

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7

สุพัตรา บุญเจียม

ธิโสภิญ ทองไทย

พีรญา มาयर

ปิยะ ปุริโส

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วันรับ 17 กันยายน 2564, วันแก้ไข 21 มกราคม 2565, วันตอบรับ 28 มกราคม 2565.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดู จำนวน 800 คน ใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ตรวจสอบสุขภาพช่องปากของเด็ก และตรวจพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II จำนวน 800 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัยเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 25.8 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 มี 4 ปัจจัยคือ 1) ช่วงอายุของเด็ก (AOR = 5.5; 95%CI: 3.71 to 8.27; p-value < 0.001) 2) การคลอดก่อนกำหนด (AOR = 1.9; 95% CI: 1.30 to 4.18; p-value 0.032) 3) ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ (AOR = 1.4; 95%CI: 1.18 to 2.09; p-value 0.046) และ 4) การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก (AOR = 1.4; 95%CI: 1.26 to 1.96; p-value 0.012) ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้เด็กเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพต้องสร้างมาตรการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early ANC) และฝากครรภ์ตามนัด เพื่อได้รับยาบำรุงครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ สร้างมาตรการในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในปัจจัยที่ป้องกันได้ และส่งเสริมการคลอดบุตรเป็นไปตามอายุครรภ์ที่ครบกำหนด เน้นสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็ก หากใช้ให้จำกัดเวลาและดูแลให้เหมาะสมกับวัย การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากตามช่วงวัยของเด็กอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัยคุณภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิต

Factors Associated with Smart Early Childhood in The Area Health Region VII

Supattra Boonjeam

Thisophon Thongthai

Peeraya Mayoorn

Piya Puriso

Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen

Received 17 September 2021, Revised 21 January 2022, Accepted 28 January 2022.

Abstract

The purposes of this Cross-sectional Analytical research were to study situation smart early childhood, early child parenting behavior, caregiver's quality of life in the area health region VII and the association among factors of socio-demographic characteristics, early child parenting behavior and caregiver's quality of life with smart early childhood. Data collection was done by using a questionnaire to collect data from 800 caregivers of children, weighing and measuring height, oral examination and assessment development of early childhood (0-5 years) 800 samples by using Denver Developmental Screening Test II (Denver II). The data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple logistic regressions. The results revealed that situation of smart early childhood showed that 25.8%. Early child parenting behavior of caregiver were in moderate level at 50.4%. Caregiver's quality of life were in good level at 77.1%. Factors associated with smart early childhood in the area health region VII were appeared of 4 factors as: 1) age range of children (AOR = 5.5; 95%CI: 3.71 to 8.27; p-value < 0.001) 2) preterm labor (AOR = 1.9; 95%CI: 1.30 to 4.18; p-value 0.032) 3) anemia in pregnancy (AOR = 1.4; 95%CI: 1.18 to 2.09; p-value 0.046) and 4) using electronic media of children (AOR = 1.4; 95%CI: 1.26 to 1.96; p-value 0.012) Therefore, in order to create smart early childhood must establish measures or encourage pregnant women to visit the antenatal care before the 12 week gestation period (Early ANC) and scheduled antenatal care to receive pregnancy medication for surveillance and treatment of anemia during pregnancy. Establish measures to prevent preterm labor with preventable factors and promote childbirth according to the gestational age. Emphasis is placed on raising awareness of the negative effects of using electronic media on children. Limit the time and take care of it according to age. Surveillance and promoting development, growth and oral health according to the age of the child continuously.

Keywords : Smart Early Childhood, Early Child Parenting Behavior, Quality of Life

■ unna

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศเปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมเพื่ออนาคตซึ่งให้ผลตอบแทนสูง 6.7-17.6 เท่า⁽¹⁾ สุขภาพเด็กแรกเกิดถึงช่วงอายุ 5 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญมากที่สุด เป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการสร้างรากฐานและคุณภาพชีวิต พัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัยที่ล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็ก ดังนั้นหน้าต่างแห่งโอกาสพัฒนา (Window of Opportunity) ซึ่งให้เห็นว่าหากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปี และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัย⁽²⁾ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า มีเด็กต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้านคน มีพัฒนาการไม่สมวัย⁽³⁾ การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2560 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.0 ผลการประเมินพัฒนาการในด้านต่างๆ พบว่า ด้านที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านภาษา⁽⁴⁾ สถานการณ์เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนจากสรุปรตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 พบว่า เด็กสูงดีสมส่วน ร้อยละ 48.7 และการสำรวจสุขภาพช่องปากโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี 2560 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 47.1 เด็กอายุ 5 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 24.4 เด็กทั้ง 2 กลุ่มอายุมีคราบจุลินทรีย์เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ มากกว่า ร้อยละ 40 และมีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเรื่องการดื่มนมหวาน ดูดนมขวด ใช้ขวดนมเมื่ออยู่บ้าน⁽⁵⁾

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง การเกิดน้อยลง ภาวะในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุในอัตราวัยแรงงาน 3.8 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน อัตราการพึ่งพิงสูง การพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด⁽⁶⁾ คนไทยมีสัดส่วนการหย่าร้างและแยกกันอยู่เพิ่มขึ้น ซึ่งให้เห็นถึงความล้มเหลวของการใช้ชีวิตคู่ และอาจมีผลกระทบต่อกรอบเลี้ยงดูเด็ก ปัญหาครอบครัวและสังคมปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เด็กไทยเกิดน้อยและด้อยคุณภาพ การลงทุนในเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดเพราะเป็นทั้งการเพิ่มคุณภาพทรัพยากรบุคคลของประเทศ และลดอัตราการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามช่วงวัยจะมีทักษะทางกายภาพ ความฉลาดทางสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์สูงจึงนำไปสู่การมีโอกาสในการเรียนรู้อ การเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้นเป็นแรงงานคุณภาพที่มีรายได้สูง ดังนั้นอัตราการก่อคดีหรือสร้างปัญหาสังคมจึงน้อยลงด้วย⁽⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ตามนโยบายของรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 ด้านสตรีและเด็กปฐมวัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำข้อตกลงการทำงานด้านเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นการบูรณาการร่วม 4 กระทรวง โดยสิ่งที่มุ่งเน้นคือ การทำงานในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันคือ เด็กปฐมวัย ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพเพื่อพัฒนาอนาคตเด็กไทยให้เป็นเด็กไทย 4.0 ตามหลัก 4H คือ Heart เด็กดี มีวินัย Head เด็กเก่ง Hand เด็กใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ และ Health เด็กแข็งแรง จึงดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการสร้างเด็กไทยคุณภาพ (SMART KIDS) ตัวชีวิต

กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่ 5 ปี และตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)⁽⁶⁾

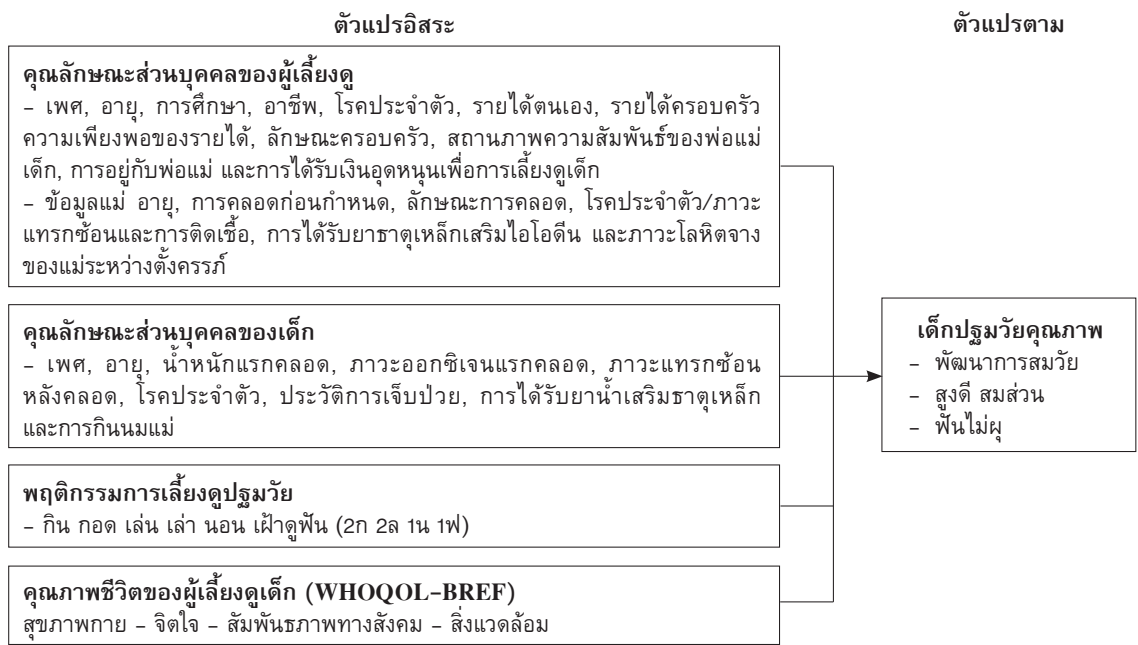
ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพ ส่วนใหญ่ทำวิจัยเรื่องพัฒนาการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย แยกในแต่ละประเด็น ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพที่วัดในคนๆ เดียวกันเรื่อง (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ปัจจัยที่มีผลกับพัฒนาการเด็กมีมากมายหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านมารดา ด้านแวดล้อมและด้านเด็ก แต่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพยังมีความไม่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ และปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสร้างให้เด็กปฐมวัยเป็นเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ สร้างมาตรการ โปรแกรมหรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมหรือสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ให้เพิ่มขึ้นต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ประเมินสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7
2. ประเมินสถานการณ์พฤติกรรมกรเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7

■ กรอบแนวคิดในการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh FY. และคณะ⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1 - P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1 - B)(P_0 - P_1)^2]}$$

P คือ สัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยคำนวณจาก $(1-B) P_0 + B P_1 = (1-0.46) * 0.53 + 0.46 * 0.72 = 0.62$

P₁ คือ สัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยและมารดาของเด็กได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ในช่วงตั้งครรภ์ (Y=1 | x=1) ดังนั้น P₁ = 0.72

P₀ คือ สัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยและมารดาของเด็กไม่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ในช่วงตั้งครรภ์ (Y=1 | x=0) ดังนั้น P₀ = 0.53

B คือ สัดส่วนของมารดาของเด็กได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ในช่วงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ศึกษา การศึกษานี้ B=0.46

α คือ ระดับนัยสำคัญ กำหนดที่ 0.05

Z_{1-α} คือ ค่าสถิติของการแจกแจงปกติมาตรฐาน ดังนั้น Z_{1-α} = 1.96

Z_{1-β} คือ ค่าสถิติของการแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 ดังนั้น Z_{1-β} = 0.842

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} &= \frac{0.62(1-0.62)(1.96+0.842)^2}{[0.46(1-0.46)(0.53-0.72)^2]} \\ &= 194.18 \end{aligned}$$

เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายตัว เพื่อป้องกันปัญหา Multicollinearity จึงทำการปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า (Variance Inflation Factor: VIF) ปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - P_{1..2..3 \dots p}^2}$$

n_p = ขนาดตัวอย่างที่ปรับ

n₁ = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ

Multiple correlation coefficient หรือค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่นๆ

ตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวนั้นไม่มีปัญหาเรื่องมีความสัมพันธ์กัน โดยมีค่า VIF ไม่เกิน 10 (Institute for Digital Research and Education, UCLA, 2015) ผู้วิจัยจึงเลือก P = 0.70 เนื่องจากค่า VIF = 3.33 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เมื่อเปรียบเทียบจากตารางแล้วจึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว 647.26 หรือประมาณ 648 ราย

ในการศึกษานี้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคือผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กปฐมวัย เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างอาจตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ครบหรือเด็กบางคนอาจไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของอรุณ จีรวัดน์กุล⁽¹⁰⁾ เพื่อปรับค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่างที่กำหนด

n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างปรับเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ขนาดตัวอย่างที่ปรับแก้ค่า VIF

p(ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์)	ค่า VIF	np(ขนาดตัวอย่างที่ปรับค่าที่ n1= 141.90)
0.10	1.11	215.75
0.20	1.25	242.72
0.30	1.43	277.40
0.40	1.67	323.63
0.50	2.00	388.35
0.60	2.50	485.44
0.70	3.33	647.26
0.80	5.00	970.88
0.90	10.00	1941.77

R คือ อัตราการออกจากการศึกษา กำหนดไว้ ร้อยละ 10

$$\text{แทนค่า } n_{\text{adj}} = \frac{648}{(1-0.1)^2} = 800$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ 800 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stages random Sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอ 2 อำเภอ จาก 4 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 8 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อหาตำบล 4 ตำบล เป็นตัวแทนของอำเภอ ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบล แต่ละแห่งตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มจากบัญชีรายชื่อเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของสาธารณสุขอำเภอ (โปรแกรม HoSxP PCU) สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสุ่มเด็กจากบัญชีรายชื่อของแต่ละ รพ.สต. โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตำบลละ 25-35 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย เกณฑ์การคัดออก

(Exclusion criteria) คือ เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก เช่น Down syndromes ออทิสติก ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) เด็กที่มีประวัติชัก และได้รับยากันชัก เป็นต้น เด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ ตรวจสุขภาพช่องปาก ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ตนเอง รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การอยู่กับพ่อแม่ และการได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก

ผู้เลี้ยงดูเด็กคือ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย และใช้เวลาในการเลี้ยงดูเด็กมากที่สุดที่สุดในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อมูลแม่ ประกอบด้วย อายุ คลอดก่อนกำหนด ลักษณะการคลอด โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน และภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย

ข้อมูลของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักแรกคลอด ภาวะออกซิเจนแรกคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และการกินนมแม่

การประเมินการเจริญเติบโต คือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กปฐมวัย แล้วนำค่าที่ได้จัดกราฟการเจริญเติบโตตามเพศของเด็ก กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโต องค์การอนามัยโลก กรมอนามัย ปี ค.ศ. 2006 (ในเด็กแรกเกิด-5 ปี) และเด็กอายุมากกว่า 5 ปีเทียบกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต 5-18 ปี หรือใช้โปรแกรม WHO Anthro version 3.2.2

สูงที่สุดส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

3. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีต่อเด็ก เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การแนะนำสั่งสอน อบรมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นเรื่องกิจกรรมการกิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟันเป็นการตอบคำถามในช่องว่าง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเหมาะสมกับเด็กปฐมวัยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยการแปลผลแบ่งระดับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก นำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ คือ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60)

4. คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF)⁽¹²⁾ 26 ตัวชี้วัด

โดยดัดแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มี 5 ตัวเลือก ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มากมากที่สุด การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อ การแปลผลคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ไม่ดี ปานกลาง และดี

5. การตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การมีฟันผุ การมีคราบจุลินทรีย์

6. พัฒนาการเด็กปฐมวัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบ Denver Developmental Screening Test (Denver II) การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ 1) ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ ล่าช้า และ/หรือมีข้อทดสอบ ควรระวัง เพียง 1 ข้อเท่านั้น และ 2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ ควรระวัง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีข้อทดสอบ ล่าช้า 1 ข้อขึ้นไป

● การแปลผลตัวแปรตามเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพ เด็กต้องมีพัฒนาการสมวัย เป็นเด็กสูงที่สุดส่วนและฟันไม่ผุ (ในคนเดียวกัน) ครบ 3 องค์ประกอบจึงเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ แต่หากองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งผิดปกติ แสดงว่า เด็กคนนั้นไม่เป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของ

كرونบาค (Cronbach alpha coefficient) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู จำนวน 26 ข้อ ได้ผลเท่ากับ 0.82 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 11 ข้อ ด้วยวิธีของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR20) โดยมีค่าจำแนกความยากง่ายค่า r มากกว่า 0.70 ขึ้นไป ได้ผลเท่ากับ 0.86

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัยอธิบายด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด มัชฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูกับเด็กปฐมวัยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 7 ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (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)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการ 430 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564-2 กุมภาพันธ์ 2565

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู

ผู้เลี้ยงดู 800 คน พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.4 อายุเฉลี่ย 43.8 ปี อายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.6 ประกอบ

อาชีพแม่บ้าน ไม่ทำงาน ร้อยละ 44.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.3 มัชฐานของรายได้ตนเองต่อเดือน 5,000 บาท มัชฐานของรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,000 บาท รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.2 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 86.2 พ่อแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 82.2 อาศัยอยู่กับพ่อแม่เด็ก ร้อยละ 50.2 ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 82.2 อายุของแม่เด็ก อายุเฉลี่ย 30.1 ปี อายุน้อยที่สุด 17 ปี อายุมากที่สุด 49 ปี คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 11.1 คลอดปกติ ร้อยละ 59.7 แม่มีโรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ ร้อยละ 5.3 ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน ร้อยละ 96.4 และมีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 30.3

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก
เด็กปฐมวัย 800 คน พบว่า เด็กเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 34.9 เดือน อายุน้อยที่สุด 9 เดือน อายุมากที่สุด 71 เดือน น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,032.2 กรัม น้อยที่สุด 955 กรัม มากที่สุด 4,570 กรัม น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) ร้อยละ 10.6 มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia) ร้อยละ 3.5 มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 10.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 10.6 มีประวัติการเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 17.3 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 67.5 และกินนมแม่ ร้อยละ 91.1

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 29.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.9 (คะแนนเต็ม 11 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4 ดังรายละเอียด

ในตารางที่ 2

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.5 ระดับไม่ดี ร้อยละ 2.4 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 103.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3 แต่ละด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.2 ด้านสุขภาพกาย คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.7 และด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

เด็กปฐมวัยคุณภาพ

เด็กปฐมวัยคุณภาพ พบว่า เด็กเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 25.8 เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบ พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 เด็กปฐมวัยเป็นเด็ก สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68.9 เด็กปฐมวัยฟันไม่ผุ ร้อยละ 55.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ แบบ bivariate (Simple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ค่า P-value น้อยกว่า 0.25 คือ ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู อาชีพของผู้เลี้ยงดู การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ ช่วงอายุของเด็ก น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) พฤติกรรมการเลี้ยงดูเรื่องการใช้อิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก การนอนหลับของเด็ก และการแปรงฟันของเด็ก ทั้งหมด 9 ปัจจัย

เป็นปัจจัยรูปแบบตั้งต้น (Initial model) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) พบว่า มี 4 ปัจจัยคือ ช่วงอายุของเด็ก การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้อิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

เด็กที่มีอายุ 9-35 เดือน มีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่มีอายุ 36-71 เดือน 5.5 เท่า (AOR=5.5;95% CI:3.71 to 8.27; p-value < 0.001)

เด็กที่แม่คลอดครบกำหนดมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่แม่คลอดก่อนกำหนด 1.9 เท่า (AOR=1.9; 95%CI:1.30 to 4.18; p-value 0.032)

เด็กที่เกิดจากแม่ที่ไม่มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ 1.4 เท่า (AOR=1.4;95% CI:1.18 to 2.09; p-value 0.046)

เด็กที่ไม่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ (ทีวี โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ ไอแพดฯ) ในการทำกิจกรรมต่างๆ ระหว่างวันมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ 1.4 เท่า (AOR=1.4;95%CI:1.26 to 1.96; p-value 0.012)

อภิปรายผล

เด็กปฐมวัยคุณภาพ พบว่า เด็กปฐมวัยเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 25.8 โดยเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68.9 ฟันไม่ผุ ร้อยละ 55.4 ซึ่งค่าเป้าหมายผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564⁽¹³⁾ เด็กมีพัฒนาการสมวัย

ตารางที่ 2 ระดับของพฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัยในภาพรวม (n = 800)

พฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	159	19.8
ปานกลาง	403	50.4
สูง	238	29.8
Mean : SD = 7.9 : 1.4		
Median (Min: Max)	8.0	2: 10.5

ตารางที่ 3 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตในภาพรวม		
ไม่ดี	19	2.4
ปานกลาง	164	20.5
ดี	617	77.1
Mean : SD = 103.5 : 11.3		
Median (Min: Max)	105.0	55: 130
ด้านสุขภาพกาย		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	288	36.0
ดี	502	62.7
ด้านจิตใจ		
ไม่ดี	1	0.1
ปานกลาง	168	21.0
ดี	631	78.9
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี	2	0.3
ปานกลาง	306	38.2
ดี	492	61.5
ด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	212	26.5
ดี	578	72.2

มากกว่าร้อยละ 85 สูงดีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 62 ส่วนเรื่องเด็กปฐมวัยปราศจากพันธุ 2564 ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมายที่ชัดเจน ปี 2561⁽⁶⁾ กำหนดค่าเป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ 54 แสดงว่า เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 เป็นเด็ก สูงดีสมส่วนและฟันไม่ผุผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข แต่พัฒนาการสมวัยมีอัตรา ต่ำกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดและสถิติองค์การ

อนามัยโลก ที่พบร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัย ทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัยไม่บรรลุค่าเป้าหมาย ตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วง วัย ที่กำหนดพัฒนาการสมวัยไว้ที่ ร้อยละ 85 ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและ ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัย เพิ่มขึ้น

พฤติกรรมการเล่นของเด็ก พบว่า

พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 29.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในภาพรวมถือว่ายังไม่ดีพอ เพราะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 ควรส่งเสริมให้ความรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแก่ผู้เลี้ยงดูเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเด็กปฐมวัย ส่วนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูรายด้าน กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูพื้น สถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย การศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558⁽¹⁴⁾ เรื่องการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 78.0 มีความใกล้เคียงกันกับการศึกษาคั้งนี้ จึงควรสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็กแก่ผู้เลี้ยงดู และหากจำเป็นต้องใช้ควรจำกัดเวลาและดูแลให้เหมาะสมกับวัย

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับดีและปานกลาง แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁵⁾ คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) มี 4 ปัจจัย

- ช่วงอายุของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ อาจเนื่องจากช่วงอายุที่เด็กปฐมวัยไทย มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือเด็กอายุ 3-5 ปี และเป็นช่วงอายุที่เด็กมีปัญหา

เรื่องสุขภาพช่องปากมากกว่าเด็กอายุ 0-2 ปี เมื่อพัฒนาการไม่สมวัย สุขภาพช่องปากไม่ดี อาจทำให้การเจริญเติบโตไม่ดีจากการที่รับประทานอาหารไม่ได้เมื่อมีอาการปวดฟัน เด็กจึงเป็นเด็กปฐมวัยที่ไม่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้า ที่พบมากขึ้นในประเทศไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก การบริโภคอาหารตามสื่อโฆษณา และการปล่อยให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ตามลำพัง⁽¹⁶⁾ เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี จึงมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มเด็ก 0-2 ปี ผู้เลี้ยงดูจึงต้องใส่ใจและส่งเสริมพัฒนาการ การเจริญเติบโต และใส่ใจเรื่องสุขภาพช่องปากในเด็กช่วงอายุน้อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะตามมาในอนาคต

- การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ อาจเนื่องจากการที่เด็กคลอดในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม เด็กอาจมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์และมีความเสี่ยงต่อชีวิตต้นทุนชีวิตไม่ดี เด็กจะพัฒนาไม่เต็มศักยภาพ ทำให้เติบโตเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพได้ยาก ทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย (low birth weight, LBW) บางรายอาจพบความผิดปกติด้านการเจริญเติบโต และพัฒนาการล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับทารกอายุเท่ากัน ทารกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการทรงตัว พัฒนาการ ยืน เดิน วิ่งช้ากว่าทารกปกติ บางรายไม่สามารถสื่อสารกับบิดามารดาได้⁽¹⁷⁾ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกอย่างมาก เด็กต้องได้รับการดูแลและการเลี้ยงดูที่ใกล้ชิดมากกว่าเด็กที่คลอดครบกำหนด

- ภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ อาจเนื่องจากภาวะ ถ้าหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเด็กปฐมวัยคุณภาพ (n = 800)

เด็กปฐมวัยคุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เป็น	206	25.8
ไม่เป็น	594	74.2
พัฒนาการ		
สมวัย	454	56.8
สงสัยล่าช้า	346	43.2
สูติสมส่วน		
เป็น	551	68.9
ไม่เป็น	249	31.1
พินธุ		
ผู้	357	44.6
ไม่ผู้	443	55.4

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ใช้สถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน	% เด็กปฐมวัยคุณภาพ	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P -value
1. ช่วงอายุของเด็ก (เดือน)						<0.001
36 - 71	426	9.9	1	1		
9 - 35	374	39.7	5.9	5.5	3.71-8.27	
2. การคลอดก่อนกำหนด						0.032
ก่อนกำหนด	89	15.3	1	1		
ครบกำหนด	711	26.6	2.0	1.9	1.30-4.18	
3. ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์						0.046
มี (Hct< 33% Hb< 11g/dl)	242	21.5	1	1		
ไม่มี	558	27.4	1.3	1.4	1.18-2.09	
4. การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก						0.012
ใช้	557	21.4	1	1		
ไม่ใช้	243	35.8	2.1	1.4	1.26-1.96	

โลหิตจาง เสียเลือดจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด อาจทำให้มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นเลือดปกติ สำหรับผลต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย (LBW) และทารกตายในครรภ์⁽¹⁸⁾ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กในระยะยาวได้ ดังนั้นจึงควรสร้างมาตรการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early

ANC) และฝากครรภ์ตามนัด เพื่อได้รับยาบำรุงครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง สร้างความตระหนักถึงผลเสียที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและลูก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางให้ปฏิบัติตามคำแนะนำและการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อให้ความเข้มข้นเลือดกลับมาอยู่ในระดับปกติ ป้องกันสิ่งที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและลูกในอนาคตได้

- การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ อาจเนื่องจากการดูสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการฝึกฝน เพราะเด็กสนใจเฉพาะภาพแสงสีเสียงที่เปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วบนหน้าจอ ทำให้เด็กไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการ การเรียนรู้ และระดับสติปัญญาของเด็กในอนาคต สมาคมกุมารแพทย์อเมริกันให้คำแนะนำการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กเด็กอายุมากกว่า 2 ปีควรใช้เวลากับสื่อผ่านหน้าจอทุกชนิด ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน ระยะเวลาของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่า BMI การให้เด็กได้ดูสื่อโฆษณาอาหาร และการดูสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในระหว่างมื้ออาหาร การให้เด็กดูสื่อหน้าจอในช่วงเย็น จะมีผลให้ระยะเวลาของการนอนหลับในช่วงกลางคืนที่สั้นลง ทั้งหมดเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก การเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็ก⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับการวิจัยของ จินตนา พัฒนพงศ์ธร⁽²⁰⁾ ที่พบว่าเด็กที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นหรือจัดกิจกรรมกับเด็กจะมีโอกาสเป็นเด็กพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์การดูทีวีของเด็ก พบว่าเด็กที่ดูทีวีวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง จะมีโอกาสเป็นเด็กพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ดูทีวีมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง

■ สรุป

เด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 25.8 ยังพบได้น้อย พัฒนาการสมวัยต่ำกว่าค่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูยังไม่ดีพอ คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพ

รวมอยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วงอายุของเด็ก การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เด็กเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพต้องสร้างมาตรการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early ANC) และฝากครรภ์ตามนัด เพื่อได้รับยาบำรุงครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ส่งเสริมการคลอดบุตรเป็นไปตามอายุครรภ์ที่ครบกำหนด เน้นสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็ก หากใช้ให้จำกัดเวลาและดูแลให้เหมาะสมกับวัย การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากตามช่วงวัยของเด็กอย่างต่อเนื่อง

■ ข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาเรื่องพัฒนาการ สูงดีสมส่วน และสุขภาพช่องปาก ปัญหาจะชัดเจนและพบมากขึ้นเมื่อเด็กอายุ 3-5 ปี มากกว่าเด็ก 0-2 ปี การป้องกันตั้งแต่เด็กอายุน้อยและให้เหมาะสมกับช่วงวัยของเด็กเป็นสิ่งสำคัญต้องส่งเสริมและปฏิบัติกับเด็กอย่างต่อเนื่องไม่ทั้งช่วงเพราะเด็ก 3-5 ปี มักถูกละเลยและให้การดูแลน้อยลงเพราะคิดว่าเด็กโตแล้วควรใส่ใจให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) เขตสุขภาพที่ 7 ต้องดำเนินการพัฒนาความรอบรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูเพื่อเป็นครอบครัวคุณภาพ ในการสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) อย่างแท้จริงเพื่อการส่งมอบเด็กปฐมวัยคุณภาพสู่เด็กวัยเรียนคุณภาพต่อไป

2. การคลอดก่อนกำหนดส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก มีผลต่อการสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพ ดังนั้นต้องสร้างมาตรการในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในปัจจัยที่ป้องกันได้ เช่น ภาวะโภชนาการของแม่ การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน การลดความเครียดในการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี ไม่ควรใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เด็กอายุ 2-5 ปี หากผู้เลี้ยงดูเด็กต้องการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในการสอน/การเล่นของเด็ก ต้องนั่งดูด้วยกัน ใช้เฉพาะโปรแกรมหรือสื่อที่มีคุณภาพ ไม่ใช่โดยเปิดทิ้งไว้ให้เด็กดูด้วยตนเอง และใช้ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน โดยมีการพักเป็นระยะ และไม่เปิดสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในระหว่างกินอาหารและก่อนนอนให้กับเด็กเพื่อป้องกันผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก

4. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก ควรสร้างมาตรการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early ANC) และฝากครรภ์ตามนัด เพื่อได้รับยาบำรุงครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง สร้างความตระหนักถึงผลเสียที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและลูกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางให้ปฏิบัติตามคำแนะนำและการรักษาของแพทย์อย่าง

เคร่งครัด เพื่อให้ความเข้มข้นเลือดกลับมาอยู่ในระดับปกติ ป้องกันสิ่งที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและลูกในอนาคตได้

5. ท้องถิ่นควรถูกกำหนดนโยบายสาธารณะและมาตรการพัฒนาเด็กปฐมวัยคุณภาพด้านโภชนาการและด้านการใช้อุปกรณ์สื่อสารของเด็ก

■ ข้อจำกัดการวิจัย

ข้อมูลของแม่ เรื่องการคลอดก่อนกำหนด ลักษณะการคลอด ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ การได้รับยาธาตุเหล็กเสริม ไอโอดีน และภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ หากผู้เลี้ยงดูไม่ใช่แม่ และในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ไม่ได้บันทึกไว้ ต้องได้โทรสอบถามข้อมูลจากแม่ แม่บางคนอาจจำข้อมูลที่คลาดเคลื่อนได้ การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งยังไม่สามารถอ้างอิงผลในระดับประเทศได้

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ขอขอบคุณ นายชาติรี เมฆาธาธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณ ผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กปฐมวัยทุกคน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และให้ร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development. Elsevier Ltd all Rights Reserved 2011;378(9799):1325-38.
2. นิตยา ชขภักดี. พัฒนาการเด็ก. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.

3. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development in developing countries 2: Child development: risk factor for adverse outcome in developing countries 2007;164(2344):145-57.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
6. สำนักสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่วราชอาณาจักรและสำมะโนประชากรและเคหะ. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560.
7. สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน. พัฒนาการเด็กปฐมวัย รากแก้วแห่งชีวิต. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรีนแอนด์พับลิชซิง; 2557.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998;17:1623-34.
10. อรุณ จีรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนาหาวิทยา; 2547.
11. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
12. Group W. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine 1998;28(3):551-58.
13. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2558. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
15. สุพัตรา บุญเจียม. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2564;13(1):3-20.
16. American Academy of Pediatrics. Media and children educated health of all children [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun 12]. Available from: <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Pages/Media-and-Children.aspx>.
17. ธราธิป โคละหัด และจันทิมา จรัสทอง. บูรณาการระบบส่งเสริมสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด จังหวัดนครศรีธรรมราช. การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก ในพระอุปถัมภ์ฯ. นครศรีธรรมราช: ไทม์ พรีนติ้ง; 2559.
18. ยงยส ภัทพรสวรรค์. การศึกษาประสิทธิผลของการดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
19. อภิรพี ดันเจริญวงศ์, ศรีรัฐ ภัคศิริณชิต และญาณวุฒิ เศวตชิติกุล. พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0 - 3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม 2561;6(2):60-9.
20. จินตนา พัฒนพงษ์ธร และวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.