



สถาบันราชานุกูลมีความยินดีเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ นี้แก่ผู้สนใจ
การนำข้อมูลจากเว็บไซต์นี้ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย
หรือเผยแพร่ต่อเพียงบางส่วน หรือทั้งหมด
กรุณาอ้างอิง “ชื่อเจ้าของผลงาน” เป็นแหล่งที่มาของข้อมูล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก
สถาบันราชานุกูล ระหว่าง ปี พ.ศ. 2534 - 2545
(The Factors Affecting Developmental Quotient of Children in Out Patients
Department of Rajanukul Institute during 1991-2002)

โดย
ประเสริฐ จุฑา

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2548

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการของเด็ก และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า อายุ 1 เดือนถึง 6 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล เฉพาะที่ได้รับการทดสอบพัฒนาการด้วยแบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test : DDST) ระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2545 จำนวนทั้งสิ้น 369 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 369 คน เป็นชายร้อยละ 58.0 และเป็นหญิงร้อยละ 42.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.25 เดือน มีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการโดยรวมเท่ากับ 31.04 เดือน โดยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเนื้อมัดใหญ่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 34.41 เดือน และพัฒนาการด้านภาษามีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 25.83 ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างของพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ เขตที่อยู่อาศัย อายุของบิดา การศึกษาของบิดา รายได้ของบิดา อายุของมารดา การศึกษาของมารดา การวินิจฉัยของแพทย์ และการมีyarับประทานประจำ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าควรพิจารณาและนำสิ่งที่พบในการศึกษาวิจัยไปใช้ในคำเนิงานเพื่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันควรตระหนักถึงอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

Abstract

The purposes of this study were to determine related factors and developmental quotient and to identify the relationship between personal and related factors and developmental quotient. The research subjects consisted of 369 children aged 1 month to 6 years who were randomly selected by purposive sampling technique. Research questionnaire was established to collect data from samples that had already screened developmental quotient with Denver Developmental Screening Test (DDST) from Out-Patient Department of Rajanukul Institute. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, T-test, and One-way Analysis of Variance.

The results showed that mean of sample subject's age was at 30.25 months; meanwhile mean of total developmental quotient was at 31.04, development of gross motor at 34.41 months and development of language at 25.83 months. Hometown, age of father and mother, education of father and mother, income of father, diagnosis, and drug were positive significantly related to developmental quotient.

In conclusion, responsible personnel or organizations should consider and use the finding of this study in improving the efficiency of developmental program for child with delayed development.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สามารถสำเร็จเรียบร้อยได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือของกัลยาณมิตรหลาย ๆ ท่าน ในการเอื้ออำนวยให้การดำเนินงานราบรื่นด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์พรณี แสงชูโต (นักวิชาการสาธารณสุข 9 ด้านจิตวิทยา) หัวหน้ากลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล และแพทย์หญิงมณีรัตน์ สุรวงษ์สิน (นายแพทย์ 9) สถาบันราชานุกูล ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย

ประเสริฐ จุฑา

กุมภาพันธ์ 2548

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	2
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	4
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	18
รูปแบบการวิจัย.....	18
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	18
ขนาดตัวอย่าง.....	18
เครื่องมือในการวิจัย.....	19
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	19
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	19
การพิจารณาทางด้านจริยธรรม.....	20
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	21
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	46
เอกสารอ้างอิง.....	52
ภาคผนวก	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
ประวัติผู้วิจัย.....	57

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	พฤติกรรมพัฒนาการปกติของเด็กวัยแรกเกิด – 6 ปี..... 7
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล..... 22
3	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพัฒนาการ (Developmetal Quotient : D.Q.) จำแนกรายด้านและโดยรวม 28
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามเพศ..... 29
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามสถานที่อาศัย..... 30
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามอายุของบิดา..... 31
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามการศึกษาของบิดา..... 33
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามอาชีพของบิดา 34
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามรายได้ของบิดา 36
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามอายุของมารดา..... 37
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามระดับการศึกษาของมารดา 39

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
12	40
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามอาชีพของมารดา.....	
13	42
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามรายได้ของมารดา.....	
14	43
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามการวินิจฉัยของแพทย์.....	
15	45
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ โดยรวม จำแนกตามการมียาทานประจำ.....	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรวัยเด็กจัดเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตของชาติ ควรได้รับการดูแลให้มีคุณภาพ มีการพัฒนาการที่สมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หากประชากรกลุ่มนี้ด้อยคุณภาพ มีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศชาติ ดังนั้นเด็กจึงเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญกลุ่มหนึ่งของนโยบายและแผนการพัฒนาของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นในระดับประเทศหรือระดับกระทรวง

การพัฒนาเด็กเพื่อให้เติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพที่พึงประสงค์คือ “เก่ง-ดี-มีสุข” นั้นจะต้องผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในทุกด้านอย่างมีทิศทาง เป็นระบบ และต่อเนื่องตามขั้นตอนและวัยตั้งแต่วัยทารกเรื่อยมา แต่เดิมสังคมมีความเข้าใจว่าเด็กปกติที่เกิดมามีสมองปกติ (Healthy brain) ก็จะมีพัฒนาการไปตามวัยด้วยตนเอง โดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กต่างก็ได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ไปจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่เรื่อยมา แต่ถึงกระนั้นก็ตาม จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาของเด็กไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2547 : 1) พบว่าพัฒนาการของเด็กไทยมีแนวโน้มลดลง โดยเด็กไทยในปัจจุบันมีระดับพัฒนาการในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างช้ากว่าวัยเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล จากการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2542 (กระทรวงสาธารณสุข, 2547 : 8) พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการรวมปกติร้อยละ 71.69 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าปกติ มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษา ร้อยละ 13.66 และมีปัญหาการใช้กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัวร้อยละ 10.12 และในปี 2546 พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 79.9 ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนแม่บทเด็กไทยปัญญาดี มีคุณธรรม (พ.ศ. 2547-2550) ขึ้น โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมพัฒนาให้เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติให้ได้มากกว่าร้อยละ 90 ในปี 2551

การที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องยังไม่สามารถดำเนินการให้เด็กมีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ทุกคน นั่นก็หมายถึงว่าการที่สังคมยังมีเด็กจำนวนหนึ่งคือประมาณร้อยละ 20 ที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยอยู่ จากสถิติประชากรเด็กอายุ 0-5 ปีในปี 2545 มีจำนวน 5,005,904 คน แสดงว่ามีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยอยู่ประมาณ 1,001,181 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มาก แต่ไม่ว่าสาเหตุของพัฒนาการล่าช้าานั้นจะมาจากสาเหตุทางพันธุกรรมหรือสิ่งแวดล้อมก็ตาม สิ่งที่เป็นประโยชน์ทั้งในด้านการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าก็คือการค้นหาเพื่อให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการประเมินพัฒนาการตั้งแต่วัยเริ่มแรก อันจะนำไปสู่การวินิจฉัยและช่วยเหลือตั้งแต่วัยเริ่มแรกของชีวิต

สถาบันราชานุกูล เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการด้านการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและภาวะปัญญาอ่อน ภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งก็คือการค้นหาเพื่อให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการประเมินพัฒนาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรก อันจะนำไปสู่การวินิจฉัยและช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของชีวิต โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กของเด็นเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นโดย William K. Frankenburg (MD) โดยจะมีการประเมินระดับพัฒนาการใน 4 ด้านด้วยกันคือ 1) ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross motor) 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine motor) 3) ด้านภาษา (Language) และ 4) ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Personal – Social) แบบทดสอบนี้มีประโยชน์มากในการบ่งชี้หรือวินิจฉัยความคิดปกติ หรือความบกพร่องทางพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกคลอดถึงอายุ 6 ปี

ในแต่ละปีมีผู้มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล เป็นจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2545 มีจำนวน 16,531 ราย ในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวน 13,500 ราย และในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 14,233 ราย ในจำนวนดังกล่าว เป็นเด็กกลุ่มอายุ 0-9 ปี จำนวน 6,617 ราย แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยพัฒนาการของกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าว่ามีระดับพัฒนาการเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการที่ล่าช้าดังกล่าว

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาระดับพัฒนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ให้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พัฒนาการของเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูลเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ ภูมิลำเนา อายุบิดา การศึกษาของบิดา อาชีพบิดา อายุมารดา การศึกษาของมารดา อาชีพมารดา การวินิจฉัย และการมียาทานประจำ มีความสัมพันธ์กับเป็นอย่างไรกับพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

ขอบเขตการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเด็กอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึงอายุ 6 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล และได้รับการทดสอบพัฒนาการด้วยแบบทดสอบพัฒนาการของเด็นเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2545

2. ตัวแปรที่ศึกษาคือ

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ ภูมิฐานะ อายุบิดา การศึกษาของบิดา อาชีพบิดา อายุมารดา การศึกษาของมารดา อาชีพมารดา การวินิจฉัย และการมีયાทานประจำ

2.2 ตัวแปรตามคือ พัฒนาการ โดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) ประกอบด้วย 4 ด้านคือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก (Fine motor) พัฒนาการด้านภาษา (Language) และพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง (Personal – Social)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เด็กหมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 6 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล และได้รับการทดสอบพัฒนาการด้วยแบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2545

พัฒนาการ หมายถึง พัฒนาการของเด็กที่ประเมินโดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) ประกอบด้วย 4 ด้านคือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก (Fine motor) พัฒนาการด้านภาษา (Language) และพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง (Personal – Social)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือฟื้นฟูพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และให้คำแนะนำแก่บิดามารดาและผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาเด็กให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก โดยพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. เป็นแนวทางการวางแผนให้บริการด้านวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ พัฒนาการ ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัฒนาการ (Development)

1. ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพัฒนาการไว้ดังนี้

นิตยา คชภักดี (2543 : 1) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า พัฒนาการหมายถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ (function) และวุฒิภาวะ (maturation) ของอวัยวะระบบต่าง ๆ รวมทั้งตัวบุคคล ทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำสิ่งที่ยากซับซ้อนมากขึ้นได้ ตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ๆ และความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมหรือภาวะใหม่ในบริบทของครอบครัวและสังคม

สนาม บินชัย (2538 : 6) ได้กล่าวถึงพัฒนาการว่า หมายถึงขบวนการที่เปลี่ยนแปลงที่ค่อยเป็นค่อยไป การเปลี่ยนแปลงนี้จะเป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน เป็นขั้นตอน และมักจะเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน เช่น ด้านร่างกาย จะมีการพัฒนาแบบบนลงล่างหรือจากหัวลงข้างล่าง พัฒนาจากแกนกลางของร่างกายออกไป ตัวอย่างเช่น บิดคอได้ก่อนชันคอ ใช้มือกำของได้ก่อนใช้นิ้วมือจับของ

ทิพย์ภา เษษฐุ์ชาวลิต (2541 : 1) ได้ให้คำนิยามว่า พัฒนาการหมายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน มีขั้นตอน และต่อเนื่องกันไปในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ของชีวิตมนุษย์ ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนกระทั่งตาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจมีลักษณะเจริญงอกงามหรือเสื่อมถอยลงก็ได้ ทั้งนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงโดยได้รับอิทธิพลจากวุฒิภาวะ การเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อม

สุชา จันท์เอม (2542 : 1) ได้ให้คำนิยามพัฒนาการว่า หมายถึง ลำดับของการเปลี่ยนแปลงหรือกระบวนการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ทุกส่วนที่ต่อเนื่องกันไปในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต การเปลี่ยนแปลงนี้จะก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ เป็นขั้น ๆ จากระยะหนึ่งไปสู่ระยะหนึ่งเพื่อที่จะไปสู่วุฒิภาวะ ทำให้มีลักษณะและความสามารถใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นตามลำดับ

Fergus P. Hughes; Llod D. Noppe; and Illence C. Noppe (1996 :2) พัฒนาการคือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และสติปัญญาของมนุษย์ ตั้งแต่ปฏิสนธิเป็นต้นไป

David R. Shaffer (1999 : 2) ได้ให้ความหมายพัฒนาการ (Development) ว่าเป็นความต่อเนื่อง (Continuities) และการเปลี่ยนแปลง (Changes) ที่เป็นระบบของคนเรา ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงตาย

กล่าวโดยสรุป พัฒนาการหมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางหน้าที่ ทักษะ ตลอดจนการปรับตัวของมนุษย์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องกันไปตั้งแต่ปฏิสนธิเป็นต้นไป

2. ประเภทของพัฒนาการ (Domains of development)

ฐานิต อิศรเสนา ณ อยุธยา (2539 : 3-4) และ Laura E. Berk (2002 : 5-6) ได้แบ่งพัฒนาการออกเป็น 3 ด้านด้วยกัน

1. พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical development) เริ่มตั้งแต่การจำแนกชนิดเนื้อเยื่อของทารกในครรภ์จนเกิดเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ในเวลาต่อมา ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของขนาด สัดส่วน รูปร่าง และหน้าที่ของระบบต่าง ๆ

2. พัฒนาการทางสมองและสติปัญญา (Cognitive development) ในระยะแรกเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำหน้าที่ของระบบประสาท ต่อมาจะมีประสบการณ์การเรียนรู้เข้ามาเกี่ยวข้องพัฒนาไปสู่กระบวนการคิดและความสามารถทางสติปัญญา ซึ่งประกอบด้วยความสนใจ ความจำ ความรู้ การแก้ปัญหา จินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ แล้วแสดงออกทางความคิดในรูปของพฤติกรรมต่อสิ่งเร้า เช่น การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน การใช้มือ ตา และอวัยวะสัมผัสอื่น ๆ การพูด เป็นต้น

3. พัฒนาการทางด้านอารมณ์ บุคลิกภาพ และสังคม (Emotion, personality and social development) เป็นการพัฒนาด้านการสื่อสารทางอารมณ์ ความเข้าใจตัวเอง ความสามารถในการจัดการกับความรู้สึกของตัวเอง การรู้และเข้าใจคนอื่น มนุษยสัมพันธ์ มิตรภาพ ซึ่งจะเป็นรากฐานความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมต่อไป

นิตยา ศษภักดี (2543. 2-3) สนาม ปินชัย (2538. 6-7); และทิพย์ภา เชษฐูเชาวลิต (2541 : 2) ได้กล่าวถึงพัฒนาการเด็ก โดยแบ่งเป็น 4 ด้านดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย (Physiological development) ความสามารถของร่างกายในการทรงตัวในอิริยาบถต่าง ๆ และการเคลื่อนไหว เคลื่อนที่ไปโดยการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (gross motor) เช่น การนั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด เป็นต้น การใช้สัมผัสรับรู้ และการใช้ตาและมือประสานกันในการทำกิจกรรมต่างๆ (fine motor-adaptive) เช่น การหยิบจับของ การขีดเขียน บั่น ประดิษฐ์ เป็นต้น

2. พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ (Emotional development) ความสามารถในการรู้สึกและแสดงความรู้สึก เช่น พอใจ ไม่พอใจ รัก ชอบ โกรธ กลียด กลัว และเป็นสุข ความสามารถในการแยกแยะความรู้สึกซึ่งและควบคุมการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ การพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ยาก เพราะไม่มีตัวตน หรือสัดส่วนให้เห็นได้ชัดเจนเหมือนด้านร่างกาย วัดหรือชั่งไม่ได้ แต่ประเมินได้โดยดูจากพฤติกรรมแสดงออกหรือความสามารถในการ

แก้ปัญหา พัฒนาการในด้านนี้เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสังคมด้วย บางครั้งจึงมีการรวมพัฒนาการทางด้านจิตใจอารมณ์กับทางด้านสังคมเป็นกลุ่มเดียวกัน

3. พัฒนาการด้านสติปัญญา (Intellectual development) ความสามารถในการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ กับตนเอง การรับรู้ รู้จักสังเกต จดจำ วิเคราะห์ การรู้คิด รู้เหตุผล และความสามารถในการแก้ปัญหา ตลอดจนการสังเคราะห์ ซึ่งเป็นความสามารถเชิงสติปัญญาในระดับสูง ซึ่งแสดงออกด้วยการใช้ภาษาสื่อความหมายและการกระทำ ทั้งนี้พัฒนาการด้านภาษา (language) และสื่อความหมาย (communication) กับการใช้ตากับมือทำงานประสานกันเพื่อแก้ปัญหา (fine motor-adaptive) จึงมีความหมายเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญา

4. พัฒนาการด้านสังคม (Social development) ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีทักษะการปรับตัวในสังคม คือสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของคนรวมมือกับผู้อื่น มีความรับผิดชอบ ความเป็นตัวของตัวเอง และรู้กาลเทศะ สำหรับเด็กหมายถึงความรวมถึงความสามารถในการช่วยตัวเองในชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกันยังเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (spiritual development) คุณธรรม (moral) และเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญา ทำให้รู้จักแยกแยะความรู้สึกมีคชอบชีวิต และความสามารถในการเลือกดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมอีกด้วย พัฒนาการทางสังคมนี้ social response จะเกิดขึ้นก่อน โดยเด็กจะรู้จักตอบสนองของผู้อื่น รู้จักยิ้มตอบ เล่นตอบก่อน เมื่อเด็กโตขึ้นจะรู้จักควบคุมตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ของสังคม นั่นคือมีพัฒนาการด้าน social control รู้จักทำตนให้เป็นที่ยอมรับของพ่อแม่ เพื่อน และครู พัฒนาการด้านสังคมจะเกิดขึ้นตลอดเวลา และจะมีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับบทบาททางสังคม

สมภพ เรืองตระกูล (2545 : 1) ได้แบ่งพัฒนาการเป็น 10 ด้านด้วยกันคือ 1) การเคลื่อนไหว 2) การรับรู้ 3) อารมณ์ 4) ภาษาและคำพูด 5) การรู้การเข้าใจ 6) ความจำ 7) จริยธรรมและคุณธรรม 8) ความผูกพันรักใคร่ 9) เรื่องเพศ 10) อุบนิสัย

โดยสรุปแล้ว พัฒนาการประกอบด้วยพัฒนาการด้านใหญ่ 4 ด้านคือ พัฒนาการพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก (Fine motor) พัฒนาการด้านภาษา (Language) และพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง (Personal – Social)

3. พัฒนาการของเด็กปกติ

พัฒนาการของเด็กปกติแต่ละรายตั้งแต่อายุแรกเกิด – 6 ปี จะปรากฏพฤติกรรมพัฒนาการให้เห็นดังตารางต่อไปนี้ (นิตยา คชภักดี. 2543 : 68-70)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมพัฒนาการปกติของเด็กวัยแรกเกิด - 6 ปี

อายุ	การทรงตัวและการเคลื่อนไหว	การใช้ตาและมือ	การสื่อความหมายและภาษา	สังคม
แรกเกิด	งอแขนขาเคลื่อนไหวเท่ากันทั้ง 2 ข้างในท่านอนคว่ำ ตรวจพบ Moro, rolling, sucking, sleeping reflexes	มองเหม่อ เห็นชัดเฉพาะระยะห่าง 6-9 นิ้ว palmer-grasping reflex	ร้องไห้ หยุดฟังเสียง	มองหน้าช่วงสั้น เลียนแบบอ้าปาก แลบลิ้นได้
1 เดือน	เริ่มชันคอ ผงกศีรษะหันหน้าซ้ายขวา ขาเริ่มเหยียดในท่าคว่ำ	กำมือแน่น จ้องมองสิ่งต่าง ๆ ตามไม่เกินเส้นกึ่งกลางของตัว	ทำเสียงในคอ	มองจ้องหน้า
2 เดือน	ท่าคว่ำ ชันคอได้ 45 องศา ทำนั่ง ยกศีรษะเงยหน้าขึ้น	มือกำหลวม ๆ มองตามข้ามเส้นกึ่งกลางของตัว	ฟังเสียงคุยด้วยแล้วหันหาเสียง	สบตา ยิ้มตอบ แสดงความสนใจ
4 เดือน	ท่าคว่ำ ยกศีรษะชันสูงชันคอได้ 90 องศา โดยใช้แขนยันยกตัวชูขึ้น (Chest up) ทำนั่งยกศีรษะตั้งตรงได้	มองตาม 180 องศา มือ 2 ข้างมาจับกันตรงกลาง ไขว้คว่ำของใกล้ตัว ใช้สองตาประสานกันได้ดี	ส่งเสียงอ้อแอ้ ได้ตอบหัวเราะ ส่งเสียงแหลมรัวเวลาดีใจสนุก	ยิ้มตอบและยิ้มทัก ทำท่าทางดีใจเวลาเห็นอาหารหรือคนเลี้ยงดู
6 เดือน	คว่ำและหงายได้เอง ท่าคว่ำใช้ข้อมือยันได้ ตั้งจากหงายมาทำนั่ง ศีรษะไม่ตกไปข้างหลัง นั่งเองได้ชั่วคราว ทำจับยืน เริ่มลงน้ำหนักที่เท้าทั้งสองได้	คว่ำของด้วยฝ่ามือหยิบของมือเดียวและเปลี่ยนมือได้ มองเห็นทั้งไกลและใกล้ ใช้ทั้ง 2 ตาได้ดี	หันหาเสียงเรียก เล่นน้ำลาย ส่งเสียงหลายเสียง	รู้จักแปลกหน้า กินอาหารกึ่งเหลว (semisolid) ที่ป้อนด้วยช้อนได้

ตารางที่ 1 พฤติกรรมพัฒนาการปกติของเด็กวัยแรกเกิด - 6 ปี (ต่อ)

อายุ	การทรงตัวและการเคลื่อนไหว	การใช้ตาและมือ	การสื่อความหมายและภาษา	สังคม
9 เดือน	นั่งได้มั่นคง คลานเกาะยืน	ใช้นิ้วหยิบของได้ เริ่มหยิบของเล็กโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ได้ เปิดหาของที่ซ่อนไว้ได้ มองตามของที่ตกจากมือ	ฟังรู้ภาษาและเข้าใจสีหน้าท่าทางได้ เปล่งเสียงเลียนเสียงพยัญชนะ แต่ไม่มีความหมาย	เล่นจ๊ะเอ๋ได้ ตามไปเก็บของที่ตกหรือร้องตามแม่เมื่อแม่จะออกไปจากห้อง หยิบอาหารกินได้
12 เดือน	เกาะเดิน ยืนเองได้ชั่วคราว อาจกางแขนขาเพื่อทรงตัว	ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้หยิบของเล็ก ๆ ได้ถนัด หยิบของใส่ถ้วยหรือกล่อง	เรียกพ่อ แม่ หรือพูดคำโดด ๆ ที่มีความหมาย 1 คำ ทำท่าตามคำบอกที่มีท่าทางประกอบได้	ตบมือ เลียนท่าทางโบกมือ สาธุ ร่วมมือเวลาแต่งตัวและชอบสำรวจ
15 เดือน	เดินได้เอง	วางของซ้อนกันได้ 2 ชั้น	พูดเป็นคำโดดที่มีความหมาย ชี้ส่วนต่างๆ บนใบหน้าได้ตามคำบอก	ใช้ช้อนตัก แต่ยังไม่หอกอยู่บ้าง กลืนลูกบอลรับส่งกับผู้ใหญ่
18 เดือน	เดินคล่อง วิ่ง ยืนก้มลงเก็บของแล้วลุกขึ้นได้ไม่ล้ม งุมือเดียวขึ้นบันได	วางของซ้อนกันได้ 3 ชั้น ชิดเขียนเป็นเส้นยุ่งๆ	ชี้รูปภาพตามคำบอกได้ พูดเป็นคำโดดได้หลายคำ ทำตามคำบอกที่ไม่มีท่าทางประกอบได้	ถือด้วยน้ำดื่มเอง
2 ปี	เดินขึ้นบันได เตะลูกบอล กระโดด 2 เท้า	ต่อรถไฟ ชิดเส้นตรงและโค้งเป็นวงๆ ได้ ตั้งซ้อนได้ 6 ชั้น เปิดหนังสือทีละหน้า	พูด 2-3 คำต่อกันได้ อย่างมีความหมาย บอกชื่อของที่คุ้นเคยได้ บอกชื่อตัวเองได้	เลียนแบบผู้ใหญ่ ใช้ช้อนตักอาหารกินเองได้ บอกได้เวลาจะถ่าย อุจจาระ ตบมือ จิกหัวตนเอง

ตารางที่ 1 พฤติกรรมพัฒนาการปกติของเด็กวัยแรกเกิด - 6 ปี

อายุ	การทรงตัวและการเคลื่อนไหว	การใช้ตาและมือ	การสื่อความหมายและภาษา	สังคม
3 ปี	ขึ้นบันไดสลับเท้า ซ้ำสามล้อ	วาดวงกลมได้ตามแบบ ต่อขึ้นไม้ 3 ชิ้นเป็นรูปสะพานได้	เล่าเรื่องที่ตนประสบมาให้ผู้ฟังเข้าใจประมาณร้อยละ 50 ถามอะไรที่ไหน	ถอดรองเท้าและใส่เสื้อได้ รู้เพศของตนเอง แบ่งของให้คนอื่นได้บ้าง เล่นกับคนอื่น ควบคุมการถ่ายอุจจาระได้
4 ปี	กระโดดเท้าเดียว เดินลงบันไดสลับเท้าได้	วาดรูปสี่เหลี่ยมได้ตามแบบ วาดคนได้ 3 ส่วน ต่อขึ้นไม้ 5 ชิ้นได้	ร้องเพลง พูดเป็นประโยค ถามคำถามเล่าเรื่องให้ผู้ฟังเข้าใจได้ทั้งหมด รู้จัก 4 สี	เล่นร่วมกับคนอื่นได้ คุมการถ่ายปัสสาวะได้ กลัดกระดุมเอง
5 ปี	กระโดดสลับเท้าได้ กระโดดข้ามสิ่งกีดขวางเตี้ยๆ ได้ เดินต่อเท้าเป็นเส้นตรงโดยไม่ล้ม	จับดินสอได้ถูกต้อง วาดสามเหลี่ยมได้ตามแบบ วาดคนได้ 6 ส่วน ต่อบันได 6 ชิ้น	พูดฟังเข้าใจได้ ถามเกี่ยวกับความหมายและเหตุผล จำตัว อักษรได้ นับสิ่งของได้ 5 ชิ้น นับเลขได้ถึง 20	เล่นอย่างมีกติกา แต่งตัวเอง เล่นสมมติโดยใช้จินตนาการ ไม่ปัสสาวะรดที่นอน เวลากลางคืน รู้อายุ
6 ปี	เดินบนเส้นเท้า เดินต่อเท้าถอยหลังได้ ใช้ 2 มือรับลูกบอลที่โยนมา กระโดดไกลประมาณ 120 ซม.	วาดรูปตามแบบขนม เปียกปูนและสี่เหลี่ยมที่มีเส้นทแยงมุมได้ เขียนตัวอักษรง่าย ๆ ได้	รู้ชื่อยาวา นับได้ถึง 30 อธิบายความหมายของคำได้ บอกความแตกต่างของ 2 สิ่งได้ เริ่มอ่านสะกดคำ รู้เข้าป้าย เข้าใจเกี่ยวกับขนาด น้ำหนัก รูปร่าง ระยะเวลา	ช่วยงานบ้านได้ เล่นอย่างมีกติกา ผูกเชือกรองเท้าเอง

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการ

พัฒนาการของเด็กจะปกติหรือผิดปกติ ช้าหรือเร็วไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างเดียวใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน ต่อไปนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก (รุจา เล้าสกุล. 2537 : 9; สุานิต อิศรเสนา ณ อยุธยา. 2539 : 4-5; ทิพย์ภา เชมชูเชาวลิต. 2545: 4-8; สุชา จันทน์เอม. 2542 : 44; อัมพร หัสศิริ. 2542 : 12-13)

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม พันธุกรรมคือลักษณะต่าง ๆ ที่ถ่ายทอดติดต่อกันทางโครโมโซม จะมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตที่เห็นได้ เช่น เด็กดาวน์ มีโครโมโซมผิดปกติทำให้พัฒนาการล่าช้า

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือสภาวะต่าง ๆ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมที่มาจากเกี่ยวข้องกับบุคคล ซึ่งมีความสำคัญตลอดระยะเวลาที่มีการเจริญเติบโต ทั้งในขณะที่อยู่ในครรภ์มารดาและภายหลังคลอด สิ่งแวดล้อมที่สำคัญได้แก่

- โรคต่าง ๆ ถ้าไม่รุนแรงและเป็นระยะสั้น เด็กจะเจริญเติบโตได้ตามปกติ โรคที่ไม่รุนแรงแต่เรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคไต อาจมีผลทางอ้อม คือทำให้ให้ภาวะโภชนาการและสุขอนามัยเสียไป โรคที่รุนแรงต้องรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องนอนติดต่อกันเป็นเดือน ๆ เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ จะทำให้มีการเจริญเติบโตช้าได้

- ฮอร์โมน ยาหรือสารบางชนิด เช่น ยาขับเลือด เฮโรอิน นิโคติน ในปริมาณมากพอจะมีผลทำให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตผิดปกติ เช่น น้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์

- อาหาร การขาดอาหาร วิตามินหรือเกลือแร่ที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต จะมีผลต่อการเจริญเติบโตอย่างน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและระยะเวลาของการขาดสารอาหารนั้น ๆ

- วิธีการเลี้ยงดูและภาวะสุขภาพจิต ถ้าจิตใจมีความเครียดมากหรือว่าเหว่ แม้ร่างกายจะได้รับอาหารเพียงพอก็อาจทำให้เด็กเติบโตช้าได้

- อุบัติเหตุและมลภาวะต่าง ๆ

- สติปัญญาและการเรียนรู้ มีอิทธิพลอย่างสูงต่อพัฒนาการของเด็ก เพราะเด็กที่มีสติปัญญาดีย่อมมีพัฒนาการดีกว่าเด็กที่มีสติปัญญาต่ำ โดยค้นพบว่า เด็กฉลาดจะสามารถเดินและพูดได้ก่อนเด็กโง่

- วัฒนธรรม เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลทำให้การพัฒนาของเด็กแตกต่างกันไปได้ เช่น เด็กไทยได้รับการอบรมให้เชื่อฟังผู้ใหญ่ จึงเป็นเด็กสงบเสงี่ยม ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ตรงกันข้ามกับเด็กอเมริกัน ซึ่งถูกปล่อยให้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี ทำให้เด็กกล้าแสดงออก และยังปรับตัวเข้าสังคมได้ดีกว่าอีกด้วย

- เพศ เด็กชายและเด็กหญิงย่อมมีอัตราการพัฒนาต่างกัน โดยเฉพาะพัฒนาการทางด้านร่างกาย ในเด็กแรกเกิด เด็กชายจะโตกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย แต่ระยะต่อมาเด็กหญิงจะเจริญเติบโตรวดเร็วกว่าเด็กชาย โดยปกติเด็กหญิงจะถึงวุฒิภาวะทางเพศก่อนเด็กชายราว 1-2 ปี และอัตราการพัฒนาด้านสมอง เด็กหญิงจะฉลาดเร็วกว่าเด็กชายเล็กน้อย

5. พัฒนาการล่าช้า

พัฒนาการล่าช้าคือการที่เด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้าน การเคลื่อนไหวทางร่างกาย (Gross motor) การใช้มือและนิ้ว (Fine motor) การใช้สื่อภาษา (Language) การสังคมและการดูแลตัวเอง (Personal-social) ได้ล่าช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปกติ

สาเหตุที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น แต่ผลที่ตามมาจากการที่มีพัฒนาการล่าช้าคือ (กัลยา ชูประเสริฐ และเกศินี ธีรธาดา, 2539 : 27)

1. ก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังหรือพิการ
2. บกพร่องในหน้าที่ ความสามารถทางร่างกาย สติปัญญา การสื่อภาษา จิตสังคม การดูแลตนเอง และการเรียนรู้
3. ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว และบุคลากรในชุมชน
4. เป็นอาการที่สำคัญของภาวะปัญญาอ่อน พัฒนาการยิ่งล่าช้ามากเท่าใด ก็จะพัฒนาไปสู่ความเป็นปัญญาอ่อนที่รุนแรงมากขึ้นเท่านั้น

ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการ

แนวคิดทางทฤษฎีพัฒนาการของมนุษย์นั้นมีหลากหลายแนวคิดแตกต่างกันไป แต่ในที่นี้จะขอกล่าวถึงแนวคิดสำคัญ ๆ 4 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีวิวัฒนาการของ Gesell ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud ทฤษฎีพัฒนาบุคลิกภาพของ Erickson และทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการของ Gesell

Gesell ได้เสนอกฎทิศทางของพัฒนาการ (The Law of Developmental Direction) ไว้ดังนี้ (Gesell, 1954 : 335; อ้างถึงใน สินีนาฏ จิตต์ภักดี, 2541 : 21)

1. The Cephalocaudal Law พัฒนาการจะแผ่ขยายจนทั่วร่างกายจากศีรษะลงสู่เท้า ซึ่งหมายความว่า การพัฒนาทั้งในโครงสร้างและหน้าที่เกิดขึ้นครั้งแรกที่ส่วนศีรษะก่อนแล้วจึงขยายไปสู่ลำตัวและขา พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวก็เป็นไปเช่นนี้ เมื่อปล่อยให้เด็กนอนคว่ำ เด็กจะสามารถยกศีรษะและลำคอขึ้นได้ก่อนที่จะสามารถยกส่วนอกได้

2. The Proximodistal Law การพัฒนาจะเริ่มจากส่วนใกล้สู่ไกล โดยเริ่มจากแกนกลางของร่างกายขยายออกข้างนอกตรงไปยังส่วนปลายสุด เช่น มือและเท้า เด็กสามารถใช้แขนได้ก่อนใช้มือ และใช้ฝ่ามือหยิบจับของได้ทั้งมือก่อนใช้นิ้วมือหยิบจับ

นอกจากนี้ Gesell ได้กำหนดมาตรฐานสำหรับการเจริญเติบโตตามช่วงอายุต่าง ๆ และสร้างเกณฑ์มาตรฐานสำหรับวัดพฤติกรรมเด็กในแต่ละช่วงอายุโดยทำเป็นเกณฑ์พัฒนาการ (Gesell Developmental

Schedules) ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาเด็กเป็นระยะยาว แบ่งพฤติกรรมกลุ่มเด็กเป็น 4 กลุ่มดังนี้ (ลินินาญ จิตต์ภักดี. 2541 : 21-22)

1. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Motor behavior) ครอบคลุมการบังคับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและความสัมพันธ์ด้านการเคลื่อนไหวทั้งหมดซึ่งเกี่ยวกับการทรงตัว การนั่ง คลาน ยืน เดิน
2. พฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive behavior) ครอบคลุมความเชื่อมโยงการใช้มือและสายตา การถือวัตถุ การวาดภาพ การแก้ปัญหาในการปฏิบัติ
3. พฤติกรรมด้านภาษา (Language behavior) ครอบคลุมด้านการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกทางใบหน้า การออกเสียง การใช้ภาษาสื่อสาร ความเข้าใจกับผู้อื่น
4. พฤติกรรมทางสังคม-บุคคล (Personal – social behavior) ครอบคลุมการตอบสนองต่อบุคคลอื่น ด้านวัฒนธรรมทางสังคม เช่น การฝึกขับถ่าย การเล่น การช่วยเหลือตัวเอง

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud

ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Freud ได้อธิบายพัฒนาการทางเพศ (psychosexual development) ไว้ 5 ขั้น ดังต่อไปนี้ (ลินินาญ จิตต์ภักดี. 2541 : 23-24; สมภพ เรืองตระกูล. 2545 : 7-8; ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต. 2545: 13-16; David R. Shaffer. 1999: 44; Laura E. Berk. 2002 : 16)

1. **ขั้นความสุขทางปาก (Oral stage)** ช่วงอายุ แรกเกิดถึง 1 ปี เป็นระยะที่เด็กมีความพึงพอใจอยู่บริเวณปาก ฉะนั้นการกััด การดูด หรือได้สัมผัสบริเวณปากจะทำให้เด็กมีความสุขมากที่สุด
2. **ขั้นความสุขทางอวัยวะขับถ่าย (Anal stage)** ช่วงอายุ 1-3 ปี เป็นระยะที่มีความพอใจอยู่บริเวณทวารหนัก ระยะนี้เกิดเมื่อเด็กเรียนรู้เรื่องการขับถ่าย เด็กจะมีความสุขจากการขับถ่าย และกลั้นเอาไว้ ไม่ยอมให้อุจจาระไหลผ่านทวารหนักออกไปอย่างรวดเร็ว
3. **ขั้นความสุขทางอวัยวะเพศ (Phallic or oedipal stage)** ช่วงอายุ 3-6 ปี แหล่งที่ทำให้เกิดความพอใจในขั้นนี้คืออวัยวะเพศ เด็กสนใจและอยากรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกาย เรียนรู้ความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย จะพบว่าเด็กวัยนี้จะมีการจับต้องหรือเล่นอวัยวะเพศ เด็กจะเกิดความรู้สึกว่าที่ฟรอยด์เรียกว่าปมปีตุมาต (Oedipus complex และ electra complex) คือเด็กผู้ชายจะติดแม่ เด็กผู้หญิงจะติดพ่อ และจะพยายามเลียนแบบพ่อแม่ที่เป็นเพศเดียวกับตนเพื่อเรียกร้องความสนใจจากพ่อแม่เพศตรงข้ามกับตน เป็นการเรียนรู้บทบาททางเพศโดยการเลียนแบบ (identification)
4. **ขั้นพัก (Latency stage)** ช่วงอายุ 6-11 ปี เป็นระยะที่เด็กเบนความสนใจจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไปสู่การเล่นกับเด็กเพศเดียวกันมากขึ้น

5. ขั้นพอใจในการรักเพศตรงข้าม (Genital stage) ช่วงอายุ 12 ปีขึ้นไป อยู่ในช่วงหนุ่มสาว เริ่มมีความสนใจเพศตรงข้ามมากขึ้นทุกที มีแรงจูงใจที่จะรักผู้อื่น การเริ่มต้นของความรักระหว่างเพศจะเกิดขึ้นในขณะนี้

3. ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget

Piaget แบ่งพัฒนาการทางการรู้การเข้าใจออกเป็น 3 ระยะเวลา คือ (ศรีธรรม ฐานะภูมิ, 2535: 27-32; ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2545: 19-22; David R. Shaffer, 1999: 55; Laura E. Berk, 2002 : 22)

1. ขั้นพัฒนาการความรู้สึกทางอวัยวะเคลื่อนไหว (Sensorimotor operation stage) ช่วงอายุแรกเกิด-2 ปี วัยนี้ทารกเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างตนเองและสิ่งแวดล้อม สนใจสิ่งเร้าต่าง ๆ รอบตัว ก่อนที่จะเรียนรู้ภาษาและเข้าใจความหมายต่าง ๆ แบ่งเป็น 6 ขั้นย่อยคือ

1) ขั้นปฏิกิริยาสะท้อน (Reflexive phase) อายุ 0-1 เดือน จะมีการดูดนิ้ว ไขว่คว้า เป็นการตอบสนองโดยอัตโนมัติและเกิดจากความต้องการของร่างกาย

2) ขั้นพัฒนาการอวัยวะเคลื่อนไหวระดับเบื้องต้น (Primary circular reaction) อายุ 1-4 เดือน มีการเคลื่อนไหวที่ปราศจากจุดหมาย ไม่ประสานกัน เช่น กำมือ คลายมือ เล่นมือ

3) ขั้นพัฒนาการอวัยวะเคลื่อนไหวอย่างมีจุดหมาย (Secondary circular reaction) อายุ 4-8 เดือน ทารกทราบว่าตนเองมีผลหรือมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อม เช่น สั่นของเล่นเพื่อให้เกิดเสียง เขามือหรือเท้าเตะของที่แขวนอยู่บนเปล เพื่อให้เคลื่อนไหว

4) ขั้นพัฒนาการประสานของอวัยวะ (Coordination of secondary reaction) อายุ 8-12 เดือน ทารกเริ่มรู้จักใช้ประสบการณ์ในอดีตมาช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ มีการคิดถึงการคงอยู่ของวัตถุสิ่งของและบุคคล รู้จักทดลองทำสิ่งต่าง ๆ อยากรู้อยากเห็นมากขึ้น จะเลียนแบบพฤติกรรมของคนที่อยู่ใกล้ ๆ

5) ขั้นพัฒนาการความคิดริเริ่มแบบลองผิดลองถูก (Tertiary circular reaction) อายุ 12-18 เดือน ทารกเริ่มทดลองทำหลาย ๆ แบบ บางครั้งพยายามสร้างสถานการณ์ให้ซับซ้อนกว่าเดิม แล้วทดลองแก้ปัญหาลองผิดลองถูก (trial and error)

6) ขั้นพัฒนาการโครงสร้างสติปัญญาเบื้องต้น (invention of new means through internal mental combinations) อายุ 18-24 เดือน ทารกแก้ปัญหาได้เป็นระบบขึ้น ไม่ต้องลองผิดลองถูกอีก รู้ถึงความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมรอบตัว สามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบผู้ใหญ่หรือเด็กอื่น ๆ ได้โดยการจำ

2. ขั้นพัฒนาการความคิดรวบยอด (Conceptual thought stage) ช่วงอายุ 2-11 ปี ในขั้นนี้แบ่งออกเป็น 3 ขั้นย่อยคือ

1) ขั้นพัฒนาการก่อนเกิดความคิดรวบยอดอย่างใช้เหตุผล (Preconceptual thought stage) อายุ 2-4 ปี เด็กเริ่มใช้ภาษา และเข้าใจความหมายสัญลักษณ์ได้ดีขึ้น แต่ยังยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง (egocentric) อยู่ จะมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่มุมมองเดียว จะเข้าใจเท่าที่ตามองเห็นหรือรับรู้เท่านั้น

2) ขั้นพัฒนาการใกล้เกิดความคิดรวบยอดอย่างใช้เหตุผล (Intuitive thought stage) อายุ 4-7 ปี เริ่มมองเห็นความแตกต่างของสิ่งของและเหตุการณ์ต่าง ๆ รู้จักคิดแยกประเภท แบ่งชั้น และเข้าใจความเกี่ยวพัน เข้าใจว่าวัตถุที่เปลี่ยนแปลงรูปร่างนอก อาจทรงสภาพเดิมบางสภาพได้ คือในสภาพปริมาณ น้ำหนัก และปริมาตรตามลำดับ เริ่มเข้าใจจำนวนเลข คิดออกได้โดยไม่ต้องใช้เหตุผล แต่ใช้เปรียบเทียบแทน

3) ขั้นพัฒนาการเกิดความคิดรวบยอดอย่างใช้เหตุผลเป็นรูปธรรม (Concrete operations thought stage) อายุ 7-11 ปี วัยนี้สามารถแยกแยะมองเห็นความแตกต่างของสิ่งต่าง ๆ จัดแบ่งหมวดหมู่ จัดลำดับ คิดใช้เหตุผล เข้าใจกฎระเบียบและคำสั่งดีขึ้น คิดได้ด้วยสัญลักษณ์คณิตศาสตร์ (number symbol) คิดย้อนกลับหรือกลับไปกลับมา (reversibility) เข้าใจการทรงสภาพเดิมของปริมาตร

3. ขั้นพัฒนาการความเข้าใจอย่างมีเหตุผลเป็นนามธรรม (Cognitive thought stage or formal operations) ช่วงอายุ 11 ปีขึ้นไป เด็กวัยนี้มีพัฒนาการทางสติปัญญาถึงระดับวุฒิภาวะสูงสุด สามารถคิดอย่างมีเหตุผลโดยไม่ใช้วัตถุเป็นสื่อ คิดวิเคราะห์ ตีความหมาย ทดสอบสมมติฐานได้ คาดการณ์อนาคตได้ โดยมองย้อนอดีต ใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ปัญหา เกิดความคิดรวบยอดในสิ่งที่เป็นนามธรรมได้

4. ทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมของ Erickson

ตามทฤษฎีของ Erickson แบ่งระยะพัฒนาในวัยเด็กได้ดังนี้ (อุ้นเรื่อน อัมไพพัลลาร์, 2535 : 6-9; ฐานิต อิศรเสนา ณ อยุธยา, 2539 :18; สุชา จันทน์เอม, 2542 : 35-37; ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิขิต, 2545: 17-19; David R. Shaffer, 1999: 46; Laura E. Berk, 2002 : 18)

1. ขั้นความไว้วางใจ (sense of trust – mistrust) ช่วงอายุแรกเกิด - 1 ปี เป็นระยะที่เด็กช่วยตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งมารดาหรือบุคคลรอบข้างเกือบตลอดเวลา เด็กจึงต้องการความอบอุ่น ความมั่นใจ และไว้วางใจจากผู้เลี้ยงดู ถ้าขาดสิ่งเหล่านี้เด็กจะก้าวเหว และแสดงออกด้วยการร้องกวน นังโยกตัวหรือไม่สบายบ่อย ๆ โดยไม่มีสาเหตุทางกาย เมื่อเติบโตขึ้นจะกลายเป็นคนขี้ระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น หรือเรียกร้องความรักและความสนใจจากผู้อื่นมากเกินไป ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก

2. ขั้นความเชื่อมั่นในตน (sense of autonomy – shame and doubt) ช่วงอายุ 1-3 ปี ระยะนี้เด็กเจริญเติบโตทางกายจนสามารถพึ่งตนเองได้บ้างแล้ว เริ่มชนและชอบสำรวจสิ่งรอบตัวชอบปีนป่าย รื้อของ อยากให้รับรู้ว่ามีความสามารถ แต่ก็ยังต้องการประสบการณ์และการควบคุมอย่างพอเหมาะจากผู้ที่เลี้ยงดู เป็นเวลาที่ควรฝึกนิสัยเกี่ยวกับการกิน นอน ขับถ่าย แต่ไม่ควรเข้มงวดจนเกินไป มิฉะนั้นเด็กจะเติบโตเป็นคนเจ้าอารมณ์ เจ้าระเบียบ หรือขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

3. **ขั้นความคิดริเริ่ม (sense of initiative – guilt)** ช่วงอายุ 3-6 ปี เป็นระยะที่เด็กริเริ่มทำอะไรด้วยตนเอง และแสดงความต้องการของตนเองมากขึ้น อยากรู้ อยากเห็น มีอารมณ์รุนแรง รู้จักอิจฉาน้องหรือคนอื่น ดังนั้นผู้เลี้ยงดูควรสอนหรือเน้นแบบอย่างในการแสดงอารมณ์ ไม่กดดันและทำให้เด็กรู้สึกว่าการอยากรู้ อยากเห็นหรือความคิดริเริ่มของเขาเป็นสิ่งผิด เด็กจะกลายเป็นคนขาดความริเริ่มและไม่กล้าแสดงความคิดเห็น

4. **ขั้นความขยันหมั่นเพียร (sense of industry – inferiority)** ช่วงอายุ 6-12 ปี เป็นระยะที่เด็กเริ่มเข้าใจเหตุผล สนใจเล่นกับเด็กเพศเดียวกัน เริ่มเรียนรู้ธรรมชาติ และเลียนแบบผู้ใหญ่ในเรื่องความคิดและนิสัย ความรับผิดชอบ และขยันขันแข็ง ดังนั้นครูจึงเป็นแบบอย่างที่ดีที่โรงเรียน ขณะที่ผู้ดูแลที่บ้านก็ต้องเป็นตัวอย่างที่บ้านในเรื่องความรับผิดชอบต่อหน้าที่และพยายามแก้ไขอุปสรรคที่มี จะทำให้เด็กรู้จักมีความรับผิดชอบ สนใจในสิทธิ มีการตัดสินใจที่ดี และไม่เกิดปมด้อยในภายหลัง

5. **ขั้นความมีเอกลักษณ์ประจำตัว (sense of identity – role confusion)** ช่วงอายุ 12-20 ปี เริ่มจะค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง เป็นระยะที่เด็กมีความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ปวารณาจะมีความสามารถในการทำงาน และเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม เนื่องจากเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลายอย่างเกิดขึ้นร่วมกับลักษณะอารมณ์ที่ไม่คงที่ ถ้าขาดการสนับสนุนหรือผู้ให้คำปรึกษาแนะแนวทางที่ถูกต้อง เด็กจะเกิดความสับสน ว้าวุ่นใจ หรือล้มเหลวในการค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ยังไม่พบว่ามีผู้ใดได้ศึกษาและเผยแพร่งานวิจัยดังกล่าว แต่มีผู้ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กไว้ดังนี้

สร้อยสุตา วิทยากร และคณะ (2528) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาเด็กปกติที่อยู่กับพ่อแม่กับเด็กปกติกำพร้าในสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า และศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 คน เป็นเด็กปกติที่อยู่กับพ่อแม่โดยการสุ่มตัวอย่าง 23 คน เด็กปกติกำพร้าจากสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้าทั้งหมดจำนวน 15 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์มารดาและแบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) ผลการศึกษาพบว่าเด็กปกติกำพร้าที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยเจ้าหน้าที่จากสถานสงเคราะห์มีพัฒนาการช้าไม่เหมาะสมกับวัยและพบว่ามีควมบกพร่องทางการสื่อสารภาษามากที่สุด รองลงมาคือการปรับตัวและการใช้มือ นอกจากนี้ยังพบว่าฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว การศึกษาของมารดา อายุของมารดา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการเลี้ยงดูจากครอบครัวจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กในแต่ละด้าน

เยาวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์ (2532) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับพัฒนาการด้านนิสสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กก่อนวัยเรียนในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-4 ปี ในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 221 ราย โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) ผลการศึกษาพบว่า เพศของเด็ก ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร และสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา มีผลต่อระดับพัฒนาการด้านนิสสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอายุของมารดามีผลต่อระดับพัฒนาการด้านนิสสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างมารดาและบุตร การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย และความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับพัฒนาการด้านนิสสัยส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร เพศของเด็ก และการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของระดับพัฒนาการด้านนิสสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กได้ร้อยละ 31.5

วนิดา ชนินทุทธรังศรี (2533) ศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กซึ่งเกิดจากมารดาที่ประสบภาวะภัยขณะครรภ์กับเด็กซึ่งเกิดจากมารดาที่ไม่ประสบภาวะภัยขณะครรภ์ : กรณีศึกษาจังหวัดชุมพร เพื่อศึกษา ลักษณะสถานภาพทางสังคมและครอบครัว ประวัติการคลอดและการเลี้ยงดูเด็ก กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือเด็กที่เกิดจากมารดาประสบภาวะภัยขณะตั้งครรภ์จำนวน 309 รายและเด็กที่เกิดจากมารดาไม่ประสบภาวะภัยขณะตั้งครรภ์จำนวน 308 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในเรื่องลักษณะสถานภาพทางสังคม - ครอบครัว ประวัติการคลอด และการเลี้ยงดูเด็กไม่แตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องการเปลี่ยนแปลงอาชีพหลังเกิดภาวะภัย ซึ่งพบในกลุ่มประสบภาวะภัยมากกว่า โดยเปลี่ยนจากอาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพรับจ้าง ส่วนความแตกต่างของพัฒนาการระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จรัส ปิ่นเงิน (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการกับระดับพัฒนาการตามวัยของเด็กทารกและวัยเตาะแตะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กวัยทารกและวัยเตาะแตะที่มาใช้บริการในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างละ 120 คน เลือกแบบเจาะจง โดยใช้แบบประเมินภาวะแวดล้อมที่บ้านของคาลด์เวลและแบรดเลย์ (1984) เพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการและแบบวัดพัฒนาการเด็กไทยของอุดม ลักษณะวิจารณ์ และคณะ (2530) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพัฒนาการหมวดการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การมองเห็น การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการโดยรวม ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้เลี้ยงดูที่มีระดับการศึกษาสูงและฐานะ

เศรษฐกิจดีมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการหมวดการมองเห็น การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กในกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่มีโอกาสฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ วีดีโอ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการหมวดการได้ยิน ภาษา และพัฒนาการความคิดรวบยอด เด็กซึ่งเป็นบุตรคนแรกมีพัฒนาการหมวดการได้ยิน ภาษา และพัฒนาการความคิดรวบยอดเร็วกว่าเด็กซึ่งไม่ใช่บุตรคนแรก และปัจจัยทางครอบครัว คือการศึกษาของผู้เลี้ยงดู ฐานะเศรษฐกิจ สื่อบันเทิงภายในบ้าน และภาวะโภชนาการของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ

สินีนางู จิตต์ภักดี (2541) ศึกษาเรื่องพัฒนาการเด็กที่มาใช้บริการในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจำนวน 384 จากโรงพยาบาลชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และประเมินพัฒนาการเด็ก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 188 คน หญิง 196 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุแรกเกิด-1ปี มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่มาจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถม มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5000 บาทต่อเดือน และมารดาเป็นผู้เลี้ยงดู ผลจากการประเมินพัฒนาการพบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวนร้อยละ 36.5 ในจำนวนนี้ไม่ผ่านเกณฑ์ด้านการเคลื่อนไหวมากที่สุดร้อยละ 14.8 รองลงมาคือด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก/สติปัญญาและการใช้ภาษาร้อยละ 12.0 และ 11.5 ตามลำดับ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพัฒนาการเด็ก และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

- ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
- ประชากรตัวอย่าง (Population samples) คือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า อายุ 1 เดือนถึง 6 ปี

ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ตัวอย่าง (Samples) คือได้จากการสุ่มคัดเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า อายุ 1 เดือนถึง 6 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล เฉพาะที่ได้รับการทดสอบพัฒนาการด้วยแบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test : DDST) ระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2545

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร W.G. Cochran (ยุทธ ไถยวรรณ. 2544 : 56)

$$\text{สูตร } n = P(1-P)Z^2 / d^2$$

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ต้องการจะสุ่ม จากข้อมูลในปี 2546 พบอัตราเด็กที่มี

พัฒนาการล่าช้ามีร้อยละ 20.1 (กระทรวงสาธารณสุข, 2547 : 8)

Z แทน ความมั่นใจ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

d แทน สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

แทนค่าในสูตร

$$n = 0.2(1-0.2)(1.96)^2 / (0.05)^2$$

$$= 245$$

ฉะนั้นจะใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 245 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมี 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล HN เพศ อายุเด็ก ภูมิสำเนา อาชีพบิดา การศึกษาบิดา อาชีพบิดา รายได้บิดา อายุมารดา การศึกษามารดา อาชีพมารดา รายได้มารดา

ตอนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา ประกอบด้วย การฝากครรภ์ ผลเลือด ปัญหาในการตั้งครรภ์ กำหนดคลอด วิธีการคลอด ภาวะเด็กหลังคลอด น้ำหนักแรกคลอด สาเหตุที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัย

ตอนที่ 3 แบบบันทึกผลการทดสอบ DDST ประกอบด้วย อายุ ณ วันทดสอบ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก (Fine motor) พัฒนาการด้านการสื่อสารภาษา (Language) พัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง (Personal – Social) โดยนำค่าพัฒนาที่ได้มาคิดเป็นอัตราส่วนเป็นร้อยละระหว่างอายุพัฒนาการ (Developmental age) กับอายุจริง ซึ่งเรียกว่า Developmental Quotient : DQ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2540 : 57) คือ พัฒนาการล่าช้าอย่างมาก (DQ มากกว่า 75) พัฒนาการล่าช้าเล็กน้อย (DQ = 50-75) และพัฒนาการล่าช้ามาก (DQ ต่ำกว่า 50)

ตอนที่ 4 ประวัติเกี่ยวกับการมียาทานประจำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มีนาคม 2547 – กันยายน 2547
- นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum)

6.2 วิเคราะห์พัฒนาการโดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

6.3 วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยการทดสอบค่าที (t-test) ในกรณี 2 กลุ่ม และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ในกรณีมากกว่า 2 กลุ่ม

การพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ไม่ได้ใช้วิธีการหรือสิ่งทดลองใด ๆ ให้กับกลุ่มที่ทำการศึกษา ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลส่วนบุคคลที่นำมาศึกษา จะไม่อ้างอิงพาดพิงถึงตัวผู้ป่วยหรือญาติ การวิจัยครั้งนี้จึงไม่ขัดกับหลักปฏิบัติทางจริยธรรมที่ดำเนินการอยู่

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ กลุ่มงานจิตวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 369 ราย ผลการวิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลด้านพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลด้านพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=369)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	214	58.0
หญิง	155	42.0
อายุเด็ก (เดือน)		
1-12 เดือน	64	17.3
13-24 เดือน	93	25.2
25-36 เดือน	68	18.4
37-48 เดือน	79	21.4
49-60 เดือน	57	15.4
61 ปีขึ้นไป	8	2.2
$\chi = 30.25$ เดือน S.D. = 16.75 เดือน MIN = 1 เดือน MAX = 67 เดือน		
สถานที่อยู่		
กรุงเทพฯ	189	51.2
ต่างจังหวัด	180	48.8
อายุบิดา (ปี)		
20-25 ปี	25	6.8
25-29 ปี	80	21.7
30-34 ปี	101	27.4
35-39 ปี	82	22.2
40-44 ปี	48	13.0
45 ปีขึ้นไป	17	4.6
ไม่ระบุ	16	4.3
$\chi = 33.45$ ปี S.D. = 6.45 ปี MIN = 20 ปี MAX = 57 ปี		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=369)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของบิดา		
ประถมศึกษา	130	35.3
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวท.	129	35.0
อนุปริญญา/ปวส.	20	5.4
ปริญญาตรี	60	16.3
สูงกว่าปริญญาตรี	5	1.4
ไม่ระบุ	25	6.8
อาชีพของบิดา		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	62	16.8
รับจ้าง	188	50.9
ค้าขาย/ธุรกิจ	60	16.3
เกษตรกร	15	4.1
ไม่มีงานทำ	10	2.7
- ไม่ระบุ	34	9.2
รายได้ของบิดา (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	83	22.5
5,001-10,000 บาท	113	30.6
10,001-20,000 บาท	76	20.6
มากกว่า 20,000 บาท	41	11.1
ไม่ระบุ	56	15.2
อายุของมารดา		
17-25 ปี	60	16.3
25-29 ปี	105	28.5
30-34 ปี	87	23.6
35-39 ปี	79	21.4
40-44 ปี	28	7.6
45 ปีขึ้นไป	5	1.4
ไม่ระบุ	5	1.4
$\chi = 30.85$ ปี S.D. = 6.25 ปี MIN = 17 ปี MAX = 48 ปี		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=369)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของมารดา		
ประถมศึกษา	144	39.0
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวท.	132	35.8
อนุปริญญา/ปวส.	21	5.7
ปริญญาตรี	54	14.6
สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.6
ไม่ระบุ	12	3.3
อาชีพของมารดา		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	8.4
รับจ้าง	129	35.0
ค้าขาย/ธุรกิจ	34	9.2
เกษตรกร	9	2.4
แม่บ้าน	149	40.4
ไม่ระบุ	17	4.6
รายได้ของมารดา (บาทต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	147	39.8
น้อยกว่า 5,000 บาท	61	16.5
5,001-10,000 บาท	76	20.6
10,001-20,000 บาท	39	10.6
มากกว่า 20,000 บาท	13	3.5
ไม่ระบุ	33	8.9
ประวัติการฝากครรภ์ของมารดา		
ฝาก	358	97.0
ไม่ระบุ	11	3.0
ผลการตรวจเลือดของมารดาขณะตั้งครรภ์		
ปกติ	352	95.4
ผิดปกติ	5	1.4
ไม่ระบุ	12	3.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=369)	ร้อยละ
ปัญหาในการตั้งครรภ์		
ไม่มี	259	70.2
มี ประกอบด้วย	99	26.8
แพ้ท้องอาเจียนมาก	52	46.0
มีเลือดออกทางช่องคลอด	4	3.5
บวม ครรภ์เป็นพิษ	1	0.9
เครียด	25	22.1
อื่น ๆ เช่น ล้ม กินยาขับ เสพสารเสพติด	31	27.4
ไม่ระบุ	11	3.0
กำหนดคลอด		
คลอดครบกำหนด	267	72.4
คลอดก่อนกำหนด (สัปดาห์)	81	22.0
2 สัปดาห์	22	27.1
4 สัปดาห์	25	30.9
8-9 สัปดาห์	24	29.6
10-14 สัปดาห์	10	12.3
คลอดเกินกำหนด (สัปดาห์)	7	1.9
1 สัปดาห์	3	42.9
2 สัปดาห์	4	57.1
ไม่ระบุ	14	3.8
วิธีการคลอด		
คลอดปกติ	215	59.5
คลอดไม่ปกติ ประกอบด้วย	146	38.4
คลอดโดยใช้ทีมช่วย	9	6.0
คลอดโดยใช้เครื่องดูด	12	8.1
คลอดโดยผ่าออกทางหน้าท้อง	125	83.9
ไม่ระบุ	8	2.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=369)	ร้อยละ
ภาวะเด็กหลังคลอด		
ปกติ	161	43.6
ผิดปกติ ประกอบด้วย	201	54.5
ตัวเขียว	58	14.1
ตัวเหลือง	126	30.7
ต้องให้ออกซิเจนช่วย	57	13.9
เข้าตู้อบ	157	38.2
ต้องส่องไฟ	2	0.5
อื่นๆ เช่น ตาบอด ไม่มีรูทวาร ศีรษะโต	11	2.7
ไม่ระบุ	7	1.9
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)		
น้อยกว่า 2,500 กรัม	86	23.3
2,500-2,999 กรัม	109	29.5
3,000-3,999 กรัม	162	43.9
4,000 กรัม	4	1.1
ไม่ระบุ	8	2.2
$\bar{X} = 2,847.22$ กรัม S.D. = 640.53 MIN = 700 กรัม MAX = 4,800 กรัม		
สาเหตุที่มาโรงพยาบาล		
พัฒนาการช้า	308	66.5
มีปัญหาพูดช้าหรือยังไม่พูด	123	26.6
ชนอยู่ไม่นิ่ง	5	1.1
สมาธิสั้น	1	.2
ทำร้ายตนเอง	2	.4
ก้าวร้าว	2	.4
คนอื่นแนะนำมา	4	.9
อื่นๆ เช่น ตาบอด หูตึง ชักเกร็ง เรียนหนังสือไม่ได้	18	3.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=369)	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
Delayed development	54	14.6
Down syndrome	138	37.4
Cerebral Palsy	96	26.0
Autistic	22	6.0
Microcephaly	20	5.4
Mental retardation	27	7.3
อื่น ๆ เช่น Deafness, Hearing Loss	10	2.7
ไม่ระบุ	2	.5
มีารับประทานประจำ		
ไม่มี	289	78.3
มี ประกอบด้วย	80	21.7
ยากันชัก	50	58.8
ยาจิตเวช	4	4.7
ยาอื่นๆ เช่น แก่เกร็ง บำรุงสมอง หอบ	31	36.5

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 369 คน เป็นชายร้อยละ 58.0 และเป็นหญิงร้อยละ 42.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.25 เดือน อายุต่ำสุดเท่ากับ 1 เดือน อายุสูงสุดเท่ากับ 67 เดือน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 13-24 เดือนร้อยละ 25.2 รองลงมาคือ 37-48 เดือน ร้อยละ 21.4 มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 51.2 และอยู่ในต่างจังหวัดร้อยละ 48.8

บิดาของเด็กมีอายุเฉลี่ย 33.45 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 20 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 57 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-34 ปี ร้อยละ 27.4 รองลงมาอยู่ในช่วง 35-39 ปีและ 25-29 ปีใกล้เคียงกันคือร้อยละ 22.2 และ 21.7 ตามลำดับ บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช./ปวท. ร้อยละ 35.3 และ 35.0 ตามลำดับ บิดาประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 50.9 รองลงมาคือรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและค้าขายใกล้เคียงกันคือร้อยละ 16.8 และ 16.3 ตามลำดับ บิดามีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 30.6 รองลงมาคือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 22.5

อายุของมารดาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 30.85 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 17 ปี และอายุสูงสุดเท่ากับ 48 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี ร้อยละ 28.5 รองลงมาคือช่วง 30-34 ปี (ร้อยละ 23.6) ส่วนใหญ่มารดามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช./ปวท. เช่นเดียวกับบิดาคือร้อยละ 39.0 และ 35.8

ตามลำดับ อาชีพของมารดา ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านถึงร้อยละ 40.4 รองลงมาคือรับจ้างร้อยละ 35.0 รายของมารดาส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 39.8 รองลงมามีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 20.6

ประวัติการฝากครรภ์ของมารดา พบว่าส่วนใหญ่มารดาฝากครรภ์ถึงร้อยละ 97.0 และจากการตรวจขณะตั้งครรภ์พบว่า ผลการตรวจเลือดส่วนใหญ่ปกติ (ร้อยละ 95.4) ขณะตั้งครรภ์มารดามีปัญหาขณะตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 26.8 โดยส่วนใหญ่มีอาการแพ้ท้องอาเจียนมากถึงร้อยละ 46.0 ในการคลอดพบว่าคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 22.0 โดยร้อยละ 30.9 คลอดก่อนกำหนดถึง 4 สัปดาห์ รองลงมาคือ 8-9 สัปดาห์ร้อยละ 29.6 ในการคลอด มารดาไม่คลอดตามปกติถึงร้อยละ 40.4 โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าออกทางหน้าท้องถึงร้อยละ 83.9 ภายหลังคลอดพบภาวะผิดปกติถึงร้อยละ 54.5 โดยต้องนำเด็กเข้าตู้อบร้อยละ 38.2 และเด็กมีตัวเหลืองร้อยละ 30.7 ขณะคลอดเด็กมีน้ำหนักแรกคลอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2847.22 กรัม น้ำหนักแรกคลอดต่ำสุดเท่ากับ 700 กรัม และน้ำหนักแรกคลอดสูงสุดเท่ากับ 4800 กรัม ส่วนใหญ่เด็กมีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในช่วง 3000-3999 กรัม (ร้อยละ 43.9) และพบเด็กมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 23.3

สาเหตุที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเรื่อง พัฒนาการช้า ร้อยละ 66.5 รองลงมาคือมีปัญหาหูตื้อหรือยังไม่พูด ร้อยละ 26.6 จากการตรวจวินิจฉัยของแพทย์พบ Down syndrome ร้อยละ 37.4 รองลงมาคือ Cerebral Palsy ร้อยละ 26.0 เด็กที่มาใช้บริการต้องรับประทุษณายังถึงร้อยละ 21.7 โดยยาที่รับประทุษณส่วนใหญ่เป็นยากันชัก (ร้อยละ 58.8)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพัฒนาการ (Developmental Quotient : D.Q.) จำแนกรายด้านและโดยรวม

ข้อมูลพัฒนาการ	N	ต่ำสุด	สูงสุด	Mean	SD
1. ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross motor)	369	0	100	34.41	19.45
2. ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine motor)	369	0	100	32.17	19.42
3. ด้านภาษา (Language)	369	0	100	25.83	17.43
4. ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง (Personal social)	369	0	100	31.77	18.75
พัฒนาการโดยรวม	369	2	100	31.04	16.82

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า พัฒนาการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 31.04 โดยพัฒนาการด้าน Gross motor มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 34.41 และพัฒนาการด้าน Language มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 25.83

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม จำแนกตามเพศ

เพศ	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่					
ชาย	214	35.35	19.35	1.094	0.275
หญิง	155	33.10	19.58		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก					
ชาย	214	32.83	18.80	0.768	0.443
หญิง	155	31.25	20.26		
ด้านภาษา					
ชาย	214	25.02	16.49	-1.044	0.297
หญิง	155	26.94	18.65		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
ชาย	214	32.96	18.70	1.434	0.152
หญิง	155	30.13	18.76		
พัฒนาการโดยรวม					
ชาย	214	31.54	16.23	0.666	0.506
หญิง	155	30.36	17.62		

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กเพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม จำแนกตามสถานที่อาศัย

สถานที่อาศัย	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่					
กรุงเทพฯ	189	35.77	19.48	1.383	0.167
ต่างจังหวัด	180	32.97	19.38		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก					
กรุงเทพฯ	189	34.20	20.07	2.075	0.039*
ต่างจังหวัด	180	30.03	18.51		
ด้านภาษา					
กรุงเทพฯ	189	27.84	19.06	2.283	0.023*
ต่างจังหวัด	180	23.72	15.32		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
กรุงเทพฯ	189	33.18	18.93	1.477	0.140
ต่างจังหวัด	180	30.30	18.50		
พัฒนาการโดยรวม					
กรุงเทพฯ	189	32.75	17.40	2.003	0.046*
ต่างจังหวัด	180	29.25	16.03		

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และเด็กที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และพัฒนาการโดยรวมมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัด ส่วนค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเองของเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และเด็กที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม จำแนกตามอายุของบิดา

อายุของบิดา	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่					
น้อยกว่า 30 ปี	105	33.60	20.46	3.048	0.049*
30-39 ปี	183	33.03	19.10		
40 ปีขึ้นไป	65	39.78	18.29		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก					
น้อยกว่า 30 ปี	105	32.14	19.96	3.242	0.040*
30-39 ปี	183	30.76	18.42		
40 ปีขึ้นไป	65	37.76	19.52		
ด้านภาษา					
น้อยกว่า 30 ปี	105	27.01	18.39	1.915	0.149
30-39 ปี	183	24.35	16.89		
40 ปีขึ้นไป	65	28.88	16.57		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
น้อยกว่า 30 ปี	105	31.45	18.03	3.187	0.042*
30-39 ปี	183	30.50	18.92		
40 ปีขึ้นไป	65	37.21	18.56		
พัฒนาการโดยรวม					
น้อยกว่า 30 ปี	105	31.05	17.08	3.391	0.035*
30-39 ปี	183	29.66	16.45		
40 ปีขึ้นไป	65	35.91	16.36		

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, และ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ :05 โดยเด็กที่บิดามีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมมากกว่าเด็กที่บิดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, และ 30-39 ปี ส่วนค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่บิดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, และ 40 ปีขึ้นไป ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เด็กที่บิดามีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มของค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษามากกว่าเด็กที่บิดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, และ 30-39 ปี

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม จำแนกตามการศึกษาของบิดา

การศึกษาของบิดา	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	259	33.73	19.44	-1.495	0.136
อนุปริญญาขึ้นไป	85	37.36	19.39		
กล้ามเนื้อมัดเล็ก					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	259	31.32	18.49	-1.885	0.060
อนุปริญญาขึ้นไป	85	35.79	20.45		
ด้านภาษา					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	259	24.67	16.48	-2.623	0.009*
อนุปริญญาขึ้นไป	85	30.32	19.43		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	259	31.02	18.03	-2.031	0.043*
อนุปริญญาขึ้นไป	85	35.74	20.23		
พัฒนาการโดยรวม					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	259	30.18	16.02	-2.230	0.026*
อนุปริญญาขึ้นไป	85	34.80	18.19		

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาและเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัศึกษามีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมน้อยกว่าเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ส่วนค่าเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา - มัธยมศึกษาและเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นที่สังเกตว่าเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษา มีแนวโน้มมีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก น้อยกว่าเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล่อมเนื้อมัดใหญ่
ด้านกล่อมเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม
จำแนกตามอาชีพของบิดา

อาชีพของบิดา	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล่อมเนื้อมัดใหญ่					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	62	38.80	20.62	1.678	0.155
รับจ้าง	188	32.33	18.11		
ค้าขาย/ธุรกิจ	60	34.47	20.92		
เกษตรกรกรรม	15	40.14	22.31		
ไม่มีงานทำ	10	35.91	21.14		
ด้านกล่อมเนื้อมัดเล็ก					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	62	35.15	19.67	0.816	0.516
รับจ้าง	188	30.81	18.05		
ค้าขาย/ธุรกิจ	60	32.70	20.62		
เกษตรกรกรรม	15	35.09	14.82		
ไม่มีงานทำ	10	29.04	16.68		
ด้านภาษา					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	62	29.92	17.41	1.612	0.171
รับจ้าง	188	24.20	16.27		
ค้าขาย/ธุรกิจ	60	26.36	18.82		
เกษตรกรกรรม	15	29.59	15.75		
ไม่มีงานทำ	10	23.05	14.88		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	62	34.81	19.11	0.676	0.609
รับจ้าง	188	30.67	17.88		
ค้าขาย/ธุรกิจ	60	31.45	21.47		
เกษตรกรกรรม	15	32.50	11.74		
ไม่มีงานทำ	10	35.20	17.92		
พัฒนาการโดยรวม					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	62	34.67	17.52	1.321	0.262
รับจ้าง	188	29.50	15.58		
ค้าขาย/ธุรกิจ	60	31.25	18.56		
เกษตรกรกรรม	15	34.33	13.23		
ไม่มีงานทำ	10	30.80	15.94		

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีอาชีพต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม จำแนกตามรายได้ของบิดา

รายได้ของบิดา (บาท/เดือน)	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่					
น้อยกว่า 10,001 บาท	196	33.02	19.42	-2.561	0.011*
10,001 บาทขึ้นไป	117	38.78	18.97		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก					
น้อยกว่า 10,001 บาท	196	30.91	18.29	-2.585	0.010*
10,001 บาทขึ้นไป	117	36.61	19.79		
ด้านภาษา					
น้อยกว่า 10,001 บาท	196	24.68	15.91	-2.557	0.011*
10,001 บาทขึ้นไป	117	29.88	19.68		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
น้อยกว่า 10,001 บาท	196	31.39	18.12	-1.533	0.126
10,001 บาทขึ้นไป	117	34.76	20.03		
พัฒนาการโดยรวม					
น้อยกว่า 10,001 บาท	196	30.00	15.95	-2.591	0.010*
10,001 บาทขึ้นไป	117	35.01	17.52		

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาทและเด็กที่บิดามีรายได้ 10,001 บาทขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่บิดามีรายได้มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และพัฒนาการโดยรวมมากกว่าเด็กที่บิดารายได้ต่ำกว่า ส่วนค่าเฉลี่ยพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเองของเด็กที่บิดามีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาทและเด็กที่บิดามีรายได้มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นที่สังเกตว่าเด็กที่บิดามีรายได้มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป มีแนวโน้มมีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเองมากกว่าเด็กที่บิดามีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาท

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม
จำแนกตามอายุของมารดา

อายุของมารดา	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่					
น้อยกว่า 30 ปี	165	32.44	19.57	2.925	0.055
30-39 ปี	166	35.23	19.23		
40 ปีขึ้นไป	33	40.99	18.25		
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก					
น้อยกว่า 30 ปี	165	29.41	18.71	5.829	0.003*
30-39 ปี	166	33.40	19.63		
40 ปีขึ้นไป	33	41.29	18.24		
ด้านภาษา					
น้อยกว่า 30 ปี	165	24.03	16.41	2.298	0.102
30-39 ปี	166	27.40	18.33		
40 ปีขึ้นไป	33	29.57	17.03		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
น้อยกว่า 30 ปี	165	29.11	17.75	4.425	0.013*
30-39 ปี	166	33.38	19.54		
40 ปีขึ้นไป	33	38.43	17.46		
พัฒนาการ โดยรวม					
น้อยกว่า 30 ปี	165	28.75	15.98	4.614	0.010*
30-39 ปี	166	32.35	17.39		
40 ปีขึ้นไป	33	37.57	15.83		

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มารดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, และ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่มารดามีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมมากกว่าเด็กที่มารดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, และ 30-39 ปี ส่วนค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่และด้านภาษาของเด็กที่มารดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, และ 40 ปีขึ้นไป ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เด็กที่มารดามีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มของค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษามากกว่าเด็กที่มารดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, และ 30-39 ปี

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม
จำแนกตามระดับการศึกษาของมารดา

การศึกษาของมารดา	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	144	32.84	18.05	-1.672	0.095
อนุปริญญาขึ้นไป	213	36.31	20.04		
กล้ามเนื้อเล็ก					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	144	32.02	18.39	-0.479	0.633
อนุปริญญาขึ้นไป	213	33.02	19.92		
ด้านภาษา					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	144	23.22	15.05	-2.811	0.005*
อนุปริญญาขึ้นไป	213	28.26	18.67		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	144	31.72	17.25	-0.526	0.600
อนุปริญญาขึ้นไป	213	32.78	19.59		
พัฒนาการโดยรวม					
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	144	29.95	14.64	-1.468	0.143
อนุปริญญาขึ้นไป	213	32.59	17.93		

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาและเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษาน้อยกว่าเด็กที่มารดามีการศึกษาสูงกว่า ส่วนค่าเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา - มัธยมศึกษาและเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นที่สังเกตว่าเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษา มีแนวโน้มมีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมน้อยกว่าเด็กที่มารดามีการศึกษาสูงกว่า

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม
จำแนกตามอาชีพของมารดา

อาชีพของมารดา	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	37.40	20.65	0.943	0.439
รับจ้าง	129	34.76	19.91		
ค้าขาย/ธุรกิจ	34	37.58	18.79		
เกษตรกรกรรม	9	42.49	22.38		
ไม่มีงานทำ	149	33.10	18.90		
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	34.94	20.79	0.830	0.507
รับจ้าง	129	33.02	19.53		
ค้าขาย/ธุรกิจ	34	36.58	19.15		
เกษตรกรกรรม	9	34.32	10.64		
ไม่มีงานทำ	149	30.78	19.44		
ด้านภาษา					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	30.15	17.39	0.623	0.647
รับจ้าง	129	25.67	19.07		
ค้าขาย/ธุรกิจ	34	28.58	17.65		
เกษตรกรกรรม	9	24.27	10.96		
ไม่มีงานทำ	149	25.77	16.40		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	36.33	20.11	1.191	0.315
รับจ้าง	129	33.02	19.42		
ค้าขาย/ธุรกิจ	34	35.71	18.35		
เกษตรกรกรรม	9	31.81	15.22		
ไม่มีงานทำ	149	30.14	17.96		
พัฒนาการ โดยรวม					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	34.71	18.28	0.917	0.454
รับจ้าง	129	31.62	17.60		
ค้าขาย/ธุรกิจ	34	34.61	15.80		
เกษตรกรกรรม	9	33.22	11.67		
ไม่มีงานทำ	149	29.95	16.23		

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มารดามีอาชีพต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ภาษา สังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม จำแนกตามรายได้ของมารดา

รายได้ของมารดา (บาท/เดือน)	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่					
ไม่มีรายได้	147	33.33	18.92	1.479	0.208
น้อยกว่า 10,001 บาท	61	35.97	17.67		
10,001 บาทขึ้นไป	13	45.94	23.23		
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก					
ไม่มีรายได้	147	31.00	19.48	2.221	0.066
น้อยกว่า 10,001 บาท	61	33.37	15.70		
10,001 บาทขึ้นไป	76	31.16	19.31		
ด้านภาษา					
ไม่มีรายได้	147	25.93	16.45	2.151	0.074
น้อยกว่า 10,001 บาท	61	23.63	14.16		
10,001 บาทขึ้นไป	76	25.14	16.79		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
ไม่มีรายได้	147	30.13	18.07	2.154	0.074
น้อยกว่า 10,001 บาท	61	34.61	16.53		
10,001 บาทขึ้นไป	76	31.51	18.17		
พัฒนาการโดยรวม					
ไม่มีรายได้	147	30.10	16.29	2.093	0.081
น้อยกว่า 10,001 บาท	61	31.90	13.47		
10,001 บาทขึ้นไป	76	30.70	16.98		

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มารดามีรายได้ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ
โดยรวม จำแนกตามการวินิจฉัยของแพทย์

การวินิจฉัยทางการแพทย์	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่					
พัฒนาการล่าช้า (Delayed development)	54	40.34	19.14	27.770	0.000*
ลักษณะอาการดาวน์ (Down syndrome)	138	43.36	16.92		
สมองพิการ (Cerebral Palsy)	96	17.72	14.53		
ออทิสติก (Autistic)	22	42.85	13.84		
ภาวะสมองเล็ก (Microcephaly)	20	23.26	12.55		
ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)	27	36.72	17.51		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก					
พัฒนาการล่าช้า (Delayed development)	54	36.02	18.87	18.913	0.000*
ลักษณะอาการดาวน์ (Down syndrome)	138	42.05	15.33		
สมองพิการ (Cerebral Palsy)	96	19.21	18.52		
ออทิสติก (Autistic)	22	29.90	18.15		
ภาวะสมองเล็ก (Microcephaly)	20	23.92	13.55		
ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)	27	26.35	17.25		
ด้านภาษา					
พัฒนาการล่าช้า (Delayed development)	54	27.56	14.11	10.435	0.000*
ลักษณะอาการดาวน์ (Down syndrome)	138	33.09	16.57		
สมองพิการ (Cerebral Palsy)	96	19.82	17.91		
ออทิสติก (Autistic)	22	14.39	9.68		
ภาวะสมองเล็ก (Microcephaly)	20	18.65	14.40		
ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)	27	18.89	13.53		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
พัฒนาการล่าช้า (Delayed development)	54	37.41	18.60	16.180	0.000*
ลักษณะอาการดาวน์ (Down syndrome)	138	40.17	16.49		
สมองพิการ (Cerebral Palsy)	96	20.32	17.42		
ออทิสติก (Autistic)	22	25.47	14.66		
ภาวะสมองเล็ก (Microcephaly)	20	23.90	12.87		
ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)	27	26.58	15.00		

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการ
โดยรวม จำแนกตามการวินิจฉัยของแพทย์ (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการแพทย์	N	Mean	SD.	t	p-value
พัฒนาการโดยรวม					
พัฒนาการล่าช้า (Delayed development)	54	35.33	15.24	21.044	0.000*
ลักษณะอาการดาวน์ (Down syndrome)	138	39.67	14.51		
สมองพิการ (Cerebral Palsy)	96	19.27	15.56		
ออทิสติก (Autistic)	22	28.15	12.23		
ภาวะสมองเล็ก (Microcephaly)	20	22.43	11.75		
ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)	27	27.14	14.34		

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็ก
ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มีวินิจฉัยทางการแพทย์
ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่มีวินิจฉัยทางการแพทย์เป็น
ลักษณะอาการดาวน์ (Down syndrome) มีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็ก
ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมมากกว่าเด็กที่มีวินิจฉัยทาง
การแพทย์เป็นพัฒนาการล่าช้า (Delayed development) สมองพิการ (Cerebral Palsy) ออทิสติก (Autistic)
ภาวะสมองเล็ก (Microcephaly) และภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม
จำแนกตามการมีયાทานประจำ

มียาทานประจำ	N	Mean	SD.	t	p-value
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่					
ไม่มี	288	37.75	18.89	6.574	0.000*
มี	81	22.52	16.63		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก					
ไม่มี	288	36.15	18.90	9.569	0.000*
มี	81	17.99	13.84		
ด้านภาษา					
ไม่มี	288	28.39	18.06	7.229	0.000*
มี	81	16.72	10.93		
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง					
ไม่มี	288	35.12	18.48	6.859	0.000*
มี	81	19.87	14.46		
พัฒนาการโดยรวม					
ไม่มี	288	34.35	16.43	8.987	0.000*
มี	81	19.27	12.33		

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มียาทานประจำกับเด็กที่ไม่ต้องมียาทานประจำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่มียาทานประจำมีค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมน้อยกว่าเด็กที่ไม่มียาทานประจำ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 369 คน เป็นชายร้อยละ 58.0 และเป็นหญิงร้อยละ 42.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.25 เดือน เด็กส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 13-24 เดือนร้อยละ 25.2 และมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯและอยู่ที่ต่างจังหวัดใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 51.2 และ 48.8 ตามลำดับ

บิดาของเด็กมีอายุเฉลี่ย 33.45 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช./ปวท. ร้อยละ 35.3 และ 35.0 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 50.9 และมีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 30.6 ส่วนมารดาของเด็กมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.85 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช./ปวท. เช่นเดียวกับบิดาคือร้อยละ 39.0 และ 35.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ถึงร้อยละ 40.4 และไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 39.8

สำหรับประวัติการฝากครรภ์ของมารดา พบว่าส่วนใหญ่มีมารดาฝากครรภ์ถึงร้อยละ 97.0 ผลการตรวจเลือดของมารดาขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ปกติ (ร้อยละ 95.4) ขณะตั้งครรภ์มารดามีปัญหาขณะตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 26.8 โดยส่วนใหญ่มีอาการแพ้ท้องอาเจียนมากถึงร้อยละ 46.0 ในการคลอดพบว่าคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 22.0 ในการคลอด มารดาไม่คลอดตามปกติถึงร้อยละ 40.4 โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าออกทางหน้าท้องถึงร้อยละ 83.9 ภายหลังคลอดพบภาวะผิปกติถึงร้อยละ 54.5 โดยต้องนำเด็กเข้าตู้อบร้อยละ 38.2 และเด็กมีตัวเหลืองร้อยละ 30.7 ขณะคลอดเด็กมีน้ำหนักแรกคลอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2847.22 กรัม

สาเหตุที่เด็กมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเรื่องพัฒนาการช้า ร้อยละ 66.5 และจากการตรวจวินิจฉัยของแพทย์พบว่าเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวนีย์ (Down syndrome) ร้อยละ 37.4 รองลงมาคือเด็กสมองพิการ ร้อยละ 26.0 เด็กที่มาใช้บริการต้องรับประทานยาถึงร้อยละ 21.7 โดยยาที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นยาแก้ชัก (ร้อยละ 58.8)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พบว่าพัฒนาการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 31.04 โดยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 34.41 และพัฒนาการด้านภาษามีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 25.83

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวม จำแนกตามตัวปัจจัยที่ศึกษา ซึ่งพบว่ามีทั้งความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจะขอเสนอเฉพาะส่วนที่พบว่ามีแตกต่างกัน

เมื่อจำแนกตามที่อยู่อาศัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และเด็กที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อจำแนกตามอายุของบิดา พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, และ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อจำแนกตามการศึกษาของบิดา พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาและเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อจำแนกตามรายได้ของบิดา พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาทและเด็กที่บิดามีรายได้ 10,001 บาทขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อจำแนกตามอายุของมารดา พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มารดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, และ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อจำแนกตามการศึกษาของมารดา พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาและเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยของแพทย์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มีวินิจฉัยทางการแพทย์ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อจำแนกตามประวัติการมียาทานประจำ พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มียาทานประจำกับเด็กที่ไม่ต้องมียาทานประจำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 เดือนถึง 6 ปีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2545 โดยผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การศึกษาระดับพัฒนาการของเด็ก

ผลการวิจัยพบว่า พัฒนาการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 31.04 โดยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 34.41 และพัฒนาการด้านภาษามีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 25.83 เมื่อพิจารณาจากการแบ่งระดับพัฒนาการเป็น 3 ระดับ (นิชรา เรื่องคารกานนท์, 2540 : 57) แสดงว่าพัฒนาการ

ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ล่าช้ามาก (DQ ต่ำกว่า 50) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน (Down syndrome) และเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) โดยมีจำนวนถึง 37.4 และ 26.0 ตามลำดับ เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าเด็กกลุ่มอาการดาวนมีโครโมโซมผิดปกติ ส่งผลทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการล่าช้า (รุจา เล้าสกุล, 2534 : 9; พรสวรรค์ วสันต์, 2542 : 10) เมื่อพิจารณาถึงระดับสติปัญญาของเด็กกลุ่มอาการดาวนพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 61.0 เป็นปัญญาอ่อนขนาดปานกลาง และอีกร้อยละ 32.2 เป็นปัญญาขนาดหนักและขนาดหนักมาก (สุจิตรา ศรีสุโร, 2542 : 11) ฉะนั้นเด็กกลุ่มอาการดาวนในช่วงอายุ 0-5 ปี ที่มีปัญญาอ่อนขนาดปานกลางดังกล่าวจะมีพัฒนาการการเคลื่อนไหวล่าช้าที่สังเกตเห็นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดและการเข้าใจภาษาล่าช้ามาก และยิ่งหากมีสติปัญญาอ่อนขนาดหนักและหนักมาก เด็กกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้าอย่างเห็นได้ชัดเจน สื่อความหมายได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย (ณัชร นกสกุล, 2544 : 10-11) ส่วนสำหรับเด็กสมองพิการนี้อาจอธิบายได้ว่าภาวะสมองพิการคือการเจ็บป่วยเรื้อรังจากความพิการอย่างถาวรของสมอง ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของท่าทาง การเคลื่อนไหวของร่างกาย จะมีความผิดปกติของการพูด การได้ยิน การมองเห็น สติปัญญา การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม (Whaley and Wong, 1989 : 1057; อ้างถึงใน เฉลิม วงษ์จันทร์, 2537 : 1) และอาการร่วมที่พบได้เสมอในเด็กสมองพิการ ได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา พบว่าเด็กสมองพิการ 2 ใน 3 เรียนรู้ได้ช้า มีภาวะปัญญาอ่อน (พึงพิศ ศรีสืบ, 2543 : 12) นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของภาวะสมองพิการยังมีผลต่อระดับพัฒนาการของเด็กด้วย โดยภาวะสมองพิการในระดับน้อย (mild) เด็กจะมีพัฒนาการใกล้เคียงปกติหรือช้ากว่าเล็กน้อย อาการปานกลาง (moderate) ซึ่งพบมากที่สุดแม้เด็กพอที่จะช่วยเหลือตัวเอง แต่ทำได้ไม่เต็มที่ และอาการรุนแรง (severe) เด็กมีพัฒนาการล่าช้ามาก ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย (งามพันธ์ ชิตมินทร์, 2547: 1, 8) ฉะนั้นจึงเป็นมีความเป็นไปได้สูงที่กลุ่มเด็กสมองพิการที่เป็นตัวอย่างในการศึกษานี้ จะเป็นกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในช่วงปานกลางถึงรุนแรง จึงส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าได้ เช่นเดียวกับเด็กกลุ่มอาการดาวน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการของเด็กกับปัจจัยที่ศึกษา

ในด้านที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และเด็กที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจอธิบายได้ว่ากรุงเทพฯ คือแหล่งและที่มาของเงินทองและรายได้ เป้าหมายในชีวิตอนาคตของผู้คนส่วนใหญ่คือการเดินทางเข้าสู่กรุงเทพฯ เมืองที่มีความเจริญเพื่อจะได้มีงานที่ดีและมีรายได้ที่ดี ดังนั้นเด็กที่ครอบครัวอยู่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ จึงมีแนวโน้มสูงที่ครอบครัวจะมีอาชีพดีกว่า มีรายได้สูงกว่า และมีเศรษฐกิจดีกว่าครอบครัวในต่างจังหวัด ซึ่งทั้งอาชีพ รายได้ หรือเศรษฐกิจดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กลุ่มคนที่อยู่ในสังคมระดับต่ำหรือประกอบอาชีพในระดับต่ำย่อมมีผลต่อการรับรู้ทางสุขภาพ (White, 1979; อ้างถึงใน พึงพิศ ศรีสืบ, 2543 : 24) และผลจากการที่เด็กอยู่ในครอบครัวเศรษฐกิจสูงจึงมีโอกาสรับประสบการณ์ในบ้านมากกว่า ดูโทรทัศน์น้อยกว่า อ่านหนังสือมากกว่า เข้าห้องสมุดมากกว่า พบระดับเชาวน์

ปัญญาต่างกัน 20 จุด พัฒนาการภาษาเร็วกว่า 1 ปี พัฒนาการทางกายเร็วกว่า 6 เดือน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, ภัทรา สง่า, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, เบญจพร ปัญญาขง, นิชรา เรื่องคารกานนท์ และคณะ. 2546 :21) และขณะเดียวกันอาจเป็นไปได้ที่บิดามารดาบางส่วนที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดต้องไปทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถเลี้ยงเด็กด้วยตนเองได้ เด็กจะอยู่กับผู้ที่เลี้ยงดู ซึ่งมักจะเป็นญาติผู้ใหญ่ เช่น ปู่ ย่า หรือตา ยาย ซึ่งมีแนวโน้มจะมีรูปแบบในที่จะเลี้ยงดูทางด้านร่างกายอย่างเดียว คือเน้นไปที่ด้านอาหารการกิน การนอน และการดูแลความสะอาดร่างกายเป็นหลัก ขาดความรู้ความเข้าใจในการอบรมเลี้ยงดูโดยใช้ชุดความรู้ใหม่ จึงมีความเป็นไปได้สูงที่เด็กที่ครอบครัวอยู่ในต่างจังหวัดจะมีพัฒนาการน้อยกว่าเด็กที่ครอบครัวอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ

ในด้านอายุ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, และ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มารดามีอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, และ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การที่คนเรามีวัยสูงขึ้นนั้นขอมหมายความว่า คนเราได้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น ทำให้ได้มีโอกาสพบเห็นสถานการณ์ต่าง ๆ รับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น รวมถึงการจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จนเกิดการเรียนรู้ในการที่จะสรุประบอบความคิดได้ (นฤมล ศรีทานันท์, จีรังกุล ฉันทรังสี, และสิรินาฏ มั่นคง. 2541 :62) นอกจากนี้ยังอาจอธิบายได้ว่าวัยที่สูงขึ้นเป็นวัยที่จะมีความรู้สึกรู้ในด้านความรับผิดชอบต่อกันมากขึ้น ประกอบกับการที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาก ได้พบเห็นและรับรู้ข้อมูลความรู้เพิ่มมากขึ้น จึงมีความเป็นไปได้ที่เด็กที่บิดา/มารดามีอายุ 40 ปีขึ้นไปจะมีพัฒนาการมากกว่าเด็กที่บิดา/มารดามีอายุน้อยกว่าดังที่พบในการศึกษาครั้งนี้

ในด้านการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีการศึกษาในระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาและเด็กที่บิดามีการศึกษาระดับอนุปริญาขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาและเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับอนุปริญาขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการวิเคราะห์แบบ Multiple regression (กระทรวงสาธารณสุข, 2547 : 10) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย คือการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยพบว่า เด็กที่ได้ผู้เลี้ยงดูมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า จะมีคะแนนพัฒนาการแบบองค์รวมสูงกว่าเด็กที่ได้ผู้เลี้ยงดูมีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ของชีวิต ทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรู้ มีเหตุผล สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษามากจะสามารถจะประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ และสามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก สามารถใช้แห่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ขณะเดียวกันยัง

พบว่าบิดามารดาที่มีความรู้มากสามารถเผชิญความเครียดเนื่องจากบุตรมีพัฒนาการล่าช้าได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีความรู้น้อย (มณีรัตน์ สุรวงษ์สิน, 2547 : 56)

ในด้านรายได้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่บิดามีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาทและเด็กที่บิดามีรายได้ 10,001 บาทขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวเศรษฐฐานะสูงมีโอกาสรับประสบการณ์ในบ้านมากกว่า ดูโทรทัศน์น้อยกว่า อ่านหนังสือมากกว่า เข้าห้องสมุดมากกว่า พบระดับเขาวนปีญญาต่างกัน 20 จุด พัฒนาการภาษาเร็วกว่า 1 ปี พัฒนาการทางกายเร็วกว่า 6 เดือน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, ภัทรา สง่า, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, เบญจพร ปัญญาขง, นิชรา เรืองคารกานนท์ และคณะ. 2546 :21) เพราะสภาพความขาดแคลนอันเนื่องมาจากเศรษฐฐานะต่ำจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กและรวมถึงสุขภาพของมารดาที่ต้องดูแลลูกด้วย

ในด้านกรวินิจฉัยทางการแพทย์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มีวินิจฉัยทางการแพทย์ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นลักษณะอาการดาวน์ (Down syndrome) มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการมากกว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ ในทุกด้านและเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมองพิการมีค่าเฉลี่ยพัฒนาการน้อยกว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ ในทุกด้าน ยกเว้นพัฒนาการในด้านภาษาที่เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยพัฒนาการในด้านภาษานี้น้อยกว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ สำหรับเด็กกลุ่มอาการดาวน์ อาจอธิบายได้ว่าเด็กกลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) มีโครโมโซมผิดปกติ มีผลทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการล่าช้า (รุจา เล้าสกุล, 2534 : 9; พรสวรรค์ วสันต์, 2538 : 12) และจากการศึกษาของ Griffith (1976) และ Siegfried M. Pueschel (2001) (ผกาพรรณ สุทธิวงศ์, 2547: 1 และ 8) พบว่า เด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีความบกพร่องด้านการงานประสานสัมพันธ์ของระบบประสาทกล้ามเนื้อ ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีปัญหากล้ามเนื้อมีความตึงตัวต่ำ และข้อต่อหลวมถูกยึดได้มากกว่าปกติ ทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้ากว่าเด็กปกติ โดย 6 เดือนแรกของทารกกลุ่มอาการดาวน์นี้จะมีพัฒนาการทางการเคลื่อนไหวใกล้เคียงกับเด็กปกติ แต่เมื่ออายุ 1 ปี พัฒนาการจะล่าช้ากว่าเด็กปกติประมาณ 4-5 เดือน และมีแนวโน้มที่จะมีพัฒนาการช้ากว่าปกติมากขึ้นเมื่อเด็กอายุมากขึ้น โดยเมื่อเด็กอายุ 5 ปี พัฒนาการจะล่าช้ากว่าเด็กปกติประมาณ 2 ปี ส่วนในเด็กกลุ่มสมองพิการ (Cerebral Palsy) อาจอธิบายได้ว่าภาวะสมองพิการ (Cerebral palsy) คือการที่เด็กมีปัญหาทางด้าน sensorimotor และมีความพิการอย่างถาวร แบบคงที่ไม่ลุกลามต่อไป ซึ่งส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง ทำให้การเคลื่อนไหวและการทรงท่าผิดปกติ และอาจมีความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านอื่นร่วมด้วย เช่น มีความบกพร่องในการรับรู้ การเรียนรู้ เป็นต้น นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของภาวะสมองพิการยังมีผลต่อระดับพัฒนาการของเด็กด้วย โดยภาวะสมองพิการในระดับน้อย (mild) เด็กจะมีพัฒนาการใกล้เคียงปกติหรือช้ากว่าเล็กน้อย อาการปานกลาง (moderate) ซึ่งพบมากที่สุดแม้เด็กพอที่จะช่วยเหลือตัวเอง แต่ทำได้ไม่เต็มที่ และอาการรุนแรง (severe) เด็กมีพัฒนาการล่าช้ามาก ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย (งามพันธ์ ชิตมินทร์, 2547: 1, 8)

ในด้านประวัติการมียาทานประจำของเด็ก พบว่า ค่าเฉลี่ยของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มียาทาน ประจำกับเด็กที่ไม่ต้องมียาทานประจำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจ อภิปรายได้ว่า พัฒนาการของเด็กจะปกติหรือผิดปกติ ช้าหรือเร็ว แม้อาจจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างใด อย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ยานับเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญตลอดระยะเวลาที่มีการเจริญ เติบโต ทั้งในขณะที่อยู่ในครรภ์มารดาและภายหลังคลอด (รุจา เล้าสกุล. 2537 : 9; ฐานิต อิศรเสนา ณ อยุธยา. 2539 : 4-5; ทิพย์ภา เศษฐ์เชาวลิต. 2545: 4-8; สุชา จันทน์เอม. 2542 : 44; อัมพร หัสศิริ. 2542 : 12-13) ยาในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นยากันชักถึงร้อยละ 58.8 สำหรับยากันชักที่ใช้ในโรงพยาบาลราชานุกุลมี 4 ชนิด ประกอบด้วย Phenobarbital, Phenytoin, Carbamazepine, และ Sodium valproate ซึ่งแต่ละ ชนิดมีผลข้างเคียงโดยเฉพาะต่อพัฒนาการและการรับรู้ดังนี้ Phenobarbital มีผลข้างเคียงคือกดศูนย์หายใจ มีอาการง่วงซึม มีผื่นแพ้ที่ผิวหนัง แพ้แสง (Photosensitivity) ปฏิกริยาแพ้ยาที่รุนแรงอื่นๆ ในขนาดยาสูง ๆ เกิด Folate deficiency ในทารกที่มารดาได้รับ Phenobarbital ดับและอุ้งน้ำคืออีกเสบ 2) Phenytoin มีผลข้างเคียงคือคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เคนโซเซ พูดไม่ชัด อ่อนแรง มึนงง สับสน ปวดหัว กระวนกระวาย และนอนไม่หลับ 3) Carbamazepine มีผลข้างเคียงคือ มึนงง ง่วงนอน เวียนศีรษะ และ 4) Sodium valproate มีผล ข้างเคียงคือ ง่วงซึมและอาการสั่น คลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียด และถ่ายเหลว (ศรีวัฒนา เทอดประวัตติ, บุญกร เล็กเลิศศิริวงศ์, มนต์ศิริ ธรรมศรี, ขจร ทองกิตติกุล, และศรีณย์พร สัจจะบันดาลใจ. 2544 : 6-16) 1) ดังนั้นยาจึงมีผลต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

โดยสรุป พัฒนาการของเด็กจะปกติหรือผิดปกติ ช้าหรือเร็ว แม้อาจจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างใด อย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่การรับรู้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอะไรบ้างที่ผู้เกี่ยวข้องต้องตระหนักรู้และเข้าใจ เพื่อจะได้ นำสู่การวางแผนพัฒนาและช่วยเหลือเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่แล้ว ให้ได้ดีและมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นนั้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า พัฒนาการของเด็กยังขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ หน่วยงานหรือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณาปัจจัยดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาช่วยเหลือทั้งเด็ก ครอบครัว และ ผู้เกี่ยวข้องได้ถูกต้องตรงกับสภาพความเป็นจริงของเด็กแต่ละคน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไม่สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมดได้ เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งนำปัจจัยอื่น ๆ เช่น แรง สนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิตของครอบครัว เข้ามาประกอบด้วย เพื่อให้ได้คำตอบชัดเจนและ ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. แผนแม่บทเด็กไทยปัญญาดี มีคุณธรรม (พ.ศ. 2547-2550). นนทบุรี: เอกสาร
จัดสำเนา, 2547.

กัลยา ชูประเสริฐ และเกศินี อีรธาดา. "พัฒนาการล่าช้า และภาวะปัญญาอ่อน". ในภาวะปัญญาอ่อน :
การส่งเสริมพัฒนาการ. สุราษฎร์ธานี : โรงพิมพ์ชนใต้, 2539.

งามพันธุ์ ชิตมินทร์. กรณีศึกษาเรื่องกายภาพบำบัดในเด็กสมองพิการจากสภาวะน้ำคั่งในกะโหลก
ศีรษะ. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547. (จัดสำเนา)

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, ภัทรา สง่า, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, เบญจพร ปัญญาียง,
นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ. แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากทั่วโลก ประสบการณ์การวิจัยระยะยาว เรื่องเด็กและ
เยาวชน โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย. เอกสารรายงานวิชาการ โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยระยะที่ 1
ฉบับที่ 2, 2546. (จัดสำเนา)

จำรัส ปิ่นเงิน. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการกับระดับ
พัฒนาการตามวัยของเด็กวัยทารกและวัยเตาะแตะ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2536.

เฉลิม วงษ์จันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของ
ผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

ฐานิต อิศรเสนาฯ. "การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปกติ". ในตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2539.

ณัฏพร นกสกุล. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยพื้นฐานของเด็กปัญญาอ่อนที่รับบริการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการศึกษาในโรงพยาบาลราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2543. กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ
โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

ทิพย์ภา เชษฐ์เขาวลิต. จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, 2541.

นิตยา คชภักดี. "พัฒนาการช่วงอายุ 0-6 ปี". ใน จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2530.

นิตยา คชภักดี. ขั้นตอนการพัฒนาของเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปฏิสนธิถึง 5 ปี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
คุรุสภาลาดพร้าว, 2543.

นิขรา เรื่องตารกานนท์. "พัฒนาการผิดปกติที่พบบ่อย", ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญ และ สุรางค์ เจียมจรรยา-บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ 3. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิง จำกัด, 2540.

ผกาพรรณ สุทธิวงศ์. รายงานการศึกษาการจับดินสอของเด็ก Down syndrome อายุ 1-3 ปี ที่มารับ บริการที่สถาบันราชานุกูล, สถาบันราชานุกูล, 2547. (คัดสำเนา)

พรสวรรค์ วสันต์. ความจริงเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์. งานชุมนุมเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ครั้งที่ 9. 2542.

พิงพิศ ศรีสืบ. คุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการ. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543

มนิรัตน์ สุรวงษ์สิน. รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547. (คัดสำเนา)

เยาวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับพัฒนาการด้านนิสสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็ก ก่อนวัยเรียนในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

รุจา เล้าสกุล. รายงานผลการวิจัยเรื่องการศึกษาความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กและทัศนคติของชุมชนที่มี ต่อศูนย์พัฒนาเด็กราชานุกูล. กองโรงพยาบาลราชานุกูล สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537. (คัดสำเนา)

รุจา ภูไพบูลย์ บรรณาธิการ. แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพฯ : นิติบรรณาการ, 2541.
วรมนต์ บำรุงสุข. "การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปกติ" ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ บรรณาธิการ. การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ. กรุงเทพฯ : บริษัทกรีนพรีน จำกัด, 2542.

วนิดา ชนินทุยทรวงศ์. ศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กซึ่งเกิดจากมารดาที่ประสบวาทภัยขณะครรภ์ กับเด็กซึ่งเกิดจากมารดาที่ไม่ประสบวาทภัยขณะครรภ์ : กรณีศึกษาจังหวัดชุมพร. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2533. (คัดสำเนา)

ศรีธรรม ธนะภูมิ. พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์, 2535.

ศรีวัฒนา เทอดประวัตติ, บุษกร เล็กเลิศศิริวงศ์, มนต์ศิริ ธรรมศรี, ชจร ทองกิตติกุล, และศรีณีย์พร สังข์จะบันดาลใจ. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเกินขนาดอย่างถูกต้องของผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชานุกูล. โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

สนาม บินชัย. การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบบันทึกพัฒนาการโดยแม่หรือผู้ดูแลเด็กใน จังหวัดชัยนาท. ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์สุขภาพจิตชัยนาท กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538.

สร้อยสุดา วิทยากร และคณะ. รายงานการศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปกติที่อยู่กับพ่อแม่กับเด็กปกติกำพร้า. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2528.

สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2545.

สำหรับ จิตตินันท์ บรรณารักษ์. ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2539.

สินีนาง จิตต์ภักดี. พัฒนาการเด็กที่มารับบริการในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่. ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่, 2541.

สุจิตรา ศรีสุโร. การสร้างชุดการสอนวีดิทัศน์ เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามซินโดรม อายุแรกเกิด-1 ปี. ปรินญาณิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2542.

สุชา จันทน์อม. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2542.

อุณเรือน อ่ำไพพัทธ์. คู่มือปฏิบัติการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2535.

อำภาพร พัววิไล, ภัทรา สง่า, เรืองศักดิ์ ปิ่นประทีป, สุธรรม นันทมงคลชัย, ระวีวรรณ ชุ่มพฤษ, และจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ บรรณารักษ์. ค่านิยม ความเชื่อ เรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กในช่วงปีแรก การศึกษาเชิงคุณภาพโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย. โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.

อัมพร หัสศิริ. รายงานการวิจัยเรื่องการใช้คู่มือตรวจวินิจฉัยเพื่อคัดกรองพัฒนาการ (DISC) ในเด็กพัฒนาการล่าช้า จังหวัดเชียงใหม่. ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

David R. Shaffer. Developmental psychology : child and adolescence. Fifth edition. Washington : Brooks/Cole Publishing Company, 1999.

Fergus P. Hughes; Liold D. Noppe; and Illence C. Noppe. Child Development. New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1996.

<http://www.anamai.moph.go.th/stat/popAC.xls>.

Laura E. Berk. Infants and child: prenatal through middle childhood. Fourth edition. Boston : Allyn & Bacon, 2002.

ภาคผนวก

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ประวัติผู้วิจัย

แบบบันทึกข้อมูลในการวิจัย

เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล..... HN.....

เพศ ชาย หญิง

อายุ.....ปี.....เดือน

ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ ต่างจังหวัด ระบุ..... ไม่มีข้อมูล

บิดาอายุ.....ปี

การศึกษาของบิดา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช./ปวท. อนุปริญญา/ปวส.
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี ไม่มีการศึกษา
 ไม่มีข้อมูลอาชีพของบิดา รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง ค้าขาย
 เกษตรกรรม ไม่มีงานทำ อื่น ๆ ระบุ.....
 ไม่มีข้อมูลรายได้ของบิดา น้อยกว่า 5,000 บ. 5001-10000 บ. 10,001-20,000 บ.
 มากกว่า 20,000 บ. ไม่มีข้อมูลการศึกษาของมารดา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช./ปวท. อนุปริญญา/ปวส.
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี ไม่มีการศึกษา
 ไม่มีข้อมูลอาชีพของมารดา รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง ค้าขาย
 เกษตรกรรม ไม่มีงานทำ อื่น ๆ ระบุ.....
 ไม่มีข้อมูลรายได้ของมารดา น้อยกว่า 5,000 บ. 5001-10000 บ. 10,001-20,000 บ.
 มากกว่า 20,000 บ. ไม่มีข้อมูล

ตอนที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา

การฝากครรภ์ ฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์ ไม่มีข้อมูลผลเลือด ปกติ ผิดปกติ ไม่มีข้อมูล

ปัญหาในการตั้งครรภ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ไม่มี มีคือ แพ้ท้องอาเจียนมาก มีเลือดออกทางช่องคลอด
 บวม ครรภ์เป็นพิษ เครียด
 อื่น ๆ ระบุ..... ไม่มีข้อมูล

ตอนที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา

- กำหนดคลอด คลอดครบกำหนด คลอดก่อนกำหนดสัปดาห์
- คลอดเกินกำหนด.....สัปดาห์ ไม่มีข้อมูล
- วิธีคลอด คลอดปกติ คลอดโดยใช้เข็มช่วย
- คลอดโดยใช้เครื่องดูด คลอดโดยผ่าออกทางหน้าท้อง
- อื่น ๆ ระบุ..... ไม่มีข้อมูล

ภาวะเด็กหลังคลอด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ปกติ
- ไม่ปกติ คือ เจ็บ เหลือง ต้องให้ออกซิเจน เข้าตู้อบ
- ต้องส่องไฟ อื่น ๆ ระบุ.....
- ไม่มีข้อมูล

น้ำหนักแรกคลอด.....กิโลกรัม

ตอนที่ 3 ประวัติทางการแพทย์

สาเหตุที่มาโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- พัฒนาการล่าช้า ชนอยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น มีปัญหาพูดช้า/ยังไม่พูด
- ทำร้ายตนเอง ก้าวร้าว คนอื่นแนะนำมา แพทย์ส่งต่อมา
- อื่นๆ ระบุ ไม่มีข้อมูล

การวินิจฉัยของแพทย์

- Delayed development Down syndrome Cerebral palsy
- Autistic Hyperactive Microcephaly
- อื่นๆ ระบุ..... ไม่มีข้อมูล

อายุขณะทำทดสอบ DDSTปี.....เดือน

ผลการทดสอบ DDST

Gross motor	เท่ากับ.....เดือน
Fine motor	เท่ากับ.....เดือน
Language	เท่ากับ.....เดือน
Personal Social	เท่ากับ.....เดือน

ตอนที่ 4 ประวัติการรับประทานยา

- เด็กมียาทานประจำ ไม่มี มี คือ ยาแก้ปวด ยาจิตเวช
- ยาไทรอยด์ ยาหัวใจ
- ยาอื่นๆ ระบุ.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล นายประเสริฐ จุฑา
วันเดือนปีเกิด 15 มีนาคม 2507
สถานที่เกิด จังหวัดนครสวรรค์
ประวัติการศึกษา : วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.) จิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2530
: วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) เวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2545
ตำแหน่ง นักจิตวิทยา 7 ว
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 022454601-5 ต่อ 4703

