MKHJ
วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURANAL

Journal homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

The development of a child developmental promoting model for children aged 0-5 years with a suspected developmental delays using community participation in Mueang District, Mahasarakham Province.

สุนันต์ทา พิลุน[1*] วิศรุดา ตีเมืองซ้าย[2] และนวลละออง สุขมารมย์[3]
Sunanta Pilun[1*] Wisaruda Teemueangsai[2] and Naunraoong Sukmarom[3]

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ[1*,2,3] กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000
Registered Nurse, Community Nurse department, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham provice.
Corresponding Author: *E-mail: Sunanthapilun@gmail.com

Received: 1 February 2024 Revised: 7 March 2024 Accepted: 14 March 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0–5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการ มีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พื้นที่ศึกษาคือหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 20 แห่ง ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยจำนวน 156 คน คือ เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 58 คน ผู้ปกครองเด็ก 58 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 20 คน อสม.20 คน การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1. ระยะเตรียมการ 2. ระยะพัฒนา และ 3. ระยะประเมินผล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2564-พฤศจิกายน 2565 เก็บรวมรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และฐานข้อมูล HDC เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (EF) แบบประเมินเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : 1) ระยะเตรียมการ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจและไม่มีทักษะ ในการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม และผู้ดูแลให้เด็กเล่นโทรศัพท์และดูโทรทัศน์แทนการเล่นกับเด็ก 2) ระยะดำเนินการ มีกิจกรรมสำคัญ 6 กิจกรรม 1. วิเคราะห์สถานการณ์ค้นหาปัญหา 2. ประชุมคืนข้อมูลและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3. อบรมครู ก เรื่องทักษะการคิดเพื่อชีวิตที่สำเร็จ (EF) 4. จัดกิจกรรม Triple-P ให้แก่ผู้ปกครองและเด็ก 5. ติดตามพัฒนาการเด็กแบบ 3 เส้า 6.ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ3) ระยะประเมินผล พบว่า ข้อมูลด้านความฉลาดทางอารมณ์เด็กหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยด้าน EQ ในภาพรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนาคือ เพิ่มจาก 44.86 เป็น 50.98 และด้านทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็ก (EF) พบว่าก่อนการ

พัฒนาส่วนใหญ่มีพัฒนาการ EF ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 34.48 และหลังการพัฒนาเด็กมีค่า EF เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 53.45 และจากการประเมินด้วย DSPM พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการกลับมาสมวัย คิดเป็นร้อยละ 93.10

สรุปผลการศึกษา: จากการศึกษาได้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0–5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินงานภายใต้ชื่อ Triple-p Model และด้านความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนาคือเพิ่มจาก 44.86 เป็น 50.98 และด้านทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) พบว่าก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีพัฒนาการ EF ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 34.48 และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 53.45 พัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้า และจากการประเมินด้วย DSPM พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการกลับมาสมวัย คิดเป็นร้อยละ 93.10 และร้อยละ 6.90 ยังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

คำสำคัญ : เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า, การมีส่วนร่วม, เด็ก 0-5 ปี

ABSTRACT

Objective : The purpose of this research was to construct and develop the model of promoting early childhood development in Mueang district, Mahasarakham province.

Method : This was a research designed using an action method to collect data , This research was conducted in 20 primary care unit (PCU), during December 2021 to November 2022,Totally 156 participants involved which comprised 58 of children 0-5 years old with suspected developmental delay,58 of children 0-5 years old with suspected developmental delay, 20 of Healthcare professionals and 20 of Healthcare volunteers. This research procedure consisted of 3 phases were following 1) Preparation phase, 2) Development intervention phase and 3) Evaluation phase. The data were collected from various sources; medical record, the HDC database. The instruments were used in this study included EQ emotional intelligence test, assessment of executive functions (EF), DSPM (Early child development surveillance and development Manual and a group's conversation record. Data analysis were description statistics which summarised data used indexes; percentage (%), mean ($\bar{x}$), and content analysis.

Result : The research has shown that :Phase l Preparation, the children (EC) were among the most likely have been living with or being cared for primarily by a grandparent they were possibly lack of wisdom, knowledge, understanding and skill of child care, unable to provide educational and social experiences that children needs this can affect child development. Phase ll The Development intervention phase consisted of 6 activities; 1) Analysis situations and identity the problem what the circumstances were. 2) Meeting feedback and solution action plan intervention 3) provide Executive Functions (EF) training for teacher 4) Provide The Triple-P activity for parent and children 5) monitor child development by using Triangular platform 6) Interaction and knowledge sharing. Phase lll Evaluation it was found the score of Emotional quotient of early children were significantly increased from 44.86 to 59.98 and furthermore Executive functions skill in an individual also increased from 34.48 to 53.45. In addition that to DSPM was used to assess afterwards indicated that overall of child development outcome has 93.10%.

Conclusion: The Development intervention phase consisted of 6 activities This Name TRIPLE Model. Evaluation it was found the score of Emotional quotient of early children were significantly increased from 44.86 to 59.98 and furthermore Executive functions skill in an individual also increased from 34.48 to 53.45. In addition that to DSPM was used to assess afterwards indicated that overall of child development outcome has 93.10% and 6.90% suspected developmental delay.

Keyword : children suspected delayed development, participative management, children 0-5 years

ความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ของการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญ คือเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเต็มตามศักยภาพ และสอดคล้องกับแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยและสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ให้มีความพร้อมทั้งกาย ใจ และสติปัญญา โดยมีระดับเฉลี่ยเชาว์ปัญญาของเด็กไม่ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลที่ระดับ 100[1]

เด็กที่มีระดับสติปัญญาดี (Intelligence Quotient: IQ) มีความฉลาดทางอารมณ์ดี (Emotional Quotient: EQ) จะสามารถปรับตัวได้ดี สามารถจัดการกับปัญหาได้ และประสบความสำเร็จในชีวิตได้มากขึ้น[2] จากการสำรวจระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1 ทั่วประเทศ ปีพ.ศ. 2564 โดยใช้เครื่องมือ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version: update 2003) พบว่า ระดับสติปัญญา (Intelligent Quotient: IQ) เฉลี่ยเท่ากับ 102.8 ถือว่าเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับในปี 2559 ค่า IQ เฉลี่ยของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ 98.2 พบมีระดับ IQ เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังพบว่าในภาพรวมของประเทศยังมีเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ<90) อยู่ถึงร้อยละ 31.81 (ไม่ควรเกินร้อยละ 25) และยังมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีระดับสติปัญญา อยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ<70) อยู่ถึงร้อยละ 4.2 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ 2 นอกจากนี้ยังพบเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก (IQ ≥ 130) ร้อยละ 10.4 ซึ่งจากการสำรวจ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับ การที่เด็กมีสติปัญญาต่ำได้แก่ การที่ครอบครัว มีปัญหาทางเศรษฐกิจ บิดา-มารดามีระดับการศึกษาต่ำอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ น้อยกว่า 20 ปี และครอบครัวขาดความพร้อม ในการเลี้ยงดูเด็กขณะที่ตั้งครรภ์ และในส่วนของผลสำรวจด้านความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 83.4 และควรพัฒนาร้อยละ 16.6[3] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ยังมีช่องว่าง (Gap) ระหว่างกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาสูงกับกลุ่ม ที่มีระดับสติปัญญาต่ำ และมีแนวโน้มที่ช่องว่างนี้จะขยายมากขึ้น และยังมีความจำเป็นต้องให้การส่งเสริม แก้ไขปัจจัยเสี่ยง เพื่อส่งเสริมศักยภาพของเด็กให้มีคุณภาพ รวมทั้งเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้า หากได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ครอบคลุมทั้งครอบครัวและชุมชนจะช่วยทำให้เด็กกลับมามีพัฒนาการสมวัยได้[4]

ผลการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการปี พ.ศ.2564 ของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า เด็กมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 100.48 ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติและเมื่อเปรียบเทียบค่าระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 เด็กมีระดับสติปัญญา (IQ) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (6.2 จุด) เมื่อพิจารณาตามระดับสติปัญญา พบว่ามีเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ <90) ลดลงจากร้อยละ 38.1 เป็นร้อยละ 26.5 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านพัฒนาการ พบว่า ยังมีความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงการค้นคว้าแนวทางการส่งเสริมคุณภาพและศักยภาพของเด็กไทยอย่างต่อเนื่อง และสถานการณ์พัฒนาการเด็ก 0–5 ปี อำเภอเมืองมหาสารคาม พบว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 42.32, 39.52 และร้อยละ 34.30 ส่วนใหญ่พบว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษา (EL) เพิ่มขึ้น คือร้อยละ 6.6, 8.7 และ 9.4 ตามลำดับ[5] เมื่อติดตามเด็กกลุ่มนี้พบว่า สาเหตุเกิดจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุยังไม่มีทักษะ และยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม และผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้เด็กเล่นโทรศัพท์และดูโทรทัศน์แทนการเล่นกับเด็ก

การดำเนินงานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามที่ผ่านมา เช่น การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการใช้เครื่องมืออย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทำให้สามารถค้นหาเด็กที่มีปัญหาด้านโภชนาการและพัฒนาการได้มากขึ้น และเมื่อเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข และครูผู้ดูแลเด็กต่อเนื่อง ภายใน 30 วัน พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น[4] แต่อย่างไรก็ตามยังมีเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ไม่ได้รับการดูแลเฝ้าระวังกระตุ้น และส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการตามช่วงวัยอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งจากครอบครัว ชุมชน รวมถึงหน่วยบริการที่ดูแลกลุ่มเด็กเหล่านี้ เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนระดับอนุบาล เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าของอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เห็นความสำคัญของปัญหาและร่วมกันป้องกันแก้ไข โดยอาศัยภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข โดยการให้ความสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้เกิดความรอบรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามช่วงวัย ผู้วิจัยในบทบาทของทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0–5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0–5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Kemmis & McTaggart[6] ในรูปแบบของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ Qualitative Research and Quantitative Research การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยระยะเตรียมการ ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะประเมินผล

ระยะที่ 1 ก่อนการพัฒนาหรือระยะเตรียมการ

1) ศึกษาแนวทางการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริม

พัฒนาการเด็ก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ปกครองเด็ก

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4

ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) คือ

1) จัดประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์ของพัฒนาการเด็กอำเภอเมืองมหาสารคาม ร่วมกันแสดงความ

คิดเห็นแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ปกครองเด็ก

2) ประชุมและวางแผนการดำเนินงาน เพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางพร้อมทั้งกำหนดวิธีการดำเนินการ

และจัดกิจกรรมต่างๆ ให้สามารถปฏิบัติจัดทำกิจกรรมในแต่ละครั้งได้ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Act) คือ

1) จัดอบรมอบรมครู ก เรื่องทักษะการคิดเพื่อชีวิตที่สำเร็จ (EF) ให้กับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ครูศูนย์เด็กเล็ก ครูอนุบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2) จัดกิจกรรมด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple-p) ให้แก่ผู้ปกครองและเด็กในชุมชนทุกตำบล

3) ระยะการประเมินผล ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) มี 1 กิจกรรม คือ

1) มีการเฝ้าระวังติดตามเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามพัฒนาการเด็กแบบ 3 เส้าคือการติดตามเด็กโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูศูนย์เด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และติดตามเด็กกับทะเบียนการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทุกคน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) มี 1 กิจกรรม คือ

1) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน กับหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2. พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ศึกษาในพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 แห่ง ดำเนินการวิจัยในเดือน ธันวาคม 2564-พฤศจิกายน 2565

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากร

1. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตั้งแต่ช่วงระยะเวลาปี 2563-2564 เฉพาะที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 110 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564)

2. ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน จำนวน 110 คน

3. ทีมสหวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 คน

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 20 แห่ง จำนวน 20 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan แห่งมหาวิทยาลัย Minisota และEaryle W. Morgan แห่งมหาวิทยาลัย Texas เป็นการคำนวณจากตารางตั้งแต่จำนวนประชากร10-100,000 ราย [7]

1. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตั้งแต่ช่วงระยะเวลาปี 2563-2564 เฉพาะที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 58 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564)
2. ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน จำนวน 58 คน
3. ทีมสหวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 คน
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 20 แห่ง จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่โครงการ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก โดยใช้เครื่องมือ DSPM และเป็นเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มี

พัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือล่าช้า

2. ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือล่าช้า
3. ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กอ่านภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Withdrawal of participant criteria)

1. ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการวิจัย
2. เสียชีวิตภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การยุติวิจัยก่อนกำหนด (Early termination of study criteria)

- หากได้รับความเสียหายจากการวิจัยจะมีการยุติโครงการทันทีหรือมีปัญหาภาวะสุขภาพ เช่น มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เป็นต้น

4. การพิทักษ์สิทธิทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้ขอรับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการวิจัย MSKH_REC 64-01-056 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์และการปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร ผู้ทำวิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล มีสถานที่ในการเก็บรักษาชื่อ-สกุลของอาสาสมัครการวิจัยที่มีความปลอดภัย เป็นส่วนตัว เก็บรักษาในตู้เก็บเอกสาร มีกุญแจล็อคไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย มีเพียงผู้ทำวิจัยเท่านั้นที่ทราบ และการตีพิมพ์ผลการศึกษาในวารสาร นำเสนอ

ผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อของอาสาสมัครไม่ว่ากรณีใดๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเสียหายต่ออาสาสมัครได้

5. เครื่องมือที่ใช้ในการมีวิจัย

5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

ชุดที่ 1 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [8] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ตามรูปแบบของ Likert's scale ได้แก่ ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง เป็นประจำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (MU.EF-102) และกราฟเทียบคะแนนดิบเป็นคะแนนทีของแบบประเมิน MU.EF-102 ของสถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล [9] จำนวน 32 ข้อ แบ่งการประเมินออกเป็น 5 ด้านคือ พัฒนาการด้านการยับยั้งพฤติกรรม พัฒนาการ ด้านการเปลี่ยนหรือยืดหยุ่นทางความคิด ด้านการควบคุมอารมณ์พัฒนาการ ด้านความจำขณะทำงานและพัฒนาการ ด้านการวางแผนจัดการ

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

ชุดที่ 1 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งการประเมินออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม[4]

ชุดที่ 2 คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม Preschool Parenting Program: Triple-p[10]

ชุดที่ 3 ทะเบียนการติดตามพัฒนาการเด็ก

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)

ผลการศึกษา

ด้านสถานการณ์ด้านพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จากการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กอำเภอเมืองร่วมกัน พบว่าพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคามในปีพ.ศ. 2562-2564 มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2562-2564

พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี	2562		2563		2564	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	3,064	88.10	4,208	91.15	3,279	76.24
เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	3,135	90.03	4,372	94.80	3,448	80.17

พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี	2562		2563		2564	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	1,072	34.13	1,828	41.81	1,345	39.01
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	1,015	94.71	1,685	92.48	1,184	88.10

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน HDC[5] ประมวลผล ณ วันที่ 29 ธันวาคม 2564

จากตารางที่ 1 พบว่า ในปี 2562-2564 เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการคิดเป็นร้อยละ 90.03, 94.80 และ80.17 ตามลำดับ เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเกินเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) คิดเป็นร้อยละ 34.13, 41.81 และ39.01 นั่นหมายถึงว่าเด็กยังคงมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าต่อเนื่องทุกปี เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามหลังกระตุ้นภายใน 30 วัน มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 94.71 เป็นร้อยละ 88.10 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์(เกณฑ์ร้อยละ 97) เมื่อดูในภาพรวมเด็กมีพัฒนาการสมวัย ยังไม่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 87 (เกณฑ์ร้อยละ 96)

ตารางที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์เด็กอายุ 0-5 ปี ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2562-2564

พัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน	2562		2563		2564	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่	2	8.00	2	12.50	2	13.34
พัฒนาการด้านกล้ามมัดเล็กและสติปัญญา	5	20.00	1	6.25	3	20.00
พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา	6	24.00	5	31.25	4	26.67
พัฒนาการด้านการใช้ภาษา	11	44.00	6	37.50	4	26.67
พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม	1	4.00	2	12.50	2	13.34

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน HDC[5] ประมวลผล ณ วันที่ 29 ธันวาคม 2564

จากตารางที่ 2 พบว่า เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน ในปี 2562-2564 พบว่า ส่วนใหญ่เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษามากที่สุด รองลงมาคือ พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา

ด้านการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนการพัฒนา 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยได้ศึกษากระบวนการเดิมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในชุมชน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการ

สนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในหน่วยบริการปฐมภูมิ สานักงานสาธารณสุขอำเภอ ครูศูนย์เด็ก และอสม. ซึ่งข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจึงได้นำมาสรุปในตารางการวิเคราะห์ ดังนี้

ตารางที่ 3 ประเด็นการวิเคราะห์และสภาพปัญหาที่พบที่ได้จากสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ประเด็นการวิเคราะห์	สภาพปัญหาที่พบ
1. ด้านผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก	1) ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดูหลักขาดการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) 2) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม 3) ผู้ดูแลให้เด็กเล่นโทรศัพท์และดูโทรทัศน์แทนการเล่นกับเด็ก 4) เมื่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าผู้ปกครองไม่พามาโรงพยาบาลตามนัดเพื่อตรวจติดตามพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง
2. ด้านระบบบริการ	1) เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและครูศูนย์เด็กมีองค์ความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการกระตุ้นพัฒนาการและส่งเสริมวินัยเชิงบวกให้กับเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า 2) ระบบการติดตามเด็กมาส่งเสริมพัฒนาการครั้งที่ 2

2) ระยะพัฒนารูปแบบ ใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1) จัดประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์ของพัฒนาการเด็กอำเภอเมืองมหาสารคาม ร่วมกันแสดงความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อสม. และผู้ปกครองเด็ก

กิจกรรมที่ 2) การประชุมวางแผนเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง สานักงานสาธารณสุขอำเภอ ครูศูนย์เด็ก และอสม. พร้อมทั้งกำหนดวิธีการดำเนินการและจัดกิจกรรมต่างๆให้ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Act) มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3) จัดอบรมอบรมครู ก เรื่องทักษะการคิดเพื่อชีวิตที่สำเร็จ (EF) ให้กับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ครูศูนย์เด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple-P) ให้แก่ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กในชุมชนทุกตำบล

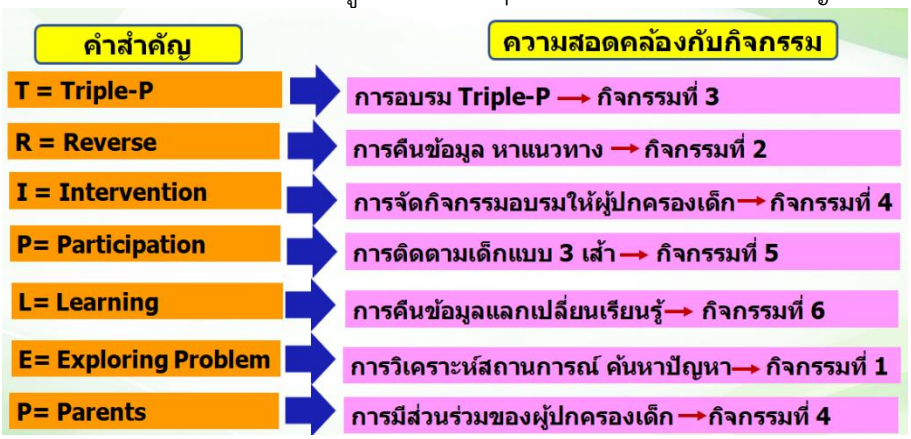
3) ระยะการประเมินผล ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 5) มีการเฝ้าระวังติดตามเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามพัฒนาการเด็กแบบ 3 เส้าคือการติดตามเด็กโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูศูนย์เด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และติดตามเด็กกับทะเบียนการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทุกคน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน กับหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ ส่งผลให้เกิดรูปแบบคือ Triple-P Model โดยมีคำสำคัญจากกิจกรรม ดังนี้



รูปที่ 1 แสดงคำสำคัญจากกิจกรรมและผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ภายใต้ชื่อ Triple-P Model

ด้านผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=58)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	12	20.69
- หญิง	46	79.31
อายุ		
- ต่ำกว่า 30 ปี	2	3.45
- 30-39ปี	4	6.90
- 40-49 ปี	10	17.24
- 50-59 ปี	17	29.31
- 60-69 ปี	23	39.65
- 70 ปี ขึ้นไป	2	3.45
สถานภาพ		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=58)	ร้อยละ
- อยู่ด้วยกัน	37	63.79
- แยกกันอยู่	15	25.86
- หย่าร้าง/หม้าย	6	10.35
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ไม่ได้เรียน/อ่านหนังสือไม่ออก	6	10.34
- ประถมศึกษา	43	74.14
- มัธยมศึกษาตอนต้น	5	8.62
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	6.90
อาชีพ		
- ว่างงาน/แม่บ้าน	15	25.86
- เกษตรกรรม	24	41.38
- รับจ้างทั่วไป	19	32.76
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
- พ่อ/แม่	14	24.14
- ปู่/ย่า/ตา/ยาย	38	65.52
- อื่นๆ	6	10.34
ความกังวลใจในการดูแลบุตรหลานที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
- มี	58	100

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.31 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 20.69 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่างอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.65 รองลงมาอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.31 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 63.79 รองลงมา แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 25.86 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.14 รองลงมา ไม่ได้เรียน/อ่านหนังสือไม่ออก คิดเป็นร้อยละ 10.34 ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 41.38 ความสัมพันธ์กับเด็กพบมากที่สุด คือ ปู่/ย่า/ตา/ยาย คิดเป็นร้อยละ 65.52 และมีความกังวลใจในการดูแลบุตรหลานที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการพัฒนา

ค่าคะแนน	ก่อนการพัฒนา (n=58)		หลังการพัฒนา (n=58)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์ (53-60 คะแนน)	10	17.24	31	53.45
ปกติ (38-52 คะแนน)	30	51.72	24	41.38
ต่ำกว่าเกณฑ์ (1-37 คะแนน)	18	31.04	3	5.17

ค่าคะแนน	ก่อนการพัฒนา (n=58)		หลังการพัฒนา (n=58)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย $\bar{x}$	$\bar{x}$ = 44.86		$\bar{x}$ = 50.98	

จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่า ก่อนการพัฒนาพบความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 31.04 และหลังการพัฒนาพบว่าเหลือเพียงร้อยละ 5.17

ตารางที่ 6 ทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับ EF	ก่อนการพัฒนา (n=58)		หลังการพัฒนา (n=58)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	9	15.52	31	53.45
ดี	12	20.69	16	27.59
ปานกลาง	20	34.48	11	18.96
ควรพัฒนา	13	22.41	0	0
ควรปรับปรุง	4	6.90	0	0
รวม	58	100	58	100

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนพัฒนาเด็กมีทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.48 และหลังการพัฒนา เด็กมีทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 53.45 และทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) หลังการพัฒนาไม่พบกลุ่มควรพัฒนาและควรปรับปรุง

ตารางที่ 7 ผลการติดตามพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม Tripple-P) อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

พัฒนาการ	ก่อนการได้รับโปรแกรม Tripple-P (n=58)		หลังการได้รับโปรแกรม Tripple-P (n=58)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาการสมวัย	0	0	54	93.10
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	58	100	4	6.90
พัฒนาการล่าช้า	0	0	0	0
รวม	58	100	58	100

จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าก่อนการได้รับโปรแกรม Tripple-P เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 100 ภายหลังการการได้รับโปรแกรม Tripple-P เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการกลับมาสมวัย คิดเป็นร้อยละ 93.10 และอีกร้อยละ 6.90 ยังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

สรุปผล

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0–5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินงานภายใต้ชื่อ Tripple-P Model และด้านความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยพบว่า ก่อนการพัฒนาพบความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 31.04 และหลังการพัฒนาพบว่าเหลือเพียงร้อยละ 5.17 และด้านทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) พบว่าก่อนพัฒนาเด็กมีทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.48 และหลังการพัฒนา เด็กมีทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 53.45 และทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) หลังการพัฒนา ไม่พบกลุ่มควรพัฒนาและควรปรับปรุง และจากการประเมินด้วย DSPM พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการกลับมาสมวัย คิดเป็นร้อยละ 93.10 และร้อยละ 6.90 ยังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0–5 ปี พบว่าสาเหตุเกิดจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุยังไม่มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม อีกทั้งยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพิชชญา พิมพ์ดี[11] และอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วนิสา หะยีเซะ และวารุณี เกตุอินทร์. [12] พบว่า ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด รวมทั้งยังไม่ตระหนักและยังไม่เห็นคุณค่าการใช้คู่มืออนามัยแม่และเด็ก และคู่มือเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเท่าที่ควร และการศึกษารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้เด็กปฐมวัยมี EQ และEF เพิ่มขึ้นและเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากลับมามีพัฒนาการที่สมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาวาตี สนิหวี[13] ศึกษากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น (สมวัย) ร้อยละ 70 และสอดคล้องกับการศึกษาของพรศิริ แสนตุ้ม และวราภรณ์ นาคะศิริ [14] ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของโรงเรียนอนุบาลราชมงคล พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของโรงเรียนสาธิตอนุบาลราชมงคล โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์สังคม ด้านคุณธรรมจริยธรรม และด้านสติปัญญา อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.80, 4.76 และ 4.58) และจากการศึกษาของวรรณภา กางกั้น[15] เรื่องความสัมพันธ์ของการเข้าโรงเรียนพ่อแม่กับปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย พบว่า พ่อแม่มีปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พ่อแม่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์มากกว่า คลินิกสุขภาพเด็กดี การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาเสริมไอโอดีนของแม่ อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็ก การเล่านิทานให้เด็กฟังการเล่นกับเด็กโดยไม่ใช้สื่ออิเลกทรอนิกส์ และการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอรุณศรี กัณวเศรษฐ[16] เรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเด็กก่อนเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 8.76 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเท่ากับ 11.57 ($p<0.001$) และผลการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กก่อนเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 71.57 และหลังเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 78.80 ($p=0.13$) ผลความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด (4.62) และจากการศึกษาของลมัย ละอองทัพ[17] เรื่องการติดตามประเมินผลพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงตามแนว

การดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ พบว่าการติดตามพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงหลังพ่อแม่เข้าโรงเรียนพ่อแม่ซึ่งพ่อแม่และผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 87.4 มีความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงระดับดีถึงดีมาก การสอนในโรงเรียนพ่อแม่มีประสิทธิผล เด็กพัฒนาการล่าช้าลดลง รวมถึงการศึกษาของทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง และคณะ [18] พบว่าการนำ 3 กลยุทธ์ คือ 1) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูพี่เลี้ยง 2) การสร้างเครือข่ายครอบครัวและครูพี่เลี้ยง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3) การให้ความรู้แก่ครอบครัวและครูพี่เลี้ยง ซึ่งเมื่อนำ 3 กลยุทธ์ไปใช้ ผลลัพธ์คือทำให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นจนเด็กมีพัฒนาการปกติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการจัดการการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพเด็ก ในกลุ่มองค์กรในชุมชนอื่นๆ ร่วมกัน เช่น ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนฯ 12 ฉบับประชาชนนวัตกรรมคือหัวใจของการพัฒนา. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2564]. Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=8309&filename=index
2. จันทร์อาภา สุขทัพภ์. “เดินหน้า สร้างเด็กไทย ไอคิวดี” การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์ พับลิสชิ่ง. 2565.
3. สถาบันราชานุกูล. เชื่อมั่นเด็กไทย ไอคิวดี อีคิวเด่น “การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ.2559. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2564]. Available from: https://doc.dmh.go.th/report/compare/iqeq.pdf
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2564.
5. ฐานข้อมูลกลาง (HDC) จังหวัดมหาสารคาม. ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2564]. Available from: https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=2238b7879f442749bd1804032119e824.
6. Kemmis,S.,McTaggart,R.TheActionResearch Planner (3rd ed.). Geelong. Australia: DeakinUniversity; 1988.
7. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ วี อินเตอร์ พริ้น, 2563.
8. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแล. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2564]. Available from: https://dmh-elibrary.org/items/show/306
9. นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล. แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (MU.EF-102) และกราฟเทียบคะแนนดิบเป็นคะแนนทีของแบบประเมิน MU.EF-102. 2562.

[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2564]. Available from: https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/52916

10. ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ และอมรา ธนศุภรัตนา. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม Preschool Parenting Program: Triple-P. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สยามพิมพ์นานา, 2563.
11. ธัญพิชชญา พิมพ์ดี. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก กรณีศึกษา : ตำบลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14: 320-332.
12. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วนิสา หะยีเซะ, วารุณี เกตุอินทร์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย:กรณีศึกษาอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารทหารบก. 2564;22(1): 402-411.
13. ฮาลาวาตี สนิหวี. รูปแบบการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็ก อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2563;2(1): 41-51.
14. พรศิริ แสนตุ้ม และวราภรณ์ นาคะศิริ. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของโรงเรียนอนุบาลราชมงคล. วารสารคหเศรษฐศาสตร์. 2564;66(1): 75-85.
15. วรรณภา กางกั้น ทรรศนีย์ โสรัจธรรมกุล และปาณิสรา สิทธินาม. ความสัมพันธ์ของการเข้าโรงเรียนพ่อแม่กับปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2561;41(ฉบับพิเศษ): 50-61.
16. อรุณศรี กัณวเศรษฐ และคณะ. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย. วชิรสารการพยาบาล. 2561;20(1): 40-53.
17. ลมัย ละอองทัพ. การติดตามประเมินผลพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงตามแนวการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2563;43(2):49-59.
18. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง และคณะ. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561;41(1): 95-104.