

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

ในวัยเด็กโดยเฉพาะช่วง 6 ปีแรกของชีวิต มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม อย่างรวดเร็ว ภาวะปรีกำเนิด การคลอด และน้ำหนักแรกคลอดเป็น “ต้นทุน” ของบุคคล การเลี้ยงดู ภาวะโภชนาการ การรับบริการสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ภาวะพิการทุพพลภาพ ตลอดจนการตายของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ และประสิทธิภาพของสังคมในการดูแลเด็ก การที่สามารถค้นพบปัญหาสุขภาพทั้งด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพ ได้ตั้งแต่แรกเริ่มจะทำให้ช่วยลดความรุนแรงของปัญหาตลอดจนความสูญเสียต่าง ๆ ได้

การศึกษาการเจริญเติบโต พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในภาคกลางของประเทศไทยในครั้งนี้ รูปแบบการศึกษาเป็นชนิด Cross-sectional descriptive study โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษาความชุกของการเจริญเติบโตที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ความชุกของพัฒนาการช้า ปัญหาสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพ ของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีในภาคกลาง เทคนิคการเลือกตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) จัดกลุ่มจังหวัดตามสภาพภูมิศาสตร์ แล้วเลือกจังหวัดโดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้ทั้งหมด 8 จังหวัดประกอบด้วย กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี พระนครศรีอยุธยา ชลบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ และสมุทรสาคร แบ่งพื้นที่จังหวัดออกเป็นใน และนอกเขตเทศบาล แล้วทำการเลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน หลังจากนั้นใช้กรอบตัวอย่างรายชื่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอาคาร หรือหมู่บ้าน จากบัญชีรายชื่อของโครงการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2538-2539 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 732 คน ผลจากการเก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 576 คน คิดเป็นร้อยละ 78.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติครอบครัว ประวัติสุขภาพเด็ก และการเลี้ยงดูเด็ก

ส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือตรวจร่างกายเด็ก

ส่วนที่ 3 คือ เครื่องมือในการตรวจวัดพัฒนาการเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือในการวัดการเจริญเติบโต ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักชนิด Beam-balance scale เครื่องชั่งแบบ Spring และเครื่องวัดความสูง ใช้เครื่องเดียวตลอดการวิจัย มีการปรับมาตรฐาน เครื่องชั่งน้ำหนัก โดยใช้ตุ้มน้ำหนักมาตรฐานซึ่งก่อนการชั่งทุกครั้ง สำหรับเครื่องมือตรวจวัดพัฒนาการเด็กใช้เกณฑ์ที่ปรับปรุงขึ้น ของกระทรวงสาธารณสุข และใช้เกณฑ์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก ตรวจวัดพัฒนาการเด็ก และตรวจสุขภาพเด็ก ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 สิงหาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2540 เป็นเวลา 5 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows 7.5, Epi info 6 และ Stata

## สรุปผลการศึกษา

จะนำเสนอตามลำดับดังนี้

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าผู้ที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กและญาติ ผู้ที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่นับถือศาสนา พุทธ และเกือบทั้งหมดมีระยะเวลาในการเลี้ยงดูเด็กมากกว่า 1 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตาม จำนวนชุมชมอาคาร/หมู่บ้านที่ทำการสุ่มได้ในแต่ละจังหวัด กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตปริมณฑลที่สุด รองลงมา คือสมุทรปราการ อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุ 60-71 เดือน และกลุ่มอายุ 48-59 เดือนพบมากที่สุด ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลอุปการะเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดาเด็ก การศึกษาของบิดา มารดา และผู้อุปการะเด็กที่ไม่ใช่บิดามารดา พบว่า เกินครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างและทำงานโรงงานมากที่สุด ทั้งบิดามารดา และผู้อุปการะที่ไม่ใช่บิดามารดา ซึ่งสถานภาพการทำงานส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างเอกชนทั้งบิดา มารดา และผู้อุปการะที่ไม่ใช่บิดามารดา ที่ตั้งสถานที่ทำงานส่วนมากอยู่ในหมู่บ้าน รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มี รายได้อยู่ระหว่าง 3,000-5,999 บาท/เดือน และระหว่าง 6,000-8,999 บาท/เดือน ร้อยละ 26.4 และ 21.4 ตามลำดับ สถานภาพการสมรสคู่เป็นส่วนมาก เกือบทั้งหมดของบิดาและมารดา นับถือศาสนา พุทธ ส่วนผู้อุปการะที่ไม่ใช่บิดามารดาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สมาชิกในครัวเรือนโดยมากเกือบครึ่งมี สมาชิกในครัวเรือนจำนวน 4-5 คน ครอบครัวส่วนใหญ่ประกอบด้วยบิดา มารดา โดยจำนวนบุตรส่วน มากจะมีจำนวน 2 คน มีปู่และ/หรือย่าอาศัยอยู่ด้วยร้อยละ 21.2 และมีตายายอาศัยอยู่ด้วยร้อยละ 22.9 และมีญาติอาศัยอยู่ด้วยร้อยละ 38.9 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวขยายมากกว่าครอบครัวเดี่ยว

ด้านประวัติสุขภาพเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่จะมีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แต่นำมาให้อ่านด้วยเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีสมุดสุขภาพ สถานที่คลอดเกือบทั้งหมดคลอดที่โรงพยาบาล ซึ่งการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ครบกำหนด น้ำหนักแรกคลอดส่วนมากอยู่ในช่วง 3,000-3,999 กรัม โดยทราบน้ำหนักจากผู้ตอบสัมภาษณ์ และจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก อาการแรกเกิดส่วนมากไม่มีอาการผิดปกติ มีผิดปกติร้อยละ 6.3 โดยความผิดปกติแรกเกิดที่พบมาก คือ ความผิดปกติอื่น ๆ เช่น ต้องอบเนื่องจากตัวเหลืองไม่ดูดนม เป็นต้น เด็กส่วนมากจะได้รับวัคซีนครบกำหนด โดยทราบจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และจากผู้ตอบสัมภาษณ์ ซึ่งสถานที่ในการรับวัคซีนส่วนมาก คือสถานีนอนามัย รองลงมาคือ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน การกินนมในระยะแรกเกิดถึง 1 ปี ส่วนมากเกือบทั้งหมดได้กินนมแม่ และกินนมผงด้วย ระยะเวลาในการกินนมแม่ส่วนมากเป็น 7 เดือนขึ้นไป และรองลงมาคือน้อยกว่า 1 เดือน อายุเริ่มอาหารอื่นนอกจากนม พบว่าส่วนใหญ่เริ่มให้เมื่อเด็กมีอายุ 3-4 เดือน ความคิดเห็นของผู้ตอบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพเด็กในระยะเวลาที่ผ่านมาคิดว่าสุขภาพเด็กอยู่ในเกณฑ์ดี สำหรับประวัติการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีเด็กร้อยละ 27.6 เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยระยะเวลาส่วนมากอยู่ในช่วงน้อยกว่า 4 วัน ประวัติการชักพบว่ามีร้อยละ 9.4 ที่มีประวัติด้านนี้ สาเหตุที่พบส่วนมากแล้วเกิดจากมีไข้ สำหรับการเจ็บป่วยในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีการเจ็บป่วยร้อยละ 36.1 ของเด็กทั้งหมด ซึ่งโรคที่พบส่วนมากคือ ไข้หวัด ประวัติการได้รับอุบัติเหตุร้ายแรงตั้งแต่เกิด มีร้อยละ 16.0 อุบัติเหตุส่วนมากคือ วิ่งชนของจนมีแผลต้องเย็บ และของมีคมบาดต้องเย็บแผล

การเลี้ยงดูเด็ก สถานที่ที่เลี้ยงดูส่วนมากจะเป็นบ้านตนเองในสัดส่วนใกล้เคียงกัน กับโรงเรียนอนุบาล โดยผู้ที่ทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวันเกินครึ่งหนึ่งเป็นครูอนุบาลซึ่งไม่ทราบระดับการศึกษา สำหรับโอกาสในการมีกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พบว่า เด็กส่วนมากแล้วมีกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ การดูโทรทัศน์ของเด็ก พบว่าส่วนมากจะดูโทรทัศน์เฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ในสัดส่วนใกล้เคียงกันกับ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน

## 2. การเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

### การเจริญเติบโต

เมื่อใช้เกณฑ์น้ำหนักเทียบอายุ พบว่าเมื่อใช้เกณฑ์ตัดสินของกระทรวงสาธารณสุข มีภาวะทุพโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 19.6 เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ NCHS/WHO พบร้อยละ 7.2 และมีภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 และ 2 รวมกันร้อยละ 14.4 เปรียบเทียบกับร้อยละ 9.1 เมื่อใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO

ส่วนสูงเทียบอายุ พบภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 ร้อยละ 10.2 ภาวะทุพโภชนาการระดับ 2 และ 3 ร้อยละ 1.1 และ 0.2 ตามลำดับ เปรียบเทียบกับภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 10.2 เมื่อใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO

น้ำหนักเทียบความสูง พบว่ามีระดับโภชนาการที่เกินกว่ามาตรฐานร้อยละ 17.5 เมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละ 9.4 เมื่อใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO ด้านภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน พบร้อยละ 6.5 และ 5.8 เมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และ NCHS/WHO ตามลำดับ

น้ำหนักเทียบความสูง และส่วนสูงเทียบอายุ พบว่ามีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 92.3 และ 89.5 เมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์ของ NCHS/WHO ตามลำดับ สำหรับน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์พบร้อยละ 6.5 ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 1.2 และไม่มีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อใช้เกณฑ์ประเมินของกระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบกับเมื่อใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO พบน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 5.1 ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 9.5 และน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 0.7

ความยาวเส้นรอบศีรษะ พบว่าความยาวเส้นรอบศีรษะอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 93.1 และต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 6.9 เมื่อประเมินโดยใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

#### ด้านพัฒนาการ

พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ช้ากว่าปกติร้อยละ 6.1 และอาจผิดปกติร้อยละ 13.6 พัฒนาการด้านการใช้ภาษา ช้ากว่าปกติร้อยละ 6.3 และอาจผิดปกติร้อยละ 8.6 ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ช้ากว่าปกติร้อยละ 8.4 และอาจผิดปกติร้อยละ 39.2 พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ช้ากว่าปกติร้อยละ 8.6 และร้อยละ 13.6 อาจผิดปกติ ส่วนพัฒนาการรวม พบว่า เมื่อใช้เกณฑ์ที่ปรับปรุงใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข ช้ากว่าปกติร้อยละ 5.2 และอาจผิดปกติร้อยละ 32.2 และจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ช้ากว่าปกติร้อยละ 12.2 และอาจผิดปกติร้อยละ 7.4

#### ด้านภาวะสุขภาพ

เด็กมีความพิการทางด้านร่างกายร้อยละ 0.9 ส่วนมากพิการแขนและขา โดยมีภาวะซีดร้อยละ 1.0 ตาเขร้อยละ 0.2 หูน้ำหนวกพบร้อยละ 0.2 หัวใจผิดปกติร้อยละ 0.3 ปอดผิดปกติร้อยละ 0.3 ช่องท้องผิดปกติร้อยละ 0.2 และพบฟันผุร้อยละ 36.7

## 2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพ

### การเจริญเติบโต

น้ำหนักเทียบอายุ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับน้ำหนักเทียบอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด การกินนมแม่ และการกินนมผง ระยะเวลาในการกินนมแม่ ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โอกาสในการมีกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ โอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม การดูโทรทัศน์ ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ การศึกษาของบิดาและมารดา อาชีพของบิดาและมารดา ที่ตั้งสถานที่ทำงานของบิดา ศาสนาบิดา ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน และปัจจัยด้านครอบครัว คือ จังหวัดที่อยู่ และรายได้ครอบครัว

ความสูงเทียบอายุ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) คือ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ประกอบด้วย น้ำหนักแรกเกิด การกินนมแม่ และการกินนมผง สำหรับปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก คือ อาชีพของบิดา การศึกษาของมารดา

น้ำหนักเทียบความสูง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ น้ำหนักแรกเกิด และโอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว คือ การมีปู่และ/หรือย่าในครอบครัว

น้ำหนักเทียบความสูงและส่วนสูงเทียบอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด การกินนมผง โอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก คือ การศึกษาของมารดา

ความยาวเส้นรอบศีรษะ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ประกอบด้วย เพศ น้ำหนักแรกเกิด อายุซึ่งเริ่มอาหารอื่นนอกจากนม โอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก โอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ส่วนปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่า การศึกษาของบิดา อาชีพของบิดาและมารดา ปัจจัยด้านครอบครัว คือ เขตการปกครอง รายได้ครอบครัว และจำนวนบุตรในครอบครัว

### พัฒนาการ

พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ เพศ อายุเด็ก การดูโทรทัศน์ และสถานที่ในการเลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก คือ สถานภาพการสมรสของบิดาและมารดา ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน และพัฒนาการของเด็กตามความคิดเห็นของผู้ตอบสัมภาษณ์

พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พบว่า ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ อาการตอนแรกเกิด ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และโอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก คือ การศึกษาของมารดา อาชีพของบิดาและมารดา สถานภาพการทำงานของบิดา สถานภาพการสมรสของบิดามารดา ผู้อุปการะดูแลเด็ก ปัจจัยด้านครอบครัว คือ รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ กับพัฒนาการด้านการใช้ภาษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ )

พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ และอาการตอนแรกเกิด ส่วนปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้ที่เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ การศึกษาของบิดาและมารดา อาชีพของมารดา สถานภาพการทำงานของมารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ผู้อุปการะดูแลเด็ก และการใช้สมุนไพรที่กษุภาพแม่และเด็กในการประเมินพัฒนาการเด็ก ปัจจัยด้านครอบครัว คือ จังหวัดที่อยู่ รายได้ครอบครัว และการมีบิดาในครอบครัว

พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ อายุ อาการตอนแรกเกิด โอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ โอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม การดูโทรทัศน์ และสถานที่ในการเลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก คือ การศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็กช่วงกลางวัน อาชีพของมารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา และผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กในช่วงกลางวัน

พัฒนาการรวม พบว่าปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ อายุ อาการตอนแรกเกิด โอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ อาชีพของมารดา สถานภาพการทำงานของมารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ผู้ที่อุปการะดูแลเด็ก ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การมีบิดาใน



ครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) กับพัฒนาการรวม

#### ภาวะสุขภาพ

การมีพันธุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ประกอบด้วยปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ อายุ ระยะเวลาที่กินนมแม่ อายุเริ่มอาหารอื่นนอกจากนม และสถานที่ในการเลี้ยงดูเด็ก ส่วนปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ การศึกษาของบิดาและมารดา อาชีพของบิดาและมารดา สถานภาพการทำงานของบิดาและมารดา ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ในช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านครอบครัว คือ จังหวัดที่อยู่ เขตการปกครอง และรายได้ครอบครัว

ภาวะสุขภาพโดยรวม พบว่า ปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ อายุ น้ำหนักแรกเกิด อากาตรตอนแรกเกิด ระยะเวลาที่กินนมแม่ อายุที่เริ่มอาหารอื่นนอกจากนม สถานที่ในการเลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ การศึกษาของบิดาและมารดา อาชีพของบิดาและมารดา สถานภาพการทำงานของบิดา ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ จังหวัดที่อยู่ เขตการปกครอง และรายได้ของครอบครัวเด็ก

### 3. การหาความสัมพันธ์ระหว่างการเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพ

การเจริญเติบโต กับพัฒนาการ ผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักเทียบอายุ กับพัฒนาการด้านการใช้ภาษา น้ำหนักเทียบความสูง กับพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการรวม น้ำหนักเทียบความสูง และส่วนสูงเทียบอายุ กับพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการรวม ความยาวเส้นรอบศีรษะกับพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก และพัฒนาการรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ )

การเจริญเติบโต กับภาวะสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ความสูงเทียบอายุ กับภาวะสุขภาพโดยรวม น้ำหนักเทียบความสูง กับภาวะซีด ความยาวเส้นรอบศีรษะ กับความพิการ ภาวะซีด การมีพันธุ และภาวะสุขภาพโดยรวม

ภาวะสุขภาพ กับพัฒนาการ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ความพิการ กับพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ความผิดปกติของหัวใจ กับพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ภาวะ

สุขภาพโดยรวม กับพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และพัฒนาการรวม

#### 4. การหาความแตกต่างระหว่างแบบประเมินพัฒนาการที่ปรับปรุงขึ้นของกระทรวงสาธารณสุข กับแบบประเมินพัฒนาการในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ผลจากการทดสอบหาความแตกต่างระหว่างแบบประเมินพัฒนาการ ระหว่างแบบประเมินพัฒนาการที่ปรับปรุงขึ้นของกระทรวงสาธารณสุข กับแบบประเมินพัฒนาการในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พบว่า มีค่า Kappa เท่ากับ 0.135 ซึ่งถือว่ามีความตรงกันเพียงเล็กน้อย (Poor agreement)

#### อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาที่ได้ จะทำการอภิปรายผลในหัวข้อต่อไปนี้

##### 1. การเจริญเติบโต

นี้ชนักเทียบความสูง พบว่าจากเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข มีภาวะทุพโภชนาการในระดับ 1 และระดับ 2 ร้อยละ 12.5 และ 1.9 ตามลำดับ พบว่าสูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO เป็นเกณฑ์ในการประเมินซึ่งพบเพียงร้อยละ 9.1 และสูงกว่ารายงานเฝ้าระวังทางโภชนาการเด็กอายุ 0-60 เดือนของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2538 ซึ่งในภาคกลางพบภาวะทุพโภชนาการในระดับ 1 และ 2 ร้อยละ 4.77 และ 0.18 ตามลำดับ แต่ความชุกที่สำรวจได้ในครั้งนี้พบว่า น้อยกว่าการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย เมื่อปี พ.ศ. 2534 ซึ่งในครั้งนั้น พบว่า มีภาวะทุพโภชนาการในระดับ 1 ร้อยละ 17.0 ทุพโภชนาการในระดับ 2 และ 3 ร้อยละ 3.3 และ 2.5 ตามลำดับ<sup>(7)</sup> และผลการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะโภชนาการ โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักนักเทียบอายุ มีความชุกใกล้เคียงกัน กับการสำรวจสุขภาพอนามัยประชาชนไทย เมื่อปี พ.ศ. 2538 ซึ่งสำรวจทั่วประเทศ โดยพบภาวะทุพโภชนาการในระดับ 1 ร้อยละ 10.93 และภาวะทุพโภชนาการในระดับ 2 ร้อยละ 0.72<sup>(8)</sup>

อย่างไรก็ตามพบว่าความชุกของภาวะทุพโภชนาการที่พบในการศึกษานี้ต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งกำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)<sup>(2)</sup> ซึ่งกำหนดไว้ว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ซึ่งในการสำรวจครั้งนี้เมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 85.6 นอกจากนั้นเมื่อใช้เกณฑ์ในการประเมินของ NCHS/WHO พบภาวะทุพโภชนาการในระดับ 1 ร้อยละ 9.1 Mean Z-score เท่ากับ - 0.36 S.D. = 1.55 ซึ่งความชุกในระดับนี้ WHO ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่มีความชุกในระดับต่ำ แสดงว่าภาวะโภชนาการของเด็กไทยดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ใช้เกณฑ์เดียวกันนี้ เมื่อปี พ.ศ. 2530 ซึ่งศึกษาในเด็ก 6 เดือน



- 3 ปี พบว่าในครั้งนั้นพบภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 19.0 และมี Mean Z-score เท่ากับ  $-1.13$  S.D. =  $1.1$ <sup>(72)</sup> และในปี พ.ศ. 2533 จากเกณฑ์เดียวกันนี้พบความชุกร้อยละ 12.4-13.3<sup>(74)</sup>

ผลการศึกษาที่ได้ในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน ในด้านความชุกของภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งนอกจากกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน กลุ่มอายุในการศึกษาในแต่ละครั้งก็แตกต่างกัน พื้นที่ในการศึกษาและระยะเวลาในการศึกษาก็แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าเกณฑ์การประเมินในแต่ละครั้งยังแตกต่างกัน ซึ่งทำให้การเปรียบเทียบผลการศึกษาในแต่ละการศึกษาไม่สามารถทำได้ง่ายนัก ทำให้การดูแนวโน้มของภาวะโภชนาการค่อนข้างจะทำได้ลำบาก แต่ที่พอจะเปรียบเทียบกันได้กับการศึกษาครั้งนี้ เพื่อดูว่าภาวะโภชนาการของเด็กไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ก็คือ ผลการศึกษาจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการสอบถามและการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเด็กในพื้นที่ แม้จะมีการอายุแตกต่างกัน แต่ก็ใช้เกณฑ์เดียวกัน คือน้ำหนักเทียบอายุ ซึ่งพบความชุกมากกว่าในครั้งนี้ นอกจากนั้นแล้วผลการสำรวจสุขภาพอนามัยประชาชนไทย เมื่อปี พ.ศ. 2538<sup>(6)</sup> กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มเด็กในพื้นที่ อายุ 0-60 เดือน พบความชุกของภาวะทุพโภชนาการใกล้เคียงกันกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพอจะดูแนวโน้มได้ว่าภาวะโภชนาการของเด็กไทยดีขึ้นกว่าในอดีตมาก แต่อย่างไรก็ตามภาวะโภชนาการที่สำรวจได้ทั้ง 3 การศึกษานี้แตกต่างค่อนข้างมาก กับการเฝ้าระวังทางโภชนาการเด็กอายุ 0-60 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบความชุกค่อนข้างต่ำ<sup>(4)</sup> นอกจากเรื่องระบบรายงานแล้วน่าจะเป็นผลมาจากเด็กที่ไม่ได้รับการชั่งน้ำหนักยังมีอยู่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งเด็กในกลุ่มนี้น่าจะมีปัญหาด้านโภชนาการ มากกว่าเด็กที่มารับการชั่งน้ำหนัก เนื่องจากแสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ต่อสุขภาพเด็กของบิดามารดาด้วย

ปัญหาภาวะโภชนาการที่พบว่าภาวะทุพโภชนาการมีแนวโน้มลดลง แต่ปัญหาใหม่ซึ่งน่าจะได้อเอาใจใส่ให้มากขึ้นก็คือภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประเมินภาวะโภชนาการแล้ว เด็กไทยจะมีภาวะโภชนาการเกิน คือเกินร้อยละ 120 ของค่ามาตรฐานถึงร้อยละ 19.6 เปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ NCHS/WHO พบร้อยละ 7.2 เนื่องจากในเด็กมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินน้อย จึงขาดข้อมูลในการเปรียบเทียบ ที่พอจะนำมาเปรียบเทียบได้ก็เป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในปี พ.ศ. 2537 ศึกษาในเด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานครอายุ 4-12 ปี พบว่ามีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 8.4 ในเพศหญิง และร้อยละ 6.3 ในเพศชาย<sup>(75)</sup> ซึ่งพบว่าต่ำกว่าการศึกษาในครั้งนี้อย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาก็เป็นการศึกษาในกลุ่มเล็ก ๆ ในระดับพื้นที่ และกลุ่มอายุก็แตกต่างกันซึ่งจะนำมาเปรียบเทียบกันไม่ได้ แต่ก็แสดงให้เห็นแนวโน้มของปัญหาใหม่ในด้านภาวะโภชนาการของเด็กไทยซึ่งเปลี่ยนแปลงไป ในขณะที่เด็กบางส่วนยังมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับที่สูง แต่ในขณะเดียวกันก็มีภาวะโภชนาการเกินในระดับที่สูงขึ้นอย่างมากเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม

ควรมีการติดตามแนวโน้มต่อไป เพราะที่มีการภาวะโภชนาการที่เกินมาตรฐานนี้อาจเนื่องมาจากเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการที่ต่ำเกินไปก็ได้ นอกจากนั้นแล้วเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขก็เป็นเกณฑ์ที่ทำการศึกษาไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530<sup>(71)</sup> ในขณะที่ในปัจจุบัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในรูปร่างสัดส่วนร่างกาย และพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป

ในด้านความสูงเทียบอายุจากเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 ร้อยละ 10.2 ภาวะทุพโภชนาการในระดับ 2 และ 3 ร้อยละ 1.1 และ 0.2 ตามลำดับ เปรียบเทียบกับเมื่อใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO ซึ่งพบภาวะทุพโภชนาการแต่ไม่ได้แยกแยะระดับร้อยละ 10.2 โดยมี Mean Z-score = -0.47, S.D. = 1.17 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ -2 S.D. เป็นเกณฑ์ในการตัดสินภาวะทุพโภชนาการ เปลี่ยนแปลงไปจากการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2525 ซึ่งที่พบว่ามีดัชนีส่วนสูงเทียบอายุของเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศไทย จะมีค่าต่ำกว่าข้อมูลอ้างอิงที่มาจาก NCHS/WHO อยู่ประมาณ 1 S.D. และได้ปรับเกณฑ์ตัดสินดัชนีส่วนสูงเทียบอายุเป็น -3 S.D.<sup>(73)</sup> การศึกษาเกี่ยวกับส่วนสูงเทียบอายุ พบน้อย ที่มีการศึกษาและใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO ในปี พ.ศ. 2530 ในเด็ก 6 เดือนถึง 3 ปี พบว่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 18.0 Mean Z-score = -1.07, S.D. = 1.08<sup>(72)</sup> ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อใช้เกณฑ์ NCHS/WHO ถึงแม้จะมีอายุต่างกันแต่ก็พอจะบอกได้ว่า ความสูงของเด็กไทยมีแนวโน้มที่จะสูงเพิ่มขึ้น

การศึกษาของยุวดี ลีลัคณาวิระ ซึ่งทำการศึกษาปี พ.ศ. 2536 ศึกษาเด็กวัยก่อนเรียนในเขตอุตสาหกรรมแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี พบว่าเมื่อใช้เกณฑ์ส่วนสูงเทียบอายุของกระทรวงสาธารณสุข มีภาวะทุพโภชนาการในระดับ 1 ร้อยละ 23.2 และทุพโภชนาการในระดับ 2 ร้อยละ 3.5<sup>(55)</sup> ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้มาก ซึ่งนอกจากระยะเวลาจะแตกต่างกันแล้ว กลุ่มตัวอย่างก็มีความแตกต่างกัน เนื่องจากส่วนมากภูมิสำเนาเดิมของบิดามารดาเด็กจะมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นแรงงานย้ายถิ่นซึ่งพบปัญหาโภชนาการสูงอยู่แล้ว การศึกษาของมณี คุประสิทธิ์ ศึกษาในเด็กวัย 5 ปีแรกในเด็กที่คลอดจากโรงพยาบาลสมุทรสงคราม แต่ใช้เกณฑ์ของอุดม ลักษณะวิจารณ์ ซึ่งพบว่ามีค่าสูงกว่ามาตรฐานอยู่ร้อยละ 3.5<sup>(56)</sup> ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากเรื่องเกณฑ์ที่ใช้แล้วน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

น้ำหนักเทียบความสูง พบว่าการศึกษาในครั้งนี้เมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีภาวะโภชนาการเกินในระดับสูง เช่นเดียวกับเกณฑ์น้ำหนักเทียบอายุ โดยมีถึงร้อยละ 17.5 และพบว่าต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 6.5 เปรียบเทียบกับเมื่อใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 9.4 และต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 5.8 Mean Z-score = -0.03 และ S.D. = 1.59 พบว่าแตกต่างเพียงเล็กน้อย

น่อยจากการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2530 ในเด็กอายุ 6 เดือน - 3 ปี ซึ่งมีค่าต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 6.4 Mean Z-score = -0.56 โดย S.D. = 0.98<sup>(72)</sup> ซึ่งพบว่าภาวะโภชนาการด้านน้ำหนักเทียบความสูงเมื่อใช้เกณฑ์ NCHS/WHO ต่ำเล็กน้อย ด้านภาวะโภชนาการเกินไม่มีการศึกษาในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี แต่มีการศึกษาที่ใช้เกณฑ์น้ำหนักเทียบความสูงเป็นเกณฑ์ (มากกว่า Percentile ที่ 120 ของมาตรฐานเด็กไทย) ในเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เมื่อปี พ.ศ. 2534-2536 พบร้อยละ 11.2, 13.5 และ 15.6 ตามลำดับ<sup>(76)</sup> ซึ่งใกล้เคียงกันกับการศึกษาในครั้งนี้แม้ว่าจะมีอายุที่แตกต่างกัน แต่ก็น่าจะบอกแนวโน้มได้ว่ามีภาวะโภชนาการเกินในระดับที่มากอยู่พอสมควร

น้ำหนักเทียบความสูงและส่วนสูงเทียบอายุ พบน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.5 และ 1.2 โดยไม่พบว่ามีทั้งน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์เลย เมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข แต่เมื่อใช้เกณฑ์ของ NCHS/WHO พบว่า น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ และทั้งน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ พบร้อยละ 5.1, 9.5 และ 0.7 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันมาก

ความยาวเส้นรอบศีรษะ พบว่ามีระดับความยาวเส้นรอบศีรษะที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 6.9 เมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำเกณฑ์ความยาวเส้นรอบศีรษะของเด็กอเมริกันมาเปรียบเทียบ เนื่องจากมีช่วงอายุที่หายากกว่าและมีค่าไม่แตกต่างกันมากนัก การศึกษาในระดับภาคของความยาวเส้นรอบศีรษะยังไม่มี จึงไม่สามารถเปรียบเทียบได้กับผลการศึกษาที่ผ่านมา แต่ความยาวเส้นรอบศีรษะมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับขนาดสมอง ซึ่งน่าที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน การเจริญเติบโตและขนาดสมองเด็ก โดยเฉพาะในเด็กทารก

จากผลการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าว พอที่จะบอกแนวโน้มได้ว่าเด็กไทยมีการเจริญเติบโตทั้งในด้านน้ำหนัก ส่วนสูง เพิ่มขึ้นจากในอดีตมาก ผู้วิจัยจึงได้นำเกณฑ์ของ NCHS/WHO มาเปรียบเทียบกับ ซึ่งผลการหาค่า Kappa ของเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข กับเกณฑ์ของ NCHS/WHO ส่วนมากแล้วจะมีความตรงกันปานกลาง ทั้งเกณฑ์น้ำหนักเทียบอายุ ส่วนสูงเทียบอายุ น้ำหนักเทียบความสูง และทั้งน้ำหนักเทียบความสูงและส่วนสูงเทียบอายุ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากเกณฑ์ของ NCHS/WHO เป็นเกณฑ์ซึ่งได้จากเด็กอเมริกัน ซึ่งโครงสร้างร่างกาย และภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน

## 2. ด้านพัฒนาการ

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการในประเทศไทยเกือบทั้งหมดจะเป็นการประเมินพัฒนาการด้วยแบบประเมินพัฒนาการของเดนเวอร์ จึงขอแบ่งพัฒนาการออกเป็น 4 ด้าน ตามแบบประเมินพัฒนาการและด้านพัฒนาการรวม พบว่าการศึกษาในครั้งนี้มีพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.3 ช้ากว่าปกติร้อยละ 6.1 และอาจผิดปกติร้อยละ 13.6 พัฒนาการ

ด้านการใช้ภาษา พบว่าผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85.1 อาจมีตกปากร้อยละ 8.6 และซ้ำกว่าปกติร้อยละ 6.3 พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ปกติร้อยละ 52.4 และอาจมีตกปากร้อยละ 39.2 ซ้ำกว่าปกติ ร้อยละ 8.4 พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ พบว่ามีระดับพัฒนาการปกติร้อยละ 77.8 อาจมีตก ปกติร้อยละ 13.6 และซ้ำกว่าปกติ 8.6 ด้านพัฒนาการรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่า เมื่อใช้เกณฑ์ของกระทรวง สาธารณสุขที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ พบว่ามีพัฒนาการปกติร้อยละ 62.6 อาจมีตกปากร้อยละ 32.2 และซ้ำกว่า ปกติร้อยละ 5.2 ส่วนการประเมินเมื่อใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พบว่า ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.5 อาจมีตกปากร้อยละ 7.3 ซ้ำกว่าปกติร้อยละ 12.2 ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันค่อนข้างมากระหว่างระดับ พัฒนาการที่อาจมีตกปกติ และซ้ำกว่าปกติ

สำหรับการประเมินพัฒนาการที่ผ่านมา พบว่า ในการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของ ประชาชนไทยเมื่อปี พ.ศ. 2534 ในภาพรวมทั้งประเทศ จากการประเมินระดับพัฒนาการ ซึ่งจำแนกเป็น 2 ระดับคือ ผ่านเกณฑ์กับไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่าพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ผ่านเกณฑ์ ด้านนี้ร้อยละ 93.2 และไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 6.8 สำหรับพัฒนาการด้านการใช้ภาษาพบว่า เด็กผ่าน เกณฑ์ร้อยละ 91.4 และไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 8.6 พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 89.7 และไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 10.3 พัฒนาการด้านเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อใหญ่พบ ว่า เด็กผ่านเกณฑ์ร้อยละ 87.4 และไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 12.6 พัฒนาการรวมทั้ง 4 ด้านพบว่าผ่าน เกณฑ์ร้อยละ 74.7 โดยในภาคกลางผ่านเกณฑ์ร้อยละ 76.0 ในเพศชาย และเพศหญิงร้อยละ 78.0<sup>(7)</sup> ผล การประเมินพัฒนาการที่แตกต่างกันเมื่อแยกเป็นแต่ละด้านพบว่าการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2534 มีการผ่าน เกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากเครื่องมือในการประเมินครั้งนั้นมีช่วงห่างมากกว่า และมี Positive predictive value ต่ำ คือเด็กที่ผ่านเกณฑ์การตรวจแล้วก็มีโอกาสที่จะมีตกปกติได้ และเกณฑ์ในครั้งนั้น แยกระดับพัฒนาการออกเป็นเพียง 2 ระดับ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มระดับพัฒนาการที่อาจมีตกปกติด้วย เพื่อที่จะสามารถประเมินซ้ำได้ในกรณีที่สงสัยว่าจะมีตกปกติ แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือในการประเมินครั้ง นี้ก็เป็น การประเมินในขั้นต้นเท่านั้น หากเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยจากการประเมินนี้ ยังไม่อาจสรุปได้ทันที ว่าเด็กมีพัฒนาการมีตกปกติ เด็กควรได้รับการประเมินซ้ำภายใน 1-2 สัปดาห์ หากยังพบว่าซ้ำกว่าวัย ควรส่งต่อแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยต่อไป ในการสำรวจระดับพัฒนาการในครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจของปี พ.ศ. 2534 แล้ว ถึงแม้จะพบความชุกที่ต่างกัน แต่ก็ไม่มากนัก โดยพบว่ามีความชุกของ พัฒนาการซ้ำทั้ง 4 ด้านและพัฒนาการรวมซ้ำมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าในระดับพัฒนาการที่ซ้ำ กว่าปกติในแต่ละด้านนั้น พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมมีจำนวนเด็กที่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด รองลงมา คือ พัฒนาการด้านภาษา พัฒนาการด้านการมองเห็น และการใช้กล้ามเนื้อเล็ก และ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวกับพัฒนาการในระดับพื้นที่ พบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของ ประพนอม รอดคำดี และคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2530 ซึ่งพบว่าพัฒนาการด้านการใช้ภาษาอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่า มาตรฐานมากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนั้นเป็นเด็กในชุมชนคลองเตย ชุมชน เทพประทาน และสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนเรียนของมูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม<sup>(40)</sup>

ผลการศึกษาในครั้งนี้อย่างสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกุล อิศรานุรักษ์ เมื่อปี พ.ศ. 2533 ในเด็ก อายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี ที่พบว่าพัฒนาการด้านสังคม และบุคลิกภาพมีคะแนนสูงกว่าทุกด้าน<sup>(45)</sup> แต่ต่างกัน ตรงที่พัฒนาการด้านภาษาจะมีคะแนนต่ำสุด

พบว่าผลการศึกษาแตกต่างไปจากการศึกษาของอภาววรรณ หนูคง เมื่อปี พ.ศ. 2535 ที่พบว่าเด็กทุกคนมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้านอยู่ในเกณฑ์ปกติและเร็วกว่าปกติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ ศึกษาในครั้งนั้นเป็นเด็กที่เข้ารับบริการ ในโครงการศูนย์ศึกษาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่<sup>(49)</sup> ในขณะที่การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ทั้งในและนอกเขตเทศบาล ผลการประเมินจึงแตกต่างกันได้จากเหตุผลดังกล่าว

ในขณะที่การศึกษาของรัตโนทัย พลับผู้กร และคณะ ศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2537 พบว่าพัฒนาการ ด้านการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ช้าร้อยละ 72.5 พัฒนาการด้านการมองเห็นและการใช้ กล้ามเนื้อมัดเล็กช้าร้อยละ 80.3 พัฒนาการด้านภาษาช้าร้อยละ 89.3 และร้อยละ 87.5 มีพัฒนาการ ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมช้า ซึ่งการที่พบความชุกของพัฒนาการช้าสูงมากแตกต่างจากผลการ ศึกษาในครั้งนี้อย่างมากเนื่องจากการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กที่ถูกทิ้งไว้ในโรงพยาบาลหลังคลอด และกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการมีน้อย เนื่องจากจำนวนเด็กมีมากแต่เจ้าหน้าที่มีน้อย<sup>(50)</sup>

สำหรับการศึกษาของ ยุวดี ลีรัตนวิระ เมื่อปี พ.ศ. 2536 พบว่าเด็กไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ในด้านการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ร้อยละ 13.3 การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กร้อยละ 18.4 ด้านภาษาและการได้ยิน ร้อยละ 53.7 พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองร้อยละ 34.5 และพัฒนาการ ด้านสังคมร้อยละ 27.5 และรวมทั้ง 5 ด้านร้อยละ 72.2 ซึ่งที่พบพัฒนาการช้าจำนวนมากเนื่องจากการ เลื่อนเกณฑ์ในการตัดสินพัฒนาการช้ามาเป็น Percentile ที่ 50-90 แทนที่จะเป็น Percentile ที่ 10 ที่เด็ก ไทยทั่วประเทศทำได้<sup>(55)</sup> นอกจากนั้นผลการศึกษายังแตกต่างจากผลการศึกษาของมณี คูประสิทธิ์ ศึกษา เมื่อปี พ.ศ. 2539 พบว่าไม่มีเด็กซึ่งมีพัฒนาการช้าเมื่อใช้เกณฑ์ของอุดม ลักษณะวิจารณ์ และคณะ<sup>(58)</sup>



จากการผลการศึกษาดังกล่าว ๗ ดังกล่าวแม้ว่าจะมีความคล้ายกันของเครื่องมือในการประเมิน แต่ก็มีความแตกต่างกันในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งเกณฑ์ในการตัดสินพัฒนาการซ้ำ จึงมีผลทำให้การประเมินแตกต่างกันได้

### 3. ภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าภาวะสุขภาพของเด็กที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ฟันผุโดยพบมากถึงร้อยละ 36.7 ซึ่งแตกต่างกันกับการสำรวจด้านทันตสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2534 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 60.0 และกลุ่มอายุ 6 ปี ฟันผุร้อยละ 85.3<sup>(8)</sup> และพบมากกว่าการศึกษาของ มณี คูประสิทธิ์ ที่พบร้อยละ 28.04<sup>(56)</sup> ใกล้เคียงกับการศึกษาของยุวดี สีสักนาวิระ พบร้อยละ 36.5<sup>(55)</sup> นอกจากนั้นแล้วยังพบความพิการร้อยละ 0.9 หรือ 900/100,000 คน ซึ่งเป็นความพิการร่างกายและแขนขา ร้อยละ 40 ซึ่งมากที่สุด ซึ่งสูงกว่าการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2534 ซึ่งพบอัตรา 455.2/100,000 คน และเป็นความพิการแต่กำเนิดร้อยละ 36.72<sup>(9)</sup> ส่วนอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ ภาวะซีด ซึ่งประเมินจากการดู เปลือกตา เล็บ และลิ้น พบร้อยละ 1.0 ตาเขพบร้อยละ 0.2 ฝ้าขาวพบร้อยละ 0.2 หัวใจผิดปกติพบร้อยละ 0.3 เปรียบเทียบกับการศึกษาของยุวดี สีสักนาวิระ ซึ่งพบภาวะซีดมากกว่า พบร้อยละ 5.1 ฝ้าขาวพบร้อยละ 0.4 และมีตาเขร้อยละ 0.8<sup>(55)</sup>

### 4. ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพ

การเจริญเติบโต พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ดังนี้ ปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ เพศ น้ำหนักแรกเกิด การกินนมแม่ การกินนมผง ระยะเวลากินนมแม่ อายุเริ่มอาหารอื่นนอกจากนม ระยะเวลาในการพักรักษาตัวโรงพยาบาล โอกาสในการมีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ การดูโทรทัศน์ สถานที่เลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วย การศึกษาของบิดาและมารดา ศาสนาของบิดา ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กช่วงกลางวัน อาชีพบิดา มารดา สถานที่ทำงานของบิดา ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ จังหวัดที่เด็กอยู่ รายได้ครอบครัว การมีปู่/ย่าในครอบครัว จำนวนบุตรในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา ยศดี ที่พบว่าน้ำหนักแรกเกิดมีผลต่อภาวะโภชนาการเด็ก เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากจะมีภาวะโภชนาการที่ปกติ มากกว่าเด็กที่น้ำหนักแรกเกิดน้อย และปัจจัยด้านเพศที่พบว่าเพศชายจะมีภาวะโภชนาการปกติ มากกว่าเพศหญิง<sup>(35)</sup> นอกจากนั้นที่พบว่าสอดคล้องกัน คือ การศึกษาและอาชีพของมารดา ที่ไม่สอดคล้องกัน คือ ปัจจัยด้านอายุ ซึ่งพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 12 เดือน มีภาวะโภชนาการที่ปกติ มากกว่าเด็กที่อายุมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเด็กที่อายุน้อยกว่า 12 เดือนที่จะเปรียบเทียบ เพื่อทราบความแตกต่าง การศึกษาของรุจิรา สุริยวงกุล พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้านี้ โดยจำนวนบุตรในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการระดับการศึกษาของบิดาและมารดา และเพศเด็ก<sup>(36)</sup> และการศึกษาของ สว่างจิต คูนิรัญญรัตน์ ที่พบว่า



น้ำหนักแรกคลอด และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม<sup>(37)</sup> เกี่ยวข้องกับน้ำหนักตามอายุ ซึ่งในครั้งนี พบว่า รายได้ครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ )

ด้านพัฒนาการ พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้ ปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ เพศ อายุ อาการตอนแรกเกิด ระยะเวลาในการพักรักษาตัวโรงพยาบาล สถานที่ในการเลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน โอกาสในการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ การดูโทรทัศน์ ปัจจัยด้านบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วย การศึกษาของบิดาและมารดา การศึกษาของผู้ที่เลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน สถานภาพการสมรสของบิดามารดา อาชีพบิดามารดา สถานภาพการทำงานของบิดาและมารดา ผู้อุปการะดูแลเด็ก พัฒนาการตามความคิดเห็นผู้ตอบสัมภาษณ์ การใช้สมุดบันทึกในการประเมินพัฒนาการเด็ก ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กในช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านครอบครัว คือ จังหวัดที่อยู่ รายได้ ครอบครัว การมีบิดาในครอบครัว ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับวิชา กสิโกศล, วิศวกรรม, ภิสสาสุนทร และ พูลสุข สรียาภรณ์ ที่พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองผ่านข้อทดสอบมากกว่าในเขตชนบทในทุกด้านของพัฒนาการ<sup>(41)</sup> แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบว่าปัจจัยนี้มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการแต่อย่างใด ซึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตมาก อีกทั้งในปัจจุบันความเจริญได้ขยายไปมากกว่าเดิม และพบว่าในปัจจุบันเด็กเกือบครึ่งหนึ่งจะเข้าเรียนอนุบาลตั้งแต่อายุประมาณ 3 ปี บทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการจึงเน้นบทบาทไปที่โรงเรียนอนุบาลแทนที่จะเป็นบ้านดังในอดีต ซึ่งสถานที่ในการเลี้ยงดูเด็กพบว่ามีความสัมพันธ์กันกับระดับพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน นอกจากนั้นแล้วการศึกษายังแตกต่างกับการศึกษาของสุธีรา ชุ่มตระกูล, สมณฑา สิทธิพงศ์สกุล และ สุภาวดี ลิ้มปนาทร ซึ่งพบว่า พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการเลี้ยงดูจากที่บ้านและสถานรับเลี้ยงดูเด็กไม่แตกต่างกัน ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมไม่มีผลโดยตรงกับพัฒนาการเด็ก แต่สอดคล้องในส่วนที่พบว่า ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และการเลี้ยงดูของบิดามารดามีผลต่อพัฒนาการ<sup>(42)</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนินทร์ เจริญกุล และคณะ ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาของบิดามีบทบาททางบวกกับระดับสติปัญญา<sup>(39)</sup> ซึ่งพอชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของบทบาทของบิดาในการพัฒนาการเด็ก คือ การมีบทบาทในการกระตุ้นในการเสริมสร้างสติปัญญาของเด็ก เนื่องจากในปัจจุบันบทบาทของบิดามารดาได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มารดาดำรงทำงานนอกบ้านมากขึ้น ซึ่งบทบาทของบิดาย่อมจะมีเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมในการดูแลเด็กร่วมกัน แทนที่จะเป็นบทบาทของมารดาแต่เพียงคนเดียว ซึ่งเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่าการมีบิดาในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์ กับระดับพัฒนาการ นอกจากนั้นผลการศึกษา พบว่า แตกต่างจากศิริกุล อิศรานุรักษ์ ซึ่งพบว่าการศึกษาผู้ใหญ่ในครัวเรือน และจำนวนพี่น้องมีผลทำให้คะแนนพัฒนาการสูงขึ้น และลูกคนเดียวมีคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการรวม และพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่สูงกว่ากลุ่มที่มีพี่น้อง<sup>(45)</sup> แต่พบว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความเกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยเหล่านี้ และแตกต่างจากการศึกษาของสมชาย สุพันธุ์วนิช และคณะ ซึ่งพบว่าการศึกษาของเด็กอาศัยอยู่

ในชนบทมีความสัมพันธ์ กับพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมซ้ำ และการอยู่ในเขตเมืองมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการซ้ำด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก และการใช้ภาษา และการได้ดูโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการซ้ำด้านภาษาและการช่วยเหลือตนเอง และพบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกันที่พบว่าระดับการศึกษาของบิดามารดา และเรื่องเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก<sup>(48)</sup> การศึกษาตรงกันกับผลการศึกษาของจำรัส ปิ่นเงิน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเล่นดูในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทั้ง 4 ด้านและพัฒนาการรวม แต่แตกต่างกันตรงการได้มีโอกาสดูโทรทัศน์มีผลต่อพัฒนาการด้านการได้ยิน ภาษา และความคิดรวบยอด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่เท่านั้น<sup>(46)</sup>

สำหรับภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกัน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ อายุ น้ำหนักแรกเกิด อากาศตอนแรกเกิด ระยะเวลากินนมแม่ ระยะเวลาเริ่มอาหารอื่นนอกจากนม สถานที่ในการดูแลเด็กช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านบิดามารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก การศึกษาบิดาและมารดา อาชีพบิดาและมารดา ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านครอบครัว คือ จังหวัดที่เด็กอยู่ รายได้ครอบครัว และเขตการปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัทตร์คณา ดันติวรานนท์ ที่พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคพินันามมู<sup>(51)</sup> สอดคล้องกับอังคณา จิราจินต์ ที่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกัน แต่แตกต่างตรงที่ลักษณะครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย<sup>(52)</sup> แต่การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับลักษณะครอบครัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุศรา ใจซื่อกุล ที่พบว่าระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อการพาเด็กไปรับบริการสุขภาพ แตกต่างกันที่พบว่าสถานภาพสมรสคู่และโสด ความสัมพันธ์กับการพาเด็กไปรับบริการสุขภาพถูกต้องกว่าสถานภาพสมรสแยกกันอยู่ หย่าร้างและหม้าย<sup>(53)</sup> ซึ่งการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของยุวดี ลีลิตนาวิระ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการศึกษาของมารดา และพบว่าที่มีความสัมพันธ์ทางลบคือ อายุเด็ก<sup>(55)</sup> และการศึกษาของประภิต รัชวดี พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตร<sup>(54)</sup>

##### 5. ความแตกต่างระหว่างแบบประเมินพัฒนาการที่ปรับปรุงขึ้นของกระทรวงสาธารณสุข กับแบบประเมินพัฒนาการในสมุดสุขภาพแม่และเด็ก

ผลการทดสอบหาค่า Kappa ได้เท่ากับ 0.135 ซึ่งถือว่ามีความตรงกันเพียงเล็กน้อย (Poor agreement) ที่พบความแตกต่างกันมากเนื่องจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กนั้น ไม่ได้แยกพัฒนาการในแต่ละด้านออกจากกัน ซึ่งเด็กจะต้องทำได้หมดในแต่ละช่วงจึงจะถือว่าทำได้หมดและผ่าน แต่แบบประเมินที่ปรับปรุงขึ้นจะแยกพัฒนาการแต่ละด้านจากกัน จึงจะสามารถชี้เฉพาะไปได้ว่าเด็กมีพัฒนาการ

ซ้ำในด้านใด นอกจากนั้นแล้วแบบประเมินในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กค่อนข้างจะมีช่วงอายุที่ห่างกว่าแบบประเมินพัฒนาการที่ปรับปรุงขึ้นใหม่

### ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ เนื่องจากกรอบโครงการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการสำรวจก่อนประมาณ 1-2 ปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างอายุเลื่อนขึ้นไปเป็นกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเก็บข้อมูลไม่ครบ เนื่องจากเลื่อนไปเป็นกลุ่มอายุเด็กวัยเรียนดังกล่าว นอกจากนั้นยังมีปัญหา คือ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 1 ปี เนื่องจากช่วงที่สำรวจเด็กยังไม่เกิด ทำให้ไม่มีรายชื่อ และไม่ได้ตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จะมีอายุช่วง 4-6 ปี เป็นส่วนมาก แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ขาดหายไป ก็มีเหตุผลที่ยอมรับได้ เช่น ย้ายกลุ่มอายุ ย้ายไปจังหวัดอื่น เป็นต้น

2. การตรวจวัดพัฒนาการโดยการสำรวจจะมีข้อจำกัด เนื่องจากเวลาในการประเมินจำกัด และเด็กจะต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมพอสมควร การที่จะสร้างความคุ้นเคยกับเด็กได้ต้องใช้เวลา ซึ่งในเด็กไทยจะค่อนข้างขี้อาย ซึ่งจะไม่ยอมทำกิจกรรมบางอย่างที่ต้องมีกิจกรรมแสดงออก เช่น การกระโดด การยืนขาเดียว จึงได้ข้อมูลจากการสอบถามเป็นส่วนใหญ่ ถ้าเด็กไม่ยอมทำกิจกรรมนั้น ซึ่งจะทำให้คุณภาพของข้อมูลด้อยลง เพราะถ้าบิดามารดาคิดว่าถ้าเด็กทำไม่ได้จะผิดปกติ เพราะฉะนั้นมีแนวโน้มจะตอบว่าเด็กทำได้

3. ข้อมูลที่ได้ไม่ครบสมบูรณ์ในบางข้อ เช่น น้ำหนักแรกเกิด เนื่องจากจำไม่ได้ ถึงจะแก้ปัญหาด้วยการให้นำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาด้วย แต่ผู้เลี้ยงดูก็นำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาน้อย จึงทำให้ทราบข้อมูลจากการสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ และถ้าจำไม่ได้ ก็จะขาดข้อมูลตรงจุดนี้ไป

4. สถานที่ในการตรวจวัดพัฒนาการแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งบางแห่งจะพลุกพล่าน แต่ก็แก้ปัญหาด้วยการแยกห้องประเมินพัฒนาการต่างหากแยกจากส่วนอื่น ๆ

5. เมื่อเด็กทำกิจกรรมไม่ได้ตามแบบประเมิน บิดามารดาจะดุเด็กซึ่งทำให้เด็กเกิดความเครียด มีผลต่อการทำกิจกรรมต่อไป แม้จะได้แก้ปัญหาด้วยการแยกการสัมภาษณ์กับการประเมินพัฒนาการเด็กคนละส่วน แต่บางคนไม่สามารถแยกได้ เนื่องจากเป็นเด็กเล็กที่ต้องอยู่กับบิดามารดาตลอด

6. ปัญหาการเตรียมพื้นที่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะให้ความร่วมมือเพียงใด ขึ้นกับการเตรียมพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งในเขตชนบทจะเตรียมพื้นที่ได้ดี ในขณะที่เขตเทศบาลนอกจากปัญหาจากเจ้าหน้าที่ไม่เตรียมพื้นที่ให้ แม้จะได้มีการประสานงานไว้ก่อนแล้ว นอกจากนั้นแล้วประชาชนก็ให้ความร่วมมือค่อนข้างน้อยแม้ว่าจะได้อธิบาย และตามถึงบ้านแล้วก็ตาม

7. เนื่องจากกรอบในการสำรวจใช้การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร โดยไม่ได้ยึดสถานที่อยู่ถาวร หรือที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเป็นหลัก จึงเกิดปัญหาบางแห่ง เช่น ชุมชมอาคาร/หมู่บ้านบางแห่งเป็นพื้นที่ก่อสร้าง เมื่อก่อสร้างเสร็จแล้วกลุ่มตัวอย่างก็ย้ายออกไปจากชุมชนนั้นเกือบหมด ทำให้เป็นปัญหากกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวน

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีปัญหาทางสุขภาพ ผู้ศึกษาขอเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพเด็กในวัยนี้ดังนี้

1. ปัญหาด้านโภชนาการที่พบในเด็กมีทั้งเป็นภาวะโภชนาการเกิน และภาวะทุพโภชนาการ ในระดับกระทรวงสาธารณสุข การเฝ้าระวังทางโภชนาการควรจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป การรายงานในปัจจุบันขาดการรายงานในส่วนของเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี ว่ามีภาวะโภชนาการเกินอยู่มากน้อยเพียงไร ทั้งที่ได้มีการชั่งน้ำหนักอยู่ประจำเพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการแต่ยังขาดความสนใจในจุดนี้ ซึ่งควรจะมีการตระหนักว่าภาวะโภชนาการที่เกินปกตินี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาที่ตามมาอีกมาก ทั้งโรคหัวใจ โรคไขมันในหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งอัตราการเกิดโรคเหล่านี้ก็มีอัตราที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งอัตราตายจากโรคเหล่านี้ก็เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภค และพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีรากฐานมาจากพฤติกรรมในวัยเด็กเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าการรายงานเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ พบว่ามีตัวเลขที่ต่ำกว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจทุกครั้ง ซึ่งควรได้มีการศึกษาเพื่อหาข้อเท็จจริง เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง

ในระดับผู้ปฏิบัติควรที่จะให้ความสนใจในปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป ควรที่จะมีการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมได้นำไปสู่แนวทางการปฏิบัติ ในภาวะโภชนาการที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ก็เนื่องจากในระดับปฏิบัติยังขาดการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง ทำข้อมูลตามระบบรายงานเท่านั้น และการรายงานควรรายงานตามความเป็นจริงและถูกต้อง

2. ปัญหาสุขภาพเด็กในด้านต่าง ๆ เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีปัญหาที่พบจากการสำรวจในครั้งนี้ พบ อาทิเช่น

ปัญหาเด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยยังพบในอัตราที่สูงเกินร้อยละ 10 ซึ่งเป้าหมายในแผนพัฒนาสาธารณสุขนั้น เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) ไม่ควรจะเป็นร้อยละ 7 ซึ่งควรที่จะได้มีการส่งเสริมด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยมีการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการคลอดเด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย มีการให้การฝากครรภ์ ติดตามเป็นระยะ ๆ เนื่องจากเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าเด็ก

แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยนอกจากจะมีอัตราการตายที่สูงแล้วยังก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาหลังจากคลอดแล้ว เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ การเจริญเติบโตไม่ดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย พัฒนาการช้า สติปัญญาต่ำ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ทำให้คุณภาพของบุคคลด้อยลง ขาดบุคลากรที่มีคุณภาพซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญของชาติต่อไป

ปัญหาการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ถ้าให้ความสนใจ เช่น โรคอุจจาระร่วง ชักจากมีไข้ ไข้หวัด ปอดบวม ทูบอง รวมทั้งปัญหาทางด้านทันตสาธารณสุขซึ่งพบมาก และยังเป็นปัญหาในประชาชนไทยอย่างมาก คือ ฟันผุ โรคต่าง ๆ เหล่านี้ บิดามารดา และผู้เลี้ยงดู เป็นบุคคลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพในตอนนี้ให้เด็ก จึงเป็นบทบาทที่สำคัญที่ บิดามารดา และผู้เลี้ยงดูจะต้องเอาใจใส่ เนื่องจากเด็กไม่สามารถที่จะทำบทบาทในการดูแลในตอนนี้ได้ ผู้ที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กมีหน้าที่ที่จะสนใจปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสถานะความเป็นอยู่ รวมทั้งทำตัวเป็นตัวอย่างแก่เด็กในพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ สำหรับปัญหาอุบัติเหตุส่วนมากเป็นปัญหาที่ป้องกันได้ เช่น ลูกของมีคมบาด ซึ่งเป็นบทบาทของผู้ดูแลอีกเช่นกันซึ่งจะต้องทำบทบาทนี้ในการป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก ปัญหาสุขภาพเด็กเหล่านี้ง่ายที่จะตรวจพบและดูแลรักษาได้ ซึ่งบทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้ โดยมีบุคลากรทางสาธารณสุขให้คำแนะนำ ตลอดจนสนับสนุนในด้านวิชาการ

### 3. ปัญหาพัฒนาการเด็ก เป็นปัญหาที่พบโดยในระดับต่าง ๆ ควรที่จะดำเนินการ ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องจากเป็นการสร้างคุณภาพของบุคคลที่จะเติบโตเป็นอนาคตของชาติต่อไป ควรที่จะได้มีการสร้างแบบประเมินพัฒนาการที่ทำให้เจ้าหน้าที่หรือผู้ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กสามารถใช้ประเมินในขั้นต้นได้ แบบประเมินควรที่จะมีความเหมาะสมที่จะใช้กับวัฒนธรรมและสังคมไทย และสามารถคัดกรองในเบื้องต้นได้ ซึ่งในประเทศไทยยังขาดการประเมินเครื่องมือเทียบกับแบบประเมินที่ถือเป็นมาตรฐาน ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือเหล่านี้ การพัฒนาบุคลากรให้เห็นความสำคัญของปัญหาด้านพัฒนาการเด็ก ตลอดจนพัฒนาความสามารถในการประเมินพัฒนาการเด็กก็เป็นสิ่งสำคัญ ควรที่จะมีนโยบายในด้านนี้อย่างชัดเจน ควรมีระบบเฝ้าระวังระบบรายงานซึ่งไม่ควรเน้นการเจ็บป่วยด้วยโรคแต่เพียงอย่างเดียว ควรเน้นในด้านที่จะเพิ่มศักยภาพของบุคคลด้วย

ระดับผู้ปฏิบัติ เป็นบุคคลสำคัญในการประเมินพัฒนาการเด็ก ควรที่จะมีความรู้ สามารถให้คำแนะนำ ตลอดจนประเมินพัฒนาการได้ เนื่องจากในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจะมีคลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งจะมีเด็กมาตรวจรับวัคซีนอยู่แล้ว ควรเพิ่มการตรวจวัดพัฒนาการไปด้วย ซึ่งจะทำให้การแก้ไขปัญหาคิดตั้งแต่แรกเริ่ม ควรมีการอบรมเจ้าหน้าที่ ให้สามารถที่จะประเมินพัฒนาการเด็กได้ และควรมีการเฝ้าระวังในเด็กที่อาจมีพัฒนาการช้า เช่น เด็กขาดสารอาหาร บิดามารดาแยกกันอยู่ หรือน้ำยาร้าง



ผู้ทำหน้าที่ในการดูแลเด็ก เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมาก ในการประเมินและส่งเสริม พัฒนาการเด็ก บิดามารดาเด็กเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการส่งเสริม ให้โอกาสในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ด้วยการจัดกิจกรรมที่จะส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่าง ๆ การสร้างครอบครัวที่อบอุ่น การให้เวลาอย่าง มีคุณภาพแก่เด็ก

นอกจากนั้นแล้วผู้ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กอื่น ๆ ที่สำคัญ โดยเฉพาะครูโรงเรียนอนุบาล หรือ บุคลากรในสถานที่อยู่ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนอื่น ๆ เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีส่วนในการสร้างเสริมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่าง ๆ รวมทั้งเป็นแม่แบบที่เด็กจะ ได้เห็น และนำไปเป็นแบบอย่าง ซึ่งครูอนุบาลก็ควรที่จะมีบทบาทในการตรวจคัดกรองอย่างง่าย ๆ ใน การประเมินพัฒนาการเด็ก เนื่องจากครูเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เด็กยอมไว้ วางใจ และกล้าแสดงพฤติกรรมที่แท้จริงออกมามากกว่าการประเมินในสถานบริการสาธารณสุข

4. ควรมีการปรับปรุงเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการใหม่ เนื่องจากเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้มานาน และรูปร่าง สัดส่วนของเด็กไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก เพื่อที่จะสามารถประเมิน ภาวะโภชนาการได้ถูกต้อง และทราบว่าเป็นปัญหาด้านภาวะโภชนาการอย่างแท้จริง แต่ไม่ใช่เนื่องจาก เกณฑ์ในการประเมินที่ขาดความไว

5. การปรับปรุงเกณฑ์การประเมินใหม่โดยเฉพาะในเด็กที่โตแล้ว เพราะช่วงห่างแต่ละอายุค่อนข้างมากซึ่งจะทำให้ประเมินพัฒนาการผิดพลาดได้

6. แบบประเมินในสมุดบันทึกแม่และเด็ก ควรจะมีการตรวจสอบมาตรฐานว่าสามารถประเมิน พัฒนาการเด็กเบื้องต้นได้หรือไม่ เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

7. ควรมีการติดตามประเมินพัฒนาการเป็นระยะ ๆ เพื่อศึกษาผลของพัฒนาการในระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การสำรวจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็ก และมีการติดตามไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ว่าภาวะ โภชนาการ และสุขภาพเป็นอย่างไร

2. การประเมินแบบประเมินพัฒนาการเด็ก ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ในการประเมิน พัฒนาการ เปรียบเทียบกับมาตรฐาน

3. การสำรวจความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ ในการประเมินพัฒนาการเด็ก และการ ประเมินพัฒนาการเด็กในสถานบริการสาธารณสุข

4. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการช้า และภาวะโภชนาการเกิน

5. การสำรวจเกี่ยวกับพัฒนาการช้าในเด็กที่มีความเสี่ยง เช่น ขาดสารอาหาร โรคเรื้อรัง รวมทั้ง การสำรวจในสถานที่ต่าง ๆ ที่เด็กอยู่ เช่น โรงเรียนอนุบาล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

6. การศึกษาบทบาทของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการของผู้เลี้ยงดูต่อระดับพัฒนาการ