

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี

ศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา

ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี

พฤษภาคม 2562

คำนำ

งานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ได้จัดทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และเพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมของผู้ปกครองกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี อันเป็นอนาคตของชาติ และนำมาสู่การประยุกต์ใช้ในแต่ละบริบทพื้นที่อย่างมีบูรณาการทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืนทั่วถึง

ในการงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มงานพัฒนาการเด็กและการฝึกพูด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้คำแนะนำชี้แนะสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณคุณครู และผู้ปกครองของโรงเรียนวันทามารีอาราชาบุรี กับโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม(อมรวิทยาคาร) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนสำเร็จ

ผู้วิจัยหวังว่า รายงานการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เข้ามาศึกษา และสามารถทำการประยุกต์ใช้ให้มีประโยชน์ต่อสังคมและส่วนรวมได้ต่อไป คุณค่าและประโยชน์ใดๆที่เกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่ประชาชนครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการทำวิจัย

คณะผู้จัดทำ

พฤษภาคม 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี 2) เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ในพื้นที่อำเภอดำเนินสะดวกจากโรงเรียน 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวันทามาริอาราขบุรีเป็นกลุ่มควบคุม กับโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม(อมรวิทยาคาร)เป็นกลุ่มทดลอง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 คำนวณขนาดตัวอย่างประชากรโดยคำนวณจากสูตรของ Bernard, R เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM นำเสนอข้อมูลเป็นการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง Independent t-test และ Chi square test

ผลการศึกษา: จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของจากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 50 คน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน เด็กในกลุ่มทดลอง มีพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหวซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม เช่นเดียวกับเด็กในกลุ่มควบคุม มีพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว กับพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม เมื่อเทียบระหว่างเด็กในกลุ่มทดลอง กับ เด็กในกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง พบว่าพัฒนาการในภาพรวมของกลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) โดยเฉพาะพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ผลวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อโปรแกรม พบว่า ผู้ปกครอง “พอใจมากที่สุด” ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง “ความสนุกสนานเพลิดเพลิน ความบันเทิง” และน้อยที่สุดในเรื่อง “การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ”

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี สามารถทำให้พัฒนาการเด็กดีขึ้นได้ แต่ทั้งนี้การประยุกต์ใช้โปรแกรมต้องปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ด้วย

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5ปี / พัฒนาการของเด็ก / ความพึงพอใจของผู้ปกครอง

Abstract

Objective: To compare the development of children before and after participating in the developmental programs for children aged 3-5 years. To compare the development of children between groups receiving programs and groups that do not receive the program. To study the parental satisfaction after their children participate in the program

Research Design: This is a quasi-experimental research which has two-group pretest-posttest design. The subjects were selected from 2 schools in Damnoen Saduak District between December 2018 – February 2019. Wanthamaria Ratchaburi School is a control group and Amonyatsamakom School is an experimental group. The sample size was calculated using Bernard's formula. The research instruments are the developmental programs for children aged 3-5 years, questionnaires and the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). The data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent t-test and Chi square test

Results: There were no statistically significant differences in the parameters between the control group and the experimental group. In experimental group, children had better overall development after the experiment. They had better improvement in most of the skills except the gross motor skill which remained constant. In control group, children also had better overall development after the experiment. They also had better improvement in most of the skills except the gross motor skill and personal and social skill which remained constant. However, the experimental group had better result comparing to the control group and it was found to be significant at the .05 level, particularly in fine motor skill. For the parental satisfaction, the mean of overall satisfaction is 4.76 out of 5. They are most satisfied with the entertainment(4.82) and least satisfied with the public relation(4.10).

Conclusion: The developmental programs for children aged 3-5 years can improve child development. However, the application of the program must adapt to the context of the area as well.

Keywords: Developmental Programs for Children Aged 3-5 Years / Child Development / Parental Satisfaction

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของงานวิจัยนี้ลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเจ้าหน้าที่งานพัฒนาการเด็กและการฝึกพูดของโรงพยาบาล ที่ได้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ประธานคณะกรรมการมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์ ศาสตราจารย์(วุฒิคุณ) ดร.นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนธ์ หัวหน้าจัดตั้งโครงการหลักสูตรอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสาธารณสุขศาสตร์ รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ อดีตอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ รวมไปถึงดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการวิจัย และประเมินทางการศึกษา หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตร์ศึกษาศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรีที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัยให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเป็นอย่างดียิ่งตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ และคุณครูจากโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม (วิทยาคาร) ผู้อำนวยการ และคุณครูจากโรงเรียนวันทามารีอาราชาบุรี รวมไปถึงผู้ปกครองทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอระลึกถึงพระคุณบิดามารดาที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาเล่าเรียนระลึกถึงพระคุณครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนผู้วิจัยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันสุดท้ายนี้ขอขอบคุณความดีและประโยชน์สูงสุดอันเกิดจากการศึกษาครั้งนี้แต่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนทำให้การศึกษครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	ก
บทคัดย่อ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาในการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	3
คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	4
2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก.....	8
ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก.....	14
ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาการพัฒนารที่ผิดปกติของเด็ก.....	19
การคัดกรอง เฝ้าระวัง และดูแลพัฒนาการของเด็กแต่ละกลุ่ม.....	24
แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	40
3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	41
รูปแบบการวิจัย.....	41
ประชากรในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3	ระเบียบวิธีวิจัย
	การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ..... 49
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... 49
	วิธีการดำเนินการวิจัย..... 50
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 53
4	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 54
	ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 55
	ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 60
	ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการโดยรวมและรายด้านของ เด็กในกลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดียว..... 62
	ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก..... 65
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 67
	สรุปผลการวิจัย..... 68
	อภิปรายผล..... 70
	ข้อเสนอแนะ..... 74
	เอกสารอ้างอิง..... 76
	ภาคผนวก..... 81
	ภาคผนวก ก คู่มือการใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี..... 82
	ภาคผนวก ข แบบบันทึกพัฒนาการเด็กรายบุคคล..... 121
	ภาคผนวก ค แบบประเมินความพึงพอใจในการทำกิจกรรม..... 122
	ภาคผนวก ง แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล..... 123
	ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 127
	ภาคผนวก ฉ หนังสือแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย..... 128
	ประวัติผู้เขียนงานวิจัย..... 130

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ตารางจำนวนร้อยละของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	55
2	ตารางค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	59
3	ตารางแสดงการเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของการพัฒนาการเด็กภาพรวม และรายด้านก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม.....	60
4	ตารางแสดงการเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของการพัฒนาการเด็กภาพรวม และรายด้านก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง.....	61
5	ตารางการเปรียบเทียบความแตกต่างของการพัฒนาการโดยรวม และรายด้านของเด็กในกลุ่มทดลอง หลังได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจ ติดตามขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดียวนหลังการทดลอง.....	62
6	ตารางผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ของ ผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง.....	65

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัย 3-5 ปี หรือ เด็กวัยก่อนเรียน หรือ วัยอนุบาล (preschool) เป็นวัยที่สำคัญระยะหนึ่งของชีวิต เพราะเป็นช่วงที่เด็กเริ่มมีพัฒนาการหลายด้านก้าวหน้าขึ้นทั้งด้านความคิดภาษาการสื่อสาร ด้านกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้เด็กพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของคนที่จะมีชีวิตอิสระเป็นตัวของตัวเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่เด็กเริ่มจากครอบครัวไปสู่โรงเรียนอนุบาล หรือ ศูนย์เด็กเล็ก ได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นและใช้ชีวิตภายนอกบ้านมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันหากเด็กวัยนี้ไม่ได้รับการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นตามช่วงวัย อาจจะเป็นจุดตั้งต้นของปัญหาต่อไปในอนาคต การศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2559 โดยองค์การยูนิเซฟประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยของประเทศทั่วโลกมีตั้งแต่ร้อยละ 33 - 97 โดยข้อมูลของประเทศไทยเองมีร้อยละของเด็กอายุ 36-59 เดือน ซึ่งมีพัฒนาการอย่างน้อย 3 ใน 4 ด้านเป็นไปตามเกณฑ์ (พัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านการอ่านออกและการรู้จักตัวเลข ด้านกายภาพ ด้านสังคมและอารมณ์และด้านการเรียนรู้) เท่ากับร้อยละ 91.1 เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน พบว่า ร้อยละ 97.7 ของเด็กมีพัฒนาการด้านกายภาพเป็นไปตามเกณฑ์ รองลงมา คือ ด้านการเรียนรู้ (ร้อยละ 97.6) ส่วนด้านการอ่านออกเขียนได้และการรู้จักตัวเลขและด้านสังคมและอารมณ์มีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ(ร้อยละ 69.3 และ 79.4 ตามลำดับ)¹ ข้อมูลจากสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ พบว่าพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทยโดยเฉลี่ยทุกกลุ่มวัยเท่ากับร้อยละ 23 โดยเมื่อมองเจาะเป็นตามกลุ่มวัยพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และไปสูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 42 เดือน ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กที่อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศ นอกจากนี้คือเด็กแต่ละช่วงวัยก็มีปัญหาพัฒนาการที่ต่างกัน จากข้อมูลพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าแยกรายด้าน เขตสุขภาพที่ 5 ปีพ.ศ. 2560 พบว่า มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า อันดับ 1: ด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา (Expressive & Receptive language) พบมากในกลุ่มเด็กช่วง 18 และ 30 เดือน อันดับ 2: ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (Fine motor) พบมากในกลุ่มเด็กช่วง 42 เดือน อันดับ 3: ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) พบมากในกลุ่มเด็กช่วง 9 เดือน² และหากมองเชิงลึกไปในรายพื้นที่ พบว่าจากข้อมูลของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พ.ศ.2558 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ผ่านการคัดกรองทั้งหมด 12,339 คน มีพัฒนาการสมวัย 9,053 คน คิดเป็นร้อยละ 73.37 โดยพบว่าปัญหาพัฒนาการด้านการใช้ภาษา หรือ Expressive Language (EL) เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลภาพรวมของประเทศและเป็นประเด็นที่น่าศึกษา

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นของพื้นที่จังหวัดราชบุรีทำให้เป็นที่น่าสงสัยว่าปัญหาสำคัญส่วนหนึ่งอาจเกิดจากสถานศึกษาและสถานรับเลี้ยงเด็กขาดการควบคุมคุณภาพซึ่งการจัดบริการดูแลเด็กปฐมวัยของภาครัฐและเอกชนมี 3 รูปแบบคือสถานเลี้ยงเด็ก (รับเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี) โรงเรียนเด็กเล็ก (รับเด็ก 1 ปีครึ่งถึง 3 ปี) และโรงเรียนอนุบาล/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (รับเด็ก 3-6 ปี) การจัดบริการดังกล่าวพยายามที่จะให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัยแต่ยังขาดการควบคุมในด้านคุณภาพและมาตรฐานของการดูแล

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่ก็มีปัจจัยอื่นๆอีกหลายปัจจัยร่วมกันโดยปัจจัยที่สัมพันธ์และพบมากคือการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมขาดโอกาสในการเรียนรู้และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กและผู้ดูแลภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม ได้แก่ ภาวะผอม/เตี้ย ขาดสารอาหารหรือแร่ธาตุที่จำเป็น ได้แก่ เหล็ก ไอโอดีน โฟเลต เป็นต้น⁴ ที่น่าสนใจคือ พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต เครื่องเล่นเกม สูงถึงร้อยละ 50 และเกือบ 7 ใน 10 ของเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไปเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่อายุน้อย โดยเฉพาะเด็กใน กทม.และภาคใต้ซึ่งการเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่อายุน้อยอาจส่งผลให้เกิดภาวะสมาธิสั้น และมีพัฒนาการทางภาษาที่ช้าได้ หากมีปัญหาต่อเนื่องระยะยาวจะทำให้มีระดับเขาวนปัญญาต่ำกว่าปกติ มีปัญหาการเรียน โดยเฉพาะด้านการอ่านสะกดคำและปัญหาพฤติกรรมต่างๆ³ จะเห็นได้ว่าผลกระทบของการมีพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยยังมีผลกระทบหลายด้าน นอกจากต่อตัวเด็กเองที่อาจเสียโอกาสที่จะมีพัฒนาการก้าวหน้าตามศักยภาพแล้วยังทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งรัฐบาลต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและสูญเสียงบประมาณในการช่วยเหลือดูแล ทำให้ขาดกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไปในอนาคต

จากสถานการณ์ดังกล่าวในปัจจุบัน เรื่องนี้ก็ยังได้รับความสนใจจากหน่วยงานต่างๆ ซึ่งบทบาทการดูแลเด็กปฐมวัยจำเป็นต้องมีหลายภาคส่วนในชุมชนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการ อันประกอบไปด้วยภาคส่วนหลัก ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ดูแลการศึกษาขั้นพื้นฐานเด็กปฐมวัยและส่งเสริมพัฒนาการในโรงเรียน) สถานพยาบาล (ให้ความรู้แก่หน่วยงานต่างๆ ประเมินพัฒนาการและกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่มีปัญหาซึ่งสถานพยาบาลมีหลายระดับ ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์) และผู้ปกครอง (ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ทำหน้าที่จัดหาปัจจัย 4 แก่เด็กและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก) และภาคส่วนร่วม ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สนับสนุนงบประมาณ พัฒนาชุมชน ส่งเสริมการศึกษาดูงานนอกสถานที่) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (คัดกรองพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการในชุมชน)⁵

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 และกำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ ที่ต้องเน้นหลักส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรค พื้นฟูสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนบนพื้นฐานแนวคิดแบบองค์รวมนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการสร้างโปรแกรมบูรณาการทุกภาคส่วน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสถานพยาบาล และผู้ปกครอง) เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อพัฒนาการของเด็ก โดยศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริม

พัฒนาการเด็กของเด็กราย 3 – 5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของจังหวัดราชบุรี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชุมชนให้มีคุณภาพต่อไป

ปัญหาในการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี
2. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. พัฒนาการของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปีดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พัฒนาการของเด็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปีมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตประชากรที่ทำการศึกษา คือเด็กอายุ 3-5ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวันทามารีอาราชาบุรี กับโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม(อมรวิทนาคาร)

กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กอายุ 3-5ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดำเนินสะดวก 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวันทามารีอาราชาบุรี กับโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม(อมรวิทนาคาร) จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน โดยใช้พื้นที่โรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม(อมรวิทนาคาร) เป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนวันทามารีอาราชาบุรี เป็นกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

- 1.ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก3-5 ปี
- 2.ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ พัฒนาการของเด็ก3-5 ปี

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี หมายถึง การทำงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลัก ใช้เวลา 12 สัปดาห์

ซึ่งโปรแกรมนี้อาศัยการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆในชุมชน ซึ่งมีภาคส่วนหลัก 3 ส่วน ได้แก่

1.1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง เป็นสถานศึกษาที่ให้การอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้ให้เด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 – 5 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น หรือใกล้เคียงได้ตามศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความพร้อม ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญาที่เหมาะสมตามวัยตามศักยภาพของเด็กแต่ละคนพัฒนาเป็นไปตามวัยแต่ละช่วงอายุ สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย ให้เด็กเล็กพร้อมที่จะเข้ารับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นต่อไป และหน้าที่ที่เพิ่มมาในงานวิจัยนี้ คือ จะต้องมีการประสานงานกับผู้ปกครอง และสถานพยาบาล ในเรื่องของพัฒนาการของเด็ก

1.2 สถานพยาบาล หมายถึง สถานบริการที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์ โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนได้และมีองค์ประกอบด้านบุคลากรเครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอโดยมักที่จะมุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจในที่นี้หมายรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีหน้าที่ในการประเมินคัดแยกเด็กเป็นกลุ่มๆ ได้แก่ 1) เด็กที่มีภาวะพัฒนาการปกติ 2) เด็กที่มีภาวะพัฒนาการล่าช้า

1.3 ผู้ปกครอง หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ซึ่งไม่ใช่พ่อแม่โดยสายเลือดกับเด็ก อาจมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับเด็กหรือไม่ก็ได้ แต่เป็นผู้ที่ดูแลเลี้ยงดูเด็ก จัดการหาปัจจัย 4 ให้แก่เด็ก และมีเวลาอยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดโดยมีความสัมพันธ์ทางใดทางหนึ่งกับพ่อ หรือ แม่ของเด็ก และภาคส่วนร่วม 2 ส่วน ได้แก่

1.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หมายถึง หน่วยงานของรัฐที่มีการดำเนินงานเป็นอิสระจากส่วนกลางโดยผู้บริหาร อปท.ก็เป็นคนในท้องถิ่นที่ได้รับเลือกตั้งจากประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆทำหน้าที่บริหารจัดการกิจการต่างๆ ในท้องถิ่นของตน ในที่นี้ อปท. มีหน้าที่ในการทำต้นเรื่องโครงการ เพื่อจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนภาคส่วนต่างๆ อันได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสถานพยาบาลและผู้ปกครอง เพื่อให้การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กเป็นไปโดยสะดวกมากยิ่งขึ้น

1.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่ง อสม. นอกจากจะให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในการวิจัยครั้งนี้ อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ทางด้านการพัฒนาการของเด็กให้แก่ครอบครัวของเด็ก การประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขร่วมกับสถานพยาบาลตลอดจนการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพต่อไป

การทำงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี เป็นการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลักประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อม หมายถึง การทำงานที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 0 โดยลงพื้นที่เพื่อวางแผนการดำเนินงานตามโปรแกรม ขอความร่วมมือกับภาคส่วน ได้แก่ อสม. (คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน) ครูผู้ดูแล (เตรียมสถานที่ และประสานงานกับผู้ปกครองและเด็กเพื่อให้มาเข้าร่วมกิจกรรมการคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (การกระตุ้น ส่งเสริม และตรวจติดตามพัฒนาการเด็กในสถานพยาบาล) และผู้ปกครอง (ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การตอบแบบสอบถาม และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน) จากนั้นให้ทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) ประเมินพัฒนาการเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง โดยใช้คู่มือ DSPM โดยคัดเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า แต่ละ 50 คน เด็กในกลุ่มทดลอง 50 คน จะได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสัปดาห์ต่อไป และมีการส่งต่อ รพสต. เพื่อติดตามกระตุ้นพัฒนาการตามปกติเด็กในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม แต่จะยังมีการส่งต่อ รพสต. เพื่อติดตามกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

ขั้นที่ 2 การติดตามและกระตุ้นพัฒนาการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) หมายถึง การทำงานที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-12 โดยเด็กจากทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจะได้รับกระตุ้นพัฒนาการจาก รพสต. และส่งต่อตามแนวปฏิบัติของคู่มือ DSPM ซึ่งหากเด็กมีพัฒนาการด้านใดที่ผิดปกติแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกทักษะเด็กเรื่องนั้นบ่อยๆ เป็นเวลา 1 เดือน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมินหากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้าและทักษะอื่นๆตามช่วงอายุ แสดงว่ามีพัฒนาการสมวัย ให้เฝ้าระวังพัฒนาการตามวัยต่อเนื่องตามปกติ หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้า แต่พบทักษะอื่นมีพัฒนาการไม่สมวัยผู้ประเมิน แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกพัฒนาเด็กในเรื่องนั้นบ่อยๆเป็นเวลา 1 เดือน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมินแต่หากเด็กยังมีพัฒนาการที่ไม่สมวัยอีกให้ส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลเฉพาะทางต่อไป

ขั้นที่ 3 การดำเนินการตามโปรแกรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง การทำงานในขั้นตอนนี้จะดำเนินการไปพร้อมกับขั้นที่ 2 แต่จะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2,6 และ10 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทีมแพทย์และผู้วิจัยลงพื้นที่ทุก 1 เดือน เพื่อติดตามผล และร่วมส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลโดยสัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการของเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน สัปดาห์ที่ 6 ร่วมสอนผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในแต่ละราย โดยใช้คู่มือ DSPM โดยเน้นด้านที่เป็นปัญหามากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 10 ทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็กผู้ปกครอง และครู โดยใช้ชุดกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า ฝึกดูฟัง”

ขั้นที่ 4 การประเมินพัฒนาการหลังเริ่มโปรแกรมและอภิปรายผล หมายถึง การทำงานหลังจากดำเนินการตามโปรแกรมจนสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 แล้ว ซึ่งเจ้าหน้าที่ รพสต.จะประเมินพัฒนาการเด็ก ด้วยคู่มือ DSPM ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากนั้น ทีมผู้วิจัยจะรวบรวมผล และวิเคราะห์ผล และให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินความพึงพอใจสุดท้ายจึงอภิปรายผลร่วมกันกับทุกภาคส่วน ได้แก่ อปท., อสม., ครูผู้ดูแล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ปกครอง เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการดำเนินการและพิจารณาสนับสนุนต่อไป

2. เด็ก หมายถึง เด็กเพศชาย หรือ หญิง อายุตั้งแต่ 3-5 ปีบริบูรณ์ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดำเนินสะดวก 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวันทามารีอาราขบุรี กับโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม (อมรวิทนาการ)

2.1 เด็กที่มีภาวะพัฒนาการปกติ หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน เทียบเท่า หรือ เกินวัยเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน ซึ่งประเมินโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

2.2 เด็กที่มีภาวะพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการอย่างน้อย 1 ใน 4 ด้าน ช้าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน ซึ่งประเมินโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

3. พัฒนาการของเด็ก หมายถึง ความสามารถของเด็กในการลงมือทำ เคลื่อนไหว หรือ ทำกิจกรรมต่างๆ พัฒนาการของเด็ก แบ่งเป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่

3.1 ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) หมายถึง ความสามารถในการใช้ร่างกาย การเคลื่อนไหว เช่น นั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด ปีนป่าย ขี่จักรยาน

3.2 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) หมายถึง ความสามารถในการใช้มือในการทำกิจกรรมต่างๆ การหยิบจับ ขีดเขียน การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า ตัดกระดาษ

3.3 ด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา (receptive language) หมายถึง ความสามารถในการฟังและจำเสียงได้ สามารถสนองตอบต่อเสียงนั้นได้ได้แก่ท่าทาง หรือ เสียง

3.4 ด้านการแสดงออกทางภาษา (expressive language) หมายถึง ความสามารถในการส่งเสียงร้องเพื่อให้ผู้อื่นทราบถึงความต้องการ ได้แก่ ส่งเสียงฮือฮาเด็กจะเล่นเสียงซ้ำๆ (babbling) พูดเลียนเสียงของผู้อื่น (echolalia) พูดคำที่มีความหมายที่แท้จริง (true speech)

3.5 ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) หมายถึง ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การเล่นกับเพื่อน การเข้ากลุ่ม ทำตามกฎ กติกาต่างๆในสังคม

4. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง หมายถึง ความรู้สึกของผู้ปกครองของเด็กในกลุ่มทดลองหลังการทดลองที่มีต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านความคิดเห็น/ข้อปรับปรุง ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ด้านความพึงพอใจโดยรวม

4.1 ด้านวัตถุประสงค์ หมายถึง ในความรู้สึกของผู้ปกครอง โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ได้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่คาดหวังไว้หรือไม่ ความรู้สึกต่อพัฒนาการของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบูรณาการระหว่างภาคส่วนอย่างทั่วถึง

4.2 ด้านความคิดเห็น/ข้อปรับปรุง หมายถึง ในความรู้สึกของผู้ปกครองโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีควรปรับปรุง หรือ ขมเขย ในเรื่องการประชาสัมพันธ์ รูปแบบการจัดกิจกรรม สิ่งอำนวยความสะดวก เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

4.3 ด้านประโยชน์ที่ได้รับ หมายถึง ในความรู้สึกของผู้ปกครองโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีได้ให้ประโยชน์เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก จิตสำนึก ทักษะคิด ความตระหนัก ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ทักษะในการปฏิบัติกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การมีส่วนร่วม และในการทำงานเป็นทีม ความสนุกสนานเพลิดเพลิน ความบันเทิง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในพัฒนารูปแบบการทำงานบูรณาการทุกภาคส่วนของชุมชน ในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชนต่อไป
2. เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีพัฒนาการที่ดีขึ้น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการวิจัย ดังนี้

1. การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก
2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก
3. ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการที่ผิดปกติของเด็ก
4. การคัดกรอง เฝ้าระวัง และดูแลพัฒนาการของเด็กแต่ละกลุ่ม
5. แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก⁶

เด็กวัย 3-5 ปีอยู่ในระยะเด็กวัยก่อนเรียนหรือวัยอนุบาล (preschool) เป็นวัยที่เรียนรู้สิ่งแวดล้อมได้มาก พัฒนาการด้านต่างๆก้าวหน้าขึ้นมากและมีสังคมกว้างขึ้นจากเดิมที่อยู่กับพ่อแม่เป็นหลักเป็นการอยู่ร่วมกับครูและเพื่อนที่โรงเรียนดังนั้นครูจึงเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยนี้นอกจากพ่อแม่หรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

1. ด้านร่างกาย

เด็กจะเติบโตเป็นไปอย่างสม่ำเสมอโดยเฉลี่ยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นปีละ 2-2.5 กิโลกรัมและมีส่วนสูงเพิ่มปีละ 6-8 เซนติเมตร เด็กวัยนี้จึงดูผอมลง และสูงขึ้น กล้ามเนื้อมัดใหญ่เจริญพัฒนาขึ้นมาก ควบคุมการเคลื่อนไหว และทรงตัวในท่าต่างๆได้ดีชอบห้อยโหนปีนป่ายเล่นไกลอายุ 3 ปีเด็กสามารถยืนขาเดียวได้ชั่วครู่วิ่งแล้วหมุนตัวได้โดยไม่ล้มขึ้นบันไดสลับเท้าได้ขึ้นจักรยานสามล้อ เมื่ออายุ 4 ปี เด็กจะสามารถกระโดดขาเดียวเดินลงบันได สลับเท้าได้ปีนต้นไม้และเมื่ออายุ 5 ปีจะสามารถกระโดดสลับเท้ากระโดดข้ามสิ่งกีดขวางเตี้ยๆได้เดินต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้โดยไม่ล้มอายุ 6 ปีเดินบนเส้นเท้าใช้ 2 มือรับลูกบอลที่โยนมาและกระโดดไกลได้ประมาณ 120 ซม. สำหรับพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเด็กช่วงวัยนี้ สามารถวาดรูปทรงเรขาคณิตต่างๆ เช่นวงกลมสี่เหลี่ยมสามเหลี่ยม และใช้มือได้คล่องในทุกทิศทางถ้าได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฝึกให้ช่วยเหลือตนเองเช่นถูสบู่ แต่งตัวติดกระดุม ผูกเชือกรองเท้า หรือช่วยงานบ้านอื่นๆ จะทำให้มือ และสายตาทำงานประสานกันได้รับปรีณ มีผลดีต่อการเขียนหนังสือทำให้เด็กเขียนได้สวยและทำงานเรียบร้อย

2. ด้านความคิดการเรียนรู้

ช่วงวัยนี้เป็นวัยที่เด็กมีจินตนาการและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อยากรู้อยากเห็นกระตือรือร้นสามารถแยกแยะความแตกต่างของสิ่งต่างๆ จัดกลุ่มของสัตว์และรูปทรงเมื่อถึงตอนกลางของช่วงวัยนี้เด็กจะสามารถมีความคิดรวบยอดด้านพื้นฐานจำนวนและตัวเลขได้วัยนี้จะแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยสิ่งที่รับรู้และจินตนาการของตนเอง **โดยยังไม่รู้จักคิดไตร่ตรองอย่างรอบด้าน** การแก้ปัญหาของเขาจึงเป็นแบบลองผิดลองถูกและเรียนรู้จากผลของการกระทำ ดังนั้นหากพ่อแม่หรือครูสนับสนุนและให้โอกาสเด็กได้ทดลองแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยคอยให้คำแนะนำชมเชยเมื่อเด็กทำสำเร็จให้กำลังใจเมื่อทำผิดพลาดพร้อมทั้งช่วยชี้แนะวิธีแก้ไขข้อผิดพลาดจะช่วยให้เด็กเติบโตเป็นคนกล้าคิดกล้าทดลองทำมีความคิดสร้างสรรค์และไม่เกรงกลัวต่อปัญหารวมทั้งเกิดความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อสามารถเอาชนะปัญหาต่างๆ ได้แต่ในทางกลับกันหากผู้ใหญ่ไม่เปิดโอกาสให้เด็กหัดทำสิ่งต่างๆ หรือคอยตำหนิห้ามเข้มงวดหรือลงโทษมากเกินไปจะเป็นการหยุดยั้งการแสดงออกทำให้เด็กกลายเป็นคนไม่มั่นใจไม่กล้าตัดสินใจและส่งผลเสียต่อการเรียนรู้ในขั้นต่อไปของเด็ก

เด็กวัยนี้มีความคิดด้านเหตุและผลอยู่ในขอบเขตจำกัดต่างจากความคิดของผู้ใหญ่โดยเด็กวัยนี้มักจะเชื่อมโยงเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกันว่าเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกันเช่นเด็กวัยอนุบาลคนหนึ่งไปโรงพยาบาลเพราะมีไข้และจำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจแต่หากก่อนถูกเจาะเลือดเขาทำความผิดบางอย่างแล้วถูกดุว่าต้อเขาอาจเข้าใจว่าการที่เขาถูกเจาะเลือดนั้นเป็นการทำโทษที่เขาเป็นเด็กต้อ ดังนั้นพ่อแม่หรือครูควรมีความเข้าใจความคิดของเด็กและช่วยอธิบายให้เด็กมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อไป

3. ด้านการพูดและการสื่อสาร

เด็กวัยอนุบาลมีพัฒนาการทางภาษาอย่างต่อเนื่องและซับซ้อนขึ้นจากวัยเตาะแตะในช่วงสิ้นสุดวัยอนุบาลเด็กจะสามารถเข้าใจคำพูดของผู้ใหญ่ได้เกือบทั้งหมดรู้จักสีจำนวนและเปรียบเทียบขนาดเล็ก-ใหญ่จำนวนมาก-น้อยพื้นผิวที่แตกต่างกันเช่นเรียบ-ขรุขระนิ่ม-แข็งได้ ช่วงอายุ 3 ปีเด็กจะพูดคุ้ยได้เป็นประโยคแม้จะยังไม่คล่องนักอาจพบคำพูดซ้ำๆ หรือฟังดูคล้ายติดอ่างได้เป็นปกติตามวัยซึ่งคำซ้ำๆ นี้จะค่อยๆ หายไปเมื่อเด็กอายุ 4-5 ปีอีกทั้งประโยคที่เด็กพูดจะค่อยๆ ซับซ้อนขึ้นสามารถเล่าเรื่องราวที่มีลำดับขั้นตอนให้ผู้ใหญ่ที่ไม่คุ้นเคยกับเด็กฟังได้เข้าใจทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นในอดีตและพูดถึงอนาคตใกล้ๆ โดยเข้าใจความหมายเช่นเมื่อวานพรุ่งนี้เป็นต้นสามารถพูดประโยคในเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกันและยกเหตุผลง่ายๆ ได้เช่นหนูทำน้ำหกถ้วยเปื้อกหมดเลยหนูไม่รักษาน้องเพราะน้องชอบแกล้งหนูจนกระทั่งช่วงปลายของวัยนี้คือเมื่ออายุ 6 ปีจะสามารถอธิบายความหมายของคำได้เริ่มอ่านสะกดคำนับเลขได้ถึง 30

ในช่วงวัยอนุบาลนี้เด็กจะช่างซักถามโดยมักจะถามความหมายของคำหรือวลีที่ไม่เข้าใจหรือถามถึงที่มาหรือเหตุผลของสิ่งที่พบเห็นในชีวิตประจำวัน เช่น ทำไมพระจันทร์จึงเป็นรูปร่างกลม หนูเกิดมาได้อย่างไร ของสิ่งนี้ทำงานได้อย่างไร พ่อแม่ และครู ควรตอบคำถามของเด็กโดยไม่แสดงความหงุดหงิดรำคาญ และให้เหตุผลง่ายๆ

ที่เด็กเข้าใจรวมทั้งหมั่นพูดคุยในเรื่องต่างๆชวนให้เด็กเล่าเรื่องที่เขพบเห็นหรือได้ยินมาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาและต่อยอดความรู้ให้กับเด็ก

4. ด้านอารมณ์

เด็กจะรู้จักและแสดงอารมณ์หลากหลายทั้งอารมณ์รักพอใจเสียใจทุกซอกซี้ใจเศร้าอิจฉากังวลกลัวโกรธก้าวร้าว เมื่ออายุ 4 ปีขึ้นไปเด็กจะเริ่มเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นในสถานการณ์ต่างๆ โดยการอ่านท่าที และน้ำเสียง เช่น รู้ว่าน้องรู้สึกเสียใจที่ไม่ได้เล่นของเล่น เริ่มแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น จะปรับเปลี่ยนอารมณ์ และระงับอารมณ์ของตนได้บ้าง รอคอยได้นานขึ้น ปลอดภัยตนเอง และคนอื่นเป็น ความกลัวที่จะการแยกจากพ่อแม่ และความกลัวคนแปลกหน้าจะน้อยลง เมื่อเทียบกับวัย 1-2 ปีสามารถแยกจากแม่ได้นานขึ้น และสร้างความผูกพันกับบุคคลอื่นได้ เช่น ครูพี่เลี้ยง เพื่อน เป็นต้น แต่ก็ยังอาจมีความกังวลอยู่บ้างโดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย แผลกที่ หรือ มีการแยกจากกันนานนอกจากนี้ อาจมีความกลัวอย่างอื่นเกิดขึ้นจากจินตนาการ เช่น กลัวความมืด กลัวสัตว์ กลัวเสียงลมพายุซึ่งถือเป็นภาวะปกติ ในยามที่เด็กประสบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด หรือวิตกกังวล เช่น เมื่อมีน้องใหม่อาจแสดงพฤติกรรมถดถอยกลับเป็นเด็กเล็กกว่าเดิม ไม่ยอมทำสิ่งที่เคยทำได้แล้ว เช่น กลับมาดูดขวดนมใหม่ ทั้งที่เคยเลิกขวดนมได้แล้ว ปัสสาวะรดที่นอนอ้อนติดแม่มากขึ้น

อารมณ์โกรธร้องอาละวาดเมื่อถูกขัดใจในวัย 1-2 ปีหากได้รับการฝึกสอนอย่างเหมาะสมเมื่อเข้าสู่วัยอนุบาลเด็กจะควบคุมอารมณ์และการแสดงออกได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น พ่อแม่ และครู ควรพูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ไม่ควรตำหนิหรือวิจารณ์ว่าตัวเด็กนิสัยไม่ดี หากเด็กสามารถพูดถึงอารมณ์ และความรู้สึกได้มากขึ้น จะเห็นว่าการแสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความโกรธความไม่พอใจ เช่น การอาละวาดลงดินกับพื้นจะลดลงไปเช่นกัน

5. ด้านสังคม

เด็กวัยนี้เริ่มมีความสนใจและอยากมีส่วนร่วมในการเล่นกับเด็กคนอื่นๆอย่างไรก็ตามในระยะแรกของช่วงวัยนี้เด็กอาจยังทำได้ไม่ดื่นักเพราะยังมีความเอาแต่ใจตนเองและอาจยังไม่สามารถเล่นตามกฎหรือกติกาจึงยังคงเห็นพฤติกรรมหวงของแย่งของตีตนเองหรือตีผู้อื่นเมื่อเกิดความไม่พอใจหรือใช้คำพูดที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมพ่อแม่หรือครูจึงควรกำกับดูแลเล่นไปกับเด็กคอยชี้แนะวิธีการเล่นและส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนอย่างเหมาะสมจนทำให้เด็กสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองมีความความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเรียนรู้การแบ่งปันยอมรับกติกาและทำใจเมื่อแพ้ได้บ้างเด็กวัยนี้มีจินตนาการชอบเล่นสมมติและเริ่มเล่นรวมเป็นกลุ่มกับเด็กคนอื่นๆโดยการแบ่งบทบาทในการเล่นจะซับซ้อนขึ้นตามวัยเช่นเล่นบทบาทพ่อ-แม่-ลูกครู-นักเรียนหรือเลียนแบบตัวละครในสื่อที่ได้ดูเป็นต้น ในเด็กที่เป็นลูกคนเดียวหรือขาดเพื่อนเล่นอาจสร้างเพื่อนสมมติในจินตนาการได้โดยเด็กจะเล่นคนเดียวส่งเสียงพูดคุยเล่นเหมือนมีเพื่อนเล่นจริงๆอยู่ด้วยซึ่งถือว่าเป็นภาวะปกติที่พบได้ตามวัย

6. ด้านจริยธรรม

มนุษย์ไม่ได้เป็นสัตว์ประเสริฐตั้งแต่แรกเกิดการที่มนุษย์จะประเสริฐได้เกิดจากการที่ต้องฝึกฝนและฝึกตนเองมีฉะนั้นเราก็ไม่ต่างอะไรจากสัตว์ที่ทำทุกอย่างไปตามสัญชาตญาณผู้ที่พัฒนาตนเองจึงสามารถทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งๆที่อาจไม่ถูกใจหรือฝืนใจไม่ทำสิ่งที่ไม่ถูกต้องทั้งๆใจปรารถนาอยากจะทำวี่นนี้เป็นช่วงสำคัญในการปลูกฝังสร้างพฤติกรรมที่ดีงามให้คุ้นเคยโดยไปอยู่ในชีวิตประจำวันทั้งการดูแลตนเองกินอาหารเองเคารพกติการักษามารยาทสื่อสารอย่างมีสัมมาคารวะผู้อาวุโสฝึกให้น้ำใจเสียสละช่วยเหลือคนรอบข้างความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและตอบแทนบุญคุณผู้ใหญ่เช่นรู้ว่าแม่กำลังเศร้าและอยากจะทำอะไรไปปลอบตักนั้นการพัฒนาพฤติกรรมคุ้นเคยที่ดีงามนี้จะเป็นการพัฒนาจิตใจไปพร้อมกันคือยิ่งช่วยผู้อื่นยิ่งมีน้ำใจเสียสละและมีจิตอาสาเพิ่มขึ้นวี่นจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กมีคุณธรรมการสร้างพฤติกรรมคุ้นเคยที่ดีงามนี้ได้มาจากการสั่งแต่เป็นการทำตามอย่างต้นแบบคือพ่อแม่แต่อย่างไรก็ตามวี่นนี้อาจยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและต้องการทำความต้องการของตนเองอยู่บ้างการที่พ่อแม่ชวนคุยเพื่อให้เด็กคิดว่าถ้าเราทำเช่นนั้นเรารู้สึกอย่างไรคนอื่นรู้สึกอย่างไรและผลกระทบต่อตัวเราและคนรอบข้างถ้าเราทำเช่นนั้นสม่าเสมอจะเกิดอะไรฝึกอย่างค่อยเป็นค่อยไปและสม่าเสมอสิ่งที่พึงระวังคืออย่าใช้วิธีบอกรหรืออธิบายมากเกินไปเพราะจะทำให้เด็กเบื่อและต่อต้านไม่ยอมทำตามในที่สุดเด็กจะควบคุมตนเองได้มากขึ้นอยู่ในขอบเขตของการทำตามพ่อแม่ครูต้องการได้อย่างมีความสุขการฝึกให้มีวินัยสะกดกลั้นความอยากและอดทนหัดรอคอยจนนำไปสู่การตัดสินใจของเด็กเองเช่น“แม่ทราบว่าคุณอยากได้ขนมชิ้นสุดท้ายนี้แต่พี่คงเสียใจเพราะเขายังไม่ได้กินขนมนี้สักชิ้นเลย”หรือการสะท้อนให้เด็กเห็นว่าการกระทำของตนเองมีผลต่อการแสดงออกของผู้อื่นอย่างไรเช่น“หนูเห็นไหมคะว่าน้องเขายิ้มกว้างให้หนูตอนหนูส่งของเล่นให้สงสัยน้องอยากขอบคุณหนูนะคะ”เด็กจะมีแรงจูงใจในการทำความดีผ่านการเรียนรู้จากผลการกระทำของตนเองเช่นการได้รับคำชมเชยเมื่อเขาทำดีหรือการถูกลงโทษเมื่อเขาทำไม่ดีเพราะเขายังต้องการความรักการยอมรับและการชมเชยอย่างตรงไปตรงมาอย่างไรก็ตามเมื่อเติบโตขึ้นเด็กจะเรียนรู้คุณธรรมที่ลึกซึ้งเช่นการมีน้ำใจความมีเมตตาความซื่อสัตย์เป็นต้นได้มากที่สุดผ่านการสังเกตแบบอย่างจากผู้ใหญ่ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเขาและสื่อที่เขาเห็นการเรียนรู้เรื่องคุณธรรมของเด็กวัย 3-5ปีจึงเป็นการเรียนรู้จากพ่อแม่และครูโดยตรงได้ทั้งจากการตั้งใจและไม่ตั้งใจสอนเพราะเด็กจะเป็นผู้สังเกตการณ์ที่ยอดเยียมและเลียนแบบผู้ใหญ่โดยไม่รู้ตัว***สิ่งที่พ่อแม่และครูปฏิบัติทุกๆวันจึงมีผลยิ่งกว่าคำพูดสั่งสอน***ดังนั้นพ่อแม่และครูจึงควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเช่นการใช้กริยาวาจาสุภาพอ่อนน้อมการเคารพสิทธิของกันและกันการไม่หยิ่งของผู้อื่นการพูดความจริงการไม่รังแกสัตว์หรือผู้อื่นการใส่ใจหรือให้เกียรติผู้อื่นความมีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่นเป็นต้นรวมทั้งกำกับดูแลการเข้าถึงสื่อที่เหมาะสมในการปลูกฝังจริยธรรมสำหรับเด็กกฏสำคัญในการสอนให้เด็กเข้าอกเข้าใจผู้อื่นคือ ***“จงปฏิบัติต่อผู้อื่นเหมือนที่เราต้องการให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อเรา”***

7. พัฒนาการทางเพศ

เด็กวัย 3-5 ปีจะเข้าใจว่าตนเองเป็นเพศใดสามารถแยกความแตกต่างของลักษณะและบทบาทของแต่ละเพศได้นอกจากนี้ยังเริ่มเข้าใจว่าเพศเป็นสิ่งที่ติดตัวถาวรไม่เปลี่ยนแปลงตามลักษณะภายนอกหรือการแต่งกายเช่น เมื่อเด็กเห็นผู้หญิงที่ไว้ทรงผมสั้นคล้ายผู้ชายและใส่กางเกงเด็กก็ยังสามารถบอกได้ว่าผู้ที่เขาเห็นเป็นผู้หญิงไม่ใช่ผู้ชาย **ความอยากรู้อยากเห็นในเรื่องเพศในวัยอนุบาลจะเป็นไปตามธรรมชาติ** เด็กอาจสนใจสำรวจอวัยวะเพศหรืออวัยวะอื่นที่บ่งบอกเรื่องเพศจึงไม่ควรลงโทษเด็กแต่ควรชี้แจงง่ายๆ สั้นๆ ให้พอเข้าใจแต่ต้องสอนให้รู้จักสิทธิของบุคคลเช่น จับหน้าอกแม่หรือผู้อื่นไม่ได้ นอกจากนี้ควรสอนเด็กให้ระมัดระวังตัวไม่ควรให้ผู้อื่นมาดูหรือจับอวัยวะเพศของเด็กด้วย **ไม่ควรส่งเสริมให้เด็กแสดงหรือแต่งตัวเกินวัยหรือเลียนแบบการแต่งตัวของผู้ใหญ่ที่เปิดเผยร่างกายอย่างไม่เหมาะสม**



เกณฑ์พัฒนาการตามช่วงวัยของเด็กปฐมวัย

มาตรฐาน ราชวิทยาลัยกุมารแพทยแห่งประเทศไทย พ.ศ.2557

เกณฑ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัย (0-6 ปี) นี้ จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการฝึกอบรมและสอน อนุสาชาพัฒนาการและพฤติกรรม ร่วมกับชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยกุมารแพทยแห่งประเทศไทย พ.ศ.2557 เพื่อใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิงเบื้องต้นสำหรับใช้กับโรงพยาบาลที่อาจยังไม่สามารถทำซ้ำได้ในแต่ละช่วงวัย ซึ่งอาจมีลักษณะบางอย่างที่เด็กปกติ จำนวนหนึ่งทำไม่ได้หรือทำช้ากว่าเกณฑ์นี้เล็กน้อย เกณฑ์พัฒนาการของเด็กรวมวัยผู้ด้อยโอกาสหรือเด็กที่มีภาวะผิดปกติในการวินิจฉัยปัญหาพัฒนาการของเด็ก

อายุ	พัฒนาการ	อายุ	พัฒนาการ
1 เดือน	(GM) ยกคางจากท้องขึ้นสู่ทรวงอก (FM) มองตามวัตถุได้ทั่วทั้งกลางลำตัว (PS) จ้องหน้า EL: ร้องไห้ RL: ตอนนอนร้องเสียงที่ใช้น้ลายหรือสอหรือร้องตามอง	19-24 เดือน	(GM) เตะบอล ขี่ เต้นในบิโกโดยทั่วทั้งตัว (FM) ต่อส่งของในแนวตั้งได้ 5-6 ชิ้น เริ่มฝึกหัดนำของใส่ใส่กล่อง (PS) ใช้ของตามากขึ้นได้ EL: พูดได้ประมาณ 50 คำ เริ่มพูดคำที่มีความหมายสองคำติดกัน เช่น กินข้าว แม่ดู RL: ยังไม่ถึงสองหรือพูดตามคำบอกได้อย่างหลากหลาย ซึ่งวัยนี้ควรได้อย่างน้อย 6 ส่วน
2 เดือน	(GM) จับนม 45 องศาในทรวงอก (FM) มองตามวัตถุได้ทั่วทั้งลำตัว (PS) ยิ้มและสบตา EL: ส่งเสียงในลำคอเช่น อ อ RL: ตอนนอนร้องเสียงที่ใช้น้ลายหรือสอหรือร้องตามอง	25-30 เดือน	(GM) กระโดดสองเท้า เต้นสองเท้า (FM) ชัดเจนในแนวตั้งหรือแนวนอน ชัดเจนในแนวนอน (PS) เริ่มเขียนแบบและเล่นสมมติต่างๆ (PS) พูดได้ประมาณ 2-3 คำ หรือเป็นประโยคสั้นๆ มีจำนวนคำที่รวมประมาณ 200 คำ RL: ทำตามคำสั่งสองขั้นตอนได้ สามารถติดตามสิ่งของง่ายๆ ได้
4 เดือน	(GM) ทำนอนคว่ำลงพื้น เริ่มคลานด้วยตัวเองอย่างช้าๆ ทำมือขึ้นเอาของ (FM) มองตามวัตถุได้ทั่วทั้งลำตัว (180 องศา) โกวัวของใกล้ตัว (PS) เริ่มเล่นของอย่างอิสระอย่างช้าๆ เล่นสมมติหรือของเล่น EL: ส่งเสียง อ อ ได้ตอนเมื่อมีคนคุยด้วย หรือระแคะ RL: เล่นคนเดียว	31-36 เดือน	(GM) ยืนขาเดียว 2-3 วินาที, ขี่จักรยาน 3 ล้อ ขึ้นบิโกโดยทั่วทั้งตัว (FM) ต่อส่งของในแนวตั้งได้ 8 ชิ้นหรือมากกว่า เขียนแบบการวาดรูปวงกลม (PS) เล่นสมมติอย่างช้าๆ เล่นสมมติอย่างช้าๆ EL: เริ่มส่งเสียงโต้ตอบอย่างช้าๆ ไม่ทันใจ บอกเวลาหรือการกินอาหาร บอกชื่อของของ ๓๓ หรืออายุ พ่อแม่ RL: รู้จักชื่ออย่างน้อย 1-2 สิ่ง เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว
6 เดือน	(GM) นั่งขึ้นเมื่อมีคนช่วย พยายามคลานด้วยตัวเอง (FM) หยิบของด้วยมือเดียว (PS) ทำเสียงอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ EL: เริ่มส่งเสียงอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ RL: เล่นคนเดียวอย่างช้าๆ	37-48 เดือน	(GM) กระโดดสามเท้า ลงบิโกโดยทั่วทั้งตัว (FM) วาดรูปวงกลมตามแบบ วาดรูปวงกลมตามแบบ (+) ต่อส่งของ 3 ชิ้นเป็นระยะ (PS) เล่นสมมติอย่างช้าๆ เล่นสมมติอย่างช้าๆ EL: พูดคำหรือประโยคอย่างช้าๆ เล่นสมมติอย่างช้าๆ RL: เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว
7-8 เดือน	(GM) นั่งลงด้วยตัวเองโดยไม่ต้องการช่วย (FM) มองตามของตก เปลี่ยนมือถือของ ใช้มือถือของในลำตัว (PS) สนุกกับการเล่นอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ EL: ทำเสียงอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ RL: มองตามสิ่งที่ผู้เลี้ยงดูชี้	49-60 เดือน	(GM) กระโดดสี่เท้า กระโดดขาเดียว กระโดดขาเดียว (FM) วาดรูปวงกลมตามแบบ วาดรูปวงกลมตามแบบ (+) ต่อส่งของ 3 ชิ้นเป็นระยะ (PS) เล่นสมมติอย่างช้าๆ เล่นสมมติอย่างช้าๆ EL: พูดคำหรือประโยคอย่างช้าๆ เล่นสมมติอย่างช้าๆ RL: เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว
9-10 เดือน	(GM) ลุกขึ้นจากท่านอน, กลาน, เทียบตัวขึ้นยืน, เกาะยืน (FM) ใช้มือถือของอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ (PS) เล่นสมมติอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ EL: ส่งเสียงอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ RL: เริ่มทำตามคำสั่งอย่างช้าๆ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว	61-72 เดือน	(GM) เดินบนเส้นกำกับ เดินท่ามกลางของเล่น เริ่มจับของโดยมือเดียว กระโดดไกล 120 ซม.บนเส้นตรง (FM) วาดรูปวงกลมตามแบบ วาดรูปวงกลมตามแบบ (+) ต่อส่งของ 3 ชิ้นเป็นระยะ (PS) เล่นสมมติอย่างช้าๆ เล่นสมมติอย่างช้าๆ EL: พูดคำหรือประโยคอย่างช้าๆ เล่นสมมติอย่างช้าๆ RL: เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว
11-12 เดือน	(GM) ยืนได้เองอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ (FM) ส่งของอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ (PS) เล่นสมมติอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ EL: ส่งเสียงอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ RL: เริ่มทำตามคำสั่งอย่างช้าๆ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว		
13-15 เดือน	(GM) เดินได้เอง (FM) หยิบของด้วยมือเดียว (PS) ใช้เท้าหรือมือถือของอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ EL: พูดคำที่มีความหมายได้ 1-3 คำ เริ่มทำตามคำสั่งอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ RL: เริ่มทำตามคำสั่งอย่างช้าๆ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว		
16-18 เดือน	(GM) การคลานหรือยืนขึ้นโดยไม่ต้องการช่วย (FM) ต่อส่งของในแนวตั้งได้ 2-3 ชิ้น ชัดเจนในแนวตั้ง (PS) รู้จักปฏิเสธ หรือบอกความต้องการอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ EL: พูดคำที่มีความหมายอย่างช้าๆอย่างช้าๆอย่างช้าๆ RL: เริ่มทำตามคำสั่งอย่างช้าๆ ได้เท่า เท่ากันแล้ว เข้าใจคำกริยาที่แสดงการกระทำ ได้เท่า เท่ากันแล้ว		

GM = gross motor, FM = fine motor, PS = personal social
RL = receptive language, EL = expressive language

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก

บทบาทการดูแลเด็ก 0-5 ปีจำเป็นต้องมีหลายภาคส่วนในชุมชนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4) สถานพยาบาล และ 5) ผู้ปกครอง

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁷

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดการศึกษาปฐมวัยแก่เด็กอายุ 3 – 5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยใช้งบประมาณจากเงินรายได้เทศบาลเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการเพื่อมุ่งพัฒนาความพร้อมแก่เด็กในวัย 3 – 5 ปีให้ได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกายอารมณ์จิตใจสังคมสติปัญญาและมีความพร้อมในการเข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนราชการต่างๆที่ดำเนินการจัดตั้งสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยดำเนินการในศูนย์เด็กเล็กจำนวน 7,520 แห่งกรมการศาสนากระทรวงศึกษาธิการ (ปัจจุบันอยู่ในสังกัดกระทรวงวัฒนธรรม) ดำเนินการในวัด / มัสยิดเรียกว่าศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด / มัสยิดจำนวน 4,155 แห่งและสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช.) ดำเนินการในโรงเรียนเรียกว่าการจัดการศึกษาอนุบาล 3 ขวบ จำนวน 2,651 แห่งรวม ทั้งสิ้น 14,326 แห่ง ส่วนราชการดังกล่าวต่างมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาเด็กวัย 3 – 5 ขวบให้มีความพร้อมด้านร่างกายอารมณ์จิตใจสังคมสติปัญญา มีคุณธรรมและจริยธรรม เพื่อศักยภาพในการศึกษาต่อในระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกันต่อมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ส่วนราชการต่างๆ ดำเนินการได้ถ่ายโอนให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับการกระจายอำนาจจากรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการแทนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ภายใต้การส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทั้งด้านวิชาการงบประมาณและการพัฒนาบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ส่วนราชการต่างๆถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งขึ้นเองถือว่าเป็นสถานศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ. 2542 มาตรา 18 และมาตรา 4 แต่ก็ยังมีความแตกต่างหลายหลายทั้งในด้านโครงสร้างการบริหารงานได้แก่ด้านบุคลากรด้านการบริหารจัดการด้านวิชาการและกิจกรรมตามหลักสูตรด้านอาคารสถานที่สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านการมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากชุมชนรวมถึงการพัฒนาคุณภาพซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องรับผิดชอบภารกิจในการจัดการศึกษาให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน

ดังนั้นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเฉพาะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหัวหน้าส่วนราชการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานประกอบด้วยด้านการบริหารงานด้านการบริหารงบประมาณด้านการบริหารงานบุคคลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ด้านการบริหารงาน หมายถึง การจัดตั้งย้ายรวมยุศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและการปรับปรุงอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กการให้บริการการอบรมเลี้ยงดูการจัดประสบการณ์และการ ส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้การส่งเสริมวิชาการและกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลักสูตรการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์กับชุมชนการส่งเสริมสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากชุมชนการส่งเสริมเครือข่ายการพัฒนาเด็ก ปฐมวัย

2) ด้านการบริหารงบประมาณ หมายถึง การจัดสรรวิธีดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณเงินอุดหนุนจากกรม ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและงบประมาณเงินรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังนี้ค่าอาหารเสริม (นม) ค่าอาหารกลางวันค่าตอบแทนและค่าครองชีพของบุคลากรเงินประกันสังคมของบุคลากรค่าวัสดุการศึกษาค่า พาหนะนำส่งเด็กไปสถานพยาบาลทุนการศึกษา และอื่นๆการดำเนินการจัดหาหนังสือวัสดุอุปกรณ์การเรียน

3) ด้านการบริหารงานบุคคล หมายถึง การสรรหาการเลือกสรรและการปรับสถานภาพของบุคลากรใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กการสนับสนุนอัตราผู้ช่วยครูผู้ดูแลเด็ก และตำแหน่งอื่นที่เหมาะสมการพัฒนาบุคลากรการ ปฐมนิเทศบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กการอบรมและการศึกษาดูงานการนิเทศติดตามการดำเนินงานในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กการส่งเสริมสนับสนุนให้ทุนการศึกษาการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานบุคลากรในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก

2) อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)⁸⁻⁹

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้านกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่ม ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อสม.จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบท และชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม.อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่เมื่ตรวดเม็ดทรายเมื่อยามกระจายอยู่ตาม หมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯพลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงตั้งภูผารวมที่จะ ต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชนประเภทและจำนวนกระทรวง สาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับ การอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่นการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้า ระวังและป้องกันโรคการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนดการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนใน

หมู่บ้าน/ชุมชนโดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

บทบาทอสม.

1) ติดตามเยี่ยมเด็กเกิดใหม่ทุกคน (รวมทั้งการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ใหม่แนะนำครอบครัวใหม่) และจัดทำฐานข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบและส่งต่อได้ถูกต้องครบถ้วน

2) แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน

3) แนะนำพ่อแม่ชี้มน้ำหนักวัดส่วนสูงและบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

4) แนะนำพ่อแม่อ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กรวมถึงการสังเกตติดตามพัฒนาการลูก

5) กระตุ้นเตือนพ่อแม่พาลูกไปรับวัคซีนตามนัด

6) ถ่ายทอดความรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้แก่พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กในครอบครัวและผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก

7) เฝ้าระวัง (รวบรวมเรียบเรียงวิเคราะห์ข้อมูล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผนการปฏิบัติงานและการประเมินผล) และร่วมวางแผนชุมชนด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

8) ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิกสุขภาพเด็กดี

9) แนะนำผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละช่วงวัย

10) ส่งเสริมการเล่นที่ปลอดภัยอย่างน้อย 15 นาทีไม่ให้ลูกอายุน้อยกว่า 2 ขวบดูทีวี เพราะอาจจะส่งผลให้เด็กพูดช้า หรือ สมาธิสั้น

11) ให้บริการแบบองค์รวม อาทิเยี่ยมบ้าน ติดตามเด็กกรณีไม่มาตามนัด ประเมินเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย เมื่อพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หรือมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามวัย ให้ส่งพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแพทย์จากนั้นติดตาม และกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าอย่างต่อเนื่องพร้อมบันทึกผลการประเมินส่งให้ รพ/รพสต. ทุกเดือน

12) ร่วมเป็นคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก¹⁰⁻¹¹

เป็นสถานศึกษาที่ให้การอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้ให้เด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 - 5 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น หรือใกล้เคียงได้ตามศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความพร้อม ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาที่เหมาะสมตามวัย ตามศักยภาพของเด็กแต่ละคนพัฒนาเป็นไปตามวัยแต่ละช่วงอายุ สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย ให้เด็กเล็ก พร้อมทั้งจะเข้ารับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นต่อไป และหน้าที่ที่เพิ่มมาในงานวิจัยนี้ คือ

- ▶ เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกคน โดยใช้คู่มือ DSPM เทอมละ 1 ครั้ง ช่วงเปิดเทอม
- ▶ เด็กที่พบพัฒนาการไม่สมวัยส่งต่อ รพสต./ โรงพยาบาล ในพื้นที่
- ▶ ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในกรณีเด็กที่พัฒนาการไม่สมวัย และดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
- ▶ จัดส่งรายงานการประเมินพัฒนาการเด็กทุกคน ส่งให้ รพสต./ โรงพยาบาล ในพื้นที่ทุกเดือน
- ▶ จัดการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- ▶ รายงานพัฒนาการเด็ก และประชุมร่วมกับผู้ปกครองเพื่อหาแนวทางส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกัน ผ่านสมุดพก ประชุมผู้ปกครอง โทรศัพท์ เป็นต้น เพื่อให้พ่อแม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- ▶ ประสานงานกับทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนา ปรับปรุงศูนย์ตนเองอย่างสม่ำเสมอ

4) สถานพยาบาล

สถานบริการที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์ โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนได้ และมีองค์ประกอบด้านบุคลากร เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอ โดยมีทั้งที่มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ ในที่นี้หมายรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

4.1 รพสต.

- ▶ ให้ความรู้และฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการแก่พ่อ แม่ และผู้ปกครองเด็ก
- ▶ จัดบริการตรวจคัดกรอง(Screening)พัฒนาการเด็กในคลินิกเด็กดี 4 ช่วงอายุ คือ 9, 18, 30, 42 เดือน ทุกราย
- ▶ ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง(LBW,BA) ที่ไม่ได้รับการประเมินตามช่วงวัย
- ▶ บันทึกข้อมูล ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และโปรแกรมข้อมูล DSPM
- ▶ สอนวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้แก่ผู้ปกครองในกรณีพบล่าช้า ติดตามและนัดตรวจซ้ำ 1 เดือน
- ▶ ส่งต่อ case ที่พัฒนาการไม่สมวัย ให้ รพช./รพท.

4.2 รพช. / รพท.

- ▶ มอบคู่มือและให้ความรู้การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับพ่อแม่ เด็กกลุ่มปกติและเด็กกลุ่มเสี่ยงทุกราย
- ▶ ตรวจสอบประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุที่กำหนด และบันทึกข้อมูล
- ▶ ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก(ที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.สต./งานส่งเสริมฯ ของ รพช.) โดยใช้คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA 4I)
- ▶ กระตุ้นพัฒนาการเด็กตามคู่มือ TEDA4I ครบ 3 เดือนแล้วยังพบว่ามีปัญหาพัฒนาการล่าช้าและ/หรือมีปัจจัยแทรกซ้อน ให้ส่งต่อไป รพศ. เพื่อพบแพทย์/กุมารแพทย์

4.3 รพศ

- ▶ ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (รพช./รพท.) โดยใช้คู่มือประเมินและแก้ไข/ฟื้นฟูพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (TDSI3: Thai Developmental Skills Inventory for Children from Birth to Five Year III)
- ▶ วินิจฉัยโรคเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ารวมทั้งโรคร่วม
- ▶ ประเมินและแก้ปัญหาเพิ่มเติมด้วย CPG รายโรคและรักษาโรคร่วม
- ▶ ส่งต่อเด็กที่ยังมีพัฒนาการล่าช้าไปยังสถาบันเฉพาะต่อไป

5) ผู้ปกครอง

- ▶ ส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการตามช่วงวัย โดยใช้หลักการ กิน กอด เล่น เล่า
- ▶ ประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการตามช่วงวัย อายุ 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 30,36, 42, 48,54, และ 60 เดือน ตามคู่มือ DSPM
- ▶ บันทึกข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละช่วงวัยในสมุดพัฒนาการเด็กปฐมวัย ส่งให้ รพสต./โรงพยาบาล ในวันนัดวัคซีน/สมุดตามนัดทุกครั้ง

ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการที่ผิดปกติของเด็ก

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีปัจจัยทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำแนกเป็น 1) ปัจจัยมารดาและบิดา 2) ปัจจัยของเด็กและ 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยมารดาและบิดา

ปัจจัยของมารดาและบิดาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อระดับพัฒนาการตั้งแต่ปฏิสนธิจนกระทั่งคลอดมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของมารดาและบิดา

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของมารดาและบิดาพบว่าอายุของบิดามารดาระดับการศึกษาอาชีพรายได้และสถานภาพสมรสมีผลต่อพัฒนาการของเด็กจากการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย¹² ด้วยวิธีการสำรวจภาคตัดขวางในกลุ่มเด็กปฐมวัยพบว่าอายุของบิดามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ($p\text{-value} = 0.016$) และพบว่าเด็กที่คลอดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี¹³ ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 31) มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้านอกจากนี้จากการพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี 2557¹⁴ พบว่าอายุของมารดามีอิทธิพลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมารดาที่มีอายุระหว่าง 20-35 ปีและมากกว่า 35 ปีมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยลดลงร้อยละ 18 และ 33 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีเนื่องจากว่ามารดากลุ่มดังกล่าวอยู่ในช่วงวัยทำงานมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการดูแลเอาใจใส่บุตรส่งผลให้บุตรมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้าในส่วนของการศึกษาของมารดาพบว่ามารดาที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือสูงกว่ามีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการปกติประมาณ 2.2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีมารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา¹⁵ นอกจากนี้เด็กมีโอกาสมิพัฒนาการล่าช้าประมาณ 1.2 - 2.1 เท่าในกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการศึกษา (2.1; 1.50-2.80) ประถมศึกษา(1.6; 1.39-1.94) และมัธยมศึกษา (1.2; 1.02-1.38) เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า¹⁶และเด็กที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้าประมาณ 3.3 เท่า (3.3; 1.25 - 8.6) เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่คลอดจากมารดาที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี¹⁷

สำหรับปัจจัยด้านการประกอบอาชีพของมารดาพบว่ามารดาที่มีอาชีพค้าขายรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจรับจ้าง/เกษตรกรมีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.11;1.06 และ 0.79 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ทำงานหรือแม่บ้าน¹⁴และพบว่าเด็กที่มีมารดาประกอบอาชีพเกษตรกรและมารดาที่ไม่มียานทำหรือเป็นแม่บ้านมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีมารดารับราชการประมาณ 1.9 เท่า (1.9; 1.50-2.51) และ 1.4 เท่า (1.4; 1.12-1.85) ตามลำดับ¹⁶

สำหรับปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวจากการศึกษาพัฒนาการของเด็กอายุ 1-3 ปีในจังหวัดแพร่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีผลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)¹⁸ และการศึกษา

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยด้านการเลี้ยวของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁹พบว่าปัจจัยรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยของเด็ก ($p=0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้การศึกษาพัฒนาการของเด็กปฐมวัยด้านการเลี้ยวของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁹พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรสของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) และการศึกษาพัฒนาการของเด็กอายุ 1-3 ปีในจังหวัดแพร่¹⁸พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

1.2 การเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยในการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์พบว่ามารดาที่มีโรคประจำตัวภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์การฝากครรภ์การคลอดการได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีนและการดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์มีผลต่อพัฒนาการของเด็กมารดาช่วงตั้งครรภ์มีปัญหาการเจ็บป่วยเช่น Congenital Cytomegalovirus, Toxoplasmosis , Rubella เป็นต้น

ในส่วนของปัจจัยการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์พบว่าเด็กปฐมวัยที่มารดาไม่มีโรคประจำตัวจะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยดีกว่า 1.19 เท่า ($OR=1.19$; 95%CI: 1.01-1.39) เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปฐมวัยที่มารดาป่วยเป็นโรคประจำตัว¹⁴และพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กมีพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ 32.9) เกิดจากมารดาที่มีโรคประจำตัวและเด็กมีโอกาสที่จะมีพัฒนาการล่าช้าได้ประมาณ 1.3 เท่า ($OR=1.3$; 95%CI: 1.16-1.57)¹⁶

สำหรับภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์พบว่ามารดามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 14.7²⁰ และการที่มารดามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า 1.46 เท่า ($OR=1.46$; 95%CI: 1.17-1.82)¹⁴ และพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ร้อยละ 38.2) เกิดจากมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าถึง 1.7 เท่า ($OR=1.7$; 95%CI: 1.41-2.09)¹⁶

สำหรับปัจจัยการฝากครรภ์การคลอดการได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีนและการดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์พบว่ามารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์มีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้าถึง 1.2 เท่า ($OR=1.2$; 95%CI: 1.06-1.27)¹⁶และเด็กที่คลอดผิดปกติมีโอกาสที่พัฒนาการล่าช้าเมื่อเทียบกับเด็กที่คลอดปกติถึง 20 เท่า ($OR=20.3$; 95%CI: 9.5-204.1)²¹ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กประมาณ 1 ใน 3 ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ร้อยละ 28.4) คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีนโดยที่ไม่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีนมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้า 1.1 เท่า ($OR=1.1$; 95%CI: 1.03-1.28)¹⁶ ถึง 1.4 เท่า ($OR=1.4$; 95%CI: 1.00-1.83)¹⁷

2) ปัจจัยของเด็ก

การมีความผิดปกติของพัฒนาการหรือการมีพัฒนาการล่าช้าเกี่ยวข้องกับปัจจัยของเด็กโดยตรงโดยเด็กทารกส่วนใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตของสมองและร่างกายล่าช้ามักเกี่ยวข้องกับความผิดปกติในช่วงระยะแรกเกิดหลังคลอดซึ่งอาจเกิดจากการได้รับการบาดเจ็บการขาดเลือดขาดน้ำตาลหรือขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองขณะคลอดหรือความผิดปกติจากอวัยวะบางส่วนที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ที่มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม

โดยทั่วไปพันธุกรรมมีอิทธิพลต่อลักษณะทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัดซึ่งประมาณ 1 ใน 5 มักมีลักษณะความผิดปกติของโครโมโซม (ร้อยละ 18)²⁰ โดยเฉพาะการป่วยด้วยกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) เป็นความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 และเป็นสาเหตุของความบกพร่องของพัฒนาการหรือสติปัญญาที่พบบ่อยที่สุดปัจจุบันยังมีโรคทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องของพัฒนาการดังกล่าวอีกหลายโรคได้แก่กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (Fragile Syndrome) กลุ่มอาการพรเดอร์-วิลลี (Prader-Willi Syndrome) และ Velocardiofacial Syndrome เป็นต้นซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวมีลักษณะจำเพาะและจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษเท่านั้นประวัติครอบครัวที่พบว่าสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีพัฒนาการผิดปกติเช่นพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าหรือพัฒนาการหลายด้านล่าช้าภาวะสติปัญญาบกพร่องกลุ่มอาการออทิสซึมปัญหาการได้ยินผิดปกติ เป็นต้น

2.2 ปัจจัยของน้ำหนักทารกแรกเกิดและอายุครรภ์เมื่อคลอด

การมีน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่าปกติส่งผลต่อปัญหาสุขภาพรวมถึงภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งพัฒนาการทางภาษา²² โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัย ($p\text{-value}=0.045$)¹² โดยพบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัมมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 1.21 เท่า ($OR=1.21$; 95%CI: 1.01- 1.45)¹⁴ และอาจสูงถึง 1.5 เท่า ($OR=1.5$; 95%CI: 1.01-2.53)¹⁷ จากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ร้อยละ 31.7) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 1.3 เท่า ($OR=1.3$; 95%CI: 1.13-1.49)¹⁶ และจากการติดตามสภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก²¹ เขตบริการสุขภาพทั่วประเทศไทยพบว่าเด็กที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 39.3 เท่า ($OR=39.3$; 95%CI: 7.2-214.1)

2.3 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยขณะคลอดและภาวะโภชนาการ

ในกรณีที่เด็กมีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอดและไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของทารกโดยทารกจะมีภาวะหายใจเร็วหรือหยุดหายใจมีภาวะ Hypoxic- Ischemic Encephalopathy และอาจมีความรุนแรงถึงขั้นสมองพิการและเสียชีวิตได้โดยทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนที่นาที่ที่ 1 มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าประมาณ 1.8 เท่า ($OR=1.8$; 95%CI: 1.42- 2.42) และทารกที่มี

ภาวะขาดออกซิเจนที่นาที่ 5 มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าประมาณ 3.6 เท่า (OR = 3.6; 95%CI: 2.19-6.00)¹⁶

สำหรับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต่อเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนทำให้สมองส่วน Hippocampus พิกาส่งผลต่อการมีภาวะบกพร่องทางเชาว์ปัญญานอกจากนี้ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองร่วมกับภาวะขาดออกซิเจนภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำติดเชื่อและคลอดก่อนกำหนดมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดสมองพิการเนื่องจากการมีภาวะการจับของสารบิริรูบินในแกนสมองและส่งผลต่อการมีอาการชักและพัฒนาการล่าช้า²³

จากการศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กพบว่าเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีโอกาเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.5 เท่า (OR=1.5; 95%CI: 1.29-1.77) และเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มีโอกาเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.3 เท่า (OR=1.3; 95%CI: 1.08-1.48) ตามลำดับ¹⁶

นอกจากนี้เด็กเตี้ยจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ 1.5 เท่า (OR = 1.5; 95%CI: 0.75-2.84) อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷และการศึกษาของประเทศยูกันดา²⁴พบว่าภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้จากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่าเด็กที่มีโรคประจำตัวมีโอกาเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 2.4 เท่า (OR=2.4; 95%CI: 1.05-1.55)¹⁶ การเจ็บป่วยที่รุนแรงอื่นๆเช่นการติดเชื้อในสมองหรือเยื่อหุ้มสมองภาวะเหลืองจากบิริรูบินที่สูงมากจนต้องมีการถ่ายเปลี่ยนเลือดการขาดสารอาหารที่สำคัญเช่นไอโอดีนเหล็กสารพิษหรือสารปนเปื้อนต่างๆที่อาจมีผลต่อการพัฒนาสมองเช่นสารเสพติดโลหะหนักต่างๆ ได้แก่ ตะกั่วสารหนู เป็นต้น

2.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการกินนมแม่

จากรายงานของ WHO ในค.ศ.2013 พบว่าการไม่ได้กินนมแม่ส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็กลดลง²⁵อย่างไรก็ตามจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย¹⁶โดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าพฤติกรรมกินนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($p\text{-value}=0.887$) โดยที่เด็กที่กินและไม่กินนมแม่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าใกล้เคียงกัน

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

สำหรับปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ปัจจัยด้านลักษณะพื้นที่อยู่อาศัยปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลเด็กและพฤติกรรมเลี้ยงดูมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านลักษณะพื้นที่อยู่อาศัยพบว่าเด็กอายุ 3-5 ปีในเขตภาคตะวันออกที่อาศัยในชุมชนเมืองมีค่าคะแนนพัฒนาการสูงกว่าเด็กที่อาศัยในชนบท²⁶นอกจากนี้การศึกษาในประเทศโคลัมเบีย²⁷พบว่าความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการในเด็กโดยเด็กที่อาศัยอยู่ใกล้กับโรงงานหลอมตะกั่วมีความสัมพันธ์ต่อความบกพร่องทางสติปัญญาแบบกล้ำเนื้อและพัฒนาการด้านพฤติกรรมและปรากฏอาการให้เห็นในเด็กช่วงอายุ 2-10 ปี และ

การศึกษาในประเทศบังกลาเทศ²⁸พบว่าเด็กที่บริโภคน้ำดื่มปนเปื้อนกับสารแมงกานีสในปริมาณที่สูงมีความสัมพันธ์ต่อการมีระดับไอคิวต่ำกว่าเกณฑ์

สำหรับปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลเด็กพบว่าการศึกษาของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ($p\text{-value}<0.05$) และยังพบว่าเด็กที่มีผู้ดูแลหลักไม่ใช่บิดามารดามีโอกาสที่จะมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 124.2 เท่า ($OR=124.2$; $95\%CI$: 58.5 - 263.4)²¹ และเด็กที่มีผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าประมาณ 1.2 เท่า ($OR=1.2$; $95\%CI$: 1.05-1.46)¹⁶ ในส่วนของพฤติกรรมความเสี่ยงดูพบว่าจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่าครอบครัวที่ไม่เล่นกับเด็กมีโอกาเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าประมาณ 1.4 เท่า ($OR = 1.4$; $95\%CI$: 1.14- 1.61) และครอบครัวที่ไม่มีการเล่นนิทานให้เด็กฟังมีโอกาเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 1.4 เท่า ($OR = 1.4$; $95\%CI$: 1.26-1.61)¹⁶ การเลี้ยงดูมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยส่วนใหญ่การขาดการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมมักเป็นสาเหตุร่วมของภาวะพูดช้าแต่ถ้าเป็นสาเหตุหลักต้องเป็นการละเลยทอดทิ้งที่รุนแรงเมื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูให้เหมาะสมจะทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปบิดามารดาจำนวนมากต้องทำงานนอกบ้านจึงมีเวลาในการเลี้ยงดูเด็กโดยตรงน้อยส่วนหนึ่งอาจมีญาติหรือพี่เลี้ยงช่วยดูแลและอีกจำนวนหนึ่งอาจพาเด็กไปฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยงเด็กการพิจารณาเรื่องการเลี้ยงดูจึงต้องรวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมอื่นๆรอบตัวเด็กว่าจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการมีพัฒนาการที่ดีขึ้นมากน้อยเพียงใดสภาพแวดล้อมในที่นี้ยังครอบคลุมถึงสื่อประเภทต่างๆที่มีรอบตัวเด็กมากขึ้นตั้งแต่ในช่วงแรกของชีวิตแม้จะยังมีข้อมูลจากการศึกษาวิจัยถึงผลกระทบของสื่อต่างๆต่อการพัฒนาของเด็กค่อนข้างจำกัดแต่จากการสังเกตเด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้าจำนวนมากพบว่าการใช้เวลาในการดูโทรทัศน์หรือสื่อประเภทเดียวกันเป็นเวลานานอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้าหรือเปี่ยงเบนได้ จากงานวิจัยข้างต้นสามารถสรุปปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้าได้ดังนี้

ปัจจัยพ่อแม่และแม่ ได้แก่

1. ประวัติมารดาช่วงตั้งครรภ์ว่ามีปัญหาการเจ็บป่วยเช่น Congenital Cytomegalovirus, Toxoplasmosis , Rubella หรือใช้สารเคมีใดๆที่มีผลกระทบต่อเด็กเช่นแอลกอฮอล์ เป็นต้น
2. คุณลักษณะทางประชากรของมารดาและบิดา
3. ประวัติครอบครัวที่พบว่ามีสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีพัฒนาการผิดปกติเช่นพัฒนาการด้านภาษา ล่าช้าหรือพัฒนาการหลายด้านล่าช้าภาวะสติปัญญาบกพร่องกลุ่มอาการออทิสซึมปัญหาการได้ยินผิดปกติ เป็นต้น

ปัจจัยของเด็ก

1. การขาดออกซิเจนขณะเด็กเกิด
2. การเกิดก่อนกำหนด
3. น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าปกติโดยเฉพาะกลุ่มที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม
4. การเจ็บป่วยที่รุนแรงอื่นๆ เช่น การติดเชื้อในสมองหรือเยื่อหุ้มสมองภาวะเหลืองจากบิลิรูบินที่สูงมากจน

ต้องมีการถ่ายเปลี่ยนเลือด เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่

1. การเจ็บป่วยต่างๆ โดยเฉพาะที่มีผลกระทบต่อสมองโดยตรง
2. ปัญหาการขาดสารอาหารที่สำคัญ เช่น ไอโอดีน เหล็ก โฟเลต เป็นต้น
3. สารพิษหรือสารปนเปื้อนต่างๆ ที่อาจมีผลต่อการพัฒนาสมอง เช่น สารเสพติด โลหะหนักต่างๆ ได้แก่ ตะกั่ว สารหนู เป็นต้น

4. การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

การคัดกรอง เฝ้าระวัง และดูแลพัฒนาการของเด็กแต่ละกลุ่ม²⁹⁻³⁰

การติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก (Developmental surveillance) เป็นแนวทางสำหรับการดูแลสุขภาพเด็กที่ได้รับการยอมรับเพิ่มมากขึ้นในช่วงหลังและเป็นที่ยอมรับว่ามีความเหมาะสมมากกว่าการประเมินหรือ ตรวจคัดกรองด้วยแบบทดสอบด้านพัฒนาการเพียงอย่างเดียวหากเด็กได้รับการตรวจประเมินและช่วยเหลือปัญหาพัฒนาการ หรือพฤติกรรมตั้งแต่ระยะแรกของชีวิตจะมีผลดีต่อการพยากรณ์โรคหรือหมายถึงโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในระยะยาว จึงควรมีการเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการกำกับดูแลสุขภาพเด็กทุกครั้งที่ได้มีการรับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี

สรุปขั้นตอนในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

1. การตรวจคัดกรองพัฒนาการ (Developmental screening)
2. การตรวจประเมินพัฒนาการ (Developmental assessment)
3. การให้การวินิจฉัยและหาสาเหตุ (Diagnosis)
4. การให้การรักษาและส่งเสริมพัฒนาการ (Treatment and early Intervention)
5. การติดตามและประเมินผลการรักษาเป็นระยะ (Follow up and evaluation)

1) การตรวจคัดกรองพัฒนาการ (Developmental screening) ซึ่งมีแนวทางดังนี้

- การสอบถามและรับฟังผู้เลี้ยงดูเด็กว่ามีความกังวลใดๆ เกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กหรือไม่
- ชักประวัติพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กในช่วงที่ผ่านมา
- สังเกตพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กระหว่างที่มารับบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่

ส่งเสริมการป้องกันความเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการ

- บันทึกผลการตรวจประเมินต่างๆอย่างละเอียดเพื่อประโยชน์ในการติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการต่อไปตามความเหมาะสม
- หากผู้ปกครองหรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการมีความกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กควรทำการตรวจประเมินพัฒนาการของเด็กด้วยแบบคัดกรองที่เหมาะสม (developmental assessment)
- ควรประเมินคัดกรองพัฒนาการ (developmental assessment) ด้วยเครื่องมือมาตรฐานที่เหมาะสมในเด็กทุกรายที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีเมื่อเมื่ออายุ 9, 18 และ 24-30 เดือนหากไม่มีข้อจำกัดของสถานบริการ
- ถ้าประเมินคัดกรองพัฒนาการแล้วไม่พบความผิดปกติโดยที่ผู้ปกครองและผู้ให้บริการไม่มีข้อสงสัยหรือความกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กให้นัดเด็กตรวจในครั้งต่อไปตามตารางนัดปกติ แต่ถ้าหากผู้ปกครองหรือผู้ให้บริการมีข้อสงสัยหรือความกังวลว่าเด็กอาจมีความผิดปกติอาจนัดเด็กมาก่อนกำหนดนัดปกติเพื่อติดตามต่อไป
- ถ้าผลการประเมินคัดกรองพัฒนาการพบความผิดปกติควรส่งเด็กไปตรวจประเมินเพิ่มเติมโดยละเอียดต่อไป

2) การตรวจประเมินพัฒนาการ (Developmental assessment)

ปัจจุบันหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนได้พัฒนาเครื่องมือในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กจำนวนมากอย่างไรก็ตามเครื่องมือดังกล่าวมีความหลากหลายและมีวิธีการใช้ที่แตกต่างกันโดยอาศัยความละเอียดของกรวัดเพื่อให้การคัดกรองมีความละเอียดและแม่นยำมากยิ่งขึ้นโดยทั่วไปกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเครื่องมือการคัดกรองพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Ministry of Public Health, Member of Child Development, 2015) มีรายละเอียดดังนี้

2.1 เครื่องมือการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (Screening Test) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Gold Standard) โดยใช้การวัดตามเกณฑ์มาตรฐานของ Denver II มีเกณฑ์การคัดกรองทั้งหมด 125 ข้อซึ่งการใช้เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการตามเกณฑ์มาตรฐานของ Denver II มีข้อจำกัดต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนและปัญหาด้านลิขสิทธิ์ดังนั้นกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขจึงพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองพัฒนาการเด็กอนามัย 49 และอนามัย 55 ตามลำดับโดยพิจารณาเลือกประเด็นที่สำคัญจากการคัดกรองตามเกณฑ์มาตรฐานของ Denver II จำนวน 44 ข้อจากทั้งหมด 125 ข้อซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II

สำหรับเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II (Denver Developmental Screening Test II: DDST) เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัยจัดพิมพ์ครั้งแรกเมื่อปีค.ศ.1967 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II ประกอบด้วยแบบทดสอบจำนวน 125 ข้อ 4 ด้านคือ 1) ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง 2) ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว 3) ด้านภาษาและ 4) ด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่นอกจากนี้ภายหลัง

จากการทดสอบพื้นที่จะมีการบันทึกลักษณะพฤติกรรมของเด็กขณะทดสอบ 5 ประเภทเพื่อยืนยันผลการคัดกรองตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมโดยรวมเพื่อความแม่นยำของผลการทดสอบ

2.1.2 แบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (อนามัย 55)

สำหรับแบบคัดกรองและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (อนามัย 55) เป็นแบบเฝ้าระวังพัฒนาการเบื้องต้น (Developmental Surveillance) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเพื่อใช้ในการติดตามพัฒนาการเด็กให้คำแนะนำและส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยในกรณีที่เด็กที่ได้รับการคัดกรองแล้วไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งในครั้งที่ 1 เด็กควรได้รับการคัดกรองใหม่ซ้ำครั้งที่ 2 เพื่อเป็นการยืนยันและผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูควรส่งเสริมพัฒนาการของเด็กภายใน 1 เดือนก่อนมาคัดกรองซ้ำในกรณีที่เด็กยังไม่ผ่านในการคัดกรองครั้งที่ 2 เด็กควรได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐานเช่นเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II แบบประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (300 ข้อ) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเพื่อประเมินพัฒนาการที่ส่งต่อไป

2.1.3 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

สำหรับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) เป็นเครื่องมือใช้สำหรับการประเมินพัฒนาการและคัดกรองเด็กประกอบด้วย 116 ข้อซึ่งคล้ายคลึงกับหัวข้อการคัดกรองของเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II จำนวน 51 ข้อ (ร้อยละ 44) และมีจำนวนข้อซ้ำกับคู่มือการประเมินพัฒนาการสำหรับการป้องกันจำนวน 90 ข้อ (ร้อยละ 77.6)

2.1.4 คู่มือการประเมินพัฒนาการสำหรับการป้องกัน

คู่มือการประเมินพัฒนาการสำหรับการป้องกัน (Development Assessment for Prevention Manual; DAIM) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการคัดกรองเด็กกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงได้แก่น้ำหนักตัวน้อยมีภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) สำหรับคู่มือการประเมินพัฒนาการสำหรับการป้องกันประกอบด้วยแบบทดสอบจำนวน 111 ข้อและมีแบบทดสอบเกี่ยวกับระบบประสาท (Neuro Sign) อีกจำนวน 7 ข้อโดยคู่มือการประเมินพัฒนาการสำหรับการป้องกันมีเนื้อหาซ้ำซ้อนกับเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II จำนวน 41 ข้อ (ร้อยละ 36.9) และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 90 ข้อ (ร้อยละ 81.1)

ในงานวิจัยครั้งนี้เมื่อพิจารณาจากประสิทธิภาพของเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และบริบทของพื้นที่จึงเลือกใช้ “คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM)” เป็นเครื่องมือใช้สำหรับการประเมินพัฒนาการและคัดกรองเด็ก

3) การให้การวินิจฉัยและหาสาเหตุ (Diagnosis)

1. การซักประวัติ

- 1.1 โรคประจำตัวต่างๆ ที่จะเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น โรคลมชัก
- 1.2 การเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญหาการเรียน โรคทางระบบประสาท เป็นต้น
- 1.3 โรคทางพันธุกรรม เช่น มีพัฒนาการล่าช้าในครอบครัวมีการแต่งงานในเครือญาติ มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในญาติพี่น้องก่อนวัยอันควร
- 1.4 การตั้งครรภ์ของมารดาตั้งแต่ประวัติฝากครรภ์ การเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติการได้รับสารพิษต่างๆ เช่น สุราบุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ ประวัติการเลี้ยงดูที่มีผลต่อเด็ก
- 1.5 ประวัติเกี่ยวกับการคลอด เช่น อายุครรภ์ วิธีการคลอดข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการต่างๆ น้ำหนักแรกเกิด คะแนนเอพการ์ ภาวะคลอดลำบากและการเจ็บป่วยต่างๆ ช่วงแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อน
- 1.6 ช่วงเวลาที่พ่อแม่สังเกตว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้าและพัฒนาการที่ล่าช้านั้นเป็นแบบถดถอยหรือไม่เช่นเคยนั่งได้ต่อมาไม่ได้
- 1.7 พัฒนาการที่ผ่านมามีนิยามถดถอยพัฒนาการที่พ่อแม่สังเกตเห็นง่ายๆ เช่น ประวัติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ การคว่ำ ภายหลัง การนั่ง การคลาน การเดิน การพูด
- 1.8 พัฒนาการทางภาษา เช่น การเล่นน้ำลาย การเลียนเสียงพูดคุย การทำตามคำสั่งการพูดคำแรกที่มีความหมาย การพูดสองคำที่ต่อกัน
- 1.9 การเล่นตามวัย การช่วยเหลือตนเอง
- 1.10 ปัญหาพฤติกรรมที่มักพบร่วมกับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้บ่อย
- 1.11 ปัญหาการกิน การนอน การขับถ่ายซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากมีผลโดยตรงต่อเด็กและผู้เลี้ยงดู และประวัติเกี่ยวกับความพิการต่างๆ ที่พบร่วมได้ เช่น การได้ยินการมองเห็นที่ผิดปกติ
- 1.12 ประวัติอื่นๆ ที่น่าจะมีประโยชน์ในการประเมินสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลเด็ก เช่น สถานภาพการสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูความคาดหวังที่มีต่อเด็กของครอบครัว เศรษฐฐานะของครอบครัวการได้รับบริการต่างๆ ทางสังคม เช่น การกระตุ้นพัฒนาการการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด การขึ้นทะเบียนเด็กพิเศษ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปเมื่อซักประวัติแล้วจะทำให้สามารถบอกได้ว่า

1. ลักษณะพัฒนาการล่าช้าดังกล่าวเป็นแบบคงที่ (static) หรือถดถอย (progressive encephalopathy)
2. เด็กมีระดับพัฒนาการช้าจริงหรือไม่ อย่างไร อยู่ในระดับไหน
3. มีข้อบ่งชี้ว่าจะมีสาเหตุจากโรคทางพันธุกรรมหรือไม่
4. สาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการนั้นเกิดจากอะไร
5. ขณะนี้เด็กได้รับการช่วยเหลือและฟื้นฟูอย่างไร

2. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายที่สำคัญและอาจสัมพันธ์กับความบกพร่องทางพัฒนาการ ได้แก่

2.1 ตรวจร่างกายทั่วไปทุกระบบและการเจริญเติบโตที่อาจบ่งชี้สาเหตุที่ทำให้เด็กมีความบกพร่องทางพัฒนาการได้เช่น ตรวจดูลักษณะผิดปกติของรูปร่างหน้าตา หรือ dysmorphic features ทั้ง major dysmorphic, minor dysmorphic พบได้ในเด็กที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม

2.2 ภาวะตับม้ามโต ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะ inborn error บางชนิด

2.3 ผิวหนัง เช่น cutaneous markers ได้แก่ café-au-lait spots บ่งถึง tuberous sclerosis ซึ่งเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้าได้

2.4 ระบบประสาทต่างๆโดยละเอียดและวัดรอบศีรษะด้วยเสมอเพื่อที่จะสามารถตรวจพบเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการที่มีความรุนแรงไม่มากนัก

2.5 ดูลักษณะของเด็กที่ถูกทารุณกรรม (child abuse) เพราะเด็กพิเศษถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างหนึ่ง

2.6 ระบบการมองเห็นและการได้ยินเพราะเป็นความพิการซ้ำซ้อนที่พบร่วมได้บ่อย

3. การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพันธุกรรม (genetic laboratory test)

3.1.1 การตรวจโครโมโซมมาตรฐาน (standard chromosomal analysis) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจโครโมโซมที่พบบ่อยมีดังนี้

สงสัยความผิดปกติของโครโมโซมในผู้ป่วยหรือญาติชั้นที่ 1 (first degree relative ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง)

มีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะหลายส่วน (multiple congenital anomalies) หรือมีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งร่วมกับพัฒนาการล่าช้าหรือเติบโตช้าผิดปกติ

ประวัติแท้งในขณะครรภ์อ่อน (หรือในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์) หลายครั้ง

ซีกใดซีกหนึ่งของลำตัวมีขนาดใหญ่กว่าอีกซีกหนึ่ง (hemihypertrophy) มีปานดำหรือปานขาวขนาดใหญ่ (patchy hypo/hyperpigmentation) ซึ่งไม่ชัดเจนว่าเป็นกลุ่มอาการใด

3.1.2 การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent In-Situ Hybridization (FISH) ใช้ตรวจความผิดปกติที่เกิดจากการที่ชิ้นส่วนเล็ก ๆ ของโครโมโซมขาดหายไป (microdeletion)

3.1.3 การตรวจดีเอ็นเอเป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคที่เกิดจากความผิดปกติใน ระดับอนุพันธุศาสตร์ เช่น กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะตรวจด้วยเทคนิคพิเศษแบบใดจำเป็นต้องตรวจโครโมโซมมาตรฐานควบคู่ไปด้วยเสมอเนื่องจากการตรวจด้วยวิธีมาตรฐานเป็นการดูภาพรวมของสารพันธุกรรม ส่วนเทคนิคพิเศษอื่น ๆ ดูได้เพียงบางจุดที่สงสัยว่าจะเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการที่สงสัยเท่านั้น

3.2 การตรวจรังสีทางระบบประสาท (neuroimaging studies)

ในปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ตรวจด้วยวิธีเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging : MRI) มากกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT) เนื่องจากการเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กสามารถมองเห็นเนื้อสมองได้ชัดกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างไรก็ตามการเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กสามารถตรวจพบความผิดปกติในผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการได้ประมาณร้อยละ 30 แต่ความผิดปกติดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการ (syndrome diagnosis) ได้เพียงร้อยละ 0-3.9 เท่านั้นจึงควรส่งตรวจรังสีทางระบบประสาทเฉพาะในรายที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการร่วมกับมีขนาดศีรษะโตหรือเล็กผิดปกติหรือตรวจร่างกายพบความผิดปกติของระบบประสาท

3.3 การตรวจทางเมตาบอลิก (metabolic testing)

แม้โรคทางเมตาบอลิกเป็นสาเหตุที่พบได้น้อย โดยพบเป็นสาเหตุเพียงร้อยละ 1 แต่หากตรวจพบอาจสามารถป้องกันการเกิดอาการรุนแรงได้การตรวจทางเมตาบอลิกควรทำในรายที่มีประวัติการแต่งงานในเครือญาติ มีพัฒนาการถดถอย มีอาการป่วยเป็น ๆ หาย ๆ โดยหาสาเหตุไม่ได้ (recurrent unexplained illness) ตั้งแต่วัยทารก มีอาการชัก หรือหมดสติตรวจร่างกายพบกล้ามเนื้ออ่อนนิ่ม การเจริญเติบโตช้า ใบหน้าหยาบ (coarse features) ตับม้ามโต หรือมีกลิ่นตัวผิดปกติ

4) การให้การรักษาส่งเสริมพัฒนาการ (Treatment and early Intervention)

1. หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการโดยมาพบกุมารแพทย์และแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก เพื่อทำการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นและหาสาเหตุด้วยเสมอทั้งนี้เพราะเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถหาสาเหตุได้ในขณะที่มีบางกลุ่มที่หาสาเหตุได้มากพอควรโดยเฉพาะมีสาเหตุจากความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมซึ่งจะมีประโยชน์ในด้านการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในครอบครัวตลอดจนติดตามและส่งต่อแพทย์เฉพาะทางหากมีข้อบ่งชี้รวมถึงการพิจารณาให้ยาในกรณีต่าง ๆ

2. การตรวจค้นหาความผิดปกติร่วมเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ ร่วมด้วย เช่น การมองเห็น การได้ยินหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่พบบ่อย เช่น ปัญหาการกิน บางคนเป็นโรคขาดสารอาหาร การขาดสารอาหารบางอย่าง เช่นธาตุเหล็กจะมีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ในด้านสมาธิและความตั้งใจ

3. การรักษาสาเหตุโดยตรง เช่น การให้ไทรอยด์ฮอร์โมนแม้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของความบกพร่องทางพัฒนาการจะไม่สามารถรักษาให้หายได้แต่การที่สามารถสืบค้นหาสาเหตุได้จะช่วยป้องกันความผิดปกติแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังหรือป้องกันการเกิดซ้ำในบุตรคนต่อไป

4. การส่งเสริมพัฒนาการหลักคือการพยายามทำให้มีวิธีการเดียวกับการเลี้ยงดูเด็กทั่วไปในชีวิตประจำวัน แต่อาจต้องย่อยการฝึกในบางขั้นตอนอย่างไรก็ตามถ้าประเมินแล้วพบว่าผู้เลี้ยงดูไม่มีทักษะในการฝึกควรแนะนำให้มารับบริการในสถานพยาบาลเช่น คลินิกส่งเสริมพัฒนาการหรือรับบริการในชุมชนอย่างไรก็ตามหัวใจสำคัญในการ

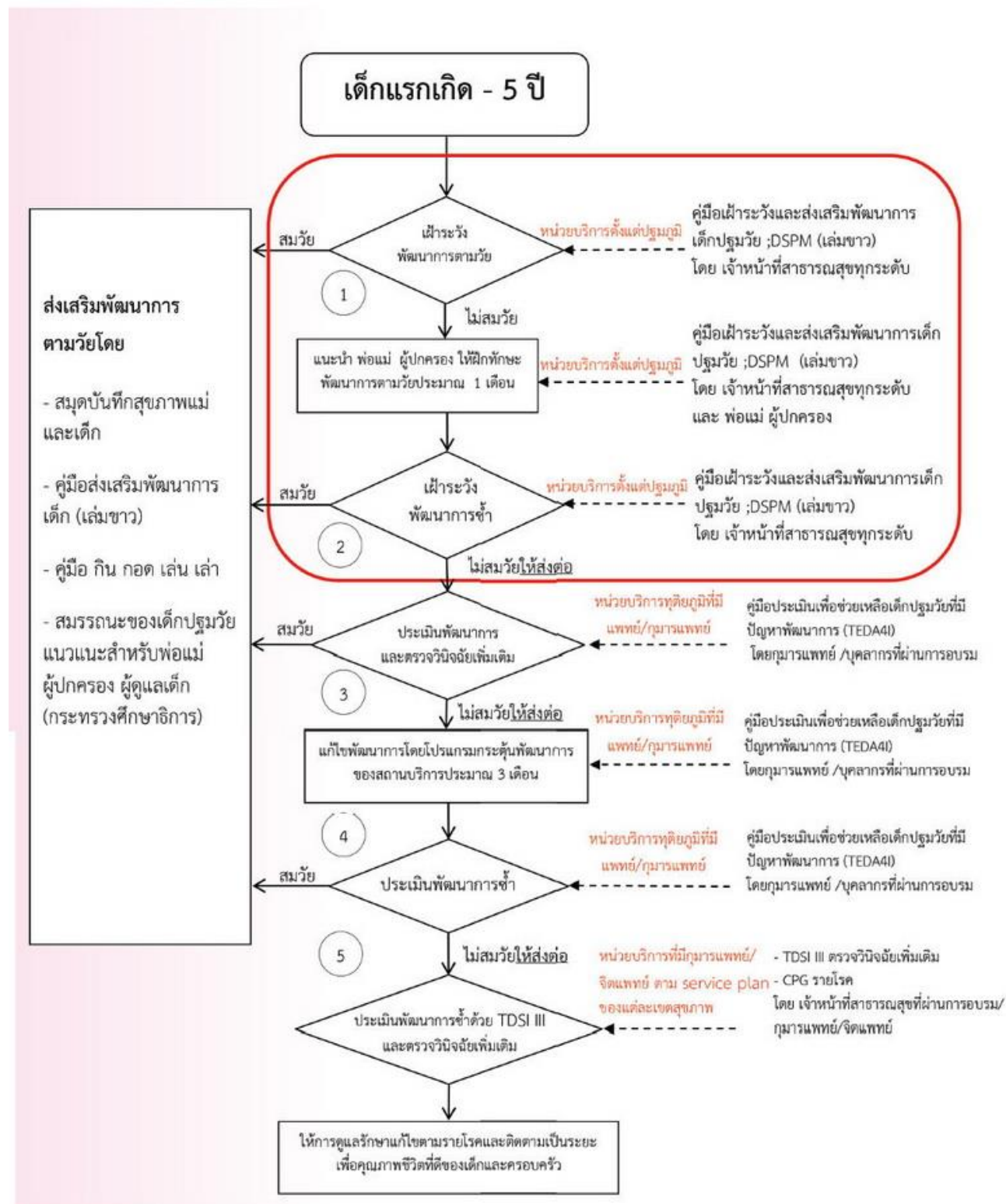
กระตุ้นพัฒนาการคือผู้เลี้ยงดูเมื่อมารับการฝึกและรับคำแนะนำตามแหล่งบริการดังกล่าวควรนำไปปฏิบัติกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมพัฒนาการ

5. ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการหาแหล่งความรู้เพิ่มเติมต่างๆ เช่น หนังสือหรือเว็บไซต์เกี่ยวกับเด็กพิเศษ สมาคมและชมรมผู้ปกครองต่างๆ

6. การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญควรทำเมื่อ

- ไม่มีอุปกรณ์ในการตรวจการได้ยินควรส่งพบผู้เชี่ยวชาญด้านหูคอจมูก
- ให้คำแนะนำและติดตามเป็นเวลา1-2เดือนแล้วเด็กก็ยังไม่ดีขึ้น
- เด็กมีพฤติกรรมที่สงสัยว่าเป็นออทิสติกและไม่มีทีมงานในการดูแลบำบัด

5) การติดตามและประเมินผลการรักษาเป็นระยะ (Follow up and evaluation)³¹⁻³²



คำอธิบายการใช้แผนภูมิ

1. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ;DSPM (เล่มขาว)ใช้สำหรับประเมินพัฒนาการเด็กในช่วงอายุน้อยกว่า 2 ปี คือเด็กที่คลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนช่วงอายุมากกว่า 2 ปีใช้สำหรับเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ (รพ.สต/รพช./รพท./รพศ.)จะประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ;DSPM (เล่มขาว) ในช่องวิธีประเมิน โดย
 1. กรณีเด็กที่มีภาวะพัฒนาการปกติ แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ตามช่วงวิธีฝึกทักษะ ในช่วงอายุต่อไป
 2. กรณีเด็กที่มีภาวะพัฒนาการล่าช้า แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกทักษะเด็กเรื่องนั้นบ่อยๆ เป็นเวลา 1 เดือน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมิน
2. หลังจาก 1 เดือน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ (รพ.สต/รพช./รพท./รพศ.) ประเมินพัฒนาการเด็กซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ;DSPM (เล่มขาว)ในช่องวิธีประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยประเมินทักษะที่ไม่ผ่านและทักษะอื่นๆตามช่วงอายุ
 1. หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้าและทักษะอื่นๆตามช่วงอายุ แสดงว่ามีพัฒนาการสมวัย ให้เฝ้าระวังพัฒนาการตามวัยต่อเนื่องตามปกติ
 2. หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้าแต่พบทักษะอื่นมีพัฒนาการไม่สมวัยผู้ประเมิน แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองฝึกพัฒนาเด็กในเรื่องนั้นบ่อยๆเป็นเวลา 1 เดือนแล้วนัดให้มาพบผู้ประเมิน
 3. หากเด็กยังไม่ผ่านทักษะที่เคยล่าช้าให้ส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์หรือกุมารแพทย์(รพช./รพท./รพศ./รพ.จิตเวช) ที่มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ
3. หน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์ หรือกุมารแพทย์ (รพช./รพท./รพศ./รพ.จิตเวช) ที่มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ใช้คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมโดยใช้โปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการของสถานบริการเป็นระยะเวลา 3 เดือน
4. หลังจาก 3 เดือน สถานบริการที่มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ประเมินพัฒนาการซ้ำด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม
 1. กรณีเด็กพัฒนาการสมวัย ให้ ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ในระบบปกติ
 2. กรณีเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย หรือมีปัญหาซ้ำซ้อน ส่งต่อ หน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์ หรือกุมารแพทย์(รพช./รพท./รพศ./รพ.จิตเวช)
5. สำหรับเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย หน่วยบริการที่มีแพทย์ กุมารแพทย์ หรือหน่วยบริการตาม Service Plan ของแต่ละเขตบริการสุขภาพประเมินพัฒนาการด้วย คู่มือประเมินและแก้ไข /ฟื้นฟูพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (TDSI III) หากยังพบปัญหาอยู่ให้แก้ไขหรือ ส่งต่อ และ

หรือ CPG รายโรคให้การดูแลรักษาแก้ไขตามรายโรคและติดตามเป็นระยะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและครอบครัว

แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม³³⁻³⁴

Dr.Stanley Greenspan ศาสตราจารย์ด้านจิตเวชเด็กจาก George Washington University ได้นำเสนอรูปแบบใหม่ในการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าและเด็กกลุ่มออทิสติกเรียกว่า Developmental - Individual - Difference Relationship - Based (DIR) Model โดยเน้นให้ความสำคัญเรื่องทักษะชีวิตทั้งด้านการมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารการคิดและความเข้าใจเรื่องอารมณ์ดังนี้

- Developmental พัฒนาการของการมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารและการคิดโดยมีความต้องการและอารมณ์เป็นแรงจูงใจ
- Individual - Difference ความแตกต่างของระบบการรับรู้การประมวลข้อมูลและการสั่งการกล้ามเนื้อของเด็กแต่ละคน
- Relationship - Based ใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กเป็นสำคัญ

แนวทางการส่งเสริม ประกอบด้วย

1) Floortime เป็นช่วงเวลาพิเศษที่สมาชิกในครอบครัวใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นสุขสนุกและรู้สึกปลอดภัยพ่อแม่หรือผู้ดูแลใช้เวลาไปกับเด็ก (เช่น เล่นด้วยกันทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันร่วมกัน พูดคุยสนทนา) โดยมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ

- กิจกรรมที่เลือกเป็นกิจกรรมที่เด็กสนใจและตรงกับระดับพัฒนาการเด็กเป็นผู้นำและคิดกิจกรรมส่วนพ่อแม่คอยหาจังหวะหรือสร้างสถานการณ์ให้เด็กคิดแก้ปัญหาสื่อสารโต้ตอบต่อเติมความคิดและอารมณ์ซึ่งกันและกัน
- เด็กเกิดความรู้สึกสนุกสนานใจเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองเกิดกระบวนการเรียนรู้และกระตุ้นพัฒนาการที่มีประสิทธิภาพเพราะเกิดจากความพร้อมในการเรียนรู้ของเด็กผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู

ตัวอย่าง DIR/Floortime Model

น้องปีอายุ 3 ปี 4 เดือนได้รับการวินิจฉัย Autistic Spectrum Disorders น้องปีพูดได้เป็นคำๆหรือเป็นวลีสั้นๆมักตอบคำถามโดยพูดตามเข้าใจคำสั่ง2ขั้นตอนง่ายๆได้ น้องปีชอบเล่นรถไถไปมาเล่นตักทรายใส่ถังตักเข้าตักออกยังไม่สามารถเล่นทรายโดยปั้นให้เป็นรูปทรงใดๆได้น้องปีชอบเล่นตุ๊กตาโดยเอามาอุ้มกอดเมื่อคุณแม่มาเล่นตุ๊กตาด้วยน้องปีสามารถเล่นเลียนแบบเอาขวดนมป้อนน้องหมีผ้าให้น้องปีช่วยเหลือตัวเองได้พอสมควรถอดกางเกงได้ช่วยเหลือใส่เสื้อยังต้องใส่ผ้าอ้อมตอนกลางคืน

ทักษะชีวิตเบื้องต้นที่ควรส่งเสริม คือการสื่อสารโต้ตอบที่ตรงกับสถานการณ์และความต้องการของตัวเองทักษะการคิดการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันและพัฒนาการด้านอารมณ์

พัฒนาการย่อยด้านต่างๆ ภาษาการเล่นการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน

Floortime

คุณแม่ของน้องปีพยายามเสริมประสบการณ์ในชีวิตและชี้ชวนพูดคุยกับน้องปีอย่างสม่ำเสมอ น้องปีได้เรียนรู้การพูดคุยโต้ตอบและคำศัพท์ใหม่ๆ จากคุณแม่ทุกวันเวลาเล่นด้วยกันที่บ้านคุณแม่นำประสบการณ์ที่เจอในชีวิตจริงมาลองเล่น (น้องปีกำลังเล่นรถไฟไปมา)

คุณแม่ (ถือน้องหมีในมือ) “ปี..จะไปไหนคะ”

น้องปี “ไปไหน”

คุณแม่ (ถามซ้ำ) “จะไปไหนคะ....น้องปี”

น้องปี ไม่ตอบแต่ชี้ไปที่บ้านตุ๊กตา

คุณแม่ “ไปโรงเรียนหรือไปบ้านน้องหมีคะ”

(คุณแม่ให้ตัวเลือกเมื่อลูกตอบไม่ได้)

น้องปี “บ้าน”

คุณแม่ (ถือน้องหมีในมือ) ตุ๊กตามีกระดอพร้อมส่งเสียงพูด “ขอน้องหมีไปด้วยค่ะ
จะไปด้วยจะกลับบ้าน”

น้องปี “ได้” น้องปียังคงเล่นรถไฟไปมาบนพื้น

คุณแม่ “น้องหมีจะนั่งรถด้วยให้น้องหมีนั่งข้างหน้าหรือข้างหลังคะ

(แม่ทำท่าชี้ตามที่พูดชี้หน้ารถชี้หลังรถ)

น้องปี นั่งนี้ (ชี้ด้านหน้า)

คุณแม่ “ตรงไหนข้างหน้าหรือข้างหลัง”

น้องปี มองหน้าแม่แล้วชี้ด้านหน้ารถอีก

คุณแม่ (พูดซ้ำ) “ตรงไหนข้างหน้าหรือข้างหลัง”

(คุณแม่ถามซ้ำเพื่อให้ลูกใช้คำพูดตอบคำถาม)

น้องปี ชี้ที่ด้านหน้ารถหันมามองแม่ยิ้มๆ แล้วพูด “หน้า”

คุณแม่ คุณแม่และน้องปีช่วยกันไถรถไฟไปมาสักพักคุณแม่จับรถหยุด

“ว่า...รถไม่ยอมไปแล้วเป็นอะไรเนี่ย”

(คุณแม่ใส่อุปสรรคระหว่างการเล่นเพื่อให้ลูกหัดคิดแก้ปัญหา)

น้องปี น้องปีจำเหตุการณ์เมื่อเช้าที่ไปปั้มน้ำมันกับคุณแม่ได้ตอบว่า

“น้ำมันหมด”

คุณแม่ “ทำไมถึงเติมน้ำมันหมดทำไมถึงดี”

น้องปี “เติมน้ำมันซิ”

คุณแม่สอนภาษาน้องปีทั้งจากชีวิตประจำวันและนำมาลองเล่นเพื่อดูว่าน้องปีสามารถเข้าใจและนำภาษาที่ารู้แล้วมาใช้ได้อย่างเป็นธรรมชาติหรือไม่คุณแม่ยังฝึกทักษะการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันโดยการใส่อุปสรรคขณะเล่นเพื่อให้้องปีหัดคิดแก้ปัญหา

2) โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน หมายถึง ภาพรวมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สามารถทำได้โดยครอบครัวผ่านกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมภายในครอบครัว

Dr. Stanley Greenspan จิตแพทย์เด็กที่ทำงานด้านการส่งเสริมเด็กพัฒนาการล่าช้าเด็กพิเศษมาเป็นเวลานานกว่า 40 ปีได้ให้คำแนะนำภาพรวมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยแบ่งออกเป็น 4 แนวทางดังนี้

1. การเล่นกับลูก

หมายถึงการจัดแบ่งเวลาของคุณพ่อคุณแม่ลงมาเล่นกับลูกโดยวิธีการง่ายๆคือเล่นอะไรก็ได้ที่ลูกสนุกลูกชอบเล่นแล้วลูกหัวเราะอยากเอาอีกอยากเล่นอีก ประโยชน์ในการเล่นกับลูกเด็กจะได้รับความรักความอบอุ่นเด็กมีอารมณ์แจ่มใสพร้อมที่จะเรียนรู้เด็กที่พ่อแม่ให้เวลาลงมาเล่นสนุกด้วยเด็กจะเชื่อฟังพ่อแม่มากขึ้นเมื่อต้องฝึกกิจกรรมที่ยากเด็กจะยอมทำตามมากขึ้นเด็กที่กินยากหลายคนก็ยอมกินอาหารมากขึ้นนอกจากนั้นในขณะที่เล่นเราจะพบว่าเด็กอยากพูดคุยอยากได้ตอบมากขึ้นเด็กจะได้มีโอกาสฝึกพัฒนาการด้านภาษาผ่านการพูดคุยการเล่นสนุกเล่นสมมุติจินตนาการนอกจากนั้นการเล่นยังอาจสอดแทรกการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ไปด้วยเช่น เล่นขี่หลังพ่อ (ฝึกการทรงตัว) เล่นวิ่งไล่จับซ่อนแอบ (ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย) การให้เวลาเล่นสนุกกับลูกโดยเลือกเล่นตามที่ลูกสนใจจึงเป็นกระบวนการสำคัญในการในการช่วยส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมทุกด้านโดยแนะนำให้คุณพ่อคุณแม่ให้เวลาเล่นสนุกกับลูกประมาณ 30 นาที/วัน

2. การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน

หมายถึงการใช้กิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวันเป็นโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านของลูกเช่น เวลาทานข้าวการกินอาหารร่วมกับการใส่เสื้อผ้าการแปรงฟันหรือการช่วยทำงานบ้านง่ายๆ กิจกรรมเหล่านี้ถ้าพ่อแม่ชวนลูกลงมือทำชวนลูกพูดคุยช่วยกันทำช่วยเชียร์ช่วยให้กำลังใจลูกกิจกรรมง่ายๆภายในบ้านก็จะเป็นการฝึกพัฒนาการได้ครบทุกด้านทั้งด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กกล้ามเนื้อมัดใหญ่ด้านภาษาสติปัญญาด้านสังคมอารมณ์โดยรวมทั้งหมด

3. การฝึกร่างกาย

หมายถึงการใช้ร่างกายออกกำลังกายเคลื่อนไหวเล่นกลางแจ้งเล่นสนามเด็กเล่นหรือฝึกทักษะด้านกีฬาที่ซับซ้อนขึ้นตามวัยการฝึกร่างกายให้คล่องแคล่วเป็นรากฐานสำคัญในการฝึกพื้นฐานสมองเด็กที่ออกกำลังกายเป็นประจำเราจะพบว่าเด็กคล่องแคล่วขึ้นกระฉับกระเฉงมากขึ้นมั่นใจในตัวเองมากขึ้นเด็กจะพูดได้คล่องขึ้นคิดแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้นเรียนหนังสือได้เก่งขึ้นมีสมาธิมากขึ้น

ตัวอย่างกิจกรรมฝึกร่างกายเช่นการวิ่งการกระโดดการขี่จักรยานการเล่นปีนป่ายเล่นสนามเด็กเล่นเล่นกีฬาว่ายน้ำเตะฟุตบอลการเลือกกิจกรรมการฝึกร่างกายควรเลือกให้เหมาะสมตามอายุพัฒนาการของเด็กและควรทำเป็นประจำสม่ำเสมอไปกับการฝึกทักษะอื่นๆในชีวิตประจำวัน

4. การเล่นกับเพื่อน

การเล่นกับเพื่อนเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญคุณพ่อคุณแม่สามารถเริ่มต้นฝึกทักษะทางสังคมอารมณ์ผ่านการเล่นกับเพื่อนได้ตั้งแต่เล็กๆโดยพบว่า

- เด็กเล็กๆอายุ๑ปีจะสนใจมองเด็กคนอื่น ๆ เวลาพาลูกไปสนามเด็กเล่นเด็กอาจหลบหลังแม่แล้วมองเด็กทุกคนในสนามแล้วจึงค่อยๆเข้าไปเล่น
- เด็กอายุประมาณ๒ปีจะสนใจเข้าไปเล่นของเล่นที่สนใจโดยสามารถอยู่ร่วมในกลุ่มกับเด็กด้วยกันไม่แยกตัวออกไปอยู่คนเดียว
- เด็กอายุประมาณ๓ปีเราจะพบว่าเด็กเริ่มเล่นด้วยกันกับเพื่อนมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นเริ่มใช้ภาษาพูดคุยโต้ตอบกันมากขึ้นเด็กอาจเล่นวิ่งไล่จับเล่นของเล่นเล่นสมมุติง่ายๆด้วยกันเล่นปีนป่ายสนุกด้วยกัน
- เด็กอายุ๔-๕ปีเด็กจะเล่นเกมที่เป็นกฎกติกาเริ่มเข้าใจการเล่นร่วมกันสามารถเล่นเป็นทีมแข่งกันร่วมกันคิดร่วมกันวางแผนการเล่นได้

ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าการเปิดโอกาสให้เด็กได้อยู่ร่วมกับเด็กด้วยกันเองเป็นการฝึกทักษะทางสังคมที่สำคัญโดยการฝึกทักษะทางสังคมต้องเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงมีพ่อแม่คอยสังเกตและช่วยให้ลูกเรียนรู้เช่นฝึกให้ลูกรู้จักการต่อรองฝึกการรอคอยฝึกการกำกับตัวเองฝึกการแก้ปัญหา กับเพื่อนเรียนรู้ที่จะเห็นอกเห็นใจผู้อื่นรู้จักแบ่งปัน นอกจากพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมแล้วการเล่นกับเพื่อนยังช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่นๆขึ้นกับกิจกรรมที่เด็กเลือกเล่นเช่นถ้าเด็กเล่นสนามเด็กเล่นเลือกเล่นของเล่นด้วยกันเด็กก็จะได้ทักษะด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่กล้ามเนื้อมัดเล็กทักษะด้านภาษาการฟังการโต้ตอบการคิดวางแผนการเล่นร่วมกันการเล่นกับเพื่อนจึงเป็นการส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมทุกๆด้านที่ทำได้ไม่ยากผ่านการใช้ชีวิตประจำวันทุกวัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แก้วตา นพณิจำรัสเลิศ และคณะ (2559)³⁵ ศึกษาผลการรักษาเด็กออทิสติกที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามแนวทาง DIR/ฟลอร์ไทม์ โดยทำการศึกษาแบบRetrospective chart review กับเด็กที่เข้าร่วมงานวิจัยมีอายุ 2-12 ปี จำนวน 44 คน ใช้แบบประเมิน คือ Autism Severity Scale (NICFD), Functional Emotional Development Level (FEDL), Clinical Global Impression-Improvement Scale (CGI-I) และข้อมูลการใช้ชีวิตในโรงเรียน ผลการวิจัยพบว่า ผล Autism Severity ก่อนการรักษา พบว่า เด็ก 6, 22, 16 คน มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ Mild, Moderate และ Severe ตามลำดับ ภายหลังการรักษาเป็นเวลา 3-7 ปี เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้น ผล CGI-I พบว่าเด็ก 24 คน (54.5%) มีพัฒนาการดีขึ้นมาก เด็ก 13 คน (29.5%) มีพัฒนาการดีขึ้นปานกลาง และเด็ก 7 คน (15.9%) มีพัฒนาการดีขึ้นเล็กน้อย ด้านโรงเรียนและการใช้ชีวิตในสังคม เด็ก 10 คน (23%) สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างไม่แตกต่างจากเด็กทั่วไป

ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา (2558)³⁶ เป็นการศึกษาถึงอิทธิพลของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรต่อพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนทางด้านสติปัญญาและด้านอารมณ์และสังคมโดยศึกษาจากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีวัยเจริญพันธุ์ ประเทศไทย พ.ศ.2555 หรือ (Multiple Indicator Cluster Survey; MICS) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ คือ เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-4 ปี จำนวน 4,362 คน จากผลการวิเคราะห์สมการถดถอยด้วยแบบจำลองแบบโพรบิต (probit regression) ได้ข้อค้นพบหลัก 2 ประการ คือ ในกรณีพัฒนาการทางสติปัญญา เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้ทำกิจกรรมกับใคร การมีปฏิสัมพันธ์กับทั้งมารดาและบิดาของเด็กก่อนวัยเรียนมีผลบวกต่อพัฒนาการทางสติปัญญาที่สมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในกรณีพัฒนาการทางอารมณ์และสังคม พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นนอกเหนือไปจากบิดามารดาของเด็กก่อนวัยเรียนมีผลบวกพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมที่สมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าเด็กที่ไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับใคร

ศุภมาส จีรกอบสกุล (2559)³⁷ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางภาษาด้านการอ่านและการเขียนของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการอ่านนิทานร่วมกันและศึกษาแนวโน้มทักษะทางภาษาด้านการอ่านและการเขียนของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมการอ่านนิทานร่วมกันกลุ่มประชากรที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ เป็นนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558 โรงเรียนวัดแหลมแค จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมการอ่านนิทานร่วมกัน แบบบันทึกทักษะทางภาษาด้านการอ่านและการเขียน แบบสังเกตความสนใจในการอ่าน และแบบสังเกตความสนใจในการเขียน ผลการวิจัยปรากฏว่าหลังการจัดกิจกรรมการอ่านนิทานร่วมกันเด็กปฐมวัยมีทักษะด้านการอ่านและการเขียนเพิ่มขึ้น

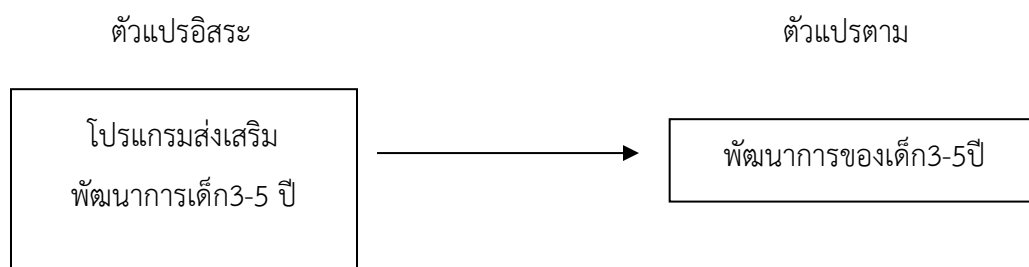
รวีพร ผาด่าน (2557)³⁸ การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์การฉีก ตัด ปะเศษวัสดุกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กปฐมวัยชาย – หญิง อายุระหว่าง 4 – 5 ขวบ ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาล 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2556 ของโรงเรียนบ้านพุบองป่าซี้ ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 13 คน โดยมีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยทำการทดลองสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 40 นาที รวมระยะเวลาในการทดลอง 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 25 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แผนการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์การฉีก ตัด ปะเศษวัสดุ และแบบทดสอบวัดความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้วทดลองโดยใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียวก่อน-หลังการทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระจากกัน ผลการวิจัยพบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์การฉีก ตัด ปะเศษวัสดุมีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กหลังการทดลองอยู่ในระดับดี ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

สมพร คำมูล (2554)³⁹ การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบและศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านการแต่งกายของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังการทดลองฝึกแต่งกาย โดยใช้ชุดกิจกรรมการแต่งกายกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับเรียนได้ที่มีระดับเชาว์ปัญญา 50 – 70 ที่มีพัฒนาการทักษะการช่วยเหลือตนเองด้านการแต่งกายล่าช้าที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาล ของโรงเรียนสุพรรณบุรีปัญญานุกูล ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2553 โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยทำการวิจัยเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 40 นาที รวมทั้งหมด 24 ครั้ง แบบแผนการทดลองคือ A-B-A Design เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ ชุดกิจกรรมการแต่งกาย 24 กิจกรรม และแบบประเมินความสามารถด้านการแต่งกาย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test สำหรับ Dependent Samples ผลการวิจัยพบว่าเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านการแต่งกายของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหลังการฝึกโดยใช้ชุดกิจกรรมการแต่งกายสูง กว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปฐม นวลคำ (2559)⁴¹ เป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และผลลัพธ์การดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM เก็บข้อมูลใน 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูพี่เลี้ยงเด็ก เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 50 คน มีระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่ กรกฎาคม 2558 ถึง

กรกฎาคม 2559 ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เก็บข้อมูลในกลุ่มครูพี่เลี้ยง และกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า กลุ่มตัวอย่างแรกคือครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 115 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 65 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน โดยกลุ่มทดลองจะใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนา ระยะเวลาเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม 2559 และส่วนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคือเด็กปฐมวัย อายุ 30 และ 42 เดือนในปี 2558 จำนวน 616 คน ปี 2559 จำนวน 1,081 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Independent t-test, และ paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วย 3 กลวิธี คือ 1) การจัดการเรียนการสอน กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรและแผนการสอนชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดแม่ฮ่องสอนโดยครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน 2) การเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปีละ 2 ครั้ง และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม และการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้จากการติดตามประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองพบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ได้พัฒนาขึ้นมีผลของการมีความรู้ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบและมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลอง มีผลของการมีความรู้ และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งจากเดิมร้อยละ 93.3 (ปี 2558) เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 94.0 (ปี 2559) พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.2 (ปี 2558) เป็นร้อยละ 41.8 (ปี 2559) และสามารถติดตามช่วยเหลือและส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการจากสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 21.2 (ปี 2558) เป็นร้อยละ 77.2 (ปี 2559)

กรอบแนวคิดงานวิจัย



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี
- 2) เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัย ตามหัวข้อดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการวิจัย

ส่วนที่ 2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

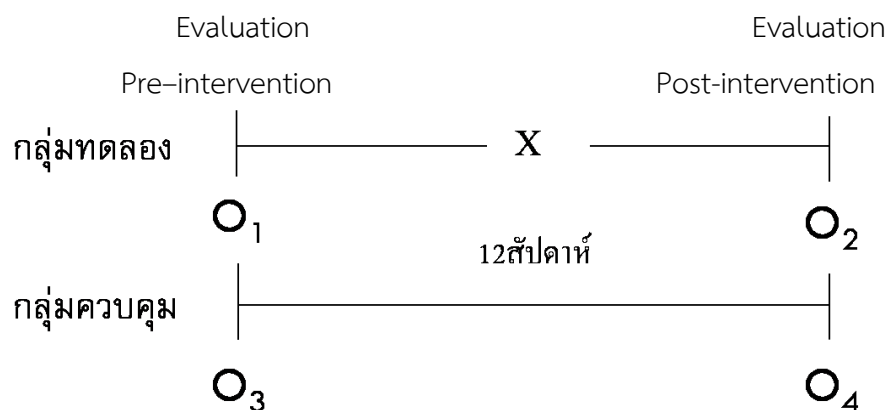
ส่วนที่ 5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 6 วิธีการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design)



O ₁ O ₃	พัฒนาการของเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งประเมินก่อนการทดลอง
X	โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีระยะเวลา 12 สัปดาห์
O ₂ O ₄	พัฒนาการของเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งประเมินหลังการทดลอง

2) ประชากรในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เด็กอายุ 3-5 ปี ในพื้นที่จังหวัดราชบุรีซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับด้านพัฒนาการเด็กสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ² โดยทีมผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีความพร้อมในเรื่องสถานที่ บุคลากร และการประสานงานกับผู้ปกครอง ในอำเภอดำเนินสะดวก 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวันทามารีอาราบุรี กับโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม(อมรวิทยาคาร)ระหว่างเดือน ธันวาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562

คำนวณขนาดตัวอย่างประชากรโดยคำนวณจากสูตรของBernard, R⁴⁰และอ้างอิงงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน (ปฐม นวลคำ,2559)⁴¹ดังนี้

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 [\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

(μ_1) = 0.63ค่าคะแนนเฉลี่ยผลการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการเด็กกลุ่มทดลอง

(σ_1) = 0.48 Standard deviation ของกลุ่มทดลอง

(μ_2) = 0.38คะแนนเฉลี่ยผลการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการเด็กกลุ่มควบคุม

(σ_2) = 0.38 Standard deviation ของกลุ่มควบคุม

Ratio (r) = 1.00

Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.959964

Beta (β) = 0.200, Z(0.800) = 0.841621

(n_1) = จำนวนประชากรที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง

(n_2) = จำนวนประชากรที่ศึกษาในกลุ่มควบคุม

n = 48 ดังนั้นจำนวนประชากรตัวอย่างคือกลุ่มละ 48 คน รวมทั้งสองกลุ่ม 96 คน

อ้างอิงจากสูตรของ Bernard, R จะต้องมีส่วนร่วมวิจัยทั้งหมด 96 คนและเพื่อความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 50 ราย ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 100ราย ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน โดยใช้พื้นที่ โรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม(อมรวิทยาคาร)เป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนวันทามารีอาราบุรีเป็นกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3– 5 ปีบริบูรณ์ เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านเมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM
2. ผู้ปกครองเต็มใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา(Exclusion criteria)

1. ไม่อยู่ร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม
2. เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการอันเนื่องมาจากปัจจัยที่ตัวเด็กเอง เช่น เด็กกลุ่มอาการออทิซึม เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสมอง เป็นต้น
3. เด็กที่ยังมีพัฒนาการ แม้จะได้รับการกระตุ้นด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I แล้วก็ตาม
4. มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการได้ยินผิดปกติ(ดัดแปลงจาก Joint committee on infant hearing. American Academy of Pediatrics. Year 2007)⁴²
อันได้แก่
 - ประวัติครอบครัวมีการได้ยินผิดปกติแบบถาวร*
 - เคยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วงแรกเกิดนานมากกว่า 5 วันหรือมีประวัติว่าเคยได้รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้คือใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับยาที่มีผลข้างเคียงเป็นพิษต่อระบบประสาทการได้ยิน (ได้แก่ยาในกลุ่ม Aminoglycoside เช่น Gentamycin Tobramycin) หรือยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop diuretics (ได้แก่ Furosemide) และภาวะบิลิรูบินสูงในเลือดจนต้องเปลี่ยนถ่ายเลือด
 - การติดเชื้อช่วงก่อนคลอดเช่น Cytomegalovirus (CMV)* เริมหัดเยอรมันซิฟิลิสและ Toxoplasmosis เป็นต้น
 - ความผิดปกติแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้าซึ่งได้แก่ความผิดปกติส่วนใบหูหูมีติ่งเนื้อหรือรูบริเวณหน้าหู (Ear tags or Ear pits) และความผิดปกติของกระดูกเทมพอร์ล (Temporal bone anomalies)
 - ความผิดปกติจากการตรวจร่างกายได้แก่มีปอยผมขาวด้านหน้า (White forelock) ซึ่งสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ Waardenburg ที่พบร่วมกับการได้ยินผิดปกติชนิดถาวรทั้งที่เป็น Sensorineural และ Conductive
 - กลุ่มอาการต่างๆที่พบร่วมกับการได้ยินผิดปกติทั้งชนิดที่ค่อยๆแสดงอาการมากขึ้น(Progressive) และแสดงอาการภายหลัง (Late-onset) * ได้แก่ Neurofibromatosis Osteopetrosis กลุ่มอาการ Usher Waardenburg Alport Pendred และ Jervell and Lange-Nielson
 - เป็นกลุ่มความผิดปกติของ Neurodegenerative* ได้แก่ Hunter syndrome หรือ Sensory motor neuropathies เช่น Friedreich ataxia Charcot – Marie – Tooth syndrome

- การติดเชื้อช่วงหลังเกิดที่สัมพันธ์กับการได้ยินผิดปกติและมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก* ได้แก่เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัส (โดยเฉพาะเชื้อเริ่มและอีสุกอีใส)
- การบาดเจ็บที่ศีรษะโดยเฉพาะการแตกหักของกระดูกบริเวณฐานกะโหลก (Basal skull) หรือกระดูกเทมพอรัล (Temporal bone) * ซึ่งรุนแรงจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
- เคยได้รับยาเคมีบำบัด*

หมายเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่มีเครื่องหมาย * หมายถึง ควรต้องระมัดระวังที่จะติดตามเฝ้าระวังเป็นพิเศษเนื่องจากอาจแสดงอาการผิดปกติของปัญหาการได้ยินภายหลังได้

เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ประกอบด้วย

ก. เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Withdrawal criteria for participant)

- ถ้าผู้เข้าร่วมงานวิจัยรู้สึกอึดอัดที่จะตอบแบบสัมภาษณ์หรือเข้าร่วมโปรแกรมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

ข. เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติโครงการ (Termination criteria)

- ถ้ามีปัญหาเรื่องการจัดสรรงบประมาณไม่ได้เป็นไปตามแผน

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย จำนวน 2 ชุดประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

3.1.1 โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี

การทำงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลัก ใช้เวลา 12 สัปดาห์ซึ่งโปรแกรมนี้นี้ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆในชุมชน ซึ่งมี ภาคส่วนหลัก 3 ส่วน ได้แก่

1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง เป็นสถานศึกษาที่ให้การอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้ให้เด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 – 5ปีที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น หรือใกล้เคียงได้ตามศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความพร้อม ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญาที่เหมาะสมตามวัยตามศักยภาพของเด็กแต่ละคนพัฒนาเป็นไปตามวัยแต่ละช่วงอายุ สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย ให้เด็กเล็กพร้อมที่จะเข้ารับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นต่อไป และหน้าที่ที่เพิ่มมาในงานวิจัยนี้ คือ จะต้องมีการประสานงานกับผู้ปกครอง และสถานพยาบาล ในเรื่องของพัฒนาการของเด็ก

2) สถานพยาบาล หมายถึง สถานบริการที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์ โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนได้และมีองค์ประกอบด้านบุคลากรเครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอโดยมักจะมุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจในที่นี้หมายรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีหน้าที่ในการประเมินคัดแยกเด็กเป็นกลุ่มๆ ได้แก่ 1) เด็กที่มีภาวะพัฒนาการล่าช้า 2) เด็กที่มีภาวะสงสัยพัฒนาการล่าช้า และ 3) เด็กที่มีพัฒนาการที่ปกติหรือดีกว่าวัย

3) ผู้ปกครอง หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ซึ่งไม่ใช่พ่อแม่โดยสายเลือดกับเด็ก อาจมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับเด็กหรือไม่ก็ได้ แต่เป็นผู้ที่ดูแลเลี้ยงดูเด็ก จัดการหาปัจจัย 4 ให้แก่เด็ก และมีเวลาอยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดโดยมีความสัมพันธ์ทางใดทางหนึ่งกับพ่อ หรือ แม่ของเด็กที่มาใช้บริการคลินิกพัฒนาการเด็กโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

และภาคส่วนร่วม 2 ส่วน ได้แก่

4) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หมายถึง หน่วยงานของรัฐที่มีการดำเนินงานเป็นอิสระจากส่วนกลางโดยผู้บริหาร อปท.ก็เป็นคนในท้องถิ่นที่ได้รับเลือกตั้งจากประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆทำหน้าที่บริหารจัดการกิจการต่างๆ ในท้องถิ่นของตน ในที่นี้ อปท. มีหน้าที่ในการทำต้นเรื่องโครงการ เพื่อจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนภาคส่วนต่างๆ อันได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสถานพยาบาลและผู้ปกครอง เพื่อให้การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กเป็นไปโดยสะดวกมากยิ่งขึ้น

5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ในการวิจัยครั้งนี้ อสม. จะได้รับการอบรมเรื่องการตรวจคัดกรองพัฒนาการทางภาษาของเด็กเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่ง อสม. นอกจากจะให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในการวิจัยครั้งนี้ อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ทางด้านพัฒนาการของเด็กให้แก่ครอบครัวของเด็กการประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขร่วมกับสถานพยาบาลตลอดจนการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพต่อไป

การทำงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี เป็นการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลักประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อม เริ่มดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 0 โดยลงพื้นที่เพื่อคุยแผนการดำเนินงานตามโปรแกรม ขอความร่วมมือกับภาคส่วน ได้แก่ อสม.(คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน) ครูผู้ดูแล(เตรียมสถานที่ และประสานงานกับผู้ปกครองและเด็กเพื่อให้มาเข้าร่วมกิจกรรม การคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข(การกระตุ้น ส่งเสริม และตรวจติดตามพัฒนาการเด็กในสถานพยาบาล) และผู้ปกครอง(ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การ

ตอบแบบสอบถาม และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน)จากนั้นให้ทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล(รพสต.)ประเมินพัฒนาการเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก2แห่ง โดยใช้คู่มือ DSPM โดยคัดเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า แห่งละ 50 คน เด็กในกลุ่มทดลอง 50 คน จะได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสัปดาห์ต่อไป และมีการส่งต่อ รพสต.เพื่อติดตามกระตุ้นพัฒนาการตามปกติเด็กในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม แต่จะยังมีการส่งต่อ รพสต.เพื่อติดตามกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

ขั้นที่ 2 การติดตามและกระตุ้นพัฒนาการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล(รพสต.) เริ่มดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-12 โดยเด็กจากทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจะได้รับกระตุ้นพัฒนาการจาก รพสต. และส่งต่อตามแนวปฏิบัติของคู่มือ DSPM ซึ่งหากเด็กมีพัฒนาการด้านใดที่ผิดปกติ แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกทักษะเด็กเรื่องนั้นบ่อยๆ เป็นเวลา 1 เดือน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมินหากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้าและทักษะอื่นๆตามช่วงอายุ แสดงว่ามีพัฒนาการสมวัย ให้เฝ้าระวังพัฒนาการตามวัยต่อเนื่องตามปกติ หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้า แต่พบทักษะอื่นมีพัฒนาการไม่สมวัยผู้ประเมิน แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกพัฒนาเด็กในเรื่องนั้นบ่อยๆเป็นเวลา 1 เดือนแล้วนัดให้มาพบผู้ประเมินแต่หากเด็กยังมีพัฒนาการที่ไม่สมวัยอีกให้ส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลเฉพาะทางต่อไป

ขั้นที่ 3 การดำเนินการตามโปรแกรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งจะดำเนินการไปพร้อมกับขั้นที่2 แต่จะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2,6และ10 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทีมแพทย์และผู้วิจัยลงพื้นที่ทุก 1 เดือน เพื่อติดตามผล และร่วมส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลโดยสัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาของเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน สัปดาห์ที่ 6 ร่วมสอนผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในแต่ละราย โดยใช้คู่มือ DSPM โดยเน้นด้านที่เป็นปัญหามากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 10 ทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ปกครอง และครู โดยใช้ชุดกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่าเฝ้าดูฟัน”

ขั้นที่ 4 การประเมินพัฒนาการหลังเริ่มโปรแกรมและอภิปรายผล ทำหลังจากดำเนินการตามโปรแกรมจนสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 แล้ว ซึ่งเจ้าหน้าที่รพสต.จะประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPMในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากนั้นทีมผู้วิจัยจะรวบรวมผล และวิเคราะห์ผล และให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินความพึงพอใจสุดท้ายจึงอภิปรายผลร่วมกันกับทุกภาคส่วน ได้แก่ อปท.,อสม., ครูผู้ดูแล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครอง เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการดำเนินการและพิจารณาสนับสนุนต่อไป

3.1.2 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

สำหรับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) เป็นเครื่องมือใช้สำหรับการประเมินพัฒนาการและคัดกรองเด็กประกอบด้วย 116 ข้อโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีการประเมินพัฒนาการเด็กแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง 2) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา 3) ด้านการใช้ภาษา 4) ด้านการเข้าใจภาษา และ 5) ด้านการเคลื่อนไหว ความไวของแบบทดสอบDSPM (Sensitivity) 96.04 % ความจำเพาะของแบบทดสอบDSPM (Specificity) 64.67 %

ประกอบด้วยวิธีประเมิน 2 ส่วนและวิธีส่งเสริม 1 ส่วน คือ 1) เฝ้าระวังพัฒนาการ (Developmental Surveillance) ติดตามสังเกต ทดสอบพฤติกรรมพัฒนาการตามวัย (Developmental milestones) ช่วงอายุตามระยะตรวจสุขภาพ 2) ประเมินพัฒนาการแบบคัดกรอง (Developmental screening) ทดสอบพฤติกรรมพัฒนาการที่ละเอียดขึ้นสำหรับเด็กปฐมวัยทั่วไปเพื่อค้นหากรณีที่น่าจะก้าวหน้าช้า (ช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน) 3) วิธีส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละพฤติกรรม ครบทุกด้าน

วิธีการประเมินพัฒนาการ เริ่มจากด้านใดก่อนก็ได้ ที่ตรงกับช่วงอายุจริงของเด็ก

- ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ผ่านเมื่อเด็กประเมินผ่าน

- ในกรณีที่เด็กประเมินไม่ผ่าน ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ไม่ผ่าน

- ในช่วงอายุใดที่มีข้อประเมิน 2 หรือ 3 ข้อ หากเด็กไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าไม่ผ่านในช่วงอายุนั้น

- ในกรณีที่มีการประเมินเพื่อติดตามพัฒนาการในครั้งต่อไป ให้เริ่มต้นประเมินข้อที่เด็กประเมินไม่ผ่าน ในครั้งที่ผ่านมา

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.2.1 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ข้อ

2) ข้อเสนอแนะ ซึ่งให้เขียนเป็นแบบอัตนัย

และ 3) ส่วนให้ประเมินความพึงพอใจ จำนวน 13 ข้อ ซึ่งใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของ ลิเคิร์ท (Likert Rating Scales) คือ การให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกแสดงความคิดเห็น จากระดับความพึงพอใจ หรือระดับความเห็นด้วย 5 ระดับ ต่อแบบสอบถามข้อนั้น ๆ โดยระดับความเห็นด้วยทั้ง 5 ระดับ ของ Likert Scale จะมีตั้งแต่พอใจหรือเห็นด้วยที่สุด (Favorable) ไปจนถึงไม่พอใจหรือไม่เห็นด้วยที่สุด (Unfavorable) ดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยที่สุด หรือ พึงพอใจที่สุด

4 หมายถึง เห็นด้วย หรือ พอใจ

3 หมายถึง เฉย ๆ หรือ ปานกลาง

2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย หรือ ไม่พึงพอใจ

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือ ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง

ส่วนเกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่างๆจากจำนวนระดับชั้นเท่ากับ 5 ชั้น (คะแนนจาก1-5) คำนวณได้จากสูตรข้างถึงใน ชีวาลย์ เรื่องประพันธ์ 2539 หน้า 15 ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น} \\ &= (5 - 1) / 5\end{aligned}$$

ดังนั้นในแต่ละช่วงคะแนนของระดับชั้นจะเท่ากับ0.8 คิดเป็นการแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับชั้นดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.79 หมายถึง พอใจน้อยมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.80 – 2.59 หมายถึง พอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.60 – 3.39 หมายถึง พอใจพอสมควร

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.40 – 4.19 หมายถึง พอใจมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.20 – 5.00 หมายถึง พอใจมากที่สุด

3.2.2 แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเก็บข้อมูลของเด็กกรายบุคคลผู้ให้ข้อมูลควรเป็นผู้เลี้ยงดูหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็กมากที่สุดข้อคำถามประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบจำนวน 5ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก และครอบครัวที่ได้กอาศัยอยู่ด้วยเป็นประจำจำนวน 15 ข้อ

3.2.3 แบบเก็บข้อมูลพัฒนาการเด็ก

เป็นการเก็บข้อมูลของเด็กกรายบุคคล ผู้เก็บข้อมูลประกอบด้วยครู พยาบาล อสม. และผู้ปกครอง ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล วันเดือนปีที่ประเมิน ผลการประเมินพัฒนาการที่ล่าช้าเป็นรายข้อ การให้คำแนะนำ และการติดตาม สุดท้ายต้องให้ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนลงลายมือชื่อเป็นการรับทราบ

4) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมด ไปพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่านพิจารณาให้คำแนะนำ ดังนี้

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ประธานคณะกรรมการมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ในพระบรมราชูปถัมภ์
2. ศาสตราจารย์(วุฒิคุณ)ดร.นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
3. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ
4. นายแพทย์ สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ หัวหน้าจัดตั้งโครงการหลักสูตรอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ และกุมารแพทย์
5. รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ อดีตอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ดร. พชรินทร์ สมบูรณ์ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น(Reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (คู่มือ DSPM) มีการตรวจสอบค่ามาตรฐาน และทดลองใช้จริงโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ความไว (Sensitivity) 96.04 % ความจำเพาะ (Specificity) 64.67 %

5) การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยส่งโครงร่างการวิจัยผ่านเข้ารับพิจารณาโดยสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ดังนี้

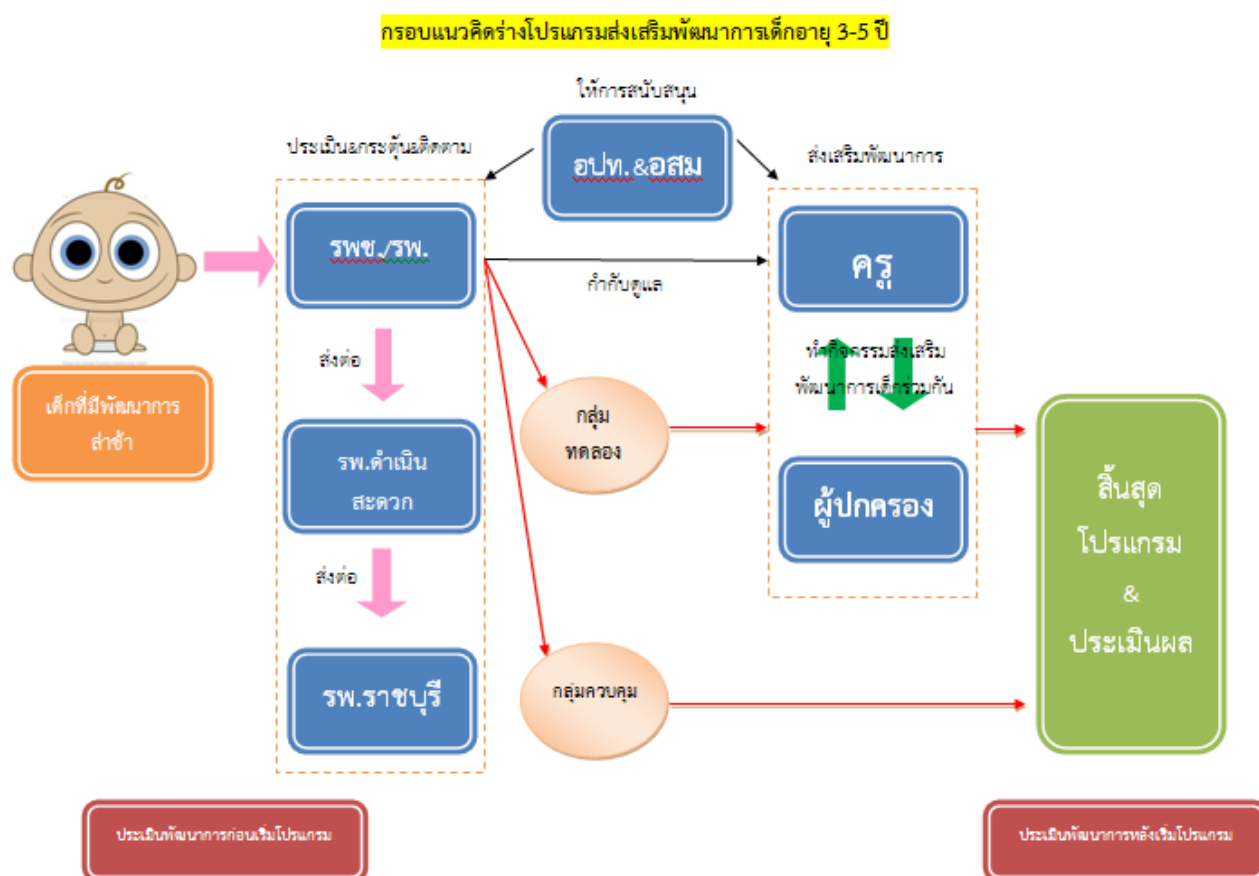
1. ผู้วิจัยแนะนำตัวก่อนทำการเก็บข้อมูลและขออนุญาตทำการเก็บข้อมูล โดยมีการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัย มีการอธิบายเรื่องการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งหมายถึงรวมถึงข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการพูดคุย และบอกเล่าประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย บันทึกข้อมูลในกระดาษ เก็บในที่ปลอดภัย และจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูล
2. ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล
3. ข้อมูลที่ศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล และถ้าผู้เข้าร่วมงานวิจัยรู้สึกอึดอัดที่จะตอบแบบสัมภาษณ์สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยในส่วนที่เป็นข้อสรุป และการอภิปรายผลจะแสดงเป็นภาพรวมทั้งหมดเพื่อ

ประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้นและจะเก็บข้อมูลทั้งหมดในคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัส (Password) ในการเข้าถึงข้อมูลไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังจากนั้นจะถูกลบทำลาย

4. โปรแกรมออกแบบสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปีโดยเฉพาะ มีการใช้เครื่องมือตรวจวัดพัฒนาการซึ่งอ้างอิงมาจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ที่ผ่านการศึกษาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมาแล้ว อุปกรณ์ทุกอย่างที่ใช้ไม่แหลมคม และเด็กไม่สามารถเอาเข้าปากได้และในแต่ละครั้งจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญคอยกำกับดูแล ดังนั้นความเสี่ยงทางร่างกาย จิตใจ และผลกระทบทางสังคมจะน้อย แต่อย่างไรก็ตามอาจเกิดความเสี่ยงได้ เช่น อุบัติเหตุต่อเด็กขณะใช้ของเล่น สภาพจิตใจเด็กที่อ่อนแอไม่ให้ความร่วมมือ แต่อย่างไรก็ดีไม่มี ผลเสียในระยะยาว กรณีอาสาสมัครได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ผู้ให้ทุนวิจัยจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ทั้งหมด

6) วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

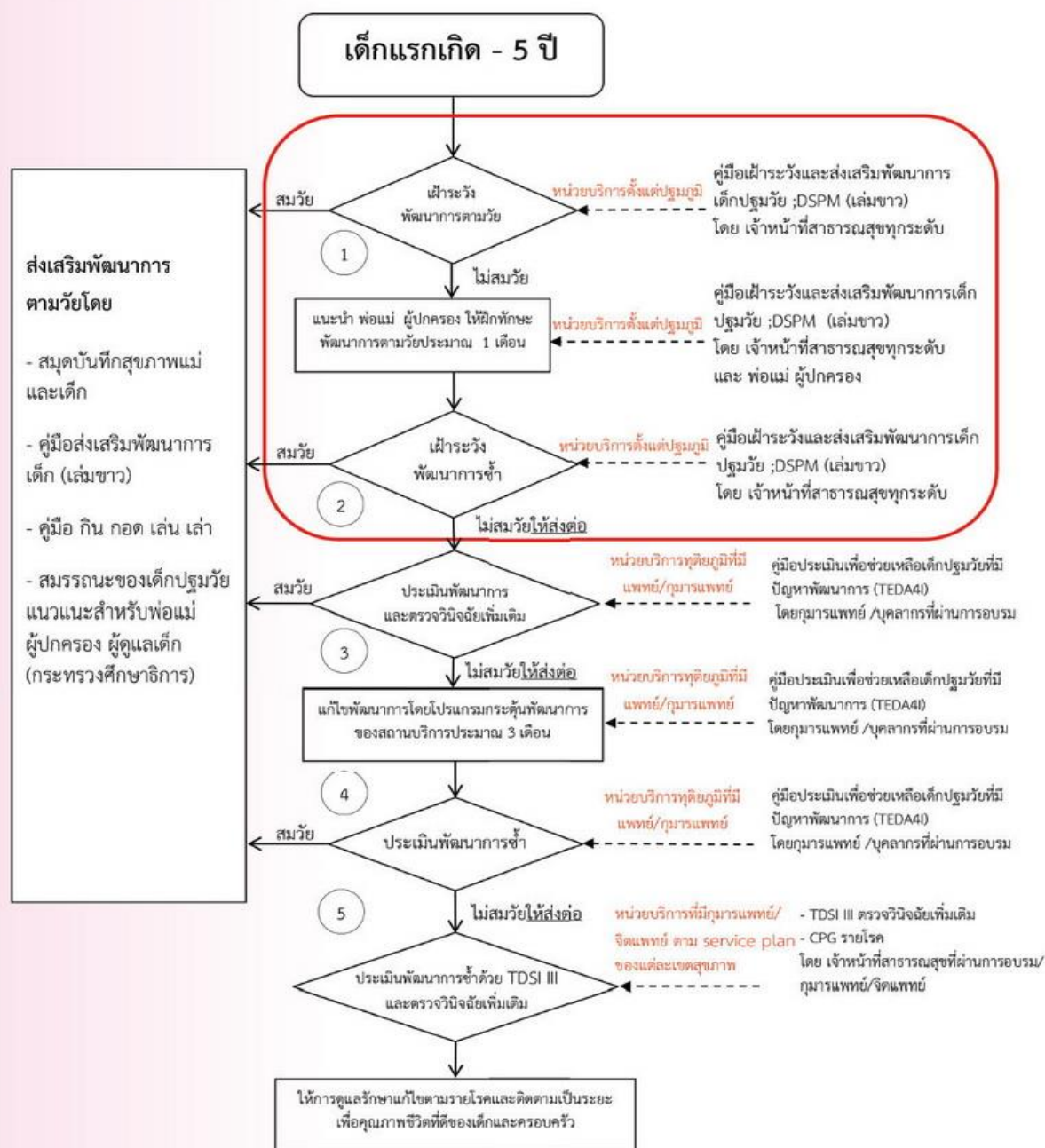
การใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี



ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อม เริ่มดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 0 โดยลงพื้นที่เพื่อคุุณแผนการดำเนินงานตามโปรแกรม ขอความร่วมมือกับภาคส่วน ได้แก่ อสม.(คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน) ครูผู้ดูแล(เตรียมสถานที่ และประสานงานกับผู้ปกครองและเด็กเพื่อให้มาเข้าร่วมกิจกรรม การคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (การกระตุ้นส่งเสริม และตรวจติดตามพัฒนาการเด็กในสถานพยาบาล และผู้ปกครอง (ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กการตอบแบบสอบถาม และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน) จากนั้นให้ทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) ประเมินพัฒนาการเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก2แห่ง โดยใช้คู่มือ DSPM โดยคัดเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตาม Inclusion Criteria กับ Exclusion Criteria แห่งละ 50 คน เด็กในกลุ่มทดลอง 50 คน จะได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสัปดาห์ต่อไป และมีการส่งต่อ รพสต.เพื่อติดตามกระตุ้นพัฒนาการตามปกติเด็กในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม แต่จะยังมีการส่งต่อ รพสต.เพื่อติดตามกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

ขั้นที่ 2 การติดตามและกระตุ้นพัฒนาการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล(รพสต.)

เริ่มดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-12 โดยเด็กจากทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจะได้รับกระตุ้นพัฒนาการจาก รพสต. และส่งต่อตามแนวปฏิบัติของคู่มือ DSPM ซึ่งหากเด็กมีพัฒนาการด้านใดที่ผิดปกติ แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกทักษะเด็กเรื่องนั้นบ่อยๆ เป็นเวลา 1 เดือน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมินหากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้าและทักษะอื่นๆตามช่วงอายุ แสดงว่ามีพัฒนาการสมวัย ให้เฝ้าระวังพัฒนาการตามวัยต่อเนื่องตามปกติ หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้า แต่พบทักษะอื่นมีพัฒนาการไม่สมวัยผู้ประเมิน แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกพัฒนาเด็กในเรื่องนั้นบ่อยๆเป็นเวลา 1 เดือนแล้วนัดให้มาพบผู้ประเมินแต่หากเด็กยังมีพัฒนาการที่ไม่สมวัยอีกให้ส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลเฉพาะทางต่อไป รายละเอียดตามแผนภูมิด้านล่าง อ้างอิงจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)



ขั้นที่ 3 การดำเนินการตามโปรแกรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขั้นตอนนี้จะดำเนินการไปพร้อมกับขั้นที่ 2 แต่จะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2,6 และ 10 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทีมแพทย์และผู้วิจัยลงพื้นที่ทุก 1 เดือน เพื่อติดตามผล และร่วมส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กกับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลโดยสัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการของเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน สัปดาห์ที่ 6 ร่วมสอนผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในแต่ละราย โดยใช้คู่มือ DSPM โดยเน้นด้านที่เป็นปัญหามากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 10 ทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ปกครอง และครู โดยใช้ชุดกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า ฝึาดูฟัน”

ขั้นที่ 4 การประเมินพัฒนาการหลังเริ่มโปรแกรมและอภิปรายผล ทำหลังจากดำเนินการตามโปรแกรมจนสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 แล้ว ซึ่งเจ้าหน้าที่รพสต.จะประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากนั้นทีมผู้วิจัยจะรวบรวมผล และวิเคราะห์ผล และให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินความพึงพอใจสุดท้ายจึงอภิปรายผลร่วมกันกับทุกภาคส่วน ได้แก่ อบท., อสม., ครูผู้ดูแล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครอง เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการดำเนินการและพิจารณาสนับสนุนต่อไป

7) การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องจากนั้นนำข้อมูลที่ตรวจสอบแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดแยกตามลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก โดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent t-test, และ Chi square test
2. เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม โดยใช้ ค่าร้อยละ และสถิติอ้างอิง Chi square test
3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ปกครอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี” โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินพัฒนาการเด็กในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ซึ่งประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) รวมทั้งเก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีด้วยแบบสอบถาม มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการโดยรวมและรายด้านของเด็กในกลุ่มทดลองซึ่งได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดียว

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง

ตอนที่1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นเด็กอายุ 3-5ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดำเนินสะดวก 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวันทามารีอาราขบุรีซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม กับโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม (อมรวิทนาคาร) ที่เป็นกลุ่มทดลอง แห่งละ 50 คน ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 มีรายละเอียดดังในตาราง

ตารางที่1.1 จำนวนร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.160
ชาย	27	54.00	19	38.00	
หญิง	23	46.00	31	62.00	
สถานภาพของพ่อแม่					0.126
อยู่ด้วยกัน	44	88.00	37	74.00	
แยกกันอยู่	6	12.00	13	26.00	
อาชีพของพ่อแม่					0.157
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	7	14.00	5	10.00	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	17	34.00	12	24.00	
รับจ้าง/เกษตรกร	17	34.00	29	58.00	
พนักงานบริษัทเอกชน	5	10.00	3	6.00	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	8.00	1	2.00	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้เลี้ยงดูหลัก					0.356
พ่อ/แม่	40	80.00	35	70.00	
อื่นๆ*	10	20.00	15	30.00	
ลำดับเด็กในครอบครัว					0.906
ลำดับที่ 1	24	48.00	26	52.00	
ลำดับที่ 2	20	40.00	19	38.00	
ลำดับที่ 3 ขึ้นไป	6	12.00	5	10.00	
กำหนดคลอด					0.086
ครบกำหนด	42	84.00	44	88.00	
ก่อนกำหนด	6	12.00	1	2.00	
เกินกำหนด	2	4.00	5	10.00	
น้ำหนักแรกคลอด					1.00
ต่ำกว่า 2500 กรัม	3	6.00	3	6.00	
ตั้งแต่ 2500 กรัมขึ้นไป	47	94.00	47	94.00	

*อื่นๆ คือ ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดของเด็ก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ของแม่					
ดื่ม	0	0.00	0	0.00	
ไม่ดื่ม	100	100.00	100	100.00	
ประวัติการสูบบุหรี่ในครอบครัว					0.254
สูบ	10	20.00	16	32.00	
ไม่สูบ	40	80.00	34	68.00	
ประวัติการได้นมแม่ 6 เดือนแรก					0.546
ดื่มนมแม่เท่านั้น	26	52.00	30	60.00	
อื่นๆ*	24	48.00	20	40.00	
ประวัติโรคทางพันธุกรรม โรคทางสมอง และปัญหาการได้ยิน					
มีโรค	0	0.00	0	0.00	
ไม่มีโรค	100	100.00	100	100.00	
ประวัติโรคโลหิตจาง					
มีโรค	0	0.00	0	0.00	
ไม่มีโรค	100	100.00	100	100.00	

*อื่นๆ คือ การเลี้ยงดูด้วยนมแม่ร่วมกับนมสำเร็จรูป หรือ ผลิตภัณฑ์เสริมอื่นใด แทนการเลี้ยงดูด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์					
มีโรค	0	0.00	0	0.00	
ไม่มีโรค	100	100.00	100	100.00	
ประวัติโรคติดเชื้อในสมอง ภาวะตัวเหลือง ภาวะขาดออกซิเจนจนต้องนอนโรงพยาบาล					
มี	0	0.00	0	0.00	
ไม่มี	100	100.00	100	100.00	

จากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 50 คน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 54.00 และ 38.00 ตามลำดับ เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.00 และ 62.00 ตามลำดับ สถานภาพของพ่อแม่ส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 88.00 และ 74.00 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ของพ่อแม่คือ รับจ้าง/เกษตรกร ร้อยละ 34.00 และ 58.00 ตามลำดับ ผู้มีหน้าที่ดูแลหลักคือ พ่อแม่ ร้อยละ 80.00 และ 70.00 ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่เป็นลูกคนแรก ร้อยละ 48.00 และ 52.00 ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่คลอดครบกำหนด ร้อยละ 84.00 และ 88.00 ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 94.00 ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ในครอบครัว ร้อยละ 80.00 และ 68.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เด็กได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ภายใน 6 เดือนแรกเหมือนกัน ร้อยละ 52.00 และ 68.00 นอกจากนี้ทั้ง 2 กลุ่มยังไม่พบประวัติความเสี่ยงต่อการพัฒนาการของเด็กอื่นๆ ได้แก่ การตีแม่ ลอกฮอลล์ของมารดาขณะตั้งครรภ์ ประวัติโรคทางพันธุกรรม โรคทางสมอง ปัญหาการได้ยิน โรคโลหิตจาง โรคติดเชื้อในสมอง ภาวะตัวเหลือง ภาวะขาดออกซิเจนจนต้องนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น การคลอดติดไหล่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น

ตารางที่ 1.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P
	$\bar{X} \pm S.D$	Min - Max	$\bar{X} \pm S.D$	Min - Max	
อายุของเด็ก (เดือน)	50.08 $\pm$ 5.09	40 - 60	48.96 $\pm$ 7.47	36 - 60	0.383
อายุของ ผู้ปกครอง(ปี)	34.96 $\pm$ 9.77	18 - 70	33.00 $\pm$ 9.63	21 - 63	0.315
จำนวนสมาชิก ในครอบครัว	5.84 $\pm$ 2.38	2 - 15	6.08 $\pm$ 2.74	3 - 14	0.641

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยมีอายุของเด็กเฉลี่ย 50.08 และ 48.96 เดือน อายุของผู้ปกครองเฉลี่ย 34.96 และ 33.00 ปี และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.84 และ 6.08 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2.1 แสดงการเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

พัฒนาการ	กลุ่มตัวอย่าง	ผ่าน (%)
พัฒนาการโดยรวม	ก่อนการทดลอง	0.00
	หลังการทดลอง	64.00
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill)	ก่อนการทดลอง	100.00
	หลังการทดลอง	100.00
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor skill)	ก่อนการทดลอง	30.00
	หลังการทดลอง	72.00
พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา (receptive language)	ก่อนการทดลอง	70.00
	หลังการทดลอง	96.00
ด้านการแสดงออกทางภาษา (expressive language)	ก่อนการทดลอง	46.00
	หลังการทดลอง	90.00
พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill)	ก่อนการทดลอง	98.00
	หลังการทดลอง	98.00

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองเด็กมีผลพัฒนาการโดยรวมผ่านเท่ากับร้อยละ 0.00 และ 64.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ผ่านร้อยละ 100.00 ทั้ง 2 กลุ่ม พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) ผ่านร้อยละ 30.00 และ 72.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา(receptive language) ผ่านร้อยละ 70.00 และ 96.00 ตามลำดับ ด้านการแสดงออกทางภาษา(expressive language) ผ่านร้อยละ 46.00 และ 90.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) ผ่านร้อยละ 98.00 ทั้งคู่

ตารางที่ 2.2 แสดงการเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

พัฒนาการ	กลุ่มตัวอย่าง	ผ่าน (%)
พัฒนาการโดยรวม	ก่อนการทดลอง	0.00
	หลังการทดลอง	98.00
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill)	ก่อนการทดลอง	100.00
	หลังการทดลอง	100.00
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor skill)	ก่อนการทดลอง	26.00
	หลังการทดลอง	98.00
พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา (receptive language)	ก่อนการทดลอง	76.00
	หลังการทดลอง	98.00
ด้านการแสดงออกทางภาษา (expressive language)	ก่อนการทดลอง	62.00
	หลังการทดลอง	98.00
พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill)	ก่อนการทดลอง	76.00
	หลังการทดลอง	98.00

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนและหลังทดลองเด็กมีผลพัฒนาการโดยรวมผ่านเท่ากับร้อยละ 0.00 และ 98.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ผ่านร้อยละ 100.00 ทั้ง 2 กลุ่ม พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) ผ่านร้อยละ 26.00 และ 98.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา(receptive language) ผ่านร้อยละ 76.00 และ 98.00 ตามลำดับ ด้านการแสดงออกทางภาษา(expressive language) ผ่านร้อยละ 62.00 และ 98.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) ผ่านร้อยละ 76.00 และ 98.00 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการพัฒนาการโดยรวมและรายด้านของเด็กในกลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดียว

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของการพัฒนาการโดยรวมและรายด้านของเด็กในกลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดียวหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ผลการตรวจพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย (DSPM)		X ²	df	p-value
	ผ่าน	ไม่ผ่าน			
พัฒนาการโดยภาพรวม			16.634	1	0.000*
- กลุ่มควบคุม	32(64.00)	18(36.00)			
- กลุ่มทดลอง	49(98.00)	1(2.00)			
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่และ การเคลื่อนไหว (gross motor skill)					
- กลุ่มควบคุม	50(100.00)	0(0.00)			
- กลุ่มทดลอง	50(100.00)	0(0.00)			

กลุ่มตัวอย่าง	ผลการตรวจพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)		X ²	df	p-value
	ผ่าน	ไม่ผ่าน			
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา (fine motor skill)			11.294	1	0.001*
- กลุ่มควบคุม	36(72.00)	14(28.00)			
- กลุ่มทดลอง	49(98.00)	1(2.00)			
พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจ ภาษา(receptive language)			0.000	1	1.000
- กลุ่มควบคุม	48(96.00)	2(4.00)			
- กลุ่มทดลอง	40(98.00)	1(2.00)			
ด้านการแสดงออกทางภาษา (expressive language)			1.596	1	0.204
- กลุ่มควบคุม	45(90.00)	5(10.00)			
- กลุ่มทดลอง	49(98.00)	1(2.00)			

กลุ่มตัวอย่าง	ผลการตรวจพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)		X ²	df	p-value
	ผ่าน	ไม่ผ่าน			
พัฒนาการด้านการช่วยเหลือ					
ตนเองและสังคม (personal and social skill)			0.000	1	1.000
- กลุ่มควบคุม	49(98.00)	1(2.00)			
- กลุ่มทดลอง	49(98.00)	1(2.00)			

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการของเด็กในกลุ่มทดลองซึ่งได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดี่ยว พบว่า พัฒนาการในภาพรวมของกลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีผลผ่านร้อยละ 98.00 และ 64.00 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อมองผลพัฒนาการรายด้านพบว่า พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพัฒนาการผ่านร้อยละ 100 ทั้งคู่ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยผ่านร้อยละ 98.00 และ 72.00 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนอีก 3 ด้านที่เหลือ เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ได้แก่ พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา (receptive language) มีผลผ่านร้อยละ 96.00 และ 98.00 ตามลำดับ ด้านการแสดงออกทางภาษา (expressive language) มีผลผ่านร้อยละ 90.00 และ 98.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) มีผลผ่านร้อยละ 98.00 ทั้งคู่

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง
ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง
ในกลุ่มทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านวัตถุประสงค์			
1.1 พัฒนาการของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้น	4.52	.48	พอใจมากที่สุด
1.2 มีการบูรณาการระหว่างภาคส่วนอย่างทั่วถึง	4.24	.56	พอใจมากที่สุด
ความคิดเห็น			
2.1 การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ	4.10	.58	พอใจมากที่สุด
2.2 รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.70	.58	พอใจมากที่สุด
2.3 สิ่งอำนวยความสะดวกมีความเหมาะสม	4.54	.61	พอใจมากที่สุด
2.4 เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.24	.66	พอใจมากที่สุด
2.5 สถานที่จัดมีความเหมาะสม	4.66	.48	พอใจมากที่สุด

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ			
3.1 ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก	4.70	.58	พอใจมากที่สุด
3.2 จิตสำนึก ทักษะคติ ความตระหนักในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	4.78	.42	พอใจมากที่สุด
3.3 ทักษะในการปฏิบัติกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	4.60	.49	พอใจมากที่สุด
3.4 การมีส่วนร่วมและในการทำงานเป็นทีม	4.54	.50	พอใจมากที่สุด
3.5 ความสนุกสนานเพลิดเพลิน ความบันเทิง	4.82	.39	พอใจมากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.76	.43	พอใจมากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ปกครอง มีความพึงพอใจมากที่สุดทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง “ความสนุกสนานเพลิดเพลิน ความบันเทิง” และน้อยที่สุดในเรื่อง “การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ”

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี” ครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ต่อเด็กอายุ 3-5 ปี ในอำเภอตำบลดอนสวรรค์ 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวันทามารีอาราชาบุรี กับโรงเรียนวัดอมรญาติสมาคม(อมรวิทยาการ) คำนวณขนาดตัวอย่างประชากรโดยคำนวณจากสูตรของBernard, R⁴⁰และอ้างอิงงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันการพัฒนาแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน (ปฐม นวลคำ, 2559)⁴¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 48 ราย และเพื่อความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มควบคุม 50 ราย กลุ่มทดลอง 50 รายโดยจับคู่ (Matched pair) เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3- 5ปีบริบูรณ์ เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านเมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM กลุ่มควบคุมจะได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอนมาตรฐานปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย จำนวน 2ชุดประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบเก็บข้อมูลพัฒนาการเด็ก

แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ ซึ่งให้เขียนเป็นแบบอัตนัย

ส่วนที่ 3 ส่วนให้ประเมินความพึงพอใจ จำนวน 13 ข้อ

แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ จำนวน 5ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก และครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยเป็นประจำ จำนวน 15ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 6 คน การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (คู่มือ DSPM) มีการตรวจสอบค่ามาตรฐานและทดลองใช้จริงโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ความไว (Sensitivity) 96.04 % ความจำเพาะ (Specificity) 64.67 %

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง Independent t-test, และ Chi square test

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของจากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 50 คน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 54.00 และ 38.00 ตามลำดับ เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.00 และ 62.00 ตามลำดับ สถานภาพของพ่อแม่ส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 88.00 และ 74.00 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ของพ่อแม่คือ รับจ้าง/เกษตรกร ร้อยละ 34.00 และ 58.00 ตามลำดับ ผู้มีหน้าที่ดูแลหลักคือ พ่อแม่ ร้อยละ 80.00 และ 70.00 ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่เป็นลูกคนแรก ร้อยละ 48.00 และ 52.00 ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่คลอดครบกำหนด ร้อยละ 84.00 และ 88.00 ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 94.00 ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ในครอบครัว ร้อยละ 80.00 และ 68.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เด็กได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ภายใน 6 เดือนแรกเหมือนกัน ร้อยละ 52.00 และ 68.00 นอกจากนี้ทั้ง 2 กลุ่มยังไม่พบประวัติความเสี่ยงต่อพัฒนาการของเด็กอื่นๆ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ของมารดาขณะตั้งครรภ์ ประวัติโรคทางพันธุกรรม โรคทางสมอง ปัญหาการได้ยิน โรคโลหิตจาง โรคติดเชื้อในสมอง ภาวะตัวเหลือง ภาวะขาดออกซิเจนจนต้องนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น การคลอดติดไหล่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันอีก คือ มีอายุของเด็กเฉลี่ย 50.08 และ 48.96 เดือน อายุของผู้ปกครองเฉลี่ย 34.96 และ 33.00 ปี และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.84 และ 6.08 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองเด็กมีผลพัฒนาการโดยรวมผ่านเท่ากับร้อยละ 0.00 และ 64.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ผ่านร้อยละ 100.00 ทั้ง 2 กลุ่ม พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) ผ่านร้อยละ 30.00 และ 72.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา(receptive language) ผ่านร้อยละ 70.00 และ 96.00 ตามลำดับ ด้านการแสดงออกทางภาษา(expressive language) ผ่านร้อยละ 46.00 และ 90.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) ผ่านร้อยละ 98.00 ทั้งคู่

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนและหลังทดลองเด็กมีผลพัฒนาการโดยรวมผ่านเท่ากับร้อยละ 0.00 และ 98.00 ตามลำดับ

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ผ่านร้อยละ 100.00 ทั้ง 2 กลุ่ม
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) ผ่านร้อยละ 26.00 และ 98.00 ตามลำดับ
พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา(receptive language) ผ่านร้อยละ 76.00 และ 98.00 ตามลำดับ ด้าน
การแสดงออกทางภาษา(expressive language) ผ่านร้อยละ 62.00 และ 98.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการ
ช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) ผ่านร้อยละ 76.00 และ 98.00 ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการของเด็กในกลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วม
โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอน
มาตรฐานอย่างเดียว พบว่า พัฒนาการในภาพรวมของกลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีผลผ่าน
ร้อยละ 98.00 และ 64.00 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) และเมื่อมองผล
พัฒนาการรายด้านพบว่า พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ทั้งกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมมีพัฒนาการผ่านร้อยละ 100.00 ทั้งคู่ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine
motor skill) กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยผ่านร้อยละ 98.00 และ 72.00 ตามลำดับ ซึ่งม
ีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) ส่วนอีก 3 ด้านที่เหลือ เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมี
พัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ได้แก่ พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา
(receptive language) มีผลผ่านร้อยละ 96.00 และ 98.00 ตามลำดับ ด้านการแสดงออกทางภาษา(expressive
language) มีผลผ่านร้อยละ 90.00 และ 98.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม
(personal and social skill) มีผลผ่านร้อยละ 98.00 ทั้งคู่

5. ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง
ในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ปกครองมีความพึงพอใจมากที่สุดทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง
“ความสนุกสนานเพลิดเพลิน ความบันเทิง” และน้อยที่สุดในเรื่อง “การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/
โครงการ”

นอกจากผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสะท้อนข้อมูลกับครู เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข และผู้ปกครองเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคระหว่างการดำเนินโปรแกรม จึงพบข้อมูลที่มี
ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ดังนี้

- การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ : ระหว่างโปรแกรมต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์ของทางโรงเรียนไปยัง
ผู้ปกครองเป็นหลัก ซึ่งโรงเรียนใช้วิธีการส่งจดหมายไปที่บ้านของเด็ก จึงทำให้บางครั้งล่าช้าเอกสารไปผิดที่ เป็นต้น
นางงานจึงได้มีการแก้ปัญหาโดยการให้ครูโทรตามผู้ปกครองด้วยอีกวิธีหนึ่ง นอกจากนี้ทางผู้วิจัยมีการสร้างห้องแช
ทกลุ่มไลน์เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถติดต่อสอบถามได้โดยตรง

- มีการบูรณาการระหว่างภาคส่วนอย่างทั่วถึง : โปรแกรมของผู้วิจัยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและครู โดยมีบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าไปช่วยเหลือ ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วยังคงศักยภาพของทางครูได้ไม่มากนัก แต่ในอนาคตทางผู้วิจัยมีความคาดหวังที่จะขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมมากขึ้นรวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีบทบาทมากขึ้น

- เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม: ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังทำงานอยู่ และทำงานแทบทุกวัน แต่ทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสะดวกช่วงวันธรรมดาช่วงเช้า และยังมีช่วงที่เด็กจะต้องนอนกลางวันอีกด้วย จึงเป็นการยากที่จะเลือกเวลาจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับทุกฝ่าย ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยแจกเอกสารให้กลับบ้านไปศึกษาเพิ่มเติม และได้สร้างห้องแชทกลุ่มไลน์เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถติดต่อสอบถามได้โดยตรง

- ทักษะในการปฏิบัติกระตุ้นพัฒนาการเด็ก : บางทักษะเมื่อผู้ปกครองได้ลองนำไปปฏิบัติเองที่บ้านก็พบอุปสรรค เช่น เด็กไม่ให้ความร่วมมือ เด็กยังไม่สามารถปฏิบัติได้ในทันที ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้ผู้ปกครองกำหนดเวลาที่จะทำกิจกรรมกับเด็กให้เป็นเวลา และให้มีการเตรียมการก่อนล่วงหน้า และพยายามทำให้เป็นประจำสม่ำเสมอ

อภิปรายผล

1. เด็กในกลุ่มทดลอง มีพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม จะเห็นได้ว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปฐม นวลคำ (2559)⁴¹ ที่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลอง มีผลของการมีความรู้ และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเด็ก ผู้ปกครอง ครู และมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ช่วย ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วย 3 ส่วน อันได้แก่ 1) การให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการของเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน ที่ประยุกต์มาจากหลักการ “DIR/Floortime Model” ของ Dr.Stanley Greenspan ซึ่งมีการศึกษาโดยแพทย์หญิงแก้วตา นพมณี จารัสเลิศ และคณะ (2559)³⁵ พบว่าทำให้เด็กที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการมีผลพัฒนาการที่ดีขึ้น 2) การร่วมสอนผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในแต่ละราย โดยใช้คู่มือ DSPM โดยเน้นด้านที่เป็นปัญหามากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง นั่นก็คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) ซึ่งมีการศึกษาของรวิพร ผาด่าน (2557)³⁸ พบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์การฉีก ตัด ปะเศษวัสดุมีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กหลังการทดลองอยู่ในระดับดี ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 3)

การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ปกครอง และครู โดยใช้ชุดกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่าเฝ้าดูฟัน” เน้นในด้านการเล่านิทานเป็นหลัก ซึ่งมีการศึกษาของศุภมาส จิรกอบสกุล (2559)³⁷ พบว่า การจัดกิจกรรมการอ่านนิทานร่วมกันเด็กปฐมวัย ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นโดยเฉพาะทักษะด้านการอ่านและการเขียน และยังมีการศึกษาของสมพร คำมูล (2554)³⁹ ที่พบว่าความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านการแต่งกายของเด็กหลังการฝึกโดยใช้ชุดกิจกรรมการแต่งกายสูงกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกรณีผลพัฒนาการรายด้านนั้นก็สามารถอธิบายด้วยเหตุผลเดียวกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิมนั้น พบว่าเด็กในกลุ่มควบคุมมีผลการตรวจพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ผ่านร้อยละ 100.00 ตั้งแต่ก่อนทดลองแล้วเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองและนั่นก็สามารถกล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีนี้สามารถคงสภาพผลพัฒนาการเดิมไว้ได้เป็นอย่างดี

2. เด็กในกลุ่มควบคุม มีพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) กับ พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) ซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม ในกรณีผลการเปรียบเทียบพัฒนาการภาพรวมก่อนและหลังการทดลองสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้คัดมาเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเท่านั้น ซึ่งก็คือเด็กทุกคนที่อยู่ในการศึกษาครั้งนี้จะต้องมีผลการตรวจพัฒนาการด้วยคู่มือDSPMแล้วพบว่าไม่ผ่านพัฒนาการรายด้านอย่างน้อย 1 ด้าน ตั้งแต่ก่อนทดลองแล้วทุกคน เหตุผลอีกประการหนึ่งคือเด็กในกลุ่มควบคุมก็จะได้รับการตรวจประเมินและติดตามตามขั้นตอนปกติ ซึ่งในโรงเรียนของเด็กกลุ่มควบคุมก็จะได้รับการฝึกทักษะโดยคุณครูประจำชั้นที่ได้รับการฝึกอบรมด้านพัฒนาการจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่แล้ว จึงทำให้หลังการทดลองมีความเป็นไปได้สูงที่เด็กจะมีผลพัฒนาการในภาพรวมที่ดีขึ้น ส่วนกรณีผลพัฒนาการรายด้านนั้นแม้จะมีผลพัฒนาการหลังการทดลองที่เพิ่มขึ้นแต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผลการเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ได้แก่ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) ซึ่งเด็กกลุ่มควบคุมมีผลการตรวจผ่านร้อยละ 30.00 ก่อนการทดลอง และมีผลการตรวจผ่านร้อยละ 72.00 หลังการทดลอง เท่ากับว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.00 ในขณะที่เด็กกลุ่มทดลองผลการตรวจผ่านร้อยละ 26.00 ก่อนการทดลอง และมีผลการตรวจผ่านร้อยละ 98.00 หลังการทดลอง เท่ากับว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 72.00 เช่นเดียวกับพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) เด็กกลุ่มควบคุมมีผลการตรวจผ่านร้อยละ 98.00 ก่อนการทดลอง และมีผลการตรวจผ่านร้อยละ 98.00 หลังการทดลอง เท่ากับว่าไม่มีการเพิ่มขึ้นจากเดิม ในขณะที่เด็กกลุ่มทดลองผลการตรวจผ่านร้อยละ 76.00 ก่อนการทดลอง และมีผลการตรวจผ่านร้อยละ 98.00 หลังการทดลอง เท่ากับว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.00 และสามารถอธิบายถึงผลพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ซึ่งมีผลพัฒนาการผ่านเท่าเดิมนั้นพบว่าเด็กในกลุ่มควบคุมมีผลการตรวจพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ผ่านร้อยละ 100.00 ตั้งแต่ก่อนทดลองแล้วเช่นเดียวกับ

กลุ่มทดลอง ผู้ทำการวิจัยพบว่าเป็นข้อจำกัดของการศึกษาที่ไม่สามารถหากลุ่มตัวอย่างที่มีผลพัฒนาการไม่ผ่านในด้านนี้มากพอ ซึ่งหากมีการศึกษาต่อไปและสามารถหากลุ่มตัวอย่างได้มากพอ ก็อาจจะสามารถหาความแตกต่างจากกลุ่มทดลองได้มากขึ้น เช่นเดียวกับพัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา(receptive language) กับพัฒนาการด้านการแสดงออกทางภาษา(expressive language)

3. เมื่อเทียบระหว่างเด็กในกลุ่มทดลอง กับ เด็กในกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า พัฒนาการในภาพรวมของกลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) โดยเฉพาะพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor skill) กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปฐม นวลคำ (2559)⁴¹ ที่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง มีผลของการมีความรู้ และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของรวีพร ผาด่าน (2557)³⁸ ที่พบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์การฝึก ตัด ปะเศษวัสดุมีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กหลังการทดลองอยู่ในระดับดี ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ทั้งนี้เพราะโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี เป็นการทำงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลัก ซึ่งโปรแกรมนี้อาศัยการทำงานร่วมกันของครู ผู้ปกครอง และสถานพยาบาล ทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็ก สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา (2558)³⁶ ที่พบว่าการศึกษาที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดา หรือสมาชิกคนอื่นนอกเหนือไปจากบิดามารดา มีผลบวกพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมที่สมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าเด็กที่ไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับใคร กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน ที่ประยุกต์มาจากหลักการ “DIR/Floortime Model” ของ Dr.Stanley Greenspan ซึ่งมีการศึกษาโดยแพทย์หญิงแก้วตา นพณิจำรัสเลิศ และคณะ (2559)³⁵ พบว่าทำให้เด็กที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการมีผลพัฒนาการที่ดีขึ้น หลักการของ Floortime คือใช้ช่วงเวลาพิเศษที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมมาส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นสุขสนุกและรู้สึกปลอดภัยพ่อแม่หรือผู้ดูแลใช้เวลาไปกับเด็ก (เช่น เล่นด้วยกันทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันร่วมกันพูดคุยสนทนา) โดยมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน มี 4 แนวทาง ได้แก่ 1) การเล่นกับลูกการจัดแบ่งเวลาของคุณพ่อคุณแม่ลงมาเล่นกับลูกโดยวิธีการง่ายๆคือเล่นอะไรก็ได้ที่ลูกสนุกลูกชอบเล่นแล้วลูกหัวเราะอยากเอาอีกอยากเล่นอีก 2) การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน การใช้กิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวันเป็นโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านของลูก เช่น เวลาทานข้าวการกินอาหารร่วมกัน การใส่เสื้อผ้า การแปรงฟัน หรือการช่วยทำงานบ้านง่ายๆ 3) การฝึกร่างกาย การใช้ร่างกายออกกำลังกายเคลื่อนไหวเล่นกลางแจ้งเล่นสนามเด็กเล่นหรือฝึกทักษะ

ด้านกีฬาที่ซับซ้อนขึ้นตามวัยการฝึกร่างกายให้คล่องแคล่วเป็นรากฐานสำคัญในการฝึกพื้นฐานสมอง เด็กที่ออกกำลังกายเป็นประจำเราจะพบว่าเด็กคล่องแคล่วขึ้นกระฉับกระเฉงมากขึ้นมั่นใจในตัวเองมากขึ้นเด็กจะพูดได้คล่องขึ้นคิดแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้นเรียนหนังสือได้เก่งขึ้นมีสมาธิมากขึ้น 4) การเล่นกับเพื่อน เป็นทักษะชีวิตที่สำคัญคุณพ่อคุณแม่สามารถเริ่มต้นฝึกทักษะทางสังคมอารมณ์ผ่านการเล่นกับเพื่อนได้ตั้งแต่เล็กๆ

ในส่วนพัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา (receptive language) กับด้านการแสดงออกทางภาษา (expressive language) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภมาส จิรกอบสกุล (2559)³⁷ พบว่า การจัดกิจกรรมการอ่านนิทานร่วมกันเด็กปฐมวัย ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นโดยเฉพาะทักษะด้านการอ่านและการเขียน ส่วนพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social skill) มีผลผ่านร้อยละ 98.00 ทั้งคู่พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (gross motor skill) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพัฒนาการร้อยละ 100.00 ทั้งคู่ ซึ่งผู้ทำการวิจัยพบว่าเป็นข้อจำกัดของการศึกษาที่ไม่สามารถหากลุ่มตัวอย่างที่มีผลพัฒนาการไม่ผ่านในด้านนี้มากพอ ซึ่งหากมีการศึกษาต่อไปและสามารถหากลุ่มตัวอย่างได้มากพอ ก็อาจจะสามารถหาความแตกต่างจากกลุ่มทดลองได้มากขึ้น

4.ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้ปกครองมีความพึงพอใจมากที่สุดทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง “ความสนุกสนานเพลิดเพลิน ความบันเทิง” และน้อยที่สุดในเรื่อง “การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ” แสดงว่าการจัดกิจกรรมในครั้งต่อไป ผู้จัดต้องคำนึงถึงความสนุกสนานด้วย ต้องไม่เน้นเนื้อหาจนเกินไป ต้องมีกิจกรรมสนทนาการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้พักเบาสมอง และอยากมาร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง ส่วนด้านที่ควรปรับปรุงคือ การประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องนำไปพัฒนาต่อไป ต้องใช้เวลาและลงแรงมากกว่านี้ เช่น ให้ครูโทรตามผู้ปกครอง การสร้างห้องแชทกลุ่มไลน์เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถติดต่อสอบถามได้โดยตรง การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เป็นต้น และที่น่าสังเกตอีกจุดหนึ่งคือ ผู้ปกครองให้คะแนนพัฒนาการของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 และคะแนนจิตสำนึก ทศนคติ ความตระหนักในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เฉลี่ยถึง 4.78 นั้นหมายความว่าในความรู้สึกของผู้ปกครองก็แสดงออกว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาและแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี และใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการประยุกต์ใช้โปรแกรม

1. ควรมีการนำเสนอผลการศึกษาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานที่ใกล้เคียงรับทราบ เพื่อจะได้มีการนำเอาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี นี้ไปปรับใช้กับพื้นที่ใกล้เคียงตามความเหมาะสม เพื่อให้สามารถขยายผลการศึกษาไปได้กว้างขวางยิ่งขึ้น โดยเน้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลักก่อน

2. ควรมีการเน้นย้ำเรื่องการประชาสัมพันธ์กิจกรรมให้มากขึ้น นอกจากการส่งเอกสารแจ้งล่วงหน้าแล้ว อาจจะต้องมีการสร้างห้องแชทกลุ่มไลน์เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถติดต่อสอบถามได้โดยตรง การติดตามโดยครูระหว่างที่ผู้ปกครองมารับเด็กกลับบ้าน การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

3. ควรปรับเวลาในการจัดกิจกรรมให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ เพราะเป็นเหตุผลหลักที่จะทำให้ผู้มาเข้าร่วมกิจกรรม ยกตัวอย่างเช่น หากผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังทำงานอยู่ และทำงานแทบทุกวัน แต่ทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสะดวกช่วงวันธรรมดาช่วงเช้า และยังมีช่วงที่เด็กจะต้องนอนกลางวันอีกด้วย หากมีโอกาสที่จะสามารถสอดแทรกกิจกรรมไปในระหว่างเรียนโดยครู หรือนัดผู้ปกครองมาติดตามหลังเลิกเรียน หรือ วันหยุด เป็นต้น

4. ต้องมีการติดตามหลังกิจกรรม เนื่องจากบางทักษะเมื่อผู้ปกครองได้ลองนำไปปฏิบัติเองที่บ้านก็พบอุปสรรค เช่น เด็กไม่ให้ความร่วมมือ เด็กยังไม่สามารถปฏิบัติได้ในทันที เช่น อาจจะมีการโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือ การการสร้างห้องแชทกลุ่มไลน์เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถติดต่อสอบถามได้โดยตรง เป็นต้น

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและสถาบันครอบครัวนำแนวคิด Floortime ไปใช้ เพื่อให้ครูและผู้ปกครองได้มีทักษะและแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างทั่วถึง

2. ผู้บริหารควรส่งเสริมการบูรณาการระหว่างภาคส่วนอย่างทั่วถึง ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วยังคงศักยภาพของทางครูได้ไม่มากนัก และควรขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมมากขึ้นรวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีบทบาทมากขึ้น

ด้านการศึกษา

1. ด้านการศึกษา ควรมีการนำเสนอและเผยแพร่ พร้อมทั้งสอดแทรกในการสอน เพื่อให้ครูได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อให้เห็นพัฒนาการของเด็กที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น มีการติดตามประเมินผลเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน หรือ 12 เดือนต่อไป
2. ด้านการพัฒนาโปรแกรมควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมพัฒนาการในทุกๆด้านมากขึ้น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านการรับรู้ และเข้าใจภาษา (receptive language) กับด้านการแสดงออกทางภาษา (expressive language)

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การยูนิเซฟประเทศไทย. (2558-2559). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. สถาบันพัฒนาอานามัยเด็กแห่งชาติ. (2560). รายงานประจำปี 2560 สถาบันพัฒนาอานามัยเด็กแห่งชาติ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
3. คณะทำงานกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2559). คู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข”. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. ศิริลักษณ์ พนมเชิง. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์ในเด็กที่มีภาวะพูดช้ากว่าวัย (Delayed Speech) แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิก Well Baby แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลบางละมุง. วารสาร กุมารเวชศาสตร์ 2556 ; 52 : 44-55
5. Nuntaboot K. Workshop manual on the guideline development for the development system of child rearing system during early childhood by the local community. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2016.
6. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยอนุบาล 3-6 ปี, ไม่ระบุสถานที่พิมพ์, 2557.
7. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักพัฒนาระบบบริหารงานบุคคล. (2549). คู่มือการจัดทำแผนอัตรากำลัง 3 ปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(งบประมาณประจำปี2549-2550)
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,คู่มือ อสม.ส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด- อายุ 5 ปี, พิมพ์ครั้งที่ 1 พิมพ์ที่สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา, กรกฎาคม 2553.
9. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข,หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีพุทธศักราช 2557, ไม่ระบุสถานที่พิมพ์, 2557.
10. กรมวิชาการ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่2) พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545 (2546). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย.
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่เมืองไทย แข็งแรง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
12. Whongdechakul, S. (2007). *Surveying Early Child Development Report 2007*. Retrieved August, 28 2016, from http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=251_

เอกสารอ้างอิง(ต่อ)

13. Yonjaroenlum, P., Pinyo, B., Sutthiprama, A., Petdee, M., Bunmeejiw, R., Maenakun, P. et al. (2009). Parenting Behavior and Health Status of Children Born from Mothers Younger Than 20 Years. *Annual Report Regional Health Promotion Center 9 Phitsanulok*, 55. (in Thai).
14. Pattanapongthorn, J., Boonsuwan, C. & Thanajaroenwatchara, N. (2014). *The Study of Thai Early Child Development*. Retrieved August, 28 2016, from http://inspection.anamai.moph.go.th/uploads/docs/g1/JP02_TheStudyOfThaiEarlyChildDevelopmen.pdf.(in Thai)
15. Nanthamongkolchai, S., Issaranurak, S. & Kaewsiri, D. (2004). Family Factors Influencing Early Child Development in 4 Provinces of Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 2(1): 3-10. (in Thai).
16. Losatiankij, P. (2015). *Situation Thai Early Child Development*. Retrieved August, 14 2016, from <https://hpc03.files.wordpress.com/2015/09/full-paper-childdev.pdf>. (in Thai).
17. Ratnan, Y. (2014). *The Study Factors Associate with Thai Early Child Development, Health zone 8*. Retrieved August, 30 2016, from <http://kcenter.anamai.moph.go.th/download>. (in Thai).
18. Akcpatcha. K., Pongpan. S. & Saensiriwong. S. (2009). Nutritional Status and Child Development 1-3 Years Old in PhraeProvive. *Journal of Health Science*, 18(1): 71-76. (in Thai).
19. Theprak, S., Mukdakasem, P., Suebnuch, J. & Jaturaperm, J. (2014). *Study of Parents' Parenting Factors and Community Participation in Promoting Growth and Early Child Development, Health Zone 4 and 5*. Maternal and Child Health, Health Promotion Group, Health Center 4 Ratchaburi, Department of Health, Ministry of Public Health. Retrieved August, 14 2016, from hpc4.go.th/rcenter/_fulltext/201403311030241551/20140403134122_548.pdf. (in Thai).

เอกสารอ้างอิง(ต่อ)

20. Kanlaya, A. (2008). *The Study on Delayed Developmental Problems in Newborn to 5 Years Found in Queen Sirikit National Institute of Child Health*. Thesis Diploma in Professional Medicine, Pediatrics, The Medical Council of Thailand. Bangkok: National Institute of Child Health, Ministry of Public Health. (in Thai).
21. Kumraksa, N., Theeranan, P., Srihirunrussame, S., Keodsawas, A. & Kuhapun, B. (2014). Situation of Child Development Promotion. *Journal of Mental Health of Thailand*, 22(2): 76-83. (in Thai).
22. Chaimay, B., Thinkhamrop, B. & Thinkhamrop, J. (2006). Risk Factors Associated with Language Development Problems in Childhood – A Literature Review. *J Med Assoc Thai*, 89(7): 1080-1086. (in Thai).
23. Choosin, K. (2013). *Factors Associate with Child Development, Promoter Early Child Development Intensive Course of Hospital Manual*. (1st Edition). Bangkok: The Agricultural Co-Operative Federation of Thailand, Ltd. (in Thai).
24. Muhoozi, G. K. M., Atukunda, P., Mwadime, R., Iversen, P. O. & Westerberg, A. C. (2016). Nutritional and Developmental Status among 6 to 8-Month-Old Children in Southwestern Uganda: a Cross-Sectional Study. *Citation: Food & Nutrition Research*, 60(30270): 1-11. (in Thai).
25. Bernardo, L. Horta, Rajiv Bahl., Jose, C. Martines & Cesar G. Victora. (2013). *Evidence on the Long-Term Effects of Breastfeeding; a Systematic Review and Meta-Analyses*. Geneva : World Health Organization.
26. Khumyoo, A., PakThoop, M., Watcharasin, J., Netthip, N. & Deawissares, W. (2002). Preschool Child Development in Child Development Center, Community Development Department in East of Thailand. *Journal of Nursing Science, Burapha University*. 10(3): 1-12. (in Thai).
27. Factor-Litvak, P., Wasserman, G., Kline, J. K. & Graziano, J. (1999). The Yugoslavia Prospective Study of Environmental Lead Exposure. *Environ Health Perspectives*, 107(1): 9-15. (in Thai)

เอกสารอ้างอิง(ต่อ)

28. Wasserman, G. A., Liu X., Parvez, F., Ahsan, H., Levy, D., Factor-Litvak, P., et al. (2006). Water Manganese Exposure and Children's Intellectual Function in Araihaazar, Bangladesh. *Environ Health Perspectives*, 114(1): 124-129.
29. พญ.นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. (2547). เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ. สืบค้นเมื่อ ตุลาคม 2561 ,http://www.rajanukul.go.th/new/index.php?mode=academic&group=269&id=3232&date_start=&date_end=
30. หรั่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และ สมเกียรติยศ วรเดช. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561 : 281-296
31. กระทรวงสาธารณสุข (2559), คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). บริษัท ทีเอสอินเตอร์พรีนท์ จำกัด
32. แพทย์หญิงชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์ และคณะ. (2559). คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่ หรือ ผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ด้วย “กิน กอด เล่น เล่า”. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
33. แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ. (2551). Floortime and Learn :ส่งเสริมทักษะชีวิตด้วยการเล่น. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
34. แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ. (2559). การกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าโดยครอบครัวมีส่วนร่วม. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
35. แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ และคณะ. (2559). การติดตามผลการรักษาเด็กออทิสติกที่ใช้แนวทาง DIR/ฟลอไรม์. วารสารกุมารเวชศาสตร์ ตุลาคม-ธันวาคม 2559 : 284-292
36. ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา (2558). พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน : การศึกษาผลกระทบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยาลัยประชากรศาสตร์
37. ศุภมาส จีรกอบสกุล (2559). ทักษะทางภาษาด้านการอ่านและการเขียนของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมการอ่านนิทานร่วมกัน. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
38. รวิพร ผาด่าน (2557). ความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปสร้างสรรค์การฉีก ตัด ปะเศษวัสดุ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.(การศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารอ้างอิง(ต่อ)

39. สมพร คำมูล (2554). ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านการแต่งกายของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาโดยใช้ชุดกิจกรรมการแต่งกาย. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
40. Bernard, R. (2000). Fundamentals of biostatistics (5th ed.). Duxbery: Thomson learning, 308.
41. ปฐม นวลคำ (2559). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนธันวาคม 2559 - มกราคม 2560 : 36-45
42. Joint committee on infant hearing. American Academy of Pediatrics. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics 2007; 120: 898-921.
43. ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. (2539). สถิติพื้นฐาน . ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.

ภาคผนวก

คู่มือการใช้โปรแกรม

ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี

คำนำ

คู่มือการใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี เป็นคู่มือเกี่ยวกับการทำงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี โดยทำงานร่วมมือกับภาคส่วน อันได้แก่ ภาคส่วนหลัก (ครูผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครอง) กับ ภาคส่วนร่วม (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลัก ใช้เวลา 12 สัปดาห์

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ผู้คู่มือสามารถปรับเปลี่ยนแนวทางให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ได้ตามความเหมาะสมและยั่งยืน

ชัยพล ศรีธรรวานิช

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโดยการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นคู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข” กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยอนุบาล 3-6 ปี ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และคู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่ หรือ ผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ด้วย “กิน กอด เล่น เล่า” สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต รวมไปถึงแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ของ Dr. Stanley Greenspan

โดยเนื้อหาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี เหมาะสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นอย่างดี เนื่องจากมีการอ้างอิงรูปแบบการกระตุ้นและติดตามพัฒนาการจากคู่มือดังกล่าวอยู่มาก

โครงสร้างหลักสูตรโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี เป็นการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลัก ใช้เวลา 12 สัปดาห์

เป้าหมายของหลักสูตร

เพื่อพัฒนาศักยภาพพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 3 – 5 ปี ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการกิน การสัมผัส การเล่น และการเล่า

ขอบข่ายของหลักสูตร

ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม 4 แผนกิจกรรม ได้แก่

1. แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง การกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือDSPM
3. แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง เล่นเสริมสายใยรัก
4. แผนการจัดกิจกรรมฯ เรื่อง พุมพิกเล่า เคล้านิทาน

การนำหลักสูตรไปใช้

1. วิทยากร ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในพื้นที่นั้นๆ เช่น บุคลากรทางด้านสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา แกนนำชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้ในแผนกิจกรรมจะถูกกำกับโดยแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 3-5 ปี และครูผู้ดูแล

3. วิธีการนำไปใช้ ควรใช้ประกอบกับ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจงสำหรับวิทยากร

1. วิทยากรควรปรับภาษาให้เข้าใจง่ายเหมาะกับบริบทของแต่ละพื้นที่ในการทำกลุ่ม
2. วิทยากรควรทำความเข้าใจเนื้อหาโดยการอ่าน “แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ของ Dr. Stanley Greenspan” และ “คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า” ให้เข้าใจก่อนทำกิจกรรม
3. วิทยากรควรใช้เทคนิคในการเชื่อมโยงเนื้อหากิจกรรมในแต่ละแผน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เห็นความต่อเนื่องของเนื้อหา และเข้าใจแนวคิดรวบยอดของการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น
4. แผนการจัดกิจกรรมทั้ง 4 แผน สามารถจัดกิจกรรม ติดต่อกันหรือจัดเว้นระยะแผนการจัดกิจกรรมตามความพร้อมและความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย หรือบริบทพื้นที่ แต่ไม่ควรเว้นระยะห่างกันนานเกินไป เช่น 1 แผนกิจกรรม / 1 วัน / 1 สัปดาห์ ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ หรือ 2 แผนกิจกรรม / 1 วัน ติดต่อกันทั้งหมด 3 วัน ใน 1 สัปดาห์ โดยทั่วไปแนะนำให้จัดกิจกรรมโดยแบ่งแผนการจัดกิจกรรมออกเป็น 3 วัน หรือ 5 วัน และเว้นระยะห่างตามความเหมาะสม
5. การจัดกิจกรรมควรมีกิจกรรมสันทนาการ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งควรมีการเตรียมทีมสันทนาการไว้
6. ในกรณีที่วิทยากรต้องการจะปรับเปลี่ยนสื่อประกอบแผนการจัดกิจกรรม ให้วิทยากรคำนึงถึงวัตถุประสงค์หลักของแต่ละแผนกิจกรรม และให้คงวัตถุประสงค์ไว้ให้ชัดเจน
7. เมื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง วิทยากรไม่จำเป็นต้องแจกใบกิจกรรมทุกใบ วิทยากรหรือผู้ช่วยวิทยากรสามารถเขียนประเด็นคำถามจากใบกิจกรรมไว้ในกระดาษฟลิปชาร์ต เตรียมไว้ก่อนเข้ากิจกรรม และให้วิทยากรนำผู้เข้าร่วมการอบรมตอบคำถามในแต่ละประเด็นไปพร้อมๆ กัน
8. เนื้อหาในใบความรู้ คือ เนื้อหาที่เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบในแต่ละแผนกิจกรรมการถ่ายทอดเนื้อหาในใบความรู้ อาจทำได้โดยการแจกใบความรู้พร้อมการบรรยายสรุปประเด็นสำคัญ หรือการเขียนประเด็นสำคัญเตรียมไว้ในกระดาษฟลิปชาร์ต หรือ การสรุปประเด็นแล้วนำเสนอโดย power point โดยไม่ต้องแจกใบความรู้ก็สามารถทำได้

แผนการจัดกิจกรรมฯ

เรื่อง แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูลูก เพื่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถส่งเสริมพัฒนาการลูกได้เองที่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

เวลา 60 นาที

สื่อ/อุปกรณ์

1. วิดีทัศน์โฆษณา DTAC “the power of love”
2. กระดานฟลิปชาร์ต
3. กระดาษฟลิปชาร์ต
4. ปากกาเมจิก
5. บอร์ด “สายใย หัวใจผูกพัน”
6. ใบกิจกรรมที่ 1 2 และ 3
7. แนวคิดสำหรับวิทยากร “ธรรมชาติของเด็กอายุ 3 - 5 ปี พฤติกรรมที่พบบ่อย และการตอบสนองที่เหมาะสม”
8. ใบความรู้ที่ 1 “ความผูกพันทางอารมณ์”
 - ใบความรู้ที่ 2 “ความสำคัญของความผูกพันทางอารมณ์”
 - ใบความรู้ที่ 3 “บทบาทของพ่อ”
 - ใบความรู้ที่ 4 “แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม”

สาระสำคัญ

“ความผูกพันทางอารมณ์” ระหว่างพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูและเด็กเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อพัฒนาการของเด็กทั้งร่างกายและจิตใจ “ความผูกพันทางอารมณ์” เกิดขึ้นจากความใกล้ชิดระหว่างพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู และเด็ก รวมถึงการที่ผู้เลี้ยงดูรับรู้ถึงความรู้สึก ความต้องการของเด็ก และให้การตอบสนองอย่างเหมาะสมตามวัยในชีวิตประจำวัน ผ่านกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า อย่างสม่ำเสมอ

วิธีการจัดกิจกรรม

ขั้นนำ (10 นาที)

1. เปิดวิดีโอทัศน์ โฆษณา DTAC “the power of love” (5 นาที)
2. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมจับคู่กัน เพื่อแลกเปลี่ยนกันในประเด็น “ถ้าเด็กในวิดีโอทัศน์เป็นลูกของคุณ คุณคิดว่าลูกของคุณจะรู้สึกอย่างไร” (5 นาที)

ขั้นสอน (60 นาที)

1. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรม จับคู่กัน แจกใบกิจกรรมที่ 1 ให้กลุ่มละ 1 ใบ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันตามประเด็นที่ 1 - 4 ในใบกิจกรรมที่ 1 (10 นาที)
2. วิทยากรสุ่มตัวแทนกลุ่มนำเสนอประเด็นตามใบกิจกรรมที่ 1 ประเด็นที่ 1 - 4 ประเด็นละ 1 - 2 คู่ อาจจะทำให้ผู้ที่มีความคิดเห็นแตกต่างนำเสนอเพิ่มเติม (10 นาที)

หมายเหตุ กิจกรรมนี้วิทยากรอาจจะสรุปคำตอบลงบนกระดานให้ผู้ปกครองได้เห็นถึงแนวคิดร่วมกันในกลุ่ม โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ช่วยวิทยากรเขียนสรุปความคิดเห็นลงบนกระดาน เพื่อสร้างมีส่วนร่วมและความรู้สึกร่วมภายในกลุ่ม

3. วิทยากรบรรยาย “ความผูกพันทางอารมณ์” (ใบความรู้ที่ 1 “ความผูกพันทางอารมณ์”) (10 นาที)
4. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมจับกลุ่ม แจก ใบกิจกรรมที่ 2 (วัยก่อนเรียน) ให้ผู้เข้ารับการอบรมอภิปรายกัน ในประเด็นตามใบกิจกรรม (10 นาที)

5. วิทยากรสุ่มตัวแทนกลุ่มนำเสนอใบกิจกรรมที่ 2 โดยแบ่งการ นำเสนอเป็นวัยละ 1 กลุ่ม โดยวิทยากร นำอภิปราย เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับธรรมชาติของเด็กแต่ละวัย พฤติกรรมที่พบบ่อย การตอบสนอง ที่เหมาะสม ในแต่ละพฤติกรรม และผลกระทบหากตอบสนองได้ไม่เหมาะสม ตามใบแนวคิดสำหรับวิทยากร “ธรรมชาติของเด็กอายุ 3 - 5 ปี พฤติกรรมที่พบบ่อย การตอบสนองที่เหมาะสม และผลกระทบหากตอบสนองได้ไม่เหมาะสม” (20 นาที)

6. วิทยากรเกริ่นนำถึง “แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม” และนำ กิจกรรมโดยใช้ ใบความรู้ที่ 4 “แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม”

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. วิทยากรบรรยายสรุป “การสร้างความผูกพันทางอารมณ์” (ใบความรู้ที่ 2 “การสร้างความผูกพันทางอารมณ์” และ ใบความรู้ 3 “บทบาทของพ่อ”)

การประเมินผล (10 นาที)

1. วิทยากรแจกใบกิจกรรมที่ 3 ให้ผู้เข้ารับการอบรมคนละ 1 ใบ ตอบคำถามในใบกิจกรรมที่ 3 โดยเปิด วีดิทัศน์ประกอบเพลง “แรกรัก” คลอเบาๆ ขณะตอบ

2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมนำใบกิจกรรมที่ 3 ของตนเอง ไปแปะบนบอร์ด “สายใย หัวใจผูกพัน” เพื่อให้ผู้เข้า รับการอบรมสามารถมาอ่านได้ในช่วงพัก

3. เมื่อจบการอบรม วิทยากรคืนใบกิจกรรมที่ 3 ให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจ และการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมอภิปรายในกลุ่ม
3. ผลงานจากกิจกรรม

ใบกิจกรรมที่ 1

ให้ผู้เข้ารับการอบรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในประเด็นต่อไปนี้

(10 นาที)

ประเด็นที่ 1 จากวิดิทัศน์ ท่านคิดว่าพ่อรู้สึกรึ้อย่างไร

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 2 จากวิดิทัศน์ ท่านคิดว่าอะไรที่ทำให้ลูกหยุดร้อง

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 3 ท่านคิดว่าความใกล้ชิดระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดู มีผลต่อการพัฒนาการของลูกหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 4 ท่านคิดว่าท่านรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของลูกได้เร็วหรือไม่ อย่างไร (เช่น ทราบจากอาการของลูกวัยทารกหรือไม่ เมื่อลูกไม่สบายตัว ง่วง โดยไม่ต้องรอให้ลูกร้องไห้ เป็นต้น) และจะอย่างไรที่จะทำให้รับรู้และเข้าใจความต้องการของลูกได้เร็วขึ้น

.....

.....

.....

ใบกิจกรรมที่ 2

(วัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี)

ให้ผู้เข้ารับการอบรมอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม ตามประเด็นต่อไปนี้ และเติมลงในช่องว่าง

1. จากประสบการณ์ของท่านธรรมชาติของเด็กวัยก่อนเรียน มีลักษณะอย่างไร
2. ท่านเจอพฤติกรรมใดบ้าง ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าพฤติกรรมที่พบ
3. ท่านมีการตอบสนองต่อพฤติกรรมในข้อ 2 อย่างไรบ้าง
4. ถ้าไม่ตอบสนองหรือตอบสนองไม่เหมาะสม ท่านคิดว่าลูกของท่านจะเป็นอย่างไร

1.ธรรมชาติของเด็กวัยก่อนเรียน	2.พฤติกรรมที่พบ	3.การตอบสนอง	4.ผลของการตอบสนองที่เหมาะสม
	☐ พูดเก่งขึ้น ช่างซักถาม คำว่า “ทำไม” เป็นคำพูดติดปาก		
	☐ ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วย ตนเองมากขึ้น เช่นถอด-ใส่เสื้อผ้า กินอาหาร เป็นต้น		
	☐ มีการเล่นร่วมกับเด็กอื่น เล่นสมมติ เช่น ขยายของเล่น เล่นพ่อ-แม่-ลูก เป็นต้น		

ใบกิจกรรมที่ 3

ท่านคิดว่าในปัจจุบันการเลี้ยงดูลูกของท่านสร้างความผูกพันทางอารมณ์ดีเพียงพอหรือยัง ถ้ายังจะเพิ่มเติม / พัฒนา/ปรับปรุง อย่างไรบ้าง กรุณายกตัวอย่าง

[illegible]

แนวคิดสำหรับวิทยากร

“ธรรมชาติของเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี พฤติกรรมที่พบบ่อย การตอบสนองที่เหมาะสม และผลกระทบหากตอบสนองได้ไม่เหมาะสม” (3)

วัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี				
1. ธรรมชาติของเด็กวัยก่อนเรียน	2. พฤติกรรมที่พบ	3. การตอบสนอง	4. ผลของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม	
- เดิน วิ่ง คล่อง เคลื่อนไหวได้ดี ตั้งตัวต่อสิ่งแวดล้อม - พัฒนาการใช้ภาษารวดเร็ว พูดเป็นประโยค เล่าเรื่องได้ดี ช่างซัก ช่างถาม - ช่วยเหลือตัวเองได้ตั้งขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น - เล่นร่วมกับผู้อื่น เล่นสมมติ เล่นตามจินตนาการ - รู้จักรอคอย ระวังอารมณ์ได้ดีขึ้น - มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น - กลัวการแยกจากลดลง - ยังยึดตนเองเป็นใหญ่ แต่ช่วงอายุ 4 – 5 ปีก็จะเริ่มเข้าใจเหตุผลได้มากขึ้น - เริ่มรู้กฎ-ผิด ดี-ไม่ดี - เริ่มเรียนรู้ที่จะอยู่ในกฎเกณฑ์ต่างๆ ได้	☐ พูดเก่งขึ้น ช่างซักถาม คำว่า “ทำไม” เป็นคำพูดติดปาก	- รับฟัง เปิดโอกาสให้ถูกเล่า แสดงความสนใจ ซักถาม - พยายามตอบคำถามให้มากที่สุด ให้คำตอบสั้นๆ เข้าใจง่าย - ถ้ายังไม่วางหรืออยู่ให้บอกลูกให้ชัดเจนว่าทำอะไรอยู่ให้ลูกรอก่อน	- ไม่กล้าแสดงออก ขาดความมั่นใจในตนเอง - ทำอะไรไม่เป็น ช่วยเหลือคนอื่นไม่ได้ - ขาดระเบียบวินัย - รู้สึกล้มเหลว เกิดรู้สึกผิด และวิตกกังวลว่าจะแสดงออกมาในรูปของการทางกายต่างๆ - ขาดจินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ - สร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ได้	
	☐ ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	- เปิดโอกาสให้ลูกได้ทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองมากที่สุด ชมเชยเมื่อลูกอยากทำด้วยตนเอง หรือทำได้ ถ้าทำไม่ถูกต้อง ช่วยแก้ไข สอนวิธีที่ถูกต้อง ทดลองทำไปพร้อมกัน - สอนเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ระเบียบวินัย		
	☐ สนใจสำรวจ สิ่งแวดล้อม	- หาโอกาสเล่นกับลูก ใช้โอกาสที่ลูกเล่นสมมติ หรือเลียนแบบ สอนการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เล่นขายของ ต้องมีการจ่ายเงิน ขอบคูนเมื่อรับเงิน หรืออาจสร้างสถานการณ์สมมติต่างๆ เช่น ทอนเงินเกิน ทำของเสียหาย และสอนการตอบสนองที่เหมาะสม - สอนการแบ่งปัน การขอโทษ การให้อภัย เมื่อลูกเล่นกับเพื่อน - เล่นประกอบการเล่นจินตนาการ อาจให้ลูกช่วยแต่งเรื่องเพิ่ม		

ใบความรู้ที่ 1

“ความผูกพันทางอารมณ์”

พื้นฐานสำคัญที่สุดในการเลี้ยงดูเด็กนั้นอยู่ที่ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวที่จะพัฒนาต่อไปเป็นความผูกพันระหว่างพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูกับลูก ซึ่งถ้าหากลูกและพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมีสายสัมพันธ์ (bonding) และความผูกพันทางอารมณ์ (attachment) ที่มั่นคง ย่อมนำไปสู่พัฒนาการที่ดี ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ความคิด พบว่าความผูกพันทางอารมณ์ในเด็กทารกมีผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และสมรรถนะทางสังคมเมื่อเด็กโตเป็นผู้ใหญ่

ลักษณะของเด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้เลี้ยงดูดี

- รู้สึกต่อตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่า เชื่อมั่นในตนเอง
- รู้จักไว้วางใจผู้อื่น
- ควบคุมอารมณ์ได้ดี
- เข้าใจคนอื่น สร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี
- สนใจเรียนรู้สิ่งรอบตัวได้ดี

ลักษณะของเด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้เลี้ยงดูไม่ดี

- รู้สึกไร้ค่า มองตนเองในทางลบ
- ไม่ไว้วางใจ หวาดระแวง
- ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ การแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม
- ไม่เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น
- สนใจเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมน้อย

ใบความรู้ที่ 2

“การสร้างความผูกพันทางอารมณ์”

ความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างลูกกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู จะเกิดขึ้นได้นั้นต้องประกอบไปด้วย

• ความใกล้ชิดระหว่างลูกและพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู

ความใกล้ชิดเกิดได้จากการสัมผัสที่อ่อนโยน การมองหน้า สบตา การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันโดยผ่านกิจกรรมใดก็ได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การให้นมลูก การกินอาหารร่วมกัน การทำกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำแต่งตัว การเล่านิทาน เป็นต้น

• ความไวในการรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของลูก

มีความสำคัญอย่างมากในช่วงขวบปีแรก เนื่องจากลูกยังสื่อสารความต้องการเป็นคำพูดไม่ได้ การที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูรับรู้ความต้องการได้เร็วก็จะส่งผลให้ตอบสนองได้เร็ว ส่งผลให้ลูกรู้สึกได้รับการดูแลรู้สึกปลอดภัยมั่นคงในจิตใจ

• การตอบสนองต่อลูก

การตอบสนองที่เหมาะสมมีความสำคัญมาก โดยมีหลักกว้างๆ ดังนี้

- **เหมาะกับเด็กแต่ละคน** เด็กแต่ละคนมีนิสัยใจคอ ความชอบ ที่แตกต่างกัน พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูจึงต้องใช้เวลากับลูกมากพอ จึงจะรู้จักลูกดีพอ และรู้จักลูกในที่สุด

- **เหมาะสมกับพัฒนาการ** เด็กแต่ละวัยมีความต้องการให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูตอบสนองแตกต่างกัน

- **เหมาะสมกับสถานการณ์** ได้แก่ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูรู้จักการให้อิสระในการเรียนรู้ การเล่น เมื่อเด็กต้องการจะเล่น ไม่ห้ามหรือกังวลจนเกินไปจนทำให้ลูกกลายเป็นเด็กติดแม่หรือ เป็นเด็กซี้ดแล้ว พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูรู้จักการตอบสนองเมื่อเด็กต้องการความรัก การเอาใจใส่ เช่น เมื่อลูกกลัว พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูควรโอบกอดลูก ให้ความมั่นใจ เมื่อลูกหิว พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูหาน้ำ หาอาหารให้ลูกรับประทาน เมื่อลูกต้องการกำลังใจ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูพยักหน้า ให้กำลังใจ ส่งเสียงเชียร์ ลูกเหนื่อย ง่วง พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูอุ้ม ร้องเพลงกล่อมนอน เป็นต้น

- **ไม่ใช่อารมณ์ ไม่ใช่ความรุนแรงทั้งกายและวาจา** ในการตอบสนองลูก

• ความสม่ำเสมอในการรับรู้และตอบสนอง

มีความคงเส้นคงวาของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู และการตอบสนองเป็นไปในทางเดียวกันของผู้เลี้ยงดูแต่ละคน จะทำให้เด็กรู้สึกมั่นคง

การสร้างความผูกพันทางอารมณ์

เด็กสามารถมีความผูกพันได้กับหลากหลายบุคคล แต่ลูกจะพัฒนาความผูกพันให้เหนียวแน่นได้กับบุคคลเพียงคนเดียว และบุคคลนั้นคือคนที่ลูกใช้เวลาอยู่ด้วยมากที่สุด รู้จักและเข้าใจลูกมากที่สุด (แต่ไม่ได้หมายถึงคนที่ตามใจลูกมากที่สุด) ซึ่งพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูสามารถพัฒนาความผูกพันนี้ได้อย่างง่าย ๆ ดังนี้

- พยายามสังเกตพฤติกรรม ทำทาง การแสดงออกจากลูกว่า ต้องการสื่อสารอะไรกับพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูและพยายามแปลการแสดงออกนั้นให้ได้ โดยเฉพาะลูกเล็กๆ ที่ยังพูดไม่ได้ ต้องอาศัยการสังเกต สีหน้าท่าทางจดจำท่าทางเหล่านั้น แล้วตอบสนองทันที อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ
- เล่นกับลูกโดยให้ลูกเป็นผู้เลือก และนำเล่น โดยที่พ่อแม่ไม่ขัดจังหวะ วันละอย่างน้อย 15 นาทีต่อวัน
- กำหนดช่วงเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของลูกให้เป็นปกติ สม่ำเสมอในแต่ละวัน
- การสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง ในลูกเล็กๆ เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในขวบปีแรก เช่น การมอง การสบตา ลูก การกอด การยิ้มให้ การอุ้มเดิน
- การสัมผัส การกอด การอุ้ม เป็นการให้ความอบอุ่นทางใจโดยเฉพาะเวลาลูกร้องไห้ การอุ้มเป็นการช่วยจัดการอารมณ์ของลูกได้ดี ทำให้ลูกรู้สึกปลอดภัย และสงบลงได้
- ลูกควรมีความผูกพันทางอารมณ์แนบแน่นลึกซึ้งต่อเนื่องยาวนานกับผู้ใหญ่อย่างน้อย 1 คน ในครอบครัว

ใบความรู้ที่ 3 บทบาทของพ่อ

ส่วนใหญ่แล้วในสังคมไทยพบว่าแม่จะเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับลูกมากกว่า แต่จริงๆ แล้วพ่อก็มีความสำคัญและสามารถสร้างความใกล้ชิดกับลูกเพื่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ได้เช่นกัน โดยอาจจะทำได้ดังนี้

- อุ้ม โอบกอด โดยพ่อจะรับน้ำหนักลูกได้มากกว่าแม่
- วางลูกบนหน้าอก ให้สัมผัสถึงการเต้นของหัวใจ
- ช่วยอาบน้ำ ป้อนข้าว และการเปลี่ยนเสื้อผ้าให้แกลูกได้
- พ่อมักจะทำงานนอกบ้าน มีเวลาอยู่กับลูกน้อย เมื่อกลับมาถึงบ้านให้แบ่งช่วงเวลาเข้ามาเล่นกับลูก ให้ใช้เวลาที่มีสั้นๆ นั้นอย่างมีคุณภาพ ในการเล่น พูดคุย สังเกต ตอบสนอง
- พ่ออาจใช้เวลาตามลำพังกับลูก เริ่มด้วย 2 – 3 นาทีในช่วงแรก และเพิ่มเวลาให้นานมากยิ่งขึ้น
- ผู้ชายมักมีแรง พลละกำลังมากกว่าผู้หญิง ดังนั้นพ่อต้องระมัดระวังในการสัมผัส ไม่ใช่ความรุนแรง โยกเขย่าหรือเล่นกับลูกแรงๆ

ใบความรู้ที่ 4

“แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม”

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน หมายถึง ภาพรวมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สามารถทำได้โดยครอบครัวผ่านกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมภายในครอบครัว

Dr. Stanley Greenspan จิตแพทย์เด็กที่ทำงานด้านการส่งเสริมเด็กพัฒนาการล่าช้าเด็กพิเศษมาเป็นเวลานานกว่า 40 ปีได้ให้คำแนะนำภาพรวมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้านโดยแบ่งออกเป็น 4 แนวทางดังนี้

1. การเล่นกับลูก

หมายถึงการจัดแบ่งเวลาของคุณพ่อคุณแม่ลงมาเล่นกับลูกโดยวิธีการง่ายๆคือเล่นอะไรก็ได้ที่ลูกสนุกลูกชอบเล่นแล้วลูกหัวเราะอยากเอาอีกอยากเล่นอีก ประโยชน์ในการเล่นกับลูกเด็กจะได้รับความรักความอบอุ่นเด็กมีอารมณ์แจ่มใสพร้อมที่จะเรียนรู้เด็กที่พ่อแม่ให้เวลาลงมาเล่นสนุกด้วยเด็กจะเชื่อฟังพ่อแม่มากขึ้นเมื่อต้องฝึกกิจกรรมที่ยากเด็กจะยอมทำตามมากขึ้นเด็กที่กินยากหลายคนก็ยอมกินอาหารมากขึ้นนอกจากนั้นในขณะที่เล่นเราจะพบว่าเด็กอยากพูดคุยอยากโต้ตอบมากขึ้นเด็กจะได้มีโอกาสฝึกพัฒนาการด้านภาษาผ่านการพูดคุยการเล่นสนุก เล่นสมมติจินตนาการนอกจากนั้น การเล่นยังอาจสอดแทรกการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ไปด้วยเช่นเล่นขี่หลังพ่อ (ฝึกการทรงตัว) เล่นวิ่งไล่จับซ่อนแอบ (ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย) การให้เวลาเล่นสนุกกับลูกโดยเลือกเล่นตามที่ลูกสนใจจึงเป็นกระบวนการสำคัญ ในการในการช่วยส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมทุกๆด้าน โดยแนะนำให้คุณพ่อคุณแม่ให้เวลาเล่นสนุกกับลูกประมาณ 30 นาที/วัน

2. การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน

หมายถึงการใช้กิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวันเป็นโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านของลูกเช่น เวลาทานข้าวการกินอาหารร่วมกันการใส่เสื้อผ้าการแปรงฟันหรือการช่วยทำงานบ้านง่ายๆ กิจกรรมเหล่านี้ถ้าพ่อแม่ชวนลูกลงมือทำ ชวนลูกพูดคุยช่วยกันทำช่วยเชียร์ช่วยให้กำลังใจลูกกิจกรรมง่ายๆ ภายในบ้านก็จะเป็นการฝึกพัฒนาการได้ครบทุกด้าน ทั้งด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านภาษาสติปัญญา ด้านสังคมอารมณ์โดยรวมทั้งหมด

3. การฝึกร่างกาย

หมายถึงการใช้ร่างกายออกกำลังกายเคลื่อนไหวเล่นกลางแจ้งเล่นสนามเด็กเล่นหรือฝึกทักษะด้านกีฬาที่ซับซ้อนขึ้นตามวัยการฝึกร่างกายให้คล่องแคล่วเป็นรากฐานสำคัญในการฝึกพื้นฐานสมองเด็กที่ออกกำลังกายเป็นประจำเราจะพบว่าเด็กคล่องแคล่วขึ้นกระฉับกระเฉงมากขึ้นมั่นใจในตัวเองมากขึ้นเด็กจะพูดได้คล่องขึ้นคิดแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้นเรียนหนังสือได้เก่งขึ้นมีสมาธิมากขึ้น

ตัวอย่างกิจกรรมฝึกร่างกายเช่นการวิ่งการกระโดดการขี่จักรยานการเล่นปีนป่ายเล่นสนามเด็กเล่นเล่นกีฬาว่ายน้ำเตะฟุตบอลการเลือกกิจกรรมการฝึกร่างกายควรเลือกให้เหมาะสมตามอายุพัฒนาการของเด็กและควรทำเป็นประจำสม่ำเสมอร่วมไปกับการฝึกทักษะอื่นๆในชีวิตประจำวัน

4. การเล่นกับเพื่อน

การเล่นกับเพื่อนเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญคุณพ่อคุณแม่สามารถเริ่มต้นฝึกทักษะทางสังคมอารมณ์ผ่านการเล่นกับเพื่อนได้ตั้งแต่เล็กๆโดยพบว่า

- เด็กเล็กๆอายุ1ปีจะสนใจมองเด็กคนอื่นๆเวลาพาลูกไปสนามเด็กเล่นเด็กอาจหลบหลังแม่แล้วมองเด็กทุกคนในสนามแล้วจึงค่อยๆเข้าไปเล่น
- เด็กอายุประมาณ2ปีจะสนใจเข้าไปเล่นของเล่นที่สนใจโดยสามารถอยู่ร่วมในกลุ่มกับเด็กด้วยกันไม่แยกตัวออกไปอยู่คนเดียว
- เด็กอายุประมาณ4ปีเราจะพบว่าเด็กเริ่มเล่นด้วยกันกับเพื่อนมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นเริ่มใช้ภาษาพูดคุยโต้ตอบกันมากขึ้นเด็กอาจเล่นวิ่งไล่จับเล่นของเล่นเล่นสมมุติต่างๆด้วยกันเล่นปีนป่ายสนุกด้วยกัน
- เด็กอายุ4-5ปีเด็กจะเล่นเกมที่เป็นกฎกติกาเริ่มเข้าใจการเล่นร่วมกันสามารถเล่นเป็นทีมแข่งกันร่วมกันคิดร่วมกันวางแผนการเล่นได้

ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าการเปิดโอกาสให้เด็กได้อยู่ร่วมกับเด็กด้วยกันเองเป็นการฝึกทักษะทางสังคมที่สำคัญโดยการฝึกทักษะทางสังคมต้องเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงมีพ่อแม่คอยสังเกตและช่วยให้ลูกเรียนรู้เช่นฝึกให้ลูกรู้จักการต่อรองฝึกการรอคอยฝึกการกำกับตัวเองฝึกการแก้ปัญหากับเพื่อนเรียนรู้ที่จะเห็นอกเห็นใจผู้อื่นรู้จักแบ่งปัน

นอกจากพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมแล้วการเล่นกับเพื่อนยังช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่นๆขึ้นกับกิจกรรมที่เด็กเลือกเล่นเช่นถ้าเด็กเล่นสนามเด็กเล่นเลือกเล่นของเล่นด้วยกันเด็กก็จะได้ทักษะด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่กล้ามเนื้อมัดเล็กทักษะด้านภาษาการฟังการโต้ตอบการคิดวางแผนการเล่นร่วมกันการเล่นกับเพื่อนจึงเป็นการส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมทุกๆด้านที่ทำได้ไม่ยากผ่านการใช้ชีวิตประจำวันทุกๆวัน

แผนการจัดกิจกรรมฯ
เรื่อง การกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือDSPM

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วยคู่มือDSPM ได้เบื้องต้น

กลุ่มเป้าหมาย พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 3-5 ปี และครูผู้ดูแล

เวลา 90 นาที

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM)
2. อุปกรณ์สำหรับคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ ดินสอ กระดาษ หวี ตุ๊กตาผ้า บอล ข้อน ลูกบอลขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 15-20 เซนติเมตร รูปทรงกระบอกสั้น 3 ชิ้น รูปทรงสามเหลี่ยม 3 ชิ้น รูปทรงสี่เหลี่ยม 3 ชิ้น รูปภาพตัดออกเป็น 3 ชิ้น 1 รูป ก้อนไม้สี่เหลี่ยมลูกบาศก์ 2 ก้อน บัตรภาพสัตว์ 3 ชนิด บัตรภาพอาหาร 3 ชนิด บัตรภาพเสื้อผ้า 3 ชนิด กรรไกร รูปภาพที่มีส่วนต่อกัน 8 ชิ้น 1 รูป รูปภาพเวลากลางวัน 3 รูป รูปภาพเวลากลางคืน 3 รูป ก้อนไม้ 10 สี 10 ก้อน
3. ใบความรู้ที่ 1

วิธีการจัดกิจกรรม

ขั้นนำ (10 นาที)

1. วิทยากรแนะนำตัว และทำกิจกรรมสันทนาการ
2. วิทยากรอธิบายคร่าวๆเกี่ยวกับคู่มือ DSPM จากนั้นแจ้งผลการประเมินพัฒนาการเด็กรายบุคคลให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม จากนั้นแบ่งกลุ่มตามรายชื่อที่ได้ก็มีปัญหาเป็นกลุ่มๆ

ขั้นสอน (60 นาที)

1. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมจับคู่กัน แจกใบกิจกรรมที่ 1 และวิธีการส่งเสริมพัฒนาการรายชื่อนั้นๆที่เด็กมีปัญหาซึ่งถ่ายเอกสารมาจากคู่มือ DSPM ให้กลุ่มละ 1 ใบ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน (10 นาที)
2. วิทยากรสาธิตการกระตุ้นพัฒนาการเด็กรายข้อ (10 นาที)
3. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมลองปฏิบัติ (10 นาที)
4. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมจับคู่กับเด็กแล้วลงมือกระตุ้นพัฒนาการ (30 นาที)
5. วิทยากรประเมินและแก้ไขข้อผิดพลาดให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม (30 นาที)

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. วิทยากรบรรยายสรุป และให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจ และการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมในกลุ่ม
3. ความถูกต้องในการปฏิบัติ

**การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)**

[illegible]

เรื่อง เล่นเสริมสายใยรัก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูตระหนักถึงความสำคัญของการการเล่นมีต่อการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์และการส่งเสริมพัฒนาการ

กลุ่มเป้าหมาย พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 3-5 ปี และครูผู้ดูแล

เวลา 60 นาที

สื่อ/อุปกรณ์

1. วิดีทัศน์เรื่อง “จะเป็นอย่างไร ถ้าของเล่นที่เด็กอยากได้ที่สุด คือ.....”
2. กระดาษฟลิปชาร์ต
3. กระดานฟลิปชาร์ต
4. ปากกาเมจิก
5. ใบกิจกรรมที่ 1 ประเด็นคำถามจากวิดีโอ
- ใบกิจกรรมที่ 2 ปลุกบ้านสร้างความผูกพันผ่านการเล่น
6. ใบความรู้ที่ 1 “การเล่นและการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการเล่นในแต่ละวัย”
- ใบความรู้ที่ 2 “ระยะเวลาการเล่นของเด็กในแต่ละวัย”
7. กระดาษรูปบ้านที่มีสีสันสวยงาม (สำหรับใช้ประกอบกับใบกิจกรรมที่ 2)

สาระสำคัญ

การเล่น เป็นการกระทำเพื่อความสนุกหรือผ่อนคลาย การเล่นของเด็กมีรูปแบบการเล่น ที่หลากหลาย เป็นการส่งเสริมพัฒนาการ อีกทั้งยังเป็นการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู การเล่นสามารถเริ่มได้ตั้งแต่แรกเกิดจากการมอง การสัมผัส การใช้เสียง การใช้ท่าทาง เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและมีความรู้สึกรับรู้ที่ใจที่จะสามารถก้าวไปสู่โลกกว้างได้อย่างเหมาะสม การที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมีบทบาทในการเล่นร่วมกับลูกและคอยให้กำลังใจใกล้ๆ นั้น จะช่วยให้ลูกรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย ในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูสามารถสอดแทรกกิจกรรมการเล่นให้กับลูกได้ตลอดทุกกิจวัตรประจำวัน แต่สิ่งสำคัญที่สุดระหว่างที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเล่นกับลูกคือความรู้สึกสนุกสนานร่วมไปกับลูก เมื่อพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูสนุก ลูกก็จะสนุกและหลังจากนั้นความผูกพันทางอารมณ์และพัฒนาการด้านความคิดต่างๆที่เป็นผลพลอยได้จากการเล่นจะตามมาโดยปริยาย

วิธีการจัดกิจกรรม

ขั้นนำ (10 นาที)

วิทยากรแนะนำตัว และทำกิจกรรมสันทนการ (ตัวอย่างกิจกรรมตามภาคผนวก)

ขั้นสอน (30 นาที)

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมดู วิดิทัศน์ “จะเป็นอย่างไร ถ้าของเล่นที่เด็กอยากได้ที่สุด คือ...”

2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นคำถาม ดังนี้

“ถ้าคุณเป็นคนที่อยู่ในวิดิทัศน์ คุณจะรู้สึกอย่างไร?”

“ถ้าลูกของคุณมีพ่อแม่ที่เล่นกับลูกแบบในวิดิทัศน์ คุณคิดว่าลูกจะรู้สึกอย่างไร?”

3. ให้ทำการแบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามช่วงอายุของลูก (กลุ่มละ 3 – 5 คน)

4. ให้อภิปรายเกี่ยวกับการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการเล่น โดยมี 3 ประเด็นคำถามตามใบกิจกรรมที่ 1

5. ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอการอภิปราย

6. วิทยากรเพิ่มเติมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเล่น ตามใบความรู้ที่ 1 “การเล่นและการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการเล่นในแต่ละวัย” และใบความรู้ที่ 2 “ระยะเวลาการเล่นของเด็กในแต่ละวัย”

ขั้นสรุป (20 นาที)

1. ให้ผู้เลื่องดูเขียนวิธีการเล่นที่จะกลับไปเล่นกับลูก เพื่อช่วยให้ลูกมีพัฒนาการที่ดี และสามารถสร้างความผูกพันทางอารมณ์ให้แก่ลูกได้ (ใบกิจกรรมที่ 2 และกระดานรูปบ้าน)

2. วิทยากรสรุปกิจกรรม

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจ และการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมอภิปรายในกลุ่ม
3. ผลงานจากกิจกรรม

ใบกิจกรรมที่ 1

ประเด็นคำถามจากวิดีโอ

แบ่งกลุ่มผู้เลี้ยงดูจำนวนกลุ่มละ 3 – 5 คน และถามคำถามตามประเด็น ดังนี้

- ท่านคิดว่าการเล่นกับลูกมีส่วนช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการ และความผูกพันทางอารมณ์ได้อย่างไรบ้าง
- ที่ผ่านมามีวิธีการที่ท่านเล่นกับลูกมีอะไรบ้าง และวิธีการเล่นแบบไหนที่ท่านคิดว่าจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการ

และความผูกพันทางอารมณ์ (เช่น ตัวอย่างตามแนวคิดสำหรับวิทยากรใบที่ 1)

- ท่านคิดว่าการเล่นกับลูกมีข้อควรระวังอะไรบ้าง

ใบกิจกรรมที่ 2

ปลูกบ้านสร้างความผูกพันผ่านการเล่น

ให้วิทยากรแจกกระดาษรูปบ้านให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกท่าน โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนรูปแบบการเล่นที่จะกลับไปเล่นกับลูก ที่จะช่วยเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการเล่น

ใบความรู้ที่ 1

ช่วงวัย	พัฒนาการตามช่วงวัย	แนวทางการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ผ่านการเล่น	ลักษณะการเล่น และของเล่น
3-5 ปี	3 ขวบ ● เริ่มเล่นรวมกลุ่มกับเด็กอื่นๆ ได้ ● เด็กชอบเล่นกับเพื่อน หรือคนรอบข้าง แต่หวงของเล่น ● เล่นสมมติได้ดี	● เมื่อเล่นกับลูก พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู สามารถสอน การแบ่งปัน การขอ การรอคอย การขอบคุณ การขอโทษ ผ่านกิจกรรมการเล่นได้ ● พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูสามารถสร้างวินัยผ่านการเล่น ได้ ได้แก่ การฝึกเก็บของเล่นทุกครั้ง ฝึกจัดเก็บ และแยกของตามหมวดหมู่ แบ่งเวลาในการเล่น รู้ว่าเวลาไหนควรเล่น เวลาไหนควรทำกิจวัตรประจำวันตามหน้าที่	การเล่นกับลูกในวัยนี้ ลูกจะเป็น ผู้นำการเล่น โดยนำของเล่นต่างๆ มา เล่นกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู พ่อแม่หรือผู้ เลี้ยงดูเพียงแต่เล่นไปกับลูก แต่พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูต้องเล่นให้สนุก ใจอยู่กับ การเล่นกับลูก และใช้เวลาการเล่นเพื่อ ถ่ายทอดสิ่งที่พ่อแม่อยากสอนได้ใน ขณะเดียวกัน แต่ระมัดระวังอย่าทำให้ ลูกเบื่อที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูพยายาม สอนระหว่างลูกเล่น

ช่วงวัย	พัฒนาการตามช่วงวัย	แนวทางการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ผ่านการเล่น	ลักษณะการเล่น และของเล่น
4 ขวบ	- เล่นสมมติมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น เล่นสมมติเลียนแบบชีวิตในบ้านสังคม - เริ่มมีการหยอกล้อเพื่อนระหว่างเล่นด้วยกัน	- เมื่อเด็กเกิดการทะเลาะ หรือแย่งของเล่นกัน แล้วลูกอุทธรณ์ ให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเข้าไปห้ามด้วยท่าทีสงบ ไม่ควรดุว่า หรือตีแรงๆ แล้วให้ลูกออกจากสถานการณ์ ปล่อยให้เขาเกิดความสงบ แล้วอธิบายว่าควรแบ่งของเล่น หรือของชิ้นนี้ไม่ใช่ของเรา หรือตอนนี้ไม่ใช่ของเรา ให้เอาใจรอก่อน และให้แบ่งกันเล่นเมื่อสงบสติอารมณ์ได้ ก็ให้พากลับไปเล่นได้ และชื่นชมเขาเมื่อรู้จักแบ่งปัน - พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูควรสอนให้ลูกรู้จักของอันตรายที่ไม่ควรเล่น และคอยดูไม่ให้ลูกเล่นของเหล่านั้น เช่น ของมีคม ไฟ พัดลม ปลั๊กไฟ อุปกรณ์ช่าง เช่น สว่าน ค้อน ตะปู	ของเล่นที่เหมาะสมกับลูกวัย 3-5 ปี แป้งโดว์ปั้นเป็นรูปต่างๆ บล็อกต่อตัวต่อเลโก้ ของเล่นวาดรูป ระบายสี งานศิลปะ เครื่องดนตรีต่างๆ จิกซอร์ต่อภาพ ต่ออักษร เกมสักระดานอย่างง่าย ๆ อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ง่าย ๆ เช่น แวน ขยาย อุปกรณ์เครื่องมือช่างสำหรับเด็ก จักรยาน ของเล่นสำหรับลูกชาย หุ่นยนต์ เครื่องเล่นประกอบ ช่วยสร้างจินตนาการ ของเล่นของลูกสาว งานเย็บปัก ถัก ร้อย งานประดิษฐ์ ประดอย ร้อยลูกปัด หรืองานเย็บผ้า เล่นตุ๊กตา เล่นขายของ
5 ขวบ	เด็กเรียนรู้ทักษะทางสังคมแบบผู้ใหญ่มากขึ้น เช่น รู้จักขอโทษเมื่อทำผิด รู้จักแบ่งปัน รอคอยได้ดีขึ้น		

ใบความรู้ที่ 2

ระยะเวลาในการคงความสนใจในการเล่นอย่างใดอย่างหนึ่งของเด็กแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกันในเด็กเล็กๆ จะมีระยะเวลาในการเล่นที่สั้นกว่าเด็กโต ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ ด้วยเช่น ความชอบของเด็กแต่ละคน ลักษณะความน่าสนใจของของเล่น ผู้ร่วมเล่น ระดับความยากความง่ายของสิ่งที่เด็กกำลังเล่น สิ่งดึงดูดความสนใจอื่นๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวลูก

ระยะเวลาโดยประมาณสำหรับการเล่นต่อครั้งของเด็กแต่ละช่วงวัย

- 1 ขวบ 3 - 5 นาที
- 2 ขวบ 7 นาที
- 3 ขวบ 8.9 นาที
- 4 ขวบ 12 นาที
- 5 ขวบ 15 นาที

ชอบเล่นอะไร ไม่ชอบเล่นอะไร สำคัญอย่างไร

- พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูควรสังเกตว่าของเล่นชนิดใด หรือกิจกรรมใดลูกทำได้นาน ควรส่งเสริมให้ลูกได้มีเวลาเล่นและใช้ความสุขกับสิ่งนั้นๆ เพื่อพัฒนาต่อไปให้เกิดประโยชน์กับลูก

- ถ้าสังเกตว่าของเล่นหรือการเล่นชนิดใดลูกเล่นได้ไม่นาน ช่วยกันหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร แล้วช่วยแก้ไข เช่น

- ของเล่นชิ้นนั้นยังยากเกินวัยของลูก แก้ไขโดยการช่วยแนะ เล่นให้ดู แล้วมาเล่นด้วยกัน
- ลูกเล่นของเล่นนั้นอยู่คนเดียวทำให้ลูกเบื่อและเลิกเล่น แก้ไขโดยการเข้าไปเล่นกับลูก
- มีการเปิดโทรทัศน์ดึงดูดความสนใจอยู่ตลอดเวลาทำให้ลูกทิ้งของเล่นแล้วมาดูโทรทัศน์ แก้ไขโดยการปิดโทรทัศน์และนั่งเล่นกับลูก

- ลูกกลัวของเล่นชนิดนั้น แก้ไขโดยการเล่นของเล่นนั้นไปกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูอธิบายให้สิ่งที่ลูกกลัวให้ฟัง ถ้ายังไม่หายกลัว ลองถามเหตุผลของความกลัว แล้วค่อยนำมาเล่นไม่วันหลัง ไม่บังคับหรือดุลูกที่ลูกกลัว

แผนการจัดกิจกรรมฯ

เรื่อง พุ่มพริกเล่า เคล้านิทาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูตระหนักว่าการสนทนา และการเล่านิทานกับเด็กมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์
2. เพื่อให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมีแนวทางในการสนทนา และการเล่านิทานกับเด็กเพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์

กลุ่มเป้าหมาย พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 3-5 ปี และครูผู้ดูแล

เวลา 70 นาที

สื่อ/อุปกรณ์

1. วิดีทัศน์เรื่อง “เรื่องเล่าจากหัวใจ”
2. กระดาษฟลิปชาร์ต
3. การदानฟลิปชาร์ต
4. ปากกาเมจิก
5. ใบกิจกรรมที่ 1 “ประเด็นคำถามหลังชมวิดีโอ”
 ใบกิจกรรมที่ 2 “มาเล่านิทานกันเถอะ”
 ใบกิจกรรมที่ 3 “ควรทำ หรือ ไม่ควรทำ”
6. ใบความรู้ที่ 1 “การสื่อสารเชิงบวกกับลูก”
 ใบความรู้ที่ 2 “พัฒนาการด้านการใช้ภาษาฯ และ แนวทางการเสริมสร้างความผูกพันผ่านการพูดคุยสื่อสารและการเล่านิทานตามช่วงวัย
 ใบความรู้ที่ 3 “การใช้คำพูดกับลูก”
 ใบความรู้ที่ 4 “เทคนิคการเลือกและการเล่านิทาน”
7. ซองปริศนา (สำหรับใบกิจกรรมที่ 2)
8. กระดาษรูปหน้ายิ้มและหน้าบึ้ง (สำหรับใบกิจกรรมที่ 3)

สาระสำคัญ

การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู และลูกรับรู้ได้ว่ามีความรู้สึกต่อกันอย่างไร ซึ่งการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์นั้นส่วนหนึ่งมาจากการสื่อสารพูดคุยกันในชีวิตประจำวัน และการเล่านิทานระหว่างพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูกับลูก ซึ่งต้องอาศัยทักษะถ่ายทอดผ่านความรัก รูปแบบการใช้คำพูด โทนเสียง สถานการณ์ ไปจนถึงการเลือกเนื้อหา และการสร้างบรรยากาศให้อบอุ่นในการเล่านิทานที่จะทำให้ลูกเกิดความรู้สึกใกล้ชิด และผูกพันกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูทำให้ลูกรู้สึกปลอดภัยที่จะออกไปใช้ชีวิตสู่ โลกภายนอกได้ในช่วงวัยต่อไป

วิธีการจัดกิจกรรม

ขั้นนำ (10 นาที)

1. วิทยากรแนะนำตัว และทำกิจกรรมสันทนาการ (ตัวอย่างกิจกรรมตามภาคผนวก)
2. เกริ่นนำก่อนเข้าสู่กิจกรรม

ขั้นสอน (45 นาที)

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมดูวิดีโอทัศน์ “เรื่องเล่าจากหัวใจ”
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมตอบคำถามในใจ หรือเขียนลงในกระดาษ ด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้ “ถ้าลูกของคุณมีพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่พูดคุย ให้ความสนใจกับลูกแบบในวิดีโอทัศน์ คุณคิดว่าลูกของคุณรู้สึกอย่างไร?”
3. วิทยากรถามความรู้สึกของผู้เข้ารับการอบรม ด้วยการใช้คำถามชี้้นำความรู้สึกด้านบวก

“ใครคิดบ้างว่าเด็กที่อยู่ในวิดีโอทัศน์รู้สึกดี มีความสุข เมื่อพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูให้ความสนใจ พูดคุยด้วยกัน”

“ใครคิดบ้างว่าพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่อยู่ในวิดีโอทัศน์รู้สึกดี มีความสุข เมื่อพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูได้ใช้เวลาพูดคุยกับเด็ก”

และสุ่มถามผู้เข้ารับการอบรมว่า “ทำไมท่านจึงคิดว่าเด็กถึงรู้สึกดี มีความสุข”

4. ให้ทำการแบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม จำนวนกลุ่มละ 3 – 5 คน จากนั้นให้อภิปรายเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการสนทนา โดยมี 3 ประเด็นคำถาม (ใบกิจกรรมที่ 1)

5. ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอการอภิปรายประเด็นคำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการสนทนา

6. วิทยากรสรุปประเด็นการสื่อสารและการเล่านิทานที่เสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ตามช่วงวัย (แนวคิดวิทยากรใบที่ 1, 2, 3)

7. ให้ร่วมกันระดมความคิดเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการเล่านิทานของกลุ่ม ผู้เลี้ยงดูตามช่วงอายุของลูก แล้วส่งตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอ (ใบกิจกรรมที่ 2)

8. วิทยากรเพิ่มเติมการเล่านิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ และข้อควรระวังในการเล่านิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ (แนวคิดวิทยากรใบที่ 4)

ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ให้ผู้เข้าอบรมเขียนสิ่งที่ควรทำและสิ่งที่ไม่ควรทำในการสนทนาและการเล่านิทานกับลูก ลงในกระดาษรูปหน้ายิ้มและหน้าบึ้ง (ใบกิจกรรมที่ 3)

2. วิทยากรสรุปกิจกรรม

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจ และการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

2. สังเกตการมีส่วนร่วมอภิปรายในกลุ่ม

3. ผลงานจากกิจกรรม

ใบกิจกรรมที่ 1

ประเด็นคำถามผู้เข้ารับการอบรมหลังจากชมวิดีโอ

แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมจำนวนกลุ่มละ 3 – 5 คน และถามคำถามตามประเด็น ดังนี้

- ท่านคิดว่าการคุยกับลูกมีส่วนช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการ และเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ได้อย่างไรบ้าง
- ที่ผ่านมามีวิธีการที่ท่านคุยกับลูกมีอะไรบ้าง และวิธีการคุยแบบไหนที่ท่านคิดว่าจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการ และเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ (เช่น ลักษณะการคุย)
- ท่านคิดว่าการคุยกับลูกมีข้อควรระวังอะไรบ้าง อย่างไร

ใบกิจกรรมที่ 2

มาเล่านิทานกันเถอะ

แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมแต่ละช่วงอายุของลูกกลุ่มละ 10 คน ให้แต่ละกลุ่มเลือกของปริศนากลุ่มละ 1 ซอง และร่วมกันระดมความคิดเพื่อสร้างนิทานหรือเรื่องเล่าขึ้นมา 1 เรื่อง จากนั้นให้ส่งตัวแทนกลุ่มออกมาเล่านิทาน โดยนิทาน 1 เรื่องนั้นจะต้องมีด้วยส่วนประกอบบังคับที่มาจากซองปริศนา ดังนี้

1. ตัวละครเป็นได้ทั้ง คน สัตว์ สิ่งของ
2. กริยาอาการ เช่น การกอด การหอมแก้ม การบอกรัก

ส่วนเนื้อเรื่องและการดำเนินเรื่องให้เป็นไปตามจินตนาการ และความคิดสร้างสรรค์ของกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม

ใบกิจกรรมที่ 3

"ควรทำ หรือ ไม่ควรทำ"

ให้วิทยากรแจกกระดาษเป็นรูปหน้ายิ้ม/หน้าบึ้ง ให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกท่าน โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนสิ่งที่ควรทำและตั้งใจจะทำกับลูกหลานเกี่ยวกับการสนทนาพูดคุย และการเล่านิทานที่ลงไปใกระดาษรูปหน้ายิ้ม และสิ่งที่ไม่ควรทำและตั้งใจจะเลิกทำเกี่ยวกับการสนทนาพูดคุยและการเล่านิทานกับลูกหลานลงในกระดาษรูปหน้าบึ้ง

ใบความรู้ที่ 1

การสื่อสารเชิงบวกกับลูก

การสื่อสารเชิงบวกกับลูก ได้แก่

1. ใช้ภาษา ท่าทาง และน้ำเสียงที่แสดงถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อลูก
2. รู้จักฟัง และสังเกตความต้องการของลูกเพื่อตอบสนองได้ถูกต้อง
3. ใช้คำซ้ำ และเน้นความสำคัญ ที่ต้องการบอกให้ลูกรับรู้ โดยเฉพาะการบอกรัก
4. ให้คำชมเชยเมื่อลูกพยายามทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม
5. สบตาลูกเพื่อให้รับรู้ และรู้สึกว่าคุณแม่หรือผู้เลี้ยงดูให้ความสนใจ และตั้งใจฟัง ตั้งใจคุยกับลูก
6. ใช้อารมณ์เชิงบวกในการพูดคุย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม โดยเฉพาะเมื่อต้องการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะต้องมีสติ และปรับอารมณ์จากลบให้เป็นบวกก่อนพูดคุยกับลูก

สิ่งที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูควรทำทุกวัน

1. บอกรักลูก
2. สังเกต/สอบถามอารมณ์และความรู้สึก
3. เล่น/อ่านนิทานร่วมกัน
4. ให้เวลาพูดคุยหรือเล่น อยู่กับลูกติดต่อกันอย่างน้อย 30 – 60 นาที/วัน

ใบความรู้ที่ 2

ช่วงวัย	พัฒนาการตามช่วงวัย	แนวทางการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ผ่านการเล่น
3-5 ปี	• วัยนี้เป็นวัยแห่งจินตนาการ • เข้าใจคำวิเศษณ์ ร้อน ใหญ่ เล็ก • ชอบถามคำถามว่า “ทำไม” • ถูกสามารถพูดในระดับพื้นฐานได้ใกล้เคียง กับผู้ใหญ่ • เริ่มต้นเรียนรู้ภาษาเขียน • ชอบฟังนิทาน เข้าใจเนื้อเรื่อง	• ช่วงวัย นี้ลูกจะช่างซักช่างถาม พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูควรตอบลูกทุกคำถาม ตอบคำถามกลับด้วยภาษาง่ายๆ หรือถามความคิดลูกกลับ แสดงความสนใจในสิ่งที่ลูกถาม ไม่ควรตอบว่าไม่รู้ หรือแกล้งทำเป็นไม่ได้ยิน เสียเวลา หรือใช้คำพูดว่า “ถามอยู่ได้นานรำคาญ” • การมีส่วนร่วมในการเล่านิทานของลูกว่าวัยนี้จะมากขึ้น เช่น เป็นผู้เลือกนิทานไปจนถึงเป็นผู้เล่า หรือเริ่มมีคำถามกับเนื้อเรื่อง หรือตัวละคร มีอารมณ์ร่วมกับเนื้อเรื่องมากขึ้น • เนื้อหานิทานที่เหมาะสมในวัยนี้คือ นิทานที่เป็นเรื่องราวที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น แม่มด เจ้าหญิง เจ้าชาย ซุปเปอร์ฮีโร่ ต่างๆ • เป็นช่วงวัยที่สามารถรับรู้ถึงสิ่งที่นิทานจะสอนได้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับคุณธรรมที่สอดแทรกมากับนิทาน นอกจากความสนุกสนาน • ควรพูดคุยถามถึงชีวิตประจำวันโดยทั่วไป เช่นการไปโรงเรียน เช่น “วันนี้คุณครู (ชื่อครู) ให้ทำอะไรบ้าง” “เล่นกับเพื่อนคนไหน” “วันนี้ทำอะไรสนุกที่สุด ถ้าลูก ถูกเพื่อนล้อหรือแกล้งให้รับฟังด้วยความรักด้วยความตั้งใจ โดยให้ลูกมาอยู่เบ้นตัก หรืออ้อมกอด จากนั้นสอบถาม และให้คำแนะนำ • อย่าลืมชมเชยเมื่อลูกใช้คำสุภาพ พูดยุติเพราะ

ใบความรู้ที่ 3

การใช้คำพูดกับลูก

เมื่อลูกทำผิด บางครั้งพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูใช้คำพูดกับลูกในลักษณะการสั่ง ใช้คำพูดตำหนิที่ทำให้ลูกรู้สึกไม่มีค่า บางครั้งพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูใช้น้ำเสียงดุ ตะคอก ตวาดลูก จนลูกเกิดความกังวล กลัว เมื่อเกิดขึ้นบ่อยๆ จะทำให้ลูกกลายเป็นเด็กไม่มั่นใจในตนเอง ไม่กล้าที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง เพราะรู้สึกว่สิ่งที่ตนเองทำนั้นผิดเสมอ ดังนั้นการพูดเพื่อยุติพฤติกรรมที่ไม่ดีของลูก จึงควรพูดด้วยความรัก และความเข้าใจจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู “ระมัดระวังการใช้อารมณ์กับลูก โดยเฉพาะตอนที่ลูกทำผิด และพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูต้องการจะสอนลูก เพราะจะทำให้ลูกมองข้ามสิ่งที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูต้องการจะสอน แต่กลับเสียใจกับคำตำหนิของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูแทน”

สิ่งที่พ่อแม่พูด	สิ่งที่เด็กได้ยิน	ควรใช้คำพูดใดแทน
“ออกไปเลย” “ออกไปเดี๋ยวนี้” “อย่าเข้ามายุ่งวุ่นวาย ในนี้ ได้ไหม”	“ฉันทำผิดอะไร” “พ่อแม่ไม่ต้องการฉัน” “พ่อแม่รำคาญฉัน”	“นั่งคอยตรงนี้นะลูกตอนนี้แม่กำลังทำ.....อยู่นะ คะ รอแม่เดี๋ยวนะ” “แม่กำลังรีบทำกับข้าวให้หนู ถ้าหนูอยากช่วย มาเลย มาช่วยแม่เด็ดผัก “หนูจะเอาอะไร หนูออกไปรอแม่ข้างนอกก่อน นะลูก”
“จะร้องทำไม? หยุดทำตัว เป็นเด็กๆ ซะที”	“ฉันไม่ควรมียารมณแบบนี้” “ฉันไม่ควรร้องไห้ให้ใครเห็น” “ไม่มีใครเข้าใจฉัน” “ไม่มีใครปลอบใจฉัน”	“แม่รู้นะ ว่าหนูโกรธ มานั่งข้างๆ แม่นี้มา ไหนเล่า ให้แม่ฟังหน่อย มันเป็นอย่างไง”
“เจี๊ยบเดี๋ยวนี้” “หยุดทำเสียงดังซะทีได้ ไหม”	“ไม่มีใครสนใจฉัน ว่าฉันต้อง การอะไร หรืออยากได้อะไร” “ฉันไม่สำคัญ”	“พูดเบาๆลูก ไม่ต้องเสียงดังไหนบอกแม่มาดีๆ อีก ทีชีว่าลูกอยากได้อะไร”
“ตายแล้ว ใครให้เล่นแบบนี้ ใครสั่งใครสอน ทำอย่างนี้ได้ ยังไง แะจริงๆ”	“ฉันเลว น่ารังเกียจ ฉันทำ อะไรไม่ได้เลย ฉันมันตัว ปัญหา”	“ลูก แม่กลัวว่าลูกจะเจ็บนะ มา มาเล่นแบบนี้ ดีกว่า”

ใบความรู้ที่ 4

เทคนิคการเลือกและการเล่านิทาน

เทคนิคการเลือกนิทาน	เทคนิคการเล่านิทาน
1. เป็นหนังสือภาพ หรือเรื่องสั้นๆ มีภาพประกอบเป็นส่วนใหญ่	1. ง่ายๆ สบายๆ เหมือนการสนทนา
2. รูปเล่มมีขนาดกระทัดรัด ไม่เล็กหรือไม่ใหญ่จนเกินไป	2. มีการโต้ตอบกัน เช่น การถาม การต่อเรื่องกัน
3. ตัวละครมีน้อย ทำให้จำได้ง่าย	3. ผ่อนคลายทั้งตัวคนเล่า บรรยากาศ และลูก
4. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	4. มีความตลกขบขัน เหมือนการ์ตูน
5. เป็นเรื่องใกล้जूลูกเกี่ยวกับความรัก ความอบอุ่น เช่น ครอบครัว สัตว์เลี้ยง อาหาร ทำให้ง่ายต่อการจินตนาการตาม รวมถึงเป็นการถ่ายทอด ลักษณะที่ดีเกี่ยวกับความรักความอบอุ่นไปจนถึงคุณธรรมจริยธรรมให้กับลูก	5. มีชีวิตชีวา
6. ตัวอักษรตัวโต คำหนา	6. ดึงดูดใจ กระตือรือร้นในการเล่า
7. จำนวนหน้าไม่เกิน 20 หน้า	7. ปรับให้มามีอารมณ์เชิงบวกก่อนเล่า

แบบบันทึกเด็กควรได้รับการส่งเสริมพัฒนารายบุคคล

วตป.	ข้อที่	ทักษะ	สรุปผลการกระตุ้นพัฒนาการ	การให้คำแนะนำ	ผลการติดตาม	ลงชื่อ
						ครู พยาบาล อสม. ผู้ปกครอง
						ครู พยาบาล อสม. ผู้ปกครอง

วัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.

ณ.....

โปรดทำเครื่องหมาย/ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและความพึงพอใจของท่าน

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

๑. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
๒. สถานภาพ ☐ ผู้ปกครอง ☐ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ☐ ครูผู้ดูแล ☐ อสม. ☐ อื่นๆโปรดระบุ.....

ตอนที่ ๒ แสดงความคิดเห็นที่ตรงกับท่านมากที่สุด

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจ				
	มากที่สุด/ พอใจ (๕)	มาก/ ค่อนข้างพอใจ (๔)	ปานกลาง/ เฉยๆ (๓)	น้อย/ ไม่ค่อยพอใจ (๒)	น้อยที่สุด/ ไม่พอใจ (๑)
๑.โครงการ/กิจกรรมนี้บรรลุวัตถุประสงค์ในระดับใด					
๑.๑ พัฒนาการของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้น					
๑.๒ มีการบูรณาการระหว่างภาคส่วนอย่างทั่วถึง					
๒.ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้					
๒.๑ การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ					
๒.๒ รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
๒.๓ สิ่งอำนวยความสะดวกมีความเหมาะสม					
๒.๔ เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
๒.๕ สถานที่จัดมีความเหมาะสม					
๓.ผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการ					
๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก					
๓.๒ จิตสำนึก ทักษะคิด ความตระหนักในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก					
๓.๓ ทักษะในการปฏิบัติกระตุ้นพัฒนาการเด็ก					
๓.๔ การมีส่วนร่วมและในการทำงานเป็นทีม					
๓.๕ ความสนุกสนานเพลิดเพลิน ความบันเทิง					
๔. ความพึงพอใจโดยรวมในการเข้าร่วมโครงการนี้					

ตอนที่ ๓ ระบุปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการจัดกิจกรรม/โครงการในครั้งต่อไป

ปัญหา	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป

แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล
สำหรับผู้ปกครอง

คำชี้แจง

แบบสำรวจการเลี้ยงดูเด็ก 3 ถึง 5 ปี เป็นการเก็บข้อมูลของเด็กรายบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลควรเป็นผู้เลี้ยงดู หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็กมากที่สุด

ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก และครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยเป็นประจำ จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ และเขียนข้อความเติมลงในช่องว่าง ให้สมบูรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

1. อายุ และเพศของผู้ตอบแบบสอบถาม ☐ หญิง อายุ.....ปี ☐ ชาย อายุ.....ปี

2. อายุ และเพศของเด็กที่สำรวจ ☐ หญิง อายุ.....ปี.....เดือน

☐ ชาย อายุ ปี.....เดือน

3. ท่านเกี่ยวข้องกับเด็กคนนี้อย่างไร ☐ แม่ ☐ พ่อ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

4. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบ

☐ ไม่ได้เรียน

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช ☐ อนุปริญญา / ปวส

☐ ปริญญาตรี

☐ ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป

☐ อื่นๆ (ระบุ)

5. อาชีพปัจจุบันของผู้ตอบ

☐ แม่บ้าน(ไม่มีอาชีพหลัก)

☐ ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

☐ รับจ้างทั่วไป(รายวัน)

☐ พนักงานบริษัทเอกชน

☐ รับราชการ

☐ อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยเป็นประจำ

6. บุคคลที่เลี้ยงดูเด็กอย่างสม่ำเสมอ หรืออยู่ใกล้ชิด กับเด็กมากที่สุด

- ☐ แม่ ☐ พ่อ ☐ แม่และพ่อ ☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ญาติพี่น้อง
- ☐ พี่เลี้ยง(คนไทย) ☐ พี่เลี้ยง (ต่างชาติ) ☐ อื่นๆ (ระบุ)

7. สถานภาพสมรสของพ่อแม่เด็ก

- ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่ชั่วคราว ☐ แยกกันอยู่ถาวร
- ☐ พ่อหรือแม่เสียชีวิต ☐ อื่นๆ (ระบุ)

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันเป็นประจำไม่น้อยกว่า 6 เดือน คน

ประกอบด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ พ่อเด็ก ☐ แม่เด็ก ☐ ตัวเด็ก
- ☐ พี่ หรือน้องของเด็ก คน
- ☐ ปู่ย่าตายาย คน ☐ ลุง ป้า น้า อา คน
- ☐ อื่นๆ (ระบุ) จำนวน คน

9. รายได้ของทุกคนในครอบครัวที่อยู่ในบ้านเดียวกันเฉลี่ยต่อเดือน (โดยประมาณ)

.....บาท

10. เด็กเป็นลูกลำดับที่.....

11. เด็กคลอดโดยวิธี ☐ คลอดปกติทางช่องคลอด ☐ ผ่าตัดคลอด ☐ อื่นๆ.....
12. น้ำหนักแรกเกิดของเด็ก ☐ น้อยกว่า 2,500 กรัม ☐ 2,500 – 4,000 กรัม
☐ 4,000 กรัมขึ้นไป
13. อายุครรภ์ตอนที่คลอดเด็ก ☐ ครบกำหนด ☐ ก่อนกำหนด ☐ เกินกว่ากำหนด
14. ขณะตั้งครรภ์มารดาได้ดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
15. ขณะตั้งครรภ์ มีคนในครอบครัว หรือ มารดา สูบบุหรี่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
16. ตั้งแต่อายุแรกเกิด – 6 เดือน เด็กได้รับประทานนมแม่อย่างเดียวเท่านั้น ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
17. พี่หรือน้องของเด็กมีโรคทางพันธุกรรม หรือ ปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสมอง เช่น กลุ่มอาการ
 ออทิสซึม ปัญหาการได้ยินผิดปกติ เป็นต้น ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
18. เด็กมีประวัติเป็นโรคโลหิตจางหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
19. ขณะตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ คลอดติดไหล่ เป็นต้น ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
20. แรกเกิดเด็กมีภาวะติดเชื้อในสมอง ภาวะเหลืองมากจนต้องมีการ
 ถ่ายเปลี่ยนเลือด หรือ ภาวะขาดออกซิเจนจนต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน

- 1.ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ประธานคณะกรรมการมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ในพระบรมราชูปถัมภ์
- 2.ศาสตราจารย์(วุฒิคุณ)ดร.นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
- 3.นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ
4. นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ หัวหน้าจัดตั้งโครงการหลักสูตรอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ป้องกัน
แขนงสาธารณสุขศาสตร์ และกุมารแพทย์
5. รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ อดีตอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ดร. พชรินทร์ สมบูรณ์ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทร ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๔๓

ที่ สธ ๐๙๓๖.๐๒/ ๑๖/๕๕

วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

เรียน นายแพทย์ชัยพล ศรีสุระวานิช

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก อายุ ๓-๕ ปี” มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย กรรมการผู้ทบทวนและเลขานุการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย ได้พิจารณาแล้วและเห็นควรรับรอง

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จึงขอส่งใบรับรองการพิจารณาโครงการฯ มาพร้อมนี้

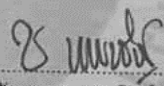
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไป จะเป็นพระคุณ

(นายชัยพร พรหมสิงห์)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย

ใบรับรองโครงการวิจัย

การประชุมครั้งที่ 63-2/2562	วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
รหัสโครงการวิจัย 282	
เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี	
ผู้วิจัยหลัก นายแพทย์ชัยพล ศรีสุวรรณิช	
เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งรัด	☐ ใช่ ☒ ไม่ใช่
เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบปกติ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ครั้งนี้	
☒ รับรอง วันที่พิจารณารับรอง 4 ธันวาคม 2561	
โครงการวิจัย 282	ฉบับที่.....1..... วันที่ 4 ธันวาคม 2561.....
เอกสารแนะนำอาสาสมัคร RF09-04-282	ฉบับที่.....1..... วันที่ 4 ธันวาคม 2561.....
ใบยินยอม RF09-05-282	ฉบับที่.....1..... วันที่ 4 ธันวาคม 2561.....
เครื่องมือ (ระบุ) RF09-10.1-282, RF09-10.2-282	ฉบับที่.....1..... วันที่ 4 ธันวาคม 2561.....
RF09-10.3-282	
 ลงนาม.....  กรมอนามัย (นายชัยพร พรหมสิงห์) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย รับรองตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2561..... ถึงวันที่ 3 ธันวาคม 2562.....	
หมายเหตุ - คณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังได้รับการรับรอง คือ ต้องรายงานความก้าวหน้าของ การวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก 6 เดือน (RF13-01) และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่ 1) เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการ หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว และให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ว่าเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร หากเกี่ยวข้องในระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันอาสาสมัครด้วย (RF18-01, RF18-02) 2) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลง เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน (RF12-01) 3) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลง พร้อมเหตุผลให้ คณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน 4) เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งสาเหตุ ของการยุติโครงการวิจัยด้วย (RF14-01)	

ประวัติผู้เขียนงานวิจัย

นายแพทย์ชัยพล ศรีธรรวานิช เกิดเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จังหวัด กรุงเทพมหานคร ภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตคณะ แพทยศาสตรวิชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2559 หลังสำเร็จการศึกษาได้เข้ารับราชการเป็น แพทย์เพิ่มพูนทักษะที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ.2559-2560 ต่อมาได้ เข้ามาศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ สังกัดกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ณ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ปัจจุบันเป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

ประวัติผู้ร่วมวิจัย

นางยุพิน สุขเกษม เกิดเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2507 ภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2546 หลังสำเร็จการศึกษาและขอทุนได้เข้ารับราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 และได้ดูแลงานพัฒนาการเด็กและการฝึกพูดมาจนถึงปัจจุบัน