

ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของผู้เลี้ยงดูและพัฒนาการเด็ก อายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี

วสุรัตน์ พลอยล้วน*

สุธรรม นันทมงคลชัย

พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์

สุภาวดี พันธุมาศ

ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



วันรับ 18 พฤศจิกายน 2568



วันแก้ไข 5 มกราคม 2569



วันตอบรับ 10 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูและปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กอายุ 1 - 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กอายุ 1 - 3 ปี จำนวน 325 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 มิถุนายน - 20 สิงหาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติโคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้เลี้ยงดูมีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับเพียงพอ ร้อยละ 40.6 ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 เด็กอายุ 1 - 3 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.7 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กอายุ 1 - 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้คู่มือ DSPM (OR = 6.53, 95% CI: = 2.93-14.56) ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู (OR = 5.03, 95% CI: = 2.05-12.32) สัมพันธภาพในครอบครัว (OR = 2.71, 95% CI: = 1.02-7.20) การไม่让孩子เล่นโทรศัพท์มือถือ (OR = 2.69, 95% CI: = 1.13-6.39) และการเล่นนิทานกับเด็ก (OR = 2.41, 95% CI: 1.05-5.52) ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM และส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็กต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพ พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี คลินิกเด็กสุขภาพดี ผู้เลี้ยงดูเด็ก

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ :tapewasurat@gmail.com, sutham.nan@mahidol.ac.th

Health Literacy in Child Development Promotion of Caretaker and Development of Child Aged 1-3 Years, Attending Well-Child Clinic in Subdistrict Health Promoting Hospital, Chonburi Province

Wasurut Ployluan*

Sutham Nanthamongkolchai

Pimsurang Taechaboonsermsak

Suphawadee Panthumas

Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to study the health literacy of caretaker in promoting child development and to identify factors influencing developmental status of child aged 1–3 years who attended well-child clinics in subdistrict health promoting hospital in Chonburi Province. A total of 325 caretaker–child pairs were selected using two-stage cluster random sampling. Data were collected from 18th June to 20th August 2025, and analyzed by Chi-square test and Multiple logistic regression analysis. Results showed that 40.6% of caretakers had adequate health literacy for promoting child development, while 59.4% had inadequate health literacy. Among the children 63.7% had appropriate development and 36.3% had suspected developmental delay. Significant factors associated of child development included utilization of the DSPM manual (OR = 6.53, 95% CI: = 2.93-14.56) caretakers' health literacy in promoting child development (OR = 5.03, 95% CI: = 2.05-12.32) family relationships (OR = 2.71, 95% CI: = 1.02-7.20) not allowing children to use mobile phones (OR = 2.69, 95% CI: = 1.13-6.39) and storytelling (OR = 2.41, 95% CI: 1.05-5.52). These findings highlight the importance of strengthening the use of the DSPM manual and enhancing caretakers' health literacy to support optimal child development.

Keywords: health literacy, development of child aged 1-3 years, well child clinic, caretaker of child

*Corresponding Author,  :tapewasurat@gmail.com, sutham.nan@mahidol.ac.th

บทนำ

เส้นทางสู่การมีสุขภาพที่ดีของมนุษย์เริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กที่ต้องมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นไปตามวัยซึ่งเป็นผลจากพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูในช่วงตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 5 ปี ที่ถือได้ว่าเป็นช่วงโอกาสทองของชีวิตในช่วงอายุ 1 – 3 ปีแรกของเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นช่วงวัยที่พัฒนาการของเด็กเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและมีความไวต่อปัจจัยกระตุ้นมากที่สุด จากการศึกษาพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยใน 63 ประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ความไม่เท่าเทียมกันภายในประเทศและระหว่างประเทศขนาดใหญ่โดยการสำรวจสุขภาพประชาชน⁽¹⁾ ข้อมูลการสำรวจโครงการสำรวจพหุดัชนีแบบจัด (MICS) ระหว่างปี 2553 - 2559 พบปัญหาเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในราชอาณาจักรกัมพูชา ร้อยละ 26.6 สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ร้อยละ 18.4 มองโกเลีย ร้อยละ 23.2 ราชอาณาจักรไทย ร้อยละ 6.7 และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ร้อยละ 10.0 และข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS) ปี 2565⁽²⁾ พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 22.2

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)⁽³⁾ ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ (2) ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี ซึ่งกำหนดเป้าหมาย ร้อยละ 88 ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยในปี 2570 โดยในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁽⁴⁾ (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) แจกคู่มือให้กับหญิงหลังคลอดทุกคนก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้ในการเฝ้าระวัง ฝึกทักษะและส่งเสริมพัฒนาการของลูก

ทุกช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 78 เดือน ประกอบกับประเทศไทยได้ขับเคลื่อนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่เป็นทักษะใหม่ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการมีสุขภาพที่ดีการดูแล เฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือผู้เลี้ยงดู การส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามวัยนั้นผู้เลี้ยงดูต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในเรื่องของพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย และการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ดูแลเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้านทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม โดยผู้เลี้ยงดูควรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจังหวัดชลบุรีเป็น 1 ใน 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 6 แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ ข้อมูลสถิติจำนวนการเกิดปี 2566 ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง⁽⁵⁾ รายงานว่าจังหวัดชลบุรีมีประชากรเด็กแรกเกิด - 5 ปี จำนวน 91,652 คน เป็นเพศชาย 47,194 คน เพศหญิง 44,458 คน และเป็นจังหวัดที่มีจำนวนการเกิดมากที่สุดของภาคตะวันออกเฉียง ลักษณะพื้นที่เป็นจังหวัดที่มีอุตสาหกรรมและแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมาก ทำให้เด็กบางส่วนขาดการดูแลโดยตรงจากพ่อแม่ และมีปัญหาการติดตามประเมินพัฒนาการเด็ก ข้อมูลพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี ของจังหวัดชลบุรี จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ ระหว่างปี 2562 – 2566 พบว่า เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20.2, 20.6, 25.5, 24.5 และ 23.6 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.5, 82.9, 81.4, 84.9 และ 80.8 จากข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดชลบุรียังคงพบปัญหาเด็กปฐมวัยพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ ร้อยละ 88 ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เช่นเดียวกับสถานการณ์พัฒนาการเด็กในการศึกษาการประเมินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558⁽⁷⁾ ภาพรวม

พัฒนาการเด็กปฐมวัยของไทย มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 46.9 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 53.1 และการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2564⁽⁸⁾ พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.3 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 29.7 พัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าแยกรายด้านพบว่า ด้านภาษาสงสัยล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 18.6 ถึงแม้ว่าภาครัฐได้กำหนดนโยบายให้หน่วยบริการต่างๆ รวมถึงการออกพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้านด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการรณรงค์สัปดาห์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเดือนกรกฎาคมทุกปี แต่ยังไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายในภาพประเทศได้ และ

ยังไม่มีการศึกษาเรื่องความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการสร้างความรอบรู้แก่ผู้เลี้ยงดูในหน่วยบริการสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กอายุ 1 - 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการศึกษา

• **รูปแบบการศึกษา** เป็นรูปแบบเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 มิถุนายน – 20 สิงหาคม พ.ศ. 2568

• **กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel⁽⁹⁾ ด้วยค่าความเชื่อมั่น 95% ใช้จำนวนประชากรเด็กอายุ 1 – 3 ปี สัญชาติไทย 42,736 คน จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง⁽⁵⁾ และค่าสัดส่วนความชุกของเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 ของจังหวัดชลบุรี⁽⁶⁾ เท่ากับ 0.22 และเพื่อป้องกันการสูญหายในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 24 ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลการศึกษานี้ จึงใช้จำนวนตัวอย่างคือ เด็กอายุ 1 – 3 ปี สัญชาติไทยที่มาพร้อมผู้เลี้ยงดู 325 คน และผู้เลี้ยงดูได้แก่ พ่อหรือแม่ หรือปู่ย่า ตายาย ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุด ดูแลเด็กต่อเนืองอย่างน้อย 6 เดือน และพาเด็กมารับบริการอีก 325 คน

โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) แบ่งอำเภอในจังหวัดชลบุรีเป็น 2 กลุ่ม คือ อำเภอที่มีเด็กอยู่อาศัยมากและอำเภอที่มีเด็กอยู่อาศัยน้อย ทำการสุ่มมา 1 อำเภอ จากแต่ละกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละอำเภอทำการสุ่มมา 4 ตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 4 ตำบลต่ออำเภอ รวมเป็น 8 ตำบล จากนั้นนำจำนวนตัวอย่างกระจายไปยัง

ตำบลที่สุ่มได้ คำนวณสัดส่วนเด็กในแต่ละอำเภอ โดยใช้ การแทนค่าสัดส่วน โดยใช้วิธีนำจำนวนตัวอย่างแต่ละ อำเภอกระจายไปยังตำบลที่สุ่มได้ด้วยวิธีการสุ่มแบบความ น่าจะเป็นตามสัดส่วนขนาด (Probability proportional to size)

• **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยภายใน เด็กเป็นข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของเด็กประกอบด้วยคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว พื้นฐานอารมณ์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัย ภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) เป็นข้อมูลทั่วไปของ ผู้เลี้ยงดูและการเลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วยประเด็นคำถาม 2 ประเด็น คุณลักษณะของผู้เลี้ยงดู จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ระดับการศึกษา และอาชีพของ พ่อ แม่ และผู้เลี้ยงดูหลัก และสถานะความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก การเล่นนิทานกับเด็ก การไม่让孩子เล่นโทรศัพท์มือถือ การใช้คู่มือ DSPM ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพใน ครอบครัว การวัดสัมพันธภาพในครอบครัวใช้แบบประเมิน ที่แปลมาจาก Family Attachment Changeability Index (FACI 8) ของ Mc Cubbin et al. โดยคัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ อ้างถึงในรายงานการวิจัย สัมพันธภาพในครอบครัวไทย ของ จิราพร ชมพิกุล และคณะ⁽¹⁰⁾ จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ ผู้เลี้ยงดู ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ และส่วนที่ 5 ผลประเมิน พัฒนาการเด็ก เป็นผลการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามได้ผ่านการทดสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องในภาพรวม ของแบบสอบถาม (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.98 ซึ่งมีค่าดังนี้ ข้อมูลปัจจัย ภายในเด็ก เท่ากับ 1.00 ข้อมูลปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อม และการเลี้ยงดู) เท่ากับ 1.00 สัมพันธภาพในครอบครัว

เท่ากับ 0.94 ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กของผู้เลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี เท่ากับ 0.97 ผลประเมินพัฒนาการเด็ก เท่ากับ 1.00 และนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความ เชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในภาพรวมของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.892 ซึ่งได้ค่าความ เชื่อมั่นของสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 0.796 และ ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ ผู้เลี้ยงดูเท่ากับ 0.987

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ ไคสแควร์ และวิเคราะห์หาปัจจัยมีอิทธิพลต่อพัฒนาการ เด็กอายุ 1 - 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยการวิเคราะห์การ ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ <0.05

• **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** โครงการวิจัยได้รับการ พิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารการรับรองที่ MUPH 2025-081 เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก และ เด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี เป็น เด็กเพศหญิง ร้อยละ 52.3 และเพศชาย ร้อยละ 47.7 มีช่วงอายุที่คัดกรองพัฒนาการเด็ก 18 เดือน ร้อยละ 50.2 และอายุ 30 เดือน ร้อยละ 49.8 เด็กเกือบทั้งหมดไม่มีโรค ประจำตัว ร้อยละ 89.8 พื้นฐานอารมณ์ของเด็กเกือบ

ทั้งหมดเป็นเด็กเลี้ยงง่าย ร้อยละ 83.4 ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นแม่มากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมาเป็น ตายาย ร้อยละ 24.9 การศึกษาของพ่อเด็กจบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 การประกอบอาชีพพ่อเด็กเป็นพนักงานบริษัท/โรงงาน ร้อยละ 33.2 การศึกษาของแม่เด็กจบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.9 การประกอบอาชีพแม่เด็กเป็นพนักงานบริษัท/โรงงาน ร้อยละ 32.3 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักจบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 34.8 การประกอบอาชีพผู้เลี้ยงดูหลักไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 39.1 ผู้เลี้ยงดูหลักเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.4 สถานะความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็กส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.0 ด้านการเลี้ยงดูเด็กโดยส่วนใหญ่ให้เด็กกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน ร้อยละ 72.0 ในช่วง 3 วันที่ผ่านมามีการเล่านิทานให้เด็กฟัง ร้อยละ 65.8 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมามีการให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 62.5 การใช้คู่มือ DSPM ผู้เลี้ยงดูครึ่งหนึ่งได้รับอ่านคู่มือ และใช้คู่มือ ร้อยละ 50.8 สัมพันธภาพในครอบครัวเด็กอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีสัมพันธภาพแบบครอบครัวไม่สมดุล ร้อยละ 68.9 และแบบครอบครัวสมดุล ร้อยละ 31.1

2. ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เลี้ยงดูหลักมีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 และระดับเพียงพอ ร้อยละ 40.6 เมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูรายข้อพบว่า 3 อันดับแรกที่ผู้เลี้ยงดูมีการตอบมากที่สุด ได้แก่ อันดับที่ 1 เมื่อเด็กถึงอายุที่กำหนดท่านนำเด็กมาคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี และวางแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้ ร้อยละ 37.2 อันดับที่ 2 ท่านเข้าใจข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเมื่อมารับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เช่น แพทย์พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. ร้อยละ 26.2 อันดับ

ที่ 3 เมื่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ท่านกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ร้อยละ 25.8

3. สัดส่วนพัฒนาการสมวัยของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี ภาพรวมมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.7 และพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.3 พัฒนาการเด็กรายด้าน พบว่า พัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 97.5 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 2.5 พัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 91.7 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 8.3 พัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 77.5 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 22.5 พัฒนาการสมวัยด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 68.3 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 31.7 พัฒนาการสมวัยด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ร้อยละ 92.0 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ร้อยละ 8.0

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในของเด็ก ปัจจัยภายในของเด็ก และปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้การวิเคราะห์แบบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ พื้นฐานอารมณ์ ระดับการศึกษาของพ่อ อาชีพของพ่อ

ระดับการศึกษาของแม่ อาชีพของแม่ ระดับการศึกษาของ ผู้เลี้ยงดู อาชีพของผู้เลี้ยงดู สถานะความสัมพันธ์ของพ่อ แม่เด็ก การกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก การเล่นนิทาน กับเด็ก การไม่让孩子เล่นโทรศัพท์มือถือ การใช้คู่มือ DSPM สัมพันธภาพในครอบครัว และความรอบรู้สุขภาพในการ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความ สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการ คลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ โรคประจำตัว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=325)

ปัจจัย	พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี				Crude OR	95% CI	χ^2	p-value
	สมวัย		สงสัยล่าช้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ								0.025*
ชาย	89	57.4	66	42.6	1.7	1.1-2.7	5.0	
หญิง	118	69.4	52	30.6				
อายุ								0.010*
30 เดือน	92	56.8	70	43.2	1.8	1.2-2.9	6.6	
18 เดือน	115	70.6	48	29.4				
โรคประจำตัว								0.441
มี	19	57.6	14	42.4	1.3	0.6-2.8	0.6	
ไม่มี	188	64.4	104	35.6				
พื้นฐานอารมณ์								0.001*
เลี้ยงค่อนข้างยาก	24	44.4	30	55.6	2.6	1.4-4.7	10.4	
เลี้ยงง่าย	183	67.5	88	32.5				
ระดับการศึกษาของพ่อ								<0.001*
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	77	51.7	72	48.3	3.8	2.2-6.3	26.5	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	117	80.1	29	19.9				

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=325) (ต่อ)

ปัจจัย	พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี				Crude OR	95% CI	χ^2	p-value
	สมวัย		สงสัยล่าช้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
อาชีพของพ่อ								0.001*
เกษตรกรกรรม	55	52.4	50	47.6	2.3	1.4-3.8	11.5	
นอกเกษตรกรกรรม	139	72.0	54	28.0				
ระดับการศึกษาของแม่								0.001*
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	85	56.3	66	43.7	2.3	1.4-3.7	11.5	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	120	74.5	41	25.5				
อาชีพของแม่								0.003*
เกษตรกรกรรม	62	55.4	50	44.6	2.1	1.3-3.4	8.9	
นอกเกษตรกรกรรม	144	72.0	56	28.0				
ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู								<0.001*
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	126	56.5	97	43.5	3.0	1.7-5.1	15.9	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	81	79.4	21	20.6				
อาชีพของผู้เลี้ยงดู								0.001*
เกษตรกรกรรม	108	56.1	82	43.9	2.2	1.4-3.6	10.8	
นอกเกษตรกรกรรม	102	73.9	36	26.1				

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=325) (ต่อ)

ปัจจัย	พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี				Crude OR	95% CI	χ^2	p-value
	สมวัย		สงสัยล่าช้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
สถานะความสัมพันธ์ของ								
พ่อแม่เด็ก								
<0.001*								
แยกทางกัน/หม้าย	29	44.6	36	55.4	2.7	1.5-4.7	12.8	
อยู่ด้วยกัน	178	68.5	82	31.5				
การกินนมแม่อย่างเดียว								
6 เดือนแรก								
<0.001*								
ไม่กิน	43	47.3	48	52.7	2.6	1.6-4.3	14.8	
กิน	164	70.1	70	29.9				
การเล่านิทานกับเด็ก								
<0.001*								
ไม่เล่านิทาน	40	36.0	71	64.0	6.3	3.8-10.4	55.8	
เล่านิทาน	167	78.0	47	22.0				
การให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ								
<0.001*								
เล่น	105	51.7	98	48.3	4.8	2.7-8.3	33.5	
ไม่เล่น	102	83.6	20	16.4				

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=325) (ต่อ)

ปัจจัย	พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี				Crude OR	95% CI	χ^2	p-value
	สมวัย		สงสัยล่าช้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
การใช้คู่มือ								
DSPM								
ได้รับ อ่าน แต่	60	37.5	100	62.5	13.6	7.6-24.4	93.5	
ไม่ได้ใช้คู่มือ								
ได้รับ อ่านและ	147	89.1	18	10.9				
ใช้คู่มือ								
สัมพันธภาพใน								
ครอบครัว								
ครอบครัว	120	53.6	104	46.4	5.4	2.9-10.0	31.9	
ไม่สมดุล								
ครอบครัวสมดุล	87	86.1	14	13.9				
ความรอบรู้สุขภาพ								
ในการส่งเสริม								
พัฒนาการเด็ก								
ไม่เพียงพอ	87	45.1	106	54.9	12.2	6.3-23.5	71.2	
เพียงพอ	120	90.9	12	9.1				

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในของเด็ก และปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) จากผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) แบบ Enter

ร่วมกันทั้งหมด ยกเว้นตัวแปรโรคประจำของเด็ก เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี พบว่ามีปัจจัย 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) คือ การใช้คู่มือ DSPM ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว การไม่让孩子เล่นโทรศัพท์มือถือ และการเล่นนิทานกับเด็ก

ซึ่งอธิบายได้ว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับ อ่านและใช้คู่มือ DSPM มีโอกาสพัฒนาการสมวัย 6.53 เท่าเมื่อเทียบ

กับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับ อ่าน แต่ไม่ได้ใช้คู่มือ DSPM (95% CI = 2.93-14.56) ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรอบรู้ สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับเพียงพอ มีโอกาสพัฒนาการสมวัย 5.03 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เลี้ยงดู เด็กที่มีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กระดับไม่เพียงพอ (95% CI = 2.05-12.32) เด็กที่มี สัมพันธภาพในครอบครัวแบบสมดุลมีโอกาพัฒนาการ สมวัย 2.71 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีสัมพันธภาพ

ในครอบครัวแบบไม่สมดุล (95% CI = 1.02-7.20) เด็กที่ ผู้เลี้ยงดูหลักไม่ให้เล่นโทรศัพท์มือถือมีโอกาสพัฒนาการ สมวัย 2.69 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักให้เล่น โทรศัพท์มือถือ (95% CI = 1.13-6.39) เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลัก เล่านิทานกับเด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.41 เท่าเมื่อ เทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่เล่านิทานกับเด็ก (95% CI = 1.05-5.52) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี ทดสอบด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (n=325)

ปัจจัย	B	OR	95% CI		p-value
			Lower	Upper	
การเล่านิทานกับเด็ก					
ไม่เล่านิทาน/อ่านหนังสือ	0.88	2.41	1.05	5.52	0.038*
เล่านิทาน/อ่านหนังสือ		1			
การให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ					
เล่น	0.99	2.69	1.13	6.39	0.025
ไม่เล่น		1			
การใช้คู่มือ DSPM					
ได้รับ อ่าน แต่ไม่ได้ใช้คู่มือ	1.88	6.53	2.93	14.56	<0.001*
ได้รับ อ่านและใช้คู่มือ		1			
สัมพันธภาพในครอบครัว					
ครอบครัวไม่สมดุล	1.00	2.71	1.02	7.20	0.045*
ครอบครัวสมดุล		1			
ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู					
ไม่เพียงพอ	1.62	5.03	2.05	12.32	<0.001*
เพียงพอ		1			
Constant = -5.26					

พัฒนาการเด็ก: พัฒนาการสมวัย = 0, พัฒนาการสงสัยล่าช้า = 1, *แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05, B = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก, OR = Odd Ratio, 1 = กลุ่มอ้างอิง

อภิปรายผล

ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 ขณะที่อยู่ในระดับมีเพียงพอ ร้อยละ 40.6 สาเหตุที่ผู้เลี้ยงดูมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 34.8 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงและการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กตามหลักพัฒนาการ อีกทั้ง ผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 39.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านที่ส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่กับการดูแลบ้านและเด็ก ดังผลการวิจัยที่พบว่า ผู้เลี้ยงดูมีการค้นหาข้อมูลของพัฒนาการเด็กจากหลายช่องทางได้ เช่น คู่มือ เอกสาร สื่อออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต มือถือหรือคอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลผู้รู้ ร้อยละ 15.4 และผู้เลี้ยงดูมีการนำข้อมูลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุที่เชื่อถือได้จากแหล่งต่างๆ มาประเมินก่อนนำไปปฏิบัติ ร้อยละ 12.6 ระดับการศึกษาของกลุ่มนี้บางส่วนอาจไม่สูงมาก ส่งผลต่อความเข้าใจในเนื้อหาสุขภาพที่ซับซ้อน ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของกันยาโพธิพิติ⁽¹¹⁾ ที่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดีรวมกัน ร้อยละ 88.6 โดยผู้เลี้ยงดูจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 32.1 และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 33.8 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของคำสงค์ ชินมาตร⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กโรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 63.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา ร้อยละ 56.4 มีการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.2 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความรอบรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย แม้ว่าบริบทของพื้นที่จะแตกต่างกัน

แต่ลักษณะทางการศึกษาและอาชีพของผู้เลี้ยงดูเด็กยังคงส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้การศึกษาของนวพร ปาดอนไพร⁽¹³⁾ พบว่า ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีระดับความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 55.8 และอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 43.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 55.1 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.2 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แม้บริบทของพื้นที่ ระดับการศึกษา และอาชีพจะแตกต่างกัน แต่แนวโน้มความรอบรู้สุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับไม่เพียงพอ

สัดส่วนพัฒนาการสมวัยของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมเด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.7 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.3 ซึ่งการที่เด็กอายุ 1 – 3 ปี มีพัฒนาการสมวัยอาจเป็นเพราะผู้เลี้ยงดูเด็กให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาการในชีวิตประจำวัน ซึ่งข้อมูลจากข้อคำถามรายข้อของการวิจัย การเล่านิทาน การเล่นกับเด็ก หรือการฝึกทักษะต่างๆ ดังผลการวิจัยที่พบ ผู้เลี้ยงดูมีการเล่านิทานให้เด็กฟังในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 65.8 การใช้คู่มือ DSPM ฝึกทักษะเด็ก ร้อยละ 50.8 การใช้คู่มือ DSPM ในการติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินพัฒนาการอย่างเป็นระบบช่วยให้ผู้เลี้ยงดูเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการและมีแนวทางปฏิบัติในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 72.8 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.2 ซึ่งแม้ว่าการศึกษามีความแตกต่างกันเรื่องขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แต่กลับพบว่าแนวโน้มของพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช

และวสุรัตน์ พลอยล้วน⁽⁷⁾ พบเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 6 มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75.1 มีแนวโน้มพัฒนาการเด็กใกล้เคียงกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้เลี้ยงดูและระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในคลินิกเด็กสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งได้มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรีในปี 2566 นอกจากนี้ผลการศึกษาของชัชฎา ประจตุทตะแก และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมร้อยละ 66.9 พัฒนาการเด็กด้านภาษาพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget⁽¹⁶⁾ ที่อธิบายว่าเด็กในช่วงวัยทารกและปฐมวัยจะเรียนรู้จากการลงมือทำและการสัมผัสประสบการณ์ตรง ลักษณะการพัฒนาตามช่วงวัยของเด็กอายุ 2 – 7 ปี มีพัฒนาการทางภาษาอย่างรวดเร็ว เป็นวัยอยากรู้อยากเห็น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์จากโทรศัพท์มือถือถือมากเกินไป หรือมีเวลาในการพูดคุย ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาน้อย ส่งผลให้เด็กมีโอกาสฝึกใช้ภาษาลดลง ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการพูดคุย ได้ตอบ และสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการเล่น เพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้านการใช้ภาษาและด้านการใช้ภาษาของเด็ก รวมถึงควรมีการติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยครบทุกด้านอย่างยั่งยืน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีปัจจัย 5 ที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ซึ่งสามารถอธิบายตามปัจจัยได้ดังต่อไปนี้ การใช้คู่มือ DSPM ที่พบว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับ อ่านและใช้คู่มือ DSPM มีโอกาสพัฒนาการสมวัย 6.53 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับ อ่าน แต่ไม่ได้ใช้คู่มือ DSPM สอดคล้องกับการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช และวสุรัตน์ พลอยล้วน⁽⁷⁾ ที่พบว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM และได้อ่านคู่มือ แต่ไม่ได้ใช้คู่มือเพื่อนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกกับเด็ก มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.57

เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM และได้อ่านและใช้คู่มือ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช และวสุรัตน์ พลอยล้วน⁽⁸⁾ ที่พบว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูได้รับคู่มือ DSPM และได้อ่านคู่มือแต่ไม่ได้ใช้คู่มือ เพื่อนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกกับเด็ก มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.15 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูได้รับคู่มือ DSPM ได้อ่านและใช้คู่มือ เนื่องจากคู่มือ DSPM เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูสามารถติดตามพัฒนาการของเด็กได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขควรสร้างความตระหนักแก่ผู้เลี้ยงดูถึงความสำคัญในการใช้คู่มือ DSPM และส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีความรู้และความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตามคู่มือ DSPM ส่วนความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับเพียงพอมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 5.03 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับแนวการศึกษาของคำสงค์ ชินมาต⁽¹²⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ayse Oflu and Siddika Songul Yalçın⁽¹⁷⁾ ที่พบว่ามารดาที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ/ดีเยี่ยมมีแนวโน้มที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัย 2.52 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มารดา มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ/มีปัญหา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกันยา โพธิปิติ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก โดยอธิบายว่าปัจจัยที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมการจัดประสบการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการสร้างความรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับผู้เลี้ยงดู เพื่อให้ ความรอบรู้สุขภาพเพียงพอสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างเหมาะสม ทำให้เด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากขึ้น

ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว ที่พบว่า เด็กที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบสมดุลมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.71 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบไม่สมดุล สอดคล้องกับแนวคิดของนิตยา คชภักดี⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีจะเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาบุคคลในครอบครัวและเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจให้แก่สมาชิกทุกคน เช่นเดียวกับกับแนวคิดของศิริกุล อิศรานุกรักษ์และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีความสำคัญต่อการพัฒนาความสุขและคุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมถึงช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ครอบครัวต้นแบบด้านพัฒนาการเด็ก ที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ ความรัก ความเข้าใจ และความอบอุ่นภายในครอบครัว เพื่อให้เด็กเติบโตในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ส่วนการให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือที่พบว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่ให้เล่นโทรศัพท์มือถือมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.69 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักให้เล่นโทรศัพท์มือถือ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันนิสาห์ แก้วแข็งขัน⁽²⁰⁾ ที่พบว่าเด็กที่พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพ จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีคุณภาพ และไม่ใช่สื่อเป็น 1.24 เท่า และร้อยละ 3.2 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Ayse Oflu and Siddika Songul Yalçin⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าเด็กที่ใช้เวลาดูหน้าจอนานละ 2 ชั่วโมงหรือน้อยกว่ามีแนวโน้มจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ดูหน้าจอนานกว่าวันละ 2 ชั่วโมง 2.04 เท่า ดังนั้นควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้เลี้ยงดูในการให้เด็กใช้โทรศัพท์มือถือควรได้รับการ

ดูแลและจำกัดเวลาอย่างเหมาะสม เพราะอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กทั้งด้านการเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และอารมณ์ของเด็ก เพราะในช่วงอายุ 1 – 3 ปี ที่เป็นช่วงสำคัญของพัฒนาการทางภาษา การเคลื่อนไหว รวมถึงสมาธิของเด็ก อาจส่งผลทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้จากการสื่อสารโต้ตอบสองทางที่จะมีผลกับพัฒนาการในอนาคต ส่วนการเล่นิทานกับเด็ก ที่พบว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักเล่นิทานกับเด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.41 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่เล่นิทานกับเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันนิสาห์ แก้วแข็งขัน⁽²⁰⁾ ที่พบว่าเด็กที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูอ่าน-เล่นิทานคุณภาพจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า เด็กที่ไม่ได้อ่านเล่นิทานและอ่านเล่นิทานไม่มีคุณภาพ เป็น 1.35 และ 1.08 เท่า เช่นเดียวกันกับการศึกษาของพูนศิริ ฤทธิธโรนและคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่า การเล่นิทานจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าไม่เล่นิทาน 1.51 เท่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช และวสุรัตน์ พลอยล้วน⁽⁸⁾ ที่พบว่า เด็กที่ไม่มีคนในครอบครัวเล่นิทาน/เล่าเรื่องต่าง ๆ ให้ฟังมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.28 เท่าของเด็กที่มีคนในครอบครัวเล่นิทาน/เล่าเรื่องต่าง ๆ ให้ฟัง โดยภาพรวมผลการศึกษารวมส่วนใหญ่ยังสนับสนุนว่าการเล่นิทานมีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีการเล่นิทานกับเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการรอบด้าน ทั้งการเข้าใจภาษา การใช้ภาษา กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เพราะการฟังนิทานช่วยให้เด็กได้เรียนรู้คำศัพท์ และได้ฝึกการสื่อสารอย่างเป็นธรรมชาติ

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดให้ การส่งเสริมความรู้สุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศ โดยบูรณาการเข้ากับแผนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและระดับ

อำเภอ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับการส่งเสริมความรู้สุขภาพและมีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูล

สุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับช่วงวัย

2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ควรมีการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้คู่มือ DSPM ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเล่นิทานในครอบครัวหรือคลังนิทานในชุมชนเพื่อให้ผู้เลี้ยงดูได้ยืมนิทานนำไปส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านและนำกลับมาคืนให้ครอบครัวอื่นได้ใช้ต่อ และควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับผู้เลี้ยงดูในพื้นที่

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ควรมีการส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวผ่านกิจกรรมครอบครัวต้นแบบด้านการเลี้ยงดูเด็ก และจัด

ให้มีบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กสำหรับแนวทางการใช้โทรศัพท์มือถือกับเด็กอย่างถูกวิธี รวมถึงการจัดให้มีระบบติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีพัฒนาการสมวัย

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรม โดยนำปัจจัยการส่งเสริมความรู้สุขภาพของผู้เลี้ยงดูการใช้คู่มือ DSPM และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. De Jesus Gil C, Ewerling F, Jiwani SS, Hellwig F, Victora CG. Early childhood suspected developmental delay in 63 low- and middle-income countries: Large within- and between-country inequalities documented using national health surveys. *Journal of Global Health* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 9]; 10(1):010427. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295453/pdf/jogh-10-010427.pdf>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565: รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย; 2566.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) ด้านสาธารณสุขฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
5. กรมการปกครอง สำนักบริหารการทะเบียน. สถิติจำนวนการเกิดปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/>
6. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
7. ประภาภรณ์ จังพานิช, วสุรัตน์ พลอยล้วน. รายงานผลการประเมินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2566;1(1):76-95.

8. ประภาภรณ์ จังพานิช, วสุรัตน์ พลอยล้วน. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;1:41-53.
9. Daniel WW, Cross LC. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. United States of America: John Wiley and Sons; 2013.
10. จิราพร ชมพิกุล, ปราณีย์ สุทธิสุขคนธ์, เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม, ดุชนิ ดามี. รายงานการวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม: เอ็น แอนด์ เอ็น ก๊อบปี่ แอนด์ พริ้นติ้ง; 2552.
11. กัญญา โพธิ์ปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566;15(1):28-50.
12. คำสงค์ ชินมาตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้เลี้ยงดูเด็ก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2567;17(2):140-53.
13. นวพร ปาดอนไพร. ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567; (4): 41-56.
14. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร. รายงานการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (เอกสารอัดสำเนา); 2558.
15. ชัชฎา ประจูดทะเล, ประดับ ศรีหมื่นไวย, อัญชลี ภูมิจันทิก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2562;13(31):159-77.
16. Ginsburg H, Opper S. Piaget's Theory of Intellectual Development [Internet]. [cited 10 Jan 2024] Available from https://dspace.sxcjpr.edu.in/jspui/bitstream/123456789/1034/1/Copy%20of%20piagets_theory_of_intellectual_development.pdf
17. Oflu A, Yalçın SS. Relations of maternal health literacy and parenting practices with early childhood development: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2024;34:1540-50.
18. นิตยา คชภักดี. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด ครอบครัวอยู่ดีมีสุข. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2545.
19. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ดวงพร แก้วศิริ. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาระดับสติปัญญาเด็กวัยต่าง ๆ ของประเทศระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
20. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, วันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 – 2564 . นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
21. พูนศิริ ฤทธิรอน, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ, พัศตราภรณ์ แยมเม่ง, นิชนันท์ อินสา, อมรรัตน์ เนียมสวรรณค์, แหวตาระโส, รัชดาวรรณ บุญมีจิว. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2021;14(3): 42-56.