

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการ เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

สุพัตรา บุญเจียม

(วันที่รับบทความ: 12 กรกฎาคม 2565; วันที่แก้ไข: 9 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 11 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

พัฒนาการเด็กสมวัยเป็นเป้าหมายสูงสุดในการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กเขตสุขภาพที่ 7 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลของผู้เลี้ยงดู คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูกับพัฒนาการเด็กกลุ่มตัวอย่างคือผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กปฐมวัย จำนวน 800 คน ใช้การสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู และตรวจพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ Multiple logistic regression พบว่า ผู้เลี้ยงดูเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.4 อายุเฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.0 อายุต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 77 ปี คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กอยู่ระดับดี ร้อยละ 77.1 เด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 ด้านภาษาเป็นด้านที่เด็กสงสัยล่าช้ามากที่สุด มี 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย 1) รายได้ของครอบครัว (AOR = 1.8; 95%CI: 1.39 - 3.34; p-value 0.009) 2) การอาศัยอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก (AOR = 1.7; 95%CI: 1.31 - 2.96; p-value 0.024) 3) การมีโรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดู (AOR = 1.4; 95%CI: 1.29 - 2.15; p-value 0.032) และ 4) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (AOR = 1.4; 95%CI: 1.23 - 2.73; p-value 0.011) ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นต้องทำให้ครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต บิดามารดาได้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน และสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีความสุขที่ดีเป็นผู้เลี้ยงดูที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กปฐมวัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author : สุพัตรา บุญเจียม email : supattra4422gmail.com

The Relationship between Caregiver's Quality of Life and Early Childhood Development in The Area Health Region VII

Supattra Boonjeam

(Receive 12th July 2022; Revised: 9th November 2022; Accepted 11th November 2022)

Abstract

Child development is the ultimate goal of raising children in the family. The objective of this research aimed to assess early childhood development, caregiver's quality of life situation in the area health region VII and to analyze associations with variable of caregiver's characteristics and early childhood development. The sample consisted of 800 caregivers and early childhood. Using interview the caregiver's quality of life and assess the child's development with the Denver II tool. The data was analyzed by mean, standard deviation, frequency, percentage and analyzed by multiple logistic regression. The results revealed that situation caregiver's quality of life in the area health region VII showed that caregivers are female 94.4%, average age is 43.8 years (SD. 14.0) with a range of 16-77. Caregiver's quality of life in good level at 77.1%. 56.8% of early childhood had normal development. Language domain was the domains that children suspected development the most. There were 4 factors related with early childhood development ; 1) family income (AOR = 1.8; 95%CI: 1.39 - 3.34; p-value 0.009) 2) living with parent of child (AOR = 1.7; 95%CI: 1.31 - 2.96; p-value 0.024) 3) caregiver's disease (AOR = 1.4; 95%CI: 1.29 - 2.15; p-value 0.032) and 4) caregiver's quality of life about social relationship (AOR = 1.4; 95%CI: 1.23 - 2.73; p-value 0.011) Therefore, the way to support early childhood had normal development must to promote the family have sufficient income to sustain life. For to encourage family to live together, to be the caregivers without diseases and improve caregiver's quality of life to be better.

Keywords : Quality of Life, Caregiver, Early childhood

Registered Nurse (Professional Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen
Corresponding author : Supattra boonjeam email : supattra4422gmail.com

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญต่อการลงทุน การพัฒนาและจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้จะให้การ คำนึง ความคุ้มค่าและให้ผลตอบแทนสูงสุด⁽¹⁾ จึงควรส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเต็ม ศักยภาพ สุขภาพเด็กปฐมวัยตั้งแต่ 0 – 5 ปี ถือเป็นช่วงเวลาทองสำคัญมากที่สุด ถือเป็น รากฐานและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในวัยอื่นๆ⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าเด็ก ร้อยละ 15-20 ทั่วโลกพัฒนาการไม่สมวัย⁽³⁾ สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยได้ทำการ สำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2560 ด้วย Denver II เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70 โดยภาคที่เด็กสมวัยมากที่สุดคือภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพัฒนาการสมวัยน้อย ที่สุด เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7 มีพัฒนาการ สมวัย ร้อยละ 56.4⁽⁴⁾ สาเหตุสำคัญคือ การอพยพ ย้ายถิ่น มาทำงานต่างถิ่นและกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กไม่ได้อยู่กับ พ่อแม่ ร้อยละ 29.3 เด็กอยู่กับปู่ย่าตายาย⁽⁵⁾ สังคมโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 มีบริบททางสังคม เปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของเด็ก และผู้ใหญ่ในสังคม จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายว่าเราจะ เตรียมการอย่างไร เริ่มตั้งแต่วัยเด็ก สร้างเด็กมี พื้นฐานดี สามารถเติบโตได้อย่างต่อเนื่องและ อยู่รอดในโลกอนาคตได้อย่างมีคุณภาพ การ เลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย สาเหตุของปัญหาคือ ค่านิยมและความ เชื่อของผู้เลี้ยงดูเด็ก การรีบเร่งให้เด็กปฐมวัยมี พัฒนาการทางวิชาการที่เกินวัย และปิดกั้นการ พัฒนาสมอง ให้ความสำคัญในการเรียนมากกว่าการได้ เล่นตามวัย ทำให้เด็กมีความเสี่ยงเรื่องสุขภาพ ปกติครอบครัวต้องเตรียมเด็กปฐมวัยให้พร้อม

ก่อนเข้าศูนย์เด็กเล็กหรือวัยเรียน แต่ต้องเป็น การส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับช่วงวัย ของเด็กให้เด็กได้เล่นและเรียนรู้ผ่านการเล่น เรียนรู้การเล่นกับเพื่อนสร้างให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมที่ดี การอบรมเลี้ยงดูเด็กจากครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก⁽⁶⁾ จากการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดู ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพกายและสังคมของผู้เลี้ยงดูสัมพันธ์ กับพัฒนาการเด็ก⁽⁷⁾ ดังนั้นเรื่องคุณภาพชีวิต ของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 7 จึงเป็นเรื่องที่ควร ทำการศึกษา

พัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นเป้าหมายสูงสุด ของครอบครัว การวิจัยเรื่องพัฒนาการเด็ก มีความสำคัญและประเด็นเรื่องคุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดูก็มีความน่าสนใจว่าส่งผลกับพัฒนาการ เด็กปฐมวัยหรือไม่ คุณภาพชีวิตของ ผู้เลี้ยงดูที่ แตกต่างกันส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย หรือไม่ ที่ผ่านมามีการวิจัยเรื่องพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย ไม่มีเรื่องวิจัยคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ดังนั้นการวิจัยนี้เป็นการประเมิน สถานการณ์คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดู พัฒนาการเด็ก ปฐมวัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์คุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย จะได้ฐาน ข้อมูลที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ในการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อสร้างเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินสถานการณ์คุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดูเด็ก และพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูล ของผู้เลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับ พัฒนาการเด็กปฐมวัย

วิธีการศึกษา

การวิจัย Cross-sectional analytical study วิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ข้อมูล Secondary data ทุติยภูมิ จากงานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7⁽⁸⁾ รวบรวมข้อมูลเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2564 ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Hsieh FY. และคณะ⁽⁹⁾ การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ρ ที่ 0.70 ค่า VIF ที่ 3.33 ได้ 800 คน โดยเทคนิคสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi stages random sampling) สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ขั้นแรก สุ่มอำเภอ 2 อำเภอใน 4 จังหวัด สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อหาอำเภอเป็นตัวแทนจังหวัด ได้อำเภอ 8 อำเภอ ขึ้นต่อมา สุ่มอย่างง่าย เพื่อหาดำบล 4 ตำบล เป็นตัวแทนอำเภอ ใช้การจับฉลากที่สุ่มได้ สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละแห่งตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มจากบัญชีเด็กปฐมวัยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านโปรแกรม HoSxP สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างเด็กจากบัญชีรายชื่อของแต่ละรพ.สต. ตำบลละ 25 คน กลุ่มเป้าหมายในตำบลใดไม่ครบ สามารถเก็บจากตำบลใกล้เคียงได้ ระยะเวลาดำเนินการศึกษาคือเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนเมษายน 2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เด็กปฐมวัยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เด็กเป็นเด็กสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 9 เดือน - 6 ปี ต้องยินยอมเข้าร่วมการศึกษา มีสมุดสีชมพู (Pink book) และผู้ปกครองให้ประวัติครบ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ เด็กไม่ร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ความสูง ตรวจสุขภาพช่องปาก เด็กไม่ทราบ

อายุ และเด็กที่อยู่กับคนที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เด็กมีความผิดปกติพิการแต่กำเนิด โรค Down syndromes ออทิสติก ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) เด็กมีประวัติชัก และได้รับยากันชัก เป็นต้น

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือมี 3 เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้เลี้ยงดู แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก และแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

เครื่องมือที่ 1 ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็กคือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ตนเอง รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก และการรับเงินอุดหนุนเลี้ยงดูเด็ก

เครื่องมือที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก (Quality of Life) ประยุกต์จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับตนเองมากที่สุด 5 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

แบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life) คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ 11 เป็นตัวเลือก 5 ระดับ

ความหมายทางบวกได้ 1 คะแนนคือ ไม่เลย 2 คะแนนคือ เล็กน้อย 3 คะแนนคือ ปานกลาง 4 คะแนนคือ มาก และ 5 คะแนนคือ มากที่สุด

ความหมายทางลบได้ 5 คะแนนคือ ไม่เลย 4 คะแนนคือ เล็กน้อย 3 คะแนนคือ ปานกลาง 2 คะแนนคือ มาก และ 1 คะแนนคือ มากที่สุด

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นด้านต่างๆ

คุณภาพชีวิต	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ภาพรวม	96-130	61-95	26-60
1. สุขภาพกาย	27-35	17-26	7-16
2. จิตใจ	23-30	15-22	6-14
3. สัมพันธภาพทางสังคม	12-15	8-11	3-7
4. สิ่งแวดล้อม	30-40	19-29	8-18

ด้านสุขภาพกายมี 7 ข้อ

คือ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24

ด้านจิตใจมี 6 ข้อ

คือ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23

ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมี 3 ข้อ

คือ 13, 14 และ 25

ด้านสิ่งแวดล้อมมี 8 ข้อ

คือ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22

ข้อคำถามข้อ 1 และ 26 คือคุณภาพชีวิตภาพรวม ต้องนำเสนอในรูปของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด

เครื่องมือที่ 3 การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยใช้เครื่องมือ Denver II (Denver Developmental Screening Test)⁽¹¹⁾ พัฒนาการ 4 ด้านคือ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว (Fine motor adaptive) ด้านภาษา (Language) และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Personal-social)

การแปลผลพัฒนาการโดยใช้แบบทดสอบ Denver II จะเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กและแปลผลข้อประเมินแต่ละข้อก่อน แล้วจึงจะแปลผลรวม

การแปลผลประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยจะแปลผลเป็น 2 ระดับคือ

1) พัฒนาการสมวัยหรือปกติ (Normal) คือเด็กไม่มีข้อทดสอบล่าช้า (Delay) และ/หรือมีข้อควรระวัง (Cautions) เพียง 1 ข้อ

2) พัฒนาการสงสัยล่าช้า (Suspect Delay) คือ เด็กมีข้อควรระวัง (Cautions) 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีล่าช้า (Delay) 1 ข้อขึ้นไป

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือผ่านการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้เลี้ยงดู 30 คน และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) โดยพบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู 26 ข้อ มีค่า 0.82 ถือว่ายอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลผู้เลี้ยงดู แสดงด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Multiple logistic regression p-value 0.05 วิธี Backward elimination method นำเสนอด้วย OR, AOR และ 95% Cis ช่วงความเชื่อมั่น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย รหัสโครงการ 053 ระยะเวลาการรับรอง วันที่ 25 เมษายน 2565 – 24 เมษายน 2566

ผลการวิจัย**ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็ก**

ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีเพศหญิง ร้อยละ 94.4 อายุเฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.0 น้อยสุด 16 ปี มากสุด 77 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 47.6 ทำงานเป็นแม่บ้านและไม่ทำงาน ร้อยละ 44.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.7 มัธยมศึกษาของรายได้ตนเองต่อเดือนของผู้เลี้ยงดู

เด็ก 5,000 บาท มัธยมศึกษาของรายได้ครอบครัว ต่อเดือนของเด็ก 10,000 บาท ครอบครัวมี รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.2 เป็นครอบครัว ขยาย ร้อยละ 86.2 สถานภาพความสัมพันธ์ของ พ่อแม่เด็ก หย่า/แยกทางกัน/หย่า ร้อยละ 17.8 เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 35.9 ครอบครัว รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 82.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็ก (n = 800)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	5.6
หญิง	755	94.4
อายุ (ปี)		
16 - 29	169	21.1
30 - 59	517	64.6
60 - 77	114	14.3
Mean: SD = 43.8: 14.0		
Median (Min: Max)	45.0	16: 77
การศึกษา		
ปริญญาตรีขึ้นไป	61	7.6
มัธยม ปวช. ปวส.	358	44.8
ประถมศึกษา	381	47.6
อาชีพ		
รับราชการ พนักงานรัฐ	25	3.1
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	185	23.1
เกษตรกร	235	29.4
แม่บ้าน ไม่ทำงาน	355	44.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็ก (n = 800) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	178	22.3
ไม่มี	622	77.7
รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)		
0 – 14,999	622	77.7
15,000 – 60,000	178	22.3
Mean: SD = 6,869.7: 7,981.6		
Median (Min: Max)	5,000.0	0: 60,000
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)		
600 – 14,999	455	56.9
15,000 – 200,000	345	43.1
Mean: SD = 15,252.4: 14,994.8		
Median (Min: Max)	10,000.0	600: 200,000
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเก็บ	160	20.0
เพียงพอ ไม่มีเก็บ	294	36.8
ไม่เพียงพอ	346	43.2
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	110	13.8
ขยาย	690	86.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็ก (n = 800) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก		
หย่า/แยกทางกัน/หม้าย	142	17.8
อยู่ด้วยกัน	658	82.2
การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก		
อยู่กับพ่อแม่	402	50.2
อยู่กับพ่อหรือแม่	111	13.9
ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่	287	35.9
การรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก		
ได้รับ	658	82.2
ไม่ได้รับ	142	17.8

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 72.2 สุขภาพกายอยู่ระดับดี ร้อยละ 62.7 และสัมพันธภาพทางสังคม เป็นด้านที่อยู่ระดับดีน้อยที่สุด ร้อยละ 61.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

คุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ระดับดี ร้อยละ 77.1 โดยด้านที่ดีที่สุดคือ ด้านจิตใจอยู่ระดับดี ร้อยละ 78.9 ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ระดับดี

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวม		
ไม่ดี	19	2.4
ปานกลาง	164	20.5
ดี	617	77.1
Mean: SD = 103.5: 11.3		
Median (Min: Max)	105.0	55: 130
ด้านสุขภาพกาย		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	288	36.0
ดี	502	62.7

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กภาพรวมและรายด้าน (n = 800) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	จำนวน	ร้อยละ
ด้านจิตใจ		
ไม่ดี	1	0.1
ปานกลาง	168	21.0
ดี	631	78.9
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี	2	0.3
ปานกลาง	306	38.2
ดี	492	61.5
ด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	212	26.5
ดี	578	72.2

พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ปรับตัว ร้อยละ 11.8 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง
 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ร้อยละ 3.4 และด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 3.3
 56.8 รายด้าน พบว่า ด้านภาษาเด็กสงสัยล่าช้า ดังรายละเอียดในตารางที่ 4
 ร้อยละ 33.8 ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการ

ตารางที่ 4 พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	จำนวน	ร้อยละ
สงสัยล่าช้า	346	43.2
สมวัย	454	56.8
สงสัยล่าช้ารายด้าน		
กล้ามเนื้อใหญ่	26	3.3
สังคมและการช่วยเหลือตัวเอง	27	3.4
กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว	94	11.8
ภาษา	270	33.8

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

การใช้สถิติ Simple logistic regression แบบ bivariate ที่ ค่า P-value น้อยกว่า 0.25 เพื่อหาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กพบว่า การมีโรคประจำตัว รายได้ครอบครัว ต่อเดือน การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก การรับเงินอุดหนุนเพื่อเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และสัมพันธภาพทางสังคม 6 ปัจจัยเป็นสมการตั้งต้น (Initial model) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นใช้สถิติ Multiple logistic regression พบ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยของเด็กคือ รายได้ครอบครัว ต่อเดือน การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก การมีโรคประจำตัว และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ดังตารางที่ 5

ครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน เด็กในความเสี่ยงคู่มือโอกาสพัฒนาการ

สมวัยมากกว่าเด็กที่รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน 1.8 เท่า (AOR = 1.8; 95%CI: 1.39 - 3.34; p-value 0.009)

การที่เด็กได้อยู่กับพ่อแม่ เด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ 1.7 เท่า (AOR = 1.7; 95%CI: 1.31 - 2.96; p-value 0.024)

เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดีและปานกลาง 1.4 เท่า (AOR = 1.4; 95%CI: 1.23 - 2.73; p-value 0.011)

เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูที่ไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูที่มีโรคประจำตัว 1.4 เท่า (AOR = 1.4; 95%CI: 1.29 - 2.15; p-value 0.032)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ใช้สถิติ Multiple logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัย	จำนวน	% พัฒนาการ สมวัย	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
1.รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)						0.009
600 – 14,999	455	53.0	1	1		
15,000 – 200,000	345	61.7	2.0	1.8	1.39-3.34	
2.การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก						0.024
ไม่ได้อยู่	398	46.5	1	1		
อยู่	402	57.0	1.9	1.7	1.31-2.96	

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7
ใช้สถิติ Multiple logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัย	จำนวน	% พัฒนาการ สมวัย	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
3.คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ						0.011
ทางสังคม						
ไม่ดี และปานกลาง	308	42.8	1	1		
ดี	492	55.3	1.6	1.4	1.23-2.73	
4.การมีโรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดู						0.032
มี	178	46.2	1	1		
ไม่มี	622	54.8	1.5	1.4	1.29-2.15	

อภิปรายผล

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 ซึ่งค่าเป้าหมายตัวชี้วัดเรื่องพัฒนาการเด็ก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564⁽¹²⁾ ได้ตั้งค่าบรรลุมเป้าหมายที่ ร้อยละ 85 ขึ้นไป จะเห็นว่าเด็กพัฒนาการสมวัยมีอัตราต่ำกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงและขององค์การอนามัยโลก WHO เด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80 - 85 ซึ่งไม่บรรลุค่าเป้าหมายจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการปกติหรือสมวัยเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2560 ด้วยเครื่อง Denver II เครื่องมือเดียวกัน เด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.4⁽¹³⁾ ไกล่เคียงกันกับ ปี 2564 สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมโครงการฯ และสิ่งที่ดำเนินการยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องพัฒนาการเด็กให้ดีขึ้น การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการโดยผู้เลี้ยงดูยังไม่ดีเท่าที่ควร

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูอยู่ระดับดี ร้อยละ 77.1 ในรายด้าน 4 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ระดับดี และระดับปานกลาง สรุปคือ ผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 7 มีคุณภาพชีวิตดีพอสมควร สอดคล้องและใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับดี ร้อยละ 77.7⁽⁷⁾

รายได้ของผู้เลี้ยงดูสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เนื่องจาก การมีรายได้ต่ำ คนเลี้ยงต้องใช้เวลาในการทำงานหารายได้ จึงไม่มีเวลาอยู่กับเด็ก เด็กจะถูกละเลยและปล่อยให้อยู่กับสื่อ โทรศัพท์ ทีวีฯ เด็กอาจจะอยู่ในความเป็นอยู่ที่ไม่ดี การเข้าถึงแหล่งความรู้ สื่อต่างๆที่มีประโยชน์ และอาจได้รับการศึกษาน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูต้องใช้เวลาไปกับการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เวลาในการเล่นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก็ลดน้อยลง พัฒนาการเด็กจึงสงสัยล่าช้าได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องครอบครัว

การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในประเทศไทย พบว่า รายได้ครอบครัวสัมพันธ์ กับพัฒนาการเด็ก⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับ Mehpare Ozkan. และคณะ ที่พบว่า ปัจจัย สถานะเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อพัฒนาการล่าช้า⁽¹⁵⁾ แต่ต่างจาก จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ ที่พบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก⁽¹⁶⁾ แม้การศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้ของผู้เลี้ยงดู สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย แต่การศึกษา อื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ดังนั้นรายได้ ของผู้เลี้ยงดูและรายได้ครอบครัวเป็นปัจจัย ที่ยังไม่ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการ เด็กปฐมวัยหรือไม่ ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม ต่อไป

เด็กได้อยู่กับพ่อแม่สัมพันธ์กับพัฒนาการ เด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ครอบครัวที่อบอุ่น จะเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย แต่สมาชิกของครอบครัวหรือองค์ประกอบหลัก พ่อแม่และลูกต้องได้อยู่ร่วมกัน แม่ในบ้านมี ผู้สูงอายุร่วมเลี้ยงดูเด็ก การมีพ่อแม่ของเด็ก อยู่ด้วยและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดู จะส่งเสริม ให้สมาชิกในครอบครัวมีแนวทางหรือการเลี้ยงดู ที่หลากหลาย คนที่หลากหลายวัยในครอบครัว โดยพ่อแม่ของเด็กส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่ จะสามารถสืบค้นและหาข้อมูลใหม่ๆ มีการ แลกเปลี่ยนและร่วมกันวางแผนที่จะดูแลเด็ก ดังนั้นบ้านที่พ่อแม่อยู่ด้วยจะช่วยให้เด็กได้รับการ เลี้ยงดูที่ดี ความรักความอบอุ่นในครอบครัวดี เด็กมีโอกาที่จะพัฒนาการสมวัย ดังนั้นการ ส่งเสริมให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน พ่อแม่ลูกได้ใช้ เวลาคุณภาพร่วมกัน ช่วยให้สร้างเด็กที่มีคุณภาพ มีพัฒนาการที่สมวัยได้

การมีโรคประจำตัวสัมพันธ์กับพัฒนาการ เด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การมีโรค

ประจำตัวและโดยเฉพาะโรคที่ถ่ายทอดได้ทาง พันธุกรรมสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กได้ และ หากผู้เลี้ยงดูเป็นพ่อแม่ยังมีโอกาสจะส่งต่อให้ แก่ลูกสายตรงได้มากกว่าบุคคลอื่น การศึกษา นี้ โรคประจำตัว ร้อยละ 22.3 ล้วนเป็นโรคที่ สามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม เมื่อผู้เลี้ยงดู มีโรคประจำตัว สุขภาพร่างกายอาจไม่แข็งแรง มี ข้อจำกัดทางสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การเล่นกับเด็กอาจน้อยกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว การส่งเสริมพัฒนาการที่น้อยกว่ากลุ่มที่ผู้เลี้ยงดู แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว เด็กจึงอาจมีพัฒนาการ สมวัยน้อยกว่า สอดคล้องกับ Farnik Matgorzata. และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า โรคเรื้อรังของคนใน ครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กสัมพันธ์ กับสุขภาพของเด็กทำให้เด็กเป็นโรคเรื้อรัง คุณภาพชีวิตไม่ดี พัฒนาการและสุขภาพเด็ก ไม่ดีในระยะยาว

คุณภาพชีวิตสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ที่แข็งแรงสุขภาพ กายดี จะใช้ชีวิตและมีแรงในการทำกิจกรรม ต่างๆได้ด้วยตนเอง มีเวลาที่จะเล่นและใช้เวลา ทำสิ่งต่างๆ กับเด็ก เด็กจึงได้พัฒนาตามวัยและ มีความสุข สอดคล้องกับ Diego Mugno. และ คณะ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และ สังคมของผู้ดูแลสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก และวัยรุ่น⁽¹⁸⁾ สัมพันธภาพทางสังคมดีทำให้ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับบุคคลอื่น ทำให้ มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือสื่อต่างๆ ที่ เป็นประโยชน์ได้มากกว่าคนที่ปฏิเสธสัมพันธ์ทาง สังคมไม่ดี ผู้เลี้ยงดูเด็กมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดี เด็กจะถือพฤติกรรมนั้นเป็นแบบอย่างหรือ ทำให้เด็กปฐมวัยเลียนแบบพฤติกรรมนั้น เด็กจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ดีเช่นกัน เด็กมีพัฒนาการทางด้านภาษา และด้านสังคม

ที่ปกติได้สอดคล้องกับ Yamada Atsurou. ที่พบว่า มารดาของเด็กที่คุณภาพชีวิตไม่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย สามารถส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเรื่องพัฒนาการบุคลิกภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็ก⁽¹⁹⁾

สรุปผล

ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดีและปานกลาง แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร พัฒนาการสมวัยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก และไม่บรรลุค่าเป้าหมายของประเทศ ถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้น รายได้ต่อเดือนของครอบครัว เด็กได้อยู่กับพ่อแม่ของเด็ก การมีโรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดู และคุณภาพชีวิตด้านสังคมสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เด็กพัฒนาการปกติต้องทำให้ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ พ่อแม่ได้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน และสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีสุขภาพที่ดีเป็นผู้เลี้ยงดูที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. รายได้ของครอบครัวและเด็กได้อยู่กับพ่อแม่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ต้องทำให้ครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอ สร้างงานในชุมชน พ่อแม่ได้ทำงานในพื้นที่ไม่ต้องไปทำงานที่อื่น บิดามารดาได้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน

2. การที่ผู้เลี้ยงดูเด็กมีโรคประจำตัวส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยต้องสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่เด็กปฐมวัยและทุกช่วงวัยให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เพราะจุดที่สำคัญของการมีโรคประจำตัวหรือโรค NCD มีความเกี่ยวเนื่อง

กันระหว่างวัย ส่งต่อผ่านทุกช่วงอายุ ดังนั้นการสร้างนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกช่วงวัยเป็นเรื่องที่สำคัญ

3. คุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้เลี้ยงดูสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พัฒนาการสังคมเป็นจุดเริ่มให้คนได้พัฒนาการเป็นมนุษย์ ต้องมีการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้คนได้พัฒนาทักษะการเข้าใจตนเองและผู้อื่น อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในชุมชนและสังคมซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของพัฒนาการด้านสังคมที่ต้องสร้างให้เกิดขึ้นตั้งแต่เด็กปฐมวัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากบุคลากรงานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ขอขอบคุณผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่ม หัวหน้างานที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา และขอบคุณผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Elsevier Ltd all Rights Reserved 2011; 378(9799): 1325-38.
2. สมัย ศิริทองถาวร. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันพัฒนาเด็กราชนครินทร์กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.>

- thaichilddevelopment.com/images/doc/Ebook1.pdf.
3. World Health Organization. Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: A Review. Child and Adolescent Health and Development. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.
 4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
 5. องค์การยูนิเซฟ. ความเหลื่อมล้ำ ช่องว่าง ปัญหาเด็กและสตรี: ผลสำรวจสถานการณ์ เด็กและสตรีในประเทศไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2558-2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/tha/Thailand_MICS_Full_Report_TH.pdf.
 6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน การสำรวจสภาวะสุขภาพพัฒนาการและการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย ปี 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
 7. สุพัตรา บุญเจียม. ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการ เด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2564; 13(1): 3-20.
 8. สุพัตรา บุญเจียม, อธิสภัญ ทองไทย, พิรญา มาयर และปิยะ บุรีโส. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2556; 45(2): 50-64.
 9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998; 17: 1623-34.
 10. Group, W. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine 1998; 28(3): 551.
 11. นิตยา คชภักดี และอรพินท์ เลิศอัสดา ตระกูล. คู่มือการฝึกอบรมการประเมิน ทดสอบพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย. ฉบับแก้ไข ปรับปรุง ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติ เพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2556.
 12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี; 2564.
 13. สุพัตรา บุญเจียม. สถานการณ์พัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 7. วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2559; 8(1): 15-29.
 14. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัว การอบรม เลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2559; 46(3): 205-10.
 15. Ozkan M, Senel S, Arslan EA, & Karacan CD. The socioeconomic and biological risk factors for developmental delay in early childhood. European journal of pediatrics 2012; 171(12): 1815-21.

16. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
17. Farnik D, Brozek G, Pierzchala W, Zejda J, Skrzypek M, & Walczak L. Development, Evaluation and validation of a new instrument for measurement quality of life in the Parents of children with chronic disease. Health and Quality of Life Outcomes 2010; 8: 151.
18. Mugno D, Ruta L, Genitori DV, & Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of Children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5:22.
19. Yamada A, Kato M, Suzuki M, Suzuki M, Watanabe N, Akechi T, et al. A. Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. BMC Psychiatry 2012; 12(1): 119.