

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6

The Situation of Early childhood Development in The Region 6 Health



สุปรวีณา พลศักดิ์ และคณะ
ศูนย์อนามัยที่ 6
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6

The Situation of Early childhood Development in The Region 6

ที่ปรึกษา

ดร.เพ็ญศรี กองสำฤทธิ์

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

นายแพทย์พนิต โล่เสถียรกิจ

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6

หัวหน้าโครงการวิจัย

นางสาวสุปวีณา พละศักดิ์

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้ร่วมวิจัย

นางปานิสรา สิทธินาม

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

นางสาวนุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางรติรัตน์ วัฒนาสกุลรัตน์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวปวีณภัสสรณ์ คล้าศิริ

นักโภชนาการชำนาญการ

นางสาวดวงนภา ปงกา

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นางสาวนุชนารถ อารุณ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างดี ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ดร.เพ็ญศรี กองสำฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ดร.ประภาพรรณ จุเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และนายแพทย์พนิต โล่เสถียรกิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ที่ให้คำแนะนำปรึกษาเสนอแนะแนวทางในการวิจัยและให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณนักวิจัยพื้นที่ทีมงานจากศูนย์อนามัยที่ 6 ที่ได้ร่วมวางแผนออกแบบงานวิจัย ประสานงาน และเก็บข้อมูลภาคสนาม ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงาน พื้นที่จังหวัดเป้าหมายที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน โครงการอย่างยิ่ง ท้ายสุดขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร และคณะกรรมการกลุ่มพัฒนาวิชาการศูนย์อนามัย 6 กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ งานกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย และนักวิจัยทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและร่วมดำเนินงานจนประสบความสำเร็จ

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานสำหรับการพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อไป สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นนั้นคณะผู้วิจัยขอน้อมรับและยินดีรับฟังจากทุกท่านที่เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

สุปวีณา พละศักดิ์ และคณะ

มิถุนายน 2566

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) การศึกษา ณ จุดเวลา (ภาคตัดขวาง : Cross-Sectional Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็ก ปฐมวัยและเปรียบเทียบกับ การศึกษาที่ผ่านมาระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ ศึกษาพฤติกรรมของมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลัง คลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว และศึกษาปัจจัย คัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาส พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย การประเมินพัฒนาการใช้แบบ ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II (ฉบับ ภาษาไทย) ในเด็กอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย เก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2564 ถึง มีนาคม 2565 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 6 เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.1 และพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14.9 โดยเมื่อพิจารณาพัฒนาการรายด้าน พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 9.80 รองลงมาเป็นด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 3.10 พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและปรับตัว ร้อยละ 2.10 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 0.4 **ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูหลัก** ได้แก่ อายุของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.55 เท่าของเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุน้อยกว่า 30 ปี **ปัจจัยด้านแม่** ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อคลอดเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) อายุมารดาขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.26 เท่าของเด็กที่มารดาตั้งครรภ์เมื่ออายุ 20-35 ปี และปัจจัยด้านอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 0.87 เท่า ของอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่าเท่ากับ 37 สัปดาห์ **ปัจจัยด้านเด็ก** ได้แก่ อายุของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) เด็กที่อายุ 3-5 ปีมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.71 เท่าของเด็กที่อายุ 0-2 ปีเด็กที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 3.57 เท่าของเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว **ข้อเสนอแนะ** ในระดับพื้นที่การบริการปฐมภูมิพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน บูรณาการร่วมกับชุมชน/ท้องถิ่น โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อลดความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์เพื่อป้องกันการคลอดกำหนดหนดของหญิงตั้งครรภ์ และการส่งเสริมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่รวมทั้งสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กโดยครูผู้ดูแลเด็กของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ปกครอง ในระดับทุติยภูมิสนับสนุนให้จัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์และการจัดบริการให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลและจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และสนับสนุนการเข้าถึงบริการการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ล่าช้าหรือสงสัยล่าช้าให้ได้รับการกระตุ้นและติดตามอย่างครอบคลุม

The Situation of Early childhood Development in The Region 6

Abstract

The purpose of this study was to assess the situation and factors associated with early childhood development. The subjects of this study were the mother, father, care giver and children in Thailand. The samples were selected by three – stages cluster sampling. Demographic data and medical history obtained by a maternal and child health record book, and questionnaire and Denver II Developmental Test (Thai version) results were evaluated. The data was collected from November 2021 to March 2022. Moreover, Descriptive and Binary logistic regression were used for the results of analysis.

The results showed that the early childhood development. The development of early childhood children will meet with the 6th happiness. Most of the early childhood children will have development in accordance with their age, responding to 85.1 developmental expectations and expectations 14.9. When considering the development in each aspect, most children's developmental expectations in terms of language respond to 9.80 secondary. Down to the social aspect and help self-remember 3.10, suspected development of fine motor and reflexes response 2.10, and gross motor aspect returned 0.4. As for the factors that were significantly related to child development, The primary caretaker factor was that the age of the main caretaker had a statistically significant relationship with child development ($p=0.05$). 2.55 times for children under 30 years of age with primary caregivers. Maternal factors include maternal health factors during pregnancy. and gestational age at delivery were significantly correlated with child development ($p=0.05$). Maternal age at gestational age greater than 35 years had a 2.26 times the risk of suspected developmental delay among children born at maternal age. Age 20-35 years and gestational age factor less than 37 weeks had a 0.87 times the risk of suspected delayed development of gestational age greater than 37 weeks. Child factors were children's age, children with current diseases were significantly correlated with child development ($p=0.05$), children aged 3-5 years had a 1.71times the risk of suspected delayed development. At 0-2 years of age, children with comorbidities were 3.57 times more likely to develop suspected delayed development than children without comorbidities. Suggestions: At the level of primary care services, develop the implementation of the Miracle 1,000 Days Plus to 2,500 Days, integrate with communities/locals. Especially preparing before pregnancy and women of reproductive age to reduce the risk of pregnancy. Quality antenatal care that meets criteria to prevent miscarriages of pregnant women and the promotion of parent school activities, including encouraging breastfeeding for at least 6 months. Surveillance of child development by teachers taking care of children of early childhood development institutions and teaching and learning curriculum to stimulate child development together with parents. The secondary level support the provision of services according to maternal and child health standards Pregnancy risk screening and provision of services for pregnant women to receive care and risk management for pregnant women to prevent premature birth. and support access to developmental stimulation services for delayed or suspected delayed children to receive stimulation and comprehensive follow-up.

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการศึกษา	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ข้อจำกัดของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้เด็กปฐมวัย	7
ทฤษฎีการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	8
ทฤษฎี Psychosocial developmental	11
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายในและต่างประเทศ	17
กรอบแนวคิดการวิจัย	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การกำหนดตัวแปร	28
วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล	30
สถิติที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล	30
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ลักษณะครอบครัว และลักษณะทางเศรษฐกิจ	33
คุณลักษณะด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์	37
คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก ภาวะสุขภาพของเด็ก และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก	40
พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM	45
ภาวะการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็ก	47
ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย	48
ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย	49
บทที่ 5 สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ	
สรุป	59
อภิปรายและข้อเสนอแนะ	62
บรรณานุกรม	68

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่จะบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคนในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่เด็กปฐมวัย หรือ 1,000 วันแรกของชีวิต เพื่อนำไปสู่บรรลุความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ในชีวิตหรือแต่ละช่วงวัย (Executive Function) ให้มีผลลัพธ์ มีทักษะด้านการคิดแก้ไขเชิงตระกะที่เป็นเหตุและผล บริหารจัดการลำดับความสำคัญในการดำเนินชีวิตให้ฝ่าฟันวิกฤตของแต่ละเหตุการณ์ที่มากระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ควบคุมความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมที่ไม่ให้ผิดตามจารีตธรรมเนียมประเพณี ซึ่งจะเป็นรากฐานของการเป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และด้วยโครงสร้างประชากรประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงวัย จึงต้องเร่งพัฒนาคน ตั้งแต่ช่วงปฐมวัย จึงต้องพัฒนาคุณภาพของการเกิดมากกว่าปริมาณของการเกิด และวางแผนการพัฒนาเด็กที่เกิดมาให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเติบโตเต็มศักยภาพตรงตามพันธกิจช่วงวัย มีพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงโอกาสทองของชีวิตที่สมองพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว หากมีปัจจัยใดกระทบกระเทือนในช่วงนี้จะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดความบกพร่องทางพัฒนาการได้ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้มุ่งเน้นการพัฒนากลุ่มเด็กปฐมวัยให้มีทักษะทางสมอง การเรียนรู้ ทักษะชีวิตและสังคมที่ดีเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ มีเป้าหมายในการพัฒนาเด็ก ทั้งโครงสร้างการดูแลเด็ก การควบคุมและป้องกันโรค การส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้มีพัฒนาการตามวัย ด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นทรัพยากรที่มีศักยภาพในการพัฒนาประเทศ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการพัฒนาตามวัยอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายให้เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ร้อยละ 85 มีพัฒนาการสมวัย ภายในปี พ.ศ.2564 และเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการประเมินเพื่อช่วยเหลือ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุข ในสถานบริการทุกระดับ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเด็กตามนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาระบบบริการอย่างไร้รอยต่อ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560 – 2579.)

สถิติการอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ และข้อมูลจากวารสารการแพทย์เดอะแลนเซต ระบุว่า เด็กปฐมวัยเกือบ 250 ล้านคน ในประเทศกำลังพัฒนา เสี่ยงต่อการมีพัฒนาการไม่สมวัยหรือล่าช้า, จากการศึกษาค้นคว้าในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กปฐมวัย (Early childhood) 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และเมื่อเทียบการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยในทวีปเอเชีย ประเทศไทยยังคงตามหลัง อยู่หลายประเทศ เช่น สิงคโปร์ ญี่ปุ่น จีน มาเลเซีย เวียดนาม ฮองกง ฟิลิปปินส์ และข้อมูลสถิติของยูนิเซฟพบว่าเด็กปฐมวัยไทยที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี 1 ใน 6 ของเด็กช่วงปฐมวัยกว่าครึ่งประเทศ มีหนังสือเด็กอยู่ที่บ้านไม่ถึง 3 เล่ม และพอเพียงร้อยละ 35 เท่านั้น, ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ที่เผยแพร่ เมื่อเดือน มิ.ย. 2559 พบว่า เด็กปฐมวัยไทยมีวิกฤตทางด้านการพัฒนาการ มีพัฒนาการล่าช้าต่ำกว่ามาตรฐานถึง ร้อยละ 30 และประมาณ ร้อยละ 10-15 ของเด็กไทยชั้น ป.3 และ ป.6 "อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ คิดไม่เป็น"(World Health Organization 2012.) จากการสำรวจพัฒนา การเด็กของกรมอนามัยเมื่อปี 2557 พบว่า เด็กแรกเกิด ถึง 2 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 22 ส่วนเด็กอายุ 3 - 5

ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยสูงถึง ร้อยละ 34 หรือ 1 ใน 3 จำเป็นต้องเร่งค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ให้ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม โดยประมาณร้อยละ 90 ของเด็กจะกลับมาปกติ ส่วนอีกร้อยละ 10 อาจมีปัญหาอื่นๆ เช่น ออทิสติก หรือ มีปัญหาด้านการเรียนรู้ ซึ่งต้องรับการดูแลรักษาและกระตุ้น

พัฒนาการโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง ตรงกับการศึกษาของ รศ.พญ.นิตยา คชภักดี กล่าวถึงหน้าต่างแห่งโอกาสพัฒนาเด็ก (Window of Opportunity) โดยชี้ให้เห็นว่า หากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปี และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยปกติ (นิตยา คชภักดี. 2546.) สอดคล้องจากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ DENVER II จำนวน 6 ครั้งเริ่มจากปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0 และ 67.5 ตามลำดับ ในขณะที่เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีถึงร้อยละ 30 (กรมอนามัย รายงานการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560) การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในภาพประเทศเท่ากับ 98.59 (ค่าเฉลี่ยปกติ อยู่ที่ 90-109) ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ(สมัย ศิริทองถาวร. 2561.) จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักในการเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาไปตามวัยอย่างถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่วัยเริ่มแรก ถ้าปล่อยปละละเลยไม่มีการควบคุมดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจน เด็กจะเสียโอกาสในการพัฒนาตามวัย รวมทั้งอาจเกิดปัญหาพัฒนาการที่ย่างยากซับซ้อน เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 6 จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ DENVER II ปี 2557 เด็กปฐมวัย 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 73.7, สงสัยล่าช้า ร้อยละ 26.3 และปี 2560 เด็กปฐมวัย อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.8, สงสัยล่าช้า ร้อยละ 14.2 (โดยพบแนวโน้มพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นตามลำดับ(ศรัทธา กาญจนสินธ์. 2560.) จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย 0-5 ปี น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง สมส่วนร้อยละ 71.0 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 70.3 และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 78.5 (วรรณภา กางกั้น. 2558) และการสำรวจสถานการณ์ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเด็กอายุ 6 เดือน - 3 ปีของประเทศไทย ในเขตชนบทพบ ร้อยละ 41.7 เขตเมือง ร้อยละ 26 เด็กอายุ 6-12 เดือน ร้อยละ 14.6 - 26 และปี 2561 เขตสุขภาพที่ 6 พบ เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 34.32 เด็กอายุ 3 ถึง 5 ปี ร้อยละ 19.58 เด็กอายุ 0 ถึง 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 22.5 กินเป็นประจำ ร้อยละ 17.2 ซึ่งสถานการณ์ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยที่สำคัญและกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาการดำเนินงานจัดการปัญหาจะเห็นว่าการรณรงค์โลกได้ตั้งเกณฑ์การประเมินปัญหาจากโลหิตจางในกลุ่มประชากรเพื่อแบ่งระดับในการจัดการปัญหา และประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการเชิงสาธารณสุขในการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไว้ 3 มาตรการหลักซึ่งประกอบไปด้วยการเสริมธาตุเหล็กเชิงป้องกันในประชากร เสริมธาตุเหล็กในผลิตภัณฑ์ที่ประชาชนนิยมรับประทานและส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็กโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการทำงาน และการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพและลดอัตราการป้องกันการเกิดทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่า และให้ความสำคัญที่จะมุ่งเน้นส่งเสริมกลุ่มเด็กปฐมวัย ปลอดภัยจากภาวะโลหิตจางด้วยวิตามินเสริมธาตุเหล็กและมีพัฒนาการที่สมวัย

การพัฒนาการเด็กให้เต็มศักยภาพ เพื่อเป็นประชากรที่มีคุณภาพในอนาคตจึงมีความจำเป็นและต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทุกประเทศทั่วโลกมีความพยายามในการพัฒนาเด็กด้วยหลากหลายวิธีการ แต่ก็ยังขาดเครื่องมือประเมินและคัดกรองที่มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมกับประเทศของตนเอง หลายประเทศพยายามที่จะสร้างเครื่องมือสำหรับการติดตาม คัดกรอง เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental monitoring, screening and surveillance) ซึ่งเครื่องมือการคัดกรองพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test : DDST) (Frankenburg & Dodds, 1967) และฉบับแก้ไข DENVER II (Frankenburg และคณะ, 1992) เป็นต้นแบบที่ได้รับการดัดแปลงในหลายประเทศ รวมทั้งในประเทศไทยเพื่อค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำเครื่องมือที่ชื่อว่า แนวทางการติดตามพัฒนาการเด็ก (The Guide for Monitoring Child Development : GMCD) เพื่อติดตามพัฒนาการของเด็กในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาเครื่องมือติดตามพัฒนาการเด็กมายาวนานจากหลายหน่วยงาน เช่น อนามัย 49 (ปี พ.ศ.2549) , อนามัย 55 (ปี พ.ศ.2555), คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นต้น และเป้าหมายให้เด็กไทยทุกคน ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมจากพ่อแม่ ผู้ปกครองและชุมชน ตลอดจนบูรณาการแผนงานการพัฒนาเด็กของทุกภาคส่วน

ศูนย์อนามัยที่ 6 ในฐานะศูนย์วิชาการระดับเขตสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทหลักในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมพื้นที่ 8 จังหวัด ในภาคตะวันออก จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ในเขตสุขภาพที่ 6 รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยมุ่งหวังเพื่อนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ประโยชน์ในดำเนินงานการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6
3. ศึกษาความสามารถในการทำนายพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6

ปัญหาการวิจัย

1. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 6 ปีพ.ศ.2565 เป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจที่ผ่านมา ปี2550,2553,2557,2560
2. พฤติกรรมของมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อายุ 9 เดือน ถึงอายุ 5ปี 11 เดือน 29 วัน ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก เด็กที่มีประวัติชักและได้ยากันชัก

นิยามศัพท์เฉพาะ

พัฒนาการเด็กปฐมวัย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function maturation) ตามอายุตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงถึงความก้าวหน้าตามลำดับทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านกล้ามเนื้อ มัดใหญ่ ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น ความพิการทางสมอง กลุ่มอาการดาวน์ ออทิสติก ไม่มีภาวะภาวะพร่องออกซิเจนขณะแรกเกิด (Birth Asphyxia) และ ไม่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม (Low Birth Weight)

แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย หมายถึง เครื่องมือ Denver II ฉบับภาษาไทยที่ใช้ประเมินเด็ก 0-5 ปี

ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กเมื่อแรกคลอด หมายถึง สภาพแวดล้อมที่ทารกและเด็กได้รับเมื่ออยู่ในครรภ์มารดา และหลังคลอดอันเป็นสาเหตุต่อพัฒนาการเด็กประกอบด้วย

- คุณลักษณะทางประชากรของมารดา บิดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่บิดา มารดา ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาช่วงตั้งครรภ์และสุขภาพเด็ก

- ภาวะสุขภาพของมารดาช่วงตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ การได้รับยาเม็ดรวมเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟเลต

- ภาวะสุขภาพเด็ก ได้แก่ อายุครรภ์มารดาเมื่อคลอด น้ำหนักเมื่อแรกคลอด ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคประจำตัวเด็ก การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวม/ท้องร่วง สุขภาพช่องปาก และภาวะโภชนาการ ได้แก่ การได้กินอาหารมื้อหลัก น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A) น้ำหนักตามส่วนสูง (W/H) ส่วนสูงตามอายุ (H/A)

ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม หมายถึง สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กและประสบการณ์ที่เกิดกับเด็ก ประกอบด้วย

- อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของบิดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก รายได้ครอบครัว สถานที่เลี้ยงดูเด็ก กลางวัน ผู้เลี้ยงดูหลักช่วงกลางวัน การเข้ารับบริการโรงเรียนพ่อแม่

- พฤติกรรมช่วงตั้งครรภ์ของมารดาช่วงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การเข้ารับบริการสถานบริการฯ ที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์คุณภาพ การกินยาเม็ดรวมเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟเลต การดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพช่องปาก การตรวจอัลตราซาวด์ การได้รับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ คลินิก ANC/WCC การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง การปฏิบัติของ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ให้ต่อเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนคลอดออกมาเป็นทารกและกระทั่งเจริญวัยตามลำดับ การปฏิบัติตามพัฒนาการ 4 ด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมสติปัญญา ด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า

คุณภาพบริการของสถานบริการ หมายถึง การจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับทองของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ให้ได้มาตรฐานกระบวนการคุณภาพ คือ การนำองค์กร คุณภาพบริการแผนกฝากครรภ์ คุณภาพบริการห้องคลอด คุณภาพบริการแผนก หลังคลอด คุณภาพบริการ NICU คุณภาพบริการคลินิกเด็กดี ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว และ ผลการดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์ 4 ด้าน คือ

1. อัตราการขาดออกซิเจนในทารกเกิดไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีวิต

2. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 หรือลดลงจากฐานข้อมูลเดิม ปีละร้อยละ 0.5

3. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 50 หรือเพิ่มข จากฐานข้อมูลเดิม ปีละร้อยละ 2.5

4. อัตราเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (อนามัย 55)

ภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และรูปร่างสมส่วน

ผู้เลี้ยงดูหลัก หมายถึง พ่อ แม่หรือบุคคลในครอบครัว ที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่บ้านมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน มีความใกล้ชิดกันและอาศัยในทีเดียวกันผู้เลี้ยงดูเด็ก หมายถึง พ่อ หรือแม่ หรือคู่สามี ภรรยาคนใหม่หรือปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งดูแลเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คือครั้งที่ 1 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 1-12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะและอาการต่าง ๆ ที่พบร่วมกับการตั้งครรภ์ และมีผลเสียต่อร่างกายหรือจิตใจของแม่ตั้งครรภ์และหรือทารกโดยภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์อาจเป็นภาวะที่พบเป็นปกติไม่มีอันตรายไปจนถึงภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

โรคประจำตัวของแม่ หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ของแม่ ที่เป็นมาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ที่จะส่งผลต่อทารกในครรภ์

ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิด หมายถึง การประเมินสภาพทารกแรกเกิด โดยการให้คะแนน APGAR ด้วยการสังเกต สีผิว ชีพจร หรืออัตราการเต้นของหัวใจ ปฏิกริยาการตอบสนองต่อ สิ่งกระตุ้น การเคลื่อนไหวต่างๆ หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการหายใจของทารกที่ 1 และ 5 นาที หลังคลอด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง (APGAR Score 0-3) ภาวะขาดออกซิเจน (APGAR Score 4-7) และภาวะปกติ (APGAR Score 8 ขึ้นไป)

น้ำหนักทารกแรกเกิด หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อแรกเกิด แบ่งเป็นน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป

อายุครรภ์เมื่อคลอด หมายถึง อายุครรภ์เมื่อคลอดเด็ก แบ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์) และคลอดเกินกำหนด (อายุครรภ์ 42 สัปดาห์ขึ้นไป)

การเจ็บป่วยของเด็ก หมายถึง ในรอบ 1 ปี เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วงและหรือปอดบวมจนต้องนอนโรงพยาบาล รวมทั้งโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก

การกินนมแม่ หมายถึง เด็กได้กินนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ได้รับน้ำหรืออาหารเสริมอื่นๆ ตั้งแต่ แรกเกิด

การเล่านิทานให้เด็กฟังอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การเล่านิทานให้เด็กฟังทุกวัน อย่างน้อยวันละ 10 นาที

การเล่น หมายถึง การใช้ประสบการณ์และการทำกิจกรรมทุกชนิดที่เกิดขึ้นด้วย ความสนใจของเด็กเพื่อได้รับความสนุกสนานและเสริมทักษะการเรียนรู้อันเป็นการช่วยให้เด็กได้พัฒนาทักษะและสร้างความสัมพันธ์ในทางสังคมเรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้ที่จะใช้วัสดุเครื่องมือต่างๆ รู้จัก

หน้าที่ของตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถช่วยสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาการด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้านของเด็กได้อย่างเหมาะสม

การเล่นอย่างมีคุณภาพ หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กใช้เวลาเล่นกับเด็กวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ หมายถึง พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็ก คอยแนะนำช่วยเหลือครั้งละมากกว่า 10 นาที แต่ไม่เกิน 30 นาที รวมวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การตรวจพัฒนาการโดยเครื่องมือ Denver II ต้องได้รับการยินยอมและความร่วมมือจากเด็ก ในการตรวจพัฒนาการดังนั้น เมื่อเด็กไม่ให้ความร่วมมือตั้งแต่แรกหรือระหว่างการตรวจผู้วิจัยยังคงให้ โอกาสเด็ก แต่ถ้าตรวจไม่ได้ จึงหยุดตรวจพัฒนาการในเด็กรายนั้นๆ ทันที

2. ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับแม่ในเรื่องภาวะสุขภาพระหว่าง ตั้งครรภ์ โรคประจำตัว การได้รับยา การปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งข้อมูลของเด็กตั้งแต่แรกเกิด โรคประจำตัว การเจ็บป่วยของเด็ก เป็นต้น

3. การได้มาของข้อมูลแม่และเด็ก ที่ได้จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่การบันทึก ข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะในสถานบริการเอกชนบางแห่งไม่ให้ข้อมูลที่บันทึกขณะตั้งครรภ์ ทำให้ไม่มีประวัติขณะตั้งครรภ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบข้อมูล และสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6
2. ทราบข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6
3. ข้อเสนอแนะการกำหนดนโยบาย/การจัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 6

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนาเด็กปฐมวัยไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และบททวน แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและเชื่อมโยงไปสู่กรอบแนวคิดในการ ศึกษา โดยแบ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
 - 2.1 ทฤษฎีพัฒนาการของ Arnold Gesell
 - 2.2 ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Jean Piaget
 3. ทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ของ Erikson
4. งานวิจัยภายในและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการเลี้ยงดู เด็กปฐมวัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

1.1 ความหมายการเจริญเติบโต พัฒนาการ วุฒิภาวะ และการเรียนรู้

พัฒนาการ (Development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญาด้านการทำหน้าที่ (function) และวุฒิภาวะ (Maturation) ของอวัยวะระบบต่างๆ (สิริมา ภิญญอนันต์พงษ์, 2545.) ในด้านโครงสร้างการจัดระเบียบส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกมีลักษณะและทิศทางที่แน่นอนสัมพันธ์กับเวลาทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างดีมีประสิทธิภาพทำสิ่งที่ยาก สลับซับซ้อนมากขึ้นตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ๆ จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงความสามารถ ในการปรับตัว ต่อสภาพแวดล้อม ผสมผสานก้าวหน้าเป็นลำดับขั้นต่อเนื่องกันไป โดยพัฒนาการครอบคลุม การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Development) ของระบบอวัยวะเป็นการเปลี่ยนแปลง ด้านปริมาณ (Quantitative Change) ได้แก่ การเพิ่มจำนวนเซลล์ประสาทในสมองขนาดของรูปร่างสูงขึ้น การขยายส่วนต่างๆ ของ ร่างกายและการเกิด/เปลี่ยนแปลงการพัฒนาการของมนุษย์ (Human Development) เป็นความสามารถ ในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดูจากพฤติกรรมและผลงานสิ่งใหม่ๆ ทางด้านคุณภาพ (Qualitative Change) ได้แก่ ความสามารถในการฟังพูดอ่านเขียน การคิดเลข การแก้ปัญหาทักษะ การช่วยเหลือตนเอง การทรงตัว การเคลื่อนไหว การกระโดด การรู้จักแบ่งปันมีน้ำใจยิ้มแย้ม ซึ่งพัฒนาการทุกด้านของมนุษย์ ถ้าได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการแล้วพัฒนาการของมนุษย์ จะเป็นไปอย่างสมวัย

การเจริญเติบโต (Growth) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านปริมาณเช่นขนาดของร่างกายและอวัยวะเกิดจากการเพิ่มจำนวนและขนาดของเซลล์และส่วนหล่อเลี้ยงทำให้รูปร่างเปลี่ยนในเรื่องของน้ำหนักส่วนสูงขนาดลำตัวรวมทั้งอวัยวะและโครงสร้างภายในเพื่อทำหน้าที่ให้เหมาะสมแต่ไม่รวมการมีลักษณะใหม่ๆหรือความสามารถใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยซึ่งการเจริญโต จะสิ้นสุดลงเมื่อถึงจุดสูงสุดของวุฒิภาวะทางร่างกาย เมื่ออายุประมาณ 21 ปี พัฒนาการนั้นจะดำเนินไปทุกๆ ช่วงอายุของชีวิตในทุกๆ ส่วนของร่างกายและพัฒนาการเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยการเจริญเติบโตเป็นพื้นฐาน

วุฒิภาวะ (Maturation) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางคุณภาพเป็นผลรวมที่เกิดจากอิทธิพลของ ยีน (Gene) ซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรมวุฒิภาวะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเรียนรู้แต่ไม่ได้เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ถ้าขาดอย่างใดอย่างหนึ่งความสามารถบางอย่างอาจจะไม่เกิดขึ้นหรือช้ากว่าที่ควรได้การเรียนรู้ (Learning) หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปจากเดิมเป็นพฤติกรรมก่อนข้างถาวรโดยมนุษย์สามารถเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น ดังนั้นพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์จึงได้รับอิทธิพลจากการสังเกตพฤติกรรมและผลของการแสดง พฤติกรรมของบุคคลอื่น ดังนั้นการเรียนรู้ของเด็กเป็นผลมาจากการประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมและมีการฝึกฝนตั้งแต่วัยทารก ในการเรียนรู้ของเด็กเน้นสิ่งที่มีอิทธิพลได้แก่ สภาพแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ความต้องการ และความสนใจของเด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ความสามารถต่างๆ ของเด็กถูกนำออกมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยมีขอบเขตคือ ใช้ช่วงเวลาสั้นการรับรู้เนื้อหาแบบ รูปธรรมวิธีการเรียนรู้ในแบบของการลงมือปฏิบัติสำรวจสิ่งรอบตัวตามความพอใจของตนเอง ลักษณะเช่นนี้นับเป็นการเรียนรู้ตัวอย่างเด็กเกิดการเรียนรู้ด้านการอ่านหนังสือของเด็ก

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

2.1 ทฤษฎีพัฒนาการของอาร์โนลด์เกิเซล (Gesell,A ,1929.) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันผู้เริ่มก่อตั้งสถาบันพัฒนาการ เด็ก ณ มหาวิทยาลัยเยล ระหว่างปี ค.ศ.1930-1941 เขาเป็นคนแรกที่สนับสนุนและอธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กว่า การเจริญเติบโตของเด็กทางร่างกายเนื้อเยื่ออวัยวะหน้าที่ของอวัยวะต่างๆและพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้น เป็นรูปแบบที่แน่นอนและเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้นประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบรอง ที่ต่อเติมเต็มเสริมพัฒนาการต่างๆ เกิเซลเชื่อว่าวุฒิภาวะจะถูก กำหนด โดยพันธุกรรมและมีในเด็ก แต่ละคนมาตั้งแต่เกิดซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เด็กแต่ละวัยมีความพร้อมทำสิ่งต่างๆได้ถ้าวุฒิภาวะ หรือความพร้อมยังไม่เกิดขึ้นตามปกติในวัยนั้นๆสภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก ผลงานดังกล่าวได้สร้างเกณฑ์มาตรฐานสำหรับวัดพฤติกรรมของเด็กในแต่ละระดับเน้นความแตกต่างระหว่าง บุคคลโดยใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรม ซึ่งเขาได้แบ่งพัฒนาการของ เด็กที่ต้องการวัดและประเมินออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่

1. พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว (Motor Behavior) ครอบคลุมการบังคับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายและความสัมพันธ์ทางด้านการเคลื่อนไหว
2. พฤติกรรมทางการปรับตัว (Adaptive Behavior) ครอบคลุมความสัมพันธ์ของการใช้มือและสายตาการสำรวจค้นหาการกระทำต่อวัตถุการแก้ปัญหาในการทำงาน
3. พฤติกรรมทางการใช้ภาษา (Language Behavior) ครอบคลุมการที่เด็กใช้ภาษา การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน
4. พฤติกรรมส่วนตัวและสังคม (Personal-Social Behavior) ครอบคลุมการฝึกปฏิบัติส่วนตน เช่น การกินอาหารการขับถ่ายและการฝึกต่อสภาพสังคม เช่น การเล่นการตอบสนองผู้อื่น จากแนวความคิดของเกิเซลอาร์โนลด์เกิเซลสามารถนำมาอธิบายพัฒนาการของมนุษย์ในด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกายและสามารถนำไปเชื่อมโยงกับพัฒนาการทางสติปัญญาได้อีกด้วย

2.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดของ Jean Piagen

จ็ิน เพียเจท์ เป็นนักชีววิทยาชาวสวิสเซอร์แลนด์ เป็นบุคคลแรกที่ทำการศึกษาพัฒนาการด้านความคิดของมนุษย์อย่างมีระบบระเบียบ สามารถพิสูจน์ให้เห็นจริงได้ แนวคิดพื้นฐานของเขาคือเขาเชื่อว่าเด็กไม่ได้เกิดมาพร้อมกับความรู้และความคิด เด็กเรียนรู้โลกภายนอกกรอบตัว และพัฒนาความคิดไปตามลำดับขั้นตอน ความเจริญเติบโตทางความคิดพัฒนาไป “พร้อมกับพัฒนาทางกาย” ด้านต่างๆ การอบรมหรือสอนวิทยาการต่างๆ แก่เด็กไม่ตรงตามกระบวนการพัฒนาการทางความคิดของเด็กแล้ว ย่อมเป็นการสูญเสียเปล่าในบางกรณี อาจกลายเป็นโทษมากกว่าคุณ จุดศูนย์กลางความฉลาด คือความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เด็กเรียนรู้และปรับตัว โดยใช้ปฏิกิริยาสะท้อน (reflex) ระบบประสาทสัมผัส (sensory) และการเคลื่อนไหว (motor) ในระยะแรกๆ ของชีวิต เด็กจะใช้ศักยภาพทางชีวภาพเหล่านี้เป็นสื่อในการเรียนรู้และพัฒนาความคิด เกี่ยวกับโลกและบุคคล ในช่วงวัยต่อไป มาเด็กจะใช้ความสามารถดังกล่าวพัฒนาความคิดอย่างซับซ้อน และเป็นขั้นตอนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ (Piaget J.,1972.)

สรุปขั้นตอนพัฒนาการทางความคิดของเพียเจท์

อายุโดยประมาณ	ลำดับขั้นพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการเด่น บางประการ
1. ตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี - แรกเกิด -1 เดือน ปฏิกริยาสะท้อน (reflex) เริ่มทำหน้าที่ ดูดกิน กลืนนม - 1-4 เดือน อวัยวะรับรู้สัมผัสและการเคลื่อนไหว ทำงานสัมพันธ์กัน เช่น ตาและมือ เห็นสิ่งของเอื้อมมือหยิบ เอาใส่ปาก ดูด กัด อม ฯลฯ - 4-8 เดือน เลียนแบบพฤติกรรมที่พึงพอใจซ้ำๆ สำรวจตัวเอง ทำเสียง เลียนเสียงผู้อื่น เล่น เข้าสังคม - 8-11เดือน แสวงหาสิ่งที่พึงพอใจง่ายๆ เห็นของเล่นที่พอใจ เคลื่อนไหวทำไป ไม่นึกถึงความลำบาก - 11-12 เดือน เล่น อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง ให้ประจักษ์สัมผัสด้วยตัวเอง เช่น เขย่าขวดนมเพื่อฟังเสียง - 12 เดือน-2 ปี คิดเหตุการณ์ไม่จำเป็นเฉพาะหน้า (ตา-หู-ฟังสัมผัส-แตะต้อง) พูดภาษาเป็น	1.ขั้นใช้สัมผัสและกล้ามเนื้อ (sensor motor period) คิดด้วยประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ	- รู้ว่านั่นคือวัตถุซึ่งแตกต่างจากตัวฉัน - รู้จักแสวงหาสิ่งเร้า รู้จักสิ่งน่าสนใจ - ภาษาพูดยังไม่เต็มที่ - เข้าใจเรื่องราวโดยการใช้การเคลื่อนไหวและประสาทสัมผัส - รู้ว่าวัตถุที่มีอยู่ย่อมไม่สูญหายไป - ความเฉลียวฉลาดสังเกตได้จากการกระทำที่เห็นได้ - มีโลกทัศน์อยู่กับเหตุการณ์เฉพาะหน้า - ไม่เข้าใจโลกความเป็นจริง

อายุโดยประมาณ	ลำดับขั้นพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการเด่น บางประการ
เรื่องราว รู้จักคิดต้องการสิ่งใดจะ ทำอะไร		
2. อายุ 2-7 ปี	2. ขั้นกำหนดความคิดไว้ล่วงหน้า (pre-conceptual, thoughtperiod) (2-4 ปี) ขั้นคิด เอาเอง (intuitive) (4-7 ปี)	- คิดเอาแต่ใจตัว - ไม่เข้าใจความคิดของผู้อื่น - เห็นความเหมือนแต่ไม่เห็นความแตกต่าง ฉะนั้นถ้าวัตถุสองอย่างมีความคล้ายกันในบางลักษณะวัตถุทั้งสองอย่างนั้นย่อมเหมือนกันในลักษณะอื่นๆ ทั้งหมดด้วย - ใช้เหตุผลจากการรับรู้เป็นแม่บท - แก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลยังไม่ค่อยได้ - รู้จักแยกประเภทและแบ่งชั้นเข้าใจเรื่องความเกี่ยวพัน - คิดเอาเองมากกว่าคิดเป็นเหตุผล - เข้าใจค่านวนเลข
3. อายุ 7-11 ปี	3.ขั้นใช้ความคิดปฏิบัติการ รูป ธรรม (concrete operation)	ลักษณะพัฒนาการเด่น ๆ บาง ประการ - เริ่มพัฒนาความคิดเรื่องการทรงสภาพเดิมของวัตถุ - การทรงสภาพเดิมของปริมาณ (อายุ 5 ปี) - การทรงสภาพเดิมของน้ำหนัก (อายุ 6 ปี) - การทรงสภาพเดิมของปริมาตร (อายุ 7 ปี) - รู้จักคิดอย่างใช้เหตุผล สามารถคิดย้อนกลับได้(ในเชิงเลขคณิต) - รู้จักคิดในเชิงสัมพันธ์ - รู้จักแบ่งแยกจัดหมวดลำดับชั้น - รู้จักองค์ประกอบตามลดหลั่นจากเล็กไปหาใหญ่

อายุโดยประมาณ	ลำดับขั้นพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการเด่น บางประการ
4. อายุ 11-15 ปี	4. ขั้นใช้ความคิดปฏิบัติการ อย่างเป็นระบบ (formal operation)	- เข้าใจเรื่องการทรงสภาพเดิม - สามารถคิดได้ โดยไม่ใช้วัตถุ เป็นสื่อ (นามธรรม) - มีความคิดในเชิงตั้งคำถามและ วิธีการหาคำตอบ - สามารถคิดรวบยอดรู้จักคิด วิเคราะห์ ตีความหมาย - คิดในรูปแบบต่างๆ ได้สมบูรณ์ แล้ว - รู้จักตั้งสมมติฐานและแสวงหา ความเป็นจริงเพื่อพิสูจน์สมมติฐาน - พัฒนาเชิงความคิดเชิงอุดมคติ ที่เข้มข้น

หลักการของการพัฒนาการด้านความคิด

พัฒนาการด้านการเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างไร ตามแนวคิดของเพียเจต์ ได้แบ่งพัฒนาการออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการรับรู้ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับโลกที่ปรากฏต่อตัวบุคคลนั้น (assimilation) และ ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนแนวความคิดของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลใหม่นั้น (accommodation) ทั้ง 2 ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นโดยผ่านหลักการที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน 3 ประการคือ การจัดระบบ(organization) การปรับตัว (adaptation) และการรักษาสมดุล (equilibration) หลักการเหล่านี้จะ มีความสืบทอดต่อกัน การกระบวนการพัฒนาการไปตามสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆทั้งนี้การพัฒนาภาษามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาความคิดอย่างใกล้ชิดจนแยกไม่ออกและเชื่อว่ากระบวนการความคิดต่างๆ เป็นพัฒนาการที่ค่อยๆ เจริญขึ้นตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงขั้นเต็มที่ในระยะวัยรุ่นหลังจากนั้นเป็นระยะฝึกฝน อบรมความคิด ให้เฉียบคมยิ่งขึ้นคุณภาพของความคิดแตกต่างกันไปในแต่ละคนขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น พันธุกรรม ความสามารถทางภาษา ประสบการณ์ เป็นต้น

สำหรับวัยทารก ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากในการพัฒนาทางความคิดเร็วหรือช้า หรือถดถอย คือ

1. โอกาสที่เด็กจะได้เล่น เพราะการเล่นช่วยส่งเสริมความเข้าใจสิ่งแวดล้อม ดังคำกล่าวที่ว่าการเล่นคือ การเรียน
2. ความสามารถที่จะเข้าใจภาษา และใช้ภาษาให้ผู้อื่นเข้าใจ
3. พัฒนาการของกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสเป็นสื่อส่วนใหญ่ ถ้าเด็กได้มีโอกาสแตะต้อง เห็น และได้ยิน วัตถุที่ให้การเรียนรู้จะช่วยพัฒนาความคิดสติปัญญาอย่างมาก

สรุปได้ว่า เพื่อให้ชีวิตมีเสถียรภาพการรับรู้ข้อมูลใหม่ (assimilation) และการปรับเปลี่ยนแนวความคิดของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลใหม่ (accommodation) เกิดขึ้นเคียงคู่กันไปในการรักษาสมดุลและการรักษาเสถียรภาพดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้น ตลอดเวลาของการดำรงชีวิตซึ่งสามารถสังเกตเห็นกระบวนการนี้ได้ในทุกๆ วัยของชีวิต ตั้งแต่วัยที่เป็นทารกน้อยๆจากการศึกษาทฤษฎีของเพียเจท์ สามารถนำองค์ความรู้มาพัฒนาในรูปแบบในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้ตามพัฒนาการเด็กและสามารถนำไป ออกแบบการเลี้ยงดูเด็กที่ตอบสนองต่อพัฒนาการเด็กตามวัยได้อย่างเหมาะสม

3. ทฤษฎี Psychosocial developmental stage ของ Erik Erikson

เอริก แอริกสัน ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนามนุษย์และพัฒนาบุคลิกภาพ ได้แบ่งชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 8 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนบอกระยะอายุไว้อย่างพอสังเขป ระยะอายุนี้นี้เป็นการแบ่งอย่างคร่าวๆ เพราะแตกต่างกันไปในรายบุคคลและแตกต่างกันไปตามอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม สี่ขั้นตอนแรกเป็นระยะวัยทารกและวัยเด็ก ขั้นตอนที่ห้า เป็นระยะวัยรุ่น สามขั้นตอนสุดท้ายเป็นวัยผู้ใหญ่

คำว่า ขั้นตอน (Stage) คือ มนุษย์มีกระบวนการพัฒนาการเป็นขั้นๆจากลำดับหนึ่งไปสู่อีกลำดับหนึ่งเหมือนการขึ้นบันได ไม่มีการข้ามขั้น พัฒนาการลำดับต้นย่อมมีผลกระทบสืบเนื่องต่อพัฒนาการลำดับต่อไป แอริกสันเน้นว่าลักษณะสัมพันธ์ภาพที่บุคคลมีกับกลุ่มบุคคลต่างๆ (เช่น พ่อ แม่ เพื่อน สามี-ภรรยา) และข้อขัดแย้งทางสังคมจิตวิทยา (psychosocial crises) ที่เกิดจากความสัมพันธ์นั้นๆ เป็นจุดกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมและพัฒนาการบุคลิกภาพในรูปแบบต่างๆตามลำดับ ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสูงอายุ มีทั้งหมด 8 ขั้นตอน

ลักษณะความขัดแย้งทางสังคม-จิตใจ 8 ขั้นตอน

แอริกสัน อธิบายว่า ข้อขัดแย้งนี้เกิดจากความสัมพันธ์ที่ปัจเจกชนมีกับกลุ่มบุคคลเป็นศูนย์กลางความผูกพัน (ตารางที่ 1) ถ้าบุคคลสามารถแก้ไขภาวะวิกฤตและข้อขัดแย้งได้ด้วยดีพอสมควร ทำให้เกิดลักษณะพัฒนาการและลักษณะบุคลิกภาพที่พึงประสงค์เรื่อยไปตามลำดับขั้น ซึ่งส่งผล คือ มีโครงสร้างบุคลิกภาพที่มั่นคง หากปัจเจกชนไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งนี้ได้ด้วยดีก็ก่อให้เกิดพัฒนาการและบุคลิกภาพที่เป็นปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง มากน้อยตามความรุนแรงของข้อขัดแย้งที่แก้ไขไม่ได้ ข้อขัดแย้งทางสังคม-จิตใจมีลักษณะเป็นคู่ๆ ทั้ง 8 ขั้นตอน ตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ลักษณะขัดแย้งที่เป็นคู่ๆนี้จะต้องพัฒนาให้พึงมีพึงเป็น ในโครงสร้างบุคลิกภาพอย่าง สมดุลกัน บุคคลจึงจะมีบุคลิกภาพอย่างมั่นคง คือ มีอีโก้ที่เข้มแข็ง เพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะข้อขัดแย้งทางจิตใจเหล่านี้ จะได้อธิบายแต่ละขั้นตอน โดยในที่นี้จะอธิบายเฉพาะช่วงเด็กปฐมวัย 3 ขั้นตอนเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 1 ความไว้วางใจกับความสงสัยในผู้อื่น (trust vs. mistrust) ระยะนี้เป็นระยะวัยทารกแรกเกิดจนถึง 18 เดือน ความไว้วางใจในผู้อื่นเกิดจากการที่เด็กทารกได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางกายและทางจิตใจ เช่น ได้รับการดู คมู โอบ คลำ สัมผัส อุ้มชู นอน เล่นเสียง มีผู้พูดให้ฟัง มีผู้อยู่ใกล้ๆ เปลี่ยนผ้าให้เมื่อสกปรก กล่อมให้นอนเมื่อร้องวุ่นๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้ทารกได้รับความสุขสบายและผาสุกใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าโลกนี้น่าอยู่ เมื่อมีทุกข์ร้อนก็มีผู้ซัดบดเป่าให้

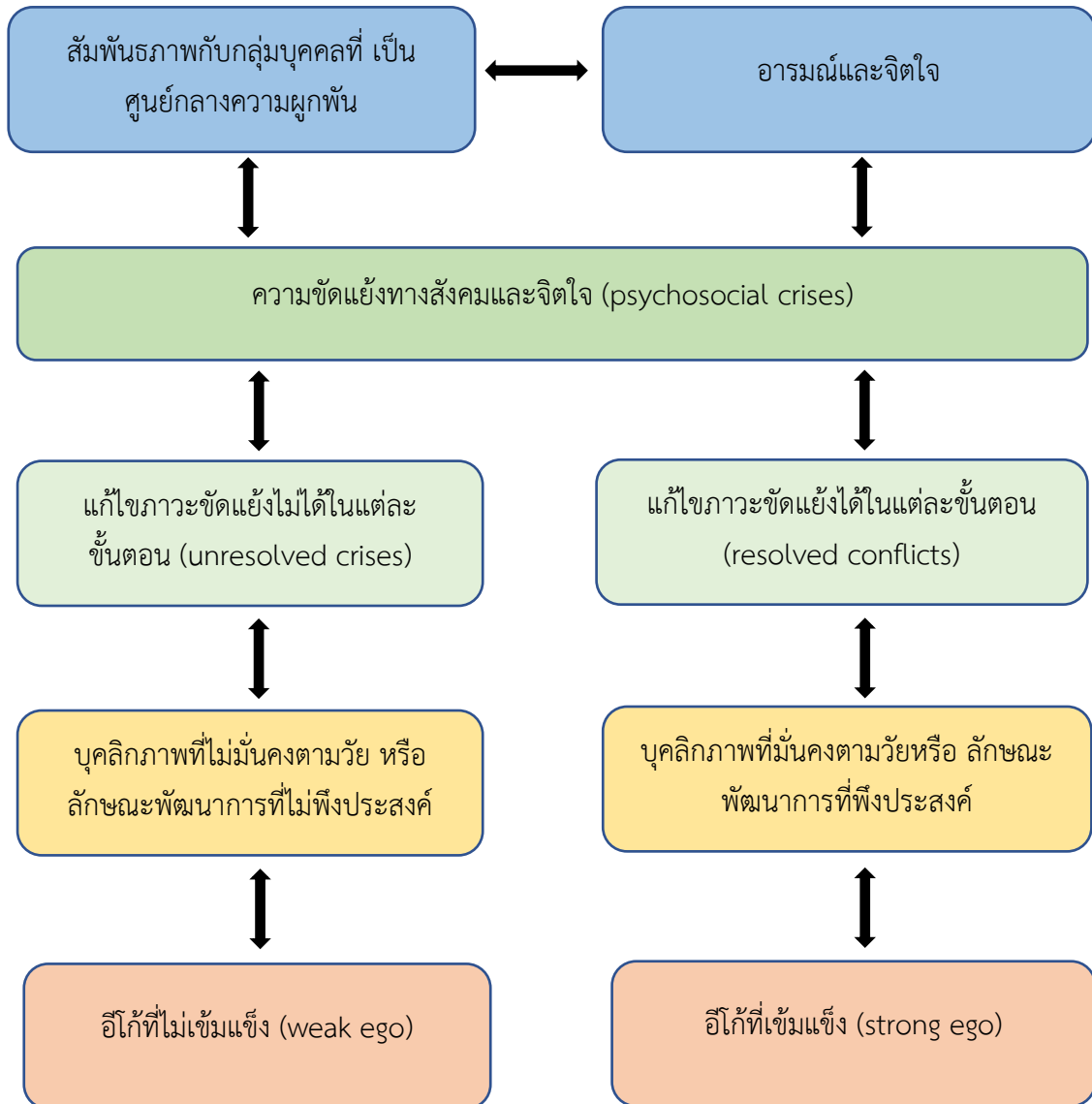
ความรู้สึกนี้ก่อให้เกิดความไว้วางใจในบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และขยายวงไปสู่ความไว้วางใจในตนเองและไว้วางใจผู้อื่น อย่างไรก็ตาม ทารกที่ได้รับการสนองความต้องการทางกายภาพ อารมณ์จนรู้สึกสบายตลอดเวลา และล้นเหลือนั้น จะกลายเป็นคน “เชื่อถือไว้วางใจคนง่ายเกินไป” ส่วนทารกที่มักไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการทางกายภาพจนเข้าขั้น “ขาดแคลน” นั้นก็มักจะเป็นคนระแวงง่าย ดังนั้นพัฒนาการควร มีความสมดุลระหว่างความเชื่อถือไว้วางใจในน้ำใจบุคคลอื่น กับความระแวงสงสัยในน้ำใจผู้อื่น ความพอดีของคุณสมบัติ 2 ประการนี้ ทำให้ทารกพัฒนาความรู้สึกว่า “โลกนี้มีที่หวังและมีความหวัง” ความรู้สึกเช่นนี้เป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าของมนุษย์ที่ต้องพัฒนาให้มีให้เป็น เพราะเป็นพลังผลักดันให้ มนุษย์ต้องสู้อุปสรรคต่างๆ ซึ่งต้องเกิดขึ้น กระแสชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตายอย่าง หลีกเลียงไม่พ้น

ขั้นตอนที่ 2 ความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (autonomy vs. Shame and doubt) ขั้นนี้เป็นระยะอยู่ในวัยทารกตอนปลาย (18 เดือน–3 ปี) ทารกเริ่มรู้จักควบคุมตนเองในการใช้กล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส มีความกระหายใคร่รู้จักสิ่งแวดล้อมรอบตัว และพากเพียรที่จะเป็นตัวของตัวเองทำอะไรด้วยตนเอง (autonomy) ทารกจึงซุกซนอยู่ไม่สุข ขณะเดียวกันผู้เลี้ยงดูทารกมักควบคุมกิจกรรมของทารกด้วยเกรงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทารก ทารกที่ผู้เลี้ยงดูปล่อยให้เขาทำอะไรดังใจปรารถนา โดยไม่เกินไปเลยเกินไป จะพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง แต่ถ้าทารกถูกควบคุมมากเกินไปก็เกิดความรู้สึกละอายใจและไม่แน่ใจในตนเอง ความรู้สึกทั้งสองประการ (ละอายใจและไม่แน่ใจ) ถ้ามีมากจะทำให้ทารกผู้นั้นพัฒนาบุคลิกภาพที่ชอบทำอะไรแอบๆ ซ่อนๆ ปิดบัง จะกลายเป็นผู้ใหญ่ ที่ชอบทำอะไรลับๆ ไม่เปิดเผย ชอบพูดปิด แต่ทารกที่ ความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไปก็อาจเกิดนิสัยเป็นคนเข้าคนยก ไม่ยอมเคารพกฎระเบียบของสังคม ชอบทำอะไรแผลงๆ ต่อต้านสังคม ความพอดีระหว่างความเป็นตัวของตัวเองตามความเหมาะสม จะมีความตั้งใจมั่นในการกระทำกิจต่างๆ และรู้จักตัดสินใจด้วยตนเองว่าอะไรถูกอะไรผิด อะไรดีอะไรชั่ว อะไรเหมาะอะไรควร เหล่านี้เป็นคุณสมบัติที่พึงปรารถนาในโครงสร้างบุคลิกภาพอันมั่นคง

ขั้นตอนที่ 3 ความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด (initiative vs. guilt) เป็นระยะวัยเด็กตอนต้น เด็กมีความสามารถทางกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสพึ่งตนเองได้ดีในการเคลื่อนไหว หยิบฉวย เดิน เริ่มพูดภาษาสื่อความได้ และเข้าใจภาษาพูดซึ่งเป็นภาษาแม่ด้วยดี สมรรถภาพทางกายและจิตใจเริ่มทำงานร่วมประสานกัน ชีวิตประจำวันของเด็กเป็นไปอย่างมีความมุ่งหมายและตัดสินใจเด็ดเดี่ยวมั่นคง กว่าเดิม เด็กอยากเรียนรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว รู้จักใช้ความคิดฝัน และมีความคิดสร้างสรรค์ (เด็กวัยนี้จึงชอบ ทำอะไรแผลงๆ แปลกๆ ตี้อารมณ์ หรือประเภทยิงว่ายิงยุ) เป็นช่วงเวลาที่เด็กซุกซนมาก ชอบการเล่นที่ เป็นเกมต่างๆ และชอบของเล่นทุกชนิด เด็กที่ถูกสกัดกั้นความคิดฝัน หรือห้ามไม่ให้สำรวจตรวจสอบตรา สิ่งต่างๆ หรือห้ามไม่ให้เล่น ไม่ให้ทำอะไรๆ มากเกินไป (เช่น เด็กที่บิดาและมารดาทะนุถนอมเกินไป เด็กที่ต้องอยู่ในกรอบระเบียบกฎเกณฑ์เกินไป เด็กถูกทำโทษมากเกินไปถูกห้ามด้วยคำสั่งห้าม “อย่าทำ” “อย่าเล่น” “อย่ายุ่ง” ฯลฯ มากเกินไป จะเกิดความรู้สึกผิดและกลัวการถูกลงโทษ จนอาจพัฒนาบุคลิกภาพแบบ “รู้สึกผิด” (guilt personality) หรือเป็นคนชอบหลีกเลี่ยงความจริงโดยใช้ความ คิดฝัน หรืออาจชอบแสดงความก้าวร้าวอวดดีเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนปรารถนาความพอดีระหว่างความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิดจะทำให้เด็กพัฒนาคุณสมบัติเป็นคนชอบสร้างสรรค์ รู้จักคิดหาวิธีแก้ไขปรับปรุงกิจการต่างๆ ที่ต้องกระทำและเป็นคนที่กล้าเผชิญความเป็นจริงของตนเองและของชีวิต (Erikson, E.H. ,1950.)

เอริก แอริกสัน เน้นกระบวนการทางจิตสังคมว่าเป็นจุดกระตุ้นหล่อหลอมบุคลิกภาพนี้เอง เขาจึง ให้ชื่อทฤษฎีของเขาว่า Psychosocial Developmental Stage (Erikson,E.H.,1950.)

แผนภูมิแสดงความขัดแย้งทางสังคม-จิตใจที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง หรืออ่อนแอ หรือพัฒนาการที่พึงประสงค์-ไม่พึงประสงค์ตามแนวคิดของเอริกสัน



สรุปทฤษฎี Psychosocial developmental stage ของ แอริคสัน (เก็บความจาก Erikson 1950; Hoffman et al. 1988 ; Lefrancois 1993)

ลำดับ ขั้นตอน	อายุ โดยประมาณ	กลุ่มบุคคลที่เป็น ศูนย์กลางความผูกพัน	ลักษณะความขัดแย้ง ทางจิตสังคม (Psychosocial crisis)	ลักษณะพัฒนาการ บุคลิกภาพที่พึง ประสงค์ (strong ego)	ลักษณะพัฒนาการ บุคลิกภาพที่ไม่พึง ประสงค์ (weak ego)	สิ่งที่มีอิทธิพลต่อ การพัฒนาการทาง บวกหรือ/และลบ	ลักษณะเด่นของ พัฒนาการ ประจำขั้น
1	0 -18 เดือน	พ่อแม่หรือผู้รับหน้าที่ แทน	ความไว้วางใจขัดแย้งกับ ความสงสัยในใจผู้อื่น (trust vs mistrust)	มีพลังกำลังและมี ความหวัง - รู้จักอดทนเมื่อ ต้องรอคอย	- ขี้สงสัย - หนีสังคม - ไม่ไว้วางใจใครเลย	- แม่ ความรัก ความ อบอุ่น มิตรไมตรี	- เป็นฝ่ายต้อนรับ - รู้จักให้ตอบแทน - พัฒนาการไว้วางใจกับโลก รอบ ๆ ตัวเขา - สำรวจโลก
2	18 เดือน- 3ปี	- พ่อแม่หรือผู้รับ หน้าที่แทน	ความเป็นอิสระตั้งใจแย้งกับ ความ ละอายใจและไม่ แน่ใจ (autonomy vs shame and doubt	- รู้จักควบคุม ตนเองและมี ความ ตั้งใจมั่น	- ย้ำคิดย้ำทำ - ลีกลับ - ต่อต้านสังคม	- พ่อแม่ที่ สนับสนุน ลูก - การเลียนแบบ	คือดึงหรือยอม ให้ เป็นไป - พัฒนาความรู้สึก ว่าตนสามารถ ควบคุมพฤติกรรม - พัฒนาความรู้สึก ว่าถ้าตนมีความ ตั้งใจจะทำอะไรก็ จะแสดงออกตาม เจตนา

ลำดับ ขั้นตอน	อายุ โดยประมาณ	กลุ่มบุคคลที่เป็น ศูนย์กลางความผูกพัน	ลักษณะความขัดแย้ง ทางจิตสังคม (Psychosocial crisis)	ลักษณะพัฒนาการ บุคลิกภาพที่พึง ประสงค์ (strong ego)	ลักษณะพัฒนาการ บุคลิกภาพที่ไม่พึง ประสงค์ (weak ego)	สิ่งที่มีอิทธิพลต่อ การพัฒนาการทาง บวกหรือ/และลบ	ลักษณะเด่นของ พัฒนาการ ประจำชั้น
3	0 -18 เดือน	สมาชิกใน ครอบครัว	ความคิดริเริ่มแย่ง กับ ความรู้สึกผิด (initiative vs guilt)	- ทำอะไรๆ อย่าง มีจุดหมาย มุ่ง ความสำเร็จ - มีแนวทางที่จะทำ	- ระมัดระวังตัวเกินไป - รู้สึกผิดมากเกินไป	- พ่อแม่ที่ สนับสนุน ลูก - การหาอัตลักษณ์ แห่งตน - พัฒนาอัตลักษณ์ แห่งตนกับตัวแบบ ที่ รู้จัก (เช่น พ่อ แม่) - เริ่มรู้จักรับผิดชอบ ต่อการกระทำ ผิด ตนเอง	- ทำโดยเลียน แบบ - ลองทำแบบลอง ผิดลองถูกโดยไม่ มีตัวแบบ - พัฒนาอัตลักษณ์ แห่งตนกับตัวแบบ ที่รู้จัก (เช่น พ่อ แม่) - เริ่มรู้จักรับผิดชอบ ต่อการ กระทำ ของ ตนเอง

5. งานวิจัยภายในและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์พัฒนาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

5.1 สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย

การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิใน ครรภ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผล มาจากวุฒิภาวะ การเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่ กำหนดไว้และจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว (Bee H., 1995.) พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็ก ที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาท ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดาและในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด (นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2551.) จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ (นิตยา คชภักดี ,อรพินท์ เลิศอวัศดาตระกูล, 2556.) การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อย กว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปาน กลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว (ธัญพร เมฆรุ่งจรัส,อดิสรุสุตา เฟื่องฟู, 2561.) สำหรับประเทศไทย มีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II จำนวน 5 ครั้ง เริ่มจากปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553 และ2557 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 28.30, 28.00, 32.33, 29.71, และ 27.20 ตามลำดับ (จินตนา พัฒนพงศ์ธรร,2558.) สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.10 (วิชัย เอกพลกร.,2554.)

5.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก พบปัจจัย 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก

1.) ด้านชีวภาพ (Biological risk factor) ประกอบด้วย สุขภาพและภาวะโภชนาการของมารดา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอด สุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็ก

ระยะก่อนตั้งครรภ์ สุขภาพของมารดาจะมีความสำคัญยิ่ง หากมารดามีโรคประจำตัว อาทิเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะส่งผลต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะน้ำหนักร่างกายเด็กมากกว่าปกติ และการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นต้น ส่วนการติดเชื้อใน ช่วงปริกำเนิด ได้แก่ เอชไอวี หัดเยอรมัน เชื้อสุกใส Cytomegalovirus (CMV) Toxoplasmosis จะ ทำให้เกิดผลเสียต่อสมองและเกิดความพิการภาวะโรค ดังนั้นเพื่อให้สภาพแวดล้อมของทารกในครรภ์ เจริญเติบโตมากที่สุด ลดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Small for gestational age; SGA) และภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด การเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ ที่ดีจะส่งผลดีต่อการคลอด เช่น การควบคุมเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ การรักษาโรคมาลาเรีย การหยุดสูบบุหรี่ก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งจะลดการเสียชีวิตของทารกในครรภ์และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะตั้งครรภ์ (นิตยา คชภักดี,อรพินท์ เลิศอวัศดาตระกูล. ,2556.)

ระยะตั้งครรภ์ การดูแลภาวะโภชนาการของมารดาช่วงตั้งครรภ์ที่ดีย่อมส่งผลที่ดีต่อทารกในครรภ์ กรมอนามัยจึงได้มีนโยบายจ่ายยาเม็ดเสริมโพลีค ไอโอดีน ธาตุเหล็ก ให้แก่มารดาช่วงตั้งครรภ์ทุกคน การเสริมโพลีคจะเป็นการป้องกันการสร้างระบบประสาทที่ไม่สมบูรณ์ (Neural tube defect) การเสริมไอโอดีนเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาสมอง และมีผลกระทบต่อระบบประสาท ถ้าขาดสารไอโอดีนจะทำให้สติปัญญาลดลง ก่อให้เกิดภาวะสมองพิการ หูหนวก (Rajatanavin R., Chailurkit L., Winichakoon P., Mahachoklertwattana P., Soranasataporin S., Wacharasin R., 1997.) จากการรายงานผลการวิจัย (Meta-analysis) ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่ขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาดำกว่าเด็กที่ไม่ขาดสารไอโอดีน 6.9 - 10.2 จุด (Karim Bougma, Frances E. Aboud, Kimberly B. Harding, Grace S. Marquis., 2013.) และการขาดสารไอโอดีนทำให้ระดับเขาวนปัญญาของเด็กและวัยรุ่นลดลงโดยเฉลี่ยประมาณ 13.5 จุด (Gian M., Hang D., Wathins WE., 2005.) การเสริมธาตุเหล็กจะช่วย การคลอดที่ปลอดภัย ลดอัตราการ ตายของมารดา (อภัยพร เมฆรุ่งจรัส, อติศรีสุตา เฟื่องฟู, 2561.) นอกจากนี้การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพ มารดาและเด็กในครรภ์ โดยพบความชุกของ เด็กทารกที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในแม่ตั้งครรภ์ร้อยละ 1.00 (Andrew Dickerson, Gurleen Popli., 2012.)

ระยะหลังคลอด สุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็กจะเป็นปัจจัยที่สำคัญ การศึกษาในเด็กอายุ 3 - < 6 ปี ในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย คือ จังหวัดแพร่ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสระบุรี และจังหวัด กรุงเทพมหานคร เมื่อทดสอบด้วยเครื่องมือ Denver II พบเด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าวัย ร้อยละ 46.70 โดยพบว่า มีเด็กร้อยละ 11.50 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเด็กร้อยละ 20.70 มีการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ก่อนการสำรวจ (ศิริกุล อิศรานุกรักษ์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ดวงพร แก้วศิริ., 2544.)

อาหารและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย จากมติการประชุมสมัชชาองค์กรอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 54 พ.ศ. 2546 กำหนดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Exclusive Breast Feeding) เป็นเวลา 6 เดือนและให้อาหารเสริมร่วมกับนมแม่ต่อไปจนเข้าขวบปีที่ 2 โดยรายงานสรุป ของ WHO ในปีพ.ศ. 2556 พบว่า การกินนมแม่ส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก 2.19 - 3.45 จุด (Bernardo L. Horta, Cesar G. Victora., 2013.) นั้นแสดงว่าการกินนมแม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ทางด้านบวกกับเด็ก (นันทา อ่วมกุล., 2552.) จากการศึกษาระยะยาวพบว่า เด็กที่กินนมแม่เป็นหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจะส่งผลดีต่อความสามารถทางสติ ปัญญา พัฒนาการ ความสามารถด้านการศึกษา และสุขภาพจิต (Wendy H. Oddy, Jianghong Li, Monique Robinson, Andrew J. O. Whitehouse., 2012.) ส่วนภาวะ โภชนาการของเด็กจาก การศึกษาวิจัย พบว่าเด็กที่มีภาวะเตี้ย แคระแกร็น ขาดสารอาหารและการขาด ธาตุเหล็กส่งผลต่อพัฒนาการเด็กภาวะซีดมากจากการขาดธาตุเหล็กถึงแม้ได้รับการรักษา แต่ก็ไม่สามารถช่วยให้ ความ สามารถทางสติปัญญากลับมาดีได้ดังเดิม (กลุ่มวิจัยอาหารเพื่อโภชนาการ., 2554.)

2.) ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย อายุ อาชีพและการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและสุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดู

อายุช่วงตั้งของมารดา พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่เคยมีบุตรมีความเสี่ยงต่อการคลอดเด็กน้ำหนักตัวน้อย (Machintosh NJ., 1995.) และระดับการศึกษาของมารดา จะมีผลมากกว่าระดับ การศึกษาของพ่อ^(20,21,22) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว

จากการศึกษา ในประเทศแอฟริกา (Jaipaul Roopnarine L.J., Fouts N. H., Lamb and E. M., and Lewis-Elligan Y. T., 2005.) เรื่องพฤติกรรมของมารดาและบิดา ที่มีต่อเด็กอายุ 3 - 4 เดือนและเด็กทารก ในครอบครัวแอฟริกัน อเมริกันที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และระดับ สูง (Mothers's and Fathers' Behaviors Toward Their 3 to 4 Month Old Infants in Lower, Middle, and Upper Socioeconomic African American Families) การศึกษานี้ ศึกษากลุ่มพ่อ แม่ชาวแอฟริกัน อเมริกัน ผู้ดูแลเด็กและกลุ่มในสังคมที่ดูแลเด็กรอบๆบ้าน กลุ่มครอบครัวที่มีฐานะ ทางเศรษฐกิจและสังคม ที่อยู่ระดับต่ำ จำนวน 20 คน ระดับปานกลาง และสูง จำนวนกลุ่มละ 21 คน โดยครอบครัวเหล่านี้ มีลูกช่วงอายุ 3 - 4 เดือนและวัยทารก โดยใช้วิธีการสังเกต เป็นเครื่องมือในการ ศึกษา โดยเริ่มสังเกตตั้งแต่ 8.00 - 20.00 น. ในช่วงวันทำการเป็นเวลา 4 วัน และใช้เวลาสังเกตเป็น บล็อกๆ ละ 3 ชั่วโมงต่อวัน โดยทำ การสังเกตใน 6 ด้าน คือ การเผชิญหน้า การปรับตัวซึ่งกันและกัน การดูแล การให้อาหาร การอุ้ม และ การใกล้ชิดกัน ในสถานที่ต่างๆ เช่น ห้องทดลอง เตียงเด็ก โซฟา สถานที่เล่นของเด็ก ห้องครัว ห้องนั่งเล่น สนามเด็กเล่น การคัดเลือกกลุ่มประชากรศึกษา ใช้วิธีการ ประกาศทางหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น จากสถานบริการ สุขภาพในท้องถิ่น หน่วยงานในชุมชน โบสถ์ และการบอกปากต่อปาก ซึ่งครอบครัวที่เข้าร่วม โครงการต้อง จ่ายเงินจำนวน 60 เหรียญสหรัฐ ผลการศึกษา พบว่า แม่จะมีเวลาสะดวกที่จะดูแลลูกได้มากกว่า พ่อ ทั้ง นี้ขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของ ครอบครัว แม่เลี้ยงดูทารกได้มากกว่าพ่อ ในขณะที่พ่อก็ การพูด และแสดงออกถึงความรักต่อลูกได้ มากกว่าแม่ ซึ่งแม่และพ่อก็มีปฏิสัมพันธ์กับลูกที่เป็นทารกเพศชาย และเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ครอบครัว จากสังคมชั้นสูง พ่อที่มีลูกสาวจะมีเวลาเลี้ยงดูลูกมากกว่าที่มีลูกชาย ทั้งพ่อและแม่ ในครอบครัวที่มี ฐานะทางสังคมในทุกระดับแสดงความรัก และวิธีการเลี้ยงดูแบบนุ่มนวล ต่างกันอย่างไรก็ตามผลการ ศึกษาแสดงให้เห็นว่า พ่อมีบทบาทในการเลี้ยงดูลูกอยู่ในระดับที่สูงกว่า บรรทัดฐานของชาวแอฟริกัน อเมริกันมีการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และความมั่นคงในหน้าที่ การงานของครอบครัว มีผลต่อการเลี้ยงดู เอาใจใส่ของครอบครัว และนอกจากนี้ก็มีหลายการศึกษายืนยันว่า แม่มีบทบาทในการ ดูแลลูกมากกว่าพ่อ ความพร้อมของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก โดยการให้ความรัก ความอบอุ่น อย่างพอเพียง จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม มีการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ใหม่ ได้ดี (Chen X,Lice M, Li D.,2000.) และครอบครัวที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและ สังคมดี มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่พอเพียงจะมีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัว ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ภาวะเด็กน้ำหนักตัวน้อยและภาวะเตี้ยในกลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ประเทศเนปาล พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาของมารดาและความเป็นอยู่ของครอบครัวที่ต่ำกว่าเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักตัวน้อยและภาวะเตี้ย อีกทั้งการศึกษาของมารดา รายได้ครอบครัว ภาวะวิกฤตในครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 6 ปี โดยเด็กที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีรายได้พอเพียง ไม่เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว ในรอบปีที่ผ่านมา และมีการอบรมเลี้ยงดูที่ดี มีสัดส่วนของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่าเด็กที่ลักษณะ ตรงกันข้าม (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ดวงพร แก้วศิริ.,2544.) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการพัฒนาการของเด็กอายุ 1 - 6 ปี พบว่า ระดับ การศึกษาของพ่อและการมีสิ่งแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก (Isaranurug S, Nanthamongkolchai K, Kaewsiri D.,2005.)

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กในสังคมไทย ผลจากการทบทวนพบว่าการอบรมเลี้ยงดูเน้นในการให้ความรัก ความอบอุ่น ยอมรับความคิดเห็นของเด็ก ใช้เหตุผลในการอบรมสั่งสอน มีความสม่ำเสมอ ในบทบาทของการให้รางวัลและการลงโทษ จะมีผลเชิงบวกต่อพัฒนาการเด็ก และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูมีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 6 ปี โดยเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบผสม มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยเป็น 1.90 เท่าของเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ที่เน้นการให้ความรัก ความอบอุ่น การมีเหตุผล รวมถึงการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับเด็ก สอดรับกับปัจจัยการศึกษาของแม่และการจัดประสบการณ์การอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีการจัดประสบการณ์การอบรมเลี้ยงดูที่ดีและแม่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการสูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่จัดประสบการณ์การอบรมเลี้ยงดูไม่ดีและแม่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็น 2.50 เท่า และ 2.20 เท่า ผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็ก กลุ่มเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่คือแม่ โดยมี ปู่ ย่า ตา ยาย คอยช่วยเหลือในตอนกลางวัน พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กมีความมุ่งหวังให้เด็กเป็นคนดีมีการศึกษาสูง เพื่อจะได้มีอนาคตที่ดี สามารถรับผิดชอบตนเองได้ เด็ก 3 - 6 ปี มากกว่าร้อยละ 90.00 ได้รับ การเตรียมความพร้อมในด้านการเรียน โดยส่งเข้าศูนย์เด็กเล็ก ครอบครัวมีการใช้เพลงพื้นบ้านหรือ นิทานในการกล่อมเด็กน้อย ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้แก่ การศึกษาของ แม่ ผู้ใช้เวลาในการเลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่ และรายได้ของครอบครัว โดยแม่ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับ ประถมศึกษา และเป็นผู้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงมีรายได้ครอบครัวที่ดี จะมีโอกาส ทำให้เด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี (จินตนา พัฒนพงศ์ธร,2558.)

การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว มีความสำคัญในการเสริมสร้างการเรียนรู้และเป็นแบบอย่างให้กับ เด็ก หากครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ การเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัญหาพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มาจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม (รัตโนทัย พลบูรณ์, 2552.) ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง แม้ว่าเด็ก 1 - 3 ปี ส่วนใหญ่ยังถูกเลี้ยงดูโดยแม่ แต่พบว่าเด็กในจังหวัดกรุงเทพมหานครถูกนำไปฝากเลี้ยง ในเวลากลางวัน เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงาน นอกบ้าน และพบว่าเด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ได้รับการดูแลจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนถึงร้อยละ 53.30 ในขณะที่กิจกรรมที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูปฏิบัติร่วมกับเด็ก เช่น การอ่านหนังสือจะส่งผล บวกด้านสติปัญญามากกว่า 6 จุด แต่การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่น เกม เล่นอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่งผลต่อการเรียน การนอน และการกินของเด็ก สถาบัน American Academy of Pediatrics (Serhiy Kobaykov.,2013) มีคำแนะนำไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์หรือใช้อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ และสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจาก สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการ โดยปัจจัยหนึ่งคือการปล่อยให้เด็ก ดูโทรทัศน์ตาม ลำพัง กรมอนามัย จึงมีนโยบายส่งเสริมให้พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กใช้กระบวนการ กิน กอด เล่า เล่น ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (จินตนา พัฒนพงศ์ธร,2558.)

สุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก การศึกษาความสัมพันธ์ความเครียดของการเลี้ยงดูเด็กและพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กกับพัฒนาการด้านภาษาระหว่างเด็กก่อนวัยเรียนที่มีฐานะด้อยทางเศรษฐกิจ (Noel M.,Peterson C., Jesso B. , 2008.) (The relationship of parenting stress and child temperament to

language development among economically disadvantaged preschoolers) เพื่อทดสอบว่าอารมณ์ของเด็ก และความเครียดของพ่อแม่ในกลุ่มครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแย่ฐานะยากจน มีลูกอายุเฉลี่ย 4 ปี กลุ่มตัวอย่าง ผู้ชาย 33 คน ผู้หญิง 25 คน มีเชื้อสาย Caucasian ผลการศึกษา พบดังนี้

- พฤติกรรมความรุนแรงด้านอารมณ์ของเด็ก มีผลมาจากความเครียดของพ่อแม่
- พฤติกรรมความรุนแรงสูงด้านอารมณ์ของเด็ก มีผลต่อการรับรู้คำศัพท์ที่แย่ง ความสามารถในการเล่าเรื่องสั้นลงและมีความหมายความชัดเจนน้อยลง
- สำหรับเด็กที่เข้ากับสังคมง่ายมีแนวโน้มที่เล่าเรื่องราวได้ยาวขึ้น และมีความต่อเนื่องของเรื่องราวที่ดี
- สำหรับเด็กที่มีความกระตือรือร้นสูง มีแนวโน้มในการสร้างความชัดเจนของเรื่องราวดี
- ความเครียดของพ่อแม่ มีผลกระทบโดยตรงต่อการเรียนคำศัพท์ ยกตัวอย่างเช่น แม่ที่มีความเครียดสูงมีลูกที่เรียนรู้คำศัพท์ได้แย่
- ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของพ่อแม่กับความสามารถในการเล่าเรื่องของเด็ก

กรณีศึกษาในเมืองคิยาฮา เป็นการประเมินแบบเร่งด่วนของการเลี้ยงดูเด็กที่น่าจะมีผลต่ออารมณ์ จิตสังคม และการพัฒนาจิต (A Rapid assessment of child rearing practices likely to affect child's emotional, psychosocial and psychomotor development) วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ

- 1.) ระบุและจัดทำเอกสารเกมในท้องถิ่น อุปกรณ์การเล่น เพลง และนิทานสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี
- 2.) ค้นหาความรู้ของผู้ปกครองด้านพัฒนาการเด็ก
- 3.) ศึกษาทัศนคติและการเล่นกับเด็ก
- 4.) ประเมิน วินัยการปฏิบัติของผู้ปกครอง

กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาคือครอบครัวในชนบทที่มีเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี สำหรับกิจกรรมการ ดำเนินการศึกษาคือการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารที่มีอยู่และศึกษา การกระตุ้นพัฒนาการและการเล่น ของเด็กในประเทศแทนซาเนีย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้รู้และทำการ สทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้ปกครอง สรุปผล การศึกษาพบว่า วิธีการเลี้ยงลูกไม่ได้มีการเตรียมสิ่ง แวดล้อมที่จะเอื้อต่อพัฒนาการเด็ก มีหลายปัจจัยที่มีผล ต่อการเลี้ยงดูเด็ก เช่น การปฏิบัติทางวัฒนธรรม สังคม รูปแบบทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ด้านเพศ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ปกครองวางเฉยต่อ แนวคิดเรื่องพัฒนาการเด็ก แม่ไม่ได้ตระหนักถึงเป้าหมายและปัจจัยที่ สำคัญที่จะสนับสนุนพัฒนาการ เด็ก และจากเหตุผลดังกล่าวนี้แม่ไม่เคยวัดพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตของ เด็กและไม่ได้ตระหนัก ถึงหลักการพื้นฐานในการพัฒนาการเด็ก ส่วนเรื่องของการเล่น พบว่า เด็ก ๆ เหล่านี้ถูก ปฏิเสธที่จะให้ มีพัฒนาการผ่านการเล่น การแนะนำบริษัทที่ผลิตของเล่นมีผลทำให้ของเล่นที่เป็นของดั้งเดิม หายไป และผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญกับการทำของเล่นแบบพื้นบ้านเองเพื่อให้เด็ก ๆ ได้เล่น เด็ก ๆ ส่วน ใหญ่ในพื้นที่ศึกษานี้จะเป็นเด็กยากจนในชนบท ซึ่งพ่อแม่ยากจน และขาดแคลนทรัพยากรเพื่อ สนองความ ต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในหลายๆ ครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับของเล่น มองว่าของ เล่นเป็นของ ฟุ่มเฟือยและในเด็กที่พิการก็ไม่มีของเล่นทั้ง ๆ ที่ของเล่นก็เป็นอุปกรณ์ประเภทหนึ่งที่ช่วย ในด้านการฟื้นฟู

3.) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ที่เป็นสิ่งเร้าต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สถานเลี้ยงดูเด็กและผู้เลี้ยงดูเด็กในเวลากลางวัน และการศึกษาของพ่อหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก การเลือกรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพของแม่ช่วงตั้งครรภ์ ระยะคลอดและช่วงการเลี้ยงดูเด็ก จะส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และเด็กปฐมวัย กรมอนามัยได้นำแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกและแนวทาง การจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ มาใช้ในการให้บริการ ณ คลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพ เด็กดีในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ จากการประเมินผลโครงการฯ พบว่าภาพรวมความครบถ้วน ของบริการทุกอย่างที่พึงได้รับของหญิงตั้งครรภ์ตามอายุครรภ์พบว่า มีเพียงร้อยละ 16.70 เท่านั้น ที่ได้รับบริการครบถ้วน ส่วนความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ พบว่า เด็กร้อยละ 11.00 เท่านั้นที่ได้รับบริการครบถ้วนทุกรายการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริการคลินิกสุขภาพ เด็กดียังบริการไม่ได้คุณภาพ และจะส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์ของแม่ เกิดภาวะทารกมีน้ำหนักตัวน้อย การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ความเสี่ยงดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่ม ที่คลอดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักแรกคลอดน้อย

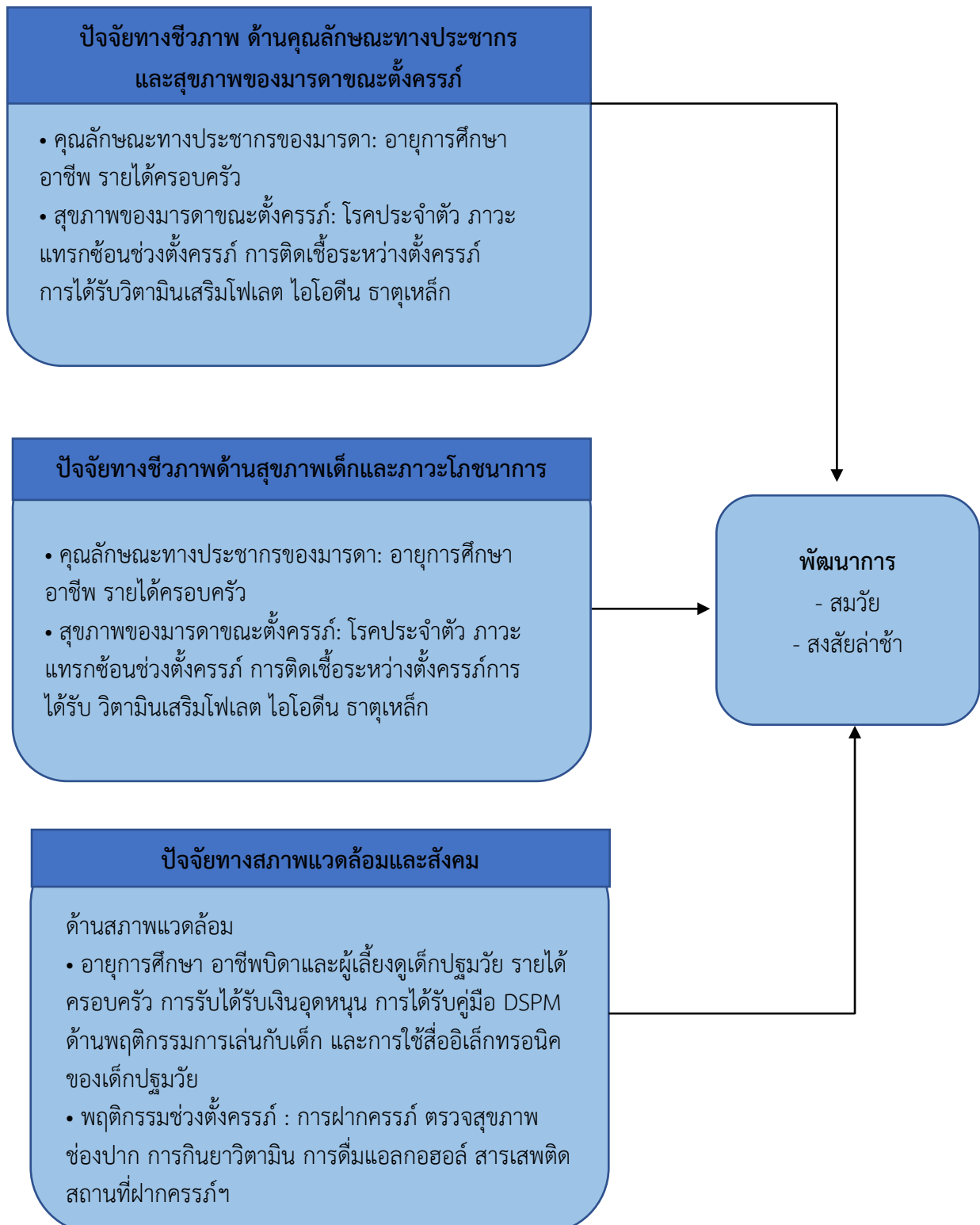
สถานเลี้ยงดูเด็กและผู้เลี้ยงดูเด็กในเวลากลางวัน การศึกษาโครงการ Sure Start ประเทศอังกฤษ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาสายใยความผูกพันที่คงทนในครั้งที่ 2 ระหว่างเด็กทารกและวัยเตาะแตะกับผู้ดูแลเด็กในสถานดูแลเด็กกลางวันที่ไม่ใช่ผู้ปกครอง ซึ่งอยู่กับเด็กตลอดเวลาสามารถหลีกเลี่ยงความเครียดและวิตกกังวล (Babies and toddlers in non-parental daycare can avoid stress and anxiety if they develop a lasting secondary attachment bond with one carer who is consistently accessible to them) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ที่เด็กจะไม่สร้างความ สัมพันธ์และความใกล้ชิดระหว่างวันที่พ่อแม่ไม่ได้ดูแลและกระบวนการปกป้องด้านจิตวิทยา ซึ่งเกิดขึ้นในขณะ การตอบสนอง การสร้างความสัมพันธ์ให้ดำรงอยู่ตลอดวัน ศึกษาในเด็กอายุ 36 เดือน วิธีการ ศึกษาโดยศึกษา จากเอกสารของโครงการและการสังเกตการณ์ ผลการศึกษาพบว่า

- การขาดการให้ความสัมพันธ์และอยู่ติดใกล้กับเด็กเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อ
- การพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์แก่เด็กในอนาคต ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้ในเวลาที่ศึกษา
- การสร้างความสัมพันธ์ของ Day care ที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้พ่อแม่เกิดความสมดุลระหว่างเรื่องงานและเรื่องครอบครัว โดยที่ไม่ทำให้การพัฒนาอารมณ์และจิตใจตกอยู่ในความเสี่ยง
- พ่อแม่กังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของลูก เพราะฉะนั้นสิ่งที่พ่อแม่สนใจสำหรับสถานที่เลี้ยงเด็ก คือความปลอดภัย คุณภาพของพนักงาน และวิธีการเลี้ยงดู
- สถานที่รับเลี้ยงเด็กส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การเลี้ยงดูเด็กที่ต่อเนื่องเพียงพอ
- การที่เด็กไม่ได้รับถึงความสัมพันธ์ระหว่างที่ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่จะส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดและ Cortisol ที่สูงขึ้น
- เด็กจำนวนมากได้รับความเสี่ยงจากความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคงที่บ้านและได้รับความเสี่ยงจากการไม่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยพ่อแม่ในระหว่างวันและไม่ได้รับความสัมพันธ์รองที่ดีพอ (จินตนา พัฒนพงศ์ธร , 2560.)

สรุปจากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 3 ด้านชีวภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก โดยผ่านกระบวนการอบรมเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ถูกต้องเหมาะสม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการมนุษย์ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา ทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) การศึกษา ณ จุดเวลา (ภาคตัดขวาง : Cross-Sectional Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็ก ปฐมวัยและเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ 2. ศึกษาพฤติกรรม ของมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว 3. ศึกษาปัจจัย คัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย การประเมินพัฒนาการใช้แบบ ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II (ฉบับภาษาไทย) ในเด็กอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บและรวบรวมข้อมูล
4. วิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บิดา หรือ มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.1 บิดา หรือ มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

2.2 เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

- มีสัญชาติไทย
- ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
- เด็กที่ไม่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก
- ยินยอมและให้ความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการจนเสร็จสมบูรณ์
- มีประวัติในสมุดบันทึกสุขภาพพ่อแม่ และเด็ก
- ได้รับการยินยอมจาก พ่อ แม่หรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูลและประเมินพัฒนาการ

การคำนวณขนาดและการสุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ด้วยความเชื่อมั่น 95% และความผิดพลาดสูงสุดในการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของสัณยพัฒนาการล่าช้าไม่เกิน 10% ของความชุกดังกล่าว โดยใช้สูตร (Krejcie & Morgan, 1970) ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) โดยใช้สูตรของ

$$n = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 NP(1-P)}{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P) + (N-1)E^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z = ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (เท่ากับ 1.96)

N = จำนวนเด็กแรกเกิด- 5 ปี 29 วัน (ข้อมูลกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.ปี 2562)

P = สัดส่วนของจำนวนเด็กแรกเกิด- 5 ปี 29 วัน เท่ากับ 0.5

E = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เด็กปฐมวัยและผู้เลี้ยงดูหลัก ในชุมชน หมู่บ้าน, สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย, โรงเรียน, สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ในเขตสุขภาพที่ 6 เก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling) โดยแต่ละชั้น มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือก 2 จังหวัด จากทั้งหมด 8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 6

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือกอำเภอแต่ละจังหวัด เลือกจังหวัดละ 2 อำเภอ

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือกตำบลแต่ละอำเภอ เลือกอำเภอละ 4 ตำบล

ขั้นที่ 4 การเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล สุ่มจำนวนเด็กปฐมวัย 2 กลุ่มอายุ (เด็ก 9 เดือน – 2 ปี 11เดือน 29 วัน และ เด็ก 3 ปี – 5 ปี 11เดือน 29 วัน) จำนวนเท่าๆ กัน โดยสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัด

พื้นที่ของหวัด	เด็กปฐมวัย				รวม
	อำเภอ	ตำบล	เด็ก 9เดือน – 2 ปี 11เดือน 29วัน	เด็ก 3 ปี – 5 ปี 11เดือน 29วัน	
จังหวัดระยอง 352	อำเภอวังจันทร์ 176	วังจันทร์	22	22	44
		ชุมแสง	22	22	44
		ป่ายุบใน	22	22	44
		พงตาเยี่ยม	22	22	44
	อำเภอแกลง 176	ชากโดน	22	22	44
		กระแสน	22	22	44
		คลองปูน	22	22	44
		ห้วยยาง	22	22	44
จังหวัดจันทบุรี 144	อำเภอนายายอาม 72	นายายอาม	9	9	18
		กระแจะ	9	9	18
		ช้างข้าม	9	9	18
		วังใหม่	9	9	18
	อำเภอแหลมสิงห์ 72	เกาะเปริด	9	9	18
		ปากน้ำแหลมสิงห์	9	9	18
		บางสระแก้ว	9	9	18
		บางกะไชย	9	9	18
รวม			248	248	496

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. เด็กปฐมวัยที่มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

2. ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีสัญชาติไทย สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เด็กปฐมวัย ที่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น ความพิการทางสมอง กลุ่มอาการดาวน์ ออทิสติก ไม่มีภาวะภาวะพร่องออกซิเจนขณะแรกเกิด (Birth Asphyxia) และ ไม่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม (Low Birth Weight)
2. เด็กปฐมวัย ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการคัดกรองพัฒนาการ
3. ผู้เลี้ยงดูหลัก ที่พิการทุพลภาพ อัมพฤกษ์/อัมพาต ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ และไม่สามารถสื่อสารได้
4. เด็กปฐมวัย หรือ ผู้เลี้ยงดูหลัก ที่เป็นคนต่างด้าว
5. ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ศึกษาในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เต็มใจ ไม่ยินยอมให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ครบทุกประเด็น ไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ต่อไป และมีความประสงค์จะออกจากโครงการวิจัยในขณะ/หลังการให้ข้อมูล ผู้วิจัยยินดียุติการสัมภาษณ์และจบศึกษาข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว (ที่เด็กอาศัยอยู่) สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- 2) ข้อมูลของแม่ ประกอบด้วย อายุของแม่ขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์เมื่อคลอด การคลอด ขณะตั้งครรภ์มีโรคประจำตัว มีภาวะแทรกซ้อนหรือ มีการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ และการได้รับยาบำรุงครรภ์
- 3) ข้อมูลเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย วัน เดือน ปี เกิด อายุ(นับถึงวันที่สัมภาษณ์) เพศ น้ำหนักแรกคลอด ภาวะออกซิเจนแรกคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องนอนโรงพยาบาลหลังคลอด น้ำหนัก ส่วนสูง (วันที่สัมภาษณ์) โรคประจำตัว การเจ็บป่วยใน 1 ปี ที่ผ่านมา ผล Hct การได้รับอาหารและวิตามินเสริมธาตุเหล็ก การกินนมแม่ จำนวนหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพ สิ่งของเด็กเล่นที่บ้าน การเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การทำกิจกรรมของบุคคลในครอบครัวร่วมกับเด็ก
- 4) พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูหลัก ประกอบด้วย การได้รับคู่มือ DSPM การอ่านคู่มือ DSPM การนำวิธีการส่งเสริมพัฒนาการจากคู่มือ DSPM มาฝึกหรือเล่นกับเด็ก

- 5) ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ประกอบด้วย มีฟันผุ หรือไม่ ถ้ามีฟันผุ ผุแบบมีรูจำนวนกี่ซี่
แบบฟันขาวขุ่นกี่ซี่ ฟันมีคราบจุลินทรีย์หรือไม่
- 6) แบบสัมภาษณ์การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ประกอบด้วย การได้รับอาหารเสริมและวิตามิน
เสริมธาตุเหล็กความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและ
การติดตาม การสื่อสารสร้างการรับรู้สถานการณ์ของปัญหา/ความรู้

2. ตัวแปรตาม พัฒนาการเด็กปฐมวัย (ตรวจประเมินโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม Denver II)

- 1) สมวัย
- 2) สงสัยล่าช้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด และ
แบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด

1. แบบสอบถาม ได้แก่

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของพ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้าน อายุ/ระดับการศึกษา/อาชีพ
ของแม่ พ่อ และผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้านมากกว่า 6 ชั่วโมง (ไม่ใช่ผู้เลี้ยงดูเด็กในศูนย์เด็กเล็ก),
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว (ที่เด็กอาศัยอยู่), สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก, การได้รับเงิน
อุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนา ดังนี้

1.1 การประชุมประกอบด้วยที่ปรึกษาโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ ได้แก่ พญ.ศิริพร
กัญชนะ, ศ.เกียรติคุณ พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์, พญ.นิพรรณพร วรมงคล ที่ปรึกษา
โครงการวิจัย ได้แก่ รศ.ดร.จิราพร ชมพิกุล, รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย นักวิจัยส่วนกลางและ
นักวิจัยจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 เพื่อจัดทำแบบสอบถาม

1.2 ที่ปรึกษาโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ และที่ปรึกษาโครงการวิจัย พิจารณา
ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความเหมาะสมของแบบสอบถาม

1.3 นำแบบสอบถามมาปรับปรุงจากนั้นประชุมร่วมกับที่ปรึกษาโครงการส่งเสริมพัฒนาการ
เด็ก ที่ปรึกษาโครงการวิจัย, นักวิจัยส่วนกลางผู้วิจัยจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 และ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพวิชาการศูนย์อนามัยที่ 6 เพื่อพิจารณาแบบสอบถามและวาง
แผนการดำเนินงานโครงการวิจัย และพัฒนาแบบสอบถามจนได้ฉบับสมบูรณ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านแม่ ขณะตั้งครรภ์ แม่ของเด็ก อายุ (ปี), ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์
(สัปดาห์), อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์), ลักษณะการคลอด, สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เก็บข้อมูลดังนี้

2.1 ข้อมูลแม่ : ปัญหาขณะตั้งครรภ์, โรคประจำตัว, ภาวะแทรกซ้อน, การติดเชื้อระหว่าง
ตั้งครรภ์, การได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์, ผล Hct. ของแม่ ครั้งที่ 1 (%), ครั้งที่ 2 (%)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเด็กปฐมวัย

3.1 เด็กเกิดวันที่ (นับถึงวันที่สัมภาษณ์), เพศ, น้ำหนักแรกคลอด (กรัม), ภาวะออกซิเจนแรก
คลอด (Apgar score) ที่ 1 นาที - ที่ 5 นาที, ปัจจุบันเด็กมีน้ำหนัก (กิโลกรัม) ความยาว/
ส่วนสูง (เซนติเมตร) (วันสัมภาษณ์)

3.2 เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล, ปัจจุบันเด็กมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ตามที่แพทย์วินิจฉัย), ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่

3.3 ผล Hct. ของเด็กอายุ 6-12 เดือนเท่ากับ (%) เด็กอายุ 3 – 5 ปี เท่ากับ (%)

3.4 เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กหรือไม่

3.5 เด็กเคยกินนมแม่หรือไม่ (ถ้าเด็กเคยกินนมแม่ ปัจจุบันเด็กยังกินนมแม่อยู่หรือไม่)

3.6 เด็กมีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพสำหรับเด็กจำนวนกี่เล่ม

3.7 สิ่งที่เด็กเล่นเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน เช่น ตุ๊กตา รถยนต์หรือของเล่นอื่นๆ ที่ทำขึ้นภายในบ้าน, ของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน, เครื่องใช้ภายในครัวเรือน เช่น ถ้วย ชาม

3.8 เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น มือถือ แท็บเล็ต เครื่องเล่นเกม หรือไม่ (ชั่วโมง/วัน)

3.9 ในรอบ 3 วันที่ผ่านมา มีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทำกิจกรรมเหล่านี้ร่วมกับเด็ก บ้างหรือไม่

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM

4.1 ได้รับคู่มือ DSPM หรือไม่

4.2 ได้อ่านคู่มือแล้วหรือไม่

4.3 ถ้าอ่านแล้วอ่านอย่างไร

4.4 นำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็กหรือไม่

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก

ส่วนที่ 6 ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II) ประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และปรับตัวด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยเครื่องมือ นี้มีความไวในการคัดกรอง (Sensitivity) 0.56-0.83 และความจำเพาะเจาะจง 0.43-0.80

2. แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ การได้รับอาหารเสริมและวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและการติดตาม การสื่อสารสร้างการรับรู้สถานการณ์ของปัญหา/ความรู้

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Face validity) เป็นการนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) เป็นเครื่องมือที่ทีมผู้วิจัย กรมอนามัยสร้างและพัฒนา ดังนี้

1.1 การประชุมประกอบด้วยที่ปรึกษาโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ ได้แก่ พญ.ศิริพร กัญชนะ, ศ.เกียรติคุณ พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์, พญ.นิพรณพร วรมงคล ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ได้แก่ รศ.ดร.จิราพร ชมพิกุล, รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย นักวิจัยส่วนกลางและนักวิจัยจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 เพื่อจัดทำแบบสอบถาม

1.2 ที่ปรึกษาโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ และที่ปรึกษาโครงการวิจัย พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและความเหมาะสมของแบบสอบถาม

1.3 นำแบบสอบถามมาปรับปรุงจากนั้นประชุมร่วมกับที่ปรึกษาโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย, นักวิจัยส่วนกลางผู้วิจัยจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพวิชาการศูนย์อนามัยที่ 6 เพื่อพิจารณาแบบสอบถามและวางแผนการดำเนินงานโครงการวิจัย และพัฒนาแบบสอบถามจนได้ฉบับสมบูรณ์

2. การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไข

แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับเด็กปฐมวัยที่มารับบริการคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 6 ตำบลนาป่า อ.เมือง จ.ชลบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) เลือกข้อที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0.2-0.8 ขึ้นไป มาหาค่าความเชื่อมั่น

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Alpha coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2543)

การดำเนินงาน

ระยะที่ 1 เตรียมการ ประกอบด้วย

1. เตรียมพื้นที่ ประสานงานกับผู้รับผิดชอบจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ เตรียมพื้นที่ในการดำเนินการ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ วัน-เดือน-ปี และระยะเวลาในการลงพื้นที่

3. ประชุมและพัฒนาผู้ร่วมวิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันจำนวน 1 วัน ตั้งแต่วัตถุประสงค์ของการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์และความหมายและความต้องการของข้อคำถามแต่ละข้อ และลองให้มีการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยด้วยกันเองจำนวน 3 คน

ระยะที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์

1. เก็บรวบรวมข้อมูลตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เสร็จแล้วตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามทุกครั้งเมื่อสัมภาษณ์เสร็จทำจนครบจำนวนของแต่ละวัน

2. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลลงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ทุกวัน หลังจากนั้นสุ่มแบบสอบถามและการลงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของผู้ร่วมวิจัยคนละ 5 กลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการสัมภาษณ์และของลงข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีกระบวนการดำเนินการดังนี้

1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของพ่อ แม่หรือผู้เลี้ยงดูหลัก และเด็กปฐมวัย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้ไคสแควร์ (χ^2 test)
3. ความสามารถในการทำนายพัฒนาการเด็กใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis)

วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้สร้างและเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินพัฒนาการเด็ก แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็ก เรียบร้อยแล้วจึงดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยฯ เพื่อความเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรม

ในคนของกรมอนามัย การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรม อนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 450/2565

1.2 เชิญจังหวัดพื้นที่เป้าหมายประชุมรับทราบโครงการและวางแผนการที่นัดหมายเก็บข้อมูล

1.3 เตรียมทีมเก็บข้อมูล ของศูนย์อนามัยเขต และทีมส่วนกลาง ประกอบด้วย

- ทีมซ่งน้ำหนั วัดส่วนสูง คำนวณอายุเด็ก จำนวน 1-2 คน ที่ผ่านการปฏิบัติและฝึกทักษะ ความชำนาญในการซ่งน้ำหนั วัดส่วนสูง การลงบันทึก และคำนวณอายุเด็กในวันที่เก็บข้อมูลได้อย่างถูก ต้อง

- ทีมสัมภาษณ์ จำนวน 2-3 คน ที่ผ่านการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กและสัมภาษณ์ พ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็กมาก่อน รวมทั้งมีความรู้ ศึกษารายละเอียดและความชำนาญในการหาข้อมูลและ รายละเอียดต่าง ๆ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

- ทีมประเมินพัฒนาการเด็ก จำนวน 2-3 คน ที่ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่อง มือ Denver II จากสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล และส่วนใหญ่ เป็นบุคคลเดียวกับการเก็บข้อมูล ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557

1.4 เตรียมทีมบันทึกข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการ เก็บข้อมูล การลงข้อมูลใน Data sheet การลงข้อมูลในโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for Windows การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

1.5 แจกแต่ละศูนย์อนามัยเขตจัดเตรียมความพร้อมของเอกสาร แบบสัมภาษณ์ อุปกรณ์การประเมิน พัฒนาการเด็ก เครื่องซ่งน้ำหนัแบบดิจิตอล ที่วัดส่วนสูง และความพร้อมของทีมเก็บข้อมูลก่อนออก เก็บข้อมูล

2. การเก็บข้อมูล

2.1 จัดทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังจังหวัดเป้าหมาย ประสานความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กับเจ้าหน้าที่ในแต่ละพื้นที่เป้าหมายก่อนออกเก็บข้อมูล 1 วัน พร้อมสถานที่ที่ให้ลงเก็บข้อมูล

2.2 ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน – มีนาคม 2565

- คัดกรองเด็กโดยต้องเป็นเด็กที่มีสัญชาติไทย ไม่มีความพิการหรือภาวะทางสมองมีผลต่อ พัฒนาการ เช่น Down syndrome, Cerebral Palsy, ออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์ไม่มี ประวัติได้รับยากันชัก และไม่มีโรคทางพันธุกรรมที่มีผลต่อพัฒนาการ

- ซ่งน้ำหนั วัดส่วนสูง คำนวณอายุเด็กจริงในวันนั้น ๆ ต้องเป็นเด็กที่มีอายุระหว่าง 9 เดือน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

- ประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II และลงบันทึกผลการประเมินในแบบสัมภาษณ์ พัฒนาการเด็กโดยถ้าเด็กให้ความร่วมมือดีสามารถประเมินพัฒนาการ ได้ครบถ้วนจะสัมภาษณ์พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กต่อ แต่ถ้าไม่สามารถประเมินพัฒนาการเด็กได้เนื่องจากเด็กไม่ให้ความร่วมมือ จะยุติ การประเมินพัฒนาการเด็กทันทีและไม่สัมภาษณ์พ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็ก

- สัมภาษณ์ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็ก ด้วยแบบสัมภาษณ์ พร้อมบันทึกข้อมูลที่ได้จากสมุดบันทึก สุขภาพแม่และเด็ก

2.3 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละชุด หลังเสร็จสิ้น

2.4 การสัมภาษณ์ทันที หากข้อมูลไม่สมบูรณ์ ครบถ้วนให้สัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้งการ การตรวจสอบ

ตรวจสอบคุณภาพการประเมินพัฒนาการเด็ก ผู้ประเมินจะคำนวณอายุเด็กซ้ำอีกครั้งและการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ของแบบประเมินแต่ละชุด

2.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดโดยหัวหน้าทีมเก็บข้อมูล และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยอีกครั้ง

3. การรวบรวมข้อมูล

เมื่อแต่ละศูนย์อนามัยบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นส่งข้อมูลให้ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อรวบรวมข้อมูลเป็นระดับประเทศและทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่ออธิบาย

- ลักษณะทางประชากรของ มารดา บิดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว

- สุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์

- สุขภาพเด็กเมื่อแรกคลอดและหลังคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ของมารดาเมื่อคลอด น้ำหนักเมื่อแรกเกิดภาวะขาดออกซิเจน โรคประจำตัวเด็ก การเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลใน 1 ปี ภาวะโภชนาการและการได้อาหารมื้อหลัก สุขภาพในช่องปาก

- ปัจจัยสภาพแวดล้อมและสังคม ด้านพฤติกรรมมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์คุณภาพ กินยาบำรุงครรภ์ขณะตั้งครรภ์ ดื่มน้ำเกลือแร่ รับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ แม่ที่ ANC & WCC การใช้สมุดบันทึกสุขภาพตนเองและลูก และด้านพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ กินนมแม่ เล่านิทาน เล่นกับลูกสื่อบุคคล เล่นกับลูกใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การดูโทรทัศน์ การเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู

ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย
เขตสุขภาพที่ 6 พ.ศ. 2565

โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Binary Logistic Regression ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา และสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ด้านสุขภาพ ภาวะโภชนาการของเด็ก และปัจจัยสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมของมารดาขณะตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2565 ในเขตสุขภาพที่ 6 ใช้ตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 482 คน ถูกสุ่มจากจังหวัดระยอง 312 คน และจังหวัดจันทบุรี 170 คน พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.10 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14.90

จังหวัด	จำนวน	พัฒนาการของเด็ก (ร้อยละ)	
		สมวัย	สงสัยล่าช้า
ระยอง	312	87.8	12.2
จันทบุรี	170	80.0	20.0
รวม	482	85.1	14.9

การเสนอผลการศึกษาประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจ
2. ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์
3. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และภาวะสุขภาพของเด็ก
4. พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM
5. ภาวะการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็ก
6. ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย
7. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจ

ส่วนใหญ่ของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นมารดา ร้อยละ 71.20 รองลงมาผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 23.00 ส่วนใหญ่ของมารดาอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 70.60 รองลงมาอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.80 มารดาอายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุสูงสุด 47 ปี อายุเฉลี่ยของมารดา 30.6 ปี ส่วนใหญ่ของมารดาจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 41.10 ด้านการประกอบอาชีพ มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.60 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 14.30 (ตารางที่ 1)

ส่วนใหญ่ของบิดาอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 42.80 บิดาของเด็กอายุน้อยสุด 16 ปี มากที่สุด 63 ปี อายุเฉลี่ยของบิดา 33.5 ปี ด้านการศึกษาของบิดา พบว่า ส่วนใหญ่ของบิดาจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 42.30 ด้านการประกอบอาชีพของบิดา ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.70 รองลงมามีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 22.20 (ตารางที่ 2)

ส่วนใหญ่ของผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา ร้อยละ 61.40 รองลงมาเป็นตายาย ร้อยละ 18.70 ส่วนใหญ่ของผู้เลี้ยงดูหลักอายุระหว่าง 20-39 ปี ร้อยละ 56.10 อายุน้อยสุด 16 ปี มากที่สุด 81 ปี อายุเฉลี่ยของผู้เลี้ยงดูหลัก 39.5 ปี เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.00 ด้านการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของผู้เลี้ยงดูหลักจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. รองลงมาจบประถมศึกษา ร้อยละ 31.70 ด้านการประกอบอาชีพพบว่า ร้อยละ 22.80 ของผู้เลี้ยงดูหลักมีอาชีพเกษตรกรกรรม และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 18.70 (ตารางที่ 3)

ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ พบว่า ครอบครัวมีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46 เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 44 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 10.00 สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาของเด็กส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 86.10 ครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ร้อยละ 77.70 แต่ยังมีครอบครัวที่ไม่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด สูงถึง ร้อยละ 19.80 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้สัมภาษณ์	482	
มารดา	343	71.2
บิดา	28	5.8
ผู้เลี้ยงดูหลัก	111	23.0
อายุของมารดา (ปี)	472	
< 20	17	3.6
20 - 35	333	70.6
> 35	122	25.8
Mean = 30.6 SD = 6.8 Min = 16 Max = 47		
การศึกษาของมารดา	482	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.4
ประถมศึกษา	51	10.6
มัธยมศึกษา/ปวช.	198	41.1
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	93	19.3
ปริญญาตรี	109	22.6
สูงกว่าปริญญาตรี	5	1.0
ไม่ทราบ	16	3.3
ไม่ตอบ	8	1.7
อาชีพของมารดา	482	
ไม่ได้ทำงาน	80	16.6
เกษตรกรกรรม	69	14.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	36	7.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล(ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	157	32.6
ค้าขาย	47	9.8
แม่บ้าน	61	12.7
เจ้าของกิจการ	19	3.9
ไม่ทราบ	5	1.0
ไม่ตอบ	8	1.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบิดาจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา	จำนวน	ร้อยละ
อายุของบิดา (ปี)	449	
< 20	6	1.3
20 - 29	148	33.0
30 - 39	192	42.8
40 - 49	86	19.2
≥ 50	17	3.8
Mean = 33.5 SD = 8.1 Min = 16 Max = 63		
การศึกษาของบิดา	482	
ประถมศึกษา	67	13.9
มัธยมศึกษา/ปวช.	204	42.3
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	84	17.4
ปริญญาตรี	60	12.4
สูงกว่าปริญญาตรี	4	0.8
ไม่ทราบ	39	8.1
ไม่ตอบ	24	5.0
อาชีพของบิดา	482	
ไม่ได้ทำงาน	8	1.7
เกษตรกร	107	22.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	37	7.7
รับจ้าง	230	47.7
ค้าขาย	32	6.6
เจ้าของกิจการ	29	6.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบิดาจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของบิดา	449	
ไม่ทราบ	12	2.5
ไม่ตอบ	27	5.6

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้เลี้ยงดูหลักจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก	จำนวน	ร้อยละ
ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นใคร	482	
มารดา	296	61.4
บิดา	13	2.7
ตา ยาย	90	18.7
ปู่ ย่า	65	13.5
ญาติ เช่น ป้า น้า	17	3.5
ลูกจ้างเลี้ยงเด็ก	1	0.2
อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก (ปี)	479	
< 20	9	1.9
20 - 29	128	26.7
30 - 39	141	29.4
40 - 49	69	14.4
50 - 59	87	18.2
≥ 60	45	9.4
Mean = 39.5 SD = 13.4 Min = 16 Max = 81		
เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก	482	
ชาย	29	6.0
หญิง	453	94.0
การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก	482	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	2.5
ประถมศึกษา	153	31.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	160	33.2
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	69	14.3
ปริญญาตรี	69	14.3
ไม่ทราบ	19	3.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้เลี้ยงดูหลักจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล(ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก	482	
ไม่ได้ทำงาน	137	28.4
เกษตรกร	110	22.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	10	2.1
รับจ้าง	90	18.7
ค้าขาย	51	10.6
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	68	14.1
เจ้าของกิจการ	15	3.1
อื่นๆ รับจ้างเลี้ยงเด็ก	1	0.2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกตามลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจ

ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่	480	
เพียงพอ เหลือเก็บ	211	44.0
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	221	46.0
ไม่เพียงพอ	48	10.0
สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาของเด็ก	481	
อยู่ด้วยกัน	414	86.1
แยกทางกัน	67	13.9
การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	480	
ไม่ทราบ	12	2.5
ไม่ได้รับ	95	19.8
ได้รับ	373	77.7

2. คุณลักษณะด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

ด้านการฝากครรภ์และการคลอด ประมาณ 3 ใน 4 ของมารดาขณะตั้งครรภ์มีอายุในช่วง 20-35 ปี ร้อยละ 73.80 โดยมีอายุขณะตั้งครรภ์น้อยที่สุด 13 ปี อายุขณะตั้งครรภ์มากที่สุด 46 ปี อายุเฉลี่ยขณะตั้งครรภ์ 27.5 ปี การฝากครรภ์พบว่ามารดาไม่ได้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 38.50 อายุครรภ์เมื่อมารดาคลอดบุตร ส่วนใหญ่เป็นบุตรที่คลอดครบกำหนด ร้อยละ 92.10 ส่วนการคลอดบุตร พบว่ามารดาคลอดปกติ ร้อยละ 59.10 ในขณะที่มารดาคลอดโดยการผ่าท้องคลอด ร้อยละ 40.30

ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของมารดา พบว่ามารดาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.50 ในขณะที่มารดามีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.50 โรคที่พบมาก 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคฮัยรอยด์ โรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ของมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 95.10 ในขณะที่มารดามีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 4.30 อาการที่พบมาก ได้แก่ เลือดออกจากช่องคลอด เด็กดิ้นน้อยลงหรือไม่ดิ้น ประวัติมารดาติดเชื้อขณะตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดของมารดาไม่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 99.80 และมารดาที่มีการติดเชื้อ ร้อยละ 0.20 โรคติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มารดาได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.90 ส่วนใหญ่ของมารดาไม่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการฝากครรภ์ การคลอด และภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านมารดาขณะตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
อายุมารดาของเด็กขณะตั้งครรภ์ (ปี)	478	
< 20	51	10.7
20 - 35	353	73.8
> 35	74	15.5
Mean = 27.5 SD = 6.7 Min = 13 Max = 46		
ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	468	
ฝาก	288	61.5
ไม่ฝาก	180	38.5
Mean = 11.6 SD = 6.2 Min = 2 Max = 36		
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	471	
< 37	37	7.9
≥ 37	434	92.1
Mean = 38.2 SD = 1.6 Min = 28 Max = 43		
วิธีการคลอด	479	
คลอดปกติ	283	59.1
ผ่าท้องคลอด	193	40.3
เครื่องดูดสุญญากาศ	3	0.6
มารดามีโรคประจำตัวในขณะตั้งครรภ์	473	
ไม่มี	414	87.5
มี	59	12.5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการฝากครรภ์ การคลอด และภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านมารดาขณะตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวของมารดาในขณะตั้งครรภ์	59	
เบาหวาน	29	49.1
ความดันโลหิต	3	5.1
ธัยรอยด์	5	8.5
โรคหัวใจ	2	3.4
โรคโลหิตจาง	6	10.2
โรคธาลัสซีเมีย	1	1.7
โรคภูมิแพ้	2	3.4
โรคSLE	1	1.7
มะเร็ง	2	3.4
โรคลมชัก	1	1.7
หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท	1	1.7
ความดันโลหิต และเบาหวาน	5	8.5
ความดันโลหิต และไทรอยด์	1	1.7
มารดามีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์	474	
ไม่มี	451	95.1
มี	23	4.9
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในขณะตั้งครรภ์	23	
เด็กด้นน้อยลงหรือไม่ด้น	3	13.0
เลือดออกจากช่องคลอด	9	39.1
ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว จุก แน่นหน้าอก บวมที่เท้ากดบวม	1	4.3
เจ็บที่หลังปวดร้าวถึงด้านหน้า บริเวณหัวไหล่และท้องน้อย	2	8.7
เบาหวาน	2	8.7
ครรภ์เป็นพิษ	2	8.7
รกเกาะต่ำ	1	4.3
เลือดออกจากช่องคลอด และปัสสาวะแสบขัดหรือลำบาก	1	4.3
เลือดออกจากช่องคลอด และเจ็บที่หลังปวดร้าวถึงด้านหน้า บริเวณหัวไหล่และท้องน้อย	2	8.7
การติดเชื้อของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์	474	
ไม่มี	473	99.8
มี (ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ)	1	0.2

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการฝากครรภ์ การคลอด และภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ (ต่อ)

ปัจจัยด้านมารดาขณะตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
มารดาได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์	464	
(Triferdine/Obimin/Nataral/Nataral EF/Prenamed/IodineGPO+FBC+Folic)		
ไม่ได้รับ	5	1.1
ได้รับ	459	98.9
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 1)	410	
ไม่มีภาวะโลหิตจาง (Hct $\geq$ 33 mg%)	318	77.6
มีภาวะโลหิตจาง (Hct $<$ 33 mg%)	92	22.4
Mean = 35 SD = 3.4 Min = 26 Max = 48		
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 2)	321	
ไม่มีภาวะโลหิตจาง (Hct $\geq$ 33 mg%)	269	83.8
มีภาวะโลหิตจาง (Hct $<$ 33 mg%)	52	16.2
Mean = 35 SD = 3.3 Min = 12 Max = 47		

3. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก ภาวะสุขภาพของเด็ก และพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก

ในการศึกษานี้ประกอบด้วยเด็กอายุ 0-2 ปี ร้อยละ 54.40 และเด็กอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 45.60 เป็นเด็กเพศเด็กผู้ชาย ร้อยละ 52.70 และเด็กเพศหญิง ร้อยละ 47.30 น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3027.4 กรัม น้ำหนักน้อยสุด 1240 กรัม น้ำหนักมากที่สุด 4,550 กรัม โดยส่วนใหญ่เป็นทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 90.80 เด็กเกือบทั้งหมดมีภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาที และ 5 นาทีเป็นปกติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของเด็กจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
อายุของเด็ก (ปี)*	482	
0 - 2	262	54.4
3 - 5	220	45.6
Mean = 2.84 SD = 1.40 Min = 0.75 Max = 5.95		
เพศของเด็ก	482	
ชาย	254	52.7
หญิง	228	47.3

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	478	
< 2500	44	9.2
≥ 2500	434	90.8
Mean = 3027.4 SD = 465.1 Min = 1240 Max = 4550		
ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาที	464	
ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง (Apgar score = 0-3 คะแนน)	4	0.9
ภาวะขาดออกซิเจน (Apgar score = 4-6 คะแนน)	7	1.5
ปกติ (Apgar score = 7 คะแนนขึ้นไป)	453	97.6
ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 5 นาที	464	
ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง (Apgar score = 0-3 คะแนน)	0	0.0
ภาวะขาดออกซิเจน (Apgar score = 4-6 คะแนน)	2	0.4
ปกติ (Apgar score = 7 คะแนนขึ้นไป)	462	99.6

* เด็กอายุ 0-2 ปี หมายถึง เด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน เด็กอายุ 3-5 ปี หมายถึง เด็กอายุ 3 ปี - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

จากการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของเด็ก พบว่าเด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 19.30 ส่วนใหญ่ภาวะแทรกซ้อนของเด็กหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล ได้แก่ ตัวเหลืองและส่องไฟ การได้รับออกซิเจน ร้อยละ 3.90 ของเด็กมีโรคประจำตัว เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน ได้แก่ G6PD หอบหืด โรคหัวใจ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของเด็กจำแนกตามภาวะสุขภาพของเด็ก

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล	482	
ไม่มี	389	80.7
มี	93	19.3
ภาวะแทรกซ้อนของเด็กหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล	93	
ตัวเหลืองและส่องไฟ	71	76.3
ได้รับออกซิเจน	10	10.8
ใส่เครื่องช่วยหายใจ	2	2.2
ติดเชื้	3	3.2
หัวใจเต้นผิดปกติ	2	2.2
ตัวเหลืองส่องไฟ และได้รับออกซิเจน	2	2.2
ตัวเหลือง และใส่เครื่องช่วยหายใจ	2	2.2
ได้รับออกซิเจน และใส่เครื่องช่วยหายใจ	1	1.1

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจุบันเด็กมีโรคประจำตัว	482	
ไม่มี	463	96.1
มี	19	3.9
โรคประจำตัวของเด็กในปัจจุบัน	19	
โรคหัวใจ	2	10.5
G6PD	7	36.8
โรคภูมิแพ้	1	5.3
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	1	5.3
โรคหอบหืด	4	21.1
Atrial Septal Defect(ASD)	1	5.3
Hypothyroid/ไทรอยด์	1	5.3
โรคสมาธิสั้น	1	5.3
มะเร็ง	1	5.3
เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา	481	
ไม่เคย	420	87.3
เคย	61	12.7
โรค/อาการที่เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา	61	
ภูมิแพ้	1	1.6
ไข้สูง ชักเกร็ง	7	11.5
โลหิตจาง	1	1.6
หอบหืด	2	3.3
ปอด	1	1.6
Hypothyroid/ไทรอยด์	1	1.6
ลำไส้อักเสบ	8	13.1
ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	20	32.8
อุจจาระร่วง	6	9.8
ไข้หวัดใหญ่	1	1.6
อาเจียน อาหารเป็นพิษ	1	1.6
กระเพาะปัสสาวะอักเสบ	1	1.6
ไส้เลื่อน	1	1.6
โควิด 19	6	9.8
อื่นๆ เช่น มะเร็ง ไข้หวัดใหญ่ อุบัติเหตุ	3	4.8

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน	113	
ไม่มีภาวะโลหิตจาง (Hct $\geq$ 33 mg%)	85	75.2
มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33 mg%)	28	24.8
Mean = 35 SD = 3.4 Min = 23 Max = 50		
ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 3-5 ปี	37	
ไม่มีภาวะโลหิตจาง (Hct $\geq$ 33 mg%)	37	100.0
มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33 mg%)	0	0.0
Mean = 38 SD = 2.7 Min = 33 Max = 48		
ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	473	
ไม่ได้รับ	125	26.4
ได้รับ	348	73.6
เด็กเคยกินนมมารดา	482	
ไม่ทราบ	5	1.0
ไม่เคย	16	3.3
เคย	461	95.6
ถ้าเด็กเคยกินนมมารดา ปัจจุบันเด็กยังกินนมมารดาอยู่	461	
ไม่กิน	377	81.8
กิน	84	18.2
เด็กมีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพ	482	
ไม่ทราบ	5	1.0
ไม่มี	155	32.2
มี	322	66.8
จำนวนหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพสำหรับเด็ก	321	
1 เล่ม	30	9.3
2 เล่ม	75	23.4
3 เล่ม	70	21.8
4 เล่ม	35	10.9
5 เล่ม	42	13.1
6 เล่มหรือมากกว่า	69	21.5
Median = 3 QD = 1.5 Min = 1 Max = 30		

ประวัติของเด็กที่เคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา พบว่าเด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 12.70 โรค/อาการที่เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ได้แก่ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ลำไส้อักเสบ ไข้สูงและชักเกร็ง (ตารางที่ 7)

ฮีมาโตคริต (Hematocrit, Hct) ของเด็กอายุ 6-12 เดือน มีค่าอยู่ในช่วงต่ำสุดและสูงสุดเป็น 23%-50% โดยมีค่าเฉลี่ย 35% เกือบ 1 ใน 4 ของเด็กอายุ 6-12 เดือนมีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33 mg%) ฮีมาโตคริตของเด็กอายุ 3-5 ปี มีค่าอยู่ในช่วงต่ำสุดและสูงสุดเป็น 33%-48% โดยมีค่าเฉลี่ย 38% เด็กทั้งหมด (37 คน) ที่อายุ 3-5 ปี ไม่มีภาวะภาวะโลหิตจาง (ตารางที่ 7)

เด็กปฐมส่วนใหญ่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 73.60 เด็กเกือบทั้งหมดเคยกินนมมารดา ร้อยละ 95.60 และถ้าเด็กเคยกินนมมารดา มีเด็กเพียงบางส่วนที่ยังกินนมมารดาอยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 18.20 เด็กส่วนใหญ่มีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพ ร้อยละ 66.80 โดยมีมากที่สุด 30 เล่ม และน้อยที่สุด 1 เล่ม เด็กเกือบทุกคนเล่นเมื่ออยู่ที่บ้าน ร้อยละ 99.40 สิ่งที่เด็กส่วนใหญ่เล่นเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน และเครื่องใช้ภายในครัวเรือน (ตารางที่ 8)

ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา เกือบ 3 ใน 4 ของเด็กมีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้อ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพกับเด็ก ร้อยละ 74.10 ส่วนใหญ่ของเด็กมีสมาชิกในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่าง ๆ ให้เด็กฟัง ร้อยละ 64.90 ส่วนใหญ่ของเด็กมีสมาชิกในครอบครัวได้เล่นกับเด็ก ร้อยละ 97.90 ร้องเพลงให้เด็กฟังหรือร้องเพลงกล่อมเด็ก ร้อยละ 76.60 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของเด็กจำแนกตามพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เด็กเล่นเมื่ออยู่ที่บ้าน	15	
ไม่ทราบ	2	0.4
ไม่เล่น	1	0.2
เล่น	479	99.4
สิ่งที่เด็กเล่นเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน	479	
ของเล่นที่ทำเองในบ้าน	25	5.2
ของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน	70	14.6
เครื่องใช้ภายในครัวเรือน	6	1.3
ของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน และเครื่องใช้ภายในครัวเรือน	172	35.9
ของเล่นที่ทำเองในบ้าน และของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน	25	5.2
ของเล่นที่ทำเองในบ้าน และของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน	63	13.2
ของเล่นที่ทำเองในบ้าน ของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน และเครื่องใช้ภายในครัวเรือน	118	24.6

อ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพกับเด็กในช่วง 3 วันที่ผ่านมา	482	
ไม่ทราบ	2	0.4
ไม่มี	123	25.5
มี	357	74.1
เล่านิทาน/เล่าเรื่องต่าง ๆ ให้เด็กฟังในช่วง 3 วันที่ผ่านมา	482	
ไม่ทราบ	2	0.4
ไม่มี	167	34.6
มี	313	64.9
ร้องเพลงให้เด็กฟังหรือร้องเพลงกล่อมเด็กในช่วง 3 วันที่ผ่านมา	482	
ไม่ทราบ	2	0.4
ไม่มี	111	23.0
มี	369	76.6
เล่นกับเด็กในช่วง 3 วันที่ผ่านมา	482	
ไม่ทราบ	3	0.6
ไม่มี	7	1.5
มี	472	97.9
เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา	482	
ไม่ทราบ	1	0.2
ไม่เล่น	109	22.6
เล่น	372	77.2
จำนวนชั่วโมงต่อวันที่เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	373	
≤ 1	203	54.4
2	93	24.9
3	48	12.9
4	14	3.8
≥ 5	15	4.0
Mean = 1.7 SD = 1.2 Min = 0.2 Max = 10		

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา เด็กส่วนใหญ่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 77.20 จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันที่เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 1.7 ชั่วโมง เล่นนานที่สุด 10 ชั่วโมง เล่นน้อยที่สุด 0.2 ชั่วโมง ไม่มีข้อมูลการดูโทรทัศน์ของเด็กในเขตนี้ (ตารางที่ 8)

4. พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM

พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM พบว่าส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ ร้อยละ 69.50 และผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 30.50 ในกลุ่มที่ได้รับคู่มือ DSPM ส่วนใหญ่ตอบว่าได้อ่านคู่มือแล้ว ร้อยละ 70.70 โดยส่วนใหญ่อ่านเป็นเดือนๆตามอายุลูก ร้อยละ 55.30 ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่ได้นำวิธีส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือ DSPM มาใช้กับเด็กนานๆ ครั้ง ร้อยละ 72.60 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตามคู่มือ DSPM โดยได้วิเคราะห์จากตัวแปร 3 ตัวร่วมกัน ได้แก่ การได้รับคู่มือ DSPM การอ่านคู่มือ DSPM และการใช้คู่มือ DSPM พบว่าในกลุ่มที่ได้รับคู่มือได้อ่านคู่มือและใช้คู่มือ ร้อยละ 46.1 และได้อ่านคู่มือแต่ไม่ใช้คู่มือ ร้อยละ 3.10 และกลุ่มไม่ได้อ่านคู่มือ ร้อยละ 20.3 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้เลี้ยงดูหลักจำแนกตามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับคู่มือ DSPM	482	
ได้	335	69.5
ไม่ได้	147	30.5
การอ่านคู่มือ DSPM	335	
อ่านแล้ว	237	70.7
ไม่เคยอ่าน	98	29.3
วิธีการอ่านส่วนใหญ่	237	
อ่านเป็นเดือนๆตามอายุลูก	131	55.3
เลือกอ่านตามความสนใจ	92	38.8
อ่านล่วงหน้าเกินช่วงอายุลูก	14	5.9
การนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือมาใช้กับเด็ก	237	
บ่อยๆ เกือบทุกวัน	50	21.1
ใช้บ้างนานๆ ครั้ง	172	72.6
ไม่ได้ใช้เลย	15	6.3
พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM	482	
ได้รับคู่มือ DSPM และอ่านคู่มือและใช้คู่มือ	222	46.1
ได้รับคู่มือ DSPM และอ่านคู่มือแต่ไม่ใช้คู่มือ	15	3.1
ได้รับคู่มือ DSPM แต่ไม่อ่านคู่มือ	98	20.3
ไม่ได้รับคู่มือ DSPM	147	30.5

5. ภาวะการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็ก

การประเมินการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยพิจารณาตามเกณฑ์การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ผลจากการศึกษา พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 77.00 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.40 มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 75.70 เมื่อพิจารณาน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบเด็กที่ภาวะผอม ร้อยละ 1.9 ของเด็กที่มีรูปร่างอ้วน ร้อยละ 5.0 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของเด็กจำแนกตามภาวะการเจริญเติบโต

ภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก/อายุ	482	
น้ำหนักน้อย	13	2.7
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	25	5.2
ภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์	371	77.0
น้ำหนักค่อนข้างมาก	37	7.7
น้ำหนักมาก	36	7.5
ส่วนสูง/อายุ	482	
เตี้ย	14	2.9
ค่อนข้างเตี้ย	29	6.0
สูงตามเกณฑ์	402	83.4
ค่อนข้างสูง	22	4.6
สูง	15	3.1
น้ำหนัก/ส่วนสูง	482	
ผอม	9	1.9
ค่อนข้างผอม	24	5.0
สมส่วน	365	75.7
ท้วม	23	4.8
เริ่มอ้วน	37	7.7
อ้วน	24	5.0

ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ของเด็กไม่มีฟันผุ ร้อยละ 65.80 เด็กมีฟันผุ และมีเพียง ร้อยละ 32 กลุ่มเด็กที่ฟันยังไม่ขึ้น ร้อยละ 2.3 จำนวนฟันผุแบบมีรูของเด็กมากที่สุด 1-2 ซี่ ร้อยละ 48.90 จำนวนฟันผุแบบขาวขุ่นของเด็กมากที่สุด 1-2 ซี่ ร้อยละ 61.90 ฟันของเด็กส่วนใหญ่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 63.30 ในขณะที่เด็กส่วนน้อยมีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 36.70 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของเด็กจำแนกตามผลการตรวจสอบสภาพช่องปากของเด็ก

สุขภาพช่องปากของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจสอบสภาพช่องปากของเด็ก	482	
ฟันยังไม่ขึ้น	11	2.3
ไม่มีฟันผุ	317	65.8
มีฟันผุ	154	32.0
จำนวนฟันผุแบบมีรูของเด็ก	90	
1-2	44	48.9
3-4	28	31.1
5-6	10	11.1
7-8	7	7.8
9-10	1	1.1
จำนวนฟันผุแบบขาวขุ่นของเด็ก	84	
1-2	52	61.9
3-4	28	33.3
5-6	2	2.4
7-8	2	2.4
ฟันมีคราบจุลินทรีย์	471	
มี	298	63.3
ไม่มี	173	36.7

6. ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้ Denver II ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว ด้านภาษา และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวมของเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.10 เมื่อพิจารณาพัฒนาการรายด้านพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่สมวัย ร้อยละ 97.30 รองลงมาเป็น พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัวสมวัย ร้อยละ 91.10 พัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองสมวัย ร้อยละ 90.00 ในขณะที่เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสมวัย ร้อยละ 79.70

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า ในภาพรวมของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14.9 เมื่อพิจารณาพัฒนาการรายด้าน พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 9.80 รองลงมาเป็นด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 3.10 พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและปรับตัว ร้อยละ 2.10 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของเด็กจำแนกตามผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II)

ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินผลรวม	482	
สมวัย	410	85.1
สงสัยล่าช้า	72	14.9
พัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง	482	
ควรระวัง	33	6.8
สมวัย	434	90.0
สงสัยล่าช้า	15	3.1
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัว	482	
ควรระวัง	33	6.8
สมวัย	439	91.1
สงสัยล่าช้า	10	2.1
พัฒนาการด้านภาษา	482	
ควรระวัง	51	10.6
สมวัย	384	79.7
สงสัยล่าช้า	47	9.8
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่	482	
ควรระวัง	11	2.3
สมวัย	469	97.3
สงสัยล่าช้า	2	0.4

7.ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่นำมาพิจารณา ได้แก่

- 7.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจ
- 7.2 ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์
- 7.3 คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และภาวะสุขภาพของเด็ก
- 7.4 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM
- 7.5 ภาวะการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็ก

7.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่นำมาพิจารณา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบิดา มารดาที่นำมาพิจารณา ได้แก่ อายุในปัจจุบัน การศึกษา อาชีพ ส่วนปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ อายุ เพศ

การศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาของเด็ก ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ผลการศึกษา พบว่า อายุของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.55 เท่าของเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุน้อยกว่า 30 ปี

ปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา อายุของบิดา การศึกษาของบิดา อาชีพของบิดา เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาของเด็ก ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นที่น่าสังเกตว่า เด็กที่มีบิดาสำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวท./ปวส.มีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.97 เท่าของเด็กที่มีบิดาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเด็กที่มีบิดาไม่ได้ทำงาน/เป็นพ่อบ้านมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 3.33 เท่าของเด็กที่บิดารับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน/เจ้าของกิจการ (ตารางที่ 13-15)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบิดา/มารดาและพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย ร้อยละ	สงสัยล่าช้า ร้อยละ		
อายุของมารดาในปัจจุบัน (ปี)	472				0.456
< 20	17	94.1	5.9	0.37 (0.05-2.86)	0.342
20 - 35	333	85.6	14.4	1	
> 35	122	82.8	17.2	1.24 (0.71-2.16)	0.461
การศึกษาของมารดา	458				0.183
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	53	90.6	9.4	0.89 (0.30-2.66)	0.828
มัธยมศึกษา/ปวช.	198	81.8	18.2	1.89 (0.94-3.80)	0.074
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	93	82.8	17.2	1.77 (0.79-3.95)	0.166
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	114	89.5	10.5	1	
อาชีพของมารดา	469				0.866
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	141	84.4	15.6	1.27 (0.51-3.16)	0.611
เกษตรกร/รับจ้าง/ค้าขาย	273	85.7	14.3	1.14 (0.48-2.71)	0.762
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน/ เจ้าของกิจการ	55	87.3	12.7	1	

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบิดา/มารดาและพัฒนาการของเด็ก(เด็ก)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย ร้อยละ	สงสัยล่าช้า ร้อยละ		
อายุของบิดา	449				0.183
< 30	154	82.5	17.5	1	
30 - 39	192	89.1	10.9	0.58 (0.31-1.07)	0.080
≥ 40	103	83.5	16.5	0.93 (0.48-1.81)	0.830
การศึกษาของบิดา	419				0.294
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	67	88.1	11.9	1.60 (0.50-5.18)	0.433
มัธยมศึกษา/ปวช.	204	82.8	17.2	2.44 (0.92-6.53)	0.075
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	84	85.7	14.3	1.97 (0.66-5.90)	0.228
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	64	92.2	7.8	1	
อาชีพของบิดา	443				0.324
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน	8	75.0	25.0	3.33 (0.55-20.31)	0.192
เกษตรกร/รับจ้าง/ค้าขาย	369	85.1	14.9	1.75 (0.72-4.25)	0.215
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน/ เจ้าของกิจการ	66	90.9	9.1	1	

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูหลักและพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก	479				0.025
< 30	137	92.0	8.0	1	
30 - 39	141	85.1	14.9	2.01 (0.93-4.33)	0.077
40 - 49	69	76.8	23.2	3.46 (1.51-7.95)	0.003
≥ 50	132	81.8	18.2	2.55 (1.19-5.44)	0.016
เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก	482				0.858
ชาย	29	86.2	13.8	0.91 (0.31-2.69)	0.858
หญิง	453	85.0	15.0	1	

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูหลักและพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก	463				0.894
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	165	85.5	14.5	1.14 (0.50-2.59)	0.764
มัธยมศึกษา/ปวช.	160	83.8	16.3	1.29 (0.57-2.93)	0.537
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	69	87.0	13.0	1.00 (0.37-2.69)	1.000
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	69	87.0	13.0	1	
อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก	481				0.408
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน	205	86.3	13.7	1.82 (0.41-8.14)	0.434
เกษตรกรรม/รับจ้าง/ค้าขาย	251	83.3	16.7	2.31 (0.53-10.18)	0.268
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน/ เจ้าของกิจการ	25	92.0	8.0	1	

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว/ลักษณะทางเศรษฐกิจและพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย ร้อยละ	สงสัยล่าช้า ร้อยละ		
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่	480				0.352
เพียงพอ เหลือเก็บ	211	87.2	12.8	1	
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	221	84.6	15.4	1.24 (0.72-2.14)	0.441
ไม่เพียงพอ	48	79.2	20.8	1.79 (0.80-4.01)	0.155
สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาของเด็ก	481				0.680
อยู่ด้วยกัน	414	85.5	14.5	1	
แยกทางกัน/หย่า	67	83.6	16.4	1.16 (0.57-2.34)	0.680
การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	468				0.178
ไม่ได้รับ	95	89.5	10.5	0.61 (0.30-1.25)	0.178
ได้รับ	373	83.9	16.1	1	

7.2 ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ อายุมารดาของเด็กขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีการคลอด มารดามีโรคประจำตัวในขณะตั้งครรภ์มารดามีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์การติดเชื้อของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์มารดาได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์(Triferdine/Obimin/Nataral/Nataral/EF/Prenamed/ Iodine GPO +FBC +Folic) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมารดาของเด็กขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอดเด็กที่อายุมารดาขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปีมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.26 เท่าของเด็กที่มารดาตั้งครรภ์เมื่ออายุ 20-35 ปี

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์และพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
อายุมารดาของเด็กขณะตั้งครรภ์ (ปี)	478				0.025
< 20	51	80.4	19.6	1.71 (0.80-3.66)	0.165
20 - 35	353	87.5	12.5	1	
> 35	74	75.7	24.3	2.26 (1.22-4.19)	0.010
ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	468				0.233
ฝาก	288	86.8	13.2	1	
ไม่ฝาก	180	82.8	17.2	1.37 (0.82-2.29)	0.233
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	471				0.043
< 37	37	86.5	13.5	0.87 (0.33-2.32)	0.043
≥ 37	434	84.8	15.2	1	
วิธีการคลอด	479				0.303
คลอดปกติ	283	86.6	13.4	1	
ผ่าท้องคลอด/ใช้คีมทำคลอด/เครื่องดูด สุญญากาศ	196	83.2	16.8	1.31 (0.79-2.17)	0.303
มารดามีโรคประจำตัวในขณะตั้งครรภ์	473				0.955
ไม่มี	414	85.0	15.0	1	
มี	59	84.7	15.3	1.02 (0.48-2.18)	0.955

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์และพัฒนาการของเด็ก (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
มารดามีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์	474				0.740
ไม่มี	451	85.1	14.9	1	
มี	23	82.6	17.4	1.21 (0.40-3.66)	0.740
มารดาได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์	464				0.140
ไม่ได้รับ	5	60.0	40.0	3.90 (0.64-23.78)	0.140
ได้รับ	459	85.4	14.6	1	
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 1)	410				0.593
ไม่มีภาวะโลหิตจาง (Hct $\geq$ 33 mg%)	318	84.9	15.1	1	
มีภาวะโลหิตจาง (Hct $<$ 33 mg%)	92	82.6	17.4	1.18 (0.64-2.20)	0.593
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 2)	321				0.429
ไม่มีภาวะโลหิตจาง Hct $\geq$ 33 mg%	269	85.1	14.9	1	
มีภาวะโลหิตจาง Hct $<$ 33 mg%	52	80.8	19.2	1.36 (0.63-2.94)	0.429

7.3 คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และภาวะสุขภาพของเด็ก

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของเด็กที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนักแรกคลอด เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน เด็กที่อายุ 3-5 ปีมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.71 เท่าของเด็กที่อายุ 0-2 ปีเด็กที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 3.57 เท่าของเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล/ภาวะสุขภาพของเด็กและพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
อายุของเด็ก (ปี)	482				0.038
0 – 2	262	88.2	11.8	1	0.038
3 – 5	220	81.4	18.6	1.71 (1.03-2.83)	

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล/ภาวะสุขภาพของเด็กและพัฒนาการของเด็ก(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
เพศของเด็ก	482				0.123
ชาย	254	82.7	17.3	1.50 (0.90-2.50)	0.123
หญิง	228	87.7	12.3	1	
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)	478				0.836
< 2500	44	84.1	15.9	1.09 (0.47-2.56)	0.836
≥ 2500	434	85.3	14.7	1	
เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล	482				0.495
ไม่มี	389	85.6	14.4	1	
มี	93	82.8	17.2	1.24 (0.67-2.27)	0.495
เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน	482				0.010
ไม่มี	463	86.0	14.0	1	
มี	19	63.2	36.8	3.57 (1.36-9.41)	0.010
เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล	481				0.441
ไม่เคย	420	84.8	15.2	1	
เคย	61	88.5	11.5	0.72 (0.31-1.66)	0.441

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเล่นดูเด็กที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ เด็กเคยกินนมมารดา ปัจจุบันเด็กยังคงกินนมมารดาอยู่ เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เด็กมีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพสำหรับเด็ก เด็กเล่นเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน การอ่านหนังสือหรือดูรูปภาพกับเด็ก การเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่าง ๆ ให้เด็กฟัง การร้องเพลงให้เด็กฟังหรือร้องเพลงกล่อมเด็ก การเล่นกับเด็ก เด็กดูโทรทัศน์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ผลการศึกษา ไม่พบปัจจัยข้างต้นมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการ ของเด็กปฐมวัย		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
เด็กเคยกินนมมารดา	477				0.660
ไม่เคย	16	81.3	18.8	1.33 (0.37-4.80)	0.660
เคย	461	85.2	14.8	1	
เด็กยังคงกินนมมารดาอยู่ในปัจจุบัน	461				0.636
ไม่กิน	377	84.9	15.1	1.18 (0.59-2.37)	0.636
กิน	84	86.9	13.1	1	
เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	473				0.167
ไม่ได้รับ	125	88.8	11.2	0.64 (0.35-1.20)	0.167
ได้รับ	348	83.6	16.4	1	
เด็กมีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพสำหรับเด็ก	477				0.210
ไม่มี	155	81.9	18.1	1.39 (0.83-2.39)	0.210
มี	322	86.3	13.7	1	
การอ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพกับเด็ก	480				0.106
ไม่มี	123	80.5	19.5	1.56 (0.91-2.68)	0.106
มี	357	86.6	13.4	1	
การเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้เด็กฟัง	480				0.601
ไม่มี	167	83.8	16.2	1.15 (0.68-1.93)	0.601
มี	313	85.6	14.4	1	
การร้องเพลงให้เด็กฟังหรือร้องเพลงกล่อมเด็ก	480				0.844
ไม่มี	111	85.6	14.4	0.94 (0.52-1.72)	0.844
มี	369	84.8	15.2	1	

7.4 พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM

ผลการวิจัย ไม่พบว่า พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือDSPMมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPM และอ่านคู่มือและใช้คู่มือ เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPMและอ่านคู่มือแต่ไม่ใช้คู่มือมีความเสี่ยงที่จะมี

พัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.74 เท่า เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPMแต่ไม่อ่านคู่มือมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.15 เท่า เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่ได้รับคู่มือDSPMมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงถึง 1.85 เท่า (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลักและพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก	482				0.105
ได้รับคู่มืออ่านและใช้คู่มือ	222	88.3	11.7	1	
ได้รับคู่มืออ่านแต่ไม่ใช้คู่มือ	15	73.3	26.7	2.74 (0.81-9.24)	0.104
ได้รับคู่มือแต่ไม่อ่านคู่มือ	98	86.7	13.3	1.15 (0.57-2.35)	0.696
ไม่ได้คู่มือ	147	80.3	19.7	1.85 (1.04-3.30)	0.036

7.5 ภาวะการเจริญเติบโตและสุขภาพช่องปากของเด็ก

ปัจจัยที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก การมีคราบจุลินทรีย์

ผลการวิจัย ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นที่น่าสนใจพบว่า เด็กที่ค่อนข้างผอม - ผอมมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.31 เท่าของเด็กที่สมส่วน เด็กที่มีฟันผุมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.17 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันผุ

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการเจริญเติบโต/สุขภาพช่องปากของเด็กและพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	482				0.192
น้ำหนักค่อนข้างน้อย - น้อยกว่าเกณฑ์	38	76.3	23.7	1.99 (0.89-4.46)	0.093
น้ำหนักค่อนข้างมาก - มากกว่าเกณฑ์	73	82.2	17.8	1.39 (0.71-2.72)	0.334
น้ำหนักตามเกณฑ์	371	86.5	13.5	1	
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	482				0.942
ค่อนข้างเตี้ย - เตี้ย	43	83.7	16.3	1.11 (0.47-2.61)	0.814
ค่อนข้างสูง - สูงกว่าเกณฑ์	37	86.5	13.5	0.89 (0.33-2.38)	0.817
ส่วนสูงตามเกณฑ์	402	85.1	14.9	1	

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการเจริญเติบโต/สุขภาพช่องปากของเด็กและพัฒนาการของเด็ก (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	สถานะพัฒนาการของเด็ก		Crude OR (95% CI)	P-value
		สมวัย %	สงสัยล่าช้า %		
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	482				0.843
ค่อนข้างผอม - ผอม	33	81.8	18.2	1.31 (0.52-3.32)	0.572
ท้วม เริ่มอ้วน - อ้วน	84	84.5	15.5	1.08 (0.56-2.08)	0.824
สมส่วน	365	85.5	14.5	1	
ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก	471				0.560
ไม่มีฟันผุ	317	85.8	14.2	1	
มีฟันผุ	154	83.8	16.2	1.17 (0.69-1.99)	0.560
การมีคราบจุลินทรีย์ (ซีฟัน)	471				0.848
มี	298	84.9	15.1	1.05 (0.62-1.79)	0.848
ไม่มี	173	85.5	14.5	1	

สรุปผลการวิจัย พบว่า 5 ตัวแปรที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก อายุมารดาของเด็กขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด อายุของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและเปรียบเทียบกับ การศึกษาที่ผ่านมาระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ 2. ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว 3. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการ พยากรณ์โอกาส พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบ พหุคูณ (Binary Logistic Regression) ทั้งนี้พัฒนาการเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการติดตามสุขภาพ การเฝ้าระวัง การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กระดับบุคคล ดังนั้น การประเมินพัฒนาการเด็กที่ได้มาตรฐานด้วยบุคลากรที่ ผ่านการอบรม เป็นผู้ประเมินพัฒนาการเด็กที่มีคุณภาพ ด้วยเครื่องมือคัดกรองที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับของ สาธารณ จะช่วยให้ได้ข้อมูลพัฒนาการเด็กที่น่าเชื่อถือ เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการกำกับ ติดตามสุขภาพเด็กแบบ องค์กรรวม และสร้างข้อเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาเด็กองค์กรรวมและการ จัดบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับอย่างมีคุณภาพ การสำรวจพัฒนาการในครั้งนี้ใช้เครื่องมือคัด กรองพัฒนาการเด็ก Denver II และผู้ทำการคัดกรองพัฒนาการได้ผ่านการอบรมเป็นผู้ประเมินพัฒนาการจาก มหาวิทยาลัยมหิดล โดย พัฒนาเด็กปฐมวัยมี 4 ด้าน คือด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross motor) ด้านกล้ามเนื้อ มัดเล็ก (Fine motor adaptive) ด้านภาษาและการใช้ภาษา (Language) และด้านสังคมและการปรับตัว (Psychosocial) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม กรมอนามัย ตามรหัส โครงการที่ 450/2565 ลงวันที่ 6 มกราคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1.บิดา หรือ มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือน อย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน และ 2. เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สัญชาติไทย ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง มีประวัติข้อมูลครบถ้วนและ ยินยอมประเมินพัฒนาการ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling) โดยแต่ ละชั้น มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้ ชั้นที่ 1 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือก 2 จังหวัด คือ จังหวัดระยอง และจังหวัดจันทบุรี ชั้นที่ 2 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือกอำเภอ แต่ละจังหวัด เลือกจังหวัดละ 2 อำเภอ ชั้นที่ 3 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือก ตำบลแต่ละอำเภอ เลือกอำเภอละ 4 ตำบล ชั้นที่ 4 การเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล สุ่มจำนวนเด็ก ปฐมวัย 2 กลุ่มอายุ (เด็ก 9 เดือน – 2 ปี 11เดือน 29 วัน และ เด็ก 3 ปี – 5 ปี 11เดือน 29 วัน) จำนวนเท่าๆ กัน จำนวนวิเคราะห์ทั้งสิ้น 482 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบสัมภาษณ์ ประวัติ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กปฐมวัย และแบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II (ฉบับภาษาไทย) ดำเนินการวิจัย ปี 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพ ที่ 6 พบว่า ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดย ใช้ Denver II ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว ด้าน ภาษา และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวมของเขตบริการ สุขภาพที่ 6 พบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.10 เมื่อพิจารณาพัฒนาการรายด้าน พบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่สมวัย ร้อยละ 97.30 รองลงมาเป็น พัฒนาการ

ด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัวสมวัย ร้อยละ 91.10 พัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองสมวัย ร้อยละ 90.00 ในขณะที่เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสมวัย ร้อยละ 79.70

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า ในภาพรวมของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14.9 เมื่อพิจารณาพัฒนาการรายด้าน พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 9.80 รองลงมาเป็นด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 3.10 พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและปรับตัว ร้อยละ 2.10 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

2. ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 6 ดังนี้

ปัจจัยด้านมารดา พบว่า ส่วนใหญ่ของมารดาอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 70.60 รองลงมาอายุ 35 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.80 มารดาอายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุสูงสุด 47 ปี อายุเฉลี่ยของมารดา 30.6 ปี ส่วนใหญ่ของมารดาจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 41.10 ด้านการประกอบอาชีพ มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.60 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 14.10 ตามลำดับ

การฝากครรภ์พบว่ามารดาไม่ได้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 38.50 อายุครรภ์เมื่อมารดาคลอดบุตร ส่วนใหญ่เป็นบุตรที่คลอดครบกำหนด ร้อยละ 92.10 ส่วนการคลอดบุตร พบว่ามารดาคลอดปกติ ร้อยละ 59.10 ในขณะที่ มารดาคลอดโดยการผ่าท้องคลอด ร้อยละ 40.30

ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของมารดา พบว่ามารดาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.50 ในขณะที่ มารดามีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.50 โรคที่พบมาก 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคภัยเรื้อรัง โรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ของมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 95.10 ในขณะที่มารดามีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 4.30 อาการที่พบมาก ได้แก่ เลือดออกจากช่องคลอด เด็กดิ้นน้อยลงหรือไม่ดิ้น ประวัติมารดาติดเชื้อขณะตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดของมารดาไม่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 99.80 และมารดาที่มีการติดเชื้อ ร้อยละ 0.20 โรคติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มารดาได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.90 ส่วนใหญ่ของมารดาไม่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา ร้อยละ 61.40 รองลงมาเป็นตายาย ร้อยละ 18.70 ส่วนใหญ่ของผู้เลี้ยงดูหลักอายุระหว่าง 20-39 ปี ร้อยละ 56.10 อายุน้อยสุด 16 ปี มากที่สุด 81 ปี อายุเฉลี่ยของผู้เลี้ยงดูหลัก 39.5 ปี เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.00 ด้านการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของผู้เลี้ยงดูหลักจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. รองลงมาจบประถมศึกษา ร้อยละ 31.70 ด้านการประกอบอาชีพพบว่า ร้อยละ 22.80 ของผู้เลี้ยงดูหลักมีอาชีพเกษตรกร และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 18.70 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ พบว่า ครอบครัวมีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46 เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 44 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 10.00 สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาของเด็ก ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 86.10 ครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ร้อยละ 77.70 แต่ยังมีครอบครัวที่ไม่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด สูงถึง ร้อยละ 19.80

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ภาวะสุขภาพของเด็ก และพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 6 ดังนี้

พบว่าเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยเด็กอายุ 0-2 ปี ร้อยละ 54.40 และเด็กอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 45.60 โดยเป็นเด็กเพศผู้ชาย ร้อยละ 52.70 และเด็กเพศหญิง ร้อยละ 47.30 น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,027.4 กรัม น้ำหนักน้อยสุด 1,240 กรัม น้ำหนักมากที่สุด 4,550 กรัม โดยส่วนใหญ่เป็นทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 90.80 เด็กเกือบทั้งหมดมีภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาที และ 5 นาทีเป็นปกติ ภาวะสุขภาพของเด็ก พบว่าเด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 19.30

ส่วนใหญ่ภาวะแทรกซ้อนของเด็กหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล ได้แก่ ตัวเหลืองและส่องไฟ การได้รับออกซิเจน ร้อยละ 3.90 ของเด็กมีโรคประจำตัว เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน ได้แก่ G6PD หอบหืด โรคหัวใจ

เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 73.60 เด็กเกือบทั้งหมดเคยกินนมมารดา ร้อยละ 95.60 และถ้าเด็กเคยกินนมมารดา มีเด็กเพียงบางส่วนที่ยังกินนมมารดาอยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 18.20 เด็กส่วนใหญ่มีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพ ร้อยละ 66.80 โดยมีมากที่สุด 30 เล่ม และน้อยที่สุด 1 เล่ม เด็กเกือบทุกคนเล่นเมื่ออยู่ที่บ้าน ร้อยละ 99.40 สิ่งที่เด็กส่วนใหญ่เล่นเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน และเครื่องใช้ภายในครัวเรือน

ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา เกือบ 3 ใน 4 ของเด็กมีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้อ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพกับเด็ก ร้อยละ 74.10 ส่วนใหญ่ของเด็กมีสมาชิกในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้เด็กฟัง ร้อยละ 64.90 ส่วนใหญ่ของเด็กมีสมาชิกในครอบครัวได้เล่นกับเด็ก ร้อยละ 97.90 ร้องเพลงให้เด็กฟังหรือร้องเพลงกล่อมเด็ก ร้อยละ 76.60

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา เด็กส่วนใหญ่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 77.20 จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันที่เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 1.7 ชั่วโมง เล่นนานที่สุด 10 ชั่วโมง เล่นน้อยที่สุด 0.2 ชั่วโมง

พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM พบว่าส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ ร้อยละ 69.50 และผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 30.50 ในกลุ่มที่ได้รับคู่มือ DSPM ส่วนใหญ่ตอบว่าได้อ่านคู่มือแล้ว ร้อยละ 70.70 โดยส่วนใหญ่อ่านเป็นเดือนๆตามอายุลูก ร้อยละ 55.30 ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่ได้นำวิธีส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือ DSPM มาใช้กับเด็กนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 72.60 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตามคู่มือ DSPM โดยได้วิเคราะห์จากตัวแปร 3 ตัวร่วมกัน ได้แก่ การได้รับคู่มือ DSPM การอ่านคู่มือ DSPM และการใช้คู่มือ DSPM พบว่าในกลุ่มที่ได้รับคู่มือได้อ่านคู่มือและใช้คู่มือ ร้อยละ 46.1 และได้อ่านคู่มือแต่ไม่ใช้คู่มือ ร้อยละ 3.10 และกลุ่มไม่ได้อ่านคู่มือ ร้อยละ 20.30

การประเมินการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยพิจารณาตามเกณฑ์การแผ่ระยะภาวะโภชนาการ ผลจากการศึกษา พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 77.00 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.40 มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 75.70 เมื่อพิจารณาน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบเด็กที่ภาวะผอม ร้อยละ 1.9 ของเด็กที่มีรูปร่างอ้วน ร้อยละ 5.0 และ ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่าส่วนใหญ่ของเด็กไม่มีฟันผุ ร้อยละ 65.80 เด็กมีฟันผุ และมีเพียง ร้อยละ 32 กลุ่มเด็กที่ฟันยังไม่ขึ้น ร้อยละ 2.3 จำนวนฟันผุแบบมีรูของเด็กมากที่สุด 1-2 ซี่ ร้อยละ 48.90 จำนวนฟันผุแบบขาวขุ่นของเด็กมากที่สุด 1-2 ซี่ ร้อยละ 61.90 ฟันของเด็กส่วนใหญ่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 63.30 ในขณะที่เด็กส่วนน้อยมีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 36.70

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพ ที่ 6 สรุปได้ดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.55 เท่าของเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุน้อยกว่า 30 ปี

คุณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา อายุของบิดา การศึกษาของบิดา อาชีพของบิดา เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาของเด็ก ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ การ

ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นที่น่าสังเกตว่า เด็กที่มีบิดาสำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวท./ปวส. มีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.97 เท่าของเด็กที่มีบิดาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเด็กที่มีบิดาไม่ได้ทำงาน/เป็นพ่อบ้านมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 3.33 เท่าของเด็กที่บิดารับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน/เจ้าของกิจการ

ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า อายุมารดาของเด็กขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอดเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ อายุมารดาขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปีมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.26 เท่าของเด็กที่มารดาตั้งครรภ์เมื่ออายุ 20-35 ปี

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก ภาวะสุขภาพของเด็ก และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า อายุของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ อายุของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน เด็กที่อายุ 3-5 ปีมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.71 เท่าของเด็กที่อายุ 0-2 ปีเด็กที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 3.57 เท่าของเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ เด็กเคยกินนมมารดา ปัจจุบันเด็กยังคงกินนมมารดาอยู่ เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เด็กมีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพสำหรับเด็ก เด็กเล่นเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน การอ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพกับเด็ก การเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้เด็กฟัง การร้องเพลงให้เด็กฟังหรือร้องเพลงกล่อมเด็ก การเล่นกับเด็ก เด็กดูโทรทัศน์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ผลการศึกษา ไม่พบปัจจัยข้างต้นมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็ก ปัจจัยที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก การมีคราบจุลินทรีย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นที่น่าสนใจว่า เด็กที่ค่อนข้างผอม - ผอมมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.31 เท่าของเด็กที่สมส่วน เด็กที่มีฟันผุมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.17 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันผุ

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือDSPM ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPMและอ่านคู่มือและใช้คู่มือ เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPMและอ่านคู่มือแต่ไม่ใช้คู่มือมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.74 เท่า เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPM แต่ไม่อ่านคู่มือมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.15 เท่า เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่ได้รับคู่มือDSPMมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงถึง 1.85 เท่า

อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยด้านคุณลักษณะณลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ลักษณะครอบครัว และลักษณะทางเศรษฐกิจ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่นำมาพิจารณา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบิดา มารดาที่นำมาพิจารณา ได้แก่ อายุในปัจจุบัน การศึกษา อาชีพ ส่วนปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัวและลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดา

ของเด็ก ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ผลการศึกษา พบว่า อายุของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.55 เท่าของเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุน้อยกว่า 30 ปี โดยพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักคือ มารดาของเด็ก ร้อยละ 61.40 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบว่าซึ่งปัจจัยด้านคุณลักษณะทาง ประชากรของมารดา อายุ, การศึกษา และอาชีพของมารดาขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ พยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จินตนา พัฒนาพงศ์ธร,2560)

ปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา อายุของบิดา การศึกษาของบิดา อาชีพของบิดา เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาของเด็ก ความเพียงพอของรายได้ ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นที่น่าสังเกตว่า เด็กที่มีบิดาสำเร็จ การศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวท./ปวส.มีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.97 เท่าของเด็กที่มีบิดา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเด็กที่มีบิดาไม่ได้ทำงาน/เป็นพ่อบ้านมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าเป็น 3.33 เท่าของเด็กที่บิดารับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน/เจ้าของกิจการ สอดคล้องกับ การวิจัยสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 6 พ.ศ.2557 (พนิต โล่เสถียรกิจ,2557) ดังนั้นควร ศึกษาวิจัย พัฒนา รูปแบบ สื่อ และ การสื่อสารเพื่อการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพเด็กปฐมวัย การวิจัยต้นแบบ “ครอบครัวคุณภาพ” เพื่อนำสู่การปฏิบัติที่เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาต่อยอดได้อย่างแท้จริง ควรพัฒนาความ รอบรู้ ด้านการเลี้ยงดูลูกของครอบครัวให้เป็น “ครอบครัวคุณภาพ” ให้มีทักษะปฏิบัติและสามารถทำกิจกรรม ต่างๆ ร่วมกับเด็กเพื่อดูแลเด็กอย่างมีคุณภาพ ไม่ใช่ความรุนแรง หรือวาทะที่ทำร้ายจิตใจเด็ก จัดหา หนังสือ หรือของเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้รับการพัฒนา ไม่กดดันเด็ก มีศูนย์เรียนรู้ครอบครัว คุณภาพในตำบลๆ ละ 1 แห่ง พร้อมพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ระดับชั้นอนุบาล และการพัฒนา ครู ครูพี่เลี้ยงเด็ก ให้มีความเข้าใจ ถึงการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม สามารถประเมินและติดตามพัฒนาการเด็ก สามารถจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้ สามารถจัด ประสบการณ์เรียนรู้ให้เด็กโดยให้เกิดสมดุลย์ และใช้ ทักษะสื่อสารเชิงบวกกับผู้ปกครองเพื่อให้ร่วมกันพัฒนาเด็ก

ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

พฤติกรรมของมารดาด้านการฝากครรภ์และการคลอด ประมาณ 3 ใน 4 ของมารดาขณะตั้งครรภ์มี อายุในช่วง 20-35 ปี ร้อยละ 73.80 โดยมีอายุขณะตั้งครรภ์น้อยที่สุด 13 ปี อายุขณะตั้งครรภ์มากที่สุด 46 ปี อายุเฉลี่ยขณะตั้งครรภ์ 27.5 ปี

การฝากครรภ์พบว่า ร้อยละ 38.50 ของมารดาไม่ได้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ อายุครรภ์เมื่อมารดา คลอดบุตร ส่วนใหญ่เป็นบุตรที่คลอดครบกำหนด ร้อยละ 92.10 ส่วนการคลอดบุตร พบว่ามารดาคลอดปกติ ร้อยละ 59.10 ในขณะที่คลอดโดยการผ่าท้องคลอด ร้อยละ 40.30

ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของมารดา พบว่ามารดาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 87.50 ในขณะที่มารดามีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.5% โรคที่พบมาก 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคอ้วน โรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาระยะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ของมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 95.10 และมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 4.90 อาการที่พบมาก ได้แก่ เลือดออกจากช่อง คลอด เด็กดิ้นน้อยลงหรือไม่ดิ้น

การติดตามของมารดาระยะตั้งครรภ์ ประวัติการติดตามของมารดาระยะตั้งครรภ์ พบว่า มารดาไม่มี

การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 99.80 และมารดาที่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.20 โรคติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การกินยาบำรุงของหญิงตั้งครรภ์มารดาช่วงตั้งครรภ์กินยา (Obimin/Triferdine/Nataral EF/Prenamed/IodineGPO+FBC+Folic) พบว่า มารดาได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.90 และไม่ได้รับยาบำรุง/ไม่ทราบ ร้อยละ 1.10

ภาวะซีภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์ การตรวจครั้งที่ 1 พบว่า มารดาไม่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 77.60 และมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 22.40 การตรวจครั้งที่ 2 พบว่า มารดาไม่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 83.8 และมีภาวะโลหิตจาง 16.20

ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านอายุมารดาของเด็กขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอดเด็ก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ พยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยพบว่าอายุมารดาขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.26 เท่าของเด็กที่มารดามารดาตั้งครรภ์เมื่ออายุ 20-35 ปี **สอดคล้องกับการศึกษา** ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5 (บุษบา อรรถวิโร และบำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, 2563) พบว่าปัจจัยทางด้านมารดา ที่มีความสัมพันธ์ต่อ พัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.05$ ได้แก่ อายุของมารดา ซึ่งกลุ่มอายุ 20-35 ปี สามารถเลี้ยงดูให้บุตรมีพัฒนาการสมวัยมาก ที่สุดร้อยละ 86.20 เนื่องจากมีความพร้อมในการเลี้ยงดู สามารถสืบค้นข้อมูลมาใช้ประกอบการเลี้ยงดูได้ดีกว่า ส่วนมารดาในกลุ่ม อายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสที่เด็กจะมี พัฒนาการล่าช้ามากกว่ามารดาอายุ 20-35 ปี 3.8 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 6 (พนิต โล่เสถียรกิจ, 2558) พบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุ 36 ปีขึ้นไป พบเด็กมี พัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุ ไม่เกิน 35 ปี และเมื่อพิจารณาความเสี่ยง พบว่า มารดา ที่มีอายุ 36 ปีขึ้นไปมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่า มารดาที่อายุเมื่อตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 20-35 ปี 1.2 เท่า ดังนั้น ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย ควรเร่งรัดพัฒนาระบบบริการการฝากครรภ์การคลอด และ คลินิกสุขภาพเด็กดีให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก และสนับสนุนส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการทุกระดับตามความเหมาะสมของภาวะสุขภาพตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ และคลอดเพื่อให้ได้รับการดูแลตามนโยบายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัยต่อไป

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก ภาวะสุขภาพของเด็ก และพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า อายุของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ อายุของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน เด็กที่อายุ 3-5 ปีมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.71 เท่าของเด็กที่อายุ 0-2 ปี เด็กที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 3.57 เท่าของเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่โรคประจำตัวมักพบมาแต่กำเนิด ทำให้เด็กแรกคลอดมีภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ **สอดคล้องกับการศึกษา** สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย (จินตนา พัฒนาพงศ์ธร, 2557) เด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตของสมองและร่างกายล่าช้า มักเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติในช่วงระยะแรกเกิดหลังคลอด ซึ่งอาจเกิด จากการได้รับการบาดเจ็บ การขาดเลือด ขาดน้ำตาล หรือขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองขณะคลอด หรือความผิดปกติ จากอวัยวะบางส่วน ที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ซึ่งปัจจัยดังต่อไปนี้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ พบว่า เด็กที่แรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.80 และมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยมากกว่า กลุ่มน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม 1.7 เท่า

ภาวะการเจริญเติบโตจากการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แต่มีข้อสังเกตว่า เด็กที่ค่อนข้างผอมและผอมมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.31 เท่าของเด็กที่สมส่วน เด็กที่มีพหุภูมิความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.17 เท่าของเด็กที่ไม่มีพหุ ดังนั้นการจัดบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จึงมีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง ที่หน่วยบริการทุกระดับควรปฏิบัติตามมาตรฐาน และการส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็ก ดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

พบว่าพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือDSPM ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPMและอ่านคู่มือและใช้คู่มือ เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPMและอ่านคู่มือแต่ไม่ใช้คู่มือมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 2.74 เท่า เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้รับคู่มือDSPM แต่ไม่อ่านคู่มือมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.15 เท่า เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่ได้รับคู่มือDSPMมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงถึง 1.85 เท่า **สอดคล้องกับการศึกษา** ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5 (บุษบา อรรถวীর, 2563) ผลการศึกษาพบว่าก่อนใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94 หลังให้ความรู้โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นร้อยละ 99.5 ดังนั้นการจัดบริการโรงเรียนพ่อแม่โดยการให้ความรู้และความสำคัญการใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ตั้งแต่หลังคลอดตลอดจนการมาตรวจตามนัดในคลินิกเด็กสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จัดรูปแบบการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับคู่มือ DSPM เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงนโยบาย ในการปฏิบัติและในการวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. เด็กปฐมวัยยังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวนมาก การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยยังขาดคุณภาพและการบูรณาการ ดังนั้น ในเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับกระทรวง และระดับจังหวัด ควรมีนโยบายการดำเนินงานด้านนี้ต่อเนื่อง พร้อมทั้งบูรณาการและพัฒนาให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
2. ผู้บริหารระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดนโยบาย กำหนดมาตรการเพื่อผลักดันให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ให้มีคุณภาพ โดยอาจพิจารณาให้หน่วยงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นองค์กรขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่ และ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด และอำเภอควรให้ความสำคัญและจริงจัง เชิงนโยบายในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น มีการติดตามกำกับการทำงานทั้ง ในเชิงปริมาณ และคุณภาพ
2. บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ในการใช้คู่มือ DSPM และมีจำนวนจำกัดที่มีความรู้และ สามารถประเมินพัฒนาการเด็กได้ ควรจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้ และเพิ่มจำนวนให้เพียงพอในการปฏิบัติงาน
3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กทั้งครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และ อสม. มีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงควรให้ความรู้ ความเข้าใจ และดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และดำเนินงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ควรส่งเสริมขยายผลการดำเนินงานตามรูปแบบ ครอบครัวคุณภาพ นำไปดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นสังกัดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นผู้ดำเนินการเชิงนโยบาย และ สนับสนุนการบริหารจัดการ ผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานสาธารณสุขดำเนินการเชิงวิชาการและ จัดระบบการ ปฏิบัติงานตามรูปแบบคือ มีการจัดทีมวิทยากรให้ความรู้ ทีมตรวจประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ต้องใช้ ระบบบันทึกการดำเนินงานของครู ระบบบันทึกการดำเนินงานของ อสม. และ จัดระบบ ทำงานให้เชื่อมกับการให้บริการกลุ่มเป้าหมาย (9, 18, 30 และ 42 เดือน)

5. การดำเนินงานตามรูปแบบ ครอบครัวคุณภาพ ควรมีทรัพยากรดำเนินงานหรือควรได้รับการสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน ได้แก่ งบประมาณเพื่อจัดประชุมชี้แจง วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน เช่น ชุดตรวจ ประเมินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คู่มือ DSPM หนังสือนิทาน แบบบันทึก การดำเนินงานของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และแบบบันทึกการดำเนินงานของ อสม.

6. ปรับระบบการจัดการบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดีให้ได้มาตรฐาน ในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะบริการที่จำเป็นต้องได้รับ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจสุขภาพ ตรวจสุขภาพช่องปาก คัดกรอง พัฒนาการ สอนและฝึกทักษะให้พ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ด้วยตนเอง และการให้วัคซีน

7. สนับสนุนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน บูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยครูผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลบางส่วน โดยเฉพาะประวัติของแม่ขณะตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่การลงข้อมูลในสมุดบันทึกบันทึกสุขภาพแม่และเด็กไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลการรับยาและผลเลือดภาวะซีด เพื่อวางแผนการดูแลขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด เช่น มารดาที่ภาวะซีด ครั้งที่ 2 ควรได้รับการรักษา การวางแผนการคลอดที่ปลอดภัย เช่น การสำรองเลือดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่อาจเกิดความเสี่ยงขึ้นได้

2. การตั้งครรภ์ในมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และมีความเสี่ยงเช่นโรคประจำตัว ซึ่งไม่พบข้อมูลว่า มารดาได้รับการบริการในหน่วยบริการตามระดับความเสี่ยงที่เหมาะสมตามอายุครรภ์ บุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสำคัญการประเมินความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และเน้นย้ำให้หญิงครรภ์ทราบถึงความเสี่ยงของตนเอง และการจัดการความเสี่ยงการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยงเบื้องต้น และมีการส่งต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในชุมชน เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงครอบคลุมไร้รอยต่อตั้งแต่หน่วยบริการสู่ชุมชน โดยกำหนดแนวทาง/แผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน

3. ผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญ โดยเฉพาะเด็กที่ได้รับการดูแลจากปู่ ย่า ตา ยาย ควรสื่อสารให้ความรู้ กับ ผู้ดูแลเด็กที่สูงวัย ในเรื่องการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้เหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันเด็กไทยมีโอกาสเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลเด็กอาจเข้าใจไม่ถูกต้อง และไม่ทราบถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก

4. กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่เป็นกิจกรรมที่ดีหากมีการดำเนินการอย่างจริงจัง แต่เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้บางหน่วยบริการงดการจัดกิจกรรมในหน่วยบริการ เป็นรูปแบบออนไลน์ซึ่งควรเน้นย้ำความสำคัญของโภชนาการ การตรวจกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้พ่อแม่ผู้ปกครองเห็นความสำคัญการใช้คู่มือ DSPM เนื่องจากมีการได้รับคู่มือแต่มีการอ่านและนำไปใช้น้อย ทำให้เด็กปฐมวัยไม่ได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การวิจัยพัฒนา รูปแบบ สื่อ และการสื่อสารเพื่อการพัฒนา ความรอบรู้สุขภาพเด็กปฐมวัย, การวิจัยต้นแบบศูนย์เรียนรู้“ครอบครัวคุณภาพ”เพื่อนำสู่การปฏิบัติ ที่เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาต่อยอดได้อย่างแท้จริง
2. การวิจัยระบบพัฒนาเด็กปฐมวัยใน “สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” ทั้งโรงเรียนระดับชั้นอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. การวิจัย การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อบูรณาการระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นในชุมชน
4. การวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน

บรรณานุกรม

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมความเสี่ยงของเด็กปฐมวัย ของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กลุ่มวิจัยอาหารเพื่อโภชนาการ. (2554). ผลระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ปี2553. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วันที่ค้นข้อมูล 30 พฤษภาคม 2554, แหล่งข้อมูล: http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/files/_iodine/ui_75_จังหวัด.pdf.
3. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร. (2558). รายงานการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปีพ.ศ. 2557”. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (เอกสารอัด สำเนา).
4. ัณยพร เมฆรุ่งจรัส และอดิสรุสตา เฟื่องฟู. (2561). ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก. ในสุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ. บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด. หน้า44
5. นิชรา เรื่องดารกานนท์. (2551). พัฒนาการและเขาว์ปัญญาของเด็กไทย. กรุงเทพฯ : เอกสารอัด สำเนา.
6. นิตยา คชภักดี และอรพินท์เลิศอัสดาตระกูล. (2556). คู่มือการฝึกอบรมการทดสอบพัฒนาการ เด็กปฐมวัย. ฉบับแก้ไขปรับปรุง ครั้งที่4. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว.
- นิตยา คชภักดี. (2554). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
7. นิชรา เรื่องดารกานนท์. (2551). พัฒนาการและเขาว์ปัญญาของเด็กไทย. กรุงเทพฯ : เอกสารอัด สำเนา.
8. นันทา อ่วมกุล และคณะ. (2552). สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ.2552. บริษัท ปิยอนด์เอ็น เทอร์ไพรซ์จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
9. บุษบา อรรถวิรุ ,บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ .(2563).ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5 แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/download/167937/165463/852174> ค้นเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2564.
10. พนิต โล่เสถียรกิจ.(2558). สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 6.ชลบุรี:บางแสนการพิมพ์.
11. พนิต โล่เสถียรกิจ. (2550). เด็กพูดช้า.วารสารกุมารเวชศาสตร์ปีที่26 ฉบับที่4 ตุลาคม-ธันวาคม 2550
12. วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์ และนัยพินิจ คชภักดี. (2561). บทบาทของสมองต่อพัฒนาการเด็ก. สุรีย์ ลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ. บรรณาธิการตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- 13.วิชัย เอกพลกร.(2554). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข.
14. รัตโนทัย พลับรู้การและคณะ. (2552).วิเคราะห์สุขภาพะเด็กและวัยรุ่น อายุ2-5 ปี. บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด. กรุงเทพมหานคร.

15. สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, ดวงพร แก้วศิริ. (2547). ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพล ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา; 2(1) : 3-10.
16. สิริมา ภิญโญนันตพงษ์. (2545). แนวคิดสู่แนวปฏิบัติ:แนวการจัดประสบการณ์ปฐมวัยศึกษา. กรุงเทพฯ. ดวงกมล.http://www.moe.go.th/main2/article/article_banjerdporn/school_bud. (Available online: 10 April, 2011)
17. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2564). รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี2560. เอกสารอัด สำเนา
18. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติพ.ศ. 2561-2580.แหล่งข้อมูล:http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001. PDF. ค้นเมื่อ วันที่ 28 มีนาคม 2564
19. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ดวงพร แก้วศิริ. (2544). รายงานการวิจัยโครงการการพัฒนา ระดับสติปัญญาเด็กวัยต่างๆของประเทศไทยที่1: การวิเคราะห์สถานการณ์. คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
20. ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัยเล่ม 1 พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
21. Bee H. (1995). The growing child New York : Harper Collins College Publishers ; 3-28, 105-83.
22. Rajatanavin R.,Chailurkit L.,WinichakoonP.,MahachoklertwattanaP.,Soranasataporin S.,Wacharasin R. (1997). Endemic cretinism in Thailand: a multidisciplinary survey. EurJEndocrinol; 137: 349-55.
23. Karim Bougma, Frances E. Aboud, Kimberly B. Harding, Grace S. Marquis. (2013). Iodine and Mental Developmentof children5years Oldand Under: A Systematic Review and Meta-Analysis.Nutrients. Volume 5, Issue 4.
24. Gian M.,hang D.,Wathins WE. (2005).Theeffectsof Iodineonintelligencein children: A meta-analysis of studies conducted in China Asia Pac. linHitr: 14:32-42.
25. Andrew Dickerson and GurleenPopli. (2012).Persistent poverty and children’s cognitive devenlopment: Evidence from the UK Millennium Cohort Study. The University of Sheffield. July 10, 2012.
26. Bernardo L. Horta, Cesar G. Victora. (2013). Long term effects of breastfeeding. Department of Maternal Newborn Child and Adolescent Health (MCA). World Health Organization. Switzerland. P74. from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf 1

27. Wendy H.Oddy, JianghongLi, Monique Robinson, Andrew J.O. Whitehouse. (2012). The Long-Term Effect of Breastfeeding on Development.CentrePopulation Health Research. Contemporary Pediatrics. Publisher InTech: 57-78. from<http://cdn.intechopen.com/pdfs/31651.pdf>
28. Wang B, Zhan S, Gong T, Lee L. (2013). Iron therapy for improving physical and intellectualdevelopment inchildrenunder the ageof three whoare anemicdue toa lack of iron. Cochrane Summaries. Published Online : June 6, 2013. from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0011045>
29. Machintosh NJ. (1995). Psycholog : insight into intelljgence. Nature; 377:581-2.9 Naoko Etal. (2013).Theassociationsofparityand maternalage withsmall-forgestational-age,preterm and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. BMC Public Health; September 2013, 13 (Suppl3):S2 from<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S>
30. Eric F. Dubow, Paul Boxer, L. Rowell Huesmann. (2009). Long-term ofparent' Education and Occupational Success: Mediationby Family Interaction, Child Aggress, and Teenage Aspiration. Merrill Palmer Q. July; 55(3): 224-249.
31. Robert H. Bradley and Robert F. Corwyn. (2002). Socioeconomic Status and Child Development. Annu. Rev. Psychol. 53:371-99.
32. Benasich AA., Brooks-Gunn J., (1996). Mater attitudes andknowledgeof child-reasing: association with family and child outcomes. Child Dev; 67: 1186-1205.
33. Loehlin JC. (2000). Group difference in intelligence. In : Stern RJ. Ed. Hand book of intelligence. Cambridge : Cambridge University Press, : 176-193
34. G.C. Pramod Singh, Manju Nair, Ruth B, Grubestic and Frederick A.(2009). Factors associated with underweight and Stunting among children in Rural Terai of Estern Nepal. Asia-PacificJ Public Health ; 21(2):144-152
35. Isaranurug S, Nanthamongkolchai K, Kaewsiri D.(2005). Factors Influencingdevelopment of children aged one to under six years old. J Med
36. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RE, Arvin AM. Eds. (1996) Textbookofpediatrics 15 th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company : 56-72.
37. Gesell,A (1929), Maturation and infant behavior patters,Psychological Review,36.307-319.
38. Piaget, J. (1972). The Psychology of the Child. New York : Little Fiel Adams
39. Erikson,E.H. (1950). Childhood and Society. NewYork : Norton.

40. Jaipaul Roopnarine L.J., Fouts N. H., Lamb and E. M., and Lewis-Elligan Y. T. (2005) Mothers' and Fathers' Behaviors Toward Their 3- to 4- Month-Old Infants in Lower, Middle, and Upper Socioeconomic African American Families. *Journal of Developmental Psychology*; 41(5): 723-732.
41. Chen X, Lice M, Li D. (2000). Parental warmth, control, and indulgence and their relations to Adjustment in Chinese children : a longitudinal study. *J Family Psychology* ; 14 : 401-19. *Assoc Thai.* ;88(1) :86-90.
42. Serhiy Kobaykov. (2013). Diet, parental behavior and preschool can boost children's IQ. *Association for Psychological Science*. January 25, 2013.
43. American Academy of Pediatrics. (2014). Media and Children. Deducted to the health of all children. from <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Pages/Media-and-Children.asp>

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กของครอบครัวไทย โดยสอบถามข้อมูลจาก พ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัวที่ใช้เวลาในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุด และดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือน อย่างต่อเนื่อง แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแม่ ข้อมูลเด็ก พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM การประเมินภาวะการเจริญเติบโต การตรวจสุขภาพช่องปาก และการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมของเขต โดยไม่เปิดเผยข้อมูลของท่านแต่อย่างใด จึงขอความร่วมมือจากทุกท่านตอบทุกข้อคำถามนี้ตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

วันที่สัมภาษณ์..... เลขที่แบบสอบถาม ☐☐☐☐

จังหวัด.....อำเภอ.....ตำบล.....

ผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับเด็ก เป็น ☐ แม่ ☐ พ่อ ☐ ผู้เลี้ยงดูหลัก ระบุ.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้าน

1. อายุ/ระดับการศึกษา/อาชีพของแม่ พ่อ และผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้าน (ไม่ใช่ผู้เลี้ยงดูเด็กในศูนย์เด็กเล็ก)

1.1 แม่	1.2 พ่อ	1.3 ผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้าน
ปัจจุบันอายุ.....ปี	ปัจจุบันอายุ.....ปี	ปัจจุบันอายุ.....ปี ☐ ชาย ☐ หญิง
การศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. อนุปริญญา/ปวท./ปวส. ☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 7. ไม่ทราบ	การศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. อนุปริญญา/ปวท./ปวส. ☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 7. ไม่ทราบ	การศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. อนุปริญญา/ปวท./ปวส. ☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 7. ไม่ทราบ
อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. เกษตรกรรม ☐ 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 4. รับจ้าง ☐ 5. ค้าขาย ☐ 6. แม่บ้าน ☐ 7. เจ้าของกิจการ ☐ 8. อื่นๆ ระบุ.....	อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. เกษตรกรรม ☐ 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 4. รับจ้าง ☐ 5. ค้าขาย ☐ 6. พ่อบ้าน ☐ 7. เจ้าของกิจการ ☐ 8. อื่นๆ ระบุ.....	อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. เกษตรกรรม ☐ 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 4. รับจ้าง ☐ 5. ค้าขาย ☐ 6. พ่อบ้าน/แม่บ้าน ☐ 7. เจ้าของกิจการ ☐ 8. อื่นๆ ระบุ.....

2. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว (ที่เด็กอาศัยอยู่)

- ☐ เพียงพอ เหลือเก็บ
☐ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
☐ ไม่เพียงพอ

3. สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก

- ☐ อยู่ด้วยกัน
☐ แยกทางกัน
☐ หม้าย

4. การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

- ☐ ไม่ทราบ
☐ ไม่ได้รับ
☐ ได้รับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแม่

1. ขณะตั้งครรภ์ แม่ของเด็ก อายุ.....ปี

2. ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์

3. อายุครรภ์เมื่อคลอด.....สัปดาห์

4. การคลอด

- ☐ 1. คลอดปกติ
☐ 2. ผ่าท้องคลอด
☐ 3. ใช้คีมทำคลอด
☐ 4. เครื่องดูดสุญญากาศ
☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

5. ขณะตั้งครรภ์แม่

5.1 มีโรคประจำตัว	5.2 มีภาวะแทรกซ้อน	5.3 ติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์
☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี	☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี	☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี
5.1.1 ถ้ามี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. เบาหวาน ☐ 2. ความดันโลหิต ☐ 3. ธัยรอยด์ ☐ 4. โรคหัวใจ ☐ 5. โรคโลหิตจาง ☐ 6. โรคธาลัสซีเมีย ☐ 7. อื่นๆ ระบุ.....	5.2.1 ถ้ามี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. เด็กด้นน้อยลงหรือไม่ด้น ☐ 2. เลือดออกจากช่องคลอด ☐ 3. ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวจนเห็นหน้าอกบวมที่เท้าคดบวม ☐ 4. ปัสสาวะแสบขัดหรือลำบาก ☐ 5. มีน้ำเดินลักษณะใสๆ ไหลออกจากช่องคลอด ☐ 6. เล็บที่หลังปวดร้าวถึงด้านหน้า บริเวณหัวเข่าและท้องน้อย ☐ 7. อื่นๆ ระบุ.....	5.3.1 ถ้ามี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. หัดเยอรมัน ☐ 2. ซิฟิลิส ☐ 3. เชื้อสุกใส ☐ 4. เอชไอวี ☐ 5. เริม ☐ 6. อื่นๆ ระบุ.....

6. แม่ได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ (Triferdine/Obimin/IodineGPO/Nataral/Nataral EF/Prenamed)

☐ 1. ไม่ได้รับ

☐ 2. ได้รับ

7. ผล Hct. ของแม่

ครั้งที่ 1%

ครั้งที่ 2%

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเด็ก

1. เด็กเกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปีเดือน (นับถึงวันที่
สัมภาษณ์)

2. เพศ ☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

3. น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม

4. ภาวะออกซิเจนแรกคลอด (Apgar score)

ที่ 1 นาที ☐ ไม่มีการบันทึก ☐ มีการบันทึก ได้คะแนน.....

ที่ 5 นาที ☐ ไม่มีการบันทึก ☐ มีการบันทึก ได้คะแนน.....

5. เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. หญิง

6. ปัจจุบันเด็กมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม ความยาว/ส่วนสูง.....เซนติเมตร (วันสัมภาษณ์)

น้ำหนัก/อายุ :	ส่วนสูง/อายุ :	น้ำหนัก/ส่วนสูง :
☐ 1. น้ำหนักน้อย	☐ 1. เตี้ย	☐ 1. ผอม
☐ 2. น้ำหนักค่อนข้างน้อย	☐ 2. ค่อนข้างเตี้ย	☐ 2. ค่อนข้างผอม
☐ 3. น้ำหนักตามเกณฑ์	☐ 3. สูงตามเกณฑ์	☐ 3. สมส่วน
☐ 4. น้ำหนักค่อนข้างมาก	☐ 4. ค่อนข้างสูง	☐ 4. ท้วม
☐ 5. น้ำหนักมาก	☐ 5. สูง	☐ 5. เริ่มอ้วน
		☐ 6. อ้วน

7. เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ถ้ามีคือ ☐ 1. ตัวเหลืองและส่องไฟ

☐ 2. ตัวเหลืองเปลี่ยนถ่ายเลือด

☐ 3. ได้รับออกซิเจน

☐ 4. ใส่เครื่องช่วยหายใจ

☐ 5. ชัก

☐ 6. อื่นๆระบุ.....

8. ปัจจุบันเด็กมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ตามที่แพทย์วินิจฉัย)

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ถ้ามีคือ

☐ 1. โรคหัวใจ

☐ 2. ธาลัสซีเมีย

☐ 3. G6PD

☐ 4. อื่นๆ ระบุ.....

9. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่

☐ 1. ไม่เคย

☐ 2. เคย ระบุโรค/อาการ.....

10. ผล Hct. ของเด็กอายุ 6-12 เดือนเท่ากับ.....% เด็กอายุ 3 – 5 ปี เท่ากับ.....%

11. การได้รับอาหารและวิตามินเสริมธาตุเหล็ก

☐ 1. ได้รับ

☐ 2. ไม่ได้รับ

12. เด็กเคยกินนมแม่หรือไม่

☐ 1. ไม่ทราบ

☐ 2. ไม่เคย

☐ 3. เคย

ถ้าเด็กเคยกินนมแม่ ปัจจุบันเด็กยังกินนมแม่อยู่หรือไม่

☐ 1. ไม่กิน

☐ 2. กิน

13. เด็กมีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพสำหรับเด็กจำนวนกี่เล่ม

☐ 1. ไม่ทราบ

☐ 2. ไม่มี

☐ 3. มี จำนวน.....เล่ม

14. สิ่งที่เด็กเล่นเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน

เด็กเล่นกับ

☐ 1. ไม่ทราบ

☐ 2. ไม่เล่น

☐ 3. เล่น (เด็กเล่นกับ.....ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. ของเล่นที่ทำเองในบ้านเช่น ตุ๊กตา รถยนต์หรือของเล่นอื่นๆ ที่ทำขึ้นภายในบ้าน

☐ 2. ของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงาน

☐ 3. เครื่องใช้ภายในครัวเรือน เช่น ถ้วย ชาม หรือสิ่งของที่พบนอกบ้าน

เช่น กิ่งไม้ เปลือกหอย ใบไม้ ฯลฯ

15. เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น มือถือ แท็บเล็ต เครื่องเล่นเกม หรือไม่

- ☐ 1. ไม่ทราบ
- ☐ 2. ไม่เล่น
- ☐ 3. เล่น จำนวน.....ชั่วโมง/วัน

16. ในรอบ 3 วันที่ผ่านมา มีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทำกิจกรรมเหล่านี้ร่วมกับเด็ก บ้างหรือไม่(ตอบทุกข้อ)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 16.1 อ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพกับเด็ก | ☐ 1. ไม่ทราบ | ☐ 2. ไม่มี | ☐ 3. มี |
| 16.2 เล่นทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้เด็กฟัง | ☐ 1. ไม่ทราบ | ☐ 2. ไม่มี | ☐ 3. มี |
| 16.3 ร้องเพลงให้เด็กฟังหรือร้องเพลงกล่อมเด็ก | ☐ 1. ไม่ทราบ | ☐ 2. ไม่มี | ☐ 3. มี |
| 16.4 เล่นกับเด็ก | ☐ 1. ไม่ทราบ | ☐ 2. ไม่มี | ☐ 3. มี |

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM

1. ได้รับคู่มือ DSPM หรือไม่

- ☐ 1. ได้
- ☐ 2. ไม่ได้ (จบการสัมภาษณ์)

2. ได้อ่านคู่มือแล้วหรือไม่

- ☐ 1. อ่านแล้ว
- ☐ 2. ยังไม่เคยอ่าน (จบการสัมภาษณ์)

3. ถ้าอ่านแล้วอ่านอย่างไร

- ☐ 1. อ่านเป็นเดือนๆ ตามอายุลูก
- ☐ 2. เลือกอ่านตามความสนใจ
- ☐ 3. อ่านล่วงหน้าเกินช่วงอายุลูก
- ☐ 4. อื่นๆ ระบุ.....

4. นำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็กหรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์เปิดคู่มือDSPM ชี้ให้ดูช่องส่งเสริมพัฒนาการ)

- ☐ 1. นำมาใช้บ่อยๆ เกือบทุกวัน
- ☐ 2. นำมาใช้บ้างนานๆ ครั้ง
- ☐ 3. ไม่ได้นำมาใช้เลย
- ☐ 4. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก

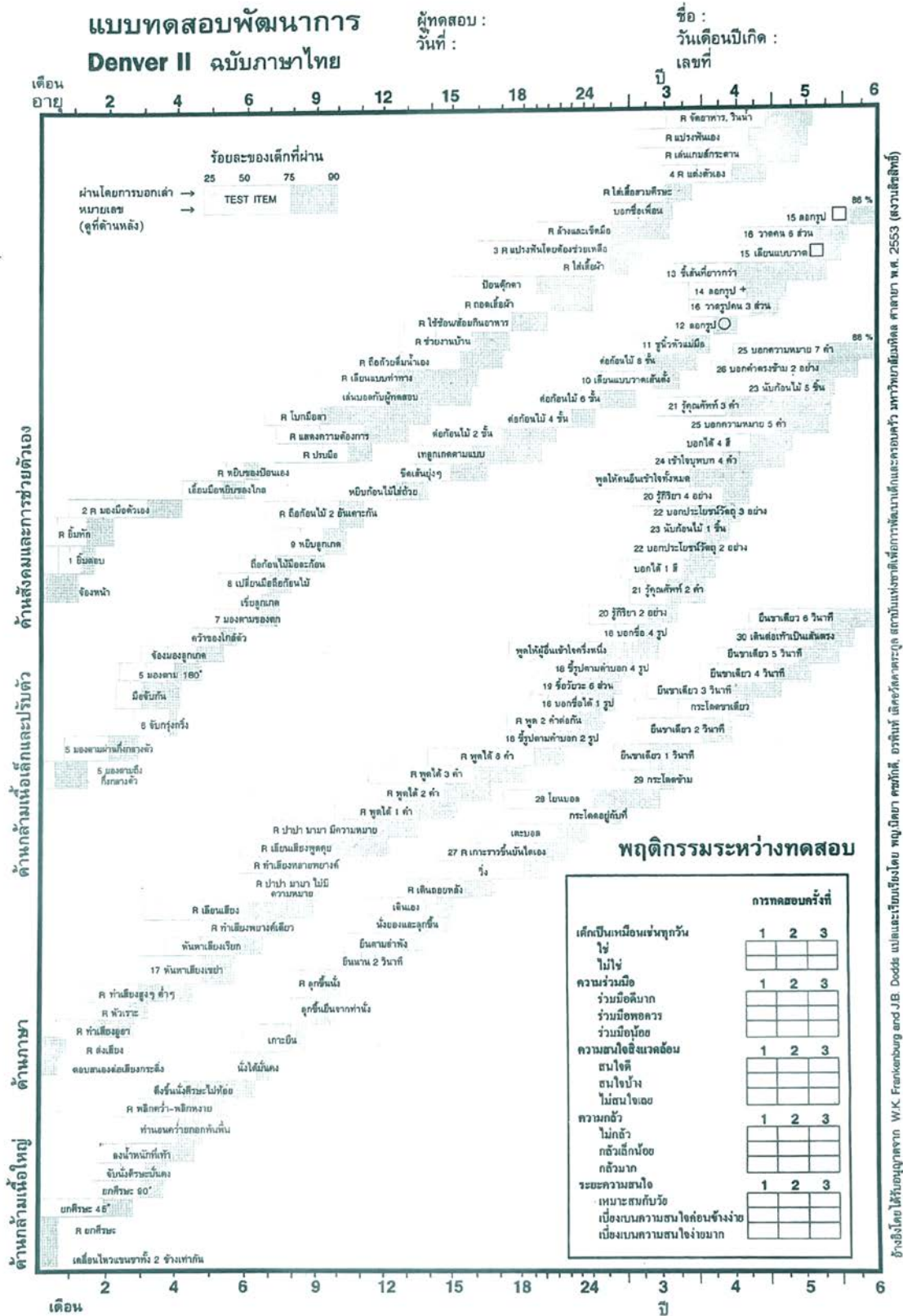
- ☐ 1. ไม่มีฟัน
- ☐ 2. ไม่มีฟันผุ
- ☐ 3. มีฟันผุ

- ☐ 3.1 พันธุ์แบบมีรู จำนวน.....ซี่
- ☐ 3.2 พันธุ์แบบขาวขุ่น จำนวน.....ซี่
- ☐ 4. มีคราบจุลินทรีย์ (ซีฟัน)
- ☐ 4.1 มี
- ☐ 4.2 ไม่มี
- ☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 6 ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II)

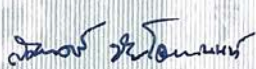
	สมวัย	สงสัยล่าช้า
1. พัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง	☐	☐
2. พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัว	☐	☐
3. พัฒนาการด้านภาษา	☐	☐
4. พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่	☐	☐
5. การประเมินผลรวม	☐	☐

แบบทดสอบพัฒนาการ Denver II



ใบรับรองโครงการจริยธรรม

ใบรับรองโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย 450/2564		
เรื่อง สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ในเขตสุขภาพที่ 6 (Situation of Early childhood Development In The Region 6 Health Provider, Thailand 2021)		
ผู้วิจัยหลัก นางสาวสุวิณา พลศักดิ์		
เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งรัด	☐ ใช่	☒ ไม่ใช่
เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบปกติ	☒ ใช่	☐ ไม่ใช่
ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ครั้งนี้		
☒ รับรอง วันที่พิจารณารับรอง 26 มีนาคม 2564		
โครงการวิจัย 450	ฉบับที่.....1.....	วันที่ 26 มีนาคม 2564.....
เอกสารแนะนำอาสาสมัคร RF09-04-450	ฉบับที่.....1.....	วันที่ 26 มีนาคม 2564.....
ใบยินยอม RF09-05-450	ฉบับที่.....1.....	วันที่ 26 มีนาคม 2564.....
เครื่องมือ (ระบุ) RF09-10.1-450, RF09-10.2-450	ฉบับที่.....1.....	วันที่ 26 มีนาคม 2564.....
 ลงนาม..... (นายสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์) ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รับรองตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2564..... ถึงวันที่ 25 มีนาคม 2565.....		
หมายเหตุ - คณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังได้รับการรับรอง คือ ต้องรายงานความก้าวหน้าของ การวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก 6 เดือน (RF13-01) และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่ 1) เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการ หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว และให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ว่าเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร หากเกี่ยวข้องในระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันอาสาสมัครด้วย (RF18-01, RF18-02) 2) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลง เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน (RF12-01) 3) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลง พร้อมเหตุผลให้ คณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน 4) เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งสาเหตุ ของการยุติโครงการวิจัยด้วย (RF14-01)		