



การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มี พัฒนาการล่าช้าในจังหวัดบุรีรัมย์

สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์ พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดบุรีรัมย์ เริ่มจาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องวิเคราะห์หาสาเหตุ วางแผน หลังจากนั้นดำเนินโครงการ ติดตามประเมินผล และสรุปบทเรียน ผู้เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ทั้งบุคลากร ผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกเก็บรวบรวมสถานการณ์ แนวคำถามการจัดประชุม ระดมสมองและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบบรายงานการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และกลุ่มเสี่ยง สรุปข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญ จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีน้อย บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้ และทักษะการตรวจพัฒนาการไม่เพียงพอ การที่เด็กอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุเนื่องจากผู้ปกครองต้องไปทำงานนอกพื้นที่ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการไม่ครบถ้วน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางมีน้อย ส่งผลให้การเข้าถึงและตรวจ กระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าไม่ครอบคลุม

การดำเนินการพัฒนารูปแบบเริ่มจากทำคำสั่งแต่งตั้ง ตลอดจนทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนให้เข้าใจ บทบาท มีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือตรวจพัฒนาการ ประสานกับทีมพื้นที่เพื่อประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการจัดทำทะเบียนรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยง และส่งข้อมูลให้พื้นที่เพื่อติดตามคัดกรองพัฒนาการเด็ก การจัดประชุมและตรวจคัดกรองเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าตามโซนจังหวัด 4 โซน ขยายวันให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ มีการรายงานผลทุก 3 เดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์หลังจากการพัฒนารูปแบบ พบว่า ความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการและเข้าถึงบริการของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กได้รับการกระตุ้น และส่งเสริม จนเด็กมีพัฒนาการปกติ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก มีระบบทะเบียนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้ติดตาม ช่วยในการเฝ้าระวังเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ทำให้ได้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การเฝ้าระวัง เด็กปฐมวัย พัฒนาการล่าช้า

*นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น



Development of Surveillance and Promotion Model for Early Childhood with Developmental Delay in Buriram Province

Sumalee jarungjittanuson B.N.S.*

Abstract

This action research aimed to develop model for surveillance and promoting early childhood with developmental delays in Buriram province. Stakeholder were situation analyses, planed, implement, evaluation and conclusion lessons learned. Volunteers participants included provincial Maternal and Child Health board members, districts committee, child development personnel, Family Care Team, Child Development Centers' personnel, health volunteers, and young children with parents/caregivers. Study instruments included situation record form, brainstorming guideline, key informant interviews guideline, and report on surveillance and promotion of early childhood development. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage. Classification and summary were used to summarize qualitative data.

It was found that coordination among agencies and stakeholders was insufficient; respective personnel did not have enough developmental knowledge and assessment skills; a few children live with the elderly because their parents had to work outside the area; the connection among service units was incomplete; and medical personnel and specialized nurses were few. This situation resulted in access issues of assessing and promoting child development.

This model development started with stakeholders and working group appointment followed by committee meeting to identify roles and responsibilities. Training were used to develop knowledge and skills for developmental assessment. Local teams were coordinated to assess and promote child development. Record of children at risk was made and shared with local area team to monitor child development. Children with suspected developmental delays were reported to the provincial health zones to schedule screening appointment. Child development clinic was extent. The developed model received budget and resource support and was monitored for performance every three months.

After model implementation, there was an increase in the coverage of developmental screening and access to delayed developmental services resulting in child developmental improvement. The stakeholders understand needs of child development monitoring and developed monitoring system for local authorities. This developed model of surveillance and promotion of early childhood with developmental delays can improve child development.

Keywords: model development, surveillance, delayed development, early childhood

*Policy and Planning Analyst, Senior Professional Level, Office of Regional Service Provider Area 7, Khon Kaen



บทนำ

เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ ย่อมส่งผลต่อคุณภาพของบุคคลที่จะเป็นอนาคตของประเทศชาติ การค้นพบปัญหาพัฒนาการผิดปกติ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มโดยเฉพาะช่วงก่อน 3 ปี และรีบให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม (Early intervention) จะทำให้เด็กกลับมามีพัฒนาการใกล้เคียงปกติหรือปกติได้ ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีเด็กปฐมวัยจำนวน 4,509,665 คน¹ จากข้อมูลการสำรวจในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา เด็กปฐมวัย 1 ใน 3 มีพัฒนาการล่าช้า ปี พ.ศ. 2553 กรมอนามัยสำรวจพัฒนาการเด็กโดยใช้แบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II ยืนยันว่าเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 29.7² และล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 27.2 ซึ่งมีแนวโน้มคงที่ โดยพบพัฒนาการไม่สมวัยในด้านภาษาและการใช้ภาษามากที่สุด³

กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาเด็กที่ปัญหาพัฒนาการเหล่านี้ โดยมีการคัดกรอง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic, WCC) อย่างไรก็ตามพบว่าเด็กที่ไม่ได้รับการประเมินพัฒนาการใน WCC ถึงร้อยละ 28.5 ซึ่งมีสาเหตุจากผู้มารับบริการมาก เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ขาดความรู้และทักษะในการประเมินพัฒนาการ และขาดวัสดุอุปกรณ์⁴ แม้ในปี พ.ศ. 2555 จะเริ่มดำเนินการพัฒนา WCC คุณภาพโดยใช้แบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (อนามัย 55) และเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการซ้ำด้วยแบบประเมินและป้องกันปัญหาพัฒนาการเด็กแรกเกิด – 5 ปี (Thai Developmental Skills Inventory, TDSI 70 ข้อ)⁵ แต่ผลการติดตามกลับพบว่าในเด็กที่เคยมีพัฒนาการสมวัย กลับเป็นสงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 19.5 ส่วนเด็กที่เคยสงสัยว่าพัฒนาการล่าช้า มีพัฒนาการกลับมาสมวัยร้อยละ 29.6 และยังคงสงสัยล่าช้าร้อยละ 70.4⁶ เพื่อแก้ไขปัญหาใน ปี พ.ศ. 2558 หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้จัดทำ “โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558” เพื่อให้เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายให้เด็กร้อยละ 85

มีพัฒนาการสมวัย ภายใน 3 ปี⁷

ในจังหวัดบุรีรัมย์พบเด็กมีปัญหาพัฒนาการเช่นเดียวกันกับระดับประเทศ ข้อมูลจากระบบรายงาน 43 แฟ้ม ในปี พ.ศ. 2555 – 2557 พบว่ามีเด็กที่พัฒนาการล่าช้าร้อยละ 20.4, 18.4 และ 17.5 ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 โดยมีความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการตามวัยในปี พ.ศ. 2555 – 2557 ร้อยละ 99.2, 97.7 และ 97.9 ตามลำดับ ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบทุกคนทั้ง 3 ปี⁸ แต่ข้อมูลนี้แตกต่างไปจากการการสำรวจในพื้นที่จริง โดยจากการนิเทศงานของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ. 2557 พบปัญหาในงานพัฒนาการเด็ก คือ บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการประเมินพัฒนาการ ขาดอุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจวัดและกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกสุขภาพเด็กดียังไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ผ่านเกณฑ์ในประเด็น กิจกรรมการตรวจพัฒนาการเด็ก และสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นประเด็นที่สำคัญคือ เมื่อเด็กตรวจคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า ต้องส่งต่อเด็กไปตรวจและรับการกระตุ้นที่โรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีระยะทางไกล รวมทั้งครอบครัวขาดความพร้อม เด็กส่วนใหญ่จะไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ แต่อยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้การเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุมและเด็กขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการกระตุ้นพัฒนาการ ที่ผ่านมามีการแก้ไขโดยระดับพื้นที่จะจัดการปัญหาเป็นราย ๆ ไป แต่ยังคงขาดระบบการจัดการในภาพรวม

รายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้การกระตุ้นพัฒนาการได้ผลดี คือ การเริ่มให้การรักษาทันทีที่ตรวจพบ โดยเฉพาะในขวบปีแรก การกระตุ้นพัฒนาการให้ครอบคลุมทุกด้าน การมารับบริการและฝึกกระตุ้นพัฒนาการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่สามารถฝึกที่บ้านได้สม่ำเสมอ ซึ่งการแก้ไขปัญหาเชิงระบบดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องรวมทั้งครอบครัวของเด็ก⁹⁻¹⁰ จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด จึงต้องการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบแบบบูรณาการ เพื่อให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าสามารถเข้าถึงบริการ รวมทั้งได้รับการคัดกรอง ติดตาม และกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง



ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง และส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart¹¹ 1 วงรอบ 4 ขั้นตอนคือการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Observe) แล้วจึงสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) เริ่มจากร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทำความเข้าใจสถานการณ์และการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ผ่านมา เพื่อให้ได้ประเด็นที่จะทำแผนพัฒนาปรับปรุง แล้วนำแผนงานที่ได้ไปปฏิบัติและประเมินเป็นระยะเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งจะส่งผลให้พัฒนาการเด็กปฐมวัย และการเข้าถึงบริการของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและผู้ร่วมวิจัย

บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กในจังหวัดบุรีรัมย์และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ คณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด 9 คน คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (Maternal and Child Health board, MCH board) ระดับจังหวัด 25 คน คณะกรรมการระดับอำเภอ 21 อำเภอ ๆ ละ 15 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก ผู้เกี่ยวข้องและทีมหมอครอบครัว (Family Care Team, FCT) 604 คน ผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10,201 คน ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย 16,054 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) 1) ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย รวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านพัฒนาการเด็ก และกลวิธีดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งจากการเอกสารและการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้แนวทางในการจัดประชุมระดมสมอง 2) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการและร่างบทบาท

คณะกรรมการตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล 3) คณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดร่วมประชุมระดมสมองหาแนวทางการดำเนินงาน ประเด็นปัญหาที่ผ่านมา และทบทวนบทบาทของคณะกรรมการในระดับต่าง ๆ เพื่อให้ได้แผนงานโครงการที่จะดำเนินการต่อไป

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Act) ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ 7 โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการอบรมพัฒนาบุคลากรการตรวจพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี DSPM (ครู ก) 2) ประชุมและตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง 3) อบรมการใช้คู่มือ DSPM และ DAIM 4) อบรมการใช้โปรแกรม TCDIP จังหวัดบุรีรัมย์ 5) อบรมพัฒนาบุคลากรครูผู้ดูแลเด็กในการใช้คู่มือ DSPM จังหวัดบุรีรัมย์ 6) อบรมการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการเด็ก TEDA4I จังหวัดบุรีรัมย์ และ 7) ประชุมและตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

ขั้นที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติ (Observe) ในทุกโครงการ และมีการรายงานผลการตรวจพัฒนาการทุก 3 เดือน

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยคณะกรรมการพัฒนาการเด็กระดับจังหวัดและผู้ที่เกี่ยวข้อง สรุปผลการดำเนินการ ได้แก่ สถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า การเข้าถึงบริการคัดกรอง กระตุ้น และติดตาม รวมทั้งผลการตรวจพัฒนาการ เพื่อสรุปเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดบุรีรัมย์ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้เก็บรวบรวมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา การดำเนินงาน เฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าของจังหวัดบุรีรัมย์ จากเอกสาร รายงานผลการดำเนินงานประจำปี รายงานผลการนิเทศงาน 2. แนวคำถามการจัดประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข และจัดทำแผนปฏิบัติการในการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า 3. แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อทราบถึงการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค 4. แบบรายงานการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และกลุ่ม



เสี่ยงที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เพื่อบันทึกผลการตรวจพัฒนาการ
แยกตามเพศ ช่วงอายุ พื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูล ผลการประเมิน
พัฒนาการรายได้ การเข้าถึงบริการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิง
คุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การประชุม
ระดมสมอง นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มที่เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งเด็ก
ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ โดยคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ
และการรักษาความลับ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กในจังหวัดบุรีรัมย์
มี MCH board ระดับจังหวัด ทำหน้าที่ในบริหารงานอนามัย
แม่และเด็กในทุกระยะและทุกระดับ ในการการประเมิน
พัฒนาการเด็กใช้เครื่องมือ “อนามัย 55” หากพัฒนาการ
ล่าช้าจะประเมินด้วย TDSI แล้วประเมินซ้ำใน 1 เดือน
ภายใน 3 เดือนหากยังมีพัฒนาการล่าช้าจะส่งต่อและให้การ
รักษาโดยแพทย์เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการเด็ก และมีการ
สอนผู้ดูแลเด็กเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ปัญหาที่พบ คือ
1) ขาดการเชื่อมโยงกันในการเฝ้าระวังและส่งเสริม
พัฒนาการเด็กระหว่างหน่วยงานทั้ง 4 กระทรวงหลัก ได้แก่
กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวง
ศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์ 2) มีการเปลี่ยนแปลงแบบประเมินพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัยบ่อย บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องปรับตัวไม่ทันในเรื่อง
ความรู้ ทักษะการตรวจ การใช้เครื่องมือตรวจพัฒนาการ
3) ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ประชากรมีการเคลื่อนย้าย
ตามบิดามารดา ครอบครัวเป็นรูปแบบครอบครัวเดี่ยวมาก
ขึ้น ภาวะเศรษฐกิจทำให้ผู้ปกครองทิ้งเด็กไว้กับผู้สูงอายุใน
หมู่บ้าน ขาดการดูแลเอาใจใส่ ในเรื่องส่งเสริมสุขภาพและ
พัฒนาการเด็ก 4) ปัจจัยทางข้อมูล ที่ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล
เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ตั้งแต่แรกคลอดที่หน่วยบริการและคืน

กลับข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อการติดตามเด็กมารับการ
ตรวจ การให้บริการที่ต่อเนื่อง ในระดับประเทศ เขต จังหวัด
อำเภอและตำบล ทำให้ล่าช้า ไม่ครอบคลุม และ 5) หน่วย
บริการยังขาดบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความ
รู้ความชำนาญเฉพาะทางในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
ทำให้มีปัญหาการเข้าถึงบริการสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการ
ล่าช้าทำให้ขาดความต่อเนื่อง และขาดการรักษา ผลการ
ดำเนินงานในปี พ.ศ. 2555 – 2557 มีเด็กที่สงสัยพัฒนาการ
ล่าช้า ร้อยละ 20.4, 18.4 และ 17.5 ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง และส่งเสริม เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข และ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการ
เด็ก เจริญพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยาม
บรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2
เมษายน 2558 และมีแนวทางการดำเนินการให้ แต่ในการ
ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ประเด็นปัญหา พบว่าการ
จะดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวไม่สามารถจะดำเนินการ
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังนี้

1) การขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานหลักทั้ง 4
กระทรวงได้ทำคำสั่งแต่งตั้ง ตลอดจนทำความเข้าใจกับ
ผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน กำหนดบทบาท ดังนี้ (1) ระดับ
จังหวัด รับผิดชอบ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด แผน
ปฏิบัติการ และสนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดผลตาม
เป้าหมาย การกำกับ ติดตาม และประเมินผลเป็นรายอำเภอ
ทำข้อตกลงร่วมกันกับศูนย์การศึกษาพิเศษ จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟู
ระดับอำเภอ ประสานงานด้านการให้บริการ ความรู้แก่บุคลากร
และผู้ปกครองเด็ก 2. MCH board ระดับจังหวัด กำกับ
ติดตามและประเมินผลเป็นรายอำเภอ 3. ทีมกุมารแพทย์
พัฒนาการเด็ก (Developmental Behavior Pediatrician,
DBP) เป็นวิทยากรให้ความรู้แก่บุคลากร ครูผู้ดูแลศูนย์
พัฒนาเด็กเล็ก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้บริการตรวจ วินิจฉัย
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ให้การรักษา ส่งต่อ ฟื้นฟู
สมรรถภาพ 4. ผู้รับผิดชอบแผนงานพัฒนาการระดับจังหวัด
(Child Project Manager, CPM) ทำหน้าที่จัดทำข้อมูลเด็ก
แรกเกิด – 5 ปี แยกรายอำเภอ ตำบล แบบบันทึกการให้
บริการใน WCC กำหนดแนวทางดำเนินงาน การให้บริการ
(Work flow) จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข
ครูผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (2) ระดับอำเภอ 1. รับผิดชอบ



ติดตามผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการของหน่วยบริการ กระตุ้น/ส่งเสริมเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้าและส่งต่อ รวบรวมข้อมูลสถิติ ผลงานของอำเภอทุก 3 เดือน วิเคราะห์และรายงานผลการคัดกรองรายตำบล 2. WCC ให้บริการตรวจ คัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 4 ช่วงอายุ (9, 18, 30 และ 42 เดือน) โดยกรณีเด็กคลอดปกติ ใช้ชุดตรวจ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual)¹² กรณีเด็กกลุ่มเสี่ยงคือ ทารกแรกเกิดที่ขาดออกซิเจน (Birth asphyxia) และ/หรือมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight) บันทึกในโปรแกรม TCDIP (Thai Child Development Integration Project) โดยห้องคลอดบันทึกลงในแบบ TCDIP1 หอผู้ป่วยเด็กบันทึกลงในแบบ TCDIP2 และการติดตามพัฒนาการในรพช./รพท./รพศ. ใช้แบบบันทึก TCDIP3 แล้วคัดกรอง ตามคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment For Intervention Manual, DAIM)¹³ โดยใช้ร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก¹⁴ คู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับพ่อแม่เด็กอายุ 0 – 5 ปี ของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต¹⁵ และสมรรถนะของเด็กปฐมวัย ในการพัฒนาตามวัย 3 – 5 ปี : แนวแนะสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง¹⁶ หากพบมีพัฒนาการล่าช้าประเมินเพื่อช่วยเหลือด้วย TEDA4I (Thai Early Developmental Assessment for Intervention)¹⁷ หากยังมีปัญหาพัฒนาการส่งต่อเพื่อประเมินด้วย TDSI III 3. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) และทีมหมอครอบครัว ดำเนินการในเรื่องเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน ร่วมกับหน่วยงานทุกภาคส่วน และท้องถิ่น (3) ระดับตำบล 1. รพ.สต.รับข้อมูลเด็กแรกเกิดจากจังหวัด สํารวจ จัดทำทะเบียนเด็กที่ต้องได้รับการคัดกรอง 4 ช่วงอายุ กำหนดวันให้บริการตรวจพัฒนาการที่ WCC เดือนละ 2 ครั้ง ประชาสัมพันธ์ จัดหาอุปกรณ์ตรวจพัฒนาการเด็ก สถานที่ คู่มือสำหรับผู้ปกครอง 2. ให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ ตามมาตรฐานการตรวจพัฒนาการทั้ง 4 ช่วงอายุโดยใช้ชุดตรวจ DSPM 3. ติดตามส่งเสริมเด็กที่สงสัยพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อไปที่ระดับอำเภอ (ทุติยภูมิ) ภายหลัง 1 เดือน ยังพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า และบันทึกผลการคัดกรองในระบบรายงาน (43 แฟ้ม) 4. จัดอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลศูนย์พัฒนา

เด็กเล็กและอสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก ผู้ปกครอง และประชาชนทั่วไป พร้อมพัฒนาสื่อ คู่มือ ของเล่นเสริมพัฒนาการ

2) บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือตรวจวัดพัฒนาการ ได้จัดอบรมตามโครงการด้านการพัฒนาบุคลากร 4 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการอบรมพัฒนาบุคลากรการตรวจพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี DSPM (ครู ก) สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของรพ. และรพ.สต. 250 คน เพื่อจะได้อบรม อสม. ต่อไป 2) อบรมการใช้คู่มือ DSPM และ DAIM สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของรพ. และรพ.สต. และเจ้าหน้าที่หลังคลอด 140 คน 3) อบรมการใช้โปรแกรม TCDIP สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของรพ. และสสอ. ผู้รับผิดชอบระบบคอมพิวเตอร์รพ. 150 คน และ 4) อบรมการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการเด็ก TEDA4I ในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และคลินิกสุขภาพเด็กดีของรพ. จำนวน 40 คน ร่วมกับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจวัดพัฒนาการ

3) ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ เด็กอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้จัดกิจกรรมอบรมพัฒนาบุคลากรครูผู้ดูแลเด็กในการใช้คู่มือ DSPM 600 คน ร่วมกับการประสานกับทีมหมอครอบครัวและจัดอบรมอสม.โดยครู ก เพื่อประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในพื้นที่ 4) ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสารการเชื่อมโยง โดย CPM (Child Project Manager) ได้จัดทำทะเบียนรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ขาดออกซิเจน และคลอดจากแม่วัยรุ่น โดยใช้ข้อมูล 12 แฟ้ม และส่งข้อมูลให้พื้นที่เพื่อติดตามคัดกรองพัฒนาการเด็ก และส่งรายชื่อเด็กที่ได้รับการคัดกรองกลับมาจังหวัด 5) การขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านพัฒนาการเด็กล่าช้า ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหานี้เพื่อให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้าถึง และได้รับการกระตุ้น ส่งเสริมจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ตามแผนงาน 2 โครงการ ได้แก่ 1) ประชุมและตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง 4 โซน ได้แก่ รพ.บุรีรัมย์ รพ.ประโคนชัย รพ.นางรอง และรพ.พุทไธสง และ 2) ประชุมและตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าตามโซน 4 โซน โดยทีมผู้เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กในระดับจังหวัด รวมทั้งกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัดเพิ่มการให้



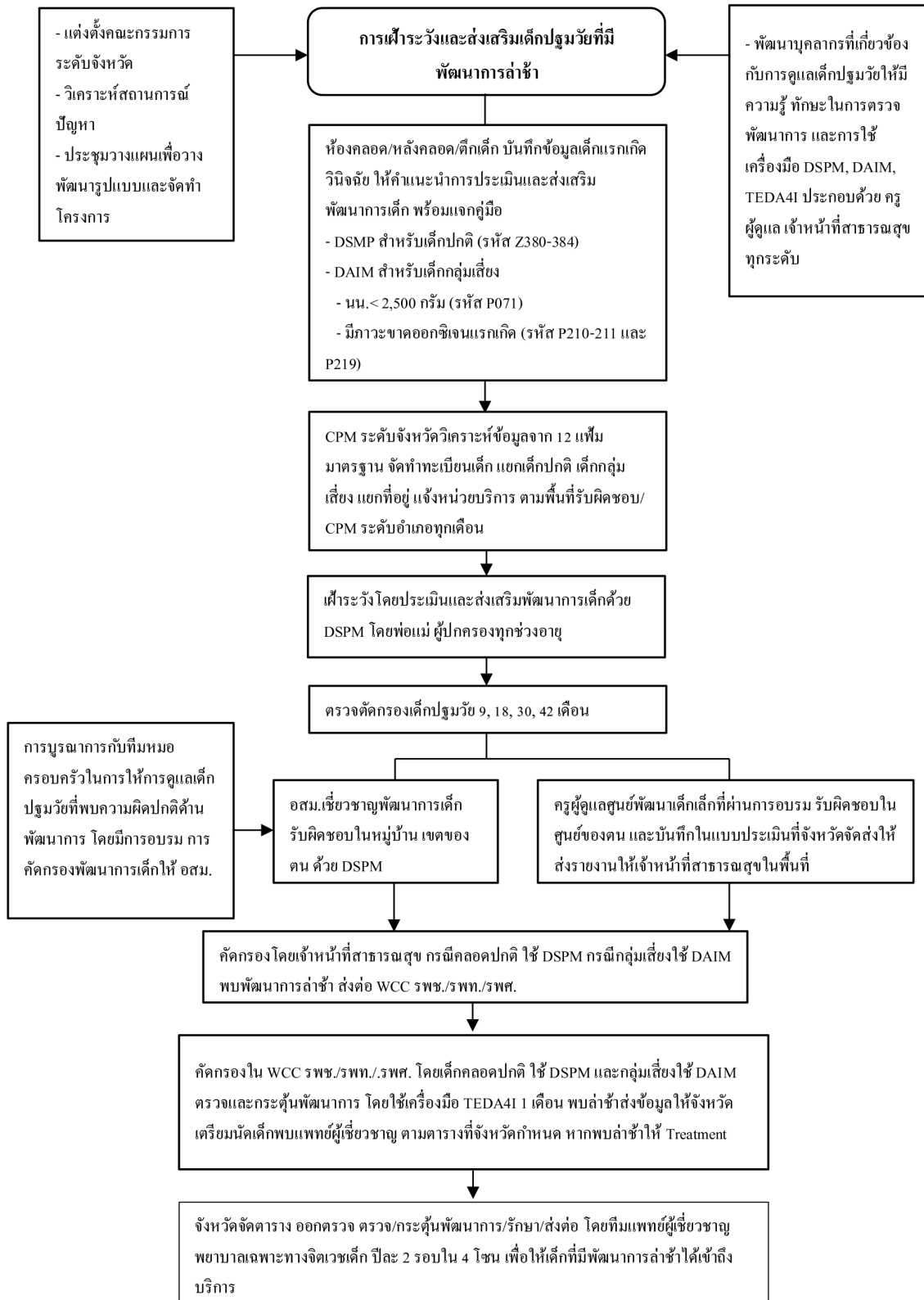
บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ในระดับ รพ.สต. เป็น 2 วัน ต่อเดือน ในวันที่ 10 และวันที่ 20 ของเดือน

ผลจากการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล 1 วนรอบ ได้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ รวมทั้งประชุมวางแผนระดมสมอง เพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน จัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ 2) การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งครูผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีความรู้ และทักษะการตรวจประเมินพัฒนาการ รวมทั้งการใช้เครื่องมือ DSPM, DAIM, TEDA4I 3) บุคลากรในห้องคลอด ห้องหลังคลอด และตึกผู้ป่วยเด็ก ในรพ. ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลเด็กแรกเกิด เพื่อให้การวินิจฉัย รวมทั้งคำแนะนำและส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครอง ร่วมกับแจกคู่มือ DSMP สำหรับเด็กคลอดปกติ และ DAIM สำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมีภาวะขาดออกซิเจนในช่วงแรกเกิด 4) การจัดการข้อมูลพัฒนาการเด็ก โดย CPM ระดับจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลจาก 12 แฟ้มมาตรฐาน จัดทำทะเบียนเด็กแยกเด็กปกติ เด็กกลุ่มเสี่ยง แยกที่อยู่แจ้งหน่วยบริการ ตามพื้นที่รับผิดชอบระดับอำเภอทุกเดือน 5) การเฝ้าระวังโดยประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย DSPM โดยผู้ปกครองที่บ้านในทุกช่วงอายุ 6) ตรวจคัดกรองเด็กปฐมวัยด้วย DSPM อายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยบูรณาการกับทีมหมอครอบครัวในการดูแลเด็ก รวมทั้งจัดอบรมให้อสม.เพื่อเป็นอสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก ตรวจประเมินเด็กในพื้นที่ ส่วนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมรับผิดชอบประเมิน ส่งรายงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และส่งต่อรพ.สต.กรณีสงสัยล่าช้า 7) คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในวันรับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี กรณีคลอดปกติ ใช้ DSPM กรณีกลุ่มเสี่ยงใช้ DAIM และหากพบพัฒนาการล่าช้าส่งต่อ WCC รพช./รพท./รพศ. 8) คัดกรองใน WCC รพช./รพท./รพศ. ตรวจและกระตุ้นพัฒนาการ โดยใช้เครื่องมือ TEDA4I 1 เดือน พบล่าช้าส่งข้อมูลให้จังหวัด เตรียมนัดเด็กพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตามตารางที่จังหวัดกำหนด หากพบล่าช้าให้การรักษา 9) ทีมระดับจังหวัดจัดตาราง ออกตรวจ ตรวจ/กระตุ้นพัฒนาการ/รักษา/ส่งต่อ โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็ก ปีละ 2 รอบใน 4 โซน (ภาพที่ 1)

3. ผลการเข้าถึงบริการ การติดตามและกระตุ้นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2558 พบเด็กพัฒนาการสมวัยในทุกช่วงประเมินร้อยละ 92.5 สงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 8.9 โดยแยกเป็นรายด้านพบว่าด้านที่สงสัยล่าช้าสูงสุด คือด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor, FM) พบร้อยละ 4.77 รองลงมาคือด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social, PS) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language, RL) และด้านการใช้ภาษา (Expressive Language, EL) พบร้อยละ 3.11, 3.08 และ 2.92 ตามลำดับ และพบน้อยสุดคือ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor, GM) ร้อยละ 2.60

เด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการและได้รับการติดตามร้อยละ 64.5 อยู่ระหว่างติดตามร้อยละ 17.9 และขาดการติดตามร้อยละ 17.6 ในกลุ่มที่ได้รับการติดตามได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบ 1 เดือนและรับการตรวจซ้ำด้วยเครื่องมือ DSPM ที่ WCC รพช./รพท./รพช. ยังพบสงสัยพัฒนาการล่าช้า 776 คน (ร้อยละ 54.5 ของเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า) และเมื่อตรวจกระตุ้นซ้ำ พบล่าช้าเหลือ 210 คน (ร้อยละ 27.1 ของเด็กที่ตรวจซ้ำ) จึงส่งรายชื่อให้จังหวัด เพื่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผลการตรวจเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบล่าช้า 113 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 เมื่อได้รับการกระตุ้นซ้ำ พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยหลังกระตุ้น 9 คน (ร้อยละ 8.0) และยังล่าช้า 104 คน แยกเป็นพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 98.1 และความผิดปกติอื่น ๆ ร้อยละ 1.8 เมื่อเด็กได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าเด็กกลับมามีพัฒนาการสมวัย 95 คน (ร้อยละ 93.1 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า) ในภาพรวม เด็กเข้าถึงบริการ และได้รับการกระตุ้น จนกลับมามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 99.5 ส่วนที่ยังคงมีพัฒนาการล่าช้าอีก 7 คน (ร้อยละ 0.5) แยกเป็น Global delay development และ Delay speech อย่างละ 2 ราย และมี R/O delay motor development PDx Congenital myopathy, R/O Maternal deprivation lack of stimulation และ Delay fine motor อย่างละ 1 ราย ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กได้ให้การรักษาและคำแนะนำตามสภาพปัญหาของเด็กแต่ละราย



ภาพที่ 1 รูปแบบการเฝ้าระวัง และส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าจังหวัดบุรีรัมย์ (ปรับปรุงจาก ขั้นตอนการดูแลเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปกติ และเด็กกลุ่มเสี่ยง⁷⁾



การอภิปรายผล

1. ด้านเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า พบความชุกของเด็กที่มีพัฒนาการรวมล่าช้าก่อนการพัฒนาร้อยละ 8.9 ซึ่งต่ำกว่าที่สำรวจโดยกรมอนามัยเมื่อปี พ.ศ. 2557 ที่พบร้อยละ 27.2² หรือกว่า 3 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการใช้แบบประเมินพัฒนาการที่ต่างกัน ซึ่งการสำรวจก่อนหน้านี้จะใช้ Denver II ขณะที่งานวิจัยนี้ใช้ DSPM ในเด็กคลอดปกติ และใช้ DAIM กรณีเป็นเด็กกลุ่มเสี่ยง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนหน้านี้ที่จะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการประเมินพัฒนาการ โดยใช้ “อนามัย 55” พบเด็กสงสัยมีพัฒนาการรวมล่าช้าร้อยละ 17.5-20.4³ ซึ่งในระดับประเทศที่ใช้แบบประเมินเดียวกันก็ไม่แตกต่างกันมากนัก เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่างานวิจัยนี้พบด้านที่สงสัยล่าช้าสูงสุด คือ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 4.77 รองลงมาคือด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม พบร้อยละ 3.11 ซึ่งต่างไปจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ ที่พบพัฒนาการไม่สมวัยในด้านภาษาและการใช้ภาษามากที่สุด³ เนื่องจากปัจจัยหลายด้าน นอกจากการใช้แบบประเมินที่แตกต่างกันแล้วอาจอธิบายได้ด้วยความก้าวหน้าของพัฒนาการที่เด็กได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมหลังจากการประเมินพัฒนาการ ทำให้พัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าในทุกด้านลดลง โดยเฉพาะในส่วนของการสื่อสารซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้เด็กมีพัฒนาความสามารถทางการสื่อสารได้อย่างรวดเร็วคือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ การพูดคุยระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู การได้เล่นกับเด็กอื่น หรือผู้เลี้ยงดูเป็นประจำ การอ่านหนังสือร่วมกับเด็ก เป็นต้น

2. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า สภาพการณ์ก่อนที่จะมีการพัฒนารูปแบบ ใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดมา แต่ยังพบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อีกทั้งเป็นการดำเนินการในเชิงรับ ขาดการเข้าถึงบริการ รวมทั้งขาดความต่อเนื่อง และการติดตามอย่างจริงจัง หน่วยงานที่ดำเนินการหลัก ยังเป็นกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบ โดย MCH board ระดับจังหวัด ผู้วิจัยจึงได้เริ่มดำเนินการตามขั้นตอน โดยเริ่มจาก 1) แต่งตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องพร้อมกำหนดบทบาทจากระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล 2) จัดประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และกำหนดโครงการ 3) ดำเนินตามโครงการที่วางแผนไว้ทั้ง 7 โครงการ และ

4) ติดตามประเมินผล และสรุปเป็นบทเรียน จนได้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่เหมาะสมกับกับบริบทของจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีความขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กล่าช้า

3. ผลการติดตามและกระตุ้นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้ ทำให้คัดกรองเด็กได้ถึง 16,054 คน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1,424 คน (ร้อยละ 8.9) เด็กกลุ่มนี้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น รวมทั้งได้รับการติดตาม เพื่อให้เข้าถึงการคัดกรองซ้ำ กระตุ้น และส่งเสริม จนทำให้เด็กกลับมามีพัฒนาการปกติ 1,415 คน (ร้อยละ 99.5) และยังมีเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้า 7 คน (ร้อยละ 0.5) ขณะที่มีความผิดปกติ 2 คน (ร้อยละ 0.1) ซึ่งดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ดำเนินการตามรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่พบว่าในภาพรวมมีเด็กสมวัยหลังได้รับการกระตุ้นร้อยละ 93.2 และยังไม่สมวัยหลังกระตุ้นร้อยละ 6.8¹⁸ ซึ่งความแตกต่างนั้นนอกจากความแตกต่างของพื้นที่แล้ว ในจังหวัดบุรีรัมย์ได้ใช้การทำงานแบบเชิงรุก ทั้งการจัดการข้อมูลเพื่อให้มีการติดตามงาน การบริหารจัดการบุคลากรเฉพาะทางด้านพัฒนาการที่ขาดแคลน ให้สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั้งจังหวัดโดยแบ่งเป็นโซน ทำให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจและกระตุ้นพัฒนาการโดยผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนั้นยังมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลป้อนกลับพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

ข้อค้นพบที่สำคัญ 3 ประเด็น คือ 1) เรื่องระบบข้อมูล CPM ระดับจังหวัดได้ใช้ฐานข้อมูลจาก 12 แฟ้มข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลแล้วมาแยกเป็นเด็กคลอดปกติกับเด็กกลุ่มเสี่ยง โดยใช้รหัสและแยกตามที่อยู่ เพื่อทำทะเบียนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้ติดตามร่วมกับทีมหมอครอบครัว เนื่องจากระบบข้อมูลนี้เป็นปัญหาในทุกพื้นที่เพราะไม่ทราบที่อยู่ รวมทั้งข้อมูลการคลอดไม่ได้รับการส่งต่อให้พื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ มารดาจะคลอดที่โรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ประมาณร้อยละ 70 คลอดที่โรงพยาบาลนางรองประมาณร้อยละ 28 ส่วนที่เหลือคลอดที่โรงพยาบาลชุมชน นอกจากนั้นปัญหาที่พบคือ จากข้อมูลที่ติดตามจะพบเด็กอยู่ในพื้นที่จริงประมาณร้อยละ 70 ที่เหลือไม่อยู่ในพื้นที่และพบเด็กในพื้นที่ที่ไปคลอดที่อื่นกลับมาอยู่ในพื้นที่ร้อยละ 30 ซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไข ทำให้การเข้าถึงและการติดตามได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น 2) การดำเนินการ



ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะในครอบครัวเด็ก ซึ่งมีศักยภาพที่จะพัฒนา จะมีบทบาทในการส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็กให้สมวัยเพิ่มขึ้น 3) การจัดทีมให้บริการตามโซนเพื่อให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการตรวจกระตุ้น ส่งเสริมพัฒนาการได้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมสำหรับพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางพัฒนาการเด็ก ซึ่งต้องวางแผนทางในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก และความร่วมมือจากหลายฝ่าย เพื่อให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้าถึงบริการ ดังนั้น จึงมีความเหมาะสมสำหรับนำรูปแบบนี้ไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด คณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนประชากรแยกอายุทั่วประเทศ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก http://statdopagoth/stat/statnew/upstat_age_dispph
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2555. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมอนามัย; 2555.
3. จินตนา พัฒนพงศ์ธร ชัยชนะ บุญสุวรรณ และณฤมล ธนเจริญวัชร. พัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557. (เอกสารอัดสำเนา); 2557.
4. ศิริกุล อิศรานุกักร์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกียรติศักดิ์ ชื่อเลื่อม, เรืองวิชัย นิลโคตร และปริญดา ตาสี. รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพแห่งอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.

5. วนิตา ชนินทุททวงศ์ และรัชดาวรรณ แดงสุข. บรรณาธิการ. คู่มือการดำเนินงานโครงการรณรงค์การส่งเสริมพัฒนาการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชนี. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด; 2555.
6. นิรมัย คุ่มรักษา, พรพิมล ชีรนนท์, ศุภพรพรรณ ศรีธีรภูมิ, บุศรา คูหพันธ์ และเอกชัย เกิดสวัสดิ์. สภาวิชาการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2557; 22: 76-83.
7. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน “โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558”. (เอกสารอัดสำเนา); 2558.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. เอกสารประกอบการตรวจราชการกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2/2557; 2557.
9. สมจิต แดนสีแก้ว, เอื้อมพร ทองกระจาย, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, พรทิพย์ บุญพวง และพิเชษฐ เรืองสุขสุด. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนในถิ่นทุรกันดารเขตชายแดนไทย-ลาว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(1): 5-13.
10. อาภาวรรณ หนูคง, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์. การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558; 33(2): 32-43
11. วรรณดี สุทธินรากร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสรรค์สร้าง. กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์; 2556.
12. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา จำกัด; 2558.
13. คณะกรรมการบูรณาการพัฒนาการเด็กไทย. คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง Developmental Assessment For Intervention Manual (DAIM). เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์; 2558.



14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
15. วนิตา ชนินทุทรวงศ์. บรรณาธิการ. คู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับพ่อแม่เด็กอายุ 0 – 5 ปี. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2552.
16. สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา. สมรรถนะของเด็กปฐมวัย ในการพัฒนาตามวัย 3 – 5 ปี : แนวแนะสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ: แพลน ฟอว์ คิตส์ จำกัด; 2552.
17. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, สมัย ศิริทองถาวร และนพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. บรรณาธิการ. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
18. สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลงานประจำปี 2558 โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. มปท; 2558.