายอุจจาระเป็นมูก/มูกเลือด ใช้สูงหรือชัก อาเจียนบ่อย ท้องอืด
หายใจหอบ ไม่ยอมดื่มสารละลายเกลือแร่/ดื่มาแล้วยังคงเพลีย ซึม
หรือ ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำบ่อย > 10 ครั้งต่อวัน

7. การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กระดูกและข้อต่อ

เมื่อเด็กได้รับการบาดเจ็บจนมีภาวะเลือดคั่ง เด็กจะปวดมากแม้ไม่มีการเคลื่อนไหว หรือหากเคลื่อนไหวมากจะปวดร้าวไปยังบริเวณใกล้เคียง อาจมีกล้ามเนื้อบวมหรือแข็ง ผิวหนังบริเวณอักเสบจะมีอุณหภูมิสูงขึ้น การดูแลในระยะนี้มุ่งที่จะ “ลดการเคลื่อนไหวของข้อ+การจี้ที่ถูกต้อง” เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ป้องกันการตรึงของกล้ามเนื้อบริเวณที่อักเสบ

การดูแลเบื้องต้น

- ดูแลให้อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บได้พัก หรือลดการเคลื่อนไหว โดยใช้หลักการดูแล RICE ภายใน 24 ชั่วโมงแรก



| | |
|----------------|--|
| R: Rest | ให้พัก ไม่ใช้อวัยวะนั้นๆ หยุดการเคลื่อนไหว |
| I: Ice | ประคบด้วยความเย็น 24 ชั่วโมงแรก |
| C: Compression | ใช้ผ้าพัน เพื่อลดการบวมและช่วยห้ามเลือด |
| E: Elevation | ยกบริเวณอวัยวะที่บาดเจ็บให้สูงขึ้น |

- ใช้หลัก HEAT ในระยะหลัง 24-48 ชั่วโมง

| | |
|---------------------|------------------------------------|
| H: Hot application | ประคบอุ่นหรือทายาให้เกิดความร้อน |
| E: Exercise | บริหารบริเวณที่บาดเจ็บ |
| A: Advance exercise | เพิ่มบริหารบริเวณที่บาดเจ็บมากขึ้น |
| T: Training | ฝึกอวัยวะนั้นให้ทำกิจกรรมได้ปกติ |

- หากไม่แน่ใจว่ากระดูกหักหรือไม่ ให้ตรวจสอบร่างกาย สังเกตอาการบวม ช้ำ จ้ำเลือด ห้ามเลือดหากมีเลือดออก ถ้ามีแผลให้ทำแผลให้สะอาด
- หากพบกระดูกหักแบบเปิดให้ใช้ผ้าสะอาดคลุมปิดแผล
- หากไม่แน่ใจว่าข้อเคลื่อนหรือไม่ ห้ามดึงให้ข้อกลับเข้าที่
- หากปวดมากดยับข้อส่วนนั้น ให้ผ้าพันไว้ชั่วคราว และรีบนำส่งแพทย์




8. เลือดกำเดาไหล

ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บริเวณผนังกันจมูกด้านหน้า ซึ่งเป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดแดงหลายเส้น มักออกเพียงข้างเดียว **สาเหตุ** มักเกิดจาก

- การระคายเคือง/บาดเจ็บบริเวณจมูก ความผิดปกติทางกายวิภาคของโพรงจมูก หรือความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงจมูก
- เกิดจากโรคหรือความผิดปกติของระบบร่างกาย เช่น โรคเลือด โรคของหลอดเลือด และไม่ทราบสาเหตุ
- เกิดจากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ทำให้เลือดไหลง่ายกว่าปกติ

การดูแลเบื้องต้น

- ให้เด็กนั่งหลังตรงและก้มหน้าเล็กน้อย แล้วใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือบีบปีกจมูกทั้ง 2 ข้างเข้าหากัน เพื่อกดจุดเลือดออก ประมาณ 5-10 นาที และให้หายใจทางปากแทน
- 
- ห้ามเงยหน้าหรือเอนตัวลงนอน เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดไหลลงคอ
 - อาจใช้ผ้ารองใต้จมูกเพื่อซับเลือดได้ หรือไปยืนอยู่ที่อ่างล้างหน้า
 - อาจใช้ผ้าเย็น หรือน้ำแข็งห่อผ้า หรือเจล ประคบเย็นวางประคบบนสันจมูก เพื่อให้หลอดเลือดหดตัว
 - หลีกเลี่ยงการพูด การไอหรือจามในขณะที่เลือดกำเดากำลังไหลอยู่
 - ห้ามสั่งหรือแคะจมูก โดยเฉพาะเมื่อเลือดไหลน้อยลงแล้ว

กรณีที่เลือดออกมากและไม่สามารถหยุดเองได้
ต้องรีบพาไปพบแพทย์ เช่น มีเนื้องอกหรือมะเร็งในจมูก ไซนัส
หรือโพรงหลังจมูก หรือภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

9. สำลักสิ่งแปลกปลอม

ส่วนใหญ่จะเกิดอาการฉับพลัน คือ มีอาการไอติด ๆ กัน ขย้อน หายใจเสียงดัง หายใจลำบาก ต่อมามีอาการเสียงแหบ เขียว และหมดสติ

การดูแลเบื้องต้น

- ทำช่วยเหลือที่ใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี คือ ทำเคาะหลัง 5 ครั้ง สลับกับการกดหน้าอก 5 ครั้ง



- ท่าที่ใช้สำหรับเด็กอายุมากกว่า 1 ปี คือ ท่ากดท้องโดยผู้ช่วยเหลือยืนทางด้านหลัง ออกแรงกดท้องในทิศทางที่ให้แรงกดพุ่งเข้าตัวเด็กและเฉียงขึ้นทำไปเรื่อย ๆ จนสิ่งของหลุดออกมา เด็กอาจช่วยไอเพื่อขับสิ่งของออกมา ในขณะกดท้องด้วย ในเด็กที่โตพอที่จะพูดกันรู้เรื่อง ควรพยายามให้เด็กไอแรง ๆ บ่อย ๆ



- ถ้าพบว่าเด็กแน่นิ่ง ตัวซีด หรือเขียวคล้ำ ให้จับเด็กนอนหงาย พยายามปลุกเรียก สังเกตการหายใจโดยดูการเคลื่อนไหวของหน้าอก หน้าท้อง

ถ้าเรียกไม่รู้ตัว ลักษณะเหมือนไม่หายใจ ให้กดทรวงอกทันที
สลับกับการเป่าปาก และรีบนำส่งโรงพยาบาล

10. โรคมือ เท้า ปาก

เกิดจากการติดเชื้อไวรัสกลุ่มแอนเทอโร เชื้อแพร่กระจายจากการติดต่อกับมือ หรือของเล่นที่เปื้อน น้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพองและแผล หรืออุจจาระของเด็กที่มีเชื้อ หรือติดจากการไอ จามรดกัน



การป้องกัน

- ดูแลให้เด็กล้างมือเป็นประจำ
- รักษาความสะอาดสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ใช้ร่วมกัน
- หลีกเลี่ยงการนำเด็กไปในสถานที่ที่มีคนแออัด



การดูแลเบื้องต้น

- หากมีไข้และเจ็บปวดจากแผล ให้รับประทานยาแก้ปวดลดไข้ (หัวข้อการให้ยาในเด็ก)
- ป้องกันภาวะขาดน้ำ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันร่างกายขาดน้ำ
- รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ร้อนจัด รวมถึงอาหารที่มีรสเผ็ดและเปรี้ยว
- ดูแลให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อย ๆ

หากอาการไม่ดีขึ้น หรือมีไข้สูง ซึมลง เดินเซ ชัก เกร็ง หายใจหอบเหนื่อย อาเจียนมาก ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที เพราะอาจติดเชื้อรุนแรง อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

11. ลมพิษ

ลมพิษ เป็นปฏิกิริยาการแพ้รูปแบบหนึ่ง ที่เกิดจากอาหาร ยา การติดเชื้อ และสารเคมีบางชนิด รวมถึงปัจจัยภายใน เช่น ระบบภูมิคุ้มกันต่อต้านตัวเอง มะเร็ง เป็นต้น

อาการ มักจะพบผื่น นวม แดงนูนขึ้นมา มีขอบชัดเจน อาจจะมีอาการคัน หรือแสบ มักเกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมง หลังได้รับการกระตุ้น และจะหายเอง ภายใน 24 ชั่วโมง แต่อาจขึ้นใหม่ได้อีก

ประเภทของลมพิษ



1. ลมพิษเฉียบพลัน

อาการผื่นลมพิษ ไม่เกิน 6 สัปดาห์ มักเกิดจากอาการแพ้ เช่น แพ้อาหาร แพ้ยา การติดเชื้อในร่างกาย แมลงสัตว์กัดต่อย

2. ลมพิษเรื้อรัง

มีอาการผื่นลมพิษเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์ และเป็นต่อเนื่องติดต่อกันเกิน 6 สัปดาห์ขึ้นไป

การดูแลเบื้องต้น

- ให้สังเกตว่าเราแพ้อะไร แล้วหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ ให้อาบน้ำหากมีอาการคัน
- ทาคาลาไมน์ โลชั่น บรรเทาอาการคัน งดใช้สบู่ โลชั่นที่มีสารเคมีรุนแรง
- ไม่แกะเกาผิวหนัง อาจทำให้ผิวหนังอักเสบ
- ดูแลทำความสะอาดผิวหนัง ด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือแล้วเช็ดให้แห้ง
- พักผ่อนให้เพียงพอ เมื่อพักผ่อนน้อยอาจทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ

หากมีอาการตาบวม ปากบวม ปวดท้อง แน่นจุก หายใจ
ติดขัดร่วมด้วย ควรรีบพาไปพบแพทย์
ถ้ามีอาการรุนแรงมากอาจถึงขั้นเสียชีวิต

12. ภูมิแพ้

โรคภูมิแพ้ เกิดจากร่างกายสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งไปกระตุ้นให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารเหล่านั้นมากผิดปกติ และทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังนี้

- ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ มีอาการไอ จาม แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หายใจมีเสียงวี๊ด หรือหายใจเร็วโดยเฉพาะเวลากลางคืน
- ภูมิแพ้อาหารและยา มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปากบวม ปวดท้อง ท้องอืด มีอาการทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย
- ภูมิแพ้ผิวหนัง มีอาการคัน ผดผื่นขึ้นตามตัว ผิวน้ำแดง บางครั้งผื่นขึ้นเป็นปื้น นูนแดง และคันมาก
- ภูมิแพ้ตา มีอาการคันตา เคืองตา ตาแดง น้ำตาไหล หนังตาบวม แสบตา

สังเกตอย่างไรว่าเป็น...ภูมิแพ้

1. มีประวัติการป่วยโรคภูมิแพ้ของบุคคลภายในครอบครัว
2. มีอาการแพ้ เมื่อสัมผัสสารเคมีหรือมีบางอย่างมากกระตุ้น
3. มีอาการคัน คัดจมูก น้ำมูกใส อาจพบเด็กตัวเล็กกว่าเด็กปกติ



ภูมิแพ้...หากรู้ก่อนป้องกันได้

แนะนำผู้ปกครองให้พาเด็กที่สงสัยเป็นภูมิแพ้ไปปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอทำการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง สามารถทำได้ตั้งแต่อายุ 2 ปีขึ้นไป

13. การให้ยาในเด็ก

พาราเซตามอลชนิดน้ำ
100 มก.ต่อ 1 มิลลิลิตร



พาราเซตามอลชนิดน้ำ
120 มก.ต่อ 5 มิลลิลิตร



พาราเซตามอลชนิดน้ำ
250 มก.ต่อ 5 มิลลิลิตร



| น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) | ขนาดยา |
|--|--|
| อายุน้อยกว่า 2 เดือน | ให้ปรึกษาแพทย์ |
| เด็กอายุ 2 ถึง 3 เดือน ที่น้ำหนัก 4 ถึง 6 | กินครั้งละ 0.6 มิลลิลิตร วันละ 1 ครั้ง เวลาระหว่างปวด หรือมีไข้ หากจำเป็น กินได้อีกครั้ง ห่างจากครั้งแรกว่าน้อย 4 ชั่วโมง |
| มากกว่า 6 ถึง 9 | กินยาครั้งละ 0.9 มิลลิลิตร วันละไม่เกิน 5 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เวลาระหว่างปวดหรือมีไข้ |
| มากกว่า 9 ถึง 10 | กินยาครั้งละ 1 มิลลิลิตร วันละไม่เกิน 5 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เวลาระหว่างปวดหรือมีไข้ |

| อายุ | ขนาดยา | |
|---|---|----------------|
| น้อยกว่า 2 เดือน | ให้ปรึกษาแพทย์ | |
| 2 ถึง 3 เดือน ที่น้ำหนัก 4 - 6 กิโลกรัม | กินครั้งละ ครึ่งช้อนชา (หรือ 2.5 มิลลิลิตร) วันละ 1 ครั้ง เวลาระหว่างปวดหรือมีไข้ หากจำเป็นต้องกินอีกครั้ง ห่างจากครั้งแรกว่าน้อย 4 ชั่วโมง ถ้าไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร | |
| มากกว่า 3 เดือน | กินยาเวลาระหว่างปวดหรือมีไข้ วันละไม่เกิน 5 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ตามขนาดยาในตาราง | |
| น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) | ช้อนชาตวงยา | กระบอกฉีดยา* |
| ตั้งแต่ 4 - 6 | ครึ่งช้อน | 2.5 มิลลิลิตร |
| มากกว่า 6 - 8 | สามส่วนสี่ช้อน | 3.75 มิลลิลิตร |
| มากกว่า 8 - 12 | หนึ่งช้อน | 5 มิลลิลิตร |
| มากกว่า 12 - 16 | หนึ่งช้อนครึ่ง | 7.5 มิลลิลิตร |
| มากกว่า 16 - 24 | สองช้อน | 10 มิลลิลิตร |
| * หรือถ้วยตวงยา | | |

| น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) | ช้อนชาตวงยา | กระบอกฉีดยา* |
|-----------------------|----------------|----------------|
| ตั้งแต่ 9 ถึง 13 | ครึ่งช้อน | 2.5 มิลลิลิตร |
| มากกว่า 13 ถึง 17 | สามส่วนสี่ช้อน | 3.75 มิลลิลิตร |
| มากกว่า 17 ถึง 25 | หนึ่งช้อน | 5 มิลลิลิตร |
| มากกว่า 25 ถึง 34 | หนึ่งช้อนครึ่ง | 7.5 มิลลิลิตร |
| มากกว่า 34 ถึง 50 | สองช้อน | 10 มิลลิลิตร |

*หรือถ้วยตวงยา

13. การให้ยาในเด็ก

ยาเม็ดพาราเซตามอล 325 มิลลิกรัม

พาราเซตามอลชนิดเม็ด
325 มิลลิกรัมต่อเม็ด



| น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) | ขนาดและวิธีใช้ยา |
|--------------------------|------------------------|
| 22 ถึง 33 | ครั้งละ 1 เม็ด |
| มากกว่า 33 ถึง 44 | ครั้งละ หนึ่งเม็ดครึ่ง |
| มากกว่า 44 | ครั้งละ 2 เม็ด |

ยาเม็ดพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม

พาราเซตามอลชนิดเม็ด
500 มิลลิกรัมต่อเม็ด



| น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) | ขนาดและวิธีใช้ยา |
|--------------------------|--|
| 34 ถึง 50 | ครั้งละ 1 เม็ด |
| มากกว่า 50 ถึง 67 | ครั้งละ หนึ่งเม็ดครึ่ง วันละไม่เกิน 5 ครั้ง |
| มากกว่า 67 | ครั้งละ 2 เม็ด วันละไม่เกิน 4 ครั้ง |

กินยาห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เฉพาะเวลา
ปวดหรือมีไข้

ข้อควรระวัง !!!

กินยาเฉพาะเวลาปวดหรือมีไข้
วันละไม่เกิน 5 ครั้ง
ระยะห่าง 4 ชั่วโมงต่อครั้ง
ห้ามกินติดต่อกันนานเกิน 5 วัน



ข้อมูลศึกษาเพิ่มเติม



แหล่งสืบค้นโรคที่พบบ่อย
และการดูแลเบื้องต้นในเด็ก



คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัย



แนวทางการส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัย



คู่มือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น



คู่มือปฏิบัติการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน



การให้ยาพาราเซตามอลในเด็ก

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 เรื่อง การสืบค้นและการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เวลา 50 นาที

1. ขอบเขตเนื้อหา

- 1.1 ช่องทางในการเข้าถึงเว็บไซต์เพื่อสืบค้นข้อมูล
- 1.2 เทคนิคการสืบค้น
- 1.3 การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2. วัตถุประสงค์

เมื่อจบหน่วยการเรียนรู้แล้วผู้เข้ารับการอบรมจะสามารถ

- 2.1 สืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องการได้
- 2.2 วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สืบค้นได้

3. วิธีการ

- | | |
|--|--------------|
| 3.1 ทดลองสืบค้นข้อมูล | เวลา 10 นาที |
| 3.2 บรรยายวิธีการสืบค้นข้อมูลและการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล | เวลา 10 นาที |
| 3.3 ฝึกปฏิบัติระบุดำคัญในการสืบค้นข้อมูลและประเมินความน่าเชื่อถือ | เวลา 10 นาที |
| 3.4 นำเสนอผลการสืบค้นข้อมูล | เวลา 20 นาที |

4. อุปกรณ์ สื่อ

- 4.1 เอกสารประกอบการบรรยาย
- 4.2 คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้

5. การประเมินผล

- 5.1 สังเกตพฤติกรรม
- 5.2 ดูการปฏิบัติและผลงาน
- 5.3 การซักถามข้อสงสัย

เว็บไซต์ที่เป็นช่องทางในการสืบค้นข้อมูลทางออนไลน์

การเข้าถึงข้อมูลทางออนไลน์ สิ่งสำคัญที่นอกจากต้องเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและช่องทางเว็บไซต์เพื่อการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามความต้องการใช้งาน และเว็บไซต์ที่ได้รับความนิยมกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่

1. Google.com

เป็นเว็บไซต์ที่ให้สิทธิ์ผู้ใช้สามารถค้นหาข้อมูลได้ทั่วโลก ทั้งข้อความ ภาพ และวิดีโอด้วยคุณลักษณะเฉพาะและเทคโนโลยีที่ช่วยให้การค้นหาข้อมูลบนโลกออนไลน์ได้ง่ายยิ่งขึ้น

2. Youtube.com

เป็นคลิปวิดีโอที่มีการทำ content ในรูปแบบวิดีโอบน YouTube เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร และเนื้อหาสาระที่ต้องการให้ผู้อื่นได้เห็นกันในวงกว้าง อีกทั้งยังมีช่องเพื่ออัปโหลดวิดีโอของเราได้เหมือนกัน เหมาะกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นภาพเคลื่อนไหวพร้อมกับเสียงพูด ที่ทำให้ผู้ฟังเข้าใจในเนื้อหาได้มากขึ้น

3. Facebook.com

เป็น social network ที่ได้รับความนิยมอีกแหล่งหนึ่ง เป็นตัวช่วยหรือเครื่องมือค้นหาบนโลกออนไลน์นอกเหนือจากการค้นหาข้อมูลด้วย Google ซึ่งบน Facebook จะเป็นได้มุมมองอื่น ๆ ของ keyword นั้น ๆ ด้วย มีผลลัพธ์การค้นหาที่หลากหลายมุมมองที่แตกต่าง สามารถติดต่อสื่อสารและร่วมทำกิจกรรมได้ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งประเด็นคำถาม ตอบในเรื่องที่สนใจ โพสต์รูปภาพ โพสต์คลิปวิดีโอ เขียนบทความ แชทคุยกัน

นอกจากนี้ก็ยังมียังมีเว็บไซต์อื่น ๆ ที่มากมายที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย แต่ส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมอบรมจะเข้าถึงข้อมูลได้จากเว็บไซต์ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งในการสืบค้นแหล่งข้อมูลจากเว็บไซต์ต่าง ๆ ควรที่จะพิจารณาถึงหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเผยแพร่ข้อมูลที่สำคัญให้กับประชาชน ต่อไปจะเป็นเทคนิคการสืบค้นข้อมูล ที่จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถสืบค้นข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ข้อมูลตรงตามความต้องการมากขึ้น

เทคนิคการสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพ

เทคนิคในการสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพ มีหลากหลายเทคนิคด้วยกัน ส่วนใหญ่แล้วจะพบว่าการสืบค้นข้อมูลแต่ละครั้งผลที่ได้จากการสืบค้นจะมีขนาดและจำนวนที่มากจนเกินไป ดังนั้น เพื่อความสะดวกในการสืบค้นแ จึงควรที่จะต้องเรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อช่วยลดหรือกำจัดคำค้นที่ไม่ต้องการ ทำให้ผลการสืบค้นแคบลงและได้ข้อมูลตรงตามความต้องการของผู้เข้าร่วมอบรมมากที่สุด มีเทคนิคการสืบค้นพอสังเขปดังนี้

1. เลือกช่องทางการค้นหาให้ตรงกับสิ่งที่ตรงกับความต้องการของเราให้มากที่สุด ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าต้องการจะค้นหาข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรายละเอียดของข้อมูล ผลการศึกษาต่าง ๆ สามารถสืบค้นโดยผ่านเว็บไซต์ Google.com แต่หากต้องการค้นหาข้อมูลทีอธิบายสั้น ๆ มีภาพประกอบทำให้เข้าใจง่ายมากขึ้น ควรที่จะสืบค้นโดยผ่านเว็บไซต์ Youtube.com เป็นต้น

2. ใช้คำค้นที่เป็นคำสั้น ๆ มากกว่า 1 คำที่มีลักษณะเกี่ยวข้องกันช่วยค้นหา เพราะจะได้ผลลัพธ์ที่มีขนาด แคบลงและมีความเฉพาะตรงตามประเด็นที่เราต้องการมากขึ้น เช่น หากต้องการค้นหาแนวปฏิบัติการดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจใช้คำค้นว่า “โควิด การป้องกัน เด็ก แนวปฏิบัติ แนวทาง” เป็นต้น

3. ใส่เครื่องหมายคำพูดครอบคอบกลุ่มคำที่ต้องการ เพื่อบอกกับระบบว่าเราต้องการผลการค้นหาที่มีคำในกลุ่มนั้นครบและตรงตามลำดับที่เราพิมพ์ทุกคำ เช่น "โควิด 2019" หรือ "โควิด-19" เป็นต้น

4. ใช้ตัวเชื่อมทางตรรกศาสตร์ (Logic) เข้ามาช่วยในการค้นหาข้อมูล ซึ่งมีอยู่ 3 ตัวด้วยกัน ได้แก่

4.1 - AND เป็นการสั่งให้ค้นหาโดยจะต้องมีคำนั้น ๆ มาแสดงด้วยโดยไม่จำเป็นว่าจะต้องติดกัน เช่น การดูแล AND โควิด เป็นต้น จะได้ข้อมูลที่มีทั้งสองคำนี้มาแสดง จะได้ข้อมูลที่แคบลงและตรงกับเนื้อหาที่ต้องการมากขึ้น

4.2 - OR สั่งให้หาโดยจะต้องนำคำใดคำหนึ่งที่พิมพ์ลงไปมาแสดง เช่น ไวรัสโคโรนา OR โควิด เป็นต้น จะได้ข้อมูลที่มีคำใดคำหนึ่งหนึ่งหรือทั้ง 2 คำมาแสดงให้เห็น จะได้ข้อมูลที่กว้างมากขึ้น

4.3 - NOT สั่งไม่ให้เลือกคำนั้น ๆ มาแสดง เช่น โควิด AND เด็กปฐมวัย not เด็กวัยเรียน หมายความว่า ให้ทำการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโควิดและเด็กปฐมวัย แต่ต้องไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับเด็กวัยเรียน เป็นต้น

5. หลีกเลี่ยงการใช้ตัวเลข พยายามเลี่ยงการใช้คำค้นหาที่เป็นคำเดี่ยว ๆ หรือเป็นคำที่มีตัวเลขปน แต่ถ้าเลี่ยงไม่ได้ ควรอย่าลืมใส่เครื่องหมายคำพูด (" ") ลงไปด้วย เช่น "โควิด 19" เป็นต้น

6. หลีกเลี่ยงภาษาพูด หลีกเลี่ยงคำประเภท ภาษาพูดหรือภาษาถิ่นหรือเป็นประโยค ควรที่จะสรุปเป็นกลุ่มคำหรือวลีที่มีความหมายรวมทั้งหมดไว้

7. ใช้ภาษาอังกฤษในการสืบค้นเพิ่มเติม จะสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) เป็นการเข้าถึงสื่อ การอ่านสื่อออก เข้าใจความหมาย ลักษณะรูปแบบของสื่อและมีความสามารถในการวิเคราะห์ วิจาร์ณ ประเมินค่าสื่อ นั้น ๆ ซึ่งทักษะการเรียนรู้สื่อแบ่งออกเป็น 2 ระดับหลัก ๆ คือ ทักษะขั้นพื้นฐาน คือ สามารถเข้าใจสื่อ เรียนรู้จากสื่อ และใช้ประโยชน์จากสื่อได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง และพัฒนาต่อในระดับที่สูงขึ้น เช่น สามารถวิเคราะห์ วิพากษ์สื่อได้ด้วยทักษะการคิดระดับต่างๆ เช่น การคิดสร้างสรรค์ การคิดเชิงวิพากษ์ ฯลฯ

เป็นต้น อีกหนึ่งที่สำคัญที่สุดคือ สามารถสร้างสรรค์สื่อในแบบฉบับของตนเอง ๆ ได้อย่างสร้างสรรค์ สามารถเรียงลำดับได้ดังนี้

1. การเข้าถึง (Access)

การเข้าถึงสื่อ เป็นการได้รับสื่อประเภทต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่และรวดเร็วสามารถรับรู้และเข้าใจเนื้อหาของสื่อประเภทต่าง ๆ ได้อย่างเต็มความสามารถ พร้อมทั้งทำความเข้าใจความหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอ่านเนื้อหาจากสื่ออื่น ๆ และทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ จดจำและเข้าใจความหมายของคำศัพท์ สัญลักษณ์ และเทคนิคที่ใช้ในการสื่อสาร พัฒนากลยุทธ์ เพื่อหาที่มาของข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่หลากหลาย และเลือกคัดกรองข้อมูล ประเภทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

2. การวิเคราะห์ (Analyze)

การวิเคราะห์ เป็นการตีความเนื้อหาสื่อตามองค์ประกอบของสื่อแต่ละประเภทว่าสิ่งที่สื่อ นำเสนอนั้นส่งผลกระทบอะไรบ้างต่อสังคม การเมืองหรือเศรษฐกิจโดยใช้พื้นฐานความรู้เดิมและประสบการณ์ในการคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้น โดยอาจใช้วิธีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ การแยกองค์ประกอบย่อยต่าง ๆ หรือการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเหตุและผลทำความเข้าใจเนื้อหาบริบทที่ต้องการสื่อ เช่น ใช้ความรู้และประสบการณ์เดิมเพื่อทำนายผลที่จะเกิด ตีความเนื้อหา โดยใช้หลักการวิเคราะห์พื้นฐาน ใช้กลวิธีต่างๆ ได้แก่การเปรียบเทียบ/หาความแตกต่าง/ข้อเท็จจริง/ความคิดเห็น เหตุผล และการลำดับความสำคัญ หรือใช้ความรู้เกี่ยวกับบริบททางสังคมเป็นพื้นฐานของการสร้างสรรค์และตีความหมาย เป็นต้น

3. การประเมินค่าสื่อ (Evaluate)

การประเมินค่าของสื่อ เป็นผลจากการวิเคราะห์สื่อที่ผ่านมาทำให้สามารถที่จะประเมินคุณภาพของเนื้อหาที่มี คุณค่าต่อผู้รับสารมากน้อยเพียงใด สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับสารในด้านใดได้บ้าง คุณค่าที่เกิดขึ้นเป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทางใจ อารมณ์ ความรู้สึก หรือมีคุณค่าทางศีลธรรม จรรยาบรรณ สังคม วัฒนธรรมหรือประเพณี ความสามารถในการประเมินเนื้อหา โดยสร้างความเกี่ยวข้องของเนื้อหา กับประสบการณ์ พร้อมเสนอความเห็นในแง่มุมที่หลากหลาย

4. การสร้างสรรค์ (Create)

การเรียนรู้สื่อรวมถึงการพัฒนาทักษะ เป็นการสร้างสื่อในแบบฉบับของตนเองขึ้นมา เมื่อผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจสามารถวิเคราะห์วิจารณ์ ประเมินค่าสื่อได้อย่างถ่องแท้แล้ว ทุกคนจะต้องสามารถวางแผน เขียนบท ค้นคว้าข้อมูลเนื้อหา มาประกอบ ความสามารถในการสร้างสรรค์ (หรือสื่อสาร) เนื้อหาโดยการเขียนบรรยายความคิด ใช้คำศัพท์ เสียง หรือการสร้างภาพให้มีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย ซึ่งมีวิธีการสร้างสื่อแบบสร้างสรรค์ ดังนี้ การใช้ประโยชน์จากขั้นตอนการระดมสมอง วางแผน เรียบเรียง และแก้ไข การใช้ภาษาเขียนและภาษาพูดอย่างมีประสิทธิภาพที่สุดตามหลักของภาษาศาสตร์ การสร้างสรรค์และเลือกภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ และการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในการวางโครงสร้างของเนื้อหา

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 เรื่อง การคัดกรองอาการเบื้องต้น

เวลา 45 นาที

1. ขอบเขตเนื้อหา

- 1.1 อาการเบื้องต้นที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 1.2 การจัดทำแบบคัดกรองอาการตัวอย่างเบื้องต้น

2. วัตถุประสงค์

เมื่อจบหน่วยการเรียนรู้แล้วผู้เข้ารับการอบรมควรจะสามารถ

- 2.1 อธิบายและประเมินอาการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.2 จัดทำแบบคัดกรองอาการตัวอย่างเบื้องต้น

3. วิธีการ

- | | |
|--|--------------|
| 3.1 บรรยายที่มาและการแพร่ระบาด อาการของโรค และความแตกต่างระหว่าง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับโรคอื่น | เวลา 5 นาที |
| 3.2 ฝึกปฏิบัติในการสืบค้นข้อมูลและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | เวลา 10 นาที |
| 3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นและข้อมูลจากการบรรยาย | เวลา 10 นาที |
| 3.4 พัฒนาและนำเสนอแบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการของโรคตัวอย่าง | เวลา 15 นาที |
| 3.5 ซักถามข้อสงสัยและสรุป | เวลา 5 นาที |

4. อุปกรณ์ สื่อ

- 4.1 เอกสารประกอบการบรรยาย
- 4.2 คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้
- 4.3 อุปกรณ์เครื่องเขียนและกระดาษสำหรับการนำเสนอ
- 4.4 แบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5. การวัดผล

- 5.1 สังเกตพฤติกรรม
- 5.2 ดูการปฏิบัติและผลงาน
- 5.3 การซักถามข้อสงสัย

เนื้อหาหน่วยการเรียนรู้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ความรู้ทั่วไป

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Corona Virus Disease) หรือ COVID-19 มีสารพันธุกรรมเป็น RNA พบได้ทั้งสัตว์และคน มีโอกาสกลายพันธุ์ได้สูง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่โรคหัดธรรมดาไปจนถึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) และโรกระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS)¹

เชื้อไวรัสสามารถแพร่ระบาดจากคนสู่คน โดยแฝงตัวอยู่ในละอองเสมหะที่จามและปาก ผ่านการไอ จาม หรือพูดและสารคัดหลั่งน้ำมูก น้ำลาย ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อในระยะน้อยกว่า 2 เมตร มีโอกาสที่จะได้รับเชื้อจากการสูดดมละอองฝอยเสมหะ ทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ในอากาศ หรือจากการสัมผัส ซึ่งมีทั้งการสัมผัสแบบทางอ้อม ที่อาจติดกับมือ ผิวหน้า พื้นโต๊ะ เก้าอี้ ราวบันได เสื้อผ้า หรือการสัมผัสมือสัมผัสตัว หยอกล้อเล่นกัน เมื่อไปสัมผัสตามที่ตั้งกล่าว แล้วมาเช็ดหน้า ขยี้ตา หรือหยิบของเข้าปาก ก็จะมีโอกาสทำให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้



อาการของเด็กที่ติดเชื้อ COVID-19

ในเด็กส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง สามารถหายได้ใน 1-2 สัปดาห์ และมีรายงานการเสียชีวิตน้อยมาก อาการของเด็กที่ติดเชื้อนี้ไม่แตกต่างจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจชนิดอื่น มีตั้งแต่ไม่มีอาการ มีอาการรุนแรงน้อย โดยมีลักษณะคล้ายกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจไปจนถึงขั้นรุนแรงมาก และอาจเสียชีวิตได้ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ มีรายละเอียดที่จำแนกได้ 7 ลักษณะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของเด็กที่ติดเชื้อ COVID-19

| ลักษณะ/โรค | อาการและอาการแสดง |
|-----------------------------------|--|
| 1. ติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ | ไม่มีอาการแสดงให้เห็น แต่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ |
| 2. เจ็บป่วยเล็กน้อย | มีอาการและอาการแสดงเพียงเล็กน้อยคล้ายกับคนที่เชื้อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ คัดจมูก ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยร่างกาย อ่อนเพลีย หายใจลำบาก และมีไข้ บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสียร่วมด้วย |
| 3. ปอดอักเสบ | ไอ หายใจลำบาก และหายใจเร็ว โดยไม่มีอาการของปอดอักเสบรุนแรง <ul style="list-style-type: none"> - อายุ < 2 เดือน อัตราการหายใจ ≥ 60 ครั้ง/นาที - อายุ 2-11 เดือน อัตราการหายใจ ≥ 50 ครั้ง/นาที - อายุ 1-5 ปี อัตราการหายใจ ≥ 40 ครั้ง/นาที - อายุ > 5 ปี อัตราการหายใจ ≥ 30 ครั้ง/นาที |
| 4. ปอดอักเสบรุนแรง | ไอ หายใจลำบาก และหายใจเร็ว ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เชี่ยว: ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด < 90% - หายใจลำบากอย่างรุนแรง เช่น หน้าอกบุ๋ม เป็นต้น - สัญญาณอันตรายอื่น ๆ ได้แก่ กินไม่ได้, ซึม, หหมดสติ, ชัก |
| 5. ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน | มีอาการเฉียบพลันภายใน 1 สัปดาห์ มีอาการทางระบบทางเดินหายใจแย่งลง |
| 6. ติดเชื้อในกระแสเลือด | มีอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ, เม็ดเลือดขาวผิดปกติ และอาจมีอวัยวะอื่นทำงานผิดปกติร่วมด้วย |
| 7. ช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด | มีความดันโลหิตต่ำ หรือมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง, หัวใจเต้นเร็ว/ช้า (ในเด็ก HR < 70 ครั้ง/นาที หรือ > 150 ครั้ง/นาที), ซีฟจรเต้นเบา, หายใจเร็ว, ตัวลาย, ตัวเย็น, มีจุดเลือดออกหรือจ้ำเลือดตามตัว, ปัสสาวะออกน้อย, มีไข้หรือตัวเย็น |

อาการสังเกต เมื่อเด็กได้รับเชื้อโควิด-19



ความแตกต่างของอาการเด็กที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับ ไข้หวัดทั่วไป

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยต้องทราบความแตกต่างของโรคโควิด-19 กับโรคอื่น ๆ ซึ่งโรคที่มีลักษณะคล้ายกับโรคโควิด-19 นั่นคือโรคไข้หวัดทั่วไป เนื่องจากเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาเหมือนกัน โดยไข้หวัดทั่วไปมักเกิดจากไรโนไวรัส 30-80% รองลงมาคือ โคโรนาไวรัส 10-15% สามารถแพร่กระจายเชื้อโดยผ่านละอองฝอยจากอากาศ น้ำมูก น้ำลาย และเสมหะได้เหมือนกันโรคโควิด-19 ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องทราบอาการของทั้ง 2 โรคดังกล่าว เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวินิจฉัยแยกโรคได้ อาการที่แตกต่างกันของโรคโควิด-19 กับโรคไข้หวัดทั่วไปมีดังนี้

| อาการ | โควิด-19 | ไข้หวัดทั่วไป |
|--------------|--|--|
| 1. ภาวะไข้ | มีไข้สูง >37.5 °C | มีไข้สูงแต่อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น |
| 2. การไอ จาม | ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ เกิน 4 วัน | อาจมีไอ จามเล็กน้อย |
| 3. ท้องเสีย | คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย | ไม่มีอาการท้องเสีย |
| 4. การหายใจ | หายใจลำบาก (กรณีปอดอักเสบ) | หายใจปกติ **ยกเว้นมีน้ำมูกอุดตันอาจมีอาการคัดจมูก หายใจไม่สะดวก |
| 5. อ่อนเพลีย | ปวดเมื่อยตามตัว รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ | อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว |

ที่มา: <https://covid-19.hscni.net/>

แบบประเมินคัดกรองนักเรียนรายบุคคลที่มีความเสี่ยงได้รับเชื้อโควิด-19

วัตถุประสงค์ : แบบประเมินนี้ใช้เพื่อประเมินคัดกรองเบื้องต้นรายบุคคลเท่านั้น

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี ชั้น.....

ที่อยู่.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับอาการของเด็กมากที่สุด

| ข้อที่ | รายละเอียด/ประวัติอาการและอาการแสดง | ใช่ | ไม่ใช่ | หมายเหตุ |
|--------|--|-----|--------|----------|
| 1 | มีไข้ ≥ 37.3 องศาเซลเซียส | | | |
| 2 | 2.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 | | | |
| | 2.2 มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ (ถ้ามีระบุ ประเทศ.....วันที่.....) | | | |
| | 2.3 มีประวัติเดินทางออกนอกพื้นที่อาศัย ภายใน 14 วัน (ถ้ามีระบุ อำเภอ.....จังหวัด.....วันที่.....) | | | |
| 3. | ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ (มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ) | | | |
| | 3.1 รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย | | | |
| | 3.2 ไอ/ไอแห้ง/ไอมีเสมหะ | | | |
| | 3.3 คัดจมูก/น้ำมูกไหล | | | |
| | 3.4 เจ็บคอ | | | |
| | 3.5 ปวดศีรษะ | | | |
| | 3.6 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก | | | |
| | 3.7 มีผื่นแดง | | | |
| | 3.8 จมูกไม่ได้กลิ่น/ได้กลิ่นลดลง | | | |
| | 3.9 ลิ้นรับรู้รสน้อยลงหรือไม่รู้รส | | | |
| | 3.10 ปวดท้อง/ท้องเสีย/อุจจาระเหลว | | | |
| | 3.11 คลื่นไส้ อาเจียน | | | |
| | 3.12 เบื่ออาหาร/ทานนมได้น้อยลง | | | |
| | 3.12 ซึม/ไม่ร่าเริง | | | |

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน

ตัวอย่างการออกแบบ
แบบประเมินคัดกรองอาการของโรค.....

วัตถุประสงค์ : แบบประเมินนี้ใช้เพื่อประเมินคัดกรองเบื้องต้นรายบุคคล

ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับอาการ
ของเด็กมากที่สุด

| ข้อที่ | อาการและอาการแสดง | ใช่ | ไม่ใช่ | หมายเหตุ |
|--------|-------------------|-----|--------|----------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน

หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 เรื่อง การสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

เวลา 30 นาที

1. ขอบเขตเนื้อหา

1.1 การสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัย

2. วัตถุประสงค์

เมื่อจบหน่วยการเรียนรู้แล้วผู้เข้ารับการอบรมจะสามารถ

2.1 อธิบายขั้นตอนการสื่อสารที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยกับผู้ที่เกี่ยวข้องได้

2.2 สื่อสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กกับผู้ที่เกี่ยวข้องได้

3. วิธีการ

3.1 เรียนรู้แนวทางการสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เวลา 5 นาที

3.2 ฝึกปฏิบัติในการสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

เวลา 20 นาที

3.5 ซักถามข้อสงสัยและสรุป

เวลา 5 นาที

4. อุปกรณ์ สื่อ

4.1 เอกสารประกอบการบรรยาย

4.2 คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้

4.3 อุปกรณ์เครื่องเขียนและกระดาษสำหรับการนำเสนอ

5. การวัดผล

5.1 สังเกตพฤติกรรม

5.2 ดูการปฏิบัติและผลงาน พร้อมให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

5.3 การซักถามข้อสงสัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับและส่งสาร ซึ่งเป็นกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลด้วยวิธีการพูดหรือเขียน และการรับข้อมูลด้วยวิธีการฟัง หรืออ่านทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในเรื่องต่าง ๆ ที่ต้องการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือประสบการณ์อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองและสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งต่าง ๆ การเลือกรับหรือไม่รับข้อมูลข่าวสารด้วยเหตุผลและความถูกต้อง รวมถึงการเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อตนเองและสังคม หากบุคคลได้รับการฝึกทักษะในการสื่อสารจะทำให้การรับและส่งสารมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของการสื่อสาร

องค์ประกอบของการสื่อสาร ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน เป็นอย่างน้อย ได้แก่ ผู้ส่งสาร สาร สื่อ และผู้รับสาร ซึ่งในบางครั้งอาจมีปฏิริยาตอบสนองจากผู้รับสารด้วย รายละเอียดดังนี้

ผู้ส่งสาร (Sender) คือ บุคคลที่ให้ข้อมูล ความคิด ความรู้สึกไปยังผู้รับสาร เพื่อให้เกิดผลอย่างใดอย่างหนึ่งกับผู้รับสาร และอาจเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับสารได้หากผู้รับสารมีปฏิริยาตอบสนองกลับมา

สาร (Message) คือ ถ้อยคำหรือข้อความที่เป็นเรื่องราว โดยแสดงออกมาในรูปของภาษา หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ โดยที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถเข้าใจตรงกันได้

สื่อ (Channel) คือ สิ่งที่ช่วยนำสารจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร อาจเป็นวงจภาษาหรือวงจภาษาก็ได้ โดยที่สื่อเป็นตัวกลางที่ทำให้ผู้ส่งสารและผู้รับสารติดต่อกันได้ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อธรรมชาติรอบ ๆ ตัว เป็นต้น

ผู้รับสาร (Receiver) คือ บุคคลที่รับข้อมูล ความคิด ความรู้สึกที่ผู้ส่งสารส่งมา นอกจากนี้ผู้รับสารยังสามารถเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ส่งสารได้ในกรณีที่ผู้รับสารมีปฏิริยาตอบสนองกลับไปยังผู้ส่งสาร

การประเมินทักษะการสื่อสารของการทำงานในโรงเรียน

1) ทักษะการฟัง มีความสำคัญในการทำงานในโรงเรียนมากที่สุด เนื่องจากต้องใช้ในการฟัง ผู้ปกครอง เพื่อนร่วมงาน และผู้บริหารมากที่สุดในแต่ละวัน โดยทักษะการฟังสามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1.1) การฟังแบบไม่มีปฏิริยาตอบโต้หรือตอบโต้สั้นๆ เป็นการฟังทั่วไปที่ผู้ฟังแสดงการตอบโต้เพียงเล็กน้อย เช่น การสบตาผู้พูด การแสดงสีหน้า การพยักหน้า หรือการใช้คำพูดเล็กน้อย ๆ เช่น อืม อ้อ เป็นต้น

1.2) การฟังแบบเลือกฟัง เป็นการฟังที่ใกล้เคียงกับการฟังแบบไม่มีปฏิริยาตอบโต้หรือตอบโต้สั้นๆ โดยผู้ฟังจะละเลยในสิ่งที่ตนเองไม่ได้สนใจและจะสนใจกับสิ่งอื่น เช่น มองนาฬิกา โทรศัพท์ กระดาษ เป็นต้น พยายามเปลี่ยนประเด็นหรือมีปฏิริยาต่อต้าน และจะถามเฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจและอาจจะไม่เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้พูดกำลังพูด

1.3) การฟังอย่างตั้งใจ เป็นการฟังที่เกิดประสิทธิภาพ พฤติกรรมที่แสดงถึงการฟังอย่างตั้งใจ เช่น การสบตามผู้พูด แสดงท่าทีสนใจและสีหน้าจริงใจ พยักหน้าเสมอเพื่อแสดงให้ผู้พูดเห็นว่าเราเข้าใจในสิ่งที่ฟัง การถามคำถามเพื่อให้ผู้พูดอธิบายเพิ่มเติม เป็นต้น

1.4) การฟังอย่างกระตือรือร้น เป็นการฟังที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ผู้ฟังมักเคารพและใส่ใจผู้พูดอยู่เสมอ พฤติกรรมที่แสดงถึงการฟังอย่างกระตือรือร้น เช่น การอดทนในการฟัง การถามคำถามเพื่อให้ผู้พูดยืนยันว่าเราเข้าใจสิ่งนั้นถูกต้อง หลีกเลี่ยงการกล่าวสรุปที่เร็วเกินไป เพราะทำให้ผู้พูดรู้สึกว่าคุณไม่ได้รับความสนใจจากผู้ฟังเท่าที่ควร การกำจัดอุปสรรคที่อาจรบกวนการฟัง เช่น การปิดโทรศัพท์ การปิดประตู เป็นต้น

2) ทักษะการพูด เป็นทักษะที่ทุกคนจะต้องใช้ในการทำงาน มีรายละเอียดดังนี้

2.1) พูดโดยหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่ผิดพลาด ผู้พูดต้องตรวจสอบข้อมูลที่ยังไม่มีการยืนยันที่แน่ชัดทุกครั้งก่อนที่จะพูด ถ้าจำเป็นจะต้องพูดข้อมูลที่ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็นเช่นไร จะต้องย้ำผู้ฟังให้ชัดเจนว่าข้อมูลนี้เป็นข้อมูลที่ยังไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

2.2) พูดให้ตรงประเด็น ผู้พูดควรตระหนักอยู่เสมอว่าตนกำลังพูดในประเด็นใดอยู่ ไม่นำผู้ฟังออกนอกประเด็นที่กำลังพูดอยู่

2.3) พูดให้กระจ่างชัดเจน ผู้พูดต้องหลีกเลี่ยงการพูดแบบอ้อมค้อม การให้คำกำกวม คำที่เป็นนามธรรม และคำศัพท์เฉพาะ และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ฟัง โดยการถามคำถามเพื่อให้ผู้ฟังอธิบายถึงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้พูดพูด

2.4) พูดอย่างมีมารยาท เมื่อพูดกับผู้บริหารผู้พูดควรพูดอย่างสุภาพ แต่ในขณะเดียวกันต้องแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องงานกันอย่างชัดเจน ควรแสดงความเคารพ หลีกเลี่ยงการพูดถึงประเด็นที่อ่อนไหว สำหรับเพื่อนร่วมงานควรให้ความเคารพทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องงานของเพื่อนร่วมงาน รวมถึงการแสดงความสามารถให้ความสำคัญ ความเท่าเทียม และความหวังดีในการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานเสมอ

3) ทักษะการอ่าน ส่วนใหญ่มักอ่านบันทึกข้อความ รายงาน คู่มือ จดหมาย คำสั่ง ฯลฯ โดยบุคคลจะต้องมีทักษะในเรื่องของการสรุปย่อความ และการทำความเข้าใจจุดประสงค์ของผู้เขียน เช่น เพื่อให้ข้อมูล เพื่อเชิญชวน เพื่อความบันเทิง เป็นต้น ในส่วนของการวิเคราะห์ บุคคลจะต้องบอกได้ว่า ข้อเสนอแนะที่ผู้เขียนนำเสนอมีประเด็นที่น่าสนใจหรือไม่ ข้อเสนอแนะที่เชื่อถือได้ จะต้องไม่มีการอ้างอิงข้อมูลจากบุคคลที่ไม่เชี่ยวชาญอย่างแท้จริง อ้างอิงผิดบริบท การเชื่อถือตาม ๆ กันมา หรือเชื่อตามคนหมู่มาก การบิดเบือนประเด็น การเปรียบเทียบผิด การพยายามทำให้ผู้อ่านออกประเด็น การรายละเอียดข้อเท็จจริงไม่ครบถ้วน ด่วนสรุปประเด็น การอ้างอิงแบบกว้าง ๆ การสร้างอารมณ์สงสาร เพื่อให้ผู้อ่านเห็นใจ หรือใช้เหตุผลไม่ตรงประเด็น เป็นต้น

4) ทักษะการเขียน ส่วนมากบุคคลมักขาดทักษะการเขียนมากที่สุด หลักการเขียนที่มีประสิทธิภาพ มีรายละเอียดดังนี้

- 4.1) เขียนโดยใช้ภาษาในการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับผู้อ่าน คำนึงถึงความแตกต่างในด้านการทำงานกับผู้อ่าน และความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้อ่านอยู่เสมอ
- 4.2) เขียนโดยคำนึงถึงความถูกต้องของข้อมูล ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้ถี่ถ้วน และตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล
- 4.3) เขียนโดยคำนึงถึงความยาวของข้อความ ข้อความที่เขียนขึ้นหากยาวเกินไปอาจทำให้ผู้อ่านไม่ยอมอ่าน ผู้เขียนควรเขียนข้อความตามที่ต้องการให้ผู้อื่นทราบ หรือตามที่ผู้อ่านต้องการทราบเท่านั้น ไม่ควรเขียนสิ่งที่ผู้อ่านทราบอยู่แล้ว
- 5) ทักษะการจัดการข้อมูลข่าวสาร มีความสำคัญในการจัดการข้อมูลที่ที่สามารถกำหนดคุณภาพของผลงานที่จ

การสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงเรียน

การสื่อสารด้านสุขภาพของเด็กกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงเรียน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ การสื่อสารกับผู้บริหารหรือครูด้วยกันในโรงเรียน การสื่อสารกับผู้ปกครอง และการสื่อสารกับแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ส่งสารต้องทราบก่อนที่จะสื่อสารคือ การรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมิน การสังเกตและการซักประวัติจากเด็ก โดยการสื่อสารแต่ละกลุ่มมีสาระสำคัญที่แตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

1. การสื่อสารกับผู้บริหารและครูในโรงเรียน เป็นการสื่อสารภายในองค์กร ข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการสื่อสาร คือ การรายงานสถานการณ์เบื้องต้นที่เป็นปัญหา ประกอบด้วย ชื่อนามสกุล ชั้นเรียน อายุ อาการที่ปรากฏเบื้องต้น และการดำเนินการในการดูแลสุขภาพของเด็กตามอาการที่ได้ดำเนินการไปแล้วเบื้องต้น เพื่อประกอบการตัดสินใจในการกำหนดแนวทางการดำเนินการขั้นต่อไป
2. การสื่อสารกับผู้ปกครอง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยและทราบประวัติ และวิถีชีวิตของนักเรียน ข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการสื่อสาร ประกอบด้วย การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของเด็ก อาการที่ปรากฏ ณ ปัจจุบัน อาการที่พบของเด็กในขณะอยู่ที่บ้าน ประวัติหรือความเสี่ยงของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ
3. การสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข โดยครูจะต้องทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากผู้ปกครองและอาการที่ปรากฏในปัจจุบัน เพื่อรายงานต่อแพทย์ ข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการสื่อสาร ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ ความเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ประวัติของเด็กที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเบื้องต้น เช่น โรคประจำตัว เป็นต้น ช่วงระยะเวลาที่พบอาการ การดูแลหรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และช่องทางการติดต่อกับผู้ปกครองและโรงเรียน

รายการอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2564). แนวทางการเปิดสถานศึกษา (โรงเรียน/วิทยาลัย) ของสถานศึกษาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2564 จาก http://www.dla.go.th/upload/document/type2/2021/10/26292_1_1634282159331.pdf?time=1634284858524
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19*. นนทบุรี : บริษัท คิว แอดเวอร์ไทซิง จำกัด.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19).
- สำนักงานกอบนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). *คู่มือการจัดการโรงเรียนรับมือโควิด-19*. นนทบุรี : บริษัท สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). แนวทางการเตรียมการเปิดภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19). เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2564 จาก https://www.surat2.go.th/2021/files/com_news_manual/2021-11_9623ae02626d5cf.pdf

ประวัติผู้เขียน

| | |
|-------------------|--|
| ชื่อ-สกุล | นางภัทร์พิชชา ครุทางคะ |
| วัน เดือน ปี เกิด | 10 พฤษภาคม 2529 |
| สถานที่เกิด | ราชบุรี |
| วุฒิการศึกษา | พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ที่อยู่ปัจจุบัน | อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก 1873 สถาบันการพยาบาลศรีสว รินทิรา สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 |
| ผลงานตีพิมพ์ | รัตนา มาฆะสวัสดิ์ และกฤติญาดา เกื้อวงศ์. (2564). การวิเคราะห์องค์ประกอบ เชิงยืนยันของการดูแลแบบพุ่มพิก สำหรับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลสาร, 48(4),174-186. จารุวรรณ ไทยบัณฑิต และกฤติญาดา เกื้อวงศ์. (2564). บทบาทพยาบาลต่อ ผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ. วารสารพยาบาลศาสตร์และ สุขภาพ, 44(3), 110-122. กฤติญาดา เกื้อวงศ์ และสุวิมล ว่องวานิช. (2564). กำหนดและวิเคราะห์ความ ต้องการจำเป็นด้านการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญของพยาบาลเด็ก และครอบครัว. วารสารสภากาชาดไทย, 14(1), 95-108. กฤติญาดา เกื้อวงศ์. (2563). โควิด-19: แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 43(4),1-11. กฤติญาดา เกื้อวงศ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2563). การพัฒนาตนเองของ พยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสาร สภากาชาดไทย. 13(1), 90-101. กฤติญาดา เกื้อวงศ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). ความเครียดของพยาบาล จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ), 158-165. |