

เด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Smart Early Childhood in The Northeast Region

สุพัตรา บุญเจียม (Supattra Boonjeam)^{1*} เบญจา มุกตพันธุ์ (Benja Muktabhant)**

ดร.รัชฎา ฉายจิต (Dr.Rajda Chaichit)*** ดร.สุวิทย์ อดมพานิชย์ (Dr.Suwit Udompanich)****

(Received: September 7, 2020; Revised: October 5, 2020; Accepted: October 8, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 584 คน และตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ Denver II จำนวน 584 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) ผลการวิจัยพบว่า เด็กกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดี สมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 35.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ มี 5 ปัจจัยคือ 1) รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดูมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (AOR = 2.1, 95% CI = 1.38, 3.14, $p < 0.001$) 2) เด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี (AOR = 1.5, 95% CI = 1.09, 2.07, $p = 0.040$) 3) การคลอดครบกำหนด (AOR = 2.0, 95% CI = 1.29, 3.00, $p = 0.002$) 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูระดับสูง (AOR = 2.1, 95% CI = 1.21, 4.15, $p = 0.046$) และ 5) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้เลี้ยงดูระดับดี (AOR = 1.6, 95% CI = 1.05, 2.29, $p = 0.029$)

ABSTRACT

The objective of this research aimed to assess smart early childhood's situation in northeast of Thailand and to analyze associations with variable of characteristics, health literacy, child rearing behavior, caregiver's quality of life and smart early childhood in northeast region. Data collection was done by using a questionnaire to collect data from 584 caregivers and assessment development of early child (0-5 years) 584 samples by using Denver developmental screening test II. The data was analyzed by multiple logistic regressions. The result revealed that situation of smart early childhood in northeast region; normal developmental, appropriate growth and no decayed tooth 35.1%. Factors associated with smart early childhood when they are controlled with other influential factors; there are total 5 factors; 1) caregiver income (AOR = 2.1 95% CI = 1.38, 3.14, P value < 0.001) 2) age range of early childhood (AOR = 1.5 95% CI = 1.09, 2.07, P value < 0.040) 3) preterm labor (AOR = 2.0 95% CI = 1.29, 3.00, P value = 0.002) 4) health literacy of caregiver (AOR = 2.1 95% CI = 1.21, 4.15, P value = 0.046) and 5) quality of life about social relationship of the caregiver (AOR = 1.6 95% CI = 1.05, 2.29, P value < 0.029).

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต เด็กปฐมวัยคุณภาพ

Keywords: Health literacy, Quality of life, Smart early childhood

¹Corresponding author: supattra4422@gmail.com

*นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****รองศาสตราจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศ เปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมเพื่ออนาคตให้ผลตอบแทนสูง 6.7-17.6 เท่า [1] สุขภาพเด็กแรกเกิดถึงช่วงอายุ 5 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญมากที่สุด เด็กจะมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วซึ่งมีพัฒนาการสมองสูงถึง ร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่ พัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัยที่ล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็ก ดังนั้น หน้าต่างแห่งโอกาสพัฒนา (Window of Opportunity) ซึ่งให้เห็นว่าหากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปี และได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัย [2] รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า เด็กทั่วโลก ประมาณร้อยละ 15-20 มีพัฒนาการไม่สมวัย [3] ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้าน คน พัฒนาการไม่สมวัย การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรมอนามัย ปี 2560 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70 ภาคเหนือมีพัฒนาการสมวัยสูงสุดร้อยละ 85 ที่น่าเป็นห่วงคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 50 - 60 สถานการณ์สูงตีสมส่วนของเด็กอายุ 0-5 ปี จากสรุปตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 พบว่า เด็กสูงตีสมส่วน ร้อยละ 48.7 และการสำรวจสุขภาพช่องปากโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี 2560 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ปราศจาก ฟันผุ ร้อยละ 47.1 เด็กอายุ 5 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 24.4 โดยเด็กทั้ง 2 กลุ่มอายุ มีคราบจุลินทรีย์เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ มากกว่าร้อยละ 40 และมีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเรื่องคิมนมหวาน นมเปรี้ยว ใช้น้ำดนมที่บ้าน [4]

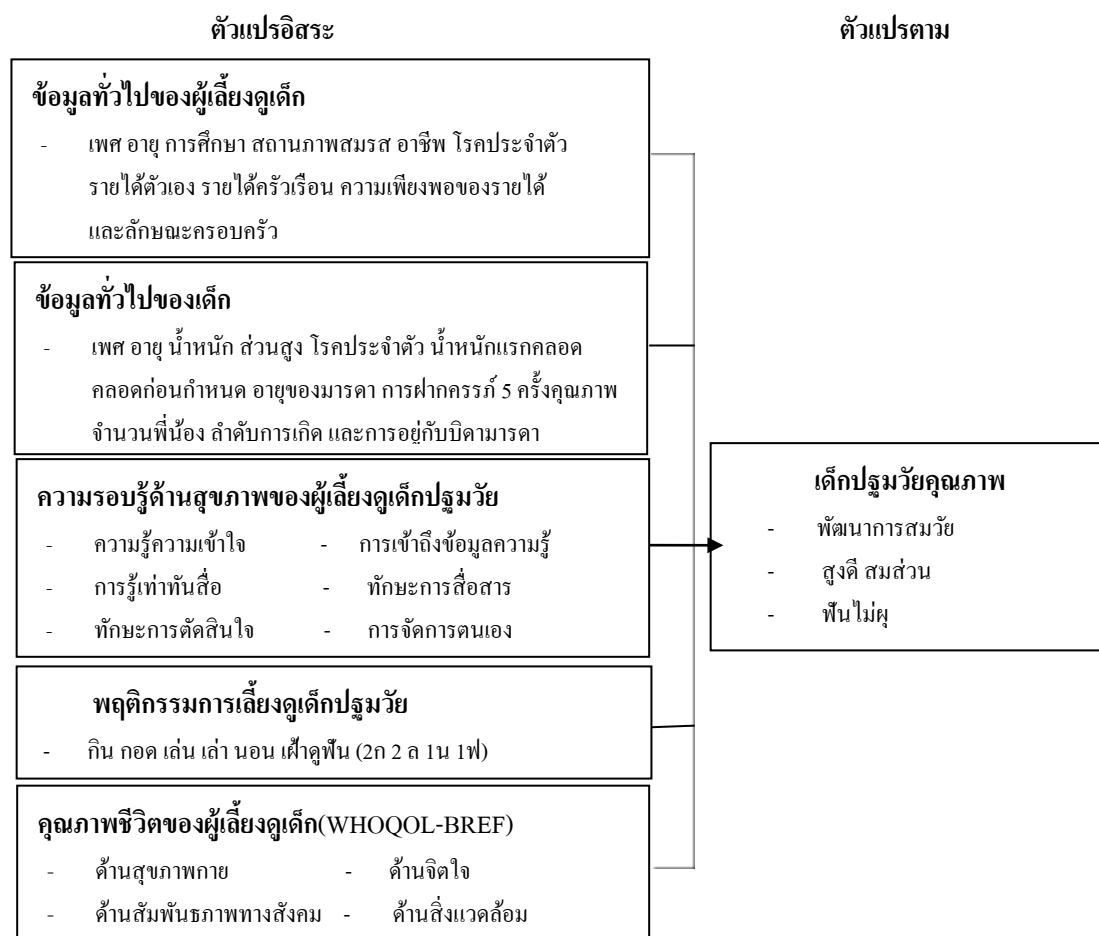
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง เมื่อพิจารณาอัตราเจริญพันธุ์รวมในปี 2560 ซึ่งมีค่า 1.5 แสดงว่าในปัจจุบันสตรีหนึ่งคนตลอดช่วงวัยเจริญพันธุ์จะมีบุตร เพียง 1.5 คนเท่านั้น การเกิดน้อยลง ภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุในอัตราวัยแรงงาน 3.8 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน อัตราการ พังพังสูง ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เด็กไทยเกิดน้อยและด้อยคุณภาพ การพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด [5] ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมแรกที่มีความสำคัญในการเรียนรู้ และเป็นแบบอย่างให้กับเด็ก ซึ่งถ้าครอบครัวสามารถ ตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ [6] ปัจจุบันแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหลายๆ ประเทศ ซึ่งในประเทศไทยได้เริ่มการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ปี 2551 เด็กต้องอยู่ในความดูแลและการเลี้ยงดู ที่ดีจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กจึงมีความสำคัญและส่งผลถึงสุขภาพของเด็ก Lee SM. และคณะ [7] ช่วงศตวรรษที่ 21 หรือ Thailand 4.0 สังคมโลกเต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลง การปรับตัวสำหรับ ผู้ใหญ่และเด็กในยุคปัจจุบัน จึงเป็นโจทย์สำคัญของสังคมว่า จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างไร ตั้งแต่วัยเริ่มต้นให้มี พื้นฐานที่ดี มั่นคง สามารถเติบโตและอยู่รอดได้อย่างมีคุณภาพในอนาคต

จากปัญหา เด็กเกิดน้อยด้อยคุณภาพ หน่วยงานรัฐจึงมีนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนานาอนามัยการเจริญพันธุ์ แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ สร้างเด็กไทยคุณภาพ (Smart Kids) เริ่มจากการสร้างแม่คุณภาพ (Smart Pregnancy) การสร้างครอบครัวคุณภาพ (Smart Parent) เน้นการ รอบรู้ด้วย Health literacy Digital การสร้างพัฒนาการคุณภาพ (Smart Development) เน้นพัฒนาการสมวัย ใช้คู่มือ DSPM และการสร้างให้เด็กมี EF [8] โครงสร้างครอบครัวการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานครและ เมืองใหญ่ของคนต่างจังหวัด โดยทิ้งลูกหลานไว้ที่บ้านให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู พบเห็นได้อย่างมากในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ สูงถึงร้อยละ 30 เกิดลักษณะครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นคนรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย และข้ามไปเป็นคนในรุ่นหลานโดยไม่มีสมาชิกที่เป็นรุ่นพ่อแม่ หรือที่เรียกกันว่า “ครอบครัวห่วงกลาง”(skip

generation family) [9] ผู้ที่ใกล้ชิดหรือ ผู้เลี้ยงดูเด็กมีอิทธิพลต่อเด็ก ดังนั้นการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กก็มีความสำคัญเพื่อให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันเด็กจะมีคุณภาพเป็นอย่างไร การเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กเป็นเป้าหมายสูงสุดสำหรับการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กคือ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อสุขภาพและการพัฒนาการของเด็ก ดังนั้นบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและมีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กได้พัฒนาความสามารถเต็มศักยภาพเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพที่พร้อมเข้าสู่วัยเรียนและวัยต่อไปได้อย่างมั่นใจ

ที่ผ่านมาการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ แต่ยังไม่มีการวิจัยเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย และเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพส่วนใหญ่ทำวิจัยเรื่องพัฒนาการ การเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย แยกในแต่ละประเด็น ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพที่วัดในคนๆ เดียวกันเรื่อง (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ทำให้การแก้ไขปัญหาเด็กมองแยกส่วนไม่ได้เป็นองค์รวม เด็กจึงไม่ได้มีคุณภาพในทุกด้าน การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) โดยประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อส่งเสริมและสร้างเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ เป็นกำลังคนทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) ของ Hsieh YF. และคณะ [10] p (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์) = 0.70 ค่า VIF = 3.33 ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 584 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stages random Sampling) สุ่มจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 5 จังหวัด เป็นร้อยละ 25 ของจังหวัดในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สุ่มเลือกอำเภอ (Simple random sampling) เพื่อหาอำเภอ 2 อำเภอ เป็นตัวแทนของจังหวัด และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอจากบัญชีรายชื่อเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของสาธารณสุขอำเภอ (โปรแกรม HoSxP PCU) ตามสัดส่วนของขนาดตัวอย่าง 10 อำเภอได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัย อำเภอละ 58-60 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปและมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กและข้อมูลของเด็กปฐมวัย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ตัวเอง รายได้ครัวเรือน ความเพียงพอของรายได้ต่อครัวเรือน และลักษณะครอบครัว ข้อมูลของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว น้ำหนักแรกคลอด การคลอดก่อนกำหนด การฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพของมารดา จำนวนพี่น้อง ลำดับการเกิด และการอยู่กับบิดามารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก ด้วยการประยุกต์ใช้ 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D. (2008) [11] 40 ข้อ ดังนี้

1) ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คือ ความสามารถในการจดจำ สามารถแปลความหมาย ตีความหมายเนื้อหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ และตอบคำถามในช่องว่าง ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

2) การเข้าถึงข้อมูลความรู้การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คือ ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีค้นหาข้อมูล ใช้อุปกรณ์สืบค้น ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจากแหล่งต่างๆที่มีความน่าเชื่อถือ 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือกคือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) มากที่สุด (5 คะแนน)

3) การรู้เท่าทันสื่อการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คือ การตีความและเข้าใจเนื้อหาของสื่อ ประเมินค่า เข้าใจผลกระทบของสื่อ สามารถใช้สื่อหรือนำความรู้จากสื่อเหล่านั้นมาเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก

4) ทักษะการสื่อสารการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คือ ความสามารถในการสื่อสารเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย วิถีปฏิบัติตนให้บุคคลอื่นเข้าใจ ด้วยการฟัง พูด อ่าน เขียน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก

5) ทักษะการตัดสินใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คือ ความสามารถในการกำหนดทางเลือก หลีกเลี่ยงปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง มีความสามารถในการใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เลือกวิธีปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่ถูกวิธี 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก

6) การจัดการตนเองด้านการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คือ ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน ทำตามแผนที่กำหนด ทบทวนวิธีปฏิบัติตนเพื่อให้เด็กปฐมวัยสุขภาพดี มีความสุขตามวัย 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก

การแปลผลคะแนนเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม และทั้ง 6 องค์ประกอบแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีต่อเด็กเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การแนะนำสั่งสอน อบรมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นเรื่องกิจกรรมการกิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟัน 11 ข้อ เป็นการตอบคำถามในช่องว่าง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเหมาะสมกับเด็กปฐมวัย ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็ก นำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [12] 26 ตัวชี้วัด โดยดัดแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมมี 5 ตัวเลือกคือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปลผลแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเป็น คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบ Denver developmental screening test (Denver II) แบบประเมินนี้ได้รับอนุญาตให้ใช้ในการวิจัยและผู้ประเมินเป็นผู้ผ่านการอบรมจากสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ

1) ปกติหรือสมวัย (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ ล่าช้า และ/หรือมีข้อทดสอบ ควรระวัง เพียง 1 ข้อเท่านั้น

2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ ควรระวัง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีข้อทดสอบ ล่าช้า 1 ข้อขึ้นไป

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการเจริญเติบโต สูงดีสมส่วน

การประเมินการเจริญเติบโตคือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กปฐมวัย แล้วนำค่าที่ได้จากรูปการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมนามัย

ปี พ.ศ. 2558 (องค์การอนามัยโลก) หรือใช้โปรแกรม WHO Anthro version 3.2.2 สูงที่สุดส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

ส่วนที่ 7 แบบประเมินสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

การประเมินสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย โดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข 1 ท่าน ประเมินว่ามีฟันผุหรือไม่ ฟันไม่ผุ หมายถึง เด็กที่มีสุขภาพช่องปากดี ไม่มีฟันผุทั้งที่เป็นรอยขาวขุ่นหรือเป็นรู

การแปลผลเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพ เด็กต้องมีพัฒนาการสมวัย เป็นเด็กสูงดีสมส่วนและฟันไม่ผุ (ในคนเดียวกัน) ครบ 3 องค์ประกอบจึงเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ แต่หากองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งผิดปกติแสดงว่า เด็กคนนั้นไม่เป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 20 ข้อ ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR20) มีค่าจำแนกความยากง่ายค่า r 0.91 การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง องค์ประกอบละ 4 ข้อ ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ 0.74, 0.83, 0.76, 0.79 และ 0.84 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 11 ข้อ ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 มีค่าจำแนกความยากง่ายค่า r 0.81 และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู จำนวน 26 ข้อ ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอธิบายด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด มัชฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้สถิติการถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Backward elimination method ที่ระดับนัยสำคัญ (p -value = 0.05) นำเสนอด้วยค่า odd ratios (OR), adjust odd ratios (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% CIs) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata version 13.1 (Stata Corp, College Station, TX)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622051 วันที่ 19 เมษายน 2562

ระยะเวลาการดำเนินการ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน-พฤษภาคม 2562 โดยผู้เก็บข้อมูลการวิจัยคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่สุ่มจากบัญชีรายชื่อเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) (โปรแกรม HoSxP PCU)

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากร

ผู้เลี้ยงดู 584 คน พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 เป็นมารดา ร้อยละ 48.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.4 อายุเฉลี่ย 40.4 ปี อายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุมากที่สุด 74 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.4 มัชฐานของรายได้ตนเองต่อเดือน 4,000 บาท รายได้น้อยที่สุด 0 บาท/เดือน รายได้มากที่สุด 70,000 บาท/เดือน มัชฐานของรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 10,000 บาท รายได้ครัวเรือนน้อยที่สุด 1,000 บาท/เดือน รายได้ครัวเรือนมากที่สุด 200,000 บาท/เดือน รายได้เพียงพอ ร้อยละ 34.2 ครอบครัวยาย ร้อยละ 79.1 จำนวนเด็กในครอบครัวสูงสุด 5 คน และอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก ร้อยละ 51.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n = 584)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	6.7
หญิง	545	93.3
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก		
มารดา	284	48.6
ยาย ย่า ตา ปู่ และบุคคลอื่น	300	51.4
การศึกษา		
ประถมศึกษา	271	46.4
มัธยม ปวช. ปวส.	213	36.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	100	17.1
อายุ (ปี)		
16 - 20	56	9.6
21 - 39	231	39.5
40 - 59	237	40.6
60 - 74	60	10.3
Mean: SD = 40.4: 13.8		
Median (Min: Max)	39.0	16: 74
รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)		
0 – 9,999	455	77.9
10,000 – 70,000	129	22.1
Mean: SD = 6,394.8: 7,922.9		
Median (Min: Max)	4,000.0	0: 70,000
รายได้ครัวเรือน (บาท/เดือน)		
1,000 – 9,999	244	41.8
10,000 – 200,000	340	58.2
Mean: SD = 15,029.8: 15,706.5		
Median (Min: Max)	10,000.0	1,000: 200,000
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	122	20.9
ขยาย	462	79.1
การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก		
อยู่กับบิดามารดา	300	51.4
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา	284	48.6

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดู และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 ระดับสูง ร้อยละ 26.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.6 เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 15.8 รองลงมาคือ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ และความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.7, 14.4, 14.2, 14.2 และ 12.5 ตามลำดับ

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.0 ระดับต่ำ ร้อยละ 31.9 และระดับสูง ร้อยละ 16.1 เมื่อพิจารณารายด้านเรื่อง กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูพิน พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าได้เหมาะสมตามวัย ร้อยละ 84.4 ดื่มนมต่อวันสูงสุด 14 กล่อง เด็กดื่มนมหวาน ร้อยละ 20.5 ผู้เลี้ยงดูกอดเด็กทุกวัน ร้อยละ 84.8 คนในครอบครัวได้เล่นกับเด็ก ร้อยละ 92.8 เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ทีวี โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ ไอแพด ฯ) ร้อยละ 73.1 ใช้เวลาน้อยที่สุด 15 นาทีต่อวัน และใช้สูงสุด 10 ชั่วโมงต่อวัน คนในครอบครัวเล่านิทานให้เด็กฟัง ร้อยละ 63.2 เด็กนอนเฉลี่ย 10.5 ชั่วโมงต่อวัน นอนน้อยที่สุด 6 ชั่วโมงต่อวัน นอนมากที่สุด 16 ชั่วโมงต่อวัน เด็กนอนหลับสนิท ร้อยละ 81.5 ผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้เด็ก ร้อยละ 64.5 เด็กแปรงฟันเอง ร้อยละ 71.2 และคนในครอบครัวได้ตรวจสอบความสะอาดฟันของเด็กหลังเด็กแปรงฟัน ร้อยละ 84.1

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่า คุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 ไม่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.7 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.7 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.5 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.3 ตามลำดับ

เด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 35.1 แต่ละองค์ประกอบ พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 51.9 เป็นเด็กสูงดีสมส่วน ร้อยละ 70.7 และฟันไม่ผุ ร้อยละ 65.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเด็กปฐมวัยคุณภาพ (n = 584)

เด็กปฐมวัยคุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เป็น	205	35.1
ไม่เป็น	379	64.9
พัฒนาการ		
สมวัย	303	51.9
สงสัยล่าช้า	281	48.1
สูงดีสมส่วน		
เป็น	413	70.7
ไม่เป็น	171	29.3
ฟัน		
ผุ	202	34.6
ไม่ผุ	382	65.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ (Multiple logistic regression) จากตารางที่ 3 พบว่า มี 5 ปัจจัยคือ รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดู ช่วงอายุของเด็ก การคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้เลี้ยงดูโดยมีรายละเอียด ดังนี้

เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้ตนเอง 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือนมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้ตนเอง น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 2.1 เท่า (AOR = 2.1; 95%CI: 1.38 to 3.14; p-value <0.001)

เด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี มีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กอายุ 3-6 ปี 1.5 เท่า (AOR = 1.5; 95%CI: 1.09 to 2.07; p-value 0.040)

เด็กที่มารดาคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนดมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนด 2.0 เท่า (AOR = 2.0; 95%CI: 1.29 to 3.0; p-value 0.002)

เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ 1.9 เท่า (AOR = 1.9; 95%CI: 1.10 to 3.58; p-value 0.046) และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ 2.1 เท่า (AOR = 2.1; 95%CI: 1.21 to 4.15; p-value 0.046)

เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดีและปานกลาง 1.6 เท่า (AOR = 1.6; 95%CI: 1.05 to 2.29; p-value 0.029)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ
ใช้สถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละของเด็ก ปฐมวัยคุณภาพ	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P -value
รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)						<0.001
0 – 9,999	455	30.8	1	1		
10,000 – 70,000	129	50.4	2.3	2.1	1.38-3.14	
ช่วงอายุเด็ก						0.040
3 ปี – 6 ปี	295	29.5	1	1		
อายุน้อยกว่า 3 ปี	289	40.8	1.7	1.5	1.09-2.07	
การคลอดก่อนกำหนด						0.002
คลอดก่อนกำหนด	160	24.4	1	1		
คลอดครบกำหนด	424	39.2	2.0	2.0	1.29-3.00	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ
ใช้สถิติ Multiple logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละของเด็ก ปฐมวัยคุณภาพ	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
ความรู้ด้านสุขภาพ						0.046
ต่ำ	68	22.1	1	1		
ปานกลาง	362	35.1	1.9	1.9	1.10-3.58	
สูง	154	40.9	2.5	2.1	1.21-4.15	
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม						0.029
ไม่ดี และปานกลาง	184	28.3	1	1		
ดี	400	38.3	1.6	1.6	1.05-2.29	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

สถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย เด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 35.1 พิจารณาแต่ละองค์ประกอบ เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 51.9 เด็กสูงดี สมส่วน ร้อยละ 70.7 เด็กฟันไม่ผุ ร้อยละ 65.4 สถานการณ์พัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 [13] พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 67.5 งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัญหาพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่ มาจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม จากผลการวิจัยนี้พบว่า เด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับการเลี้ยงดูจากมารดา ร้อยละ 48.6 จากยาย ย่า ตา ปู่ และบุคคลอื่น ร้อยละ 51.4 ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กควรเป็นบิดามารดาของเด็กโดยตรงจะดีที่สุด จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลให้สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มลดลง การศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละของเด็กสูงดีสมส่วนและฟันไม่ผุได้ตามเป้าหมายของประเทศที่ตั้งไว้ ส่วนพัฒนาการสมวัยมีอัตราต่ำกว่าสถิติขององค์การอนามัยโลก ที่พบร้อยละ 80 - 85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดพัฒนาการสมวัยไว้ที่ ร้อยละ 85 ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพให้เพิ่มขึ้นต่อไป

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 ระดับสูง ร้อยละ 26.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.6 เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 57.7 การเข้าถึงข้อมูลความรู้ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 44.2 การรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 44.5 ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 45.7 ทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 69.5 การจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 66.6 เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กจึงไม่สามารถเปรียบเทียบสถานการณ์ได้ว่ามีความเปลี่ยนแปลงอย่างไร พิจารณาได้เพียงว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้งในภาพรวม และ 6 องค์ประกอบส่วนใหญ่อยู่ระดับสูงและปานกลาง แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับที่ดีพอสมควร แต่ในองค์ประกอบเรื่องความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 31.7 จึงควรแก้ไขและส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ด้าน

สุขภาพเรื่องความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมากยิ่งขึ้น เพราะการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้เลี้ยงดูปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็ก ผู้เลี้ยงดูและเด็กจะได้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องส่งผลให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดีและเป็นประโยชน์กับเด็กปฐมวัยมากที่สุด

รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพนิต และคณะ ได้ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557 [14] ที่พบว่า รายได้ของผู้เลี้ยงดูถือเป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก จะส่งผลต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก การมีรายได้น้อยอาจทำให้เด็กมีโอกาสได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่ดี การเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ ได้รับการศึกษาน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง และบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องใช้เวลาไปกับการทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เวลาที่อยู่กับเด็กจึงน้อย ทำให้ส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ozkan M. และคณะ [15] ที่พบว่า ปัจจัยสถานะเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อพัฒนาการล่าช้า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา และวันวิสาห์ [16] ที่พบว่า รายได้ของผู้เลี้ยงดูรายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

ช่วงอายุของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก ช่วงอายุที่เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือ เด็กอายุ 3 – 6 ปี และเป็นช่วงอายุที่เด็กมีปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากมากกว่าเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี เมื่อพัฒนาการไม่สมวัย สุขภาพช่องปากไม่ดี อาจทำให้การเจริญเติบโตไม่ีจากการที่รับประทานอาหารไม่ได้ เมื่อมีอาการปวดฟัน เด็กจึงไม่ได้เป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ สอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก การบริโภคอาหารตามสื่อโฆษณา และการปล่อยให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ตามลำพัง เด็กช่วงอายุ 3 – 6 ปี จึงมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา และวันวิสาห์ [16] ที่พบว่า เด็กเล็กจะมีพัฒนาการที่สมวัยมากกว่าเด็กโต เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.8 เด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 58.0 ดังนั้นผู้เลี้ยงดูจึงต้องใส่ใจและส่งเสริมพัฒนาการ การเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากในเด็กช่วงอายุน้อยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะตามมาในอนาคต

การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก การที่เด็กคลอดในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม เด็กอาจมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์และมีความเสี่ยงต่อชีวิต ต้นทุนชีวิตไม่ดี เด็กจะพัฒนาไม่เต็มศักยภาพทำให้เติบโตเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพได้ยาก สอดคล้องกับธราธิป และจันทิมา[17] ที่ระบุว่าเด็กคลอดก่อนกำหนดมีภาวะเสี่ยงในหลายๆด้านมากกว่าเด็กคลอดครบกำหนดจึงส่งผลให้เด็กมีปัญหาสุขภาพ การเจริญเติบโตที่ไม่เต็มที่ พัฒนาการล่าช้าได้มากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lakshmanan A. และคณะ[18] ที่พบว่า เด็กที่คลอดก่อนกำหนดต้องเผชิญกับความเครียดมากขึ้น 2-3 เท่าในการมองเห็นและการได้ยินบกพร่อง การพูดล่าช้าและความผิดปกติระบบประสาท อาจมีปัญหาในการย่อยอาหารและการเจริญเติบโตที่ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนมีความเสี่ยงถึงชีวิตได้มากกว่าเด็กคลอดครบกำหนด ยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งเสี่ยงเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้คลอดเมื่อครบกำหนดมากกว่าการคลอดก่อนกำหนด ที่มีอันตรายและความเสี่ยงต่อเด็กในระยะยาว

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก เด็กต้องอยู่ในความดูแลและการเลี้ยงดูที่ดีจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กจึงมีความสำคัญและส่งผลถึงสุขภาพของเด็ก หากผู้เลี้ยงดูมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยมที่จะสามารถมีความรู้ความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลความรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee SM. และคณะ [7] ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการดูแลและผลลัพธ์สุขภาพของเด็ก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Elizabeth M. และคณะ [19] ที่พบว่า ความรอบรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับสถานะโรคทางพันธุกรรมของเด็ก

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก การที่ผู้เลี้ยงดูมีสัมพันธภาพทางสังคมดีทำให้สามารถมีปฏิสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับบุคคลอื่น ทำให้มีโอกาส รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือสื่อในการเลี้ยงดูเด็กได้มากกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดี การที่ ผู้เลี้ยงดูเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีสามารถเป็นแบบอย่างหรือทำให้เด็กปฐมวัยเลียนแบบพฤติกรรมนั้นส่งผลให้เด็ก เป็นเด็กที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ดีตามไปด้วย เด็กปฐมวัยอาจจะเป็นเด็กที่มีพัฒนาการทางด้านภาษา ด้านสังคม และการช่วยเหลือตนเองที่ปกติได้ สอดคล้องกับ Yamada A. และคณะ[20] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการที่ผิดปกติของเด็ก โดยเฉพาะมารดาที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะส่งผลต่อคนอื่นในครอบครัว พัฒนาการ บุคลิกภาพและผลลัพธ์ของเด็ก

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่สามารถมอง ภาพรวมระดับประเทศได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้นควรทำการศึกษาในประเทศไทย ทุกภูมิภาคเพื่อการใช้ ประโยชน์ในการวางแผนและดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

2. เด็กปฐมวัยเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ(พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) มีเพียงหนึ่งในสาม รายได้ ตนเองของผู้เลี้ยงดู ช่วงอายุของเด็ก การคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เด็กเป็นเด็กปฐมวัย คุณภาพต้องสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีคุณภาพชีวิต ที่ดี ปรองดองและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ต้องส่งเสริม ใส่ใจให้การดูแล และปฏิบัติกับ เด็กอย่างต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้มีเด็กไทยคุณภาพเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ ขอขอบคุณ ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กปฐมวัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนผู้ที่มีส่วน ร่วมช่วยเหลือที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Grantham MG, Black SM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development. Elsevier Ltd all Rights Reserved. 2011; 378(9799): 1325-1338.
2. Nittaya K. Windows of Opportunity. [Internet]. 2014. [updated 2014 Feb 24; cited 2019 Feb 24]. Available from: <http://thaichilddevelopment.com/new/2-3-58/>. Thai.
3. World Health Organization. The Health Literacy Toolkit for Low- and Middle-Income Countries. A series of information sheet to help empower communities and strengthen health systems. Regional Office of South East Asia; 2015.



4. Bureau of Dental Health. National Oral Health Survey Report in Thailand 2017. [Internet]. 2018. [updated 2018 Jan 19; cited 2019 Feb 24]. Available from: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2423. Thai.
5. National Statistical Office. Economic and Social Condition Survey Throughout the Kingdom and the Census and Housing; 2017. Thai.
6. Bee H. The growing child. New York: Harper Collins College Publishers; 1995.
7. Lee SM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and Child Health A Systematic Review. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009; 163(2): 131-140.
8. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health. Details of indicators, Ministry of Public Health Annual fiscal year; 2018. Thai.
9. National Statistical Organization. Thailand multiple Indicator cluster survey. In Bangkok: National Statistical Organization and UNICEF; 2012.
10. Hsieh YF, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in medicine. 1998; 17(14): 1623-1634.
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12): 2071-2078.
12. World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF: Thai version (WHOQOL-BREF: THAI). Available from: <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>.
13. Department of Health, Ministry of Public Health. Development Situation and Behavior Survey for Early Childhood Behavior of Thai Families; 2017. Thai.
14. Department of Health, Ministry of Public Health (2014). Survey of health development and growth of early childhood years; 2014. Thai.
15. Ozkan M, Senel S, Arslan EA. The socioeconomic and biological risk factors for developmental delay in early childhood. Eur J Pediatrics. 2012; 171: 1815–1821. Available from: DOI 10.1007/s00431-012-1826-1821.
16. Jintana P, Wanwisa K. The 6th Study of Factors Affecting the Development of Early Childhood in Thailand, 2017. Health Promotion Bureau, Department of Health, Ministry of Public Health; 2018. Thai.
17. Tharatip K, Chanthima J. Integration of Premature Infant Health Promotion System Nakhon Si Thammarat Province Knowledge management for developing maternal and infant health networks Maternal and Infant Health Network Project; 2016. Thai.
18. Lakshmanan A, Agni M, Lieu T, Fleegler E, Kipke M, Friedlich PS, et al. The impact of preterm birth <37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. Health and Quality of Life Outcomes. 2017; 15 (1): 38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-017-0602-3>.
19. Elizabeth M, Jessica YL, Darren AD, William F. Impact of Caregiver Literacy on Children's Oral Health Outcomes. Pediatrics. 2010; 126(1): 107 – 114. Available from: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-2887.



20. Yamada A, Kato M, Suzuki M, Tanaka S, Watanabe N, Akechi T, et al. Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. BMC Psychiatry Journals. 2012; 12: 119. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/119>.