

มะเร็งปากมดลูก มฤตยูร้ายของสุขภาพ ป้องกันได้ แค่วิธีตรวจคัดกรอง

วารสารแพทย์ เชื้ออินทร์

มะเร็งปากมดลูก สุภาพสตรีหลายท่านคงรู้จักกันดีว่าเป็นโรคร้ายที่คุณผู้หญิงหลายคนหวาดกลัว ส่วนมากพบในสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ไปจนถึงวัยหมดระดู สตรีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคนี้นี้ ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ หรือมีคู่นอนหลายคน นอกจากนี้ยังเกิดกับผู้ที่มิบุตรมาก ผู้ที่สูบบุหรี่ หรือผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสเกิดโรคนี้น้อยมาก

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวี ทั้งนี้ยังพบผู้ป่วยมะเร็งดังกล่าวในคนที่มียาอายุขัยน้อยลงเรื่อยๆ จากเดิมที่มักพบในวัยสูงอายุ จากสถิติโรคมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ทำให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยตกปีละ 9,700 ราย และคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้าผู้ป่วยจะเพิ่มเป็น 12,500 ราย¹

มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ เพราะระยะเวลาตั้งแต่เยื่อปากมดลูกได้รับเชื้อไวรัส จนเกิดความผิดปกติและกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลานานถึง 10-15 ปี เวลาดังกล่าวจึงเป็นเวลาทองในการค้นหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ซึ่งปัจจุบันมีวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ 2 วิธี คือ แบบ VIA คือ ใช้น้ำส้มสายชูป้ายปากมดลูก หากพบความผิดปกติ ก็จะทำการรักษาด้วยการจี้เย็น แต่หากผิดปกติมากจะดำเนินการส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการคัดกรองแบบตรวจภายใน Pap smear ต่อไป¹

Pap smear เป็นเครื่องมือการตรวจคัดกรองที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมากในการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกระยะยะลุกลาม และก่อนลุกลามในกลุ่มประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรอง แต่อุปสรรคใหญ่ยังอยู่ที่การบริการนี้ยังไม่ถึงสตรีที่ควรได้รับการตรวจทุกคน อันเป็นปัญหาของประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย สตรีที่มารับการตรวจกลับไม่สนใจเมื่อทราบผลตรวจที่ผิดปกติจึงเกิดการศึกษาค้นคว้าของทัศนีย์ สันติพงศ์ศุกร และคณะ² ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของระบบการนัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางเซลล์วิทยา แต่ที่น่าแปลกใจคือบุคลากรสาธารณสุขเองก็จัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วยดังการศึกษาของวันชัย อรรถจักร พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลเข้ารับการตรวจน้อยกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ธุรการ³ น่าจะเป็นปัญหาทางด้านวัฒนธรรมของชาวตะวันออกไกลแวดล้อมด้านสุขภาพ และจากตัวบุคคลเอง ไม่ว่าจะระบบที่ทางกระทรวงสาธารณสุข สถาบันมะเร็งและสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) จะช่วยกันรณรงค์อย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

1. มะเร็งปากมดลูก มฤตยูร้ายของสุขภาพ ที่หญิงไทยต้องใส่ใจ. Available from <http://www.thaihealth.or.th/node/5338> [Cited Jun 24, 2009]
2. ทัศนีย์ สันติพงศ์ศุกร, มาสินี ไพบูลย์. ประสิทธิภาพของระบบการนัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางเซลล์วิทยา ห้องตรวจนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2552; 24:112-6.
3. วันชัย อรรถจักร. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2552; 24:124-9.



การพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการ

นภาพร โชติช่วงนิรันดร์

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The Development and Integration Nurture for Delayed Developmental Child

Napaporn Chotchuangnirun

Department of Pediatric, Kalasin Hospital

หลักการและเหตุผล: การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้มีพัฒนาการดีขึ้น ต้องอาศัยความรู้ทักษะการดูแลและการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ผู้ปกครองที่มีข้อจำกัดไม่สามารถพาเด็กมาตามนัดได้ โอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการดีขึ้นตามศักยภาพลดลง จึงได้ศึกษาและพัฒนาแนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการขึ้น เพื่อที่จะทำให้พัฒนาการของเด็กเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงผลการใช้แนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

วิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ถึงผลการใช้แนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาซึ่งเป็นเด็กที่มารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามแนวทางดังกล่าว เปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กที่ไม่มารับบริการมาตามนัดอย่างต่อเนื่องและไม่ได้ดูแลตามแนวทางที่มีระดับพัฒนาการใกล้เคียงกันในขณะเริ่มต้นการศึกษา

ผลการศึกษา: มีเด็กมารับบริการทั้งหมด 429 ราย กลุ่มศึกษาซึ่งมารับบริการต่อเนื่องมี 117 ราย เด็กที่ไม่มารับบริการต่อเนื่อง 312 ราย ในกลุ่มนี้ได้คัดเลือกเด็ก 117 รายที่มีพัฒนาการในขณะเริ่มต้นการศึกษาใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเด็กทั้งสองกลุ่มมีพัฒนาการดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.00$) แต่เด็กในกลุ่มศึกษามีพัฒนาการดีขึ้นมากกว่ากลุ่ม

Background: Caring of a delayed developmental child required knowledge and continuous developmental stimulation program. A children of parent who could not bring them to follow up might had lower the ability to improve development by their potential. The development and integration nurture for the delayed developmental child was set for increase their development.

Objective: To evaluate an outcome of the development and integration nurture for delayed developmental child.

Methods: A retrospective analytical study of the development and integration nurture for the delayed developmental child in developmental stimulation clinic in Kalasin Hospital was carried out from January 1, 2006 to December 31, 2008. A study group was children who had been followed-up continuously and performed the development and integration nurture had been compared with a controlled group who had comparable in initial developmental status with a study group and had not followed-up continuously and had not performed the development and integration nurture .

Results: The clinic had 429 children, 117 were continuously followed-up and performed development and integration nurture (study group). Another 117 (controlled group) were selected from the rest 312 children who did not continuously followed-up. Developmental improvement in the study group (29.52%) was 6.29% more than controlled group (23.23%) and had statistical significance ($p\text{-value} = 0.010$).

เปรียบเทียบ ร้อยละ 6.29 (29.52, 23.23 ตามลำดับ) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.010)

สรุป: การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตามแนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการ ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นมากกว่าเด็กที่ไม่ได้ดูแลตามแนวทางจึงควรนำแนวทางดังกล่าวมาใช้ให้มากขึ้น

คำสำคัญ: เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า, การดูแลแบบบูรณาการ

Conclusion: The development and integration nurture for a delayed developmental child could increase developmental status and should be used as a program for delayed developmental child.

Keywords: delayed developmental child, integration nurture

ศรีนครินทร์เวชสาร 2552; 24(2): 106-11 • Srinagarind Med J 2009; 24(2): 106-11

บทนำ

การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้มีพัฒนาการดีขึ้นเต็มที่ตามศักยภาพของเด็กแต่ละคนนั้น นอกจากจะต้องอาศัยความรู้และทักษะการดูแลเด็กจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องแล้ว¹⁻⁴ จากการศึกษาอื่นพบว่าเด็กที่ผู้ปกครองมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม ทักษะในการดูแลเด็กทำให้เด็กไม่ได้รับการตามแผนการรักษาและผู้ปกครองไม่ได้ให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเองที่บ้าน มีส่วนสำคัญที่ทำให้การพัฒนาศักยภาพของเด็กน้อยลง⁵⁻⁷

คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้พบปัญหาที่เด็กพัฒนาการล่าช้าไม่ได้มารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ปกครอง จึงได้ศึกษาและจัดทำแนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการขึ้น เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเองที่บ้านให้มากขึ้นเพื่อลดข้อจำกัดในการมาตามนัดและในขณะเดียวกันเด็กจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เต็มที่ให้มากที่สุด ทั้งนี้ได้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยได้มีการเก็บข้อมูลและประเมินพัฒนาการเด็ก เพื่อศึกษาถึงผลในการดูแลเด็กตามแนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงผลการใช้แนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการต่อพัฒนาการเด็ก

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (retrospective analytical study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเด็กอายุ 0-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีพัฒนาการล่าช้าและมารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 31

ธันวาคม พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลา 3 ปี โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มศึกษาคือ เด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่องทุก 1 หรือ 2 เดือนในกรณีที่ผู้ปกครองสามารถให้การดูแลเด็กได้ดีขึ้นและได้รับการดูแลตามแนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการจำนวน 117 ราย ซึ่งแนวทางดังกล่าวประกอบด้วย การให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ปกครองอย่างเป็นระบบและให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการดูแลเด็กเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน^{1,8-15} ร่วมกับมีการใช้นวัตกรรมคือ อุปกรณ์ เครื่องมือ และของเล่นที่ผู้ปกครองประดิษฐ์ขึ้นเอง เช่น ของเล่นกึ่งกึ่งที่ทำจากกระป๋องน้ำอัดลมที่ใช้แล้วตัดกระดาษสีสดใส ตัดภาพลูกบดที่ทำจากหลอดดูดกาแฟตัดเป็นท่อนๆ ใช้เชือกร้อยเพื่อใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการ¹⁶ เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ไม่ได้มารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่องและไม่ได้ดูแลตามแนวทางดังกล่าวโดยเลือกกลุ่มเด็กที่มีระดับพัฒนาการใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาในขณะเริ่มต้นการศึกษาในจำนวนเท่ากัน โดยผู้ปกครองเด็กทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลเด็กเช่นเดียวกันในการมารับบริการครั้งแรก ข้อมูลที่เก็บประกอบด้วยประวัติ เพศ อายุ ภูมิฐานะ โรค ผลการประเมินพัฒนาการของเด็กทั้งสองกลุ่มเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการศึกษา โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กของโรงพยาบาลราชานุกุล สถาบันสุขภาพจิต โดยเปรียบเทียบกับพัฒนาการปกติของเด็กในวัยเดียวกันทั้งในด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่และการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา การช่วยเหลือตัวเองและสังคม และมีการประเมินพัฒนาการรวมทุกด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน นำเสนอในรูปแบบตาราง ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติ Student's t-test, SPSS version 16 ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคและพัฒนาการเด็กทั้งสองกลุ่มเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการศึกษา

ผลการศึกษา

มีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีพัฒนาการล่าช้า และมารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างการศึกษาจำนวน 429 ราย เด็กที่มาใช้บริการต่อเนื่องซึ่งจัดเป็นกลุ่มศึกษา 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 มีเด็กที่ผู้ปกครองมีข้อจำกัดและปัญหาด้านเศรษฐกิจ (รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน) ทำให้ไม่สามารถพาเด็กมารับบริการอย่างต่อเนื่อง จำนวน 312 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 ในกลุ่มนี้ได้คัดเลือกเด็กที่มีระดับพัฒนาการใกล้เคียงกันกับกลุ่มศึกษาในขณะเริ่มต้นการศึกษา จำนวน 117 ราย เพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยพบว่าเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุที่พบบ่อยในกลุ่มศึกษาอยู่ในช่วง 0-3 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 3-6 ปี ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง โดยในกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 67.60 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบร้อยละ 86.02 โรคที่พบมาก 3 อันดับแรกคือภาวะปัญญาอ่อน พัฒนาการล่าช้าโดยไม่ทราบสาเหตุและสมองพิการ โดยในกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 32.48, 24.79 และ 22.22 กลุ่มเปรียบเทียบพบร้อยละ 34.91, 21.52 และ 20.49 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ในกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.31 และกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.71 (ตารางที่ 2)

พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 27.65 และ 18.56 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.09 และ 18.19 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

พัฒนาการด้านการใช้ภาษา ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 32.18 และ 26.67 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 29.40 และ 26.04 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

พบพัฒนาการเด็กทุกด้านเพิ่มขึ้นในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 6.29 (29.52 และ 23.23 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างของโรคที่พบในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (p-value = 1.0) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ: ชาย	67	57.34	69	58.97
หญิง	50	42.66	48	41.03
อายุ (ปี)				
0 - 3	37	31.24	34	29.05
3 - 6	35	30.54	38	32.47
6 - 10	23	19.81	24	20.51
10 - 15	22	18.41	21	17.97
ภูมิลำเนา				
อำเภอเมือง	37	32.40	16	13.98
นอกเขตอำเภอเมือง	80	67.60	101	86.02
โรค				
ปัญญาอ่อน	38	32.48	41	34.91
พัฒนาการล่าช้าไม่ทราบสาเหตุ	29	24.79	25	21.52
สมองพิการ	26	22.22	24	20.49
ดาวน์ซินโดรม	19	16.23	22	18.35
ออทิสติก	4	3.43	2	2.01
Hydrocephalus	1	0.85	3	2.72

ตารางที่ 2 ผลการประเมินพัฒนาการก่อนและหลังการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

กิจกรรมการกระตุ้น	กลุ่มศึกษา			กลุ่มเปรียบเทียบ		
	ก่อนศึกษา (ร้อยละ)	หลังศึกษา (ร้อยละ)	เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	ก่อนศึกษา (ร้อยละ)	หลังศึกษา (ร้อยละ)	เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)
1. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว	64.05	94.36	30.31	63.87	90.58	26.71
2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา	64.71	92.36	27.65	63.57	82.13	18.56
3. ด้านการเข้าใจภาษา	62.89	90.98	28.09	62.15	80.34	18.19
4. ด้านการใช้ภาษา	57.16	89.34	32.18	59.22	85.89	26.67
5. ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม	59.48	88.88	29.40	55.59	81.63	26.04
รวมทุกด้าน	61.66	91.18	29.52	60.88	84.11	23.23

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

Group	N	Mean	S.D.	p-value
โรค				
กลุ่มศึกษา	6	19.50	14.543	1.0
กลุ่มเปรียบเทียบ	6	19.50	14.816	
พัฒนาการทุกด้านก่อนการศึกษา				
กลุ่มศึกษา	5	61.6580	3.22218	0.723
กลุ่มเปรียบเทียบ	5	60.8800	3.48313	
พัฒนาการทุกด้านของกลุ่มศึกษา				
ก่อนการศึกษา	5	61.66	3.222	< 0.00
หลังการศึกษา	5	91.18	2.248	
พัฒนาการทุกด้านของกลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการศึกษา	5	60.8800	3.48313	< 0.00
หลังการศึกษา	5	84.1140	4.16272	
พัฒนาการทุกด้านหลังการศึกษา				
กลุ่มศึกษา	5	91.1840	2.24835	0.010
กลุ่มเปรียบเทียบ	5	84.1140	4.16272	

ไม่มีความแตกต่างของพัฒนาการเด็กทุกด้านก่อนการศึกษาระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (p-value = 0.723) (ตารางที่ 3)

ในกลุ่มศึกษาพบพัฒนาการทุกด้านเมื่อสิ้นสุดการศึกษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการศึกษา โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = < 0.00) (ตารางที่ 3)

ในกลุ่มเปรียบเทียบพบพัฒนาการทุกด้านเมื่อสิ้นสุดการศึกษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการศึกษา โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = < 0.00) (ตารางที่ 3)

ทั้งนี้ในกลุ่มศึกษาพบพัฒนาการทุกด้านดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการศึกษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.010) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อมูลพื้นฐานของเด็ก เพศ อายุ และโรคที่พบมาก 3 อันดับแรกของเด็กทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบใกล้เคียงกัน แต่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นเด็กที่ผู้ปกครองไม่สามารถพามาใช้บริการตามนัดอย่างต่อเนื่อง

ส่วนใหญ่มีภูมิภาคนอกเขตอำเภอเมือง ประกอบกับผู้ปกครองมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องมือและของเล่นในการกระตุ้นพัฒนาการ รวมทั้งทำให้โอกาสที่ผู้ปกครองจะได้รับความรู้และทักษะในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้านน้อยลง ทำให้เด็กได้รับการพัฒนาศักยภาพลดลงตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Eheart และคณะ ที่พบว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก⁵ และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Wang และคณะ ที่พบว่าทักษะในการดูแลเด็กของผู้ปกครองมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก⁶

แม้จะพบพัฒนาการเด็กเมื่อสิ้นสุดการศึกษาดีขึ้นเช่นเดียวกันทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (p-value < 0.00) แต่การนำเอาแนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการ มาใช้ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ปกครองอย่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแบบบูรณาการและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน⁸⁻¹⁵ มีการใช้นวัตกรรมคืออุปกรณ์ เครื่องมือ และของเล่นที่ผู้ปกครองประดิษฐ์ขึ้นเอง เพื่อใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการ¹⁶ ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นมากกว่า ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินพัฒนาการในกลุ่มศึกษาพบพัฒนาการเด็กเมื่อสิ้นสุดการศึกษาดีขึ้นทุกด้านเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 29.52) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 23.23) คิดเป็นร้อยละ 6.29 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.010) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Parigh RA และคณะที่มีการใช้แผนการดูแลรักษา (Family developmental center program) ในการดูแลเด็กที่ถูกส่งมาที่ทั้งหมดมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า พบว่าเด็กร้อยละ 79 มีพัฒนาการดีขึ้น⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Girolametto และคณะ ที่มีการใช้แผนการดูแลรักษา (Social-conversation skill training program) แล้วพบว่าเด็กมีพัฒนาการดีขึ้นและผู้ปกครองก็มีทักษะในการดูแลเด็กได้ดีและเหมาะสมมากขึ้น¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Moxley-Haegert และคณะ ที่พบว่าทำให้ความรู้ด้านการกระตุ้นพัฒนาการ (Developmental education) แก่ผู้ปกครอง ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นและผู้ปกครองจะยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามแผนการรักษาในระยะต่อมามากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ได้รับความรู้ด้านการกระตุ้นพัฒนาการ¹⁸

สรุป

จากการศึกษาพบว่า การนำเอาแนวทางการพัฒนาเทคนิคการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแบบบูรณาการโดยให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ปกครองอย่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

แบบบูรณาการและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มาใช้ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นมากกว่า จึงควรส่งเสริมผู้ปกครองให้พาเด็กมารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่องและนำแนวทางการพัฒนาดังกล่าวมาใช้ในการให้บริการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้มากขึ้น เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นเต็มที่ตามศักยภาพของเด็กคนนั้น ทำให้เด็กและผู้ปกครองสามารถปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดการอบรมผู้ปกครองและอาสาสมัครดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้ความรู้และทักษะในการดูแลเด็ก รวมทั้งสิทธิต่างๆ อันพึงได้ และควรมีการขยายเครือข่ายนอกหน่วยงานสาธารณสุขเช่นศูนย์การศึกษาพิเศษ¹⁹ โรงเรียนเรียนร่วมกับเด็กปกติแบบคู่ขนาน²⁰ หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สมปอง เจริญวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่สนับสนุนและอนุญาตให้นำเสนอการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณสมคิด สุทธิพรหม หัวหน้างานคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่ให้การดูแลในงานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. ปัญญา เพ็ญสุวรรณ. วิธีการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กแรกเกิด-6 ปี คู่มือการจัดการเรียนรวม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2529.
2. โรงพยาบาลราชานุกูล กรมการแพทย์. การสัมมนาเพื่อติดตามผลการใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการ. เอกสารอัดสำเนาประกอบการอบรมเมื่อ 13-17 พฤศจิกายน 2532. กรุงเทพมหานคร; 2532.
3. โรงพยาบาลราชานุกูล สถาบันสุขภาพจิต. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก: การทดสอบและฝึกทักษะ อายุ 0-1 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2537.
4. โรงพยาบาลราชานุกูล สถาบันสุขภาพจิต. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก: การทดสอบและฝึกทักษะ อายุ 1-2 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2537.
5. Eheart BW, Cicone J. Special needs of low-income mothers of developmentally delayed children. Am J Ment Defic 1982; 87:26-33.

6. Wang WY, Jong YJ. Parents' psychosocial problems influencing the continuity of early intervention treatment in children with developmental delay. *Kaoh siurg J Med Sci* 2000; 16:620-5.
7. Parigh RA, Myers PA, Brandner A, Templin KH. Developmental milestone in abused children and their improvement with a family-oriented approach to the treatment of child abused. *Child Abuse Negl* 1985; 9:245-50.
8. โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. คู่มือฝึกเด็กในการดำรงชีวิตประจำวัน ทักษะการช่วยเหลือตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2542.
9. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต. คู่มือฝึกและดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2545.
10. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. การพัฒนาเด็กออทิสติก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2543.
11. นางพงา ลิ้มสุวรรณ, โรคสมาธิสั้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
12. เบญจพร ปัญญา. โรคสมาธิสั้น. *จุลสารศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต* 2538; 2:8-17.
13. ศิริไชย หงส์สงวนศรี. โรคสมาธิสั้น. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เบริเอชั่น, 2544.
14. Keenan M, Kerr KP, Dillenburger K. Parent's education as autism therapists : Applied behavior analysis in context. 3rd ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.
15. Sarafino EP. Principles of behavior change : Understanding behavior modification techniques. 1st ed. Canada : John Wiley and son, 1996.
16. Beyer J, Gammeltoft L. Autism and play. 2nd ed. London : Jessica Kingsley Publishers, 1999.
17. Girolametto LE. Improving the social-conversational skills of developmentally delayed children: an intervention study. *J Speech Hear disord* 1988; 53:156-67.
18. Moxley-Haegert L, Serbin LA. Developmental education for parents of delayed infants: effect on parental motivation and children's development. *Child Dev* 1983; 54:1324-31.
19. ผดุง อารยะวิญญู. การศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บรรณกิจ, 2533.
20. กวี สุวรรณกิจ, วัจฉินันท์ โรหิตสูซ, ภัทรา ยุติวรรณ. ปัญหาการเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2542; 1:55-64.

