KKU Journal for Public Health Research
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Vol.17 No.1 January – March 2024
ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มีนาคม 2567

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาสถานการณ์ของพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 3

อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด[(1)], รักน้ำ โมราราช[(2)], วสุรัตน์ พลอยล้วน[(3)]*

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 22 พฤภาคม 2566
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 7 ธันวาคม 2566

**ผู้รับผิดชอบบทความ*
(1) กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
(2) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
(3) กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

บทคัดย่อ

การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนที่มีคุณภาพ จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัย เพื่อให้การทำหน้าที่บริหารของสมองระดับสูงพัฒนาอย่างเต็มตามศักยภาพ ซึ่งพัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่แสดงออกมา สามารถสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาทได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทยในเขตสุขภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กปฐมวัย อายุ 9 เดือน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน และบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่เลี้ยงดูเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 378 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพเด็ก สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของเดนเวอร์ 2 ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า เด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 3 มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 23 เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าใจภาษาล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 13.5 รองลงมาคือด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 6.1, 5.3 และ 2.6 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่ และเพศของเด็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$ และ $P<0.001$ ตามลำดับ) ดังนั้นข้อเสนอแนะคือ การจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของสถานบริการสาธารณสุข และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่ง ควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในทุกช่วงวัย และสร้างความตระหนักในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในเด็กปฐมวัย แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็ก รวมถึงการส่งเสริมให้พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว เพราะปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

Keywords: *สถานการณ์, พัฒนาการเด็ก, เด็กปฐมวัยไทย, เขตสุขภาพที่ 3*

KKU Journal for Public Health Research
Vol.17 No.1 January – March 2024

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มีนาคม 2567

Original Article

Healthcare Workers' Burnout: Enhancing Resilience

Udomsak Kaewbangkurt[(1)], Raknam Morarach[(2)], Wasurat Ployluan[(3)]*

Received Date: May 22 2023
Accepted Date: December 7 2023

(1) Development of maternal and child health care group, Region health promotion center 3 Nakhonsawan
(2) Social medicine department, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital
(3) Development of maternal and child health care group, Region health promotion center 6 Chonburi

The development and enhancement of lifelong potential in every dimension and age range to become a high-quality individual must begin in early childhood for the high-level brain management to develop to its full potential, which reflects the development of the brain and nervous system. This research is a qualitative study aimed to investigate the situation and factors related to the development of Thai children aged 8 months 16 days to 5 years 11 months 29 days in the Region Health 3, as well as their caregivers who have been taking care of the children continuously for at least 6 months. The sample group consists of 378 people, including children and their parents or caregivers, randomly selected in a multi-stage sampling process. Data collection tools include interviews, records of child health check-ups, maternal and child health handbook, and the Denver Developmental Screening Test II. These tools have been verified by qualified experts. Data were collected from March to April 2021, and analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results found that Thai children in the Region Health 3 have a delayed development rate of 23%, with language comprehension being the most delayed at 13.5%, followed by fine motor skills, social and self-help skills, and gross motor skills at 6.1%, 5.3%, and 2.6%, respectively. The factors related to child development include parental socioeconomic status and the child's gender, which are statistically significant ($P<0.05$ and $P<0.001$, respectively) in early childhood development. Therefore, it is recommended that providing healthy well child clinic at public health facilities and early childhood development centers should emphasis on monitoring and promoting on the development of the children at all ages and raise an awareness of the use of electronic media in early childhood. Also, we must encourage parents or child caretaker focus on a good relationship with each other in the family as well because these factors are related to early.

Keyword: *Situation, Early childhood development, Thai early childhood, Region Health 3*

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2580) ของประเทศไทย ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ คือ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีคุณภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ, 2561) การที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัย (0-6 ปี) เพื่อให้การ ทำหน้าที่บริหารของสมองระดับสูง (Executive Function) ในการบริหารจัดการและการกำกับ ควบคุม ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ได้พัฒนาอย่างเต็มตามศักยภาพ ซึ่งจะเป็นรากฐานของการเป็นคนมีคุณภาพ ของคนๆ หนึ่งอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) และด้วยโครงสร้างประชากรประเทศไทย ที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องเร่งพัฒนา “คน” ตั้งแต่ช่วงปฐมวัย โดยการพัฒนา “คุณภาพของการเกิด” มากกว่า “ปริมาณการเกิด” และวางแผนการพัฒนาเด็กที่เกิดมาให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถเติบโตได้เต็มตามศักยภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ, 2561)

การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมาจากวุฒิภาวะการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้ และจากสภาพแวดล้อมภายนอกโดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว (Bee, 1995) พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาท ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดาและในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด (นิตยา คชภักดี, 2554) จากรายงานข้อมูลของ องค์การอนามัยโลก พบว่า เด็กปฐมวัยทั่วโลก ร้อยละ15-20 มีพัฒนาการที่ไม่สมวัย (World Health Organization, 2012) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัย ด้วยแบบทดสอบพัฒนาการ Denver II จำนวน 6 ครั้ง (จินตนา พัฒนพงศ์ธร,2561) เริ่มจากปี พ.ศ.2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 28.60, 28.00, 32.33, 29.71, 27.20 และ 32.50 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 6 ครั้ง พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยในภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2560 พบว่า มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านร้อยละ 59.6 ล่าช้าร้อยละ 40.4 มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุดร้อยละ 21.3 รองลงมาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก สังคมและการช่วยเหลือตนเอง และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ร้อยละ 14.0, 9.3 และ 5.4 ตามลำดับ (ศศิชล หงษ์ไทย, 2560) จากข้อมูลดังกล่าว สถานการ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวมระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราต่ำกว่าสถิติขององค์การอนามัยโลก ที่พบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80-85 (World Health Organization, 2012)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัย 3 ด้านที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก อายุของผู้เลี้ยงดู และรายได้ของครอบครัว (สกาวรัตน์ เทพรักษและคณะ, 2561) โดยครอบครัวที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่พอเพียงจะมีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (สุพัตรา บุญเจียม, 2566) ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ สุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็ก(สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) มีการศึกษา พบว่า เด็กที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ขาดสารอาหาร และการขาดธาตุเหล็กจะส่งผลต่อพัฒนาการ และเด็กมีภาวะซีดที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กถึงแม้ได้รับการรักษาแต่ก็ไม่สามารถช่วยให้ความสามารถทางสติปัญญากลับมาดีได้ดังเดิม (Lozoff, 2000) นอกจากนี้ ภาวะสุขภาพช่องปาก เป็นปัจจัยมีผลต่อพัฒนาการเด็ก (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, 2561) โดยการมีฟันผุ หรือการสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด ทำให้เด็กกินอาหารลำบาก เคี้ยวไม่สะดวก ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก (สุภา คำมะฤทธิ์, 2564) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู ได้แก่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดจะส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก (World Health Organization, 2022) อีกทั้งยังมีการศึกษาในระยะยาว พบว่า เด็กที่กินนมแม่เป็นหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จะส่งผลดีต่อความสามารถทางสติปัญญา พัฒนาการ ความสามารถด้านการศึกษา และภาวะสุขภาพจิต (Wendy, Jianghong, Monique, & Andrew, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่เหมาะสม มี

ความสัมพันธ์กับพัฒนาการโดยรวมของเด็ก (ดวงพร ชุมประเสริฐ, วันธณี วิรุฬพานิช, &พิสมัย วัฒนสิทธิ์, 2562)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าจากสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัยโดยรวมในเขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราต่ำกว่าค่าเป้าหมาย และปัจจัยต่างๆ ข้างต้นมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงบริบทไปตามกระแสสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 3 รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์จริงนำมาใช้ประกอบการพัฒนาการวางแผนงานโครงการต่างๆ ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 3 อย่างรอบด้านและตรงตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ในเขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ในเขตสุขภาพที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) การศึกษา ณ จุดเวลา (ภาคตัดขวาง : Cross-Sectional Studies) มีวัตุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 3 และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 3

ประชากรและตัวอย่าง

1) ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย และบิดาหรือมารดาหรือบุคคลในครอบครัวที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุดและดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 157,846 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2562)

2) ตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออก เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 2.1) บิดาหรือมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กมีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน 2.2) เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีสัญชาติไทย 2) ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผล ต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์ 3) เด็กไม่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก และ 4) มีประวัติในสมุดบันทึกสุภาพแม่และเด็ก และเกณฑ์คัดออก คือ 1) เด็กไม่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการจนเสร็จสมบูรณ์ และ 2) ไม่ได้รับการยินยอมจากพ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็กในการให้ข้อมูลและประเมินพัฒนาการ

3) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนเพื่อประมาณค่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้สูตร (Wayne, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2}\, p(1-p)}{d^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

p = อ้างอิงจากการศึกษาของ จินตนา พัฒนพงศ์ธร (2561) พบว่า สัดส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยใน เขตสุขภาพที่ 3 ที่ร้อยละ 56.9 = 0.569

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05 คือ 1.96

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ประมาณร้อยละ 5

ดังนั้นสามารถคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.596 \times (1-0.596)}{0.5^2}$$

$$n = 370$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จะเก็บรวบรวมข้อมูลเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวนทั้งสิ้น 370 ราย

4) การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Multi-stage stratified sampling) ดังนี้ 4.1) แบ่งจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ จังหวัดที่มีเด็กเกิดมากและจังหวัดที่มีเด็กเกิดน้อย 4.2) ทำการสุ่มมา 1 จังหวัดจากแต่ละกลุ่มโดย Simple Random Sampling (SRS) ได้ 2 จังหวัดได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดกำแพงเพชร 4.3) สุ่มตัวอย่างระดับจังหวัดให้ได้เป็นระดับอำเภอ 2 อำเภอโดย SRS 4.4) แต่ละอำเภอที่สุ่มได้จะสุ่มตำบลตัวอย่าง โดย SRS อำเภอละ 4 ตำบล ดำเนินการเก็บข้อมูลใน

เด็ก 2 กลุ่มอายุ (เด็ก 9 เดือน – 2 ปี 11 เดือน 29 วัน และ เด็ก 3 ปี–5 ปี 11เดือน 29 วัน) จำนวนเท่า ๆ กัน โดยสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ มารดา บิดา ผู้เลี้ยงดูแลเด็กที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นร่วมกับคณะวิจัยของศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขตสุขภาพ โดยได้มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม จังหวัดที่อาศัยอยู่ เพศ สถานะกับเด็ก การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก และการได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และ 2) ข้อมูลเด็ก (ดูข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประกอบ) จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ มีโรคประจำตัวหรือไม่ โรคประจำตัวมีอะไรบ้าง การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การกินนมแม่ และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ใน 7 วันที่ผ่านมา และระเวลาใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อวัน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพของเด็ก ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ภาวะการเจริญเติบโต 2) ภาวะสุขภาพช่องปาก และ 3) ผลการตรวจพัฒนาการของเด็ก

ส่วนที่ 3 สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อดูข้อมูลประวัติสุขภาพของเด็ก

ส่วนที่ 4 อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจต่าง ๆ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินภาวการณ์เจริญเติบโต ได้แก่ 1.1) เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลที่มีสเกลบอกค่าน้ำหนักได้ละเอียด 100 กรัม (0.1 กิโลกรัม) 1.2) เครื่องวัดความยาว/ที่วัดส่วนสูง และ 3) กราฟการเจริญเติบโตโดยใช้เกณฑ์ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2564) และ 2) การประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ 2.1) ถุงมือยาง และ 2.2) หลอดพลาสติกสำหรับเขี่ยดูคราบจุลินทรีย์

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านการเข้าใจภาษา และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกผลการตรวจร่างกายของเด็ก นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กปฐมวัย จำนวน 5 คน และนักวิชาการที่รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยทั้ง 12 เขตสุขภาพ หลังจากนั้นได้นำไปสัมภาษณ์กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เพื่อประเมินภาษาและความเข้าใจของข้อคำถามหลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

2) แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II นี้ มีความไวในการคัดกรอง (Sensitivity) 0.56-0.83 และความจำเพาะเจาะจง 0.43-0.80

3) เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล และเครื่องวัดความยาว/ที่วัดส่วนสูง ได้มีการทดสอบความเที่ยงตรง จากศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และเป็นเครื่องเดิมตลอดการวิจัย

- **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 16 มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 9 เมษายน 2564 รายละเอียด ดังนี้

1) ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ได้รับหนังสืออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดกำแพงเพชร หลังจากได้รับอนุญาต จึงเชิญผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เข้าร่วมประชุมชี้แจง พร้อมทั้งนัดหมาย วันเวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูล

3) ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจง และขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือ และยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 4.1) ตรวจพัฒนาการเด็ก โดยพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ Denver II 4.2) ประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก โดย ทันตแพทย์ และ 4.3) ประเมินภาวะเจริญเติบโตและสัมภาษณ์มารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุข

5) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโครงการ 437/2564 รับรองวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564 และผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ข้อมูลเด็ก และผลการตรวจสุขภาพของเด็ก โดยอธิบายค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ประกอบด้วย ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ข้อมูลเด็ก และผลการตรวจสุขภาพของเด็ก กับตัวแปรตาม ได้แก่ ผลการตรวจพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) หากปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก จะนำมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) อัตราเสี่ยง (Odds Ratio: OR) และการประมาณค่าความเชื่อมั่น 95% (Confidence interval: CI)

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่ามีผู้ดูแลเด็กให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย นำเด็กปฐมวัยมาตรวจพัฒนาการมากกว่าจำนวนที่กำหนดไว้ จึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 378 คน รายละเอียดผลการวิจัยมีดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 68.3 ดูแลเด็กอายุ 9 เดือน – 2 ปี ร้อยละ 29.5 และ 3 ปี – 5 ปี ร้อยละ 70.5 และอาศัยอยู่ในจังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 31.7 ดูแลเด็กอายุ 9 เดือน – 2 ปี ร้อยละ 40.2 และ 3 ปี – 5 ปี ร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.1 มีสถานะเป็นแม่ ร้อยละ 51.13 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 97 อายุเฉลี่ย 41.52 ปี (SD=14.705) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 44.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.3 สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็กส่วนใหญ่ มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 83.3 ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวส่วนใหญ่เพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 43.7 การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ส่วนใหญ่ได้รับ ร้อยละ 89.4 ดังตารางที่ 1

2) ข้อมูลของเด็กปฐมวัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 มีอายุระหว่าง 9 เดือน-2 ปี เป็นส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 2.89 ปี (SD=1.3) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.6 เมื่อจำแนกโรคประจำตัว พบว่า เป็นโรค G6PD มากที่สุด ร้อยละ 1.6 ของเด็กที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด ส่วนใหญ่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 68.3 ประวัติการกินนมแม่ส่วนใหญ่ เคยกินนมแม่ ร้อยละ 90.7 การเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 77.2 ระยะเวลาที่เล่นส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-1 ชั่วโมง เวลาเฉลี่ย 1.43 ชั่วโมง (SD=1.02) ดังตารางที่ 2

3) ผลตรวจสุขภาพของเด็ก พบว่า ภาวะการเจริญเติบโตระดับน้ำหนักหนักตามเกณฑ์อายุ อยู่ในเกณฑ์ระดับน้ำหนักตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.2 น้ำหนักเฉลี่ย 14.93 ปี (SD=6.33) ระดับส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับ สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.08 ส่วนสูงเฉลี่ย 92.80 (SD=13.91) และระดับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับ สมส่วน ร้อยละ 71.4 และผลการตรวจฟันของเด็กปฐมวัย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีฟันผุ ร้อยละ 48.8 รองลงมา คือ ไม่มีฟันผุร้อยละ 48.1 รองลงมา มีคราบจุลินทรีย์ (ขี้ฟัน) ร้อยละ 2.4 และฟันยังไม่ขึ้น ร้อยละ 1.3 ดังตารางที่ 3

4) พัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า มีพัฒนาการสมวัยโดยรวม ร้อยละ 77.0 ล่าช้า ร้อยละ 23 เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าใจภาษาล่าช้าที่สุด 13.5 รองลงมา ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 6.1 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง 5.3 และด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 2.6 ดังตารางที่ 4

5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่และเพศของเด็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) โดยสถานภาพของพ่อแม่ที่แยกทางกัน พบเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยมากที่สุด ร้อยละ 5.6 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการไม่สมวัย พบว่า สถานภาพของพ่อแม่ที่แยกทางกันและหม้าย มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการไม่สมวัยมากกว่าสถานภาพของพ่อแม่ที่อยู่ด้วยกัน 2.1 เท่า (95% CI; 1.17-3.87) และ 1.3 เท่า (95% CI; 0.13-12.5) ตามลำดับ และเพศของเด็ก พบว่า เพศหญิงมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการไม่สมวัยลดลง ร้อยละ 70 ดังตารางที่ 5

บทสรุปและอภิปรายผล

พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า มีพัฒนาการสมวัยโดยรวม ร้อยละ 77.0 ไม่สมวัย ร้อยละ 23.0 เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าใจภาษาไม่สมวัยมากที่สุด ร้อยละ 13.5 รองลงมา ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 6.1 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 5.3 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 2.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 3 ในปี 2560 (ศศิชล หงส์ไทย, 2561) พบว่า มีแนวโน้มพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 59.6 เป็นร้อยละ 77.0 และเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าใจภาษามีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 21.3 เป็นร้อยละ 13.5 จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าพัฒนาการสมวัยโดยรวมในเขตสุขภาพที่ 3 ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายของประเทศซึ่งมีค่าเป้ามาหมายมากกว่าร้อยละ 85 (World Health Organization, 2012) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบันสื่ออิเลกทรอนิกส์ผ่านจอมีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตในระดับครอบครอบครัวอย่างแพร่หลาย (ชฎาภรณ์ สมบัติชัยศักดิ์, 2563) เด็กปฐมวัยเป็นช่วงที่สมองมีการพัฒนาทำหน้าที่อย่างมากจึงเป็นเวลาสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนา แต่หากเด็กมีการใช้สื่ออิเลกทรอนิกส์ผ่านจออย่างไม่เหมาะสมจะส่งผลเสียต่อพัฒนาการ นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อพัฒนาการด้านภาษาล่าช้ามากที่สุด (ดวงพร ชุมประเสริฐ, วันธณี วิรุฬพานิช, &พิสมัย วัฒนสิทธิ์, 2562) สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาสูงถึง ร้อยละ 77.2 และพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาไม่สมวัยมากที่สุด 13.5 จึงทำให้มีพัฒนาการโดยรวมไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 ผลการศึกษา พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการโดยรวมทุกด้านร้อยละ 67.5 และเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ และบุษบา อรรถาวีร์ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5 ผลการศึกษา พบว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในเขตสุขภาพที่ 5 มีพัฒนาการสมวัยโดยรวมร้อยละ 83.98 โดยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 31.30 ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยโดยรวมยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายของประเทศเช่นกัน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่และ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยสถานภาพของพ่อแม่ที่แยกทางกัน พบเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยมากที่สุด ร้อยละ 5.6 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการไม่สมวัย พบว่า สถานภาพของพ่อแม่ที่แยกทางกัน และหม้าย มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการไม่สมวัยมากกว่าสถานภาพของพ่อแม่ที่อยู่ด้วยกัน 2.1 เท่า (95% CI; 1.17-3.87) และ 1.3 เท่า (95% CI; 0.13-12.5) ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ด้วยกันอย่างพร้อมหน้า มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน จะทำให้เด็กได้มีโอกาสพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาไปในทางที่ดี กล่าวคือ หากพ่อแม่ที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะช่วยกันเอาใจใส่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดทั้งในด้านการให้นมแม่ อาหารเสริม การจัดหาของเล่นเครื่องเล่น การพูดคุยสื่อสารที่ดี รวมถึงการมีกิจกรรมร่วมกันในวันหยุด จึงส่งผลให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างเหมาะสม (อรุณี หรดาล, & ชนิพรรณ จาติเสถียร, 2557) แต่หากครอบครัวที่พ่อแม่แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง อาจทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่ในด้านต่างๆ เท่าที่ควรจึงส่งผลให้มีพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา บุญเจียม (2566) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้อยู่กับพ่อแม่ มีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ 1.7 เท่า ($p<0.05$) และปัจจัยด้านเพศของเด็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบว่า เพศหญิงมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการไม่สมวัยลดลง ร้อยละ 70 สามารถอธิบายได้ว่า ตั้งแต่แรกเกิดเพศชายมีอัตราการเจริญเติบโตเร็วกว่าเพศหญิงเล็กน้อย จนอายุประมาณ 7 เดือน จึงมีการเจริญเติบโตในอัตราที่เท่า ๆ กัน เมื่ออายุ 4 ปี อัตราการเจริญเติบโตของเพศชายจะช้ากว่าเพศหญิง โดยสมองซีกซ้ายที่เกี่ยวข้องกับการพูดของเพศหญิงจะพัฒนาเร็วกว่าเพศชาย 2 เดือน ดังนั้นเมื่ออายุเท่ากันเด็กผู้หญิงจึงพัฒนาการด้านการออกเสียงได้เร็วกว่า และเปล่งเสียงได้ถูกต้อง มากกว่าเด็กผู้ชาย (Marilyn, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาต บุญมี และภัทราวดี มากมี (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเพศ ระดับชั้น กับแรงจูงใจในการเรียนภาษาอังกฤษของนักเรียนประถมในเขตพื้นที่การศึกษาภาคตะวันออก ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีแรงจูงใจในการเรียนภาษาอังกฤษมากกว่าเพศชาย

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีนโยบายหรือมาตรการการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (Well Child Clinic: WCC) ให้ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ รวมถึงพัฒนาบุคลากรให้มีความความเชี่ยวชาญและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยในทุกช่วงวัย

2. ควรส่งเสริมให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีนโยบายที่เน้นการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทักษะในเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3 สร้างความตะหนักถึงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในเด็กปฐมวัย แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย ได้แก่ พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก บุคลากรด้านสาธารณสุข และครูผู้ดูแลเด็ก ซึ่งการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในเด็กปฐมวัย ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กโดยเฉพาะพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา

4. ควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และฝึกทักษะให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยตนเอง รวมถึงสร้างความตะหนักให้พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก ให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว เพราะปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

5. เด็กปฐมวัยเพศชายในช่วงอายุ 42 เดือน ควรเน้นการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2562). **สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร**. ค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2562, จาก https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage

จินตนา พัฒนพงศ์ธร. (2561). **รายงานการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560**. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

ชฎาภรณ์ สมบัติชัยศักดิ์. (2563). พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอในเด็กปฐมวัยและความเข้าใจของผู้ปกครอง. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 37**(3), 204-213.

ดวงพร ชุมประเสริฐ, วันธณี วิรุฬพานิช, & พิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับพัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสงขลา. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6**(2), 91-104.

นิตยา คชภักดี .(2554). **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป**. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, & บุษบา อรรถาวีร์. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5. **วารสารเกื้อการุณย์, 21**(1), 59-70.

ปาริชาต บุญมี, & ภัทราวดี มากมี. (2560). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเพศ ระดับชั้น กับแรงจูงใจในการเรียนภาษาอังกฤษของนักเรียนประถมในเขตพื้นที่การศึกษาภาคตะวันออก. **วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 11**(1), 67-80.

ศศิชล หงส์ไทย. (2561). รายงานการศึกษาวิจัยการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ ๓. นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. (เอกสารอัดสำเนา).

สกาวรัตน์ เทพรักษ์, ภภัสสร มุกดาเกษม, จรรยา สืบนุช, & จารุณี จตุรพร. (2560). การศึกษาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5. **วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 9, 11**(2), 21-42.

สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ. (2561). **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก** เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

สุพัตรา บุญเจียม. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7. **วารสารศูนย์**

อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 15(1), 64-78.

สุภา คำมะฤทธิ์. (2564). บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันโรคฟันผุสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน. **วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้าจันทบุรี, 31**(2), 257-260.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2564). **กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0-5 ปี และ 6-19 ปี**. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2563, จาก https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/kidgraph

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). **ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580**. ค้นเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2563, จาก https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf

อรุณี หรดาล, & ชนิพรรณ จาติเสถียร. (2557). **พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย** (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Bee, H. (1995). **The growing child** (6th ed.).New York: Harper CollinsCollege Publishers.

Lozoff, L. (2000). Poor behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy. **PEDIATRICS, 105**(4), 1-11.

Marilyn, J. (2015). **Nursing care of infants and children**. Elsevier : St. Louis, Missouri.

Wayne, W.D. (1995). **Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences** (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Wendy, H., Jianghong, L., Monique, R., & Andrew, J.O. (2012). **The long-term effects of breastfeeding on development**. Retrieved April 3, 2022, from https://www.researchgate.net/publication/221929310_The_Long-Term_Effects_of_Breastfeeding_on_Development

World Health Organization. (2022). **Infant nutrition and breast-feeding.** Retrieved April 3, 2022, from https://apps.who.int/iris/handle/10665/92534?search- result=true&query=breast+feeding+development+child&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc

World Health Organization. (2012). **Developmental difficulties in early childhood prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries.** Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=378)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดที่อาศัยของผู้ดูแลเด็กแบ่งตามช่วงอายุของเด็ก		
จังหวัดกำแพงเพชร	258	68.3
- 9 เดือน – 2 ปี	76	29.5
- 3 ปี – 5 ปี	182	70.5
จังหวัดอุทัยธานี	120	31.7
- 9 เดือน – 2 ปี	51	40.2
- 3 ปี – 5 ปี	69	57.5

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	6.9
หญิง	352	93.1
สถานะผู้ดูแลกับเด็ก		
พ่อ	11	2.9
แม่	194	51.3
ปู่ ย่า	58	15.3
ตา ยาย	98	25.9
ญาติอื่นๆ เช่น ป้า น้า	17	4.5
อายุของผู้ดูแลเด็ก		
10-20 ปี	16	4.2
21-30 ปี	97	25.7
31-40 ปี	82	21.7
41-50 ปี	59	15.6
51-60 ปี	85	22.5
61-70 ปี	31	8.2
71-80 ปี	8	2.1
Mean (SD): Min-Max	41.52 (14.705)	16-80
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	3.7
ระดับประถมศึกษา	144	38.1
ระดับมัธยมศึกษา/ปวช	168	44.4
ระดับอนุปริญญา/ปวส.	21	5.6
ระดับปริญญาตรี	31	8.2
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	68	18.0
เกษตรกรรม	122	32.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	10	2.6
รับจ้าง	68	18.0
ค้าขาย	38	10.1
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	67	17.7
เจ้าของกิจการ	5	1.3
สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่		

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ด้วยกัน	315	83.3
แยกกันอยู่	59	15.6
หม้าย	4	1.1
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว		
เพียงพอ เหลือเก็บ	165	43.7
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	157	41.5
ไม่เพียงพอ	56	14.8
การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด		
ได้รับ	338	89.4
ไม่ได้รับ	40	10.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=378)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุของเด็ก		
9 เดือน-2 ปี	202	53.4
3-6 ปี	176	46.6
Mean (SD): Min-Max	2.89 (1.37): 0.91-5.83	
เพศ		
ชาย	179	47.4
หญิง	199	52.6
โรคประจำตัว		
มี	13	3.4
ไม่มี	365	96.6
จำแนกโรคประจำตัวของเด็ก (n=13)		
โรคธาลัสซีเมีย	1	0.3
โรค G6PD	6	1.6
โรคภูมิแพ้	1	0.3
โรคโลหิตจาง	1	0.3
โรค Asthma/หอบหืด	3	0.8
โรคไทรอยด์	1	0.3
การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
ได้รับ	258	68.3
ไม่ได้รับ	120	31.7
ประวัติการกินนมแม่		

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เคยกิน	343	90.7
ไม่เคยกิน	35	9.3
การเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา		
เล่น	292	77.2
ไม่เล่น	86	22.8
ระเวลาการเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์		
0-1 ชั่วโมง	183	48.4
2-3 ชั่วโมง	97	25.7
4-5 ชั่วโมง	10	2.6
6-7 ชั่วโมง	2	0.5
Mean (SD): Min-Max	1.43 (1.02) 0.1-6	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัย จำแนกตามข้อมูลภาวะการเจริญเติบโตและภาวะสุขภาพช่องปาก (n=378)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะการเจริญเติบโต		
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุอายุ		
น้ำหนักน้อย	6	1.6
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	27	7.1
น้ำหนักตามเกณฑ์	273	72.2
น้ำหนักค่อนข้างมาก	18	4.8
น้ำหนักมาก	54	14.3
Mean (SD): Min-Max	14.93 (6.33) 6.4-46.6	
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
เตี้ย	9	2.4
ค่อนข้างเตี้ย	13	3.4
สูงตามเกณฑ์	304	80.04
ค่อนข้างสูง	25	6.6
สูง	27	7.1
Mean (SD): Min-Max	92.80 (13.91) 78.0-137.0	
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง		
ผอม	15	4.0
ค่อนข้างผอม	19	5.0
สมส่วน	270	71.4
ท้วม	19	5.0

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เริ่มอ้วน	24	6.3
อ้วน	31	8.2
ภาวะสุขภาพช่องปาก		
ฟันยังไม่ขึ้น	5	1.3
ไม่มีฟันผุ	183	48.4
มีฟันผุ	181	47.9
มีคราบจุลินทรีย์ (ขี้ฟัน)	9	2.4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ Denver II (n=378)

พัฒนาการ	9 เดือน - 2 ปี (n=202)			3 - 6 ปี (n=176)			9 เดือน - 6 ปี (n=378)		
	สมวัย	ล่าช้า	ควรระวัง	สมวัย	ล่าช้า	ควรระวัง	สมวัย	ล่าช้า	ควรระวัง
- ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง	82.8	5.9	11.9	90.9	4.5	4.5	86.6	5.3	8.5
- ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก	84.2	5.4	10.4	83.5	6.8	9.7	83.9	6.1	10.1
- ด้านการเข้าใจด้านภาษา	78.2	12.9	8.9	68.8	14.2	17.0	73.8	13.5	12.7
- ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่	92.1	3.0	5.0	92.6	2.3	5.1	92.3	2.6	5.0
พัฒนาการรวม	79.2	20.8	-	77.4	25.6	-	77.0	23.0	-

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 3

ตัวแปร	พัฒนาการเด็ก				Chi	95% CI for OR		
	สมวัย		ไม่สมวัย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	p-value	OR	Lower	Upper
สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่					0.04			
อยู่ด้วยกัน[ref]	250	66.1	65	17.2				
แยกทางกัน	38	10.1	21	5.6		2.1	1.17	3.87
หม้าย	3	3.1	1	0.3		1.3	0.13	12.5
เพศของเด็ก					<0.001			
ชาย[ref]	120	31.7	59	15.6				
หญิง	171	42.2	28	7.4		0.3	0.19	0.53