

รายงานการวิจัย

เรื่อง

สำรวจปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี
ด้วยเครื่องมือ DENVER II

โดย

นางสาวกรรณิการ์ เจริญจิตร

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก

สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี

(ปฏิบัติราชการที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

รายงานการวิจัยเรื่องสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีด้วยเครื่องมือ DENVER II ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะของประชากรและสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ และปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่างๆ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องไม่มากนักน้อยในการนำผลการวิจัยไปใช้หรือประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดความเหมาะสมตลอดจนเกิดแนวทางในการปรับปรุง พัฒนางานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงศิริกุล อิศรานุรักษ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ขอขอบพระคุณดร.ศรีชมา กาญจนสิงห์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี ที่กรุณาอนุเคราะห์ในเรื่องของการรวบรวมข้อมูลในด้านสถิติ การดำเนินงานจะเกิดขึ้นไม่ได้เลยหากไม่ได้โอกาสจากผู้ที่ทำให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสดำเนินการจนเสร็จสิ้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง หัวหน้ากลุ่มงานสตรี เด็กปฐมวัยและครอบครัว ที่ให้โอกาสได้ทำการวิจัยเรื่องนี้ ขอขอบพระคุณทีมศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อการวิจัย และที่ขาดไม่ได้ต้องขอขอบพระคุณผู้ร่วมทีมการวิจัยครั้งนี้ คุณนงลักษณ์ สมรูป และ คุณพัชรี รื่นเรือง ที่ช่วยเหลือและดูแลกันและกันระหว่างสำรวจข้อมูล

ผู้วิจัยหวังว่ารายงานการวิจัยเล่มนี้จะเป็นประโยชน์และสามารถนำผลในการศึกษาเป็นแนวทางในการสร้างนโยบายในการพัฒนาการงาน มุมมองที่ดีต่อการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดหากพบข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขออภัยมา ณ โอกาสนี้ ด้วย

นางสาวกรรณิการ์ เจริญจิตร
ผู้วิจัย

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวกรรณิการ์ เจริญจิตร

ชื่อเรื่อง : สำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีด้วยเครื่องมือ DENVER II

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) การศึกษา ณ จุดเวลา (ภาคตัดขวาง : Cross-Sectional Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยากรณ์โอกาสและปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ เมษายน – มิถุนายน ๒๕๖๐ กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย ๖ เดือนต่อเนื่อง และเด็กแรกเกิดถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น ๓ กลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบ แบ่งชั้นภูมิ (Stratified Three -stage Sampling) ได้แก่ กลุ่มอายุ ๐-๑ ปี จำนวน ๙๘ คน กลุ่มอายุ ๑-๓ ปี จำนวน ๔๗๖ คน และกลุ่มอายุ ๔-๕ ปี จำนวน ๑๓๙ คน รวมทั้งสิ้น ๗๑๓ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก ๑) แบบสัมภาษณ์มารดา บิดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก ๒) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและกราฟประเมินการเจริญเติบโต น้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ๓) แบบทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย DENVER II วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์และพยากรณ์โอกาสของปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการเด็กโดยใช้ Multiple Binary Logistic Regression

ผลการศึกษา พัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวม พบว่ากลุ่มประชากรเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๗๔.๕ สงสัยล่าช้าร้อยละ ๒๕.๕ พบพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดด้านภาษา ด้านสังคม และการช่วยเหลือตัวเอง ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๙, ๓๐.๒, ๒๕.๘ และ ๒๓.๑ ตามลำดับ เมื่อจำแนกเด็กเป็นกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุ ๐-๑ ปีมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดร้อยละ ๒๗.๖ รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๑-๓ ปี ร้อยละ ๒๖.๗ และน้อยที่สุดกลุ่มอายุ ๔-๕ ปี ร้อยละ ๒๐.๑ การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P - value < 0.05$ คือ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม ซึ่งได้แก่ มารดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC โดยมารดาที่เข้าร่วมอบรมไม่ทุกครั้งที่เด็กมีโอกาสเกิดพัฒนาการสมวัยมากกว่ามารดาที่เข้าร่วมอบรมทุกครั้ง ๑.๖๙๙ เท่า และสถานที่ช่วงกลางวันที่ได้กู่ศูนย์เด็กเล็กโดยช่วงกลางวันเด็กกู่ที่บ้านผู้รับจ้างดูแล และช่วงกลางวันเด็กกู่ที่บ้านตนเองมีโอกาสเกิดพัฒนาการสมวัยน้อยกว่า ช่วงกลางวันเด็กกู่ที่ศูนย์เด็กเล็ก ๐.๓๐๘ เท่า และ ๐.๔๒๖ ตามลำดับ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	ก
บทคัดย่อ.....	ข
สารบัญ.....	ค
บทที่ ๑ บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑-๒
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	๒
ขอบเขตของการวิจัย.....	๒-๓
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	๓-๕
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	๕
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
เอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	๖-๒๕
งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๒๖-๒๙
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	
แบบแผนการวิจัย.....	๓๐
ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง.....	๓๐-๓๒
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	๓๒
การดำเนินการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	๓๓-๓๔
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	๓๔
บทที่ ๔ ผลการวิจัย.....	๓๕-๔๘
บทที่ ๕ สรุปและข้อเสนอแนะ	
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	๔๙
ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง.....	๔๙
สรุปผลการวิจัย.....	๔๙-๕๒
อภิปรายผล.....	๕๒-๕๔
ข้อเสนอแนะ.....	๕๔-๕๕
บรรณานุกรม.....	๕๖-๕๘
ภาคผนวก.....	๕๙-๗๐

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“เด็กวันนี้คือผู้ใหญ่ในวันหน้า” การส่งเสริมเด็กในวันนี้ให้พร้อมเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จึงเป็นเรื่องสำคัญในโลกปัจจุบันอีกหลายประเทศที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาและเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วโดยเฉพาะขณะนี้ประเทศไทย ก็กำลังเข้าสู่ยุคที่มีอัตราการเกิดต่ำ ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนเด็กเกิดใหม่เพียงปีละประมาณไม่ถึง ๘ แสนคน และหากวัดด้วยอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate: TFR) ซึ่งหมายถึง จำนวนบุตรเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีบุตรได้ตลอดวัยเจริญพันธุ์ ขณะนี้พบว่าเหลือเพียง ๑.๖ คน ลดลงจาก ๕ คน ในปี ๒๕๑๗ จะเห็นว่าอัตราเจริญพันธุ์รวม ๑.๖ นี้ จะไม่พอเพียงกับการทดแทนประชากรรุ่นพ่อแม่ที่จะต้องเสียชีวิตไปในอนาคต (ญุเบศร์ , ๒๕๕๘) อัตราการเกิดมีลักษณะเฉพาะตัวเนื่องจากจำนวนประชากรรุ่นถัดไปเกิดขึ้นจากประชากรรุ่นก่อนหน้าหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ประชากรเกิดจากประชากร การเพิ่มขึ้นของคนรุ่นหนึ่งจะทำให้คนรุ่นถัดไปยิ่งเพิ่มเร็วขึ้น และในทำนองเดียวกันการลดลงของประชากรรุ่นหนึ่งจะทำให้ประชากรรุ่นถัดไปลดลงอย่างรวดเร็วเช่นกัน อัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มทำให้อัตราการเกิดลดลงเร็วขึ้น หากพิจารณาโครงสร้างอายุประชากรจะเห็นได้ว่าประชากรประกอบด้วยสามส่วนสำคัญ คือ วัยเด็กอยู่ด้านล่าง วัยทำงานอยู่ช่วงกลาง และวัยชราอยู่บนสุด ทั้งนี้วัยเด็กและวัยชราจัดเป็นวัยพึ่งพิง กล่าวคือไม่สามารถสร้างผลผลิตใดให้แก่สังคมหรือหากมีก็น้อยมาก การผลิตใดๆเพื่อเลี้ยงดูและค่าจุนสัคนจึงตกเป็นหน้าที่ของวัยแรงงาน และจะเกิดอะไรขึ้นหากคนกลุ่มนี้กำลังมีจำนวนที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง อนาคตของประเทศไทยในอีกไม่กี่ปีข้างหน้ากำลังเดินทางเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยประชากรวัยทำงานผู้ขับเคลื่อนผลผลิตให้ประเทศมีจำนวนน้อยลงอย่างแน่นอน เมื่อมองเห็นแนวโน้มเช่นนี้ การมุ่งประเด็นพัฒนาและส่งเสริมไปที่เด็กปฐมวัยที่เกิดและกำลังเติบโตนั้นเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้าม เมื่อพูดถึงประเด็นของเด็กการเจริญเติบโตและการพัฒนาการมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะ การเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่างๆของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว (ญุเบศร์ และนิพนธ์, ๒๕๕๗) พัฒนาการจึงเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่และ ภาวะของอวัยวะรวมทั้งตัวบุคคล ทำให้ทำสิ่งที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมในบริบทของครอบครัวและสังคม พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดา และในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด (จินตนา, ชัยชนะ และนฤมล, ๒๕๕๗) ประเทศไทยโดยกรมอนามัย ได้มีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ DENVER II จำนวน ๔ ครั้ง เริ่มจากปีพ.ศ. ๒๕๔๒ , ๒๕๔๗ , ๒๕๕๐ , ๒๕๕๓ พบเด็กปฐมวัยพัฒนาการไม่สมวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๘.๓, ๒๘.๐, ๓๒.๓๓ และ ๒๙.๗๑ ตามลำดับ ฉะนั้นโดยบทบาทหน้าที่งานพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑๓ ได้รับถ่ายทอดภารกิจจากกรมอนามัยให้สำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๔ โดยแบ่งหน้าที่ในการออกสำรวจกับศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี

กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ ๑๓ ได้รับหน้าที่สำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี ด้วยเครื่องมือ DENVER II และในบทบาทใหม่ของเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาสุขภาพสตรี เด็กปฐมวัยและครอบครัว สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง มองเห็นภูมิประเทศ ที่ตั้ง และลักษณะความเป็นสังคมเมืองของจังหวัดปทุมธานีที่กำลังคล้ายคลึงกับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งในตอนนี้ยังไม่พบการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างชัดเจนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนั้นเพื่อให้เป็นพื้นฐานใช้ในการอ้างอิงการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเป็นสังคมเมืองจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีด้วยเครื่องมือ DENVER II

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี
๒. เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะของประชากรและสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี

ขอบเขตของการวิจัย

ทำการวิจัยในเนื้อหาเรื่องรูปแบบการศึกษาจะสอดคล้องกับการวิจัยของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ซึ่งผู้ศึกษานั้นได้รับการฝึกจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย ๖ เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุ ตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ไม่มีโรคทางพันธุกรรม หรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก เด็กที่มีประวัติชัก และได้รับยากันชัก

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

๑. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

- ๑.๑ ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากร และสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์
 - คุณลักษณะทางประชากรของมารดา : อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว
 - สุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ : โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ การได้รับวิตามินเสริมโฟเลต ไอโอดีน ธาตุเหล็ก (Triferdine)
- ๑.๒ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็ก และภาวะโภชนาการ
 - สุขภาพเมื่อแรกเกิด : อายุครรภ์ของมารดาเมื่อคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ภาวะขาดออกซิเจน
 - สุขภาพของเด็กหลังคลอด : ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคประจำตัว การเจ็บป่วย สุขภาพช่องปาก
 - ภาวะโภชนาการ : การกินอาหารมื้อหลัก

๑.๓ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม ประกอบด้วย

- ด้านสภาพแวดล้อม

อายุ การศึกษา อาชีพบิดาและผู้ดูแลเด็ก รายได้ครอบครัว สถานที่ดูแลเด็กกลางวัน ผู้เลี้ยงดูดูแลเด็กช่วงเวลากลางวัน การรับความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ ANC&WCC

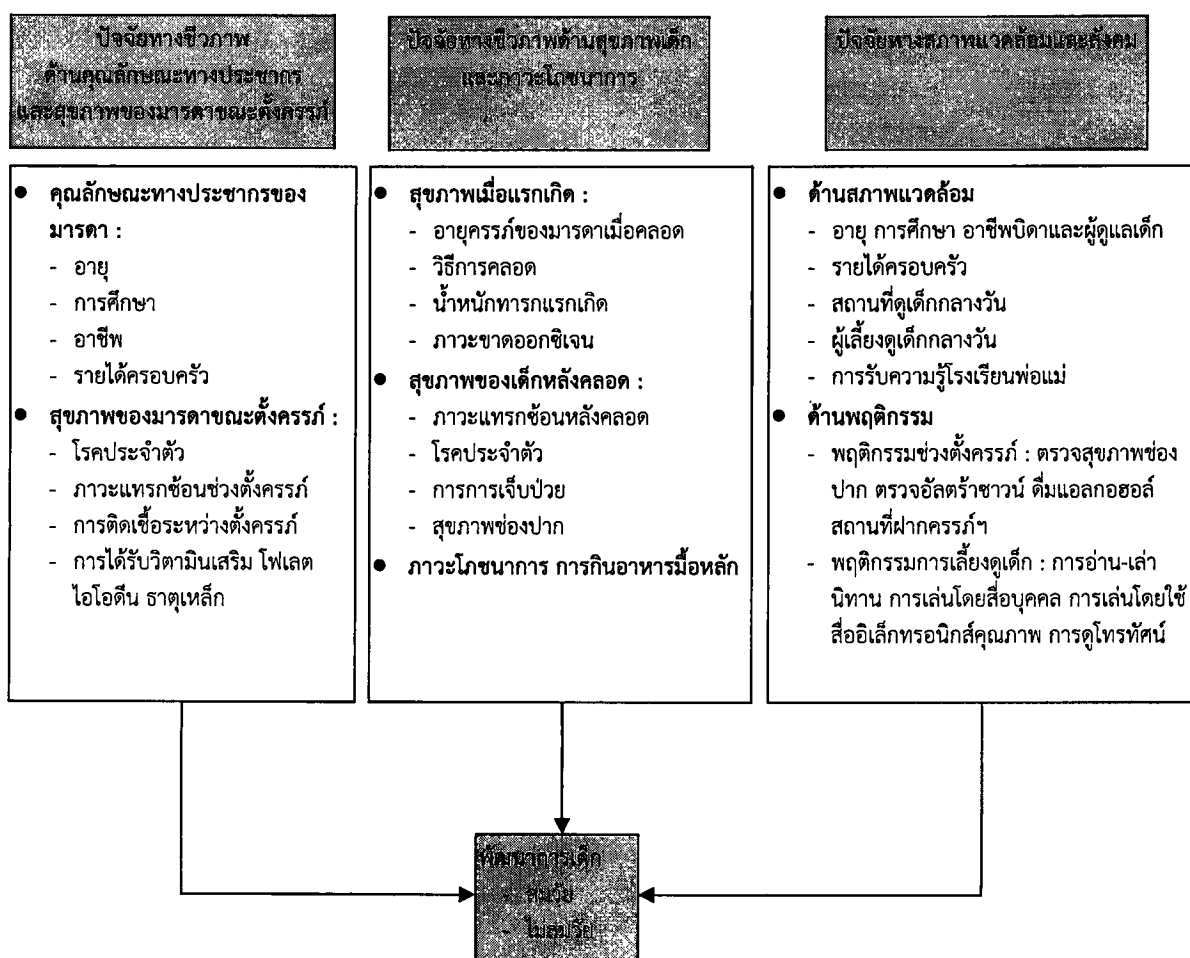
- ด้านพฤติกรรม

พฤติกรรมช่วงตั้งครรภ์ : ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจอัลตราซาวด์ สถานที่ฝากครรภ์

พฤติกรรมหลังคลอด : การอ่าน-เล่นนิทาน การเล่นโดยสื่อบุคคล การเล่นโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์คุณภาพ การดูโทรทัศน์

๒. ตัวแปรตาม พัฒนาการเด็ก สมวัย ไม่สมวัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในเดือน เมษายน – มิถุนายน ๒๕๖๐

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง พ่อ หรือแม่ หรือคู่สามีภรรยาคนใหม่ หรือปู่ ย่า ตา ยาย ญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ใช้เวลาในการดูแลเด็กมากที่สุดในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา

ลักษณะครอบครัว หมายถึง สมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครอบครัว แบ่งเป็น ครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ร่วมกัน ๒ รุ่น เช่น พ่อ แม่ ลูก หรือ เด็กที่อยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย โดยไม่มีพ่อหรือแม่อยู่ด้วย และครอบครัวขยาย คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ร่วมกันตั้งแต่ ๓ รุ่นขึ้นไปเช่น พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

รายได้ครัวเรือน หมายถึง รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมกัน จัดกลุ่มรายได้เป็นต่ำกว่า ๑๐, ๐๐๐ บาท ๑๐, ๐๐๑ - ๒๐, ๐๐๐ บาท และ ๒๐, ๐๐๑ บาทขึ้นไปต่อเดือน

ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากร และสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ หมายถึง

- คุณลักษณะทางประชากรของมารดา : อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว
- สุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ : โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ การได้รับวิตามินเสริมโฟเลต ไอโอดีน ธาตุเหล็ก (Triferdine)

ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็ก และภาวะโภชนาการ หมายถึง

- สุขภาพเมื่อแรกเกิด : อายุครรภ์ของมารดาเมื่อคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ภาวะขาดออกซิเจน
- สุขภาพของเด็กหลังคลอด : ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคประจำตัว การเจ็บป่วย สุขภาพช่องปาก
- ภาวะโภชนาการ : การกินอาหารมื้อหลัก

ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม หมายถึง

- ด้านสภาพแวดล้อม อายุ การศึกษา อาชีพบิดาและผู้ดูแลเด็ก รายได้ครอบครัว สถานที่ดูแลเด็กกลางวัน ผู้เลี้ยงดูดูแลเด็กช่วงเวลากลางวัน การรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ANC&WCC
- ด้านพฤติกรรม
พฤติกรรมช่วงตั้งครรภ์ : ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจอัลตราซาวด์ สถานที่ฝากครรภ์
พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก : การอ่าน – เล่นนิทาน การเล่นโดยสื่อบุคคล การเล่นโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์คุณภาพ การดูโทรทัศน์

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์คือ

- ครั้งที่ ๑ เมื่ออายุครรภ์ ๑ - ๑๒ สัปดาห์
- ครั้งที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๑๖ - ๒๐ สัปดาห์
- ครั้งที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์
- ครั้งที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๓๐ - ๓๔ สัปดาห์ และ
- ครั้งที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ขึ้นไป

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะและอาการต่างๆ ที่พบร่วมกับการตั้งครรภ์ และมีผลเสียต่อร่างกายหรือจิตใจของแม่ตั้งครรภ์ และหรือทารก โดยภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์อาจเป็นภาวะที่พบเป็นปกติไม่มีอันตรายไปจนถึงภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ .

โรคประจำตัวของแม่ หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ของแม่ ที่เป็นมาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์

ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิด หมายถึง การประเมินสภาพทารกแรกเกิด โดยการให้คะแนน APGAR Score ด้วยการสังเกต สีผิว ซีพจร หรือ อัตราการเต้นของหัวใจ ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น การเคลื่อนไหวต่างๆ หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการหายใจของทารกที่ ๑ และ ๕ นาทีหลังคลอด โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง(severe asphyxia) APGAR Score ๐-๓, ภาวะขาดออกซิเจนเล็กน้อย-ปานกลาง(mild - moderate asphyxia) APGAR Score ๔-๗ และภาวะออกซิเจนปกติ APGAR Score ๘-๑๐

น้ำหนักแรกเกิด หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อแรกเกิดแบ่งเป็น น้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม และน้ำหนักตั้งแต่ ๒,๕๐๐ กรัมขึ้นไป

อายุครรภ์เมื่อคลอด หมายถึง อายุครรภ์เมื่อคลอดเด็กแบ่งเป็น การคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์), คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ระหว่าง ๓๘-๔๑ สัปดาห์) และคลอดเกินกำหนด (อายุครรภ์ ๔๒ สัปดาห์ขึ้นไป)

การเจ็บป่วยของเด็ก หมายถึง ในรอบ ๑ ปี เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคที่ท้องร่วง และหรือปอดบวมจนต้องนอนโรงพยาบาล รวมทั้งโรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก

ภาวะโภชนาการของเด็ก หมายถึง สัดส่วนของน้ำหนัก ส่วนสูง และ อายุของเด็กขณะเก็บข้อมูล แบ่งสัดส่วนเป็น น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์น้ำหนัก รวมถึงการกินนมแม่ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก

การกินนมแม่ (Exclusive Breastfeeding) หมายถึง เด็กได้กินนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ได้รับน้ำหรืออาหารเสริมอื่น ตั้งแต่แรกเกิด

พัฒนาการเด็กปฐมวัย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function maturation) ตามอายุ ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงถึงความก้าวหน้า ตามลำดับทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านสังคม และการช่วยเหลือตัวเอง ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ซึ่งประเมินโดยใช้เครื่องมือ DENVER II ฉบับภาษาไทยของ รศ.แพทย์หญิงนิทยา คชภักดี มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย หมายถึง เครื่องมือ DENVER II ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับเด็กไทยของ รศ.แพทย์หญิงนิทยา คชภักดี มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้ประเมินเด็กตั้งแต่แรกเกิด ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

การเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง วิธีการ กิจกรรมการแสดงออกของ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติต่อเด็กเป็นประจำ ได้แก่ การเล่นนิทาน การเล่นกับเด็ก รวมทั้งการให้เด็กได้ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ระหว่างวัน

การเล่นนิทาน หมายถึง การเล่าเรื่องที่เป็นเรื่องราวหรือเรื่องเล่า เนื้อเรื่องมีหลากหลายแต่งมาจากจินตนาการ ประสบการณ์ หรือเป็นเรื่องที่เล่าสืบทอดกันมาของผู้เขียนหรือผู้เล่า เพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆตามโอกาส เช่น เพื่อความสนุกสนาน ให้คติสอนใจหรือสามารถนำความคิดไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

การเล่นนิทานให้เด็กฟังอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การเล่นนิทานให้เด็กฟังทุกวัน อย่างน้อยวันละ ๑๐ นาที

การเล่น หมายถึง การใช้ประสบการณ์ และการทำกิจกรรมทุกชนิดที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจของเด็ก เพื่อได้รับความสนุกสนาน และเสริมทักษะการเรียนรู้ อันเป็นการช่วยให้เด็กได้พัฒนาทักษะ และสร้างความสัมพันธ์ในทางสังคม เรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้ที่จะใช้วัสดุเครื่องมือต่างๆ รู้จักหน้าที่ของตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถช่วยสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาการทั้ง ๔ ด้านของเด็กได้อย่างเหมาะสม

การเล่นอย่างมีคุณภาพ หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กใช้เวลาเล่นกับเด็กวันละ ๓๐ นาที อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็ก คอยแนะนำ ช่วยเหลือ ครั้งละมากกว่า ๑๐ นาที แต่ไม่เกิน ๓๐ นาที รวมวันละไม่เกิน ๑ ชั่วโมง และสำหรับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๒ ขวบ ไม่ควรใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้ทราบสถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ในปัจจุบัน เพื่อนำมาวางแผนทางในการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กที่เหมาะสมต่อไป
๒. ได้ทราบสถานการณ์พัฒนาการเด็กในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการอ้างอิงสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ใกล้เคียงกับพื้นที่กรุงเทพมหานคร
๓. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญ ช่วยผลักดัน สนับสนุนและส่งเสริมการฝากครรภ์และการให้บริการต่างๆ ในงานอนามัยแม่และเด็ก

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง สํารวจปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีด้วยเครื่องมือ DENVER II มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย และเพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากรและสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
๒. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
๓. เครื่องมือ DENVER II
๔. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
๕. ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากรและสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์
๖. ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ
๗. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม
๘. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑. แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

ความหมายการเจริญเติบโต พัฒนาการ วุฒิภาวะ และการเรียนรู้

พัฒนาการ (Development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ด้านการทำหน้าที่ และวุฒิภาวะของอวัยวะระบบต่างๆ ในด้านโครงสร้างการจัดระเบียบส่วนต่างๆของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกมีลักษณะและทิศทางที่แน่นอน สัมพันธ์กับเวลา ทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างดี มีประสิทธิภาพ ทำสิ่งที่ยากสลับซับซ้อนมากขึ้น ตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ๆ จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม ผสมผสานก้าวหน้าเป็นลำดับขั้นต่อเนื่องกันไป โดยพัฒนาการครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Development) ของระบบอวัยวะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านปริมาณ (Quantitative Change) ได้แก่ การเพิ่มจำนวนเซลล์ประสาทในสมอง ขนาดของรูปร่าง สูงขึ้น การขยายส่วนต่างๆของร่างกายและการเกิด/เปลี่ยนแปลงการพัฒนาการของมนุษย์ (Human Development) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดูจากพฤติกรรมและผลงานสิ่งใหม่ๆ ทางด้านคุณภาพ (Qualitative Change) ได้แก่ ความสามารถในการฟังพูด อ่าน เขียน การคิดเลข การแก้ปัญหา ทักษะการช่วยตนเอง การทรงตัว การเคลื่อนไหว การกระโดด การรู้จักแบ่งปัน มีน้ำใจ ยิ้มแย้ม ซึ่งพัฒนาการทุกด้านของมนุษย์ ถ้าได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการแล้วพัฒนาการของมนุษย์จะเป็นไปอย่างสมวัย

การเจริญเติบโต (Growth) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านปริมาณ เช่น ขนาดของร่างกายและอวัยวะเกิดจากการเพิ่มจำนวน และขนาดของเซลล์และส่วนหล่อเลี้ยง ทำให้รูปร่างเปลี่ยน ในเรื่องของน้ำหนัก ส่วนสูง ขนาดลำตัว รวมทั้งอวัยวะและโครงสร้างภายใน เพื่อทำหน้าที่ให้เหมาะสม แต่ไม่รวมการมีลักษณะใหม่ๆ หรือความสามารถใหม่ที่เกิดขึ้นด้วย ซึ่งการเจริญเติบโตจะสิ้นสุดลงเมื่อถึงจุดสูงสุด ของวุฒิภาวะทางร่างกาย เมื่ออายุประมาณ ๒๑ ปีพัฒนาการนั้น จะดำเนินไปทุกช่วงอายุของชีวิต ในทุกส่วนของร่างกายและพัฒนาการเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยการเจริญเติบโตเป็นพื้นฐาน

วุฒิภาวะ (Maturation) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางคุณภาพ เป็นผลรวมที่เกิดจากอิทธิพลของยีน (Gene) ซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรม วุฒิภาวะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเรียนรู้ แต่ไม่ได้เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ถ้าขาดอย่างใดอย่างหนึ่งความสามารถบางอย่างอาจจะไม่เกิดขึ้นหรือช้ากว่าที่ควรได้

การเรียนรู้ (Learning) หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเป็นพฤติกรรมค่อนข้างถาวร โดยมนุษย์สามารถเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น ดังนั้นพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์จึงได้รับอิทธิพลจากการสังเกตพฤติกรรมและผลของการแสดงพฤติกรรมของบุคคลอื่น ดังนั้นการเรียนรู้ของเด็กเป็นผลมาจากประสบการณ์ จากสิ่งแวดล้อมและมีการฝึกฝนตั้งแต่วัยทารก ในการเรียนรู้ของเด็กนั้นสิ่งที่มีอิทธิพล ได้แก่ สภาพแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ ความต้องการและความสนใจของเด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ความสามารถต่างๆ ของเด็กถูกนำออกมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ ของเด็กปฐมวัยมีขอบเขตคือ ใช้ช่วงเวลาสั้น การรับรู้เนื้อหาแบบรูปธรรม วิธีการเรียนรู้ในแบบของการเล่น ลงมือปฏิบัติ สำรวจสิ่งรอบตัวตามความพอใจของตนเอง ลักษณะเช่นนี้นับเป็นการเรียนรู้ตัวอย่าง เด็กเกิดการเรียนรู้ด้านการอ่านหนังสือของเด็ก (สุธน, ๒๕๖๐)

๒. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

๒.๑ ทฤษฎีพัฒนาการด้านจิตวิเคราะห์ของ ซิกมันด์ ฟรอยด์

มีความเชื่อว่าพัฒนาการบุคลิกภาพของคนขึ้นอยู่กับ การตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านสรีระ แรงขับโดยสัญชาตญาณ แรงขับดังกล่าวมี ๓ ประเภท ได้แก่ แรงขับทางเพศหรือความต้องการตอบสนองทางเพศ แรงขับหรือความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ และแรงขับหรือความต้องการที่จะแสดงความก้าวร้าว มีโครงสร้างหลักของบุคลิกภาพ คือ

- ๑) อิด (Id) หมายถึง พลังหรือแรงผลักดันที่มีมาแต่กำเนิด เป็นสันดานดิบของมนุษย์ที่มีแต่ความต้องการสนอง แต่เพียงอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงสิ่งใด
- ๒) อีโก้ (Ego) เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างบุคลิกภาพที่ดี มีการคิดรวบรวมข้อมูลต่างๆ และ มีการวางแผนการรู้จักรอคอย ร้องขอผู้อื่น เพื่อให้ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ
- ๓) ซุปเปอร์อีโก้ (Superego) เป็นส่วนของบุคลิกภาพที่ควบคุมหรือปรับการแสดงออกของอิดและอีโก้ ให้สอดคล้องกับเหตุผล ความถูกต้อง หรือจริยธรรม

แบ่งขั้นตอนพัฒนาด้านบุคลิกภาพ ๔ ขั้นตอน คือ

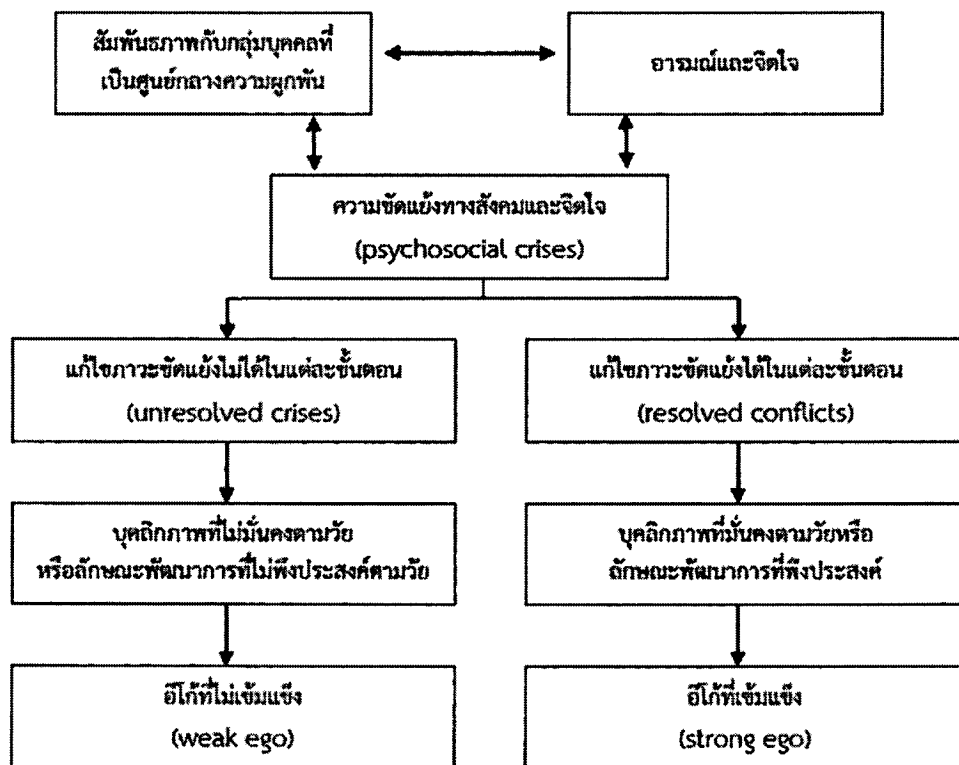
๑. ขั้นปาก (Oral Stage) อายุแรกเกิด ถึง ๑ ปี
๒. ขั้นทวารหนัก (Anal Stage) เป็นระยะพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กวัย ๑ – ๓ ปี
๓. ขั้นอวัยวะเพศขั้นต้น (Phallic Stage) เป็นระยะพัฒนาการบุคลิกภาพของวัย ๓ – ๕ ปี
๔. ขั้นพัก (Latency Stage) เป็นระยะพัฒนาบุคลิกภาพของวัย ๕ – ๑๒ ปี

๒.๒ ทฤษฎี Psychosocial developmental stage ของ Erik Erikson

อีริก อีริกสัน ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนามนุษย์และพัฒนาบุคลิกภาพ ได้แบ่งชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็น ๘ ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนบอกระยะอายุไว้อย่างพอสังเขปแตกต่างกันไปในรายบุคคลและแตกต่างกันไปตามอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม สี่ขั้นตอนแรกเป็นระยะวัยทารกและวัยเด็ก ขั้นตอนที่ทำเป็นระยะวัยรุ่น สามขั้นตอนสุดท้ายเป็นวัยผู้สูงอายุ คำว่าขั้นตอน(Stage) คือ มนุษย์มีกระบวนการพัฒนาการเป็นขั้นๆ จากลำดับหนึ่งไปสู่อีกลำดับหนึ่งเหมือนการขึ้นบันได ไม่มีการข้ามขั้น พัฒนาการลำดับต้นย่อมมีผลกระทบสืบเนื่องต่อพัฒนาการลำดับต่อไป อีริกสัน เน้นว่าลักษณะสัมพันธ์ภาพที่บุคคลมีกับกลุ่มบุคคลต่างๆ (เช่น พ่อ แม่ เพื่อน สามี-ภรรยา) และข้อขัดแย้งทางสังคมจิตวิทยา (psychosocial crisis) ที่เกิดจากความสัมพันธ์นั้นๆ เป็นจุดกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมและพัฒนาการบุคลิกภาพในรูปแบบต่างๆตามลำดับ ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสูงอายุ มีทั้งหมด ๘ ขั้นตอน

อีริก อีริกสัน เน้นกระบวนการทางจิตสังคมว่าเป็นจุดกระตุ้นหล่อหลอมบุคลิกภาพนี้เอง เขาจึงให้ชื่อทฤษฎีของเขาว่า Psychosocial Developmental Stage

แผนภูมิแสดงความขัดแย้งทางสังคม-จิตใจที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง หรืออ่อนแอ หรือพัฒนาการที่พึงประสงค์-ไม่พึงประสงค์ตามแนวคิดของอีริกสัน



ลักษณะความขัดแย้งทางสังคม-จิตใจ ๘ ขั้นตอน

อีริกสัน อธิบายว่า ข้อขัดแย้งนี้เกิดจากความสัมพันธ์ที่ปัจเจกชนมีกับกลุ่มบุคคลเป็นศูนย์กลางความผูกพัน ถ้าบุคคลสามารถแก้ไขภาวะวิกฤตและข้อขัดแย้งได้ด้วยดีพอสมควร ทำให้เกิดลักษณะพัฒนาการและลักษณะบุคลิกภาพที่พึงประสงค์เรื่อยไปตามลำดับขั้น ซึ่งส่งผลคือมีโครงสร้างบุคลิกภาพที่มั่นคง หากปัจเจกชนไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งนี้ได้ด้วยดี ก็จะก่อให้เกิดพัฒนาการและบุคลิกภาพที่เป็นปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างมากน้อยตามความรุนแรงของข้อขัดแย้งที่แก้ไขไม่ตก ข้อขัดแย้งทางสังคม-จิตใจมีลักษณะเป็นคู่ๆ ทั้ง ๘ ขั้นตอน ตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ลักษณะขัดแย้งที่เป็นคู่นี้จะต้องพัฒนาให้พึงมีพึงเป็นในโครงสร้างบุคลิกภาพอย่างสมดุลกัน บุคคลจึงจะมีบุคลิกภาพอย่างมั่นคง คือ มีอีโก้ที่เข้มแข็ง เพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะข้อขัดแย้งทางจิตใจเหล่านี้ จะได้อธิบายแต่ละขั้นตอน โดยในที่นี้จะอธิบายเฉพาะช่วงเด็กปฐมวัย ๓ ขั้นตอนเท่านั้น

ขั้นตอนที่ ๑ ความไว้วางใจกับความสงสัยในใจผู้อื่น (trust vs. mistrust) ระยะนี้เป็นวัยทารกแรกเกิดจนถึง ๑๘ เดือน ความไว้วางใจในผู้อื่นเกิดจากการที่เด็กทารกได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ทางกายและทางจิตใจ เช่น ได้รับการดูแล คำนึงสัมผัส อุ้มชู นอน เล่นเสียง มีผู้พูดให้ฟัง มีผู้อยู่ใกล้ๆ เปลี่ยนผ้าให้เมื่อสกปรก ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้ทารกได้รับความสุขสบายและพอใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าโลกนี้น่าอยู่ เมื่อมีทุกข์ร้อนก็มีผู้จัดปัดเป่าให้ความรู้สึกนี้ก่อให้เกิดความไว้วางใจในบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และขยายวงไปสู่ความไว้วางใจในตนเองและไว้วางใจผู้อื่น อย่างไรก็ตามหากทารกได้รับการสนองความต้องการทางกายภาพ อารมณ์ จนรู้สึกสบายตลอดเวลาและล้นเหลือนั้น จะกลายเป็นคน “เชื่อถือไว้วางใจคนง่ายเกินไป” ส่วนทารกที่มักไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางกายภาพของตนเข้าขั้น

“ขาดแคลน” นั้นก็มักจะเป็นคนระวางง่าย ดังนั้นพัฒนาการความมีความสมดุลระหว่างความเชื่อถือว่าวางใจในน้ำใจบุคคลอื่น กับความระวางสงสัยในน้ำใจผู้อื่น

ความพอดีของคุณสมบัติ ๒ ประการนี้ ทำให้ทารกพัฒนาความรู้สึกว่า “โลกนี้มีที่หวังและมีความหวัง” ความรู้สึกเช่นนี้เป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าของมนุษย์ที่ต้องพัฒนาให้มีให้เป็น เพราะเป็นพลังผลักดันให้มนุษย์ต้องสู้อุปสรรคต่างๆ ซึ่งต้องเกิดขึ้นในกระแสชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น

ขั้นตอนที่ ๒ ความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (autonomy vs. Shame and doubt) ขั้นนี้เป็นระยะอยู่ในวัยทารกตอนปลาย (๑๘ เดือน-๓ ปี) ทารกเริ่มรู้จักควบคุมตนเองในการใช้กล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส มีความกระหายใคร่รู้จักสิ่งแวดล้อมรอบตัว และพากเพียรที่จะเป็นตัวของตัวเอง ทำอะไรด้วยตนเอง (autonomy) ทารกจึงซุกซนอยู่ไม่สุข ขณะเดียวกันผู้เลี้ยงดูทารกก็มักควบคุมกิจกรรมของทารกด้วยเกรงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทารกที่ผู้เลี้ยงดูปล่อยให้เขาได้ทำอะไรดังใจปรารถนา โดยไม่เกินไปเลยจนเกินไป จะพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง แต่ถ้าทารกถูกควบคุมมากเกินไปก็จะเกิดความรู้สึกละอายใจและไม่แน่ใจตนเอง ความรู้สึกทั้งสองประการ (ละอายใจและไม่แน่ใจ) ถ้ามีมากจะทำให้ทารกผู้นั้นพัฒนาบุคลิกภาพที่ชอบทำอะไรแอบๆ ซ่อนๆ ปิดบัง จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ชอบทำอะไรลับๆ ไม่เปิดเผย ชอบพูดปิด แต่ทารกที่มีความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไปก็อาจเกิดนิสัยเป็นคนเข้ากับผู้อื่นได้ยาก ไม่ยอมเคารพกฎระเบียบของสังคม ชอบทำอะไรแฉลงๆ ต่อต้านสังคม ความพอดีระหว่างความเป็นตัวของตัวเองตามความเหมาะสม จะมีความตั้งใจมั่นในการกระทำกิจต่างๆ และรู้จักตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะทำอะไรทำอะไรดีอะไรชั่ว อะไรเหมาะอะไรควร เหล่านี้เป็นคุณสมบัติที่พึงปรารถนาในโครงสร้างบุคลิกภาพอันมั่นคง

ขั้นตอนที่ ๓ ความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด (initiative vs. guilt) เป็นระยะวัยเด็กตอนต้น เด็กมีความสามารถทางกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสที่ตนเองได้ดำเนินการเคลื่อนไหว หยิบฉวย เดิน เริ่มพูดภาษาสื่อความได้ และเข้าใจภาษาพูดซึ่งเป็นภาษาแม่ด้วยดี สมรรถภาพทางกายและจิตใจเริ่มทำงาน ร่วมประสานกัน ชีวิตประจำวันของเด็กเป็นไปอย่างมีความมุ่งหมายและตัดสินใจเด็ดเดี่ยวมั่นคงกว่าเดิม เด็กอยากเรียนรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว รู้จักใช้ความคิดฝัน และมีความคิดสร้างสรรค์ (เด็กวัยนี้จึงชอบทำอะไรแฉลงๆ แปรกๆ ตื้อรั้น หรือประจบหยิ่งว่ายังๆ) เป็นช่วงเวลาที่เด็กซุกซนมาก ชอบการเล่นที่เป็นเกม และชอบของเล่นทุกชนิด เด็กที่ถูกสกัดกั้นความคิดฝันหรือห้ามไม่ให้สำรวจตรวจสอบตราสิ่งต่างๆ หรือห้ามไม่ให้เล่น ไม่ให้ทำอะไรมากเกินไป (เช่น เด็กที่บิดาและมารดาทะนุถนอมเกินไป เด็กที่ต้องอยู่ในกรอบระเบียบกฎเกณฑ์เกินไป เด็กถูกทำโทษมากเกินไปถูกห้ามด้วยคำสั่งห้าม “อย่าทำ” “อย่าเล่น” “อย่ายุ่ง” ฯลฯ) มากเกินไป จะเกิดความรู้สึกผิดและกลัวการถูกลงโทษ จนอาจพัฒนาบุคลิกภาพแบบ “รู้สึกผิด” (guilt personality) หรือเป็นคนชอบหลีกหนีความจริงโดยใช้ความคิดฝัน หรืออาจชอบแสดงความก้าวร้าวอวดดีเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนปรารถนา ความพอดีระหว่างความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิดจะทำให้เด็กพัฒนาคุณสมบัติเป็นคนชอบสร้างสรรค์ รู้จักคิดหาวิธีแก้ไขปรับปรุงกิจการต่างๆ ที่ต้องกระทำ และเป็นคนที่กล้าเผชิญความเป็นจริงของตนเองและของชีวิต (มัทธรา, ๒๕๕๙)

๒.๓ ทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดของ จิน เพียเจต์

จิน เพียเจต์ เป็นนักชีววิทยาชาวสวิสเซอร์แลนด์ เป็นบุคคลแรกที่ทำการศึกษาพัฒนาการ ด้านความคิดของมนุษย์อย่างมีระบบระเบียบ สามารถพิสูจน์ให้เห็นจริงได้ แนวคิดพื้นฐานของเขาคือเขาเชื่อว่า

เด็กไม่ได้เกิดมาพร้อมกับความรู้และความคิด เด็กเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัว และพัฒนาความคิดไปตามลำดับขั้นตอน ความเจริญเติบโตทางความคิดพัฒนาไป “พร้อมกับพัฒนาทางกาย” ด้านต่างๆ การอบรมหรือสอนวิทยาการต่างๆ แก่เด็กที่ไม่ตรงตามกระบวนการพัฒนาการทางความคิดของเด็กแล้ว ย่อมเป็นการสูญเสียเปล่า ในบางกรณีอาจกลายเป็นโทษมากกว่าคุณ

จุดศูนย์กลางความฉลาด คือ ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เด็กเรียนรู้และปรับตัวโดยใช้ปฏิกิริยาสะท้อน (reflex) ระบบประสาทสัมผัส (sensory) และการเคลื่อนไหว (motor) ในระยะแรกๆ ของชีวิตเด็กจะใช้ศักยภาพทางชีวภาพเหล่านี้เป็นสื่อในการเรียนรู้และพัฒนาความคิดเกี่ยวกับโลกและบุคคล ในช่วงวัยต่อมา เด็กจะใช้ความสามารถดังกล่าวพัฒนาความคิดอย่างซับซ้อนและเป็นขั้นตอนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

สรุปขั้นตอนพัฒนาการทางความคิดของเพียเจท์ (ศรีเรือน, ๒๕๕๙)

อายุโดยประมาณ	ลำดับขั้นพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการเด่นๆ
๑. ตั้งแต่แรกเกิดถึง ๒ ปี - แรกเกิด ถึง ๑ เดือน ปฏิกริยาสะท้อนเริ่มทำหน้าที่ ดูดกิน กลืนนม - อายุ ๑ - ๔ เดือน อวัยวะรับรู้ความรู้สึก และการเคลื่อนไหวทำงานสัมพันธ์กัน เช่น ตาและมือ เห็นสิ่งของเอื้อมมือหยิบ เอาใส่ปาก ดูด กัด อม ฯลฯ - อายุ ๔ - ๘ เดือน เลียนแบบพฤติกรรมที่พึงพอใจซ้ำๆ สำรวจตัวเอง ทำเสียงเลียนเสียงผู้อื่น เล่นเข้าสังคม - อายุ ๘ - ๑๑ เดือน แสวงหาสิ่งที่พึงพอใจง่ายๆ เห็นของเล่นที่พอใจ เคลื่อนไหวทำไป ไม่นึกถึงความลำบาก - อายุ ๑๑ - ๑๒ เดือน เล่น ออยากรู้ออยากรู้ เห็นของให้ประจักษ์สัมผัสด้วยตัวเอง - อายุ ๑๒ เดือน-๒ ปี คิดเหตุการณ์ไม่จำเป็นเฉพาะหน้า (ตา-หู-ฟัง สัมผัส-และต้อง) พูดภาษาเป็นเรื่องราว รู้จักคิดต้องการสิ่งใดจะอย่างไร	๑. ขั้นใช้สัมผัสและกล้ามเนื้อ (sensor motor period) คิดด้วยประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ	- รู้ว่านั่นคือวัตถุซึ่งแตกต่างจากตัวฉัน - รู้จักแสวงหาสิ่งเร้า รู้จักสิ่งน่าสนใจ - ภาษาพูดยังไม่เต็มที่ - เข้าใจเรื่องราวโดยการใช้การเคลื่อนไหว และประสาทสัมผัส - รู้ว่าวัตถุที่มีอยู่ย่อมไม่สูญหายไป - ความเฉลียวฉลาดสังเกตได้จากการกระทำที่เห็นได้ - มีโลกทัศน์อยู่กับเหตุการณ์เฉพาะหน้า - ไม่เข้าใจโลกความเป็นจริง
๒. อายุ ๒ - ๗ ปี	๒. ขั้นกำหนดความคิดไว้ล่วงหน้า (pre-conceptual, thought period) (๒ - ๔ ปี) ขั้นคิดเอาเอง (intuitive) (๔-๗ ปี)	- คิดเอาแต่ใจตัว - ไม่เข้าใจความคิดของผู้อื่น - เห็นความเหมือนแต่ไม่เห็นความแตกต่าง - ใช้เหตุผลจากการรับรู้เป็นแม่บท - แก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลยังไม่ค่อยได้ - รู้จักแยกประเภทและแบ่งชั้น เข้าใจเรื่องความเกี่ยวพัน - คิดเอาเองมากกว่าคิดเป็นเหตุผล - เข้าใจจำนวนเลข

๒.๔ ทฤษฎีพัฒนาการของอาร์โนลด์ กิเซล

นักจิตวิทยาชาวอเมริกันผู้เริ่มก่อตั้งสถาบันพัฒนาการเด็ก ณ มหาวิทยาลัยเยล ระหว่างปี ค.ศ.๑๙๓๐-๑๙๔๑ เขาเป็นคนแรกที่สนับสนุนและอธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กว่า การเจริญเติบโตของเด็กทางร่างกายเนื้อเยื่อ อวัยวะ หน้าที่ของอวัยวะต่างๆ และพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้น เป็นรูปแบบที่แน่นอนและเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้นประสบการณ์และสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบรองที่เติมเต็มเสริมพัฒนาการต่างๆ กิเซลเชื่อว่าวุฒิภาวะจะถูกกำหนดโดยพันธุกรรม และมีในเด็กแต่ละคนมาตั้งแต่เกิด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เด็กแต่ละวัยมีความพร้อมทำสิ่งต่างๆ ได้ ถ้าวุฒิภาวะหรือความพร้อมยังไม่เกิดขึ้นตามปกติในวัยนั้นๆ สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก ผลงานดังกล่าวได้สร้างเกณฑ์มาตรฐานสำหรับวัดพฤติกรรมของเด็กในแต่ละระดับ เน้นความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยใช้วิธีการ สังเกตพฤติกรรมซึ่งเขาได้แบ่งพัฒนาการของเด็ก ที่ต้องการวัดและประเมินออกเป็น ๔ กลุ่มใหญ่

๑. พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว (Motor Behavior) ครอบคลุมการบังคับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายและความสัมพันธ์ทางการเคลื่อนไหว

๒. พฤติกรรมทางการปรับตัว (Adaptive Behavior) ครอบคลุมความสัมพันธ์ของการใช้มือและสายตา การสำรวจค้นหาการกระทำต่อวัตถุ การแก้ปัญหาในการทำงาน

๓. พฤติกรรมทางการใช้ภาษา (Language Behavior) ครอบคลุมการที่เด็กใช้ภาษา การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน

๔. พฤติกรรมส่วนตัวและสังคม (Personal-Social Behavior) ครอบคลุมการฝึกปฏิบัติส่วนตน เช่น การกินอาหาร การขับถ่าย และการฝึกต่อสภาพสังคม เช่น การเล่น การตอบสนองผู้อื่น

จากแนวความคิดของ อาร์โนลด์ก็เซล สามารถนำมาอธิบายพัฒนาการของมนุษย์ในด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกายและสามารถนำไปเชื่อมโยงกับพัฒนาการทางสติปัญญาได้อีกด้วย (มลินทรา, ๒๕๕๙)

๓. เครื่องมือ DENVER II

แบบทดสอบ Denver Developmental Screening Test หรือ DENVER II (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งปรับปรุงจาก DDST เป็นแบบทดสอบพัฒนาการที่ใช้เปรียบเทียบความสามารถด้านต่างๆ กับเด็กปกติในวัยเดียวกันใช้ในการประเมินพัฒนาการ เด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี แบ่งการทดสอบเป็น ๔ ด้าน คือ

๑. ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) ดูจากท่าทางการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การชันคอ คลาน นั่ง เดิน เป็นต้น

๒. ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว (Fine Motor Adaptive) การใช้มือหยิบจับวัตถุ การใช้ตาและทักษะในการประสานการทำงานของอวัยวะต่างๆ เพื่อสามารถพัฒนาวิธีการ และความแม่นยำในการทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น

๓. ด้านภาษา (Language) เป็นความสามารถในการใช้เสียงและพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อสื่อ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน อาจแสดงออกโดยสีหน้า ท่าทาง ภาษาพูด โดยแบ่งออกเป็นความเข้าใจ เช่น รับฟังเข้าใจการสื่อสารของผู้อื่น และการใช้ภาษาเช่นการพูดสื่อภาษาโดยการแสดงท่าทางและเสียง

๔. ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Personal-Social) เป็นความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสังคม

หลักการของการประเมินพัฒนาการเด็ก

๑. การประเมินพัฒนาการของเด็กจะต้องประเมินหลายครั้งก่อนที่จะสรุปผล ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อสรุปตรงกับข้อเท็จจริง

๒. การตีความหรือการสรุปผลการประเมินต้องมีความเป็นปรนัย กล่าวคือ แปลผลตามข้อมูลที่ปรากฏ ไม่ลำเอียง ผลการประเมินเด็กถือเป็นความลับไม่ควรเปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง

๓. ในการเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กวัยเดียวกันต้องใช้มาตรฐานเดียวกัน

แบบฟอร์มการทดสอบแบ่งเป็นข้อทดสอบย่อยข้อละหนึ่งพฤติกรรมแบ่งเป็น ๔ ด้านคือ

ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว ด้านภาษา และด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่และการทรงตัว แนวนอนด้านบนของแบบฟอร์มการทดสอบเป็นอายุ ซึ่งแบ่งเป็นเดือนและปีตั้งแต่แรกเกิดถึง ๖ ปี ช่วงระหว่าง ๑ - ๒๔ เดือน ช่วงสเกลแต่ละช่องเท่ากับ ๑ เดือน อายุมากกว่า ๒๔ เดือน ช่วงสเกลแต่ละช่องเท่ากับ ๓ เดือน (ดังภาพ) ข้อทดสอบทั้งหมดมี ๑๒๕ ข้อ แต่ละข้อแทนด้วยลักษณะ ช่องสี่เหลี่ยมซึ่งแบ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ไทม์ที่เด็กในกลุ่มตัวอย่างทำผ่านคือ ๒๕, ๕๐, ๗๕ และ ๙๐ เปอร์เซ็นต์

จำนวนข้อทดสอบที่ต้องประเมิน

ในแต่ละหมวดพัฒนาการต้องประเมินทุกข้อทดสอบ (Item) ที่เส้นแสดงอายุลากผ่านอย่างละ ๓ ข้อทดสอบ ที่อยู่ทางซ้ายใกล้กับเส้นแสดงอายุมากที่สุด ถ้าเด็กไม่สามารถทำข้อทดสอบข้อใดข้อหนึ่งได้ ให้ทำการทดสอบข้อทดสอบที่ถัดไปทางซ้ายจนกว่าเด็กผ่าน ๓ ข้อทดสอบ ถ้าเด็กผ่านข้อทดสอบ ให้ทดสอบข้อทดสอบถัดไปทางขวาไปเรื่อยๆ จนกว่าเด็กจะไม่ผ่าน ๓ ข้อทดสอบ ดังนั้นจำนวนข้อทดสอบในเด็กแต่ละคนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอายุและความสามารถของเด็ก ในทางปฏิบัติจำนวนข้อทดสอบขึ้นกับเวลาที่มีในการทดสอบ และจุดประสงค์ของการทดสอบว่าต้องการดูว่าเด็กมีภาวะพัฒนาการล่าช้าหรือหาความสามารถสูงสุดของเด็ก

การประเมินว่าเด็กมีความเสี่ยงในเรื่องพัฒนาการหรือไม่ ควรดำเนินการทดสอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ควรทดสอบเด็กในแต่ละด้านอย่างน้อย ๓ ข้อที่ใกล้เคียงกับด้านซ้ายของเส้นอายุ และทุกๆ ข้อทดสอบต้องครอบคลุมเส้นอายุ

ขั้นตอนที่ ๒ ถ้าเด็กไม่สามารถทำในขั้นตอนที่ ๑ ได้ต้องทำการทดสอบเพิ่มเติมในด้านซ้ายจนกว่าเด็กจะทำ ๓ ข้อผ่านติดกัน

การประเมินเพื่อหาความสามารถสูงสุดของเด็ก ควรดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ควรทดสอบเด็กในแต่ละด้านอย่างน้อย ๓ ข้อที่ใกล้เคียงกับด้านซ้ายของเส้นอายุ และทุกๆ ข้อทดสอบต้องครอบคลุมเส้นอายุ

ขั้นตอนที่ ๒ ดำเนินการทดสอบต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าเด็กจะทำได้ ๓ ข้อติดต่อกันในแต่ละด้าน

การให้คะแนนข้อทดสอบแต่ละข้อควรบันทึกใกล้เส้น ๕๐% และบันทึกคะแนน ดังนี้

“P” แสดงว่า พัฒนาการของเด็กผ่านตามเกณฑ์ หมายถึงเด็กสามารถทำข้อทดสอบ หรือผู้เลี้ยงดูรายงานว่าเด็กนั้นทำได้

“F” แสดงว่า พัฒนาการของเด็กไม่ผ่านตามเกณฑ์หมายถึงเด็กไม่สามารถทำข้อทดสอบ หรือผู้เลี้ยงดูรายงานว่าเด็กไม่สามารถทำได้

“NO” แสดงว่า ไม่มีโอกาส หมายถึงเด็กไม่มีโอกาสทำข้อทดสอบนั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับผู้เลี้ยงดู ให้คะแนนได้เฉพาะข้อทดสอบที่ต้องถามจากผู้เลี้ยงดูเท่านั้น

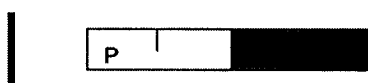
“R” แสดงว่า เด็กปฏิเสธการทดสอบ

การแปลผล

การทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย Denver II จะเปรียบเทียบกับพัฒนาการของเด็ก กับพัฒนาการของเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน การแปลผลในครั้งแรกจะแปลข้อทดสอบแต่ละข้อก่อนแล้วจึงแปลผลรวม

๑.เร็วกว่าวัย (Advanced Item) เมื่อเด็กสามารถทำข้อสอบที่อยู่ขวามือของเส้นอายุได้และต้องเป็นข้อทดสอบที่ไม่ได้อยู่บนเส้นอายุแสดงว่าเด็กมีพัฒนาการเกินวัยในข้อทดสอบนั้น (ภาพ ๑) หมายถึง เด็กส่วนใหญ่ในวัยเดียวกันไม่ผ่านข้อทดสอบนั้น แต่ไม่สามารถแปลผลว่า เด็กคนนี้มีพัฒนาการโดยรวมเร็วกว่าวัย

เส้นอายุ



ภาพ ๑ ผลพัฒนาการเร็วกว่าวัย

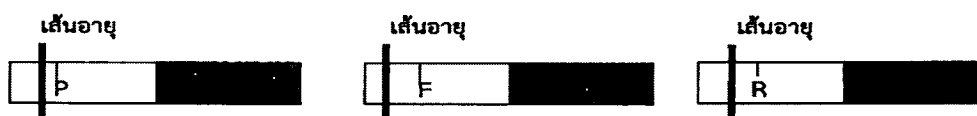
๒. ปกติ (Normal Item) ข้อทดสอบที่เด็กทำไม่ผ่านหรือปฏิเสธไม่ได้หมายความว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้า เช่น กรณีที่เด็กทำไม่ผ่านหรือปฏิเสธข้อทดสอบที่อยู่ด้านขวาของเส้นอายุ เด็กก็ยังมีพัฒนาการในเรื่องนั้นปกติ เพราะ

เด็กอายุน้อยกว่าเส้นอายุที่เด็กอายุนั้นจะทำได้ร้อยละ ๒๕ เด็กจึงไม่ถูกคาดหวังว่าจะผ่านข้อทดสอบนั้นจนกว่าเด็กจะอายุมากขึ้น (ภาพ ๒)



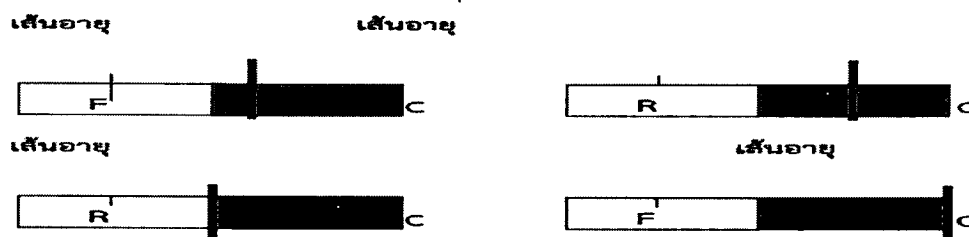
ภาพ ๒ ผลพัฒนาการปกติ

การแสดงผลในภาพ ๓ แสดงว่าเด็กทำผ่าน ไม่ผ่าน หรือปฏิเสธ ซึ่งเส้นอายุอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๒๕ และ ๗๕ จึงตัดสินว่าเด็กมีพัฒนาการปกติในข้อทดสอบนั้น และไม่ใช้แปลผลรวม



ภาพ ๓ ผลพัฒนาการสมวัยที่ไม่ใช่การแปลผลรวม

๓. ควระวัง (Caution Item) ข้อควระวังในข้อทดสอบย่อยสามารถเขียนได้ในกรณีที่ผู้ทดสอบให้ F (ไม่ผ่าน) และ R (ปฏิเสธ) ในข้อทดสอบที่อยู่บนเส้นอายุระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๗๕ และ ๙๐ ที่บริเวณ แรเงา ผู้ทดสอบควรเขียน C บนขวามือของช่อง เพราะเด็กในกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ๗๕% สามารถทำข้อทดสอบนั้นได้ (ภาพ ๔)



ภาพที่ ๔ สิ่งควระวังที่จะนำมาใช้ในการแปลผลรวม

การแปลผลการทดสอบโดยรวม (Denver II)

ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ “ล่าช้า” และ/หรือ มีข้อทดสอบ “ควระวัง” เพียง ๑ ข้อเท่านั้น

สงสัย (Suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ “ควระวัง” ๒ ข้อขึ้นไป และ/หรือ มีข้อทดสอบ “ล่าช้า” ๑ ข้อขึ้นไป (จินตนา, ๒๕๕๘)

๔. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

สมุดสุขภาพแม่และเด็กหรือสมุดสีชมพู มีประวัติมายาวนานและกว่า ๔๐ ประเทศทั่วโลกก็มีใช้ เนื่องจากประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพจัดงานประชุมสมุดสุขภาพแม่และเด็กนานาชาติครั้งที่ ๑๑ สมุดสุขภาพแม่และเด็ก ได้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกที่ประเทศญี่ปุ่น ในปีค.ศ. ๑๙๔๘ ส่วนในประเทศไทย ใช้สมุดสีชมพูกันมาตั้งแต่ปี ๒๕๒๘ โดยกรมอนามัย เริ่มแรกเป็น สมุดเล่มบาง แต่เล่มล่าสุด (๒๕๖๑) มีข้อมูลอยู่ถึง ๘๐ หน้า โดยสิ่งที่คงอยู่ตั้งแต่เล่มแรก คือ ปกสีชมพูสดใสแน่นอน

กรมอนามัยเป็นผู้นำสมุดสีชมพูนี้เข้ามาใช้ในประเทศไทยจนแพร่หลาย และได้ปรับปรุงพัฒนาทุก ๓ ปี เพื่อให้มีเนื้อหาที่เหมาะสมตามยุคสมัย นิยาม คุณสมบัติ รวมถึงประโยชน์ จะเห็นได้ว่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก มีความ

จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด จนบุตรอายุ ๕ ปี ด้วยประวัติการบันทึกสุขภาพของแม่ และลูกที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบันรวมไปถึงแนวโน้ม และอาการผิดปกติ ที่แม่ควรสังเกต จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญกับการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีผลกับพัฒนาการเด็ก

ในสมุดบันทึกสุขภาพประกอบด้วย

- ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนแรกนี้เป็นส่วนสำคัญที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เพื่อดูว่ามีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ส่วนนี้เจ้าหน้าที่จะสอบถามประวัติของหญิงตั้งครรภ์และเป็นผู้ประเมินด้วยตัวเอง หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ เช่น เคยมีประวัติคลอดบุตรที่น้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะทำการประเมินการดูแลครรภ์ในลำดับต่อไป
- ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ส่วนนี้เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้บันทึก แพทย์จะคำนวณประจำเดือนครั้งสุดท้ายเพื่อเป็นการคะเนกำหนดการคลอด ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้เตรียมตัวโดยหญิงตั้งครรภ์สามารถดูได้ว่าจะครบกำหนดคลอดเมื่อไหร่
- บันทึกการตรวจครรภ์ เป็นส่วนที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทราบข้อมูลในการมาฝากครรภ์ในแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้บันทึก น้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละครั้ง เป็นการดูการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์สามารถนำน้ำหนักบันทึกในกราฟลำดับถัดไปเพื่อดูพัฒนาการของลูกได้ ข้อดีคือหากพบความผิดปกติ แพทย์จะสามารถทำการวินิจฉัยและรักษาทันทีตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์
- แบบตรวจสอบความครบถ้วนของบริการตามช่วงอายุครรภ์ โดยปกติหญิงตั้งครรภ์จะต้องมาฝากครรภ์ ๕ ครั้ง คุณแม่จะต้องเข้ารับบริการตามช่วงอายุครรภ์ในแต่ละครั้งที่กำหนด (ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย)
 - ครั้งแรกเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ โดยครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ควรมาก่อน ๑๒ สัปดาห์
 - ครั้งที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๑๓ - < ๒๐ สัปดาห์
 - ครั้งที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๐ - < ๒๖ สัปดาห์
 - ครั้งที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๒๖ - < ๓๒ สัปดาห์
 - ครั้งที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ - ๔๐ สัปดาห์

การนับลูกดิ้น มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันทารกเสียชีวิตในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะต้องนับการดิ้นของลูกทุกวัน โดยจะเริ่มนับตั้งแต่อายุครรภ์ ๖ เดือนขึ้นไปเพื่อดูว่าลูกยังดิ้นปกติหรือไม่ วิธีการนับคือวันละ ๓ เวลา เช้า กลางวัน ก่อนนอน ส่วนมากมักนับเวลาหลังทานอาหาร โดยสังเกตภายใน ๑ ชั่วโมง ลูกควรดิ้นอย่างน้อย ๓ ครั้ง หากพบว่าลูกดิ้นน้อยกว่านี้ควรรีบพบแพทย์เพื่อตรวจทันที (กรมอนามัย, ๒๕๖๒)

๕. ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากรและสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

๕.๑ พัฒนาการเด็กในมุมมองทางประชากรศาสตร์

นอกจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจส่งผลต่อความต้องการมีบุตร ปัจจัยดังกล่าวยังมีแนวโน้มส่งผลต่อพัฒนาการเด็กได้เช่นกัน สำหรับตัวชี้วัดในมุมมองของ Hernandez ที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาพัฒนาการเด็ก สามารถจำแนกเป็นประเด็นได้ ๘ ประเด็นดังนี้ (๑) อายุของพ่อและแม่เมื่อให้กำเนิดทารก (๒) เชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ (๓) ประสบการณ์การย้ายถิ่นและการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย (๔) สถานภาพสมรสของพ่อและแม่ (๕) รูปแบบการอยู่อาศัยของเด็ก เช่น การอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ พ่อหรือแม่ ญาติคนอื่นในครอบครัว ตลอดจนบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ (๖) ระดับการศึกษาของพ่อและแม่ (๗) การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของพ่อและแม่ (๘) ความยากจนของครอบครัวและความเหลื่อมล้ำทางรายได้ สังคมวิทยาถือได้ว่าเป็นสาขาวิชาหนึ่งในทางสังคมศาสตร์ที่ศึกษามิติต่างๆ ของมนุษย์อย่างรอบด้านตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคลไปจนถึงระดับกลุ่มสังคมขนาดใหญ่

ครอบคลุมถึงชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย กล่าวอีกนัยคือมนุษย์ทุกเพศทุกวัย ไม่ว่าจะอยู่กลุ่มใดหรือมีสถานภาพแบบใดก็ตาม ต่างก็เป็นหน่วยย่อยที่สังคมวิทยาให้ความสำคัญในการศึกษาสำหรับในที่นี่ได้มุ่งเน้นถึงประเด็นด้านพัฒนาการเด็กเป็นหลัก ซึ่งเด็กถือได้ว่าเป็นสมาชิกคนรุ่นใหม่ ในแต่ละสังคม ดังนั้นเพื่อให้เด็กได้เรียนรู้หรือเข้าใจถึงชีวิตทางสังคมหรือครอบครัว จึงถือได้ว่ามีบทบาทสำคัญในการขัดเกลาพฤติกรรมของเด็กตั้งแต่วัยแรกเริ่ม เพราะฉะนั้นประเด็นทางสังคมวิทยาที่จะได้รับ การนำมาใช้อธิบายควบคู่กับประเด็นพัฒนาการเด็กในที่นี่จึงมุ่งเน้นไปที่สถาบันครอบครัวเป็นหลัก ครอบครัวนอกจากเป็นสถาบันหลักที่มีหน้าที่ผลิตสมาชิกใหม่ขึ้นมาแทนสมาชิกเดิมที่เสียชีวิตไป ครอบครัวยังเป็นแหล่งการอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด กล่าวคือช่วยเตรียมตัวให้เด็กออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อม นอกครอบครัว อีกทั้งยังช่วยอบรมเด็กให้รู้จักกฎเกณฑ์คุณค่าแบบแผนพฤติกรรม การให้ความรักและ ความอบอุ่นแก่เด็ก การสอนให้เด็กรู้จักปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคม โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถให้การขัดเกลาทางสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่เด็ก ดังนั้นการวิเคราะห์มิติด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก สามารถพิจารณาได้จากสถานการณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบหรือระดับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (ศิริพงศ์, ๒๕๕๘)

๕.๒ ความเสี่ยงและภาวะผิดปกติของครรภ์

ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ระบุไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ใช้ในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล มี ๒๐ ประการ คือ

๑. ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๑๗ ปีหรือมากกว่า ๓๕ ปี
๒. เคยคลอดก่อนกำหนด
๓. ครรภ์แรกหรือครรภ์ที่สี่ขึ้นไป
๔. เคยคลอดลูกน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม หรือมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม
๕. เคยผ่าตัดมดลูก
๖. มีประวัติโรคหัวใจ
๗. เคยแท้ง ๓ ครั้งขึ้นไป
๘. โลหิตจาง
๙. ตรวจ VDRL ได้ผลบวก
๑๐. พบไข่ขาวในปัสสาวะ และ/หรือ พบน้ำตาลในปัสสาวะ
๑๑. ความดันโลหิต ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า
๑๒. ต่อมไทรอยด์โต
๑๓. เป็นโรคหัวใจหรือตรวจพบเป็นโรคหัวใจ
๑๔. ขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์
๑๕. ครรภ์แฝด
๑๖. ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ (ไม่ใช่ท่าศีรษะ) ในอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ขึ้นไป
๑๗. มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์
๑๘. ตั้งครรภ์เกิน ๔๐ สัปดาห์
๑๙. น้ำหนักขึ้นน้อยกว่า ๑ กิโลกรัม/เดือน ตั้งแต่อายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ขึ้นไป
๒๐. เด็กดิ้นน้อยกว่า ๑๐ ครั้ง/วัน เมื่อครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไป

หากพบภาวะเสี่ยงข้อหนึ่งข้อใดในข้อภาวะเสี่ยง ๘-๒๐ ต้องมีการรายงานแพทย์

๕.๓ ความสำคัญของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์

การตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งในด้านกายวิภาค ชีวเคมีและสรีรวิทยา ซึ่งเกิดขึ้น ตลอดการตั้งครรภ์และสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น การเตรียมสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเจริญเติบโต ของทารกในครรภ์ และเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด นอกจากนี้ยังต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง ทางจิตสังคม เช่น บทบาทหน้าที่ ภาพลักษณ์สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาจะมีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ มากกว่าระยะอื่น ทำให้ร่างกายต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้นในระยะนี้ หากแม่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจะมีผลเสียทั้งแก่แม่และทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม การที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม มีโอกาสที่จะ พบความผิดปกติของระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งยังพัฒนาไม่เต็มที่ ปัญหาที่พบได้บ่อยเมื่อแรกเกิด ได้แก่ ๑) ระบบหายใจ เด็กอาจจะหายใจลำบากทำให้ขาดออกซิเจนและอาจหยุดหายใจ ๒) ระบบหัวใจ อาจทำให้หัวใจพิการแต่กำเนิด อุณหภูมิร่างกายต่ำทำให้ทารกอุณหภูมิได้น้อยน้ำตาลในเลือดต่ำ ๓) ระบบการสร้างภูมิต้านทานโรค ภูมิต้านทานร่างกายต่ำทำให้ติดเชื้อง่ายเจ็บป่วยบ่อย เช่น โรคปอดบวม เสี่ยงต่อการตาย ปรีกำเนิดหรือในขวบปีแรก ๔) การเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและสมอง เสี่ยงต่อการขาดอาหารแบบเรื้อรัง การสร้างเซลล์สมองบกพร่อง ทำให้มีปัญหาด้านสติปัญญา พัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน ๕) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อเป็นผู้ใหญ่ เช่น ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนั้นยังเป็นภาระแก่พ่อแม่ รวมถึงต่อระบบสาธารณสุขที่จะต้องดูแลสุขภาพต่อไปในอนาคตอีกด้วย ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับพลังงานมากเกินไปจะมีผลทำให้ทารกมีน้ำหนักมากตัวใหญ่ มีความเสี่ยงที่จะเป็นเด็กอ้วน และ weight retention ในแม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนหลังคลอด เพิ่มความชุกของภาวะอ้วนในเด็กและวัยทำงาน ก่อให้เกิดความสูญเสียในเรื่องค่ารักษาพยาบาลจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในด้านโภชนาการเกิดจากปัจจัยหลัก ๓ ปัจจัยคือ ๑) ภาวะเตี้ย ๒) น้ำหนักน้อยก่อนตั้งครรภ์ ๓) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นโภชนาการในช่วงตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญอย่างมากทำให้ทารกมี การเจริญเติบโตดีและแข็งแรง การดูแลโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์จึงเป็นเรื่องที่บุคลากร ในคลินิกฝากครรภ์ต้องให้ความสำคัญ และให้บริการด้านโภชนาการอย่างมีคุณภาพ โดยการประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและให้คำแนะนำปรึกษาด้านโภชนาการ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้และทักษะในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำอย่างดี จากบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถทักษะก็จะยิ่งส่งเสริมให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพ เป็นผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดดีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งเป็นสัญญาณต่อการมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

โภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ระยะตั้งครรภ์ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจึงต้องการพลังงานและสารอาหารมากขึ้นกว่าเดิมเพื่อการทำงานของต่อมต่างๆ การสร้างรกและสายสะดือ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยทารกได้อาหารจากมารดาทางโลหิตซึ่งผ่านเข้าทางสายสะดือเพื่อเอาไปสร้างร่างกายของทารกทุกส่วน ดังนั้นถ้ามารดาไม่ได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณเพียงพอระหว่างตั้งครรภ์ก็จะทำให้ หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักไม่เป็นไปตามเกณฑ์ นอกจากนั้นยังขาดแร่ธาตุที่สำคัญเช่น ไอโอดีน เหล็ก และโฟเลต เป็นผลให้มารดาและทารกที่เกิดมามีสุขภาพไม่สมบูรณ์ เช่น น้ำหนักและส่วนสูงของทารกที่คลอดน้อยกว่าปกติ คลอดบุตรก่อนกำหนด คลอดผิดปกติ แท้งบุตร พิการแต่กำเนิด เป็นต้น ข้อสำคัญ ถ้ามารดาได้รับอาหารที่มีคุณค่าไม่เพียงพอกับความต้องการของทารกในครรภ์แล้ว ทารกจะดึงเอาสารอาหารจากมารดาโดยตรง ซึ่งเป็นเหตุให้มารดาอย่างขาดสารอาหารมากขึ้น เป็นโรคตามมา เช่น โรคพิษสุรา ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น ความต้องการพลังงานและสารอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์สองเดือนแรกจะเริ่มสร้างอวัยวะของทารกในครรภ์และมีอัตราการเจริญเติบโต เพิ่มขึ้นจนมีอัตราสูงสุดในเดือนสุดท้ายก่อนคลอด น้ำหนักของทารกจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงจำเป็นต้องใช้พลังงานและสารอาหารสำหรับสร้างระบบไหลเวียน

ระบบประสาท กล้ามเนื้อ กระดูกและอวัยวะของทารก และสำหรับร่างกายมารดาเองด้วย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องกินอาหารที่มี (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, ๒๕๕๘)

๕.๔ ยารับประทานสำหรับหญิงตั้งครรภ์

ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การได้รับธาตุเหล็กจากอาหารมักไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ควรรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในสัปดาห์แรกอาจเกิดอาการข้างเคียงขึ้นได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ข้อควรปฏิบัติในการกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก คือ รับประทาน ๑ เม็ด หลังอาหารทันทีทุกวัน โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานพร้อมยาแคลเซียมและนม เพราะจะทำให้การดูดซึมยาลดลง ควรรับประทานยาร่วมกับอาหารที่มีวิตามินซีเพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก

ยาเม็ดแคลเซียม แคลเซียมนอกจากช่วยบำรุงกระดูกและฟัน ป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์เป็นตะคริวแล้วยังช่วยลด ความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ที่จะก่อให้เกิดครรภ์เป็นพิษ ไม่ควรรับประทานร่วมกับ ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก และหลีกเลี่ยงการรับประทานก่อนนอนเพราะอาจปวดท้องได้

ยาเม็ดโฟเลต มีบทบาทสำคัญในการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญพื้นฐานของเซลล์ หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการกรดโฟลิกเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในช่วงของการปฏิสนธิ เนื่องจากเซลล์มีการแบ่งตัวอย่างมาก เพื่อสร้างเป็นอวัยวะระบบต่างๆ ของทารก หากหญิงตั้งครรภ์ขาดโฟเลตในช่วงเดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะมีความผิดปกติของพัฒนาการสมองและระบบประสาท ได้แก่ ภาวะหลอดประสาทเปิด ภาวะไร้สมอง จึงควรเริ่มรับประทานกรดโฟลิกโดยเร็วที่สุดเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ หรือรับประทานก่อนตั้งครรภ์ประมาณ ๑ - ๓ เดือน จะช่วยลดความพิการได้ถึงร้อยละ ๕๐ - ๗๕ ซึ่งกรดโฟลิกพบมากในปลา ตับ เนื้อแดง ผักใบเขียว (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, ๒๕๕๘)

๕.๕ เมื่อมาฝากครรภ์ ทำไมต้องตรวจเลือด

การตรวจเลือดหลายท่านคงคิดว่า ถ้าให้คุณแม่มาตรวจเลือดเพียงคนเดียว พบว่าทุกอย่างปกติดีแล้วลูกในครรภ์จะปกติดีจริงไหม? ความจริงไม่เป็นเช่นนั้น เพราะถ้าคุณพ่อไม่ได้รับการตรวจเลือดก็สามารถทราบได้ว่าสุขภาพคุณพ่อปกติหรือไม่ เพราะโรคบางอย่างจากพ่อสามารถติดต่อมายังแม่และถ่ายทอดไปสู่ลูกทั้งที่สามารถป้องกันได้ เช่น ซิฟิลิส ตับอักเสบ บี เอชวี หรือโรคทางพันธุกรรมซึ่งพ่อและแม่มีอยู่ ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย การตรวจเลือดทั้งคุณพ่อและคุณแม่จะเป็นการช่วยดูแลเจ้าตัวน้อยในครรภ์ได้เป็นอย่างดี เมื่อมาฝากครรภ์จะต้องตรวจเลือดดังต่อไปนี้

๑. **กรุ๊ปเลือดและหมู่เลือดอาร์เอช** ตรวจเพื่อ ดูความเข้ากันได้ของหมู่เลือดพ่อและแม่ กรณีที่เลือดแม่และพ่อเข้ากันไม่ได้ จะส่งผลและเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น มีภาวะซีด หัวใจวายในครรภ์ ถ้าพบความผิดปกติแพทย์จะช่วยให้การปรึกษาพ่อแม่และตรวจให้ละเอียดขึ้นเพื่อสามารถวางแผนในการดูแลครรภ์ และการคลอดได้อย่างปลอดภัย รวมถึงจัดหาเลือดทดแทนได้อย่างรวดเร็วกรณีที่แม่จำเป็นต้องรับเลือด

๒. **คัดกรองภาวะโลหิตจาง** เป็นภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ เนื่องจากร่างกายมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอในการสร้างเม็ดเลือด สาเหตุของโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ร่างกายมีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น เช่น หญิงมีครรภ์และ ให้นมบุตร การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ หรือมักรับประทานอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ชา กาแฟ การเสียเลือดอย่างเรื้อรัง เช่น โรคกรดไหลย้อน ท้องเสีย มีครีโอลิตัส และแท้งบ่อยทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ลูกน้ำหนักน้อย ซีด ไม่แข็งแรง ลูกพัฒนาการช้า แม่อาจตกเลือด ซ็อกหรือ ติดเชื้อหลังคลอด

๓. **ตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี** คือ การอักเสบของเซลล์ตับจากการติดเชื้อไวรัส การอักเสบทำให้เซลล์ตับตาย หากเป็นเรื้อรังจะเกิดพังผืด ตับแข็งและมะเร็งตับได้ สาเหตุของโรคตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะติดเชื้อและพบได้บ่อยในช่วงอายุต่างๆ คือ ระยะแรกเกิด โดยมีมารดาเป็นพาหะ ระยะเด็กเล็ก โดยมีพี่เลี้ยงใกล้ชิดเป็นพาหะ

ระยะเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กเล็กโดยมีเพื่อนเด็กด้วยกันเป็นพาหะ ระยะหนุ่มสาว ถ้ามีการร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อ การใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นที่เป็นพาหะ

๔. ตรวจหาซิฟิลิส อาการคือ มีแผลที่อวัยวะเพศและอาจเกิดที่อวัยวะอื่นได้ แผลไม่เจ็บ อาจมีปัสสาวะแสบขัด มีผื่นขึ้นตามตัวที่ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า อาการเหล่านี้จะหายได้เองแต่เชื้อยังคงอยู่ในร่างกาย หากปล่อยไว้ไม่รักษาอาจทำให้เกิดโรคกระดูกและทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง พิกการและตายได้ ถ้าพ่อและแม่ ที่มีเชื้อซิฟิลิสอยู่ในกระแสเลือดจะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ แท้ง หรืออาจทำให้พิการแต่กำเนิด เช่น หูหนวก หัวใจรั่ว ซึ่งเป็นโรคที่อันตรายต่อทารกในครรภ์อย่างมาก

๕. คัดกรองเชื้อเอชไอวี โรคภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เป็นโรคที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สามารถติดต่อทางการร่วมเพศและทางเลือด เมื่อแม่ติดเชื้อภูมิคุ้มกันจากแม่ได้ในช่วงตั้งครรภ์โดยผ่านทางรก ระหว่างการคลอด และหลังคลอด โดยการผ่านทางน้ำนมแม่ เมื่อพบว่าแม่ติดเชื้อเอชไอวีจะลดโอกาสในการติดเชื้อของลูก โดยระหว่างตั้งครรภ์และขณะคลอดแม่จะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันเชื้อเข้าสู่ทารก การวางแผนการคลอดที่ปลอดภัย และการให้นมผสม ทดแทนนมแม่ สามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่มาสู่ลูกได้ร้อยละ ๙๗

๖. คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน เด็กกลุ่มอาการดาวน์จะมี ๔๗ โครโมโซม (โครโมโซมคู่ที่ ๒๑ เกินมา ๑ โครโมโซม) เกิดได้ในการตั้งครรภ์ทั่วไป แต่พบบ่อยในหญิงที่ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุมาก การเจาะน้ำคร่ำศึกษาโครโมโซม เพื่อค้นหาว่ามีความผิดปกติของทารกที่อยู่ในครรภ์ ทำได้เมื่อตั้งครรภ์ ๔ เดือน ซึ่งจะทราบผลทางห้องปฏิบัติการภายใน ๒ สัปดาห์ แพทย์จะใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นตัวช่วยในการเจาะหลังจากฉีดยาชาเฉพาะที่แล้ว ใช้เข็มเจาะผ่านผนังหน้าท้องมารดาผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกในตำแหน่งที่ปลอดภัย แล้วดูดน้ำคร่ำออกมาตรวจ การตรวจอาจจะก่อผลแทรกซ้อนได้ เช่น การแท้ง ดังนั้นการตรวจจะทำเมื่อ มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

๗. โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคชนิดหนึ่งที่เกิดจากเม็ดเลือดแดงผิดปกติแตกง่าย โดยการถ่ายทอดจากพ่อแม่ทางกรรมพันธุ์เป็นได้ทั้งชายและหญิง ธาลัสซีเมียมี ๒ แบบ คือ เป็นพาหะ : ผู้ที่เป็นพาหะจะไม่แสดงอาการ แต่มีความผิดปกติ ของเม็ดเลือดสามารถถ่ายทอดไปยังลูกหลานได้ เป็นโรค : ผู้เป็นโรคเลือดจากธาลัสซีเมียจะแสดงอาการ ซีด ตาเหลือง ตับม้ามโต จมูกแบน โหนกแก้มสูง ฟันบนยื่น ร่างกายเติบโตช้ากว่าคนปกติ สามารถถ่ายทอดไปยังลูกหลานได้ (กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, , ม.ป.ป.)

๕.๖ การจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์

ครรภ์ของแม่คือโลกของลูก ลูกเรียนรู้โลกผ่านฮอร์โมนที่บ่งบอกอารมณ์ของแม่ในแต่ละขณะจิต “แม่รู้สึกอย่างไร ลูกรู้สึกได้อาเช่นนั้น” ดังนั้นการรักษาใจของแม่ไม่ให้หงุดหงิด ขุ่นมัว จึงเป็นสิ่งสำคัญโดยมีพ่อเป็นผู้เกื้อกูลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพราะเด็กที่มีพื้นฐานจิตที่ดีเป็นเด็กที่สามารถพัฒนาศักยภาพได้สูงสุด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แม่ที่เครียดเล็กน้อยและปรับตัวได้ดีจะไม่ผลเสียต่อการตั้งครรภ์แต่ถ้ามีความเครียดสูงมาก จะเกิดผลเสียทั้งต่อตัวแม่และต่อทารก ในครรภ์ อาการเครียดในระยะสั้นจะเกิดอาการเหนื่อย นอนไม่หลับ ตื่นเต้น เบื่ออาหาร แต่ถ้าปล่อยให้เครียดนานจะทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานต่อการติดเชื้อลดลง ความดันโลหิตสูงและเกิดโรคหัวใจตามมาได้ เนื่องจากภาวะเครียดของมารดาจะทำให้สารเคมีและฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียดหลั่งออกมามากขึ้น ทำให้เส้นเลือดที่ไปยังมดลูกและรกเกิดการหดตัว ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปยังทารกในครรภ์ลดน้อยลง ผลตามมามีทำให้เกิดการแท้ง ทารกเติบโตช้าในครรภ์ ทารกติดเชื้อในครรภ์สูงขึ้น มีรายงานว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะเครียดในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในการตั้งครรภ์ช่วงแรกจะมีอารมณ์ซึมเศร้าและไวต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก สำหรับผลที่เกิดกับทารกในระยะยาวจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้

ยังส่งผลถึงปัญหาทางจิตใจและการปรับตัวทางสังคมตามมา (ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย) (ทิพย์วรรณ และชุตติกาญจน์, ๒๕๖๐)

๕.๗ หญิงตั้งครรภ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อลูกฟันดี

หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ดูแลตนเองปล่อยให้มีปัญหาเรื่องเหงือกอักเสบและฟันผุมีโอกาสส่งผลให้เกิดความผิดปกติกับเหงือกและฟันของลูกได้ เนื่องจากฟันน้ำนมของลูกเริ่มสร้างตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาเพียง ๖ สัปดาห์ เท่านั้น หากแม่ไม่ได้สารอาหารครบถ้วน จะทำให้ฟันของลูกมีการสร้างหน่อฟันที่ผิดปกติ มีผลทำให้การสร้างต่อมน้ำลายไม่สมบูรณ์ ผลิตน้ำลายได้น้อยลูกจะฟันผุง่าย นอกจากนี้การเกิดโรคฟันผุยังสามารถถ่ายทอดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูกได้โดยการจูบ ป้อนอาหารโดยการเป่า หรือรับประทานอาหารร่วมกัน ส่วนที่เหลือ คือ การกำกับดูแลคอยช่วยป้องกันสุขภาพช่องปากลูกเพื่อไม่ให้ฟันผุต่อไป ในเด็กทารกที่คลอดออกมาควรได้ดื่มนมแม่อย่างเดียวนาน ๖ เดือน เพราะในน้ำนมแม่มีภูมิคุ้มกันโรคหลายชนิดสำหรับทารก แต่เมื่อใดก็ตามที่เด็กดื่มนมผงรสจัดสำหรับทารกจำเป็นต้องให้เด็กดื่มน้ำตาม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, ๒๕๖๑)

๖.ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ

๖.๑ ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย : ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไขไม่ได้

หมายถึง น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากน้ำหนักแรกเกิดนับเป็นต้นทุนที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ โดยนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติได้เล็งเห็นความสำคัญของ ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๖ (๒๕๓๐ - ๒๕๓๕) ผลกระทบจาก น้ำหนักแรกเกิดน้อย มีความเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิด และระยะขบปีแรกของชีวิต และยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยภาวะทุพโภชนาการ พัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ ๒,๕๐๐ กรัมขึ้นไป พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ ๒,๐๐๐ กรัมขึ้นไป จะมีการตายในระยะปริกำเนิด ต่ำกว่าทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๐๐๐ กรัม (ศิริกุล, ๒๕๔๙)

๖.๒ พัฒนาการด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย : แนวทางการส่งเสริมและพัฒนา

พัฒนาการด้านร่างกายเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย การเจริญเติบโต และความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อใหญ่กล้ามเนื้อเล็ก และการทำงานประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ในการเคลื่อนไหวที่เด็กวัยนี้ใช้เป็นเครื่องมือในการสำรวจตนเองและโลกรอบตัว การส่งเสริมและพัฒนาการด้านร่างกาย ให้แก่เด็กปฐมวัยนอกจากจะช่วยให้เด็กเจริญเติบโต มีโครงสร้างพื้นฐานของร่างกายสมวัยแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อให้แข็งแรงทำงานได้อย่างประสานสัมพันธ์กัน ช่วยการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทกระตุ้นการทำงานของสมองน้อยและยังช่วยเตรียมความพร้อมในการเขียนให้แก่เด็ก การจัดประสบการณ์เพื่อพัฒนาการด้านร่างกายให้แก่เด็กปฐมวัย ควรมีความเหมาะสมกับบุคลิกภาพหรือความพร้อมของแต่ละบุคคล โดยมีแนวทางการจัดที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ คำนึงถึงความปลอดภัย และให้เด็กเรียนรู้อย่างมีความสุขรวมถึง การเปิดโอกาสให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง เข้ามามีส่วนร่วมทั้งนี้กิจกรรมที่จัดควรให้ครอบคลุมทั้ง ด้านสุขภาพอนามัย การใช้กล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็ก โดยเลือกใช้กิจกรรมและสื่ออุปกรณ์ที่หลากหลาย ให้สอดคล้องกับลักษณะของกิจกรรม

การพัฒนาการด้านร่างกายให้แก่เด็กปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับพัฒนาการด้านอื่น เนื่องจากพัฒนาการแต่ละด้านมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงผลถึงกันและกัน หากพัฒนาการด้านหนึ่งมีปัญหาจะส่งผลให้พัฒนาการด้านอื่นๆ มีปัญหาไปด้วย ในการพัฒนาการด้านร่างกายของเด็กปฐมวัยควรพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีสารอาหารอย่างครบถ้วน เพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่ช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตอย่างสมวัย มีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์ของกรมอนามัย ไม่มากหรือน้อยเกินไป ฝึกให้เด็กดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อช่วยให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี ได้เล่นเครื่องเล่นในสนาม หรือการเล่นในลักษณะ

อื่นๆ ได้ออกกำลังกายเพื่อฝึกความแคล่วคล่องว่องไวและ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใหญ่และกระดูกบริเวณแขน ขา ลำตัว ได้ทำกิจกรรมที่ต้องใช้มือ ข้อมือและนิ้วมือเพื่อฝึก ความแข็งแรง และการประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อเล็ก บริเวณมือ นิ้วมือและตา ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญของการเขียนหนังสือต่อไปในอนาคต อย่างไรก็ตามการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการผู้ปกครองหรือครูไม่สามารถทำงานแต่เพียงลำพังได้ หากต้องประสานความร่วมมือช่วยเหลือและส่งเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อให้เด็กได้รับ การพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน (อรุณี, ๒๕๖๑)

๖.๓ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย : จุดเริ่มต้นในทารก สูโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่

เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเจริญเติบโตและการมีชีวิตรอดของทารก ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม มีอัตราการอยู่รอดต่ำ ประมาณการว่าทุก ๑๐ วินาที ทารกในประเทศกำลังพัฒนาเสียชีวิตจากโรคหรือปัญหาการ ติดเชื้ออันเนื่องมาจากน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ทารกที่คลอดน้ำหนักน้อยกว่า มีปัญหาการเจ็บป่วย และการตายจากการติดเชื้อ ทารกที่มีน้ำหนัก ๒,๐๐๐ – ๒,๔๙๙ กรัม มีความเสี่ยงที่จะตายภายใน ๒๘ วันแรก หลังคลอดเพิ่มขึ้นเป็น ๔ เท่าเมื่อเทียบกับทารกที่มีน้ำหนัก ๒,๕๐๐ – ๒,๔๙๙ กรัม และเป็น ๑๐ เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่มีน้ำหนัก ๓,๐๐๐ – ๓,๔๙๙ กรัม มีหลักฐานที่แสดงว่าเด็กที่โตมาจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ coronary heart disease ผลที่ตามมา คือ ๑) อัตราการเจ็บป่วยและการตายเพิ่มขึ้น ๒) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ๓) ผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อการพัฒนาระบบประสาท ๔) ลดความแข็งแรงและความสามารถในการทำงาน (สุจิต, ๒๕๔๗)

๖.๔ เด็กไทยกับโรคฟันผุ ปัญหาใหญ่ที่ส่งผลถึงอนาคต

จากการสำรวจสถานการณ์ฟันผุในเด็กไทยพบว่าเด็กเริ่มมีฟันผุตั้งแต่อายุ ๙ เดือน และพบว่าเด็กอายุ ๓ ปี มีฟันผุเฉลี่ย ๓ ซี่ต่อคน สาเหตุหลักของฟันผุในเด็กเล็กมาจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้เด็กทาน ขนมหรือนมที่มีรสหวานเป็นประจำ การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนมหลังจากฟันขึ้นแล้ว หรือผู้ปกครองละเลยเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยไม่ได้เริ่มแปรงฟันตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น ผลกระทบของโรคฟันผุในเด็กสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากในอนาคตได้ การมีฟันน้ำนมผุเด็กจะ ปวดฟัน เคี้ยวอาหารไม่ได้ ร่างกายจะได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนส่งผลต่อการเจริญเติบโต อีกทั้งอาการปวดฟัน ยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์และการเรียนรู้ สิ่งเหล่านี้ล้วนกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กตัวเล็กๆ สามารถขัดขวางพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา ได้ นอกจากนี้เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมักจะพบว่าฟันแท้ผุไปด้วย เนื่องจากเด็กที่มีฟันผุจะมีเชื้อก่อโรคฟันผุในช่องปาก มากกว่าปกติซึ่งจะส่งผลให้ฟันแท้ที่กำลังจะขึ้นใหม่นั้นเกิดฟันผุได้เช่นเดียวกัน ผู้ปกครองจึงควรให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและการปลูกฝังเด็กในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีฟันแข็งแรง และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (ศูนย์สื่อสารสาธารณะ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

๖.๕ แนวทางในการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในเด็ก

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาทางกุมารเวชศาสตร์ที่พบได้บ่อยในทางคลินิก เช่น ธาลัสซีเมีย หรือภาวะขาดธาตุเหล็กอาจพบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยมีโรคซึ่งเป็นสาเหตุคล้ายคลึงและแตกต่างจากภาวะโลหิตจางในผู้ใหญ่ เช่น ภาวะโลหิตจางจากโรคไขกระดูก อาทิ congenital dyserythropoiesis, Diamond Blackfan anemia นั้นจะพบและวินิจฉัยได้บ่อยในผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นแพทย์จึงมีความจำเป็นต้องทราบถึงสาเหตุ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย แยกโรคในผู้ป่วยเด็ก ตลอดจนให้การรักษาในภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ภาวะโลหิตจาง หมายถึง การลดลงอย่างผิดปกติของจำนวนเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดและ/หรือปริมาณความเข้มข้นของ ฮีโมโกลบิน (hemoglobin, Hb) โดยการลดลงดังกล่าวต่ำกว่าค่าปกติในแต่ละ กลุ่มอายุ สำหรับ

ปริมาณของเม็ดเลือดอัดแน่น ซึ่งเรียกว่าฮีมาโตคริต (hematocrit, Hct) คิดเป็นเปอร์เซ็นต์นั้น อาจลดลงหรือไม่ก็ได้ (วิปร, ๒๕๕๘)

๖.๖ ความรู้เรื่องการระบุอาการของโรคลมชักในเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา

ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญามักมีโรคร่วม เช่น โรคลมชัก โรคหัวใจ ปัญหาการเคลื่อนไหว ปัญหาในการควบคุมตนเอง อาการแทรกซ้อนยาจิตเวช ยาเกินขนาด เป็นต้น ผู้ป่วยอาจมีทั้งอาการของโรคลมชัก ปัญหาการเคลื่อนไหว หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นช่วง การแยกลักษณะอาการได้ชัดเจนจึงเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อหาสาเหตุการติดตามการรักษา รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมการดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย

เด็ก หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงอายุ ๑๕ ปีบริบูรณ์ ในกรณีไม่ได้รับอายุ หมายถึงทุกอายุ

เด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา ในที่นี้หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติ บกพร่องด้านปัญญา สมรรถภาพ หรือ ออทิสติก

อาการชัก หมายถึง อาการที่เซลล์สมองปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติจำนวนมากพร้อมๆ กันอย่างเฉียบพลันจากตำแหน่งหนึ่งกระจายไปสู่สมองส่วนอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติไปชั่วขณะ เช่น เกร็งกระตุก การรู้สติแปรปรวน เป็นต้น ลักษณะอาการชัก ได้แก่

๑. อาการชักเฉพาะที่ (Partial seizure) อาการชักที่คลื่นไฟฟ้าผิดปกติเริ่มต้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของสมองจำแนกเป็น

๑.๑ อาการชักเฉพาะที่แบบมีสติ ผู้ป่วยมีสติและตอบสนองได้อย่างเหมาะสมระหว่างมีอาการชัก ลักษณะอาการชักขึ้นอยู่กับตำแหน่งสมองที่มีคลื่นไฟฟ้าผิดปกติ เช่น สมองส่วน occipital cortex ผู้ป่วยเห็นแสงวาบ สมองส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวผู้ป่วยอาจมีอาการเกร็ง และ/หรือ กระตุกร่างกายด้านตรงข้าม สมองส่วนการรับรู้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดปกติ ปวดหรือเสียวร่างกายด้านตรงข้ามเป็นเวลาสั้นๆ เป็นต้น

๑.๒ อาการชักเฉพาะที่แบบขาดสติ ผู้ป่วยมีอาการเหม่อลอย อาจดูเหมือนรู้ตัวแต่ไม่สามารถตอบคำถามได้เป็นปกติหรือมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ทำปากขมุบขมิบ เลียริมฝีปาก ดิ้นนิ้ว พุดซ้ำ เดินวิ่ง หรือดึงถอดเสื้อผ้า ส่วนใหญ่มีอาการไม่เกิน ๒ - ๓ นาที หลังชักมักจะมีอาการเชื่องซึม สับสน ปวดศีรษะหรือนอนหลับ เมื่อรู้สึกตัวจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้

๑.๓ อาการชักเฉพาะที่ตามด้วยเกร็งกระตุกทั้งตัว ผู้ป่วยมีอาการชักเฉพาะที่ก่อนและต่อเนื่องเป็นชักทั้งตัว

๒. อาการชักทั้งตัว อาการชักที่เกิดจากคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติทั้งสองข้างตั้งแต่เริ่มอาการชัก ได้แก่

๒.๑ ชักเหม่อ (Absence seizure) ส่วนใหญ่มักเริ่มในเด็ก จำแนกเป็น

๑) ชักเหม่อลอยไม่รู้สึกรู้ตัว ชัก ๕ - ๑๐ วินาที ถ้าชักรุนเกินกว่า ๑๐ วินาที อาจมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น กระพริบตา เลียริมฝีปาก หลังอาการชักผู้ป่วยรู้ตัวทันที แต่จำเหตุการณ์ระหว่างชักไม่ได้ อาจชักได้บ่อยมากถึงวันละกว่า ๑๐๐ ครั้ง เด็กมักมีพัฒนาการปกติ

๒) อาการชักเหม่อลอย ชักรุนเกินกว่า ๑๐ วินาที ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการเกร็งหรือตัวอ่อนปวกเปียก และมักร่วมกับมีอาการชักชนิดอื่นลักษณะอาการแยกได้ยากจากอาการชักเฉพาะที่แบบขาดสติ เด็กมักมีพัฒนาการผิดปกติ

๒.๒ ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว, ลมบ้าหมู ผู้ป่วยหมดสติและมีอาการเกร็งทั้งตัว นานไม่เกิน ๓๐ วินาที ตามด้วยกล้ามเนื้อกระตุกเป็นจังหวะ นาน ๑ - ๒ นาที อาจกัตุลัน ปัสสาวะราด อาการมักไม่เกิน ๕ นาที ผู้ป่วยมักมีอาการสับสน หรือหลับไป เมื่อรู้สึกตัวอาจปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

๒.๓ ชักกระตุกทั้งตัว ผู้ป่วยหมดสติและกล้ามเนื้อกระตุกเป็นจังหวะทั้งตัว

- ๒.๔ ชักเกร็งทั้งตัว ผู้ป่วยหมดสติและกล้ามเนื้อเกร็งทั้งตัวโดยไม่กระตุก
- ๒.๕ ชักตัวอ่อน ผู้ป่วยล้มลงและลุกได้ทันที อาการชักสั้นมาก
- ๒.๖ ชักสะดุ้ง ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อกระตุกคล้ายสะดุ้ง มักกระตุกที่แขนทั้งสองข้าง อาจกระตุกครั้งเดียว หรือมีอาการช่วงสั้นๆ แต่ไม่เป็นจังหวะ อาการกระตุกแต่ละครั้งเพียงเสี้ยววินาที
๓. อาการชักที่แยกไม่ได้ว่าเป็นอาการในข้อ ๑ หรือ ข้อ ๒ เช่น โรคลมชักประเภทชักผวา (Infantile spasms) อาการชักในเด็กแรกเกิด
๔. อาการชักร่วมกับไข้ เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น
- ๔.๑ ชักจากไข้ ในเด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี ส่วนใหญ่อายุ ๑ - ๓ ปี สาเหตุของไข้ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อในประสาทส่วนกลาง อาการชักเกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกของไข้ จำแนกเป็น
- ๑) อาการชักทั้งตัว ชักเกร็งกระตุก หรือชักเกร็งไม่เกิน ๑๕ นาที ส่วนใหญ่ไม่เกิน ๕ นาที ตรวจไม่พบ ระบบประสาทผิดปกติหลังชัก และไม่มีอาการชักซ้ำใน ๒๔ ชั่วโมง
 - ๒) อาการชักอาจเกิดขึ้นเฉพาะที่ หรือชักนานกว่า ๑๕ นาที หรือมีความผิดปกติของระบบประสาท ก่อนหรือภายหลังอาการชัก หรือมีอาการชักซ้ำใน ๒๔ ชั่วโมง
- การเกิดอาการชักจากไข้ ไม่ทำให้พัฒนาการความสามารถด้านการเรียน พฤติกรรม เซลวันปัญญาของเด็ก แตกต่างจากพี่น้อง และไม่เป็นสาเหตุของสมองพิการ
- ๔.๒ ชักจากการติดเชื้อในระบบประสาท เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือ สมองอักเสบ
- ๔.๓ ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม และมีไข้ร่วมด้วยเช่น น้ำตาล หรือแคลเซียม หรือแมกนีเซียม ในเลือดต่ำ หรือสมองได้รับสารพิษบางชนิด
- ๔.๔ อาการชักครั้งแรกของโรคลมชัก

โรคลมชัก (Epilepsy) หมายถึงอาการชักที่เกิดขึ้นซ้ำๆ หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดการชักซ้ำ ๒ - ๓ ครั้ง ส่วนใหญ่หมายถึงการชักซ้ำที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของสมอง

ในผู้ป่วยที่มีอาการชักจากโรคปัจจุบัน เช่น จากยา จากการติดเชื้อในสมอง ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ไข้สูงในเด็กโดยไม่มีพยาธิสภาพของสมองที่ชัดเจน ไม่ถือว่าเป็นโรคลมชัก

ลักษณะของอาการชักและกลุ่มโรคลมชัก ใน เด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา มีอาการหลายชนิด เด็กวัยทารกกลุ่มโรคลมชัก ชักผวาในเด็ก (Infantile spasms) เป็นสาเหตุของโรคลมชักในเด็กอายุ ๑ ปีแรกมากที่สุด (ร้อยละ ๙๐) อาการชักที่มีลักษณะผวาเป็นชุดๆ เด็กมีอาการชักตั้งแต่วัยทารกจนถึง ๒ ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการเมื่ออายุ ๓-๗ เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีระบบประสาทผิดปกติอย่างรุนแรง อาการชักมี ๓ รูปแบบ ได้แก่ แบบตัวงอแบบเหยียดตัว หรือทั้งงอตัวและเหยียดตัว ซึ่งเด็กมักมีอาการนี้ อาการชักเป็นชุดๆ เด็กอาจส่งเสียงร้องขณะชัก หรือเกร็งเหยียดและกระตุกเป็นชุดๆ ตามมา ในบางครั้งเด็กอาจมีตาค้างพร้อมกับอาการกระตุก อาการชักอาจเกิดขึ้นเฉพาะส่วนของร่างกายหรือกระตุกสองด้านไม่เท่ากัน กลุ่มที่หาสาเหตุของโรคได้ เช่น ความผิดปกติของสมองจากการติดเชื้อตั้งแต่ในครรภ์, tuberous Sclerosis, Phenylketonuria, maple syrup urine disease, urea cycle defect หรือเด็กกลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น

เด็กปฐมวัย กลุ่มอาการของโรคลมชัก Lennox - Gastaut syndrome เด็กมักมีอาการชักอายุ ๑ - ๑๐ ปีและมักมีพัฒนาการหรือสติปัญญาเสื่อมลง อาการชักมีหลายลักษณะ เช่น ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว ชักตัวอ่อน ชักเหม่อชนิดอาการชักเหม่อลอย (Atypical absence) เป็นต้น คลื่นสมองมีลักษณะจำเพาะในขณะตื่นและขณะหลับเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้ยาก เด็กอาจเคยมีอาการชักผวาในเด็ก

ปัจจัยที่กระตุ้นอาการชักในเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาได้แก่ ชักจากไข้ สาเหตุที่พบได้บ่อย เช่น ติดเชื้อของหู โรคไขข้อ โรคทางเดินหายใจส่วนบนหรือทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ชักจากการหยุดยาที่ออกฤทธิ์กันชัก

จากการทบทวนพบว่าปัจจัยด้านเด็กเองก็มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการ และปัจจัยที่จะเห็นชัดเจนก็คือทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โลหิตจาง มีภาวะชัก ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการทำให้การเจริญเติบโตไม่สมวัยโภชนาการไม่เหมาะสมและทำให้พัฒนาการล่าช้ามากขึ้น อีกปัจจัยที่มีผลกับพัฒนาการก็คือภาวะชักของเด็กซึ่งส่งผลให้พัฒนาการหรือสติปัญญาเสื่อมลง (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๗)

๗. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม

๗.๑ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและ แนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กของครอบครัวที่มีเด็กเล็ก

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบิดาหรือมารดาที่มีบุตรอายุ ๑ ถึง ๖ ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเกษตรกรรมอุตสาหกรรมประมงและท่องเที่ยว จังหวัดชลบุรี จำนวน ๔๐๘ ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียดของบิดามารดา ความซึมเศร้าของบิดามารดา การสื่อสาร ในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว แนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กและความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาการเด็ก ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสื่อสารในครอบครัว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของบิดามารดา ความเครียดของการเป็นบิดามารดา ความซึมเศร้าของบิดามารดา นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเครียดของการเป็นบิดามารดา ความซึมเศร้าของบิดามารดา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสื่อสารในครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก สรุปว่าการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก แก่บิดามารดาจะส่งผลให้ครอบครัวมีแนวโน้มใช้ความรุนแรงต่อเด็กน้อยลง ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการลดความรุนแรงต่อเด็ก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องเข้าใจบริบทครอบครัวในด้านการศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว ความเครียดและความซึมเศร้าของบิดามารดา ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กแก่ บิดามารดา และแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็ก (จินตนา, มณีรัตน์, สุนทรวดี และ ณัชนันท์, ๒๕๕๖)

๗.๒ โรงเรียนพ่อแม่

การจัดกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม โดย แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด และระยะเลี้ยงดูบุตร ๐ - ๕ ปี เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติ เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างครอบครัว ทั้งการร่วมแสดงความคิดเห็น การลงมือทำจากการฝึกปฏิบัติภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเองเกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่ความรู้ที่ถูกต้องสอดคล้องกับทัศนคติและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันในการดูแลสุขภาพตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด จนกระทั่งเติบโตเป็นเด็กที่มีความแข็งแรง รูปร่าง สมส่วน มีพัฒนาการทางร่างกายและอารมณ์ที่ดี ก้าวไปสู่โลกกว้างได้อย่างมีคุณภาพต่อไป ความสำคัญของการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้หลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่มีเนื้อหาที่ครอบคลุม เน้นการเรียนรู้ร่วมกันในระหว่างครอบครัว ทั้งการร่วมแสดงความคิดเห็น การลงมือทำจากการฝึกปฏิบัติภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง เกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่ความรู้ที่ถูกต้อง ได้ปรับเนื้อหาและรูปแบบการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่โรงเรียนพ่อแม่จะเป็นประโยชน์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขงานอนามัยแม่และเด็กและผู้สนใจใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้เด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการและโภชนาการที่ดีต่อไป หัวข้อการเรียนรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ประกอบด้วย ๑) สารการเรียนรู้ ๒) แผนภูมิกิจกรรมการเรียนรู้โรงเรียนพ่อแม่ ๓) กิจกรรมการเรียนรู้ในระยะตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า ๔ สัปดาห์ ๔) การตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์ ๖) ทัศนสุขภาพเพื่อลูกรัก ๗) โภชนาการเพื่อลูกรัก ๘) สร้างสมองลูกด้วยรัก ๙) พัฒนาการทารกในครรภ์

๑๐) วิธีการส่งเสริมพัฒนาการทารกในครรภ์ ๑๑) การพัฒนาระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก ๑๒) การออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ ๑๓) กิจกรรมการเรียนรู้ในระยะตั้งครรภ์ ช่วงอายุครรภ์มากกว่า ๓๒ สัปดาห์ ๑๔) นวดสัมผัสรัก ๑๕) การเตรียมคลอดและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ๑๖) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (นมแม่....รักแท้ที่แม่ให้) ๑๗) การเตรียมตัวการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๑๘) กิจกรรมการเรียนรู้ในระยะหลังคลอด ๑๙) ปัญหานมแม่ที่พบบ่อย ๒๐) การดูแลสุขภาพแม่ หลังคลอด ๒๑) การนวดสัมผัสทารกและการเล่นนิทาน ๒๒) อาบน้ำทารก ๒๓) การออกกำลังกายและการทำงานหลังคลอด ๒๔) กิจกรรมการเรียนรู้ในระยะเลี้ยงดูบุตร ๒๕) เด็กก่อนอายุ ๒ เดือน ๒๖) เด็กอายุ ๔ - ๖ เดือน ๒๗) เด็กอายุ ๙ เดือน - ๑ ปี ๒๘) เด็กอายุ ๒ - ๓ ปี ๒๙) คลินิกเด็กสุขภาพดี ๓๐) แนวการปฏิบัติการจัดระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ๓๑) การเฝ้าระวังพัฒนาเด็กปฐมวัย (ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา, ๒๕๕๘)

๗.๓ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสถานเลี้ยงเด็ก

ผลการศึกษาบอกว่าพ่อแม่ผู้ปกครองจำนวนร้อยละ ๘๘ ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการของเด็กวัยแรกเกิด ซึ่งแตกต่างกันไปตามระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ปกครอง โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีและมีรายได้มากจะมีความตระหนักในเรื่องนี้มากกว่า นอกจากนั้น ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นว่าการใช้บริการสถานเลี้ยงเด็กเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้สมวัยมากกว่าการแก้ปัญหา เด็กขาดผู้ดูแลเพราะพ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้าน อีกทั้งผู้ปกครองส่วนมากยังเห็นว่าเด็กที่ควรพามาใช้บริการสถานเลี้ยงเด็กควรมีอายุ ๒ ปีขึ้นไป เพราะสามารถดูแลตัวเองและสื่อสารได้ระดับหนึ่งแล้ว

ในส่วนของการวิเคราะห์ช่องว่างงานระหว่างความต้องการของผู้ใช้บริการกับการให้บริการ สถานเลี้ยงเด็กในปัจจุบันที่สำคัญ งานวิจัยมีข้อค้นพบที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานเลี้ยงเด็กกระจายตัวครอบคลุมพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ อยู่ในรัศมีไม่เกิน ๕ กิโลเมตรจากเขตที่อยู่อาศัย แต่เนื่องจากคุณภาพหรืออัตราค่าบริการไม่สอดคล้องตรงตามความต้องการพ่อแม่จึงต้องเลือกสถานเลี้ยงเด็กที่อยู่ไกลออกไป ทำให้มีต้นทุนการเดินทางมากขึ้น

ระดับรายได้ของครัวเรือนและรายจ่ายด้านที่พักอาศัยส่งผลต่อความสามารถในการใช้บริการสถานเลี้ยงเด็ก โดยครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน และต้องจ่ายค่าเช่าบ้าน มีงบประมาณเหลือจ่ายค่าบริการสถานเลี้ยงเด็กเพียง ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือนเท่านั้น ส่งผลลดทอนการเข้าถึงบริการสถานเลี้ยงเด็ก เพราะสถานเลี้ยงเด็กร้อยละ ๘๒.๑ มีอัตราค่าบริการสูงกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน

ผู้ปกครองที่ใช้บริการสถานเลี้ยงเด็กส่วนมากให้คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมสูงถึง ๔.๔๑ คะแนน (จากคะแนนเต็ม ๕) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองเป็นผู้เลือกสถานเลี้ยงเด็กด้วยตัวเอง ถ้าไม่ถูกใจ ก็ไม่เลือกใช้บริการตั้งแต่ต้น ส่วนคะแนนด้านต่างๆ ได้แก่ การมีของเล่นหรืออุปกรณ์เสริมพัฒนาการ ที่เหมาะสมและเพียงพอ การให้บริการของบุคลากรโดยรวม การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย จำนวนเด็ก ไม่แออัดเกินไปที่สูงกว่า ๔ คะแนน ยกเว้นด้านจำนวนผู้ดูแลต่อจำนวนเด็ก

ผู้ปกครองให้คะแนนความพึงพอใจแก่สถานเลี้ยงเด็กเอกชน (๔.๒๓ คะแนน) สูงกว่าสถานเลี้ยงเด็กภายใต้หน่วยงานรัฐ (๓.๙ คะแนน) โดยเฉพาะด้านการจัดเตรียมของเล่นส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเพียงพอและเหมาะสม ส่วนที่ได้คะแนนไม่ต่างกันมากคือจำนวนผู้ดูแลต่อจำนวนเด็ก ซึ่งสถานเลี้ยงเด็กทั้งของเอกชนและของรัฐต่างมีปัญหาด้านนี้ทั้งคู่

ครูพี่เลี้ยงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กที่สุด จึงควรผ่านการอบรมให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม มีจำนวน ครูพี่เลี้ยงที่เหมาะสมกับจำนวนเด็ก และกิจกรรมเสริมทักษะที่สำคัญคือการฝึกเด็กให้ช่วยเหลือตัวเองได้ การปรับตัวเข้าสังคม และไม่ควรมุ่งเน้นวิชาการจนเด็กเครียดและขาดจินตนาการ

การเรียนรู้วิธีการบริหารจัดการและการให้บริการของสถานเลี้ยงเด็กในชุมชนและสถานประกอบการ ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามความต้องการของคนในชุมชนและพนักงานบริษัท ทำให้เข้าใจความต้องการของผู้ปกครองและเป็นต้นแบบในการพัฒนาสถานเลี้ยงเด็กในปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จงจิตต์ และสุภรัตน์, ๒๕๖๑)

๘. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๘.๑ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙

พบว่าทั่วโลกมีเด็กปฐมวัยประมาณ ๒๐๐ ล้านคนที่ยังไม่สามารถพัฒนาได้เต็มศักยภาพโดยปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ความยากจน ไม่ได้รับการเลี้ยงดูกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมและมีสุขภาพที่ไม่ดี โดยเรื่องสุขภาพที่ไม่ดีนั้น ได้วิเคราะห์ว่าสาเหตุปัจจัยหลักที่สามารถป้องกันได้ คือภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารไอโอดีน การขาดธาตุเหล็ก รวมทั้งขาดการเลี้ยงดู และให้การศึกษาที่กระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม โดยหากพ่อแม่ ครอบครัว ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน มีความรู้ ความเข้าใจและให้การศึกษาแก่เด็ก จะสามารถกระตุ้นพัฒนาการของเด็กได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การสำรวจเมื่อปีพ.ศ. ๒๕๕๔ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น คือ

- ๑) ปัจจัยเสี่ยง จากการเติบโตที่ไม่เหมาะสมในครรภ์มารดา โรคพันธุกรรม เช่น โรคธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทย หรือปัจจัยเสี่ยงจากอายุมารดาที่มากขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดกลุ่มอาการดาวน์ การติดเชื้อมาลาเรีย การได้รับสารตะกั่ว การติดเชื้อ HIV ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงในครอบครัว และเด็กในสถานเลี้ยงเด็กที่ได้รับการกระตุ้นไม่เหมาะสม เป็นต้น
- ๒) ปัจจัยป้องกัน การได้รับนมแม่อย่างน้อย ๖ เดือน และระดับการศึกษาของแม่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

๘.๒ ผลของโภชนาการต่อระดับสติปัญญาและการทำงานของสมอง

ควรมีการศึกษาและติดตามตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์มารดา จนกระทั่งคลอด และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว พบว่าภาวะทุพโภชนาการรุนแรงในวัยเด็กเล็ก ค่าคะแนนสติปัญญาที่อายุ ๘ – ๑๐ ปี หายไป ๓ – ๑๐ จุด และยังพบว่าเด็กไทยมีการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กปฐมวัยร้อยละ ๖.๓ ซึ่งเป็นผลการศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานของไทย หากใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกจะพบว่าเด็กปฐมวัย อายุต่ำกว่า ๖ ปีร้อยละ ๑๓ ไม่เจริญเติบโตตามเกณฑ์ จึงควรนำหลักเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลก มาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาด้านโภชนาการและระดับสติปัญญาของเด็กไทย (ประไพพิศ, ศักรินทร์ และ อติญาณ, ๒๕๖๐)

๘.๓ สถานการณ์ภาวะโภชนาการไอโอดีนในแม่และเด็กไทย

การศึกษาพบว่า การขาดสารไอโอดีนมีผลต่อระดับสติปัญญามากที่สุด และวิธีป้องกันที่ดีที่สุด คือ มาตรการเกลือเสริมไอโอดีน ซึ่งพบว่าการขาดสารไอโอดีนเรื้อรังทำให้คะแนนระดับสติปัญญาลดลง ๑๒ – ๑๓.๕ จุด ซึ่งสถานการณ์ภาวะโภชนาการไอโอดีนในแม่และเด็กไทยในปัจจุบัน หลังมาตรการเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟเลต ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และเกลือเสริมไอโอดีนทั่วหน้า ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า ภาวะขาดไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ลดลงจากร้อยละ ๕๒.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๓๙.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งหากได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องหญิงมีครรภ์ได้รับไอโอดีนเพียงพอ ทารกที่อยู่ในครรภ์ทั้งสมองและอวัยวะต่างๆ จะได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ และหญิงในช่วงให้นมลูก ได้เสริมไอโอดีนก็จะยิ่งเสริมให้สมองของเด็กได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ ดังนั้นการขาดสารไอโอดีนจึงเป็นผล ที่มีความสอดคล้องกับผลสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาวะระดับสติปัญญาดำและเป็นภาคที่มีภาวะการขาดไอโอดีนอยู่เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ – ๒๕๕๒ เกี่ยวกับระดับไอโอดีนจากการตรวจปัสสาวะของเด็กอายุ ๒ – ๑๔ ปี พบว่า มีเกณฑ์การขาดไอโอดีนอยู่ร้อยละ ๓๔.๘ ซึ่งหากมีการดำเนินมาตรการเกลือเสริมไอโอดีน

ถ้วนหน้า ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่องจะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, ๒๕๖๑)

๘.๔ สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๐

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๐ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ ๖ อาสาสมัครเป็นแม่พ่ หรือผู้ดูแลเด็ก ที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็ก และเด็กที่มี อายุตั้งแต่ ๘ เดือน ๑๖ วัน ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่เป็นเด็กไทยและไม่มีความพิการแต่กำเนิด ที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กในจังหวัดจันทบุรี ระยองและฉะเชิงเทรา จำนวน ๘๗๖ ราย สุ่มตัวอย่างแบบขั้นลำดับ (Three-Stage Cluster Sampling) รวบรวมข้อมูล จาก ๑) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๒) สัมภาษณ์แม่ พ่อหรือผู้ดูแลเด็กโดยใช้แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น และ ๓) ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II (ฉบับภาษาไทย) ระหว่าง เดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๐ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows และ Microsoft Excel นำเข้าข้อมูล การวิจัยนี้ผ่าน ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ ๑๓๐ เมื่อวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๐ ผลการศึกษา พบว่า เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ ๖ อายุ ๐ - ๕ ปีมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕.๘ พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๑๔.๒ โดยพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด รองลงมาด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ด้านการใช้ กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ ร้อยละ ๙.๕, ๒.๕, ๑.๗ และ ๑.๔ ตามลำดับ เด็กอายุ ๓ - ๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากกว่า เด็กอายุ ๐ - ๒ ปี ร้อยละ ๒๑.๘ และ ๗ ตามลำดับ โดยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ ๑๖.๑ และ ๓.๕ รองลงมา คือด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กอายุ ๓ - ๕ ปี ร้อยละ ๓.๔ และ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองในเด็ก อายุ ๐ - ๒ ปี ร้อยละ ๒ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ ๖ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า เด็กที่คลอดครบกำหนด ($p=0.021$) จะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่คลอดก่อนและเกินกำหนด เด็กที่คลอด ด้วยวิธีผิดปกติ ($p=0.014$) พัฒนาการล่าช้าจะลดลง ๔๐% เด็กมีน้ำหนักแรกคลอด ($p=0.002$) ๒,๕๐๐ กรัมขึ้นไป จะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เด็กที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคท้องร่วงในรอบ ๑ ปี ($p=0.034$) จะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่เคยป่วยด้วยโรคท้องร่วง เด็กที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ($p=0.001$) จะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านตนเอง ($p=0.000$) พัฒนาการล่าช้าจะลดลง ๖๐% (ศรีขณา, ๒๕๖๑)

๘.๕ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน ๑๓๕ คน เลือกแบบ เฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูล จากฐานข้อมูลการตรวจคัดกรอง พัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกสุขภาพเด็กดี เก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง กันยายน ๒๕๕๙ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคแอสควร์ ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัยกลุ่มนี้มีพัฒนาการสงสัย ล่าช้าด้านการเคลื่อนไหว มากที่สุดร้อยละ ๕๒.๐ รองลงมาคือด้านการใช้ภาษาและด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ ๒๖.๒ ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ และการให้นมบุตรมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .๐๕ ผลการศึกษาคั้งนี้สนับสนุนให้มารดาตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่เหมาะสม และสนับสนุนประโยชน์ของ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน ๖ เดือนแรก

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าพบว่า ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุและการให้นมบุตร มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน การที่อายุมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า อาจอธิบายได้ว่า อายุที่ไม่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ทั้งอายุน้อยกว่า (youth) และ อายุมากกว่าเกณฑ์ (elderly) จะมีผลต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้า จากข้อมูลพบว่ามารดาเด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุ อยู่ในช่วง ๑๖-๒๐ ปี ร้อยละ ๑๑.๔๙ และมีอายุอยู่ในช่วง ๓๖ - ๔๕ ปี ร้อยละ ๑๐.๙๑ ซึ่งเป็นช่วงอายุ ที่ไม่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์มารดาวัยรุ่นจะมีความแข็งแรงและสมบูรณ์ของร่างกายไม่เต็มที่ เวลาตั้งครรภ์ จึงมักมีปัญหาเกิดภาวะเสี่ยงทั้งตัวมารดาและบุตรในครรภ์ โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นไทยมีปัญหา ร่างกาย ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้ลูกในครรภ์อาจเจริญเติบโตได้ไม่ดี เชิงกรานของแม่ที่เป็นเด็กมักจะยังเล็กอยู่ และขยายขนาดได้ไม่ดีพอ ทำให้เสี่ยงต่อผ่าคลอดสูง นอกจากนี้อาจมีปัญหาภาวะ และเศรษฐกิจ ทำให้มีปัญหา การเลี้ยงดูบุตรตามมา ส่วนมารดาอายุมากโดยเฉพาะถ้าอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป มักจะเสี่ยงต่อปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ หรืออาจตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี สำหรับตัวเด็ก ก็อาจเสี่ยงที่จะเป็นเด็กปัญญาอ่อนได้มากกว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่อายุน้อยกว่า สอดคล้องกับผลการวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด การเลี้ยงดูบุตรและสอดคล้องกับผลการวิจัยพัฒนา

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ โดยอายุที่ไม่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ทั้งอายุน้อยกว่าเกณฑ์ (youth) และอายุมากกว่าเกณฑ์ (elderly) จะมีผลต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้าและการให้นมบุตร ใน ๖ เดือนแรก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยเด็กกลุ่มที่ได้รับนมผสม มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลายด้านมากกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนให้มารดาตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่เหมาะสม และสนับสนุนประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน ๖ เดือนแรก สามารถใช้เป็นข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้คำแนะนำมารดาในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้เติบโตตามวัยเต็มศักยภาพ (ปริญข, ๒๕๖๑)

๘.๖ นิเวศวิทยาครอบครัว : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กวัยเตาะแตะ

วัยเด็กตอนต้นเป็นโอกาสทองของการส่งเสริมพัฒนาการ แต่เด็กวัยนี้ยังไม่ได้ได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพ การศึกษาความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กในวัยนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญการวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กวัยเตาะแตะ ได้แก่ การดื่มสุราของบิดา การศึกษาของมารดา รายได้ครอบครัว การมีส่วนร่วมของบิดา ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดของการเป็นมารดา สิ่งแวดล้อมของบ้าน ความมั่นคงทางด้านอาหารและพัฒนาการเด็ก โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาของพัฒนาการมนุษย์ (Bronfenbrenner, ๒๐๐๕) และจากการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บิดา มารดา และเด็ก ช่วงอายุ ๑๘ - ๓๖ เดือน ได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอนจำนวน ๑๒ ตำบลในจังหวัดสระบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและครอบครัว การมีส่วนร่วมของบิดา ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก แบบคัดกรอง การดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในการเป็นมารดา ความมั่นคงด้านอาหาร การสังเกตสิ่งแวดล้อมของบ้าน และการประเมินพัฒนาการของ Bayley Scale of Infant and Toddler Development วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้โปรแกรม AMOS สำหรับการวิเคราะห์เส้นทาง

ผลการวิจัย พบว่า โมเดลเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยพัฒนาการเด็ก ได้รับอิทธิพลสูงสุดโดยตรงจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมของบ้าน (๐.๓๔) และเส้นทางอิทธิพลทางอ้อมจากเส้นทางมีส่วนร่วมของบิดา (๐.๓๔) โดยส่งผ่านสิ่งแวดล้อมของบ้าน ตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนของพัฒนาการเด็กได้ร้อยละ ๑๒ ผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลเพื่อ ใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อเพิ่มพัฒนาการเด็กต่อไป (นัยนา, จินตนา และ นุจรี, ๒๕๕๙)

๘.๗ พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย ๐ – ๓ ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน ๒๙๘ ชุดและเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็กเล็กในบริเวณกรุงเทพฯและปริมณฑล ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ปริมาณการใช้หน้าจอของเด็กไทยอายุ ๐ – ๓ ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๐.๘ เคยดูโทรทัศน์มาก่อน ส่วนอีกร้อยละ ๓๙.๒ ไม่เคยดูโทรทัศน์เลย โดยมีค่าเฉลี่ยการดูโทรทัศน์อยู่ที่ครั้งละ ๓๖.๘๔ นาที และคิดเป็น ๗๘.๘๙ นาทีต่อวัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๓.๔ เคยใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ต ส่วนอีกร้อยละ ๓๖.๖ ไม่เคยใช้มาก่อนโดยมีค่าเฉลี่ยการใช้หน้าจอแท็บเล็ตครั้งละ ๒๙.๕๓ นาที คิดเป็น ๔๙.๒๓ นาทีต่อวัน ผลการศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อปริมาณการใช้หน้าจอทั้งประเภทโทรทัศน์ แท็บเล็ต หรือสมาร์ทโฟน คือรายได้ของพ่อแม่ และประเภทของสถานที่นอนของเด็ก พบว่าเด็กที่นอนกับปู่ย่า ตายายหรือญาติคนอื่น มีปริมาณการใช้แท็บเล็ตและสมาร์ทโฟนสูงสุด ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานให้ความรู้แก่ สถาบันแม่และเด็ก เนอสเซอรี่ หรือพ่อแม่ ให้รับรู้และเตรียมป้องกันไม่ให้เกิดทารก ๐-๓ ปี รับสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป นอกจากนี้ควรมีเวลาให้กับบุตรหลานมากขึ้น

สรุปผลการวิจัยงานวิจัยชิ้นนี้พบว่าเด็กไทยวัย ๐ – ๓ ปี ในเขตกรุงเทพมหานครมีปริมาณ การใช้หน้าจอประเภทโทรทัศน์สูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๕๐.๓ นาทีต่อวัน และรองลงมา คือหน้าจอประเภท แท็บเล็ตและสมาร์ทโฟน โดยมีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ ๔๐.๔๐ นาทีต่อวัน โดยงานวิจัยพบว่าเด็กเริ่มดูโทรทัศน์ตั้งแต่แรกเกิด และอายุที่เร็วที่สุดที่เริ่มใช้แท็บเล็ตและสมาร์ทโฟน คือ ๗ เดือน โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อปริมาณการใช้หน้าจอคือ รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครองและผู้เลี้ยงดูเด็ก ซึ่งงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นปริมาณการใช้หน้าจอที่เร็วขึ้นและมากขึ้น เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก เยาวชนและผู้ปกครองเอง ควรหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมปริมาณการใช้หน้าจอให้น้อยลง เนื่องจากการใช้หน้าจออย่างไม่เหมาะสม ในวัยปฐมวัยนั้นส่งผลเสียต่อพัฒนาการเด็ก (อภิรพี, ศรีรัฐ และ ญาณวุฒิ, ๒๕๖๑)

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง สำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีด้วยเครื่องมือ DENVER II รูปแบบการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัย ได้ดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

๑. รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) การศึกษา ณ จุดเวลา (ภาคตัดขวาง : Cross-Sectional Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการ เด็กปฐมวัย และศึกษาปัจจัยชีวภาพ ด้านคุณลักษณะของประชากรและสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี

๒. ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็ก อย่างน้อย ๖ เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุแรกเกิด ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่มีสัญชาติไทยในจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ บิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็ก อย่างน้อย ๖ เดือนอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ ๒ เด็กที่มีอายุ แรกเกิด ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่มีสัญชาติไทยในจังหวัดปทุมธานี รวมทั้งสิ้น ๗๑๓ คน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบ แบ่งชั้นภูมิ (Stratified Three-stage Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

๑. ต้องเป็นเด็กสัญชาติไทย ที่มีอายุแรกเกิดถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน
๒. ผู้ปกครองยินยอมที่จะเข้าร่วมงานวิจัย
๓. ผู้ปกครองสามารถให้ประวัติได้ครบถ้วน และมีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

๑. เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็ก เช่น ภาวะดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) เด็กที่มีประวัติชัก และได้รับยากันชัก เป็นต้น
๒. เด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ
๓. เด็กที่ไม่ทราบอายุ
๔. เด็กที่อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เครือญาติ ความเสี่ยงของ อาสาสมัครและโครงการ/การป้องกัน/การแก้ปัญหาประเด็นจริยธรรม

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร (Krejcie & Morgan, ๑๙๗๐) ดังนี้

$$n_{rel} = \frac{Nk^2Q}{k^2Q + NPE^2}$$

N = จำนวนเด็ก ๐ - ๕ ปี ประชากรกลางปี ๒๕๕๘ (๔,๕๔๘,๒๔๕)

กำหนดขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น ๙๕% (k = ๑.๙๖)

ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน ๑๐% (E' ≤ ๐.๑๐), P = ๐.๕, Q = ๑-P, n = ๙,๖๐๐

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ Stratified Three-stage Sampling โดยมีเขตสุขภาพเป็นชั้นภูมิ และมีจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพ เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง เขตแขวงนับ /ตำบล (Enumeration Area : EA) เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง และเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สาม

หน่วยตัวอย่างชั้นที่ ๑

ในแต่ละศูนย์อนามัย ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ ดังนี้

- เขตสุขภาพที่ ๒, ๓, ๗, ๙ และ ๑๐ เลือกจังหวัดตัวอย่าง จำนวน ๒ จังหวัด
- เขตสุขภาพที่ ๑, ๔, ๕, ๖, ๘, ๑๑ และ ๑๒ เลือกจังหวัดตัวอย่าง จำนวน ๓ จังหวัด

จำนวนจังหวัดตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น ๓๓ จังหวัด

หน่วยตัวอย่างชั้น ๒

ในแต่ละจังหวัดตัวอย่าง ทำการเลือก EA ตัวอย่าง (ตำบล) ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด โดยกำหนดจำนวน EA ตัวอย่าง ในแต่ละศูนย์อนามัย จำนวน ๔๐ EA ดังนั้นได้จำนวน EA ตัวอย่างรวมทั้งสิ้นทั่วประเทศ จำนวน ๔๘๐ EA

หน่วยตัวอย่างชั้น ๓

ในแต่ละ EA ตัวอย่าง ให้ทำการเลือกเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ตามสัดส่วนของเด็กในแต่ละกลุ่ม จากข้อมูลประชากรแยกอายุทั่วประเทศ ณ เดือนธันวาคม ๒๕๕๘ รวมทั้งประเทศทั้งสิ้น ดังนี้

เครือข่ายบริการ	จังหวัด	รวม	
๑	เชียงราย	๕๑๖	๘๐๐
	ลำพูน	๑๔๗	
	แม่ฮ่องสอน	๑๓๗	
๒	สุโขทัย	๔๖๗	๘๐๐
	อุตรดิตถ์	๓๓๓	
๓	พิจิตร	๔๗๑	๘๐๐
	ชัยนาท	๓๒๙	
๔	สิงห์บุรี	๙๒	๘๐๐
	**ปทุมธานี	๕๘๓	
	นครนายก	๑๒๕	
๕	นครปฐม	๓๑๔	๘๐๐
	สุพรรณบุรี	๒๘๕	
	สมุทรสงคราม	๒๐๑	
๖	จันทบุรี	๒๐๖	๘๐๐
	ระยอง	๓๑๒	
	ฉะเชิงเทรา	๒๘๒	
๗	มหาสารคาม	๓๓๕	๘๐๐
	ร้อยเอ็ด	๔๖๕	
๘	หนองคาย	๒๖๗	๘๐๐
	บึงกาฬ	๒๕๙	
	หนองบัวลำภู	๒๗๔	

เครือข่ายบริการ	จังหวัด	รวม	
๙	ชัยภูมิ	๓๔๕	๘๐๐
	สุรินทร์	๔๕๕	
๑๐	มุกดาหาร	๓๓๕	๘๐๐
	ยโสธร	๔๖๕	
๑๑	นครศรีธรรมราช	๕๓๔	๘๐๐
	กระบี่	๒๐๒	
	ระนอง	๖๔	
๑๒	พัทลุง	๕๓๔	๘๐๐
	ตรัง	๒๐๒	
	นราธิวาส	๖๔	
รวม		๙,๖๐๐	๙,๖๐๐

จากตาราง การคำนวณเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างของเขตสุขภาพที่ ๔ จำนวน ๘๐๐ คน สัดส่วนประกอบด้วย จังหวัดสิงห์บุรีจำนวน ๙๒ คน จังหวัดปทุมธานีจำนวน ๕๘๓ คน จังหวัดนครนายกจำนวน ๑๒๕ คน แต่การลงพื้นที่จริงเพื่อเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างของเขตสุขภาพที่ ๔ มีจำนวนครบ ๘๐๐ คนนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นัดหมายไม่สามารถมาได้ครบตามจำนวน ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลเพิ่มจากจังหวัดปทุมธานีเพิ่มเป็นจำนวน ๗๑๓ คน

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๓.๑ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ภายในเล่มต้องมีข้อมูลสำคัญ

ข้อมูลแม่ : ประวัติสุขภาพของแม่ตั้งครรภ์และครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติเจ็บป่วย การได้รับยา ระหว่างตั้งครรภ์

ข้อมูลเด็ก : บันทึกการคลอด ข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด ภาวะภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิด

๓.๒ แบบสัมภาษณ์มารดา หรือบิดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ซึ่งแบบสัมภาษณ์มีจำนวน ๗ ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของพ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลแม่ (ดูข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประกอบ)

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลเด็ก (ดูข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประกอบ)

ส่วนที่ ๔ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กภายใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา

ส่วนที่ ๕ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ส่วนที่ ๖ แบบประเมินการเลี้ยงดูเด็กใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา

ส่วนที่ ๗ ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย DENVER II)

๓.๓ แบบประเมินพัฒนาการเด็ก DENVER II ประเมินพัฒนาการ ๔ ด้าน คือ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว ด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยเครื่องมือนี้มีความไวในการคัดกรอง (Sensitivity) ๐.๕๖ – ๐.๘๓ และความจำเพาะเจาะจง ๐.๔๓ – ๐.๘๐

๔. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ขั้นตอนเตรียมการ

๑.๑ เชิญผู้แทนสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีพื้นที่เป้าหมายประชุมรับทราบโครงการและวางแผนการนัดหมายเก็บข้อมูล

๑.๒ เตรียมทีมเก็บข้อมูลของสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี และทีมสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย

- ทีมซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณอายุเด็ก จำนวน ๑ - ๒ คน ที่ผ่านการปฏิบัติและฝึกทักษะความชำนาญในการซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การลงบันทึก และคำนวณอายุเด็กในวันที่เก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง
- ทีมสัมภาษณ์ จำนวน ๒ - ๓ คน ที่ผ่านการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กและสัมภาษณ์พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กมาก่อน รวมทั้งมีความรู้ ศึกษารายละเอียดและความชำนาญในการหาข้อมูลและรายละเอียดต่างๆ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- ทีมประเมินพัฒนาการเด็ก จำนวน ๒ - ๓ คน ที่ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Denver II จากสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

๑.๓ เตรียมทีมบันทึกข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล การลงข้อมูลใน Data sheet การลงข้อมูลในโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for Windows การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

๑.๔ เตรียมความพร้อมของเอกสาร แบบสัมภาษณ์ อุปกรณ์การประเมินพัฒนาการเด็ก เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล ที่วัดส่วนสูง และความพร้อมของทีมเก็บข้อมูลก่อนออกเก็บข้อมูล

๒. การเก็บข้อมูล

๒.๑ จัดทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังจังหวัดปทุมธานี ประสานความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กับเจ้าหน้าที่ในแต่ละพื้นที่เป้าหมายก่อนออกเก็บข้อมูล ๑ วัน พร้อมสถานที่ให้ลงเก็บข้อมูล

๒.๒ ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๐

- คัดกรองเด็กโดยต้องเป็นเด็กที่มีสัญชาติไทย ไม่มีความพิการหรือภาวะทางสมองมีผลต่อพัฒนาการ เช่น Down syndrome, Cerebral Palsy, ออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ไม่มีประวัติได้รับยากันชัก และไม่มีโรคทางพันธุกรรมที่มีผลต่อพัฒนาการ
- ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณอายุเด็กจริงในวันนั้นๆ ต้องเป็นเด็กที่มีอายุแรกเกิดถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน
- ประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II และลงบันทึกผลการประเมินในแบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กโดยถ้าเด็กให้ความร่วมมือดีสามารถประเมินพัฒนาการได้ครบถ้วน จะสัมภาษณ์พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กต่อ แต่ถ้าไม่สามารถประเมินพัฒนาการเด็กได้เนื่องจากเด็กไม่ให้ความร่วมมือ จะยุติการประเมินพัฒนาการเด็กทันทีและไม่สัมภาษณ์พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก
- สัมภาษณ์ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็ก ด้วยแบบสัมภาษณ์ พร้อมบันทึกข้อมูลที่ได้จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

๒.๓ ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละชุด หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทันทีหากข้อมูลไม่สมบูรณ์ ครบถ้วนให้สัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง การตรวจสอบคุณภาพ การประเมิน

พัฒนาการเด็ก ผู้ประเมินจะคำนวณอายุเด็กซ้ำอีกครั้งและตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบประเมินแต่ละชุด

๒.๔ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดโดยหัวหน้าทีมเก็บข้อมูล และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยอีกครั้ง

๓. การรวบรวมข้อมูล

บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ต่อไป

๕. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบาย

- ลักษณะทางประชากรของ มารดา บิดา ผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว
- สุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์
- สุขภาพเด็กเมื่อแรกคลอดและหลังคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ของมารดาเมื่อคลอด น้ำหนักเมื่อแรกเกิด ภาวะขาดออกซิเจน โรคประจำตัวเด็ก การเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลใน ๑ ปี ภาวะโภชนาการและการได้อาหารมื้อหลัก สุขภาพในช่องปาก
- ปัจจัยสภาพแวดล้อมและสังคม ด้านพฤติกรรมมารดา ระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์คุณภาพ กินยาบำรุงครรภ์ขณะตั้งครรภ์ ดื่มน้ำเกลือแร่ รับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ที่ ANC & WCC การใช้สมุดบันทึกสุขภาพดูแลตนเองและลูก และด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ กินนมแม่ เล่านิทาน เล่นกับลูกสี่บุคคล เล่นกับลูกใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การดูโทรทัศน์ การเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู

ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดปทุมธานี ใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดาและสุขภาพของมารดา ระยะตั้งครรภ์ ด้านสุขภาพภาวะโภชนาการของเด็ก และปัจจัยสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมของมารดา ระยะตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว

บทที่ ๔

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง สํารวจปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีด้วยเครื่องมือ DENVER II มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย ทางชีวภาพด้านคุณลักษณะของประชากรและสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น ๕ ส่วน โดยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ในลักษณะตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

๑. ข้อมูลปัจจัยด้านแม่/พ่อ/ผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน
๒. ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อม
๓. ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก
๔. สถานการณ์ พัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดปทุมธานี
๕. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยในเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลปัจจัยด้านแม่/พ่อ/ผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพของบิดา มารดา ผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน

ข้อมูลปัจจัย	มารดา		พ่อ		ผู้ดูแลเด็ก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ						
น้อยกว่า ๒๐ ปี	๘๔	๑๑.๘	๖	๑๑.๘	๓๐๖	๔๖.๔
๒๐-๓๕ ปี	๔๙๑	๖๘.๘	๓๕	๖๘.๖	๕๖	๘.๕
มากกว่า ๓๕ ปี	๑๓๘	๑๙.๔	๑๐	๑๙.๖	๒๙๗	๔๕.๑
รวม	๗๑๓	๑๐๐	๕๑	๑๐๐	๖๕๙	๑๐๐
การศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	๔	๐.๗	๑	๑.๙	๙	๑.๔
ประถมศึกษา	๖๙	๑๒.๓	๘	๑๕.๗	๑๙๑	๒๙.๒
มัธยมศึกษา/ปวช.	๓๐๓	๔๓.๙	๒๕	๔๙.๑	๓๘๖	๕๘.๖
อนุปริญญา/ปวส/ปวท	๑๐๗	๑๙.๐	๕	๙.๘	๖๕	๙.๙
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	๗๙	๑๔.๑	๑๒	๒๓.๕	๘	๑.๒
รวม	๕๖๒	๑๐๐	๕๑	๑๐๐	๖๕๙	๑๐๐
อาชีพ						
กลุ่มไม่ทำงาน/แม่บ้าน	๒๓๔	๔๓.๒	๑	๑.๙	๑๐๔	๑๕.๘
เกษตรกร	๑๕	๒.๘	๕	๙.๘	๑๑๘	๑๗.๙
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒๕	๔.๖	๑๒	๒๓.๕	๓๕	๐.๘
รับจ้าง	๑๙๕	๓๕.๙	๒๘	๕๔.๙	๒๑๓	๓๒.๓
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	๗๓	๑๓.๕	๕	๙.๘	๑๘๙	๒๘.๗
รวม	๕๔๒	๑๐๐	๕๑	๑๐๐	๖๕๙	๑๐๐

จากตารางที่ ๑ ข้อมูลของ อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพของบิดา มารดาและผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน พบว่ากลุ่มอายุมารดาที่มากที่สุดคือ อายุ ๒๐-๓๕ ปี จำนวน ๔๙๑ คน รองลงมาคือมารดาอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๓๘ คน และสุดท้ายมารดาอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีจำนวน ๘๔ คน อยู่ที่ร้อยละ ๖๘.๘, ๑๙.๔, ๑๑.๘ ตามลำดับ การศึกษาของมารดาพบว่า กลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช.มากที่สุด จำนวน ๓๐๓ คน รองลงมา อนุปริญญา/ปวส./ปวท. จำนวน ๑๐๗ คน ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน ๗๙ คน และที่น้อยที่สุดคือ ไม่ได้เรียนจำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละอยู่ที่ ๕๓.๙, ๑๙.๐, ๑๔.๑, ๐.๗ ตามลำดับ อาชีพของมารดาในกลุ่มที่มากที่สุดคือ กลุ่มไม่ทำงาน/แม่บ้าน จำนวน ๒๓๔ คน รองลงมาคืออาชีพรับจ้างจำนวน ๑๙๕ คน อาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ ๗๓ คน และน้อยที่สุดคือเกษตรกรจำนวน ๑๕ คน คิดเป็นร้อยละอยู่ที่ ๔๓.๒, ๓๕.๙, ๑๓.๕, ๒.๘ ตามลำดับ

ข้อมูลปัจจัยด้านบิดาพบว่า กลุ่มอายุบิดาที่มากที่สุดคือ บิดาอายุ ๒๐-๓๕ ปีจำนวน ๓๕ คน รองลงมา คือบิดาอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๑๐ คน และสุดท้ายบิดาอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีจำนวน ๖ คน อยู่ที่ร้อยละ ๖๘.๖, ๑๙.๖, ๑๑.๘ ตามลำดับ การศึกษาของบิดาพบว่า กลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช.มากที่สุด จำนวน ๒๕ คน รองลงมาปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรีจำนวน ๑๒ คน ประถมศึกษาจำนวน ๘ คน และที่น้อยที่สุดคือไม่ได้ ศึกษาจำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละอยู่ที่ ๔๙.๑, ๒๓.๕, ๑๕.๗, ๑.๙ ตามลำดับ อาชีพของบิดาในกลุ่มที่มากที่สุด คือ รับจ้างจำนวน ๒๘ คน รองลงมาคือรับราชการ/รัฐวิสาหกิจจำนวน ๑๒ คน อาชีพเกษตรกรและค้าขาย/ เจ้าของกิจการจำนวนเท่ากัน ๕ คน และน้อยที่สุด คือกลุ่มไม่ทำงานและพ่อบ้านจำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ อยู่ที่ ๕๔.๙, ๒๓.๕, ๙.๘, ๑.๙ ตามลำดับ

ข้อมูลปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน พบว่ากลุ่มอายุผู้ดูแลเด็กที่มากที่สุดคือ ผู้ดูแลเด็กอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี จำนวน ๓๐๖ คน รองลงมาคืออายุมากกว่า ๓๕ ปี จำนวน ๒๙๗ คน และน้อยที่สุดคือ ผู้ดูแลเด็กอายุ ๒๐-๓๕ ปี จำนวน ๕๖ คน คิดเป็นร้อยละอยู่ที่ ๔๖.๔, ๔๕.๑, ๘.๕ ตามลำดับ การศึกษาของผู้ดูแลเด็กพบว่า มัธยมศึกษา/ปวช.มากที่สุด จำนวน ๓๘๖ คน รองลงมาประถมศึกษา จำนวน ๑๙๑ คน อนุปริญญา/ปวส./ ปวท.จำนวน ๖๕ คน และที่น้อยที่สุดคือ ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๖, ๒๙.๒, ๙.๙, ๑.๒ ตามลำดับ อาชีพของผู้ดูแลเด็กที่มากที่สุดคือ รับจ้าง จำนวน ๒๑๓ คน รองลงมาคือ ค้าขาย/เจ้าของกิจการจำนวน ๑๘๙ คน อาชีพเกษตรกรจำนวน ๑๑๘ คน และน้อยที่สุดคือรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจจำนวน ๓๕ คน คิดเป็นร้อยละอยู่ที่ ๓๒.๓, ๒๘.๗, ๑๗.๙, ๐.๘ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา

ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุแม่ขณะตั้งครรภ์		
อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๒๒๒	๓๑.๒
อายุ ๒๐-๓๕ ปี	๔๒๙	๖๐.๓
๓๕ ปีขึ้นไป	๖๒	๘.๖
การฝากครรภ์เร็ว ๑-๑๒ สัปดาห์		
ฝากครรภ์เร็ว ๑-๑๒ สัปดาห์	๓๙๐	๕๕.๒
ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์	๓๑๗	๔๔.๘
การฝากครรภ์คุณภาพขณะตั้งครรภ์		
ฝากครรภ์คุณภาพขณะตั้งครรภ์	๓๙๙	๕๕.๙
ไม่ได้ฝากครรภ์คุณภาพขณะตั้งครรภ์	๓๑๔	๔๔.๑

ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุครรภ์เมื่อคลอด		
คลอดก่อนครบกำหนด (< ๓๗ สัปดาห์)	๓๒	๔.๕
คลอดครบกำหนด (≥ ๓๗ สัปดาห์)	๖๗๙	๙๕.๒
คลอดเกินครบกำหนด (>๔๒ สัปดาห์)	๒	๐.๓
การคลอด		
คลอดปกติ	๔๒๒	๕๙.๒
คลอดผิดปกติ	๒๙๑	๔๐.๘

จากตารางที่ ๒ ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของมารดาพบว่า กลุ่มอายุแม่ขณะตั้งครรภ์ที่มีความถี่มากที่สุดคืออายุ ๒๐-๓๕ ปี จำนวน ๔๒๙ คน รองลงมาคือแม่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีจำนวน ๒๒๒ คน และน้อยที่สุดมารดาอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๖๑ คน อยู่ที่ร้อยละ ๖๐.๓, ๓๑.๒, ๘.๖ ตามลำดับ การฝากครรภ์เร็ว ๑-๑๒ สัปดาห์ พบว่ากลุ่มฝากครรภ์เร็ว ๑-๑๒ สัปดาห์มากที่สุด จำนวน ๓๙๐ คน รองมาคือกลุ่มไม่ได้ฝากครรภ์เร็ว ๑-๑๒ สัปดาห์ จำนวน ๓๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๒, ๔๔.๘ ตามลำดับ การฝากครรภ์คุณภาพขณะตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มการฝากครรภ์คุณภาพมากที่สุด จำนวน ๓๙๙ คน รองลงมาการไม่ได้ฝากครรภ์คุณภาพ จำนวน ๓๑๔ คน คิดเป็นร้อยละอยู่ที่ ๕๕.๙, ๔๔.๑ ตามลำดับ อายุครรภ์เมื่อคลอด พบมากที่สุดคือคลอดครบกำหนด จำนวน ๖๗๙ คน คลอดก่อนกำหนดจำนวน ๓๒ คน และน้อยที่สุดคือคลอดเกินกำหนดจำนวน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒, ๔.๕, ๐.๓ ตามลำดับ วิธีการคลอดพบมากที่สุดคือ คลอดปกติจำนวน ๔๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๒ และคลอดผิดปกติ ๒๙๑ จำนวน คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๘

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยด้านมารดาเรื่องการรับประทานยา

ข้อมูลปัจจัยด้านมารดาเรื่องการรับประทานยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับประทาน Obimin/Triferdine/Nataral		
มารดาที่ได้รับประทาน	๕๘๓	๘๑.๘
มารดาที่ไม่ได้รับประทาน	๑๓๐	๑๘.๒
ความถี่ของกลุ่มมารดาที่ได้รับประทาน Obimin/Triferdine/Nataral		
มารดาที่ได้รับประทานทุกวัน	๕๐๗	๗๑.๑
มารดาที่ได้รับประทานบางวัน	๕๖	๗.๙
มารดาที่ไม่ทราบประวัติการได้รับประทาน	๒๐	๒.๘
มารดาที่ไม่รับประทาน	๑๓๐	๑๘.๒
การรับประทาน FBC		
มารดาที่ได้รับประทาน	๔๐๒	๕๖.๔
มารดาที่ไม่ได้รับประทาน	๓๑๑	๔๓.๖
ความถี่ของกลุ่มมารดาที่ได้รับประทาน FBC		
มารดาที่ได้รับประทานทุกวัน	๒๐๙	๒๙.๓

ข้อมูลปัจจัยด้านมารดาเรื่องการรับประทานยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มารดาที่ได้รับประทานบางวัน	๑๙๓	๒๗.๑
มารดาที่ไม่รับประทาน	๓๑๑	๔๓.๖
การได้รับประทาน Folic acid		
มารดาที่ได้รับประทาน	๔๒๘	๖๐.๑
มารดาที่ไม่ได้รับประทาน	๒๘๕	๓๙.๙
ความถี่ของกลุ่มมารดาที่ได้รับประทาน Folic acid		
มารดาที่ได้รับประทานทุกวัน	๓๘๒	๕๓.๖
มารดาที่ได้รับประทานบางวัน	๓๓	๔.๖
มารดาที่ไม่ทราบประวัติการได้รับประทาน	๑๓	๑.๘
มารดาที่ไม่รับประทาน	๒๘๕	๔๐.๐

จากตารางที่ ๓ ข้อมูลด้านมารดาเรื่องการรับประทานยา ข้อมูลการได้รับประทาน Obimin/Triferdine/Nataral กลุ่มแม่ที่ได้รับประทานยามากที่สุดจำนวน ๕๘๓ คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับประทาน Obimin/Triferdine/Nataral น้อยที่สุดจำนวน ๑๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๘ และ ๑๘.๒ โดยความถี่ของกลุ่มมารดาที่ได้รับประทาน Obimin/Triferdine/Nataral มากที่สุดคือทุกวันจำนวน ๕๐๗ คน รองลงมาไม่รับประทานจำนวน ๑๓๐ คน บางวันจำนวน ๕๖ คน และน้อยที่สุดคือไม่ทราบจำนวน ๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๑, ๑๘.๒, ๗.๙ และ ๒.๘ ตามลำดับ การได้รับประทาน FBC กลุ่มมารดาที่ได้รับประทานยามากที่สุดจำนวน ๔๐๒ คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับประทาน FBC น้อยที่สุดจำนวน ๓๑๑ คนคิดเป็นร้อยละ ๕๖.๔ และ ๔๓.๖ โดยความถี่ของกลุ่มมารดาที่ได้รับประทาน FBC มากที่สุดคือไม่รับประทานจำนวน ๓๑๑ คน รองลงมารับประทานทุกวันจำนวน ๒๐๙ คน และน้อยที่สุดคือ บางวันจำนวน ๑๙๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๖, ๒๙.๓ และ ๒๗.๑ ตามลำดับ การได้รับประทาน Folic acid กลุ่มมารดาที่ได้รับประทานยามากที่สุดจำนวน ๔๒๘ คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับประทาน Folic acid น้อยที่สุดจำนวน ๒๘๕ คนคิดเป็นร้อยละ ๖๐.๑ และ ๓๙.๙ โดยความถี่ของกลุ่มมารดาที่ได้รับประทาน Folic acid มากที่สุดคือทุกวันจำนวน ๓๘๒ คน รองลงมาไม่รับประทานจำนวน ๒๘๕ คน บางวันจำนวน ๓๓ คน และ น้อยที่สุดคือไม่ทราบจำนวน ๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๖, ๔๐.๐, ๔.๖ และ ๑.๘ ตามลำดับ

ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละของข้อมูลมารดาเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่

ข้อมูลเรื่อง มารดาเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ ANC		
ไม่เข้าร่วม	๓๖๐	๕๐.๕
เข้าร่วมทุกครั้ง	๑๘๘	๒๖.๔
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	๑๖๕	๒๓.๑
เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี WCC		
ไม่เข้าร่วม	๔๙๘	๖๙.๘
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	๑๗๓	๒๔.๓
เข้าร่วมทุกครั้ง	๔๒	๕.๙

จากตารางที่ ๔ ข้อมูลการเข้าร่วมของมารดาในการรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วม จำนวน ๓๖๐ คน เข้าร่วมทุกครั้ง จำนวน ๑๘๘ คนและน้อยที่สุด เข้าร่วมไม่ทุกครั้งจำนวน ๑๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๕, ๒๖.๔, ๒๓.๑ ตามลำดับ การเข้าร่วมของมารดาในการรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) ความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วมจำนวน ๔๘๘ คน เข้าร่วมไม่ทุกครั้งจำนวน ๑๗๓ คน และน้อยที่สุดเข้าร่วมทุกครั้งจำนวน ๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๘, ๒๔.๓, ๕.๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละของข้อมูลบิดาเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่

ข้อมูลเรื่อง บิดาเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ ANC		
ไม่เข้าร่วม	๕๑๓	๗๑.๙
เข้าร่วมทุกครั้ง	๘๘	๑๒.๓
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	๑๑๒	๑๕.๘
เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี WCC		
ไม่เข้าร่วม	๖๖๐	๙๒.๖
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	๓๔	๔.๘
เข้าร่วมทุกครั้ง	๑๙	๒.๖

จากตารางที่ ๕ ข้อมูลการเข้าร่วมของบิดาในการรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วม จำนวน ๕๑๓ คน เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง จำนวน ๑๑๒ คน และน้อยที่สุด เข้าร่วมทุกครั้ง จำนวน ๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๙, ๑๕.๘, ๑๒.๓ ตามลำดับ การเข้าร่วมของบิดาในการรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) ความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วมจำนวน ๖๖๐ คน เข้าร่วมไม่ทุกครั้งจำนวน ๓๔ คน และน้อยที่สุดเข้าร่วมทุกครั้งจำนวน ๑๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๖, ๔.๘, ๒.๖ ตามลำดับ

ตารางที่ ๖ จำนวนและร้อยละของข้อมูลญาติเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่

ข้อมูลเรื่อง ญาติเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ ANC		
ไม่เข้าร่วม	๗๐๕	๙๘.๙
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	๕	๐.๗
เข้าร่วมทุกครั้ง	๓	๐.๔
เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี WCC		
ไม่เข้าร่วม	๖๓๔	๘๘.๙
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	๗๓	๑๐.๒
เข้าร่วมทุกครั้ง	๖	๐.๙

จากตารางที่ ๖ ข้อมูลการเข้าร่วมของญาติในการรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วม จำนวน ๗๐๕ คน เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง จำนวน ๕ คน และน้อยที่สุดเข้าร่วม ทุกครั้งจำนวน ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๙, ๐.๗, ๐.๔ ตามลำดับ การเข้าร่วมของญาติในการรับความรู้โรงเรียน พ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) ความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วมจำนวน ๓๖๔ คน เข้าร่วมไม่ ทุกครั้งจำนวน ๗๓ คน และน้อยที่สุดเข้าร่วมทุกครั้งจำนวน ๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๙, ๑๐.๒, ๐.๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๗ จำนวนและร้อยละของข้อมูลผู้ดูแลหลักเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่

ข้อมูลเรื่อง ผู้ดูแลหลักเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ ANC		
ไม่เข้าร่วม	๖๗๙	๙๕.๒
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	๓๐	๔.๒
เข้าร่วมทุกครั้ง	๔	๐.๖
เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี WCC		
ไม่เข้าร่วม	๓๐๗	๔๓.๑
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	๓๒๙	๔๖.๑
เข้าร่วมทุกครั้ง	๗๗	๑๐.๘

จากตารางที่ ๗ ข้อมูลการเข้าร่วมของผู้ดูแลหลักในการรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วม จำนวน ๖๗๙ คน เข้าร่วมทุกครั้ง จำนวน ๓๐ คน และน้อยที่สุด เข้าร่วมไม่ทุกครั้งจำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒, ๔.๒, ๐.๖ ตามลำดับ การเข้าร่วมของผู้ดูแลหลักในการ รับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) ความถี่ที่พบมากที่สุดคือเข้าร่วมไม่ทุกครั้ง จำนวน ๓๒๙ คน ไม่เข้าร่วม จำนวน ๓๐๗ คนเข้าร่วมไม่ทุกครั้งจำนวน ๓๐๗ คนและน้อยที่สุดเข้าร่วมทุกครั้ง จำนวน ๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๑, ๔๓.๑, ๑๐.๘ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ ๘ จำนวนและร้อยละของข้อมูลสถานที่อยู่อาศัยของเด็กในช่วงกลางวัน และการเล่นกับบุคคลอย่างเดียวของเด็ก

ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานที่เด็กอยู่ช่วงกลางวัน		
โรงเรียน	๑๕	๒.๑
ศูนย์เด็กเล็ก	๑๘๗	๒๖.๒
บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็ก	๒๖	๓.๗
บ้านตัวเอง	๔๖๒	๖๔.๘
บ้านญาติ	๒๓	๓.๒

จากตารางที่ ๘ ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภาพรวมพบว่าช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่พบมากที่สุดคือ บ้านตัวเองจำนวน ๔๖๒ คน รองลงมาศูนย์เด็กเล็กจำนวน ๑๘๗ คน บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็กจำนวน ๒๖ คน บ้านญาติจำนวน ๒๓ คนและน้อยที่สุดคือโรงเรียนจำนวน ๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๘, ๒๖.๒, ๓.๗, ๓.๒, ๒.๑ ตามลำดับ

ตารางที่ ๙ จำนวนและร้อยละของข้อมูลการเล่นกับบุคคลอย่างเดี่ยวของเด็ก การใช้เวลาในการเล่นแต่ละวัน และความถี่ในแต่ละสัปดาห์

ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเล่นกับบุคคลอย่างเดี่ยว		
เล่นอย่างไม่มีคุณภาพ	๕๗๕	๘๐.๗
ไม่เล่น	๘๑	๑๑.๓
เล่นมีคุณภาพ	๕๗	๘.๐
เด็กใช้เวลาเล่นนาน/วัน		
๑ ชั่วโมง	๕	๐.๖
๒ ชั่วโมง	๓	๐.๔
๓ ชั่วโมง	๑๗๑	๒๔.๐
๔ ชั่วโมง	๑๑	๑.๕
๕ ชั่วโมง	๒๓	๓.๒
๖ ชั่วโมง	๓๓๔	๔๖.๙
๙ ชั่วโมง	๒	๐.๓
๑๐ ชั่วโมง	๔๑	๕.๘
๑๒ ชั่วโมง	๓๓	๔.๖
๑๕ ชั่วโมง	๔๕	๖.๓
๑๘ ชั่วโมง	๓	๐.๔
๒๐ ชั่วโมง	๔๓	๖.๐
การเล่นมีความถี่วัน/สัปดาห์		
๑ วัน/สัปดาห์	๒	๐.๓
๓ วัน/สัปดาห์	๙	๑.๓
๔ วัน/สัปดาห์	๖	๐.๘
๕ วัน/สัปดาห์	๗	๐.๙
๖ วัน/สัปดาห์	๒	๐.๓
๗ วัน/สัปดาห์	๖๘๗	๙๖.๔

จากตารางที่ ๙ ข้อมูลการเล่นกับบุคคลอย่างเดี่ยวของเด็ก การใช้เวลาในการเล่นแต่ละวัน และความถี่ในแต่ละสัปดาห์ การเล่นกับบุคคลอย่างเดี่ยว พบมากที่สุดคือเล่นอย่างไม่มีคุณภาพจำนวน ๕๗๕ คน รองลงมาคือไม่เล่นจำนวน ๘๑ คนและน้อยที่สุดเล่นมีคุณภาพจำนวน ๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๗, ๑๑.๓, ๘.๐ ตามลำดับ เด็กใช้เวลาเล่นนาน/วันมากที่สุดคือ ๖ ชั่วโมงจำนวน ๓๓๔ คนรองลงมา ๓ ชั่วโมง จำนวน ๓๗๑ คน ๑๕ ชั่วโมงจำนวน ๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๙, ๒๔.๐, ๖.๓ ตามลำดับ การเล่นมีความถี่วัน/สัปดาห์พบมากที่สุดคือ ๗ วัน/สัปดาห์จำนวน ๖๘๗ คน ๓ วัน/สัปดาห์จำนวน ๙ คน และ ๕ วัน/สัปดาห์จำนวน ๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๔, ๑.๓, ๐.๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๐ จำนวนและร้อยละของข้อมูลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก จำนวนความถี่ในแต่ละวัน และแต่ละสัปดาห์

ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์		
ใช้อย่างมีคุณภาพ	๓๘๔	๕๓.๙
ไม่ได้ใช้	๒๒๐	๓๐.๙
ใช้อย่างไม่มีคุณภาพ	๑๐๙	๑๕.๓
การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์จำนวนครั้งต่อวัน		
๑ ครั้ง/วัน	๓๓๐	๖๖.๙
๒ ครั้ง/วัน	๑๐๕	๒๑.๓
๓ ครั้ง/วัน	๔๔	๘.๙
๔ ครั้ง/วัน	๙	๑.๙
๕ ครั้ง/วัน	๓	๐.๖
๗ ครั้ง/วัน	๑	๐.๒
๑๐ ครั้ง/วัน	๑	๐.๒
การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์จำนวนความถี่ วัน/สัปดาห์		
๑ วัน/สัปดาห์	๒๑	๔.๓
๒ วัน/สัปดาห์	๓๕	๗.๑
๓ วัน/สัปดาห์	๔๒	๘.๕
๔ วัน/สัปดาห์	๒๘	๕.๗
๕ วัน/สัปดาห์	๒๓	๔.๗
๖ วัน/สัปดาห์	๓	๐.๖
๗ วัน/สัปดาห์	๓๔๑	๖๙.๑

จากตารางที่ ๑๐ ข้อมูลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก จำนวนความถี่ในแต่ละวัน และแต่ละสัปดาห์ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ใช้อย่างมีคุณภาพพบมากที่สุดจำนวน ๓๘๔ คน รองลงมาไม่ได้ใช้จำนวน ๒๒๐ คน และน้อยที่สุดคือใช้อย่างไม่มีคุณภาพจำนวน ๑๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๙, ๓๐.๙, ๑๕.๓ ตามลำดับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวนครั้งต่อวันพบมากที่สุดคือ ๑ ครั้ง/วันจำนวน ๓๓๐ คน รองลงมา ๒ ครั้ง/วัน จำนวน ๑๐๕ คน และ

๓ ครั้ง/วัน จำนวน ๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๙, ๒๑.๓, ๘.๙ ตามลำดับ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ความถี่พบมากที่สุด ๗ วัน/สัปดาห์ จำนวน ๓๔๑ คน รองลงมา ๓ วัน/สัปดาห์ จำนวน ๔๒ คน ๒ วัน/สัปดาห์จำนวน ๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๑, ๘.๕, ๗.๑ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก

ตารางที่ ๑๑ จำนวนและร้อยละของช่วงอายุเด็กที่มารับบริการตรวจพัฒนาการ จำนวน อายุ และเพศ

ช่วงอายุเด็กที่มา รับบริการ ตรวจพัฒนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	เพศ			
			ชาย		หญิง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑ ปี	๙๘	๑๓.๗	๕๒	๗.๓	๔๖	๖.๕
๑-๓ ปี	๔๗๖	๖๖.๘	๒๓๔	๓๒.๘	๒๔๒	๓๓.๙
๔-๕ ปี	๑๓๙	๑๙.๕	๖๔	๙.๐	๗๕	๑๐.๕
รวม	๗๑๓	๑๐๐	๓๕๐	๔๙.๑	๓๖๓	๕๐.๙

จากตารางที่ ๑๑ ข้อมูลของช่วงอายุเด็กที่มารับบริการตรวจพัฒนาการ จำนวน อายุ และเพศ พบว่า เมื่อแบ่งเป็นกลุ่มอายุ จำนวนช่วงอายุเด็กที่มารับบริการตรวจพัฒนาการ พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง ๑-๓ จำนวน ๔๗๖ คน รองลงมาอยู่ระหว่าง ๔-๕ ปี จำนวน ๑๓๙ คน และพบน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑ ปี จำนวน ๙๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๘, ๑๙.๕, ๑๓.๗ ตามลำดับ

จำแนกเด็กที่มารับบริการตรวจพัฒนาการตามเพศ พบว่ามากที่สุดคือ เพศหญิงจำนวน ๓๖๓ คน และเพศชาย จำนวน ๓๕๐ คนคิดเป็นร้อยละ ๕๐.๙ และ ๔๙.๑ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๒ จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการเจริญเติบโตของเด็ก น้ำหนักเทียบกับอายุ ส่วนสูงเทียบกับอายุ และน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง

ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนักเทียบกับอายุ		
น้ำหนักน้อย	๑๔	๑.๙
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	๓๔	๔.๘
น้ำหนักตามเกณฑ์	๕๗๗	๘๐.๙
น้ำหนักค่อนข้างมาก	๓๙	๕.๕
น้ำหนักมาก	๔๙	๖.๙
ส่วนสูงเทียบกับอายุ		
ส่วนสูงเตี้ย	๒๑	๒.๙
ส่วนสูงค่อนข้างเตี้ย	๓๗	๕.๒
ส่วนสูงตามเกณฑ์	๖๐๐	๘๔.๒
ส่วนสูงค่อนข้างสูง	๒๘	๓.๙
ส่วนสูงสูง	๒๗	๓.๘
น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง		

ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผอม	๑๘	๒.๗
ค่อนข้างผอม	๒๙	๔.๑
สมส่วน	๕๖๖	๗๙.๔
อ้วน	๓๓	๔.๖
เริ่มอ้วน	๓๖	๕.๐
อ้วน	๓๑	๔.๓

จากตารางที่ ๑๒ จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการเจริญเติบโตของเด็ก น้ำหนักเทียบกับอายุ ส่วนสูงเทียบกับอายุ และน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง การเจริญเติบโตของเด็กพบว่าน้ำหนักเทียบกับอายุ พบมากที่สุดคือตามเกณฑ์จำนวน ๕๗๗ คน น้ำหนักมากจำนวน ๔๙ คน น้ำหนักค่อนข้างมากจำนวน ๓๙ คน น้ำหนักค่อนข้างน้อยจำนวน ๓๔ คน น้อยที่สุดคือ น้ำหนักน้อยจำนวน ๑๔ คนคิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙, ๖.๙, ๕.๕, ๔.๘, ๑.๙ ตามลำดับ ส่วนสูงเทียบกับอายุ พบมากที่สุดคือตามเกณฑ์จำนวน ๖๐๐ คน ค่อนข้างเตี้ยจำนวน ๓๗ คน ค่อนข้างสูงจำนวน ๒๘ คน สูงจำนวน ๒๗ คนและพบน้อยที่สุดคือเตี้ยจำนวน ๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๒, ๕.๒, ๓.๙, ๓.๘, ๒.๙ ตามลำดับ น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง พบมากที่สุดคือสมส่วนจำนวน ๕๖๖ คน รองลงมาเริ่มอ้วนจำนวน ๓๖ คน อ้วนจำนวน ๓๓ คน อ้วนจำนวน ๓๑ คน ค่อนข้างผอมจำนวน ๒๙ คน ผอมจำนวน ๑๘ คน เป็นร้อยละ ๗๙.๔, ๕.๐, ๔.๖, ๔.๓, ๔.๑ ๒.๗ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๓ จำนวนและร้อยละของข้อมูลน้ำหนักแรกเกิด ประวัติเด็กต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วง และโรคปอดบวม

ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนักแรกคลอด		
น้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๕๘	๘.๑
น้ำหนักมากกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๖๕๕	๙๑.๙
ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วง		
ไม่เคย	๖๘๓	๙๕.๘
เคย	๓๕	๔.๙
ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดบวม		
ไม่เคย	๖๗๓	๙๔.๔
เคย	๔๐	๕.๖

จากตารางที่ ๑๓ ข้อมูลน้ำหนักแรกเกิด ประวัติเด็กต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วง และโรคปอดบวม พบว่าน้ำหนักแรกคลอดพบมากที่สุดคือน้ำหนักมากกว่า ๒,๕๐๐ กรัมจำนวน ๖๕๕ คน และน้อยที่สุดจำนวน ๕๘ คนคิดเป็นร้อยละ ๙๑.๙, ๘.๑ ตามลำดับ ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วงพบมากที่สุดไม่เคย จำนวน ๖๖๐ คน ร้อยละ ๙๕ และพบน้อยที่สุดคือ เคย จำนวน ๓๕ คน ร้อยละ ๕ และ

ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปวดบวมพบมากที่สุด คือ ไม่เคยจำนวน ๖๗๓ คน ร้อยละ ๙๔.๔ พบน้อยที่สุด คือ ไม่เคยจำนวน ๓๙ คน ร้อยละ ๕.๖

ตารางที่ ๑๔ จำนวนและร้อยละของข้อมูลสุขภาพช่องปากของเด็ก มีปัญหาช่องปาก ฟันผุ และเหงือกอักเสบ

ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กมีปัญหาช่องปาก		
ไม่มีปัญหา	๔๙๔	๖๙.๓
มีปัญหา	๒๑๙	๓๐.๗
ฟันผุ		
มีฟันผุ	๖๘๓	๙๕.๘
ไม่มีผุ	๓๐	๔.๒
เหงือกอักเสบ		
มีเหงือกอักเสบ	๗	๐.๙
ไม่มีเหงือกอักเสบ	๗๐๖	๙๙.๑

จากตารางที่ ๑๔ ด้านสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่าไม่มีปัญหาจำนวน ๔๙๔ คนร้อยละ ๖๙.๓ มีปัญหาจำนวน ๒๑๙ คน ร้อยละ ๓๐.๗ ซึ่งมีฟันผุจำนวน ๖๘๓ คน ร้อยละ ๙๕.๘ ฟันไม่ผุจำนวน ๓๐ คน ร้อยละ ๔.๒ และมีเหงือกอักเสบจำนวน ๗ คน ร้อยละ ๐.๙ ไม่มีเหงือกอักเสบจำนวน ๗๐๖ คนร้อยละ ๙๙.๑

ตารางที่ ๑๕ จำนวนและร้อยละของข้อมูลการรับยาเสริมธาตุเหล็กของเด็ก และความสามารถในการรับประทาน

ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับยาน้ำธาตุเหล็ก		
ไม่ได้รับประทาน	๓๙๘	๕๕.๘
ได้รับประทานประจำ	๒๖๓	๓๖.๙
ได้รับประทานเป็นบางครั้ง	๕๒	๗.๓
ความสามารถในการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
เป็นประจำ	๕๙๕	๘๓.๕
บางครั้ง	๑๑๘	๑๖.๕

จากตารางที่ ๑๕ ข้อมูลการรับยาเสริมธาตุเหล็กของเด็ก และความสามารถในการรับประทาน ข้อมูลการได้รับยาน้ำธาตุเหล็กพบว่า ไม่ได้รับประทานจำนวน ๓๙๘ คน ได้รับประทานประจำจำนวน ๒๖๓ คน ได้รับประทานเป็นบางครั้งจำนวน ๕๒ คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๘, ๓๖.๙, ๗.๓ คนตามลำดับ ความสามารถในการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำจำนวน ๕๙๕ คน ร้อยละ ๘๓.๕ และบางครั้งจำนวน ๑๑๘ คน ร้อยละ ๑๖.๕

ส่วนที่ ๔. สถานการณ์ พัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดปทุมธานี

ตารางที่ ๑๖ จำนวนและร้อยละของพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดปทุมธานี และจำแนกพัฒนาการล่าช้ารายด้าน

พัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดปทุมธานี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พัฒนาการสมวัย	๕๓๑	๗๔.๕
พัฒนาการล่าช้า	๑๘๒	๒๕.๕
รวม	๗๑๓	๑๐๐
พัฒนาการล่าช้า		
ด้านภาษา	๑๑๑	๖๐.๙
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง	๕๕	๓๐.๒
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก	๔๗	๒๕.๘
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่	๔๒	๒๓.๑

จากตารางที่ ๑๖ สถานการณ์ พัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวม พบว่ากลุ่มประชากรเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีมีพัฒนาการสมวัยจำนวน ๕๓๑ คน สงสัยล่าช้าจำนวน ๑๘๒ คนคิดเป็นร้อยละ ๗๔.๕, ๒๕.๕ ตามลำดับ พบพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดด้านภาษาความถี่ ๑๑๑ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเองความถี่ ๕๕ ด้านกล้ามเนื้อเล็กความถี่ ๔๗ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ความถี่ ๔๒ คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๙, ๓๐.๒, ๒๕.๘, ๒๓.๑ ตามลำดับ

พัฒนาการเด็กปฐมวัยแยกตามกลุ่มอายุ

ตารางที่ ๑๗ จำนวนและร้อยละของพัฒนาการเด็กปฐมวัยแยกตามกลุ่มอายุ

ช่วงอายุ	จำนวนเด็ก (คน)	สมวัย(คน)	ร้อยละ	ล่าช้า(คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑ ปี	๙๘	๗๑	๗๒.๔	๒๗	๒๗.๖
๑-๓ ปี	๔๗๖	๓๔๙	๗๓.๓	๑๒๗	๒๖.๗
๔-๕ ปี	๑๓๙	๑๑๑	๗๙.๙	๒๘	๒๐.๑
รวม	๗๑๓	๕๓๑	๗๔.๕	๑๘๒	๒๕.๕

จากตารางที่ ๑๗ กลุ่มประชากรเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กกลุ่มอายุระหว่าง ๑-๓ ปีมีจำนวนมากที่สุด ๔๖๗ คน มีพัฒนาการสมวัยจำนวน ๓๔๙ คน พัฒนาการล่าช้าจำนวน ๑๒๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๓ และ ๒๖.๗ รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง ๔-๕ ปีมีจำนวน ๑๓๙ คน มีพัฒนาการสมวัยจำนวน ๑๑๑ คน พัฒนาการล่าช้าจำนวน ๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๙ และ ๒๐.๑ และอายุต่ำกว่า ๑ ปีมีจำนวนน้อยที่สุด ๙๘ คน มีพัฒนาการสมวัยจำนวน ๗๑ คน พัฒนาการล่าช้าจำนวน ๒๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๔ และ ๒๗.๖

สัดส่วนของพัฒนาการจำแนกรายกลุ่มอายุพบว่า พัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑ ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๑-๓ ปี และน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ ๔-๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๖, ๒๖.๗ และ ๒๐.๑ ตามลำดับ พัฒนาการภาพรวม พบว่าสมวัยจำนวน ๗๑๓ คน พัฒนาการล่าช้าจำนวน ๑๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๕ และ ๒๕.๕ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๘ จำนวนและร้อยละของพัฒนาการล่าช้าแยกเป็นรายด้านตามกลุ่มอายุ

ช่วงอายุ	จำนวนเด็ก(คน)	ล่าช้า	กล้ามเนื้อเล็ก		กล้ามเนื้อใหญ่		ภาษา		สังคมและการช่วยเหลือตนเอง	
			ล่าช้า	ร้อยละ	ล่าช้า	ร้อยละ	ล่าช้า	ร้อยละ	ล่าช้า	ร้อยละ
ต่ำกว่า ๑ ปี	๙๘	๒๗	๑๑	๔๐.๗	๑๐	๓๗.๐	๔	๑๔.๘	๘	๒๙.๖
๑-๓ ปี	๔๗๖	๑๒๗	๒๘	๒๒.๐	๒๙	๒๒.๘	๘๕	๖๖.๙	๔๔	๓๔.๖
๔-๕ ปี	๑๓๙	๒๘	๘	๒๘.๖	๓	๑๐.๗	๒๒	๗๘.๖	๓	๑๐.๗
รวม	๗๑๓	๑๘๒	๔๗	๒๕.๘	๔๒	๒๓.๑	๑๑๑	๖๑.๐	๕๕	๓๐.๒

จากตารางที่ ๑๘ เด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีแยกตามกลุ่มอายุพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑ ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๑-๓ ปี และน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ ๔-๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๖, ๒๖.๗ และ ๒๐.๑ ตามลำดับ พบว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า ๑ ปีจำนวน ๗๑ คนมีพัฒนาการล่าช้าจำนวน ๒๗ คน แยกรายด้านพบมากที่สุดกล้ามเนื้อเล็กจำนวน ๑๑ คน ด้านกล้ามเนื้อใหญ่จำนวน ๑๐ คน ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองจำนวน ๘ คนกลุ่ม และด้านภาษาจำนวน ๔ คน กลุ่มอายุระหว่าง ๑-๓ ปีมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดจำนวน ๑๒๗ คน แยกรายด้านพบมากที่สุดด้านภาษาจำนวน ๘๕ คน ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองจำนวน ๔๔ คนกลุ่ม ด้านกล้ามเนื้อใหญ่จำนวน ๒๙ คนและกล้ามเนื้อเล็กจำนวน ๒๘ คน และกลุ่มอายุระหว่าง ๔-๕ ปีมีพัฒนาการล่าช้าจำนวน ๒๘ คน แยกรายด้านพบมากที่สุดด้านภาษาจำนวน ๒๒ คน กล้ามเนื้อเล็กจำนวน ๘ คน ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองจำนวน ๓ คนกลุ่ม ด้านกล้ามเนื้อใหญ่จำนวน ๓ คน

ส่วนที่ ๕ ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยในเด็กปฐมวัย
ตารางที่ ๑๙ แสดงผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก

Variables	Beta	Standard Error	Odds ratio	Sig. (p-value)	๙๕% conf. Interval
Constant	-๐.๕๗๖	๐.๒๑๑	๐.๕๖๒	๐.๐๐๖*	
แม่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ANCทุกครั้ง				๐.๐๐๙*	
แม่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ANCไม่ทุกครั้ง	๐.๕๓๐	๐.๒๔๓	๑.๖๙๙	๐.๐๒๙*	๑.๐๕๖-๒.๗๓๒
แม่ไม่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ANC	-๐.๑๑๗	๐.๒๑๖	๐.๘๙๐	๐.๕๘๘	๐.๕๘๓-๑.๓๕๘

-๒log likelihood = ๗๘๑.๔๗๒ , Cox&Snell R square = ๐.๐๓๙

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ตารางที่ ๒๐ แสดงผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก

Variables	Beta	Standard Error	Odds ratio	Sig. (p-value)	๙๕% conf. Interval
Constant	-๐.๕๗๖	๐.๒๑๑	๐.๕๖๒	๐.๐๐๖*	
ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ศูนย์เด็กเล็ก				๐.๐๐๐*	
ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่โรงเรียน	-๐.๐๙๔	๐.๕๗๑	๐.๙๑๐	๐.๘๗๐	๐.๒๙๗-๒.๗๘๘
ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านผู้รับจ้างดูแล	-๑.๑๗๗	๐.๕๖๘	๐.๓๐๘	๐.๐๓๘*	๐.๑๐๑-๐.๙๓๘
ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านตนเอง	-๐.๘๕๓	๐.๑๙๓	๐.๔๒๖	๐.๐๐๐*	๐.๒๙๒-๐.๖๒๒
ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านญาติ	-๐.๓๐๒	๐.๔๘๓	๐.๗๓๙	๐.๕๓๑	๐.๒๘๗-๑.๙๐๔
-๒log likelihood = ๗๘๑.๔๗๒ , Cox&Snell R square = ๐.๐๓๙					
หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕					

จากตารางที่ ๑๙ และ ๒๐ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยในเด็กปฐมวัย โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ พบว่า ค่า -๒Log likelihood เท่ากับ ๗๘๑.๔๗๒ และ ค่าความถูกต้องของการพยากรณ์ในแบบจำลอง (Cox & Snell R square) เท่ากับร้อยละ ๓.๙ ซึ่งตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อพัฒนาการสมวัยอธิบายตามตารางที่ ๑๙ โดยปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการสมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ได้แก่ แม่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ANCไม่ทุกครั้ง ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านผู้รับจ้างดูแล และช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านตนเอง กล่าวคือ

แม่ที่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ไม่ทุกครั้งมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า ๑.๖๙๙ เท่าของผู้ที่เข้าร่วมอบรมทุกครั้ง (ค่า odds ratio เท่ากับ ๑.๖๙๙) แสดงว่าผู้ที่เข้าร่วมอบรมไม่ทุกครั้งเด็กมีโอกาสเกิดพัฒนาการสมวัยมากกว่าผู้ที่เข้าร่วมอบรมทุกครั้ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ ๐.๐๕ ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านผู้รับจ้างดูแลมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยน้อยกว่า ๐.๓๐๘ เท่าของช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ศูนย์เด็กเล็ก (ค่า odds ratio เท่ากับ ๐.๓๐๘) และช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านตนเอง มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยน้อยกว่า ๐.๔๒๖ เท่าของช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ศูนย์เด็กเล็ก (ค่า odds ratio เท่ากับ ๐.๔๒๖) แสดงว่าช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านผู้รับจ้างดูแล และช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านตนเอง มีโอกาสเกิดพัฒนาการสมวัยน้อยกว่าช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ ๐.๐๕

บทที่ ๕

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) การศึกษา ณ จุดเวลา (ภาคตัดขวาง : Cross-Sectional Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย และเพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะของประชากรและสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย
๒. เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะของประชากรและสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานี

ประชากร /กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย ๖ เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุแรกเกิด ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่มีสัญชาติไทยในจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย ๖ เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุ ๐-๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน รวมทั้งสิ้น ๗๑๓ คน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบ แบ่งชั้นภูมิ (Stratified Three -stage Sampling)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย และศึกษาปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะของประชากรและสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) นำเสนอผลการศึกษาเป็น ๕ ส่วนดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลปัจจัยด้านแม่/พ่อ/ผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน

๑) บิดาอายุส่วนใหญ่อยู่ช่วง ๒๐-๓๕ ปี ร้อยละ ๖๘.๖ มีระดับการศึกษาพบมากที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ ๔๔.๑ และอาชีพของบิดาที่พบมากที่สุดคือรับจ้าง ร้อยละ ๕๔.๙

๒) มารดาที่พบมากที่สุดคือ อายุ ๒๐-๓๕ ปี ร้อยละ ๖๘.๘ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.พบมากที่สุดร้อยละ ๕๓.๙ และอาชีพของมารดาที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มไม่ทำงาน/แม่บ้าน ร้อยละ ๔๓.๒

๓) ผู้ดูแลเด็กอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ร้อยละ ๔๖.๔ คนรองลงมาคืออายุมากกว่า ๓๕ ปี ร้อยละ ๔๕.๑ ด้านการศึกษาพบมัธยมศึกษา/ปวช.มากที่สุด ร้อยละ ๕๘.๖ และอาชีพของผู้ดูแลเด็กที่พบมากที่สุดคือ รับจ้าง ร้อยละ ๓๒.๓

๔) ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของมารดาพบว่า กลุ่มอายุแม่ขณะตั้งครรภ์ที่มีความถี่มากที่สุดคืออายุ ๒๐-๓๕ ปี ร้อยละ ๖๐.๓ การฝากครรภ์เร็ว ๑-๑๒ สัปดาห์พบมากที่สุด ร้อยละ ๕๕.๒ การฝากครรภ์คุณภาพขณะ

ตั้งครรภ์พบมากที่สุด ร้อยละ ๕๕.๙ อายุครรภ์เมื่อคลอดพบมากที่สุดคือคลอดครบกำหนด ร้อยละ ๙๕.๒ และวิธีการคลอดพบมากที่สุดคือ ร้อยละ ๕๙.๒

๕) ข้อมูลมารดาเรื่องการรับประทานยา พบว่าการได้รับ Obimin/Triferdine/Nataral มากที่สุด ร้อยละ ๘๑.๘ รองลงมาคือ FBC ร้อยละ ๕๖.๔ และน้อยที่สุด Folic acid ร้อยละ ๖๐.๑ โดยความถี่ของการรับประทานยา Obimin/Triferdine/Nataral ทุกวันมากที่สุด ร้อยละ ๗๑.๑ รองลงมาคือ Folic acid ร้อยละ ๕๓.๖ และความถี่ของการไม่รับประทาน FBC มากที่สุดร้อยละ ๔๓.๖

๖) ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ของมารดา ที่พบมากที่สุดคือ ไม่เข้าร่วม ร้อยละ ๕๐.๕ เข้าร่วมทุกครั้ง ร้อยละ ๒๖.๔ และน้อยที่สุดเข้าร่วมไม่ทุกครั้ง ร้อยละ ๒๓.๑ และการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) ของมารดา ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วม ร้อยละ ๖๙.๘ เข้าร่วมไม่ทุกครั้งร้อยละ ๒๔.๓ และน้อยที่สุดเข้าร่วมทุกครั้งร้อยละ ๕.๙

๗) ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์(ANC) ของบิดา ที่พบมากที่สุดคือ ไม่เข้าร่วม ร้อยละ ๗๑.๙ และการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี(WCC) ของบิดา ความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วมร้อยละ ๙๒.๖

๘) ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์(ANC) ของญาติ พบมากที่สุดคือ ไม่เข้าร่วมร้อยละ ๙๘.๙ และการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) ของญาติ พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วม ร้อยละ ๘๘.๙

๙) ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ของผู้ดูแลเด็ก พบมากที่สุดคือ ไม่เข้าร่วมร้อยละ ๙๕.๒ และการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) ของผู้ดูแลเด็ก พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วม ร้อยละ ๔๖.๑

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อม

๑) ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภาพรวมพบว่าช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่พบมากที่สุดคือ บ้านตัวเอง ร้อยละ ๖๔.๘ รองลงมาศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ ๒๖.๒ บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็กร้อยละ ๓.๗ บ้านญาติร้อยละ ๓.๒ และน้อยที่สุดคือโรงเรียนร้อยละ ๒.๑

๒) ข้อมูลการเล่นกับบุคคลอย่างเดียวของเด็ก การใช้เวลาในการเล่นแต่ละวันและความถี่ในแต่ละสัปดาห์ พบมากที่สุดคือเล่นอย่างไม่มีคุณภาพร้อยละ ๘๐.๗ เด็กใช้เวลาเล่นนาน/วันมากที่สุดคือ ๖ ชั่วโมง ร้อยละ ๔๖.๙ และการเล่นมีความถี่วัน/สัปดาห์พบมากที่สุดคือ ๗ วัน/สัปดาห์ ร้อยละ ๙๖.๔

๓) ข้อมูลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก จำนวนครั้งต่อวันพบมากที่สุดคือ ๑ ครั้ง/วัน ร้อยละ ๖๖.๙ ความถี่พบมากที่สุด ๗ วัน/สัปดาห์ ร้อยละ ๖๙.๑

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก

๑) ช่วงอายุเด็กที่มารับบริการตรวจพัฒนาการ พบว่าเมื่อแบ่งเป็นกลุ่มอายุ ช่วงอายุเด็กที่มารับบริการตรวจพัฒนาการพบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง ๑-๓ ปี ร้อยละ ๖๖.๘ รองลงมาอายุระหว่าง ๔-๕ ปี ร้อยละ ๑๙.๕ และพบน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑ ปี ร้อยละ ๑๓.๗ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่ามากที่สุด คือ เพศหญิง ร้อยละ ๕๐.๙ และเพศชาย ร้อยละ ๔๙.๑

๒) ข้อมูลด้านการเจริญเติบโตของเด็ก น้ำหนักเทียบกับอายุ พบว่ามากที่สุดคือตามเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐.๙ ส่วนสูงเทียบกับอายุ มากที่สุดคือตามเกณฑ์ร้อยละ ๘๔.๒ และน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงพบมากที่สุดคือ สมส่วน ร้อยละ ๗๙.๔

๓) ข้อมูลน้ำหนักแรกเกิด ประวัติด็กต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วง และโรคปอดบวม พบว่าน้ำหนักแรกคลอดพบมากที่สุดคือน้ำหนักมากกว่า ๒,๕๐๐ กรัมร้อยละ ๙๑.๙ ประวัติด็กต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วง พบมากที่สุดคือ ไม่เคยร้อยละ ๙๕.๘ และประวัติด็กต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคปอดบวม พบมากที่สุดคือ ไม่เคย ร้อยละ ๙๔.๔

๔) ด้านสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่ามีปัญหา ร้อยละ ๓๐.๗ ซึ่งมีฟันผุ ร้อยละ ๙๕.๘ และมีเหงือกอักเสบ ร้อยละ ๐.๙

๕) ข้อมูลการรับยาเสริมธาตุเหล็กของเด็กและความถี่ในการรับประทาน ข้อมูลการได้รับยารับประทานธาตุเหล็กพบมากที่สุดคือ ไม่ได้รับประทานร้อยละ ๕๕.๘ รองลงมา คือ ได้รับประทานประจำร้อยละ ๓๖.๙ และพบน้อยที่สุดคือ ได้รับประทานเป็นบางครั้งร้อยละ ๗.๓ คน ซึ่งความถี่ในการรับประทานยารับประทานธาตุเหล็กเป็นประจำพบมากที่สุด ร้อยละ ๘๓.๕ และน้อยที่สุดคือ บางครั้ง ร้อยละ ๑๖.๘

ส่วนที่ ๔. สถานการณ์ พัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดปทุมธานี

จากการวิจัยพบว่า สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวมกลุ่มประชากรเด็กในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีมีพัฒนาการสมวัยจำนวน ๕๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๕ สงสัยล่าช้าจำนวน ๑๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๕ พบพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือ ด้านภาษาและการปรับตัวจำนวน ๑๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๙ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเองจำนวน ๕๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๒ ด้านกล้ามเนื้อเล็กจำนวน ๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๘ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่จำนวน ๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๑ เมื่อจัดกลุ่มอายุเด็ก สัดส่วนพัฒนาการล่าช้าของแต่ละกลุ่มวัย พบว่าเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๖ รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง ๑-๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๗ และมีพัฒนาการล่าช้าน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุระหว่าง ๔-๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๑ เมื่อจำแนกดูรายด้านของเด็กแต่ละกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุระหว่าง ๔-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและการปรับตัวมากที่สุดร้อยละ ๗๘.๖ กลุ่มอายุ ๑-๓ ปี มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและการปรับตัวมากที่สุดร้อยละ ๖๖.๙ และกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑ ปีพบพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อเล็กมากที่สุด ร้อยละ ๔๐.๗

ส่วนที่ ๕ ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยในเด็กปฐมวัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดปทุมธานีคือ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม โดยมี ๒ ด้านดังนี้

๑. กิจกรรมที่มารดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC ซึ่งมีความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC จำนวน ๓๖๐ คน เข้าร่วมทุกครั้ง จำนวน ๑๘๘ คน และน้อยที่สุดเข้าร่วมไม่ทุกครั้งจำนวน ๑๖๕ คน การประเมินผลมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อพิจารณาโอกาสที่พัฒนาการเด็กสมวัย พบว่ามารดาที่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC ไม่ทุกครั้งมีโอกาสที่จะเด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า ๑.๖๙๙ เท่าของผู้ที่เข้าร่วมอบรมทุกครั้ง (ค่า odds ratio เท่ากับ ๑.๖๙๙) แสดงว่ามารดาที่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC ไม่ทุกครั้ง เด็กมีโอกาสเกิดพัฒนาการสมวัยมากกว่าผู้ที่เข้าร่วมอบรมทุกครั้ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๒. ด้านสถานที่ช่วงกลางวันเด็กอยู่ พบมากที่สุดคือ บ้านตัวเองจำนวน ๔๖๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๘ รองลงมาศูนย์เด็กเล็กจำนวน ๑๘๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๒ บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็กจำนวน ๒๖ คน บ้านญาติจำนวน ๒๓ คน และน้อยที่สุดคือโรงเรียนจำนวน ๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๑ การประเมินผลมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อพิจารณาโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัย ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านผู้รับจ้างดูแลมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยน้อยกว่า ๐.๓๐๘ เท่า

ของช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ศูนย์เด็กเล็ก (ค่า odds ratio เท่ากับ ๐.๓๐๘) และช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านตนเอง มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยน้อยกว่า ๐:๔๒๖ เท่าของช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ศูนย์เด็กเล็ก (ค่า odds ratio เท่ากับ ๐.๔๒๖) แสดงว่าช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านผู้รับจ้างดูแล และช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่บ้านตนเอง มีโอกาสเกิดพัฒนาการสมวัยน้อยกว่าช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวมกลุ่มประชากรเด็กในพื้นที่จังหวัด ปทุมธานีมีพัฒนาการสมวัยจำนวน ๕๓๑ คน ร้อยละ ๗๔.๕ สงสัยล่าช้าจำนวน ๑๘๒ คน ร้อยละ ๒๕.๕ พบ พัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด ด้านภาษาและการปรับตัวจำนวน ๑๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๙ ด้านสังคม และการช่วยเหลือตัวเองจำนวน ๕๕ คนคิดเป็นร้อยละ ๓๐.๒ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กจำนวน ๔๗ คนคิดเป็นร้อยละ ๒๕.๘ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่จำนวน ๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๑ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจในเครื่องมือ DENVER II เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ ๖ (ศรีษะมา, ๒๕๖๑) อายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕.๘ พัฒนาการล่าช้าร้อยละ ๑๔.๒ โดยพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด รองลงมาด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ด้าน การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ ร้อยละ ๙.๕, ๒.๕, ๑.๗ และ ๑.๔ ตามลำดับ เด็กอายุ ๓-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กอายุ ๐-๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๘ และ ๗ ตามลำดับ โดยล่าช้าด้านภาษามากที่สุดร้อยละ ๑๖.๑ และ ๓.๕ รองลงมาคือด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กอายุ ๓-๕ ปี ร้อยละ ๓.๔ และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองในเด็กอายุ ๐-๒ ปี ร้อยละ ๒ และการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มอายุผู้ดูแลเด็กพบมากที่สุดคือ อายุ น้อยกว่า ๒๐ ปี ร้อยละ ๔๖.๔ ซึ่งวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยมีไม่มาก ส่วนการศึกษาของผู้ดูแลเด็กพบกลุ่มมัธยมศึกษา/ปวช.มากที่สุดร้อยละ ๕๘.๖ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย(จิตติมา, ๒๕๕๙) ที่พบว่าถ้าผู้ดูแลเด็กมีการศึกษาน้อยและขาดความเข้าใจ รวมถึงขาดความสนใจเกี่ยวกับการอบรมดูแลเด็กอย่างเหมาะสมด้วยแล้ว เด็กมักถูกทอดทิ้งและละเลยความต้องการตาม พัฒนาการเด็ก ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญา ทำให้เกิดปัญหา พัฒนาการหยุดชะงักหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้ จากการวิจัยครั้งนี้เมื่อพิจารณาเชิงลึกเรื่องการดูแลเด็กปฐมวัย ในครอบครัวโดยเฉพาะการสื่อสารพูดคุย ที่จะส่งเสริมทักษะเรื่องของการใช้และเข้าใจภาษาค่อนข้างน้อย การพูดคุยใกล้ชิดโดยบุคคลในครอบครัวพบมากที่สุดคือ เล่นอย่างไม่มีคุณภาพร้อยละ ๘๐.๗ เด็กปฐมวัยมักอยู่กับโทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แท็บเล็ต ผู้ดูแลเด็กซึ่งใช้เวลากับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ แท็บเล็ต สมาร์ทโฟน พบมากที่สุดคือความถี่ ๗ วัน/สัปดาห์ร้อยละ ๗๔.๘ ผู้ดูแลเด็กมักให้เด็กใช้ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แท็บเล็ต สมาร์ทโฟน เนื่องจากทำให้เด็กอยู่นิ่งกับที่ ไม่ซน ลดภาระการดูแลในระหว่างที่ผู้ดูแลเด็กมีภาระที่ต้องทำงานอื่น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย ๐ – ๓ ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร (อภิรพี, ศรีรัฐ และ ญาณ วุฒิ, ๒๕๖๑) ที่พบว่าเด็กไทยวัย ๐-๓ ปี ในเขตกรุงเทพมหานครมีปริมาณการใช้หน้าจอประเภทโทรทัศน์สูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๕๐.๓ นาทีต่อวัน และรองลงมาคือหน้าจอประเภทแท็บเล็ต และสมาร์ตโฟน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๔๐.๔๐ นาทีต่อวัน โดยงานวิจัยพบว่าเด็กเริ่มดูโทรทัศน์ตั้งแต่แรกเกิด และอายุที่เร็วที่สุดที่เริ่มใช้แท็บเล็ตและสมาร์ตโฟน คือ ๗ เดือน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม คือ กิจกรรมที่ มารดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC ซึ่งมีความถี่ที่พบมากที่สุดคือไม่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC จำนวน ๓๖๐ คน เข้าร่วมทุกครั้ง จำนวน ๑๘๘ คน และน้อยที่สุดเข้าร่วมไม่ทุกครั้งจำนวน ๑๖๕ คน พบว่ามารดาที่เข้าร่วม โรงเรียนพ่อแม่ANC ไม่ทุกครั้งมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า ๑.๖๙๙ เท่าของผู้ที่เข้าร่วมอบรม

ทุกครั้ง (ค่า odds ratio เท่ากับ ๑.๖๔๙) แสดงว่ามารดาที่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ANC ไม่ทุกครั้ง เด็กมีโอกาสเกิดพัฒนาการสมวัยมากกว่าผู้ที่เข้าร่วมอบรมทุกครั้ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ จากการวิจัยพบว่าไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่(ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา, ๒๕๕๘) ซึ่งการจัดกิจกรรมกลุ่มแบบเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติ เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างครอบครัว ทั้งการร่วมแสดงความคิดเห็น การลงมือทำจากการฝึกปฏิบัติภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเองเกิดการเรียนรู้ อันจะนำไปสู่ความรู้ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับทัศนคติและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันในการดูแลสุขภาพตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด จนกระทั่งเติบโตเป็นเด็กที่มีความแข็งแรง รูปร่าง สมส่วน มีพัฒนาการทางร่างกายและอารมณ์ที่ดีมีคุณภาพต่อไป การดำเนินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่จะเป็นประโยชน์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขงานอนามัยแม่และเด็กและผู้สนใจใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการและโภชนาการที่ดีต่อไป ข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์พบข้อมูลเชิงคุณภาพของมารดา เรื่องวิธีการให้ความรู้ของโรงเรียนพ่อแม่ANC ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเอกชน ที่มารดาตั้งครรถ์นิยมไปฝากครรภ์ในพื้นที่ พบรูปแบบการให้ความรู้กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในช่วงการฝากครรภ์นั้นยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นแนวทางที่ชัดเจน เช่น การสอนยังเป็นรูปแบบการสอนแบบตัวต่อตัว การให้ความรู้เป็นเพียงการให้คำแนะนำรายบุคคลเฉพาะเรื่อง ไม่มีการนัดคู่สามีภรรยาเข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน การสอนไม่เป็นแบบกลุ่ม ที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างมารดาตั้งครรถ์ที่มีประสบการณ์กับมารดาตั้งครรถ์แรก มีเพียงการเปิดวิดีโอให้ชมความรู้เกี่ยวกับช่วงตั้งครรถ์ หรือบางแห่งเป็นวิธีการเลือกสอนเฉพาะรายที่มีผลเลือดหรือมีภาวะผิดปกติเท่านั้น เป็นต้น ซึ่งรูปแบบกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ไม่เป็นที่น่าสนใจของผู้รับบริการ ซึ่งไม่ส่งผลต่อความตระหนักของการดูแลตนเอง ในช่วงตั้งครรถ์ รวมถึงการให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมของมารดาหรือครอบครัวของมารดาในขณะที่รับบริการความสนใจร่วมในกิจกรรมมีน้อยเช่นกัน

อีกปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม คือ สถานที่ช่วงกลางวันที่เด็กอยู่ พบมากที่สุดคือ บ้านตัวเองจำนวน ๔๖๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๘ รองลงมาศูนย์เด็กเล็กจำนวน ๑๘๗ คนคิดเป็นร้อยละ ๒๖.๒ บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็กจำนวน ๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๗ บ้านญาติจำนวน ๒๓ คนคิดเป็นร้อยละ ๓.๒ และน้อยที่สุดคือโรงเรียนจำนวน ๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๑ การประเมินผลมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้า พบว่าสถานที่ช่วงกลางวันที่เด็กอยู่บ้านตัวเอง มีโอกาสที่จะพัฒนาการล่าช้ามากกว่าสถานที่ช่วงกลางวันที่เด็กอยู่ศูนย์เด็กเล็ก ๐.๔๕ เท่า (๙๕% CI ; ๐.๓๑ - ๐.๖๖) และพบว่าสถานที่ช่วงกลางวันที่เด็กอยู่ที่บ้านผู้จ้างดูแลเด็กมีโอกาที่จะพัฒนาการล่าช้ามากกว่าสถานที่ช่วงกลางวันที่เด็กอยู่ศูนย์เด็กเล็ก ๐.๓๑ เท่า (๙๕% CI ; ๐.๑๐ - ๐.๙๔) พบว่าเด็กปฐมวัยได้ใช้เวลาช่วงกลางวันอยู่กับศูนย์เด็กเล็กจะได้ร่วมทำกิจกรรมที่เป็นการเสริมสร้างพัฒนาการจากศูนย์เด็กเล็ก รวมทั้งเรียนรู้การปรับตัวอยู่กับเพื่อนในสังคม มากกว่าการที่เด็กจะอยู่ที่บ้านตัวเองซึ่งมีแนวโน้มว่าผู้ดูแลเด็กอาจจะเป็นผู้สูงอายุหรือการดูแลเอาใจใส่ในแง่เสริมสร้างพัฒนาการอาจไม่ดีเท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมภายในศูนย์เด็กเล็ก จากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กของครอบครัวที่มีเด็กเล็ก(จินตนา, มณีรัตน์, สุนทรวาทิ และ ณัฏฐันท์, ๒๕๕๖) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเครียดของการเป็นบิดามารดา ความซึมเศร้าของบิดามารดา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสื่อสารในครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็ก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙) ที่ระบุปัญหาใน

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ได้แก่ พ่อแม่และผู้ปกครองขาดความรู้และเจตคติที่ดีในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ขาดความรู้ในการอบรมเลี้ยงดูด้วยการใช้นิยเชิงบวก และใช้การลงโทษอย่างรุนแรง การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยต้องการเวลาที่มีคุณภาพจากพ่อแม่อย่างเพียงพอ และบางรายไม่ได้เตรียมตัวเป็นพ่อแม่ นอกจากนี้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัย และการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสถานเลี้ยงเด็ก(จงจิตต์ และ สุภรต์, ๒๕๖๑) ซึ่งพบว่าพ่อแม่ผู้ปกครองจำนวนร้อยละ ๘๙ ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการของเด็กวัยแรกเกิด ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นว่าการใช้บริการสถานเลี้ยงเด็กเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้สมวัยมากกว่าการแก้ปัญหาเด็กขาดผู้ดูแลเพราะพ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้าน งานวิจัยพบว่าปัจจัยกำหนดการตัดสินใจเลือกสถานเลี้ยงเด็กของผู้ปกครอง เรียงลำดับความสำคัญได้ดังนี้ (๑)การเดินทางที่สะดวก กล่าวคือใกล้บ้านเป็นหลัก (ร้อยละ ๖๐) รองลงมาคือใกล้ที่ทำงาน (ร้อยละ ๒๕) (๒)ผู้ดูแลเด็กมีประสบการณ์ ทักษะและความเอาใจใส่ (๓)ความสะอาด สภาพแวดล้อมไม่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ มีระบบรักษาความปลอดภัย มองเห็นเด็กได้ชัดเจน (๔)อัตราค่าบริการที่สอดคล้องกับรายได้และค่าใช้จ่ายของครัวเรือน (๕)ความน่าเชื่อถือโดยสถานเลี้ยงเด็กควรมีใบอนุญาตจัดตั้ง (๖)ความรู้สึกรู้สึกอุ่นใจหรือความไว้วางใจของผู้ปกครอง (๗)จำนวนผู้ดูแลเด็กที่เพียงพอ และ (๘)ระยะเวลาที่ให้บริการมีความยืดหยุ่นต่อ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กที่สุด จึงควรผ่านการอบรมให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมมีจำนวน ครูพี่เลี้ยงที่เหมาะสมกับจำนวนเด็ก และกิจกรรมเสริมทักษะที่สำคัญคือการฝึกเด็กให้ช่วยเหลือตัวเองได้ การปรับตัวเข้าสังคม และไม่ควรมุ่งเน้นวิชาการจนเด็กเครียดและขาดจินตนาการ

ข้อเสนอแนะ

ผู้กำกับนโยบายระดับจังหวัด

๑. จัดสรรงบประมาณมุ่งไปในด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก โดยการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ทักษะการสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กในโรงเรียนพ่อแม่ แก่ผู้มารับบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อแจ้งผลและการให้คำปรึกษาในรายที่มีพัฒนาการล่าช้า และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามคุณภาพในชุมชนที่รับผิดชอบ

ผู้กำกับนโยบายระดับท้องถิ่น

๑. การดูแลเด็กปฐมวัยที่ศูนย์เด็กเล็กมีผลต่อพัฒนาการเด็กที่สมวัย เพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครองได้เข้าถึงบริการที่ดีสำหรับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างทั่วถึงในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและต้นสังกัดศูนย์เด็กเล็กควรพิจารณายกระดับมาตรฐานการดำเนินงานภายในศูนย์เด็กเล็กพัฒนาให้มีมาตรฐานเท่าเทียมกันในทุกพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
๒. ควรมีการสร้างชุมชนรอบรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กโดยมีการบูรณาการร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อการนำไปพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กที่เหมาะสมแบบร่วมกันกับครอบครัวและผู้ปกครองเด็ก

สำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

๑. รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เนื่องจากความรู้และทักษะการจัดบริการของเจ้าหน้าที่ยังไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่

- ผู้ปฏิบัติงานและควรพัฒนาทักษะการสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กในโรงเรียน พ่อแม่แก่ผู้มารับบริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดี
๒. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีควรได้รับการพัฒนาศักยภาพทักษะ เรื่อง การแจ้งผลการตรวจพัฒนาการโดยเฉพาะรายที่มีปัญหาสงสัยล่าช้าหรือพัฒนาการล่าช้า รวมถึงทักษะ เรื่องการให้คำปรึกษาในรายที่มีพัฒนาการล่าช้า สามารถแนะนำแนวทางการส่งต่อให้ผู้ปกครองเข้าใจ และปฏิบัติตามมาตรฐานได้อย่างถูกต้อง ส่วนในรายที่มีพัฒนาการสมวัยครอบครัวสามารถดูแล ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างถูกวิธี
 ๓. ควรมีการบูรณาการส่งต่อข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยพัฒนาระบบตามนโยบายมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน แรกของชีวิต โดยสร้างระบบส่งต่อข้อมูลเด็กอย่างครบถ้วนในพื้นที่ ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุขสู่ หน่วยงานด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข (Non Health) ที่มีหน้าที่ในการดูแลเด็กปฐมวัยต่อไป เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน โรงเรียนอนุบาล เนอสเซอร์ เป็นต้น

พ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

๑. พ่อแม่ควรมีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย โดยกิจกรรมที่ควรเน้นเพื่อสร้าง ความรู้ในการดูแลเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑ ปี คือ กิจกรรมที่ส่งเสริมเรื่องกล้ามเนื้อมัดเล็ก เปิด โอกาสให้เด็กได้ทดลองหยิบชิ้นของอาหารรับประทานเอง ให้ได้ทดลองฉีกกระดาษ ปั้นแป้งขนมปัง หรือดินน้ำมันสำหรับเด็ก การขีดเขียนอิสระ หลีกเลี่ยงการใส่ถุงมือในวัยทารก ให้เด็กสามารถใช้มือ และนิ้วมือในการสัมผัสเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ โดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก ช่วยดูแลในเรื่อง ของสุขอนามัยและความสะอาด
๒. กิจกรรมสำหรับเด็กวัย ๑-๓ ปี เป็นการสร้างพื้นฐานเรื่องพัฒนาการด้านภาษาให้เด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ควรทำความเข้าใจเรื่องการสื่อสารในเด็ก เปลี่ยนแนวคิดหรือความเข้าใจใน เรื่องพูดคุยไปเด็กฟังไม่รู้เรื่องหรือไม่เข้าใจ ควรพูดคุยกับเด็กให้มากขึ้นเน้นสื่อสารที่มีความหมาย จัดสิ่งแวดล้อมเตรียมสิ่งของหรือของเล่นที่เด็กคุ้นเคยและรู้จักชื่อ เริ่มฝึกทีละขั้นโดยหยิบสิ่งของหรือ ของเล่นให้เด็กดูพร้อมกับบอกชื่อ และให้เด็กพูดตาม ฝึกพูดคุยกและออกเสียงพยางค์เดียวซ้ำๆ ให้เด็กฟัง อ่านหนังสือนิทานประกอบภาพให้เด็กฟัง และใช้คำถามเกี่ยวกับเรื่องราวในนิทานให้เด็กตอบ หรือ ร้องเพลงเด็กที่ใช้คำพูดง่ายๆ ให้เด็กฟังบ่อยๆมีท่าทางตามเพลง หลีกเลี่ยงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในเด็กที่อายุต่ำกว่า ๒ ปี ผู้ใหญ่และผู้ดูแลเด็กควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็ก
๓. กิจกรรมสำหรับเด็กวัย ๔-๕ ปีเน้นในเรื่องการเข้าใจและใช้ภาษา พ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ทำความเข้าใจเรื่องการสื่อสารในเด็ก ควรให้เด็กมีโอกาสสื่อสารโดยมีพื้นฐานจากประสบการณ์จริง ที่มีความหมายต่อเด็ก ตั้งคำถามในชีวิตประจำวันให้เด็กได้ตอบ จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่สร้างการ เรียนรู้ด้านภาษา มีภาพประกอบที่สีสันดึงดูดความน่าสนใจในเด็ก เล่าเรื่อง เล่นนิทาน และบทบาท สมมติ หรือเปิดโอกาสให้เด็กได้ทดลองทำกิจกรรมเลือกหนังสือนิทานที่ชอบให้ผู้ใหญ่เล่าให้ฟัง สอนคำศัพท์ที่ใช้บอกความต้องการของเด็กแบบง่ายๆ ให้เด็กพูดเป็นประโยคหรือเล่าเรื่องต่างๆ ตาม สถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

บรรณานุกรม

- กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (ม.ป.ป.). *คู่มือความรู้การตรวจเลือดพ่อแม่ เพื่อดูแลลูกในครรภ์*. ม.ป.ท. : กอง.
- จงจิตต์ ฤทธิรงค์ และ สุภรต์ จรัสสิทธิ์. (๒๕๖๑). สถานเลี้ยงเด็กเพื่อการเข้าถึงการศึกษา ก่อนวัยเรียนอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงในบริบทสังคมเมือง. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์*, ๑๙(๒), คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, และนฤมล ธนเจริญวัชร. (๒๕๕๘). *ผลการศึกษา “พัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทย” (The study of Thai Early Child Development)*. ม.ป.ท. : กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- จินตนา วัชรสินธุ์, มณีรัตน์ ภาณุรูป, สุนทราวดี เรียงพิเชฐ และ ณัชนันท์ ชีวานนท์. (๒๕๕๖). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กของครอบครัวที่มีเด็กเล็ก. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, ๘(๒), ๑๖-๓๐.
- ฐิติมา ชูใหม่. (๒๕๕๙). การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, ๑(๒), ๑๘-๓๓
- ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์ และ ชุตติกาญจน์ แซ่ตัน. (๒๕๖๐). บทบาทพยาบาล : การจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, ๔(๓), ๒๗๑-๒๘๑.
- นัยนา ภูม, จินตนา วัชรสินธุ์ และ นุจรี ไชยมงคล. (๒๕๕๙). นิเวศวิทยาครอบครัว: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กวัยเตาะแตะ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, ๒๒(๑), ๑๘-๓๖.
- ประไพพิศ สิงหเสม, ศักรินทร์ สุรธนะเวหา และ อติญาณ ศรีเกษตรริน. (๒๕๖๐). การส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, ๔(๓), ๒๒๖-๒๓๕.
- ปริญญ ชัยกองเกียรติ. (๒๕๖๑). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, ๕(๒), ๑๖๑-๑๗๑.
- พนิต โล่เสถียรกิจ และคณะ. (๒๕๕๘). *สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย*. ม.ป.ท.: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ภูเบศร์ สมุทรจักร และคณะ. (๒๕๕๘). *การเกิดน้อยกับการถดถอยของผลิตภาพไทย*. รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อย อายุยืน. ม.ป.ท.: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.
- ภูเบศร์ สมุทรจักร, และนิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. (๒๕๕๗). *ไลฟ์สไตล์แผนการดำเนินชีวิตกับแนวความคิดมีบุตรของคนเจนเอเรชั่นวาย*. การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.

- มณฑรา ธรรมบุศย์. (๒๕๕๙). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. เอกสารประกอบการสอนจิตวิทยาสำหรับครู. รวบรวมโดย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เพื่อใช้ในการจัดการเรียนการสอนของคณะฯ. กทม..
- วชิรพร โชติพานัส. (๒๕๕๔). *เอกสารประกอบการสอน มโนทัศน์ทางจิตวิทยาพัฒนาการ*. รวบรวมโดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เพื่อใช้ในการจัดการเรียนการสอนของคณะฯ. กทม.
- วิปร วิประกษิต. (๒๕๕๘). *แนวทางในการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในเด็ก*. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต*, ๒๔(๔), ๓๙๕-๔๐๕.
- ศรีขมา กาญจนสิงห์. (๒๕๖๑). *สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๐*. ม.ป.ท.: ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (๒๕๕๙). *ทฤษฎีพัฒนาการทางความคิด*. *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย ครั้งที่ ๙*. สาขาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศิริกุล อิศรานุกัษ. (๒๕๕๙). *ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย: ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไม่ได้*. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, ๔(๑), ๖๗-๗๙.
- ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา. (๒๕๕๘). *พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน: การศึกษาผลกระทบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร*. ม.ป.ท.: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยประชากรศาสตร์.
- ศูนย์สื่อสารสาธารณะ กรมอนามัย. (๒๕๖๑). *เด็กไทยกับโรคฟันผุ ปัญหาใหญ่ที่ส่งผลถึงอนาคต*. ค้นจาก <http://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/kid-and-decay-tooth/>
- ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). *คู่มือโรงเรียนพ่อแม่*. ม.ป.ท.: ศูนย์.
- สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๗). *กลุ่มโรคสำคัญ ความรู้เรื่องการระบุงการของโรคลมชักในเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา*. ค้นจาก <https://th.rajanukul.go.th/preview-๔๐๐๘.html>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๙). *รายงานฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ (MICS.)*. ม.ป.ท..
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (๒๕๖๑). *รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (๒๕๕๘). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (๒๕๖๑). *รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุม และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (ตุลาคม ๒๕๕๙ - เมษายน ๒๕๖๑)*. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๒). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.

สุจิตต์ คุณประดิษฐ์. (๒๕๔๓). *ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย: จุดเริ่มต้นในทารก สู่โรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่*. *วารสารจุฬาลงกรณ์สาร*, ๔๘(๕), ๓๐๙-๓๒๒.

อภิรพี เศรษฐรักษ์ ต้นเจริญวงศ์, ศรีรัฐ รักศิริณชิต และ ญาณวุฒิ เสวตธิติกุล. (๒๕๖๑). *พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทย วัย ๐-๓ ปีในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารวิชาการนวัตกรรมการสื่อสารสังคม*, ๖(๒), ๖๐-๖๙.

อรุณี ทรดาล และ พิชรี ผลโยธิน. (๒๕๖๑). *การพัฒนาความรู้ความสามารถในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภาษาอย่างธรรมชาติ แบบองค์รวมสำหรับครูปฐมวัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*, ๑๑(๑), ๙๐-๑๐๓.

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์พ่อแม่/ผู้ดูแล ในการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีด้วยเครื่องมือ DENVER II

เขตสุขภาพที่..... ID

แบบสอบถามสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ใช้เก็บข้อมูลในโครงการ “สำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย” โดยสอบถามข้อมูลจากมารดา บิดา หรือผู้ดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ของแม่ พ่อหรือผู้ดูแลเด็ก ภาวะสุขภาพแม่และเด็ก การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และการประเมินการเลี้ยงดูเด็ก ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมของเขตสุขภาพและในภาพรวมของประเทศเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อไป โดยไม่เปิดเผยข้อมูลของท่านแต่อย่างใด จึงขอความร่วมมือจากท่านให้ข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วน

จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน

วันที่สัมภาษณ์ เดือน พ.ศ. 2560

ผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับเด็ก เป็น ☐ แม่ ☐ พ่อ ☐ ผู้ดูแลเด็ก ระบุ เบอร์โทรศัพท์ต่อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็กที่บ้าน

1. อายุ/ระดับการศึกษา/อาชีพ/รายได้ ของแม่ พ่อ และผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้านมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน (ไม่ใช่ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก)

1.1 แม่	1.2 พ่อ	1.3 ผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบัน อายุปี	เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบัน อายุปี	เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบัน อายุปี
การศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. อนุปริญญา/ปวท./ปวส. ☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่า ป.ตรี ☐ 7. ไม่ทราบ	การศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. อนุปริญญา/ปวท./ปวส. ☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่า ป.ตรี ☐ 7. ไม่ทราบ	การศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. อนุปริญญา/ปวท./ปวส. ☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่า ป.ตรี ☐ 7. ไม่ทราบ
อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. เกษตรกรรม ☐ 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 4. รับจ้าง ☐ 5. ค้าขาย ☐ 6. แม่บ้าน ☐ 7. เจ้าของกิจการ ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ	อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. เกษตรกรรม ☐ 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ ข้าราชการบำนาญ ☐ 4. รับจ้าง ☐ 5. ค้าขาย ☐ 6. พ่อบ้าน ☐ 7. เจ้าของกิจการ ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ	อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. เกษตรกรรม ☐ 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ ข้าราชการบำนาญ ☐ 4. รับจ้าง ☐ 5. ค้าขาย ☐ 6. แม่บ้าน/พ่อบ้าน ☐ 7. เจ้าของกิจการ ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ
รายได้ประมาณเดือนละ..... บาท ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2. มีเหลือเก็บ ☐ 3. ไม่เพียงพอ ☐ 4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	รายได้ประมาณเดือนละ..... บาท ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2. มีเหลือเก็บ ☐ 3. ไม่เพียงพอ ☐ 4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	รายได้ประมาณเดือนละ..... บาท ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2. มีเหลือเก็บ ☐ 3. ไม่เพียงพอ ☐ 4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแม่ (ดูข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประกอบ)

1. ขณะตั้งครรภ์ แม่ของเด็ก อายุ..... ปี ☐ ไม่ทราบ
2. การฝากครรภ์ของแม่ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ (โปรดระบุชื่อสถานบริการที่ฝากครรภ์ ตอบได้มากกว่า 1 ชื่อ)

	รพ.ผ่านการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก	ผ่าน	ไม่ผ่าน
2.1 ☐ รพท/รพช. ชื่อ..... จังหวัด..... ฝากครรภ์จนคลอด ครั้ง		☐	☐
2.2 ☐ รพช. ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด..... ฝากครรภ์จนคลอด ครั้ง		☐	☐
2.3 ☐ รพ.สต.(กรมอนามัย) ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด..... ฝากครรภ์จนคลอด ครั้ง		☐	☐
2.4 ☐ รพ.สต. ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด..... ฝากครรภ์จนคลอด ครั้ง		☐	☐
2.5 ☐ คลินิก/รพ.เอกชน ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด..... ฝากครรภ์จนคลอด ครั้ง		☐	☐
2.6 ☐ ศูนย์เทศบาล ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด..... ฝากครรภ์จนคลอด ครั้ง		☐	☐
2.7 ☐ รพ.สังกัด อื่น ๆ ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด..... ฝากครรภ์จนคลอด ครั้ง		☐	☐
3. ฝากครรภ์เมื่อ
 - 3.1 อายุครรภ์ 1-12 สัปดาห์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ ฝากครรภ์จำนวน ครั้ง
 - 3.2 อายุครรภ์ 13-15 สัปดาห์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ ฝากครรภ์จำนวน ครั้ง
 - 3.3 อายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ ฝากครรภ์จำนวน ครั้ง
 - 3.4 อายุครรภ์ 21-23 สัปดาห์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ ฝากครรภ์จำนวน ครั้ง
 - 3.5 อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ ฝากครรภ์จำนวน ครั้ง
 - 3.6 อายุครรภ์ 29 สัปดาห์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ ฝากครรภ์
 - 3.7 อายุครรภ์ 30-34 สัปดาห์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ ฝากครรภ์จำนวน ครั้ง
 - 3.8 อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์
 - 3.9 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์ ☐ 3. ฝากครรภ์ ฝากครรภ์จำนวน ครั้ง
4. อายุครรภ์เมื่อคลอด สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ
5. การคลอด ☐ 1. คลอดปกติ ☐ 2. ผ่าท้องคลอด ☐ 3. ใช้เข็มทำคลอด ☐ 4. เครื่องดูดสุญญากาศ ☐ 5. อื่น ๆ ระบุ
6. ขณะตั้งครรภ์มารดา

6.1 มีโรคประจำตัว ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. มี	6.2 มีภาวะแทรกซ้อน ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. มี	6.3 ติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. มี
6.1.1 ถ้ามี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. เบาหวาน ☐ 2. ความดันโลหิต ☐ 3. อีयरอยด์ ☐ 4. โรคหัวใจ ☐ 5. โรคโลหิตจาง ☐ 6. โรคธาลัสซีเมีย ☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....	6.2.1 ถ้ามี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. เด็กดิ้นน้อยลงหรือไม่ดิ้น ☐ 2. เลือดออกจากช่องคลอด ☐ 3. ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก บวมที่เท้ากดบวม ☐ 4. ปัสสาวะแสบขัดหรือลำบาก ☐ 5. มีน้ำเดินลักษณะใสๆ ไหลออกจากช่องคลอด ☐ 6. เจ็บที่หลังปวดร้าวมาถึงด้านหน้าบริเวณหัวไหล่ และท้องน้อย ☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....	6.3.1 ถ้ามี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. ทดเยอรมัน ☐ 2. ซิฟิลิส ☐ 3. เชื้อสุกใส ☐ 4. เอส ไอ วี ☐ 5. เริม ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

7. มารดาดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ดื่ม ☐ 3. ดื่ม
ถ้าดื่ม ☐ 1. ดื่ม 1-2 ครั้ง ระหว่างตั้งครรภ์ ☐ 2. ดื่ม 1 ครั้งต่อเดือน
☐ 3. ดื่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ☐ 4. ดื่มทุกวัน ☐ 5. อื่น ๆ (ระบุ)
8. ขณะตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยง ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ได้รับการประเมิน ☐ 3. ไม่ได้รับการประเมิน
9. ผลการตรวจเลือดและการตรวจพิเศษขณะตั้งครรภ์
- 9.1 Hct/Hb. ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ตรวจ ☐ 3. ตรวจ ผลเลือดครั้งที่ 1/..... ครั้งที่ 2/..... (30-34 สัปดาห์)
- 9.2 Blood group ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ตรวจ ☐ 3. ตรวจ ผลเลือดครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2
- 9.3 VDRL ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ตรวจ ☐ 3. ตรวจ ผลเลือดครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2
- 9.4 ไวรัสตับอักเสบบี ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ตรวจ ☐ 3. ตรวจ ผลเลือดครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2
- 9.5 เอ็ดส์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ตรวจ ☐ 3. ตรวจ ผลเลือดครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2
- 9.6 ธาลัสซีเมีย ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ตรวจ ☐ 3. ตรวจ ผลเลือดครั้งที่ 1 ยืนยันครั้งที่ 2
- 9.7 อัลตราซาวด์ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ตรวจ ☐ 3. ตรวจ
- 9.8 ตรวจภายใน ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ตรวจ ☐ 3. ตรวจ
10. แม่ได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์
- 10.1 ได้รับยา Obimin -AZ / Triferdine / Natalal ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ได้รับ ☐ 3. ได้รับ
ถ้าได้รับ รับประทานยาอย่างไร ☐ 1. ทุกวัน ☐ 2. บางวัน ☐ 3. ไม่รับประทาน ☐ 4. ไม่ทราบ
- 10.2 ได้รับยา FBC ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ได้รับ ☐ 3. ได้รับ
ถ้าได้รับ รับประทานยาอย่างไร ☐ 1. ทุกวัน ☐ 2. บางวัน ☐ 3. ไม่รับประทาน ☐ 4. ไม่ทราบ
- 10.3 ได้รับยา Folic ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ได้รับ ☐ 3. ได้รับ
ถ้าได้รับ รับประทานยาอย่างไร ☐ 1. ทุกวัน ☐ 2. บางวัน ☐ 3. ไม่รับประทาน ☐ 4. ไม่ทราบ
11. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้ง ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ได้รับ ☐ 3. ได้รับ
ถ้าได้รับ ผลการตรวจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. ฟันพุ ☐ 2. เหงือกอักเสบ ☐ 3. หินน้ำลาย ☐ 4. ปกติ
12. การเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์
- 12.1 แม่เข้าร่วม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เข้าร่วม ☐ 3. เข้าร่วม เข้าร่วมได้ ☐ 1. ไม่ทุกครั้ง ☐ 2. ทุกครั้ง เป็นจำนวน ครั้ง
- 12.2 พ่อเข้าร่วม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เข้าร่วม ☐ 3. เข้าร่วม เข้าร่วมได้ ☐ 1. ไม่ทุกครั้ง ☐ 2. ทุกครั้ง เป็นจำนวน ครั้ง
- 12.3 ญาติเข้าร่วม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เข้าร่วม ☐ 3. เข้าร่วม เข้าร่วมได้ ☐ 1. ไม่ทุกครั้ง ☐ 2. ทุกครั้ง เป็นจำนวน ครั้ง
- 12.4 ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เข้าร่วม ☐ 3. เข้าร่วม เข้าร่วมได้ ☐ 1. ไม่ทุกครั้ง ☐ 2. ทุกครั้ง เป็นจำนวน ครั้ง
13. การเข้าร่วมรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี
- 12.1 แม่เข้าร่วม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เข้าร่วม ☐ 3. เข้าร่วม เข้าร่วมได้ ☐ 1. ไม่ทุกครั้ง ☐ 2. ทุกครั้ง เป็นจำนวน ครั้ง
- 12.2 พ่อเข้าร่วม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เข้าร่วม ☐ 3. เข้าร่วม เข้าร่วมได้ ☐ 1. ไม่ทุกครั้ง ☐ 2. ทุกครั้ง เป็นจำนวน ครั้ง
- 12.3 ญาติเข้าร่วม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เข้าร่วม ☐ 3. เข้าร่วม เข้าร่วมได้ ☐ 1. ไม่ทุกครั้ง ☐ 2. ทุกครั้ง เป็นจำนวน ครั้ง
- 12.4 ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เข้าร่วม ☐ 3. เข้าร่วม เข้าร่วมได้ ☐ 1. ไม่ทุกครั้ง ☐ 2. ทุกครั้ง เป็นจำนวน ครั้ง
14. สถานที่คลอด
- | รพ.ผ่านการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก | | | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
|---|-------------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| 14.1 ☐ รพท/รพศ. ชื่อ..... | จังหวัด..... | | ☐ | ☐ |
| 14.2 ☐ รพช. ชื่อ..... | อำเภอ..... จังหวัด..... | | ☐ | ☐ |
| 14.3 ☐ รพ.สต.(กรมอนามัย) ชื่อ..... | อำเภอ..... จังหวัด..... | | ☐ | ☐ |
| 14.4 ☐ รพ.สต. ชื่อ..... | อำเภอ..... จังหวัด..... | | ☐ | ☐ |
| 14.5 ☐ คลินิก/รพ.เอกชน ชื่อ..... | อำเภอ..... จังหวัด..... | | ☐ | ☐ |
| 14.6 ☐ ศูนย์เทศบาล ชื่อ..... | อำเภอ..... จังหวัด..... | | ☐ | ☐ |
| 14.7 ☐ รพ.สังกัด อื่น ๆ ชื่อ..... | อำเภอ..... จังหวัด..... | | ☐ | ☐ |

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเด็ก (ดูข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประกอบ)

1. เด็กเกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน (นับถึงวันสัมภาษณ์)

2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

3. ปัจจุบันเด็กมีน้ำหนัก กิโลกรัม ความยาว/ส่วนสูง เซนติเมตร (วันสัมภาษณ์)
การแปลผล (สำหรับเจ้าหน้าที่)

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. ทั่ว
☐ 5. น้ำหนักมาก	☐ 5. สูง	☐ 5. เริ่มอ้วน
		☐ 6. อ้วน

4. น้ำหนักแรกคลอด กรัม ☐ ไม่ทราบ

5. ภาวะออกซิเจนแรกคลอด (Apgar score) ที่ 1 นาที ได้คะแนน ที่ 5 นาที ได้คะแนน ☐ ไม่ทราบ

6. เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. มี (ถ้ามี ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ถ้ามี คือ ☐ 1. ตัวเหลืองและส่องไฟ ☐ 2. ตัวเหลืองเปลี่ยนถ่ายเลือด ☐ 3. ได้รับออกซิเจน
☐ 4. ใส่เครื่องช่วยหายใจ ☐ 5. ชัก ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ)

7. เด็กมีโรคประจำตัว ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. มี (ถ้ามี ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ถ้ามี คือ ☐ 1. โรคหัวใจ ☐ 2. ธาลัสซีเมีย ☐ 3. G6PD ☐ 4. ชัก
☐ 5. ความพิการทางสมอง ☐ 6. ออทิซึม ☐ 7. คาร์วีนซินโดรม ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ

8. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา เด็กมีอาการป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคต่อไปนี้

8.1 ท้องร่วง ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เคย ☐ 3. เคย ถ้าเคย ไปใช้บริการที่ ☐ 1. รพศ./รพท. ☐ 2. รพช. ☐ 3. รพ.สต. ☐ 4. คลินิก

8.4 ปอดบวม ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่เคย ☐ 3. เคย ถ้าเคย ไปใช้บริการที่ ☐ 1. รพศ./รพท. ☐ 2. รพช. ☐ 3. รพ.สต. ☐ 4. คลินิก

9. เด็กมีปัญหาช่องปากหรือไม่ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. มี (ถ้ามี ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ถ้ามี คือ ☐ 1. ฟันผุ ☐ 2. เหงือกอักเสบ ☐ 3. อื่น ๆ ระบุ

10. ผลของ Hct. ของเด็กอายุ 6-12 เดือน เจาะเมื่ออายุ เดือน

11. เด็กได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่ได้รับ ☐ 3. ได้รับ

ถ้าได้รับ ได้รับปริมาณ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ช้อนชา ☐ 3. ทุกวัน ๆ ละ 1 ช้อนชา
และทาน ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. เป็นประจำ ☐ 3. บางครั้ง

12. เด็กกินนมแม่ นมผสม น้ำและอาหารเสริมอย่างไร ☐ 12.1 ไม่ทราบ (ข้ามไปตอบข้อ 13)

☐ 12.2 เริ่มกินนมแม่อย่างเดียว (ไม่กินน้ำ) วัน เดือน

☐ 12.3 เริ่มให้น้ำตั้งแต่อายุ วัน เดือน

☐ 12.4 เริ่มให้นมผสมตั้งแต่อายุ วัน เดือน

☐ 12.5 เริ่มให้อาหารเสริม วัน เดือน

13. ปัจจุบันเด็กอาศัยอยู่ร่วมกับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. พ่อ ☐ 2. แม่ ☐ 3. ปู่ ย่า ☐ 4. ตา ยาย ☐ 5. ลุง ป้า ☐ 6. น้า อา ☐ 7. พี่น้องร่วมสายโลหิต ☐ 8. อื่นๆ ระบุ

14. ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ใด และใครเป็นผู้ดูแลเด็ก

☐ 1. โรงเรียน ☐ 2. ศูนย์เด็กเล็ก ☐ 3. บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็ก เบอร์โทรติดต่อ.....

☐ 4. บ้านตัวเอง ผู้ดูแลเด็ก คือ ☐ 1. แม่ ☐ 2. พ่อ ☐ 3.ญาติ ☐ 4. ผู้รับจ้างดูแลเด็ก เบอร์โทรติดต่อ.....

☐ 5. บ้านญาติ ผู้ดูแลเด็ก คือ ☐ 1. แม่ ☐ 2. พ่อ ☐ 3.ญาติ ☐ 4. ผู้รับจ้างดูแลเด็ก เบอร์โทรติดต่อ.....

15. ผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. พ่อ ใช้เวลาดูแล เลี้ยงดูเด็กวันละ ชั่วโมง ☐ 2. แม่ ใช้เวลาดูแล เลี้ยงดูเด็กวันละ ชั่วโมง

☐ 3. ญาติ ใช้เวลาดูแล เลี้ยงดูเด็กวันละ ชั่วโมง ☐ 4. ผู้รับจ้าง ใช้เวลาดูแล เลี้ยงดูเด็กวันละ ชั่วโมง

☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

16. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พูดคุย/เล่าเรื่อง/ร้องเพลงกล่อม/เล่านิทานหรืออ่านนิทานให้เด็กฟังหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ อย่างไร

☐ 1. ไม่ได้เล่า/อ่าน (ข้ามไปข้อ 17) ☐ 2. เล่า/อ่าน นานเท่าใดต่อครั้ง นาที จำนวนกี่ครั้งต่อวัน ครั้ง/วัน

จำนวนกี่วันต่อสัปดาห์..... วัน/สัปดาห์

17. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เด็กได้เล่นกับบุคคลอย่างเดียว

☐ 1. ไม่เล่น (ข้ามไปข้อ 18) ☐ 2. เล่น นานเท่าใดต่อครั้ง นาที จำนวนกี่ครั้งต่อวัน ครั้ง/วัน

จำนวนกี่วันต่อสัปดาห์..... วัน/สัปดาห์

18. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ Ipad เป็นต้น ในการเล่นหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ

☐ 1. ไม่ใช้ (ข้ามไปข้อ 19) ☐ 2. ใช้ นานเท่าใดต่อครั้ง นาที จำนวนกี่ครั้งต่อวัน ครั้ง/วัน

จำนวนกี่วันต่อสัปดาห์..... วัน/สัปดาห์

19. รอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านให้เด็กดูโทรทัศน์หรือไม่

☐ 1. ไม่ให้ดู ☐ 2. ให้ดู ถ้าดู ☐ 1. ดูทุกวัน วันละ.....ชั่วโมง

☐ 2. ดูวันเว้นวัน วันละ.....ชั่วโมง

☐ 3. ดูอาทิตย์ละ 2-3 วัน วันละ.....ชั่วโมง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. เด็กรับประทานอาหารหลักมีอะไรบ้าง ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่รับประทาน ☐ 3. รับประทาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ถ้ารับประทาน ทานมี ☐ 1. ข้าว ☐ 2. กลางวัน ☐ 3. เย็น ☐ 4. อื่นๆ ระบุ

2. เด็กทานอาหารว่างระหว่างมื้อ ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่รับประทาน ☐ 3. รับประทาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ถ้ารับประทาน รับประทานช่วง ☐ 1. สาย ☐ 2. บ่าย ☐ 3. อื่นๆ ระบุ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กใน 1 สัปดาห์	ไม่ กิน	จำนวนวันใน 1 สัปดาห์				จำนวนครั้งใน 1 วัน		
		1-2	3-4	5-6	ทุกวัน	<3	3-4	>4
1. เด็กกินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง								
2. เด็กกินผัก								
3. เด็กกินผลไม้								
4. เด็กกินเนื้อสัตว์ (ยกเว้นเนื้อปลา)								
5. เด็กกินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่-เป็ด								
6. เด็กกินแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด								
7. เด็กกินปลา								
8. เด็กกินไข่ (ฟอง)								
9. เด็กกินอาหารประเภท ผัก ทอด และกะทิ								
10. เด็กกินขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม หวานเย็น ลูกอม ช็อคโกแลต เยลลี่								
11. เด็กกินขนมประเภท เบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท								
12. เด็กกินขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ เช่น ปลาเส้น มันฝรั่งทอด เวเฟอร์ ขนมปังแห้ง								
13. เด็กกินเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม นมเปรี้ยว น้ำปั่น โกโก้								
14. เด็กดื่มนมสดรสจืด (แก้ว/กล่อง 200 cc.)								
15. เด็กดื่มนมพร้อมมันเนย/นมขาดมันเนย (แก้ว/กล่อง 200 cc.)								
16. เติมน้ำตาลในเครื่องดื่ม เช่น น้ำปลา ซิอิ๊ว แม็กกี้ ในอาหารที่ปรุงสุกแล้วให้เด็ก								
17. เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้วให้เด็ก								

ส่วนที่ 5 การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

1. ท่านนำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาด้วยเมื่อมารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดี

☐ 1. ทุกครั้ง ☐ 2. บางครั้ง ☐ 3. ไม่ทราบ

2. ท่านได้อ่านสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือไม่ ☐ 1. ไม่อ่าน ☐ 2. อ่าน

ถ้าอ่าน (ใส่ข้อมูลในตารางด้านล่าง)

ท่านชอบอ่านเรื่องใดบ้าง 3 เรื่อง	ท่านไม่ชอบอ่านเรื่องใดบ้าง 3 เรื่อง
1.	1.
2.	2.
3.	3.

3. ท่านได้บันทึกข้อมูลของแม่และเด็กในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ไม่บันทึก ☐ 3. บันทึก

ถ้าบันทึก ท่านบันทึกข้อมูลเรื่องใดบ้าง 3 เรื่อง

3.1

3.2

3.3

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการเลี้ยงดูเด็กใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

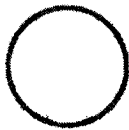
การเลี้ยงดูเด็กใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	การปฏิบัติ		
	ทุกวัน	ไม่ทุกวัน	ไม่ปฏิบัติ
ด้านร่างกาย			
1.ท่านสอนและดูแลเด็กอาบน้ำแปรงฟัน			
2.ท่านอนุโลมให้เด็กเข้าอนโดยไม่ได้แปรงฟัน			
3.ท่านห้ามทุกครั้งที่เด็กฉีกกระดาษ			
4.ท่านห้ามทุกครั้งที่เด็กเล่นดินสอ/ดินสอสี			
5.ท่านให้เด็กเล่นดินน้ำมัน/แป้งโด/เล่นทราย			
6.ท่านให้เด็กไปวิ่งเล่นที่สนามหรือสวนสาธารณะ			
7.ท่านจัดหากระดาษและดินสอให้เด็กได้ขีดเขียน			
ด้านอารมณ์			
8.ท่านให้เด็กร้องเพลงหรือปรบมือตามจังหวะดนตรี			
9.ท่านซื้อของให้เด็กเสมอที่เด็กร้องไห้อยากได้			
10.ท่านพูดคุยด้วยเหตุผลทุกครั้งเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม			
11.ท่านแสดงความรักเด็กด้วยการสัมผัสและโอบกอดเด็ก			
12.ท่านกล่าวชมเชยเมื่อเด็กแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เหมาะสม			
13.ท่านห้ามเด็กทำสิ่งไม่ดีหรือที่อาจเป็นอันตราย โดยชูว่าคนอื่นจะมาเอาตัวไปหรือลงโทษโดยการตี			
14.ท่านสอนและดูแลเด็กให้ทำกิจวัตรประจำวันตามที่เด็กทำได้			
ด้านสังคม			
15.ท่านฝึกให้เด็กรู้จักกล่าวคำ สวัสดี ขอโทษ ขอขอบคุณ			
16.ท่านห้ามไม่ให้เด็กเล่นกับคนอื่น			
17.ท่านจะคอยป้อนข้าวให้เด็กเพราะกลัวว่าเด็กจะทานข้าวได้ไม่มาก			
18.ท่านสอนและดูแลให้เด็กเก็บของเล่น ของใช้หลังการเล่นหรือการใช้ทุกครั้ง			
19.ท่านสอนให้เด็กรู้จักระเบียบวินัย เช่น การกิน การนอนเป็นเวลา			
20.ท่านไม่สนใจฝึกการขับถ่ายของเด็ก			
21.ท่านพาเด็กไปเยี่ยมญาติพี่น้องในโอกาสต่าง ๆ			
ด้านสติปัญญา			
22.ท่านให้เด็กได้เล่นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง			
23.ท่านจัดหาอุปกรณ์ในการเล่นและปล่อยให้เด็กได้เล่นอย่างอิสระในเวลาที่เหมาะสม			
24.ท่านร่วมเล่นเกมหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเด็ก			
25.ท่านชักชวนให้เด็กสังเกตสิ่งต่าง ๆ รอบตัว			
26.ท่านไม่สนใจเมื่อเด็กเล่าเรื่องที่ท่านคิดว่าไม่ใช่เรื่องจริง			
27.ท่านให้เด็กดูโทรทัศน์เพื่อท่านจะได้ทำงานอื่น			
28.ท่านชักชวนให้เด็กเล่านิทาน/เรื่องราว/เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เด็กพบเห็นให้ฟัง			

ส่วนที่ 7 ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II)

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

คำแนะนำการทดสอบพัฒนาการด้วย DENVER II (ฉบับภาษาไทย)

- พยายามทำให้เด็กยิ้มโดยยิ้มกับเด็ก พูดคุยหรือโบกมือเล่นกับเด็ก แต่ห้ามสัมผัสตัวเด็ก
- เด็กต้องจ้องมองที่มีวัตถุหรือสิ่งหนึ่งประมาณ 3-4 วินาที
- พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูอาจช่วยแนะนำวิธีแปร่งฟัน และใส่ยาสีฟันให้บนแปรง
- เด็กไม่จำเป็นต้องผูกเชือกรองเท้า ดัดซิปหรือกระดุมเสื้อด้านหลังได้ด้วยตนเอง
- เคลื่อนกลุ่มใหม่พร้อมอย่างช้าๆ จากด้านหนึ่งไปอีกด้านหนึ่ง เป็นเส้นโค้งระยะห่างจากหน้าเด็กประมาณ 8 นิ้ว
- ผ่าน ถ้าเด็กจับกริ่งกริ่งเมื่อน้ำกริ่งกริ่งไปสัมผัสหลังมือหรือนิ้วของเด็ก
- ผ่าน ถ้าเด็กพยายามมองหากกลุ่มใหม่พร้อมที่ตกลงบนพื้น ผู้ทดสอบควรปล่อยกลุ่มใหม่พร้อมอย่างรวดเร็วโดยไม่ยับยั้งในขณะที่ยังมอง
- เด็กต้องเปลี่ยนมือถือก่อนไม่จากมือข้างหนึ่งโดยไม่ตั้งใจใช้ร่างกาย ปาก หรือโต๊ะช่วย
- ผ่าน ถ้าเด็กสามารถใช้นิ้วหัวแม่มือส่วนใดก็ได้และนิ้วอื่นหยิบลูกเกด
- เส้นตรงที่วาดต้องทำมุมไม่เกิน 30 องศา จากเส้นตัวอย่าง
- กำมือ ชูนิ้วหัวแม่มือขึ้นพร้อมกับกระดิกนิ้วหัวแม่มือ ผ่าน ถ้าเด็กเลียนแบบและไม่ยับยั้งนิ้วอื่น



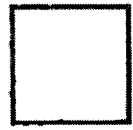
12. ผ่าน ถ้าวาดเส้นวงกลมชนกัน
ไม่ผ่าน ถ้าวาดเส้นวนไป
เรื่อยๆ



13. ตามเด็กว่า เส้นไหนยาวกว่า
กัน (ไม่ใช่ให้พูดว่า) หมุน
กระดาษกลับหัวแล้วถามซ้ำ
(ผ่านถ้าทำถูก 3 ใน 3 ครั้ง
หรือ 5 ใน 6 ครั้ง)



14. ผ่าน ถ้าเส้นตรง 2 เส้นตัด
กันบริเวณตรงกลางหรือใกล้
เฉียง



15. ให้เด็กลอกแบบก่อน ถ้าเด็ก
ทำไม่ได้ วาดรูปให้เด็กเลียน
แบบวาดตาม

ข้อทดสอบย่อยที่ 12, 14 และ 15 ไม่ต้องบอกชื่อรูปทรง และไม่ต้องทำให้ดูในข้อ 12 และ 14

- การให้คะแนน อวัยวะที่เป็นคู่ให้นับเป็น 1 ส่วน เช่น แขน ขา เป็นต้น
- ใส่ก่อนไม่ 1 ขึ้นในถ้วย เขย่าเบาๆ โกลนเด็กโดยไม่ให้เด็กเห็น ทำเช่นเดียวกันนี้กับลูกข้างหนึ่ง
- ชี้รูปภาพแล้วให้เด็กบอกชื่อ (ไม่ให้คะแนนถ้าเด็กทำแต่เสียง) ถ้าเด็กตอบถูกน้อยกว่า 4 ภาพ ให้เด็กชี้รูปภาพตามคำสั่งของผู้ทดสอบ



- ใช้ตุ๊กตาเป็นอุปกรณ์ แล้วบอกให้เด็กชี้ จมูก ตา หู ปาก มือ เท้า ท้อง พนม ผ่าน ถ้าตอบถูก 6 ใน 8 อย่าง
- ให้เด็กดูภาพ แล้วถามว่า รูปไหนบินได้ รูปไหนร้องเหมียว รูปไหนพูดคุยได้ รูปไหนเห่า รูปไหนวิ่งก๊อบก๊อบ ผ่าน ถ้าตอบถูก 2 ใน 5 หรือ 4 ใน 5 รูป
- ถามเด็กว่า จะทำอะไรถ้าหนูหนาว จะทำอะไรถ้าหนูเหนื่อย จะทำอะไรถ้าหนูหิว ผ่านถ้าตอบถูก 2 ใน 3 อย่าง หรือ 3 ใน 3 อย่าง
- ถามเด็กว่า ถ้วยเอาไว้ทำอะไร แก้วเอาไว้ทำอะไร ดินสอเอาไว้ทำอะไร
- ผ่าน ถ้าเด็กวางจำนวนถูกต้องและบอกได้ว่ามีกี่ก้อนไม่กี่ก้อนบนกระดาษ (1, 5)
- บอกให้เด็ก วางก้อนไม้บนโต๊ะ ใต้โต๊ะ ข้างหน้าฉัน ข้างหลังฉัน ผ่านถ้าทำถูก 4 ใน 4 อย่าง
- ถามเด็กว่า ลูกบอลคืออะไร ?ทะเล.....โต๊ะ.....บ้าน.....กล้วย.....บ้าน.....รั้ว.....เพดาน ผ่านถ้าเด็กให้ความหมายในลักษณะการใช้
งาน รูปร่าง ท่ามาจากอะไรหรือบอกประเภท (เช่นกล้วยเป็นผลไม้ ไม่ใช่สีเหลือง) ผ่านถ้าตอบถูก 5 ใน 8 อย่าง หรือ 7 ใน 8 อย่าง
- ถามเด็กว่าถ้ามีตัวใหญ่ หนูตัว..... ถ้าไฟร้อน น้ำแข็ง..... ถ้าดวงอาทิตย์ขึ้นเวลากลางวัน ดวงจันทร์ขึ้นเวลา..... ผ่านถ้าตอบถูก 2 ใน 3
- เด็กอาจจะเกาะราวหรือเกาะกำแพงเพื่อช่วยเดินขึ้นบันได ไม่ใช่คนจูง และไม่คลานขึ้น
- เด็กต้องขว้างบอลออกไปไกล 3 ฟุต ให้ลูกบอลอยู่ในระดับแขนเอื้อมถึง (มองผู้ทดสอบ)
- เด็กต้องกระโดด 2 เท้า ข้ามกระดาษที่มีขนาดความกว้าง 8 1/2 นิ้ว
- บอกให้เด็กเดินต่อเท้าไปข้างหน้าโดยให้นิ้วเท้าและส้นเท้าห่างกันประมาณ 1 นิ้ว ผู้ทดสอบอาจสาธิตให้เด็กดูก่อน (เด็กต้องเดินติดต่อกัน 4 ก้าว)
- ในขวบปีที่ 2 เด็กปกติประมาณครึ่งหนึ่งอาจมีลักษณะ ไม่ค่อยร่วมมือ

ผลการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก

ภาพกิจกรรมการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีด้วยเครื่องมือ DENVER II

