

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจของผู้ปกครองในการพาเด็กกลุ่มเป้าหมาย มากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามนัดหมายในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ในเขตสุขภาพที่ 1

วันรับ : 2 พฤษภาคม 2567

วันแก้ไข : 13 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 18 กันยายน 2567

หทัยชนนี บุญเจริญ, พ.บ.¹, ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบุลย์, พ.บ.¹,

ภัทรีณี ไตรสถิตย์, ประ.ด.², พิมพ์วิมล ศรีคำมูล, ประ.ด.²

กชกานต์ คำหลวง, วท.บ.², สรศักดิ์ ทราอินทร์, วท.บ.²,

สาลิณี อารงเลาะห์พันธุ์, ประ.ด.²

สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต¹,

ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ปกครองพาหรือไม่พาเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai early developmental assessment for intervention: TEDA4I) ในปีงบประมาณ 2564 - 2565 ตามนัดหมาย

วิธีการ : การวิจัยแบบผสมวิธีในเขตสุขภาพที่ 1 ด้วยการศึกษาย้อนหลังจาก health data center เพื่อระบุผลการประเมินพัฒนาการและสถานะการติดตาม ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจในการพาเด็กมารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ chi-square และการทดสอบ Wilcoxon rank-sum

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 1,061 คน เป็นหญิงร้อยละ 81.0 อายุ 21 - 59 ปีร้อยละ 87.9 เด็กเป็นชายร้อยละ 67.9 และมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านร้อยละ 76.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้แก่ เพศ อายุ และผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก และระยะทางในการเดินทาง พบว่าร้อยละ 43.6 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา มีปัญหาค่าใช้จ่าย และมีปัญหาการเดินทาง และในกลุ่มนี้ร้อยละ 23.8 ไม่ประสงค์นำเด็กกลับเข้าสู่ระบบเนื่องจากไม่มีเวลาและคิดว่าไม่จำเป็น ขณะที่กลุ่มที่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายให้เหตุผลว่าเด็กยังมีพัฒนาการล่าช้าหรือมีพัฒนาการดีขึ้นจากการกระตุ้นครั้งล่าสุด

สรุป : ปัญหาการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และทัศนคติของผู้ปกครองมีผลต่อการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก ควรมีการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังและติดตามตั้งแต่เด็กได้รับการประเมินพัฒนาการครั้งแรก เพิ่มช่องทางออนไลน์ในการเข้าถึงบริการและการติดตาม และส่งเสริมความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย, พัฒนาการล่าช้า, การกระตุ้นพัฒนาการ, TEDA4I

ติดต่อผู้พิมพ์ : สาลิณี อารงเลาะห์พันธุ์; e-mail: salinee.t@cmu.ac.th

Original article

The barriers and motivation of parents to take their children with developmental delays for TEDA4I developmental stimulation from 2021 - 2022 in Health Region 1, Thailand

Received : 2 May 2024

Revised : 13 September 2024

Accepted : 18 September 2024

Hathaichonnee Booncharoen, M.D.¹, Duangkamol Tangviriyapaiboon, M.D.¹,Patrinee Traisathit, Ph.D.², Pimwarat Srikummoon, Ph.D.²,Kodchakan Kamluang, B.S.², Sorasak Sai-In, B.S.²,Salinee Thumronglaohapun, Ph.D.²Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health¹,Department of Statistics, Faculty of Science, Chiang Mai University²

Abstract

Objective: To explore the barriers and motivation of parents in taking their children aged birth to five years with developmental delays for developmental stimulation with the Thai Early Developmental Assessment for Intervention (TEDA4I) from 2021 - 2022 in Health Region 1, Thailand.

Methods: This mixed-method study consisted of a retrospective analysis of the Health Data Center database and phone interviews to collect data on developmental screening results, follow-up status, and parental barriers and motivation regarding developmental stimulation. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square test, and Wilcoxon rank-sum test.

Results: A total of 1,061 parents agreed to participate in the study, with the majority being female (81.0%) and 21 - 50 years old (87.9%). Most children were male (67.9%) and had at least one area of developmental delay (76.7%). Key factors influencing attendance at the TEDA4I sessions included the child's gender and age, developmental status, and distance to stimulation centers. Approximately 43.6% of the participants reported that they could not bring their children to the sessions, primarily due to perceived lack of time, childcare expenses, and travel distance. Additionally, 23.8% of this group declined to bring their children back to stimulation due to time-consuming and/or believing that it was unnecessary. In contrast, those able to take their children for stimulation as appointments reasoned that their children still had developmental delay or showed improvement from the last stimulation.

Conclusion: Travel challenges, financial constraints, and parental attitudes present significant barriers to children's proper developmental stimulation. An online system to monitor children in need of TEDA4I developmental stimulation, alongside policies aimed at raising awareness of this issue, should be implemented.

Keywords: early childhood, developmental delay, developmental stimulation, TEDA4I

Corresponding author: Salinee Thumronglaohapun; e-mail: salinee.t@cmu.ac.th

ความรู้เดิม : จากข้อมูลในระบบ HDC service ปีงบประมาณ 2564 - 2565 พบว่าในเขตสุขภาพที่ 1 มีเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปีที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าจำนวนมากที่ติดตามไม่ได้จากระบบระหว่างการพัฒนาการด้วย TEDA4I และยังไม่มีการรายงานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย

ความรู้ใหม่ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามนัดหมายของเด็กกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เพศ อายุ และผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก และระยะทางในการเดินทางมากระตุ้นพัฒนาการ สาเหตุหลักของการไม่มารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย ได้แก่ ผู้ปกครองไม่มีเวลา ปัญหาค่าใช้จ่าย และปัญหาการเดินทาง ส่วนแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ปกครองพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการ คือ เด็กยังมีพัฒนาการล่าช้าหรือมีพัฒนาการดีขึ้นจากการกระตุ้นครั้งล่าสุด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางในการพัฒนารูปแบบและระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยควรเริ่มติดตามตั้งแต่เด็กได้รับการประเมินพัฒนาการเพิ่มช่องทางออนไลน์ในการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

บทนำ

ช่วงปฐมวัย (วัยแรกเกิดถึง 5 ปี) มีความสำคัญอย่างมากต่อพัฒนาการของเด็ก ซึ่งควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต¹⁻³ ความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการเริ่มเกิดขึ้นช่วงวัยเด็กและส่งผลคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ เด็กที่มีความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทางกายภาพและหากไม่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสมีปัญหาดุติกรรมมากกว่าเด็กทั่วไป 2 - 3 เท่าและอาจรุนแรงขึ้นในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่⁴ นอกจากปัจจัยทางพันธุกรรมแล้ว สภาพแวดล้อมและพฤติกรรมในการเลี้ยงดูยังส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก^{2,3,5-8} ในทางกลับกันปัญหา

ด้านการพัฒนาการของเด็กปฐมวัยยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กและครอบครัว⁹ รวมถึงคุณภาพประชากรของประเทศชาติในอนาคต ในสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กร้อยละ 15 มีความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการ ขณะที่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2 - 6 ปี) มีความบกพร่องของการรับรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาการด้านจิตสังคม โดยเด็กกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 85 ยังไม่ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึงและเหมาะสม¹⁰ การค้นพบปัญหาพัฒนาการที่ผิดปกติตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มจะทำให้เด็กได้รับการช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมจนสามารถมีพัฒนาการเป็นปกติหรือใกล้เคียงเป็นปกติได้^{5,11,12}

เพื่อให้เด็กไทยมีพัฒนาการที่สมวัย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบการติดตามพัฒนาการของเด็กปฐมวัยเพื่อดูแล เฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการ^{13,14} โดยเมื่อเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนจะได้รับการประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion manual: DSPM)¹³ ใน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว (gross motor: GM) กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor: FM) การเข้าใจภาษา (receptive language: RL) การใช้ภาษา (expressive language: EL) และการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social: PS) หากพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าหรือไม่สมวัยอย่างน้อย 1 ด้านจะให้การกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai early developmental assessment for intervention: TEDA4I) เป็นระยะเวลา 3 เดือน หากเด็กยังมีพัฒนาการล่าช้าจะได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาที่เหมาะสมจากระบบบริการต่อไป¹³⁻¹⁵ ดังนั้นเด็กกลุ่มเป้าหมายของการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ประกอบด้วย 1) เด็กที่มีผลประเมิน DSPM ครั้งที่ 1 เป็นสงสัยล่าช้าที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการกระตุ้นทันที 2) เด็กที่มีผลประเมิน DSPM ครั้งที่ 1 เป็นสงสัยล่าช้ารอการกระตุ้น และมีผลประเมิน DSPM ครั้งที่ 2 เป็นไม่สมวัย และ 3) เด็กที่ส่งต่อมาจากการใช้แบบคัดกรองอื่นเพื่อมากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

ในปี พ.ศ. 2564 มีเด็กปฐมวัยทั่วประเทศเข้ารับการประเมินด้วย DSPM ครั้งที่ 1 จำนวน 1,873,952 คน พบว่ามีพัฒนาการสมวัย 1,163,245 คน สงสัยล่าช้ารอการกระตุ้น 434,222 คน และสงสัยล่าช้าที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการกระตุ้นทันที 2,854 คน โดยเด็กกลุ่มสงสัยล่าช้าที่ต้องรอการกระตุ้นนั้น ได้รับการติดตามเพื่อประเมินด้วย DSPM ครั้งที่ 2 จำนวน 398,456 คน ในจำนวนนี้มีเด็กที่ควรได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน 6,498 คน อย่างไรก็ตามมีเด็กเพียง 2,717 คน (ร้อยละ 41.81) ที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จนครบเกณฑ์ ดังนั้นมีเด็กกว่าครึ่งที่ติดตามไม่ได้ระหว่างการนัดหมาย¹⁴ ข้อมูลรายเขตสุขภาพในปีงบประมาณ 2564 - 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2565) พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดในภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน มีเด็กพัฒนาการไม่สมวัยอย่างน้อย 1 ด้าน หลังการประเมินด้วย DSPM รอบที่ 2 จำนวน 492 คนและ 300 คน เด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที 261 คนและ 230 คน และเด็กที่ส่งต่อมาจากแบบคัดกรองอื่น 78 คนและ 79 คน ตามลำดับ รวมเป็นเด็กกลุ่มเป้าหมายของการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน 811 คนและ 609 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีเด็กที่ติดตามไม่ได้ระหว่างการนัดหมายกระตุ้นพัฒนาการ 458 คนและ 425 คน คิดเป็นร้อยละ 56.47 และ 69.79 ซึ่งสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่น¹⁴

การที่เด็กไม่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามนัดหมายอาจสะท้อนถึงปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ การย้ายที่อยู่ หรือการไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งทัศนคติและแรงจูงใจของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก^{10,16-19} ซึ่งสาเหตุอาจแตกต่างกันในแต่ละบริบทพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการรายงานถึงสาเหตุที่ทำให้เด็กกลุ่มเป้าหมายมีสถานะติดตามไม่ได้ระหว่างการนัดหมายกระตุ้นพัฒนาการ การศึกษานี้จึงสำรวจหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายไม่พาเด็กมารับบริการกระตุ้น

พัฒนาการด้วย TEDA4I และสำรวจแรงจูงใจของผู้ปกครองในการพาเด็กมารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนทางส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และให้เด็กที่ติดตามไม่ได้กลับเข้าสู่ระบบการติดตามพัฒนาการ

วิธีการ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods design) ประกอบด้วยการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center: HDC service) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายทางโทรศัพท์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 10/2566 วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองของเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปีที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 เขตสุขภาพที่ 1 คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อมูลบันทึกใน HDC service และสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับพิจารณาสัดส่วนในประชากรจำกัดในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 1.5 ซึ่งมีวิธีการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}} = \frac{3,697}{1 + \frac{3,697-1}{1,420}} = 1,026.14 \approx 1,027$$

เมื่อ m = ขนาดตัวอย่างสำหรับพิจารณาสัดส่วนในประชากรอนันต์

$$\begin{aligned} &= \frac{Z_{(1-\alpha/2)p(1-p)}^2}{\epsilon^2} = \frac{(1.96)^2(0.3169)(1-0.3169)}{(0.015)^2} \\ &= 3,696.04 \approx 3,967 \end{aligned}$$

p = ร้อยละที่คาดหวังของการติดตามไม่ได้ = 31.69
(อ้างอิงตามปี 2565)

N = ขนาดประชากร ในที่นี้พิจารณาที่ปีงบประมาณ

2564 - 2565 = 1,420

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$ = ค่าจากตารางมาตรฐาน Z ในที่นี้มีค่าเท่ากับ 1.96
ในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

E = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนดร้อยละ 1.5

ทั้งนี้ ในการสำรวจข้อมูล อาจมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ทั้งจากการปฏิเสธการตอบหรือความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งทางผู้วิจัยพิจารณาว่าร้อยละของข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์อยู่ที่ประมาณร้อยละ 90 ดังนั้นจึงมีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อป้องกันกรณีดังกล่าว จึงมีขนาดตัวอย่างเป้าหมายที่ต้องการเก็บข้อมูลประมาณ $1,027 \times 0.90 = 1,411.11$ ซึ่งพิจารณาปรับเป็น 1,415 คน

แหล่งข้อมูลและข้อมูลที่เก็บรวบรวม

1. ระบบฐานข้อมูล HDC service เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 - 2565 ได้แก่ เพศ อายุ สถานะการติดตามในระบบ ณ วันที่เริ่มต้นโครงการวิจัย (ปี พ.ศ. 2566) และผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก สถานะการติดตามในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสถานะติดตามได้ (ประกอบด้วยสถานะกำลังติดตาม ลาเข้ายังอยู่ในระบบ อยู่ระหว่างกระตุ้น และสมวัย) และติดตามไม่ได้ (ประกอบด้วยสถานะกระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ ติดตามไม่ได้ และไม่มีข้อมูล) ส่วนผลประเมินพัฒนาการของเด็กแบ่งเป็นพัฒนาการสมวัย และพัฒนาการล่าช้า พิจารณาจากผลการประเมิน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นข้อมูลของเด็ก ณ วันที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการ แล้วมีผลส่งสัยล่าช้าส่งต่อหรือมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ครั้งที่ 2 เป็นข้อมูลของเด็ก ณ วันที่ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและข้อมูลการดูแลเด็กในความดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็ก สถานภาพ อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กต่อคนต่อเดือน ผลการคัดกรอง/ประเมินพัฒนาการล่าสุด ความคิดเห็นต่อพัฒนาการของเด็กในภาพรวม และระยะทางในการเดินทางมารับการกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพาเด็กมารับการกระตุ้นพัฒนาการ โดยในการสัมภาษณ์มีการสอบถามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย สำหรับผู้ปกครองที่ไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายมีการสอบถามถึงสาเหตุที่ไม่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย ความประสพความสำเร็จในการนำเด็กกลับเข้าสู่ระบบการติดตามพัฒนาการ และเหตุผลที่ประสพหรือไม่ประสพดังกล่าว ส่วนผู้ปกครองที่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายมีการสอบถามเกี่ยวกับเหตุผลของการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการทำงานของกระบวนการติดตามพัฒนาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล HDC service และประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการและสุขภาพจิตของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ 8 จังหวัด เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการและขอความอนุเคราะห์ผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่ติดต่อผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการและขออนุญาตเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ โดยผู้ประสานงานนัดหมายวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือที่หน่วยบริการในแต่ละพื้นที่ ระหว่างวันที่ 22 พฤษภาคม ถึง 15 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยสหวิชาชีพของแต่ละหน่วยบริการใช้เวลา 15 - 20 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

หลังจากที่ได้รับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละพื้นที่ตามแบบบันทึกข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบ จัดการ

และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อนำเสนอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยตัวแปรเชิงกลุ่มนำเสนอในรูปแบบจำนวนและร้อยละ ตัวแปรเชิงปริมาณนำเสนอในรูปแบบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐานและพิสัย ขึ้นอยู่กับการกระจายของข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ผู้ปกครองพามากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย และกลุ่มที่ไม่ได้มาตามนัดหมายด้วยการทดสอบ chi-square สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และการทดสอบ Wilcoxon rank-sum สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ

ผล

จากเด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ทั้งหมด 1,420 คน สามารถติดตามได้และมีผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 1,061 คน คิดเป็นร้อยละ 74.7 เด็กในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นชายร้อยละ 67.9 มัธยฐานอายุ 4 ปี (พิสัยระหว่างควอไทล์ 3 - 5 ปี) และมีผลการประเมินพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน ร้อยละ 76.7

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ 81.0 อายุ 21 - 59 ปี ร้อยละ 87.9 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 25.7 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 22.4 มีความเกี่ยวข้องเป็นพ่อแม่ของเด็กร้อยละ 69.8 ปู่/ย่า/ตา/ยายร้อยละ 26.9 สถานภาพแต่งงานร้อยละ 81.2 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรร้อยละ 44.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,000 - 9,999 บาท ร้อยละ 31.3 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการดูแลเด็กต่อคนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 47.5 และระยะทางในการเดินทางมารับบริการต่ำกว่า 10 กิโลเมตรร้อยละ 51.8 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กมาตามนัดหมายมีจำนวน 598 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้มาตามนัดหมายมีจำนวน 463 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 การเปรียบเทียบคุณลักษณะทั้งสองกลุ่มพบว่าเพศของเด็ก อายุ ผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก และระยะทางในการเดินทางมากระตุ้นพัฒนาการมีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยเด็กที่ไม่ได้มาตามนัดหมายเป็นชายมากกว่าหญิง อายุของเด็กที่ไม่ได้มาตามนัดหมายมีการกระจายมากกว่ากลุ่มเด็กที่ติดตามได้ และระยะทางในการเดินทางที่ห่างไกลขึ้นมีแนวโน้มไม่มาตามนัดหมายสูงขึ้น ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินพัฒนาการของเด็กกลุ่มเป้าหมาย

เด็กที่มีสถานะติดตามได้ในระบบ ณ วันที่เริ่มต้นโครงการวิจัย 838 คน คิดเป็นร้อยละ 79.0 สถานะติดตามไม่ได้ 223 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 ในกลุ่มที่มีสถานะติดตามได้มีผลประเมินพัฒนาการ ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ (วันที่เก็บข้อมูล) เป็นล่าช้าร้อยละ 70.5 โดยเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า 5 ด้านร้อยละ 16.5 ล่าช้า 1 ด้านร้อยละ 12.4 และล่าช้า 2 ด้านร้อยละ 11.3 ขณะที่กลุ่มที่มีสถานะติดตามไม่ได้เป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด โดยเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า 5 ด้านร้อยละ 22.9 ล่าช้า 1 ด้านร้อยละ 15.2 และล่าช้า 2 ด้านร้อยละ 11.7 ดังแผนภาพที่ 1

ความคิดเห็นต่อภาพรวมพัฒนาการของเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง 595 คนมีความเห็นว่าเด็กในความดูแลมีปัญหาพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ 56.1 ในจำนวนนี้มีเด็กร้อยละ 96.3 ที่มีผลการประเมินพัฒนาการล่าช้าจริง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นว่าเด็กมีพัฒนาการปกติกลับมีผลการประเมินพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 51.7 ดังตารางที่ 2

ปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจของการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งเด็กที่มีสถานะติดตามได้และติดตามไม่ได้ในระบบ HDC พบว่ามี 463 คนไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายได้ คิดเป็นร้อยละ 43.6 เนื่องจากไม่มีเวลา 231 คน มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กและการเดินทาง 152 คน มีปัญหาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) 150 คน ไม่คิดว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการ 87 คน มีปัญหาครอบครัว 69 คน พาเด็กไปกระตุ้นพัฒนาการที่อื่น 43 คน เด็กมีปัญหาสุขภาพ 31 คน คิดว่าระบบบริการยุ่งยากซับซ้อน 30 คน สิ้นวันนัดหมาย 26 คน และไม่เชื่อถือในเครื่องมือที่กระตุ้นพัฒนาการเด็ก 4 คน

กลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย 598 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 เนื่องจากตระหนักถึง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน (ร้อยละ)	การพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย		p-value
		ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	
เด็ก				
เพศ				.004
ชาย	720 (67.9)	384 (64.2)	336 (72.6)	
หญิง	341 (32.1)	214 (35.8)	127 (27.4)	
อายุ (ปี)				.030
มัธยมศึกษา (พิสัยระหว่างควอไทล์)	4 (3 - 5)	4 (2 - 5)	4 (3 - 5)	
ผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก				< .001
พัฒนาการสมวัย	247 (23.3)	185 (30.9)	62 (13.4)	
พัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน	814 (76.7)	413 (69.1)	401 (86.6)	
ผู้ปกครอง				
เพศ				.247
ชาย	199 (19.0)	104 (17.8)	95 (20.6)	
หญิง	847 (81.0)	481 (82.2)	366 (79.4)	
ไม่ระบุ	15	13	2	
กลุ่มอายุ				.573
ไม่เกิน 20 ปี	12 (1.2)	6 (1.0)	6 (1.3)	
21 - 59 ปี	912 (87.9)	514 (88.6)	396 (86.5)	
60 ปีขึ้นไป	114 (11.0)	60 (10.4)	56 (12.2)	
ไม่ระบุ	23	18	5	
ระดับการศึกษา				.104
ไม่ได้เรียน	66 (6.4)	26 (4.6)	40 (8.7)	
ประถมศึกษา	264 (25.7)	152 (26.8)	112 (24.3)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	190 (18.5)	96 (16.9)	94 (20.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	230 (22.4)	132 (23.2)	98 (21.3)	
อนุปริญญา / ปวช. / ปวส.	132 (12.8)	75 (13.2)	57 (12.4)	
ปริญญาตรี	131 (12.7)	78 (13.7)	53 (11.5)	
สูงกว่าปริญญาตรี	16 (1.6)	9 (1.6)	7 (1.5)	
ไม่ระบุ	32	30	2	.364
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก				
พ่อ / แม่	719 (69.8)	391 (69.0)	328 (71.9)	
ปู่ / ย่า / ตา / ยาย	277 (26.9)	163 (28.8)	114 (25.0)	
ลุง / ป้า / น้า / อา	26 (2.5)	13 (2.3)	13 (2.9)	
พี่สาว / พี่ชาย	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.2)	
ไม่ระบุ	38	31	7	
สถานภาพ				.336
โสด	73 (7.1)	38 (6.7)	35 (7.6)	
สมรส	836 (81.2)	470 (82.7)	366 (79.2)	
หย่าร้าง	121 (11.7)	60 (10.6)	61 (13.2)	
ไม่ระบุ	31	30	1	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

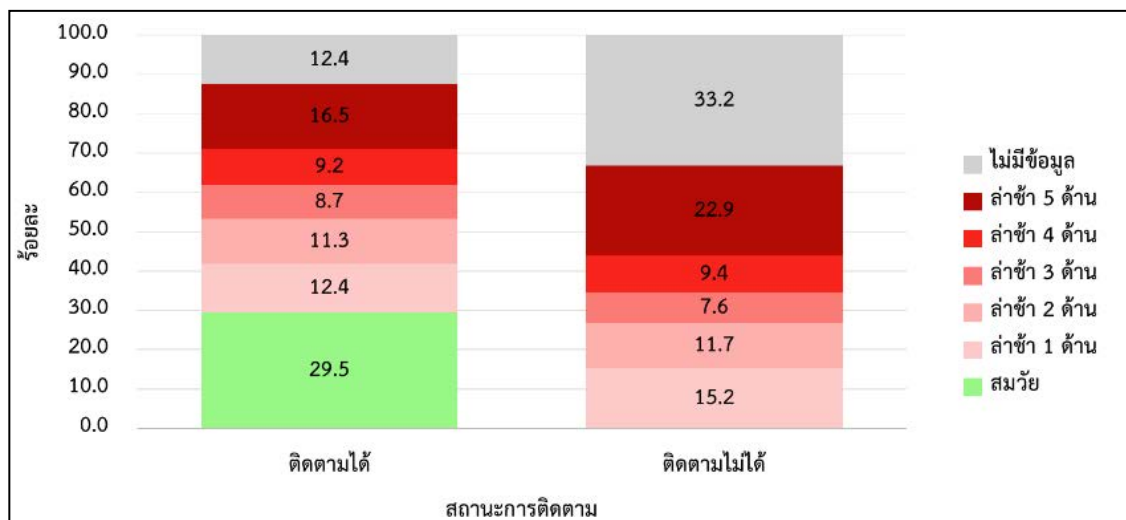
	จำนวน (ร้อยละ)	การพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย		p-value
		ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	
ผู้ปกครอง (ต่อ)				
อาชีพ				.564
รับจ้างทั่วไป	375 (44.6)	200 (43.0)	175 (46.7)	
เกษตรกรกรรม	249 (29.6)	142 (30.5)	107 (28.5)	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	174 (20.7)	103 (22.2)	71 (18.9)	
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	40 (4.8)	19 (4.1)	21 (5.6)	
ข้าราชการบำนาญ	2 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.3)	
ไม่ระบุ	221	133	88	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				.434
ต่ำกว่า 5,000 บาท	216 (21.3)	111 (19.8)	105 (23.3)	
5,000 - 9,999 บาท	317 (31.3)	177 (31.6)	140 (31.0)	
10,000 - 14,999 บาท	204 (20.2)	113 (20.1)	91 (20.2)	
15,000 - 19,999 บาท	105 (10.4)	66 (11.8)	39 (8.6)	
20,000 บาทขึ้นไป	170 (16.8)	94 (16.8)	76 (16.9)	
ไม่ระบุ	49	37	12	
ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กต่อคนต่อเดือน				.459
ต่ำกว่า 5,000 บาท	484 (47.5)	273 (48.7)	211 (46.1)	
5,000 - 9,999 บาท	381 (37.4)	205 (36.5)	176 (38.4)	
10,000 - 14,999 บาท	95 (9.3)	47 (8.4)	48 (10.5)	
15,000 - 19,999 บาท	39 (3.8)	22 (3.9)	17 (3.7)	
20,000 บาทขึ้นไป	20 (2.0)	14 (2.5)	6 (1.3)	
ไม่ระบุ	42	37	5	
ระยะทางในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดหมายกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก				< .001
ต่ำกว่า 10 กิโลเมตร	511 (51.8)	326 (62.1)	185 (40.1)	
10 - 30 กิโลเมตร	255 (25.9)	114 (27.7)	141 (30.6)	
31 - 50 กิโลเมตร	81 (8.2)	33 (6.3)	48 (10.4)	
51 - 100 กิโลเมตร	81 (8.2)	35 (6.7)	46 (10.0)	
มากกว่า 100 กิโลเมตร	58 (5.9)	17 (3.2)	41 (8.9)	
ไม่ระบุ	75	73	2	

ความสำคัญของพัฒนาการเด็ก 324 คน คิดว่าเด็กมีพัฒนาการดีขึ้นหลังการกระตุ้น 275 คน ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนทางจิตใจ 145 คน เดินทางสะดวก 135 คน และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ 31 คน

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาและอุปสรรคในการเดินทางมาตามนัดหมาย พบว่าร้อยละ 26.8 แจ้งว่ามีปัญหา ซึ่งในกลุ่มนี้สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องได้เพียง

ร้อยละ 25.0 โดยร้อยละของการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องลดลงตามระยะทางจากที่พักมายังหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 3

จากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย มี 353 คนที่ประสงค์นำเด็กกลับเข้าระบบติดตามพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ 76.2 โดยให้เหตุผลว่าเด็กยังคงมีพัฒนาการล่าช้า 157 คน คิดว่ามีประโยชน์และเด็กจะ



* หมายถึง ไม่มีข้อมูล หมายถึง เด็กกลุ่มพัฒนาการล่าช้าแต่ไม่มีข้อมูลผลประเมินพัฒนาการว่าล่าช้าด้านใด

แผนภาพที่ 1 ผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ จำแนกตามสถานะการติดตามของเด็ก ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ (n = 1,061)

ตารางที่ 2 ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อพัฒนาการของเด็กและผลการประเมินพัฒนาการล่าสุด (n = 1,061)

ความเห็นต่อพัฒนาการภาพรวมของเด็ก	จำนวน (ร้อยละ)	ผลการประเมินพัฒนาการล่าสุดของเด็ก	
		ล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	สมวัย จำนวน (ร้อยละ)
มีปัญหา	595 (56.1)	573 (96.3)	22 (3.7)
ปกติ	466 (43.9)	241 (51.7)	225 (48.4)
รวม	1,061	814 (76.7)	247 (23.3)

มีพัฒนาการดีขึ้น 135 คน ได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่ 132 คน และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ 15 คน ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง 110 คนไม่ประสงค์นำเด็กกลับเข้าระบบกระตุ้นพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยให้เหตุผลว่าไม่สะดวกเพราะไม่มีเวลา 41 คน คิดว่าไม่จำเป็น 32 คน มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่น ๆ 25 คน คิดว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยแล้ว 19 คน พาเด็กไปกระตุ้นพัฒนาการที่อื่น 7 คน ผิดกระตุ้นพัฒนาการเด็กเอง 5 คน เด็กมีปัญหาสุขภาพหรือพิการ 5 คน และคิดว่าเด็กมีพัฒนาการดีขึ้น 4 คน เมื่อจำแนกตามปัญหาการเดินทาง พบว่า กลุ่มที่ระบุว่ามีปัญหาการเดินทางมีความประสงค์ในการนำเด็กกลับเข้าระบบติดตามพัฒนาการร้อยละ 69.2 ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีปัญหา

การเดินทางมีความประสงค์นำเด็กกลับเข้าระบบร้อยละ 81.2 ดังตารางที่ 4

เมื่อสอบถามถึงข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการติดตามพัฒนาการ กลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรเพิ่มสถานบริการใกล้บ้านเพื่อลดระยะทาง 13 คน เพิ่มความถี่ในการนัดหมาย 13 คน เพิ่มความถี่ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน 11 คน เพิ่มการติดตามในช่องทางออนไลน์หรือการโทรแจ้งเตือน 8 คน เพิ่มการสนับสนุนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 7 คน ให้มีการประสานงานทั้งระหว่างหน่วยงานและหน่วยงานกับผู้ปกครอง 5 คน ลดเวลารอคอยและขั้นตอนในการพบแพทย์ 5 คน ให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 4 คน ให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการ 3 คน และอื่น ๆ 3 คน

ตารางที่ 3 การพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย จำแนกตามปัญหาการเดินทางและระยะทางในการเดินทางมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,061)

ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)	การพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย	
		ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีปัญหาการเดินทาง	721 (73.2)	461 (63.9)	260 (36.1)
ต่ำกว่า 10 กิโลเมตร	459 (64.0)	305 (66.5)	154 (33.6)
10 - 30 กิโลเมตร	161 (22.5)	93 (57.8)	68 (42.2)
31 - 50 กิโลเมตร	48 (6.7)	26 (54.2)	22 (45.8)
51 - 100 กิโลเมตร	35 (4.9)	25 (71.4)	10 (28.6)
มากกว่า 100 กิโลเมตร	14 (2.0)	8 (57.1)	6 (42.9)
ไม่ระบุ	4	4	0
มีปัญหาการเดินทาง	264 (26.8)	66 (25.0)	198 (75.0)
ต่ำกว่า 10 กิโลเมตร	49 (18.6)	19 (38.8)	30 (61.2)
10 - 30 กิโลเมตร	92 (34.9)	21 (22.8)	71 (77.2)
31 - 50 กิโลเมตร	33 (12.5)	7 (21.2)	26 (78.8)
51 - 100 กิโลเมตร	46 (17.4)	10 (21.7)	36 (78.3)
มากกว่า 100 กิโลเมตร	44 (16.7)	9 (20.5)	35 (79.6)
ไม่ระบุ	76	71	5
รวม	1,061	598 (56.4)	463 (43.6)

ตารางที่ 4 ความประสงค์ในการนำเด็กกลับเข้าสู่ระบบของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย จำแนกตามปัญหาเรื่องการเดินทาง (n = 463)

ปัญหาการเดินทาง	จำนวน (ร้อยละ)	ความประสงค์ในการนำเด็กกลับเข้าสู่ระบบ	
		ประสงค์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ประสงค์ จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีปัญหา	260 (56.8)	211 (81.2)	49 (18.9)
มีปัญหา	198 (43.2)	137 (69.2)	61 (30.8)
ไม่ระบุ	5	5	0
รวม	463	353 (76.2)	110 (23.8)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีที่รวบรวมข้อมูลของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ต้องกระตุ้นพัฒนาการจากฐานข้อมูลในระบบ HDC service ร่วมกับการสัมภาษณ์ในผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายเพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรค และแรงจูงใจของผู้ปกครองในการนำเด็กมาเข้ารับ การกระตุ้นตามนัดหมาย มีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัย 1,061 คน พบว่าเด็กในความดูแลที่มีสถานะติดตามไม่ได้ร้อยละ 21.0 ซึ่งในกลุ่มนี้ไม่พบเด็กที่มีพัฒนาการ สมวัยเลย เมื่อเทียบกับเด็กกลุ่มที่มีสถานะติดตามได้ที่พบว่ามี พัฒนาการในระดับสมวัยถึงร้อยละ 29.5 อาจสะท้อนว่า การนำเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตาม นัดหมายส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษา ในจังหวัดลำพูนที่พบว่าเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

ที่ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีพัฒนาการในภาพรวมที่ดีขึ้นร้อยละ 59.8⁴ ซึ่งขั้นตอนสำคัญของโปรแกรมนี้ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเพื่อวางแผนการกระตุ้นร่วมกับผู้ปกครอง การสอนและสาธิตการกระตุ้นพัฒนาการแก่ผู้ปกครอง การฝึกต่อเนื่องที่บ้าน และการติดตามผลทุก 4 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง

รายได้ครัวเรือนเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีการศึกษาและพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการล่าช้าในเด็ก รายงานจาก 35 ประเทศพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2 - 6 ปี ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางมีความบกพร่องในการรับรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาการสำคัญด้านพัฒนาการจิตสังคม¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า 10,000 บาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 52.7 ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย แม้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และพัฒนาการล่าช้าในเด็ก แต่มีข้อสังเกตที่พบจากการศึกษานี้ที่อาจเกี่ยวข้องกันคือพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระยะทางจากจุดบริการรับบริการกระตุ้นพัฒนาการและการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ระบุว่ามีปัญหาในการเดินทางมีแนวโน้มพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายลดลงตามระยะทางในการเดินทางที่ไกลขึ้น และพบว่าผู้ที่ไม่ได้มาตามนัดหมายมีสัดส่วนที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออยู่ในพื้นที่ห่างไกลตั้งแต่ 30 กิโลเมตรขึ้นไป สอดคล้องกับการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความเห็นว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางและระยะทางในการเดินทางเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการนำเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย ซึ่งอาจสะท้อนถึงรายได้ที่ไม่เพียงพอในการเดินทางมาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่สูงในการเดินทางในแต่ละครั้ง ดังนั้นหากมีการให้บริการติดตามพัฒนาการในสถานที่อื่น ๆ เพิ่มเติมให้ทั่วถึงกับกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวในระดับต่ำและปานกลาง อาจเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องได้

เพศ อายุ และผลการประเมินพัฒนาการของเด็กมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย

ซึ่งการศึกษานี้พบว่าเด็กเพศชาย อายุมากขึ้น และมีพัฒนาการไม่สมวัยมีแนวโน้มไม่ได้รับการพัฒนาการตามนัดหมายสูงกว่า ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงพัฒนาการในกลุ่มดังกล่าว นอกจากนี้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประสงค์นำเด็กกลับเข้าสู่ระบบติดตามพัฒนาการพบว่าบางส่วนให้เหตุผลว่ามีเวลาไม่เพียงพอ คิดว่าไม่จำเป็น หรือคิดว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยแล้ว จนทำให้ผู้ปกครองไม่คิดว่าการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กเป็นสิ่งสำคัญและไม่มาตามนัดหมายในที่สุด

การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของอาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครัวเรือน และค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มที่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายและกลุ่มที่ไม่ได้มาตามนัดหมาย สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดลำพูนที่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุของผู้ดูแลเด็ก สถานภาพสมรส จำนวนเด็กในการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก⁸ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงพาเด็กมาตรวจคัดกรองพัฒนาการตามนัดมากกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีการศึกษาในระดับพื้นฐานหรือไม่ได้รับการศึกษา โดยผู้วิจัยได้อธิบายว่าผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นมีความรู้และความตระหนักต่อการพาเด็กปฐมวัยมาตรวจคัดกรองพัฒนาการตามนัด¹⁸ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กมารับการกระตุ้นพัฒนาการได้ตามนัดหมายมีความเห็นว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าหรือเด็กมีพัฒนาการดีขึ้นจากการกระตุ้นครั้งล่าสุด รวมถึงตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 ที่พบว่า การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณครูหลานมีพัฒนาการปกติ การรับรู้ว่าได้รับข้อมูลพัฒนาการเด็กไม่เพียงพอ และการรับรู้บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก¹⁹ นอกจากนี้การรับรู้ของผู้ปกครองต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเล่นดูและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁶

นอกเหนือจากปัญหาและอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและระยะทางในการเดินทางเข้ารับบริการแล้ว การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างยังพบว่ามีส่วนที่สื่การนัดหมายและเห็นวาระบบการให้บริการมีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งแม้ว่าเป็นส่วนน้อยแต่หากผู้ให้บริการสามารถจัดการระบบให้เข้าถึงได้ง่าย เช่น ลดขั้นตอนดำเนินการที่ไม่จำเป็น สร้างระบบนัดหมาย และแจ้งเตือนผ่านทางระบบออนไลน์ อาจช่วยลดอุปสรรคเหล่านี้และเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น กลุ่มที่มีปัญหาเรื่องการเดินทาง ตลอดจนกลุ่มที่ยังไม่พบปัญหาในขณะนี้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่แนะนำให้เพิ่มการติดตามในรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มเติม เพิ่มความถี่ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เพิ่มความถี่ในการนัดหมาย และลดระยะเวลารอคอยในการพบแพทย์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการและการพัฒนาต่อยอดการให้บริการดังกล่าวในอนาคต

การศึกษานี้มีจุดแข็งที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายของการกระตุ้นพัฒนาการที่มีขนาดใหญ่และครอบคลุมในทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสะท้อนคุณลักษณะของตัวอย่างในหลายบริบท รวมถึงมีการติดตามและรวบรวมข้อมูลผลการประเมินพัฒนาการเด็กจากฐานข้อมูลกลางร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อระบุสาเหตุของการไม่มารับบริการตามนัดหมาย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การเปรียบเทียบคุณลักษณะของเด็กหรือผู้ปกครองที่มีต่อการเข้ารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอาจไม่ครอบคลุมตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้อง รวมถึงรูปแบบการศึกษาเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวางที่สอบถามจากผู้ปกครองเท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มประชากรในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือเท่านั้น การศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ อาจพบผลลัพธ์ที่ต่างออกไปได้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาจัดทำระบบส่งต่อเพื่อรักษาในสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพิ่มระบบการติดตามการนัดหมายและช่องทางติดต่อออนไลน์ และจัดสวัสดิการหรือสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ นอกจากนี้ควรให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ดูแลและครอบครัวของเด็ก

เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ถึงพัฒนาการเด็กและความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการ ควรมีการวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และเพิ่มศักยภาพสหวิชาชีพในภาคีเครือข่ายระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อการดูแลเด็กที่ต่อเนื่อง^{5,13}

สรุป

ร้อยละ 43.6 ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ต้องกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ไม่สามารถรับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ ผู้ปกครองไม่มีเวลา มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก และมีปัญหาการเดินทางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพาเด็กกลุ่มเป้าหมายมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายได้แก่ เพศ อายุ และผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก และระยะทางในการเดินทางมากระตุ้นพัฒนาการ โดยในกลุ่มที่ผู้ปกครองระบุว่ามีปัญหาการเดินทางมีแนวโน้มพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายลดลงตามระยะทางในการเดินทางที่ไกลขึ้น นอกจากนี้เด็กกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายส่วนใหญ่ยังมีพัฒนาการล่าช้า จึงควรมีการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังและติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I เพิ่มช่องทางในการเข้ารับบริการที่สะดวกและหลากหลาย และส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับผู้ปกครอง ครอบครัว และภาคีเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการพัฒนาแบบติดตามเฝ้าระวังเด็กพัฒนาการล่าช้าที่เป็นเป้าหมายการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 1 เลขที่สัญญา 66/B/00230 และขอขอบคุณคณะทำงานและสหวิชาชีพ 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

หทัยชนนี บุญเจริญ : ผู้วิจัยหลัก ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล

เขียนบทความเบื้องต้น อ่านและแก้ไขบทความ ; ดวงมล ตั้งวิริยะไพบุลย์ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล อ่านและแก้ไขบทความ ; ภัทรี ไตรสถิตย์ : ออกแบบการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล อ่านและแก้ไขบทความ ; พิมพ์รัชญ์ ศรีคำมูล : ออกแบบการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล อ่านและแก้ไขบทความ ; กชกานต์ คำหลวง : แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความเบื้องต้น ; สรศักดิ์ ทราอินทร์ : แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความเบื้องต้น ; สาลินี อ่างละหะพันธุ์ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล เขียนบทความเบื้องต้น อ่านและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

- Ministry of Education. Early childhood education manual 2003 (for children aged 3-5 years). Bangkok: Kurusapa Printing Ladphrao; 2003. (in Thai)
- Likhar A, Baghel P, Patil M. Early childhood development and social determinants. Cureus. 2022;14(9):e29500. doi:10.7759/cureus.29500.
- Losatiankit P, Kangkan W, Pupongpunkul K, Phanpong C, Saenjai M, Prasith-thimet T, et al. Situation of Thai Childhood Development in 2014. Journal of Health Science of Thailand. 2017;26(2): S199-208. (in Thai)
- Khamkan W. Effects of TEDA4I Program on Children 0-5 Years with Delayed Development in Lamphun Hospital. Journal of the Phrae Hospital. 2023;31(1): 16-26. (in Thai)
- Choo YY, Agarwal P, How CH, Yeleswarapu SP. Developmental delay: identification and management at primary care level. Singapore Med J. 2019;60(3):119-23. doi:10.11622/smedj.2019025.
- Sondee S, Phetcharak K, Tewasekson N, Jantarasuk C, Polchamratpat R, Soutmun N. The relationship between perception of development promotion behaviors and parenting behavior to promote child development from newborn to five years. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital. 2023;38(1): 153-61. (in Thai)
- Ratnan Y. Study of factors affecting Thai early childhood development, Health Region 8. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
- Jaimao P. Factors affecting parental behaviors on promoting early childhood development, Li district, Lamphun province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
- Salinpramote B. Quality of life among caregivers of children with developmental delay. Research and Development Health System Journal. 2022;15(3): 114-127. (in Thai)
- Morrison J, Chunsuwan I, Bunnag P, Gronholm PC, Lockwood Estrin G. Thailand's national universal developmental screening programme for young children: action research for improved follow-up. BMJ Glob Health. 2018;3(1):e000589. doi:10.1136/bmjgh-2017-000589.
- Sutthithumthaworn A. Effectiveness of developmental promotion model for children with development delay. Reginal Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(3):986-991. (in Thai)
- Chaichanasang T, Posri A, Tangtumpitak T. The family participation in child development stimulation and promotion at child development center. Journal of Nursing Science & Health. 2018;41(1):95-104. (in Thai)
- Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Nonthaburi: Office of Printing Affairs of the War Veterans Organization; 2023. (in Thai)
- Ministry of Public Health. Access to the mental health service system [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 June 27]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89 (in Thai)

15. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2015. (in Thai)
16. Jarungjittanuson S. Development of surveillance and promotion model for early childhood with developmental delay in Buriram province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017;35(2):122-32. (in Thai)
17. Thaineua V, Sirithongthaworn S, Kanshana S, Isaranurak S, Karnkawinpong O, Benjaponpitak A, et al. A 9-year retrospective cohort study of the monitoring and screening of childhood developmental delay in Thailand. *Child Care Health Dev*. 2024;50(2):e13233. doi:10.1111/cch.13233.
18. Patombovorntat R. The factors related to caregivers to take the early childhood for screening of child development [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2019. (in Thai)
19. Sungsakul W, Meenongwah J. Perception of parents of children with suspected developmental delays regarding an access to services for the promotion of early childhood development in 10th public health region. *Journal of Health and Nursing Education*. 2022;28(1):e257846. (in Thai)