



การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน  
ที่มีอายุระหว่าง 2-5 ปี ในเขตบางพลัด  
กรุงเทพมหานคร: การจัดการในครอบครัว  
Health Promotion for Preschool Aged Children  
whose Age 2-5 years-old in Child Developmental Center  
at Khet Bang Phlat, Bangkok: Family Management

อรนุช ชุศรี\* ณัฐรพี ใจงาม\* ศรีสุดา วงศ์เชษฐกุล\* ปณวัฒน์ สันประโคน\*

OrranuchChusri\* NatrapeeJaingam\* SresudaWongwisukul \* PanawatSanprakhon\*

\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Corresponding author E-mail: orranuch20@gmail.com

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการ ความพยายามในการจัดการดูแลและความร่วมมือกันของผู้ปกครองและ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุระหว่าง 2-5 ปี ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตบางพลัด เก็บรวบรวมข้อมูลจากบิดา มารดาหรือผู้ปกครองจำนวน 95 คนจากศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนทั้ง 5 แห่งในชุมชนเขตบางพลัด โดยใช้ แบบสอบถามความสามารถในการจัดการ ความพยายามในการดูแลและความร่วมมือกันของผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และ one-way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า บิดา มารดา มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพ ความพยายามและความร่วมมือกันของผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ย 43.55, 12.43, และ 29.40 ตามลำดับคะแนนเฉลี่ย ความร่วมมือกันของผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ศูนย์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรของ พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนวัดเทพากรมากกว่าชุมชนสวนพริกและชุมชนวัดบางพลัด ในขณะที่ ความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรของ พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนสวนพริกมากกว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดวิมุตรารามและชุมชนวัดบางพลัด การวิจัยนี้เสนอแนะว่า ข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางให้ครูและผู้ดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่งเสริมพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนโดยให้บิดามารดา ผู้ปกครองหรือสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ด้านการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารแก่เด็ก

คำสำคัญ: เด็กวัยก่อนเรียน ; การจัดการของครอบครัว ; การสร้างเสริมสุขภาพ ; ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



**Abstract** This study aimed to study the ability, effort to managed, and parents' maturity of management, and to compare the mean difference of family management in health promotion for pre-school children age between 2-5 years old at Child Development Center in Bang Phlat. Data were collected from 95 of parents, or primary caregiver through questionnaire of ability, effort, and parents' maturity. Data analysis was using descriptive statistics and one-way ANOVA. The results indicated that parents reported the score on management ability, management effort, and parental mutuality are moderate level with mean of 43.55, 12.43, and 29.40 respectively. The mean scores of parental mutuality in health promotion were not statistically significantly different ( $p>.05$ ). Parental perception on health promotion management ability from WatThepakorn Child Development Center were more than Suan Prig Children Development Center and Wat Bang Phlat Children Development Center, while parental perception on management effort from Suan Prig Children Development Center were more than WatWimuttayaram and Wat Bang Phlat. The findings will be using as a guideline for teachers and caregivers in Child Development Center to organize activities with families to participating in health promotion emphasis on health behaviors such as exercise, diet consume.

**Keywords :** Preschool children; family management; Health promotion; Child Developmental Center



## ความเป็นมาและความสำคัญ

การขยายตัวทางด้านประชากร การพัฒนาเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและด้านสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพชุมชนจากกึ่งเมืองเป็นสภาพเมืองอย่างรวดเร็ว กระทั่งต่อวิถีชุมชนและคุณภาพชีวิตที่แปรผัน ขาดการเอื้ออาทรเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทำให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวลดลง ส่งผลต่อความอ่อนแอและเกิดปัญหาในครอบครัวเพิ่มขึ้น<sup>1</sup> ความเปลี่ยนแปลงหนึ่งที่สำคัญทางสังคมคือ สภาพครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป บิดา มารดาต้องออกไปทำงานหารายได้นอกบ้านท่ามกลางสภาพสังคมที่กดดัน ในบางครอบครัวที่มีบุตร จึงต้องจ้างคนอื่นหรือให้ญาติดูแลแทน และด้วยมีหลายปัจจัยในชีวิตประจำวันหลายประการที่อาจขัดขวางพัฒนาการของบุตร ซึ่งมีรายงานว่ามียุวกทั่วโลกกว่า 200 ล้านคน ไม่สามารถพัฒนาได้อย่างเต็มสมรรถภาพ<sup>2</sup> อันเนื่องมาจากความต้องการของเด็กเหล่านี้ ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะเห็นว่าด้วยสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงประกอบกับข้อจำกัดของบางอย่างของครอบครัวทำให้ปรับตัวไม่ทัน ร่วมกับเด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นเสี่ยงต่อสุขภาพ ทำให้ได้รับผลกระทบทั้งจากสิ่งแวดล้อมสังคมและการเลี้ยงดู รูปแบบการจัดการของครอบครัว (Family Management Style Framework) จึงถูกนำมาศึกษาเพราะถึงแม้ว่าจะเป็นการรอบแนวคิดที่ถูกนำมาใช้อธิบายเพื่อให้เข้าใจถึงสมาชิกในครอบครัวว่ามีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างไร<sup>3</sup> แต่หากมองเด็กที่อยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมและสังคมที่คุกคามหลายด้านเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอนาคตจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการของครอบครัวในกลุ่มดังกล่าว

ที่ผ่านมาการศึกษาที่นำแนวคิดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเด็กมากขึ้น<sup>3-4</sup> แต่ในทางกลับกันยังไม่มียานวิจัยใดที่มุ่งศึกษาในกลุ่มเด็กที่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย การนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นมิติของการสร้างเสริมสุขภาพเด็กเพื่อป้องกันความเสี่ยงแทนกลุ่มเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตามก็ยังคงองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบหลักคือ (1) การให้คำนิยามของสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัว (2) พฤติกรรมในการจัดการเกี่ยวกับความเสี่ยงและ (3) การรับรู้ผลกระทบหรือผลลัพธ์ที่จะตามมา ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดมีผลต่อการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกมีการตอบสนองต่อความเสี่ยงของบุตรที่แตกต่างกัน<sup>4</sup> ซึ่งการรับรู้ในการจัดการของครอบครัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาใน 3 ด้านคือ ด้านการรับรู้ ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กเพราะเด็กยังต้องพึ่งพาผู้ปกครอง เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุดรวมทั้งองค์รวมครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของเด็กที่สมบูรณ์มากที่สุด ด้านที่สองความพยายามในการจัดการดูแลเพื่อจัดการกับความยุ่งยากในการดูแลเด็กเพื่อให้สามารถส่งเสริมสุขภาพเด็กได้มากที่สุด และด้านที่สามความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครองเป็นการช่วยเหลือกันของผู้ดูแลหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนและดูแลเด็กในกลุ่มก่อนการเจ็บป่วย เขตบางพลัด กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นบริบทชุมชนเมืองเต็มรูปแบบ ที่ปัจจุบันมีความเจริญเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลายครอบครัวกำลังถูกคุกคามจากปัจจัยแวดล้อมและสังคมหลายด้านทำให้บางครอบครัวเกิดปัญหาหารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีเวลาดูแลบุตรเท่าที่ควร ซึ่งเด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่จึงใช้ชีวิตในตอนกลางวันที่สุดยพัฒนาเด็กเล็ก<sup>5</sup> และมีข้อมูลเด็กที่อยู่ในศูนย์ดังกล่าวทั่วประเทศถึง 1.8 ล้านคน และในจำนวนนี้ร้อยละ 73.0 เป็นเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน<sup>6</sup> ซึ่งสามารถแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลาน ที่มีอายุอยู่ในช่วง 2-5 ปีแรก ให้ได้รับการพัฒนาที่จะเติบโตขึ้นพร้อมกับภาวะสุขภาพที่แข็งแรงซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้านเนื่องจากสมองมีการพัฒนาได้อย่างรวดเร็วทั้งด้านการรับรู้ ภาษา อารมณ์ สังคมและกล้ามเนื้อต่าง ๆ ด้วยการกระตุ้นของสิ่งแวดล้อมและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เลี้ยงดู ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง



ต่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กเพื่อให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจการดูแลสุขภาพเด็ก ให้สามารถประเมิน  
ยับยั้งหรือแก้ไขความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นทางด้านร่างกายของเด็กก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย

งานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพเด็กที่ยัง  
ไม่มีภาวะเจ็บป่วยในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงความพยายามและความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครอง เพื่อ  
จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะใช้เป็นแนวทางในการจัดการของครอบครัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการรับรู้  
ในการจัดการของครอบครัวเด็กใน 3 ด้านดังกล่าว ซึ่งเป็นด้านสำคัญและสอดคล้องกับเด็กที่ยังไม่มีภาวะเจ็บป่วยใดๆ  
แต่มีผลกระทบต่อด้านสังคมอื่นที่คุกคามอยู่ อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากความแตกต่างของระดับการรับรู้ในการจัดการสำหรับ  
การสร้างเสริมสุขภาพเด็กของครอบครัวในแต่ละศูนย์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กและ  
ครอบครัวให้ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการ ความพยายามในการจัดการดูแลและ ความร่วมมือกันของผู้ปกครอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัย  
ก่อนเรียนที่อายุระหว่าง 2-5 ปี ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตบางพลัด

## นิยามคำศัพท์

รูปแบบการจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน คือ การประยุกต์ใช้รูปแบบ  
การจัดการของครอบครัวในดูแลเด็กเรื้อรังมาใช้ในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถ  
ของครอบครัว ความพยายามของครอบครัวและความร่วมมือกันของผู้ปกครองในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพเด็ก  
ความสามารถของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการสำหรับ  
การสร้างเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อให้เด็กสามารถมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมในอนาคต  
เช่นความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหารและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย

ความพยายามในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก หมายถึง การใช้ความพยายามในการจัดการกับเวลาและงานที่  
จำเป็นเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพเด็กมากที่สุดอย่างไร หากต้องใช้ความพยายามมากขึ้นนั้นหมายถึง ความ  
ยุ่งยากในการจัดการส่งเสริมสุขภาพเด็กเป็นได้ยากเช่นกัน

ความร่วมมือกันของผู้ปกครองในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เป็นการรับรู้ความร่วมมือกันของผู้ดูแลหลักใน  
การจัดการส่งเสริมสุขภาพ แสดงถึงความพึงพอใจในการทำงานร่วมกันเพื่อจัดการส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กนั่นเอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการ  
ความพยายามในการจัดการดูแลและ ความร่วมมือกันของผู้ปกครอง ในการสร้างเสริมสุขภาพบุตร โดยรายละเอียด  
การศึกษา ดังนี้

### ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ดูแลเด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ในเขตบางพลัด  
กรุงเทพมหานคร
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดวิมุตาราม ชุมชนสวนพริกวัดบางพลัด  
วัดดาวดึงษาราม และวัดเทพากร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ดูแลหลัก



ในครอบครัวที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น พ่อ แม่หรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีภาวะสุขภาพดี ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

3. วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ใช้จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดสำนักงานเขตบางพลัดเป็นตัวกำหนด ซึ่งมีทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดวิมุตตาราม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนสวนพริก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบางพลัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดดาวดึงษารามและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดเทพากร จับสลากโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ของแต่ละศูนย์ได้จำนวนทั้งหมด 92 ราย แสดงในตารางที่ 1

4. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจาก program G\*power 357 เพื่อตรวจสอบ effect size of ขนาดกลางเท่ากับ 0.3 ค่าความสัมพันธ์ที่ power 0.9 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 คน และการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลด้วยความสมัครใจ จึงอาจได้รับแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 5% รวมขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 92 คนจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

ตารางที่ 1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์พัฒนาเด็ก	จำนวน	กลุ่มตัวอย่าง
ชุมชนวัดวิมุตตาราม	50	23
ชุมชนสวนพริก	50	23
ชุมชนวัดดาวดึงษาราม	35	11
ชุมชนวัดบางพลัด	50	23
ชุมชนวัดเทพากร	40	12
รวม	225	92

### พื้นที่ศึกษา

ศึกษาในเขตบางพลัด ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มกรุงเทพมหานคร เป็นชุมชนเมืองที่ขยายตัวจากการพัฒนาจากพื้นที่เมืองชั้นใน มีโครงข่ายคมนาคมพาดผ่านและเป็นจุดเชื่อมต่อของระบบคมนาคมขนส่ง มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งอยู่ 5 ศูนย์ เพื่อดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในพื้นที่เขต

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา หนังสือและจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน และ 2) การรับรู้การจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานศึกษาการจัดการในครอบครัวที่มีบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมียของ อรุณช สุศรี<sup>3</sup> ที่พัฒนาตามแนวคิดของ คนาเฟลและดีทริค (Knafel, & Deatrick)<sup>4</sup> ทำการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีค่าความตรงของเนื้อหา (Content of validity index) เท่ากับ 0.75 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.85 รวมทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ แผลผลจากคะแนนสูง หมายถึงการรับรู้การจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ทั้ง 3 ด้านอยู่ระดับดี ได้แก่ (1) ด้านการรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อและข้อความทางลบ 4 ข้อ การแปลผลจากคะแนนสูง หมายถึง สามารถจัดการได้ง่าย (2) ด้านความพยายามของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก จำนวน 4 ข้อ มีข้อความทางบวก 3 ข้อและข้อความทางลบ 1 ข้อ



การแปลผลจากคะแนนสูง หมายถึง ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการส่งเสริมสุขภาพ และ (3) ความร่วมมือกันของผู้ปกครองในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 5 ข้อและข้อความทางลบ 3 ข้อ การแปลผลจากคะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมากในการทำงานร่วมกันเพื่อจัดการส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อความด้านลบ 1 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต (SDU-RDI-2017-003) โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตเข้าร่วมการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลจะเป็นความลับโดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากศูนย์บริการสาธารณสุข 31 บางพลัด ผู้วิจัยประสานงานครูผู้รับผิดชอบของแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 5 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการรับรู้การจัดการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัว 24 ข้อ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้ง 2 ส่วน ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 20 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลโดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ในการเปรียบเทียบระดับของการจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพหลังจากผ่านการทดสอบข้อตกลงสถิติ

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักทั้งหมด 95 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.8 ที่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 29.2 และมีอาชีพรับจ้าง (52.8%) และส่วนใหญ่ต้องดูแลบุตรเพียงคนเดียว ร้อยละ 47.4 โดยส่วนใหญ่บุตรอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ร้อยละ 44.2 ผู้ดูแลหลักมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 22,227 บาท โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 50.5) ให้ข้อมูลว่ารายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวันดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของบุตร อายุ เพศ ของบุตร รายได้และความเพียงพอของรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>จำนวนบุตรในครอบครัว</b>		
1 คน	45	47.4
2 คน	39	41.1
3 คน	11	11.6
<b>อายุของบุตรที่ดูแลอยู่</b>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คน	65	44.2
มากกว่า 3	30	31.6
<b>เพศของบุตร</b>		
ชาย	42	43.2
หญิง	53	55.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	12	14.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	25.45
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	15.45
สูงกว่าอนุปริญญา	39	44.8
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	50	52.5
ค้าขาย	11	9
ข้าราชการ	21	28
อื่นๆ	13	10.5
<b>รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน) Mean= 22,227.37, S.D=13,539.38</b>		
≤15,000	34	35.8
15,001-35,000	54	56.8
30,0001-50,000	3	3.2
>50,000	4	4.2
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	34	35.8
เพียงพอ	61	64.2

การจัดการของครอบครัวเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการในครอบครัวภาพรวมจัดอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.31 (SD =6.81) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กอยู่ในระดับปานกลางแต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 68 อยู่ในระดับดี (Mean =43.70, SD =4.34) ด้านการรับรู้ความพยายามของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =12.29, SD =1.93) ร้อยละ 77.66 และการรับรู้ความร่วมมือกันของผู้ปกครองในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.66 อยู่ระดับปานกลาง (M =29.33, SD=3.36) เมื่อ

พิจารณาเป็นรายข้อเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ย พบว่า แม้ว่าบุตรจะยังเด็กครอบครัวท่านหวังว่าจะให้เขามีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคตเมื่อโตขึ้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $M = 4.35, SD = .73$ ) รองลงมา คือ ทุกคนในครอบครัวรอคอยวันที่บุตรจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ( $M = 4.21, SD = .8$ ) และท่านและคู่สมรสของท่านให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของบุตรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $Mean = 4.20, SD = 0.88$ ) และท่านและคู่สมรสของท่านมีความคิดเห็นแตกต่างกันในเรื่องการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของบุตรมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดของด้านความร่วมมือกันของผู้ปกครอง ( $Mean = 2.80, SD = .95$ ) และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างด้านการรับรู้การจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 5 แห่ง พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการรับรู้ความสามารถและความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าชุมชนวัดเทพากรมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $Mean = 46.6, SD = 2.5$ ) ส่วนการรับรู้ความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรชุมชนสวนพริกมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $Mean = 13.7, SD = 1.22$ ) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครองในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับและเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ในการจัดการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็ก ของครอบครัว

ศูนย์พัฒนาเด็ก	จำนวน	ความสามารถในการจัดการ		ระดับการแปรผล	ANOVA	
		Mean	SD		F <sub>welch</sub>	p-value
ชุมชนวัดวิมุตราราม	23	44.91	3.58	สูง	3.84	.006
ชุมชนสวนพริก	23	42.22	3.21	ต่ำ		
ชุมชนวัดบางพลัด	23	42.05	5.41	ต่ำ		
ชุมชนวัดดาวดึงษาราม	11	43.7	5.14	ปานกลาง		
ชุมชนวัดเทพากร	12	46.6	2.50	สูง		
รวม	92	43.70	4.34	ปานกลาง		
ศูนย์พัฒนาเด็ก	จำนวน	ความพยายาม		ระดับการแปรผล	ANOVA	
		Mean	SD		F <sub>welch</sub>	p-value
ชุมชนวัดวิมุตราราม	23	11.30	1.82	ต่ำ	5.67	.000
ชุมชนสวนพริก	23	13.70	1.22	สูง		
ชุมชนวัดบางพลัด	23	11.95	2.25	ปานกลาง		
ชุมชนวัดดาวดึงษาราม	11	12.15	1.68	ปานกลาง		
ชุมชนวัดเทพากร	12	12.21	1.67	ปานกลาง		
รวม	92	12.29	1.93	ปานกลาง		
ศูนย์พัฒนาเด็ก	จำนวน	ความร่วมมือ		ระดับการแปรผล	ANOVA	
		Mean	SD		F <sub>welch</sub>	p-Value
ชุมชนวัดวิมุตราราม	23	29.5	3.20	ปานกลาง	.58	.68
ชุมชนสวนพริก	23	30.17	2.71	ปานกลาง		
ชุมชนวัดบางพลัด	23	28.52	3.95	ปานกลาง		
ชุมชนวัดดาวดึงษาราม	11	29.15	4.16	ปานกลาง		
ชุมชนวัดเทพากร	12	29.07	4.81	ปานกลาง		
รวม	92	29.33	3.66	ปานกลาง		

หมายเหตุ : F<sub>welch</sub> = Robust test of equality of means





## อภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การจัดการของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็น พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 5 แห่ง พบว่า มีการรับรู้ความสามารถและความพยายามในการจัดการส่งเสริมสุขภาพบุตรต่างกัน ซึ่งอภิปรายได้ว่า ครอบครัวในเขตบางพลัดซึ่งจัดอยู่ในเขตเมืองผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุตรซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปานกลางถึงสูง มีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันมีการรับรู้ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรวัยก่อนเรียนดี ให้การเลี้ยงดูที่ดีแก่บุตร เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า การรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรของกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดเทพากร ดีกว่าชุมชนสวนพริกและวัดบางพลัด เช่นเดียวกับความพยายามของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนสวนพริกมากกว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดวิมุตตารามและวัดบางพลัดสามารถอธิบายได้ว่าในแต่ละพื้นที่มีลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีความแตกต่างกันทั้งอาชีพ รายได้ครอบครัวโดยครอบครัวที่ผู้ดูแลหลักที่มีระดับการศึกษาที่ดี เศรษฐฐานะทางสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคงจะมีการรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพบุตรที่ดีไม่รู้สึกว่าจะต้องใช้ความพยายามในการสร้างเสริมสุขภาพให้บุตรได้มีพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญาซึ่งต่างจากครอบครัวที่มีเศรษฐานะทางสังคมต่ำกว่า<sup>8</sup> ซึ่งในสังคมไทยมีการศึกษาด้านการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทยจากน้ำหนักและส่วนสูงในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี พบว่า เด็กไทยมีพัฒนาการในด้านร่างกายและเชาว์ปัญญาสมวัยลดลงโดยที่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเด็กทุกกลุ่มอายุคือการอบรมเลี้ยงดู<sup>9</sup> โดยมีอิทธิพลสูงสุดในกลุ่มเด็กปฐมวัย ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้แก่ การศึกษาของมารดาซึ่งเป็นผู้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูเด็กและรายได้ของครอบครัว โดยพบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาและเป็นผู้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูเด็กรวมถึงการมีรายได้ครอบครัวที่ดีจะมีโอกาสให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กได้ดีโดยมีปัญา ตายายคอยช่วยเหลือในตอนกลางวัน 10 และร้อยละ 90 ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านการเรียนโดยส่งเข้าศูนย์เด็กเล็ก

ด้านการรับรู้ความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครองในแต่ละแห่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ในครอบครัวที่คล้ายคลึงกันจึงไม่มีความแตกต่างกันในด้านการรับรู้ความร่วมมือกันระหว่างพ่อ แม่ หรือผู้ปกครองซึ่งสถานภาพการเป็นบิดาหรือมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ครอบครัวที่ต่างกันมีผลต่อบทบาทในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนต่างกัน บิดามารดาส่วนใหญ่ให้ความสนใจต่อการดูแลบุตรดี แต่เนื่องจากอยู่ในเขตเมือง บิดามารดาส่วนใหญ่ มีการศึกษาดี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง มีบุตรน้อย (1-2 คน) มารดาจึงมีบทบาทในการดูแลบุตรและมีบทบาทในการดูแลส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่มีต่อเด็กซึ่งกลุ่มบิดาบางส่วนคิดว่าหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรเป็นหน้าที่ของมารดาเป็นส่วนใหญ่ส่วนพ่อให้การดูแลในลักษณะนามธรรมคือพูดคุยและเล่นกับลูก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วทั้งบิดามารดา ควรมีบทบาทเท่ากันหรือใกล้เคียงกันเพื่อเด็กจะได้รับความรักการเอาใจใส่ดูแลอย่างเต็มที่ ส่วนกลุ่มบิดามารดาที่มีอายุและอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลด้านร่างกายและการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาบุตรได้แตกต่างกัน ซึ่งด้านอาชีพมีแนวโน้มว่าบิดามารดาที่ทำงานนอกบ้านโดยเฉพาะครอบครัวในเมืองหลวงเวลาที่จะดูแลบุตรย่อมน้อยกว่าบิดามารดาที่ประกอบอาชีพในบ้าน เนื่องจากการออกไปทำงานนอกบ้านย่อมจะเห็นเหนื่อยในแต่ละวันจึงอาจดูแลบุตรได้ไม่เท่าที่ควรส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งทางด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร สิ่งเหล่านี้มีผลการต่อการเรียนรู้ของเด็ก นอกจากนี้บิดา มารดา และผู้ปกครองยังมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารประเภทขนมขบเคี้ยวให้กับเด็ก<sup>11</sup> เด็ก ๆ รับประทานอาหารว่างตามที่ พ่อแม่จัดหาให้ในวันหยุดหรือให้เพื่อเป็นรางวัล



ในโอกาสต่าง ๆ จะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินในเด็กโดยเฉพาะอายุ 2-5 ปี ที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนจะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินได้<sup>12</sup>

ยังมีการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนและการให้กำลังใจจากบิดาหรือคู่สมรสสามารถปรับปรุงแนวปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตร การรับรู้ความสามารถหรือการเปลี่ยนรูปแบบการเลี้ยงดูของมารดา หรือผู้ปกครองได้และอาจเป็นแนวทางในการเพิ่มเวลาในการเรียนรู้และส่งเสริมกิจกรรมทางด้านร่างกายให้เด็ก<sup>13</sup> นอกจากนี้ยังสามารถควบคุมพฤติกรรมจำนวนเวลาที่ใช้ไปในกิจกรรมบนหน้าจอโทรทัศน์ของพ่อแม่ได้<sup>14</sup> พ่อแม่จึงมีส่วนสำคัญในการเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตให้แก่บุตรจากการอบรมเลี้ยงดู มีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแบบจำลองพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่รับบริการในศูนย์รับเลี้ยงเด็กต่อภาวะสุขภาพของเด็กเป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อยผู้ปกครองมีระดับการศึกษาในขั้นพื้นฐาน พบว่า ผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการลดการบริโภคอาหารขยะของเด็กโดยที่ครูไม่ได้มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการหรือแม่แต่รูปแบบการออกกำลังกายของเด็กวัยก่อนเรียน ดังนั้นความพยายามในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยก่อนเรียน จึงควรให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้บุตรหลานของตนมีความสุขที่ดี<sup>15</sup> อย่างไรก็ตามสภาพแวดล้อมในโรงเรียนรวมถึงความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติของครูและผู้ปกครองในสถานรับเลี้ยงเด็กอาจเป็นอุปสรรคต่อการให้การแทรกแซงด้านการบริโภคเพื่อสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ จากกฎระเบียบและแนวการปฏิบัติในโรงเรียนต้องมีความชัดเจนรวมถึงให้ความรู้และความช่วยเหลือแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองให้เข้าใจเกี่ยวกับนโยบายของโรงเรียนที่ห้ามไม่ให้เด็กรับประทานอาหารว่างที่มีน้ำตาล<sup>12</sup> หรือแม่แต่การศึกษาการจัดการดูแลของครอบครัวที่มีลูกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ธาลัสซีเมียที่รับการรักษาด้วยการถ่ายเลือดที่พ่อแม่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการดูแลและความร่วมมือกันของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากการปรับการดำเนินชีวิตประจำวันให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับการตอบสนองครอบครัว<sup>3</sup> ในแต่ละบริบทความสามารถในการจัดการมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็ก<sup>16</sup> ซึ่งพิจารณาแล้วในการศึกษาครั้งนี้บิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่มีอาชีพรับจ้างที่มีรายได้เพียงพอกับการดำเนินชีวิตประจำวันอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ซึ่งก็คือเขตบางพลัดกรุงเทพมหานครจึงอาจมีโอกาที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและมีการเตรียมความพร้อมในด้านการเรียนด้วยการส่งเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน

## ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. พยาบาลชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปวางแผนสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพกายใด ๆ โดยใช้แนวคิดการจัดการในครอบครัวเน้นองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความสามารถในครอบครัว ความพยายามจัดการ และความร่วมมือในการจัดการของผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนนำไปในการให้คำแนะนำแก่บิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็ก

2. พยาบาลชุมชน ครูและผู้เลี้ยงเด็ก นำข้อมูลไปกำหนดแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า การใช้เวลาว่างสำหรับพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง เป็นต้น



## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำแนวคิดการจัดการของครอบครัวไปประยุกต์ใช้ศึกษาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่และการให้ความรักความอบอุ่น

2. ควรมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กก่อนวัยเรียนทั้งเด็กปกติและกลุ่มเด็กป่วยอื่นๆ ในชุมชน

## References

1. Thassana Puttikankit. Community context under the semi-urban, semi-rural society. Journal of the Far Eastern University Gateway to Entrepreneurship 2558; 9(1): 7-15. (in Thai).
2. Donna Phillips. Early childhood development and disability: a discussion paper 2012. Malta; World Health Organization.
3. Orranuch Chusri, Wannee Deoisres, Marcia Van Riper. The styles of management in families having a child with thalassemia. SDU Res. J. 2016; 9 (3):111-126.
4. Knafl K, Deatrick J. Family management style and the challenge of moving from Conceptualization to measurement. Journal of Pediatric Oncology Nursing 2006; 23 (1): 12-8.
5. UNICEF Thailand. Early childhood development [Internet]. 2009[cited 2017 March12]. Available:[https://www.unicef.org/thailand/tha/education\\_6555.html](https://www.unicef.org/thailand/tha/education_6555.html)
6. National Statistical Office. The results of survey on children and youth 2008 [Internet].2010[cited 2017 March12]. Available: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/child51/childRep51.pdf>
7. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 2009; 41:1149-60.
8. Hamilton K, Spinks T, White KM, Kavanagh DJ, Walsh AM. A psychosocial analysis of parents' decisions for limiting their young child's screen time: an examination of attitudes, social norms and roles, and control perceptions. British Journal of Health Psychology 2016; 21(2): 285-301.
9. Mosuwan Ladda. (2008). Nutrition in Thai children. National Institute for Children and Family Development, Mahidol University. [Internet]. 2009[cited 2017 March12]. Available: <http://www.cf.mahidol.ac.th/autopage/file/MonAugust2008-12-30-1-Copy%20of%202.pdf>. (InThai)
10. Nanthamongkolchai S. Family, childrearing and development of preschoolers in Thailand. Journal of Public Health 2016; 46(3):205-210. (in Thai).
11. Xu H, Wen LM, Rissel C. Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. Journal of Obesity 2015; Retrieve from <https://pdfs.semanticscholar.org/10a2/b928d8035051d05b5eed55f6162624885fb7.pdf>.



12. McSweeney LA, Rapley T, Summerbell CD, Haighton CA, Adamson AJ. Perceptions of nursery staff and parent views of healthy eating promotion in preschool settings: an exploratory qualitative study. *BMC public health* 2016; 16(1): 841.
13. Blaine RE, Fisher JO, Taveras EM, Geller AC, Rimm EB, Land T, Davison KK. Reasons low-income parents offer snacks to children: how feeding rationale influences snack frequency and adherence to dietary recommendations. *Nutrients* 2015; 7(7): 5982-99.
14. Teagan SH, Kyra H. Investigating mothers' decisions to give their 2- to 3-year-old child a nutritionally balanced diet. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2016; 48(4): 250-7.
15. Natale RA, Messiah SE, Asfour L, Uhlhorn SB, Delamater A, Arheart KL. Role modeling as an early childhood obesity prevention strategy: effect of parents and teachers on preschool children's healthy lifestyle habits. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2014; 35(6): 378-87.
16. Orranuch Chusri, Wannee Deoisres, Marcia Van Riper. Influencing of Family Management in Families with Thalassemic Children on Health Related Quality of Life and Family Functioning: SEM approach. [internet]. [cited 2018 April 4]. Available from: <http://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/3653>