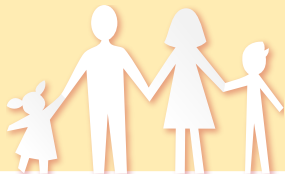


# รายงานการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2560



กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย  
พฤศจิกายน พ.ศ. 2561





# การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560

## ที่ปรึกษา

นายแพทย์วัชรระ เฟื่องจันทร์  
รศ.พญ. นิชชรา เรืองดาราคารนนท์  
ดร.ประภาพรรณ จูเจริญ  
นายแพทย์พนิต โล่เสถียรกิจ

อดีตอธิบดีกรมอนามัย  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
สถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล  
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

## หัวหน้าโครงการวิจัย

นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

## ผู้ร่วมวิจัย

นางสาววันนิสาห์ แก้วแจ้งขัน  
นักวิชาการผู้รับผิดชอบโครงการฯ

นักวิจัยโครงการฯ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย  
ทุกศูนย์อนามัยเขต ที่ 1-12

## จัดทำโดย

กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

## ISBN (e-Book)

978-616-11-3936-0

## ออกแบบ

บริษัท ซีจีทูล จำกัด



ก

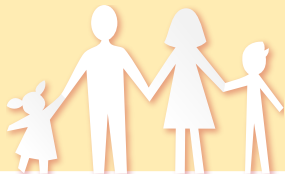
## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยการมีแรงขับเคลื่อน และกำลังใจจากทีมที่ปรึกษาโครงการวิจัย การสนับสนุน ช่วยเหลือด้านองค์ความรู้ คำแนะนำต่างๆ อย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นิชชรา เรืองดาราคารนนท์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ดร.ประภาพรณ จูเจริญ สถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์วัชรระ เฟื่องจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย และ นายแพทย์พนิต โลเสถียรกิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี และขอขอบคุณ นักวิจัยพื้นที่ทีมงาน จากศูนย์อนามัยที่ 1-12 ที่ได้ช่วยคิดออกแบบงานวิจัย ประสานงาน และเก็บข้อมูลภาคสนาม ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงาน พื้นที่จังหวัดเป้าหมายที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน โครงการอย่างดียิ่ง ท้ายสุดขอขอบคุณ ทีมงานกลุ่มสนับสนุนวิชาการ และการวิจัยทุกท่านที่ให้การ สนับสนุนและร่วมดำเนินงานจนประสบความสำเร็จ

(นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)

หัวหน้าโครงการวิจัย



## ๖ บทคัดย่อ

**การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2560** กลุ่มตัวอย่าง บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 10,053 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Three-stage Sampling วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ปัจจัยสถิติ Multiple Logistic Analysis

**ผลการศึกษา:** เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 67.5 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 76.80 เด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 58.00 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ร้อยละ 94.8 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 92.10 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 90.4 และด้านภาษาและการใช้ภาษา ร้อยละ 79.4 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย 6 ครั้ง ปี พ.ศ.2442, 2447, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลง ที่ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0 และ 67.5 ตามลำดับ พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก ที่พบร้อยละ 80 - 85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย ที่กำหนดไว้ร้อยละ 85 ส่วนพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยรายเขตสุขภาพ 12 เขต (ยกเว้นกรุงเทพฯ) พบว่า เขตสุขภาพที่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย มีเพียงเขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรีเพียงเขตเดียว เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ.2557 กับ ปี พ.ศ. 2560 พบว่า เขตสุขภาพที่มีพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น มีเพียง 5 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี และเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี

**ปัจจัยคัดสรร** ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.005$  พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสฯ ดังนี้ ด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา ได้แก่ อายุของมารดา ระยะตั้งครรภ์ การศึกษาและอาชีพ , ด้านสุขภาพมารดา ระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ , ด้านสุขภาพเด็ก ได้แก่ วิธีการคลอดปกติ คลอดครบกำหนด น้ำหนักทารกแรกคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม และการไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ,ด้านโภชนาการ ได้แก่ เด็กได้กินอาหารมื้อหลัก ,ด้านสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก ได้แก่ การศึกษา และอาชีพของบิดา อาชีพของผู้เลี้ยงดูเด็ก และสถานเลี้ยงดูเด็กช่วงกลางวัน ส่วนด้านพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กได้แก่ การอ่านเล่านิทานคุณภาพ การเล่นกับเด็กคุณภาพ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ การไม่ดูทีวี แท็บเล็ต

**ข้อเสนอ:** รัฐบาลควรลงทุน ด้านงบประมาณเพื่อสร้าง “ครอบครัวคุณภาพ” โดยพัฒนาความรู้การเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู พร้อมจัดณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี งด เล่นมือถือ แท็บเล็ต และดูทีวี ขับเคลื่อนนโยบาย “เล่นสร้างชาติ” และสนับสนุนให้มี “ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท” ตำบลละ 1 แห่ง , พัฒนาระบบการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี เน้นการสอนและฝึกทักษะให้ พ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดู ส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กด้วยตนเอง, จัดทำแผนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านในระยะยาว 20 ปี ใน 3 ระบบ ระบบ “ครอบครัวคุณภาพ”, ระบบ “สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” และระบบบริการ “หน่วยบริการสาธารณสุข” ทำ्यสุดให้มีการศึกษาวิจัยชุดโครงการ เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของค์รวมระยะยาว อย่างน้อย 25 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพเด็ก



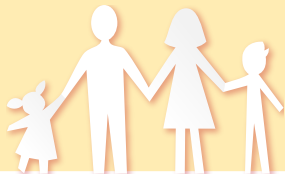
# Abstract

**To study the 6th of factors effecting to child development in Thailand in 2017.** The participants were 10,053 parents, who taking care of child unless 6 months and child age 8 months 16 days – 5 years 11 months 29 days. Sampling by Stratified Three-stage Sampling , descriptive statistic analysis and Multiple Logistic Analysis were used for the study.

**Results:** The total development of early childhood had properly development 67.5 percent. When classified by age group, it was found that children aged 0-2 years had developed in every aspect 76.80 percent, age 3-5 years had 58.0 percent. The gross motor skill 94.8 percent, social and can help themselves 92.1 percent, fine motor skill 90.4 percent and language 79.4 percent. The child development survey 6 times in 1999, 2004, 2010, 2014 and 2017 found that it was steady and decrease from 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0 and 67.5 percent respectively. The child development of Thailand had lower from WHO statistic (80-85 percent) and could not reached the human development integrated plan in all age target (85.0 percent). For the properly development of 12 area health (except Bangkok) found that only Chonburi province could reached the human development integrated plan in all age target. If compare with the child development survey in 2014 and 2017 found that only 4 areas health that had increased the properly development in early childhood there were the regional area health 2 (Phitsanulok), the regional area health 5 (Ratburi), the regional area health 6 (Chonburi) and the regional area health 10 (Ubonrattani).

**The selected factors:** demographic factors of mother such as age when they had pregnancy, education and career. The mother health when they had pregnancy factors such as dental health, drug and ultra sound. The child health factors such as normal deliver, deliver by schedule, weight of child (more than 2,500 grams) and dental health. The nutrition factors such as main meal. Environment and social factors such as education and career of father and who taking care of child, place that child stay in the afternoon. Parenting behavior factors such as storytelling, quality playing, quality electronics PR and do not watch TV and tablet.

**The offering:** The government should invest for build “quality family” by development parenting knowledge, PR and campaign the child under 2 years old should not to play mobile phone, tablet and TV. Drive policy “play for build the nation” and support “playground area follow by King Rama 9 Idea” each Tambon. Improve health clinic system that provide knowledge and practice to parenting to child. Set child development plan in long term (20 years) separate to 3 parts consist of quality family system, child development place system, and health service system. Not only that, government should have integrated child development research in long term (more than 25 years) to follow up the effectiveness.



## ง สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ ภาษาไทย	ข
บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
บทที่ 1 บทนำ	8
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	9 - 10
วัตถุประสงค์ ปัญหาการวิจัย ขอบเขตการวิจัย	10 - 11
นิยามศัพท์	11 - 14
ข้อจำกัดการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>15</b>
แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาเด็กและการเรียนรู้เด็กปฐมวัย	15 - 16
ทฤษฎีการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	16 - 22
ทฤษฎี Psychosocial developmental	22 - 27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายในและต่างประเทศ	28 - 34
กรอบแนวคิดการวิจัย	35
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>36</b>
รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36 - 39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การกำหนดตัวแปร	40 - 41
วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล	41 - 43
สถิติที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล	43 - 44



หน้า

<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	<b>45</b>
คุณลักษณะทางประชากร บิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่บิดาหรือมารดา	45 - 19
พฤติกรรมสุขภาพของมารดา ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด	49 - 60
การบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กปฐมวัย	61 - 70
สภาพแวดล้อมทางสังคมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	71 - 74
พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว	74 - 78
สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในปัจจุบันเปรียบเทียบกับผลสำรวจที่ผ่านมา	78 - 83
ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย	84 - 94
<b>บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ</b>	<b>95</b>
สรุป	95 - 106
วิเคราะห์ข้อเสนอแนะ	107 - 110
ข้อเสนอต่อรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข	110 - 112
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>113 - 118</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>119</b>

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ **ทรัพยากรมนุษย์** มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ครบด้าน และมี สุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ เป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาที่สาม อนุรักษ์ภาษาท้องถิ่น มีนิสัยรักการเรียนรู้ และการพัฒนา ตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ผู้การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกรรม นวัตกรรม ผู้ประกอบการ เกษตรกรยุคใหม่และอื่น ๆ โดยมีอาชีพตามความถนัดของตนเอง<sup>(1)</sup> การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนใน ทุกมิติและทุกช่วงวัยนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัย หรือ 8 ปีแรกของชีวิต เพื่อให้การทำหน้าที่ บริหารของสมองระดับสูง (Executive Function) ในการบริหารจัดการ และการกำกับ ควบคุม ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายได้<sup>(2)</sup> ซึ่งจะเป็นรากฐานของการเป็นคนดี เก่ง และ มีคุณภาพของคนๆ หนึ่งอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และด้วยโครงสร้างประชากรประเทศไทย ที่ เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงต้องเร่งพัฒนา “คน” ตั้งแต่ช่วงปฐมวัยโดยการพัฒนา “คุณภาพของ การเกิด” มากกว่า “ปริมาณการเกิด” และวางแผนการพัฒนาเด็กที่เกิดมาให้ได้รับการดูแลอย่าง เหมาะสมเพื่อให้สามารถเติบโตได้เต็มตามศักยภาพ

การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิใน ครรภ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมา จากวุฒิภาวะการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่างๆของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนด ไว้ และจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว<sup>(3)</sup> พัฒนาการเป็น พฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาท ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดาและในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด<sup>(4)</sup> จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ<sup>(5)</sup> การศึกษา ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับ ปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว<sup>(6)</sup> สำหรับ ประเทศไทยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II จำนวน 5 ครั้ง เริ่มจากปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553 และ 2557 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่ สมวัย ร้อยละ 28.30, 28.00, 32.33, 29.71 และ 27.20 ตามลำดับ<sup>(7,8)</sup> สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพ



ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.10<sup>(9)</sup>

จากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัย พบปัจจัย 3 ด้านที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก คือ ด้านชีวภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อม **ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological risk factor)**<sup>(6)</sup> ประกอบด้วย สุขภาพและภาวะโภชนาการของมารดา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอด สุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็ก หากมารดามีโรคประจำตัว อาทิ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะส่งผลต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะน้ำหนักตัวเด็กมากหรือน้อยกว่าปกติ และการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นต้น ส่วนการติดเชื้อในช่วงปริกำเนิด ได้แก่ เอชไอวี หัดเยอรมัน เชื้อสุกใส Cytomegalovirus (CMV) Toxoplasmosis จะทำให้เกิดผลเสียต่อสมองและเกิดความเสี่ยงภาวะโรค ดังนั้นเพื่อให้สภาพแวดล้อมของทารกในครรภ์เจริญเติบโตมากที่สุด ลดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Small for gestational age; SGA) และภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด การเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ที่ดีจะส่งผลดีต่อการคลอด<sup>(6)</sup> **และในระยะตั้งครรภ์** การดูแลภาวะโภชนาการของมารดาช่วงตั้งครรภ์ที่ดีย่อมส่งผลดีต่อทารกในครรภ์ การเสริมโฟลิกจะเป็นการป้องกันการสร้างระบบประสาทที่ไม่สมบูรณ์ (Neural tube defect) การเสริมไอโอดีนเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาสมอง และมีผลกระทบต่อระบบประสาท ถ้าขาดสารไอโอดีนจะทำให้สติปัญญาลดลง ก่อให้เกิดภาวะสมองพิการ หูหนวก<sup>(10)</sup> จากการรายงานผลการวิจัย (Meta-analysis) ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่ขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดสารไอโอดีน 6.9 - 10.2 จุด<sup>(11)</sup> และการขาดสารไอโอดีนทำให้ระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กและวัยรุ่นลดลงโดยเฉลี่ยประมาณ 13.5 จุด<sup>(12)</sup> การเสริมธาตุเหล็กจะช่วยการคลอดที่ปลอดภัย ลดอัตราการตายของมารดา<sup>(6)</sup> นอกจากนี้การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ จะก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพมารดาและเด็กในครรภ์ โดยพบความชุกของเด็กทารกที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในแม่ตั้งครรภ์ร้อยละ 1.00<sup>(13)</sup> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดรายงานสรุปของ WHO ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า การกินนมแม่ส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก 2.19 - 3.45 จุด<sup>(14)</sup> นั้นแสดงว่าการกินนมแม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านบวกกับเด็ก<sup>(15)</sup> จากการศึกษาระยะยาวพบว่าเด็กที่กินนมแม่เป็นหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จะส่งผลดีต่อความสามารถทางสติปัญญา พัฒนาการความสามารถด้านการศึกษาและสุขภาพจิต<sup>(16)</sup> ส่วนภาวะโภชนาการของเด็กจากการศึกษาวิจัย พบว่าเด็กที่มีภาวะเตี้ย แคระแกร็น ขาดสารอาหารและการขาดธาตุเหล็กส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก<sup>(17)</sup> ภาวะซีดมากจากการขาดธาตุเหล็กถึงแม้ได้รับการรักษาแต่ก็ไม่สามารถช่วยให้ความสามารถทางสติปัญญากลับมาดีได้ดังเดิม<sup>(18)</sup> **ปัจจัยด้านสังคม** ประกอบด้วย อายุ อาชีพและการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและสุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดู พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่เคยมีบุตรมีความเสี่ยงต่อการคลอดเด็กน้ำหนักตัวน้อย<sup>(19)</sup> โดยเฉพาะระดับการศึกษาของ

มารดาจะมีผลมากกว่าระดับการศึกษาของพ่อ<sup>(20,21,22)</sup> และครอบครัวที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่พอเพียง จะมีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ<sup>(23,24)</sup> อีกทั้งการศึกษาของมารดา รายได้ครอบครัว ภาวะวิกฤตในครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 3 - < 6 ปี โดยเด็กที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีรายได้พอเพียง ไม่เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมา และมีการอบรมเลี้ยงดูที่ดี มีสัดส่วนของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่าเด็กที่ลักษณะตรงกันข้าม<sup>(25)</sup> นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของเด็กอายุ 1 - 6 ปี พบว่า ระดับการศึกษาของพ่อและการมีสิ่งแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก<sup>(26)</sup>

ดังนั้น**ครอบครัว** จึงมีความสำคัญในการเสริมสร้างการเรียนรู้ และเป็นแบบอย่างให้กับเด็กหากครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ<sup>(27)</sup> จากข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยและปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยถือว่าการลงทุนกับเด็กเปรียบเสมือนการลงทุนเพื่ออนาคตของคนในสังคมนั้นๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2560

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ
2. ศึกษาพฤติกรรมของมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว
3. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย

### ปัญหาการวิจัย

1. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับเขตสุขภาพและประเทศ ปีพ.ศ. 2560 เป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจที่ผ่านมา ปี พ.ศ.2542, 2547, 2550, 2553, 2557
2. พฤติกรรมของมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยเป็นอย่างไร

### ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือน อย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่



มีผลต่อการพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก เด็กที่มีประวัติชัก และได้รับยากันชัก

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**พัฒนาการ** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function maturation) ตามอายุ ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงถึงความก้าวหน้าตามลำดับทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง

**เด็กปฐมวัย** หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อการพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก เด็กที่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก

**แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย** หมายถึง เครื่องมือ Denver II ฉบับภาษาไทยที่ใช้ประเมินเด็กอายุ 0-5 ปี

**ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กเมื่อแรกคลอด** หมายถึง สภาพแวดล้อมที่ทารกและเด็กได้รับเมื่ออยู่ในครรภ์มารดา และหลังคลอดอันเป็นสาเหตุต่อการพัฒนาการเด็กประกอบด้วย

- คุณลักษณะทางประชากรของมารดา บิดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่บิดา มารดา ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาช่วงตั้งครรภ์และสุขภาพเด็ก

- ภาวะสุขภาพของมารดาช่วงตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ การได้รับยาเม็ดรวมเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟเลต

- ภาวะสุขภาพเด็ก ได้แก่ อายุครรภ์มารดาเมื่อคลอด น้ำหนักเมื่อแรกคลอด ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคประจำตัวเด็ก การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวม/ท้องร่วง สุขภาพช่องปาก และภาวะโภชนาการ ได้แก่ การได้กินอาหารมือหลัก น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A) น้ำหนักตามส่วนสูง (W/H) ส่วนสูงตามอายุ (H/A)

**ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม** หมายถึง สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็กและประสบการณ์ที่เกิดกับเด็ก ประกอบด้วย

- อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของบิดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก รายได้ครอบครัว สถานที่เลี้ยงดูเด็ก กลางวัน ผู้เลี้ยงดูหลักช่วงกลางวัน การเข้ารับบริการโรงเรียนพ่อแม่

- พฤติกรรมช่วงตั้งครรภ์ของมารดาช่วงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การเข้ารับบริการสถานบริการฯ ที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์คุณภาพ การกินยาเม็ดรวมเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟเลต การดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพช่องปาก การตรวจอัลตราซาวด์ การได้รับความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ คลินิก ANC/WCC การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

**พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก** หมายถึง การปฏิบัติของ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ให้ต่อเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนคลอดออกมาเป็นทารกและกระทั่งเจริญวัยตามลำดับ การปฏิบัติตามพัฒนาการ 4 ด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมสติปัญญา ด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า

**คุณภาพบริการของสถานบริการฯ** หมายถึง การจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับทองของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ให้ได้มาตรฐานกระบวนการคุณภาพ คือ การนำองค์กร คุณภาพบริการแผนกฝากครรภ์ คุณภาพบริการห้องคลอด คุณภาพบริการแผนกหลังคลอด คุณภาพบริการ NICU คุณภาพบริการคลินิกเด็กดี ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว และผลการดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์ 4 ด้าน คือ

1. อัตราการขาดออกซิเจนในทารกเกิดไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ
  2. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 หรือลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปีละร้อยละ 0.5
  3. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 50 หรือเพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเดิมปีละร้อยละ 2.5
  4. อัตราเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (อนามัย 55)
- ภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และรูปร่างสมส่วน

**ครอบครัว** หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน มีความใกล้ชิดกันและอาศัยในทีเดียวกันผู้เลี้ยงดูเด็ก หมายถึง พ่อ หรือแม่ หรือคู่สามี ภรรยาคนใหม่หรือปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งดูแลเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

**การฝากครรภ์คุณภาพ** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คือครั้งที่ 1 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 1-12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์



**ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์** หมายถึง ภาวะและอาการต่าง ๆ ที่พบร่วมกับการตั้งครรภ์ และมีผลเสียต่อร่างกายหรือจิตใจของแม่ตั้งครรภ์และหรือทารกโดยภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์อาจเป็นภาวะที่พบเป็นปกติไม่มีอันตรายไปจนถึงภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

**โรคประจำตัวของแม่** หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ของแม่ ที่เป็นมาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ที่จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์

**ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิด** หมายถึง การประเมินสภาพทารกแรกเกิด โดยการให้คะแนน APGAR ด้วยการสังเกต สีผิว ซีพจร หรืออัตราการเต้นของหัวใจ ปฏิบัติการตอบสนองต่อ สิ่งกระตุ้น การเคลื่อนไหวต่าง ๆ หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการหายใจของทารกที่ 1 และ 5 นาที หลังคลอด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง (APGAR Score 0-3) ภาวะขาดออกซิเจน (APGAR Score 4-7) และภาวะปกติ (APGAR Score 8 ขึ้นไป)

**น้ำหนักทารกแรกเกิด** หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อแรกเกิด แบ่งเป็นน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป

**อายุครรภ์เมื่อคลอด** หมายถึง อายุครรภ์เมื่อคลอดเด็ก แบ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์) และคลอดเกินกำหนด (อายุครรภ์ 42 สัปดาห์ขึ้นไป)

**การเจ็บป่วยของเด็ก** หมายถึง ในรอบ 1 ปี เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วงและหรือปอดบวมจนต้องนอนโรงพยาบาล รวมทั้งโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก

**การกินนมแม่** หมายถึง เด็กได้กินนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ได้รับน้ำหรืออาหารเสริมอื่นๆ ตั้งแต่แรกเกิด

**การเล่านิทานให้เด็กฟังอย่างมีคุณภาพ** หมายถึง การเล่านิทานให้เด็กฟังทุกวัน อย่างน้อยวันละ 10 นาที

**การเล่น** หมายถึง การใช้ประสบการณ์และการทำกิจกรรมทุกชนิดที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจของเด็กเพื่อได้รับความสนุกสนานและเสริมทักษะการเรียนรู้อันเป็นการช่วยให้เด็กได้พัฒนาทักษะและสร้างความสัมพันธ์ในทางสังคมเรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้ที่จะใช้วัสดุเครื่องมือต่างๆ รู้จักหน้าที่ของตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถช่วยสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาการด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้านของเด็กได้อย่างเหมาะสม

**การเล่นอย่างมีคุณภาพ** หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กใช้เวลาเล่นกับเด็กวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

**การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ** หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็ก คอยแนะนำ ช่วยเหลือ ครั้งละมากกว่า 10 นาที แต่ไม่เกิน 30 นาที รวมวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง

### ข้อจำกัดการวิจัย

1. การตรวจพัฒนาการโดยเครื่องมือ Denver II ต้องได้รับการยินยอมและความร่วมมือจากเด็ก ในการตรวจพัฒนาการดังนั้น เมื่อเด็กไม่ให้ความร่วมมือตั้งแต่แรกหรือระหว่างการตรวจผู้วิจัยยังคงให้โอกาสเด็ก แต่ถ้าตรวจไม่ได้ จึงหยุดตรวจพัฒนาการในเด็กรายนั้นๆ ทันที

2. ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับแม่ในเรื่องภาวะสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ โรคประจำตัว การได้รับยา การปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งข้อมูลของเด็กตั้งแต่แรกเกิด โรคประจำตัว การเจ็บป่วยของเด็ก เป็นต้น

3. การได้มาของข้อมูลแม่และเด็ก ที่ได้จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะในสถานบริการเอกชนบางแห่งไม่ให้ข้อมูลที่บันทึกขณะตั้งครรภ์ ทำให้ไม่มีประวัติขณะตั้งครรภ์

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการขับเคลื่อนพัฒนาเด็กปฐมวัยไทย
2. ระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างองค์รวมรอบด้านบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม
3. หัวข้อการศึกษาวิจัยชุดโครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม



## บทที่ 2

# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนาเด็กปฐมวัยไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและเชื่อมโยงไปสู่กรอบแนวคิดในการ ศึกษา โดยแบ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
  - 2.1 ทฤษฎีพัฒนาการของ Arnold Gesell
  - 2.2 ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Jean Piaget
3. ทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ของ Erikson
4. งานวิจัยภายในและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

#### 1.1 ความหมายการเจริญเติบโต พัฒนาการ วุฒิภาวะ และการเรียนรู้

**พัฒนาการ (Development)** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญาด้านการทำหน้าที่ (function) และวุฒิภาวะ (Maturation) ของอวัยวะระบบต่าง ๆ<sup>(29)</sup> ในด้านโครงสร้างการจัดระเบียบส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกมีลักษณะและทิศทางที่แน่นอนสัมพันธ์กับเวลาทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างดีมีประสิทธิภาพทำสิ่งที่ยากสลับซับซ้อนมากขึ้นตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ๆ จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมผสมผสานก้าวหน้าเป็นลำดับขั้นต่อเนื่องกันไป โดยพัฒนาการครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Development) ของระบบอวัยวะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านปริมาณ (Quantitative Change) ได้แก่ การเพิ่มจำนวนเซลล์ประสาทในสมองขนาดของรูปร่างสูงขึ้นการขยายส่วนต่างๆ ของร่างกายและการเกิด/เปลี่ยนแปลงการพัฒนาร่างกายของมนุษย์ (Human Development) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดูจากพฤติกรรมและผลงานสิ่งใหม่ๆ ทางด้านคุณภาพ (Qualitative Change) ได้แก่ ความสามารถในการฟังพูดอ่านเขียน การคิดเลข การแก้ปัญหาทักษะการช่วยตนเอง การทรงตัว การเคลื่อนไหว การกระโดด การรู้จักแบ่งปันมีน้ำใจยิ้มแย้ม ซึ่งพัฒนาการทุกด้านของมนุษย์ ถ้าได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการแล้วพัฒนาการของมนุษย์จะเป็นไปอย่างสมวัย

**การเจริญเติบโต (Growth)** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านปริมาณเช่นขนาดของร่างกายและอวัยวะเกิดจากการเพิ่มจำนวนและขนาดของเซลล์และส่วนหล่อเลี้ยงทำให้รูปร่างเปลี่ยนในเรื่องของน้ำหนักส่วนสูงขนาดลำตัวรวมทั้งอวัยวะและโครงสร้างภายในเพื่อทำหน้าที่ให้เหมาะสมแต่ไม่รวมการมีลักษณะใหม่ๆหรือความสามารถใหม่ๆที่เกิดขึ้นด้วยซึ่งการเจริญโต จะสิ้นสุดลงเมื่อถึงจุดสูงสุดของวุฒิภาวะทางร่างกาย เมื่ออายุประมาณ 21 ปี พัฒนาการนั้นจะดำเนินไปทุก ๆ ช่วงอายุของชีวิตในทุก ๆ ส่วนของร่างกายและพัฒนาการเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยการเจริญเติบโตเป็นพื้นฐาน

**วุฒิภาวะ (Maturation)** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางคุณภาพเป็นผลรวมที่เกิดจากอิทธิพลของยีน (Gene) ซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรมวุฒิภาวะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเรียนรู้แต่ไม่ได้เป็นผลมาจากการเรียนรู้ถ้าขาดอย่างใดอย่างหนึ่งความสามารถบางอย่างอาจจะไม่เกิดขึ้นหรือช้ากว่าที่ควรได้

**การเรียนรู้ (Learning)** หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปจากเดิมเป็นพฤติกรรมค่อนข้างถาวรโดยมนุษย์สามารถเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น ดังนั้นพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์จึงได้รับอิทธิพลจากการสังเกตพฤติกรรมและผลของการแสดงพฤติกรรมของบุคคลอื่น ดังนั้นการเรียนรู้ของเด็กเป็นผลมาจากประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมและมีการฝึกฝนตั้งแต่วัยทารกในการเรียนรู้ของเด็กนั้นสิ่งที่มีอิทธิพลได้แก่ สภาพแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ ความต้องการและความสนใจของเด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ความสามารถต่าง ๆ ของเด็กถูกนำออกมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยมีขอบเขตคือ ใช้ช่วงเวลาสั้นการรับรู้เนื้อหาแบบรูปธรรมวิธีการเรียนรู้ในแบบของการเล่นลงมือปฏิบัติสำรวจสิ่งรอบตัวตามความพอใจของตนเอง ลักษณะเช่นนี้นับเป็นการเรียนรู้ตัวอย่างเด็กเกิดการเรียนรู้ด้านการอ่านหนังสือของเด็ก

## 2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

**2.1 ทฤษฎีพัฒนาการของอาร์โนลด์กีเซล<sup>(30)</sup>** นักจิตวิทยาชาวอเมริกันผู้เริ่มก่อตั้งสถาบันพัฒนาการเด็ก ณ มหาวิทยาลัยเยล ระหว่างปี ค.ศ.1930-1941 เขาเป็นคนแรกที่สนับสนุนและอธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กว่า การเจริญเติบโตของเด็กทางร่างกายเนื้อเยื่ออวัยวะหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ และพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นเป็นรูปแบบที่แน่นอนและเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้นประสบการณ์และสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบรองที่ต่อเติมเสริมพัฒนาการต่าง ๆ กีเซลเชื่อว่าวุฒิภาวะจะถูกกำหนด โดยพันธุกรรมและมีในเด็กแต่ละคนมาตั้งแต่เกิดซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เด็กแต่ละวัยมีความพร้อมทำสิ่งต่าง ๆ ได้ถ้าวุฒิภาวะหรือความพร้อมยังไม่เกิดขึ้นตามปกติในวัยนั้น ๆ สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กผลงานดังกล่าวได้สร้างเกณฑ์มาตรฐานสำหรับวัดพฤติกรรมของเด็กในแต่ละระดับเน้นความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมซึ่งเขาได้แบ่งพัฒนาการของเด็กที่ต้องการวัดและประเมินออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่



1. พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว (Motor Behavior) ครอบคลุมการบังคับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายและความสัมพันธ์ทางการเคลื่อนไหว
2. พฤติกรรมทางการปรับตัว (Adaptive Behavior) ครอบคลุมความสัมพันธ์ของการใช้มือและสายตาการสำรวจค้นหาการกระทำต่อวัตถุการแก้ปัญหาในการทำงาน
3. พฤติกรรมทางการใช้ภาษา (Language Behavior) ครอบคลุมการที่เด็กใช้ภาษา การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน
4. พฤติกรรมส่วนตัวและสังคม (Personal-Social Behavior) ครอบคลุมการฝึกปฏิบัติส่วนตัว เช่น การกินอาหารการขับถ่ายและการฝึกต่อสภาพสังคม เช่น การเล่นการตอบสนองผู้อื่น จากแนวความคิดของกิลเบิร์ตทอร์นโฮลด์ทอร์นโฮลด์สามารถนำมาอธิบายพัฒนาการของมนุษย์ในด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกายและสามารถนำไปเชื่อมโยงกับพัฒนาการทางสติปัญญาได้อีกด้วย

## 2.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดของ Jean Piagen<sup>(31)</sup>

จิน เพียเจท์ เป็นนักชีววิทยาชาวสวิสเซอร์แลนด์ เป็นบุคคลแรกที่ทำการศึกษาพัฒนาการด้านความคิดของมนุษย์อย่างมีระบบระเบียบ สามารถพิสูจน์ให้เห็นจริงได้ แนวคิดพื้นฐานของเขาคือเขาเชื่อว่าเด็กไม่ได้เกิดมาพร้อมกับความรู้และความคิด เด็กเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัว และพัฒนาความคิดไปตามลำดับขั้นตอน ความเจริญเติบโตทางความคิดพัฒนาไป “พร้อมกับพัฒนาทางกาย” ด้านต่างๆ การอบรมหรือสอนวิทยาการต่างๆ แก่เด็กไม่ตรงตามกระบวนการพัฒนาการทางความคิดของเด็กแล้ว ย่อมเป็นการสูญเสียเปล่าในบางกรณี อาจกลายเป็นโทษมากกว่าคุณ

จุดศูนย์กลางความฉลาด คือความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เด็กเรียนรู้และปรับตัวโดยใช้ปฏิกิริยาสะท้อน (reflex) ระบบประสาทสัมผัส (sensory) และการเคลื่อนไหว (motor) ในระยะแรกๆ ของชีวิต เด็กจะใช้ศักยภาพทางชีวภาพเหล่านี้เป็นสื่อในการเรียนรู้และพัฒนาความคิดเกี่ยวกับโลกและบุคคล ในช่วงวัยต่อๆ มาเด็กจะใช้ความสามารถดังกล่าวพัฒนาความคิดอย่างซับซ้อนและเป็นขั้นตอนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

## สรุปขั้นตอนพัฒนาการทางความคิดของเพียเจท์<sup>(32)</sup>

อายุโดยประมาณ	ลำดับขั้นพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการเด่นๆ บางประการ
<p>1. ตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แรกเกิด -1 เดือน ปฏิกริยาสะท้อน (reflex) เริ่มทำหน้าที่ดูด กิน กลืนนม</li> <li>- 1-4 เดือน อวัยวะรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหวทำงานสัมพันธ์กัน เช่น ตาและมือ เห็นสิ่งของเอื้อมมือหยิบ เอาใส่ปาก ดูด กัด อม ฯลฯ</li> <li>- 4-8 เดือน เลียนแบบพฤติกรรมที่ฟังพอใจซ้ำๆ สำรวจตัวเอง ทำเสียง เลียนเสียงผู้อื่น เล่น เข้าสังคม</li> <li>- 8-11เดือน แสวงหาสิ่งที่ฟังพอใจง่ายๆ เห็นของเล่นที่พอใจเคลื่อนไหวทำไป ไม่นึกถึงความลำบาก</li> <li>- 11-12 เดือน เล่น อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง ให้ประจักษ์สัมผัสด้วยตัวเอง เช่น เขย่าขวดนมเพื่อฟังเสียง</li> <li>- 12 เดือน-2ปี คิดเหตุการณ์ไม่จำเป็นเฉพาะหน้า (ตา-ดู หู-ฟัง สัมผัส-แตะต้อง) พูดภาษาเป็นเรื่องราว รู้จักคิดต้องการสิ่งใดจะทำอย่างไร</li> </ul>	<p>1.ขั้นใช้สัมผัสและกล้ามเนื้อ (sensor motor period) คิดด้วยประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้ว่านั่นคือวัตถุซึ่งแตกต่างจากตัวฉัน</li> <li>- รู้จักแสวงหาสิ่งเร้า รู้จักสิ่งน่าสนใจ</li> <li>- ภาษาพูดยังไม่เต็มที่</li> <li>- เข้าใจเรื่องราวโดยการใช้การเคลื่อนไหวและประสาทสัมผัส</li> <li>- รู้ว่าวัตถุที่มีอยู่ย่อมไม่สูญหายไป</li> <li>- ความเฉลียวฉลาดสังเกตได้จากการกระทำที่เห็นได้</li> <li>- มีโลกทัศน์อยู่กับเหตุการณ์เฉพาะหน้า</li> <li>- ไม่เข้าใจโลกความเป็นจริง</li> </ul>



อายุโดยประมาณ	ลำดับขั้นพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการเด่นๆ บางประการ
2. อายุ 2-7 ปี	2. ขั้นกำหนดความคิดไว้ล่วงหน้า (pre-conceptual, thoughtperiod) (2-4 ปี) ขั้นคิดเอาเอง (intuitive) (4-7 ปี)	<ul style="list-style-type: none"><li>- คิดเอาแต่ใจตัว</li><li>- ไม่เข้าใจความคิดของผู้อื่น</li><li>- เห็นความเหมือนแต่ไม่เห็นความแตกต่าง ฉะนั้นถ้าวัตถุสองอย่างมีความคล้ายกันในบางลักษณะวัตถุทั้งสองอย่างนั้นย่อมเหมือนกันในลักษณะอื่นๆ ทั้งหมดด้วย</li><li>- ใช้เหตุผลจากการรับรู้เป็นแม่บท</li><li>- แก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผลยังไม่ค่อยได้</li><li>- รู้จักแยกประเภทและแบ่งชั้น</li><li>- เข้าใจเรื่องความเกี่ยวพัน</li><li>- คิดเอาเองมากกว่าคิดเป็นเหตุผล</li><li>- เข้าใจจำนวนเลข</li></ul>

อายุโดยประมาณ	ลำดับขั้นพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการเด่นๆ บางประการ
3. อายุ 7-11 ปี	3.ขั้นใช้ความคิดปฏิบัติการ รูปธรรม (concrete operation)	ลักษณะพัฒนาการเด่นๆ บางประการ <ul style="list-style-type: none"> <li>- เริ่มพัฒนาความคิดเรื่องการทรงสภาพเดิมของวัตถุ</li> <li>- การทรงสภาพเดิมของปริมาณ (อายุ 5 ปี)</li> <li>- การทรงสภาพเดิมของน้ำหนัก (อายุ 6 ปี)</li> <li>- การทรงสภาพเดิมของปริมาตร (อายุ 7 ปี)</li> <li>- รู้จักคิดอย่างใช้เหตุผล สามารถคิดย้อนกลับได้ (ในเชิงเลขคณิต)</li> <li>- รู้จักคิดในเชิงสัมพันธ์</li> <li>- รู้จักแบ่งแยกจัดหมวดหมู่อำดับชั้น</li> <li>- รู้จักองค์ประกอบตามลดหลั่นจากเล็กไปหาใหญ่</li> </ul>



อายุโดยประมาณ	ลำดับขั้นพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการเด่นๆ บางประการ
4. อายุ 11-15 ปี	4. ขั้นใช้ความคิดปฏิบัติการ อย่างเป็นระบบ (formal operation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าใจเรื่องการทรงสภาพเดิม</li> <li>- สามารถคิดได้ โดยไม่ใช่วัตถุเป็นสื่อ (นามธรรม)</li> <li>- มีความคิดในเชิงตั้งคำถามและวิธีการหาคำตอบ</li> <li>- สามารถคิดรวบยอดรู้จักคิดวิเคราะห์ ตีความหมาย</li> <li>- คิดในรูปแบบต่างๆ ได้สมบูรณ์แล้ว</li> <li>- รู้จักตั้งสมมติฐานและแสวงหาความเป็นจริง เพื่อพิสูจน์สมมติฐาน</li> <li>- พัฒนาเชิงความคิดเชิงอุดมคติที่เข้มข้น</li> </ul>

### หลักการของการพัฒนาการด้านความคิด

พัฒนาการด้านการเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างไร ตามแนวคิดของเพียเจท์ ได้แบ่งพัฒนาการออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการรับรู้ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับโลกที่ปรากฏต่อตัวบุคคลนั้น (assimilation) และขั้นตอนการปรับเปลี่ยนแนวความคิดของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลใหม่นั้น (accommodation) ทั้ง 2 ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นโดยผ่านหลักการที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน 3 ประการคือ การจัดระบบ (organization) การปรับตัว (adaptation) และการรักษาสมดุล (equilibration) หลักการเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์ต่อการกระบวนการพัฒนาการไปตามสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ

ทั้งนี้การพัฒนาภาษามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาความคิดอย่างใกล้ชิดจนแยกไม่ออก และเชื่อว่ากระบวนการความคิดขึ้นต่างๆ เป็นพัฒนาการที่ค่อยๆ เจริญขึ้นตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงขั้นเต็มทีในระยะเวลาวัยรุ่น หลังจากนั้นเป็นระยะฝึกฝน อบรมความคิดให้เฉียบคมยิ่งขึ้น คุณภาพของความคิดแตกต่างกันไปในแต่ละคนขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น พันธุกรรม ความสามารถทางภาษา ประสบการณ์ เป็นต้น

### สำหรับวัยทารก ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากในการพัฒนาทางความคิดเร็วหรือช้า หรือลึกลับซึ้ง คือ

1. โอกาสที่เด็กจะได้เล่น เพราะการเล่นช่วยส่งเสริมความเข้าใจสิ่งแวดล้อม ดังคำกล่าวที่ว่าการเล่นคือ การเรียน
2. ความสามารถที่จะเข้าใจภาษา และใช้ภาษาให้ผู้อื่นเข้าใจ
3. พัฒนาการของกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสเป็นส่วนใหญ่ ถ้าเด็กได้มีโอกาสแตะต้อง เห็น และได้ยิน วัตถุที่ให้การเรียนรู้จะช่วยพัฒนาความคิดสติปัญญาอย่างมาก

**สรุปได้ว่า** เพื่อการให้ชีวิตมีเสถียรภาพการรับรู้ข้อมูลใหม่ (assimilation) และการปรับเปลี่ยนแนวความคิดของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ (accommodation) เกิดขึ้นเคียงคู่กันไปในการรักษาสมดุลและการรักษาเสถียรภาพดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นตลอดเวลาของการดำรงชีวิต ซึ่งสามารถสังเกตเห็นกระบวนการนี้ได้ในทุกๆ วัยของชีวิต ตั้งแต่วัยที่เป็นทารกน้อยๆ จากการศึกษาทฤษฎีของเพียเจท์สามารถนำองค์ความรู้แบบในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้ตามพัฒนาการเด็กและสามารถนำไปออกแบบการเลี้ยงดูเด็กที่ตอบสนองต่อพัฒนาการเด็กตามวัยได้อย่างเหมาะสม

### 3. ทฤษฎี Psychosocial developmental stage ของ Erik Erikson<sup>(33)</sup>

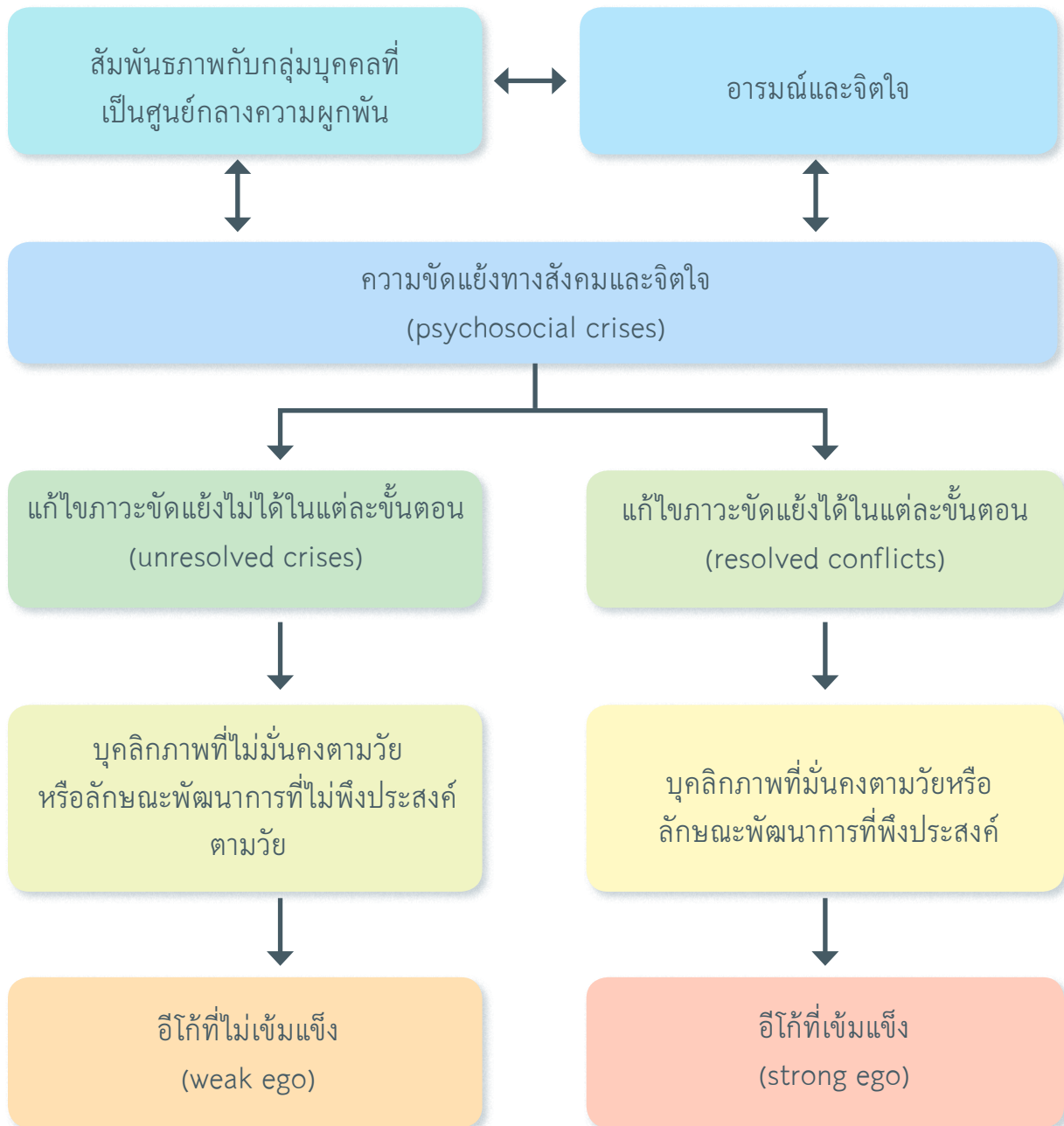
เอริก แอริกสัน ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนามนุษย์และพัฒนาบุคลิกภาพ ได้แบ่งชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 8 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนบอกระยะอายุไว้อย่างพอสังเขป ระยะอายุนี้นี้เป็นการแบ่งอย่างคร่าว ๆ เพราะแตกต่างกันไปในรายบุคคลและแตกต่างกันไปตามอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม สี่ขั้นตอนแรกเป็นระยะวัยทารกและวัยเด็ก ขั้นตอนที่ทำ เป็นระยะวัยรุ่น สามขั้นตอนสุดท้ายเป็นวัยผู้ใหญ่

คำว่า **ขั้นตอน (Stage)** คือ มนุษย์มีกระบวนการพัฒนาการเป็นขั้น ๆ จากลำดับหนึ่งไปสู่อีกลำดับหนึ่งเหมือนการขึ้นบันได ไม่มีการข้ามขั้น พัฒนาการลำดับต้นย่อมมีผลกระทบสืบเนื่องต่อพัฒนาการลำดับต่อไป แอริกสันเน้นว่าลักษณะสัมพันธ์ภาพที่บุคคลมีกับกลุ่มบุคคลต่างๆ (เช่น พ่อ แม่ เพื่อน สามี-ภรรยา) และข้อขัดแย้งทางสังคมจิตวิทยา (psychosocial crises) ที่เกิดจากความสัมพันธ์นั้นๆ เป็นจุดกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมและพัฒนาการบุคลิกภาพในรูปแบบต่างๆตามลำดับ ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสูงอายุ มีทั้งหมด 8 ขั้นตอน

เอริก แอริกสัน เน้นกระบวนการทางจิตสังคมว่าเป็นจุดกระตุ้นหล่อหลอมบุคลิกภาพนี้เอง เขาจึงให้ชื่อทฤษฎีของเขาว่า Psychosocial Developmental Stage



แผนภูมิแสดงความขัดแย้งทางสังคม-จิตใจที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง  
หรืออ่อนแอ หรือพัฒนาการที่พึงประสงค์-ไม่พึงประสงค์ตามแนวคิดของแอร์ริคสัน



## ลักษณะความขัดแย้งทางสังคม-จิตใจ 8 ขั้นตอน

แอร์คสัน อธิบายว่า ข้อขัดแย้งนี้เกิดจากความสัมพันธ์ที่ปัจเจกชนมีกับกลุ่มบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความผูกพัน (ตารางที่ 1) ถ้าบุคคลสามารถแก้ไขภาวะวิกฤตและข้อขัดแย้งได้ด้วยดีพอสมควร ทำให้เกิดลักษณะพัฒนาการและลักษณะบุคลิกภาพที่พึงประสงค์เรื่อยไปตามลำดับขั้น ซึ่งส่งผลคือมีโครงสร้างบุคลิกภาพที่มั่นคง หากปัจเจกชนไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งนี้ได้ด้วยดีก็ก่อให้เกิดพัฒนาการและบุคลิกภาพที่เป็นปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง มากน้อยตามความรุนแรงของข้อขัดแย้งที่แก้ไขไม่ตก ข้อขัดแย้งทางสังคม-จิตใจมีลักษณะเป็นคู่ๆ ทั้ง 8 ขั้นตอน ตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ลักษณะขัดแย้งที่เป็นคู่นี้จะต้องพัฒนาให้พืงมีพืงเป็น ในโครงสร้างบุคลิกภาพอย่างสมดุลกัน บุคคลจึงจะมีบุคลิกภาพอย่างมั่นคง คือ มีอีโก้ที่เข้มแข็ง เพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะข้อขัดแย้งทางจิตใจเหล่านี้ จะได้อธิบายแต่ละขั้นตอน โดยในที่นี้จะอธิบายเฉพาะช่วงเด็กปฐมวัย 3 ขั้นตอนเท่านั้น

**ขั้นตอนที่ 1** ความไว้วางใจแย้งกับความสงสัยน้ำใจผู้อื่น (trust vs. mistrust) ระยะเวลาเป็นระยะวัยทารกแรกเกิดจนถึง 18 เดือน ความไว้วางใจในผู้อื่นเกิดจากการที่เด็กทารกได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางกายและทางจิตใจ เช่น ได้รับการดูแล ต้ม นม คล่าสัมผัส อุ้มชู นอน เล่นเสียง มีผู้พูดให้ฟัง มีผู้อยู่ใกล้ๆ เปลี่ยนผ้าให้เมื่อสกปรก กล่อมให้นอนเมื่อร้องงอแง สิ่งเหล่านี้ทำให้ทารกได้รับความสุขสบายและพอใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าโลกนี้น่าอยู่ เมื่อมีทุกข์ร้อนก็มีผู้จัดปัดเป่าให้ ความรู้สึกนี้ก่อให้เกิดความไว้วางใจในบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และขยายวงไปสู่ความไว้วางใจในตนเองและไว้วางใจผู้อื่น อย่างไรก็ดี ทารกที่ได้รับการสนองความต้องการทางกายภาพ อารมณ์จนรู้สึกสบายตลอดเวลา และล้นเหลือนั้น จะกลายเป็นคน “เชื่อถือไว้วางใจคนง่ายเกินไป” ส่วนทารกที่มักไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางกายภาพตนเข้าขั้น “ขาดแคลน” นั้นก็มักจะเป็นคนระแวงง่าย ดังนั้นพัฒนาการควรมีความสมดุลระหว่างความเชื่อถือไว้วางใจในน้ำใจบุคคลอื่น กับความระแวงสงสัยในน้ำใจผู้อื่น ความพอดีของคุณสมบัติ 2 ประการนี้ ทำให้ทารกพัฒนาความรู้สึกว่า “โลกนี้มีที่หวังและมีความหวัง” ความรู้สึกเช่นนี้เป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าของมนุษย์ที่ต้องพัฒนาให้มีให้เป็น เพราะเป็นพลังผลักดันให้มนุษย์ต้องสู้อุปสรรคต่างๆ ซึ่งต้องเกิดขึ้นในกระแสชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น

**ขั้นตอนที่ 2** ความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (autonomy vs. Shame and doubt) ขั้นนี้เป็นระยะอยู่ในวัยทารกตอนปลาย (18 เดือน-3 ปี) ทารกเริ่มรู้จักควบคุมตนเองในการใช้กล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส มีความกระหายใคร่รู้จักสิ่งแวดล้อมรอบตัว และพากเพียรที่จะเป็นตัวของตัวเอง ทำอะไรด้วยตนเอง (autonomy) ทารกจึงซุกซนอยู่ไม่สุข ขณะเดียวกันผู้เลี้ยงดูทารกก็มักควบคุมกิจกรรมของทารกด้วยเกรงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทารก ทารกที่ผู้เลี้ยงดูปล่อยให้เขาทำอะไรดังใจปรารถนา โดยไม่เกินเลยเกินไป จะพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง แต่ถ้าทารกถูกควบคุมมากเกินไปก็จะเกิดความรู้สึกละอายใจและไม่แน่ใจตนเอง ความรู้สึกทั้งสองประการ (ละอายใจและไม่แน่ใจ)



ถ้ามีมากจะทำให้ทารกผู้นั้นพัฒนาบุคลิกภาพที่ชอบทำอะไรแบบๆ ซ่อนๆ ปิดบัง จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ชอบทำอะไรลับๆ ไม่เปิดเผย ชอบพูดปด แต่ทารกที่มีความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไปก็อาจเกิดนิสัยเป็นคนเจ้าคนยก ไม่ยอมเคารพกฎระเบียบของสังคม ชอบทำอะไรแปลกๆ ต่อต้านสังคม ความพอดีระหว่างความเป็นตัวของตัวเองตามความเหมาะสม จะมีความตั้งใจมั่นในการกระทำกิจต่างๆ และรู้จักตัดสินใจด้วยตนเองว่าอะไรถูกอะไรผิด อะไรดีอะไรชั่ว อะไรเหมาะอะไรควร เหล่านี้เป็นคุณสมบัติที่พึงปรารถนาในโครงสร้างบุคลิกภาพอันมั่นคง

**ขั้นตอนที่ 3** ความคิดริเริ่มแย่งกับความรู้สึกละอาย (initiative vs. guilt) เป็นระยะวัยเด็กตอนต้น เด็กมีความสามารถทางกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสซึ่งตนเองได้ดีในการเคลื่อนไหว หยิบฉวย เดิน เริ่มพูดภาษาสื่อความได้ และเข้าใจภาษาพูดซึ่งเป็นภาษาแม่ด้วยดี สมรรถภาพทางกายและจิตใจเริ่มทำงานร่วมประสานกัน ชีวิตประจำวันของเด็กเป็นไปอย่างมีความมุ่งหมายและตัดสินใจเด็ดเดี่ยวมั่นคงกว่าเดิม เด็กอยากเรียนรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว รู้จักใช้ความคิดฝัน และมีความคิดสร้างสรรค์ (เด็กวัยนี้จึงชอบทำอะไรแปลกๆ แปลกๆ ดื้อรั้น หรือประเภทยิ่งว่ายิ่งยุ) เป็นช่วงเวลาที่เด็กซุกซนมาก ชอบการเล่นที่เป็นเกมต่างๆ และชอบของเล่นทุกชนิด เด็กที่ถูกสกัดกั้นความคิดฝัน หรือห้ามไม่ให้สำรวจตรวจสอบตราสิ่งต่างๆ หรือห้ามไม่ให้เล่น ไม่ให้ทำอะไรๆ มากเกินไป (เช่น เด็กที่บิดาและมารดาทะนุถนอมเกินไป เด็กที่ต้องอยู่ในกรอบระเบียบกฎเกณฑ์เกินไป เด็กถูกทำโทษมากเกินไปถูกห้ามด้วยคำสั่งห้าม “อย่าทำ” “อย่าเล่น” “อย่ายุ่ง” ฯลฯ มากเกินไป จะเกิดความรู้สึกละอายและกลัวการถูกลงโทษ จนอาจพัฒนาบุคลิกภาพแบบ “รู้สึกละอาย” (guilt personality) หรือเป็นคนชอบหลีกเลี่ยงความจริงโดยใช้ความคิดฝัน หรืออาจชอบแสดงความก้าวร้าวอวดดีเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนปรารถนาความพอดีระหว่างความคิดริเริ่มและความรู้สึกละอายจะทำให้เด็กพัฒนาคุณสมบัติเป็นคนชอบสร้างสรรค์ รู้จักคิดหาวิธีแก้ไขปรับปรุงกิจการต่างๆ ที่ต้องกระทำและเป็นคนที่กล้าเผชิญความเป็นจริงของตนเองและของชีวิต

สรุปทฤษฎี Psychosocial developmental stageของ แอริคสัน (เก็บความจาก Erikson 1950; Hoffman et al. 1988 ; Lefrancois 1993)

ลำดับ ขั้นตอน	อายุโดย ประมาณ	กลุ่มบุคคลที่เป็น ศูนย์กลางความ ผูกพัน	ลักษณะความขัด แย้ง ทางจิตสังคม (Psychosocial- crisis)	ลักษณะพัฒนาการ บุคลิกภาพที่พึง ประสงค์ (strong ego)	ลักษณะพัฒนาการ บุคลิกภาพที่ไม่พึง ประสงค์ (weak ego)	สิ่งที่มีอิทธิพลต่อ การพัฒนาการทาง บวกหรือ/และลบ	ลักษณะเด่นของ พัฒนาการประจำ ขั้น
1.	0 – 18 เดือน	- พ่อแม่หรือผู้รับ หน้าที่แทน	ความไว้วางใจขัด แย้งกับความ สงสัยนำใจผู้อื่น (trust vs mis- trust)	- มีพลังกำลังและ มีความหวัง - รู้จักอดทนเมื่อ ต้องรอคอย	- ขี้สงสัย - หนีสังคม - ไม่ไว้วางใจใครเลย	- แม่ ความรัก ความอบอุ่น มิตรไมตรี	- เป็นฝ่ายต้อนรับ - รู้จักให้ตอบแทน - พัฒนาการไว วางใจกับโลก รอบๆ ตัวเขา - สำราจโลก
2.	18 เดือน – 3 ปี	- พ่อแม่หรือผู้รับ หน้าที่แทน	ความเป็นอิสระขัด ใจแย้งกับความ ละอายใจและไม่ แน่ใจ (autono- my vs shame and doubt)	- รู้จักควบคุม ตนเองและมี ความตั้งใจมั่น	- ย้ำคิดย้ำทำ - ลีกลับ - ต่อต้านสังคม	- พ่อแม่ที่ สนับสนุนลูก - การเลียนแบบ	- ค่อยดึงหรือยอม ให้ไป - พัฒนาการรู้สึก ว่าตนสามารถ ควบคุมพฤติกรรม - พัฒนาการรู้สึก ว่าถ้าตนมีความ ตั้งใจทำอะไรก็ จะแสดงออกตาม เจตนา

สรุปทฤษฎี Psychosocial developmental stageของ แอริคสัน (เก็บความจาก Erikson 1950; Hoffman et al. 1988 ; Lefrancois 1993)

ลำดับ ขั้นตอน	อายุโดย ประมาณ	กลุ่มบุคคลที่เป็น ศูนย์กลางความ ผูกพัน	ลักษณะความขัด แย้ง ทางจิตสังคม (Psychosocial- crisis)	ลักษณะพัฒนาการ บุคลิกภาพที่พึง ประสงค์ (strong ego)	ลักษณะพัฒนาการ บุคลิกภาพที่ไม่พึง ประสงค์ (weak ego)	สิ่งที่มีอิทธิพลต่อ การพัฒนาการทาง บวกหรือ/และลบ	ลักษณะเด่นของ พัฒนาการประจำ ขั้น
3.	3 - 6 ปี	- สมาชิกใน ครอบครัว	ความคิดริเริ่มแย้ง กับความรู้สึกผิด (initiative vs guilt)	- ทำอะไรๆ อย่าง มีจุดมุ่งหมาย มุ่ง ความสำเร็จ - มีแนวทางที่จะทำ ไป	- ระมัดระวังตัว เกินไป - รู้สึกผิดมากเกินไป	- พ่อแม่ที่ สนับสนุนลูก - การหาอัตลักษณ์ แห่งตน - พัฒนาอัตลักษณ์ ที่ไม่มีตัวแบบ - พัฒนากับตัวแบบ ที่รู้จัก (เช่น พ่อ แม่) - เริ่มรู้จักรับผิดชอบ ต่อการกระทำ ผิดตนเอง	- ทำโดยเลียน แบบ - ลองทำแบบลอง ผิดลองถูกโดย ไม่มีตัวแบบ - พัฒนาอัตลักษณ์ แห่งตนกับตัวแบบ ที่รู้จัก (เช่น พ่อ แม่) - เริ่มรู้จักรับผิดชอบ ต่อการกระทำ ผิดตนเอง



## 5. งานวิจัยภายในและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์พัฒนาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พัฒนาการเด็กปฐมวัย

### 5.1 สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย

การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมาจากคุณลักษณะการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้ และจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว<sup>(3)</sup> พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดาและในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด<sup>(4)</sup> จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ<sup>(5)</sup> การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว<sup>(6)</sup> สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II จำนวน 5 ครั้ง เริ่มจากปีพ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553 และ 2557 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 28.30, 28.00, 32.33, 29.71, และ 27.20 ตามลำดับ<sup>(7,8)</sup> สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.10<sup>(9)</sup>

### 5.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก พบปัจจัย 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก

1.) ด้านชีวภาพ (Biological risk factor)<sup>(6)</sup> ประกอบด้วย สุขภาพและภาวะโภชนาการของมารดา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอด สุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็ก

**ระยะก่อนตั้งครรภ์** สุขภาพของมารดาจะมีความสำคัญยิ่ง หากมารดามีโรคประจำตัว อาทิเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะส่งผลต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะน้ำหนักตัวเด็กมากหรือน้อยกว่าปกติ และการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นต้น ส่วนการติดเชื้อในช่วงปริกำเนิด ได้แก่ เอชไอวี หัดเยอรมัน เชื้อสุกใส Cytomegalovirus (CMV) Toxoplasmosis จะทำให้เกิดผลเสียต่อสมองและเกิดความพิการภาวะโรค ดังนั้นเพื่อให้สภาพแวดล้อมของทารกในครรภ์เจริญเติบโตมากที่สุด ลดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Small for gestational age; SGA) และภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด การเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ที่ดีจะส่งผลดีต่อการคลอด<sup>(6)</sup> เช่น การควบคุมเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ การรักษาโรคมalaria การหยุดสูบบุหรี่ก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งจะลดการเสียชีวิตของทารกในครรภ์และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะตั้งครรภ์



**ระยะตั้งครรภ์** การดูแลภาวะโภชนาการของมารดาช่วงตั้งครรภ์ที่ดีย่อมส่งผลที่ดีต่อทารกในครรภ์ กรมอนามัยจึงได้มีนโยบายจ่ายยาเม็ดเสริมโฟลิก ไอโอดีน ธาตุเหล็ก ให้แก่มารดาช่วงตั้งครรภ์ทุกคน ฟรี การเสริมโฟลิกจะเป็นการป้องกันการสร้างระบบประสาทที่ไม่สมบูรณ์ (Neural tube defect) การเสริมไอโอดีนเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาสมอง และมีผลกระทบต่อระบบประสาท ถ้าขาดสารไอโอดีนจะทำให้สติปัญญาลดลง ก่อให้เกิดภาวะสมองพิการ หูหนวก<sup>(10)</sup> จากการรายงานผลการวิจัย (Meta-analysis) ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่ขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดสารไอโอดีน 6.9 - 10.2 จุด<sup>(11)</sup> และการขาดสารไอโอดีนทำให้ระดับเซวอนปีญญาของเด็กและวัยรุ่นลดลงโดยเฉลี่ยประมาณ 13.5 จุด<sup>(12)</sup> การเสริมธาตุเหล็กจะช่วยการคลอดที่ปลอดภัย ลดอัตราการตายของมารดา<sup>(6)</sup> นอกจากนี้การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและเด็กในครรภ์ โดยพบความชุกของเด็กทารกที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในแม่ตั้งครรภ์ร้อยละ 1.00<sup>(13)</sup>

**ระยะหลังคลอด** สุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็กจะเป็นปัจจัยที่สำคัญ การศึกษาในเด็กอายุ 3 - < 6 ปี ในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย คือ จังหวัดแพร่ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสระบุรี และจังหวัดกรุงเทพมหานคร เมื่อทดสอบด้วยเครื่องมือ Denver II พบเด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าวัย ร้อยละ 46.70 โดยพบว่า มีเด็กร้อยละ 11.50 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเด็กร้อยละ 20.70 มีการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ก่อนการสำรวจ<sup>(25)</sup>

**อาหารและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย** จากมติการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 54 พ.ศ. 2546 กำหนดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Exclusive Breast Feeding) เป็นเวลา 6 เดือนและให้อาหารเสริมร่วมกับนมแม่ต่อไปจนเข้าขวบปีที่ 2 โดยรายงานสรุปของ WHO ในปีพ.ศ. 2556 พบว่า การกินนมแม่ส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก 2.19 - 3.45 จุด<sup>(14)</sup> นั้นแสดงว่าการกินนมแม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านบวกกับเด็ก<sup>(15)</sup> จากการศึกษาระยะยาวพบว่า เด็กที่กินนมแม่เป็นหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจะส่งผลดีต่อความสามารถทางสติปัญญา พัฒนาการ ความสามารถด้านการศึกษาและสุขภาพจิต<sup>(16)</sup> ส่วนภาวะโภชนาการของเด็กจากการศึกษาวิจัย พบว่าเด็กที่มีภาวะเตี้ย แคระแกร็น ขาดสารอาหารและการขาดธาตุเหล็กส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก<sup>(17)</sup> ภาวะชืดมากจากการขาดธาตุเหล็กถึงแม้ได้รับการรักษาแต่ก็ไม่สามารถช่วยให้ความสามารถทางสติปัญญากลับมาดีได้ดังเดิม<sup>(18)</sup>

**2.) ปัจจัยด้านสังคม** ประกอบด้วย อายุ อาชีพและการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและสุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดู

**อายุช่วงตั้งของมารดา** พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่เคยมีบุตรมีความเสี่ยงต่อการคลอดเด็กน้ำหนักตัวน้อย<sup>(19)</sup> และระดับการศึกษาของมารดา จะมีผลมากกว่าระดับการศึกษาของพ่อ<sup>(20,21,22)</sup>

**สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว** จากการศึกษาในประเทศแอฟริกา(34) เรื่องพฤติกรรมของมารดาและบิดาที่มีต่อเด็กอายุ 3 - 4 เดือนและเด็กทารกในครอบครัวแอฟริกัน อเมริกัน ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง (Mothers's and Fathers' Behaviors Toward Their 3 to 4 Month Old Infants in Lower, Middle, and Upper Socioeconomic African American Families) การศึกษานี้ ศึกษากลุ่มพ่อแม่ชาวแอฟริกัน อเมริกัน ผู้ดูแลเด็กและกลุ่มในสังคมที่ดูแลเด็กรอบ ๆ บ้าน กลุ่มครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่อยู่ระดับต่ำ จำนวน 20 คน ระดับปานกลาง และสูง จำนวนกลุ่มละ 21 คน โดยครอบครัวเหล่านี้มีลูกช่วงอายุ 3 - 4 เดือนและวัยทารก โดยใช้วิธีการสังเกตเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยเริ่มสังเกตตั้งแต่ 8.00 - 20.00 น. ในช่วงวันทำการเป็นเวลา 4 วัน และใช้เวลาสังเกตเป็นบล็อกๆ ละ 3 ชั่วโมงต่อวัน โดยทำการสังเกตใน 6 ด้าน คือ การเผชิญหน้า การปรับตัวซึ่งกันและกัน การดูแล การให้อาหาร การอุ้ม และการใกล้ชิดกัน ในสถานที่ต่างๆ เช่น ห้องทดลอง เตียงเด็ก โซฟา สถานที่เล่นของเด็ก ห้องครัว ห้องนั่งเล่น สนามเด็กเล่น การคัดเลือกกลุ่มประชากรศึกษาใช้วิธีการประกาศทางหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น จากสถานบริการสุขภาพในท้องถิ่น หน่วยงานในชุมชน โบสถ์ และการบอกปากต่อปาก ซึ่งครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการต้องจ่ายเงินจำนวน 60 เหรียญสหรัฐ **ผลการศึกษาพบว่า** แม่จะมีเวลาสะดวกที่จะดูแลลูกได้มากกว่าพ่อ ทั้งนี้ขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว แม่เลี้ยงดูทารกได้มากกว่าพ่อ ในขณะที่พ่อมีการพูดและแสดงออกถึงความรักต่อลูกได้มากกว่าแม่ ซึ่งแม่และพ่อมีปฏิสัมพันธ์กับลูกที่เป็นทารกเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ครอบครัวจากสังคมชั้นสูง พ่อที่มีลูกสาวจะมีเวลาเลี้ยงดูลูกมากกว่าที่มีลูกชาย ทั้งพ่อและแม่ ในครอบครัวที่มีฐานะทางสังคมในทุกระดับ แสดงความรัก และวิธีการเลี้ยงดูแบบนุ่มนวลต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า พ่อมีบทบาทในการเลี้ยงดูลูกอยู่ในระดับที่สูงกว่าบรรทัดฐานของชาวแอฟริกัน อเมริกัน มีการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และความมั่นคงในหน้าที่การงานของครอบครัว มีผลต่อการเลี้ยงดูเอาใจใส่ของครอบครัว และนอกจากนี้ มีหลายการศึกษายืนยันว่า แม่มีบทบาทในการดูแลลูกมากกว่าพ่อ ความพร้อมของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก โดยการให้ความรัก ความอบอุ่นอย่างพอเพียง จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม มีการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ดี<sup>(35)</sup> และครอบครัวที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่พอเพียง จะมีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทาง



เศรษฐกิจและสังคมต่ำ<sup>(23,24)</sup> ภาวะเด็กน้ำหนักตัวน้อยและภาวะเตี้ยในกลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ประเทศเนปาล พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาของมารดาและความเป็นอยู่ของครอบครัวที่ต่ำกว่าเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักตัวน้อยและภาวะเตี้ย อีกทั้งการศึกษาของมารดา รายได้ครอบครัว ภาวะวิกฤตในครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 3 - < 6 ปี โดยเด็กที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีรายได้พอเพียง ไม่เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว ในรอบปีที่ผ่านมา และมีการอบรมเลี้ยงดูที่ดี มีสัดส่วนของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่าเด็กที่ ลักษณะตรงกันข้าม<sup>(25)</sup> นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของเด็กอายุ 1 - 6 ปี พบว่า ระดับการศึกษาของพ่อและการมีสิ่งแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก<sup>(26)</sup>

**รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็ก** ที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กในสังคมไทย ผลจากการทบทวนพบว่าการอบรมเลี้ยงดูเน้นในการให้ความรัก ความอบอุ่น ยอมรับความคิดเห็นของเด็ก ใช้เหตุผลในการอบรมสั่งสอน มีความสม่ำเสมอในบทบาทของการให้รางวัลและการลงโทษ จะมีผลเชิงบวกต่อพัฒนาการเด็ก<sup>(36)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูมีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 6 ปี โดยเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบผสม มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยเป็น 1.90 เท่าของเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ที่เน้นการให้ความรัก ความอบอุ่น การมีเหตุผล รวมถึงการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับเด็ก<sup>(37)</sup> สอดรับกับปัจจัยการศึกษาของแม่และการจัดประสบการณ์การอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีการจัดประสบการณ์การอบรมเลี้ยงดูที่ดีและแม่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการสูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่จัดประสบการณ์การอบรมเลี้ยงดูไม่ดีและแม่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็น 2.50 เท่า และ 2.20 เท่า<sup>(38)</sup> ผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็ก กลุ่มเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่คือแม่ โดยมี ปู่ ย่า ตา ยาย คอยช่วยเหลือในตอนกลางวัน พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กมีความมุ่งหวังให้เด็กเป็นคนดี มีการศึกษาสูง เพื่อจะได้มีอนาคตที่ดี สามารถรับผิดชอบตนเองได้ เด็ก 3 - 6 ปี มากกว่าร้อยละ 90.00 ได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านการเรียน โดยส่งเข้าศูนย์เด็กเล็ก ครอบครัวมีการใช้เพลงพื้นบ้านหรือนิทานในการกล่อมเด็กน้อย ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้แก่ การศึกษาของแม่ ผู้ใช้เวลาในการเลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่ และรายได้ของครอบครัว โดยแม่ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา และเป็นผู้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงมีรายได้ครอบครัวที่ดี จะมีโอกาสทำให้เด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี<sup>(39)</sup>

**การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว** มีความสำคัญในการเสริมสร้างการเรียนรู้และเป็นแบบอย่างให้กับเด็ก หากครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ<sup>(27)</sup> การเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัญหาพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มาจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม<sup>(40)</sup> ซึ่งการเลี้ยงดูเด็ก

โดยครอบครัวในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง แม้ว่าเด็ก 1 - 3 ปี ส่วนใหญ่ยังถูกเลี้ยงดูโดยแม่ แต่พบว่าเด็กในจังหวัดกรุงเทพมหานครถูกนำไปฝากเลี้ยงในเวลากลางวัน เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน และพบว่าเด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ได้รับการดูแลจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนถึงร้อยละ 53.30<sup>(41)</sup> ในขณะที่กิจกรรมที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูปฏิบัติร่วมกับเด็ก เช่น การอ่านหนังสือจะส่งผลกระทบต่อด้านสติปัญญามากกว่า 6 จุด แต่การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกม เล่นอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่งผลต่อการเรียน การนอน และการกินของเด็ก สถาบัน American Academy of Pediatrics<sup>(42)</sup> มีคำแนะนำไม่让孩子อายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ และสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการโดยปัจจัยหนึ่งคือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ตามลำพัง<sup>(43)</sup> กรมอนามัย จึงมีนโยบายส่งเสริมให้พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กใช้กระบวนการ กิน กอด เล่าเล่น ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

**สุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก** การศึกษาความสัมพันธ์ความเครียดของการเลี้ยงดูเด็กและพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กกับพัฒนาการด้านภาษาระหว่างเด็กก่อนวัยเรียนที่มีฐานะด้อยทางเศรษฐกิจ<sup>(44)</sup> (The relationship of parenting stress and child temperament to language development among economically disadvantaged preschoolers) เพื่อทดสอบว่าอารมณ์ของเด็กและความเครียดของพ่อแม่ในกลุ่มครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแย่งฐานะยากจน มีลูกอายุเฉลี่ย 4 ปี กลุ่มตัวอย่างผู้ชาย 33 คน ผู้หญิง 25 คน มีเชื้อสาย Caucasian ผลการศึกษา พบดังนี้

- พฤติกรรมความรุนแรงด้านอารมณ์ของเด็ก มีผลมาจากความเครียดของพ่อแม่
- พฤติกรรมความรุนแรงสูงด้านอารมณ์ของเด็ก มีผลต่อการรับรู้คำศัพท์ที่แย่ง ความสามารถในการเล่าเรื่องสั้นลงและมีความหมายความชัดเจนน้อยลง
- สำหรับเด็กที่เข้ากับสังคมง่าย มีแนวโน้มที่เล่าเรื่องราวได้ยาวขึ้นและมีความต่อเนื่องของเรื่องราวที่ดี
- สำหรับเด็กที่มีความกระตือรือร้นสูง มีแนวโน้มในการสร้างความชัดเจนของเรื่องราวดี
- ความเครียดของพ่อแม่ มีผลกระทบโดยตรงต่อการเรียนคำศัพท์ ยกตัวอย่างเช่น แม่ที่มีความเครียดสูงมีลูกที่เรียนรู้คำศัพท์ได้แย่
- ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของพ่อแม่กับความสามารถในการเล่าเรื่องของเด็ก

กรณีศึกษาในเมืองคิยาฮา<sup>(45)</sup> เป็นการประเมินแบบเร่งด่วนของการเลี้ยงดูเด็กที่น่าจะมีผลต่ออารมณ์จิตสังคม และการพัฒนาจิต (A Rapid assessment of child rearing practices likely to affect child's emotional, psychosocial and psychomotor development) วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ

- 1.) ระบุและจัดทำเอกสารเกมในท้องถิ่น อุปกรณ์การเล่น เพลง และนิทานสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี



2.) ค้นหาความรู้ของผู้ปกครองด้านพัฒนาการเด็ก 3.) ศึกษาทัศนคติและการเล่นกับเด็ก 4.) ประเมินวินัยการปฏิบัติของผู้ปกครอง กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาคือครอบครัวในชนบทที่มีเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี สำหรับกิจกรรมการดำเนินการศึกษาคือการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารที่มีอยู่และศึกษาการกระตุ้นพัฒนาการและการเล่นของเด็กในประเทศแทนซาเนีย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้รู้และทำการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้ปกครอง **สรุปผลการศึกษาพบว่า** วิธีการเลี้ยงลูกไม่ได้มีการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้อต่อพัฒนาการเด็ก มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงดูเด็ก เช่น การปฏิบัติทางวัฒนธรรม สังคม รูปแบบทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ด้านเพศ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ปกครองวางเฉยต่อแนวคิดเรื่องพัฒนาการเด็ก แม้ไม่ได้ตระหนักถึงเป้าหมายและปัจจัยที่สำคัญที่จะสนับสนุนพัฒนาการเด็ก และจากเหตุผลดังกล่าวนี้ แม่ไม่เคยวัดพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตของเด็กและไม่ได้ตระหนักถึงหลักการพื้นฐานในการพัฒนาการเด็ก ส่วนเรื่องของการเล่น พบว่า เด็ก ๆ เหล่านี้ถูกปฏิเสธที่จะให้มีพัฒนาการผ่านการเล่น การแนะนำบริษัทที่ผลิตของเล่นมีผลทำให้ของเล่นที่เป็นของดั้งเดิมหายไปและผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญกับการทำของเล่นแบบที่บ้านเองเพื่อให้เด็ก ๆ ได้เล่น เด็ก ๆ ส่วนใหญ่ในพื้นที่ศึกษานี้ จะเป็นเด็กยากจนในชนบท ซึ่งพ่อแม่ยากจน และขาดแคลนทรัพยากรเพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ในหลาย ๆ ครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับของเล่น มองว่าของเล่นเป็นของฟุ่มเฟือย และในเด็กที่พิการก็ไม่มีของเล่นทั้ง ๆ ที่ของเล่นก็เป็นอุปกรณ์ประเภทหนึ่งที่จะช่วยในด้านการศึกษา

**3.) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม** ที่เป็นสิ่งเร้าต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สถานเลี้ยงดูเด็กและผู้เลี้ยงดูเด็กในเวลากลางวัน และการศึกษาของพ่อหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

**การเลือกรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข** ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพของแม่ช่วงตั้งครรภ์ระยะคลอดและช่วงการเลี้ยงดูเด็ก จะส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และเด็กปฐมวัย กรมอนามัย ได้นำแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลกและแนวทางการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ มาใช้ในการให้บริการ ณ คลินิกฝากครรภ์ และคลินิกสุขภาพเด็กดี ในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ จากการประเมินผลโครงการฯ พบว่าภาพรวมความครบถ้วนของบริการทุกอย่างที่พึงได้รับของหญิงตั้งครรภ์ตามอายุครรภ์ พบว่า มีเพียงร้อยละ 16.70 เท่านั้น ที่ได้รับบริการครบถ้วน<sup>(46)</sup> ส่วนความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ พบว่าเด็กร้อยละ 11.00 เท่านั้นที่ได้รับบริการครบถ้วนทุกรายการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดียังบริการไม่ได้คุณภาพ<sup>(47)</sup> และจะส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์ของแม่ เกิดภาวะทารกมีน้ำหนักตัวน้อย การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ความเสี่ยงดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กเป็นอย่างมาก<sup>(48,49,50,51,52)</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนด หรือมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย

**สถานเลี้ยงดูเด็กและผู้เลี้ยงดูเด็กในเวลากลางวัน** การศึกษาโครงการ Sure Start ประเทศอังกฤษ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาสายใยความผูกพันที่คงทนในครั้งที่ 2<sup>(53)</sup> ระหว่างเด็กทารกและวัยเตาะแตะกับผู้ดูแลเด็กในสถานดูแลเด็กกลางวันที่ไม่ใช่ผู้ปกครอง ซึ่งอยู่กับเด็กตลอดเวลาสามารถหลีกเลี่ยงความเครียดและวิตกกังวล (Babies and toddlers in non-parental daycare can avoid stress and anxiety if they develop a lasting secondary attachment bond with one carer who is consistently accessible to them) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ที่เด็กจะไม่สร้างความสัมพันธ์และความใกล้ชิดระหว่างวันที่พ่อแม่ไม่ได้ดูแลและกระบวนการปกป้องด้านจิตวิทยา ซึ่งเกิดขึ้นในขณะการตอบสนองการสร้างความสัมพันธ์ให้ดำรงอยู่ตลอดเวลา ศึกษาในเด็กอายุ 36 เดือน วิธีการศึกษาโดยศึกษาจากเอกสารของโครงการและการสังเกตการณ์ ผลการศึกษาพบว่า

- การขาดการให้ความสัมพันธ์และอยู่ชิดใกล้กับเด็กเป็นระยะเวลาสั้น ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์แก่เด็กในอนาคต ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้ในเวลาที่ศึกษา
- การสร้างความสัมพันธ์ของ Day care ที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้พ่อแม่เกิดความสมดุลระหว่างเรื่องงานและเรื่องครอบครัว โดยที่ไม่ทำให้การพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจตกอยู่ในความเสี่ยง
- พ่อแม่กังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของลูก เพราะฉะนั้นสิ่งที่พ่อแม่สนใจสำหรับสถานที่เลี้ยงเด็กคือความปลอดภัย คุณภาพของพนักงาน และวิธีการเลี้ยงดู
- สถานที่รับเลี้ยงเด็กส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การเลี้ยงดูเด็กที่ต่อเนื่องเพียงพอ
- การที่เด็กไม่ได้รับถึงความสัมพันธ์ระหว่างที่ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่จะส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดและ Cortisol ที่สูงขึ้น
- เด็กจำนวนมากได้รับความเสี่ยงจากความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคงที่บ้านและได้รับความเสี่ยงจากการไม่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยพ่อแม่ในระหว่างวันและไม่ได้รับความสัมพันธ์รองที่ดีพอ

**สรุปจากการทบทวน** แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 3 ด้านชีวภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา เติบโตและพัฒนาการของเด็ก โดยผ่านกระบวนการอบรมเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ถูกต้องเหมาะสม



## กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการมนุษย์ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา ทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ปัจจัยทางชีวภาพ ด้านคุณลักษณะทางประชากร และสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

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

### ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ

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

### ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและสังคม

#### ด้านสภาพแวดล้อม

- อายุ การศึกษา อาชีพบิดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก รายได้ครอบครัว สถานที่เลี้ยงดูเด็กกลางวัน ผู้เลี้ยงดูเด็กหลักกลางวัน การรับรู้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ANC&WCC

#### ด้านพฤติกรรม

- พฤติกรรมช่วงตั้งครรภ์ : ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจอัลตราซาวด์ ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ สถานที่ฝากครรภ์
- พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก : การอ่าน-เล่านิทาน การเล่นโดยสื่อบุคคล การเล่นโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์คุณภาพ การดูทีวี

พัฒนาการ  
- สมวัย  
- สงสัยล่าช้า

## บทที่ 3

# วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) การศึกษา ณ จุดเวลา (ภาคตัดขวาง : Cross-Sectional Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ 2. ศึกษาพฤติกรรมของมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว 3. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย การประเมินพัฒนาการใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II (ฉบับภาษาไทย) ในเด็กอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บและรวบรวมข้อมูล
4. วิเคราะห์ข้อมูล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ บิดา หรือ มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย
2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม
  - 2.1 บิดา หรือ มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
  - 2.2 เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้
    - มีสัญชาติไทย
    - ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
    - เด็กที่ไม่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก
    - ยินยอมและให้ความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการจนเสร็จสมบูรณ์
    - มีประวัติในสมุดบันทึกสุขภาพพ่อ แม่ และเด็ก
    - ได้รับการยินยอมจาก พ่อ แม่หรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูลและประเมินพัฒนาการ



## การคำนวณขนาดและการสุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนระดับประเทศและเขตบริการสุขภาพ ด้วยความเชื่อมั่น 95% และความผิดพลาดสูงสุดในการประมาณค่าความความคลาดเคลื่อนของสงสัยพัฒนาการล่าช้าไม่เกิน 10% ของความชุกดังกล่าว โดยใช้สูตร (Krejcie & Morgan, 1970) ดังนี้

$$n_{rel} = \frac{NK^2Q}{K^2Q + NPE'^2}$$

N = จำนวนเด็ก 0-5 ปี ประชากรกลางปี 2558 (4,548,245)

กำหนดขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $k = 1.96$ )

ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% ( $E' \leq 0.10$ ),  $P = 0.5$ ,  $Q = 1 - P$ ,  $n = 9,600$

## การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ Stratified Three-stage Sampling โดยมีเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นชั้นภูมิและมีจังหวัดในแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง เขตแ่งนับ (Enumeration Area : EA) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม

### หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง

ในแต่ละเขตสุขภาพ ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ดังนี้

- เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 2, 3, 7, 9 และ 10 เลือกจังหวัดตัวอย่าง จำนวน 2 จังหวัด
- เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 1, 4, 5, 6, 8, 11 และ 12 เลือกจังหวัดตัวอย่างจำนวน 3 จังหวัดจำนวนจังหวัดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 31 จังหวัด

### หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง

ในแต่ละจังหวัดตัวอย่าง ทำการเลือก EA ตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดโดยกำหนดจำนวน EA ตัวอย่างในแต่ละเขตบริการสุขภาพ ได้จำนวน EA ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้นทั่วประเทศ จำนวน 480 EA

### หน่วยตัวอย่างขั้นสาม

ในแต่ละ EA ตัวอย่างให้ทำการเลือกเด็กที่มีอายุ 9 เดือน-5 ปี 11 เดือน 29 วัน ตามสัดส่วนของเด็กในแต่ละกลุ่ม จากข้อมูลประชากรแยกรายอายุทั่วประเทศ ณ เดือนธันวาคม 2558 ดังนี้

กลุ่ม 1 เด็ก 8 เดือน 16 วันขึ้นไป-2 ปี 11 เดือน 29 วัน สัดส่วน 47.5

กลุ่ม 2 เด็ก 3-5 ปี 11 เดือน 29 วัน สัดส่วน 52.5

ซึ่งจะได้จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี 11 เดือน 29 วัน รวมทั้งประเทศทั้งสิ้น 9,600 รายดังนี้

### จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับนำเสนอผลระดับเขตสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ (ไม่จำแนกตามเขตปกครอง)

เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอายุ (ราย)			รวม
		0-2 ปี	3-5 ปี		
1	เชียงราย	245	271	516	800
	ลำพูน	69	78	147	
	แม่ฮ่องสอน	66	71	137	
2	สุโขทัย	222	245	467	800
	อุตรดิตถ์	158	175	333	
3	อุทัยธานี	190	324	614	800
	ชัยนาท	88	98	186	
4	สิงห์บุรี	44	48	92	800
	ปทุมธานี	276	307	583	
	นครนายก	60	65	125	
5	นครปฐม	149	165	314	800
	สุพรรณบุรี	135	150	285	
	สมุทรสงคราม	96	105	201	



เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอายุ (ราย)			รวม
		0-2 ปี	3-5 ปี		
6	จันทบุรี	99	107	206	800
	ระยอง	148	164	312	
	ฉะเชิงเทรา	133	149	282	
7	มหาสารคาม	160	175	335	800
	ร้อยเอ็ด	220	245	465	
8	หนองคาย	127	140	267	800
	บึงกาฬ	123	136	259	
	หนองบัวลำภู	130	144	274	
	ชัยภูมิ	163	182	345	
	สุรินทร์	217	238	455	
10	มุกดาหาร	160	175	335	800
	ยโสธร	220	245	465	
11	นครศรีธรรมราช	255	279	534	800
	กระบี่	95	107	202	
	ระนอง	30	34	64	
12	พัทลุง	255	279	534	800
	ตรัง	95	107	202	
	นราธิวาส	30	34	64	
รวม		4,558	5,040		9,600

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. **สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก** เป็นสมุดที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้บันทึกสุขภาพแม่ ตั้งแต่เริ่มมารับบริการฝากครรภ์ และใช้บันทึกประวัติของเด็กตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งเป็นสถานบริการของรัฐและเอกชน อาจเป็นเล่มเดียวกันหรือแยกเล่มกัน ภายในเล่มต้องมีข้อมูลสำคัญ ดังนี้

1.1 **ข้อมูลแม่** : ประวัติสุขภาพของแม่ตั้งครรภ์และครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติเจ็บป่วย การได้รับยาระหว่างตั้งครรภ์

1.2 **ข้อมูลเด็ก** : บันทึกการคลอด ข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิด

2. **แบบสัมภาษณ์มารดา บิดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก** ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษา ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และโอกาสการพยากรณ์พัฒนาการเด็กในประเทศและต่างประเทศ

2.2 กำหนดตัวแปร

2.2.1 ตัวแปรอิสระประกอบด้วย

- ปัจจัยทางชีวภาพด้านลักษณะทางประชากรของ มารดา ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

- ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพของมารดา ระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคประจำตัวระยะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ การติดเชื้อระยะตั้งครรภ์ การได้รับยาบำรุงครรภ์ระยะตั้งครรภ์

- ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเมื่อแรกเกิด ได้แก่ อายุครรภ์ของมารดาเมื่อคลอด วิธีคลอด น้ำหนักเมื่อแรกเกิด ภาวะขาดออกซิเจน

- ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กหลังคลอด ได้แก่ โรคประจำตัวเด็ก การเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลใน 1 ปี ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก

- ปัจจัยสภาพแวดล้อมและสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพบิดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก สถานที่เลี้ยงดูเด็กกลางวัน ผู้เลี้ยงดูหลักกลางวัน การรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ANC&WCC

- พฤติกรรมของมารดา ระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจอัลตราซาวด์ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพดูแลตนเองและลูก ส่วนพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ การอ่าน-เล่านิทาน การเล่นโดยสื่อบุคคล การเล่นโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การดูทีวี

2.2.2 ตัวแปรตาม พัฒนาการเด็ก สมวัย ไม่สมวัย

2.3 ประชุมนักวิจัยส่วนกลาง และนักวิจัยภาคสนาม จากศูนย์อนามัยที่ 1-12 เพื่อสร้างแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว จึงให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก จำนวน 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิษฐา เรืองดากานนท์ (คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล) ดร.ประภาพรธรรม จูเจริญ (สถาบันอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล) และนายแพทย์พนิต โล่เสถียรกิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6



ชลบุรี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในด้านความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุม ครบถ้วน และความเหมาะสมของเนื้อหา ข้อคำถาม – คำตอบ

2.4 นำผลการพิจารณา คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มประเด็นเนื้อหาให้มีความครอบคลุมยิ่งขึ้นในแต่ละกลุ่มปัจจัย ปรับข้อคำถาม-คำตอบให้มีความชัดเจนเข้าใจง่าย เพื่อให้ง่ายต่อการตอบและเก็บข้อมูล ปรับรูปแบบของแบบสัมภาษณ์ให้กระชับและนำไปใช้

2.5 ชี้แจงและซักซ้อมทีมเก็บข้อมูลให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ เนื้อหา ข้อมูลที่ต้องการจากแบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็ก ข้อคำถามแนวทางการถามคำถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและได้มาตรฐานในการได้มาของข้อมูลมากที่สุด

**3. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II<sup>(28)</sup>** ประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองด้านการใช้ก้ามเนื้อมัดเล็ก และปรับตัวด้านภาษาและด้านก้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยเครื่องมือนี้มีความไวในการคัดกรอง (Sensitivity) 0.56-0.83 และความจำเพาะเจาะจง 0.43-0.80

### วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้สร้างและเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินพัฒนาการเด็ก แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็ก เรียบร้อยแล้วจึงดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลขั้นตอนดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอโครงร่างวิจัยฯ เพื่อความเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของกรมอนามัย การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 130

1.2 เชิญจังหวัดพื้นที่เป้าหมายประชุมรับทราบโครงการและวางแผนการที่นัดหมายเก็บข้อมูล

1.3 จัดทำคู่มือการจัดเก็บข้อมูล การลงรหัสบันทึกข้อมูลใน Data sheet การลงข้อมูลในโปรแกรม SPSS for Windows จัดส่งให้นักวิจัยศูนย์อนามัยเขต 1-12

1.4 เตรียมทีมเก็บข้อมูล ของศูนย์อนามัยเขต และทีมส่วนกลาง ประกอบด้วย

- ทีมซ่งน้ำหนักรวัดส่วนสูง คำนวณอายุเด็ก จำนวน 1-2 คน ที่ผ่านการปฏิบัติและฝึกทักษะ ความชำนาญในการซ่งน้ำหนักรวัดส่วนสูง การลงบันทึก และคำนวณอายุเด็กในวันที่เก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

- ทีมสัมภาษณ์ จำนวน 2-3 คน ที่ผ่านการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กและสัมภาษณ์ พ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็กมาก่อน รวมทั้งมีความรู้ ศึกษารายละเอียดและความชำนาญในการหาข้อมูลและรายละเอียดต่าง ๆ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

- ทีมประเมินพัฒนาการเด็ก จำนวน 2-3 คน ที่ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Denver II จากสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล และส่วนใหญ่เป็นบุคคลเดียวกับการเก็บข้อมูล ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557

1.5 เตรียมทีมบันทึกข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการ เก็บข้อมูล การลงข้อมูลใน Data sheet การลงข้อมูลในโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for Windows การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

1.6 แจกแต่ละศูนย์อนามัยเขตจัดเตรียมความพร้อมของเอกสาร แบบสัมภาษณ์ อุปกรณ์การประเมินพัฒนาการเด็ก เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล ที่วัดส่วนสูง และความพร้อมของทีมเก็บข้อมูลก่อนออกเก็บข้อมูล

## 2. การเก็บข้อมูล

2.1 จัดทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังจังหวัดเป้าหมาย ประสานความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กับเจ้าหน้าที่ในแต่ละพื้นที่เป้าหมายก่อนออกเก็บข้อมูล 1 วัน พร้อมสถานที่ที่ให้ลงเก็บข้อมูล

2.2 ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม – สิงหาคม 2560

- คัดกรองเด็กโดยต้องเป็นเด็กที่มีสัญชาติไทย ไม่มีความพิการหรือภาวะทางสมองมีผลต่อพัฒนาการ เช่น Down syndrome, Cerebral Palsy, ออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์ไม่มีประวัติได้รับยากันชัก และไม่มีโรคทางพันธุกรรมที่มีผลต่อพัฒนาการ

- ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณอายุเด็กจริงในวันนั้น ๆ ต้องเป็นเด็กที่มีอายุระหว่าง 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

- ประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II และลงบันทึกผลการประเมินในแบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กโดยถ้าเด็กให้ความร่วมมือดีสามารถประเมินพัฒนาการ ได้ครบถ้วนจะสัมภาษณ์พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กต่อ แต่ถ้าไม่สามารถประเมินพัฒนาการเด็กได้เนื่องจากเด็กไม่ให้ความร่วมมือ จะยุติการประเมินพัฒนาการเด็กทันทีและไม่สัมภาษณ์พ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็ก

- สัมภาษณ์ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็ก ด้วยแบบสัมภาษณ์ พร้อมบันทึกข้อมูลที่ได้จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

2.3 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละชุด หลังเสร็จสิ้น

2.4 การสัมภาษณ์ทันที หากข้อมูลไม่สมบูรณ์ ครบถ้วนให้สัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง การตรวจสอบคุณภาพการประเมินพัฒนาการเด็ก ผู้ประเมินจะคำนวณอายุเด็กซ้ำอีกครั้งและตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบประเมินแต่ละชุด

2.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดโดยหัวหน้าทีมเก็บข้อมูล และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยอีกครั้ง



### 3. การรวบรวมข้อมูล

เมื่อแต่ละศูนย์อนามัยบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นส่งข้อมูลให้ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อรวบรวมข้อมูลเป็นระดับประเทศและทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ต่อไป

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบาย

- ลักษณะทางประชากรของ มารดา บิดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว

- สุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์

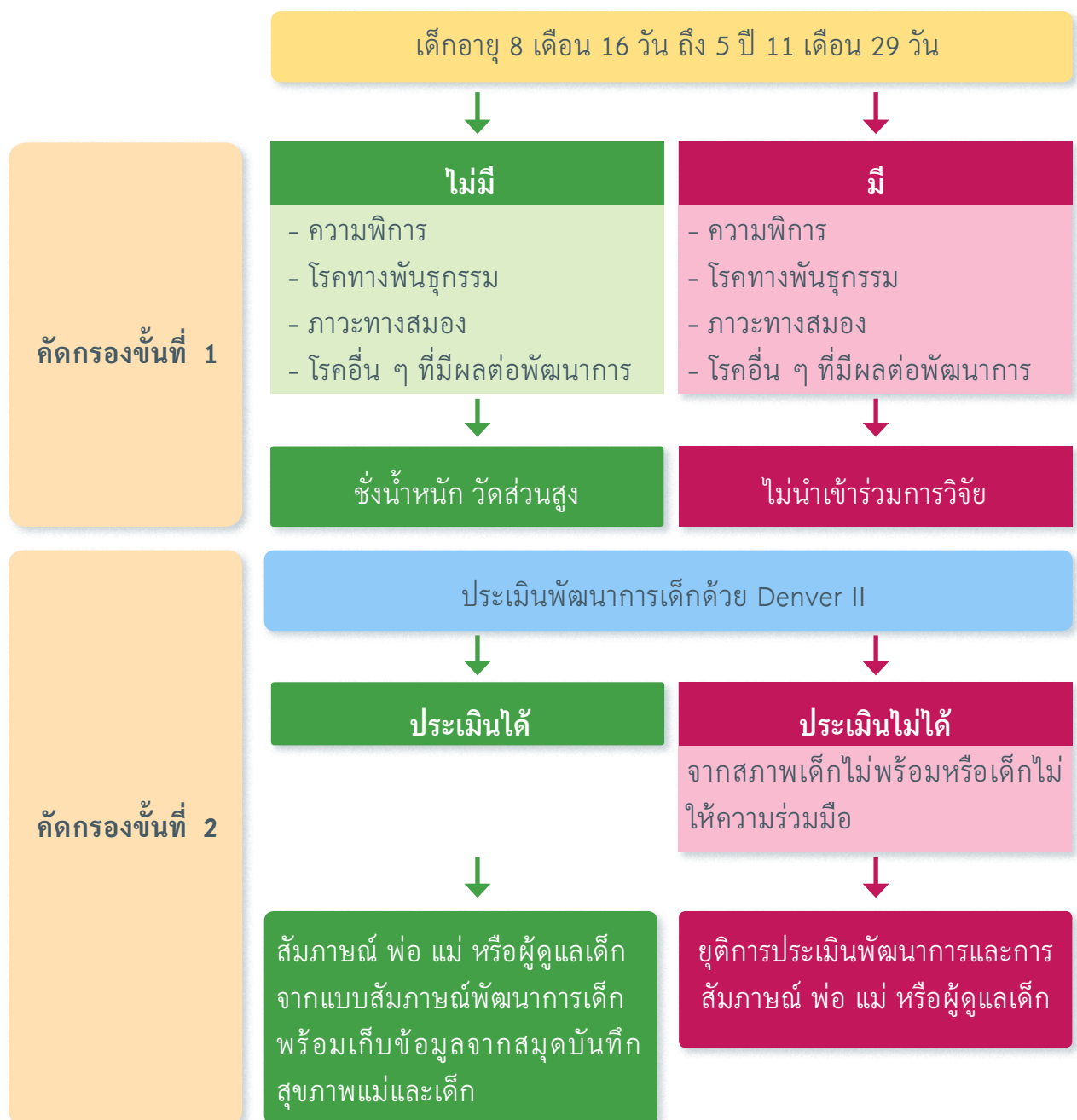
- สุขภาพเด็กเมื่อแรกคลอดและหลังคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ของมารดาเมื่อคลอด น้ำหนักเมื่อแรกเกิดภาวะขาดออกซิเจน โรคประจำตัวเด็ก การเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลใน 1 ปี ภาวะโภชนาการและการได้อาหารมื้อหลัก สุขภาพในช่องปาก

- ปัจจัยสภาพแวดล้อมและสังคม ด้านพฤติกรรมมารดาระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์คุณภาพ กินยาบำรุงครรภ์ขณะตั้งครรภ์ ดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ที่ ANC & WCC การใช้สมุดบันทึกสุขภาพดูแลตนเองและลูก และด้านพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ กินนมแม่ เล่านิทาน เล่นกับลูกสื่อบุคคล เล่นกับลูกใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การดูโทรทัศน์ การเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู

## ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560

โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา และสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ด้านสุขภาพ ภาวะโภชนาการของเด็ก และปัจจัยสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว

### ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล





## บทที่ 4

# ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและเปรียบเทียบกับ การศึกษาที่ผ่านมาระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ 2. ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว 3. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการ พยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ประกอบด้วย ด้านคุณลักษณะทางประชากรของผู้เลี้ยงดู และสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ด้านสุขภาพของเด็ก และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมและ จิตวิทยา การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Mul- tiple Logistic Regression) นำเสนอผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็กหลักที่บ้าน
- ส่วนที่ 2 พฤติกรรมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
- ส่วนที่ 3 การบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการและสุขภาพของเด็กปฐมวัย
- ส่วนที่ 4 สภาพแวดล้อมทางสังคมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
- ส่วนที่ 5 พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว
- ส่วนที่ 6 สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในปัจจุบันเปรียบเทียบกับ การสำรวจที่ผ่านมา
- ส่วนที่ 7 ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ประกอบด้วย
  - ปัจจัยทางชีวภาพด้านคุณลักษณะทางประชากรของผู้เลี้ยงดูและสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์
  - ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการเด็ก
  - ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสังคม

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูล และคุณลักษณะทางประชากรของบิดา มารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กหลักที่บ้าน

ผลการศึกษานี้เสนอในระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ และกลุ่มอายุ โดยการสุ่มตัวอย่าง ที่เป็นตัวแทนของประชากรเพื่อให้ได้ข้อมูลในระดับประเทศ ดังนี้

ข้อมูลจำนวนเด็กปฐมวัย จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ 1-12 เขต จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 10,053 คน โดยแบ่งเป็นเด็กอายุ 0-2 ปี จำนวน 5,158 คน สัดส่วน 51.30 และเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 5,895 คน สัดส่วน 48.70 รวมทั้งหมด 31 จังหวัดที่เป็นตัวแทนประชากร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนเด็กปฐมวัย จำแนกตามภาคและเขตบริการสุขภาพ

เขตบริการสุขภาพ	ช่วงอายุเด็ก				
	0-2 ปี		3-5 ปี		0-5 ปี
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เขต 1	521	59.41	356	40.59	877
เขต 2	506	55.73	402	44.27	908
เขต 3	392	49.62	398	50.38	790
เขต 4	504	63.00	296	37.00	800
เขต 5	420	49.24	433	50.76	853
เขต 6	467	53.31	409	46.69	876
เขต 7	380	47.50	420	52.50	800
เขต 8	391	47.34	435	52.66	826
เขต 9	380	46.57	436	53.43	816
เขต 10	347	42.37	472	57.63	819
เขต 11	387	48.38	413	51.63	800
เขต 12	463	52.14	425	47.86	888
รวมทั้งหมด 12 เขต	5,158	51.30	4,895	48.70	10,053

คุณลักษณะทางประชากรของบิดา อายุส่วนใหญ่อยู่ช่วง 20-35 ปี ร้อยละ 61.60 รองลงมาคือ อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 35.30 น้อยที่สุดคือ อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 3.10 มีระดับการศึกษาพบมากที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.40 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 19.20 น้อยที่สุดคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 1.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 61.30 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 16.90 น้อยที่สุดคือ เจ้าของกิจการ ร้อยละ 0.40 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุด คือ น้อยกว่า 9,000 บาท ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ 9,000-15,000 บาท ร้อยละ 32.20 น้อยที่สุด คือ มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 8.30 และส่วนใหญ่พบว่า พ่อมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 48.20 มีเหลือเก็บร้อยละ 8.10 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 25.90 และมีหนี้สิน ร้อยละ 17.80 ดังแสดงในตารางที่ 2



## ตารางที่ 2 อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กหลักที่บ้าน

คุณลักษณะ	บิดา		มารดา		ผู้เลี้ยงดูเด็กหลักที่บ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
น้อยกว่า 20 ปี	226	3.10	852	8.70	333	4.50
20-35 ปี	4,567	61.60	6,873	70.30	2,595	35.40
มากกว่า 35 ปี	2,611	35.30	2,055	21.00	4,397	60.10
<b>รวม</b>	<b>7,404</b>	<b>100.00</b>	<b>9,780</b>	<b>100.00</b>	<b>7,325</b>	<b>100.00</b>
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	100	1.30	149	1.50	257	3.20
ประถมศึกษา	1,466	19.20	1,266	12.60	3,268	41.00
มัธยมศึกษา	4,682	61.40	4,618	46.10	3,095	38.80
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	712	9.30	1,296	12.90	474	5.90
ปริญญาตรี	225	3.00	1,238	12.30	112	1.40
สูงกว่าปริญญาตรี	382	5.00	285	2.80	762	9.60
อื่นๆ	57	0.70	139	1.40	6	0.10
<b>รวม</b>	<b>7,624</b>	<b>100.00</b>	<b>8,991</b>	<b>100.00</b>	<b>7,974</b>	<b>100.00</b>
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ทำงาน	147	2.00	1,435	16.10	1,579	21.80
เกษตรกร	1,247	16.90	1,115	12.50	2,017	27.90
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	4,520	61.30	548	6.10	202	2.80
รับจ้าง	818	11.10	3,310	37.10	1,416	19.60
ค้าขาย	62	0.80	887	9.90	595	8.20
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	304	4.10	1,222	13.70	1,187	16.40
เจ้าของกิจการ	27	0.40	165	1.80	126	1.70
อื่นๆ	251	3.40	251	2.80	108	1.50
<b>รวม</b>	<b>7,376</b>	<b>100.00</b>	<b>8,933</b>	<b>100.00</b>	<b>7,230</b>	<b>100.00</b>

คุณลักษณะ	บิดา		มารดา		ผู้เลี้ยงดูเด็ก หลักที่บ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ต่อเดือน</b>						
น้อยกว่า 9,000 บาท	3,704	50.00	3,928	56.90	4,703	75.70
9,000-15,000 บาท	2,385	32.30	2,028	29.40	1,008	16.20
15,000-20,000 บาท	699	9.40	515	7.50	236	3.80
มากกว่า 20,000 บาท	616	8.30	435	6.30	263	4.20
<b>รวม</b>	<b>7,404</b>	<b>100.00</b>	<b>6,906</b>	<b>100.00</b>	<b>6,210</b>	<b>100.00</b>
<b>รายได้เพียงพอ</b>						
เพียงพอ	3,315	48.20	3,401	46.30	2,540	42.70
มีเหลือเก็บ	555	8.10	468	6.40	359	6.00
ไม่เพียงพอ	1,783	25.90	2,248	30.60	2,025	34.00
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	1,224	17.80	1,221	16.60	1,027	17.30
<b>รวม</b>	<b>6,877</b>	<b>100.00</b>	<b>7,338</b>	<b>100.00</b>	<b>5,951</b>	<b>100.00</b>

คุณลักษณะทางประชากรของมารดา อายุส่วนใหญ่อยู่ช่วง 20 – 35 ปี ร้อยละ 70.30 รองลงมาคือ มากกว่า 35 ปี ร้อยละ 21.00 น้อยที่สุดคือ น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 8.70 มีระดับการศึกษาพบมากที่สุดคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.40 รองลงมาคือ ระดับอนุปริญญา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 12.90 น้อยที่สุดคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 1.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพคือ รับจ้าง ร้อยละ 37.10 รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 16.10 น้อยที่สุดคือเจ้าของกิจการ ร้อยละ 1.80 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดคือ น้อยกว่า 9,000 บาท ร้อยละ 56.90 รองลงมาคือ 9,000 – 15,000 บาท ร้อยละ 29.40 น้อยที่สุดคือ มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 6.30 และส่วนใหญ่พบว่า แม่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 46.30 มีเหลือเก็บร้อยละ 6.40 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.60 และมีหนี้สิน ร้อยละ 16.60 ดังแสดงในตารางที่ 2

คุณลักษณะทางประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นหลักที่บ้าน อายุส่วนใหญ่อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 60.10 รองลงมาคือ อายุ 20 – 35 ปี ร้อยละ 35.40 น้อยที่สุดคือ น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 4.50 มีระดับการศึกษาพบมากที่สุดคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.00 รองลงมาคือ ระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ 38.80 น้อยที่สุดคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 3.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพคือ เกษตรกร ร้อยละ 27.90 รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 21.80 น้อยที่สุดคือ เจ้าของกิจการ ร้อยละ 1.70 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดคือ น้อยกว่า 9,000 บาท ร้อยละ 75.70 รองลงมาคือ 9,000 – 15,000 บาท ร้อยละ 16.20 น้อยที่สุดคือ 15,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 3.80 และส่วนใหญ่พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นหลักที่



บ้านมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 42.70 มีเหลือเก็บร้อยละ 6.00 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 34.00 และมีหนี้สิน ร้อยละ 17.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมของมารดาในช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

การศึกษาพฤติกรรมของมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ได้แก่ อายุของมารดา ระยะตั้งครรภ์ ข้อมูลการฝากครรภ์และจำนวนครั้งในการฝากครรภ์ สุขภาพและพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ สถานบริการที่มารดา ระยะตั้งครรภ์ใช้บริการ การดื่มแอลกอฮอล์ของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ การประเมินความเสี่ยงขณะหญิงตั้งครรภ์ การตรวจเลือดและตรวจพิเศษหญิงตั้งครรภ์ การกินยาบำรุงของหญิงตั้งครรภ์ การตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ สถานที่คลอดและอายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 อายุของมารดา ระยะตั้งครรภ์

อายุของมารดา ระยะตั้งครรภ์ พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 66.00 รองลงมาคือน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 24.10 น้อยที่สุดคืออายุ มากกว่า 35 ปี ร้อยละ 9.90 ดังแสดงในตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 อายุของหญิงตั้งครรภ์

อายุหญิงตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 ปี	2,367	24.10
20-35 ปี	6,487	66.00
มากกว่า 35 ปี	972	9.90
รวม	9,826	100.00

## 2.2 การฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์

ส่วนใหญ่มารดาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ คือ 30-34 สัปดาห์ ร้อยละ 94.60 รองลงมาคือ 16-20 สัปดาห์ ร้อยละ 82.60 น้อยที่สุดคือ 1-12 สัปดาห์ ร้อยละ 64.40 โดยจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ในแต่ละช่วงอายุครรภ์เฉลี่ย พบมากที่สุดคือ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 84.60 รองลงมาคือ 3-4 ครั้ง ร้อยละ 14.16 น้อยที่สุดคือ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 1.52 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์

ข้อมูลการฝากครรภ์	จำนวนตัวอย่าง	ไม่ฝากครรภ์		ฝากครรภ์	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1-12 สัปดาห์	8,506	3,027	35.60	5,479	64.40
16-20 สัปดาห์	8,664	1,511	17.40	7,153	82.60
24-28 สัปดาห์	8,734	814	8.10	7,920	79.00
30-34 สัปดาห์	8,739	476	5.40	8,263	94.60
36 สัปดาห์ขึ้นไป	8,669	847	8.40	7,822	78.00

ข้อมูลการฝากครรภ์	จำนวนตัวอย่าง	1-2 ครั้ง		3-4 ครั้ง		5 ครั้งขึ้นไป	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1-12 สัปดาห์	5,265	4,583	87.00	620	11.80	62	1.20
16-20 สัปดาห์	6,919	6,413	92.70	466	6.70	40	0.40
24-28 สัปดาห์	7,695	7,332	95.30	353	3.50	10	0.10
30-34 สัปดาห์	8,179	6,688	81.80	1,457	17.80	34	0.40
36 สัปดาห์ขึ้นไป	7,650	4,859	63.50	2,369	31.00	422	5.50

เฉลี่ย		84.06		14.16		1.52
--------	--	-------	--	-------	--	------



## 2.3 สถานบริการสาธารณสุขที่มารดาระยะตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์

มารดาระยะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไปฝากครรภ์ที่สถานบริการสุขภาพผ่านการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสังกัดกรมอนามัย ร้อยละ 98.50 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 81.30 น้อยที่สุดคือ ศูนย์บริการเทศบาล ร้อยละ 0.50 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สถานบริการสาธารณสุขที่ฝากครรภ์

สถานที่บริการฝากครรภ์	ผ่านการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก			
	ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รพท./รพศ.	1,999	69.80	863	30.20
รพช.	3,325	81.30	763	7.60
รพ.สต. (กรมอนามัย)	871	98.50	13	1.50
รพ.สต	440	17.10	2,135	82.90
คลินิก/รพ.เอกชน	275	8.60	2,913	91.40
ศูนย์บริการเทศบาล	4	0.50	829	99.50
โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ	123	11.80	915	88.20

## 2.4 สุขภาพและพฤติกรรมของมารดาระยะตั้งครรภ์

สุขภาพและพฤติกรรมของมารดาระยะตั้งครรภ์ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคประจำตัวของมารดา ระยะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ระยะตั้งครรภ์ การติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์ วิธีการคลอด การดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจประเมินความเสี่ยง การตรวจเลือดและการตรวจพิเศษ การกินยาบำรุงของหญิงตั้งครรภ์ และการตรวจสุขภาพช่องปากของ

### 2.4.1 โรคประจำตัวของมารดาระยะตั้งครรภ์

พบว่า มารดา ระยะตั้งครรภ์ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.60 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.40 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคโลหิตจาง ร้อยละ 11.80 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.70 น้อยที่สุดคือ โรคหัวใจ ร้อยละ 3.70 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 โรคประจำตัวของหญิงตั้งครรภ์

โรคประจำตัวแม่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	8,669	90.60
มีโรคประจำตัว	903	9.40
เบาหวาน	180	7.70
ความดันโลหิต	175	7.50
ธัยรอยด์	145	6.30
โรคหัวใจ	85	3.70
โรคโลหิตจาง	278	11.80
โรคธาลัสซีเมีย	143	6.20
อื่นๆ	275	16.80



## 2.4.2 ภาวะแทรกซ้อนของมารดาระยะตั้งครรภ์

พบว่า มารดาระยะตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 92.40 และมีภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 7.60 โดยพบอาการมากที่สุดคือปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก บวมที่เท้า กดบวม ร้อยละ 11.80 รองลงมาคือ เลือดออกจากช่องคลอด ร้อยละ 9.80 น้อยที่สุดคือ ปัสสาวะแสบขัดหรือลำบาก ร้อยละ 3.20 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

โรคประจำตัวแม่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	8,753	92.40
มีภาวะแทรกซ้อน	722	7.60
อาการภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
เด็กดื่มน้อยลงหรือไม่ดื่มน	67	4.70
เลือดออกจากช่องคลอด	143	9.80
ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก บวมที่เท้า กดบวม	177	11.80
ปัสสาวะแสบขัดหรือลำบาก	45	3.20
มีน้ำเดินลักษณะใสๆ ไหลออกจากช่องคลอด	128	8.80
เจ็บที่หลังปวดร้าวมาถึงด้านหน้าบริเวณหัวหน้า และท้องน้อย	93	6.50
อื่นๆ	278	19.00

### 2.4.3 การติดเชื้อของมารดาในระยะตั้งครรภ์

ประวัติการติดเชื้อของมารดาในระยะตั้งครรภ์ พบว่า ไม่มีการติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 99.40 และมีการติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.60 โดยโรคติดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ HIV และ เริม ร้อยละ 0.70 รองลงมาคือ อีสุกอีใส ร้อยละ 0.60 น้อยที่สุดคือ หัดเยอรมัน ร้อยละ 0.20 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์

การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ติดเชื้อ	9,387	99.40
ติดเชื้อ	56	0.60
โรคติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
หัดเยอรมัน	2	0.20
ซิฟิลิส	5	0.50
อีสุกอีใส	6	0.60
HIV	7	0.70
เริม	7	0.70
อื่นๆ	33	3.50



## 2.5 การดื่มแอลกอฮอล์ของมารดาช่วงตั้งครรภ์

พบว่า ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.20 และดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.80 โดยดื่มมากที่สุดคือ ดื่ม 1-2 ครั้ง ร้อยละ 49.70 รองลงมาคือ ดื่ม 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 21.20 น้อยที่สุดคือ ดื่มทุกวัน ร้อยละ 8.60 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การดื่มแอลกอฮอล์ของช่วงตั้งครรภ์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดื่ม	9,451	98.20
ดื่ม	169	1.80
ความถี่ในการดื่ม		
ดื่ม 1-2 ครั้ง	75	49.70
ดื่ม 1 ครั้งต่อเดือน	32	21.20
ดื่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์	20	13.20
ดื่มทุกวัน	13	8.60
อื่นๆ	11	7.30

## 2.6 ความเสี่ยงของมารดาในระยะตั้งครรภ์

การประเมินความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ จากสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ได้รับการประเมินความเสี่ยง ร้อยละ 80.20 และไม่ได้รับการประเมิน ร้อยละ 19.80 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การประเมินความเสี่ยงของมารดาในระยะตั้งครรภ์

ประเมินความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการประเมิน	6,923	80.20
ไม่ได้รับการประเมิน	1,707	19.80
รวม		
	8,630	100.00

## 2.7 การตรวจเลือดและตรวจพิเศษมารดาระยะตั้งครรภ์

การตรวจเลือด Hct./Hb. และ Blood group พบว่ามารดาช่วงตั้งครรภ์ไม่ได้ตรวจ Hct./Hb. และ Blood group ร้อยละ 2.55 และ 2.31 ตามลำดับ และได้รับการตรวจ ร้อยละ 97.45 และ 97.69 ตามลำดับ และการตรวจพิเศษช่วงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจและผลปกติ ยกเว้นการตรวจภายใน ได้รับการตรวจและผลปกติเพียง ร้อยละ 36.9 ดังแสดงในตารางที่ 11

**ตารางที่ 11 การตรวจเลือดและตรวจพิเศษมารดาระยะตั้งครรภ์**

การตรวจเลือด	ไม่ตรวจ		ตรวจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Hct./Hb.	222	2.55	8,476	97.45
Blood group	201	2.31	8,495	97.69

การตรวจพิเศษ	ไม่ตรวจ		ตรวจ			
	จำนวน	ร้อยละ	ปกติ		ไม่ปกติ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
VDRL	104	1.10	8,668	99.90	9	0.10
ไวรัสตับอักเสบบี	129	1.30	8,420	98.40	135	1.60
เอดส์	121	1.30	8,513	99.80	16	0.20
ธาลัสซีเมีย	235	2.40	7,309	86.80	1,111	13.20
อัลตราซาวด์	319	3.30	8,527	88.10	-	-
ตรวจภายใน	4,084	43.00	3,499	36.90	-	-

## 2.8 การกินยาบำรุงของมารดาระยะตั้งครรภ์

มารดาระยะตั้งครรภ์กินยาบำรุงชนิด Obimin/Triferdine/Nataral พบว่าไม่ทราบ ร้อยละ 13.80 ไม่ได้รับยาบำรุง ร้อยละ 8.60 และได้รับยาบำรุง ร้อยละ 75.80 โดยกินทุกวัน ร้อยละ 83.20 กินบางวัน ร้อยละ 9.50 และไม่กินยาบำรุง ร้อยละ 1.60 ดังแสดงในตารางที่ 12

มารดาระยะตั้งครรภ์กินยาบำรุงชนิด FBC พบว่าไม่ทราบ ร้อยละ 18.40 ไม่ได้รับยาบำรุง ร้อยละ 45.50 และได้รับยาบำรุง ร้อยละ 36.10 โดยกินทุกวัน ร้อยละ 72.90 กินบางวัน ร้อยละ 10.10 และไม่กินยาบำรุง ร้อยละ 8.50 ดังแสดงในตารางที่ 12



มารดาระยะตั้งครรภ์กินยาบำรุงชนิด Folic พบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 18.50 ไม่ได้รับยาบำรุง ร้อยละ 45.80 และได้รับยาบำรุง ร้อยละ 35.80 โดยกินทุกวัน ร้อยละ 73.50 กินบางวัน ร้อยละ 3.40 และไม่กินยาบำรุง ร้อยละ 10.10 ดังแสดงในตารางที่ 12

**ตารางที่ 12 การกินยาบำรุงของมารดาระยะตั้งครรภ์**

การกินยาบำรุงของมารดาระยะตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
<b>ยา Obimin/Triferdine/Nataral</b>		
ไม่ทราบ	1,356	13.80
ไม่ได้รับ	846	8.60
ได้รับ	7,599	75.80
กินทุกวัน	6,426	83.20
บางวัน	734	9.50
ไม่กิน	120	1.60
<b>ยา FBC</b>		
ไม่ทราบ	1,740	18.40
ไม่ได้รับ	4,309	45.50
ได้รับ	3,433	36.10
กินทุกวัน	2,857	73.90
บางวัน	390	10.10
ไม่กิน	330	8.50
<b>ยา Folic</b>		
ไม่ทราบ	1,727	18.50
ไม่ได้รับ	4,281	45.80
ได้รับ	3,347	35.80
กินทุกวัน	2,860	73.50
บางวัน	342	3.40
ไม่กิน	391	10.10

## 2.9 การตรวจสอบสภาพช่องปากของมารดาระยะตั้งครรภ์

การตรวจสอบสภาพช่องปากของมารดาระยะตั้งครรภ์พบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 12.60 ไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 22.20 ได้รับการตรวจและไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 36.20 ส่วนปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบมากที่สุดคือ ฟันผุ ร้อยละ 57.50 รองลงมาคือ หินน้ำลาย ร้อยละ 44.50 น้อยที่สุดคือ เหงือกอักเสบ ร้อยละ 34.10 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การตรวจสอบสภาพช่องปากของมารดาระยะตั้งครรภ์

ตรวจสอบสภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	1,235	12.60
ไม่ได้รับ	2,165	22.20
ได้รับ ผลการตรวจพบว่า	6,373	65.20
ปกติ	1,821	36.20
ฟันผุ	3,527	57.20
เหงือกอักเสบ	1,935	34.10
หินน้ำลาย	2,583	44.50



## 2.10 สถานที่คลอด

การคลอดของมารดาที่สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนใหญ่คลอดที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สังกัดกรมอนามัย โดยสถานบริการดังกล่าวผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 81.30 69.80 และ 100 ตามลำดับ และสถานบริการที่ไม่ผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กได้แก่ คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ศูนย์บริการเทศบาลและ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 100 100 30.20 100 และ 18.70 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 สถานที่คลอด

สถานที่บริการฝากครรภ์	ผ่านการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก			
	ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รพท./รพศ.	1,999	69.80	863	30.20
รพช.	3,325	81.30	763	18.70
รพ.สต. (กรมอนามัย)	884	100.00	-	-
รพ.สต	-	-	2,135	100.00
คลินิก/รพ.เอกชน	-	-	2,913	100.00
ศูนย์บริการเทศบาล	-	-	829	100.00

### 2.11 อายุครรภ์เมื่อคลอดและน้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด

อายุครรภ์เมื่อคลอดของมารดาระยะตั้งครรถ์มีค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์คือ มากกว่า 38 สัปดาห์ ร้อยละ 47.20 รองลงมาคือ 37 – 38 สัปดาห์ ร้อยละ 44.80 และต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 8.00 น้ำหนักของทารกเมื่อแรกคลอดส่วนใหญ่เด็กมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ร้อยละ 89.80 และเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.10 ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 อายุครรภ์เมื่อคลอดและน้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด

ประเมินความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์เมื่อคลอด		
ต่ำกว่า 37 สัปดาห์	765	8.00
37-38 สัปดาห์	4,289	44.80
มากกว่า 38 สัปดาห์	4,518	47.20
<b>รวม</b>	<b>9,572</b>	<b>100.00</b>
น้ำหนักของทารกเมื่อแรกคลอด		
< 2500 กรัม	904	9.10
≥ 2,500 กรัม	9,000	89.80
<b>รวม</b>	<b>9,904</b>	<b>100.00</b>

### 2.12 วิธีการคลอดของมารดา

วิธีการคลอดของมารดาพบมากที่สุดคือ คลอดปกติ ร้อยละ 58.80 รองลงมาคือ ผ่าท้องคลอด ร้อยละ 38.20 น้อยที่สุดคือ เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 0.51 ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 วิธีการคลอดของมารดา

วิธีคลอด	จำนวน	ร้อยละ
คลอดปกติ	5,829	58.80
ผ่าท้องคลอด	3,786	38.20
เครื่องดูดสุญญากาศ	51	0.50
ใช้เข็มทำคลอด	238	2.40
อื่นๆ	8	0.10



### ส่วนที่ 3 การบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการและสุขภาพของเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี)

#### 3.1 การบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี)

การบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ การกินอาหารมื้อหลักและอาหารระหว่างมื้อของเด็ก การบริโภคอาหารของเด็กใน 1 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

##### 3.1.1 การกินอาหารมื้อหลักและอาหารระหว่างมื้อของเด็ก

การกินอาหารมื้อหลักของเด็ก พบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 0.10 เด็กไม่กินอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 0.80 และเด็กกินอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 99.10 โดยส่วนใหญ่จะกินอาหารมื้อเย็น ร้อยละ 97.10 รองลงมาคือ กินอาหารมื้อเช้า ร้อยละ 96.80 และน้อยที่สุดคือ กินอาหารมื้อกลางวัน ร้อยละ 88.00 ดังแสดงในตารางที่ 17

การกินอาหารระหว่างมื้อของเด็ก พบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 6.70 เด็กไม่กินอาหารว่างระหว่างมื้อ ร้อยละ 9.40 และเด็กกินอาหารว่างระหว่างมื้อ ร้อยละ 83.90 ส่วนใหญ่กินอาหารว่างระหว่างมื้อเวลาบ่าย ร้อยละ 82.40 รองลงมาคือเวลาสาย ร้อยละ 76.50 น้อยที่สุดคือเวลาเย็น ร้อยละ 12.10 ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การกินอาหารมื้อหลักของเด็ก

การกินอาหารมื้อหลักของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	14	0.10
ไม่กิน	81	0.80
กิน	9,860	99.10
มื้อเช้า	9,363	96.80
มื้อกลางวัน	8,386	88.00
มื้อเย็น	9,436	97.10
อื่นๆ	657	13.80
การกินอาหารระหว่างมื้อของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	655	6.70
ไม่กิน	921	9.40
กิน	8,193	83.90
เวลาสาย	6,293	76.50
เวลาบ่าย	7,107	82.40
เวลาเย็น	508	12.10

### 3.2 การกินวิตามินเสริมธาตุเหล็กของเด็ก

การกินวิตามินเสริมธาตุเหล็กของเด็กพบว่า ไม่ทราบว่าได้กินหรือไม่ ร้อยละ 7.80 เด็กไม่ได้กินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 54.00 และเด็กได้กินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 38.20 โดยกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ช้อนชา ร้อยละ 93.47 น้อยที่สุดคือ ทุกวัน ๆ ละ 1 ช้อนชา ร้อยละ 6.53 ความสม่ำเสมอในการกิน พบว่าเด็กกินเป็นประจำ ร้อยละ 74.27 และกินบางครั้ง ร้อยละ 25.73 ดังแสดงในตารางที่ 18

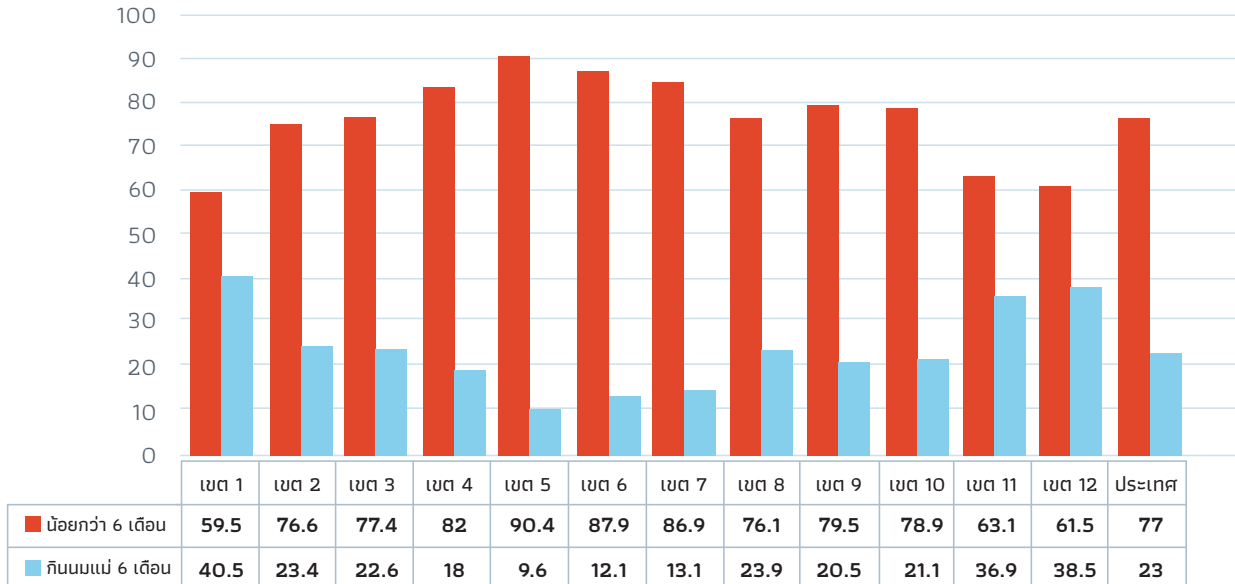
ตารางที่ 18 การกินวิตามินเสริมธาตุเหล็กของเด็ก

การกินวิตามินเสริมธาตุเหล็กของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	765	7.80
ไม่ได้กิน	5,269	54.00
ได้กิน	3,730	38.20
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ช้อนชา	3,120	93.47
ทุก ๆ วัน ละ 1 ช้อนชา	218	6.53
ความสม่ำเสมอในการกินเป็นประจำ	1,960	74.27
บางครั้ง	679	25.73

3.3 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน จากการสำรวจโดยการถามย้อนหลังมารดา กลุ่มตัวอย่างพบว่า มารดาได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ร้อยละ 23.0 โดยเขตสุขภาพที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวสูงกว่าระดับประเทศ จำนวน 5 เขต ประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่, เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก, เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี, เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช และเขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ในอัตราร้อยละ 40.5, 23.4, 23.9, 36.9 และ 38.5 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 1



## แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ภาพรวมระดับประเทศและ จำแนกรายเขตบริการสุขภาพที่ 1-12



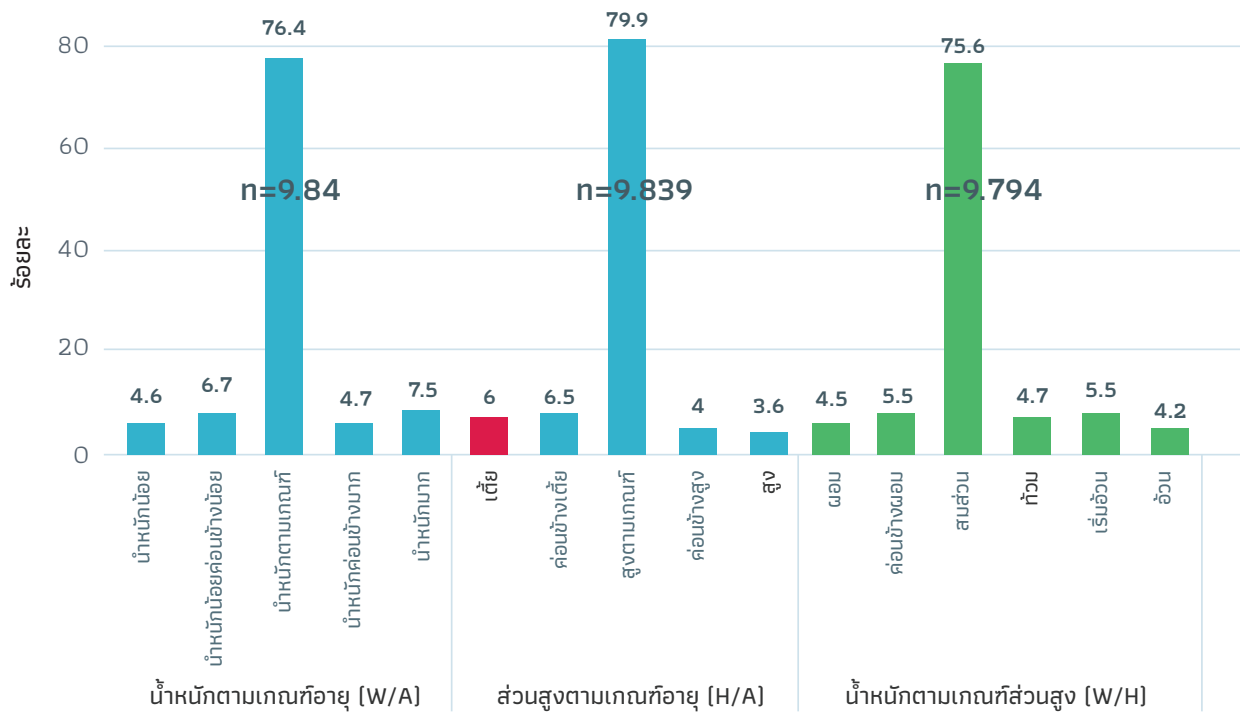
### 3.4 ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ภาพรวมระดับประเทศ

**น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี** ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.40 น้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย ร้อยละ 11.30 น้ำหนักค่อนข้างมากและน้ำหนักมาก ร้อยละ 12.20 จะเห็นว่าเด็กจะมีปัญหาน้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย และน้ำหนักค่อนข้างมากและน้ำหนักมาก อยู่ในอัตราที่สูง ซึ่งจากปัจจัยเสี่ยงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก รายละเอียดแผนภูมิที่ 2

**ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี** ส่วนใหญ่ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 79.90 ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย ร้อยละ 12.50 ซึ่งอยู่ในอัตราที่สูง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พัฒนาการ และระดับ IQ ของเด็กเมื่อเข้าสู่วัยเรียน และค่อนข้างสูงและสูง ร้อยละ 7.60 รายละเอียดแผนภูมิที่ 2

**น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี** ส่วนใหญ่ มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงสมส่วน ร้อยละ 75.60 ผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 10 ท้วม ร้อยละ 4.7 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.7 ซึ่งอยู่ในอัตราที่สูง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พัฒนาการ รายละเอียดแผนภูมิที่ 2

### แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี



#### 3.4.1 ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี จำแนกรายเขตสุขภาพ

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 0-5 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์สูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 76.4) ประกอบด้วย 6 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 8 อุตรธานี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และเขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช ที่ร้อยละ 79.5, 80.3, 80.9, 78.4 และ 77.5 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 3

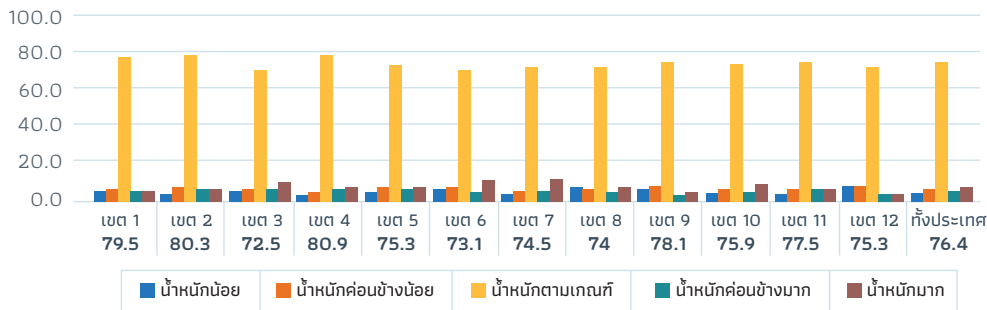
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 0-5 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 79.9) ประกอบด้วย 8 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และ เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช ที่ร้อยละ 83.9, 84.2, 83.0, 83.8, 80.7, 85.1, 83.5 และ 80.9 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 3

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 0-5 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์สูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 75.6) ประกอบด้วย 7 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และ เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี และเขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ที่ร้อยละ 81.4, 79.6, 78.3, 76.1, 79.0, 76.1 และ 81.1 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 3

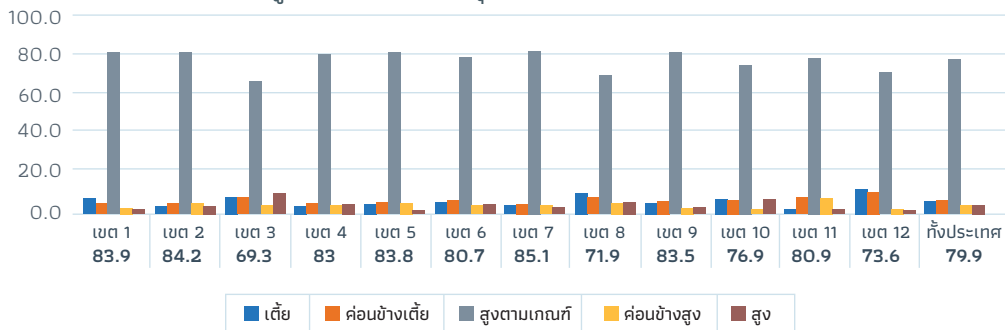


### แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี จำแนกรายเขตสุขภาพที่ 1-12

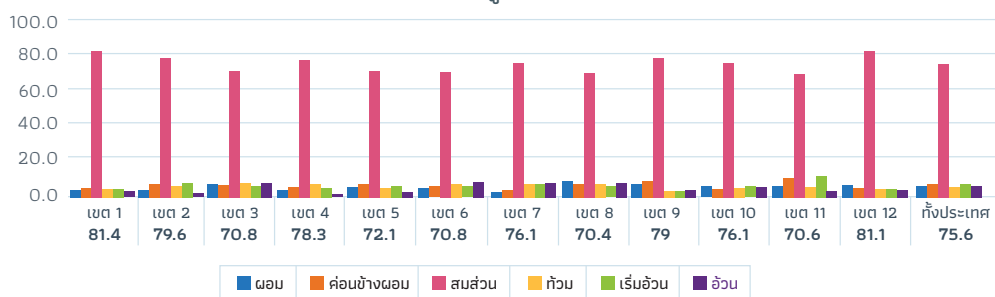
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A) ของเด็ก 0-5 ปี



ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A) ของเด็ก 0-5 ปี



น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) ของเด็ก 0-5 ปี



#### 3.4.2 ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-2 ปี จำแนกรายเขตสุขภาพ

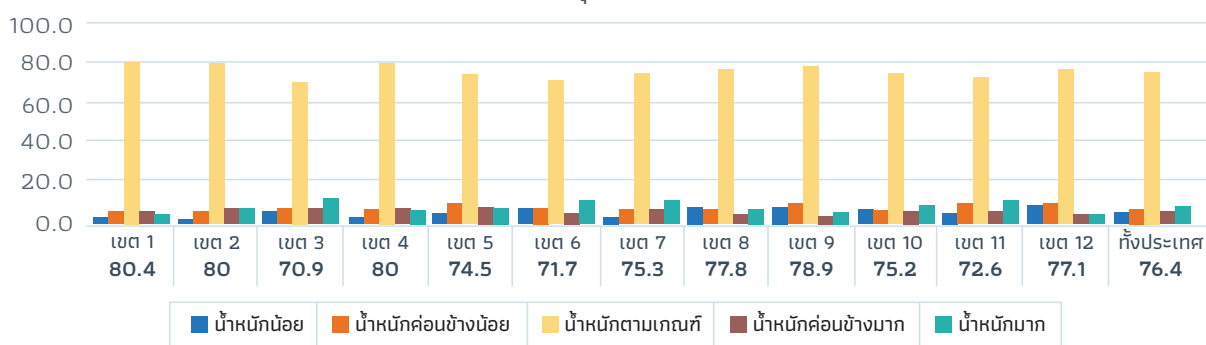
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 0-2 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์สูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 76.4) ประกอบด้วย 6 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และเขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ที่ร้อยละ 80.4, 80.0, 80.0, 77.8, 78.9 และ 77.1 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 4

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 0-2 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 78.6) ประกอบด้วย 7 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น และเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา ที่ร้อยละ 84.5, 82.9, 80.4, 85.0, 80.5, 83.9 และ 83.7 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 4

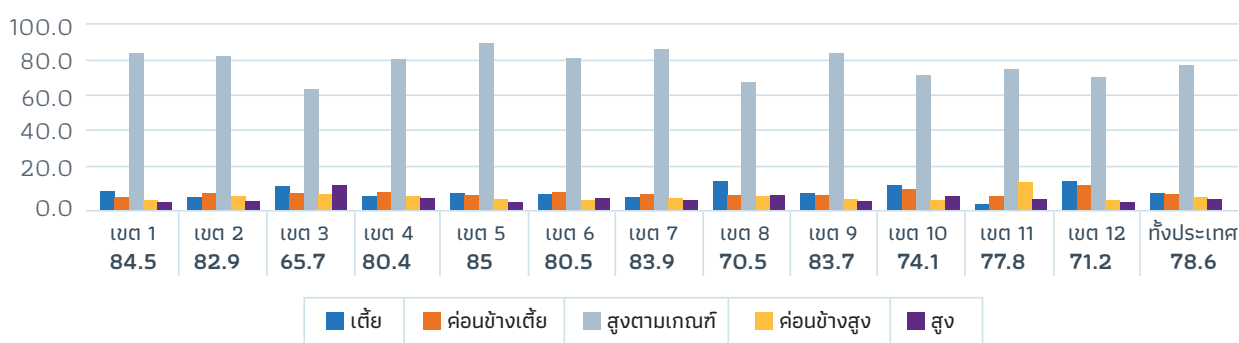
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 0-2 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์สูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 75.6) ประกอบด้วย 6 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และ เขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ที่ร้อยละ 84.7,81.3,76.8,76.8,77.4และ81.0 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 4

### แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-2 ปี จำแนกรายเขตสุขภาพที่ 1-12

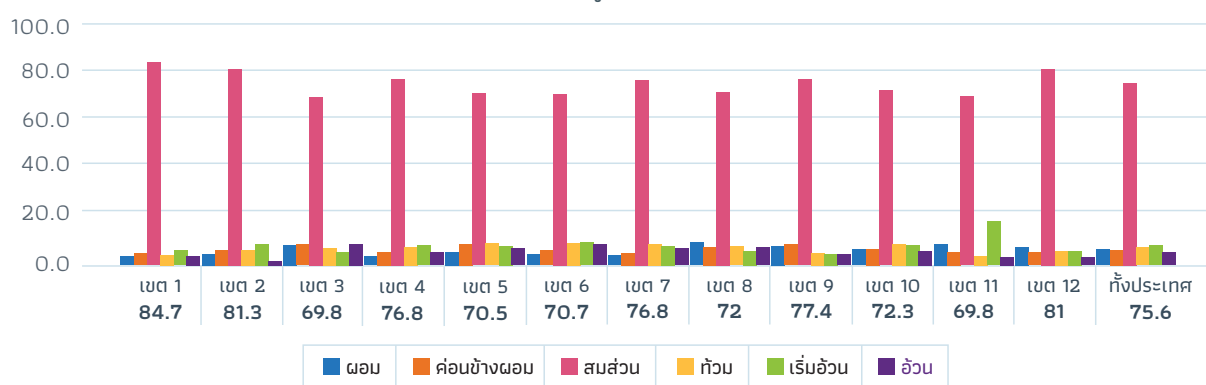
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A) ของเด็ก 0-2 ปี



ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A) ของเด็ก 0-2 ปี



น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) ของเด็ก 0-2 ปี





### 3.4.3 ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จำแนกรายเขตสุขภาพ

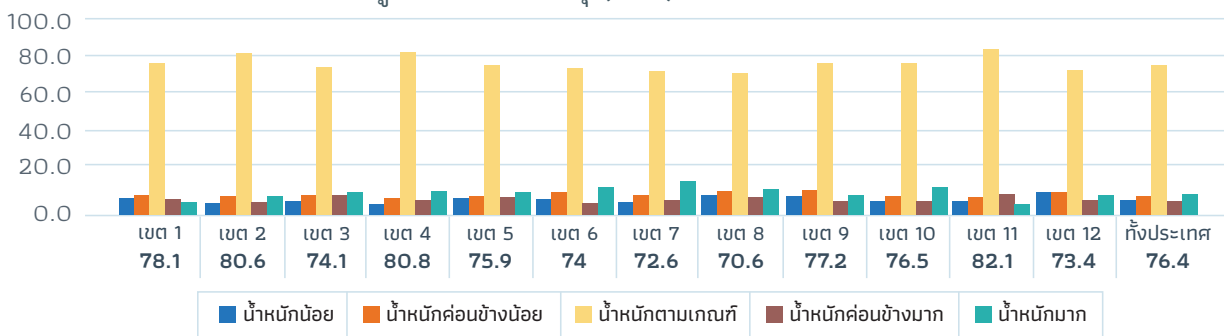
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 3-5 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์สูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 76.4) ประกอบด้วย 6 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี และ เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช ที่ร้อยละ 78.1, 80.6, 80.8, 77.2, 76.5 และ 82.1 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 5

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 3-5 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 81.2) ประกอบด้วย 7 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และเขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช ที่ร้อยละ 85.0, 85.7, 85.5, 82.6, 84.8, 83.0 และ 86.0 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 5

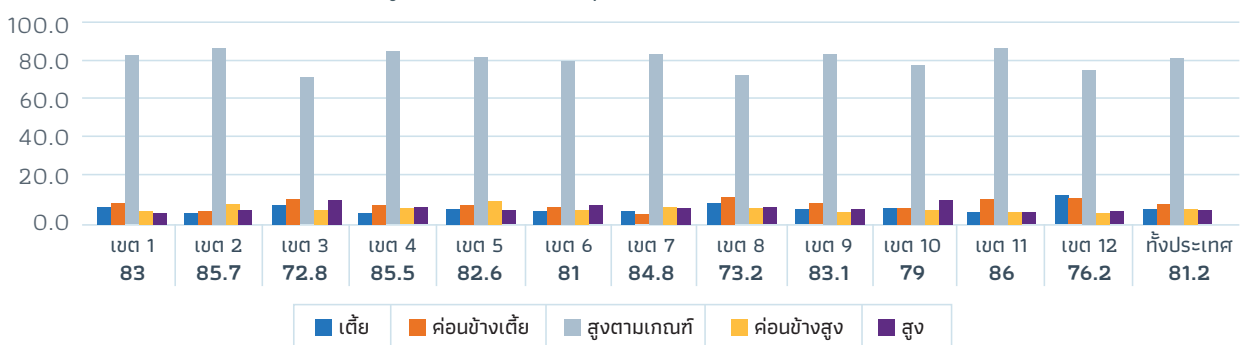
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กอายุ 3-5 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์สูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 75.5) ประกอบด้วย 6 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี และ เขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ที่ร้อยละ 76.7, 77.5, 79.0, 80.0, 78.8 และ 81.2 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 5

### แผนภูมิที่ 5 แสดงร้อยละภาวะโภชนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จำแนกรายเขตสุขภาพที่ 1-12

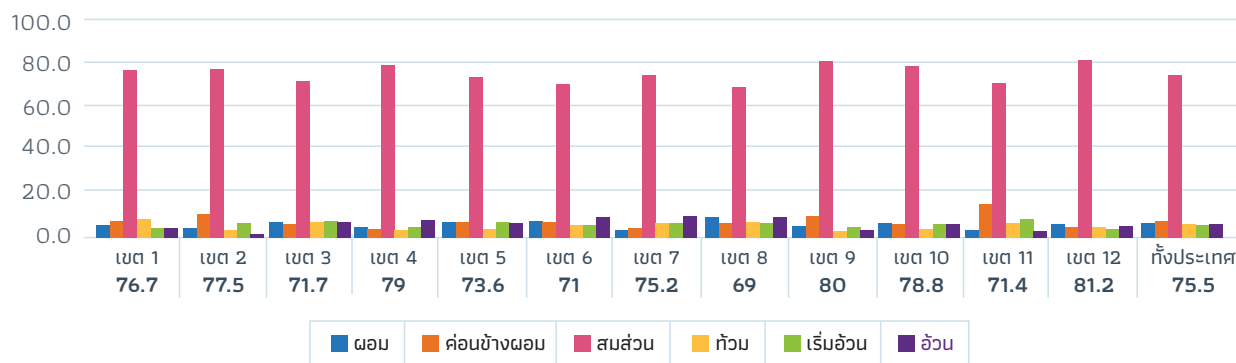
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A) ของเด็ก 3-5 ปี



ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A) ของเด็ก 3-5 ปี



### น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) ของเด็ก 3-5 ปี



### 3.5 สุขภาพของเด็กปฐมวัย(อายุ 0-5 ปี )

#### 3.5.1 ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (Apgar score) ของเด็กทารกแรกเกิด

Apgar score คือ การประเมินสภาวะเด็กทารกแรกเกิดใน 1 นาทีแรก ต่อด้วย 5 นาที และ 10 นาที หลังคลอด เพื่อประเมินภาวะการหายใจทารก ประกอบด้วย ลักษณะสีผิว อัตราการเต้นของหัวใจ สีหน้าจากการกระตุ้น การเคลื่อนไหวของทารก และความพยายามในการหายใจ ซึ่งมีค่าคะแนน 10 คะแนน หากทารกมีคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน จะสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิดเสี่ยงที่ทารกจะเกิดความผิดปกติและพิการของสมองตามมา จากผลการสำรวจพบว่า ค่า apgar score ที่ 1 นาทีของทารกแรกคลอด พบทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ร้อยละ 98.60 (Apgar score ที่1 คือ  $\geq 7$ ) แต่พบทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนอยู่ในภาวะ severe birth asphyxia ร้อยละ 0.40 ภาวะ moderate birth asphyxia ร้อยละ 0.30 ภาวะ mild birth asphyxia ร้อยละ 0.70 และที่ค่า apgar score ที่ 5 นาทีของทารกแรกคลอด พบว่า ทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจนร้อยละ 99.50 แต่พบทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนอยู่ในภาวะ severe birth asphyxia ร้อยละ 0.30 ภาวะ moderate birth asphyxia ร้อยละ 0.10 ภาวะ mild birth asphyxia ร้อยละ 0.20 ดังแสดงในตารางที่ 19

#### ตารางที่ 19 ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดของเด็กทารก (Apgar score)

ผลตรวจภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (Apgar score)	1 นาที		5 นาที	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>คะแนน</b>				
0 - 2 (Severe birth asphyxia)	40	0.40	26	0.30
3 - 4 (Moderate birth asphyxia)	25	0.30	5	0.10
5 - 6 (Mild birth asphyxia)	67	0.70	15	0.20
$\geq 7$ (Normal)	9,119	98.60	9,195	99.50
<b>รวม</b>	<b>9,251</b>	<b>100.00</b>	<b>9,241</b>	<b>100.00</b>



### 3.5.2 ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและโรคประจำตัวของเด็ก

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนนอนโรงพยาบาลของเด็กพบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 3.70 เด็กไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 75.20 และเด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 21.10 พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด มากที่สุดคือ ตัวเหลืองและส่องไฟ ร้อยละ 45.4 รองลงมาคือ ใด้รับออกซิเจน ร้อยละ 12.50 น้อยที่สุดคือ ชัก ร้อยละ 6.90 ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนนอนโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	368	3.70
ไม่มี	7,469	75.20
มี	2,094	21.10
อาการแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
ตัวเหลืองและส่องไฟ	1,642	45.4
ตัวเหลืองเปลี่ยนถ่ายเลือด	217	7.30
ใด้รับออกซิเจน	379	12.50
ใส่เครื่องช่วยหายใจ	272	9.10
ชัก	204	6.90
อื่นๆ	369	12.20

### 3.5.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วงและปอดบวมของเด็กในรอบ 1 ปี

การเจ็บป่วยของเด็กปฐมวัยด้วยโรคท้องร่วงในรอบ 1 ปี ผลสำรวจพบว่า เด็กปฐมวัยไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วง ร้อยละ 93.60 โดยเด็กเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วง ร้อยละ 6.40 โดยใช้สถานบริการสุขภาพมากที่สุดคือ รพช. ร้อยละ 42.10 รองลงมาคือ รพศ./รพท. ร้อยละ 34.10 น้อยที่สุดคือ รพ.สต. ร้อยละ 8.40 ดังแสดงในตารางที่ 21

การเจ็บป่วยของเด็กปฐมวัยด้วยโรคปอดบวมในรอบ 1 ปี ผลสำรวจพบว่า เด็ก ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวม ร้อยละ 95.50 โดยเด็กเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวม ร้อยละ 6.40 โดยใช้สถานบริการสุขภาพมากที่สุดคือ รพช. ร้อยละ 50.90 รองลงมาคือ รพศ./รพท. ร้อยละ 40.20 น้อยที่สุดคือ รพ.สต. ร้อยละ 1.00 ดังแสดงในตารางที่ 21

### ตารางที่ 21 การเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วงของเด็กในรอบ 1 ปี

การเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วงในเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	9,068	93.60
เคย	623	6.40
สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
รพศ./รพท.	251	34.10
รพช.	310	42.10
รพ.สต.	62	8.40
คลินิก/รพ.เอกชน	114	15.50
การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวมของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	9,165	95.50
เคย	435	4.50
สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
รพศ./รพท.	194	40.20
รพช.	246	50.90
รพ.สต.	5	1.00
คลินิก/รพ.เอกชน	38	7.90

#### 3.5.4 ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก

ผลสำรวจปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า ไม่พบปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 68.40 เด็กพบปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 31.60 อาการคือ ฟันผุ ร้อยละ 94.42 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 2.82 และอื่นๆ ร้อยละ 2.76 ดังแสดงในตารางที่ 22

### ตารางที่ 22 ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบ	6,553	68.40
พบ มีอาการคือ	3,032	31.60
ฟันผุ	2,912	94.42
เหงือกอักเสบ	87	2.82
อื่นๆ	85	2.76



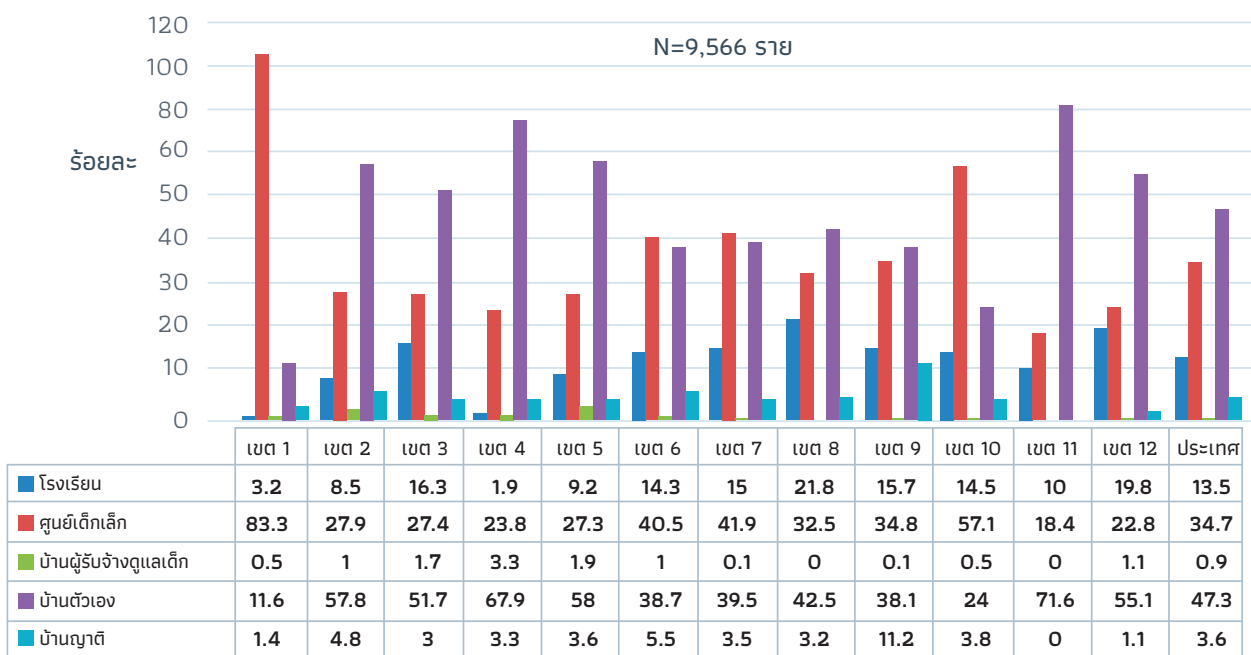
## ส่วนที่ 4 สภาพแวดล้อมทางสังคมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

### 4.1 สถานที่อยู่อาศัยและผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน

พบว่า ช่วงกลางวันเด็กอาศัยอยู่ที่บ้านตนเองมากที่สุด ร้อยละ 47.30 รองลงมาคือ ศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 34.70 โรงเรียน ร้อยละ 13.5 น้อยที่สุดคือ บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็ก ร้อยละ 0.90

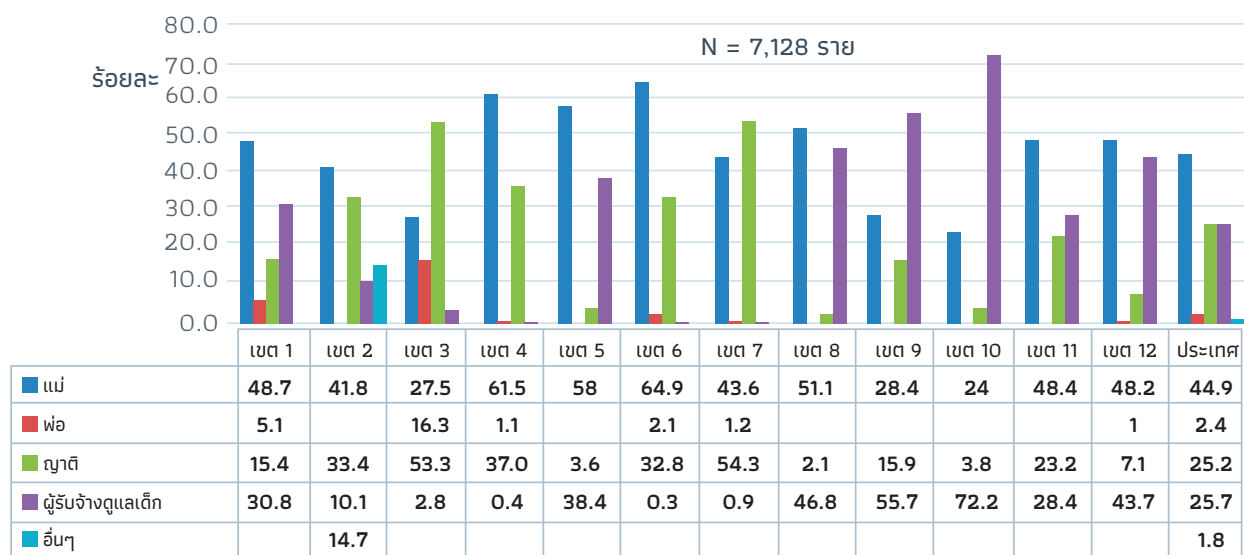
เมื่อจำแนกตามเขตบริการสุขภาพจะพบความหลากหลายของที่อยู่ของเด็กปฐมวัยในช่วงเวลากลางวัน พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เด็กอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 83.3 รองลงมา เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ร้อยละ 57.1 เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ร้อยละ 41.9 เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี ร้อยละ 40.5 นอกจากนั้นเขตสุขภาพอื่นๆ เด็กยังอยู่อาศัยบ้านของตนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 6

**แผนภูมิ 6 ร้อยละของสถานที่อยู่อาศัยของเด็กปฐมวัยในช่วงเวลากลางวันแสดงภาพรวมประเทศและจำแนกตามเขตสุขภาพ ที่ 1 – 12**



**4.2 ส่วนผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในช่วงกลางวัน** ส่วนใหญ่ภาพรวมประเทศ คือ มารดาเป็นผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 44.90 รองลงมาคือ ผู้รับจ้างดูแลเด็ก ร้อยละ 25.70 และญาติ ร้อยละ 25.20 หากจำแนกตาม เขตสุขภาพ จะพบว่า ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในช่วงเวลากลางวัน พบว่า ผู้ดูแลเด็กในช่วงเวลากลางวันจะเป็น แม่และญาติ ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี,เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และ เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ที่ผู้รับจ้างผู้ดูแลเด็กจะสูงกว่าเขตอื่นๆ ที่ร้อยละ 46.8, 55.7 และ 72.2 ตามลำดับ ข้อสังเกต บิดาจะมีส่วนในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยน้อยมาก ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 7

**แผนภูมิที่ 7 ร้อยละของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในช่วงเวลากลางวันภาพรวมประเทศและจำแนกตามเขตสุขภาพ ที่ 1 - 12**



### 4.3 การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่

เป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อมสำหรับพ่อแม่เพื่อนำความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองและลูกพบว่า

**ณ คลินิกฝากครรภ์** มารดา บิดาและญาติ ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิกฝากครรภ์ ร้อยละ 59.9, 83.5 และ 98.0 ซึ่งมารดา บิดาและญาติเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิกฝากครรภ์ทุกครั้ง เพียง ร้อยละ 22.2, 7.0 และ 0.6 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตารางที่ 23



ณ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี มารดา บิดา และญาติ ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ร้อยละ 76.4, 67.6 และ 93.6 ซึ่งมารดา บิดา และญาติเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิกฝากครรภ์ทุกครั้ง เพียง ร้อยละ 6.50, 1.6 และ 2.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตารางที่ 23

**ตารางที่ 23 การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ของ บิดา มารดา หรือญาติ**

โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิก ANC	มารดา		บิดา		ญาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าร่วม	4,467	59.9	5,477	83.5	6,583	98.0
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	1,342	18.0	617	9.4	92	1.4
เข้าร่วมทุกครั้ง	1,654	22.2	462	7.0	39	0.6

โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิก WCC	มารดา		บิดา		ญาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าร่วม	5,645	76.4	6,559	67.9	6,543	93.6
เข้าร่วมไม่ทุกครั้ง	1,265	17.1	534	7.4	270	3.9
เข้าร่วมทุกครั้ง	481	6.5	112	1.6	176	2.5

#### 4.4 การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นคู่มือที่ให้มารดาหรือบุคคลในครอบครัวใช้ในการดูแลสุขภาพมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูลูก จากการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างนำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเมื่อเข้ารับบริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดีทุกครั้งร้อยละ 94.40 มีการอ่านสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 60.00 ส่วนการบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 27.50 ซึ่งน้อยมาก ดังรายละเอียดตารางที่ 24

## ตารางที่ 24 การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของมารดาในการดูแลสุขภาพตนเองและลูก

การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
การนำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเมื่อเข้ารับบริการคลินิกฝากครรภ์ และคลินิกสุขภาพ		
ไม่ทราบ	157	1.60
บางครั้ง	402	4.00
ทุกครั้ง	9,404	94.40
การอ่านสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก		
ไม่อ่าน	3,957	40.00
อ่าน	5,934	60.00
การบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก		
ไม่ทราบ	736	7.70
ไม่บันทึก	6,158	64.80
บันทึก	2,616	27.50

### ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว

#### 5.1 พฤติกรรมการเล่าหรืออ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังของพ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

การเล่าหรืออ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กพบว่า เล่าหรืออ่านนิทาน ร้อยละ 59.90 โดยใช้เวลาเล่าหรืออ่านนิทานคุณภาพไม่น้อยกว่า 10 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 63.5

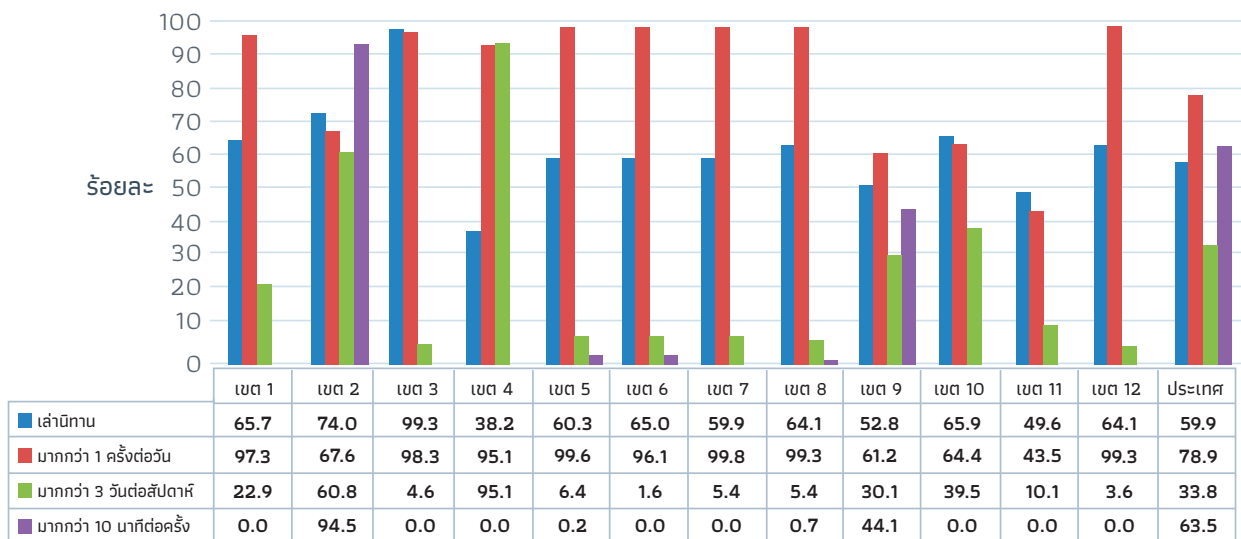
การเล่าหรืออ่านนิทานในหนึ่งสัปดาห์ พบว่าการอ่านหรือเล่านิทานมากกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ พบ ร้อยละ 33.80 โดยการเล่าหรืออ่านนิทานในช่วง ๑ วัน พบมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 78.9

การเล่าหรืออ่านนิทานให้เด็กฟังของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในระดับเขตสุขภาพ 5 ลำดับแรก ที่มีค่าสูงกว่าระดับประเทศ พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ และเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ที่ร้อยละ 99.2, 74.0, 65.9, 65.7 และ 59.9 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามแผนภูมิที่ 8



## แผนภูมิที่ 8 ร้อยละของการเล่าหรืออ่านนิทานของมารดา บิดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ในภาพรวมของประเทศและจำแนกตามเขตสุขภาพที่ 1 - 12

N = 9,950 ราย ประเทศ



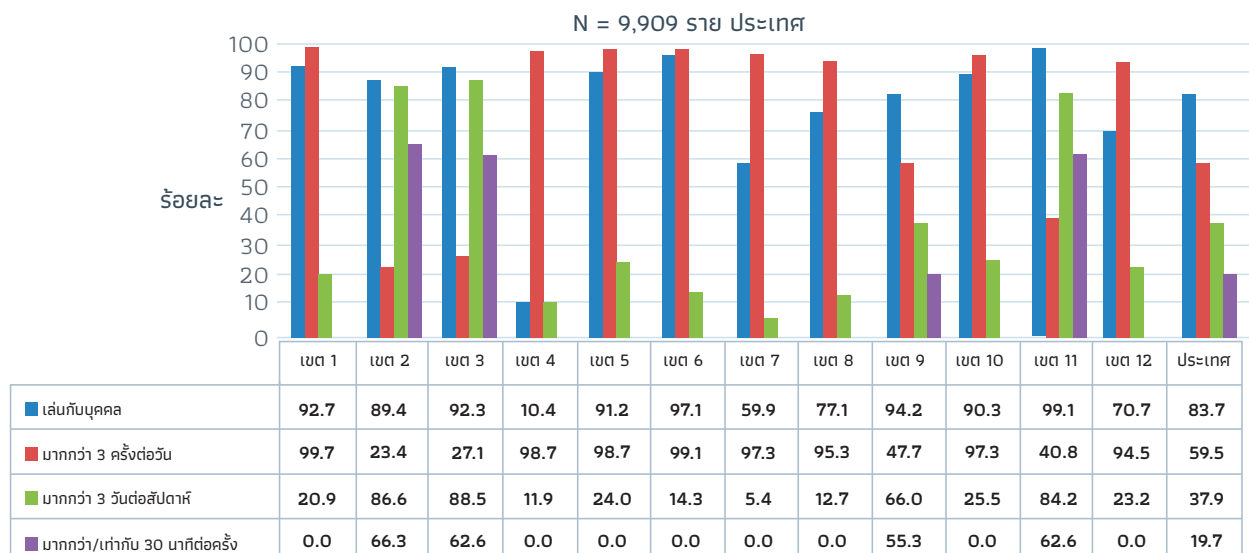
### 5.2 พฤติกรรมการเล่นกับเด็กของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

การเล่นกับเด็กของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กพบว่าเด็กเล่นกับบุคคล ร้อยละ 83.7 โดยใช้เวลาเล่นคุณภาพภาพกับเด็กไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 19.7

การเล่นกับเด็กของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในหนึ่งสัปดาห์ พบว่าเล่นมากกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ พบร้อยละ 37.90 โดยการเล่นกับเด็กในช่วง 1 วัน พบมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 59.5

การเล่นกับเด็กของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในระดับเขตสุขภาพ พบว่ามี 8 เขตที่มีค่าสูงกว่าประเทศ คือ เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี และเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก ที่ร้อยละ 99.1, 97.1, 94.2, 92.7, 92.3, 91.2, 90.3 และ 89.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามแผนภูมิที่ 9

## แผนภูมิที่ 9 ร้อยละของการเล่นของมารดา บิดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ในภาพรวมของประเทศ และจำแนกตามเขตสุขภาพที่ 1 – 12



### 5.3 พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆกับเด็ก

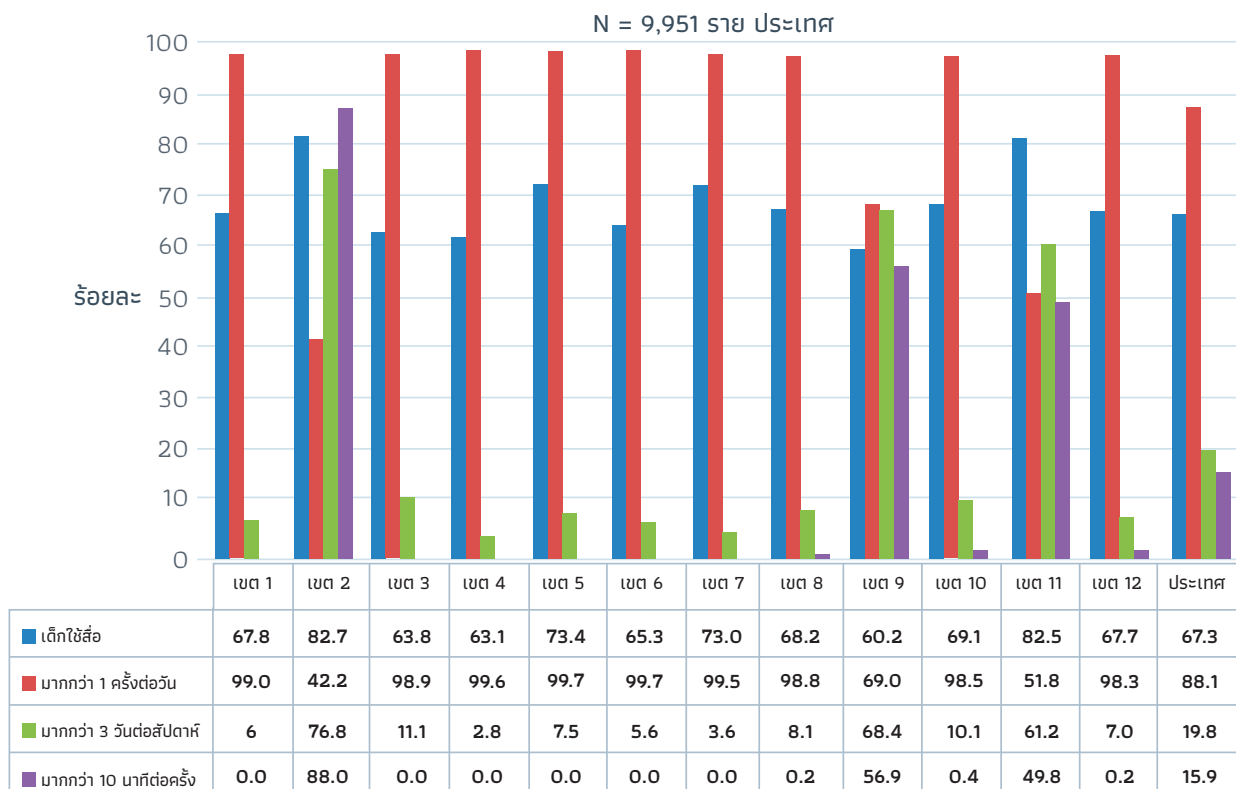
การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆ กับเด็ก เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต เป็นต้น พบว่า มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆร่วม เด็ก ร้อยละ 67.30 และใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆ คุณภาพ มากกว่า 10 นาที ต่อครั้งกับเด็ก ร้อยละ 15.9

ระยะเวลาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆกับเด็ก มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 88.1 และในช่วง 1 สัปดาห์ ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆ กับเด็กมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 19.8

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆกับเด็ก ในระดับเขตสุขภาพ พบว่า มี 7 เขตที่มีค่าสูงกว่าระดับประเทศ คือ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 10 อุรราชธานี เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ร้อยละ 82.7, 82.5, 73.0, 69.1, 68.2, 67.8 และ 67.7 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามแผนภูมิที่ 10



## แผนภูมิที่ 10 ร้อยละการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆกับเด็กในภาพรวมประเทศ และจำแนกรายเขตสุขภาพที่ 1-12

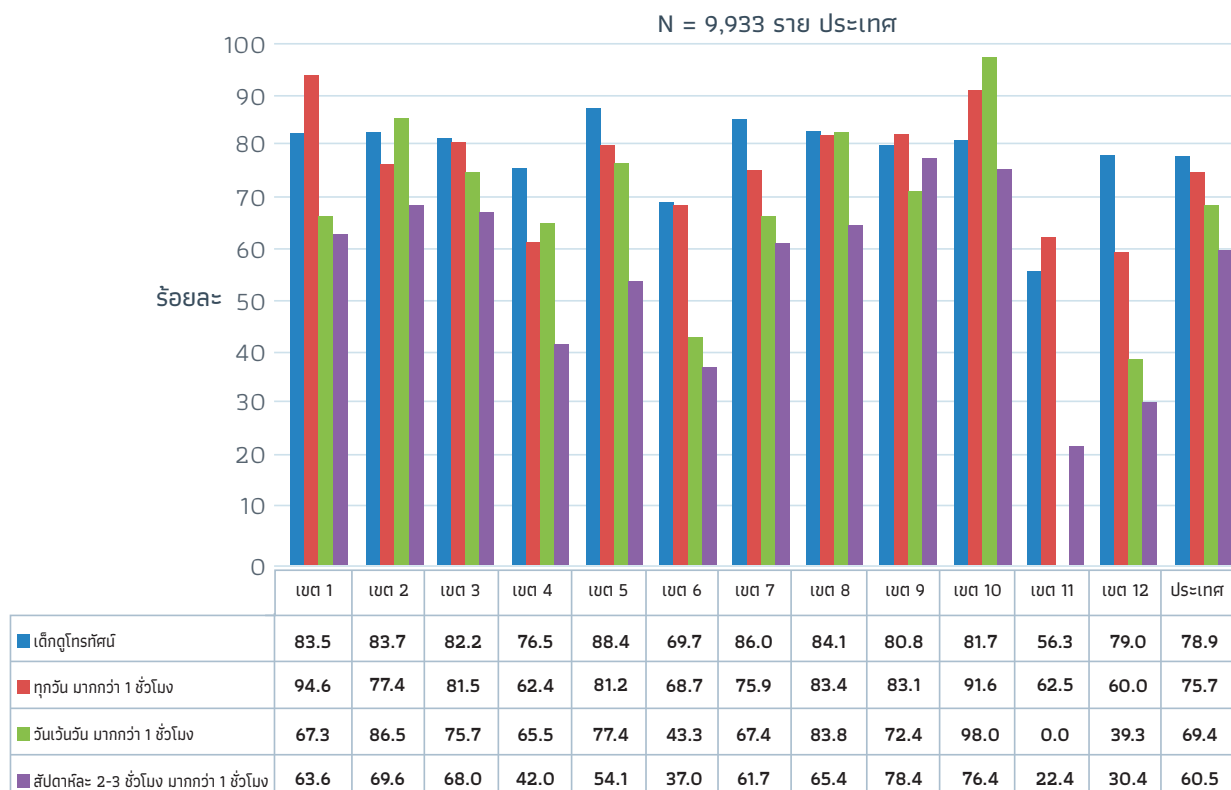


### 5.4 พฤติกรรมการดูโทรทัศน์ของเด็กปฐมวัย

การดูโทรทัศน์ของเด็กปฐมวัยภาพรวมระดับประเทศ พบว่า เด็กดูโทรทัศน์ ร้อยละ 78.90 และดูโทรทัศน์ทุกวันๆละมากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 75.7 ใน 1 สัปดาห์ดูโทรทัศน์ 2-3 วันๆ ละมากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 60.5

การดูโทรทัศน์ของเด็กปฐมวัยในระดับเขตสุขภาพ พบ 8 เขต ที่เด็กปฐมวัยดูโทรทัศน์มีค่าสูงกว่าระดับประเทศ คือ เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และเขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ที่ร้อยละ 88.4, 86.0, 84.1, 83.7, 83.5, 81.7, 80.8 และ 79.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 11

## แผนภูมิที่ 11 ร้อยละเด็กปฐมวัยดูโทรทัศน์ในภาพรวมประเทศ และจำแนกรายเขตสุขภาพที่ 1-12



### ส่วนที่ 6 สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในปัจจุบันเปรียบเทียบกับการสำรวจที่ผ่านมา

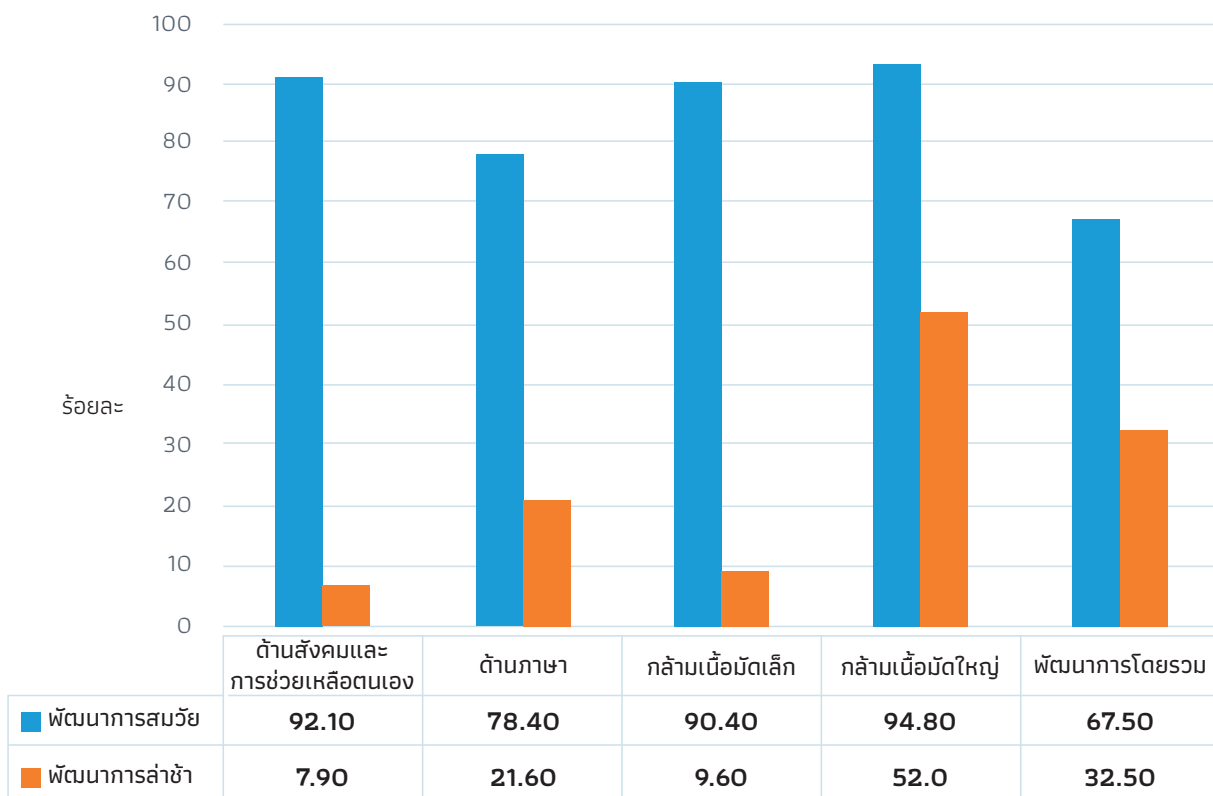
การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากตัวแทนกลุ่มตัวอย่างประชากรเด็กปฐมวัย 31 จังหวัด จำนวน 10,053 ราย โดยเด็กปฐมวัยเพศชาย ร้อยละ 49.40 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.60 สัดส่วนอายุ อายุ 0 – 2 ปี ร้อยละ 51.30 และอายุ 3 – 5 ปี ร้อยละ 48.70 ประเมินพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก (Denver II) ซึ่งประกอบด้วยพัฒนาการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine motor adaptive) ด้านภาษาและการใช้ภาษา (Language) และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Psychosocial) ผลการสำรวจพบว่า

6.1. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 67.50 หากจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 94.80 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 92.10 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 90.40 และด้านภาษาและการใช้ภาษา ร้อยละ 78.40 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 12

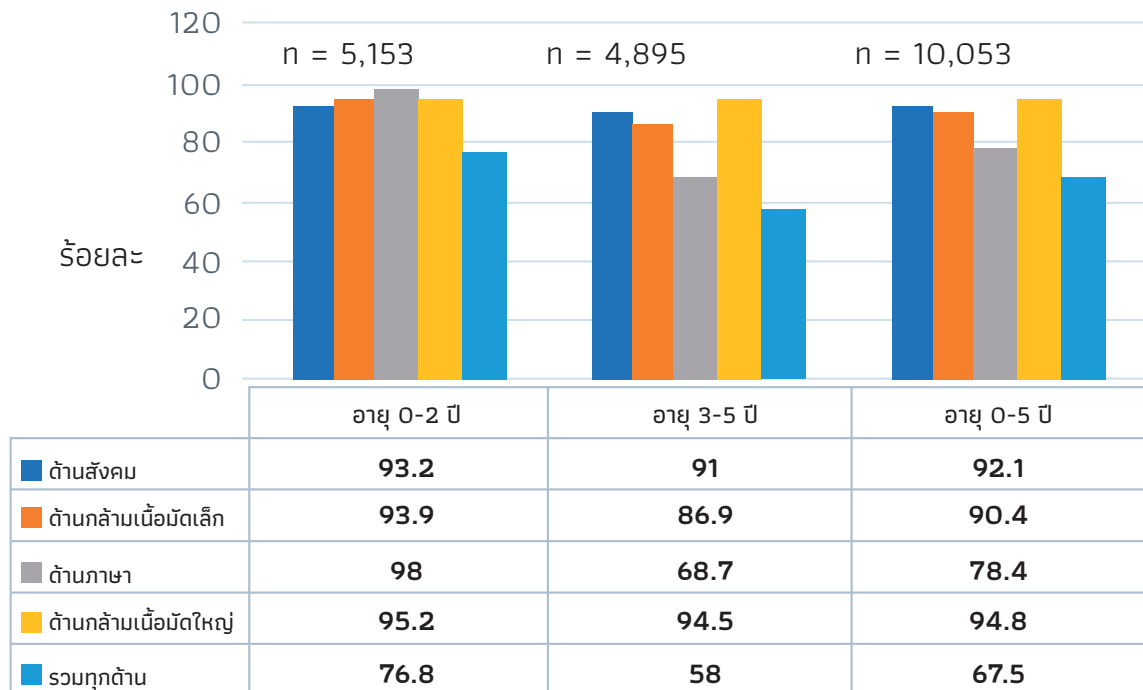


**6.2. พัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน** จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 0 - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.80 และลดลงเมื่อเด็กอายุ 3 - 5 ปี ร้อยละ 58.00 ทั้งสองกลุ่มไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 85.00 เมื่อจำแนกพัฒนาการสมวัยรายด้าน เด็กอายุ 0 - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัย ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 93.20 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 93.90 ด้านภาษาและการใช้ภาษา ร้อยละ 88.00 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 95.20 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่วนเด็กอายุ 3 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านเพียง ร้อยละ 58.00 เมื่อจำแนกพัฒนาการสมวัยตามรายด้าน เด็กอายุ 3 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 91.00 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 86.80 ด้านภาษาและการใช้ภาษา ร้อยละ 68.70 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 94.50 พัฒนาการด้านที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย ด้านภาษาและการใช้ภาษาซึ่งมีค่าต่ำมาก ซึ่งเด็กเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการที่ล่าช้า จะมีโอกาสมีปัญหาเรื่องการเรียน สติปัญญาที่ไม่สามารถที่จะศึกษาในระดับฝีมืออาชีพหรืออุดมศึกษาต่อไปได้ ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 13

**แผนภูมิที่ 12 ร้อยละพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี พ.ศ.2560**  
**จำแนกตามพัฒนาการรายด้าน ด้วยเครื่องมือ Denver II (n= 10,053 ราย)**



### แผนภูมิที่ 13 ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย สํารวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 จำแนกตามช่วงอายุ



#### 6.3 การเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 0-5 ปี

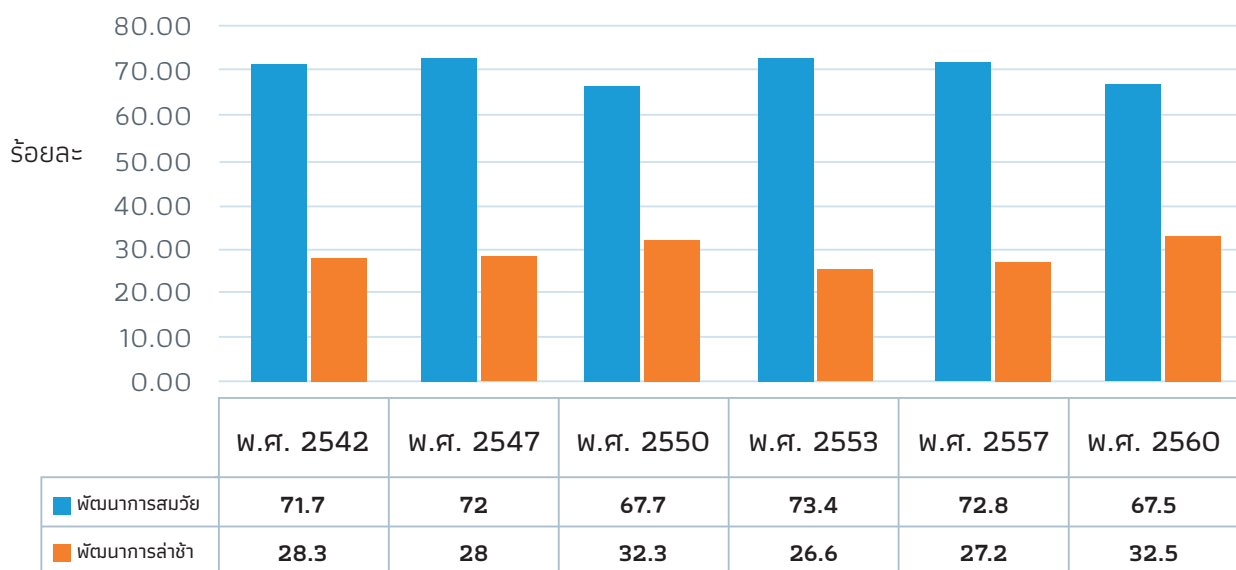
เพื่อการวิเคราะห์แนวโน้มของพัฒนาการเด็กปฐมวัยกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย 6 ครั้ง ปี พ.ศ. 2442, 2447, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย ยังคงที่และมีแนวโน้มลดลง ที่ร้อยละ 71.70, 72.00, 67.70, 73.40, 72.00 และ 67.50 ตามลำดับ พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบว่า ร้อยละ 80.00 - 85.00 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดไว้ ร้อยละ 85.00 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 14



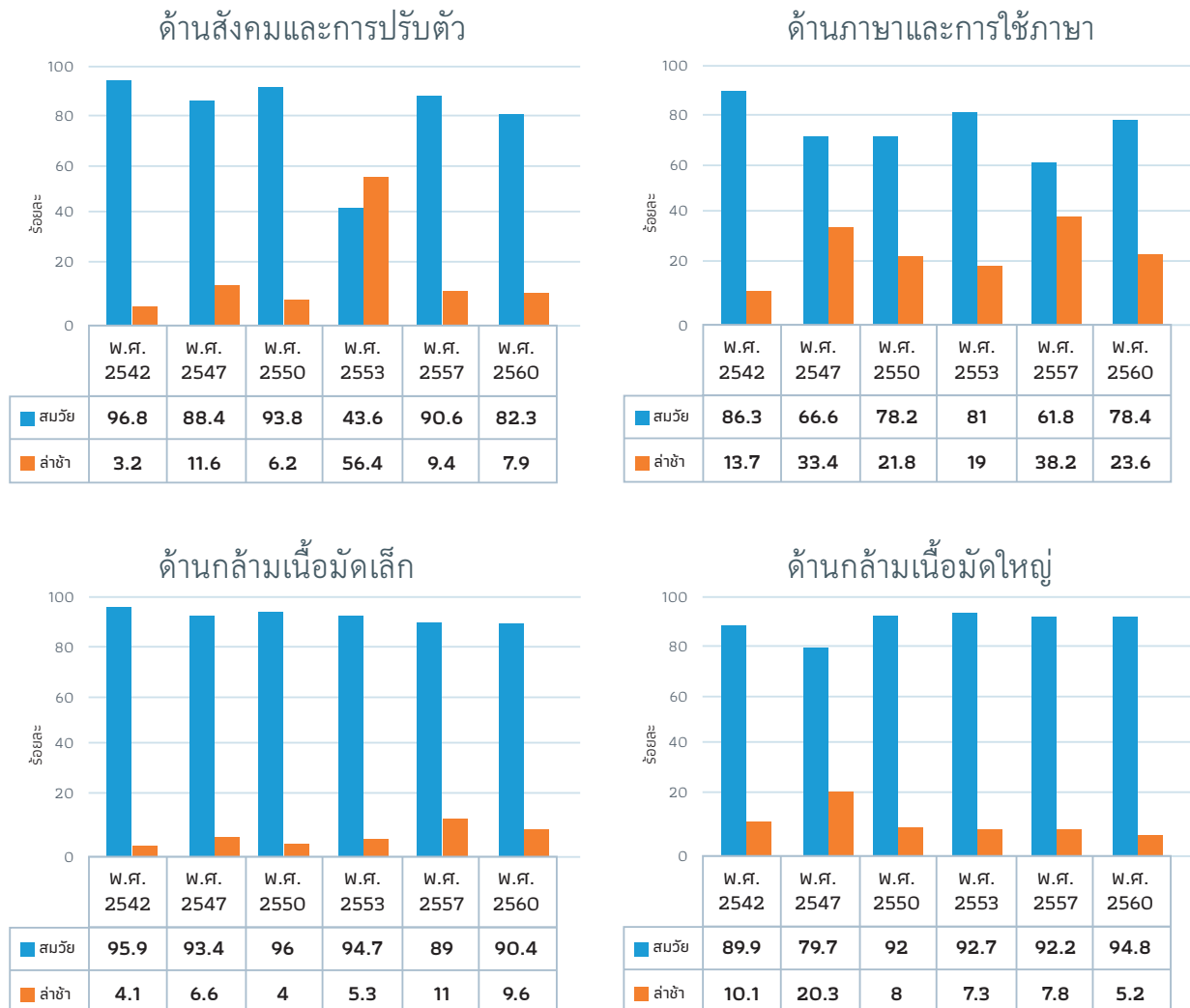
#### 6.4 เปรียบเทียบพัฒนาการแต่ละด้าน การสำรวจทั้ง 6 ครั้ง

การเปรียบเทียบพัฒนาการรายด้าน พบว่า การสำรวจทั้ง 6 ครั้ง พัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือด้านภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 24.76 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 11.48 และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 9.35 ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 6.61 ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 15

#### แผนภูมิที่ 14 ร้อยละพัฒนาการเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) เปรียบเทียบกับการศึกษาปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 ด้วยเครื่องมือ Denver II



## แผนภูมิที่ 15 ร้อยละพัฒนาการเด็กปฐมวัย(อายุ 0-5 ปี)รายด้านเปรียบเทียบผลการสำรวจ ปี พ.ศ.2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 ด้วยเครื่องมือ Denver II

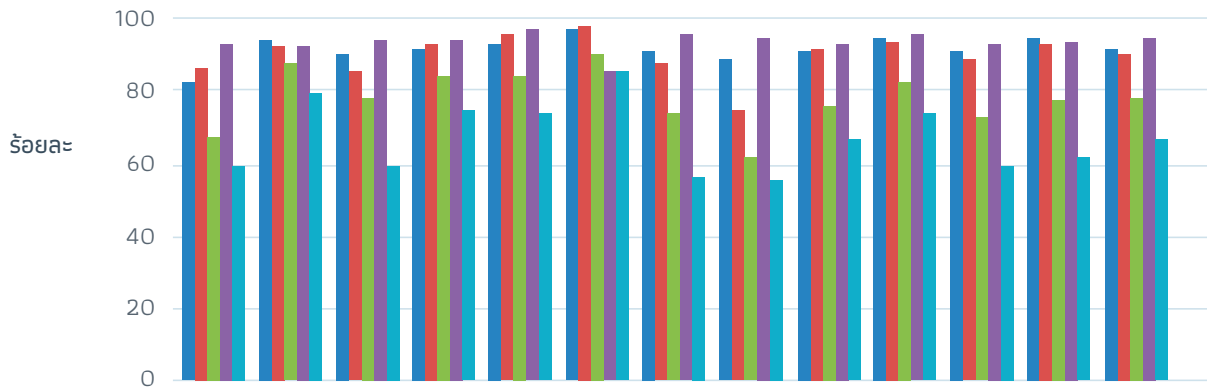


### 6.5 พัฒนาการเด็กปฐมวัย (อายุ 0 - 5 ปี) จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ

พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยรายเขตสุขภาพ 12 เขต (ยกเว้นกรุงเทพฯ) พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี เพียงเขตเดียว ที่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย ร้อยละ 85.80 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85.00) โดยพัฒนาการรายด้านที่มีปัญหา มากที่สุดในทุกเขต คือ พัฒนาการด้านภาษาและการใช้ภาษา (ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 17) และเมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มพัฒนาการสมวัย การสำรวจพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยปี พ.ศ. 2557 กับปี พ.ศ. 2560 พบว่า เขตสุขภาพที่มีพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น มี 4 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี และเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 16 , 17

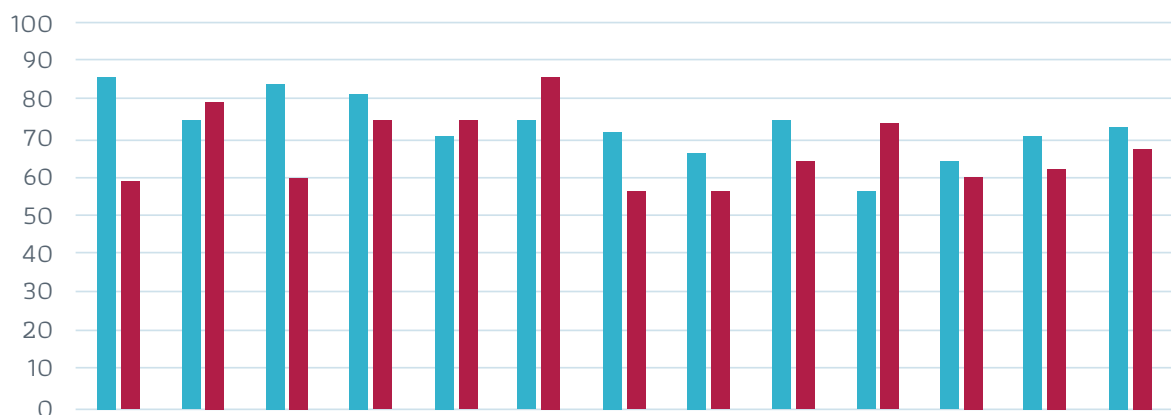


## แผนภูมิที่ 16 แสดงร้อยละพัฒนาการเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 0-5 ปี จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2560



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
■ ด้านสังคมและการปรับตัว	82.6	94	90.7	92.3	93.6	97.5	91	89.2	91.6	95.2	91.9	94.4	92.1
■ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก	86.5	92.6	86	93.4	95.9	98.3	88.5	74.6	92.3	93.7	89	93	90.4
■ ด้านภาษาและการใช้งาน	67.8	88	78.7	84.5	84.3	90.5	74.6	62	76.1	82.8	73.4	77.9	78.4
■ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่	93.2	92.8	94.6	94.1	97.2	85.8	95.5	94.4	93.5	95.8	93.4	94	94.8
■ พัฒนาการรวม	59	79.5	59.6	74.5	74.4	85.8	56.4	56.2	67	74	60.1	62.2	67.5

## แผนภูมิที่ 17 ร้อยละพัฒนาการสมวัยเด็กอายุ 0 - 5 ปี รายด้านจำแนกตามเขตสุขภาพ สำรวจครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 และสำรวจครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2560



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
■ พ.ศ.2557	85.6	74.9	84.7	81.6	70.7	73.7	71.1	66.3	74.9	56.6	64.5	70.9	72.8
■ พ.ศ.2560	59	79.5	59.6	74.5	74.4	85.8	56.4	56.2	64.1	74	60.1	62.2	67.5

■ พ.ศ.2557

■ พ.ศ.2560

## ส่วนที่ 7 ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

7.1 ปัจจัยทางชีวภาพของมารดาที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยมีปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัย ได้แก่ ด้านคุณลักษณะของมารดา ด้านสุขภาพมารดาในระยะตั้งครรภ์

7.1.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะของมารดา ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 67.1 ดังแสดงในตารางที่ 25

อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ มารดาที่มีอายุ 20 - 35 ปี จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ามารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี, อายุ 36-44 ปี และอายุมากกว่า 45 ปี ร้อยละ 35.8 , 1.07 เท่า และ 1.48 เท่าตามลำดับ

การศึกษาของมารดา มารดาที่มีการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า มารดาที่ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษาหรือปวช. และอนุปริญญาหรือปวส. หรือ ปวท. เป็น 1.25, 1.20 , 1.15 เท่า และร้อยละ 15.6 ตามลำดับ

อาชีพของมารดา มารดาที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า มารดาไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน , เกษตรกรรม , รับจ้าง , ค้าขายหรือเจ้าของกิจการ เป็น 1.54, 2.0, 1.67 และ 1.54 เท่า ตามลำดับ

ทั้งนี้รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย



ตารางที่ 25 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดาที่มีอิทธิพลต่อ  
การพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

ด้านคุณลักษณะของมารดา	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
อายุมารดา (ref: อายุ 20-35 ปี)			.003			
<20 ปี	-.444	.163	.007	.642	.466	.884
36-44 ปี	.070	.070	.315	1.073	.935	1.231
45 ปีขึ้นไป	.396	.175	.024	1.485	1.054	2.093
ระดับการศึกษา (ref:ปริญญาตรี/สูงกว่า)			.003			
ไม่ได้เรียน	.225	.247	.362	1.252	.772	2.032
ประถมศึกษา	.188	.109	.086	1.206	.974	1.495
มัธยมศึกษา/ปวช	.142	.088	.108	1.152	.969	1.370
อนุปริญญา/ปวส/ปวท	-.170	.107	.112	.844	.684	1.040
อาชีพมารดา (ref:รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ)			.000			
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.437	.153	.004	1.548	1.147	2.089
เกษตรกร	.693	.145	.000	2.000	1.507	2.655
รับจ้าง	.516	.132	.000	1.675	1.293	2.170
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	.433	.140	.002	1.543	1.173	2.028
รายได้ครอบครัว (ref: <10,000บาท)			.807			
10,000-20,000 บาท	-.023	.060	.704	.978	.870	1.099
20,000 บาท ขึ้นไป	.057	.123	.646	1.058	.831	1.348
ค่าคงที่	-1.282	.119	.000	.277	-	-

\* Wald statistics test, p-value 0.05, Power of predict = 67.1

**7.1.2 ด้านพฤติกรรมสุขภาพมารดาระยะตั้งครรภ์** ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 68.8 ดังแสดงในตารางที่ 26

การตรวจสอบสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ พบว่ามารดาที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าร้อยละ 13.7 เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก

การดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ พบว่ามารดาที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า 1.44 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปฐมวัยที่มารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์

การตรวจอัลตราซาวด์ พบว่ามารดาที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า 1.55 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปฐมวัยที่มารดาไม่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

ทั้งนี้สถานที่ฝากครรภ์ของมารดาเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

**ตารางที่ 26 การพยากรณ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ที่มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย**

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก :ไม่ตรวจ (ref:ได้ตรวจ)	-.147	.060	.014	.863	.768	.970
แอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์: ดื่ม (ref: ไม่ดื่ม)	.370	.184	.044	1.448	1.011	2.075
ตรวจอัลตราซาวด์ :ไม่ตรวจ (ref: ได้ตรวจ)	.438	.128	.001	1.550	1.207	1.991
สถานที่ฝากครรภ์ผ่านเกณฑ์ : ฝากเอกชน (ref: ฝากครรภ์รัฐบาล)	-.092	.059	.122	.912	.812	1.025
ค่าคงที่	-.752	0.32	.000	.472		

\* Wald statistics test, p-value 0.05, Power of predict = 68.8



## 7.2 ปัจจัยทางชีวภาพเด็กปฐมวัย

ปัจจัยทางชีวภาพเด็กปฐมวัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัย ได้แก่ สุขภาพเด็ก, ด้านโภชนาการ

7.2.1 ปัจจัยด้านสุขภาพเด็ก ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 7 ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ร้อยละ 67.5 ดังแสดงในตารางที่ 27

น้ำหนักทารกแรกคลอด พบว่าเด็กปฐมวัยเมื่อแรกคลอดที่มีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กปฐมวัยเมื่อแรกคลอดน้ำหนักร้อยกว่า 2,500 กรัม เป็น 1.38 เท่า

ลักษณะการคลอดของเด็ก พบว่าเด็กปฐมวัยที่คลอดครบกำหนดจะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่คลอดเกินกำหนดเป็น 1.82 เท่า และเด็กที่คลอดก่อนกำหนด 1.17 เท่า

วิธีคลอดของเด็ก พบว่าเด็กปฐมวัยที่วิธีการคลอดปกติจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับเด็กที่คลอดผิดปกติ

ปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าเด็กปฐมวัยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากจะมีโอกาสที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเป็น 1.53 เท่า

ทั้งนี้ปัจจัย การมีโรคประจำตัวของเด็ก การเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่รบกวนและปวดบวมเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

### ตารางที่ 27 ปัจจัยด้านสุขภาพเด็กที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ปัจจัยด้านสุขภาพเด็ก	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
น้ำหนักทารกแรกคลอด <2,500 กรัม (ref: 2,500 กรัมขึ้นไป)	.329	.086	.000	1.389	1.173	1.644
มีโรคประจำตัวเด็ก (ref:ไม่มี)	.087	.104	.403	1.091	.890	1.336
การคลอด (ref:ครบกำหนด)			.031			
ก่อนกำหนด	.158	.092	.087	1.171	.977	1.403
เกินกำหนด	.603	.296	.041	1.827	1.024	3.261
วิธีคลอดผิดปกติ (ref:ปกติ)	-.104	.049	.034	.901	.819	.992
มีปัญหาสุขภาพช่องปาก (ref:ไม่มี)	.425	.050	.000	1.530	1.386	1.689
เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วง ( ref:ไม่ เคย)	-.035	.095	.710	.965	.802	1.162
เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดบวม (ref:ไม่ เคย)	.180	.112	.108	1.197	.961	1.490
ค่าคงที่	-.899	.039	.000	.407		

\* Wald statistics test, p-value 0.05, Power of predict = 67.5

7.2.2 ปัจจัยด้านโภชนาการ ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 67.4 ดังแสดงในตารางที่ 28

การกินอาหารมื้อหลัก พบว่าเด็กที่ได้กินอาหารมื้อหลักจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็ก ที่ไม่ได้กินอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 40.2

ทั้งนี้ ปัจจัยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เป็นปัจจัยที่ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย



ตารางที่ 28 ปัจจัยด้านโภชนาการที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ปัจจัยด้านโภชนาการ	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
ไม่กินอาหารมื้อหลัก (ref: กินอาหารมื้อหลัก)	-.514	.216	.017	.598	.392	.913
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (ref:สมส่วน)			.263			
ผอม	.030	.124	.810	1.030	.808	1.313
ค่อนข้างผอม	.219	.100	.028	1.245	1.024	1.514
ท้วม	-.066	.112	.557	.936	.751	1.167
เริ่มอ้วน	-.133	.125	.363	.893	.699	1.140
อ้วน	.033	.155	.845	1.031	.761	1.396
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (ref: น้ำหนักตามเกณฑ์)			.174			
น้ำหนักน้อย	.205	.131	.118	1.228	.949	1.589
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	.042	.097	.662	1.043	.863	1.261
น้ำหนักค่อนข้างมาก	.228	.122	.061	1.256	.989	1.596
น้ำหนักมาก	-.023	.138	.870	1.023	.780	1.342
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (ref:สูงตามเกณฑ์)			.144			
เตี้ย	.180	.103	.082	1.197	.978	1.466
ค่อนข้างเตี้ย	.089	.092	.334	1.093	.912	1.311
ค่อนข้างสูง	.069	.114	.544	1.072	.857	1.340
สูง	.224	.127	.078	1.252	.975	1.607
ค่าคงที่	-.799	.028	.000	.459		

\* Wald statistics test, p-value 0.05, Power of predict = 67.4

### 7.3 ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

7.3.1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรของบิดา และผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 66.7 ดังแสดงในตารางที่ 29

ระดับการศึกษาของบิดา พบว่าเด็กปฐมวัยที่บิดาจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าบิดาที่ไม่ได้เรียน, ระดับประถมศึกษา, ระดับมัธยมศึกษา หรือ ปวช., ระดับอนุปริญญา หรือปวส. หรือปวท เป็น 2.64, 1.31, 1.28 และ 1.06 เท่า ตามลำดับ

อาชีพของบิดา พบว่าเด็กปฐมวัยที่บิดามีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า บิดาอาชีพ ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน, เกษตรกร, รับจ้าง ,ค้าขาย หรือเจ้าของกิจการเป็น 1.61, 1.31, 1.46 และ 1.19 เท่า ตามลำดับ

อาชีพผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่บิดามารดา พบว่าเด็กปฐมวัยที่ผู้เลี้ยงดูมีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า ผู้เลี้ยงดูที่มีอาชีพ ,ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน, เกษตรกร, รับจ้าง, ค้าขาย หรือเจ้าของกิจการ เป็น 1.30, 1.70, 1.40 และ 1.39 เท่า ตามลำดับ

ทั้งนี้ ปัจจัยอายุของบิดา และรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย



ตารางที่ 29 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์  
โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
อายุปัจจุบันของบิดา (ref:น้อยกว่า20-39 ปี)			.138	.138		
<20 ปี	-.706	.361	.051	.494	.243	1.002
40-59 ปี	.088	.083	.288	1.092	.928	1.285
60 ปีขึ้นไป	.408	.619	.510	1.504	.447	5.063
ระดับการศึกษาบิดา (ref:ปริญญาตรี/สูงกว่า)			.012	.012		
ไม่ได้เรียน	.973	.338	.004	2.647	1.363	5.138
ประถมศึกษา	.273	.135	.043	1.314	1.008	1.713
มัธยมศึกษา/ปวช	.249	.120	.038	1.282	1.014	1.622
อนุปริญญา/ปวส/ปวท	.062	.136	.649	1.064	.815	1.389
อาชีพบิดา (ref:รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ)			.029	.029		
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน	.477	.405	.239	1.612	.728	3.567
เกษตรกร	.272	.163	.095	1.313	.954	1.808
รับจ้าง	.383	.146	.009	1.467	1.102	1.954
รายได้ครอบครัว (ref: <10,000บาท)			.530	.530		
10,000-20,000 บาท	-.041	.070	.558	.960	.836	1.101
20,000 บาท ขึ้นไป	.104	.126	.410	1.109	.866	1.420
อาชีพผู้เลี้ยงดู (ref:รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ)		.225	.009			
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.265	.228	.240	1.303	.838	2.026
เกษตรกร	.531	.232	.020	1.701	1.087	2.661
รับจ้าง	.340	.240	.143	1.405	.891	2.214
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	.332	.233	.166	1.393	.871	2.228
ค่าคงที่	-1.552	.233	.000	.212		

\* Wald statistics test , p-value 0.05 , Power of predict = 66.7

7.3.2 ปัจจัยด้านสถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวัน ผู้เลี้ยงดูเด็กหลักช่วงเวลากลางวันและการรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัว มีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 70.0 ดังแสดงในตารางที่ 30

สถานที่เลี้ยงดูเด็กอยู่ช่วงกลางวัน พบว่าการอยู่บ้านตนเองของเด็กในช่วงเวลากลางวันเด็กจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าอยู่ที่ โรงเรียน, บ้านผู้รับจ้างเลี้ยงเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และบ้านญาติ เป็น 1.74, 1.04, 2.01 เท่า และร้อยละ 30.4 ตามลำดับ

ทั้งนี้ ปัจจัย ผู้ดูแลเด็กหลักช่วงกลางวันที่บ้าน บิดา/มารดาที่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิก ANC, WCC เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

**ตารางที่ 30 ปัจจัยสภาพแวดล้อมด้านสถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวัน ผู้เลี้ยงดูเด็กหลักช่วงกลางวัน และการเข้ารับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ที่มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย**

ปัจจัยสภาพแวดล้อมด้านสถานที่อยู่และผู้เลี้ยงดูกลางวัน การเข้าร่วม รร.พ่อแม่	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
สถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวัน (ref: บ้านตัวเอง)			.000			
โรงเรียน	.557	.085	.000	1.745	1.477	2.062
บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็ก	.047	.475	.922	1.048	.413	2.656
ศพด.	.698	.072	.000	2.010	1.744	2.316
บ้านญาติ	-.362	.212	.088	.696	.459	1.056
ผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้านช่วงกลางวัน (ref: มารดา)			.099			
บิดา	-.191	.219	.383	.826	.538	1.269
ญาติ	.012	.079	.878	1.012	.867	1.182
ผู้รับจ้างดูแลเด็ก	-.646	.276	.019	.524	.305	.900
มารดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC (ref: เข้าร่วมทุกครั้ง)			.820			
ไม่ทุกครั้ง	.069	.117	.556	1.071	.852	1.346
ไม่เข้าร่วม	.055	.104	.596	1.057	.862	1.296



ปัจจัยภาพแวดล้อมด้านสถานที่อยู่ และผู้เลี้ยงดูกลางวัน การเข้าร่วม รร.พ่อแม่	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
บิดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ANC (ref: เข้าร่วมทุกครั้ง)			.285			
ไม่ทุกครั้ง	.135	.194	.488	1.144	.782	1.674
ไม่เข้าร่วม	.248	.169	.141	1.281	.921	1.783
มารดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ WWC (ref: เข้าร่วมทุกครั้ง)			.750			
ไม่ทุกครั้ง	.098	.190	.605	1.103	.760	1.601
ไม่เข้าร่วม	.134	.181	.462	1.143	.801	1.631
บิดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ WCC (ref: เข้าร่วมทุกครั้ง)			.469			
ไม่ทุกครั้ง	.569	.462	.219	1.766	.714	4.368
ไม่เข้าร่วม	.518	.451	.251	1.678	.694	4.059
ค่าคงที่	-2.026	.417	.000	.132		

\* Wald statistics test , p-value 0.05 , Power of predict = 70.0

7.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 67.4 ดังแสดงในตารางที่ 31

การอ่าน-เล่านิทานคุณภาพ พบว่าเด็กที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูอ่าน-เล่านิทานคุณภาพจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า เด็กที่ไม่ได้อ่านเล่านิทาน และอ่านเล่านิทานไม่มีคุณภาพ เป็น 1.35 และ 1.08 เท่า

การเล่นคุณภาพ พบว่าเด็กที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเล่นคุณภาพกับเด็ก จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า ไม่เล่นกับเด็ก และเล่นไม่มีคุณภาพ เป็น 1.04 เท่า และร้อยละ 12.3

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพ พบว่า เด็กที่พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพ จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีคุณภาพ และไม่ใช่สื่อ เป็น 1.24 เท่า และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

การดูทีวีของเด็ก พบว่าที่เด็กดูทีวีวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า เด็กดูทีวีมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมงและเด็กไม่ดูทีวี เป็น 1.11 เท่า และร้อยละ 29.3 ตามลำดับ

**ตารางที่ 31 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเล่นดูเด็กที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย**

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเล่นดูเด็ก	B	S.E.	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
การอ่านเล่านิทาน (ref: เล่ามีคุณภาพ)			.000			
อ่านเล่าไม่มีคุณภาพ	.084	.065	.191	1.088	.959	1.235
ไม่อ่านเล่า	.301	.065	.000	1.352	1.189	1.536
การเล่นกับเด็ก (ref: เล่นมีคุณภาพ)			.015			
เล่นไม่มีคุณภาพ	-.131	.052	.012	.877	.792	.972
ไม่เล่น	.048	.072	.504	1.049	.911	1.208
เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ref: ใช้อย่างมีคุณภาพ)			.001			
ใช้ไม่มีคุณภาพ	.222	.065	.001	1.249	1.100	1.417
ไม่ใช้	-.033	.055	.549	.968	.869	1.078
การดูทีวี (ref: ดู<2ชั่วโมง)			.000			
ดู > 2 ชั่วโมง	.112	.076	.138	1.119	.965	1.298
ไม่ดู	-.347	.061	.000	.707	.627	.769
ค่าคงที่	-.806	.060	.000	.447		

\* Wald statistics test , p-value 0.05 , Power of predict = 67.4



## บทที่ 5

# สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

### สรุป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ 2. ศึกษาพฤติกรรมของมารดาระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว 3. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) ทั้งนี้พัฒนาการเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการติดตามสุขภาพ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กระดับบุคคล ดังนั้น การประเมินพัฒนาการเด็กที่ได้มาตรฐานด้วยบุคลากรที่ผ่านการอบรม เป็นผู้ประเมินพัฒนาการเด็กที่มีคุณภาพด้วยเครื่องมือคัดกรองที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสากล จะช่วยให้ได้ข้อมูลพัฒนาการเด็กที่น่าเชื่อถือ เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการกำกับ ติดตามสุขภาพเด็กแบบองค์รวม และสร้างข้อเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาเด็กองค์รวมและการจัดบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับอย่างมีคุณภาพ การสำรวจพัฒนาการในครั้งนี้ใช้เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II และผู้ทำการคัดกรองพัฒนาการได้ผ่านการอบรมเป็นผู้ประเมินพัฒนาการจากมหาวิทยาลัยมหิดล โดยพัฒนาเด็กปฐมวัยมี 4 ด้าน คือด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) ด้านกล้ามเนื้อเล็ก (Fine motor adaptive) ด้านภาษาและการใช้ภาษา (Language) และด้านสังคมและการปรับตัว (Psycho-social)

### 1. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับประเทศ และเปรียบเทียบกับสถานการณ์จากการสำรวจที่ผ่านมา เป็นอย่างไร

เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 67.50 ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 85 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 94.80 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 92.10 ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 90.40 และด้านภาษาและการใช้ภาษา ร้อยละ 78.40

พัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 0 - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.80 และลดลงเมื่อเด็กอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 58.00 พัฒนาการสมวัยทั้งสองกลุ่มไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 85.00 เมื่อจำแนกพัฒนาการสมวัยรายด้าน เด็กอายุ 0 - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัยด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 93.20 ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 93.90 ด้านภาษาและการใช้ภาษา ร้อยละ 98.00 และด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 95.20 บรรลุตามเป้าหมาย

ที่กำหนดไว้ แต่มีข้อสังเกตว่าเด็ก อายุ 0-2 ปี พัฒนาการด้านภาษาและการใช้ภาษากลับสูงกว่า ด้านอื่นๆ ส่วนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านเพียง ร้อยละ 58.00 เมื่อจำแนกพัฒนาการ สมวัยตามรายด้าน เด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 91.00 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 86.80 ด้านภาษาและการใช้ภาษา ร้อยละ 68.70 และ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 94.50 พัฒนาการด้านที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย ด้านภาษาและการใช้ ภาษาซึ่งมีค่าต่ำมาก ซึ่งเด็กเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการที่ล่าช้า จะมีโอกาสมีปัญหารี การเรียน สมาธิสั้น ไม่สามารถที่จะศึกษาในระดับฝีมืออาชีพหรืออุดมศึกษาต่อไปได้

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย 6 ครั้ง ปี พ.ศ. 2442, 2447, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลง ที่ร้อยละ 71.70, 72.00, 67.70, 73.40, 72.00 และ 67.50 ตามลำดับ พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตรา ต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบว่า ร้อยละ 80.00-85.00 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการ สมวัย<sup>(5)</sup> สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552- พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.10<sup>(9)</sup> และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผน บูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดไว้ ร้อยละ 85.00

การเปรียบเทียบพัฒนาการรายด้าน พบว่า การสำรวจทั้ง 6 ครั้ง พัฒนาการล่าช้ามากที่สุด คือ ด้านภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบส่งสัยล่าช้าถึงร้อยละ 24.76 โดยเฉพาะเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ล่าช้าถึงร้อยละ 31.30 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 11.48 และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 9.35 ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 6.61 ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว<sup>(6)</sup> นั้นหมายความว่าในระยะ 20 ปี ที่ผ่านมามีการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาการ เด็กปฐมวัยยังไม่บรรลุผลสำเร็จ สถานการณ์ยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงหากยังไม่มียุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจนและดำเนินการจริงจังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเด็กเหล่านี้หาก ไม่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้านที่ล่าช้า เด็กจะมีโอกาสมีปัญหารี การเรียน สมาธิสั้น ไม่สามารถที่จะ ศึกษาในระดับฝีมืออาชีพหรืออุดมศึกษาต่อไปได้

พัฒนาการเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย รายเขตสุขภาพ 12 เขต (ยกเว้นกรุงเทพฯ) พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรีเพียงเขตเดียว ที่บรรลุค่า เป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย ร้อยละ 85.80 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85.00) โดยพัฒนาการรายด้านที่มีปัญหามากที่สุดในทุกเขต คือ พัฒนาการด้านภาษาและการใช้ภาษา



และเมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มพัฒนาการสมวัย การสำรวจพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ. 2557 กับ ปี พ.ศ. 2560 พบว่า เขตสุขภาพที่มีพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น มี 4 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี และเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี

## 2. ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ภาพรวมระดับประเทศ

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.40 น้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย ร้อยละ 11.30 น้ำหนักค่อนข้างมากและน้ำหนักมาก ร้อยละ 12.20 จะเห็นว่าเด็กจะมีปัญหาน้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย และน้ำหนักค่อนข้างมากและน้ำหนักมาก อยู่ในอัตราที่สูง ซึ่งจะปัจจัยเสี่ยงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่าเด็กอายุ 0.5 ปี ส่วนใหญ่ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 79.90 ค่อนข้างเตี้ย และเตี้ยร้อยละ 12.50 ซึ่งอยู่ในอัตราที่สูง และค่อนข้างสูงและสูงร้อยละ 7.60 หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พัฒนาการ และระดับ IQ ของเด็กเมื่อเข้าสู่วัยเรียน

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี ส่วนใหญ่ มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงสมส่วน ร้อยละ 75.60 ผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 10.0 ท้วม ร้อยละ 4.7 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.7 ซึ่งอยู่ในอัตราที่สูง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการ

## 3. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาาระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการเลี้ยงดูลูก

### 3.1 พฤติกรรมของมารดาาระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด

อายุของมารดาาระยะตั้งครรภ์ พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 20-35ปี(มารดาวัยเหมาะสม) ร้อยละ 66.00 รองลงมา คือ น้อยกว่า 20 ปี(มารดาวัยรุ่น) ร้อยละ 24.10 และอายุมากกว่า 35 ปี(มารดาอายุมากเสี่ยงสูง) ร้อยละ 24.10 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ปี พ.ศ. 2557<sup>(8)</sup> ที่มีข้อแตกต่างสถานการณ์เริ่มมีทิศทางเปลี่ยน โดยมารดาอายุเหมาะสมที่จะมีบุตรน้อยลง ส่วนมารดาวัยรุ่นและมารดาอายุมากเพิ่มมากขึ้น ตามข้อมูล ปี พ.ศ. 2557 สำรวจพบมารดามีอายุขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-35 ปี(มารดาวัยเหมาะสม) ร้อยละ 70.1 มารดามีอายุขณะตั้งครรภ์อยู่ต่ำกว่า 20 ปี (แม่วัยรุ่น) พบร้อยละ 20.0 และมารดามีอายุขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี (แม่อายุมากเสี่ยงสูง) พบร้อยละ 9.9 ส่วนการฝากครรภ์ พบมารดาาระยะตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์เมื่ออายุครรภ์ คือ 30-34 สัปดาห์ ร้อยละ 94.60 รองลงมาคือ 16-20 สัปดาห์ ร้อยละ 82.60 น้อยที่สุดคือ 1-12 สัปดาห์ ร้อยละ 64.40 โดยจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ในแต่ละช่วงอายุครรภ์เฉลี่ย พบมากที่สุดคือ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 84.60 รองลงมาคือ 3-4 ครั้ง ร้อยละ 14.16 น้อยที่สุดคือ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 1.52 ข้อสังเกต การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 64.40 มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 60.0<sup>(8)</sup>

สถานบริการสาธารณสุข ที่มารดาระยะตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ ณ สถานบริการสุขภาพผ่านการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สังกัดกรมอนามัย ร้อยละ 98.50 รองลงมา โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 81.30 น้อยที่สุด ศูนย์บริการเทศบาล ร้อยละ 0.50

ความเสี่ยงของมารดาระยะตั้งครรภ์ การประเมินความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ได้รับการประเมินความเสี่ยง ร้อยละ 80.20 และไม่ได้รับการประเมิน ร้อยละ 19.80 โรคประจำตัวของมารดาระยะตั้งครรภ์ มารดาระยะตั้งครรภ์ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.60 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.40 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคโลหิตจาง ร้อยละ 11.80 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.70 น้อยที่สุดคือ โรคโรคหัวใจ ร้อยละ 3.70

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาระยะตั้งครรภ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 92.40 และมีภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 7.60 โดยพบอาการมากที่สุด คือ ปวดศีรษะมาก ตามัวมัว จุกแน่นหน้าอก บวมที่เท้ากดบวม ร้อยละ 11.80 รองลงมาคือ เลือดออกจากช่องคลอด ร้อยละ 9.80 น้อยที่สุดคือ ปัสสาวะแสบขัดหรือลำบาก ร้อยละ 3.20 เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจ ปี พ.ศ. 2557 พบว่าภาวะแทรกซ้อนของมารดามีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 5.6<sup>(8)</sup> เป็นร้อยละ 7.60 โดยมีภาวะแทรกซ้อนที่พบ ไม่แตกต่างกัน

การติดเชื้อของมารดาระยะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อของมารดาระยะตั้งครรภ์ พบว่า ไม่มีการติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 99.40 และมีการติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.60 โดย โรคติดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ HIV และ เริม ร้อยละ 0.70 รองลงมาคือ อีสุกอีใส ร้อยละ 0.60 น้อยที่สุดคือ หัดเยอรมัน ร้อยละ 0.2

การตรวจเลือดและตรวจพิเศษหญิงตั้งครรภ์ การตรวจเลือด Hct./Hb. และ Blood group พบว่า มารดาช่วงตั้งครรภ์ไม่ได้ตรวจ Hct./Hb. และ Blood group ร้อยละ 2.55 และ 2.31 ตามลำดับและได้รับการตรวจร้อยละ 97.45 และ 97.69 ตามลำดับ และการตรวจพิเศษช่วงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจและผลปกติ

การดื่มแอลกอฮอล์ของมารดาช่วงตั้งครรภ์พบว่าไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.20 และดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.80 โดยดื่มมากที่สุดคือ ดื่ม 1-2 ครั้ง ร้อยละ 49.70 รองลงมาคือ ดื่ม 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 21.20 น้อยที่สุดคือ ดื่มทุกวัน ร้อยละ 8.60 เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจ ปี พ.ศ. 2557 ไม่พบความแตกต่างสอดคล้องกัน

การกินยาบำรุงของหญิงตั้งครรภ์ มารดาช่วงตั้งครรภ์กินยา Obimin/Triferdine/Nataral พบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 13.80 ไม่ได้รับยาบำรุง ร้อยละ 8.60 และได้รับยาบำรุง ร้อยละ 75.80 โดยกินทุกวัน ร้อยละ 83.20 กินบางวัน ร้อยละ 9.50 และไม่กินยาบำรุง ร้อยละ 1.60 มีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ



กับการสำรวจ ปี พ.ศ. 2557 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยา Obimin/Triferdine ร้อยละ 56.8 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา กินยาทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 85 กินบางวัน ร้อยละ 10 ไม่กินร้อยละ 1 และไม่ทราบ ร้อยละ 3.9<sup>(8)</sup>

การตรวจสุขภาพช่องปากของมารดาช่วงตั้งครรภ์ การตรวจสุขภาพช่องปากของมารดาช่วงตั้งครรภ์ พบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 12.60 ไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 22.20 ได้รับการตรวจ ร้อยละ 65.2 และไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 36.20 และมีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยพบมากที่สุดคือ ฟันผุ ร้อยละ 57.50 รองลงมาคือ หินน้ำลาย ร้อยละ 44.50 น้อยที่สุดคือ เหงือกอักเสบ ร้อยละ 34.10

การเลือกสถานที่คลอด มารดาไปคลอด ณ สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนใหญ่คลอดที่ โรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สังกัดกรมอนามัย โดยสถานบริการฯ ดังกล่าว ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 81.30 69.80 และ 100 ตามลำดับ

อายุครรภ์เมื่อคลอดและน้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด มีค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์ มากกว่า 38 สัปดาห์ ร้อยละ 47.20 รองลงมาคือ 37 – 38 สัปดาห์ ร้อยละ 44.80 และต่ำกว่า 37 สัปดาห์ (คลอดก่อนกำหนด) ร้อยละ 8.0 แนวโน้มทารกคลอดก่อนกำหนดลดลงจากการสำรวจปี พ.ศ.2557 พบร้อยละ10.4 ส่วน น้ำหนักของทารกเมื่อแรกคลอดส่วนใหญ่เด็กมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ร้อยละ 89.80 และเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.10 น้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด มีแนวโน้มลดลงจากการสำรวจ ปี พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 10.1<sup>(8)</sup>

วิธีการคลอดของมารดา พบมากที่สุดคือคลอดปกติ ร้อยละ 58.80 รองลงมาคือ ผ่าท้องคลอด ร้อยละ 38.20 น้อยที่สุดคือ เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 0.51 แนวโน้มวิธีการคลอดปกติสูงขึ้น แต่การผ่าท้องคลอดและใช้เครื่องดูดสุญญากาศเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจ ปี พ.ศ.2557 พบการคลอดวิธีปกติ ร้อยละ 66.9 ผ่าท้องคลอด ร้อยละ 23.3 ใช้เครื่องดูดสุญญากาศและกีมทำคลอด ร้อยละ 3.8<sup>(8)</sup>

การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิกฝากครรภ์ มารดา บิดา และญาติ ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วม กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิกฝากครรภ์ ร้อยละ 59.9, 83.5 และ 98.0 ซึ่งมารดา บิดา และญาติเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิกฝากครรภ์ทุกครั้ง เพียง ร้อยละ 22.2, 7.0 และ 0.6 ตามลำดับ ส่วนคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี มารดา บิดา และญาติ ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ร้อยละ 76.4, 67.6 และ 93.6 ซึ่งมารดา บิดา และญาติ เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิกฝากครรภ์ทุกครั้ง เพียงร้อยละ 6.50, 1.6 และ 2.5 ตามลำดับ

การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นคู่มือที่ให้มารดาหรือบุคคลในครอบครัวใช้ในการดูแลสุขภาพมารดาช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูลูกมารดา กลุ่มตัวอย่างนำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเมื่อเข้ารับบริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดีทุกครั้ง ร้อยละ 94.40 มีการอ่านสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 60.00 ส่วนการบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 27.50 ซึ่งน้อยมาก

### 3.2 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว

อาหารและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากเด็กทารกได้รับสารอาหารตามธรรมชาติจากน้ำนมแม่ที่มีสัดส่วนของปริมาณโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน เหมาะสมและเพียงพอต่อการเจริญเติบโตของทารก และอุดมไปด้วยสารที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ ที่จะปกป้องทารกจากการเจ็บป่วย รวมถึงเป็นการสร้างความรักความผูกพันระหว่างแม่กับลูก จากมติการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 54 พ.ศ. 2546 กำหนดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Exclusive Breast Feeding) เป็นเวลา 6 เดือนและให้อาหารเสริมร่วมกับนมแม่ต่อไปจนเข้าขวบปีที่ 2 โดยรายงานสรุปของ WHO ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า การกินนมแม่ส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก 2.19 - 3.45 จุด<sup>(14)</sup> นั้นแสดงว่าการกินนมแม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านบวกกับเด็ก<sup>(15)</sup> จากการศึกษาระยะยาวพบว่าเด็กที่กินนมแม่เป็นหลัก ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปจะส่งผลดีต่อความสามารถทางสติปัญญา พัฒนาการ ความสามารถด้านการศึกษาและสุขภาพจิต<sup>(16)</sup>

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ด้วยข้อจำกัดของการศึกษารุ่นนี้ ที่เน้นการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นเด็กอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน การถามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เป็นการถามแม่ว่าเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ย้อนหลังกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูแนวโน้มของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่านั้น ผลการสำรวจพบ ร้อยละ 23.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่มารดาเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครบ 6 เดือนและมากกว่า ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ปี พ.ศ. 2557 ที่ ร้อยละ 23.9<sup>(8)</sup> โดยเขตสุขภาพที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุคสูงกว่าระดับประเทศ จำนวน 5 เขต ประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่, เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก, เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี, เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช และเขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ในอัตราร้อยละ 40.5, 23.4, 23.9, 36.9 และ 38.5 ตามลำดับ และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาศักยภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ปี 2561 ที่กำหนดไว้ ร้อยละ 50

การให้กินอาหารมือหลัก และอาหารระหว่างมือของเด็ก พบว่าไม่ทราบ ร้อยละ 0.10 เด็กไม่กินอาหารมือหลัก ร้อยละ 0.80 และเด็กกินอาหารมือหลัก ร้อยละ 99.10 โดย ส่วนใหญ่ จะกินอาหารมือเย็น ร้อยละ 97.10 รองลงมาคือ กินอาหารมือเช้า ร้อยละ 96.80 และน้อยที่สุดคือ กินอาหารมือกลางวัน ร้อยละ 88.00



การให้กินอาหารระหว่างมือของเด็ก พบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 6.70 เด็กไม่กินอาหารว่างระหว่างมือ ร้อยละ 9.40 และเด็กกินอาหารว่างระหว่างมือ ร้อยละ 83.90 ส่วนใหญ่กินอาหารว่างระหว่างมือเวลาบ่าย ร้อยละ 82.40 รองลงมาคือเวลาสาย ร้อยละ 76.50 น้อยที่สุดคือเวลาเย็น ร้อยละ 12.10 และอาหารว่างมือที่ควรแนะนำให้เด็กควรรับประทาน คือ นม ผลไม้

การกินวิตามินเสริมธาตุเหล็กของเด็ก พบว่า ไม่ทราบว่าเด็กได้กินหรือไม่ ร้อยละ 7.80 เด็กไม่ได้กินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 54.00 และเด็กได้กินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 38.20 โดยกินสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ซ้อนชา ร้อยละ 93.47 น้อยที่สุดคือ ทุกวันๆละ 1 ซ้อนชา ร้อยละ 6.53 ความสม่ำเสมอในการกิน พบว่าเด็กกินเป็นประจำ ร้อยละ 74.27 และกินบางครั้ง ร้อยละ 25.73

การเล่าหรืออ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังของพ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก การเล่าหรืออ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กพบว่า เล่าหรืออ่านนิทาน ร้อยละ 59.90 ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ร้อยละ 51.1<sup>(8)</sup> ระยะเวลาเล่า-อ่านนิทานคุณภาพ ไม่น้อยกว่า 10 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 63.5 ส่วนการเล่า - อ่านนิทานในหนึ่งสัปดาห์ พบว่ามากกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 33.80 และการเล่า - อ่านนิทานในช่วง 1 วัน พบมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 78.9 สำหรับการเล่า-อ่านนิทานให้เด็กฟังของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในระดับเขตสุขภาพ 5 ลำดับแรก ที่มีค่าสูงกว่าระดับประเทศ คือ เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ และเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ที่ร้อยละ 99.2, 74.0, 65.9, 65.7 และ 59.9 ตามลำดับ

การเล่นกับเด็กของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่าเด็กเล่นกับบุคคล ร้อยละ 83.7 ซึ่งสูงกว่าการกวดการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ร้อยละ 66.0<sup>(8)</sup> โดยใช้เวลาร่วมเล่นกับเด็กไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 19.7 ส่วนการเล่นกับเด็กในหนึ่งสัปดาห์ พบว่าเล่นมากกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 37.90 โดยการเล่นกับเด็กในช่วง 1 วัน พบมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 59 สำหรับการเล่นกับเด็กในระดับเขตสุขภาพ พบว่ามี 8 เขตที่มีค่าสูงกว่าประเทศ คือเขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี และเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก ที่ ร้อยละ 99.1, 97.1, 94.2, 92.7, 92.3, 91.2, 90.3 และ 89.4 ตามลำดับ

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆ กับเด็ก เช่นการใช้โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต เป็นต้น พบว่า มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆกับเด็ก ร้อยละ 67.30 ซึ่งไม่แตกต่างการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ร้อยละ 51.1<sup>(8)</sup> โดยมีระยะเวลาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆ มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 88.1 และในช่วง 1 สัปดาห์ ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆ กับเด็ก มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

ร้อยละ 19.8 ส่วนการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่างๆ กับเด็ก ในระดับเขตสุขภาพ พบว่า มี 7 เขตที่มีค่าสูงกว่าระดับประเทศ คือ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ร้อยละ 82.7, 82.5, 73.0, 69.1, 68.2, 67.8 และ 67.7 ตามลำดับ

การดูโทรทัศน์ของเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กดูโทรทัศน์ ร้อยละ 78.90 และดูโทรทัศน์ทุกวันๆ ละมากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 75.7 ใน 1 สัปดาห์ดูโทรทัศน์ 2-3 วันๆ ละมากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 60.5 ส่วนการดูโทรทัศน์ของเด็กปฐมวัยในระดับเขตสุขภาพ พบ 8 เขต ที่เด็กปฐมวัยดูโทรทัศน์มีค่าสูงกว่าระดับประเทศ คือ เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และเขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ที่ร้อยละ 88.4, 86.0, 84.1, 83.7, 83.5, 81.7, 80.8 และ 79.0 ตามลำดับ

#### 4. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย(0-5 ปี)

วิเคราะห์ ด้วย Multiple Logistics Regression พบว่า

4.1 ปัจจัยทางชีวภาพของมารดาที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยมีปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัย ได้แก่ ด้านคุณลักษณะทางประชากร ของมารดา ด้านสุขภาพมารดา ระยะตั้งครรภ์ พบว่า

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่เคยมีบุตรมีความเสี่ยงต่อการคลอดเด็กร้ำก้นตัวน้อย<sup>(19)</sup> ระดับการศึกษาของมารดา จะมีผลมากกว่าระดับการศึกษาของพ่อ<sup>(20,21,22)</sup> ครอบครัวที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่พอเพียง จะมีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่า ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ<sup>(23,24)</sup> และการไม่เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมา มีการอบรมเลี้ยงดูที่ดี จะส่งผลให้มีสัดส่วนของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่าเด็กที่ลักษณะตรงกันข้าม<sup>(25)</sup> นอกจากนี้ระดับการศึกษาของพ่อและการมีสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ดี รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 1 - 6 ปี<sup>(26)</sup> การศึกษาครั้งนี้ ได้นำตัวแปร อายุ การศึกษา อาชีพของมารดาและรายได้ของครอบครัวเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว มีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 67.1 พบว่า อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ มารดาที่มีอายุ 20 - 35 ปี จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี, อายุ 36-44 ปี และอายุมากกว่า 45 ปี ร้อยละ 35.8 , 1.07 เท่า และ 1.48 เท่า



ตามลำดับ, ส่วนการศึกษาของมารดา มารดาที่มีการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า มารดาที่ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษาหรือปวช. และอนุปริญญาหรือปวส. หรือ ปวท. เป็น 1.25, 1.20, 1.15 เท่า และร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ที่พบว่าการศึกษาของมารดา ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p\text{-value} < 0.05^{(8)}$  สำหรับอาชีพของมารดา มารดาที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า มารดาไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน, เกษตรกรรม, รับจ้าง, ค้าขายหรือเจ้าของกิจการ เป็น 1.54, 2.0, 1.67 และ 1.54 เท่า ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย”<sup>(5)</sup> ทั้งนี้ รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยซึ่งแตกต่างการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่าครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท รายได้ช่วง 9,000-15,000 บาท รายได้ช่วง 15,000-20,000 บาท จะมีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.71 เท่า, 1.3 เท่า และ 1.27 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9,000 บาท<sup>(8)</sup>

**ปัจจัยด้านสุขภาพมารดาระยะตั้งครรภ์** จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การจัดสภาพแวดล้อมของทารกในครรภ์ให้เอื้อต่อเจริญเติบโตมากที่สุด ลดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Small for gestational age; SGA) และภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด คือ การเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ที่ดีจะส่งผลดีต่อการคลอด<sup>(6)</sup> การศึกษาครั้งนี้ได้นำตัวแปร มารดาได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก การดื่มแอลกอฮอล์ระยะตั้งครรภ์ มารดาระยะตั้งครรภ์ได้ตรวจอัลตราซาวด์ และสถานที่ฝากครรภ์ของมารดา เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว มีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 68.8 พบว่า สุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ ส่งผลต่อมารดาระยะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มารดาที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าร้อยละ 14 เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้ตรวจสุขภาพช่องปาก ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ พบว่ามารดาที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า 1.44 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปฐมวัยที่มารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ และการที่มารดาระยะตั้งครรภ์ได้ตรวจอัลตราซาวด์ จะได้ทราบความผิดปกติของตัวมารดาเอง การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการได้รับการรักษาอย่างทันที่ พบว่า มารดาที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า 1.55 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปฐมวัย ที่มารดาไม่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ทั้งนี้สถานที่ฝากครรภ์ของมารดา เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยซึ่งแตกต่างการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ที่พบว่า การฝากครรภ์ของมารดา ณ โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จะมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.71 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปฐมวัยที่มารดาไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก<sup>(8)</sup>

## 4.2 ปัจจัยทางชีวภาพเด็กปฐมวัย ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัย ได้แก่ สุขภาพเด็กเมื่อแรกคลอด,ด้านโภชนาการ

**ปัจจัยด้านสุขภาพเด็ก** สุขภาพของเด็กจะเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพัฒนาการเด็ก การศึกษาในเด็กอายุ 3 - < 6 ปี ในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย คือ จังหวัดแพร่ จังหวัดนุรีรัมย์ จังหวัดสระบุรี และจังหวัดกรุงเทพมหานคร เมื่อทดสอบด้วยเครื่องมือ Denver II พบเด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าวัย ร้อยละ 46.70 โดยพบว่า มีเด็กร้อยละ 11.50 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเด็กร้อยละ 20.70 มีการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ก่อนการสำรวจ<sup>(25)</sup> การศึกษาครั้งนี้ ได้นำตัวแปร น้ำหนักทารกแรกเกิด การคลอดครบกำหนด วิธีการคลอดของเด็ก ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีโรคประจำตัวของเด็ก การป่วยด้วยโรคท้องร่วงและปอดบวม เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 7 ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 67.5 พบว่า เด็กปฐมวัยเมื่อแรกคลอดที่มีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กปฐมวัยเมื่อแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็น 1.38 เท่า สอดคล้องการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ปี พ.ศ.2557 ที่พบว่า เด็กปฐมวัยที่มีน้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด  $\leq 2,500$  กรัม จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.21 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม และเด็กปฐมวัยที่คลอดครบกำหนด จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่คลอดเกินกำหนดเป็น 1.82 เท่า และเด็กที่คลอดก่อนกำหนด 1.17 เท่า<sup>(8)</sup> ส่วนวิธีการคลอดของเด็กพบว่าเด็กปฐมวัยที่วิธีการคลอดปกติจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า ร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับเด็กที่คลอดผิดปกติ สำหรับปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าเด็กปฐมวัยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากจะมีโอกาสที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเป็น 1.53 เท่า สอดคล้องการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ปี พ.ศ. 2557 พบว่า เด็กปฐมวัยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.43 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก<sup>(8)</sup> ทั้งนี้ปัจจัยการมีโรคประจำตัวของเด็ก การเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วงและปอดบวม เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย สอดคล้องการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ที่พบว่าเด็กปฐมวัยที่เป็นโรคท้องร่วง โรคปอดบวม ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัย<sup>(8)</sup>

**ปัจจัยด้านโภชนาการ** ส่งผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า เด็กที่มีภาวะเตี้ย แคระแกร็น ขาดสารอาหารและการขาดธาตุเหล็กส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก<sup>(17)</sup> ภาวะซีดมากจากการขาดธาตุเหล็ก ถึงแม้ได้รับการรักษา แต่ก็ไม่สามารถช่วยให้ความสามารถทางสติปัญญากลับมาได้ดังเดิม<sup>(18)</sup> การศึกษาครั้งนี้ ได้นำตัวแปร เด็กได้กินอาหารมื้อหลัก น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4



ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ร้อยละ 67.4 พบว่า เด็กที่ได้กินอาหารมื้อหลัก จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้กินอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 41 ทั้งนี้ ภาวะโภชนาการของเด็ก คือ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ปี พ.ศ.2557<sup>(8)</sup> ที่พบว่า ส่วนสูงตามอายุ ของเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กมีส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง และค่อนข้างเตี้ย จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.5, 1.1, 1.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีภาวะเตี้ย ส่วนน้ำหนักตามอายุ ของเด็กปฐมวัยพบว่า น้ำหนักตามเกณฑ์ น้ำหนักค่อนข้างน้อย จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.5, 1.1 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ แต่เด็กที่น้ำหนักค่อนข้างมาก จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 72.9 และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เด็กเริ่มท้วม ท้วม ค่อนข้างพอม และสมส่วน จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.6 , 1.4, 1.3 เท่า ร้อยละ 90.4 เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่รูปร่างพอม

**4.3 ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางสังคม** ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

**ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรของบิดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก** จากการทบทวนวิจัยที่อ้างถึง แล้วนั้น การศึกษาครั้งนี้ได้นำตัวแปร อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของบิดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัว มีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 66.7 พบว่า บิดาที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าบิดาที่ไม่ได้เรียน, ระดับประถมศึกษา, ระดับมัธยมศึกษาหรือปวช., ระดับอนุปริญญา หรือปวส. หรือปวท เป็น 2.64, 1.31, 1.28 และ 1.06 เท่า ตามลำดับ และบิดามีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า บิดาไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน, เกษตรกร, รับจ้าง, ค้าขาย หรือเจ้าของกิจการเป็น 1.61, 1.31, 1.46 และ 1.19 เท่า ตามลำดับ ส่วนอาชีพผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่บิดามารดา พบว่าเด็กปฐมวัยที่ผู้เลี้ยงดูมีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า ผู้เลี้ยงดูที่มีอาชีพ, ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน, เกษตรกร, รับจ้าง, ค้าขาย หรือเจ้าของกิจการ เป็น 1.30, 1.70, 1.40 และ 1.39 เท่า ตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยอายุของบิดา และรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

**ปัจจัยด้านสถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวัน** ผู้ดูแลเด็กหลักช่วงกลางวัน การรับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ จากการวิจัยพบว่า การเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง แม้ว่าเด็ก 1 - 3 ปี ส่วนใหญ่ยังถูกเลี้ยงดูโดยแม่ แต่พบว่า เด็กในจังหวัดกรุงเทพมหานครถูกนำไปฝากเลี้ยงในเวลากลางวัน เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน และพบว่าเด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ได้รับการดูแลจาก

สถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนถึงร้อยละ 53.30(41) การศึกษาครั้งนี้ ได้นำตัวแปร สถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวัน, ผู้ดูแลเด็กหลักช่วงกลางวัน, บิดา มารดา ญาติที่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิก ANC, บิดา มารดา ญาติเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิก WCC เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัวมีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ร้อยละ 70.0 พบว่า การอยู่บ้านตนเองของเด็กในช่วงเวลากลางวัน เด็กจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าอยู่ที่โรงเรียน, บ้านผู้รับจ้างเลี้ยงเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และบ้านญาติ เป็น 1.74, 1.04, 2.01 เท่า และร้อยละ 31 ตามลำดับ ทั้งนี้ปัจจัย ผู้ดูแลเด็กหลักช่วงกลางวันที่บ้าน, บิดา มารดา ญาติที่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิก ANC, บิดา มารดา ญาติที่เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ณ คลินิก WCC เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

**4.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเล่นของเด็กของครอบครัว** ความพร้อมของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก โดยการให้ความรัก ความอบอุ่นอย่างพอเพียง จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม มีการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ดี<sup>(35)</sup> และการที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมีกิจกรรมปฏิบัติร่วมกับเด็ก เช่น การอ่านหนังสือจะส่งผลบวกด้านสติปัญญามากกว่า 6 จุด แต่การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกม เล่นอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่งผลต่อการเรียน การนอน และการกินของเด็ก สถาบัน American Academy of Pediatrics<sup>(42)</sup> มีคำแนะนำไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์หรือใช้อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ และสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการโดยปัจจัยหนึ่งคือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ตามลำพัง<sup>(43)</sup> การศึกษาครั้งนี้ ได้นำตัวแปร การอ่าน-เล่านิทานคุณภาพ การเล่นคุณภาพกับเด็ก การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพเล่น หรือจัดกิจกรรมกับเด็ก การดูทีวีของเด็ก วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว มีโอกาสของการทำนายค่าพยากรณ์โอกาสที่ ร้อยละ 67.4 พบว่า เด็กที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูอ่าน-เล่านิทานคุณภาพ จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า เด็กที่ไม่ได้อ่าน-เล่านิทาน และ อ่าน-เล่านิทานไม่มีคุณภาพ เป็น 1.35 และ 1.08 เท่า ส่วนเด็กที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูมีการเล่นคุณภาพกับเด็ก จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า ไม่เล่นกับเด็ก และเล่นไม่มีคุณภาพ เป็น 1.04 เท่า และร้อยละ 12.3 และยังพบว่าเด็กที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่ ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพเล่น หรือจัดกิจกรรมกับเด็ก จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีคุณภาพและไม่ใช้สื่อ เป็น 1.24 เท่า และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ ส่วนการดูทีวีของเด็ก พบว่าที่เด็กดูทีวีวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า เด็กดูทีวีมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมงและเด็กไม่ดูทีวี เป็น 1.11 เท่า และร้อยละ 29.3 ตามลำดับ



## วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย 6 ครั้ง ปี พ.ศ. 2442, 2447, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลง ที่ร้อยละ 71.70, 72.00, 67.70, 73.40, 72.00 และ 67.50 ตามลำดับ พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบว่า ร้อยละ 80.00 - 85.00 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย<sup>(5)</sup> สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.10<sup>(9)</sup> และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดไว้ ร้อยละ 85.00 การเปรียบเทียบพัฒนาการรายด้าน พบว่า การสำรวจทั้ง 6 ครั้ง พัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือด้านภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบส่งสัยล่าช้าถึงร้อยละ 21.6 และนำเป็นห่วงเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ส่งสัยล่าช้าถึงร้อยละ 31.30 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 9.6 และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 7.9 ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 5.2 และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว<sup>(6)</sup> และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 4.5 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายที่คุ้นเคยและร้อยละ 18.3 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายอื่นๆ ทักษะด้านสติปัญญาหรือทักษะความพร้อมในการเรียน ได้แก่ ความสามารถในการบอกสีได้อย่างถูกต้อง ส่วนทักษะในการนับ (พื้นฐานด้านคณิตศาสตร์) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 35.2<sup>(9)</sup> นั้นหมายความว่าในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา การดำเนินงานเพื่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่บรรลุผลสำเร็จ สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลง หากยังไม่มียุทธศาสตร์ดำเนินงานที่ชัดเจน และดำเนินการจริงจังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเด็กเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้านที่ล่าช้า เด็กจะมีโอกาสมีปัญหาด้านการเรียนรู้ที่ไม่สามารถที่จะศึกษาในระดับฝีมืออาชีพหรืออุดมศึกษาต่อไปได้ และการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า เด็กที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูอ่าน-เล่านิทานคุณภาพให้เด็กฟัง จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า เด็กที่ไม่ได้อ่าน-เล่านิทาน และอ่าน-เล่านิทานไม่มีคุณภาพ เป็น 1.35 และ 1.08 เท่า ส่วนเด็กที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูมีการเล่นคุณภาพกับเด็ก จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า ไม่เล่นกับเด็ก และเล่นไม่มีคุณภาพ เป็น 1.04 เท่า และร้อยละ 12.3 และยังพบว่าเด็กที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพเล่นหรือจัดกิจกรรมกับเด็ก จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีคุณภาพและไม่ใช้สื่อ เป็น 1.24 เท่า และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ ส่วนการดูทีวีของเด็ก พบว่าที่เด็กดูทีวีวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า เด็กดูทีวีมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมงและเด็กไม่ดูทีวี เป็น 1.11 เท่า และร้อยละ 29.3 ตามลำดับ ดังนั้นปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็กเป็นปัจจัยสำคัญ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัญหาพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่ มาจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม<sup>(40)</sup> ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวในปัจจุบัน มีแนวโน้มลดลงแม้ว่าเด็ก 1-3 ปี ส่วนใหญ่ยังถูกเลี้ยงดูโดยแม่ แต่พบว่า เด็กในจังหวัดกรุงเทพมหานครถูกนำไปฝากเลี้ยง

ณ สถานเลี้ยงเด็กในเวลากลางวัน เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน และพบว่าเด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ได้รับการดูแลจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนถึงร้อยละ 53.30<sup>(41)</sup> ในขณะที่กิจกรรมที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูปฏิบัติร่วมกับเด็ก เช่น การอ่านหนังสือจะส่งผลกระทบต่อสติปัญญา มากกว่า 6 จุด แต่การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกม เล่นอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่งผลต่อการเรียน การนอน และการกินของเด็ก สถาบัน American Academy of Pediatrics<sup>(42)</sup> มีคำแนะนำไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ

**ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา** พบว่า มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 24.10 และอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 24.10 ซึ่งอายุทั้ง 2 ช่วงนี้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพมารดาและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์, ส่วนการศึกษาของมารดา ระดับการศึกษาพบมากที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.40 รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 12.90, อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพคือ รับจ้าง ร้อยละ 37.10 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 16.10 ซึ่งปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา อายุ, การศึกษา และอาชีพของมารดาขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

**ปัจจัยด้านสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์** มารดาขณะตั้งครรภ์ ได้รับการประเมินความเสี่ยงระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80.20 พบมีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.40 ส่วนใหญ่เป็นโรคโลหิตจาง ร้อยละ 11.80 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 7.70 โรคโรคหัวใจ ร้อยละ 3.70 มารดาขณะตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์  $\geq 12$  สัปดาห์ ร้อยละ 64.40 และพบมารดามีภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 7.60 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก บวมที่เท้า กดบวม ร้อยละ 11.80 รองลงมาคือ เลือดออกจากช่องคลอด ร้อยละ 9.80 ส่วนการตรวจสุขภาพช่องปากของมารดาช่วงตั้งครรภ์พบว่า ไม่ทราบ ร้อยละ 12.60 ไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 22.20 ได้รับการตรวจและไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 36.20 สุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อมารดา ระยะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มารดาที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าร้อยละ 14 เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้ตรวจสุขภาพช่องปาก สำหรับมารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระยะตั้งครรภ์ พบร้อยละ 1.80 และยังพบว่ามารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยพบว่ามารดาที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า 1.44 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปฐมวัยที่มารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ และการได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ของมารดาขณะตั้งครรภ์ พบว่ามารดาที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า 1.55 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปฐมวัยที่มารดาไม่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์จากสถานการณืข้างต้น **การเลือกรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข** ที่ได้มาตรฐานสากลและมีคุณภาพของแม่ช่วงตั้งครรภ์ ระยะคลอด และช่วงการเลี้ยงดูเด็ก จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์



ทารกในครรภ์และเด็กปฐมวัย **กรมอนามัย** ได้นำแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย มาใช้ในการให้บริการ ณ คลินิกฝากครรภ์ ในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ จากการประเมินผลโครงการฯ พบว่าภาพรวมความครบถ้วนของบริการทุกอย่างที่พึงได้รับของหญิงตั้งครรภ์ตามอายุครรภ์ พบว่า มีเพียงร้อยละ 16.70 เท่านั้น ที่ได้รับบริการครบถ้วน<sup>(46)</sup> ส่วนความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ พบว่า เด็กร้อยละ 11.00 เท่านั้นที่ได้รับบริการครบถ้วนทุกรายการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดียังบริการไม่ได้คุณภาพ<sup>(47)</sup> และจะส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์ของแม่ เกิดภาวะทารกมีน้ำหนักตัวน้อย การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ความเสี่ยงดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อพัฒนาการเด็กเป็นอย่างมาก<sup>(48,49,50,51,52)</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนด หรือมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย **ดังนั้นกรมอนามัย** ควรเร่งรัดพัฒนาระบบบริการการฝากครรภ์ การคลอด และคลินิกสุขภาพเด็กดีให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย

**ปัจจัยด้านสุขภาพของเด็ก** น้ำหนักเมื่อแรกคลอดของทารก  $\geq 2,500$  กรัม ร้อยละ 89.80 และเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.10 โดยทารกที่มีน้ำหนักเมื่อแรกคลอด  $\geq 2,500$  กรัม จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กปฐมวัย เมื่อแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็น 1.38 เท่า ส่วนเด็กปฐมวัยที่คลอดก่อนกำหนด พบร้อยละ 8.0 โดยเด็กปฐมวัยที่**คลอดครบกำหนด** จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่คลอดเกินกำหนดเป็น 1.82 เท่าและสูงกว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนด 1.17 เท่า **ส่วนวิธีการคลอดของเด็ก** พบมากที่สุดคือ คลอดปกติ ร้อยละ 58.80 รองลงมาคือ ผ่าท้องคลอด ร้อยละ 38.20 น้อยที่สุดคือ เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 0.51 พบว่าเด็กปฐมวัยที่วิธีการคลอดปกติ จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า ร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่คลอดผิดปกติ สำหรับ**ปัญหาสุขภาพช่องปาก** พบว่าเด็กปฐมวัยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากจะมีโอกาสที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเป็น 1.53 เท่า ดังนั้นการจัดบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จึงมีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง ที่หน่วยบริการทุกระดับควรปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว

**ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางสังคม** ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) พบว่า คุณลักษณะทางประชากรของบิดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ **การศึกษาของบิดา** บิดาที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า บิดาที่ไม่ได้เรียน, ระดับประถมศึกษา, ระดับมัธยมศึกษาหรือปวช., ระดับอนุปริญญา หรือปวส. หรือปวท เป็น 2.64, 1.31, 1.28 และ 1.06 เท่า ตามลำดับ, **อาชีพของบิดา** เด็กปฐมวัยที่บิดามีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า บิดาอาชีพ ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน, เกษตรกร, รับจ้าง, ค้าขาย หรือเจ้าของกิจการเป็น 1.61, 1.31, 1.46 และ 1.19 เท่า ตามลำดับ, **อาชีพผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่บิดามารดา** พบว่าเด็กปฐมวัยที่ผู้เลี้ยงดูมีอาชีพรับราชการ หรือ

รัฐวิสาหกิจจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า ผู้เลี้ยงดูที่มีอาชีพ ,ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน, เกษตรกร,รับจ้าง,ค้าขายหรือเจ้าของกิจการเป็น 1.30, 1.70, 1.40 และ 1.39 เท่าตามลำดับ, **ด้านสถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวัน** พบว่าการอยู่บ้านตนเองของเด็กในช่วงเวลากลางวัน เด็กจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าอยู่ที่ โรงเรียน, บ้านผู้รับจ้างเลี้ยงเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และบ้านญาติ เป็น 1.74,1.04,2.01 เท่า และร้อยละ 31 ตามลำดับ **ดังนั้นควรศึกษาวิจัย** พัฒนา รูปแบบ สื่อ และการสื่อสารเพื่อการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพเด็กปฐมวัย การวิจัยต้นแบบศูนย์เรียนรู้ “ครอบครัวคุณภาพ” เพื่อนำสู่การปฏิบัติที่เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาต่อยอดได้อย่างแท้จริง ควรพัฒนาความรอบรู้ด้านการเลี้ยงดูลูกของครอบครัวให้เป็น “ครอบครัวคุณภาพ” ให้มีทักษะปฏิบัติและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเด็กเพื่อดูแลเด็กอย่างมีคุณภาพ ไม่ใช้ความรุนแรง หรือวาจาที่ทำร้ายจิตใจเด็ก จัดหาหนังสือ หรือของเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้รับการพัฒนา ไม่กีดกันเด็กมีศูนย์เรียนรู้ครอบครัวคุณภาพในตำบลๆ ละ 1 แห่ง พร้อมพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนระดับชั้นอนุบาล และการพัฒนาครู ครูพี่เลี้ยงเด็ก ให้มีความเข้าใจ ถึงการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม สามารถประเมินและติดตามพัฒนาการเด็ก สามารถจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้ สามารถจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้เด็กโดยให้เกิดสมดุลย์ ไม่ให้เด็กเร่งเรียน เขียนอ่าน (Academic) จนเด็กเกิดความกดดัน และความเครียด และใช้ทักษะสื่อสารเชิงบวกกับผู้ปกครองเพื่อให้ร่วมกันพัฒนาเด็ก

### **ข้อเสนอต่อรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข**

**ประเด็นที่ 1. รัฐบาลต้องลงทุนงบประมาณ** เพื่อการพัฒนาความรอบรู้การเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่และผู้ปกครองเพื่อเป็น “ครอบครัวคุณภาพ” โดยผลิตชุดความรู้ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ออกแบบให้ชุดความรู้ส่งตรงถึงครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ทุกคน **พร้อมจัดณรงค์ทางสื่อทุกช่องทางให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี** งด เล่นมือถือ แท็บเล็ต และดูทีวี

**ประเด็นที่ 2 ให้มีนโยบาย “เล่นสร้างชาติ”** โดยให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครูในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งเสริมการเล่นทั้งในที่ร่มและกลางแจ้ง สนับสนุนให้มี “ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท” ตำบลละอย่างน้อย 1 แห่ง

**ประเด็นที่ 3 ปรับระบบการจัดการบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดีให้ได้มาตรฐาน** ในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยมีสัดส่วนผู้ให้บริการ 1 คนต่อผู้รับบริการ 15-20 คน จัดบริการฯ เดือนละ 2 ครั้ง แบ่งกลุ่มบริการตามช่วงวัย กลุ่มอายุ 9 และ 18 เดือน, กลุ่มอายุ 32 และ 48 เดือน การนัดหมายผู้รับบริการช่วงเช้า จะเป็นรายกลุ่มหรือบุคคลตามความเหมาะสม ระยะเวลาผู้รับบริการ 1 คน ใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที บริการที่จำเป็นต้องได้รับ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจสุขภาพ ตรวจสุขภาพช่องปาก คัดกรองพัฒนาการ สอนและฝึกทักษะให้พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กด้วยตนเอง และการให้วัคซีน



**ประเด็นที่ 4** จัดทำแผนงานพัฒนาความพร้อมเพื่อเด็กใน 3 ระบบ ต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านระยะยาว 20 ปี บูรณาการจริงจังทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการ เศรษฐกิจ และสังคม โดยการออกแบบการพัฒนาเด็กปฐมวัย ใน 3 ระบบ ประกอบด้วย ระบบ “ครอบครัวคุณภาพ” โดยการพัฒนาความรู้การเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่และบุคคลในครอบครัว ระบบ “สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” ทั้งโรงเรียนระดับชั้นอนุบาล-ประถมปีที่ 2 และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการพัฒนาครูและครูผู้ดูแลเด็กให้ เป็นมืออาชีพ และระบบบริการสุขภาพ “หน่วยบริการสาธารณสุข” ทุกระดับ ในเรื่องบุคลากรที่เพียงพอและมีคุณภาพ โดยมีสัดส่วนผู้ให้บริการ 1 คน ต่อผู้รับบริการ 15-20 คน สิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการพึงได้รับตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในส่วนของมารดาก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด และเด็ก เน้นมารดาควรได้รับวิตามินเสริม โฟลิก ธาตุเหล็ก ไอโอดีน มารดาควรฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีการคัดกรองความเสี่ยงและภาวะซึมเศร้า การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เด็กควรได้กินนมแม่ ยาเสริมธาตุเหล็ก พร้อมสอนและฝึกทักษะให้มารดาดูแลสุขภาพตนเองและลูก จุดกราฟน้ำหนัก ส่วนสูง เลือกอาหารตามวัย ตรวจความสะอาดสุขภาพช่องปาก และส่งเสริมพัฒนาการลูก ดังภาพด้านล่าง

### สรุปข้อเสนอ 3 ประเด็นหลักที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาเด็กสมวัย

01

- มีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลส่งเสริมพัฒนาเด็ก
- มีทักษะปฏิบัติและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเด็กเพื่อดูแลเด็กอย่างมีคุณภาพ
- ไม่ใช้ความรุนแรง หรือวาจาที่ทำร้ายจิตใจเด็ก
- จัดหาหนังสือ หรือของเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการ เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้รับการพัฒนา
- ไม่กดดันเด็ก
- มีศูนย์เรียนรู้ครอบครัวคุณภาพในตำบล ๆ ละ 1 แห่ง

ครู/ผู้ดูแลเด็กมืออาชีพ



02

- มีความเข้าใจถึงการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม
- สามารถประเมินและติดตามพัฒนาเด็ก
- สามารถจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้
- สามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เด็ก โดยให้เกิดสมดุลย์ ไม่ให้เด็กเร่งเรียนเขียนอ่าน (Academic) จนเด็กเกิดความกดดัน และเครียด
- ใช้ทักษะสื่อสารเชิงรุกกับผู้ปกครองเพื่อให้ร่วมกันพัฒนาเด็ก



**พ่อแม่ ผู้ปกครอง**  
มีความรอบรู้เลี้ยงดูลูก  
“ครอบครัวคุณภาพ”

**รัฐมีการลงทุน**  
เพื่อการพัฒนาเด็ก  
อย่างต่อเนื่อง

03

- รัฐบาลควรลงทุนต่อเด็กปฐมวัยอย่างจริงจัง ต่อเนื่องและบูรณาการ ทั้งเรื่องอาหาร การเจริญเติบโต พัฒนาการจิตใจและการเรียนรู้
- บริการต้องได้มาตรฐาน (มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก)
- รัฐควรมีนโยบายพัฒนาครอบครัวคุณภาพและมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน (Parenting programme)

**ประเด็นที่ 5 การศึกษาวิจัยชุดโครงการ** การวิจัยพัฒนา รูปแบบ สื่อ และการสื่อสารเพื่อการพัฒนา  
ความรอบรู้สุขภาพเด็กปฐมวัย, การวิจัยต้นแบบศูนย์เรียนรู้ “ครอบครัวคุณภาพ” เพื่อนำสู่การปฏิบัติ  
ที่เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาต่อยอดได้อย่างแท้จริง , การวิจัยระบบพัฒนาเด็กปฐมวัยใน “สถานพัฒนาเด็ก  
ปฐมวัย” ทั้งโรงเรียนระดับชั้นอนุบาล-ประถมปีที่ 2 และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการวิจัยประเมินผล  
การดำเนินงานคณะกรรมการ กดยช.ระดับประเทศ ระดับจังหวัด ตามพรบ.การพัฒนาเด็กและเยาวชน  
แห่งชาติ เพื่อดำเนินงานบูรณาการรอบด้านในการพัฒนาเด็กปฐมวัย



## บรรณานุกรม

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. แหล่งข้อมูล: [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T\\_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF). ค้นเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2561
2. วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์ และนัยพินิจ คชภักดี. (2561). บทบาทของสมองต่อพัฒนาการเด็ก. ในสุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ. บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
3. Bee H. (1995). The growing child New York : Harper Collins College Publishers ; 3-28, 105-83.
4. นิตยา คชภักดี. (2554). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
5. นิชรา เรื่องดารกานนท์. (2551). พัฒนาการและหัวใจปัญญาของเด็กไทย. กรุงเทพฯ : เอกสารอัดสำเนา.
6. รัชนพร เมฆรุ่งจรัส และอดิศักดิ์สุดา เฟื่องฟู. (2561). ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก. ในสุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ. บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด. หน้า 44
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2554). รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2553. เอกสารอัดสำเนา.
8. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร. (2558). รายงานการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี พ.ศ. 2557”. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (เอกสารอัดสำเนา).
9. วิชัย เอกพลกร. บรรณาธิการ. (2554). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข.
10. Rajatanavin R., Chailurkit L., Winichakoon P., Mahachoklertwattana P., Soranasataporin S., Wacharasin R. (1997). Endemic cretinism in Thailand: a multidisciplinary survey. Eur J Endocrinol; 137: 349-55.



11. Karim Bougma, Frances E. Aboud, Kimberly B. Harding, Grace S. Marquis. (2013). Iodine and Mental Development of children 5 years Old and Under: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. Volume 5, Issue 4.
12. Gian M., hang D., Wathins WE. (2005). The effects of Iodine on intelligence in children: A meta-analysis of studies conducted in China Asia Pac. *linHitr*: 14:32-42.
13. Andrew Dickerson and Gurleen Popli. (2012). Persistent poverty and children's cognitive development: Evidence from the UK Millennium Cohort Study. The University of Sheffield. July 10, 2012.
14. Bernardo L. Horta, Cesar G. Victora. (2013). Long term effects of breastfeeding. Department of Maternal Newborn Child and Adolescent Health (MCA). World Health Organization. Switzerland. P74. from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf)
15. นันทา อ่วมกุล และคณะ. (2552). สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
16. Wendy H. Oddy, Jianghong Li, Monique Robinson, Andrew J.O. Whitehouse. (2012). The Long-Term Effect of Breastfeeding on Development. *Centre Population Health Research. Contemporary Pediatrics*. Publisher InTech: 57-78. from <http://cdn.intechopen.com/pdfs/31651.pdf>
17. กลุ่มวิจัยอาหารเพื่อโภชนาการ. (2554). ผลระดับไอโอดีนในปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี 2553. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วันที่ค้นข้อมูล 30 พฤษภาคม 2554, แหล่งข้อมูล: [http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/files/\\_iodine/ui\\_75\\_จังหวัด.pdf](http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/files/_iodine/ui_75_จังหวัด.pdf).
18. Wang B, Zhan S, Gong T, Lee L. (2013). Iron therapy for improving physical and intellectual development in children under the age of three who are anemic due to a lack of iron. *Cochrane Summaries*. Published Online : June 6, 2013. from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0011045>
19. Machintosh NJ. (1995). Psycholog : insight into intelljgence. *Nature*; 377:581-2.9 Naoko Et al. (2013). The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*; September 2013, 13 (Suppl3):S2 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S2>



20. Eric F. Dubow, Paul Boxer, L. Rowell Huesmann. (2009). Long-term of parent' Education and Occupational Success: Mediation by Family Interaction, Child Aggress, and Teenage Aspiration. Merrill Palmer Q. July; 55(3): 224-249.
21. Robert H. Bradley and Robert F. Corwyn. (2002). Socioeconomic Status and Child Development. Annu. Rev. Psychol. 53:371-99.
22. Benasich AA., Brooks-Gunn J., (1996). Mater attitudes and knowledge of child-reasing: association with family and child outcomes. Child Dev; 67: 1186-1205.
23. Loehlin JC. (2000). Group difference in intelligence. In : Sternrg RJ. Ed. Hand book of intelligence. Cambridge : Cambridge University Press, : 176-193
24. G.C. Pramod Singh, Manju Nair, Ruth B, Grubestic and Frederick A.( 2009). Factors associated with underweight and Stunting among children in Rural Terai of Estern Nepal. Asia- PacificJ Public Health ; 21(2):144-152.
25. ศิริกุล อิศรานูร์ักษ์, สุธรรม นันทมวงคชชัย, ดวงพร แก้วศิริ. (2544). รายงานการวิจัยโครงการการพัฒนา ระดับสติปัญญาเด็กวัยต่างๆของประเทศระยะที่ 1 : การวิเคราะห์สถานการณ์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
26. Isaranurug S, Nanthamongkolchai K, Kaewsiri D.(2005). Factors Influencing development of children aged one to under six years old. J Med
27. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RE, Arvin AM. Eds. (1996) Text book of pediatrics 15 th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company : 56-72.
28. นิตยา คชภักดี และอรพินท์ เลิศอวัสดาตระกูล. (2556). คู่มือการฝึกอบรมการทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย. ฉบับแก้ไขปรับปรุง ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว.
29. สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). แนวคิดสู่แนวปฏิบัติ:แนวการจัดประสบการณ์ปฐมวัยศึกษา. กรุงเทพฯ. ดวงกลม.[http://www.moe.go.th/main2/article/article\\_banjerdporn/school\\_bud](http://www.moe.go.th/main2/article/article_banjerdporn/school_bud). (Available online: 10 April, 2011)
30. Gesell,A (1929), Maturation and infant behavior patterns,Psychological Review,36.307-319.

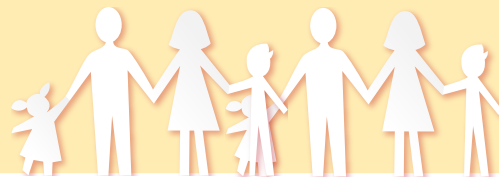
31. Piaget, J. (1972). The Psychology of the Child. New York : Little Fiel Adams
32. ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัยเล่ม 1 พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
33. Erikson,E.H. (1950). Childhood and Society. NewYork : Norton.
34. Jaipaul Roopnarine L.J., Fouts N. H., Lamb and E. M., and Lewis-Elligan Y. T. (2005) Mothers' and Fathers' Behaviors Toward Their 3- to 4- Month-Old Infants in Lower, Middle, and Upper Socioeconomic African American Families. Journal of Developmental Psychology.; 41(5): 723-732.
35. Chen X,Lice M, Li D. (2000). Parental warmth, control, and indulgence and their relations to Adjustment in Chinese children : a longitudinal study. J Family Psychology ; 14 : 401-19. Assoc Thai. ;88(1) :86-90.
36. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, ปราณีย์ สุทธิสุขนธ์.(2550) .การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา;5(1):105-118.
37. Nanthamongkolchai S, Makapat A, Charupoonplol P, Munsawengsub C.(2007). Self-esteem of the elderly in rural areas of Nakhon Sawan province.J Med Assoc Thai; 90(1) :155-9.
38. สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, ดวงพร แก้วศิริ. (2547). ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา; 2(1) : 3-10.
39. สุธรรม นันทมงคลชัย (บรรณาธิการ). (2547). การอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย : ข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.กรุงเทพมหานคร.
40. รัตโนทัย พลับรู้งการ และคณะ. (2552).วิเคราะห์สุขภาพะเด็กและวัยรุ่น อายุ 2-5 ปี. บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
41. SerhiyKobyakov. (2013).Diet, parental behavior and preschool can boost children's IQ. Association for Psychological Science. January 25, 2013.
42. American Academy of Pediatrics. (2014). Media and Children. Deducatedtitge health of all children.from<http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Pages/Media-and-Children.aspx>



43. พนิด โล่เสถียรกิจ. (2550). เด็กพูดช้า. วารสารกุมารเวชศาสตร์ ปีที่ 26 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2550.
44. Noel M., Peterson C., Jesso B. (2008). The Relationship of Parenting Stress and Child Temperament to Language Development Among Economically Disadvantaged Preschoolers. *Journal Child Language*. Cambridge University Press.; 35: 823-843.
45. Makame V., A Rapid Assessment of Child Rearing Practices Likely to Affect Child's Emotional, Psychosocial and Psychomotor Development: A Samples Study of Kibaha District, Coast Region-Tanzania. 2001. [www.unicef.org/evaldatabase/files/TNZ\\_01-25.pdf](http://www.unicef.org/evaldatabase/files/TNZ_01-25.pdf) (Available online: 10 April, 2011).
46. จินตนา พัฒนพงษ์ธร และคณะ (2555). โครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
47. เกียรติศักดิ์ ซื่อเลื่อม และคณะ. (2555). รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- 48 . Aarnoudse-Moens, Weisgias-Kuperus, Johannes Bernard, Jaap Oosterlaan. (2009). Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/ or Very Low Birth Weight Children. Published online July 27. Vol. 124 No.2 from <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/2/717.abstract>.
49. Martina Estevam Brom Vieira, Maria Beatriz Martins Linhares.(2011). Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool-and school-age. *Sociedade Brasileira de Pediatria. Journal de Pediatric*. Vol. 87, No. 4, 2011. 281-291. from [http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n4/en\\_v87n04a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n4/en_v87n04a03.pdf).
50. Jennifer E. McGowan. (2011). Early Childhood Development of Late-Preterm Infant:A Systematic Review. *PEDIATRIC* Volume127, November 6, June 2011.
51. Glen P. Aylward. (1989). Outcomes studies of lowbirthweight infants published in the last decade: A Meta-analysis. *The journal of Pediatrics* Volume 115, Issue 4, Pages 515-520, October 1989.


52. VanNoort-van der Spek L., Franken MC., Weisglas-Kuperus N. (2012). Language Function in Preterm-Born Children: A Systematic Review and Meta-analysis. The American Academy of Pediatrics. Pubmed; Apr; 129 (4):745-5410 from <http://pediatrics.aapublications.org/content/129/4/745.long>.

53. Bowlby R. (2007). Babies and Toddlers in Non-Parental Daycare can Avoid Stress and Anxiety if They Develop a Lasting Secondary Attachment Bond with one Carer Who is Consistently Accessible to Them. Journal of Attach & Human Development.; 9(4): 307-319



## ภาคผนวก

### ใบรับรองโครงการวิจัย

การประชุมครั้งที่ 45-5/2560	วันที่ 21 เมษายน 2560	
รหัสโครงการวิจัย 130	เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6	
ผู้วิจัยหลัก นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร		
เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งรัด	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยที่แก้ไข	<input checked="" type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ถ้า ใช่ วันที่พิจารณาครั้งก่อน	20 มีนาคม 2560	
เป็นการพิจารณารายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ครั้งนี้		
<input checked="" type="checkbox"/> รับรอง วันที่พิจารณารับรอง 21 เมษายน 2560		
โครงการวิจัย	ฉบับที่.....2.....	วันที่ ..... 21 เมษายน 2560.....
เอกสารแนะนำอาสาสมัคร	ฉบับที่.....2.....	วันที่ ..... 21 เมษายน 2560.....
ใบยินยอม	ฉบับที่.....2.....	วันที่ ..... 21 เมษายน 2560.....
เครื่องมือ (ระบุ)	ฉบับที่.....2.....	วันที่ ..... 21 เมษายน 2560.....
 ลงนาม..... ( นายชัยพร พรหมสิงห์ ) ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย		
รับรองตั้งแต่วันที่ ..... 21...เมษายน..2560..... ถึงวันที่ .....20...เมษายน..2561.....		
หมายเหตุ		
- คณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายใต้การรับรอง คือ <u>ต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก 6 เดือน (RF13-01) และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี ทุกครั้ง ได้แก่</u>		
1) เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการ หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว และให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ว่าเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร หากเกี่ยวข้องเกี่ยวข้องในระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันอาสาสมัครด้วย (RF18-01, RF18-02)		
2) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลงเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน (RF12-01)		
3) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งเหตุผลให้คณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน		
4) เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยด้วย (RF14-01)		





**กรมอนามัย**  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย  
พฤษภาคม พ.ศ. 2561